

TDI

# TDI BRUXELLES 2015-2024

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

ÉTAT DES LIEUX ET ÉVOLUTION SUR LA PÉRIODE 2015-2024



2015  
2024

eur<sup>o</sup>tox

**Citation recommandée**

Eurotox (2025). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. État des lieux et évolution sur la période 2015-2024. Bruxelles : Eurotox asbl.

**Dépot légal**

D/2025/10.063/05  
Décembre 2025

**Mise en page**

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

**Coordonnées d'Eurotox**

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

The logo for Eurotox, featuring the word "eurotox" in a lowercase, sans-serif font. The letter "o" is replaced by a stylized circular icon with a central dot.

AVEC LE SOUTIEN DE



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
	L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT .....	3
	DÉFINITIONS .....	4
<b>2</b>	<b>LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES</b> .....	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>FOCUS PAR PRODUIT PRINCIPAL</b> .....	<b>12</b>
	5.1. ALCOOL .....	12
	5.2. COCAÏNE .....	15
	5.2.1. CRACK .....	15
	5.2.2. COCAÏNE EN POUDRE .....	17
	5.3. OPIACÉS .....	20
	5.4. CANNABIS .....	23
	5.5. FOCUS SUR LES USAGERS DE KÉTAMINE, DE PRÉGABALINE ET DE MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS ..	26
<b>6</b>	<b>COMPARAISON DES PROFILS EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL</b> .....	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES</b>	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>LES PRISES EN CHARGES DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES</b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>PERSPECTIVES</b> .....	<b>40</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>41</b>

# INTRODUCTION

Depuis des temps immémoriaux, l'être humain consomme des substances psychoactives à des fins thérapeutiques, hédonistes, initiatiques ou divinatoires. L'usage de substances psychoactives peut ainsi 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 ou régulier sans conséquences dommageables, alors que d'autres développeront progressivement un

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

Tout usage de substances psychoactives peut entraîner des dommages, dont la probabilité de survenue dépend de facteurs liés à la nature du produit, à l'usage qui en est fait, aux caractéristiques du de la consommateur-riche et au contexte de consommation. Ces dommages peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et toucher l'intégrité physique, psychologique et sociale de l'usager-e. L'usage peut aussi occasionner des dommages aux proches de l'usager-e ainsi qu'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). Le trouble lié à l'usage d'une substance est une des conséquences les plus connues de l'usage, mais ce n'est pas forcément la plus fréquente. Selon les estimations, seule une minorité (environ 1 sur 8) des usager-es de drogues illicites évoluerait vers un trouble (UNODC, 2023 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005), qui se caractérise par une perte de contrôle de la consommation, entraînant des épisodes de consommation répétés malgré l'existence de conséquences dommageables. La prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool concerne également une minorité des usager-es. La dépendance alcoolique est ainsi estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006).

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

Sur le plan phénoménologique, la notion de trouble lié à l'usage d'une substance renvoie à un attachement excessif et morbide à un produit. Il s'agit en effet d'une forme d'utilisation inappropriée et régulière d'un ou plusieurs produits, qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative. Sur le plan psychologique et comportemental, il est caractérisé par une difficulté à contrôler la consommation, un maintien de la consommation malgré les conséquences néfastes qu'elle engendre, ainsi qu'une réduction voire un abandon des activités professionnelles, sociales ou de loisirs, au profit de l'utilisation de la substance. La dépendance physique n'est pas systématique et est établie lorsqu'on observe, chez un-e patient-e, un phénomène de tolérance (accoutumance) 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 et les produits consommés.

Le trouble est caractérisé et entretenu par différents processus neurophysiologiques (modification du circuit de la récompense, modification de la neurotransmission consécutive à la présence chronique du produit dans le cerveau) et psychologiques (modification des sensations, des affects, de l'idéation et de la motivation, présence éventuelle de comorbidités psychiatriques) liés à la prise du produit, mais également en lien avec l'absence du produit (sensation de manque ou sevrage) et l'envie irrépressible 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 endogènes ou exogènes du craving). Au-delà de ces processus communément impliqués, chaque parcours dans l'addiction est unique, et la problématique d'usage est teintée par l'histoire personnelle de l'usager-e et ses propres fragilités. Ces spécificités, ainsi que la fonction qu'occupe le produit dans l'écologie personnelle de l'usager-e, sont naturellement gommées lorsque l'on aborde les conséquences socio-sanitaires sous un angle quantitatif, tel que nous allons l'envisager ici.

Toutes les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'une substance ne recherchent pas forcément de l'aide, la demande de soin étant influencée par différents facteurs individuels et sociaux tels que le déni, la crainte d'être stigmatisé-e, la peur du changement ou encore un accès limité aux services de soins. Généralement le délai entre le moment où les difficultés liées à un usage problématique apparaissent et le moment où l'individu fait appel à des services de soins est relativement important (voir par exemple, Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007) d'où la nécessité d'améliorer le repérage 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. Enfin, il importe de souligner que certain-es usager-es peuvent développer un usage problématique qui se résorbera sans recours à une aide professionnelle : on parle alors de rémission spontanée. La rémission spontanée peut être facilitée par la mise en place d'outils d'auto-supports et de ressources visant à améliorer la littératie en santé (p. ex. auto-tests, supports de psychoéducation sur les mécanismes de l'addiction), sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer afin de reprendre progressivement le contrôle de leur consommation<sup>1</sup>.

## L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de la demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'EUDA<sup>2</sup> puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et

des assuétudes en Europe. Il est enregistré dans les 28 pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège et en Turquie. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale<sup>3</sup>. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées, chaque pays ayant la possibilité d'apporter certains aménagements au protocole standardisé.

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

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 de l'intervention sur la problématique de consommation et le bien-être du-de la patient-e).

.....  
1 Pour une description de l'auto-support, voir pages 59-62 du livret sur les bonnes pratiques en matière d'aide et de soin. [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5-Soin-Ed4\\_2024\\_tma.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5-Soin-Ed4_2024_tma.pdf)

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

.....  
3 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 (à noter que l'aide à distance sera également incluse à partir de 2026). Les patient-es sont identifié-es dans la mesure du possible sur base de leur numéro de registre national (NRN), qui est recodé de manière automatisée afin de garantir l'anonymat des personnes dans la base de données. Cet identifiant est utilisé afin de 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 parce qu'il-elle est en situation irrégulière. Dans ce cas, les données sont encodées sans identifiant et il n'est donc pas possible de supprimer les demandes multiples émanant d'un-e même patient-e.

**Centre de traitement.** Tout établissement 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 soutien non professionnels et les centres ne proposant pas de prise en charge pour les addictions ne sont pas inclus. En Région bruxelloise, les hôpitaux ainsi que la plupart des centres spécialisés en matière d'assuétudes participent à la récolte. En revanche, les traitements dispensés en pratique libérale, 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 réduction des risques 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 de l'établissement (hors permission de sortie). En accompagnement ambulatoire, la fin de l'épisode correspond à la décision délibérée de suspendre le traitement ou à une absence de contact pendant 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 détournée, buprénorphine, 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, mais seront intégrées à partir de 2026.

**Substance principale.** La substance principale est définie comme celle qui pose le plus de problèmes au patient-e lors de l'introduction de la demande de traitement. Plusieurs informations sont récoltées par rapport aux habitudes de consommation de cette substance principale (mode de consommation, fréquence d'usage, âge de la première consommation). Les autres substances (substances secondaires) sont celles qui participent également à la problématique de consommation. En principe, les substances consommées de manière occasionnelle ne sont donc pas enregistrées.

# 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 surviennent dans d'autres types de structures qui ne sont actuellement pas couvertes (e.g. services de santé mentale sans spécialisation en assuétudes, maisons médicales, cliniques privées) ainsi qu'en pratique libérale (e.g. médecin généraliste, psychiatre, psychologue). Une conséquence de cette couverture limitée est la surreprésentation des demandeur-ses économiquement plus précaires, car les personnes en situation de trouble lié à l'usage de substance qui ont un meilleur niveau de vie ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet ou une clinique privée. Il est important d'en avoir conscience afin d'éviter certaines conclusions hâtives (e.g. «les addictions mènent à la précarité», «les problématiques d'addiction concernent essentiellement les personnes ayant un faible niveau socioéconomique»), qui ne sont certes pas totalement fausses mais qui doivent être nuancées.

L'unité de base de l'enregistrement TDI est l'épisode de traitement, qui est enregistré lors de chaque nouvelle demande 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-la patient-e n'en dispose pas (dans le cas des personnes migrantes ou en situation irrégulière), soit parce qu'il-elle refuse de le communiquer, soit parce que le centre de traitement ne privilégie pas son utilisation routinière afin d'éviter d'introduire des barrières administratives à la prise en charge des patient-es. En Région bruxelloise, chaque année une proportion importante des enregistrements est effectuée sans mention du NRN, en particulier dans les services spécialisés (67 % en 2024). Cette proportion élevée s'explique en partie par le fait que certains services fournissent un accueil inconditionnel, y compris aux personnes qui ne sont pas en ordre administratif. 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 émanent préférentiellement de personnes ayant un profil particulièrement vulnérabilisé, qu'il importe de rendre compte dans les analyses. A noter que les analyses de tendances ne tiennent ici pas compte du fait qu'un-e même patient-e puisse être enregistré-e sur plusieurs années successives<sup>4</sup>.

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 sa prise en charge en novembre 2023 et que celle-ci a duré 12 mois, il-elle ne doit en principe être enregistré-e qu'en 2023 et ne sera donc pas comptabilisé en 2024.

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 des patient-es.

.....  
4 Sur la période 2015-2024, au sein des services spécialisé en assuétudes de type non-hospitalier, nous sommes en mesure d'identifier 5766 patient-es uniques sur base du NRN, parmi lesquels 3860 patient-es (66,9 %) ont introduit une seule demande de traitement sur cette période, 969 patient-es (16,8 %) ont initié deux traitements sur des années distinctes, 378 patient-es (6,6 %) ont initié trois traitements sur des années distinctes, 206 patient-es (3,6 %) ont initié quatre traitements sur des années distinctes et 353 patient-es (6,1 %) ont initié au moins cinq traitements sur des années distinctes.

# OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Ce livret a pour objectif de présenter et discuter les données relatives aux demandes de traitement pour consommation problématique d'alcool ou de drogues enregistrées en Région bruxelloise. La première partie des analyses portera sur les données récoltées à l'échelle des services spécialisés en assuétudes. Les données récoltées à l'échelle des hôpitaux seront traitées dans un second temps, de manière plus succincte. Nous avons retenu l'option de traiter ces deux types de données distinctement pour deux raisons : 1) les demandes de traitement enregistrées dans les hôpitaux sont majoritairement liées à des problématiques de consommation d'alcool, ce qui est nettement moins le cas dans les services spécialisés ; 2) l'offre de soins hospitaliers en addictologie est généralement (à quelques exceptions près) une offre à haut seuil d'accès, ce qui se traduit par un profil sociodémographique moins précarisé. Traiter ces deux sources de données séparément permettra ainsi de mieux mettre en évidence les spécificités liées à chaque offre de soin et aux patient-es qu'elles mobilisent.

