

TDI WALLONIE

**LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE
PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES DANS LES SERVICES
SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES DE LA WALLONIE**

État des lieux et évolution sur la période 2015-2022

eurto**x**

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

TDI WALLONIE

LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES DE LA WALLONIE

État des lieux et évolution sur la période 2015-2022

Citation recommandée

Eurotox (2024). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie. États des lieux et évolutions sur la période 2015-2022. Bruxelles : Eurotox asbl.

Remerciements

Nous remercions Ayawavi Amewognon pour l'aide apportée à la réalisation de cette publication lors de son stage en épidémiologie.

Dépot légal

D/2024/10.063/05
Octobre 2024

Mise en page

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

Coordonnées d'Eurotox

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



AVEC LE
SOUTIEN DE



TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	4
	L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT	5
	DÉFINITIONS	6
2	LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI	7
3	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	8
4	LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS	9
	LA SITUATION EN 2022	10
	TENDANCES ET ÉVOLUTION	11
5	FOCUS PAR PRODUIT PRINCIPAL	14
5.1.	ALCOOL	14
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	14
	PROFIL DES DEMANDES	14
	PROFIL DE CONSOMMATION	16
	ÉVOLUTION MARQUANTE SUR LA PÉRIODE 2015-2022	16
5.3.	OPIACÉS	17
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	17
	PROFIL DES DEMANDES	18
	PROFIL DE CONSOMMATION	18
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	20
5.2.	COCAÏNE	21
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	21
	PROFIL DES DEMANDES	21
	PROFIL DE CONSOMMATION	22
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	22

5.4.	CANNABIS	24
	PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	24
	PROFIL DES DEMANDES	24
	PROFIL DE CONSOMMATION	24
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	25
5.5.	FOCUS SUR LES USAGERS DE KÉTAMINE ET DE MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS	26
6	COMPARAISON DES PROFILS EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL	28
	LA SITUATION EN 2022	28
7	FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS	32
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR L'ALCOOL	33
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LES OPIACÉS	34
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LA COCAÏNE	35
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CANNABIS	36
8	PERSPECTIVES	54
9	BIBLIOGRAPHIE	55

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

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

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

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

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

QU'EST-CE QU'UNE ADDICTION ?

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

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

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

L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de la demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'EUDA¹ puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il est enregistré dans les 28 pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège et en Turquie. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances illégales². Il vise à

fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées, chaque pays ayant la possibilité d'apporter certains aménagements au protocole standardisé.

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

Le protocole actuel se compose d'une trentaine de variables visant à décrire le profil sociodémographique des patient-es (âge, sexe, niveau d'instruction, situation de logement et de revenus...), le profil de consommation (produits problématiques, produit principal, fréquence d'usage et mode d'administration du produit principal, âge du premier usage du produit principal...) et le profil de la demande (type de structure de prise en charge, origine de

la demande de traitement, antécédents thérapeutiques). La plupart des variables portent sur la situation actuelle du-de la patient-e, à savoir celle observée au cours du mois précédent l'introduction de la demande. Ces informations sont généralement collectées lors du premier ou second entretien avec le-a professionnel-le de santé. Elles sont donc basées sur les déclarations du-de la patient-e et peuvent être sujettes à l'imprécision en raison de biais cognitifs (difficultés mnésiques, désirabilité sociale, déni...). Le TDI ne fournit aucune information sur les suites données à la demande (e.g. type de traitement proposé et approche thérapeutique, adhésion et rétention en traitement, impact sur la problématique de consommation et le bien-être du-de la patient-e).

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

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

DÉFINITIONS

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

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

Traitement. Toute activité ayant pour objectif d'améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers d'alcool, de médicaments psychotropes ou drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Non seulement cette définition comprend l'offre de soins dispensés par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également les structures qui dispensent un soutien psycho-social qui vise à stabiliser ou diminuer la consommation et son impact sur la santé. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large.

Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale et celles qui ne proposent qu'une mise à disposition de matériel de consommation stérile ne sont pas considérées comme effectuant un traitement au sens défini dans le TDI.

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

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

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

LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI

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

L'unité de base de l'enregistrement TDI est la demande de traitement, qui est enregistrée lors de chaque nouvel épisode de traitement (voir la définition supra). Afin de pouvoir effectuer des analyses de profil en éliminant les demandes multiples émanant d'un·e même patient·e, l'enregistrement prévoit l'utilisation d'un identifiant unique qui permet de ne conserver qu'une seule

demande de traitement par patient·e par année civile, en l'occurrence la première demande, comme le définit le protocole européen. En Belgique, l'identifiant qui est utilisé est le numéro de registre national (NRN). Celui-ci n'est toutefois pas systématiquement utilisé, soit parce que le patient n'en dispose pas (dans le cas des personnes migrantes ou en situation irrégulière), soit parce qu'il refuse de le communiquer, soit parce que le centre de traitement ne privilégie pas son utilisation routinière afin d'éviter d'introduire des barrières administratives à la prise en charge des patient·es. En Wallonie, chaque année une proportion importante des enregistrements (30,2 % en 2022) est effectuée sans mention du NRN. Nous avons pris l'option de ne pas écarter ces épisodes anonymes des analyses, même s'ils contiennent un certain nombre de demandes multiples émanant des mêmes patient·es, susceptibles de biaiser les résultats. Car à l'inverse, ne pas inclure ces demandes anonymes biaiserait davantage les constats, car elles peuvent émaner de personnes ayant un profil particulièrement vulnérabilisé, qu'il importe de rendre compte dans les analyses. A noter que les analyses de tendances n'ont pas tenu compte du fait qu'un·e même patient·e unique peut être enregistré·e sur plusieurs années successives³.

.....
3 Sur la période 2015-2022, nous sommes en mesure d'identifier 6418 patient·es uniques sur base du NRN dans les services spécialisés (hors structures hospitalières), parmi lesquels 4971 patient·es (77,4 %) ont introduit une seule demande de

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

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

.....
traitement sur cette période, 977 patient·es (15,2 %) ont initié deux traitements sur des années distinctes, 311 patient·es (4,8 %) ont initié trois traitements sur des années distinctes et 159 patient·es (2,5 %) ont initié au moins quatre traitements sur des années distinctes.

OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Ce livret a pour objectif de présenter et discuter les données relatives aux demandes de traitement pour consommation problématique d'alcool ou de drogues enregistrées dans les services spécialisés de la Région wallonne sur la période 2015-2022. Les données récoltées à l'échelle des hôpitaux ne seront pas incluses dans les présentes analyses. Nous avons retenu l'option de traiter ces deux types de données distinctement pour trois raisons : 1) les demandes de traitement enregistrées dans les hôpitaux sont majoritairement liées à des problématiques liées à l'alcool, ce qui est nettement moins le cas dans les services spécialisés ; 2) l'offre de soin hospitalier en addictologie est généralement (à quelques exceptions près) une offre à haut seuil d'accès, ce qui se traduit par un profil sociodémographique moins précarisé. Traiter ces deux sources de données séparément permet ainsi de mieux mettre en évidence les spécificités liées à chaque offre de soin et aux patient-es qu'elles mobilisent ; 3) enfin, nous ne disposons pas actuellement d'autorisation d'accès à la base de données TDI des hôpitaux, ce qui limite grandement les possibilités d'analyse.

L'unité de mesure des analyses est le patient-e, identifié-e sur base du NRN. Les demandes multiples (i.e. lorsqu'un-e même patient-e introduit plusieurs demandes sur la même année) sont donc éliminées et seule la première demande introduite sur une année ont été conservées pour les analyses. Les demandes anonymes ont toutefois été conservées car on les retrouve en d'importante proportion. Pour les analyses de tendances (identification des évolutions au cours du temps), les analyses porteront sur les patient-es pris-es en charge dans les centres ayant systématiquement rapportés des données au cours de la période étudiée, afin de neutraliser autant que possible les fluctuations imputables à l'instabilité de la couverture. Huit centres ont ainsi été exclus des analyses de tendance

car ils n'ont pas fourni de données chaque année au cours de cette période.

Les analyses présentées dans ce document sont essentiellement descriptives. Elles visent à fournir un éclairage sur le profil des bénéficiaires pris en charge dans les structures wallonnes publiques de prise en charge des assuétudes. Les pourcentages sont calculés après exclusion des non-réponses. Ces dernières sont mentionnées à titre indicatif dans les tableaux correspondants. Pour certaines questions, la proportion de non-réponses est relativement élevée, en particulier celles relatives au niveau d'éducation, à la fréquence de consommation du produit principal, aux antécédents thérapeutiques et aux comportements d'injection. Il est donc possible que certains constats ne reflètent pas parfaitement la réalité, et nous invitons le lecteur à prendre en considération ce taux de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages rapportés. Enfin, seules les différences statistiquement significatives sont discutées, sauf mention contraire. Certaines hypothèses sont formulées afin de tenter d'expliquer les principaux constats. Elles doivent être considérées comme des pistes permettant de stimuler la réflexion et la recherche et non comme des certitudes.

LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Depuis l'entrée en vigueur du protocole 3.0 en 2015, 18.765 demandes de traitement ont été introduites pour une problématique de consommation auprès des 31 centres spécialisés en assuétudes de la Région wallonne qui ont participé à la récolte. Au total, 18.095 demandes ont été conservées pour les analyses après élimination des demandes multiples. Parmi les 27 centres ayant participé à la récolte en 2022, on retrouve⁴ 3 centres

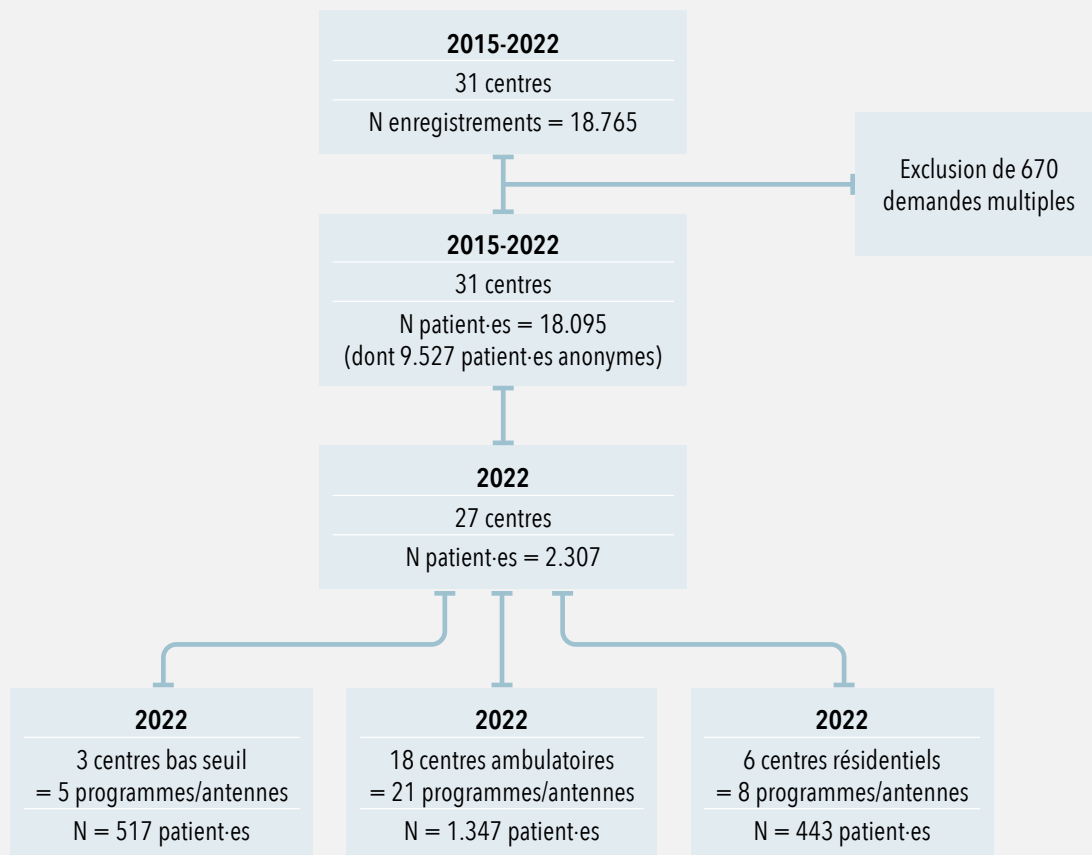
4 Un même centre peut proposer plusieurs services/programmes de prise en charge (par exemple,

spécialisés d'accueil à bas seuil⁵, 18 centres ambulatoires et 6 centres résidentiels. Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 2.390 en 2022, ce qui correspondait à 2.307 patient-es après

.....
ambulatoire et résidentiel) ainsi que des antennes permettant de couvrir une zone géographique plus importante.
5 On parle de bas seuil lorsqu'une structure fournit un accueil et une aide sans imposer de conditions d'accès à ses bénéficiaires (pas de contrainte administrative, gratuité et immédiateté, pas d'exigence d'abstinence, etc.).

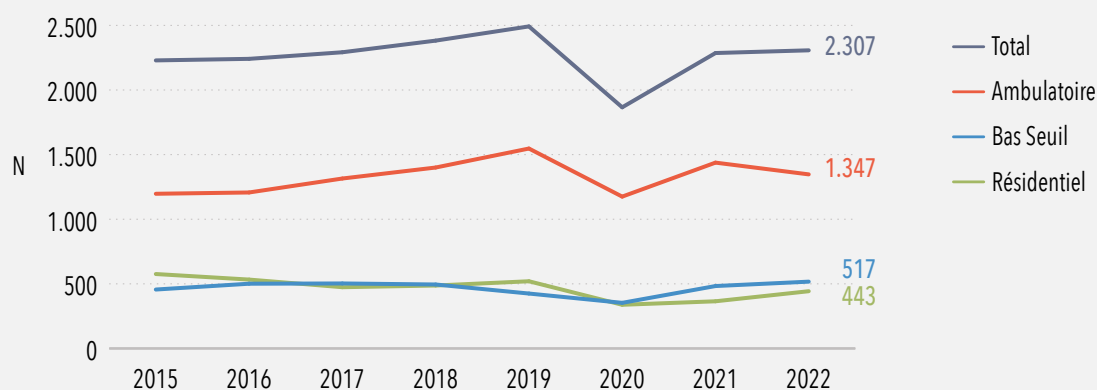
élimination des demandes multiples (mais conservation des demandes anonymes). Le flux de données est résumé dans la **figure 1**.

