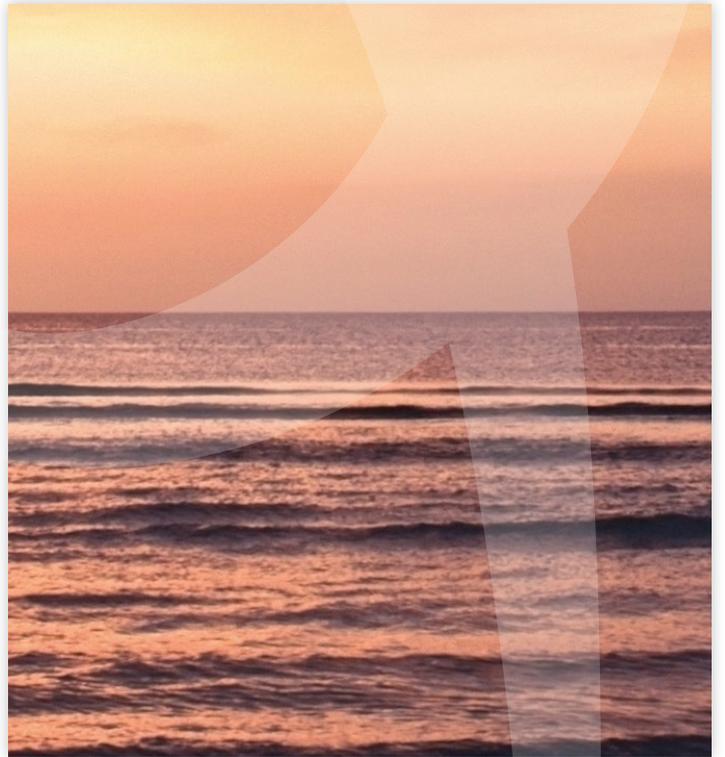
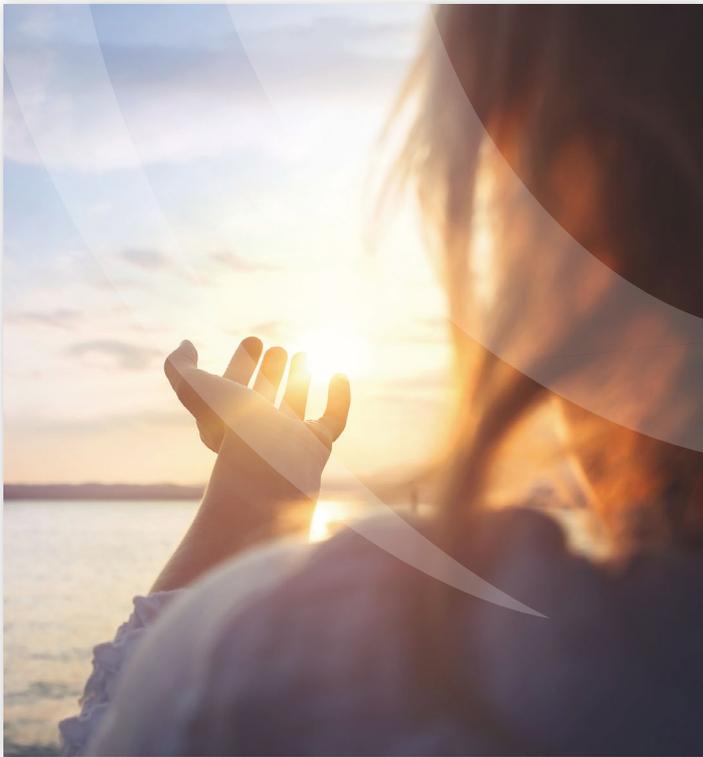


Indicateurs de Santé mentale **EN WALLONIE**

Wallonie Santé N°6 | 2016



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

 Familles  Santé  Handicap

Cette publication est une édition de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ).

Elle peut être obtenue **gratuitement** :

- ▶ auprès du **service communication** de l'AViQ (communication@aviq.be)
- ▶ sur le site Internet **www.aviq.be**

Éditrice responsable

Alice Baudine - Administratrice générale
Rue de la Rivelaïne, 21 • B-6061 Charleroi

Coordination

Anouck Billiet

Rédaction et analyse

Anouck Billiet, Dominique Dubourg, Michaël Hogge (Eurotox),
Marie Lambert (CRéSaM), Sophie Vilain XIII, Virginie Bellefroid,
Sylvie Grolet (SPW GD05)

Comité d'accompagnement

Anouck Billiet, Brigitte Bouton, Isabelle Demaret, Dominique Dubourg,
Marie Neuforge, Hugues Reyniers, Sophie Villain XIII

Communication

Marie Neuforge, Tiphaine Dedonder

Mise en page

Eloïse Picalausa

Photographies

istockphoto.com

Numéro de dépôt légal D/2017/7646/1

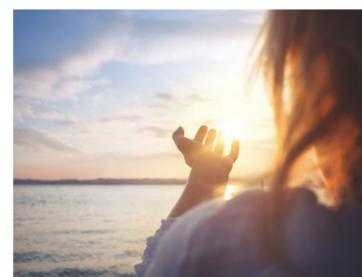


Un problème avec une administration ?
Le médiateur répond à vos questions !

www.le-mediateur.be

SOMMAIRE

4	INTRODUCTION
6	PARTIE 1 Le statut de santé
7	<i>Le score de vitalité moyen et optimal</i>
8	<i>Le mal-être psychologique</i>
9	<i>Les troubles anxieux</i>
10	<i>La dépression</i>
12	<i>Les idéations suicidaires</i>
13	<i>Les tentatives de suicide</i>
15	<i>L'usage de cannabis et d'autres drogues</i>
17	<i>L'usage d'alcool</i>
20	<i>Les séjours en psychiatrie pour un usage problématique de substance psychoactive et les cas de doubles diagnostics</i>
23	<i>La mortalité par suicide</i>
25	<i>La mortalité liée à l'usage d'alcool et de drogues</i>
27	Données de mortalité // Enquête de santé par interview
28	PARTIE 2 Les ressources du système de soins
29	<i>La réforme des soins de santé mentale pour adultes</i>
31	<i>Le nombre de lits psychiatriques</i>
33	<i>Les services de santé mentale</i>
34	Identité des SSM
36	<i>Les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées et les soins psychiatriques à domicile</i>
38	<i>Les cellules mobiles d'intervention</i>
40	<i>Les conventions INAMI</i>
41	<i>L'offre de services à destination des usagers d'alcool et de drogues</i>
44	<i>La santé mentale dans les services subsidiés par la Wallonie</i>
47	<i>Le nombre de psychiatres</i>
49	<i>Le nombre de psychologues inscrits à la commission des psychologues</i>
50	PARTIE 3 L'utilisation du système de soins
51	<i>La consommation d'antidépresseurs</i>
53	<i>La consommation d'antipsychotiques</i>
54	Statistiques sur les médicaments délivrés en pharmacies publiques (Pharmanet)
55	<i>Le nombre de prestations en psychiatrie et neuropsychiatrie</i>
56	<i>Les consultations chez un médecin spécialisé en neurologie ou psychiatrie</i>
58	<i>Les consultations chez un psychologue ou un psychothérapeute</i>
59	Collecte de données dans les services de santé mentale
60	<i>Les nouveaux consultants des services de santé mentale</i>
62	<i>Les demandes de traitement pour un problème d'usage d'alcool ou de drogues</i>
64	Indicateur de demande de traitement
65	<i>Les traitements de substitution aux opiacés</i>
67	<i>Les programmes d'échange de seringues</i>
69	Résumé hospitalier minimum // Résumé psychiatrique minimum
71	CONCLUSION
72	ANNEXE : tableau synoptique



INTRODUCTION

Le champ de la santé mentale est vaste. Il englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux ainsi que le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles (OMS, 2016). Ces troubles «se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui » (OMS, 2016). Ils peuvent prendre différentes formes: troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, etc.), troubles anxieux (phobies, trouble-obsessionnel-compulsif, stress post-traumatique, etc.), schizophrénie et autres troubles psychotiques. Certains y rangent aussi les troubles du développement comme l'autisme.

Face à une telle diversité, les professionnels de la santé ont développé de multiples modalités de prises en charge et un système composé de structures et institutions variées s'est progressivement mis en place. La création d'indicateurs chiffrés en santé mentale rencontre donc une double difficulté, celle à la fois d'un objet d'étude complexe dont les limites sont difficiles à déterminer et celle d'une offre de prise en charge multiple et variée.

Pourtant, la nécessité de mesurer l'ampleur des troubles de santé mentale qui touchent la population wallonne se fait de plus en plus sentir dans un contexte de transfert de compétences et de réforme de l'offre de soins. Par ailleurs, de nombreuses données existent ou pourraient exister pour établir des constats chiffrés et ainsi améliorer la connaissance de ce champ complexe de la santé mentale (Cases, 2004).

Par cette publication, l'AViQ entend avancer dans la description chiffrée de la santé mentale en Wallonie et contribue ce faisant au 4^{ème} objectif du plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, à savoir: « renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche ».

Ce cahier est le premier exercice du genre en Wallonie. Il utilise les données disponibles à l'échelle de la région dans le domaine de la santé mentale. Il regroupe des thématiques diverses qui touchent à la santé mentale au sens large.

Le suicide, les assuétudes et les troubles mentaux auraient pu faire l'objet de trois cahiers séparés

(chacun étant une problématique à part entière avec un champ d'intervention spécifique) mais les présenter dans un même numéro souligne les interactions entre ces problématiques et met l'emphase sur la complexité de la santé mentale et celle de sa prise en charge.

Il porte uniquement sur les adultes car tant l'organisation des soins que les enquêtes sont organisées différemment pour les enfants et les jeunes que pour les adultes. Tous les indicateurs ne portent pas sur les mêmes tranches d'âge de la population de façon à respecter l'échantillonnage ou le public cible propre à chaque enquête et à chaque offre de soins.

Trois groupes d'indicateurs structurent la publication.

Le premier tend à refléter l'état de santé mentale de la population wallonne. Le deuxième est composé d'indicateurs d'offre de soins en Wallonie et le troisième s'efforce d'estimer l'utilisation de ce système de soins.

À l'issue de ce cahier, l'ampleur des troubles de santé mentale et l'offre de soins seront un peu mieux connues et mesurées. Il restera toutefois des interrogations liées à la fois à la complexité de l'objet d'étude mais aussi à la disponibilité des données en Wallonie.

Références

- Cases C., Salines E., (2004), *Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage*, *Revue française des affaires sociales*, éd. : La Doc. française, 2004/1 (n°1), p. 181-204.
- OMS (2016), *Aide-mémoire n°396, Troubles mentaux*; *Organisation Mondiale de la Santé*, consulté le 17 octobre 2016 <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>>

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Bouchain L. (2015), *Pour une approche terminologique des champs médicaux, culturels et sociaux*, *Thesaurus, Culture & Démocratie, Projet 107 Région-Hainaut*.



Le statut de santé

LE SCORE DE VITALITÉ MOYEN ET OPTIMAL

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

La santé mentale est souvent mesurée à partir des difficultés de santé mentale. L'enquête de santé par interview permet de donner un indicateur positif de la santé mentale. Il s'agit d'un score mesurant l'énergie et la vitalité de la personne sur base de quatre questions posées conformément à l'échelle VT du SF-36 pour lesquelles la personne, de 15 ans ou plus, doit dire si elle s'est sentie en permanence, souvent, quelques fois, rarement ou jamais dynamique, débordant(e) d'énergie, épuisé(e) ou fatigué(e). Sur base des réponses, un score allant de 1 à 100 est calculé. Plus le score est grand, plus la vitalité est grande. La moyenne des scores individuels donne un indicateur d'énergie et de vitalité pour un groupe de personnes.

Un autre indicateur est la proportion de personnes qui présentent une énergie vitale optimale parmi la population. On le calcule en faisant la proportion de personnes dans la population qui obtiennent un score de vitalité supérieur à la moyenne des scores additionnée d'un écart-type.

► Les chiffres

En Wallonie, en 2013, le score moyen de vitalité était de 55. Il est un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes (57 contre 54) et est comparable au score moyen de Bruxelles (55) mais inférieur au score moyen de Flandre (65) même après standardisation pour l'âge et le sexe.

En Wallonie, ce score moyen est inchangé depuis 2004. En Flandre par contre, il diminue (de 67 en 2004 à 65 en 2013) mais reste cependant supérieur au score des autres régions. En Wallonie, les 15-24 ans présentent un score de vitalité significativement meilleur que leurs aînés (61 contre 55). En Flandre et à Bruxelles, le score ne varie pas selon la tranche d'âge.

Le score de vitalité est plus élevé dans les ménages où le niveau d'instruction est plus élevé que dans les ménages avec un faible niveau d'instruction (57 contre 52). On observe un gradient social comparable dans les trois régions du pays.

En Wallonie, 11 % des hommes et 9 % des femmes présentent un score d'énergie optimal. Ces proportions sont semblables à celles des Bruxellois mais inférieures à celles de Flamands.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un score de vitalité optimal | Wallonie, 2013

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	TOTAL
Hommes (n=1.082)	20,4%	11,2%	9,1%	4,5%	12,9%	12,3%	2,9%	10,5%
Femmes (n=1.203)	5,2%	6,8%	7,5%	2,7%	13,2%	7,5%	21,7%	8,6%
TOTAL	12,6%	9%	8,3%	3,6%	13,1%	9,7%	14,6%	9,5%

Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

La proportion de personnes présentant un score de vitalité optimal semble varier avec le niveau d'instruction mais sans pouvoir conclure à des différences significatives d'un point de vue statistique.

La proportion de personnes présentant un score de vitalité optimal avait augmenté entre 2004 et 2008, passant de 8 % à 10 % de la population wallonne. Entre 2008 et 2013, cette proportion n'a pas varié de façon significative.

Références

- OMS (2016), *Traiter la dépression et l'anxiété, c'est bon pour la santé et pour l'économie*, Organisation mondiale pour la santé, consulté le 15 juin 2016, <http://www.who.int/mental_health/fr/>.

LE MAL-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

L'indicateur de mal-être psychologique se base sur l'enquête de santé par interview et mesure la proportion de personnes de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu, au cours du mois écoulé, au moins deux symptômes parmi une liste de 12 items (Version courte du *General Health Questionnaire*) - (Eurostat, 2016) comme l'incapacité à faire face à ses problèmes, avoir perdu confiance en soi, s'être senti malheureux ou avoir eu l'impression d'être inutile. Un mal-être psychologique n'est pas une maladie mentale et ne requiert pas forcément une prise en charge par un professionnel de santé mentale, mais c'est un indicateur que **quelque chose ne va pas** par rapport à l'humeur habituelle de la personne.

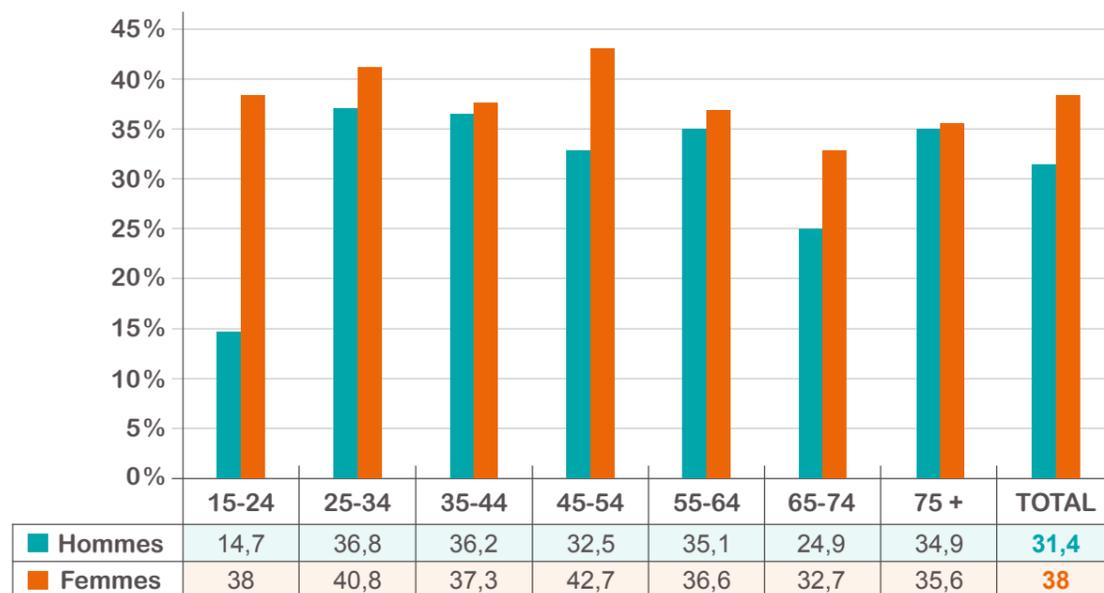
Si la personne déclare au moins quatre symptômes, on parlera de psychopathologie probable, mais cet indicateur n'est pas présenté ici.

► Les chiffres

En 2013, plus d'un tiers de la population wallonne souffre de mal-être psychologique léger (35%). C'est plus qu'en Flandre (29%) mais moins qu'à Bruxelles (40%) et ce même après standardisation sur l'âge et le sexe.

Les femmes sont plus nombreuses à souffrir de mal-être psychologique que les hommes, et ce dans les trois régions et après standardisation sur l'âge (38% contre 31% en Wallonie). En Wallonie, comme en Flandre, cette différence hommes/femmes se marque surtout chez les plus jeunes. Dans la tranche d'âge des 15-24 ans, les femmes sont près de deux fois plus nombreuses à avoir un mal-être psychologique léger que les hommes (38% contre 15% en Wallonie et 43% contre 20% en Flandre).

Pourcentage de la population de 15 ans et plus répondant au critère de mal-être psychologique par âge et par sexe | Wallonie, 2013



Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

La proportion de personnes souffrant d'un léger mal-être psychologique suit un gradient social. En Wallonie, comme dans les autres régions, on trouve plus de personnes évoquant ce mal-être parmi les ménages les moins instruits que parmi les plus instruits (42% contre 30%).

En Wallonie, la proportion de personnes avec un léger mal-être psychologique est revenue en 2013 à son niveau de 1997 (35%) alors que cette proportion était moindre dans les enquêtes de 2001 (28%), 2004 (30%) et 2008 (29%). L'évolution est similaire dans les autres régions. On peut se demander si cette augmentation entre 2008 et 2013 n'est pas à mettre en lien avec la crise économique qui a suivi 2008.

Références

- Eurostat (2016), *European Health Interview Survey*, consulté le 9 août 2016, <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>>.

LES TROUBLES ANXIEUX

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

L'anxiété peut être définie comme un «**état mental de trouble et d'agitation, un sentiment d'insécurité indéfinissable, une peur sans objet**» (Riquier G., Carla A, 2015).

Selon la classification internationale des maladies (CIM_10), les principales manifestations de troubles anxieux sont les troubles anxieux phobiques, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les réactions à un facteur de stress important et les troubles anxieux généralisés.

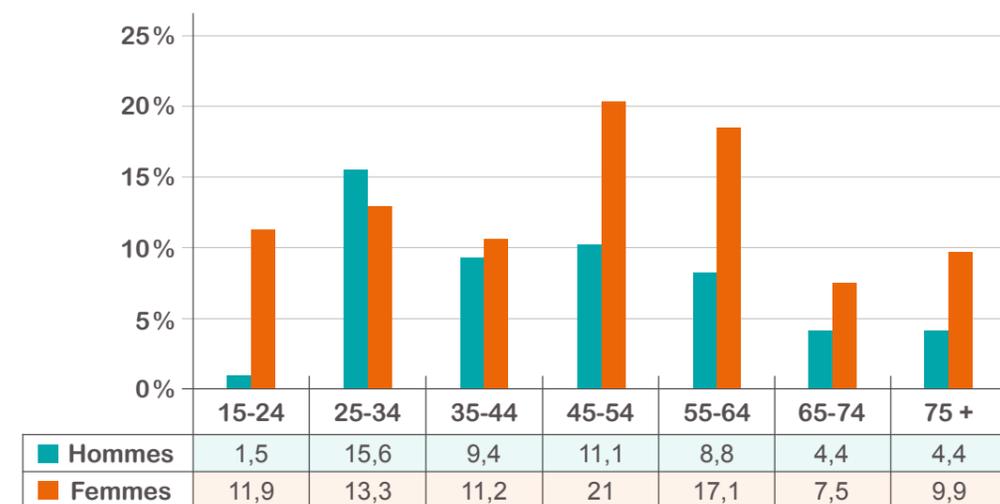
L'indicateur de troubles anxieux présenté ici vient de l'enquête de santé par interview et se base sur une sous-échelle de la *Symptôme Check List* composée de 10 items (je suis rempli(e) d'un sentiment de peur; j'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe; je me sens nerveux(se) et/ou je sens comme un tremblement intérieur; j'ai des tremblements; je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison; j'ai l'impression d'être tendu(e); j'ai des bouffées de terreur ou de panique; je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e); j'ai l'impression qu'il va m'arriver quelque chose de mauvais; il me vient à l'esprit des pensées ou des images effrayantes) (Gisle L, 2014).

► Les chiffres

Parmi la population de 15 ans et plus, en Wallonie en 2013, une personne sur dix manifeste des symptômes de troubles anxieux (11%). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter ces symptômes (9% des hommes et 14% des femmes).

Les plus jeunes et les plus âgés sont moins concernés par ces troubles que la population active (25-65 ans). Entre 45 et 64 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses à présenter des symptômes de troubles anxieux que les hommes. Entre 45 et 54 ans, une femme sur cinq est concernée.

Pourcentage de personne de 15 ans et plus qui présentent des symptômes de troubles anxieux par âge et par sexe | Wallonie, 2013



Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

Les troubles anxieux sont liés au niveau d'instruction. Leur prévalence est de 9% chez les diplômés du supérieur contre 15% dans le groupe des ménages les moins scolarisés.

La fréquence des troubles anxieux a augmenté en Wallonie en 2013 par rapport aux autres années (7-8%), la différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Références

- Gisle L. (2014), *Santé mentale*. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être*. WIV-ISP, Bruxelles, pp. 836-840
- Riquier G., Carla A. (2015), *Troubles anxieux et phobiques*, Psycom – Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, Paris, consulté le 17 octobre 2016, <<http://docplayer.fr/7806028-Troubles-psychiques-troubles-anxieux-et-phobiques-www-psycom-org.html>>.

LA DÉPRESSION

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

L'OMS définit la dépression comme « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration » (OMS, 2016 a). L'OMS voit dans la dépression la principale cause d'années vécues avec une invalidité (OMS, 2016 b).

L'indicateur présenté ici est la prévalence auto-déclarée de la dépression. Il se base sur l'enquête de santé par interview et correspond à la proportion de personnes déclarant souffrir ou avoir souffert de dépression pour une période d'au moins deux semaines au cours des 12 mois écoulés parmi les personnes de 15 ans et plus.

► Les chiffres

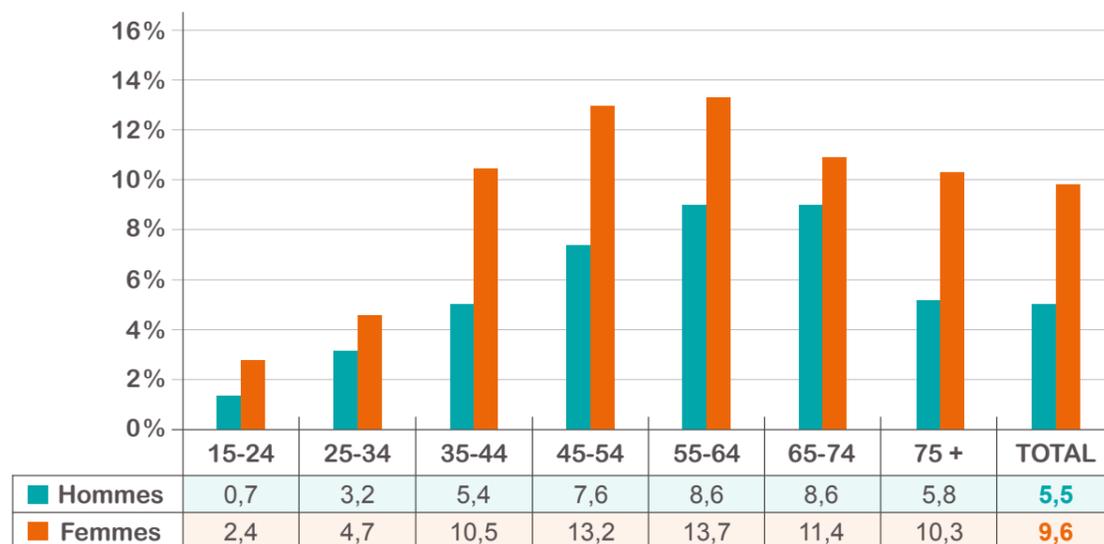
En Wallonie, en 2013, 8% de la population de 15 ans et plus déclare souffrir ou avoir souffert de dépression au cours des 12 mois qui précèdent l'interview. C'est plus qu'en Flandre (6%) mais autant qu'à Bruxelles (8%). Les femmes sont plus nombreuses (10%) à déclarer souffrir ou avoir souffert de dépression que les hommes (6%) et ce dans les trois régions du pays.

La majorité des wallons déclarant une dépression ont consulté un professionnel de santé pour ce problème (84%), 80% ont pris des médicaments et 30% ont suivi une psychothérapie.

La proportion de personnes déclarant avoir eu une dépression dans l'année augmente progressivement avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge 45-54 ans. Ensuite, cette proportion reste relativement stable. À Bruxelles, la prévalence de dépression augmente encore dans la tranche des 55 à 64 ans. Quel que soit l'âge, c'est en Flandre que les proportions de personnes ayant eu une dépression dans l'année sont les moins importantes.

Les femmes sont plus fortement touchées par la dépression entre 45 et 64 ans (13-14%) alors que la proportion d'hommes concernés est plus importante dans la tranche d'âge des 55-74 ans (9%).

Pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant souffrir ou avoir déjà souffert de dépression sévère ou de dépression pour une période d'au moins 2 semaines dans l'année écoulée par âge et par sexe | Wallonie, 2013



Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

La prévalence de la dépression est nettement influencée par le niveau d'instruction et ce dans les trois régions du pays. En Wallonie, 15% des personnes issues d'un ménage à faible niveau d'instruction déclarent souffrir ou avoir souffert de dépression. C'est trois fois plus que chez les personnes vivant dans un ménage avec un niveau d'éducation supérieur (5%).

La proportion de personnes qui ont consulté un professionnel de santé pour cet épisode dépressif ne varie pas en fonction du niveau d'instruction (autour de 84%).

La prévalence auto-déclarée de la dépression reste relativement constante entre les enquêtes de 1997 et de 2013, sauf chez les hommes wallons de plus de 55 ans chez qui elle augmente, passant de 5,6 à 8%.

La proportion de personnes qui a vu un professionnel de santé pour un problème de dépression (84%) reste inchangée entre 2008 et 2013 en Wallonie alors qu'elle diminue en Flandre (de 90% à 78%) et à Bruxelles (90% à 84%).

► Remarque pour l'interprétation

Les chiffres wallons sont identiques à ceux trouvés en France où la proportion de personnes déclarant un épisode dépressif dans l'année est de 7,8%. Les femmes (10%) sont aussi plus nombreuses à déclarer cette maladie que les hommes (6%) (DREES, 2015).

Les constats établis sur base de l'indicateur de dépression auto-rapportée sont comparables à ceux que donnerait l'analyse du score de dépression tel que mesuré par la 'Symptome check list' également utilisée par l'enquête de santé pour mesurer les troubles dépressifs.

La dépression et les troubles de l'anxiété, en recrudescence dans le monde, coûtent à l'économie mondiale quelque 1.000 milliards de dollars (US \$) par an. L'OMS a publié en avril 2016 une étude qui révèle qu'en soignant ces troubles, les gains pour l'économie mondiale seraient de quatre fois supérieurs aux dépenses engagées. Les investissements actuels dans les services de santé mentale, estimés à environ 3% du budget des États, sont bien inférieurs à ce qui est nécessaire. L'étude, publiée dans *The Lancet Psychiatry*, donne de puissants arguments pour investir davantage dans les services de santé mentale dans tous les pays, quels que soient les niveaux de revenu.