L'unité de mesure des analyses est le 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 a été conservée pour les analyses. Les demandes anonymes ont toutefois été conservées, car on les retrouve en proportion importante. Le flux de données est résumé dans la [Figure 1](#).

Les analyses présentées dans le présent document sont essentiellement descriptives. Elles visent à fournir un éclairage sur le profil des bénéficiaires pris-es en charge dans les structures bruxelloises publiques de prise en charge des assuétudes. Les pourcentages sont calculés après exclusion des non-réponses. Ces dernières sont mentionnées à titre indicatif dans les tableaux correspondants. Pour certaines questions, la proportion de non-réponses est relativement élevée, en particulier

celles relatives au niveau d'éducation, à la fréquence de consommation du produit principal, à l'âge de la première consommation de la substance principale et aux antécédents thérapeutiques. Il est donc possible que certains constats ne reflètent pas parfaitement la réalité, et nous invitons le lecteur à prendre en considération le nombre de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages rapportés pour ces variables. Enfin, seules les différences statistiquement significatives sont discutées, sauf mention contraire. Celles-ci ont été identifiées à l'aide de différents test statistiques (Chi<sup>2</sup>, t de student, Anova), avec une probabilité de dépassement limite (p) fixée à 0,05. Certaines hypothèses sont formulées afin de tenter d'expliquer les principaux constats. Elles doivent être considérées comme des pistes permettant de stimuler la réflexion et la recherche, et non comme des certitudes.

Depuis l'entrée en vigueur du protocole 3.0 en 2015, 35.028 demandes de traitement ont été introduites pour une problématique de consommation auprès des 29 hôpitaux et centres spécialisés de la Région bruxelloise participant actuellement à la récolte. Au total, 31.186 demandes ont été conservées pour les analyses après élimination des demandes multiples. Parmi les centres participants, on dénombre 13 hôpitaux psychiatriques et/ou généraux (offrant le plus souvent une prise en charge résidentielle) et 15 centres spécialisés non-hospitaliers, au sein desquels on retrouve<sup>5</sup> 3 centres spécialisés d'accueil à bas seuil<sup>6</sup>, 10 centres ambulatoires et 4 centres résidentiels.

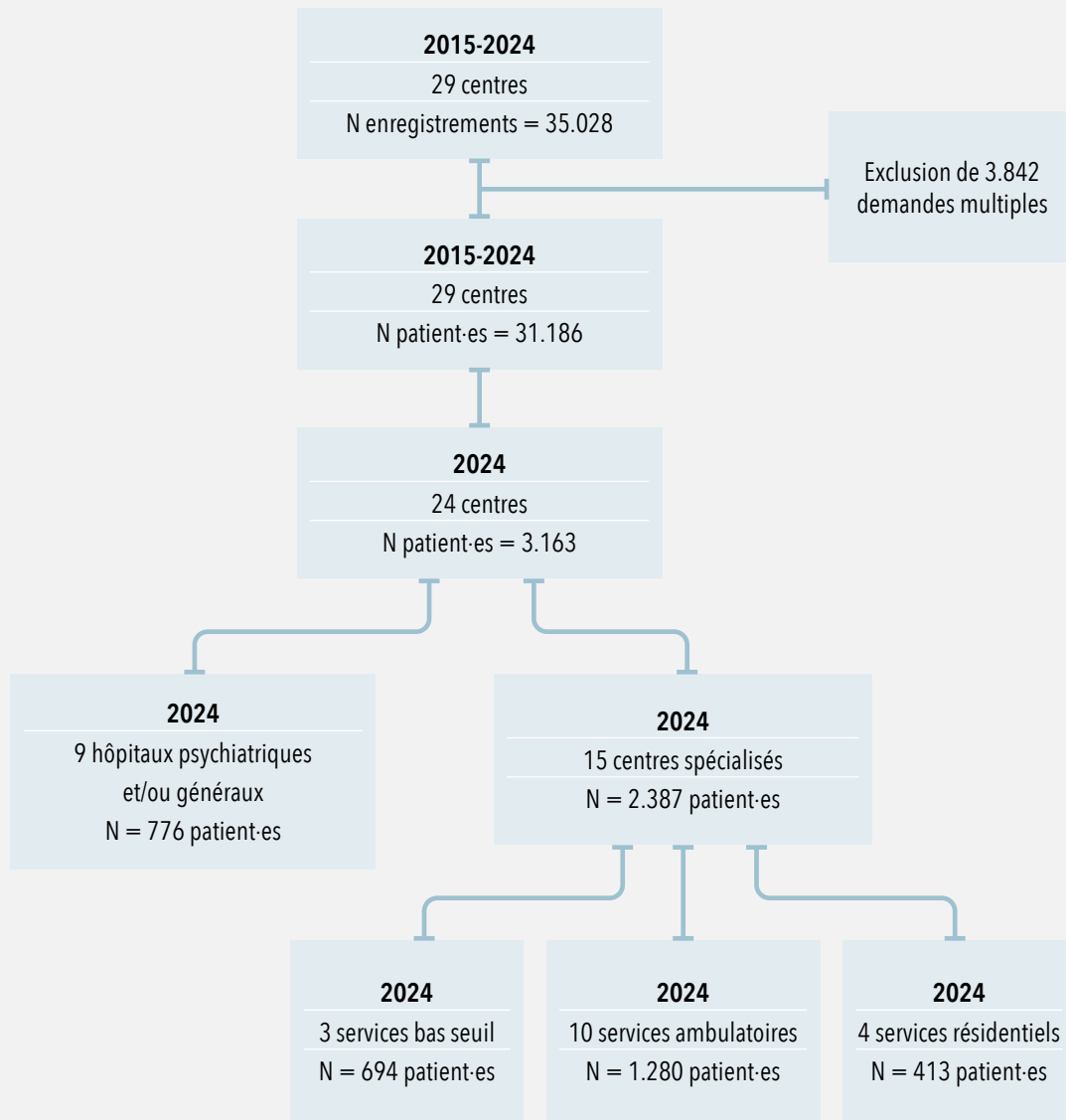
La [Figure 2](#) met en évidence l'évolution du nombre de patient-es pour lesquelles une demande de traitement a été enregistrée entre 2015 et 2024 en Région bruxelloise, par type de services. Après une légère augmentation durant les premières années, la récolte apparaît relativement stable, à l'exception de la période relative à la crise sanitaire COVID-19 (2020-2021), qui accusait d'une diminution importante des enregistrements. En 2024, on observe une diminution relativement généralisée des enregistrements par rapport à 2023.

En 2024, 24 centres ont participé à la récolte de données TDI en Région de Bruxelles-Capitale, parmi lesquels on retrouve 9 hôpitaux psychiatriques et/ou généraux et 15 centres spécialisés, au sein desquels on retrouve 3 services spécialisés proposant un accueil à bas seuil, 10 services proposant une prise en charge ambulatoire et 4 services proposant une prise en charge résidentielle. Le nombre de demandes de traitement pour un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 3.393, ce qui correspondait à 3.163 patient-es après élimination des demandes multiples.

5 Un même centre peut offrir plusieurs types de services ou de programmes de prise en charge (par exemple ambulatoire et résidentiel), lesquels peuvent par ailleurs être parfois déployés sur des sites distincts.

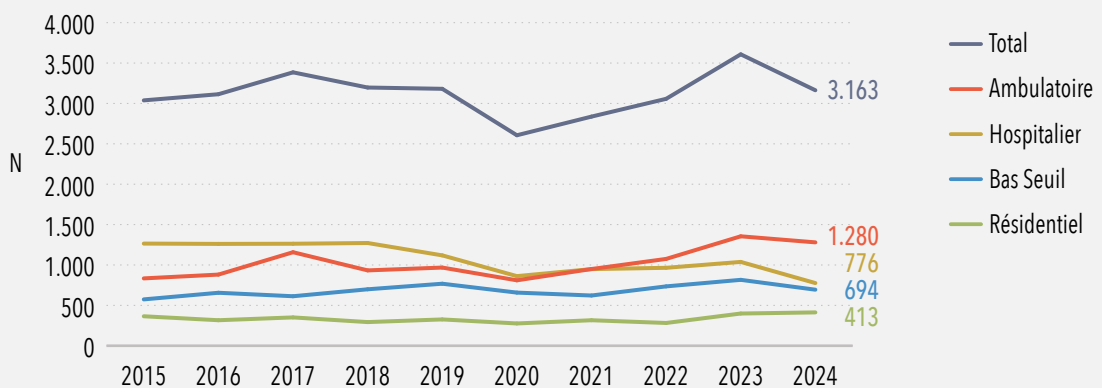
6 On parle de bas seuil lorsqu'une structure fournit un accueil et une aide sans imposer de conditions d'accès à ses bénéficiaires (pas de contrainte administrative, gratuité et immédiateté, pas d'exigence d'abstinence, etc.), à l'exception du respect du règlement d'ordre intérieur.

Figure 1 : Flux de la récolte TDI en Région bruxelloise sur la période 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox - Source : Sciensano

Figure 2 : Évolution du nombre de patient-es enregistré-es entre 2015 et 2024 en Région bruxelloise, par année et type de centre



Analyse et mise en page : Eurotox - Source : Sciensano

# LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES

Au total, 20.416 patient-es<sup>7</sup> ont introduit une demande de traitement dans les services spécialisés sur la période 2015-2024, dont 2387 en 2024. Les analyses suivantes visent à fournir une description du profil sociodémographique, du profil de la demande et du profil de consommation des patient-es pris-es en charge dans ces services. Dans un premier temps, nous fournirons un aperçu général des prises en charge, et dans un second une description détaillée par produit principal. Le produit principal est défini comme étant celui qui pose le plus de problèmes au-à la patient-e lors de l'introduction de la demande de traitement. Un produit principal est mentionné dans la grande majorité des prises en charge (96,7 %), y compris chez les patient-es présentant une polyconsommation problématique.

## LA SITUATION EN 2024

Le classement des produits mentionnés en tant que produit principal par les personnes ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les services spécialisés (n=2.387) est, par ordre d'importance, l'alcool (32,8 %), la cocaïne (29,7 % ; 22,5 % pour le crack<sup>8</sup>), le cannabis (12,1%), les opiacés (11 %), les hypnotiques et sédatifs (4 %), les stimulants autres que la cocaïne (3,2 %), les hallucinogènes (1,6 %), les inhalants volatils (0,1 %) et enfin les autres substances<sup>9</sup> (1,9 %). Enfin, dans 3,6 % des cas, aucun produit principal n'était identifié.