Figure 1 : Flux de la récolte TDI dans les services spécialisés de la Wallonie sur la période 2015-2022



Source : Sciensano

Figure 2 : Évolution du nombre de patient-es enregistré-es dans les services spécialisés de la Wallonie sur la période 2015-2022, par année et type de centre



Source : Sciansano

La **figure 2** met en évidence l'évolution du nombre de patient-es pour lesquels une demande de traitement a été enregistrée entre 2015 et 2022 en Wallonie, classifiée selon les types de services. Après une légère augmentation durant les premières années, la collecte demeure relativement stable, à l'exception de la période liée à la crise sanitaire du COVID-19 (surtout en 2020), où l'on observe une diminution significative des enregistrements dans tous les types de centre. En 2022, l'enregistrement n'a pas encore totalement recouvert le niveau pré-pandémique.

Au total, 18.095 patient-es⁶ ont introduit une demande de traitement dans les services spécialisés sur la période 2015-2022, dont 2307 en 2022. Les analyses qui suivent ont pour objectif de présenter une description du profil sociodémographique, du profil de la demande et du profil de consommation des patients pris en charge dans ces services. Dans un premier temps, nous fournirons une vue d'ensemble des prises en charge, puis nous procéderons à une description détaillée en se focalisant sur le produit principal. Le produit principal est défini comme celui qui engendre le plus de difficultés pour le patient lors de la demande de traitement. Notons que dans la grande majorité des prises en charge (96,9 %), un produit principal est mentionné,

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

même chez les patient-es présentant une polyconsommation problématique.

LA SITUATION EN 2022

Le classement des substances mentionnées en tant que produit principal par les personnes ayant soumis une demande de traitement en 2022 au sein des services spécialisés (n=2.307) est, par ordre d'importance, l'alcool (35,1 %), les opiacés (22,4 %), la cocaïne (22,0 %), le cannabis (13,4 %), les hypnotiques et sédatifs (1,6 %), les hallucinogènes (0,8 %), les stimulants autres que la cocaïne (0,6 %), et enfin les inhalants volatiles (0,1 %). Aucun cas d'usage problématique de prégabaline en produit principal n'a été rapporté en 2022⁷.

Les données concernant le genre et l'âge étaient disponibles pour 2.305 patient-es. En majorité, les patient-es sont de genre masculin (avec un ratio de 3 hommes pour 1 femme) et se situent principalement dans la tranche d'âge de 25 à 54 ans (79,3 %). L'âge moyen est de 38,7 ans (SD = 11,3). Ces tranches d'âges sont probablement plus représentées en raison du délai significatif entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 20 ans dans notre échantillon) et l'âge de la première

⁷ Sur la période 2015-2022, seul un cas a été enregistré (en 2021) en produit principal, et un deuxième cas a été enregistré cette même année en produit problématique secondaire.

demande de traitement (en moyenne vers 40 ans), comme cela sera expliqué ultérieurement.

L'âge et le genre des patient-es peuvent varier en fonction des substances (voir **Tableau 1**). Par exemple, la proportion de jeunes patient-es (moins de 24 ans) est plus élevée pour le cannabis que pour les autres substances, ce qui pourrait refléter le fait que les usages problématiques pour ce produit ont tendance à concerner de jeunes individus ou à s'estomper avec l'âge, ou que les demandes d'aide pour ce produit sont initiées plus précocement que pour les autres produits. Les femmes représentent généralement moins d'un quart des demandes (à l'exception des demandes pour les hypno-sédatifs), mais cette proportion précise varie selon les substances (28,0 % pour l'alcool, 21,7 % pour la cocaïne, 18,6 % pour les opiacés, 23 % pour le cannabis et 42,1 % pour les hypno-sédatifs). La sous-représentation des femmes dans les services spécialisés s'explique en partie par la prévalence plus élevée de la consommation de substances psychoactives chez les hommes que chez les femmes. La proportion de femmes est toutefois inférieure à celle attendue sur base des statistiques de consommation (voir par exemple, Gisle & Drieskens, 2019), ce qui suggère que d'autres mécanismes contribuent à cette faible représentation. Il est notamment probable que la faible proportion de femmes rencontrées dans les services spécialisés s'explique par le fait que ces services sont généralement fortement « masculinisés »

Tableau 1 : Distribution par sexe et tranche d'âge des personnes en traitement pour usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région Wallonne, 2022

	≤ 24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	> 65 ans %	Total %
Tous produits							
Femmes (n=553)	3,0	5,4	7,7	4,9	2,3	0,7	24,0
Hommes (n=1.752)	9,0	19,6	25,6	16,2	5,3	0,4	76,0
Total (n=2.305)	12,0	25,0	33,3	21,0	7,6	1,1	100
Alcool							
Femmes (n=227)	1,2	3,3	8,0	8,3	5,2	2,0	28,0
Hommes (n=583)	3,7	15,9	23,5	17,8	10,1	1,0	72,0
Total (n=810)	4,9	19,2	31,5	26,1	15,3	3,0	100
Cocaïne (poudre et crack)							
Femmes (n=110)	2,8	7,9	8,4	2,6	0,0	0,00	21,7
Hommes (n=397)	5,7	26,4	31,2	13,0	2,0	0,00	78,3
Total (n=507)	8,5	34,3	39,6	15,6	2,0	0,00	100
Opiacés							
Femmes (n=96)	1,9	5,0	6,4	4,1	1,2	0,00	18,6
Hommes (n=420)	2,3	14,7	33,9	25,4	4,8	0,2	81,4
Total (n=516)	4,2	19,7	40,3	29,5	6,0	0,2	100
Cannabis							
Femmes (n=71)	8,4	7,4	5,2	0,7	1,3	0,0	23,0
Hommes (n=238)	36,9	25,2	10,0	4,5	0,3	0,0	77,0
Total (n=309)	45,3	32,6	15,2	5,2	1,6	0,0	100
Hypnotiques et sédatifs							
Femmes (n=16)	0,0	10,5	26,3	2,6	2,6	0,0	42,1
Hommes (n=22)	7,9	13,2	21,1	15,8	0,0	0,0	57,9
Total (n=38)	7,9	23,7	47,4	18,4	2,6	0,0	100

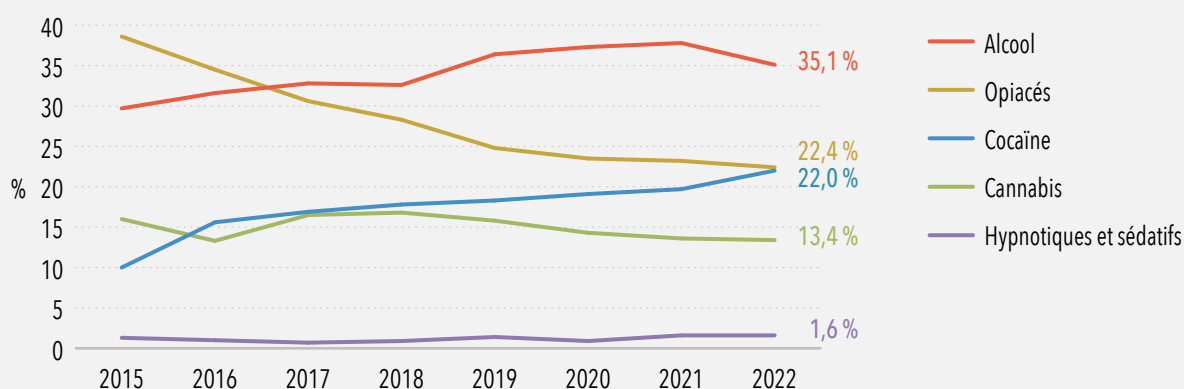
Source : Sciensano

et peu adaptés aux spécificités féminines. Cette hypothèse est corroborée par le fait que les femmes se tournent davantage vers l'offre de prise en charge hospitalière. Autre élément explicatif : la faible représentation des femmes pourrait être liée au fait que l'usage de drogues est davantage stigmatisé chez les femmes que chez les hommes, ce qui freinerait encore plus l'initiation d'un parcours de soin (McCrary, Epstein & Fokas, 2020 ; Schamp *et al.*, 2021).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Parmi les 18.095 patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Wallonie sur la période 2015-2022, un **produit principal** a pu être identifié dans la grande majorité des cas (96,9 %). La **figure 3** illustre l'évolution de la proportion de patient-es pour les cinq catégories de substances les plus représentées en tant que produit principal. L'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée sur la période de 2015-2022, et représente chaque année entre 30 % et 40 % des demandes individuelles. La proportion des patient-es ayant introduit une demande pour ce produit a augmenté de manière significative sur la période (surtout entre 2018 et 2021). La proportion de patient-es en traitement pour la cocaïne a quant à elle également augmenté (+12 % entre 2015 et 2022) alors que celle pour les opiacés a diminué (-16,2 % entre 2015 et 2022). En revanche, les tendances sont stables pour les autres

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



Source : Sciensano

Tableau 2 : Répartition par produit principal des patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région wallonne sur la période 2015-2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Opiacés (Total)	38,6	34,5	30,6	28,3	24,8	23,5	23,2	22,4	28,3
Héroïne	32,2	31,4	28,4	26,6	22,9	21,9	20,6	20,2	25,7
Méthadone (détourné)	1,9	1,7	1,0	1,1	1,2	0,9	1,7	1,2	1,3
Buprénorphine (détourné)	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Fentanyl (illicite/détourné)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Opiacé non précisé	4,2	1,1	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	1,0
Autre opiacé	0,3	0,3	0,3	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
Cocaïne (Total)	10,0	15,6	16,9	17,8	18,3	19,1	19,7	22,0	17,4
Cocaïne en poudre	5,3	8,5	8,7	8,5	8,6	7,7	10,5	8,0	8,2
Crack	0,5	1,1	0,7	2,1	2,6	3,2	3,5	3,7	2,2
Cocaïne non précisée	4,2	6,0	7,5	7,2	7,2	8,3	5,7	10,1	7,0
Autre cocaïne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Autres stimulants (Total)	1,1	1,0	0,3	0,8	0,6	1,1	1,0	0,6	0,8
Amphétamine	0,8	0,5	0,1	0,6	0,3	0,6	0,8	0,4	0,5
Méthamphétamine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA ou dérivés	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
Méphédrone	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre stimulants non précisé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
Autre stimulant	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hypnotiques et sédatifs (Total)	1,3	1,0	0,7	0,9	1,4	0,9	1,6	1,6	1,2
Barbiturique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Benzodiazépine	1,1	0,8	0,7	0,8	1,0	0,5	1,2	1,3	0,9
GHB/GBL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hypno-sédatif non précisé	0,1	0,2	0,0	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Autre hypnotique	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hallucinogènes (Total)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,5	0,7	0,8	0,4
LSD	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Kétamine	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,4	0,6	0,7	0,3
Hallucinogène non précisé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Autre hallucinogène	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inhalants volatiles	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
Cannabis (Total)	16,0	13,3	16,5	16,8	15,8	14,3	13,6	13,4	15,0
Marijuana	3,1	3,2	3,3	3,9	3,7	2,8	5,6	4,4	3,8
Haschisch	0,3	0,3	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Cannabis non précisé	12,7	9,8	13,0	12,9	11,8	11,2	7,9	8,8	11,0
Autre cannabis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alcool	29,7	31,6	32,8	32,6	36,4	37,3	37,8	35,1	34,1
Autre produit	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Aucune substance principale	3,2	2,9	2,1	2,3	2,0	3,1	2,3	4,0	2,7

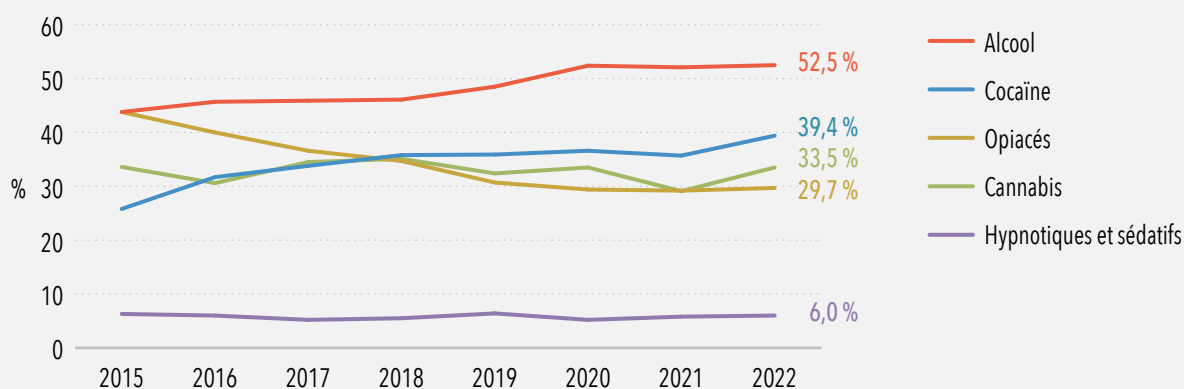
Source : Sciensano

produits. La répartition complète, par produit principal, des patients ayant introduit une demande de traitement sur la période 2015-2022 dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie est présentée dans le [tableau 2](#).

Lorsqu'on examine les **substances problématiques** sans faire distinction entre leur caractère principal ou secondaire ([Figure 4](#)), les tendances semblent similaires. En effet l'alcool demeure la substance la plus fréquemment citée

comme problématique, et a augmenté en proportion (+8,7 % entre 2015 et 2022), tandis que celle pour les opiacés a diminué (-14,1 % entre 2015 et 2022). On observe aussi parallèlement une hausse des mentions d'usage problématique de la cocaïne (+13,5 % entre 2015 et 2022). Cette augmentation, qu'il s'agisse des mentions en tant que produit principal ou problématique, semble témoigner de la dimension hautement addictive et progressivement envahissante de ce produit dans les problématiques de consommation.