Références

- DREES (2015), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (2015), L'état de santé de la population en France, consulté le 17 octobre 2016, <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000124.pdf>>.
- OMS (2016 a), La dépression, Organisation mondiale de la santé, consulté le 17 octobre 2016, <http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/>.
- OMS (2016 b), La dépression en Europe : faits et chiffres, Organisation mondiale de la santé consulté le 17 octobre 2016, <<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>>.

LES IDÉATIONS SUICIDAIRES

Dominique DUBOURG | AViQ

► Définition

On considère qu'une personne a des idées suicidaires quand elle pense à se tuer. Les données qui permettent d'estimer l'ampleur de ces idées suicidaires proviennent des enquêtes effectuées auprès de la population et plus particulièrement pour la Belgique des enquêtes de santé par interview réalisées tous les cinq ans auprès d'un échantillon représentatif de personnes de 15 ans et plus de chaque région.

Lors de ces enquêtes deux questions sont posées. La première concerne les pensées suicidaires au cours de la vie (avez-vous déjà sérieusement pensé à mettre fin à votre vie?) et la seconde les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (avez-vous eu ce type de pensées au cours des 12 derniers mois?). La première question a été posée lors des enquêtes réalisées en 2004, 2008 et 2013. La seconde question n'a été posée que lors des enquêtes de 2008 et 2013. Lors de l'enquête 2013, 3.609 personnes ont répondu à ces questions pour la Wallonie.

► Les chiffres

En Wallonie en 2013, 15,5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà pensé mettre fin à leurs jours au cours de leur vie. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (17,2%) que chez les hommes (13,5%). Concernant des idées suicidaires récentes, 5,1% des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête (5,4% chez les femmes et 4,8% chez les hommes).

La fréquence des idées suicidaires ne varie pas significativement selon l'âge, ces idées sont cependant un peu plus fréquentes chez les femmes entre 15 et 24 ans et chez les hommes de 55 à 64 ans. Dans les deux sexes, la fréquence des idées suicidaires diminue au-delà de 65 ans.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois par âge et par sexe | Wallonie, 2013

Tranches d'âge	Hommes		Femmes	
	%	Marge d'erreur	%	Marge d'erreur
15-24	0,9	(0,0 - 1,9)	8,3	(2,1 - 14,4)
25-34	4,1	(1,0 - 7,3)	4,8	(1,8 - 7,8)
35-44	6,9	(3,1 - 10,7)	7,3	(2,2 - 12,5)
45-54	5,4	(1,9 - 8,8)	5,8	(2,9 - 8,7)
55-64	7,4	(2,6 - 12,2)	5,3	(1,8 - 8,7)
65-74	2,7	(0,3 - 5,0)	3,9	(0,0 - 8,0)
75 +	4,1	(0,0 - 8,2)	1,2	(0,0 - 3,4)
TOTAL	4,8	(3,4 - 6,2)	5,4	(3,8 - 7,1)

Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

On n'observe pas de gradient socio-éducatif dans la fréquence des idées suicidaires, ni de différence selon la composition du ménage ou le niveau d'urbanisation du lieu où se situe la résidence de la personne interrogée. Le nombre de personnes qui ont déclaré avoir pensé au suicide au cours de l'année précédente est un peu plus important en 2013 (5,1%) qu'en 2008 (4,5%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

LES TENTATIVES DE SUICIDES

Dominique DUBOURG | AViQ

► Définition

Selon l'OMS, « le terme tentative de suicide (TS) est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas » (OMS, 2013).

En Belgique, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique. Même lorsque le suicidant a été hospitalisé ou a été admis dans un service d'urgence d'un hôpital, il n'est pas toujours certain que le diagnostic de tentative de suicide ait été enregistré. L'enquête de santé par interview fournit des données sur l'épidémiologie des tentatives de suicide et constitue un complément important aux données hospitalières.

Deux autres comportements, l'équivalent suicidaire (une conduite ou un comportement avec une prise de risque importante même sans intention suicidaire exprimée) et l'automutilation volontaire sans intention de suicide, sont encore plus difficiles à appréhender. Pourtant il existe certainement une zone grise entre ces deux comportements et la tentative de suicide.

► Les chiffres

Selon l'Enquête de santé¹ de 2013, 5,5% des wallons de 15 ans et plus ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie. Ces tentatives de suicides touchent plus souvent les femmes qui sont 7,9% à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours contre 2,9% pour les hommes.

Au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, 0,3% des personnes interrogées auraient fait une tentative de suicide (0,4% des hommes et 0,2% des femmes), ce qui donnerait une estimation d'environ 8.500 tentatives de suicide par an en Wallonie. Ces chiffres doivent être pris avec grande précaution au vu des très faibles nombres de personnes qui ont répondu affirmativement à la question posée.

Les tentatives de suicides sont 12 fois plus fréquentes que les suicides (14,7 fois chez les femmes et 11,2 fois chez les hommes). L'OMS (2016) parle même de 20 tentatives de suicide pour un suicide abouti.

En 2014, 5.193 personnes de 15 ans et plus (3.354 femmes et 1.839 hommes) résidentes en Wallonie ont été admises dans un hôpital belge pour une tentative de suicide. Ce chiffre est plus faible que le nombre estimé à partir des données de l'enquête de santé 2013. On observe une différence entre la proportion d'hommes qui déclarent avoir fait une tentative de suicide (0,4% des hommes dans l'enquête de santé 2013) et le nombre d'hospitalisation pour tentatives de suicide (0,13% des hommes dans les données hospitalières 2014). Les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (0,22% de la population féminine de 15 ans et plus) que chez les hommes (0,13% de la population masculine de 15 ans et plus). Après 65 ans, ces admissions ne concernent que 0,08% de la population.

En termes d'âge, ce sont les femmes de 15-24 ans et les hommes de 25-44 ans qui sont les plus touchés. On observe donc que les trentenaires et les quadragénaires sont nombreux à passer à l'acte, alors que contrairement aux jeunes et aux personnes âgées, ils sont moins souvent ciblés par les campagnes de prévention.

Nombre d'admission à l'hôpital en 2014 pour tentative de suicide de personnes de 15 ans et plus, par âge et par sexe | Wallonie, 2014

Tranches d'âge	Nombre de TS			En proportion de la population		
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL
15-24	680	287	967	0,31 %	0,13 %	0,22 %
25-44	1.142	809	1.951	0,25 %	0,18 %	0,21 %
45-64	1.221	582	1.803	0,25 %	0,12 %	0,19 %
65 et +	311	161	472	0,09 %	0,06 %	0,08 %
TOTAL	3.354	1.839	5.193	0,22 %	0,13 %	0,18 %

Source : Résumé hospitalier minium, AViQ 2014

Les tentatives de suicide se produisent le plus souvent à domicile (89%) et 5% se passent dans un lieu public. (Enquête de santé 2013).

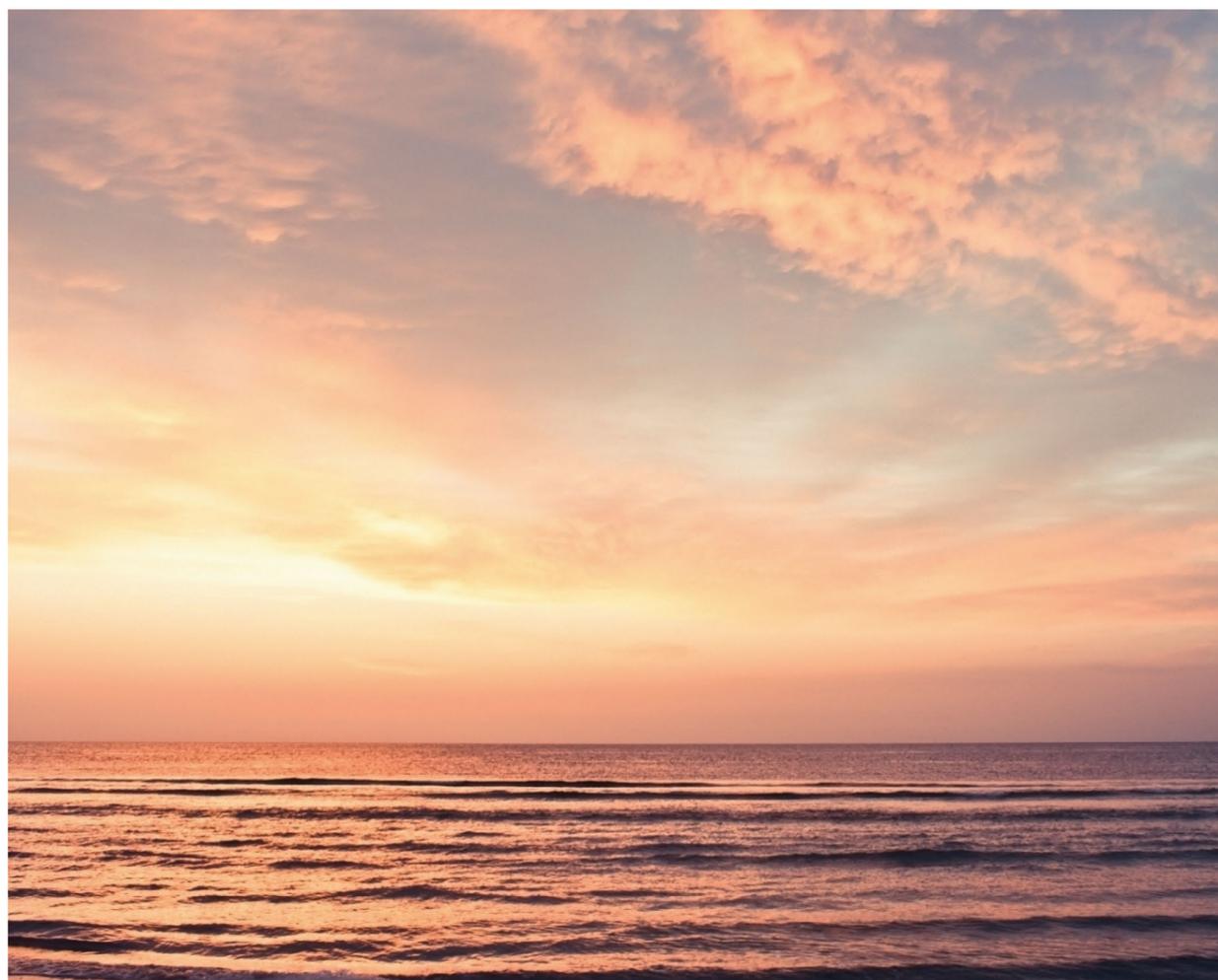
¹ Lors de l'enquête de santé par interview 2013, 3.560 personnes ont répondu, via un questionnaire auto-administré, aux questions relatives aux tentatives de suicide.

Le moyen le plus souvent employé lors d'une tentative de suicide en 2014 est l'auto-intoxication par des médicaments (75,5% des cas) ou par des substances nocives (8,2% des cas). La seconde méthode la plus utilisée est l'usage d'un objet tranchant (6,6%). La pendaison, le saut dans le vide, ou l'emploi d'une arme sont moins souvent utilisés (respectivement 2,5%, 1,5% et 0,3% des cas), particulièrement chez les femmes.

On n'observe pas de différences significatives dans la proportion de personnes qui déclarent avoir fait une tentative de suicide, que ce soit au cours de la vie entière ou dans l'année en cours entre les Enquêtes de santé de 2004, 2008 et 2013. Le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide a par contre globalement diminué entre 2008 et 2014 (moins 131 cas). Cette diminution est, en termes d'hospitalisation pour tentative de suicides par habitant, statistiquement significative ($p < 0,05$). Cette diminution est particulièrement importante chez les hommes et les femmes de 25-44 ans (moins 313 cas). Le nombre de personnes de 45 ans et plus hospitalisées pour tentative de suicide a par contre augmenté durant cette période, mais si l'on rapporte ces chiffres à la population cette augmentation n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$).

Références

- ▶ OMS (2013), *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*. Genève.
- ▶ OMS (2016), *Faits et chiffres, Santé mentale: un état de bien-être*, Genève : Organisation mondiale de la santé, consulté le 17 octobre 2016, <<http://www.who.int/fr>>.



L'USAGE DE CANNABIS ET D'AUTRES DROGUES

Michaël HOGGE | Eurotox

► Définition

Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement, la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et, dans certains cas, elle entrera dans un mode de consommation dit « récréatif », qui évoluera parfois vers un usage plus régulier. Lorsque cette consommation entraîne des conséquences psychosociales dommageables pour l'individu et/ou son entourage (problèmes de santé, problèmes scolaires ou professionnels, problèmes économiques, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation problématique, pouvant ou non être associée à un état de dépendance.

Actuellement, il n'existe pas d'enquête spécifique sur l'usage de drogues en Belgique francophone. L'usage de cannabis et des autres drogues est néanmoins estimé dans la population générale âgée de 15 à 64 ans sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête de santé par interview. Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues, notamment parce qu'ils ne couvrent pas, de par la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grandes consommatrices. En 2013, près de 2.000 wallons âgés de 15 à 64 ans ont complété le questionnaire relatif à la consommation de drogues (Gisle, 2014).

Les trois indicateurs d'usage de drogues que nous rapportons ici sont les suivants: 1) la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie); 2) la prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours); 3) la prévalence de l'usage sur la vie d'une drogue autre que le cannabis, telle que la cocaïne, l'héroïne, une amphétamine, l'ecstasy, le LSD, la méthadone, la buprénorphine ou encore une nouvelle substance psychoactive (expérimentation d'un autre produit au moins une fois au cours de la vie). Cette enquête n'aborde pas l'usage des autres drogues au cours des 30 derniers jours.

► Les chiffres

Selon la dernière enquête de santé par interview, la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est d'environ 15% dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (32,4%) ainsi que chez les hommes. Il est aussi plus élevé dans les classes socio-éducatives plus instruites, mais cette différence disparaît après standardisation pour l'âge et le sexe. L'âge moyen du premier contact avec ce produit chez les personnes en ayant déjà consommé est de 18 ans et 8 mois (18 ans chez les hommes et 20 ans chez les femmes).

La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,6% dans la population wallonne en 2013. Il concerne surtout les 15-24 ans (8,4%) ainsi que les 25-34 ans (7,4%), et est à nouveau plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente avec le niveau d'instruction des répondants, sans que cette dernière différence soit significative. Le pourcentage de femmes consommatrices est très élevé chez les 15-24 ans (6,9%). En ce qui concerne la fréquence (exprimée en jours) de consommation de cannabis chez les 3,6% d'« usagers actuels », la plupart d'entre eux (42%) a déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, 26,3% durant 4 à 9 jours, 13,7% durant 10 à 19 jours et 18,1% durant 20 jours ou plus. Ainsi, l'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 0,7% de wallons.

La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue autre que le cannabis était de 2,6% dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (7,8%). Les hommes sont à nouveau proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déjà consommé d'autres drogues que le cannabis, mais on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction.

Signalons que l'usage de cannabis et des autres drogues est moins élevé en Wallonie qu'en Région bruxelloise, mais assez similaire à ce que l'on observe en Flandre. Cette consommation plus importante en Région bruxelloise pourrait s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de cette région et/ou par des différences en termes de disponibilité des produits ou d'attitudes par rapport à l'usage de drogues.

Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues, par âge et par sexe | Wallonie, 2014

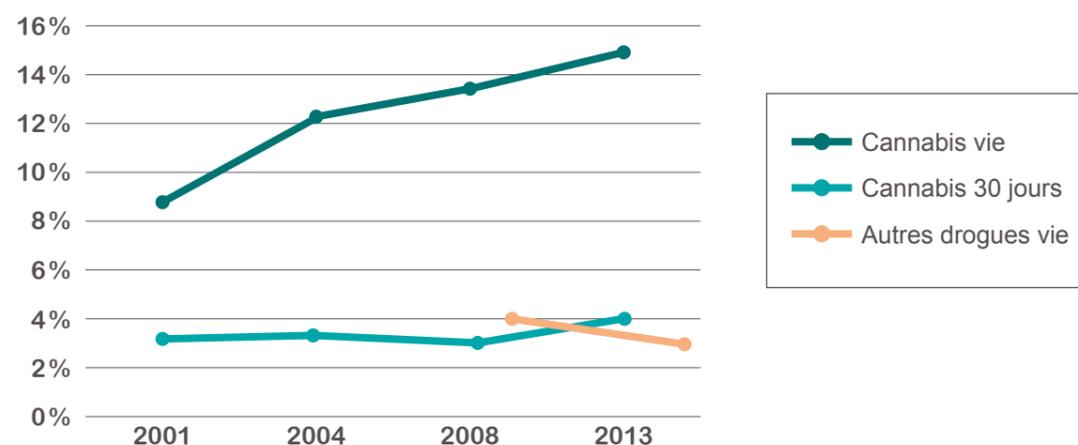
	15-24 ans % (n=310)	25-34 ans % (n=368)	35-44 ans % (n=396)	45-54 ans % (n=463)	55-64 ans % (n=442)	TOTAL % (N=1.979)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	25,0%	44,5%	22,8%	5,6%	2,9%	19,5%
Femmes	16,8%	19,4%	11,6%	4,4%	1,0%	10,1%
TOTAL	20,9%	32,4%	17,1%	5,0%	2,0%	14,8%
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						
Hommes	9,9%	12,5%	6,2%	0,4%	0,6%	5,6%
Femmes	6,9%	2,0%	0,5%	0,1%	0,0%	1,6%
TOTAL	8,4%	7,4%	3,3%	0,2%	0,3%	3,6%
Prévalence de l'usage d'une autre drogue au cours de la vie						
Hommes	2,0%	12,3%	6,0%	1,3%	0,0%	4,3%
Femmes	0,5%	3,1%	1,0%	0,4%	0,0%	1,0%
TOTAL	1,3%	7,8%	3,5%	0,8%	0,0%	2,6%

Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

► Tendances et évolution

En Wallonie, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, alors que l'usage actuel est resté relativement stable. Cela témoigne d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui ont expérimenté ce produit, sans que cela s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers.

Évolution de l'usage de cannabis et des autres drogues | Wallonie, 2001-2013



Références

► Gisle, L. (2014). L'usage de drogues. In Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Bruxelles : WIV-ISP.

L'USAGE D'ALCOOL

Michaël HOGGE | Eurotox

► Contexte

La consommation d'alcool fait partie intégrante des habitudes de vie de nombreuses personnes (TNS Opinion & Social, 2010). Mais en fonction de l'individu, du contexte, et surtout de l'usage qui est fait de ce produit, l'usage peut avoir des conséquences nocives. L'usage nocif peut être défini de manière opérationnelle comme toute consommation, occasionnelle ou répétée, provoquant directement ou indirectement des dommages physiques, psychologiques ou sociaux (occasionnels ou répétés) au consommateur et/ou à son entourage.

Les dommages liés à l'usage d'alcool sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher l'intégrité physique (coma éthylique, troubles hépatiques, cancer des voies aérodigestives, lésions corporelles suite à une chute, une bagarre, un accident de la route, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.), psychologique (dépendance, dépression, troubles cognitifs, etc.) et sociale (problèmes familiaux ou professionnels, etc.). La nature et la gravité des dommages dépendront toutefois grandement des quantités consommées, des circonstances de la consommation ainsi que de la fréquence de consommation.

L'usage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6% des décès à l'échelle mondiale, ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014).

► L'indicateur

En Belgique, l'usage d'alcool est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête de santé par interview. En 2013, près de 2.500 wallons âgés de 15 ans et plus ont complété le questionnaire relatif à la consommation d'alcool. Nous nous intéresserons ici aux principaux indicateurs d'un usage d'alcool à risque, à savoir la surconsommation hebdomadaire (consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes)², la consommation quotidienne (consommation d'au moins un verre d'alcool chaque jour au cours des 12 derniers mois), la consommation quotidienne à risque (consommation de plus de deux verres standards par jour chez les femmes et de plus de quatre verres standards par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois), le *binge drinking* hebdomadaire (consommation d'au moins six verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois), et enfin l'usage problématique d'alcool sur la vie³, qui est estimé chez les personnes ayant consommé de l'alcool les 12 derniers mois ainsi que chez celles qui sont abstinentes depuis plus de 12 mois.

► Les chiffres

Environ 14% des wallons âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'abstinence sur la vie est deux fois plus élevée chez les femmes (18%) que chez les hommes (9,4%) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondants. On observe toutefois un pic d'abstinents chez les 75 ans et plus, essentiellement chez les femmes.

La prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool (au cours des 12 derniers mois) est de 7% chez les wallons âgés de 15 ans et plus. Elle est globalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, et est plus élevée chez les 45 ans et plus.

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge. En Wallonie, 21% des hommes et 12% des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur ne prenant pas en compte les quantités consommées, il a récemment été complété par un indicateur de consommation quotidienne à risque (au cours des 12 derniers mois). La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondants mais, contrairement aux autres indicateurs, elle ne diffère pas en fonction du sexe. Autrement dit, en Wallonie, il y aurait autant de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 5,6% des hommes et 4,9% des femmes.

La prévalence du *binge drinking* hebdomadaire s'élève à 8% chez les wallons de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs de

² Cette définition correspond à la transposition en nombre de verres des limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser (WHO, 2000).

³ Cet indicateur est estimé à l'aide du test de screening cage, qui se compose des quatre questions suivantes : avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre daplomb) ? En cas de réponse positive à au moins deux des quatre questions, on considère qu'il y a eu occurrence d'un usage problématique d'alcool sur la vie.

consommation à risque, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les hommes de 15-24 ans (18,6%). En ce qui concerne la vitesse de consommation chez les « binge drinkers »⁴, 12,9% sont habituellement enclins à consommer six verres d'alcool en deux heures maximum, cette habitude étant particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (29,1%).

La prévalence sur la vie de l'usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En revanche, elle est moins élevée chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés, probablement parce que les questions utilisées pour l'évaluer font davantage référence à la dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés, mais aussi parce que la probabilité de leur survenue au moins une fois dans la vie augmente naturellement avec l'âge des individus.

De manière générale, ces indicateurs de consommation d'alcool ne fluctuent que légèrement en fonction du niveau d'instruction. Néanmoins, si on compare les niveaux d'instruction extrêmes (niveau primaire versus niveau supérieur), la consommation d'alcool à risque (surconsommation hebdomadaire, consommation quotidienne, et consommation quotidienne excessive) est un peu plus élevée chez les individus les moins instruits, alors que le binge drinking ne diffère pas selon le niveau d'instruction.

La surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne à risque ne diffèrent globalement pas entre les régions. En revanche, la consommation quotidienne est plus élevée en Wallonie que dans les deux autres régions, l'inverse étant constaté pour l'usage problématique sur la vie, plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions. Enfin, en ce qui concerne le binge drinking, parmi ceux qui y ont déjà eu recours, les Wallons sont habituellement plus enclins que les Bruxellois à consommer six verres d'alcool en deux heures maximum (12,9% versus 7,7%), la différence étant moins marquée par rapport à la Flandre (10,3%). Cette différence régionale se marque principalement au niveau des 15-24 ans (29,1% des binge drinkers wallons versus 5,2% des bruxellois).

Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool, par âge et par sexe | Wallonie, 2014

	15-24 ans % (n=273)	25-34 ans % (n=356)	35-44 ans % (n=374)	45-54 ans % (n=441)	55-64 ans % (n=450)	65-74 ans % (n=346)	75 et + % (n=233)	TOTAL % (N=2.473)
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	27,8%	8,7%	7,4%	7,5%	5,4%	3,6%	7,5%	9,4%
Femmes	28,5%	21,1%	12,3%	14,3%	11,2%	14,6%	31,6%	18,0%
TOTAL	28,1%	14,8%	9,9%	11,1%	8,3%	9,5%	22,6%	13,9%
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	8,7%	8,8%	5,3%	12,5%	14,3%	11,6%	5,1%	9,9%
Femmes	2,9%	1,6%	2,8%	7,1%	9,8%	5,6%	3,0%	4,9%
TOTAL	5,7%	5,3%	4,0%	9,7%	12,1%	8,4%	3,8%	7,3%
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,6%	6,6%	15,9%	23,9%	36,4%	36,9%	31,0%	21,4%
Femmes	0,0%	3,4%	10,5%	10,9%	19,9%	19,6%	19,1%	11,9%
TOTAL	1,8%	5,0%	13,1%	17,0%	28,1%	27,6%	23,5%	16,4%

Suite à la page suivante →

⁴ La notion d'occasion n'étant pas délimitée au niveau temporel, l'enquête de santé par interview comporte une question supplémentaire visant à déterminer le temps généralement pris pour consommer six verres d'alcool au cours d'une même occasion.

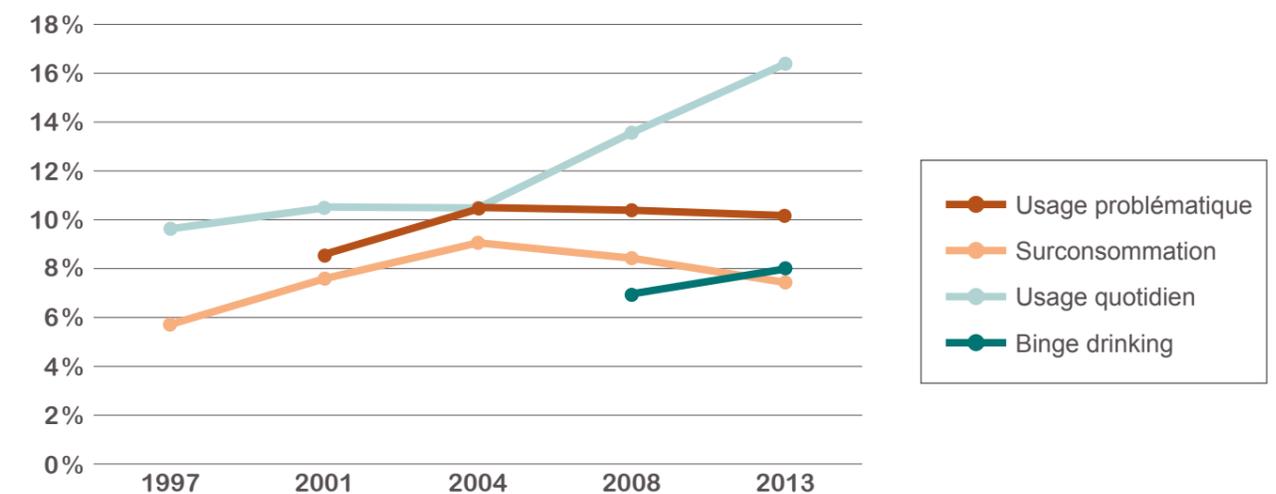
	15-24 ans % (n=273)	25-34 ans % (n=356)	35-44 ans % (n=374)	45-54 ans % (n=441)	55-64 ans % (n=450)	65-74 ans % (n=346)	75 et + % (n=233)	TOTAL % (N=2.473)
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,9%	4,1%	3,4%	6,7%	10,2%	7,6%	5,1%	5,6%
Femmes	2,9%	1,6%	2,8%	7,1%	9,8%	5,6%	3,0%	4,9%
TOTAL	1,9%	2,9%	3,1%	6,9%	10,0%	6,6%	3,8%	5,2%
Prévalence du binge drinking hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,6%	13,4%	12,0%	10,4%	15,4%	7,3%	7,1%	12,5%
Femmes	6,3%	2,0%	2,9%	3,1%	6,7%	4,7%	1,6%	3,9%
TOTAL	12,2%	7,8%	7,4%	6,4%	11,0%	5,9%	3,7%	8,0%
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	7,3%	13,4%	13,4%	13,1%	15,8%	16,7%	5,1%	13,0%
Femmes	6,7%	6,3%	6,4%	10,2%	9,2%	4,6%	3,4%	7,2%
TOTAL	7,0%	10,3%	9,9%	11,7%	12,6%	10,8%	4,1%	10,1%

Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

► Tendances et évolution

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la consommation quotidienne a augmenté de manière progressive et significative depuis 1997 en Wallonie. En revanche, l'usage problématique sur la vie, la surconsommation hebdomadaire et l'hyperalcoolisation hebdomadaire sont restés relativement stables au cours du temps.

Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool | Wallonie, 1997-2013



Références

- Gisle, L. (2014), *La consommation d'alcool*. In Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles : WIV-ISP.
- TNS Opinion & Social (2010), *Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool*. Eurobaromètre special 331.
- WHO (2000), *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Luxembourg : World Health Organization.
- WHO (2014), *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg : World Health Organization.

Les séjours en psychiatrie pour un USAGE PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE et les cas de doubles diagnostics

Michaël HOGGE | Eurotox

► Contexte

Dans le domaine des assuétudes, la notion de double diagnostic renvoie à une comorbidité ou coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Que le patient soit admis pour un trouble psychiatrique ou pour un problème de consommation de substances psychoactives⁵, la recherche et l'identification d'un éventuel double diagnostic constituent un enjeu majeur pour la société, en raison de leur fréquence élevée⁶, de l'aggravation du tableau clinique, et parce que cette cooccurrence favorise aussi les comportements à risque et certaines conduites déviantes (Crawford, Crome & Clancy, 2003). La prise en compte des deux problématiques dans l'offre de prise en charge en déterminera grandement le succès (voir par exemple Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce type de comorbidité (Simon, 2003): 1) la substance ou le syndrome de sevrage à une substance produirait des symptômes identiques à ceux généralement observés dans une pathologie psychiatrique (trouble psychotique induit par une substance); 2) l'usage d'une substance causerait ou aggraverait des symptômes psychiatriques (e.g. précipitation d'une schizophrénie suite à l'usage de cannabis); 3) une pathologie psychiatrique causerait ou aggraverait l'abus ou la dépendance à une substance (e.g. consommation d'une substance pour automédication); 4) présence d'un facteur commun qui causerait les deux pathologies (e.g. socle neurobiologique commun aux deux pathologies; événement traumatique); 5) une simple coïncidence. Ces facteurs explicatifs sont formalisés dans des modèles théoriques élaborés et concurrents (voir par exemple Mueser, Drake & Wallach, 1998). Mais il est probable qu'ils ne soient pas mutuellement exclusifs et que leur implication respective dans l'étiologie des cas de double diagnostic varie d'une part selon les patients et d'autre part selon les pathologies psychiatriques et les produits consommés.

► L'indicateur

Le Résumé psychiatrique minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients, permettant d'une part de comptabiliser les séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé, et d'autre part d'estimer la prévalence des doubles diagnostics.

Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV⁷. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre et des analyses subséquentes n'est pas le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises sur la période étudiée.

Les analyses suivantes portent sur les séjours clôturés dans les unités psychiatriques de Wallonie sur la période 2005-2012. Dans un premier temps, nous présenterons l'ensemble des séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, en diagnostic principal ou secondaire. Dans un second temps, nous aborderons les séjours lors desquels un double diagnostic a pu être posé à l'admission, quel que soit le motif de la prise en charge.

► Les chiffres

Sur les huit années à l'étude (2005-2012), un total de 224.803 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, parmi lesquels 76.786 séjours (34,2%) ont débouché sur un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances, en diagnostic principal ou secondaire.

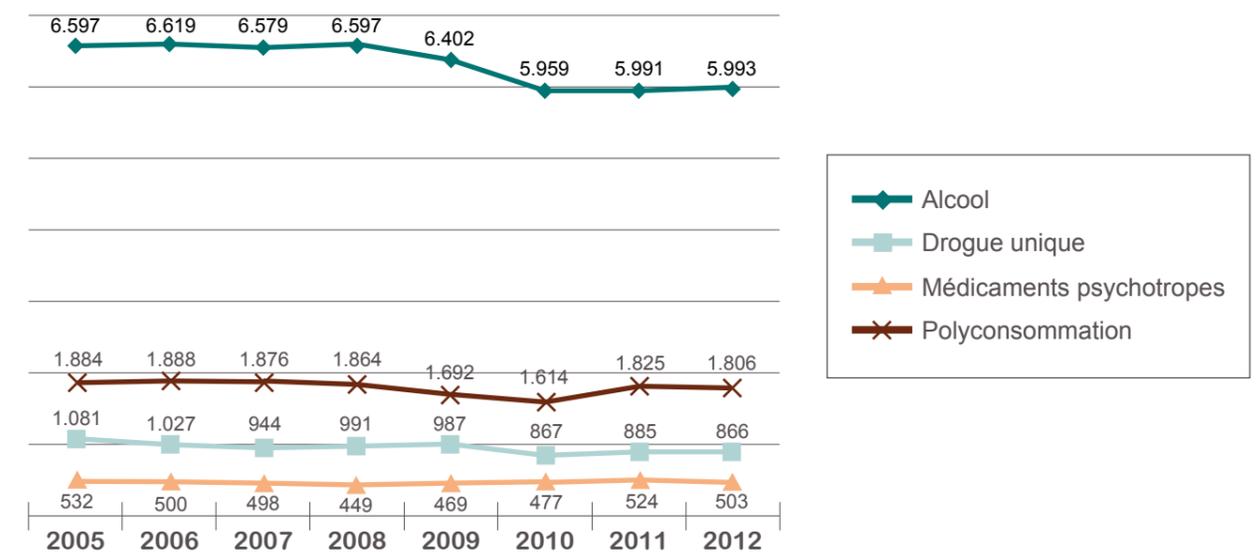
⁵ Une substance psychoactive est une substance qui agit sur le cerveau et modifie temporairement l'état de conscience, l'humeur, les pensées et le comportement de celui qui la consomme (ex. alcool, cannabis, benzodiazépines, cocaïne, etc.).

⁶ La prévalence du double diagnostic est très variable selon les études, et ce, en raison de multiples différences entre les méthodologies d'estimation: population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usagers de drogues, usagers en traitement), niveau de prévalence de la consommation pris en compte (e.g. prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic sont fréquents chez les usagers problématiques de substances psychoactives, légales ou illicites (EMCDDA, 2004; Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015).

⁷ Le DSM IV (pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e version) est un manuel décrivant et classifiant les troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie.

L'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Wallonie, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 22,6% des séjours comptabilisés sur la période 2005-2012⁸. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue⁹ ou à plusieurs produits (polyconsommation)¹⁰ a été posé dans 9,8% des séjours enregistrés sur la période 2005-2012, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,4% versus 3,4%). Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,8% des séjours enregistrés en Wallonie sur la période 2005-2012. Ces proportions sont relativement similaires à celles enregistrées en Région bruxelloise, si ce n'est que l'on y enregistre un peu moins de diagnostic d'usage problématique d'alcool (18,5%) et un peu plus d'usage problématique d'une drogue unique (4,6%).

Nombre de séjours clôturés dans les services de prise en charge psychiatrique en fonction du type d'usage problématique | Wallonie, 2005-2012



Source: Service Data management du SPF Santé publique- RPM

En ce qui concerne la prévalence des doubles diagnostics, les troubles dépressifs (22,5%) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (14%) ont fréquemment été établis lors des séjours où un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). On observe néanmoins une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, en ce qui concerne les troubles dépressifs) que lors d'un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. À l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que pour les autres types de diagnostic d'usage problématique d'une ou plusieurs substances.

Ces constats sont assez similaires en Wallonie et à Bruxelles, si ce n'est que les doubles diagnostics impliquant la schizophrénie et les troubles psychotiques sont plus fréquemment posés lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise que dans ceux de la Wallonie, en particulier en cas de problèmes d'usage de drogue unique.

⁸ Sur cette période, un total de 224.803 séjours clôturés (tous diagnostics confondus) ont été enregistrés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique: 28.404 (2005), 28.732 (2006), 27.847 (2007), 28.292 (2008), 28.273 (2009), 27.019 (2010), 27.929 (2011), 28.303 (2012).

⁹ Il s'agit des diagnostics en lien avec l'usage d'un seul de ces produits: opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamine, hallucinogène, inhalant, ou autres drogues.

¹⁰ Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM-IV et qui est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances à l'exception de la caféine et de la nicotine. Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation « diagnostic de polyconsommation ».

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE

Dominique DUBOURG | AViQ

L'inverse est observé pour les troubles de l'adaptation¹¹, plus fréquemment associés à un trouble de l'usage d'une ou plusieurs substances en Wallonie qu'en Région bruxelloise, en particulier en association avec un trouble lié à l'usage de médicaments psychotropes. Nous n'avons pas d'explication à donner à ces différences régionales.

Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de Wallonie, selon le type de diagnostic | 2005-2012

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	TOTAL
Nombre de séjours clôturés 2005-2012	50.737	7.648	3.952	14.449	76.786
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	24,9	19,2	36,5	11,8	22,5
Troubles de la personnalité	14,8	16,1	14,0	10,0	14,0
Troubles de l'adaptation	7,8	9,3	15,1	4,7	7,7
Schizophrénie	1,9	12,8	1,9	4,1	3,4
Troubles psychotiques	2,1	9,6	2,6	3,5	3,1
Troubles bipolaires	3,9	3,9	5,7	2,2	3,7
Troubles anxieux	3,1	3,6	8,6	1,7	3,2
Troubles du contrôle des impulsions	1,1	1,9	0,9	0,9	1,1
Troubles relationnels ou autistiques	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,6	0,8	0,2	0,3
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	0,7	0,1	0,1	0,2
Aucun diagnostic secondaire	28,2	19,2	10,5	6,6	22,3

Source: Service Data management du SPF Santé publique

Références

- ▶ Crawford, V., Crome, I.B., & Clancy, C. (2003). *Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review. Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 1-74.
- ▶ Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). *A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 181-192.
- ▶ Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). *Dual diagnosis: A review of etiological theories. Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
- ▶ OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Genève: OMS.
- ▶ Simon, O. (2003). *Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. Primary Care*, 3, 60-61.
- ▶ Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.*

¹¹ Cette catégorie de troubles réfère aux réactions anormales, prolongées et occasionnant de la souffrance, faisant suite à une situation stressante (professionnelle, familiale, etc.), mais pour lesquelles on ne rencontre pas les critères de diagnostic des troubles anxieux.

Les données de mortalité par causes proviennent des déclarations de décès. Ces déclarations de décès sont compilées par l'Institut inter fédéral de statistique. Les données présentées ici ont été extraites via l'outil interactif (SPMA) disponible sur le site de l'Institut de santé publique (ISP-WIV).

En Wallonie, 717 personnes sont décédées par suicide en 2013. Ce qui en fait la 5^e cause de mortalité chez les hommes et la 8^e cause chez les femmes, en Wallonie.

Les hommes se suicident plus que les femmes

Les suicides sont 2,7 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Nombre de suicides et taux de mortalité par suicide standardisé pour l'âge, par sexe et par province | Wallonie 2013

	Nombre de suicides			Taux standardisés pour l'âge (pour 100.000 habitants)			Rapport des taux homme/femme
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	
TOTAL WALLONIE	509	208	717	30,9	11,4	20,3	2,7

Source: Institut Scientifique de Santé Publique, Standardized Procedures for Mortality Analysis Belgium

Le risque de suicide augmente avec l'âge

En Wallonie en 2013, le suicide était la cinquième cause de mortalité chez les hommes et la huitième chez les femmes. Chez les hommes 2,76% des décès sont attribués au suicide et chez les femmes 1,05% des décès sont attribués au suicide, cette proportion du nombre de décès attribués à une cause spécifique de mortalité s'appelle le ratio proportionnel de mortalité (RPM).

Rang occupé par le suicide dans les causes de décès et ratio proportionnel de mortalité par âge et par sexe | Wallonie 2013

Groupe d'âge	Homme		Femme	
	Rang	RPM	Rang	RPM
1-14 ans	5 ^e	4,5	7 ^e	3,1
15-24 ans	2 ^e	20,2	3 ^e	11,1
25-44 ans	1 ^e	23,8	2 ^e	15,8
45-64 ans	5 ^e	5,3	6 ^e	4,4
65-84 ans	9 ^e	0,9	9 ^e	0,3
Tous les âges	5 ^e	2,8	8 ^e	1,1

Source: Institut Scientifique de Santé Publique, Standardized Procedures for Mortality Analysis Belgium

C'est pour la classe d'âge des 25-44 ans que le poids des décès par suicide dans l'ensemble des décès est le plus élevé. À cet âge le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes (après le cancer) et représente respectivement 23,8% et 15,8% des causes de décès.

Le suicide est également la deuxième cause de mortalité chez les hommes de 15-24 ans (20,2% des décès) et la troisième chez les femmes de cette tranche d'âge (11,1% des décès).

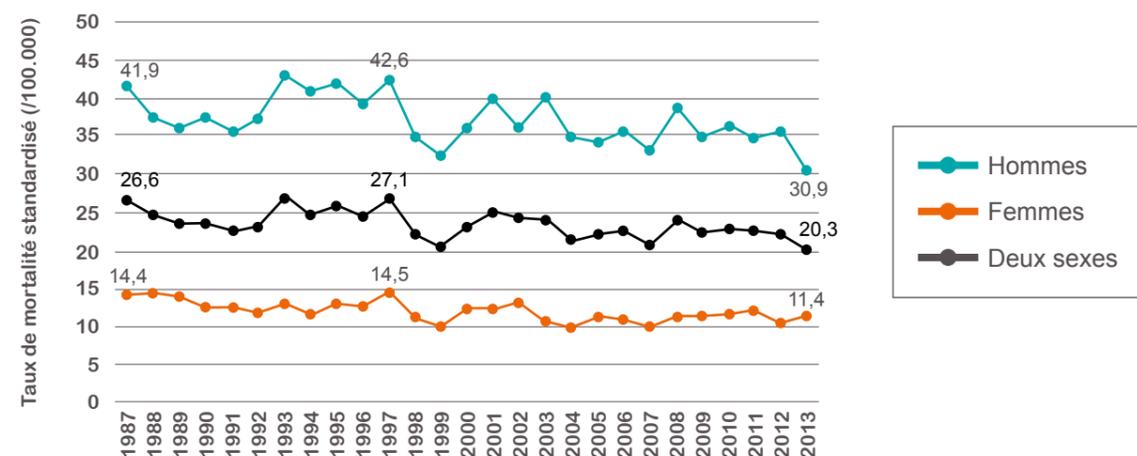
Le suicide en Wallonie est en baisse

On a observé en Wallonie une augmentation du nombre de décès par suicide au début des années 90 et un pic de 892 décès par suicide en 1997, mais on constate depuis 1997 une tendance à la baisse du nombre annuel de suicides.

Entre 1987 et 2013, le taux de mortalité standardisé par suicide est passé chez les hommes de 42 à 31 / 100.000 et a donc diminué de 11 points. Chez les femmes, la diminution est moins importante, le taux standardisé de mortalité par suicide est passé de 14,4 à 11,4 / 100.000, soit une diminution de trois points. Pour les deux sexes, cette diminution est statistiquement significative.

La baisse est plus marquée chez 20-34 ans avec une diminution de l'ordre de 30% et particulièrement forte après 75 ans avec une diminution de l'ordre de 40%.

Taux de mortalité standardisé | Wallonie 2013



Source : Institut Scientifique de Santé Publique, Standardized Procedures for Mortality Analysis Belgium

Si globalement la mortalité par suicide diminue, on constate cependant une augmentation des suicides chez les 50-54 ans. Entre les périodes 1991-1993 et 2011-2013, le nombre de suicides a doublé dans cette tranche d'âge (il est passé de 28,4 à 37 / 100 000). Cette augmentation s'observe chez les hommes et chez les femmes et dans toutes les provinces, mais surtout dans le Hainaut et en province de Liège. Cette augmentation du nombre de suicides chez les 50-54 ans a été constatée dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. Selon l'INSEE, « Dans l'ensemble de l'Union européenne, le taux de suicide a décliné entre 2000 et 2010. La baisse est sensible pour les 15-19 ans et les plus de 85 ans. En revanche le taux de suicide a légèrement augmenté pour les 50-54 ans, en lien sans doute avec la crise économique et le chômage ».

Les statistiques de mortalité par suicide souffrent toujours de biais liés à la notification de la cause de décès par le médecin. C'est le problème des suicides non repérés pour lesquels la cause de la mort indiquée est souvent une « mort violente indéterminée quant à l'intention » ou une « cause inconnue ». Comme depuis 1987, le nombre de décès classés en « mort violente indéterminée quant à l'intention » est en nette diminution, on peut raisonnablement penser que ce biais n'est pas l'explication de la diminution du nombre de décès par suicide observés.

Références

► INSEE (2012). Taux de décès par suicide dans l'Union européenne, INSEE, consulté le 2 juin 2016, <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=Suicide>.

► Définition

Le décès peut être une conséquence directe ou indirecte, immédiate ou différée, de l'usage d'alcool et de drogues. Il peut ainsi être occasionné par une overdose, intentionnelle ou involontaire, pouvant affecter certaines fonctions vitales (respiration, circulation sanguine, etc.), ou être la conséquence d'une pathologie physique causée par un usage aigu ou chronique (cirrhose, hépatite alcoolique, hépatite virale, VIH, etc.). Enfin, il peut être la conséquence d'un état psychologique, transitoire ou permanent, induit par la consommation du produit et favorisant certains comportements à risque ou le passage à l'acte suicidaire. L'usage d'alcool et drogues peut également contribuer à l'évolution fatale d'un état morbide préexistant.

La mortalité liée à l'usage d'alcool et de drogues est un indicateur important de l'impact de cet usage sur la santé publique. Selon l'OMS, l'usage nocif d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6% des décès à l'échelle mondiale (soit plus de trois millions de personnes par année), ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). L'usage de drogues serait quant à lui responsable d'un peu moins de 200.000 décès par année (UNODC 2015). Les décès liés à l'usage de drogues sont le plus souvent la conséquence d'une overdose, principalement consécutive à un usage d'opiacés.

► L'indicateur

Les données de mortalité sur le territoire de la Wallonie (information « de facto ») sont centralisées sur base des déclarations de décès complétées par les médecins qui en font le constat. Les décès peuvent être filtrés sur base de la cause initiale¹² et des causes associées¹³, identifiées sur base du système de classification internationale des maladies (CIM-10). Dans la partie suivante, nous nous intéresserons aux décès liés à l'usage de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes en cause initiale. Le terme « drogues » couvre l'ensemble des substances suivantes : opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA/ecstasy, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. La mortalité liée à l'alcool n'inclut que les cas dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool, et non les cas dont la cause initiale est une maladie dans laquelle l'alcool joue un rôle prépondérant mais non exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aérodigestives supérieures). Enfin, le terme « médicaments psychotropes » correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), antiépileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs.

Les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux induits par la consommation de ces produits¹⁴. Néanmoins, ils n'incluent pas ceux liés aux accidents de la circulation ou à une mauvaise manipulation d'une machine ayant pu être causés par l'usage de ces produits, car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée.

► Les chiffres

En 2013, l'alcool serait directement responsable d'environ 1,3% des décès en Wallonie, et les drogues de 0,15%. La mortalité liée à l'alcool et aux drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais le ratio homme-femme est plus important pour les drogues (4,09 pour 1) que pour l'alcool (2,13 pour 1). Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (81,5% des cas), alors que ceux liés aux drogues concernent essentiellement des personnes âgées de 25 à 54 ans (85,7% des cas). En 2013, aucun décès directement lié à l'usage de médicaments psychotropes n'a été enregistré sur le territoire wallon.

Le fait que les décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes s'explique par le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives (voir les indicateurs ADI et ADII) et à développer un usage problématique (Lynch, Roth & Carroll, 2002; OEDT, 2016). Les hommes sont donc forcément plus exposés que les femmes aux risques de mortalité associés.

¹² La cause initiale est définie comme « la maladie ou le traumatisme, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence, qui ont entraîné le traumatisme mortel ».

¹³ Les causes associées sont définies comme « les états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué ».

¹⁴ Les codes CIM-10 retenus sont les suivants : Pour les drogues : F11, F12, F14, F15, F16, F18, F19, X42, X62, Y12, X41+T40, X61+T40, Y11+T40, X44+T40, X64+T40, Y14+T40. Pour les médicaments psychotropes : F13, X41+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427 ou T43, X61+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427 ou T43, Y11+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427 ou T43, X44+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427, X64+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427, Y14+T422 ou T423 ou T424 ou T426 ou T427. Pour l'alcool : K70, K860, F10, G312, G405, G621, I426, K292, X45, X65, Y15.

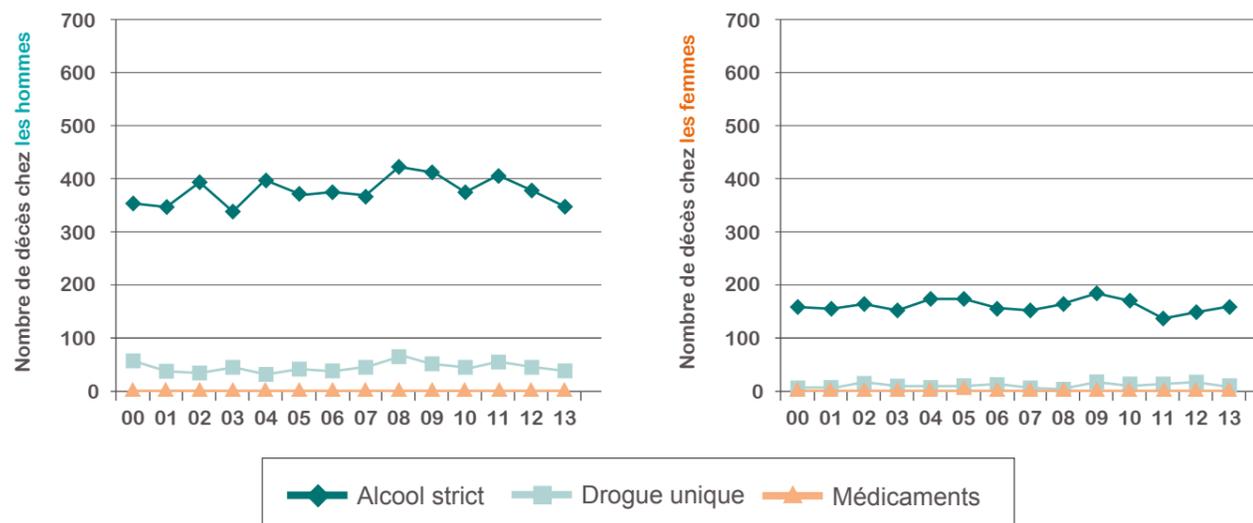
Décès directement liés à l'usage de drogues et d'alcool par âge et par sexe | Wallonie, 2013

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 et +	TOTAL
Nombre de décès liés à l'alcool								
Hommes	1	5	24	89	122	71	38	350
Femmes	0	2	11	42	65	30	14	164
TOTAL	1	7	35	131	187	101	52	514
Nombre de décès liés aux drogues								
Hommes	1	13	13	15	1	1	1	45
Femmes	0	3	4	0	0	0	4	11
TOTAL	1	16	17	15	1	1	5	56

► Tendances et évolution

Les décès liés aux différents types de produits sont relativement stables dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. On constate ces deux dernières années une diminution du nombre de décès directement liés à l'alcool chez les hommes, alors que la tendance inverse s'observe chez les femmes.

Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes | Wallonie, 2000-2013



Source : Cellule Naissances-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Références

- Lynch, W. J., Roth, M. E., et Carroll, M. E. (2002). *Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies*. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.
- OEDT (2016). *Rapport européen sur les drogues 2015 – Tendances et évolutions*. Luxembourg: Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.
- UNODC (2015). *World drug report 2015*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Données de mortalité

Les bases de données de mortalité sont fournies par la Direction générale Statistique - Statistics Belgium du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Lors de chaque décès, un médecin rédige obligatoirement un certificat de décès reprenant non seulement l'âge du patient et son lieu de résidence mais également la cause principale et les causes secondaires de décès. Ces causes sont ensuite recodées selon la «Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès» dans sa dixième révision (CIM-10).

C'est la cause principale (initiale) de décès qui est prise en compte dans les indicateurs présentés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la cause initiale comme étant la maladie ou les traumatismes qui ont déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ; ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

Les taux de mortalité présentés sont des taux standardisés par âge selon la méthode de standardisation directe. Ils sont obtenus en appliquant les taux de mortalité de chaque groupe d'âge et de sexe à une population de référence, ici la population belge moyenne de la première année de la période considérée. Ce calcul élimine les éventuelles différences liées à la structure par âge et par sexe à l'intérieur de la Wallonie et permet donc de comparer des taux de mortalité de populations différentes ainsi que les taux des hommes et des femmes.

<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/>

Enquête de santé par interview

L'enquête de Santé par Interview (HIS) est une enquête sur la santé de la population, ses déterminants et l'utilisation des services de santé (préventifs et curatifs), menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (méthodologie et analyse des résultats) et la Direction Générale Statistique et Information Economique du SPF Economie (échantillonnage, engagement des enquêteurs, saisie des données). Cette enquête est menée périodiquement tous les quatre ans environ, et reçoit l'appui financier des différents Ministres de la santé (fédéral, régionaux, communautaires).

Les bases de données de l'enquête de santé par interview sont fournies par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). Il s'agit de bases complètes (individuelles) des enquêtes 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013.

Ces données sont très utiles mais ne donnent des informations que sur des paramètres limités et sur la population qui consomme certains soins ou services.

Pour chaque enquête, l'échantillon est composé d'une base de 10.000 répondants, représentatifs de la population belge, avec une répartition de 3.500 résidents de Flandre, 3.500 résidents de Wallonie et 3 000 résidents bruxellois. Chaque enregistrement est ensuite pondéré pour que finalement l'ensemble des données soit représentatif de la population du pays, des régions et des provinces.

L'unité d'échantillonnage est le ménage. Les ménages sont sélectionnés aléatoirement sur base de la personne de référence mentionnée dans le Registre national, de leur domicile, de l'âge de la personne de référence et de la taille du ménage. Un groupe de ménages issus de la même entité géographique, comprenant environ 50 personnes à interroger constitue l'unité secondaire d'échantillonnage et est confié à un enquêteur en particulier.

L'enquête est composée de deux parties. L'une est un questionnaire auto-administré, c'est-à-dire que la personne interviewée remplit seule les questions sur un formulaire papier. Cette partie s'adresse uniquement aux personnes de 15 ans et plus. L'autre est une interview orale en face à face et concernent soit l'ensemble des membres du ménage soit un membre en particulier.

Sauf indications contraires, les proportions présentées sont des résultats bruts pondérés, c'est-à-dire des proportions mesurées au niveau de l'échantillon qui a été enquêté multipliées par un coefficient individuel de pondération calculé pour que l'ensemble des répondants représente l'ensemble de la population belge, régionale et provinciale.

Les enquêtes Nationales de Santé par Interview belges font l'objet de rapports détaillés disponibles sur le site de l'ISP : www.enquetesante.be.

Les ressources du système de soins

LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR ADULTES

Sophie VILLAIN XIII | AViQ

► Historique

Les soins de santé mentale en Belgique sont caractérisés par la grande diversité des institutions et des gouvernements responsables. Cette diversité peut présenter un avantage en termes de richesse de solutions mais elle a un impact négatif sur la continuité des soins si les institutions ne communiquent pas suffisamment entre elles ou si les institutions se font concurrence pour capter et conserver les patients en leur sein. En matière de soins en santé mentale, la Belgique a une autre caractéristique : depuis 1996, elle est le pays européen qui compte le taux le plus élevé de lits psychiatriques¹⁵. Pour remédier à ces particularités, le Gouvernement fédéral et les entités fédérées ont lancé la réforme des soins en santé mentale pour adultes en 2010. La constitution des réseaux a été financée notamment par le gel de lits, c'est-à-dire en fermant des lits psychiatriques et en utilisant le montant ainsi récupéré pour créer des équipes mobiles. La philosophie de cette réforme de l'offre de soins en santé mentale pour adultes rejoint les recommandations de l'OMS visant à prendre en charge dans leur milieu de vie, autant que possible, les personnes présentant des troubles en santé mentale. Les séjours résidentiels doivent être intensifs et aussi courts que possible.