Le genre et l'âge étaient précisés pour 2.321 patient-es. Les patient-es sont majoritairement de genre masculin (pour un ratio de 4 hommes pour 1 femme) et ont un âge les plus souvent compris entre 25 et 54 ans (79,9 %). Ils ont en moyenne 40,60 ans (SD=11,12). Ces tranches d'âges sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 21 ans et demi dans notre échantillon) et l'âge de la première demande de traitement (en moyenne vers 37 ans et demi).

L'âge et le genre des patient-es peut varier en fonction des produits (Tableau 1). Ainsi, la proportion de jeunes patient-es (moins de 25 ans) est plus importante pour le cannabis que pour les autres produits, ce qui pourrait refléter le fait que les usages problématiques pour ce produit ont tendance à concerner de jeunes individus ou à s'estomper avec l'âge, ou que les demandes d'aide pour ce produit sont initiées plus précocement que pour les autres produits. La proportion de femmes est un peu plus élevée pour les médicaments hypno-sédatifs (23,9 %), la cocaïne en poudre (22,8 %) et l'alcool (22,1 %), et elle est la plus faible pour les opiacés (12 %) et le crack (15 %). Cette présence limitée des femmes dans les services spécialisés s'explique en partie par le fait que la consommation de substances psychoactives est plus répandue chez les hommes que chez les femmes. La proportion de femmes est toutefois inférieure à celle que l'on pourrait attendre sur base des statistiques de consommation (voir par exemple, Gisle & Maetens, 2025), ce qui suggère que d'autres mécanismes contribuent à cette faible représentation (e.g. services insuffisamment adaptés aux spécificités féminines ; réticence des femmes d'évoluer dans des environnements fortement « masculinisés », où elles peuvent se sentir particulièrement vulnérables). L'existence de tels mécanismes

est corroborée par le fait que les femmes se tournent davantage vers l'offre de prise en charge hospitalière (voir chapitre « Les prises en charge dans les structures hospitalières »). Enfin, 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

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 la **substance principale** la plus fréquemment évoquée sur cette période, et englobe chaque année un peu plus de 30 % des patient-es. La proportion des patient-es ayant introduit une demande pour ce produit évolue en dents de scie, sans changement statistiquement significatif. Les tendances sont relativement stables pour les autres produits, hormis pour les opiacés et la cocaïne (crack inclus). En effet, la proportion de patient-es en traitement pour la cocaïne a augmenté (augmentation de 93 % entre 2015 et 2024) alors que celle pour les opiacés a diminué (diminution de 62 % entre 2015 et 2024). Depuis 2018, la cocaïne est devenue, après l'alcool, le deuxième produit le plus souvent identifié comme substance problématique principale, alors que les opiacés tenaient la seconde place jusque-là. L'évolution, sur la période 2015-2024, des proportions de patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise est présentée dans le Tableau 2, ventilée selon le produit principal.

7 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 définition *supra*).

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

9 Il s'agissait quasi systématiquement de prégabaline.

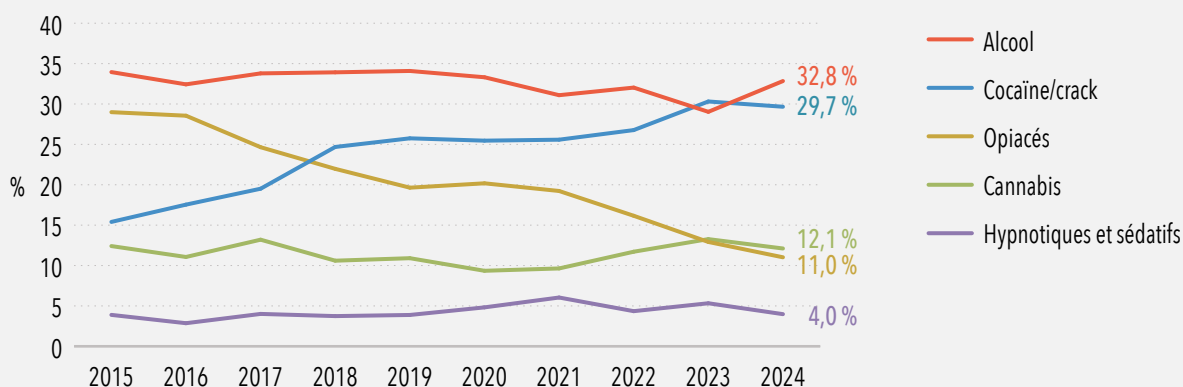
Lorsqu'on considère les **produits problématiques** sans tenir compte de leur caractère principal ou secondaire (Figure 4), les tendances semblent similaires. En effet, l'alcool reste le produit le plus souvent mentionné comme problématique. La proportion de patient-es mentionnant la cocaïne en produit problématique a également augmenté (augmentation de 35 % entre 2015 et 2024), alors que celle pour les opiacés a diminué dans des proportions similaires aux évocations en produit principal (diminution de 52 % entre 2015 et 2024). Les tendances sont stables pour les autres produits.

Tableau 1 : Distribution par sexe et tranche d'âge des personnes en traitement pour usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, 2024

	< 25 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	> 65 ans %	Total %
<b>Tous produits</b>							
Femmes (n=439)	1,6	4,6	5,6	4,2	2,3	0,6	18,9
Hommes (n=1.882)	6,1	18,9	28,8	17,9	8,6	0,8	81,1
Total (n=2321)	7,7	23,4	34,4	22,1	10,9	1,5	100,0
<b>Alcool</b>							
Femmes (n=170)	0,9	3,5	6,9	5,1	3,9	1,8	22,1
Hommes (n=598)	1,7	16,0	24,1	23,7	10,8	1,6	77,9
Total (n=768)	2,6	19,5	31,0	28,8	14,7	3,4	100,0
<b>Cocaïne (poudre)</b>							
Femmes (n=28)	1,6	6,5	10,6	4,1	0,0	0,0	22,8
Hommes (n=95)	5,7	17,9	33,3	13,8	5,7	0,8	77,2
Total (n=123)	7,3	24,4	43,9	17,9	5,7	0,8	100,0
<b>Crack</b>							
Femmes (n=79)	0,6	3,8	5,9	3,8	1,0	0,0	15,1
Hommes (n=444)	3,8	17,8	35,8	18,9	8,2	0,4	84,9
Total (n=523)	4,4	21,6	41,7	22,8	9,2	0,4	100,0
<b>Opiacés</b>							
Femmes (n=31)	0,0	2,3	2,7	5,0	1,9	0,0	12,0
Hommes (n=228)	1,9	12,4	35,5	23,6	13,9	0,8	88,0
Total (n=259)	1,9	14,7	38,2	28,6	15,8	0,8	100,0
<b>Cannabis</b>							
Femmes (n=46)	2,5	7,2	2,5	3,3	1,1	0,0	16,7
Hommes (n=230)	19,6	26,4	27,9	6,5	2,5	0,4	83,3
Total (n=270)	22,1	33,7	30,4	9,8	3,6	0,4	100,0
<b>Hypnotiques et sédatifs</b>							
Femmes (n=22)	4,3	3,3	4,3	6,5	4,3	1,1	23,9
Hommes (n=70)	13,0	18,5	25,0	10,9	7,6	1,1	76,1
Total (n=90)	17,4	21,7	29,3	17,4	12,0	2,2	100,0

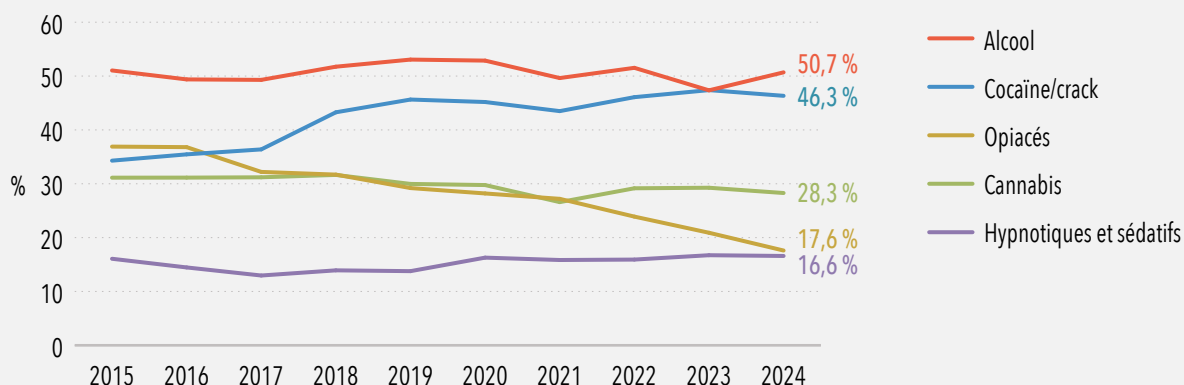
Analyse et mise en page : Eurotox - Source : Sciensano

Figure 3 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2024, par produit principal



Source : Sciensano

Figure 4 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2024, par produit problématique



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

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

L'augmentation de l'usage de cocaïne est un phénomène observé en Région bruxelloise depuis plusieurs années (voir Régny, Stévenot et Hogge, 2023), également observable en population générale (voir Gisle & Maetens, 2025), mais elle touche plus largement l'ensemble du territoire belge ainsi que la plupart des pays européens (EUDA, 2025a). Cette hausse des usages a initialement été mise en évidence par des enquêtes de prévalence qui se base sur les consommations auto-rapportées, ainsi que 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 (EUDA, 2025b). L'augmentation est surtout perceptible depuis 2016, et elle est depuis lors croissante dans de nombreux pays, dont la Belgique. Cet accroissement de l'usage s'est progressivement traduit par une hausse des demandes de traitement pour usage problématique de cocaïne ou de crack en produit principal, laquelle est observée depuis plusieurs années dans de nombreux pays européens (Antoine *et al.*, 2021). Les autres indicateurs relatifs aux dommages causés par l'usage de cocaïne (e.g. hospitalisations, décès) sont également en augmentation dans les pays où ils sont collectés (voir par exemple Mongan *et al.*, 2025). Ces évolutions s'observent au niveau de l'usage de la cocaïne sous forme de poudre, mais surtout sous forme de crack (cocaïne basée), qui est particulièrement consommé dans les milieux précarisés. En Belgique, et a fortiori à Bruxelles, l'augmentation de l'usage de crack est effectivement actuellement la plus perceptible, probablement parce que les usager-es de ce produit sont davantage précarisés et en contact avec les structures de soin à bas seuil d'accès. L'usage de cocaïne étant toutefois en augmentation dans l'ensemble de la population, on peut redouter une augmentation à venir des demandes de traitement pour un trouble lié à l'usage de cocaïne (en poudre), les délais entre l'initiation de l'usage, le début de la perte de contrôle de l'usage et la première demande de soin étant généralement de plusieurs années.