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



Source : Sciensano

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

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

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

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

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



5.1. ALCOOL

L'alcool est la substance la plus fréquemment citée en tant que produit principal par les patient-es ayant soumis une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. Il est ainsi mentionné comme produit principal par 35,1 % des patient-es (n=810).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

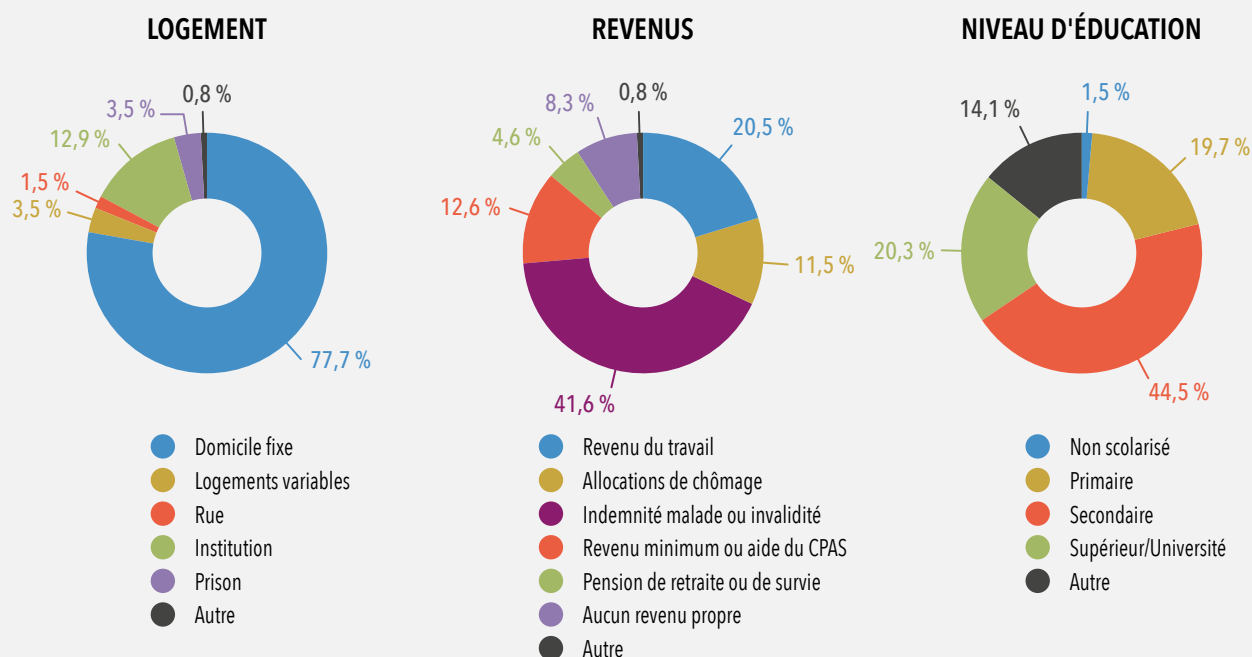
En 2022, la majorité des patient-es ayant soumis une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool en tant que produit principal sont de sexe masculin (72,0 %). Ces patient-es se situent principalement dans la tranche d'âge de 35 à 54 ans (57,5 %). Un peu plus des trois quarts de ces demandeurs ont une résidence fixe (77,7 %), tandis que le dernier quart se répartit entre la vie en institution (12,9 %), en logement variables (3,5 %), en prison (3,5 %) ou dans la rue (1,5 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacements tels qu'une indemnité de

maladie ou d'invalidité (41,6 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (12,6 %), une allocation de chômage (11,5 %), voire n'a pas de revenu propre (8,3 %). Enfin, la plupart des patient-es en traitement pour une problématique d'alcool n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires (65,7 %). Les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal sont donc nombreuses à présenter des vulnérabilités sur le plan socioéconomique.

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant formulé une demande de traitement pour une problématique d'alcool en tant que produit principal, plus de la moitié (58,8 %) présentait des antécédents thérapeutiques. Presque un tiers (29,1 %) des patient-es entamaient un traitement de leur propre initiative, et presque la moitié (44,8 %) suite à une réorientation émanant d'un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es entamait un traitement à la suite de la demande d'un proche (10 %) ou de la justice (12,6 %). La majorité des prises en charges ont été réalisées dans des centres ambulatoires (75,7 %), les prises en charge dans des centres bas seuil (1,9 %) ou résidentiels (22,5 %) étant moins fréquentes.

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



Source : Sciensano

LES LIENS ENTRE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Les études épidémiologiques observent généralement que la consommation d'alcool est plus répandue et plus régulière chez les personnes qui ont un niveau socioéconomique (NSE) élevé, en particulier chez les hommes (voir par exemple Beard *et al.*, 2016 ; Collins, 2016). Pourtant, on observe paradoxalement un gradient social inversé entre le NSE et la morbidité/mortalité liées à l'alcool (e.g. Collins, 2016 ; Mäkelä & Paljärvi, 2008 ; Probst *et al.*, 2014, 2021)⁸. Autrement dit, alors qu'elles consomment moins de boissons alcoolisées, les personnes ayant un faible NSE sont susceptibles de souffrir davantage de leur consommation. Ce phénomène est connu sous le nom de paradoxe des méfaits liés à l'alcool (*alcohol harm paradox*). Plusieurs hypothèses, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'expliquer ce paradoxe. Premièrement, la consommation problématique d'alcool peut freiner l'ascension sociale (e.g. échec durant les études) ou engendrer un déclasserement social (e.g. perte d'emploi). Deuxièmement, les effets nocifs de l'alcool sont maximisés en présence de certains problèmes de santé (e.g. obésité, tabagisme, diabète, troubles de la santé mentale,) que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes ayant un NSE bas. Ainsi, les personnes ayant un NSE bas souffrent davantage de leur consommation d'alcool parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé. Troisièmement, cette association peut aussi s'expliquer

par l'impact délétère des inégalités sociales sur la santé, que l'on nomme communément inégalités sociales de santé. En effet, les personnes ayant un NSE bas ont une moins bonne littératie en santé et donc une moindre connaissance des risques liés à l'alcool, des moyens de les réduire et des formes d'aide disponibles en cas d'usage problématique, mais peuvent également présenter plus de difficultés à mettre en place des mécanismes d'auto-régulation de la consommation. Elles ont également moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer en cas d'usage problématique, et moins de ressources matérielles pour limiter l'impact de l'usage sur la santé ou être prises en charge en cas d'usage problématique. Elles sont aussi davantage exposées à des conditions de vie (conditions matérielles, pollution chimique et sonore) et de travail (exposition au stress, pénibilité physique) défavorables à la santé, qui peuvent interagir négativement avec la consommation excessive d'alcool. Enfin, les personnes ayant un faible NSE présentent plus fréquemment des problématiques connexes (économique, logement, ...) qui les fragilisent et les rendent plus vulnérables au risque de développement ou de maintien d'un usage problématique. L'étude des associations entre NSE, consommation d'alcool et mortalité/morbidité liées à l'alcool reste toutefois complexe, et d'autres variables telles que l'origine ethnique, ou encore le genre et l'âge sont susceptibles de moduler leurs interactions (voir Collins, 2016, pour une revue ; voir aussi, Beard *et al.*, 2016).

⁸ En revanche, il ne semble pas y avoir d'impact du statut socio-économique durant l'enfance sur le mésusage ultérieur d'alcool. Toutefois, très peu d'études se sont intéressées à cette question (voir Wiles *et al.*, 2007).

PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 17,6 ans ($SD^9=6,9$, âge médian = 16¹⁰). La majorité des patient-es (72,8 %) a déclaré consommer de l'alcool au moment de la demande de traitement, et la moitié d'entre eux (50,8 %) en font une consommation quotidienne. Une proportion non négligeable de patient-es (27,2 %) a indiqué ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 30 derniers jours (Figure 6).

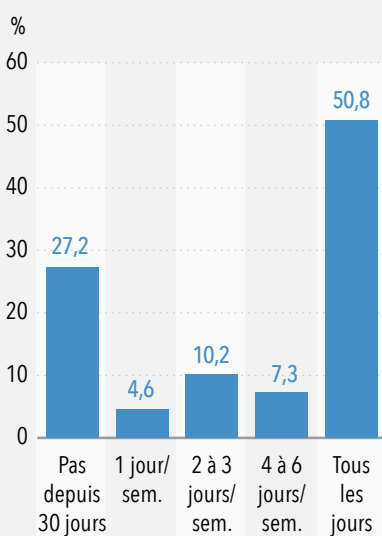
Il peut notamment s'agir de prise en charge en post-cure ou de patient-es abstinents-es qui souhaitent reconsulter en raison d'une nouvelle fragilité qui pourrait réenclencher la consommation.

Seule une minorité (4,3 %) des patient-es en traitement pour une problématique d'alcool en tant que produit principal a déclaré avoir eu recours à l'injection au cours de la vie. En revanche, ils sont un peu plus nombreux à signaler une

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

10 Ce chiffre indique qu'à 18 ans, 50 % de l'échantillon aurait déjà consommé de l'alcool.

Figure 6 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour l'alcool en produit principal dans les services spécialisés de la Région wallonne, 2022



Source : Sciensano

polyconsommation problématique¹¹ (26,5 %). Les autres substances les plus consommées de manière problématique sont, par ordre d'importance (voir Figure 7), le cannabis (14,8 %) et la cocaïne (12,1 %, dont 5,1 % de cocaïne en poudre¹²), tandis que les opiacés et les hypo-sédatifs sont

11 On entend par polyconsommation problématique le fait qu'un-e patient-e indique plusieurs produits comme étant problématiques lors de l'introduction de la demande de traitement, indépendamment de la présence d'un produit problématique. Nous ne sommes pas en mesure de savoir à quelle fréquence le patient-e les consomme de manière combinée.

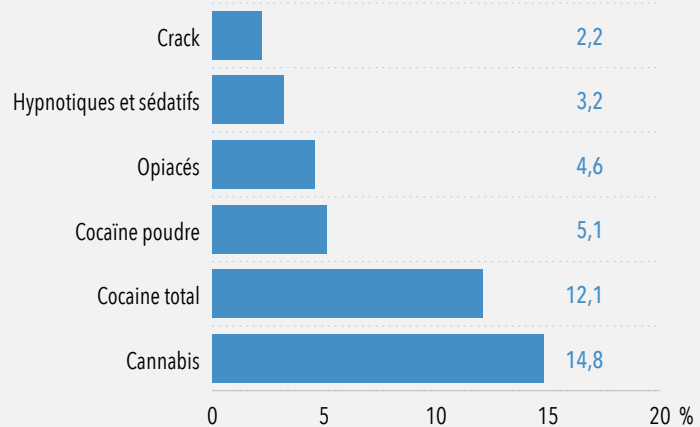
12 Crack : 2,2 % ; type de cocaïne non précisé : 4,8 %.

mentionnés moins fréquemment (4,6 % et 3,2 % respectivement).

ÉVOLUTION MARQUANTE SUR LA PÉRIODE 2015-2022

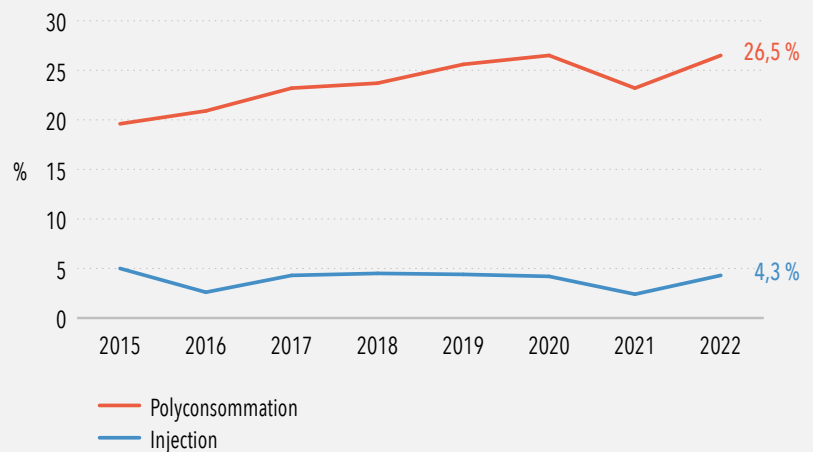
La proportion de patient-es demandant un traitement pour l'alcool en tant que produit principal a augmenté de 5,4 % sur la période 2015-2022, et la proportion de patients mentionnant l'alcool en tant que produit problématique (principal ou secondaire) de 8,7 %. Les caractéristiques sociodémographiques des patients restent néanmoins globalement stables au fil

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



Source : Sciensano

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



Source : Sciensano

du temps pour la plupart des variables. On observe toutefois une augmentation significative de l'âge moyen des patient-es entre 2015 (41,5 ans) et 2022 (43,2 ans). En ce qui concerne l'origine des demandes de traitement, celle-ci ne fluctue pas au fil du temps. En revanche, on note une augmentation significative de la proportion de patients sans antécédents thérapeutiques entre 2015 et 2022 (30,7 % contre 41,0 %). En ce qui concerne les variables de consommation, la proportion de polyconsommateur-ices a également augmenté au cours de la période, passant de 19,6 % en 2015 à 26,5 % en 2022. L'âge du premier usage d'alcool est stable sur cette période, tout comme la proportion de recours à l'injection au cours de la vie (voir Figure 8).



5.2. OPIACÉS

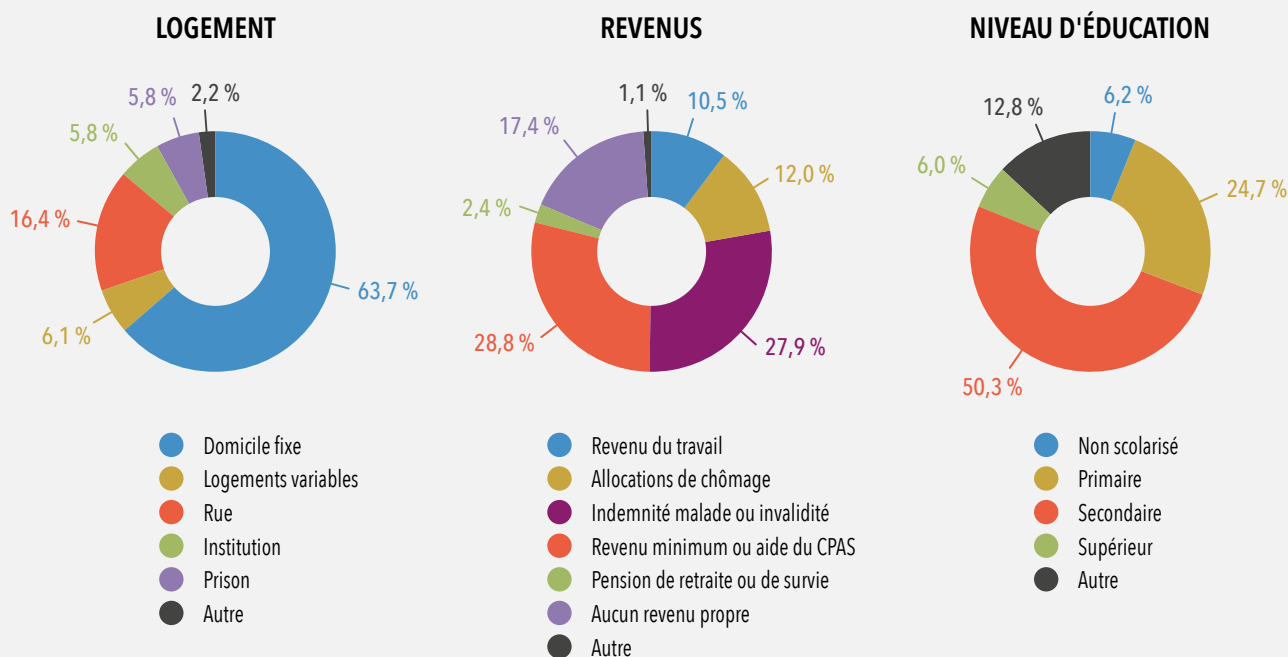
Les opiacés¹³ sont, après l'alcool, le deuxième type de produit le plus fréquemment cité en tant que produit problématique principal par les patient-es ayant formulé une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. Les opiacés sont ainsi identifiés comme produit principal par 22,4 % des patient-es (n=517). La majorité des demandes mentionnant un opiacé en produit principal réfère à un usage problématique d'héroïne (90,3 %, n=467) ou, dans une bien moindre mesure, de méthadone (5,4 %, n=28)¹⁴.