► En pratique

En pratique, dans différentes régions du pays, des intervenants impliqués dans les soins en santé mentale se sont réunis pour constituer des réseaux locaux pilotés chacun par un coordinateur et contrôlés de près par le SPF Santé publique, le tout supervisé par un groupe inter-cabinet, le GTI Taskforce Soins de santé mentale. Ce travail en réseau s'organise non seulement autour des besoins des usagers et de leurs proches mais également avec ces usagers et leurs proches. La Belgique compte actuellement 22 réseaux issus de cette réforme, dont 7 réseaux wallons. En 2018, l'entièreté du territoire devrait être couverte.

En Wallonie, 11 % des hommes et 9 % des femmes présentent un score d'énergie optimal. Ces proportions sont semblables à celles des Bruxellois mais inférieures à celles de Flamands.

1. Réseau Hainaut Occidental (Mouscron-Tournai),
2. Réseau Hainaut (Ath-Leuze-Mons),
3. Réseau de la Région du Centre (Manage-La Louvière),
4. Réseau Santé Namur,
5. Réseau Fusion Liège,
6. RéSME (Réseau santé mentale de l'Est),
7. Réseau luxembourgeois.

► La plus-value pour les usagers

- Un modèle de gouvernance horizontale assurant une position et une écoute équitable des différents partenaires du réseau, y compris les représentants des usagers et des proches.
- Les partenaires construisent des méthodes communes de travail.
- La construction et l'implémentation de modèles de plan de service individualisé ou de plan de soins individualisés, et ce, de manière formelle.
- L'intersectorialité, c'est-à-dire que le secteur de la santé mentale n'est pas au centre mais est une ressource parmi d'autres.
- Une approche des soins orientée vers le rétablissement (*recovery*) qui renforce la place de l'utilisateur en tant que citoyen à part entière.
- La consultation systématique des représentants d'usagers et de proches impliqués dans les réseaux.
- La création de répertoires reprenant les coordonnées des structures ou des personnes pouvant procurer une aide psychothérapeutique.
- Des groupes de travail entre médecins généralistes et psychiatres.
- Des projets spécifiques facilitant pour les usagers l'accès et le maintien au logement.
- L'intégration des internés aux dispositifs de la réforme, ainsi que l'intégration des usagers présentant un problème lié à la consommation de substances psychoactives.

¹⁵ Par rapport à sa population selon les données de l'OMS consultées en juin 2016.

LE NOMBRE DE LITS PSYCHIATRIQUES

Dominique DUBOURG | AViQ

Dénomination officielle du réseau	Date début du réseau (2017 = futur)	Phase du réseau	Dénomination de la province	Population (source : Statistics Belgium)	Nombre total de lits	Lits T équivalents	Équivalents temps plein
Liège Fusion	2011	1	Liège	808.038	1.104	1.452	484
Santé Namur	2011	1	Namur	486.696	877	1.110	370
Région Hainaut	2011	1	Hainaut	-	805	1.021	340
Hainaut occidental	2011	1	Hainaut	-	612	868	289
Hainaut fusionné	2017	3	Hainaut	605.559	0	0	0
Centre-Charleroi	2012	2	Hainaut	728.111	366	460	153
Resme	2012	2	Liège	248.888	550	678	226
Brabant wallon	2017	3	Brabant wallon	393.497	0	0	0
Luxembourg	2016	3	Luxembourg	278.425	199	292	97
TOTAL					4.513	5.881	1.960

► Définition

Il y a cinq types (appelés index) de lits psychiatriques. Les lits A des services neuropsychiatriques d'observation et de traitement; les lits K des services de neuropsychiatrie infantile; les lits T des services neuropsychiatriques de traitement; les lits Sp6 des services spécialisés en psycho-gériatrie et les lits IB dans les services pour le traitement intensif de patients psychiatriques. Les lits A, K et T sont soit complets soit dédiés à des hospitalisations partielles de jour (lits A1, K1 et T1) ou de nuit (lits A2, K2 et T2).

Dans les hôpitaux psychiatriques plusieurs services regroupés par index sont disponibles, tandis que les hôpitaux qualifiés de pédopsychiatriques disposent uniquement de lits index K, complets et ou partiels. Dans les hôpitaux généraux on trouve principalement des lits A pour les patients qui présentent des problèmes psychiatriques, mais également des lits Sp de psycho-gériatrie (5 hôpitaux généraux), des lits K (2 hôpitaux généraux) et des lits T (2 hôpitaux généraux).

► Les chiffres

Sur les 22.734 lits hospitaliers agréés au 1^{er} janvier 2016 par le Service public de Wallonie, 5.665 (25%) sont des lits psychiatriques. Ces lits sont répartis dans 20 hôpitaux psychiatriques, 20 hôpitaux généraux et 2 hôpitaux universitaires situés tous deux en Région bruxelloise.

Si l'on ne considère que les hôpitaux situés sur le territoire wallon, ce sont 27% des lits hospitaliers qui sont des lits psychiatriques (5.551 lits psychiatriques sur un total de 20.679 lits).

La majorité des lits psychiatriques sont des lits A d'observation et de traitement (41%) et des lits T de traitement (36%). Les lits dans les services spécialisés en psycho-gériatrie représentent 8% des lits et sont situés dans six établissements psychiatriques et dans cinq hôpitaux généraux. Les lits K représentent 4,4% des lits psychiatriques¹⁶.

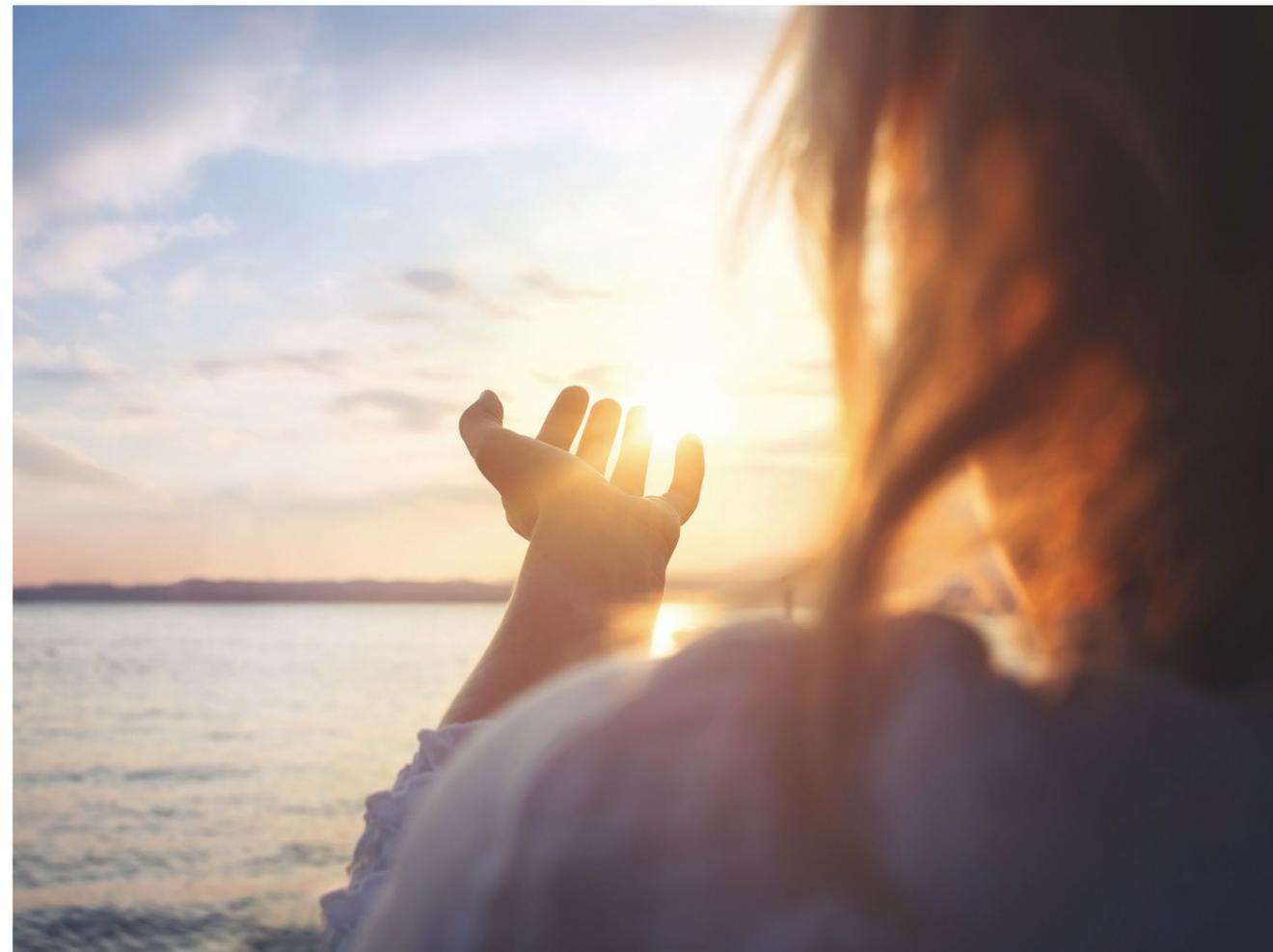
Répartition des lits psychiatriques par type de lit et type d'établissement hospitalier au 1^{er} janvier 2016 | Wallonie

	Hôpitaux psychiatriques	Hôpitaux généraux	Hôpitaux universitaires	TOTAL des lits psychiatriques
Lits A	1.437	826	74	2.337
Lits A1 jour	195	76	0	271
Lits A2 nuit	15	0	0	15
Lits K	190	35	25	250
Lits K1 jour	46	25	15	86
Lits K2 nuit	20	0	0	20
Lits T	1.901	139	0	2.040
Lits T1 jour	109	17	0	126
Lits T2 nuit	32	0	0	32
Lits psycho-gériatriques	171	301	0	472
Lits intensifs patient psychiatrique	16	0	0	16
TOTAL lits psychiatriques	4.132	1.419	114	5.665
TOTAL des lits	4.132	15.017	3.585	22.734

Source : Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (AViQ)

Sur le territoire wallon, il y a au total 5.551 lits psychiatriques soit en moyenne 15,4 lits pour 10.000 habitants. En Flandre il y avait au 1^{er} juin 2016, 11.139 lits psychiatriques soit en moyenne 17,2 lits / 10.000 habitants.

¹⁶ Ces lits sont destinés à la population des enfants et adolescents de 0 à 15 ans.



LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Marie LAMBERT | CRéSaM

Il existe aussi au sein des hôpitaux psychiatriques des fonctions spéciales. Il s'agit des fonctions de placement familial. L'une de ces fonctions (Tfb) est une forme d'hospitalisation de jour destinée à des patients atteints de troubles psychiques, dont l'équilibre psychique et social ne peut être maintenu que moyennant des soins permanents dispensés par une famille d'accueil (accueil des patients la nuit) et l'accompagnement thérapeutique d'une équipe multidisciplinaire de traitement. L'autre (Tfp) est une fonction de placement familial extra-muros. En région wallonne, ces fonctions ne sont mises en place que dans un seul établissement psychiatrique qui offre 18 lits Tfb et 120 places d'accueil dans une famille (Tfp). En Flandre ces fonctions existent également dans un seul établissement qui offre 81 lits Tfb et 538 places Tfp.

► L'évolution dans le temps

Le nombre de lits agréés (A, K et T) en hôpital psychiatrique situés sur le territoire wallon a légèrement augmenté et est passé de 3.917 lits agréés en 2009 à 3.945, en 2016. En Flandre ce nombre s'est réduit, de 8.472 lits en 2009 à 8.326 lits en 2016.¹⁷

Le paysage hospitalier pour les patients psychiatriques est en constant changement. Il faut notamment tenir compte de l'invitation faite aux hôpitaux psychiatriques par le fédéral à « geler » un certain nombre de lits afin de consacrer les moyens dégagés en personnel à la constitution d'équipes mobiles chargées d'assurer un suivi à domicile. D'autre part, plusieurs hôpitaux psychiatriques sont en phase de reconversion d'une partie de leurs lits ce qui va plus particulièrement entraîner l'augmentation du nombre de lits d'index A (intensification des soins et réduction du temps de l'hospitalisation) et réduire le nombre de lits d'index T en 2016 et 2017.



« Un Service de santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert.

Il remplit les missions suivantes :

- l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques ;
- l'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale ;
- l'organisation accessoirement des activités au bénéfice d'autres professionnels en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations, sous la forme d'information, de supervision ou de formation, et la réalisation d'expertises, liées à leurs activités de dispensation de soins »¹⁸.

Les services de santé mentale (SSM) sont agréés et subventionnés par la Région wallonne, sur base du Code wallon de l'Action sociale et de la santé, articles 539 à 624.

► Quelques chiffres¹⁹

L'ensemble du territoire wallon est couvert par 65 SSM répartis sur 89 sièges . Parmi ceux-ci, 13 SSM sont agréés pour organiser une offre de soins spécifique pour les enfants et adolescents.

Afin de répondre à des besoins spécifiques de la population, plusieurs SSM développent également des initiatives spécifiques avec des approches méthodologiques particulières. Trente initiatives spécifiques sont ainsi agréées et peuvent concerner les problématiques d'assuétudes, la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, les personnes âgées, la petite enfance, les situations d'exil, etc.

Certains SSM proposent aussi des lieux d'accueil et d'activités ouverts en journée, avec pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins. Il s'agit des clubs thérapeutiques, qui sont au nombre de six.

Le travail des SSM repose sur des équipes pluridisciplinaires. Celles-ci réunissent les fonctions psychiatrique, psychologique, sociale, de secrétariat et d'accueil. Selon leurs projets et plan d'action, les équipes peuvent être complétées d'autres disciplines : logopédie, psychomotricité, ergothérapie, médecine, soins infirmiers, pédagogie, sociologie ou criminologie.

Le nombre de travailleurs subventionnés pour l'ensemble des SSM, initiatives spécifiques et clubs thérapeutiques est de 946 personnes, pour un total de 468 équivalent temps-plein (ETP), répartis entre les différentes fonctions (fonction de secrétariat 87,3 ETP ; fonction médicale 39,5 ETP ; fonction sociale 104,6 ETP ; fonction psychologique master 160 ETP et bachelier 5,4 ETP ; psychomotricité 10,7 ETP ; logopédie bachelier 33,7 ETP et master 4,3 ETP ; éducateur 8,2 ETP ; ergothérapeute 6,1 ETP et quelques autres fonctions représentant moins de 3 ETP (kinésithérapeutes, criminologues, philosophes, expression artistique, infirmiers).

Le budget 2016 alloué aux services de santé mentale en Wallonie s'élève à 31.906.000 euros.

¹⁷ Source : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, au 1^{er} juin 2016.

¹⁸ Code wallon de l'action sociale et de la santé, Art. 540.

¹⁹ Au 1^{er} juin 2016.

²⁰ La liste complète des SSM, Initiatives spécifiques et clubs thérapeutiques se trouve sur le site du CRéSaM www.cresam.be.

Identité des SSM²¹

En cohérence avec leur cadre réglementaire, les SSM soulignent différents éléments indispensables à la définition de leur identité. Celle-ci évolue en fonction des besoins de la population, du territoire, des partenaires du réseau, de la société ou des connaissances.

Le travail en équipe pluridisciplinaire : la pluridisciplinarité permet une prise en charge intégrée visant une mise en commun respectueuse des savoirs et spécificités de chaque professionnel. Elle est un soutien pour chaque intervenant lorsqu'il est face à des situations complexes. La référence à l'équipe permet d'amener du tiers par rapport au travail de chacun. La réunion hebdomadaire est la pierre angulaire du travail au sein des services : c'est cet espace-temps propre à l'équipe qui participe à l'élaboration du travail clinique. Elle rassemble l'ensemble des prestataires du service. Chaque fonction donne une couleur particulière au travail en SSM et à la population consultante. Médecins (pédo)psychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers, logopèdes, secrétaires, etc. y œuvrent ensemble.

Un accueil tout venant : le SSM est une structure d'accueil tout venant en santé mentale, il s'adresse à tout public présentant une souffrance psychique. En tant que service au public, les SSM veillent tout particulièrement à leur accessibilité, notamment financière.

Le SSM dans la cité : prenant sa place au cœur de la cité, le SSM est un acteur spécifique du réseau dont il fait partie intégrante. A ce titre, il développe des collaborations avec ses partenaires issus du domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, de la santé, de l'action sociale et de la société, en intégrant une dimension préventive, notamment via le soutien à d'autres services.

Chaque SSM s'inscrit sur un territoire donné, dans un environnement spécifique, au sein desquels il est identifié et reconnu par la population et par ses partenaires. Il s'adresse à un public de proximité et propose des soins à dimension humaine dans la communauté.

L'accueil et l'analyse de la demande : l'accueil constitue la première fonction du soin. Une partie essentielle du travail consiste à élaborer et à construire la demande avec l'utilisateur. L'envoyeur, qu'il soit professionnel ou non, peut également être associé à la démarche. L'analyse de la demande fait partie du processus thérapeutique. Elle s'élabore en articulation avec l'équipe, sous la responsabilité du médecin psychiatre. Elle inclut la recherche d'un diagnostic, dans un processus dynamique qui vise à évaluer la situation dans sa globalité, en vue de définir des axes de travail et d'organiser une réponse adaptée à la situation. Pour différentes raisons (indications, disponibilités, priorités, etc.), certaines demandes peuvent être réorientées.

La personne en tant que sujet : le travail en SSM s'appuie sur une conception de l'être humain qui est sujet de ses soins, susceptible de mobiliser des ressources et non réductible à une pathologie ou à des catégories nosographiques. Sa problématique est appréhendée dans son contexte de vie. Les interventions se définissent dès lors en fonction des particularités de chaque situation, toujours au travers d'une rencontre singulière : des consultations ainsi que d'autres dispositifs, et ce, en fonction des besoins du public qui fréquente le service et de ses caractéristiques (par exemple travail à domicile, dispositif collectif, supervisions, informations, rencontres avec les acteurs locaux, etc.). Ces interventions, quelles qu'elles soient, ont pour visée l'amélioration de la santé mentale de l'utilisateur.

Temporalité et hospitalité : le temps représente une donnée importante de la vie psychique. Les SSM doivent donner le temps nécessaire au soin psychique, soit par une intensité soutenue de prise en charge à un moment donné, soit par un soin non-limité dans la durée. Le SSM peut dès lors constituer à la fois un lieu d'accueil ponctuel et un lieu d'accompagnement de longue durée.

La formation continue : elle est soutenue au sein de chaque SSM. Supervision, formation à de nouveaux outils cliniques, confrontation des savoirs aux données nouvelles de la recherche, etc., invitent chacun des membres de l'équipe à maintenir une pratique professionnelle rigoureuse.

Le projet de service de santé mentale : les SSM déploient leurs missions au travers d'un plan d'action, inclus dans le projet de service de santé mentale (PSSM). Celui-ci décrit le contexte, l'organisation et les projets du service. Il intègre un processus d'évaluation des activités.

Les maisons de soins psychiatriques, les Initiatives d'Habitations Protégées et les Soins Psychiatriques à Domicile

Sophie VILLAIN XIII | AViQ

► Définition

Une réforme importante de la psychiatrie s'est concrétisée en 1990 destinée à créer, hors de l'hôpital, de nouveaux types d'équipements mieux adaptés aux patients psychiatriques stabilisés. La **maison de soins psychiatriques (MSP)** et l'**initiative d'habitation protégée (IHP)** sont la concrétisation de ces nouveaux types d'équipements. (base légale : Arrêtés royaux du 10 juillet 1990).

► Maisons de soins psychiatriques

Implantées par principe en dehors du site hospitalier et organisées par unités fonctionnelles de 10 lits au minimum et de 60 lits au maximum, les MSP sont des institutions qui dispensent des soins et offrent un ensemble de services résidentiels permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter à des personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé ainsi qu'à des personnes handicapées mentales qui nécessitent un accompagnement continu. C'est une forme d'habitat collectif protégé pour des patients psychiatriques qui ne requièrent pas de traitement hospitalier et ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique ininterrompue, mais qui ne disposent pas de toutes les facultés nécessaires pour pouvoir vivre de manière autonome ou séjourner dans une autre collectivité telles que Initiatives d'habitations protégées (IHP), Maison de repos et de Soins (MRS), ou institution médico-pédagogique.

La MSP se caractérise par une approche multidisciplinaire et une concertation régulière entre les membres de l'équipe. Elle est supervisée par un spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Les résidents font appel à leur médecin généraliste pour les problèmes médico-somatiques.

La norme de personnel pour 30 patients est de 12 personnes dont au maximum la moitié est du personnel soignant et au minimum l'autre moitié est du personnel qualifié de type: éducateur, assistant social, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, infirmier. Les deux tiers du personnel qualifié doit être en possession d'un master.

Une fonction de coordination est prévue. La surveillance des habitants doit être assurée 24h/24.

Par groupe de 30 patients, un infirmier en chef est requis et 0,5 orthopédagogue par 15 personnes répondant aux critères d'admission destinés aux handicapés mentaux.

► Chiffres - MSP

Le nombre programmé de lits en MSP, c'est à dire le nombre maximum de lits que le législateur a estimé proportionnel aux besoins est fixé à 0,6 lits par 1.000 habitants. Cette programmation est et reste la compétence du fédéral, malgré le transfert de la compétence de ces structures vers les entités fédérées, en vertu de la sixième réforme de l'État. La création de lits MSP dépend du nombre programmé mais également de règles de reconversion : en l'occurrence, aucun lit MSP ne peut être ouvert sans que ferment des lits hospitaliers.

Comme le montrent les chiffres, la Wallonie compte actuellement moins de la moitié des lits prévus par la programmation. Par ailleurs des lits MSP sont programmés mais pas concrétisés, pour des raisons financières principalement.

Maisons de soins psychiatriques en Wallonie

Programmation maximum 0,6/1.000 habitants	Lits agréés	Lits programmés non réalisés	Solde (si la programmation était totalement réalisée)	Nombre de MSP
2.154	788	177	1.189	13

Pour la Belgique, on compte actuellement 42 MSP dont 24 (57 %), sont situées en Flandre, 13 en Wallonie et 5 à Bruxelles. Leur nombre est demeuré constant au cours des six dernières années.

Dans le cadre du Plan fédéral internement, certaines MSP ont passé une convention avec le fédéral, qui prévoit de réserver certains lits MSP à des patients de défense sociale « medium risk ». Ces lits bénéficient d'un encadrement complémentaire.

²¹ Texte co-écrit par des représentants de l'APOSSM (Association des Pouvoirs Organiseurs de SSM), de l'ATSMA (association de travailleurs de SSM), des directeurs thérapeutiques de SSM avec l'appui du CRéSaM.

Nous ne disposons pas des chiffres totalisant les personnes sur liste d'attente pour l'admission dans ce type de structures. Il est par contre avéré que de nombreuses résidences accueillent des personnes répondant aux critères d'admissions en MSP, ou présentant des profils similaires. Ces établissements sont dans l'illégalité dans la mesure où ils ne bénéficient d'aucune reconnaissance ou agrément conformément à la législation. La qualité de la prise en charge et des soins n'y est soumise à aucune forme de contrôle. Cette situation témoigne en partie du fait que les besoins et l'offre ne concordent pas.

► Initiatives d'habitations protégées

Les Initiatives d'habitations protégées (IHP) sont un autre type de structures résidentielles alternatives et complémentaires à l'hôpital psychiatrique.

Les IHP accueillent des personnes issues principalement des hôpitaux psychiatriques et/ou des services psychiatriques des hôpitaux généraux, qui ne requièrent pas de traitement continu en hôpital mais qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et d'hébergement, en vue d'acquiescer les aptitudes sociales nécessaires à l'intégration, et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées. L'habitation protégée est conçue comme un milieu de transition. Le séjour dans une initiative d'habitation protégée est justifié aussi longtemps que la personne concernée ne peut être totalement réintégrée dans la vie sociale.

Ces structures offrent aux patients psychiatriques, chroniques et stabilisés, la possibilité de vivre hors du cadre hospitalier de manière individuelle et organisée, tout en bénéficiant de l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, etc.).

La législation a précisé qu'une IHP doit être organisée sous la forme d'une association qui dépend d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général (secteur résidentiel) et d'un service de santé mentale (secteur ambulatoire).

Plusieurs formules d'hébergement sont proposées : hébergement semi-communautaire, chambre individuelle et lieux communs partagés, appartements individuels, possibilité d'accueil de couples.

L'approche est celle de la réhabilitation psychiatrique centrée sur le développement de l'autonomie et tenant compte des possibilités du résident.

La norme de personnel est d'au moins, par huit résidents, un équivalent temps plein, titulaire d'un master ou d'un baccalauréat comme celui d'infirmier social, infirmier psychiatrique, psychologue, criminologue, assistant social ou ergothérapeute.

► Les chiffres - IHP

Le nombre programmé, c'est à dire le nombre maximum de places que le législateur a estimé proportionnel aux besoins pour les IHP, est de 0,5 par 1.000 habitants. Tout comme pour les MSP, cette programmation est et reste de la compétence du fédéral, malgré le transfert de la compétence de ce type de structure vers les entités fédérées, en vertu de la sixième réforme de l'État. La création de places d'IHP dépend du nombre programmé mais également de règles de reconversion : aucune place d'habitation protégée ne peut être ouverte sans fermeture de lits hospitaliers.

À titre d'exemple, les règles d'équivalence permettent la reconversion d'un lit index T pour 3,5 places en IHP.

À nouveau, et comme le montrent les chiffres, la Wallonie compte actuellement moins de la moitié des places prévues par la programmation.

Initiative d'habitations protégées en Wallonie

Programmation maximum 0,5/1.000 habitants	Places agréées	Places programmées non réalisées	Solde	Nombre d'IHP
1.795	786	12	997	26

Les associations se sont principalement développées durant les 10 premières années, suite à la réforme de 1990. Ensuite leur nombre s'est stabilisé. On dénombre actuellement 84 IHP pour toute la Belgique dont 49 % situées en Flandre, 32 % en Wallonie et 19 % à Bruxelles.

Dans le cadre du plan internement du fédéral des places d'IHP sont dédiées spécifiquement et bénéficient d'un encadrement complémentaire pour des patients de défense sociale « medium risk ».

► Soins psychiatriques à domicile

Un projet spécifique pour des missions de Soins psychiatriques à domicile (SPAD) a été mis en place par le SPF Santé publique en vue de permettre, au départ des IHP, l'engagement de personnel mobile chargé du coaching et du suivi des résidents lorsque ceux-ci accèdent ou réintègrent leur domicile.