L'augmentation de l'usage de cocaïne résulte de multiples facteurs, liés à la fois à l'évolution de l'offre et de la demande. On observe

ainsi depuis plusieurs années une augmentation de la disponibilité et de la pureté du produit en Europe, qui s'explique elle-même 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), augmentation de la violence liées à l'importation et aux trafics (corruption, menaces et intimidation des dockers et des douaniers), diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement, tant au niveau du marché de gros (e.g. drop-off, ship-to-ship, utilisation de submersibles) qu'à l'échelle des consommateur-ices (cryptomarchés, call-center avec livraison à domicile, applications pour crypter les communications...). En ce qui concerne la demande, le succès grandissant de la cocaïne et, plus généralement, des psychostimulants, peut être mis en perspective avec les principes du néolibéralisme qui imprègnent actuellement les valeurs sociétales et le fonctionnement social (rendement, performance, individualisme compétitif...). L'usage de psychostimulants n'est en effet pas le seul apanage des utilisations récréatives, et certaines personnes en consomment pour lutter contre la fatigue ou se stimuler lors de certaines activités de la vie quotidienne, ou encore de manière à améliorer leurs performances académiques, professionnelles, sportives ou même sociales. Plusieurs professions sont ainsi considérées comme particulièrement concernées par l'usage de psychostimulants, telles que les métiers de la restauration, de l'information et de la communication, ainsi que des arts et spectacles (INPES, 2010 ; Andler *et al.*, 2021). Enfin, l'augmentation de l'usage de crack est quant à elle probablement favorisée par la grande précarité, qui s'élargit à des tranches de plus en plus importantes de la population en raison des diverses crises actuelles (économique, logement, migratoire...). En effet, ce produit semble davantage consommé par les publics précarisés (e.g. Cross *et al.*, 2001 ; Palamar *et al.*, 2015).

Tableau 2 : Répartition par produit principal des patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Opiacés (Total)</b>	<b>29,0</b>	<b>28,5</b>	<b>24,6</b>	<b>22,0</b>	<b>19,6</b>	<b>20,2</b>	<b>19,2</b>	<b>16,2</b>	<b>12,9</b>	<b>11,0</b>
Héroïne	23,0	24,2	20,2	17,6	15,9	15,4	14,9	13,0	9,6	8,1
Méthadone (détourné)	4,1	2,8	2,5	2,2	2,0	1,8	1,9	1,5	1,6	1,5
Buprénorphine (détourné)	0,7	0,5	0,4	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,5	0,1
Fentanyl (illicite/détourné)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Opiacé non précisé	0,5	0,4	0,5	1,1	0,8	1,5	1,1	0,7	0,5	1,0
Autre opiacé	0,5	0,5	0,9	0,8	0,8	1,1	1,2	0,6	0,6	0,4
<b>Cocaïne (Total)</b>	<b>15,4</b>	<b>17,5</b>	<b>19,5</b>	<b>24,7</b>	<b>25,8</b>	<b>25,5</b>	<b>25,6</b>	<b>26,8</b>	<b>30,3</b>	<b>29,7</b>
Cocaïne en poudre	6,0	6,6	5,7	7,0	6,8	4,8	6,1	7,1	6,6	5,4
Crack	5,6	7,7	8,2	12,7	14,5	15,8	14,3	16,2	21,6	22,5
Cocaïne non précisée	3,7	3,2	5,6	5,0	4,4	4,8	5,2	3,5	2,1	1,8
Autre cocaïne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Autres stimulants (Total)</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>2,2</b>	<b>2,8</b>	<b>2,3</b>	<b>2,1</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>
Amphétamine	1,0	0,9	1,0	1,0	1,2	1,4	1,1	1,0	1,1	1,4
Méthamphétamine	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	1,0	0,8	0,6	0,7	1,0
MDMA ou dérivés	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Méphédrone	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Autre stimulant non précisé	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,3
Autre stimulant	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,5
<b>Hypnotiques et sédatifs (Total)</b>	<b>3,9</b>	<b>2,9</b>	<b>4,0</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>4,8</b>	<b>6,0</b>	<b>4,3</b>	<b>5,3</b>	<b>4,0</b>
Barbiturique	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3
Benzodiazapine	3,6	2,5	3,3	3,1	3,3	4,0	5,1	3,3	4,2	2,4
GHB/GBL	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,4	0,4
Hypno-sédatif non précisé	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	0,3
Autre hypnotique	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,6
<b>Hallucinogènes (Total)</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>
LSD	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Kétamine	0,1	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,5	1,4	1,1	1,6
Hallucinogène non précisé	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Autre hallucinogène	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Inhalants volatiles</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>
<b>Cannabis (Total)</b>	<b>12,4</b>	<b>11,1</b>	<b>13,2</b>	<b>10,6</b>	<b>10,9</b>	<b>9,3</b>	<b>9,6</b>	<b>11,7</b>	<b>13,3</b>	<b>12,1</b>
Marijuana	3,6	3,0	4,1	4,5	3,6	3,6	3,1	5,5	6,1	4,7
Haschisch	2,3	2,4	1,5	1,4	2,2	1,3	0,8	1,2	1,2	1,3
Cannabis non précisé	6,4	5,7	7,6	4,7	5,1	4,5	5,7	5,0	5,8	6,0
Autre cannabis	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
<b>Alcool</b>	<b>34,0</b>	<b>32,4</b>	<b>33,8</b>	<b>33,9</b>	<b>34,1</b>	<b>33,3</b>	<b>31,1</b>	<b>32,0</b>	<b>29,0</b>	<b>32,8</b>
<b>Autre produit</b>	<b>0,1</b>	<b>2,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	<b>1,8</b>
<b>Aucune substance principale</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	<b>3,0</b>	<b>4,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>

Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Les analyses suivantes visent à fournir une description détaillée du profil des patient-es par produit principal, pour les 4 produits les plus souvent mentionnés comme produit principal, à savoir l'alcool, la cocaïne, les opiacés et le cannabis. 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, la kétamine et la prégabaline (Lyrica®), à nouveau en produit principal. Pour chacune de ces substances, des variables sociodémographiques et de consommation seront analysées, de même que les caractéristiques de la demande. Les analyses porteront dans un premier temps sur les données récoltées en 2024 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 2015-2024. 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 2024.



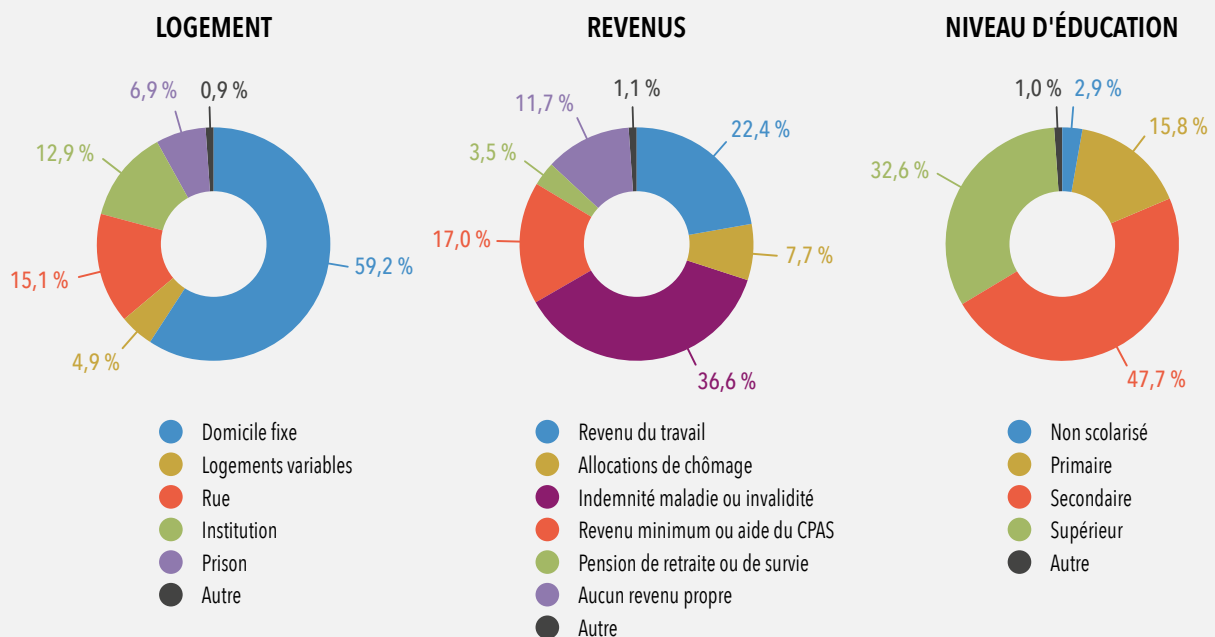
## 5.1. ALCOOL

L'alcool est le produit le plus souvent mentionné comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Il est ainsi mentionné en produit principal par 32,8 % des patient-es (n=784).

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2024, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool en produit principal sont des hommes (77,8 %). Les patient-es sont majoritairement âgé-es de 25 à 54 ans (79,3 %). Un peu plus d'une moitié de ces demandeur-euses vit dans un domicile fixe (59,2 %). L'autre moitié se répartit entre la vie dans la rue (15,1 %), en institution (12,9 %) ou dans des logements variables (4,9 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (36,6 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (17 %) ou une allocation de chômage (7,7 %), voire ne dispose pas de revenu propre (11,7 %). Enfin, les patient-es en traitement pour une problématique d'alcool n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (66,4 %). Seule une minorité est encore aux études/en formation (1,6 %), alors qu'on retrouve une proportion un peu

Figure 5 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique d'alcool en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – 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)<sup>10</sup>. Autrement dit, alors qu'elles consomment moins de boissons alcoolisées, les personnes ayant un faible NSE sont susceptibles de souffrir davantage de leur consommation. Ce phénomène est connu sous le nom de paradoxe des méfaits liés à l'alcool (*alcohol harm paradox*). Plusieurs hypothèses, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'expliquer ce paradoxe. Premièrement, la consommation problématique d'alcool peut freiner l'ascension sociale (e.g. échec durant les études) ou engendrer un déclassement social (e.g. perte d'emploi). Deuxièmement, les effets nocifs de l'alcool sont maximisés en présence de certains problèmes de santé (e.g. obésité, tabagisme, diabète, troubles de la santé mentale) que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes ayant un NSE bas. Ainsi, les personnes ayant un NSE bas souffrent davantage de leur consommation d'alcool parce qu'elles sont déjà en moins bonne

santé. Troisièmement, cette association peut aussi s'expliquer par l'impact délétère des inégalités sociales sur la santé, que l'on nomme communément inégalités sociales de santé. En effet, les personnes ayant un NSE bas ont une moins bonne littératie en santé et donc une moindre connaissance des risques liés à l'alcool, des moyens de les réduire et des formes d'aide disponibles en cas d'usage problématique, mais peuvent également présenter plus de difficultés à mettre en place des mécanismes d'auto-régulation de la consommation. Elles ont également moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer en cas d'usage problématique, et moins de ressources matérielles pour limiter l'impact de l'usage sur la santé ou être prises en charge en cas d'usage problématique. Elles sont aussi davantage exposées à des conditions de vie (conditions matérielles, pollution chimique et sonore) et de travail (exposition au stress, pénibilité physique) défavorables à la santé, qui peuvent interagir négativement avec la consommation excessive d'alcool et la favoriser. Enfin, les personnes ayant un faible NSE présentent plus fréquemment des problématiques connexes (difficultés économiques et de 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).