-
- 13 Classe de produits qui inclut l'héroïne, la méthadone, la buprénorphine, la morphine, ainsi que les opioïdes de synthèse tels que l'oxycodone, le tramadol et le fentanyl.
- 14 Les autres cas portent sur un usage problématique d'un opiacé non précisé (2,3 %, n=12) ou d'un autre opiacé tels que la buprénorphine (0,8 %, n=4) ou le fentanyl (0,2 %, n=1).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant formulé une demande de traitement pour un usage problématique d'opiacés en tant que produit principal sont de sexe masculin (81,4 %). Il convient de noter que cette classe de produits présente la plus faible proportion de femmes. L'âge de ces patient-es se situe généralement dans la tranche d'âge de 25 à 54 ans (91 %), avec une moyenne d'âge de 41,1 ans (SD=9,2, âge médian = 41 ans). D'une manière générale, les personnes ayant demandé un traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal présentent souvent des vulnérabilités sur le plan socioéconomique (voir Figure 9). Ainsi, une proportion significative vit dans la rue (16,4 %), dans des logements variables (6,1 %), en institution (5,8 %) ou en prison (5,8 %), alors qu'un peu plus de la moitié (63,7 %) des demandeur-euses vit dans un domicile fixe. La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'un revenu minimum ou une aide du CPAS (28,8 %), une indemnité de maladie ou d'invalidité (27,9 %), une allocation de chômage (12,0 %), voire n'a pas de revenu propre (17,4 %). La plupart de ces patient-es n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires (81,2 %).

Figure 9 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris en charge pour une problématique d'opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



Source : Sciensano

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant soumis une demande de traitement pour une problématique d'opiacés en tant que produit principal, seule une minorité (18,7 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. Parmi les patient-es avec antécédents thérapeutiques, la grande majorité (95,8 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, le plus souvent d'un traitement agoniste des récepteurs opioïdes à base de méthadone (92,1 %) ou de buprénorphine (13,5 %), qui a été initié en moyenne lorsque les patient-es avaient 27,9 ans. Il s'est écoulé en moyenne 4 ans entre la première consommation d'opiacés et l'initiation du premier traitement par agonistes opioïdes chez les patient-es en ayant déjà bénéficié.

Les opiacés sont de loin la substance principale pour laquelle la proportion de patient-es ayant des antécédents thérapeutiques est la plus grande. Ce constat peut s'expliquer par quatre facteurs qui ne sont pas mutuellement exclusifs : 1) le profil addictogène de ce type de substance (susceptible d'induire à la fois une dépendance psychologique et physique) augmente le risque de développement d'une addiction sévère aux conséquences importantes ; 2) il existe des traitements de substitution pour la dépendance aux opiacés, qui sont à la fois accessibles dans des services spécialisés (médicalisés) et auprès de médecins généralistes ; 3) les usager-es d'héroïne sont fréquemment porteur-es de vulnérabilités psychosociales et économiques, qui rendent plus compliqué le maintien de l'abstinence, l'utilisation adéquate du traitement par agonistes opioïdes ou encore le retour à un usage non addictif ; 4) on semble assister actuellement à un plus faible renouvellement de la population d'usager-es d'opiacés et en particulier d'héroïne dans la population générale. Cette hypothèse est confortée par le fait que la population de patient-es usager-es d'opiacés en produit principal rencontrés dans les services spécialisés en assuétudes a sensiblement vieilli sur la période 2015-2022 (+4,4 ans ; voir ci-dessous).

La grande majorité des patient-es (54,0 %) entament un traitement de leur propre initiative, et presque un quart (22,9 %) suite à la réorientation d'un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es commence

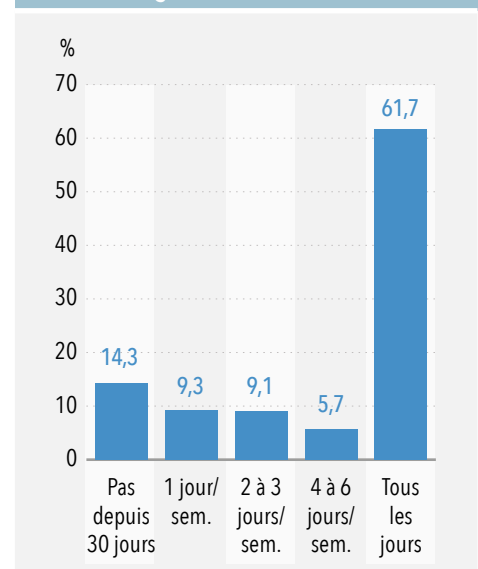
un traitement à la demande d'un proche (12,9 %), et à la demande de la justice (7,8 %).

PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation d'opiacés est de 25,0 ans (SD=8,6, âge médian = 23 ans). La grande majorité des patient-es (85,7 %) ont indiqué consommer des opiacés au moment de la demande de traitement (voir Figure 10), dont plus de la moitié (61,7 %) de manière quotidienne. Enfin, environ 14,3 % des patient-es ont déclaré être en situation d'abstinence d'opiacés au cours des 30 derniers jours. Cela semble indiquer que la demande ne poursuit pas systématiquement un objectif de stabilisation/diminution ou d'arrêt de la consommation, mais vise aussi dans bon nombre de cas le maintien de l'abstinence (en particulier via l'initiation et la maintenance d'un traitement de substitution adéquat).

Le mode de consommation privilégié par les patient-es est l'inhalation (76,0 %), mais 9,1 % d'entre eux déclarent habituellement consommer leur produit par injection. Presque un quart (24,0 %) des patient-es déclare d'ailleurs avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie. Et parmi ceux-ci, plus d'un tiers (36,8 %) déclarent avoir déjà partagé des seringues, et près de la moitié (41,6 %) du matériel connexe d'injection.

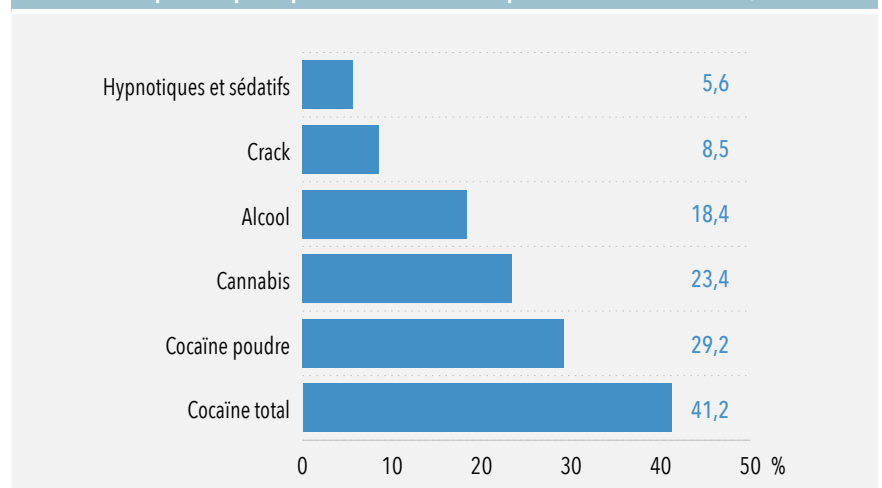
Figure 10 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation d'opiacés au cours des 30 derniers jours chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour les opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région wallonne, 2022



Source : Sciensano

Enfin, plus de la moitié (56,3 %) des patient-es ayant soumis une demande de traitement pour une consommation problématique principale d'opiacés signale également un usage problématique d'autres substances, principalement de cocaïne (41,2 %, dont 29,2 % de cocaïne en poudre) ou, dans une moindre mesure, de cannabis (23,4 %), ou d'alcool (18,4 %). En revanche, les médicaments hypno-sédatifs sont mentionnés moins fréquemment (5,6 % ; Figure 11).

Figure 11 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant les opiacés comme produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



Source : Sciensano

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

En Belgique, le nombre de personnes ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un opioïde de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2021 passant de 573.104 patient-es à 1.100.519 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). L'opioïde le plus prescrit en Belgique est de loin le tramadol, et les médicaments à base de ce dernier sont les plus concernés par cette augmentation : en 2005, 343.368 patient-es ont reçu une prescription de tramadol, contre 703.502 en 2021 (soit plus du double), et en ce qui concerne les médicaments à base de tramadol et paracétamol, 137.804 patient-es en ont reçu une prescription en 2005, contre 396.352 en 2021 (soit près du triple). Le nombre de patient-es ayant reçu une prescription de fentanyl est quant à lui passé de 39.367 en 2005 à 67.146 en 2021, soit près du double. Mais l'augmentation la plus spectaculaire se situe au niveau du nombre de patient-es ayant reçu une prescription d'oxycodone, qui est passé de 2.713 en 2007¹⁵ à 81.911 en 2021 (soit 30 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)¹⁶ d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2005 à 70.104.194 en 2021 pour l'ensemble de la Belgique (soit une moyenne de 63,7 DDD par patient-e par année). En Wallonie, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits était de 26.686.247 en 2020 et de 27.090.538 en 2021.

Dans la littérature scientifique, on estime qu'entre 8 % et 12 % des patient-es bénéficiant d'une prescription de médicaments opioïdes évolueraient vers la dépendance (Vowles *et al.*, 2015). Si certaines formes de dépendance peuvent être d'une sévérité relativement limitée et ne pas entraîner d'impact spectaculaire dans la vie du-de la patient-e (ce qui les rend par ailleurs moins perceptibles du point de vue des professionnel-les de la santé), les dérives nord-américaines nous rappellent à quel point il faut être vigilant par rapport au caractère addictogène de ces médicaments, en particulier du fentanyl et de l'oxycodone¹⁷. Pourtant, actuellement, à l'échelle du TDI, le nombre de patients pris en charge pour une problématique de médicaments opioïdes en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie est particulièrement limité, si on exclut les mésusages des traitements agonistes opioïdes¹⁸. Ainsi, en 2022, seul-es 4 patient-es ont mentionné avoir un usage problématique de ce type de médicaments en produit principal, ce qui correspond à 0,2 % de l'ensemble des patient-es et à 0,8 % des patient-es

ayant mentionné un usage problématique d'opiacés en produit principal. Ces proportions sont stables au cours de la période 2015-2022.

Néanmoins, si on élargit l'analyse à l'ensemble de produits problématiques (qu'ils soient principaux ou secondaires), il apparaît que la proportion d'évocations de médicaments opioïdes est un peu plus élevée que lorsque l'on se focalise uniquement sur le produit principal (évacuation chez 0,9 % de l'ensemble des patient-es en 2022). Cette proportion a doublé en 2021 et 2022 par rapport aux années antérieures. Le produit le plus souvent mentionné est l'oxycodone. Ces sont par ailleurs les patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés qui sont le plus concernés par les usages de ces opioïdes en produit secondaire. Il est possible que cet usage problématique soit alimenté par la circulation de médicaments opioïdes sur le marché noir, ces produits pouvant servir de dépanne en cas d'accès plus difficile ou limité à l'héroïne, mais on ne peut exclure que certain-es patient-es aient développé un usage problématique, voire une pharmacodépendance, au départ de prescriptions officielles.

En outre, il est possible que les services spécialisés en assuétudes ne soient pas le type de service qui «capture» le plus les demandes de traitement liées à une pharmacodépendance, ou que celle-ci soient actuellement sous-diagnostiquée. Dans le cas de la pharmacodépendance aux benzodiazépines, le nouveau dispositif d'aide au sevrage progressif mis en place en février 2023 révèle que la pharmacodépendance à ce type de produits est effectivement plus répandue que ne le suggèrent les demandes de traitement enregistrées au niveau du TDI, puisque près de 4000 patient-es bénéficient déjà de ce type d'accompagnement au sevrage¹⁹. Il est probable que des constats similaires puissent être objectivés pour les médicaments opioïdes.

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

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

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

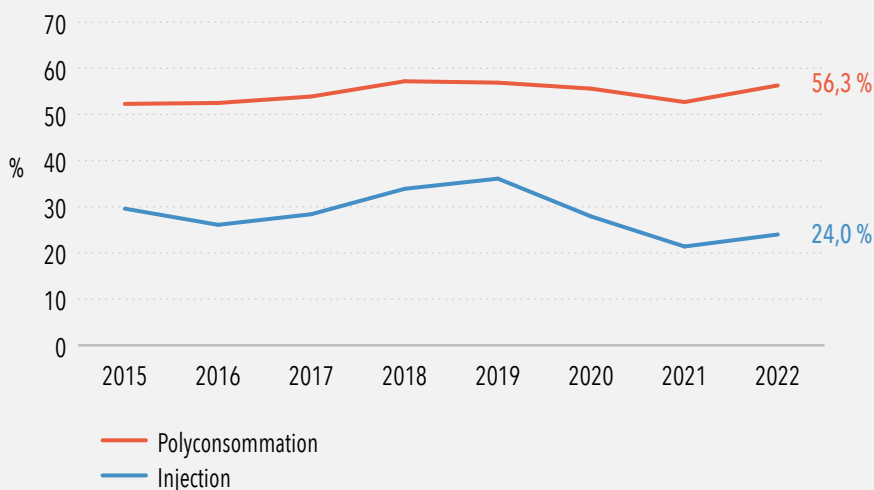
18 On ne peut exclure un éventuel biais de sous-rapportage, certains opioïdes (e.g. tramadol, oxycodone) ne figurant pas formellement dans la liste des produits investigués dans le TDI. Ils sont en effet uniquement comptabilisés sur base des mentions spontanées dans la catégorie «autres produits».

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

ÉVOLUTION MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

Comme mentionné précédemment, la proportion de patient-es faisant une demande de traitement pour les opiacés en produit principal a diminué sur la période 2015-2022 (-16,2 %), de même que la proportion de patients mentionnant les opiacés en tant que produit problématique (principal ou secondaire ; -14,1 %). On observe peu d'évolution au niveau des variables sociodémographiques, hormis une augmentation significative de l'âge des patient-es (l'âge moyen étant passé de 36,6 ans à 41,1 ans en 2022) ainsi qu'une diminution de la proportion de patient-es n'ayant obtenu que le diplôme de l'enseignement primaire (-22,2 %), au profit d'une augmentation de la proportion de patient-es ayant obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire, de l'enseignement supérieur, ou d'un autre type de formation. On n'observe pas de différence au niveau des variables de consommation, hormis une diminution progressive au cours des trois dernières années de la proportion de patient-es ayant déjà eu recours à l'injection (voir Figure 12), ainsi qu'une augmentation significative de l'âge du premier usage du produit, celui-ci étant passé de 22,2 ans à 25 ans entre 2015 et 2022.