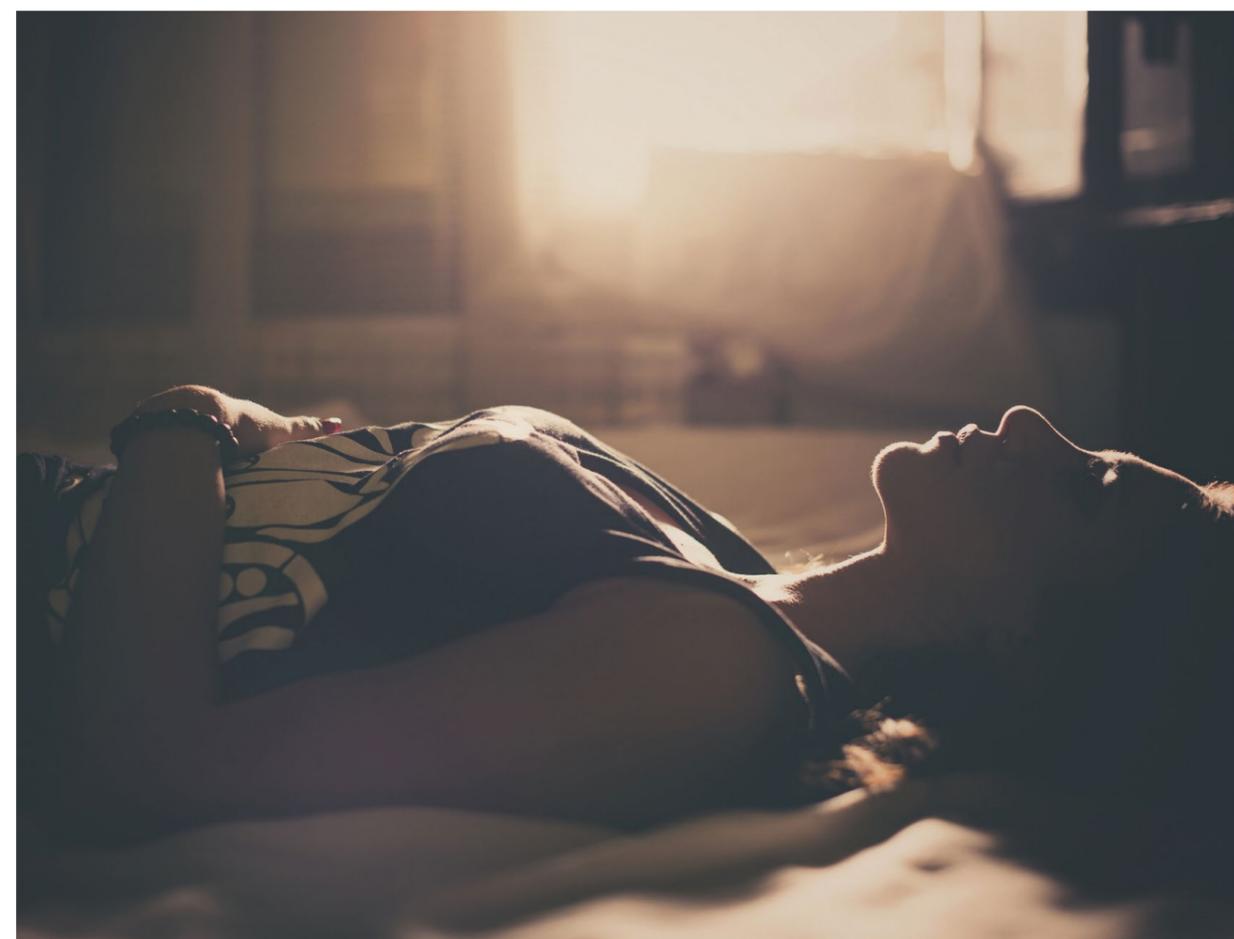
En Wallonie, 17 IHP ont développé un SPAD, à raison de 2 à 3 ETP par projet ; 25 en Flandre, à raison de 2 à 4 ETP par projet, et enfin 4 à Bruxelles, à raison de 2,5 ETP par projet.

► Remarques

La réforme 'en réseaux' des soins de santé mentale appelée aussi Psy107 insiste sur le développement de la fonction résidentielle, comme alternative à l'hospitalisation ou étape du projet de rétablissement et d'inclusion dans la communauté. Des lits hospitaliers (principalement des lits T) ont été gelés pour compléter l'offre de soins existante par des équipes mobiles, en faisant usage des budgets hospitaliers (L'article 107 de Loi sur les hôpitaux, qui a donné son nom à cette réforme, permet ce mécanisme financier).

Mais ces structures, les MSP et IHP, ne se développent pas. De fait, telles que conçues et financées il apparaît qu'elles ne peuvent être gérées en toute autonomie. Elles restent tributaires des institutions hospitalières dont elles émanent, et des choix de ces institutions. Par ailleurs, le prix de séjour est prohibitif pour une partie des résidents des MSP, leur contribution y est en effet bien plus importante que lors d'un séjour à l'hôpital.

Enfin, si le développement de ces structures est à encourager sur le principe, car il répond aux besoins de nombreuses personnes souffrant de pathologies mentales, il faut tenir compte de l'impact de leur concrétisation sur le budget wallon à la suite du transfert de compétence réalisé par la sixième réforme de l'État.



LES CELLULES MOBILES D'INTERVENTION

Virginie BELLEFROID et Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

Opérationnelles depuis 2009, les cellules mobiles d'intervention (CMI) au nombre de sept (15 équivalents temps plein), réparties sur l'ensemble de la Wallonie soutiennent et accompagnent l'entourage (services du secteur du handicap, services du secteur de la santé mentale, écoles, services de l'aide à la jeunesse, familles, etc.), des personnes avec un « double diagnostic, c'est-à-dire qui présentent une déficience intellectuelle et également des problèmes de santé mentale (des troubles du comportement et/ou des troubles psychiatriques) » (*Conseil supérieur de la santé, décembre 2015*).

Pour qu'il y ait une déficience intellectuelle, il faut que trois critères soient simultanément rencontrés (AAIDD, 2013):

- Déficit intellectuel (QI < 70),
- Problèmes au niveau de l'adaptation sociale,
- Constatés avant l'âge de 18 ans.

Chez les personnes déficientes intellectuelles (DI), les problèmes psychiatriques se manifestent de manière non spécifique, souvent sous la forme d'un problème de comportement. Il s'agit d'un groupe (au moins) triplement hétérogène et aux limites souvent floues (hétérogénéité des degrés de déficience intellectuelle, des pathologies psychiatriques rencontrées et des troubles du comportement, ponctuels ou récurrents).

Lorsqu'un service fait appel à une CMI, cette dernière se déplace dans le milieu de vie pour analyser la situation (observation des troubles du comportement...). Il s'agit d'adapter tant que possible le milieu de vie aux besoins de la personne. L'objectif est surtout d'agir de façon préventive, sur le terrain, en concertation avec les équipes, et de pouvoir intervenir le plus tôt possible. Si cela s'avère nécessaire, la CMI réalise ensuite un bilan médical sur base des éléments existants dans le dossier de la personne. Elle a également pour mission d'outiller les professionnels afin qu'ils puissent construire une manière de faire en situation et qu'ils intègrent des réflexes liés au handicap. Pour ce faire, elle met en place des moyens de communication et des activités adaptées à la personne présentant un double diagnostic. Elle forme aussi l'entourage de cette dernière et veille à activer un réseau de services autour de la personne.

La CMI peut aussi aider à préparer l'arrivée d'un nouveau bénéficiaire. En effet, l'accueil peut mobiliser beaucoup l'équipe du milieu de vie, or celle-ci doit gérer tout un groupe. Il y a donc des limites à poser, un cadre à définir, et la CMI peut être là pour que cela se passe dans les meilleures conditions.

Nouer des partenariats, construire le réseau autour de situations complexes, rompre l'isolement des services et des familles sont des moyens d'action et des objectifs pour garantir à long terme un lieu de vie pour les personnes avec un double diagnostic. C'est pourquoi les services ne doivent pas hésiter à prévenir une cellule mobile d'intervention dès qu'une situation devient sensible.

► Les chiffres

Dans la population générale, on estime que 1 à 3% des personnes présentent une déficience intellectuelle. Selon l'Ordre des psychologues du Québec (2007), le taux de prévalence de la déficience intellectuelle est historiquement estimé à environ 3% de la population globale.

Aborder la question de la prévalence devient encore plus complexe lorsque des problèmes de santé mentale s'accompagnent d'une déficience intellectuelle. Parmi les personnes avec déficience intellectuelle, la prévalence réelle du double diagnostic est ainsi difficile à estimer du fait du masquage diagnostique (« diagnostic overshadowing ») dans lequel les caractéristiques mêmes de la déficience intellectuelle (en particulier les limitations des capacités de communication), empêcheraient de détecter les symptômes d'un trouble psychiatrique.

Il manque aussi d'instruments fiables et valides permettant le dépistage et le diagnostic des troubles psychiatriques sous-jacents.

Par ailleurs, d'après l'avis du conseil supérieur de la santé un grand nombre d'études indiquent que la possibilité de développer des problèmes de santé mentale chez les personnes atteintes d'une déficience est de trois à cinq fois plus importante que dans la population générale. Ainsi, 20 à 30% des personnes présentant une déficience intellectuelle présenteraient également des troubles du comportement (*Conseil supérieur de la santé, 2015*).

En 2015, les CMI de la Région wallonne ont suivi 499 situations de personnes double diagnostic dont les troubles du comportement mettaient à mal leur inclusion dans le lieu de vie. Ce chiffre était de 327 en 2012.

Le profil des situations double diagnostic suivi par les cellules mobiles est stable dans le temps. Nous disposons de ces données depuis 2009.

Comme les années précédentes, en 2015, il y avait 65% d'hommes et de 35% de femmes. Près de la moitié des situations concernaient des jeunes de 16 à 25 ans. 61% des situations concernaient des individus vivant à domicile. Les 39% restant étant institutionnalisés, hospitalisés ou emprisonnés voire sans domicile.

Environ un tiers des situations concernait des personnes présentant une déficience intellectuelle légère, un tiers concernait des personnes présentant une déficience intellectuelle modérée, 12% une déficience intellectuelle sévère, 3% une déficience intellectuelle profonde et 12% des troubles caractériels. Le reste de la population présentait un handicap associé à la déficience intellectuelle comme l'autisme, la cérébrolésion, etc.

Troubles du comportement et troubles psychiatriques relevés dans les situations suivies par les CMI | Wallonie, 2015

Troubles envahissants du développement	28 %
Troubles psychotiques	19 %
Troubles du contrôle des impulsions	14 %
Troubles de la personnalité	8 %
Troubles anxieux	9 %
Troubles de l'adaptation et des conduites	6 %
Troubles dépressifs	5 %
Troubles de l'humeur	3 %
Autres	8 %
TOTAL	100 %

Source: Rapports d'activités annuels des cellules mobiles d'intervention double diagnostic de la région wallonne.

Références

- AAIDD (2013), *Definition of Intellectual Disability*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Conseil supérieur de la santé (2015), *Avis n°9203: Besoins en matière de double diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale: trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques) en Belgique*.
- Ordre des psychologues du Québec (2007) Document de synthèse. <<https://www.ordrepsy.qc.ca>>.

LES CONVENTIONS INAMI

Anouck BILLIET | AViQ

La sixième réforme de l'État et la réforme du système de soins de santé mentale ont modifié le paysage de l'offre de soins en santé mentale.

Les conventions conclues entre l'INAMI et les centres spécialisés et de rééducation font partie des matières qui ont été transférées par la sixième réforme de l'État aux entités fédérées. Ces centres spécialisés et de rééducation ont des conventions-types avec l'INAMI ou des conventions spécifiques avec l'INAMI (conclues avec un seul établissement). Ces conventions sont toujours gérées par l'INAMI pour le compte de la Région wallonne jusque fin 2017. Un prolongement de cette gestion par l'INAMI a été demandé par les entités fédérées jusque fin 2018.

En santé mentale pour adultes, trois grands types de conventions existent :

- ▶ les centres de rééducation ambulatoire (CRA), (Convention INAMI numéro 953-965), (19 conventions en Wallonie);
- ▶ les établissements de rééducation psychosociale pour adultes atteints de troubles mentaux (Convention INAMI numéro 772) (13 conventions en Wallonie);
- ▶ toxicomanie (Convention INAMI numéro 773), (11 conventions en Wallonie).

D'autres conventions existent mais concernent les enfants ou les troubles neurologiques. Elles ne sont pas reprises ici.

▶ Les centres de rééducation ambulatoire (CRA)

« Les centres dispensent un traitement à des patients qui présentent certains troubles mentaux, un retard mental, des troubles complexes du développement, des troubles de l'ouïe, du langage, certains troubles neurologiques et neuro-locomoteurs. Le traitement consiste en séances ambulatoires, de durée variable, individuelles ou en petit groupe. L'assurance soins de santé (via la mutualité) peut intervenir financièrement dans ce traitement. Tous les centres ont signé la même convention. Cependant, la plupart des centres ne traitent qu'une partie des pathologies couvertes par cette convention ». (INAMI 2016)

« Les centres de réadaptation ambulatoire, qui bénéficient d'une convention avec l'INAMI sur base d'un projet thérapeutique propre à chaque centre, ont été mis en place en complémentarité de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire. Ces structures sont ainsi indépendantes des services de santé mentale et des hôpitaux (hormis certains centres qui disposent également d'un agrément hospitalier A ou K) et ont des projets thérapeutiques complémentaires (centres de jour, centres de nuit, accueil 24 heures sur 24, ambulatoire, centres de crise, centres de posture, etc.). Ces centres proposent, après examen et diagnostic, des programmes de réadaptation intensive et pluridisciplinaire basé sur le suivi médical, la guidance sociale, les entretiens familiaux, la logopédie, la psychothérapie, l'ergothérapie, la kinésithérapie, la psychomotricité ».

En Wallonie, **22 institutions** sont reconnues comme centres de rééducation ambulatoire (dont 19 prennent en charge des adultes).

▶ 772 Troubles mentaux chez les adultes

« Les centres traitent des patients adultes atteints de troubles mentaux invalidants (schizophrénie, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles de la personnalité, etc.). Ils leur dispensent des soins résidentiels ou ambulatoires de durée limitée, pour réduire la fréquence d'apparition des troubles et permettre une meilleure insertion sociale. L'assurance soins de santé, via la mutualité, peut intervenir financièrement dans ce programme ». (INAMI 2016)

En Wallonie, **12 centres** ont passé une telle convention avec l'INAMI.

▶ 773 Toxicomanie

« Les centres pour toxicomanes accueillent des personnes consommant des drogues illégales, des médicaments, de l'alcool ou certains produits psychoactifs. Ils proposent différents types de suivis ambulatoires ou résidentiels pour se sevrer, se défaire d'une addiction et permettre une meilleure insertion sociale ». (INAMI, 2016)

On compte **11 centres** inscrits dans ce type de convention en Wallonie.

Références

- ▶ INAMI (2016), *Troubles mentaux et neurologiques, Interventions pour les adultes, consulté le 17 octobre 2016*, <<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies>>

L'OFFRE DE SERVICES À DESTINATION DES USAGERS D'ALCOOL ET DE DROGUES

Michaël HOGGE | Eurotox

▶ Introduction

Il n'existe pas de cadastre ni de répertoire détaillant exhaustivement l'offre de services à destination des usagers d'alcool et de drogues en Wallonie, qui permettraient de savoir précisément « qui fait quoi et où ». Mais il est possible de décrire en partie cette offre sur base des informations relatives au financement des institutions wallonnes, des types de structures existantes et de leurs activités supposées. Les sources de financement sont multiples et peuvent émaner de différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional, provincial, communal). Une même institution peut bénéficier de plusieurs types de financement et mener en parallèle différentes activités, parfois dans différents sièges. Les activités peuvent relever de la prévention (primaire), de la réduction des risques (RdR) ou encore de l'aide ou du soin, et être développées dans des cadres conceptuels différents (promotion de la santé, systémique, etc.). Elles sont donc particulièrement diversifiées : travail de rue, remise en ordre socio-administrative, aide psychosociale, échange de seringues, traitement ambulatoire ou résidentiel, actions de sensibilisation, interventions de RdR en milieu festif, formation de public relais (éducateurs, enseignants, etc.), interventions de prévention en milieu scolaire, etc.

Cette offre peut être appréhendée selon le niveau de spécificité : nous distinguerons donc d'une part l'offre spécialisée en assuétudes et d'autre part l'offre non spécialisée. L'offre que nous décrivons ici n'est probablement pas exhaustive, en raison de la multitude de dispositifs susceptibles de fournir une aide aux usagers d'alcool et de drogues, mais elle en reprend l'essentiel. Le tableau fournit une description générale de l'offre de services, sans tenir compte des quelques exceptions pouvant exister (par exemple, une maison médicale qui propose des actions de prévention, un plan stratégique de sécurité et de prévention qui propose une offre de soin, etc.).

▶ L'offre de services spécialisée en assuétudes

L'offre de services spécialisée en assuétudes peut émaner d'institutions dont la mission est spécifiquement liée à cette problématique, mais aussi d'institutions dont la mission « assuétudes » est une mission parmi d'autres.

La Région wallonne finance 27 institutions agréées comme services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, dont « la mission spécifique est d'assurer l'accueil, l'aide psychosociale, le traitement et/ou le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des bénéficiaires dans une approche multidisciplinaire ». Ils peuvent également proposer des actions de prévention et de RdR. La Région wallonne octroie également une vingtaine de subventions facultatives permettant aux institutions qui en bénéficient de développer des projets spécifiques en la matière.

Suite au transfert de compétences lié à la sixième réforme de l'Etat, la Région wallonne a hérité des conventions de rééducation fonctionnelle qui émanaient de l'INAMI. Actuellement, 11 institutions bénéficient de conventions de ce type en Wallonie et offrent par ce biais des services de prise en charge spécifique aux usagers de drogues, dans le cadre d'un traitement de type ambulatoire (maison d'accueil socio-sanitaire ou MASS²², centre de jour) ou résidentiel (centre de crise, communauté thérapeutique).

Dans le cadre de ce même transfert de compétences, la Région wallonne a également hérité du financement et de l'encadrement de la promotion de la santé (hors milieu scolaire) qui émanait de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans ce cadre, elle finance neuf institutions qui proposent des projets de prévention ou de RdR à destination des usagers de drogues en Wallonie.

Enfin, la Région wallonne finance également les services de santé mentale (SSM), dont sept sont spécialisés en assuétudes. Ceux-ci offrent généralement une prise en charge pluridisciplinaire aux personnes ayant un usage problématique de produits psychotropes, mais ils peuvent également mettre en place des actions de prévention et de RdR.

L'offre de soins spécialisée en assuétudes est également proposée en milieu hospitalier : soit dans l'une des trois unités de crise qui proposent un traitement intensif de courte durée aux usagers de drogues qui arrivent au services d'urgence, de manière à les stabiliser, les motiver et les orienter ensuite vers une structure de soins spécialisée intra ou extra-hospitalière ; soit dans les hôpitaux psychiatriques (n=24) ou spécialisés en psychiatrie (n=1) ainsi que dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (n=19) ou spécialisés (n=2). En effet, en milieu hospitalier, les problématiques d'assuétudes sont traitées dans les services de psychiatrie, par une équipe qualifiée dans la prise en charge de ce type de problématique.

Des missions spécifiques en lien avec l'usage de drogues et les assuétudes sont aussi développées dans certaines communes de Wallonie dans le cadre des Plans de cohésion sociale (PCS) octroyés par la Région wallonne.

²² Les MASS sont des structures à bas-seuil d'accès dispensant une aide et des soins psychomédicosociaux aux usagers marginalisés. Elles peuvent également proposer des activités de RdR (échange de seringues, etc.).

Ces plans ont pour mission de lutter au niveau local contre toutes les formes de précarité, d'insécurité et de pauvreté en développant des actions autour de quatre axes : l'insertion socioprofessionnelle, l'accès à un logement décent, l'accès à la santé et le traitement des addictions, et le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels. Pour la période 2014-2019, 52 PCS ont développé des activités spécifiques à la thématique des addictions. Le volet drogue d'un PCS peut être alloué par la commune à une ou plusieurs institutions spécialisées en addictions, ou être développés au sein d'un service communal spécifique.

Enfin, il existe quelques institutions qui ont développé une expertise en matière d'addictions parce que leur objet social porte sur une thématique liée (e.g. le VIH-SIDA, la prostitution, etc.). Signalons que les usagers de drogues peuvent aussi bénéficier d'une aide professionnelle et spécifique dans le cadre d'une pratique privée exercée par un médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue ayant une expertise en matière de prise en charge des addictions.

► L'offre de services non spécialisée en addictions²³

Des services à destination des usagers d'alcool et de drogues peuvent aussi être dispensés dans des structures qui ne sont pas spécialisées en cette matière, soit parce que l'équipe dispose des compétences internes pour prendre en charge cette problématique, soit parce que, en l'absence de demande de prise en charge spécifique, l'aide se focalise principalement sur les problèmes ou troubles concomitants à l'usage pour lesquels l'équipe est habilitée à intervenir (un problème somatique, une dépression, etc.). Ces structures participent également à la détection précoce des problématiques d'addictions et à la réorientation des usagers problématiques vers les services d'aide et de soin spécialisés.

En Wallonie, on dénombre 57 maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales. Elles sont pour la plupart agréées en tant qu'association de santé intégrée. Ces structures visent à améliorer l'accessibilité de la population aux soins de santé primaires dans une perspective multidisciplinaire. Pour ce faire, elles sont nombreuses à proposer aux patients un système de paiement forfaitaire. Ces structures peuvent être amenées à fournir une aide médicale ou psychosociale aux usagers d'alcool ou de drogues. Certaines maisons médicales ont développé une expertise spécifique en matière d'addictions.

Dans les hôpitaux sans service psychiatrique (n=47), les usagers d'alcool et de drogues sont le plus souvent pris en charge dans les services d'urgence ainsi qu'aux soins intensifs, généralement pour traiter les conséquences somatiques d'un usage aigu ou chronique (overdose, infection de la peau ou des tissus mous, affections respiratoires) ou pour offrir un traitement symptomatologique d'une éventuelle composante psychopathologique (délires, hallucinations, etc.). La problématique d'addiction et l'éventuelle comorbidité psychiatrique n'y font généralement pas l'objet d'une prise en charge en tant que telle, le patient étant dès lors réorienter vers une unité spécialisée intra ou extrahospitalière.

Une aide peut également être proposée aux usagers d'alcool et de drogues dans les SSM non spécialisés en addictions (n=58), dans les CPAS (n=262) ainsi que dans les centres de planning familial (n=70). Les jeunes usagers peuvent quant à eux bénéficier de l'aide des associations d'aide en milieu ouvert (AMO) ou des Openado. Les AMO (n= 66) s'adressent spécifiquement aux mineurs d'âge dans leur milieu de vie, dans une démarche préventive (décrochage scolaire, délinquance, violence familiale, addictions, etc.) et d'encadrement (soutien de projets, animations, école des devoirs, etc.). Elles proposent aussi une aide et un accompagnement individuel des jeunes en difficultés. Les Openado (n= 9) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation et d'accompagnement psycho-social à destinations des enfants, des jeunes et de leur famille en province de Liège.

Ils proposent également des actions et un encadrement en matière de prévention et de promotion du bien-être.

Finalement, signalons qu'en plus de ces institutions qui proposent directement des services à destination des usagers d'alcool et de drogues, des associations de self-help en matière d'addictions se sont également développées sur le territoire wallon (e.g. alcooliques anonymes, narcotiques anonymes). En outre, des dispositifs de 3ème ligne ont été formalisés de manière à coordonner et visibiliser au mieux l'offre de services (e.g. les réseaux d'aide et de soins en addictions ainsi que les points d'appui aux écoles en matière de prévention des addictions) ou afin de faciliter ou éclairer le travail des institutions de terrain (les fédérations, observatoires, etc.).

Description de l'offre de services à destination des usagers d'alcool et de drogues | Wallonie, 2015

Secteur	Types de structure	n	Services offerts			
			Prévention	RdR	Aide	Soin
Spécialisé	Services spécialisés agréés RW	27	X	X	X	X
	Subventions facultatives RW	20	X	X	X	X
	Rééducation fonctionnelle INAMI	11		X	X	X
	Promotion de la santé	9	X	X	X	
	SSM spécialisés	7	X	X	X	X
Non spécialisé à mission spécifique	PSSP	22	X	X	X	
	PCS	52	X	X	X	
	Autres	n.a	X	X	X	
Non spécialisé	Maisons médicales	57			X	X
	SSM non spécialisés	58			X	X
	Centres de planning familial	78			X	
	AMO	66	X		X	
	CPAS	262			X	
	Openado	9	X		X	
Hospitalier	Unités de crise	3			X	X
	Hôpitaux psychiatriques	25			X	X
	Hôpitaux généraux ou spécialisés avec service psychiatrique	21			X	X
	Hôpitaux généraux ou spécialisés sans service psychiatrique	47			X	X

Source : SPF Intérieur, AVIQ, Fédération des maisons médicales, Département des affaires sociales de la province de Liège, Offre de soins agréés en C.F.W.B. (répertoire des activités hospitalières agréées), www.uvcw.be; www.aidealajeunesse.cfwb.be; www.cresam.be.

²³ Il peut arriver que certaines structures décrites dans cette partie aient développé un service spécialisé en matière d'addictions. Nous les avons néanmoins classées dans l'offre non spécialisée pour 3 raisons : d'abord afin de clarifier la présentation, ensuite parce que ces structures sont minoritaires et enfin parce qu'elles bénéficient généralement d'un subside spécifique pour assurer ce service spécialisé (PCS, PSSP, etc.) et sont donc déjà comptabilisées dans l'offre spécialisée ou avec mission spécifique.

LA SANTÉ MENTALE DANS LES SERVICES SUBSIDIÉS PAR LA WALLONIE

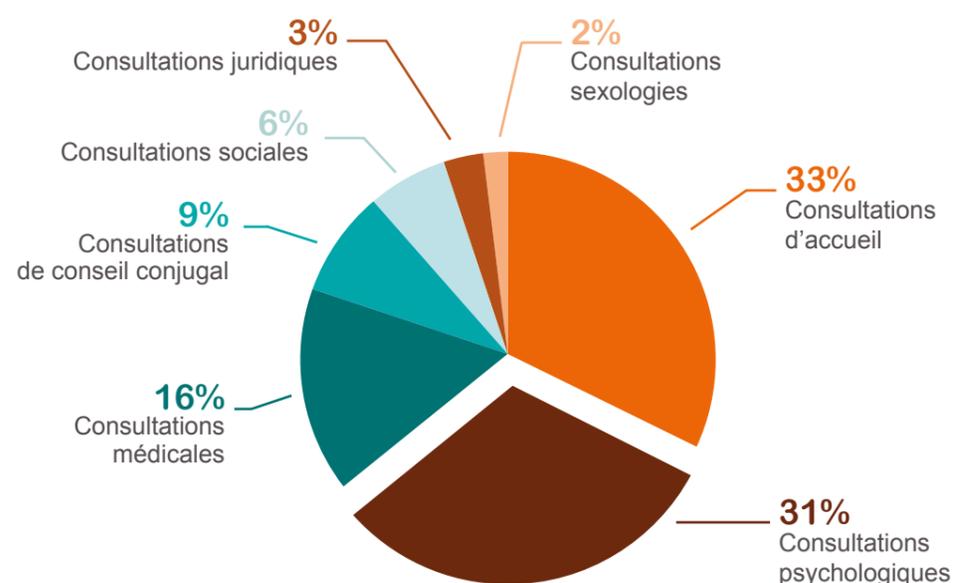
Anouck BILLIET | AViQ

De nombreux acteurs subsidiés par la Wallonie s'occupent de problématiques de santé mentale sans qu'ils soient spécifiquement dédiés à cette dimension dans la santé. Il en va ainsi par exemple des centres de planning, des relais-santé, de respect-senior, des services en lien avec la violence envers les femmes et entre partenaires, des maisons médicales et encore des centres de Télé-Accueil. Sans prétendre être exhaustif, ce chapitre se penche sur ces structures pour mettre en évidence la place que prend le soutien psychologique dans ces pratiques.

► Les centres de planning et de consultation familiale et conjugale

Les centres de planning accueillent tous ceux qui, à un moment donné de leur vie, rencontrent des difficultés d'ordre conjugal ou familial et manifestent le besoin d'être écoutés et aidés. Ces centres disposent d'une équipe pluridisciplinaire qui est composée d'au moins un médecin, un psychologue, un assistant social et un juriste. Certains centres proposent aussi les services d'un conseiller conjugal, d'un sexologue ou d'un médiateur familial. L'activité des 70 centres de planning agréés en Wallonie est constituée de consultations (47%), d'animations (39%), d'accueil (13%) et de sensibilisation (1%). La plupart des consultations sont des consultations psychologiques (31%). Cette proportion est inchangée depuis 2004. Environ un équivalent temps plein est consacré aux consultations psychologiques dans chaque planning.