10 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).

plus importante de personnes retraitées (5,1 %). Au vu de cette distribution des variables sociodémographiques, il apparaît que les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal sont nombreuses à présenter des vulnérabilités sur le plan socioéconomique.

### PROFIL DES DEMANDES

En 2024, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal, un peu plus de la moitié (53,7 %) présentait des antécédents thérapeutiques. Plus de la moitié des patient-es (57,3 %) sont en traitement de leur propre initiative, et environ un quart (26 %) suite à une réorientation émanant d'un autre service ou professionnel de santé. Seule une minorité des patient-es sont en traitement suite à la demande d'un proche (9,7 %) ou de la justice (5,8 %). La majorité des prises en charge sont réalisées en centres ambulatoires (67,3 %), les prises en charge en centres bas seuil (18 %) ou résidentiels (14,7 %) étant moins fréquentes.

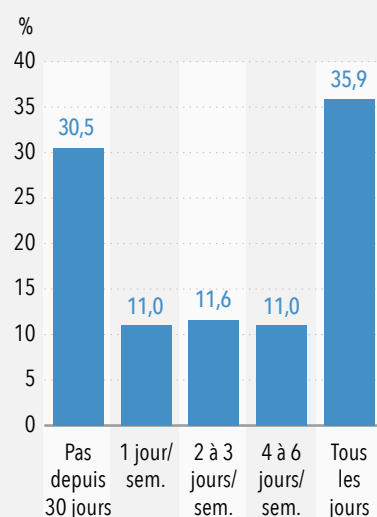
### PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 19,2 ans ( $SD^{11}=9,3$ , âge médian = 16<sup>12</sup>). Cependant, l'âge de cette première consommation varie grandement selon les personnes (entre 6 ans et 73 ans). La majorité des patient-es (69,5 %) a déclaré consommer de l'alcool au moment de l'introduction de la demande de traitement, et un peu plus d'un tiers (35,9 %) en consomme de manière quotidienne. Toutefois, une portion non négligeable de patient-es (30,5 %) a déclaré ne pas en avoir consommé au cours des 30 derniers jours (Figure 6). Il peut notamment s'agir de prise en charge en post-cure ou de patient-es abstinents qui souhaitent reconsulter en raison d'une nouvelle fragilité qui pourrait réenclencher la consommation.

11 *Standard Deviation* (écart-type en français). Il s'agit d'une mesure de dispersion par rapport à la moyenne 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.

12 Ce chiffre indique qu'à 16 ans, 50 % de l'échantillon a 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 pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Seule une minorité (4,8 %) de patient-es en traitement pour une problématique d'alcool en produit principal a déclaré avoir déjà eu recours à l'injection au cours de la vie. Iels sont en revanche plus nombreux-euses à évoquer une polyconsommation problématique<sup>13</sup> (38,5 %). Les autres produits les plus consommés de manière problématique sont, par ordre d'importance

13 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, en parallèle de la présence d'un produit principal. Nous ne sommes pas en mesure de savoir à quelle fréquence le patient-e les consomme de manière combinée.

(Figure 7), la cocaïne (21,3 %, dont 11,9 % de crack) et le cannabis (17,5 %) ; les hypnotiques et les opiacés sont en revanche moins souvent évoqués (7 % et 3,2 % respectivement).

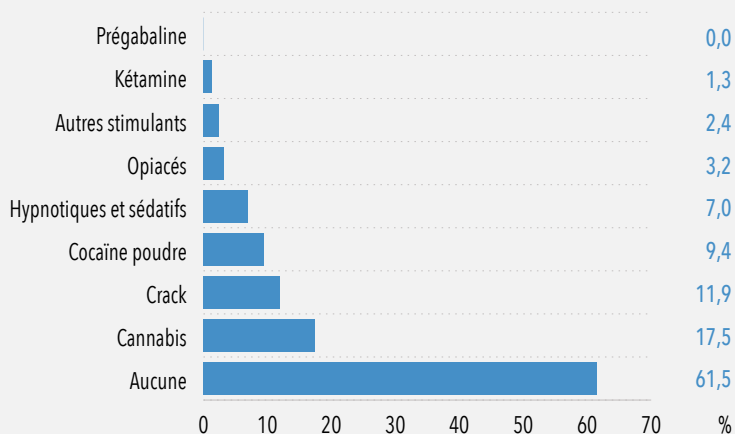
### ÉVOLUTION MARQUANTE SUR LA PÉRIODE 2015-2024

La proportion de patient-es en demande de traitement pour l'alcool en produit principal est relativement stable sur la période 2015-2024, tout comme la proportion de patient-es mentionnant l'alcool en produit problématique (principal ou secondaire). On observe une augmentation significative

de la proportion de femmes entre 2015 et 2024 (17,1 % contre 22,2 % ;  $p < 0,01$ ), ainsi qu'une légère et progressive augmentation de la proportion de patient-es ayant un diplôme d'études supérieures sur cette même période (22,4 % contre 32,6 % ;  $p < 0,001$ ). Une augmentation significative de l'âge moyen des patient-es est également constatée (41,1 ans versus 43,9 ans ;  $p < 0,01$ ). Enfin, on observe une augmentation significative de la proportion de patients sans antécédents thérapeutiques entre 2015 et 2024 (28,4 % versus 46,3 %), et une augmentation des prises en charge en ambulatoire (57 % versus 67,3 %), en association à une diminution des prises en charge résidentielles (23,3 % versus 14,7 %). Les autres variables sont relativement stables au cours du temps.

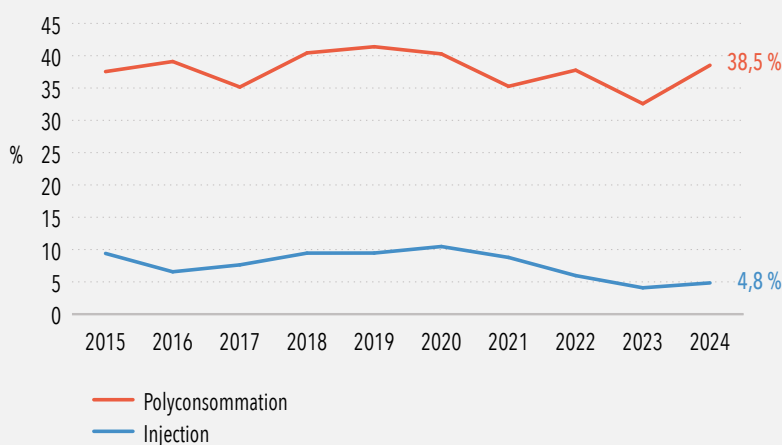
Au niveau des variables de consommation, la proportion de polyconsommateur-rices est stable dans le temps (Figure 8). L'âge du premier usage d'alcool est également stable sur cette période (vers 18-19 ans en moyenne). En revanche, la proportion de patient-es ayant déjà eu recours à l'injection (quelle que soit la substance) est en diminution.

Figure 7 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant l'alcool comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 8 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour l'alcool en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano



## 5.2. COCAÏNE

La cocaïne<sup>14</sup> est, après l'alcool, le deuxième produit le plus souvent mentionné comme produit problématique principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Il est ainsi mentionné en produit principal par 29,7 % des patient-es (n=708). Dans la plupart des cas (75,7 %), il s'agit d'usage problématique de crack (N=536), la cocaïne en poudre étant nettement moins concernée (18,1 % ; N=128)<sup>15</sup>. Les profils des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de crack et

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

15 Dans 6,2 % des cas, il n'était pas précisé s'il s'agissait de cocaïne en poudre ou de crack.

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



### 5.2.1. CRACK

#### PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

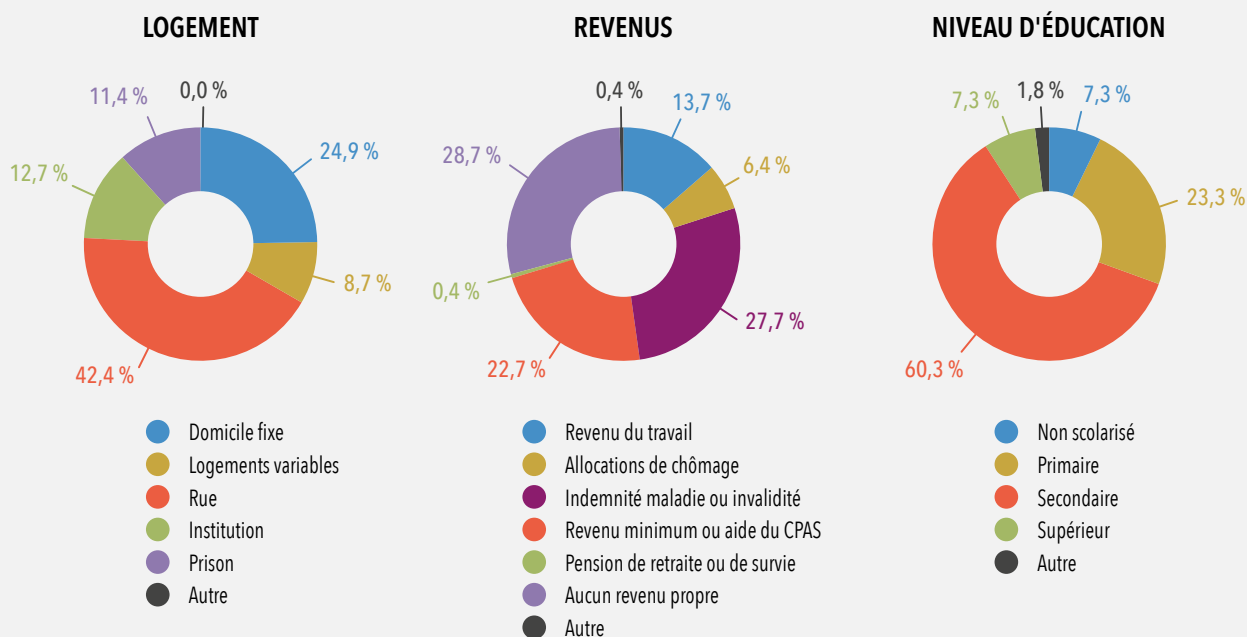
En 2024, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de crack en produit principal sont des hommes (84,8 %). Les patient-es sont majoritairement âgés de 25 à 54 ans (86,1 %, dont 41,6 % entre 35 et 44 ans), la moyenne d'âge étant de 40,6 ans (SD= 9,6, âge médian = 40 ans). Globalement, ces patient-es présentent fréquemment des vulnérabilités sur le plan socioéconomique. Ainsi, seul un quart des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (24,9 %), plus d'un tiers vit à la rue (42,4 %) et le dernier tiers se répartit entre la vie en institution (12,7 %), en prison (11,4 %) ou

dans des logements variables (8,7 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (27,7 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (22,7 %), une allocation de chômage (6,4 %) ou ne dispose pas de revenus propres (28,7 %). Enfin, ces patient-es n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (90,9 %). Seule une minorité est encore aux études/en formation (0,4 %), ou à la retraite (0,7 %).