Figure 12 : Évolution (en %) de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour les opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022



Source : Sciensano



5.3. COCAÏNE

La cocaïne²⁰ constitue, après l'alcool et juste derrière les opiacés, le troisième produit le plus fréquemment cité en produit principal par les patient-es ayant sollicité un traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. Ainsi, 22,0 % des patient-es (n=507) ont mentionné la cocaïne comme produit principal. Dans près de la moitié des cas (46,7 % ; N=237), le type de cocaïne n'était pas précisé, dans un peu plus d'un tiers des cas (36,5 % ; N=185), il s'agissait d'un usage problématique de cocaïne en poudre (N=185), et chez un peu moins d'un patient-e sur cinq, il s'agissait de cocaïne

sous forme de crack (16,8 % ; N=85)²¹. Étant donné que les profils sociodémographiques et de consommation des patient-es en traitement pour un usage problématique de crack et de cocaïne en poudre ne présentent pas des divergences significatives, nous avons opté pour une analyse conjointe de ces deux groupes, ce qui a permis par ailleurs de tenir compte des cas où le type de cocaïne n'était pas précisé.

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des personnes ayant formulé une demande de traitement en raison d'un usage problématique de cocaïne en tant que produit principal sont de sexe masculin (78,3 %). L'âge des patient-es se situe majoritairement dans la tranche d'âge de 25 à 54 ans (90,2 %), avec une moyenne d'âge de 36,3 ans (SD= 8, âge médian = 36 ans). La majorité des patient-es ne présentent pas des problèmes de logement. Ainsi presque trois quarts d'entre eux résident dans un domicile fixe (73,7 %), le quart restant se répartit entre la vie en institution (10,7 %), dans la rue (6,9 %),

en prison (5,5 %), ou dans des logements variables (3,2 %). En revanche, la majorité des patient-es vivent avec des revenus de remplacement, tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (34,5 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (15,9 %), ou une allocation de chômage (13,6 %). Seule une minorité ne disposent pas de revenus propres (12,3 %), et un patient-e sur 5 dispose de revenus de travail (21,7 %). La plupart des patient-es n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires (82,5 %).

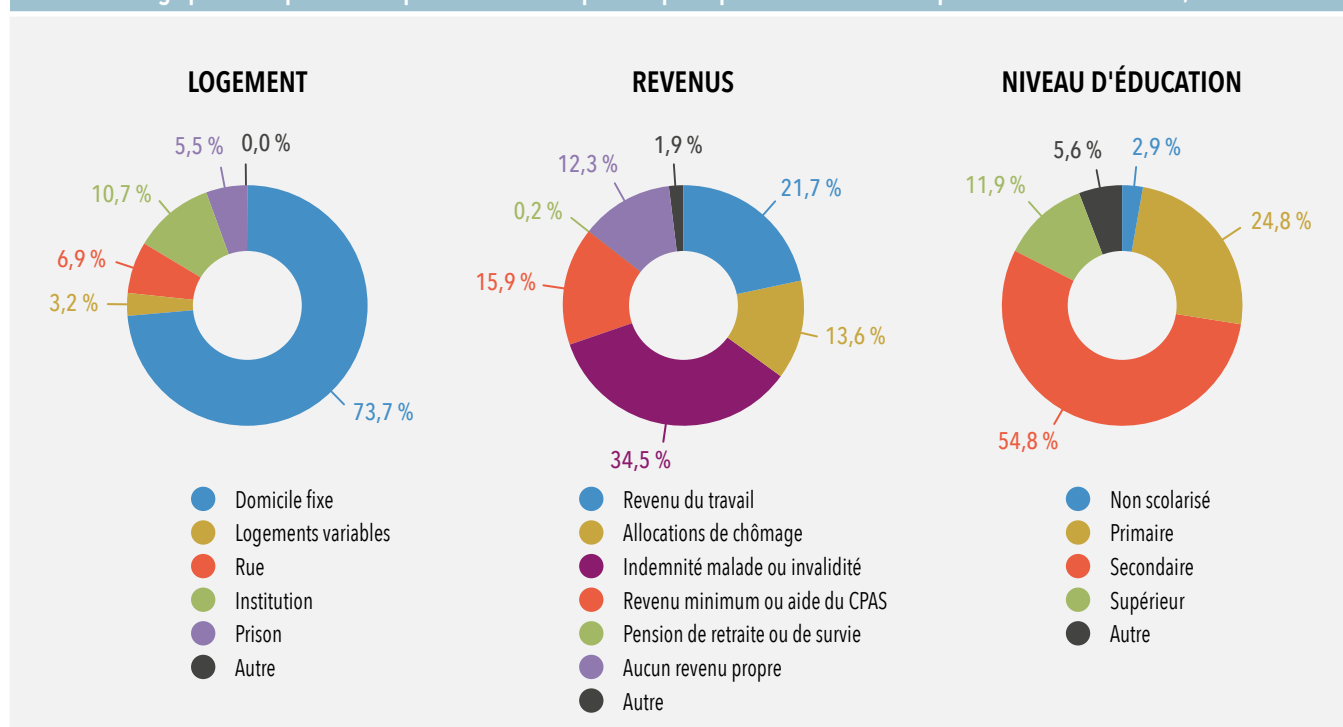
PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant soumis une demande de traitement en raison d'une problématique d'usage liée à la cocaïne en tant que produit principal, la majorité (59,3 %) avait des antécédents thérapeutiques. Moins de la moitié des patient-es sont engagés volontairement dans le traitement (45,2 %). Presque un tiers (28,3 %) ont été réorientés par un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité entame le traitement suite à la demande d'un proche (13,0 %) ou de la justice (11,8 %). Près de la moitié des patient-es sont pris en charge dans des structures ambulatoires (42,8 %), près d'un

20 Sous forme de poudre ou sous forme de cocaïne base dit aussi crack (dérivé de cocaïne obtenu par ajout d'ammoniac ou de bicarbonate de soude et d'eau que l'on porte à ébullition).

21 Dans 10,1 % des cas, il n'était pas précisé s'il s'agissait de cocaïne en poudre ou de crack.

Figure 13 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenus et de niveaux d'éducation des patient-es pris en charge pour une problématique de cocaïne en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



Source : Sciensano

tiers dans des centres bas seuil (30,4 %) et plus d'un quart dans les centres résidentiels (26,8 %).

PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen du premier usage de cocaïne est de 23,7 ans (SD= 7,1, âge médian = 21 ans), mais l'âge d'initiation varie considérablement d'un patient-e à l'autre, s'étalant de 12 à 60 ans. La grande majorité des patient-es (75,3 %) a déclaré consommer de la cocaïne au moment de la demande de traitement, et plus d'un tiers (34,6 %) le faisait quotidiennement (voir Figure 14). Un quart (24,7 %) a signalé une période d'abstinence au cours des 30 derniers jours. L'inhalation est le mode de consommation privilégié (62,4 %). Bien que l'injection de la cocaïne soit rarement mentionnée comme mode de consommation habituel (2,9 %), 10 % des patient-es affirment avoir déjà pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie.

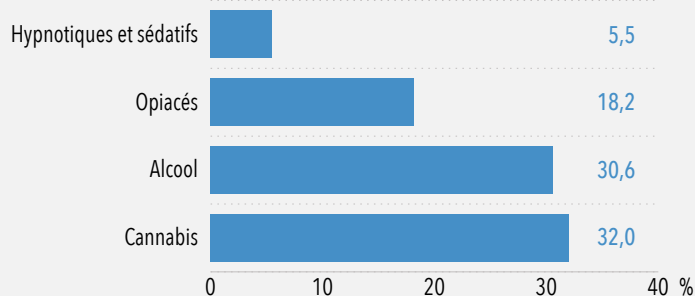
Parmi les personnes demandant un traitement en raison d'une consommation problématique principale de cocaïne, une majorité (63,5 %) signale également un usage problématique d'autres substances (voir Figure 15), principalement d'alcool

(30,6 %), de cannabis (32,0 %), d'opiacés (18,2 %) et d'hypno-sédatifs (5,5 %). L'usage fréquent d'alcool chez les utilisateurs de cocaïne est souvent motivé par le souhait d'intensifier et de prolonger les effets euphorisants, bien que cette association comporte des risques cardiovasculaires accrus en raison de la production de cocaéthylène, un métabolite cardiotoxique (voir, par exemple, Bunn & Giannini, 1992; Zucoloto *et al.*, 2020). D'autre part, l'utilisation d'hypno-sédatifs, de cannabis et d'opiacés peut être liée à la volonté de réduire l'état d'excitation psycho-physiologique induit par la cocaïne, notamment lorsqu'un utilisateur souhaite se calmer, par exemple pour faciliter l'endormissement.

ÉVOLUTION MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

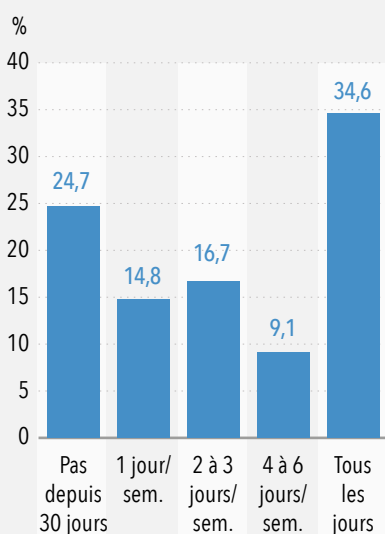
Comme évoqué précédemment, la proportion de patient-es sollicitant un traitement pour la cocaïne en produit principal a connu une hausse relativement importante (+12,8 %) au cours de la période 2015-2022, tout comme la proportion de patient-es mentionnant la cocaïne comme un produit problématique (principal ou secondaire), qui a augmenté de 13,6 %. La figure 16 met en évidence que cette augmentation s'explique surtout par l'augmentation de la proportion relative de patient-es en traitement pour une problématique d'usage de crack, la proportion relative de patient-es ayant

Figure 15 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant la cocaïne comme produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



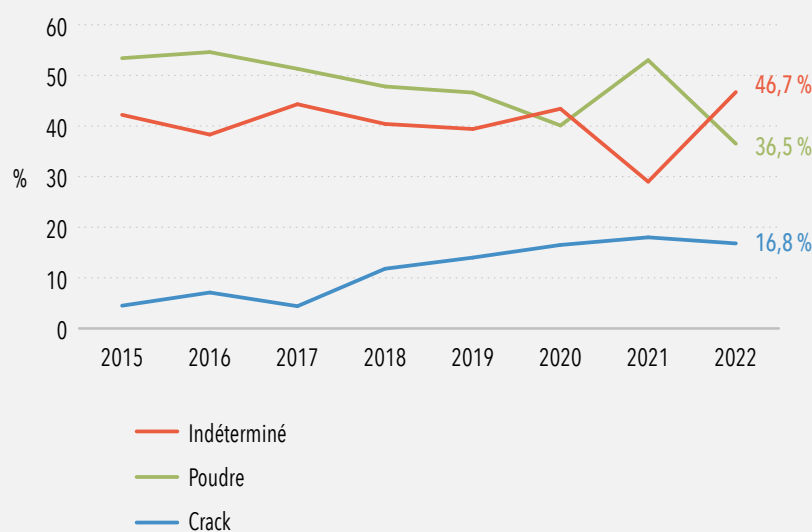
Source : Sciensano

Figure 14 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cocaïne au cours des 30 derniers jours chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour la cocaïne en produit principal dans les services spécialisés de la Région wallonne, 2022



Source : Sciensano

Figure 16 : Évolution des proportions relatives par types de cocaïne mentionnés en produit principal chez les patient-es en demande de traitement pour usage problématique de cocaïne en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022



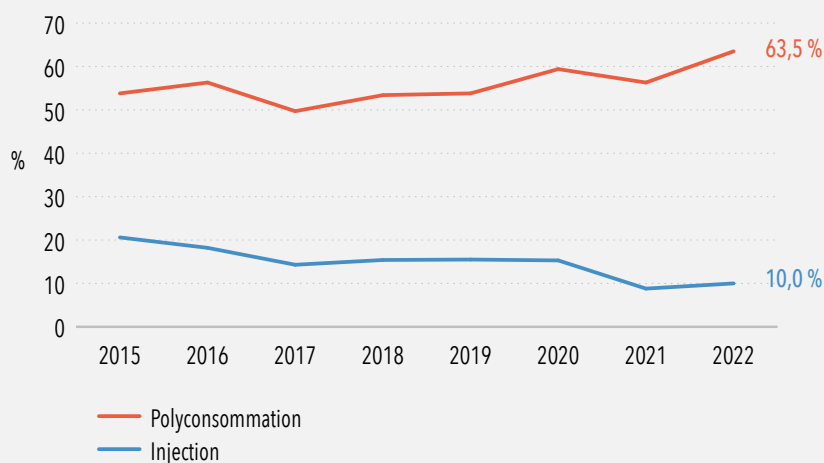
Source : Sciensano

introduit une demande de traitement pour un usage problématique de poudre de cocaïne étant globalement en baisse (hormis en 2021). Le fait que de nombreux traitements ne mentionnent pas précisément le type de cocaïne impliqué pourrait toutefois avoir biaisé ces tendances.

Les caractéristiques sociodémographiques des patient-es demeurent relativement constantes au fil du temps pour la plupart des variables. Toutefois, on observe une diminution de la proportion de patient-es n'ayant obtenu que le diplôme de l'enseignement primaire (-17,2 %), au profit d'une augmentation de la proportion de patient-es ayant obtenue un diplôme de l'enseignement secondaire, de

l'enseignement supérieur, ou d'un autre type de formation. On observe également une augmentation significative de l'âge moyen des patient-es entre 2015 et 2022 (+3 ans en moyenne). Une augmentation significative de la proportion de patient-es sans antécédents thérapeutiques est également constatée sur cette période, passant de 33,3 % à 41,2 %. En ce qui concerne les variables de consommation, on observe une augmentation de la proportion de polyconsommateur-ices (+9,7 %). A l'inverse, la proportion de recours à l'injection au cours de la vie a diminué au cours de la période (-10,6 %). L'âge du premier usage de cocaïne a augmenté de manière significative au cours de cette période, passant de 21,9 ans à 23,7 ans.