Répartition des consultations selon le type, Centres de Planning | Wallonie, 2014



Source : AViQ, Rapport d'activité des centres de planning, Jean-Marc Schieres, 2016.

► Les relais-santé

Les relais-santé sont des structures qui offrent un accès aux soins pour les personnes qui en sont exclues. Ils sont organisés via les sept relais sociaux agréés en Wallonie. D'après une collecte de données test réalisée en 2015, plus de la moitié des personnes vues dans ces services souffrent de difficultés psychologiques, principalement liées à la consommation abusive d'alcool ou de drogues, à la dépression et parfois à un retard mental.

► Respect-seniors

Respect-seniors est l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés. Un tiers des plaintes de maltraitances enregistrées par ce service concerne des maltraitances psychologiques envers les personnes âgées. La grande majorité (80%) des réponses qui sont apportées par Respect-Seniors sont de l'ordre de l'écoute et du conseil.

► Services spécialisés en violences envers les femmes et entre partenaires

Sylvie GROLET | Département de l'Action sociale de la Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux et de l'Action sociale

Les violences à l'égard des femmes ont des conséquences importantes sur leur santé²⁴. Les conséquences les plus fréquentes des violences physiques et/ou sexuelles faites aux femmes sur la santé mentale sont, notamment, la dépression, les tentatives de suicide et l'état de stress post-traumatique.

Les services spécialisés financés par la Wallonie pour l'accompagnement ambulatoire des victimes de violences entre partenaires et de violences basées sur le genre leur offrent une prise en charge globale et pluridisciplinaire par le biais d'un premier accueil, d'une information, d'une aide sociale, juridique, administrative et psychologique. En 2014, 1.071 femmes et 7 hommes ont poussé la porte des services d'accompagnement ambulatoire spécialisés pour les victimes de violences entre partenaires et envers les femmes, majoritairement pour des consultations psychosociales.

Les mutilations génitales féminines (MGF) ont des conséquences sur la santé physique, sexuelle, génésique et mentale. Selon l'asbl Intact, les principales conséquences psychologiques des MGF sont l'anxiété, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique. En 2014 en Wallonie, 119 femmes, 47 petites filles et 7 hommes ont bénéficié d'un accueil et d'un suivi individuel psycho-social en lien avec la problématique des MGF.

La Wallonie subventionne l'ASBL Praxis pour le travail d'accompagnement ambulatoire des auteurs de violences entre partenaires sur base volontaire (c'est-à-dire hors mandat de justice), par le biais d'une aide psycho-sociale. En 2014, Praxis a travaillé avec 166 nouveaux volontaires, constitués de 92% d'hommes et 8% de femmes. De plus, Praxis a poursuivi l'accompagnement, entamé en 2013, de 43 personnes. En 2014, Praxis a donc accompagné sur base volontaire 209 auteur-e-s en Wallonie.

La ligne « Écoute violences conjugales » (0800/30.030), gratuite et anonyme, assure les missions d'écoute, d'information et d'orientation du lundi au vendredi de 9h à 19h. Elle est destinée aux victimes, aux auteur-e-s et à leur entourage, ainsi qu'à toute personne confrontée à titre privé ou professionnel à cette problématique.

En 2014, le nombre d'appels reçus à la ligne Écoute violences conjugales qui ont donné lieu à un entretien téléphonique s'élevaient à 3.347, soit 13 par jour. Sur l'ensemble de ces entretiens téléphoniques, 86% des demandes ont été formulées par des femmes et 14% par des hommes. Parmi les appels reçus, 79% provenaient de Wallonie et 21% de Bruxelles.

53% des entretiens rencontrent la mission d'écoute et de soutien et 47% des entretiens rencontrent la mission d'information et/ou d'orientation. Lorsque les appels ont été identifiés comme concernant des victimes d'un processus de domination conjugale, 91% des victimes appelantes étaient des femmes et 9% des hommes. Lorsque les appels ont été identifiés comme concernant des auteurs d'un processus de domination conjugale, 68% des auteurs appelants étaient des hommes et 32% des femmes (1).

Le nombre de places subventionnées dans les maisons d'accueil pour l'hébergement des victimes de violences conjugales et de leurs enfants s'élève actuellement à 699, à travers 15 maisons d'accueil spécialisées agréées et réparties sur le territoire wallon.

En 2014, 1.180 femmes et 1.251 enfants ont été hébergés dans ces maisons spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales.

Certaines maisons d'accueil, spécialisées ou non, bénéficient de subventions supplémentaires pour l'accompagnement psycho-social des enfants de moins de 3 ans.

► Les maisons médicales

Les données récoltées par la fédération des maisons médicales (2), même si elles ne concernent qu'une petite partie de l'offre en médecine générale, sont toutefois éclairantes. On y apprend que 4% des patients ayant consulté une maison médicale²⁵ en 2014 souffrent d'une dépendance à l'alcool. Cette prévalence varie selon les maisons médicales de 1% à 7% de la patientèle, signe de l'hétérogénéité soit des pratiques soit du contexte.

Par ailleurs, 9,1% des patients des maisons médicales sont diagnostiqués comme souffrant de dépression (Code P76 de la Classification Internationale de soins primaires (3)). Parmi les patients âgés de 45 à 54 ans, cette proportion atteint 20% (en incluant les personnes consommant des antidépresseurs sans diagnostic de dépression).

²⁴ Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes, Organisation mondiale de la Santé 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86256/1/WHO_RHR_12.43_fre.pdf?ua=1

²⁵ Les données concernent 23 maisons médicales au forfait faisant partie de la fédération des maisons médicales, dont 15 sont situées en Wallonie et 8 à Bruxelles. Elles portent sur 26.777 patients dont 18.841 en Wallonie et 7.946 à Bruxelles.

Enfin, 3 % de la patientèle souffre de psychose ou suit un traitement antipsychotique. Ici aussi, la prévalence est variable d'une maison médicale à l'autre, de 0,2 % à 3,7 %.

La charge de travail consacrée à la santé mentale en médecine générale est importante. Cela est d'autant plus vrai que les patients souffrant de troubles de santé mentale sont plus fréquemment de gros consommateurs de soins. Un quart des patients psychotiques consulte au moins 12 fois par an sa maison médicale alors que, par exemple, seuls 17 % des patients diabétiques en font autant.

Pourcentage de grands consommateurs de soins (12 contacts-médecin/an et plus) parmi les personnes souffrant de cette pathologie et parmi la population totale des maisons médicales

Pathologies	% de grands consommateurs de soins
Psychose	25,6 %
Dépression	22,5 %
Alcoolisme	19,7 %
Diabète	17,6 %
Population totale des maisons médicales	7,7 %

Source : Fédération des maisons médicales, Tableau de bord de la Fédération des maisons médicales, Rapport d'analyse des données 2014.

► Les centres de télé-accueil

« Les centres de télé-accueil sont organisés par des ASBL ou autorités publiques. Ils garantissent à toute personne en état de difficulté psychologique appelant par téléphone au numéro gratuit 107, une écoute attentive, une réponse et, le cas échéant, une orientation qui répondent le mieux à la situation ou aux difficultés qui ont motivé l'appel. Pour ce faire, ils disposent d'une équipe de professionnels encadrant des volontaires qui se relaient 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, et sont formés en fonction de la mission à remplir ».²⁶

En 2013, ces centres ont apporté une écoute à près de 57.000 appels²⁷, soit pas moins de 155 appels par jour. Parmi les motifs principaux d'appels, on retrouve un quart de difficultés relationnelles (problèmes de couples, de divorce de relation parents/enfants, etc.), un quart de santé mentale (principalement dépression et anxiété-angoisse). Enfin, la solitude concerne 15 % des appels.

Les personnes qui font appel à la ligne d'écoute 107 sont majoritairement de femmes (61 %) et des personnes âgées de 26 à 60 ans (67,7 %). Les moins de 25 ans sont peu nombreux (7 %) parmi les appelants tandis que la part des plus de 60 ans représentent un quart des appels et est en légère progression ces dernières années.

Un appelant sur deux est allocataire d'un revenu de remplacement (54 %), 13 % sont travailleurs actifs et 22 % pensionnés (4).

Notons que plusieurs services de santé mentale ont élaboré une convention de collaboration avec les centres de télé-accueil de leurs zones respectives.

Références

- (1) Ligne « Écoute violences conjugales », Pôles de ressources spécialisées en violences conjugales et intrafamiliales, 2014.
- (2) Tableau de bord de la Fédération des maisons médicales, Rapport d'analyse des données 2014, Fédération des maisons médicales.
- (3) Classification Internationale des Soins Primaires, développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca).
- (4) Télé-Accueil Rapport d'activités de la Fédération des Centres de Télé – Accueil de Belgique 2014.

²⁶ Extrait du portail <http://socialsante.wallonie.be>

²⁷ Les appels muets, les erreurs, les appels harcelants et les appels reportés ne sont pas pris en compte dans le calcul.

LE NOMBRE DE PSYCHIATRES

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

Les chiffres présentés ici sont issus d'une fusion des données du cadastre de l'offre médicale avec les données de l'INAMI et de la sécurité sociale pour donner une image proche de la pratique psychiatrique effective en Wallonie.

Les données du cadastre, habituellement utilisées pour dénombrer le nombre de professionnels de santé en Belgique, sont basées sur le domicile légal des psychiatres et non sur leur lieu de pratique professionnelle. De plus, ces données ne permettent pas de déterminer si le praticien exerce effectivement ou pas son activité de médecin.

Depuis 2002, le titre de psychiatre n'est accordé qu'en précisant s'il s'agit de psychiatre adulte ou infanto-juvénile. Trois types de psychiatres co-existent donc actuellement : les psychiatres reconnus avant 2002, les psychiatres adultes (depuis 2002) et les psychiatres infanto-juvénile (depuis 2002). Les chiffres présentés ici portent sur les trois titres de psychiatres. Ils ne portent pas sur les neuropsychiatres (au nombre de 89 en Wallonie en 2012) qui sont un ancien titre, antérieur à 1987, ni sur les neurologues (au nombre de 169 en Wallonie en 2012).

Est considéré comme psychiatre en activité, un psychiatre qui a effectué au moins deux prestations INAMI ou au moins 0,1 équivalent temps plein (ETP) dans une fonction de salarié (via les informations de l'Office national de sécurité sociale) dans l'année étudiée.

Le calcul des équivalents temps plein se fait sur base des remboursements effectués annuellement par l'INAMI pour les prestations des psychiatres actifs dans la tranche d'âge 45-54 ans. La médiane de ce montant est considérée comme le montant correspondant à une activité annuelle à plein temps. Le calcul des équivalents temps plein pour les employés se fait sur base des journées prestées par an (SPF, 2015 a).

► Les chiffres

Selon les données du cadastre des professionnels de soins du SPF Santé publique, 573 psychiatres étaient enregistrés en Wallonie en 2012. Le couplage avec les données de l'INAMI et de l'ONSS a permis de mettre en évidence que parmi ceux-ci, 544 étaient potentiellement actifs en Wallonie. Cela correspond à 1,53 psychiatre pour 10 000 habitants. Cette densité est comparable à celle de la Flandre (n=1,47) et de l'ensemble des pays de l'OCDE (n=1,5) (OCDE, 2009) mais est inférieure à celle qu'on trouve à Bruxelles (n=3,35) (SPF 2015 b).

La moitié (47 %) des psychiatres wallons ont entre 45 et 65 ans, 34 % ont moins de 45 ans et près de 20 % ont plus de 65 ans.

La Wallonie comptait en 2012, 684 équivalents temps plein (ETP) de médecins psychiatres. Ce sont en grande majorité des médecins psychiatres actifs dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (INAMI) (voir tableau). Les prestations de psychiatrie inscrites dans ce cadre représentaient 277 équivalents temps plein en milieu hospitalier et 314 équivalents temps plein en ambulatoire.

Nombre d'ETP prestés par secteur d'activité par âge et par sexe des médecins spécialistes en psychiatrie (3 titres) domiciliés en Wallonie | 2012

		INAMI	ONSS					TOTAL	
			Santé	Aide	Public	Ens.	Autre		
Hommes	< 45 ans	85,1	6,2	1,1	2,7	0,5	0	95,6	14 %
	45-65	252,7	18,9	3,3	7,4	5,1	0	287,4	42 %
	65 et +	47,5	3,6	0,3	0,9	0	0	52,3	8 %
Femmes	< 45 ans	102,5	19,4	1,1	3	0	0	126	18 %
	45-65	96,4	13,6	1,9	3,1	0,3	0	115,3	17 %
	65 et +	6,8	0,2	0	0	0	0	7	1 %
TOTAL		591	61,9	7,7	17,1	5,9	0	683,6	100 %
		86 %	9 %	1 %	3 %	1 %	0 %	100 %	

Source : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (3)

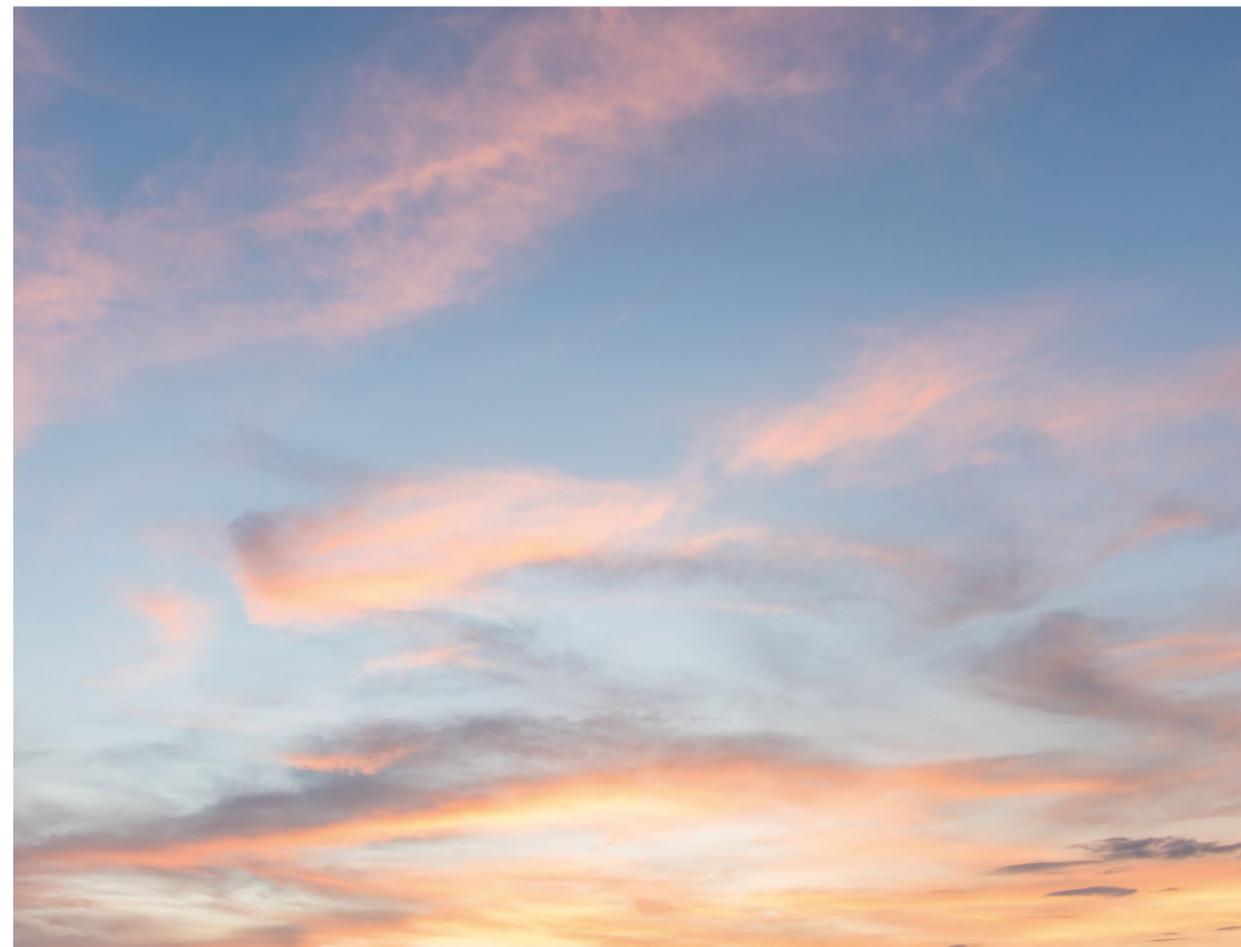
Selon les régions, la densité de prestation n'est pas la même. En Wallonie, on trouve en moyenne 1,14 équivalent temps plein par psychiatre, contre 1,44 en Flandre et 0,81 à Bruxelles. Entre 2004 et 2012, la prévalence d'équivalent temps plein en psychiatrie a augmenté de 10 % en Wallonie (pour une augmentation de 17 % du nombre de psychiatres actifs).

En Flandre, l'augmentation des activités est de 28 % (SPF, 2015 a).

On peut compléter cette information sur le 'stock' de médecins psychiatres par le nombre de nouveaux psychiatres reconnus. En 2014, la Communauté française a donné un agrément pour pratiquer la psychiatrie à 29 médecins. La Flandre en a octroyé 28. À titre de comparaison, la même année, la Communauté française a agréé 142 nouveaux médecins généralistes, 41 nouveaux gynécologues, 32 nouveaux pédiatres et 8 nouveaux « ORL » (SPF, 2015 c).

Références

- ▶ SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2015), Rapport de synthèse Médecins sur le marché du travail, 2004 – 2012 Résultats du couplage des données Plan CAD SPF SPSCAE - Datawarehouse MT&PS – INAMI. , SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
- ▶ OCDE (2009) Personnel de santé. Psychiatres, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Panorama de la santé 2009, Les indicateurs de l'OCDE.
- ▶ Service public fédéral Santé publique (2015), Plan CAD Médecins 2004-2012, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé.
- ▶ Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2015) Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, Direction générale Soins de Santé, <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19103125_fr.pdf> Consulté le 14 octobre 2016.



LE NOMBRE DE PSYCHOLOGUES INSCRITS À LA COMMISSION DES PSYCHOLOGUES

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

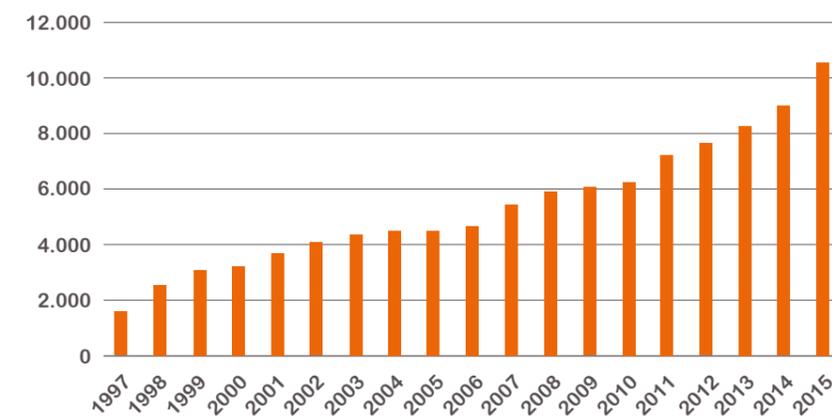
Depuis 1993, le titre de psychologue est protégé par la loi (Moniteur belge du 31.05.1994). Depuis lors, seules les personnes titulaires du diplôme universitaire requis et d'un agrément accordé par la commission des psychologues sont autorisées à utiliser le titre de psychologue.

► Les chiffres

Fin 2015, 10.661 psychologues étaient agréés par la commission des psychologues dont 38% résidaient en Wallonie (n = 4 051). Cela fait 11,2 psychologues pour 10 000 habitants. Cette densité est plus importante qu'en Flandre (7,4) mais moins importante qu'à Bruxelles (13,5).

Le nombre de psychologues agréés par la commission augmente d'année en année et ce dans les trois régions du pays.

Nombre de psychologues agréé(e)s depuis le début de la Commission des Psychologues



Source : Commission des psychologues, Rapport annuel 2015

Chaque année les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à porter le titre reconnu de psychologues (77 % en 2011 et 81 % en 2015).

Aucune information centralisée n'existe à ce jour pour décrire les lieux d'activité et le profil des psychologues exerçant en Wallonie. On sait qu'en 2016, 325 psychologues²⁸ pour 160 équivalents temps plein, étaient subsidiés pour la fonction de psychologue dans les services de santé mentale et que 239 psychologues étaient engagés dans les plannings familiaux pour 69,3 équivalents temps plein.

²⁸ Ce chiffre est probablement un peu surestimé car il comprend la personne titulaire et le remplaçant. Par ailleurs, cinq bacheliers en psychologie travaillent au sein de SSM wallons.

L'utilisation du système de soins

LA CONSOMMATION D'ANTIDÉPRESSEURS

Dominique DUBOURG | AViQ

► Définition

Les antidépresseurs sont indiqués en cas de dépression majeure. Dans les dépressions mineures, leur usage ne doit pas être systématique. Selon le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), l'effet bénéfique des antidépresseurs ne se manifeste parfois qu'après deux à six semaines, mais la plupart des patients ressentent déjà une amélioration dans les premières semaines. Une réponse positive au traitement dans les deux premières semaines est un bon facteur prédictif du succès du traitement antidépresseur (CBIP, 2016).

Certains antidépresseurs sont aussi prescrits dans les troubles obsessionnels compulsifs, en cas de trouble panique et d'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, la prévention de la migraine, les douleurs neuropathiques et autres douleurs chroniques.

L'efficacité des antidépresseurs n'a pas été démontrée ou n'est pas claire chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie de Parkinson.

► Les chiffres

En 2014, 463.245 Wallons ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs, soit 16 Wallons sur 100!

Le nombre de personnes à qui l'on prescrit des antidépresseurs augmente avec l'âge et à tous les âges. Les antidépresseurs sont prescrits deux fois plus aux femmes qu'aux hommes. Chez les 65 ans et plus, ce sont près d'une femme sur trois et un homme sur six qui ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs en 2014. Après 90 ans, 34 % des femmes et 21 % des hommes se sont vus prescrire des antidépresseurs en 2014.

Nombre de personnes et pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ont reçu au moins une prescription d'antidépresseurs, par sexe et par tranche d'âge | Wallonie, 2014

Groupe d'âge	Nombre de personnes de 15 ans et +			Pourcentage de la population		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
15-24 ans	5.543	9.420	14.963	2,4	4,3	3,4
25-44 ans	36.761	68.494	105.255	8,0	15,0	11,5
45-64 ans	66.368	124.108	190.476	13,9	25,3	19,7
65 ans et +	44.221	108.330	152.551	17,2	30,0	24,7
TOTAL	152.893	310.352	463.245	10,8	20,3	15,7

Source : Pharmanet, 2014

► L'évolution dans le temps

On observe une très légère diminution des prescriptions d'antidépresseurs chez les femmes, la proportion de femmes de 15 ans et plus à qui on a prescrit des antidépresseurs au moins une fois au cours de l'année est passée de 20,7 % en 2010 à 20,3 % en 2014.

Nombre de personnes et pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ont reçu au moins une prescription d'antidépresseurs, par année et par sexe | Wallonie, 2010-2014

Année	Nombre de personnes de 15 ans et +			Pourcentage de la population		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
2014	152.893	310.352	463.245	10,8	20,3	15,7
2013	151.490	307.479	458.969	10,7	20,2	15,6
2012	149.585	307.238	456.823	10,6	20,3	15,6
2011	151.661	311.852	463.513	10,9	20,7	16
2010	150.232	309.725	459.957	10,9	20,7	16

Source : Pharmanet, 2010 - 2014

LA CONSOMMATION D'ANTIPSYCHOTIQUES

Dominique DUBOURG | AViQ

À titre comparatif, en Flandre en 2013, la proportion de personnes à qui on a prescrit des antidépresseurs au moins une fois au cours de l'année était plus basse qu'en Wallonie (11,9% selon le rapport du KCE, 2015) (Vrijens et al. 2012). En Europe, selon l'OCDE, les Belges étaient en 2014 les 6^e consommateurs d'antidépresseurs, derrière les Islandais, les Portugais, les Suédois, les Britanniques et les Danois (OCDE, 2016).

Références

- ▶ CBIP, Répertoire commenté des médicaments, 2016. www.cbip.be consulté le 5 octobre 2016.
- ▶ OCDE (2016). Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016. <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>. Consulté le 5 octobre 2016.
- ▶ Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012.



► Définition

Les antipsychotiques sont des médicaments indiqués dans les cas de psychoses telles que la **schizophrénie** et dans certains autres syndromes comportant **des hallucinations, du délire, de l'agitation psychomotrice, de l'agressivité, de l'agitation sévère** (p. ex. dans la démence) ou **d'épisodes maniaques dans les troubles bipolaires**.

Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) recommande que la dose reste la plus faible possible et la durée de traitement la plus courte possible, surtout chez les personnes âgées. En cas de traitement de longue durée, il faut rechercher la dose minimale efficace pour réduire les risques de dyskinésies tardives. Ces médicaments présentent des risques, ils ont en effet de nombreux effets secondaires et interagissent avec un certain nombre de médicaments.

► Les chiffres

En 2014, des médicaments antipsychotiques ont été remboursés à près de 130.000 personnes, soit 4,3% de la population wallonne des 15 ans et plus.

La proportion de femmes qui ont eu au moins une prescription d'antipsychotiques (4,8%) est plus élevée que celle des hommes (3,8%). La prescription d'antipsychotique augmente avec l'âge dans les deux sexes. Chez les personnes de 65 ans et plus, ce sont 9% des femmes et 6% des hommes qui se sont vu prescrire au moins une fois des antipsychotiques en 2014.

Nombre de personnes et pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ont reçu au moins une prescription d'antipsychotique, par sexe et par tranche d'âge | Wallonie, 2014

Groupe d'âge	Nombre de personnes de 15 ans et +			Pourcentage de la population		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
15-24 ans	3.608	2.431	6.039	1,6	1,1	1,4
25-44 ans	14.587	13.760	28.347	3,2	3,0	3,1
45-64 ans	19.906	25.049	44.955	4,2	5,1	4,6
65 ans et +	15.541	32.274	47.815	6,1	9,0	7,8
TOTAL	53.642	73.514	127.156	3,8	4,8	4,3

Source : Pharmanet 2014

► L'évolution dans le temps

On observe depuis 2010 une légère diminution du nombre de personnes à qui l'on a prescrit au moins un antipsychotique au cours de l'année (moins 3%). Cette diminution est plus importante pour les personnes de 65 ans et plus (moins 9%) et particulièrement pour ce qui concerne les prescriptions faites à des femmes (moins 10%).

Nombre de personnes et pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ont reçu au moins une prescription d'antidépresseurs, par année et par sexe | Wallonie, 2010-2014

Année	Nombre de personnes de 15 ans et +			Pourcentage de la population		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
2014	53.642	73.514	127.156	3,8	4,8	4,3
2013	53.735	74.303	128.038	3,8	4,9	4,4
2012	53.614	75.227	128.841	3,8	5,0	4,4
2011	54.022	77.575	131.597	3,9	5,1	4,5
2010	54.136	78.036	132.172	3,9	5,2	4,6

Source : Pharmanet, 2010 - 2014

LE NOMBRE DE PRESTATIONS EN PSYCHIATRIE ET NEUROPSYCHIATRIE

Anouck BILLIET | AViQ

Statistiques sur les médicaments délivrés en pharmacies publiques (Pharmanet)

Pharmanet est une banque de données sur les prestations pharmaceutiques effectuées par les pharmacies publiques et remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire. Les pharmacies publiques sont les pharmacies ouvertes au public (par opposition aux pharmacies hospitalières).

Pharmanet contient principalement des données sur **les spécialités pharmaceutiques** (médicaments produits par l'industrie pharmaceutique) et sur **les préparations magistrales** (médicaments préparés par le pharmacien lui-même à partir d'une prescription). Pharmanet ne contient pas de données sur les médicaments non remboursés délivrés en pharmacie publique ni sur les médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières.