#### PROFIL DES DEMANDES

En 2024, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique de crack en produit principal, seul un quart (22,4 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. La grande majorité des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (81 %), probablement parce que les usager-es de crack sont particulièrement impactés par leur consommation et vivent en situation de grande précarité, et sont souvent pris en charge par les structures à bas seuil d'accès qui leur fournissent une aide plus générale par rapport à leur situation. Seule une minorité des patient-es ont été réorientés via un autre service (médical, psychologique ou social - 11,6 %), un proche (4 %) ou

Figure 9 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenus et de niveaux d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de crack en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

la justice (3,2 %). Près de la moitié des patient-es sont pris-es en charge en centres bas seuil (42 %), plus d'un tiers en centres résidentiels (35,4 %) et près d'un quart en structures ambulatoires (22,6 %).

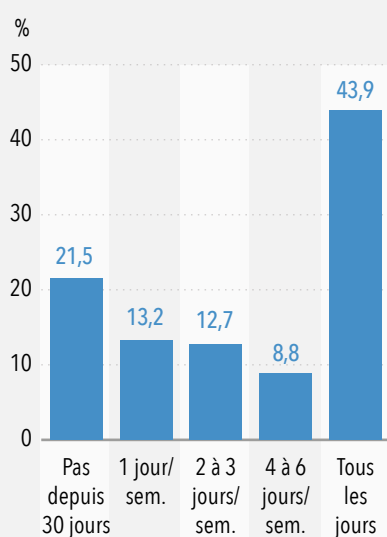
## PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de crack est de 25 ans et demi (SD= 9,2, âge médian = 24 ans), mais cette première consommation varie grandement selon les patient-es (entre 12 ans et 52 ans). La majorité des patient-es (78,5 %) a déclaré consommer du crack au moment de l'introduction de la demande de traitement, et près de la moitié (43,9 %) de manière quotidienne (Figure 10). Environ une personne sur cinq (21,5 %) a déclaré être en situation d'abstinence au cours des 30 derniers jours.

Le mode de consommation privilégié est l'inhalation (98,1 %). Et 11,9 % des patient-es déclarent avoir déjà pratiqué l'injection (quel que soit le produit) au moins une fois au cours de leur vie (Tableau 3).

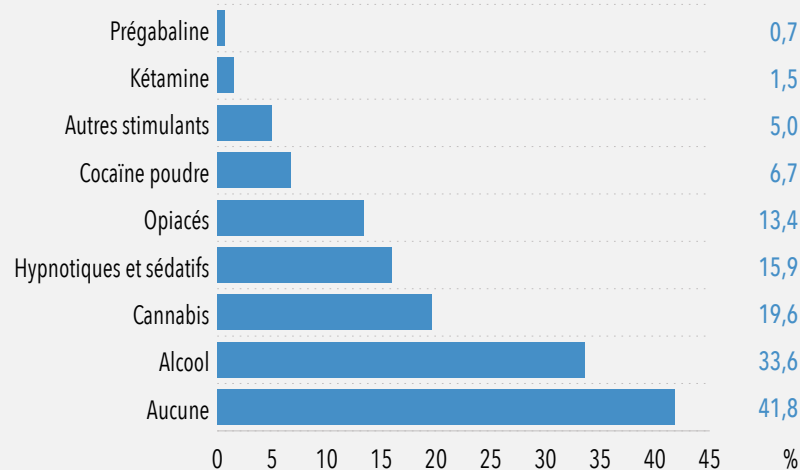
Parmi les patient-es en demande de traitement pour une consommation problématique principale de crack, une majorité (58,2 %) déclare avoir également un usage problématique d'autres produits (Figure 11), le plus souvent d'alcool (33,6 %), de cannabis (19,6 %), d'hypno-sédatifs (15,9 %), et d'opiacés (13,4 %). La consommation d'alcool est fréquente chez les usager-es de cocaïne/crack car elle en intensifie et prolonge les effets euphorisants. Cette association augmente en revanche les risques cardiovasculaires, en raison de la production d'un métabolite actif (cocaéthylène) qui est particulièrement cardiotoxique (voir par exemple; Bunn & Giannini, 1992; Zucoloto *et al.*, 2020). L'usage d'hypno-sédatifs, de cannabis et d'opiacés permet quant à lui de diminuer l'état d'excitation psycho-physiologique induit par la cocaïne lorsque l'usager-e souhaite s'apaiser (par exemple, afin de faciliter l'endormissement).

Figure 10 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de crack au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 11 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant le crack comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano



## 5.2.2. COCAÏNE EN POUDRE

### PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2024, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cocaïne (poudre) en produit principal sont des hommes (77 %). Les patient-es sont généralement âgé-es de 25 à 54 ans (86,2 % ; 43,9 % entre 35 et 44 ans). Ainsi, plus de la moitié des patient-es vit dans un domicile fixe (65,3 %). L'autre moitié se répartit entre la vie en institution (5,6 %), dans la rue (12,9 %), dans des logements variables (5,6 %), et un patient-e sur dix était en prison durant le mois qui a précédé l'introduction de la demande (10,5 %). Près d'un tiers de patient-es bénéficie de revenus du travail (31,4 %) ou de revenus de remplacement tels qu'une indemnité

de maladie ou d'invalidité (26,3 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (10,2 %), ou, plus rarement, une allocation de chômage (6,3 %). Environ un patient-e sur cinq ne dispose pas de revenu propre (22 %). Enfin, les patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne en poudre en produit principal n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (76,3 %). Une minorité de patient-es est encore aux études/en formation (3,2 %) ou à la retraite (2,1 %).

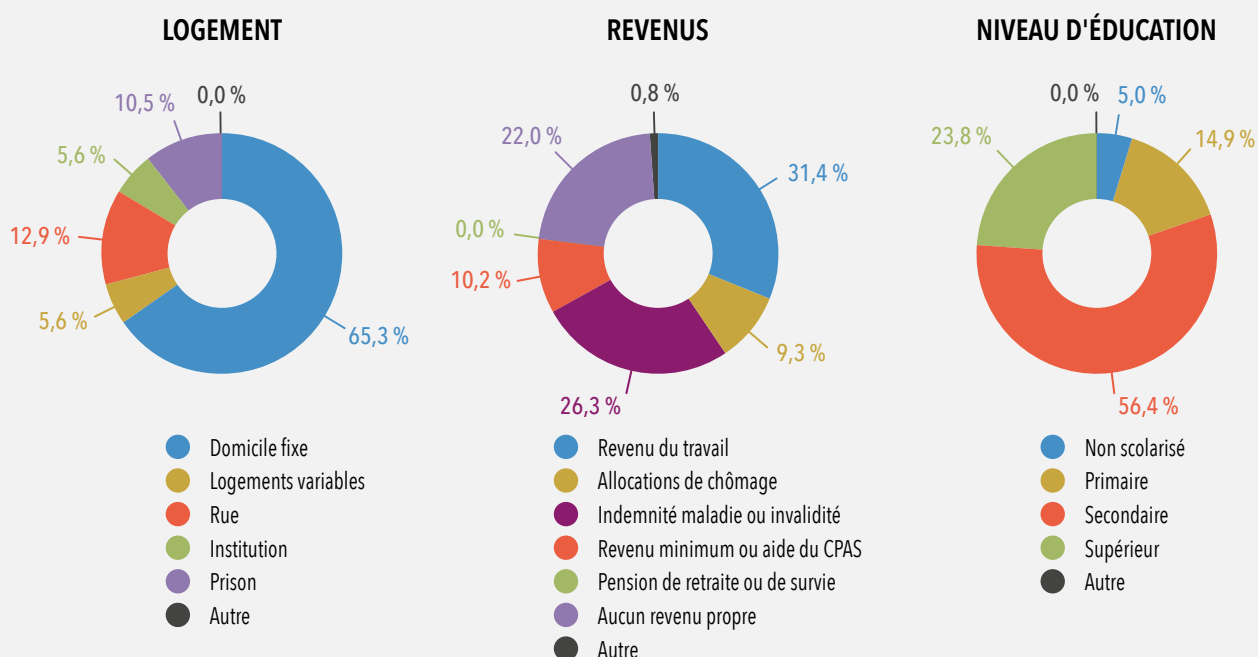
Même s'il présente aussi des vulnérabilités sur le plan socioéconomique, ce public est globalement moins précarisé que celui en demande de traitement pour une problématique d'usage de crack en produit principal. Ce constat peut à la fois s'expliquer par le fait que ces deux produits n'attirent pas les mêmes profils d'usager-es et par l'impact particulièrement délétère du crack sur la situation économique et sociale des consommateur-rices.

### PROFIL DES DEMANDES

En 2024 parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une

problématique de cocaïne (en poudre) en produit principal, la moitié (52,3 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques, un constat qui diffère grandement de ce que l'on observait chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack, où la présence d'antécédents thérapeutiques est nettement plus fréquente. La moitié des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (49,6 %), alors qu'un peu plus d'un quart (26,9 %) ont été réorienté-es via un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es sont en traitement sous l'impulsion d'un proche (13 %) ou de la justice (8,9 %). La majorité des prises en charge sont réalisées en centres ambulatoires (61,7 %), les prises en charge pour ce produit étant nettement moins fréquemment en centres bas seuil (24,2 %) et, surtout, résidentiels (14,1 %).

Figure 12 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de cocaïne en poudre en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



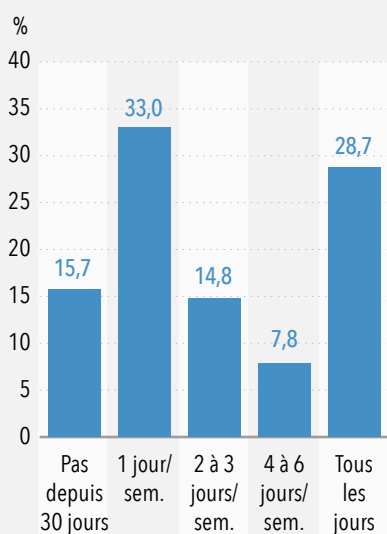
Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

## PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de cocaïne en poudre est de 25 ans et demi (SD=9,5, âge médian = 22 ans). La majorité des patient-es (88,3 %) a déclaré consommer ce produit au moment de l'introduction de la demande de traitement, et un peu plus d'un quart (28,7 %) de manière quotidienne. Seule une petite portion de patient-es (15,7 %) a déclaré ne pas en avoir consommé au cours des 30 derniers jours (Figure 13). Le mode de consommation privilégié pour la cocaïne en poudre est le snif/inhalation (88,5 %), mais l'injection est le mode de consommation de prédilection pour un-e patient-e sur dix (9,8 %). Par ailleurs, 11,8 % des patient-es décrivent avoir déjà pratiqué l'injection au moins une fois au cours de leur vie (Tableau 3).