Figure 17 : Évolution (en %) de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour la cocaïne en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022



Source : Sciensano



5.4. CANNABIS

Le cannabis occupe la quatrième place parmi les produits les plus fréquemment cités comme produit principal par les patient-es ayant soumis une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. Il est ainsi désigné comme produit principal par 13,4 % des patient-es (n=310).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant soumis une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal sont des hommes (77,1 %). Ces patient-es ont majoritairement un âge situé entre 18 ans à 34 ans (66,3 %), avec une moyenne d'âge de 27,9 ans (SD=9,8, âge médian

= 26 ans). Contrairement aux autres produits, la présence de vulnérabilités socioéconomiques est moins fréquente chez ces patient-es. Ainsi la majorité des demandeurs vit dans un domicile fixe (86,6 %), tandis qu'une faible proportion réside en institution (5,8 %), dans des logements variables (3,3 %), en prison (2,6 %) ou dans la rue (1,8 %). Néanmoins une portion non négligeable de ces patient-es dépend de revenus de remplacement tels qu'un revenu minimum ou une aide du CPAS (17,2 %), une indemnité de maladie ou d'invalidité (14,7 %), ou une allocation de chômage (13,0 %). La proportion élevée de patient-es sans revenus propres (28,8 %) peut partiellement s'expliquer par la grande proportion de patients jeunes (voir ci-dessus), souvent encore aux études ou en formation (23,9 %). La plupart des patient-es n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires (88,3 %).

PROFIL DES DEMANDES

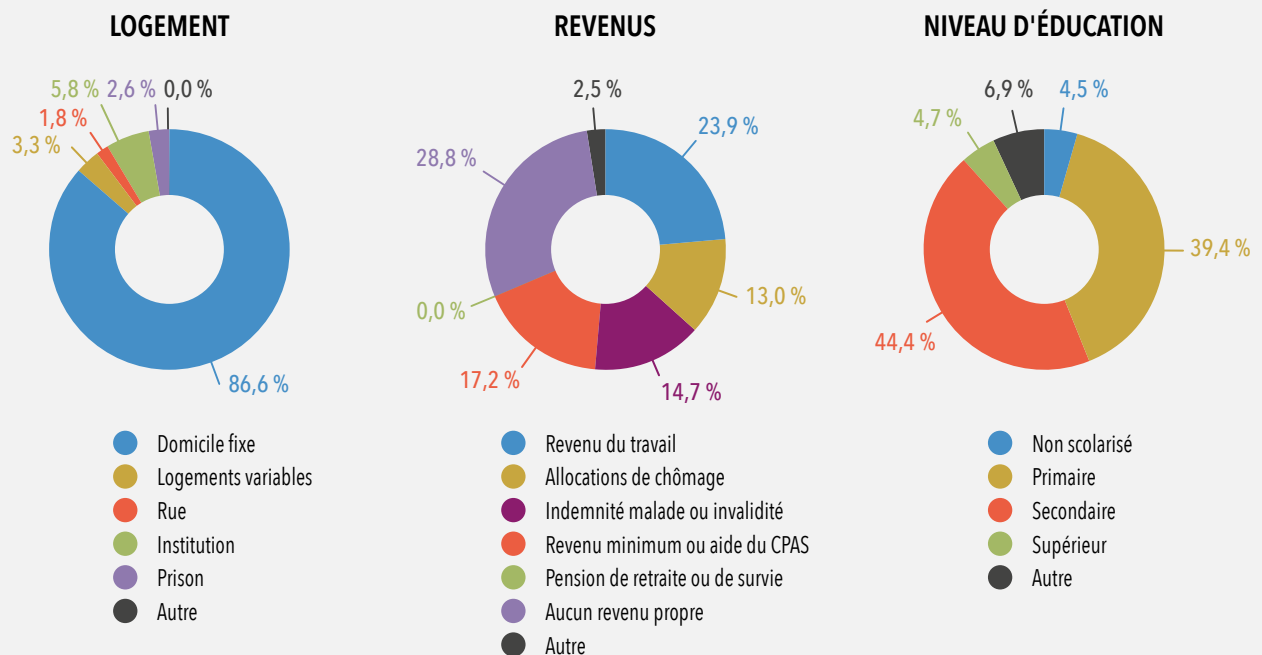
En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal, la majorité (75,1 %) n'a pas

d'antécédents thérapeutiques, une tendance contraire à celle observée pour les autres substances. La demande de traitement émane peu souvent du patient.e (19,7 %) ou d'un proche (14,3 %). En revanche, plus d'un quart des patient-es (29 %) ont débuté un traitement suite à la réorientation d'un autre service (médical, psychologique, ou social) ou une demande de la justice (32,7 %). La plupart des prises en charge pour une problématique d'usage de cannabis en produit principal sont réalisées dans des centres ambulatoires (76,1 %), avec une présence moindre dans les structures bas seuil (18,4 %) et résidentielles (5,5 %).

PROFIL DE CONSOMMATION

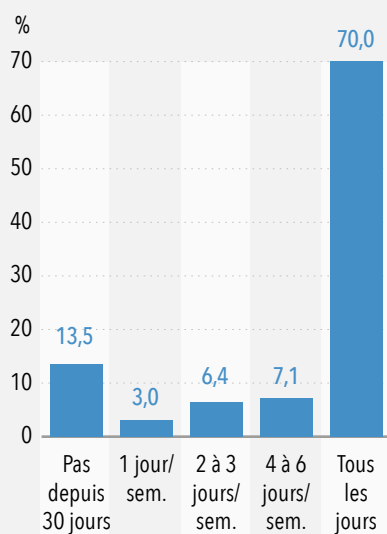
L'âge moyen de la première consommation de cannabis est de 15,8 ans (SD=4,1, âge médian = 15 ans). La grande majorité des patient-es (86,5 %) a déclaré être consommateur-ices actif-ves au moment de l'introduction de la demande de traitement, dont presque trois quart (70,0 %) consommant de manière quotidienne. Le mode de consommation privilégié par les patient-es est généralement la fumette/inhalation (98,7 %), plus rarement l'ingestion (1,3 %). La faible proportion

Figure 18 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris en charge pour une problématique de cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



Source : Sciensano

Figure 19 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Région wallonne, 2022

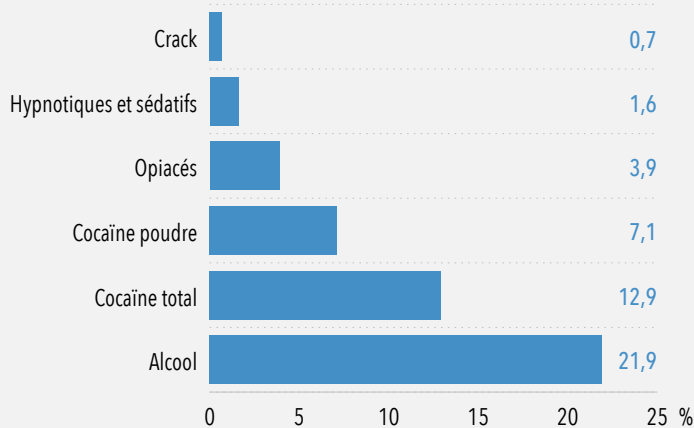


Source : Sciensano

de patient-es abstinents au moment de l'introduction de la demande de traitement (en particulier en comparaison aux autres produits) est probablement liée au caractère principalement ambulatoire des prises en charge, tandis que des dispositifs de cure et post-cure, exigeant l'abstinence, sont plus couramment mis en place pour le traitement des usages problématiques d'alcool, d'opiacés et de cocaïne.

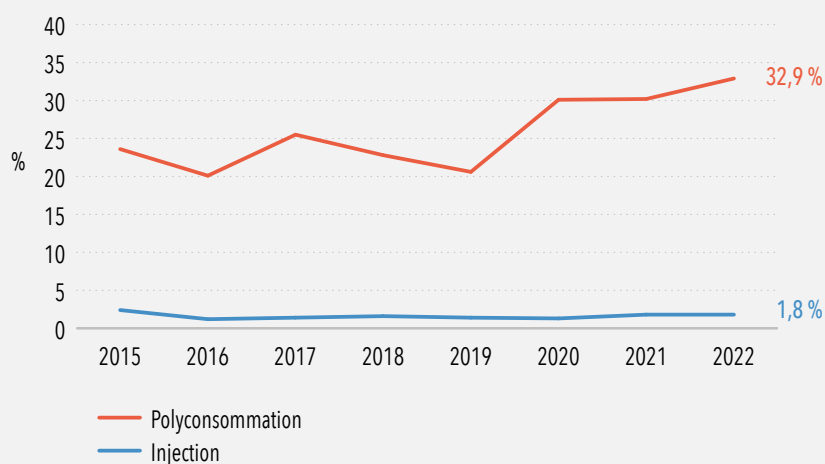
Enfin, seul un tiers (32,9 %) des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique principale de cannabis rapporte également un usage problématique d'autres produits (voir Figure 20), le plus souvent d'alcool (21,9 %), et dans une moindre mesure de cocaïne (12,9 %, dont 7,1 % de cocaïne en poudre), d'opiacés (3,9 %) ou d'hypno-sédatifs (1,6 %).

Figure 20 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant le cannabis comme produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2022



Source : Sciensano

Figure 21 : Évolution (en %) de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022



Source : Sciensano

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

La proportion de patient-es cherchant un traitement pour le cannabis en produit principal reste stable sur la période 2015-2022, tout comme la proportion de patient-es mentionnant le cannabis en produit problématique (principal ou secondaire). Le profil sociodémographique des patient-es demeure également constant sur cette période. Toutefois, on observe une diminution de la proportion de patient-es n'ayant obtenu que le diplôme de l'enseignement primaire (-12,3 %), au profit d'une augmentation de la proportion de patient-es ayant obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire ou d'un autre

type de formation. On observe également une augmentation significative de l'âge moyen des patient-es entre 2015 et 2022 (+1 an et demi en moyenne). En ce qui concerne les caractéristiques de la demande, on observe une prise en charge stable dans les structures ambulatoires, résidentielles et bas seuil sur la période de 2015-2022, et la proportion de primo-demandeur-euses est également constante. Enfin, en ce qui concerne le profil de consommation, on observe une augmentation significative de la proportion de polyconsommateur-ices (+9,3 % ; voir Figure 21), et une augmentation de la proportion de patient-es déclarant une consommation quotidienne de cannabis (+14 %).

LES USAGERS DE KÉTAMINE ET DE MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS

Ces dernières années, diverses sources de données ont signalé une augmentation de la consommation de kétamine, notamment dans les contextes festifs (voir Régny, Stévenot & Hogge, 2023). Bien que les demandes de traitement pour un usage problématique de kétamine en tant que produit principal restent relativement peu nombreuses par rapport à d'autres substances (17 personnes en 2022), elles sont en hausse. Les mentions d'usage problématique en tant que produit problématique (principal ou secondaire) ont également augmenté (Figure 22).

Au cours de la période de 2015 à 2022, le nombre de patient-es concerné-es par un usage problématique d'hypno-sédatifs est resté relativement constant. Cela s'applique aussi bien aux mentions en produit principal qu'à celles en produit problématique, à l'exception d'une forte diminution observée en 2020, période correspondant à la crise sanitaire (Figure 23). Étant donné le nombre limité de patient-es concerné-es par un usage problématique de kétamine et de médicaments hypno-sédatifs en produit principal, il n'est pas possible d'effectuer des analyses de tendances au niveau des variables de profil. Les profils des patient-es en demande de traitement en 2022 pour un usage problématique de ces deux substances en produit principal est résumé ci-dessous.

Figure 22 : Évolution du nombre de patient-es ayant mentionné la kétamine en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022

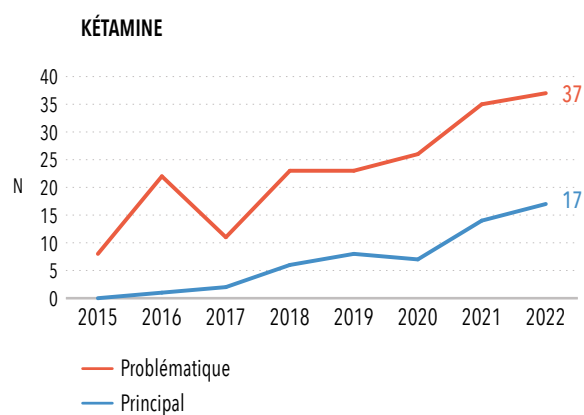
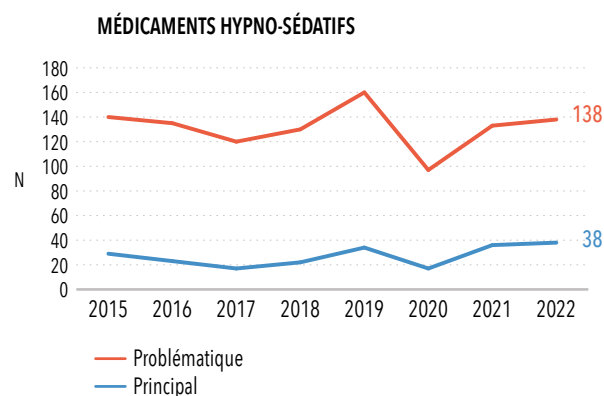


Figure 23 : Évolution (en %) du nombre de patient-es ayant mentionné un médicament hypno-sédatif en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Wallonie, 2015-2022



KÉTAMINE

En 2022, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie, les personnes ayant sollicité un traitement pour un usage problématique de kétamine en tant que substance principale sont relativement jeunes, avec un âge moyen de 23,8 ans (SD= 4,3 ; âge médian = 24 ans). Les hommes représentent la majorité des patient-es pour ce produit (70,6 %). Les patient-es semblent moins précarisés que ceux présentant des problèmes liés à d'autres substances principales. En effet, 93,8 % d'entre eux vivent dans un domicile fixe, et seule une minorité est en situation de précarité en matière de logement (6,3 % vivent dans des logements variables). Toutefois, plus d'un quart des patient-es (28,6 %) bénéficie d'un revenu provenant du travail, tandis que 28,6 % ont un revenu de remplacement (revenu minimum/CPAS) et plus d'un autre quart (28,6 %) n'ont pas de revenu propre. Une proportion relativement importante de patient-es n'a pas dépassé le niveau des études secondaires (69,3 %). En ce qui concerne les demandes de traitement, plus d'un quart sont spontanées (37,5 %), un tiers proviennent de proches (31,3 %) et (12,5 %) de la justice. Ce sont principalement les centres à bas seuil (52,9 %) et ambulatoires (41,2 %) qui sont concernés par ce type de prise en charge. Plus de la moitié des patient-es (62,5 %) n'ont pas d'antécédents thérapeutiques. En ce qui concerne le profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de kétamine est en moyenne de 20,4 ans (SD= 4,46 ; âge médian = 20 ans). La majorité des patient-es (88,2 %) ont déclaré être consommateurs actifs au moment de la demande de traitement, et 64,7 % en consomment de manière quotidienne. Les patient-es consomment principalement en sniff (66,7 %) ou en ingestion (33,3 %). Une minorité d'entre eux ont déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (7,1 %). La plupart des patients (88,2 %) présentent une consommation problématique d'autres substances, principalement de cannabis (70,6 %) ou, dans une moindre mesure, de cocaïne (29,4 %), d'alcool (23,5 %) ou de médicaments hypno-sédatifs (5,9 %). En revanche, aucun usage problématique d'opiacés n'a été rapporté chez ces patient-es.

MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS

En 2022, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie, les personnes ayant introduit une demande de traitement en raison d'une consommation problématique de médicaments hypno-sédatifs en substance principale présentaient une moyenne d'âge de 38,3 ans (SD= 9,1 ; âge médian = 38,5 ans). La proportion de femmes est légèrement inférieure à celle des hommes (42,1 % versus 57,9 %), un constat similaire aux résultats des études épidémiologiques qui ont démontré que leur consommation de médicaments psychotropes est proportionnellement aussi élevée, voire supérieure à celle des hommes (voir par exemple Clark, 2015 ; Gisle *et al.*, 2020)²². Ces personnes sont les moins confrontées à des vulnérabilités socio-économiques comparativement aux autres produits principaux. Ainsi, la grande majorité d'entre eux (90 %) ont un domicile fixe, et plus de la moitié (52,9 %) bénéficiant d'indemnités pour maladie ou invalidité. En ce qui concerne le niveau d'éducation, plus d'un quart des individus (26,5 %) a dépassé le niveau des études secondaires. Du côté des demandes, elles sont le plus souvent impulsées par un autre service (44,4 %) ou initiées de manière volontaire (36,1 %). Les services ambulatoires sont les plus sollicités pour ce type de prise en charge (76,3 %). Plus de la moitié des patient-es (53,3 %) a des antécédents thérapeutiques. En ce qui concerne le profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de médicaments hypno-sédatifs est de 23,6 ans (SD= 7,8 ; âge médian = 20 ans). La majorité des patient-es (92,1 %) ont déclaré être consommateur actif au moment de l'introduction de la demande de traitement, dont 84,2 % en consommait quotidiennement. L'ingestion est le mode de consommation prédominant (94,7 %), tandis qu'une minorité a eu recours à l'injection au cours de sa vie (3 %). Moins de la moitié des patient-es (42,1 %) présentent une consommation problématique d'autres substances, principalement d'alcool (28,9 %) ou, dans une moindre mesure, de cannabis (7,9 %), d'opiacés (5,3 %) ou de cocaïne (2,6 %).

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

COMPARAISON DES PROFILS EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL

LA SITUATION EN 2022

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

L'âge moyen des patient-es se situe autour de la quarantaine pour la plupart des produits (alcool, cocaïne, opiacés, hypno-sédatifs), à l'exception du cannabis et de la kétamine, pour lequel les patient-es sont généralement plus jeunes (respectivement 28 ans et 24 ans en moyenne).

Les femmes sont minoritaires pour tous les produits, avec une proportion variant entre 18,6 et 29 %, hormis pour les l'hypno-sédatifs, où elles représentent presque la moitié des patient-es.

Des variations sont également observées au niveau des situations socio-économiques. Ainsi, les patient-es en demande de traitement pour les opiacés souffrent davantage de problème de logement et de revenus précaires. À l'inverse, les patient-es en traitement pour un usage problématique de cannabis et kétamine semblent un peu plus préservé-es sur le plan du logement. Les patient-es en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de médicaments hypno-sédatifs sont proportionnellement plus nombreux à être titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Néanmoins, pour tous les produits, une grande proportion des demandeur-euses bénéficie de revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité, ou un revenu minimum ou une aide du CPAS, et une proportion non négligeable ne dispose pas de revenus propres, soulignant ainsi l'existence d'une précarité socio-économique relativement répandue chez

les personnes prises en charge dans les services spécialisés. Par ailleurs, une grande proportion de patient-es vit seul, quel que soit le produit principal, une situation susceptible de favoriser les vulnérabilités sur le plan psycho-social (moins de soutien psychologique et économique, isolement affectif, etc.). De manière générale, la représentation élevée des demandeur-ses précarisés est certainement amplifiée par le fait que les personnes en situation de trouble lié à l'usage de substances qui en ont les moyens ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés lorsque la démarche vise un accompagnement ambulatoire. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste ainsi une réalité pour un grand nombre d'usager-es pris en charge en Wallonie. Ces usager-es sont en grande partie pris en charge dans les services spécialisés.

La proportion de patient-es sans antécédents de traitement pour consommation de substance varie d'un produit à l'autre. On en retrouve ainsi environ plus d'un tiers pour l'alcool et la cocaïne en produit principal, et presque une moitié pour les hypno-sédatifs et trois quarts pour le cannabis. À l'inverse, les primo-demandeur-euses sont minoritaires pour les opiacés (18,7 %), ce qui peut refléter à la fois le caractère particulièrement addictif de ces produits et les nombreuses vulnérabilités dont leurs usager-es sont porteurs, rendant particulièrement fréquentes les rechutes et les démarches de soin.

La majorité des demandes de traitement sont initiées par les personnes elles-mêmes ou par des services médico-psycho-sociaux, et ce pour la plupart des produits (surtout si le-a patient-e présente des antécédents thérapeutiques). Le rôle de ces services

apparaît donc comme essentiel pour détecter les usages problématiques et orienter les patient-es vers l'offre de soin spécialisée. Une orientation efficace dépend toutefois de plusieurs facteurs (par exemple, la capacité d'accueil et le délai d'attente de la structure référencée, l'acceptation par le patient-e de la trajectoire de soin proposée), et le TDI ne permet actuellement pas d'estimer la proportion d'orientations abouties. On constate néanmoins que pour le cannabis, les demandes sont davantage impulsées par la justice. Ce constat pourrait refléter une tendance de la justice à déployer plus volontiers l'injonction thérapeutique à l'échelle de (jeunes) usager-es interceptés-es dans l'espace public, ou à privilégier avec les jeunes le soin comme mesure probatoire.

Les personnes en traitement pour un usage problématique d'opiacés privilégient davantage les services à bas seuil d'accès. Ceci s'explique probablement par le fait que l'usage de ces produits est répandu parmi les publics précarisés auxquels ces services s'adressent. En revanche, les centres ambulatoires sont préférés par les personnes demandant un traitement pour l'alcool, le cannabis et les hypno-sédatifs (et, dans une moindre mesure, la cocaïne). Les centres résidentiels sont moins fréquentés, probablement en raison de leurs exigences plus élevées, notamment l'abstinence, et de la moins grande disponibilité de cette offre de soins dans les services spécialisés en dehors des structures hospitalières. Les traitements résidentiels sont plus courants pour les usages problématiques de cocaïne et d'alcool en produit principal (26,8 % et 22,5 %), peut-être en raison de la nécessité d'une rupture complète avec le milieu de vie pour apprendre à vivre sans ces produits, de la nécessité d'un sevrage médicalisé (en particulier pour les formes graves d'alcoolodépendance), ou du recours aux services de post-cure pour consolider l'abstinence.

L'âge moyen de la première consommation du produit principal varie également en fonction du produit, se situant autour de 24-25 ans pour les opiacés, la cocaïne, les hypno-sédatifs, alors que le premier usage est plus précoce pour l'alcool et le cannabis (en moyenne vers 16-18 ans). Si on compare cet âge du début de la consommation à celui de l'entrée en traitement, notamment chez les primo-demandeurs, on constate que le délai d'entrée en traitement est particulièrement long, un constat classiquement observé chez les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (voir par exemple, Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007), d'où la nécessité d'améliorer la détection et l'intervention précoce dans les pratiques de première ligne, afin d'intervenir avant que les problématiques ne se chronicisent et

n'impactent lourdement la personne sur le plan biopsychosocial.

Les pratiques de consommation présentent des variations significatives d'un produit à l'autre. Bien que la majorité des patient-es déclare consommer activement le produit lors de la demande de traitement, une proportion de patient-es abstinent-es est également observée, en particulier pour l'alcool et la cocaïne. L'abstinence au moment de l'entrée en traitement peut avoir plusieurs explications (e.g. séjour en milieu carcéral ou hospitalisation, sevrage médicalisé avant sollicitation d'une aide psychologique ou d'un traitement en post-cure, sollicitation d'une aide en raison d'une fragilité passagère chez un-e patient-e déjà abstinent-e).

Enfin, presque un quart des patient-es demandant un traitement pour l'opiacés en produit principal (24,0 %) déclarent avoir déjà eu recours à l'injection, alors que la proportion est largement plus faible pour les autres produits (entre 1,8 % et 10 %). Bien que la plupart des patient-es présentent une polyconsommation problématique, les patient-es en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de cannabis en produit principal sont moins concernés. Une polyconsommation problématique est particulièrement observée chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de kétamine en produit principal (généralement en association avec un usage problématique de cannabis).

LATENCE DE TRAITEMENT ET *TREATMENT GAP*

Il existe habituellement un délai important entre l'âge du premier usage, le début d'un usage problématique, et l'âge du premier traitement. En outre, toutes les personnes qui présentent un usage problématique n'initient pas forcément un traitement. Le décalage entre la prévalence de l'usage problématique et la prévalence des prises en charge est un phénomène dénommé *treatment gap*. La latence de traitement et le *treatment gap* peuvent s'expliquer par différents facteurs : 1) une addiction est une problématique à évolution progressive qui s'inscrit généralement dans la durée, tant sur le plan de l'intensité de l'usage que de la sévérité de ses conséquences ; la durée d'installation du trouble peut toutefois varier d'une personne à l'autre en fonction de divers facteurs ; 2) en cas d'usage problématique, les usager-es éprouvent souvent des difficultés à prendre pleinement conscience et à reconnaître leur problème de consommation, en partie parce que des mécanismes de minimisation ou de déni sont mobilisés pour protéger l'image et l'estime qu'ils ont d'eux même ; 3) en cas de prise de conscience, la peur du jugement, de la stigmatisation et des discriminations peuvent freiner l'initiation des démarches de recherche d'aide. 4) l'offre de soin peut être méconnue de la personne, ou être perçue comme non adaptée à ses besoins ; 5) l'offre de soin peut être d'une accessibilité limitée pour certaines personnes (e.g. distance géographique, délai d'attente, coût trop élevé par rapport à ses moyens financiers) ; 6) certains usager-es développeront un usage problématique qui se résorbera «spontanément» sans recours à une aide professionnelle (on parle alors de rémission naturelle ou *self change*; Klingemann & Klingemann, 2008 ; Sobell, Ellingstad & Sobell, 2000). La rémission spontanée dépend en partie des capacités de résilience, des ressources de la personne et du soutien de l'entourage, mais elle peut être facilitée par certains changements de vie (e.g. passage aux études supérieures, entrée dans la vie active, déménagement, rencontre amoureuse, naissance d'un enfant) qui permettent de rompre plus facilement avec les habitudes qui accompagnaient les comportements de

consommation. Elle peut aussi être motivée par des difficultés financières ou de santé (ibidem). Les étapes qui séparent le début de l'usage problématique et l'éventuelle entrée en traitement peuvent ainsi s'étendre sur de nombreuses années, souvent jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Un des rôles des intervenants de première ligne est de détecter les personnes présentant un trouble afin de la convaincre à initier une demande d'aide. Enfin, dans certains cas, la démarche d'aide n'est pas volontaire mais coercitive (parents, justice).

En 2022, l'âge de la première consommation du produit principal chez les patient-es en traitement dans les services spécialisés de la Wallonie était de 20 ans en moyenne, et l'âge moyen de la première demande de traitement de 40,17 ans, ce qui correspond à une latence moyenne de près de 20 ans. Ce délai entre l'âge de la première consommation du produit principal et l'âge du premier traitement varie en fonction du produit principal : il est d'environ 23 ans pour l'alcool, 21 ans pour les opiacés, 18 ans pour la cocaïne, 17 ans pour les hypno-sédatifs et 12 ans pour le cannabis. La latence plus longue pour l'alcool pourrait être liée au statut légal du produit et à la plus grande acceptabilité sociale des usages, y compris problématiques, qui retarderaient les demandes d'aide. Elle s'explique aussi par le fait que la consommation de ce produit est plus précoce que celle des autres produits, dans la mesure où son usage est déjà très répandu chez les adolescent-es. Quoiqu'il en soit, des efforts supplémentaires peuvent assurément être entrepris pour identifier plus précocement les problématiques de consommation, en particulier au niveau de la première ligne. Une détection et une prise en charge plus précoces permettraient en effet de limiter les conséquences négatives de l'addiction sur le quotidien des consommateur-rices, à la fois sur le plan somatique, psychologique et socioéconomique, dont l'accumulation rend la prise en charge plus compliquée et le pronostic plus péjoratif.