On parle dans les indicateurs de « prescriptions », ce qu'il faut comprendre en gardant à l'esprit que la base de données Pharmanet ne référence pas les ordonnances qui n'ont pas été honorées.

D'après le site de l'INAMI > Statistiques des médicaments :

<http://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/statistiques-medicaments-pharmacies-pharmanet.aspx>

► Définition

Pour connaître la consommation de soins en psychiatrie, on peut se baser sur l'enquête de santé par interview ou sur les données de remboursements de soins de l'INAMI. L'enquête de santé renseigne sur **la proportion de personnes qui déclarent consulter un médecin ou un médecin spécialiste** mais cette enquête ne porte pas sur les personnes en institution (hôpitaux, IHP, etc.). Les données sur les remboursements de soins (venant de l'INAMI) sont donc plus complètes pour estimer le volume de prestations réalisées en psychiatrie.

Les prestations prises en compte dans cet indicateur sont d'une part les consultations par un médecin spécialiste en psychiatrie, en neuropsychiatrie et d'autre part, les séances de traitement psychothérapeutique par un médecin spécialisé en psychiatrie. Ces chiffres comprennent aussi quelques bilans établis par des gériatres car le code de remboursement INAMI est commun aux différentes disciplines.

► Les chiffres

En Wallonie en 2015, 545.000 prestations de psychiatres ou neuropsychiatres ont été comptabilisées chez les Wallons de 18 ans et plus. La moitié de ces prestations sont des psychothérapies individuelles réalisées par un psychiatre accrédité. 20 % sont de psychothérapies individuelles réalisées par un psychiatre non-accrédité. 16 % sont des consultations chez un psychiatre accrédité. Les remboursements de psychothérapies destinées à plus de deux personnes comptent pour 2,4 % des prestations.

Répartition des prestations de psychiatres ou neuropsychiatres pour des patients wallons | INAMI 2015

Séance de psychothérapie individuelle par un psychiatre accrédité	48 %
Séance de psychothérapie individuelle par un psychiatre non-accrédité	20 %
Consultation par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité	17 %
Consultation par un médecin spécialiste en psychiatrie non-accrédité	6 %
Consultation par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité	4 %
Consultation par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie non-accrédité	3 %
Psychothérapies de deux personnes ou plus	2 %
Autres	2 %

Source : INAMI

Deux tiers des prestations concernent des femmes (63%). Par rapport à la population wallonne de plus de 18 ans, on peut dire qu'il y a eu 15 prestations de psychiatrie pour 100 hommes contre 23 chez les femmes sur une année.

Proportionnellement à la population, le nombre de prestations en psychiatrie et neuropsychiatrie est un peu plus élevé en Wallonie qu'en Flandre et nettement plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions.

Entre 2011 et 2015, le volume de prestations en psychiatrie et neurologie n'a pas changé. Une analyse sur un plus long laps de temps serait toutefois nécessaire pour connaître les tendances dans le domaine. La France a constaté, par exemple, une augmentation de 56 % du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et une augmentation de 19 % des consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (DREES, 2004).

Références

- DREES (2004), « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 » in, Cases Chantal, Salines Emmanuelle, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », Revue française des affaires sociales 1/2004 (n° 1), p.181-204
- <www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-181.html> consulté le 14 octobre 2016

LES CONSULTATIONS CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN NEUROLOGIE OU PSYCHIATRIE

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

L'enquête de santé par interview renseigne sur la proportion de personnes qui ont consulté un neurologue ou un psychiatre durant les deux mois précédant l'enquête. La question est posée à tous les membres du ménage. Pour les moins de 15 ans, c'est une personne « proxy²⁹ » qui répond. La même question est posée pour différents types de spécialistes (ophtalmologue, chirurgien, interniste, dermatologue).

Les informations recueillies dans l'enquête nationale ne permettent pas de faire la différence entre la consultation de neurologues et de psychiatres.

► Les chiffres

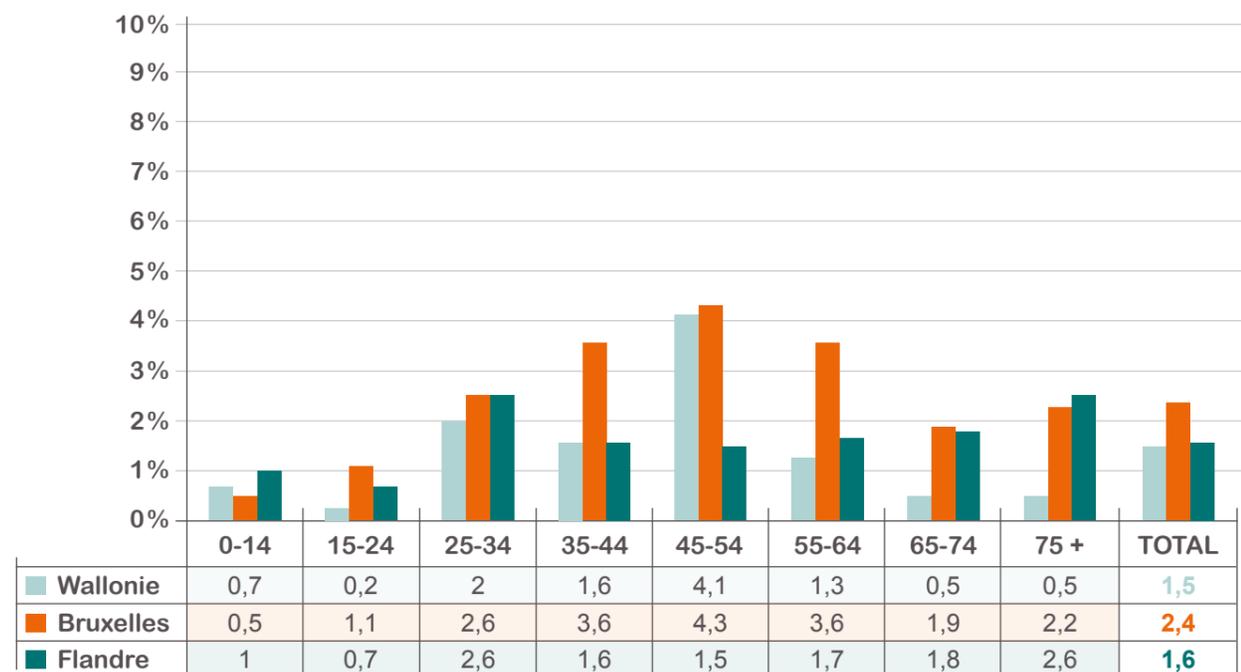
En Wallonie, 1,5% de la population a eu un contact avec un psychiatre ou un neurologue dans les deux mois précédant l'enquête. Les femmes rapportent autant que les hommes avoir eu contact avec ce type de spécialiste. À Bruxelles, il y a un peu plus de monde qui a eu un contact avec un psychiatre ou un neurologue qu'en Wallonie ou qu'en Flandre (2,4% contre 1,5% et 1,6% respectivement).

À titre de comparaison, 1,4% des Wallons ont consulté un dermatologue et 2,6% ont consulté un ophtalmologue dans les deux mois précédant l'enquête.

La proportion de femmes ayant vu récemment un psychiatre ou un neurologue a diminué entre 2008 et 2013 en Wallonie (de 2,3% à 1,4%). La proportion d'hommes wallons ayant consulté n'a pas changé significativement (de 1,2% à 1,6%).

En Wallonie et à Bruxelles, c'est entre 45 et 54 ans que la proportion de consultation est la plus importante, avec respectivement 4,1% et 4,3% de la population. En Flandre, on consulte plus ce type de spécialistes entre 25 et 34 ans et au-delà de 75 ans (2,6%).

Pourcentage de la population qui a consulté un médecin spécialisé en neurologie ou en psychiatrie au cours des deux derniers mois, par âge et par région | Belgique, 2013



Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

²⁹ Un « proxy » est une personne qui répond à la place d'une autre dans l'enquête.

La proportion de consultation varie selon le niveau de diplôme mais sans que cela soit significatif d'un point de vue statistique.

Le rapport final de l'enquête de santé précise que « l'analyse des données de l'enquête de santé 2008 après couplage avec celles des organismes assureurs a montré que le pourcentage de personnes qui ont consulté un médecin spécialiste au cours de la dernière année est fortement sous-estimé dans l'enquête de santé. En outre, alors que les statistiques basées sur les données des organismes assureurs montrent une légère tendance à la hausse à ce sujet, les données de l'enquête de santé ne donnent pas ce même résultat » (Mimilidis H. et al., 2014), (Debruyne K et al., 2013), (ISP, 2015).

Il faut être prudent pour interpréter cet indicateur. En effet, une proportion importante de personnes qui ont consulté peut refléter de plus grandes difficultés neurologiques ou psychiatriques mais peut aussi être le reflet d'un meilleur taux de consultation des spécialistes en cas de difficultés.

Références

- Debruyne K, Dewitte N, Heymans S, Van Egmond K (2013), *Rapport annuel 2012: État des lieux de l'accès aux soins en Belgique*, Médecins du Monde.
- ISP (2015), *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP), Bruxelles.
- Mimilidis H, Demarest S, Tafforeau J, Van der Heyden J., (2014), *Projet de couplage de données issues de l'enquête de Santé 2008 et des Organismes assureurs*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP), Bruxelles.



LES CONSULTATIONS CHEZ UN PSYCHOLOGUE OU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Anouck BILLIET | AViQ

► Définition

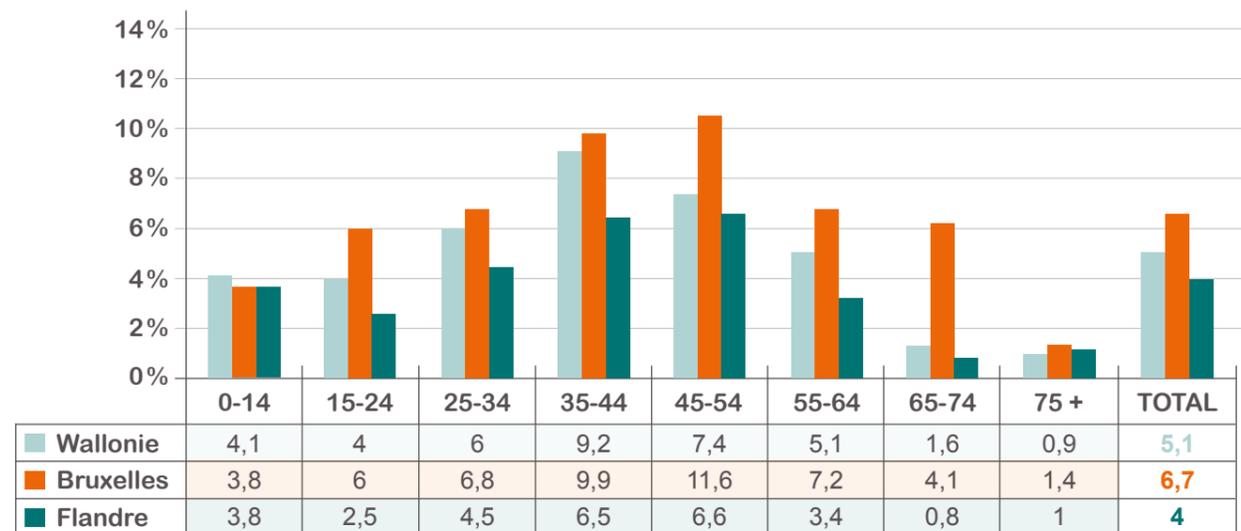
L'enquête de santé par interview renseigne sur la proportion de personnes qui ont consulté un psychologue ou un psychothérapeute dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. Le fait que la temporalité ne soit pas la même pour cette question (12 mois) que pour celle portant sur la consultation d'un psychiatre ou neurologue (2 mois) rend difficile la comparaison. C'est pour cette raison que les deux indicateurs sont traités séparément. L'enquête de santé donne aussi de l'information sur le lieu de l'activité du psychologue ou psychothérapeute consulté.

► Les chiffres

En 2013, 5,1 % des Wallons ont consulté un psychologue ou un psychothérapeute. Les femmes sont plus nombreuses (6 %) à avoir consulté un psychologue ou un psychothérapeute que les hommes (4 %) après standardisation sur l'âge. On n'observe pas cette différence hommes-femmes en Flandre ni à Bruxelles.

C'est dans la tranche d'âge 25-44 ans que l'on trouve le plus de personnes ayant consulté un psychologue ou un psychothérapeute dans l'année (9,2 %). À l'inverse, on trouve le moins de personnes ayant consulté un psychologue ou un psychothérapeute parmi les 75 ans et plus (0,9 %). On observe le même découpage par âge en Flandre et à Bruxelles.

Pourcentage de personnes ayant consulté un psychologue ou un psychothérapeute dans l'année selon l'âge, par région | Belgique, 2013



Source : Enquête de santé par interview 2013, Institut Scientifique de Santé Publique

Les consultations chez un psychologue et un psychothérapeute augmentent d'année en année. Entre 2001 et 2013, on est passé en Wallonie de 3,2% de consultations dans l'année à 5,1% (une différence significative après standardisation pour l'âge et le sexe).

La consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute est liée au niveau d'instruction du ménage. Parmi les ménages les plus instruits, on trouve trois fois plus de personnes ayant consulté dans l'année que parmi les ménages les moins instruits et deux fois plus que parmi les ménages au niveau d'instruction intermédiaire. Ce gradient existe dans les autres régions du pays mais est moins prononcé en Flandre.

Collecte de données dans les Services de santé mentale

Le profil des nouveaux consultants en services de santé mentale (SSM) est basé sur une collecte de données réalisée en continu par les SSM. Cette collecte de données est rendue obligatoire par l'article 9 du décret du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des SSM en Wallonie. Celui-ci impose en effet aux SSM de fournir au pouvoir subsidiant « les informations et les données anonymes à caractère épidémiologique permettant de définir les problèmes de santé mentale rencontrés, d'évaluer le nombre et la localisation des services de santé mentale nécessaires et de déterminer les types d'actions à mener ».

Les indicateurs présentés dans ce rapport portent sur les consultants majeurs qui ont consulté pour la première fois un service de santé mentale entre 2012 et 2015. Les données ne concernent donc pas les dossiers en cours ni les dossiers réactivés, ni celles sur les consultants enfants de moins de 18 ans, qui font l'objet d'un traitement séparé.

Les objectifs du recueil de données épidémiologiques sont décrits dans l'article 585 du Code wallon de l'action sociale et de la santé :

- d'établir le profil de la population qu'il (le service de santé mentale) dessert et, sur la base de ces données, orienter le projet de service de santé mentale ;
- d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau de l'ensemble de la Région de langue française et de lui permettre de respecter ses obligations à l'égard d'autres autorités.

Les données recueillies permettent d'identifier au moins les caractéristiques sociologiques de la population qui consulte le service de santé mentale, le périmètre d'accessibilité du lieu de consultation, le parcours de l'utilisateur, le réseau d'aide et de soins et les ressources dont dispose l'utilisateur, en lien avec les difficultés psychiques et psychologiques déterminées par l'observation.

LES NOUVEAUX CONSULTANTS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Anouck BILLIET | AViQ

Entre 2012 et 2015, 27.844 nouvelles personnes ont été prises en charge dans un service de santé mentale (SSM) wallon. Cela représente près de 7.000 nouveaux cas par an, soit 20 par jour et 0,27 % de la population wallonne adulte.

La quasi-totalité des nouveaux dossiers sont des dossiers individuels. Seuls 1,6 % concernent des couples et 1,5 % concernent des familles. Dans la plupart des cas, la démarche de consultation du nouveau patient est orientée par quelqu'un d'autre ou par un autre service (59 %). La venue au SSM est le fruit d'une initiative personnelle pour 34,5 % des consultants tandis que la contrainte motive 6,5 % des nouvelles consultations, principalement chez les hommes (14 % contre 1 % chez les femmes).

Quel est le profil des nouveaux consultants venus dans un service de santé mentale entre 2012 et 2015 ?

Il y a légèrement plus de femmes que d'hommes qui consultent un service de santé mentale (57 % de femmes et 43 % d'hommes). Les nouveaux consultants ont en moyenne 40 ans. Les plus de 65 ans ne représentent que 5 % des nouveaux consultants alors qu'ils représentent 22 % de la population wallonne adulte entre 2012 et 2015.

Distribution par sexe et par tranche d'âge des nouveaux consultants | Wallonie, 2012-2015

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
Hommes	7 %	13 %	15 %	13 %	6 %	2 %	1 %	57 %
Femmes	7 %	10 %	11 %	9 %	4 %	1 %	1 %	43 %
TOTAL	13 %	23 %	26 %	22 %	10 %	3 %	2 %	100 %

Source : Collecte de données dans les Services de santé mentale, Observatoire wallon de la santé, 2015

Parmi les nouveaux consultants, 80 % sont de nationalité belge (82 % si on ne tient pas compte des initiatives spécifiques Exil) et 91 % ont le français comme langue maternelle.

42 % des nouveaux consultants ont le diplôme de l'enseignement secondaire supérieur comme plus haut niveau d'instruction. Dans la population wallonne, seuls 29 % de la population à ce niveau d'instruction comme niveau maximum³⁰. Par contre, les diplômés au maximum de l'enseignement secondaire inférieur sont moins nombreux parmi les nouveaux consultants (21 %) que parmi la population wallonne (41 %). Cela est probablement lié à la sous-représentation des personnes plus âgées dans les SSM qui sont souvent moins diplômées que les jeunes générations.

Un nouveau consultant sur deux vit seul. Les hommes vivent plus souvent seuls sans enfants que les femmes (44 % contre 29 %). Les femmes vivent plus souvent seules avec des enfants que les hommes (21 % contre 6 %). Les personnes vivant en couple avec enfants représentent 22 % des nouveaux consultants (25 % chez les femmes, 19 % chez les hommes). Une petite partie des nouveaux consultants vivent chez un autre membre de la famille (les moins de 25 ans principalement) ou dans une famille recomposée.

La quasi-totalité des nouveaux consultants vivent dans leur domicile propre (90 %). Une partie des hommes qui consultent un SSM vit en institution (4 %), en prison (4 %) ou est sans domicile (3 %).

En ce qui concerne la source de revenu, plus de la moitié des nouveaux consultants sont tributaires d'une allocation de chômage, d'insertion sociale, de pension ou d'un autre revenu de remplacement. Moins d'un quart vit d'un revenu du travail et 17 % vit sans revenu. Parmi les personnes sans revenu, la moitié a moins de 30 ans. Les sources de revenus sont comparables chez les hommes et chez les femmes.

La plainte psychique (37 %) et le mal-être (22 %) sont les principaux motifs de consultation. Les difficultés familiales sont un peu plus fréquentes chez les femmes (11 %) que chez les hommes (5 %) tandis que le motif d'actes délictueux est plus fréquent parmi les hommes (11 %) que parmi les femmes (1 %).

Les demandes sont principalement des demandes de thérapie ou de soutien (45 % et 26 %). Les demandes de bilan, d'attestation, de prescription ou de rééducation représentent 8 % des nouvelles demandes.

Un diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement³¹ est enregistré comme diagnostic principal chez plus de la moitié des nouveaux consultants (57 %). Il s'agit principalement d'épisodes dépressifs (CIM-10 = F32) (21 % des diagnostics principaux F et 12 % de l'ensemble des diagnostics principaux) et de réactions à un facteur de stress important et de troubles de l'adaptation (CIM-10=F43), (12 % des diagnostics principaux F et 7 % de l'ensemble des diagnostics principaux).

Un facteur influant sur l'état de santé et expliquant le motif de recours aux services de santé mentale est mentionné comme diagnostic principal chez un tiers des nouveaux consultants (36 %) (CIM-10 = Z). La majorité (31 %) sont des difficultés liées à l'entourage immédiat (difficultés avec le conjoint ou partenaire, disparition ou décès d'un membre de la famille, séparation, divorce, etc.) (CIM-10=Z63), (11 % de l'ensemble des diagnostics principaux). Un quart (25 %) de ces diagnostics « Z » sont des mises en observation ou la suite d'un examen médical pour suspicion de maladie (CIM-10 = Z03) (9 % des diagnostics principaux). Les difficultés liées à l'environnement social (adaptation à une nouvelle étape de vie, solitude, etc.) sont le troisième motif le plus fréquent (CIM-10=Z60) (12 % des diagnostics principaux et 4 % de l'ensemble des diagnostics).

La grande proportion de diagnostic « Z » peut s'expliquer par le fait que seuls les nouveaux patients sont enregistrés et par le fait que les données sont récoltées à l'issue de trois entretiens maximum. Les diagnostics plus lourds ou plus complexes nécessitent un temps plus long de prise en charge pour être posés.

Il y a une très grande diversité de diagnostics. Sur les 27.844 personnes enregistrées, on comptabilise 1.280 diagnostics principaux différents (soit un diagnostic différent tous les 22 patients). Près de la moitié des diagnostics (47 %) concernent moins de 3 % des nouveaux consultants. Si on tient compte de la combinaison des trois diagnostics encodés, on obtient 9.124 combinaisons de diagnostics, soit à peu près autant de diagnostics que de patients enregistrés.

Répartition des diagnostics des nouveaux consultants, SSM | Wallonie, 2012-2015

Code et intitulés CIM 10	%
F32 - Episodes dépressifs	12 %
Z63 - Autres difficultés liées à l'entourage immédiat	11 %
Z03 - Mise en observation et examen médical	9 %
F43 - Réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation	7 %
F41 - Autres troubles anxieux	5 %
Z60 - Difficultés liées à l'environnement social	4 %
F10 - Troubles liés à l'alcool	4 %
F60 - Troubles spécifiques de la personnalité et du comportement	4 %
Données manquantes	4 %
Autres	40 %

Source : Collecte de données dans les Services de santé mentale, Observatoire wallon de la santé, 2015.

En ce qui concerne la prise en charge des nouveaux consultants, une thérapie est envisagée dans un cas sur deux et une prise en charge de type accompagnement ou soutien est proposée dans un cas sur quatre. Les thérapies sont essentiellement des thérapies individuelles (85 %).

Il est difficile de donner une image valable du réseau de soutien professionnel du nouveau consultant. Les informations sur les prises en charge antérieures à celle par le SSM sont manquantes pour la moitié des consultants (47 %). Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de prise en charge antérieure. Chez les personnes pour lesquelles l'information est connue, c'est principalement le réseau de soins ambulatoires qui préexistait (soins de santé en général 26 % et en santé mentale 25 %). L'information sur les prises en charge concomitantes à la prise en charge en SSM est manquante pour 43 % des consultants. Quand l'information est connue, ce sont principalement le médecin généraliste (22 %) et les parents (14 %) qui sont mentionnés dans la prise en charge concomitante.

³⁰ Censur 2011, Personnes de 15 ans et plus.

³¹ Code F de la classification internationale des maladies CIM10.

LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN PROBLÈME D'USAGE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Michaël HOGGE | Eurotox

► Définition

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de drogues évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence de l'usage problématique d'alcool ne concerne également qu'une partie des usagers, mais elle paraît proportionnellement plus fréquente que pour les drogues illégales, en particulier en ce qui concerne la dépendance alcoolique, qui est estimée annuellement à 5% pour les hommes et à 1% pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). Toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide, et la durée moyenne entre le premier usage du produit et le premier traitement varie de 5 à 8 ans, selon le produit (EMCDDA, 2002).

► Les chiffres

Le nombre de patients ayant introduit une demande de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 1.870 en 2014 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Wallonie (dont l'âge et le sexe était précisé pour 1.866 d'entre eux). Les patients sont majoritairement de sexe masculin (ratio 3 pour 1) et d'un âge compris entre 25 et 44 ans (65,1%). Les tranches d'âge de 25-34 ans et des 35-44 ans sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 19 ans) et l'âge du premier traitement (vers 31 ans en moyenne; Eurotox, 2015). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demande de traitement baisse ensuite à partir de 44 ans et, surtout, après 55 ans, probablement pour différentes raisons (augmentation avec l'âge de la probabilité de réussir un traitement et maintenir l'abstinence, augmentation de la mortalité avec l'âge, diminution avec l'âge du risque de développer un usage problématique, etc.). Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en proportion en fonction du produit pour lequel la demande de traitement a été introduite. Par exemple, la proportion de femmes est beaucoup plus importante pour la cocaïne (34,3%) et l'alcool (26,2%) que pour les opiacés (18,1%) et le cannabis (14,3%). De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (57,5%), alors qu'elle est minoritaire pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (8%) que pour les autres produits (- de 1%).

Plus de sept demandeurs sur dix sont sans emploi (54,6% non-actifs³² et 18,9% au chômage) et près de la moitié est peu ou pas scolarisée (44%). Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) pourrait toutefois être en partie favorisée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé ou dans une structure hospitalière. Or ces demandes ne sont actuellement pas incluses dans l'analyse.

Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés | Wallonie, 2014

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55 ans et + %	TOTAL %
Tous produits						
Hommes (n=1.453)	16,1%	23,8%	26,6%	9,3%	2,0%	77,8%
Femmes (n=413)	3,9%	7,6%	7,1%	2,9%	0,7%	22,2%
TOTAL (N=1.866)	20,0%	31,4%	33,7%	12,2%	2,7%	100%

Suite à la page suivante →

³² Census 2011, Personnes de 15 ans et plus.

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55 ans et + %	TOTAL %
Opiacés						
Hommes (n=607)	8,9%	25,6%	38,1%	9,2%	0,1%	81,9%
Femmes (n=134)	3,8%	7,8%	5,7%	0,8%	0,0%	18,1%
TOTAL (N=741)	12,7%	33,4%	43,8%	10,0%	0,1%	100%
Alcool						
Hommes (n=408)	8,1%	19,3%	25,0%	15,6%	5,8%	73,8%
Femmes (n=145)	1,6%	5,2%	10,3%	6,9%	2,2%	26,2%
TOTAL (N=553)	9,7%	24,5%	35,3%	22,5%	8,0%	100%
Cannabis						
Hommes (n=258)	51,2%	25,6%	7,6%	1,3%	0,0%	85,7%
Femmes (n=43)	6,3%	5,3%	2,0%	0,7%	0,0%	14,3%
TOTAL (N=301)	57,5%	30,9%	9,6%	2,0%	0,0%	100%
Cocaïne						
Hommes (n=138)	11,4%	28,1%	20,0%	5,7%	0,5%	65,7%
Femmes (n=72)	6,2%	15,7%	9,0%	3,3%	0,0%	34,3%
TOTAL (N=210)	17,6%	43,8%	29,0%	9,0%	0,5%	100%

► Tendances et évolution

Sur la période 2011-2014, 6.716 demandes de traitement ont été enregistrées en Wallonie auprès des centres participant actuellement à cette collecte. L'augmentation annuelle du nombre de demandes s'explique essentiellement par une augmentation du nombre de centres participants. Par comparaison, 4.171 demandes de traitement ont été introduites sur la même période en Région bruxelloise.

Évolution de la récolte des demandes de traitement dans les centres spécialisés en Wallonie | 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Nombre de centres	20	25	26	27
Nombre de demandes de traitements	1.542	1.546	1.674	1.954
Nombre de patients uniques*	1.401	1.470	1.614	1.870
Traitement bas seuil ³³	377	350	365	471
Traitement ambulatoire	566	764	883	1.034
Traitement résidentiel	458	356	366	365

*après élimination (partielle) des demandes multiples

³³ 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.).

Références

- ▶ Anderson P, Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe*. London : Institute of Alcohol Studies.
- ▶ EMCDDA (2002) *Time trends and incidence of problem drug use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : Lisbon, EMCDDA, 2002.
- ▶ Eurotox (2015). *L'indicateur de demande de traitement lié à l'usage de drogues ou d'alcool en Wallonie*. Bruxelles : Eurotox.
- ▶ Rehm J, Room R, van den Brink W, Kraus L. *Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology*, *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397, 2005.
- ▶ UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC.

Indicateur de demande de traitement

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne pour permettre à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies d'évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. 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 illégale³⁴. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser leur 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. Le TDI n'est toutefois pas une estimation de la prévalence des demandes de traitement, c'est-à-dire de l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, car le protocole ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours).