Parmi les patient-es en traitement pour une consommation problématique de cocaïne en produit principal, un peu plus de la moitié (55,5 %) déclare avoir également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent d'alcool (32 %), de cannabis (21,9 %), ou d'hypno-sédatifs (9,4 %).

Figure 13 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cocaïne (en poudre) au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

## 5.2.3. ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2024

Comme nous l'avons déjà signalé, la proportion de patient-es en demande de traitement pour la cocaïne en produit principal a presque doublé entre 2015 et 2024 (augmentation de 92,9 %), alors que les mentions en produit secondaire sont restées stables (fluctuant autour de 18 %). La Figure 15 met bien en évidence que cette augmentation s'explique exclusivement par l'augmentation de la proportion de patient-es en traitement pour une consommation problématique de crack (augmentation de 301,9 %), la proportion de patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique cocaïne en poudre étant quant à elle relativement stable dans le temps.

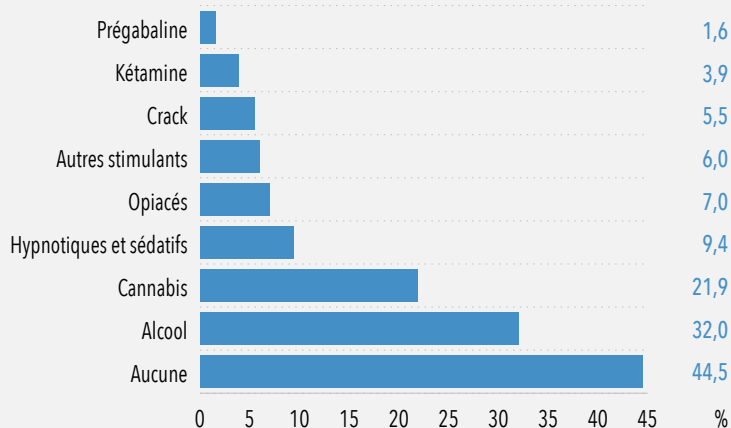
La proportion de femmes est en diminution chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack en produit principal (elle est passée de 25 % à 15,3 % entre 2015 et 2024), alors qu'elle est stable pour la cocaïne en poudre. Cette diminution est observée et stabilisée depuis 2018. L'âge est également en augmentation chez ces patient-es, la moyenne d'âge étant passée de 35,3 ans à 40,7 ans entre 2015 et 2024, alors qu'elle est stable chez les usager-es de cocaïne en poudre. On observe aussi sur cette période une précarisation de la population demandeuse de traitement pour

une problématique de crack. En effet, la proportion de patient-es ayant un domicile fixe et un revenu de travail a grandement diminué entre 2015 (respectivement 49,5 % et 31,1 %) et 2024 (respectivement 24,9 % et 13,7 %). A l'inverse, la proportion de patient-es vivant en rue a augmenté (14,4 % en 2015 versus 42,4 % en 2024), de même que la proportion de patient-es vivant sans revenu propre (13,3 % en 2015 contre 28,7 % en 2024). Les patient-es pris en charge pour un usage problématique de crack sont également de plus en plus souvent pris en charge dans les structures à bas seuil d'accès (26 % en 2015 contre 42 % en 2024). En revanche, on n'observe aucune évolution du niveau d'éducation. Chez les usager-es de cocaïne en poudre, on n'observe pas d'évolution significative au niveau des variables sociodémographiques.

La tendance à la précarisation des usager-es de crack est probablement consécutive à deux phénomènes : 1) la plus grande disponibilité du crack au niveau du trafic de rue<sup>16</sup> entraînerait une augmentation de son usage au niveau des publics précarisés en contact avec le milieu de la rue (e.g.

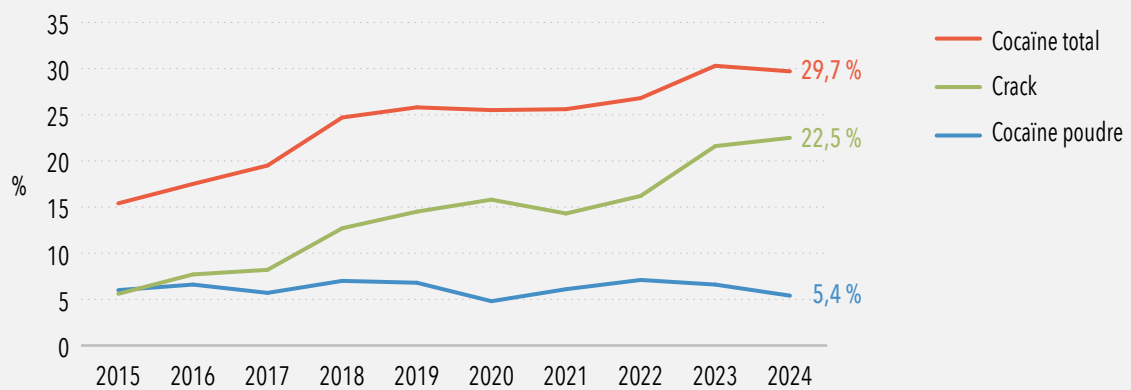
16 Pendant de nombreuses années, les consommateur-rices de crack avaient pris l'habitude de produire le propre crack à partir de cocaïne et d'ammoniac ou de bicarbonate de soude, une opération nommée «basage». Si cette pratique existe toujours chez les consommateur-rices, le marché de rue prévoit désormais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

Figure 14 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant la cocaïne en poudre comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



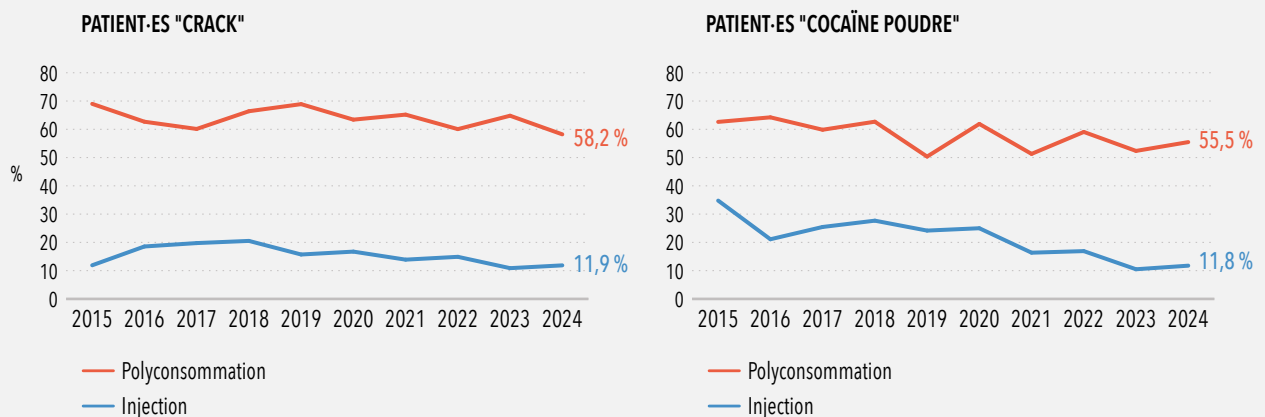
Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 15 : Évolution de la proportion de patient-es en demande de traitement pour usage problématique de crack et de cocaïne en poudre<sup>17</sup> en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 16 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le crack et la cocaïne en poudre en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

sans abris, jeunes en errance, personnes en séjour illégal) ; 2) le crack étant hautement addictif et onéreux en cas de consommation compulsive chronique, il provoquerait une précarisation progressive de nombreux usager-es (perte d'emploi et de revenus, perte de logement).

Des tendances contradictoires s'observent au niveau des antécédents de traitement : les primo-demandes sont en diminution à la limite de la significativité pour le crack (33,3 % en 2015 contre 22,4 % en 2024), alors qu'elles sont en augmentation pour la cocaïne poudre (38,3 % en 2015 contre

52,3 % en 2024). Ce pattern pourrait être le reflet des évolutions suivantes : l'usage de crack se répand davantage auprès des publics précarisés, au niveau desquels il est plus compliqué de mettre en place une prise en charge qui permet une abstinence sur le long terme ou une reprise de contrôle de la consommation, qui dispenseraient la personne de devoir à nouveau consulter pour un traitement. L'usage de cocaïne sous forme de poudre est en augmentation dans la population générale à Bruxelles (voir Gisle & Maetens, 2025). Même si cela ne traduit pas par une augmentation des demandes de traitement (voir supra, voir aussi Antoine, 2024, pour la situation au niveau belge), il est possible que l'élargissement de la consommation de cocaïne se répercute sur des usages

problématiques qui touchent désormais aussi de nouveaux publics qui présentent moins fréquemment des antécédents d'usage problématique avec historique de traitement.

Enfin, on observe une diminution du recours à l'injection chez les usager-es de cocaïne (en poudre) en produit principal (34,8 % en 2015 contre 11,8 % en 2024), ce qui n'est pas le cas chez les usager-es de crack où la pratique est restée plus stable (Figure 16). La proportion de polyconsommations problématiques est quant à elle restée relativement stable durant cette période, tant chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne poudre que de crack.

<sup>17</sup> La catégorie «cocaïne total» regroupe la cocaïne en poudre, le crack et les cas sans précision sur le type de cocaïne consommé.



### 5.3. OPIACÉS

Les opiacés<sup>18</sup> constituent, après l'alcool et la cocaïne, la troisième classe de produit la plus souvent mentionnée comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Cette classe de produit est ainsi mentionnée en produit principal par 11 % des patient-es (n= 263). La majorité des demandes mentionnant un opiacé en produit principal réfère à un usage problématique d'héroïne (73,7 %, n=194) ou, dans une bien moindre mesure, de méthadone (13,3 %, n=32)<sup>19</sup>.

18 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.

19 Les autres cas portent sur un usage problématique d'un opiacé non précisé (8,7 %, n=23) ou d'un autre opiacé tels que la buprénorphine (4,9 %,

### PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2024, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal sont des hommes (88,2 %). Les patient-es sont généralement âgé-es de 35 à 54 ans (66,8 %), la moyenne d'âge étant de 44,2 ans (SD=9,6, âge médian = 43 ans). Il s'agit d'une des classes de produit pour laquelle la proportion de femmes est la plus petite.

Globalement, les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal présentent souvent des vulnérabilités sur le plan socioéconomique. Ainsi, moins de la moitié des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (48,2 %), alors qu'une proportion non négligeable vit dans la rue (17,1 %), en institution (19,1 %), dans des logements variables (9,3 %) ou en prison le mois précédent la demande de traitement (5,1 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (34 %), un revenu minimum ou une aide du

CPAS (17,4 %), une allocation de chômage (4,3 %), voire ne dispose pas de revenu propre (20,4 %). Enfin, ces patient-es n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (84 %). Une minorité de patient-es est encore aux études/en formation (1 %) et aucun n'est retraité.