Tableau 3. Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie, par produit principal

	Tous produits	Alcool	Cocaïne	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine
n=	2.307	810	507	517	310	38	17
% des demandes	100	35,1	22	22,4	13,4	1,6	0,7
Âge							
Moyen	38,7	43,2	36,3	41,1	27,9	38,3	23,8
Médian	38	43	36	41	26	38,5	24
NR (n)	2	0	0	1	1	0	0
Genre (%)							
Hommes	76,0	72,0	78,3	81,4	77,1	57,9	70,6
Femmes	24,0	28,0	21,7	18,6	22,9	42,1	29,4
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0
Logement (%)							
Domicile fixe	74,8	77,7	73,7	63,7	86,6	90,0	93,8
Logement variables	4,2	3,5	3,2	6,1	3,3	0,0	6,3
Rue	6,2	1,5	6,9	16,4	1,8	3,3	0,0
Institution	9,7	12,9	10,7	5,8	5,8	3,3	0,0
Prison	4,3	3,5	5,5	5,8	2,6	0,0	0,0
Autre	0,8	0,8	0,0	2,2	0,0	3,3	0,0
NR (n)	308	160	31	71	35	8	1
Situation de vie (%)							
Seul	44,9	47,3	41,3	56,9	28,4	31,4	18,8
En couple	26,9	31,2	28,1	22,2	21,5	25,7	31,3
Avec de la famille	16,0	11,1	18,9	8,0	35,6	28,6	25,0
Avec des tiers	11,4	9,3	11,3	12,6	13,8	11,4	25,0
Autre	0,7	1,1	0,5	0,5	0,7	2,9	0,0
NR (n)	383	153	90	79	35	3	1
Revenus (%)							
Revenus de travail	18,9	20,5	21,7	10,5	23,9	14,7	28,6
Allocations de chômage	12,3	11,5	13,6	12,0	13,0	11,8	0,0
Indemnité maladie ou invalidité	32,6	41,6	34,5	27,9	14,7	52,9	7,1
Revenus minimum ou support du CPAS	18,1	12,6	15,9	28,8	17,2	11,8	28,6
Pension de retraite ou de survie	2,3	4,6	0,2	2,4	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	14,3	8,3	12,3	17,4	28,8	8,8	28,6
Autre	1,5	0,8	1,9	1,1	2,5	0,0	7,1
NR (n)	218	98	28	58	25	4	3
Diplôme (%)							
Non scolarisé	3,3	1,5	2,9	6,2	4,5	2,9	0,0
Primaire	25,4	19,7	24,8	24,7	39,4	17,7	30,8
Secondaire	47,7	44,5	54,8	50,3	44,4	38,2	38,5
Supérieur	13,1	20,3	11,9	6,0	4,7	26,5	7,7
Autre	10,5	14,1	5,6	12,8	6,9	14,7	23,1
NR (n)	237	57	60	64	36	4	4
Origine de la demande (%)							
La personne elle-même	37,2	29,1	45,2	54,0	19,7	36,1	37,5
Famille/Proche(s)	12,1	10,0	13,0	12,9	14,3	11,1	31,3
Autre service médico-psycho-social	33,6	44,8	28,3	22,9	29,0	44,4	18,9
Justice	14,2	12,6	11,8	7,8	32,7	5,6	12,5
Autre	2,9	3,6	1,6	2,5	4,3	2,8	0,0
NR (n)	136	78	16	28	10	2	1

Tableau 3. Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie, par produit principal

	Tous produits	Alcool	Cocaïne	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine
n=	2.307	810	507	517	310	38	17
Type de centre (%)							
Bas seuil	22,4	1,9	30,4	52,2	18,4	13,2	52,9
Ambulatoire	58,4	75,7	42,8	32,9	76,1	76,3	41,2
Résidentiel	19,2	22,5	26,8	14,9	5,5	10,5	5,9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0
Antécédents de traitement (%)							
Oui	58,8	58,8	59,3	81,3	24,9	53,3	37,5
Non	41,2	41,2	40,7	18,7	75,1	46,7	62,5
NR (n)	315	162	28	73	37	8	1
Âge moyen première consommation de la substance principale							
Age moyen	20,7	17,6	23,7	25,0	15,8	23,6	20,4
Age médian	18	16	21	23	15	20	20
NR (n)	416	168	41	74	35	7	0
Fréquence d'utilisation de la substance principale (%)							
Depuis plus de 30 jours	21,3	27,2	24,7	14,3	13,5	7,9	11,8
1 jour/semaine	8,0	4,6	14,8	9,3	3,0	5,3	5,9
2 à 3 jours/semaine	10,8	10,2	16,7	9,1	6,4	2,6	5,9
4 à 6 jours/semaine	7,2	7,3	9,1	5,7	7,1	0,0	11,8
Tous les jours	52,8	50,8	34,6	61,7	70,0	84,2	64,7
NR (n)	234	66	22	42	13	0	0
Mode de consommation (%)							
Injecter	2,8	0,0	2,9	9,1	0,0	0,0	0,0
Fumer/inhaler	47,5	0,0	62,4	76,0	98,7	2,6	0,0
Manger/boire	39,4	99,8	0,6	8,5	1,3	94,7	33,3
Sniffer	9,7	0,0	33,1	5,5	0,0	0,0	66,7
Autre	0,5	0,2	1,0	0,8	0,0	2,6	0,0
NR (n)	191	56	17	25	1	0	2
Comportement d'injection au cours de la vie (%)							
Non	89,8	95,7	90,0	76,0	98,2	97,0	92,9
Oui	10,2	4,3	10,0	24,0	1,8	3,0	7,1
NR (n)	227	88	37	47	27	5	3
Polyconsommation (%)							
Non	55,0	73,5	36,5	43,7	67,1	57,9	11,8
Oui	45,0	26,5	63,5	56,3	32,9	42,1	88,2
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS²³

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

Demandes de traitement pour l'alcool

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



810
patient-es

35,1%*

Évolution :
augmentation

Également cité en produit secondaire par

400 **26,7%****
patient-es

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀
28%

♂
72%

Âge

Femmes

Hommes

H+F

Q1 38 34 35

Médiane 47 41 43

Q3 55 50 51



Revenus

20,5 % du travail

8,3 % sans revenus

65,7 % de remplacement*



en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction
le + élevé

20,3 % supérieur

44,5 % secondaire

21,2 % primaire ou -



Situation de vie

47,3 % seul

31,2 % en couple

11,1 % avec famille

9,3 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



41,2%

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



42 ans

en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

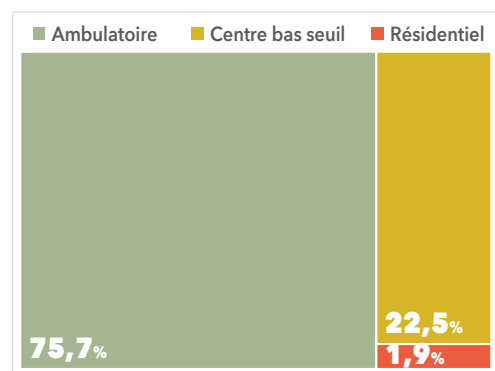
29,1 % soi-même

10,0 % entourage

44,8 % professionnel-es (social, santé)

12,6 % justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique **26,5%**



14,8 %
cannabis



12,1 %
cocaïne/
crack



4,6 %
opiacés



3,2 %
hypno-
sédatifs



50,8 %
consomment
tous les jours

27,2 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



17,6 ans en moyenne
lors du 1^{er} usage



4,3 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

Demandes de traitement pour les opiacés

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



517
patient-es

22,4%*

Évolution :
diminution

Également cité en produit secondaire par

168
patient-es

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **18,6%** ♂ **81,4%**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	32	36	35
Médiane	40	41	41
Q3	46	48	48



Revenus

10,5% du travail
17,4% sans revenus
68,7% de remplacement



22,5%

en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

6,0% supérieur
50,3% secondaire
30,9% primaire ou -



Situation de vie

56,9% seul
22,2% en couple
8,0% avec famille
12,6% avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



18,7%

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



39 ans et demi

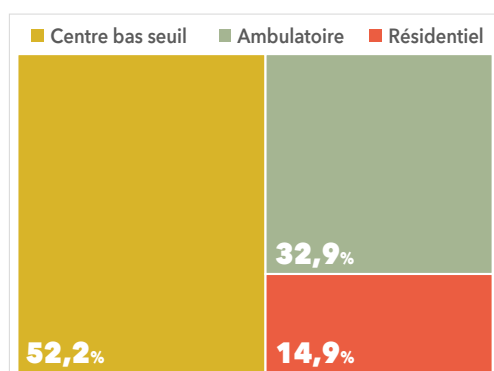
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

54,0% soi-même
12,9% entourage
22,9% professionnel-es (social, santé)
7,8% justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique **56,3%**



41,2%
cocaïne/
crack



23,4%
cannabis



18,4%
alcool



5,6%
hypno-
sédatifs



61,7%
consomment
tous les jours

14,3%
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



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



24% ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

Demandes de traitement pour la **cocaïne**

services spécialisés, 2022



NOMBRE

Patient·es en traitement pour un usage problématique de cocaïne (poudre ou crack) en produit principal



507
patient·es

22 %*

Évolution :
augmentation

Également cité en produit secondaire par

401 **22,3 %****
patient·es

* Proportion de l'ensemble des patient·es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **21,7%** ♂ **78,3%**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	29	31	30
Médiane	35	36	36
Q3	41	42	42



Revenus

21,7 % du travail
12,3 % sans revenus
64,0 % de remplacement



10,1 %
en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

11,9 % supérieur
54,8 % secondaire
27,7 % primaire ou -



Situation de vie

41,3 % seul
28,1 % en couple
18,9 % avec famille
11,3 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



40,7 %

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



34 ans

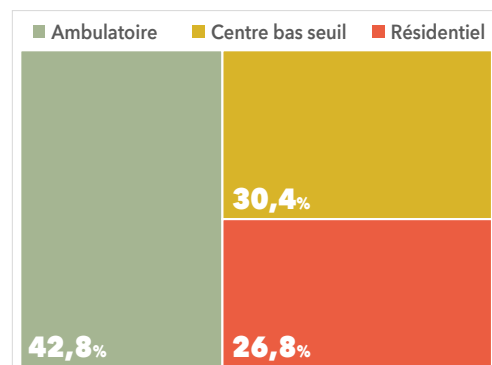
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

45,2 % soi-même
13,0 % entourage
28,3 % professionnel·es (social, santé)
11,8 % justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique **63,5 %**



32,0 %
cannabis



30,6 %
alcool



18,2 %
opiacés



5,5 %
hypno-
sédatifs



34,6 %
consomment
tous les jours

24,7 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



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



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

Demandes de traitement pour le cannabis

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



310
patient-es

13,4%*

Évolution :
stable

Également cité en produit secondaire par

462
patient-es

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **22,9%** ♂ **77,1%**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	21	20	21
Médiane	27	26	26
Q3	37	33	33,5



Revenus

23,9 % du travail
28,8 % sans revenus
44,9 % de remplacement



5,1%
en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

4,7 % supérieur
44,4 % secondaire
43,9 % primaire ou -



Situation de vie

28,4 % seul
21,5 % en couple
35,6 % avec famille
13,8 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



75,1 %

débutent un traitement pour la 1^{re} fois



26 ans

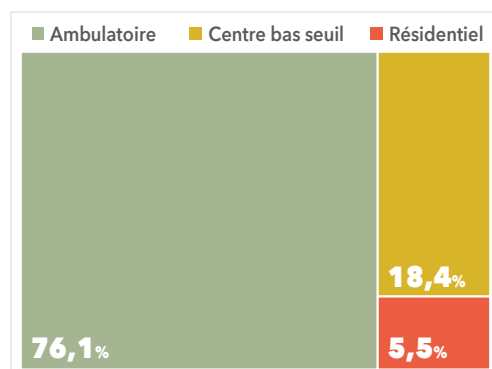
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

19,7 % soi-même
14,3 % entourage
29,0 % professionnel-es (social, santé)
32,7 % justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **32,9 %**



21,9 %
alcool



12,9 %
cocaïne/
crack



3,9 %
opiacés



1,6 %
hypno-
sédatifs



70 %
consomment
tous les jours

13,5 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



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



1,8 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

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

Malgré l'intérêt que cet indicateur présente, il convient d'être prudent-e lors de l'extrapolation des résultats présentés ci-dessus, pour les raisons évoquées en introduction que nous rappelons brièvement : la couverture est actuellement limitée aux services spécialisés en assuétudes et aux hôpitaux ; il porte sur l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement et non sur l'ensemble des personnes en traitement sur une période donnée ; l'identifiant unique qui permet de centrer les analyses sur les patient-es ne bénéficie actuellement que d'une utilisation limitée ; la récolte se fait sur base volontaire, repose sur les déclarations du patient-e, et certaines questions ont des taux de non-réponses particulièrement élevés ; il ne fournit aucune indication sur l'issue de la demande de traitement (prise en charge effective, réorientation, patient-e ne s'est plus représenté-e, etc.)

ni sur les caractéristiques et l'efficacité de la prise en charge. Enfin, il convient d'être attentif-ve au fait qu'en épidémiologie, on ne peut mesurer précisément que ce que l'on cherche explicitement. Or les usages de drogues et les problématiques d'assuétudes sont des phénomènes en constante mutation. La révision actuelle du protocole, qui devrait être implémentée en Belgique en 2026 permettra de mieux capter ces évolutions. Celle-ci permettra entre autres d'intégrer les prises en charge d'addiction comportementale (e.g. jeux de hasard et d'argent), qui ne sont actuellement pas couvertes, de fournir une estimation du nombre total de patient-es pris en charge dans les services participants, et d'intégrer de nouveaux produits au monitoring (e.g. prégabaline, protoxyde d'azote). Un grand enjeu reste toutefois de pouvoir étendre la récolte aux structures et professionnel·les qui n'y participent pas actuellement, afin d'avoir une vision complète ou, tout au moins, plus étendue, des prises en charge des problématiques d'assuétudes. Enfin, il convient de rappeler la complémentarité du TDI avec les autres indicateurs épidémiologiques développés par l'EUDA (prévalence de l'usage dans la population générale et chez les jeunes, usages à haut risques, prévalence des maladies infectieuses et mortalité liées à l'usage) afin de pouvoir appréhender plus globalement les différents types d'usages et leurs conséquences sur la santé.

- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: The Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74, 27.
- Antoine, J., Berndt, N., Astudillo, M., Cairns, D., Jahr, S. *et al.* (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction*, 116, 1131-1143.
- Beard, E., Brown, J., West, R., Angus, C., Brennan, A., *et al.* (2016). Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PLoS One*, 11(9): e0160666.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Bunn, W.H., & Giannini, A.J. (1992). Cardiovascular complications of cocaine abuse. *American Family Physician*, 46, 769-773.
- Clark, M. (2015). *The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*. Council of Europe.
- Collins, S.E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research*, 38, 83-94.
- Cross, J.C., Johnson, B.D., Davis, W.R., & Liberty, H.J. (2001). Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 191-201.
- EMCDDA (2019). *European Drug Report 2019: Trends and Developments*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2023). *Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study*. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Usage des drogues*. Bruxelles, Belgique : Sciensano; Numéro de rapport : D/2019/14.44/68.
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. (2020). *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.
- INPES (2010). *Baromètre santé 2010*. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Klingemann & Klingemann, (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126.
- Mäkelä P., & Paljärvi, T. (2008). Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 728-733.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.
- Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108-116.
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 1314-1327.
- Probst, C., Lange, S., Kilian, C., Saul, S., & Rehm, J. (2021). The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk - a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 19:26.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie*. Bruxelles : Eurotox ASBL.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.
- Ruiz-Cantero, M.T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., Peiró, A.M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farmacia Hospitalaria*, 44, 109-113.
- Salomon, L. (2010). *Cerveau, drogues et dépendance*. Belin.
- Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., & Vanderplasschen, W. (2021). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38, 175-189.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95, 749-764.
- Sting, S., & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. UTB.
- UNODC (2023). *World drug report 2023*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vowles, K.E., McEntee, M.L., Siyahhan Julnes, P., Frohe, T., *et al.* (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*, 156, 569-576.
- Zucoloto, A.D., Eller, S., de Oliveira, T.F., Wagner, G.A., Fruchtingarten, L.V.G., de Oliveira, C.D.R. & Yonamine, M. (2020). Relationship between cocaine and cocaethylene blood concentration with the severity of clinical manifestations. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 404-408.

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

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

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

eurot**tox**

AVEC LE
SOUTIEN DE