Les centres ayant une convention avec l'INAMI ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte de cet indicateur. Cet enregistrement s'est aussi récemment généralisé à l'ensemble des hôpitaux, dont les données seront disponibles pour l'année 2015. En revanche, les traitements dispensés en cabinet privé ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas enregistrés, ni ceux notamment dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près.

► Définition

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont une option thérapeutique pharmacologique fréquemment proposée aux usagers d'héroïne. Ils permettent aux patients qui ne souhaitent pas ou ne parviennent pas à être abstinents de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie afin de recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Ils permettent en effet de réduire l'utilisation d'héroïne, mais ont aussi un impact positif sur la réinsertion sociale et entraînent une diminution de la criminalité et de la mortalité liées à l'usage de drogues ainsi que de la transmission de maladies infectieuses liées à l'injection (*Marsch, 1998*).

Les TSO sont des médicaments à base d'opiacés, qui agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que l'héroïne. Lorsqu'ils sont administrés par voie orale, ils ont une longue durée d'action, il n'y a pas de pic au niveau des effets, et ceux-ci sont peu euphorisants. Ils permettent ainsi aux patients de vivre sans éprouver les signes de manque liés à l'arrêt de l'héroïne et sans être soumis à la tyrannie des effets renforçateurs du produit³⁵. Les TSO sont généralement proposés en association avec une prise en charge ou un accompagnement psychosocial ambulatoire, le plus souvent dans le cadre d'un suivi en médecine générale ou dans un centre spécialisé en assuétudes. Ils peuvent être administrés dans le cadre d'un traitement de maintenance ou, plus rarement (en raison de sa faible efficacité), de désintoxication. Depuis 1992, la délivrance de TSO en médecine générale est soutenue en Wallonie par le Réseau Alto, dont la mission principale est de sensibiliser, former et informer les médecins généralistes en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients usagers de drogues.

Les TSO sont des médicaments remboursés par la sécurité sociale, vendus en pharmacie mais soumis à prescription médicale. Les deux TSO employés en Belgique sont à base de méthadone ou de buprénorphine³⁶. La méthadone se présente sous forme de gélules ou de sirop, en préparation magistrale administrable par voie orale une fois par jour, tandis que pour la buprénorphine, seuls les comprimés sont utilisés par voie sublinguale dans cette indication en pratique ambulatoire. Le pharmacien est tenu d'y ajouter un excipient qui rend le composé insoluble, de manière à empêcher son injection.

Les premiers TSO ont été délivrés en Belgique à la fin des années 70, en l'absence de cadre légal. Cette pratique clandestine et punissable a ensuite été encadrée par une conférence de consensus en 1994, mais c'est en 2004 que ces traitements ont été officiellement reconnus par la loi. Actuellement, les modalités et conditions de prescription sont régies par l'arrêté royal du 19 mars 2004, modifié par l'arrêté royal du 6 octobre 2006 (*Jeanmart, 2009*).

► L'indicateur

En Belgique, les traitements de substitution aux opiacés font l'objet d'un enregistrement sur base d'une compilation des ordonnances de médicaments adressées aux pharmacies grand public, aux pharmacies hospitalières et aux centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Plus précisément, les prescriptions de méthadone et de buprénorphine sont enregistrées dans le système Pharmanet de l'INAMI, essentiellement de manière à identifier et éviter les prescriptions multiples qui peuvent occasionner un détournement de ce produit sur le marché illégal. Les traitements dispensés en milieu carcéral ne sont pas inclus dans ce monitoring, et ce dernier ne couvre que les traitements délivrés à des patients mutualisés, autrement dit couverts par la sécurité sociale belge. En outre, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires.

► Les chiffres

En Wallonie, 77 % des patients ayant introduit en 2015 une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en assuétudes pour un usage problématique d'héroïne (voir indicateur « Les demandes de traitement pour un problème d'usage d'alcool ou de drogues ») ont déjà bénéficié au moins une fois dans leur vie d'un TSO.

Le nombre de patients mutualisés résidant en Wallonie et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone s'élevait à 8.268 en 2014, contre 1.041 pour la buprénorphine. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 8 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des hommes (qui sont davantage consommateurs d'héroïne que les femmes), ayant un âge compris entre 25 et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans.

³⁴ 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. Les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des patients. Néanmoins, l'utilisation de ce numéro n'est pas obligatoire et il n'est donc pas systématiquement utilisé. Sur la période 2011-2014, ce numéro a été mentionné pour 57,3 % des demandes de traitement. Actuellement, les demandes annuelles multiples ne peuvent donc pas être parfaitement filtrées.

³⁵ L'absence d'effets euphorisants et renforçateurs des TSO, lesquels effets sont responsables de la prise de plaisir associée à la consommation du produit et façonnent en grande partie la dépendance psychologique, explique aussi, a contrario, pourquoi certains usagers ne parviennent pas à se satisfaire uniquement de ce type de traitement.

³⁶ La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type μ , alors que la méthadone en est un agoniste complet. Cette différence fait que la méthadone a des effets davantage dose-dépendant, pouvant entraîner une dépression respiratoire en cas de surdose, alors que les effets de la buprénorphine n'augmentent plus une fois le plateau atteint. Cette dernière substance réduit donc fortement le risque d'overdose chez les personnes dépendantes aux opiacés, tout en provoquant moins d'analgésie et d'euphorie que la méthadone. Par conséquent, elle est moins indiquée chez les usagers fortement dépendant aux opiacés.

Ainsi, près de 43 % des traitements à base de méthadone et 39 % des traitements à base de buprénorphine sont prescrits à des personnes âgées de 35 à 44 ans. Cette classe d'âge est probablement davantage représentée parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage d'héroïne (en moyenne vers 21-22 ans) et l'âge du premier traitement (vers 32 ans en moyenne ; Eurotox, 2015). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. La prévalence des TSO baisse ensuite fortement après 54 ans.

Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés | Wallonie, 2014

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 et + %	TOTAL %
Méthadone								
Hommes (n=6.332)	2,1%	16,8%	33,2%	20,7%	2,9%	0,5%	0,4%	76,6%
Femmes (n=1.936)	1,2%	6,2%	9,3%	5,1%	0,8%	0,4%	0,4%	23,4%
TOTAL (N=8.268)	3,3%	23,0%	42,5%	25,8%	3,7%	0,9%	0,8%	100%
Buprénorphine								
Hommes (n=777)	2,8%	21,3%	31,2%	15,8%	2,6%	0,7%	0,3%	74,7%
Femmes (n=264)	1,7%	6,3%	7,8%	6,8%	1,9%	0,4%	0,4%	25,3%
TOTAL (N=1.041)	4,5%	27,6%	39,0%	22,6%	4,5%	1,1%	0,7%	100%

► Tendances et évolution

Le nombre de patients wallons mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone est en diminution progressive depuis 2011, l'inverse étant constaté pour la buprénorphine. Mais cette dernière augmentation ne permet pas de compenser et expliquer entièrement la baisse de délivrance de méthadone dans la région. Globalement, il y a donc une baisse de délivrance de traitement de substitution aux opiacés en Wallonie de 2011 à 2014.

Évolution du nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés | 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Nombre total	9.765	9.631	9.444	9.309
Méthadone	8.873	8.708	8.487	8.268
Buprénorphine	892	923	957	1.041

Source : INAMI

Par comparaison, environ 2.500 patients reçoivent un TSO chaque année en Région bruxelloise et environ 5.500 en Flandre. La délivrance de buprénorphine est également peu fréquente à Bruxelles, dans une même proportion qu'en Wallonie. En revanche, elle est beaucoup plus plébiscitée en Flandre (1 pour 4). Enfin, proportionnellement aux tailles des populations régionales, on prescrit nettement moins de TSO en Flandre que dans les deux autres régions du pays.

Références

- Eurotox (2015) L'indicateur de demande de traitement lié à l'usage de drogues ou d'alcool en Wallonie. Bruxelles : Eurotox, 2015.
- Jeanmart C. Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques. Drogues, santé et société, 8, 233-265, 2009.
- Marsch L.A. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality : a meta-analysis. Addiction, 93, 515-532, 1998.

► Définition

La propagation de maladies infectieuses telles que le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est observée depuis de nombreuses années chez les usagers de drogues par injection (UDI), en raison de la survenue fréquente du partage de matériel d'injection usagé et de rapports sexuels non protégés (Bollaerts & Van Bussel, 2013 ; Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). Actuellement, les cas d'infection au VIH liés à l'injection sont généralement peu courants dans les pays ayant mis en place des programmes d'accessibilité au matériel stérile d'injection (EMCDDA, 2016). En revanche, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste le facteur de risque principal de contraction du VHC, dont la prévalence d'infection est très élevée chez les UDI³⁷.

Les programmes d'échange de seringues font partie du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection³⁸ qui vise à réduire les risques liés à l'injection (hépatites, VIH, etc.) chez les UDI. Ils prennent la forme de comptoirs fixes ou mobiles mettant gratuitement à disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile ou encore des préservatifs, dans un cadre anonyme et non contraignant. Ils sont aussi un lieu d'accueil, d'écoute et de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale, et ils peuvent proposer des permanences médicales ainsi que des soins infirmiers.

Au niveau mondial, les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place dans les années 80. En Belgique, ils se sont développés au début des années 90. Il existe actuellement 14 institutions qui effectuent de l'échange de seringues en Wallonie. Une même institution peut effectuer de l'échange de seringues en comptoir fixe et/ou mobile, et certains comptoirs fixes peuvent disposer d'antennes. Il existe également quelques structures qui effectuent de la distribution de matériel stérile de manière ponctuelle ou à plus petite échelle sans faire partie du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) coordonné par Modus Vivendi (Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

► L'indicateur

Les comptoirs d'échange de seringues du DAMSI renseignent annuellement différentes informations relatives à leur fonctionnement, telles que le nombre de seringues distribuées et récupérées, le matériel connexe distribué (Stéricups³⁹, flapsules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique⁴⁰), leur file active⁴¹, ainsi que le nombre de contacts effectués. Il s'agit d'indicateurs de processus et non d'efficacité, car on ne peut avoir de certitude sur ce qui sera fait de ce matériel. En effet, l'injection n'est pas un acte anodin mais une pratique invasive qui nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses. Il s'agit même d'un acte médical qui ne peut être légalement posé que par une personne qualifiée (médecin ou infirmier). Une injection mal opérée (injection dans une artère, dans une zone sensible, etc.), mal préparée (présence de bulles d'air ou de corps solides dans la seringue), ainsi que l'utilisation de matériel non stérile voire usagé peuvent avoir des conséquences graves et parfois fatales. Enfin, rappelons que les comptoirs d'échange de seringues font partie d'un dispositif plus large incluant notamment les pharmacies.

► Les chiffres

En 2014, 227.332 seringues ont été distribuées par les 13 comptoirs qui ont effectué de l'échange de seringues en Wallonie dans le cadre du DAMSI. Ces seringues ont été distribuées à un peu moins de 1.500 UDI lors d'environ 13.000 visites. Par manque de moyens, le matériel connexe et en particulier le Stéricup et l'acide ascorbique ne sont malheureusement pas disponibles en permanence dans tous les comptoirs, et ils doivent donc souvent être « rationnés ». Si on compare, par exemple, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 3 seringues distribuées (alors qu'idéalement le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est difficile de promouvoir et assurer de manière optimale la réduction des risques liés à l'injection, car les usagers sont susceptibles d'échanger ou utiliser une cuillère ou un filtre contaminé, même s'ils utilisent une seringue stérile à chaque injection. En outre, le nombre de seringues distribuées est forcément tributaire du nombre de comptoirs présent sur le territoire, lequel est actuellement considéré comme insuffisant.

³⁷ En Belgique, elle varierait de 47 à 85%, suivant les estimations (Mathei, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005). Une étude récente la situe à 43% (Bollaerts & Van Bussel, 2013).

³⁸ En Belgique, les pharmacies font également partie de ce dispositif, et certaines d'entre elles diffusent même des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix). Dans certains pays comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, le dispositif est complété par des bornes d'échange de seringues permettant aux usagers d'obtenir du matériel près de lieux de consommation 24h/24h.

³⁹ Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.

⁴⁰ Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.

⁴¹ La file active ne peut être précisément déterminée que de manière intra-institutionnelle, en raison de l'utilisation des systèmes d'enregistrement propres à chaque comptoir. Dès lors, au niveau régional, un usager qui fréquente plusieurs comptoirs est comptabilisé à plusieurs reprises. En outre, il est fréquent qu'un usager se procure des seringues à la fois pour lui-même et pour un proche.

Matériel stérile d'injection distribué dans les comptoirs d'échange de seringues | Wallonie, 2014

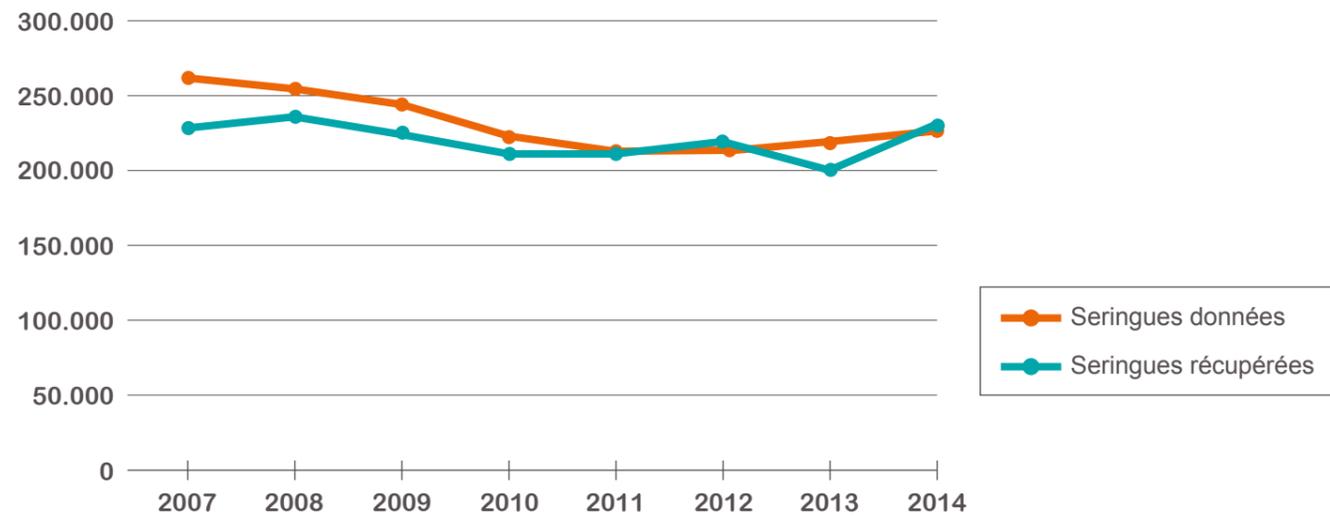
Seringues	227.232
Stéricups	85.208
Flapules d'eau stérile	112.587
Tampons alcoolisés	204.572
Sachets d'acide ascorbique	43.117

Source : Modus Vivendi

► Tendances et évolution

Le nombre de seringues distribuées en Wallonie via les comptoirs d'échange a progressivement diminué de 2007 à 2011, probablement en raison d'une réduction des heures d'ouverture de certains comptoirs, mais il a légèrement augmenté ces dernières années. Le nombre de seringues récupérées est généralement légèrement inférieur à celui des seringues distribuées. Par comparaison, en 2014, 88.102 seringues ont été distribuées en région bruxelloise à environ 1.000 UDI.

Matériel stérile d'injection distribué dans les comptoirs d'échange de seringues | Wallonie, 2014



Source : Modus Vivendi

Références

- Bollaerts, K. & Van Bussel, J. (2013). Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID). Bruxelles: Institut de Santé Publique.
- EMCDDA, (2016). Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- Garfein R S, Galai D, Doherty M C & Nelson K E (1996). Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. American Journal of Public Health, 86, 655-661.
- Matheï C, Robaeys G, Van Ranst M, Van Damme P & Buntinx F (2005). The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium. Acta Gastroenterology Belgica, 68, 50-54.
- Sacré C, Dumas C & Hogge M. (2011). Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région wallonne. Bruxelles: Eurotox et Modus Vivendi.
- Thomas DL, Vlahov D, Solomon L, Cohn S, Taylor, et al. (1995). Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. Medicine, 74, 212-220.

Résumé hospitalier minimum (RHM)

Le RHM est un système d'enregistrement anonymisé de données administratives, médicales et infirmières. Tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique sont tenus d'y contribuer. Le RHM remplace depuis 2008 le RCM (Résumé clinique minimum) et le RIM (Résumé infirmier minimum).

Il poursuit deux objectifs :

1. Soutenir la politique de santé du Gouvernement: prévoir les besoins en matière de services hospitaliers, décrire les normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services, organiser le financement des hôpitaux, déterminer la politique de l'exercice de la médecine, définir la politique épidémiologique, etc.
2. Soutenir la politique de santé au sein des hôpitaux, notamment par la production d'un feed-back général et de feed-backs individuels. Les hôpitaux peuvent ainsi se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues et corriger leur politique interne.

L'utilisation du RHM pour décrire la consommation de soins psychiatriques est limitée car l'encodage du diagnostic n'est pas obligatoire pour les hospitalisations en service psychiatrique des hôpitaux généraux.

D'après le site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement :

Santé > Organisation des soins de santé > Hôpitaux > Systèmes d'enregistrement > RPM
<http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm>

Le Résumé psychiatrique minimum (RPM)

Le RPM est un enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques en hôpitaux généraux (SPHG) en Belgique depuis le 1^{er} juillet 1996 et dans les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP) depuis le 1^{er} septembre 1998.

L'enregistrement du RPM, comme prévu dans les AR du 1^{er} octobre 2002 (HP & SPHG) et 20 septembre 1998 (IHP & MSP), a pour but de soutenir la politique de santé à mener, en ce qui concerne :

- la détermination des besoins en équipements psychiatriques ;
- la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques / les maisons de soins psychiatriques / les initiatives d'habitations protégées ;
- l'organisation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques / des maisons de soins psychiatriques / des initiatives d'habitations protégées, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics ;
- l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques.

D'après le site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement :

Santé > Organisation des soins de santé > Hôpitaux > Systèmes d'enregistrement > RPM
<http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rpm>



CONCLUSION

La santé mentale est un domaine vaste et complexe. Les indicateurs présentés dans ce cahier ne sont que quelques éclairages sur l'état de la santé mentale des wallons, sur l'offre de soins et sur l'utilisation qui en est faite. Ils constituent une base factuelle pour alimenter les réflexions dans un contexte de transfert de compétences politiques et de réforme du secteur.

Si la santé mentale concerne tout le monde, ce cahier met en évidence les différences entre sous-groupes de la population.

Les hommes et les femmes ne vivent pas leur santé mentale de la même façon. Les femmes sont plus nombreuses à souffrir de mal-être, de dépression, de troubles anxieux et plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Les hommes sont plus fréquemment concernés par la consommation nocive d'alcool et de drogues, plus nombreux à mettre fin à leurs jours et à décéder pour une cause liée à la drogue. En termes de consommation de soins, les femmes sont plus nombreuses à consommer des antidépresseurs ou des antipsychotiques ainsi qu'à consulter un psychologue ou un service de santé mentale. Les hommes sont par contre plus nombreux à recourir à un traitement pour addiction (alcool et drogue) et à suivre un traitement de substitution aux opiacés. Les consultations chez les psychiatres concernent par contre autant les hommes que les femmes.

Les inégalités sociales dans l'état de la santé mentale et dans l'utilisation des soins sont importantes. Les personnes les moins instruites sont plus nombreuses à souffrir de troubles de la santé mentale (mal-être, dépression, anxiété) et de consommation problématique d'alcool. Ce public défavorisé constitue une part importante des usagers des services de santé mentale et semble paradoxalement moins enclin à consulter un psychologue ou un psychothérapeute que les personnes plus instruites.

Les problèmes de santé mentale ne sont pas les mêmes aux différentes étapes de la vie. La consommation de cannabis et les traitements pour usage problématique de cannabis concernent surtout les jeunes de moins de 25 ans et les traitements pour addiction à l'alcool les personnes entre 25 et 44 ans. Les difficultés d'ordre mental (anxiété, consultation en SSM, demande de traitement pour addiction) sont plus fréquentes dans la population en âge de travailler et la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques augmente graduellement avec l'âge.

Il semble ne pas y avoir d'évolution majeure concernant l'état de la santé mentale de la population wallonne. On constate cependant une augmentation de la prévalence des troubles anxieux, de la consommation quotidienne

d'alcool et de l'expérimentation du cannabis, tandis que le taux de suicide serait en baisse depuis 1997.

L'offre de soins en santé mentale est très diverse et n'est pas l'apanage du secteur hospitalier ni même du secteur médical. Il existe un continuum de services sous des formes multiples. Ce continuum évolue au gré des réformes et de l'évolution de la société. Certains des indicateurs présentés ici mettent en évidence les nouvelles façons de travailler avec des acteurs multiples comme dans la prise en charge des doubles diagnostics de handicap et santé mentale. D'autres indicateurs montrent que les troubles de santé mentale et les addictions sont aussi pris en charge par des structures dont ce n'est pas l'objet principal comme les maisons médicales, les centres de planning ou les lignes téléphoniques d'écoute. Toutefois, seul un cadastre permettrait de faire le point complet sur la question de l'offre de soins en santé mentale.

Manquent dans ce cahier des analyses importantes comme par exemple celles du coût des maladies mentales, de l'absentéisme lié au burn-out et du temps d'attente avant une prise en charge, des informations sur des problèmes plus spécifiques comme les troubles alimentaires ou encore ce qui concerne le vécu des proches de personnes souffrant de maladie mentale. Les informations sur la santé mentale des jeunes mériteraient un cahier à elles-seules.

Malgré les efforts fournis pour améliorer les données (notamment dans les services de santé mentale), malgré l'utilisation de différentes sources de données (Enquête nationale de santé, données de décès, Pharmanet, RHM, TDI, etc.), il reste encore beaucoup de travail à faire à la fois en termes d'amélioration du système d'informations et d'exploitation des données (RPM harmonisé) pour pouvoir réaliser un réel monitoring de la santé mentale en Wallonie.

Ce cahier apporte la preuve qu'il est possible d'exploiter de manière scientifique les données épidémiologiques existantes dans le domaine de la santé mentale en Wallonie. Il contribue ce faisant à l'objectif de l'OMS de renforcer les systèmes d'information, de réunir davantage de données factuelles et de développer la recherche.

Les troubles mentaux et ceux liés à l'abus de substances psychoactives sont la principale cause d'incapacité au niveau mondial. Ils sont responsables de près de 23% des années de vie perdues en raison de l'incapacité. (OMS, Faits et chiffres, Santé mentale : un état de bien-être, www.who.int)

ANNEXE : TABLEAU SYNOPTIQUE DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE EN WALLONIE

		Femmes		Hommes		TOTAL	
ÉTAT DE SANTÉ	Score optimal de vitalité (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	8,6%	[6,2-10,9]	10,5%	[8,1-12,9]	9,5%	[7,8-11,2]
	Mal-être psychologie léger (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	38,0%	[34,4-41,7]	31,4%	[27,8-35,0]	34,9%	[32,1-37,6]
	Troubles anxieux (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	13,8%	[11,2-16,4]	8,7%	[6,4-11,0]	11,4%	[9,4-13,4]
	Dépression (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	9,6%	[7,6-11,6]	5,5%	[4,1-6,9]	7,6%	[6,3-9,0]
	Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	4,8%	[3,4-6,2]	5,4%	[3,8-7,1]	5,1%	[4,1-6,2]
	Tentative de suicide (% de la population de 15 ans et plus, HIS 2013)	7,9%	[5,8-10,0]	2,9%	[1,7-4,0]	5,5%	[4,3-6,7]
	Consommation actuelle de cannabis (30 derniers jours) (% de la population de 15 à 64 ans, HIS 2013)	1,6%	[0,7-2,6]	5,6%	[3,7-7,5]	3,6%	[2,5-4,7]
	Consommation d'une autre drogue (30 derniers jours) (% de la population de 15 à 64 ans, HIS 2013)	1,0%	[0,4-1,6]	4,3%	[2,8-5,8]	2,6%	[1,8-3,5]
	Consommation problématique d'alcool (% de la population de 15 ans et plus consommatrice d'alcool, HIS 2013)	7,2%	[5,5-8,9]	13,0%	[10,5-15,5]	10,1%	[8,5-11,7]
	Hospitalisations avec diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances (alcool, drogues, médicaments) (% des prises en charge en services psychiatriques, RPM 2005-2012)	25,8%	29.104	42,3%	47.849	34,0%	79.953
Hospitalisation pour tentatives de suicide (% de la population wallonne, RHM 2014)	0,2%	3.354	0,1%	1.839	0,2%	5.193	
MORTALITÉ	Mortalité par suicide (nombre absolu et ratio proportionnel de mortalité, 2013)	n=208	1,0%	n=509	2,8%	n=717	1,9%
	Mortalité due à l'alcool (nombre absolu et ratio proportionnel de mortalité, 2013)	n=164	0,8%	n=350	1,7%	n=514	1,3%
	Mortalité due à la drogue (nombre absolu et ratio proportionnel de mortalité, 2013)	n=11	0,1%	n=45	0,2%	n=56	0,15%

		Nombre	Pour 10.000 habitants
OFFRE DE SOINS	Nombre de lits psychiatriques (DGO5)	5.551	15,4
	Nombre de Services de santé mentale	65	0,2
	Nombre de lits en maison de soins psychiatriques (sur les 13 MSP wallonnes)	788	2,2
	Nombre de places en initiatives d'habitations protégées (sur les 26 IHP wallonnes)	786	2,2
	Nombre de psychiatres actifs (cadastre des professionnels de soins du SPF Santé Publique + INAMI + ONSS)	544	1,5
	Nombre de psychologues (Commission nationale de psychologues, 2015)	4.051	11,2

ANNEXE : TABLEAU SYNOPTIQUE DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE EN WALLONIE

		Femmes		Hommes		TOTAL	
CONSOMMATION DE SOINS	Consommation d'antidépresseurs (% de la population de 15 ans et plus, Pharmanet 2014)	20,3%		10,8%		15,7%	
	Consommation d'antipsychotiques (% de la population de 15 ans et plus, Pharmanet 2014)	4,8%		3,8%		4,3%	
	Consultation neurologues et psychiatres dans les 2 mois (% de la population totale, HIS 2013)	1,4%	[0,8-1,9]	1,6%	[0,8-2,3]	1,5%	[1,0-1,9]
	Consultation psychologue et psychothérapeute dans les 12 mois (% de la population totale, HIS 2013)	6%	[4,7-7,4]	4,2%	[3,0-5,4]	5,1%	[4,2-6,1]
	Nouveaux consultants en SSM (nombre moyen par an et % de la population de 18 ans et plus, SSM 2013, 2014 et 2015)	0,3%	4.283	0,2%	3.270	0,27%	7.553
	Demandes de traitement (% de la population totale et estimation du nombre de patients uniques, TDI 2014)	0,01%	413	0,04%	1.453	0,1%	1.870
	Traitements de substitution (buprénorphine, méthadone) (% de la population wallonne et nombre de patients, Pharmanet 2014)	0,1%	2.145	0,2%	6.981	0,3%	9.126
	Nombre de seringues distribuées et nombre d'utilisateurs de drogues par intra-veineuse (UDI) (Modus Vivendi 2014)						227.332 seringues 1.500 (UDI)



Remerciements

La rédaction de ce cahier n'aurait pas été possible sans l'implication des équipes de l'AVIQ, du CRéSaM, d'Eurotox et du CRIS.



 **0800 94434**
appel gratuit Familles

 **0800 16210**
appel gratuit Seniors

 **0800 16061**
appel gratuit Handicap

www.aviq.be

 Retrouvez-nous aussi sur Facebook!

info@aviq.be

Avec la collaboration de :