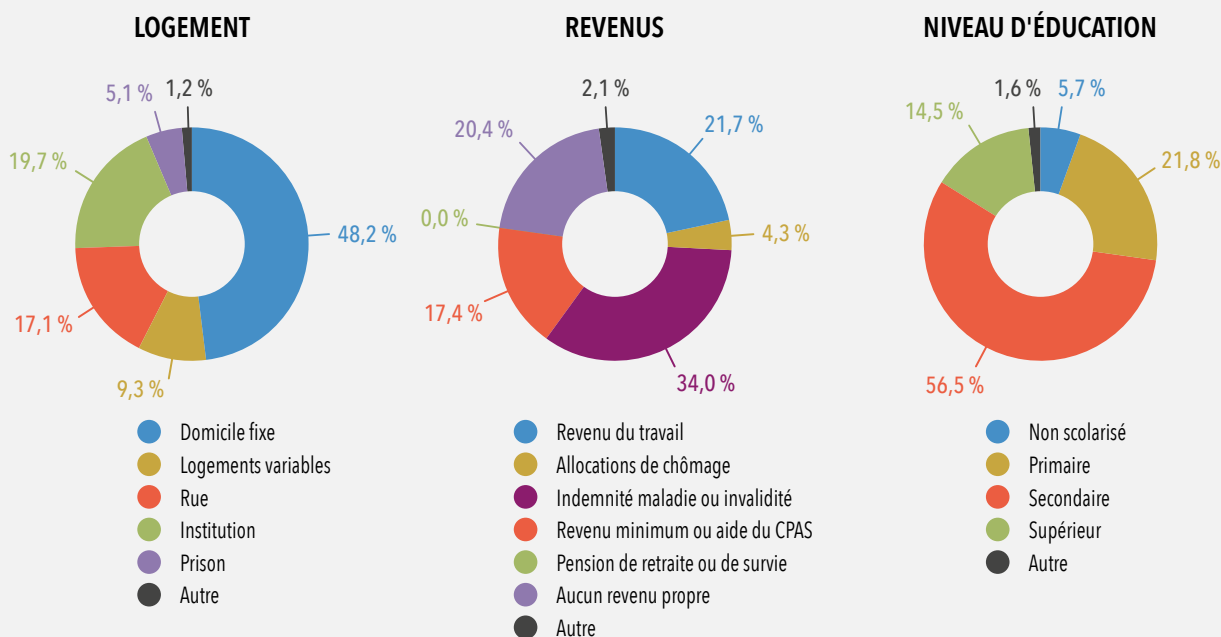
.....  
n=13), le tramadol (2,7 %, n=7), encore l'opium (n=1).

### PROFIL DES DEMANDES

En 2024, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal, seule une minorité (11,5 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. Parmi les patient-es avec antécédents thérapeutiques, la grande majorité (95,5 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, le plus souvent d'un traitement agoniste des récepteurs opioïdes à base de méthadone (88,3 %) ou de buprénorphine (11,7 %), traitement qui a été initié en moyenne lorsque les patient-es avaient 30 ans. Il s'est écoulé en moyenne 6 ans entre la première consommation d'opiacés et l'initiation du 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

Figure 17 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique d'opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

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, alors que pour les autres produits de tels traitements ne sont pas disponibles ; 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 sans trouble associé ; 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 rencontré-es dans les services spécialisés en assuétudes bruxellois a sensiblement vieilli sur la période 2015-2024 (+6,2 ans ; voir ci-dessous).

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

En Belgique, selon les données Pharmanet en population générale, le nombre de personnes ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un opioïde de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2024, passant de 573.104 patient-es à 1.129.250 (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 773.241 en 2024 (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 389.201 en 2024 (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 66.976 en 2024, 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 2007<sup>20</sup> à 87.711 en 2024 (soit 32 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)<sup>21</sup> d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2005 à 64.248.411 en 2024 pour l'ensemble de la Belgique (soit une moyenne de 57 DDD par patient-e par année). En Région bruxelloise, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits était de 4.162.207 en 2024.

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'oxycodone<sup>22</sup>. Pourtant, actuellement, à l'échelle du TDI, le nombre de patients pris en charge pour une problématique de médicaments

opioïdes en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise est particulièrement limité, si on exclut les mésusages des traitements agonistes opioïdes<sup>23</sup>. Ainsi, en 2024, seul-es 13 patient-es ont mentionné avoir un usage problématique de ce type de médicaments en produit principal (le plus souvent de tramadol), ce qui correspond à 0,5 % de l'ensemble des patient-es et à 4,9 % des patient-es ayant mentionné un usage problématique d'opiacés en produit principal. Ces proportions sont stables au cours de la période 2015-2024.

Lorsqu'on élargit l'analyse à l'ensemble de produits problématiques (qu'ils soient principaux ou secondaires), la proportion d'évocations de médicaments opioïdes est à peine plus élevée que lorsque l'on se focalise uniquement sur le produit principal (0,75 % de l'ensemble des patient-es en 2024 ; 4,6 % des patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal). Ces proportions sont également relativement stable dans le temps, hormis en 2022, où la proportion d'évocations atteignait 8,9 % chez les patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal.

Il est bien entendu possible que cet usage problématique soit alimenté par la circulation de médicaments opioïdes sur le marché noir, ce produit pouvant servir de dépanne en cas d'accès plus difficile ou limité à l'héroïne, mais on ne peut exclure que certain-es patient-es aient développé un usage problématique, voire une pharmacodépendance, au départ de prescriptions officielles. En outre, il est possible que les services spécialisés en assuétudes ne soient pas le type de service qui «capture» le plus les demandes de traitement liées à une pharmacodépendance, ou que celles-ci soient actuellement sous-diagnostiquées. 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 sevrage<sup>24</sup>. Il est probable que des constats similaires puissent être objectivés pour les médicaments opioïdes si on favorisait de la sorte l'initiation des traitements.

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

21 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.

22 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.

.....

23 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».

24 <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>

La grande majorité des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (59,5 %), et un quart (26,2 %) suite à la réorientation d'un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es sont en traitement à la demande d'un-e proche (11,5 %) ou de la justice (1,6 %). La majorité des prises en charge est réalisée en centres bas seuil (49,8 %) ou ambulatoires (34,2 %), plus rarement en structure résidentielle (16 %).

## PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation d'opiacés est de 24,8 ans (SD= 8,9, âge médian = 23 ans). La majorité des patient-es (63,6 %) ont déclaré consommer des opiacés au moment de l'introduction de la demande de traitement, et quasiment la moitié (48,5 %) de manière quotidienne. Enfin, près d'un quart des patient-es (36,4 %) a déclaré être en situation d'abstinence d'usage d'opiacés au cours des 30 derniers jours. Cela s'explique par le fait 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 (par exemple, via l'initiation

et la maintenance d'un traitement de substitution adéquat).

Le mode de consommation privilégié par les patient-es est l'inhalation (60,1 %), mais 9,9 % d'entre eux déclarent habituellement consommer leur produit par injection. Près de la moitié des patient-es (38,7 %) déclare d'ailleurs avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie. Et parmi ceux-ci, un peu moins de la moitié (42 %) déclarent avoir déjà partagé des seringues.

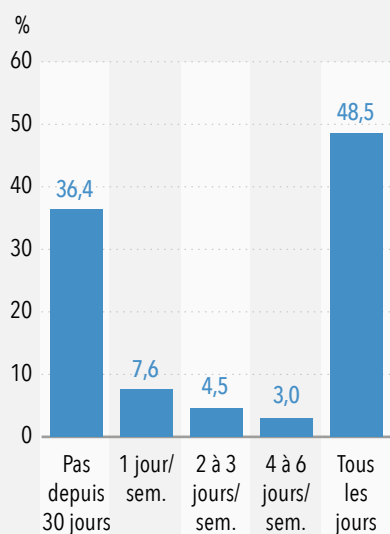
Enfin, plus de la moitié (55,9 %) des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique principale d'opiacés rapportent également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent de crack (24 %), de médicaments hypno-sédatifs (20,5 %), d'alcool (17,1 %), ou encore de cocaïne en poudre (12,9 %) ou de cannabis (10,3 % ; Figure 19). L'usage problématique de prégabaline est en revanche très peu rapporté ici (4,2 %)<sup>25</sup>, alors que la littérature suggère que le

fait de présenter un trouble lié à l'usage d'opiacés est un important facteur de risque de mésusage de prégabaline, dans la mesure où ce produit semble apporter à ces usager-es un bénéfice sur le plan psychologique et somatique (sociabilité accrue, réduction de l'anxiété et des affects négatifs, amélioration de la confiance en soi, réduction des symptômes de sevrage ; Brennan & Van Hout, 2020 ; Evoy *et al.*, 2021). Lorsque l'on envisage l'association entre usage problématique d'opiacés et de prégabaline sans tenir compte du caractère principal ou non de l'usage problématique, il apparaît que l'usage problématique de prégabaline est un peu plus fréquemment rapporté (chez 4,3 % en 2024 parmi les personnes ayant mentionné un usage problématique d'opiacés), mais dans une proportion similaire à celle observée chez les patient-es n'ayant pas mentionné un usage problématique d'opiacés (3 %,  $p > 0.1$ ). L'usage problématique de prégabaline est en revanche nettement plus souvent rapporté par les patient-es en traitement pour un usage problématique d'hypno-sédatifs en produit principal (9,5 % en 2024).

25 On ne peut exclure un éventuel biais de sous-rapportage, ce produit ne figurant pas formellement dans la liste des produits investigués dans le TDI. Il est en effet uniquement comptabilisé

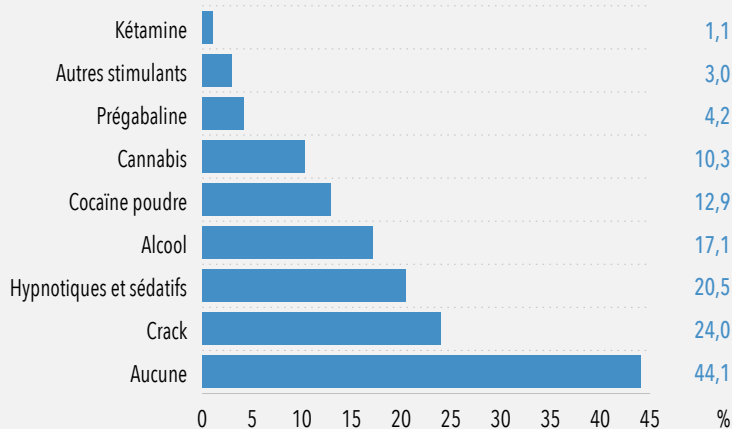
sur base des mentions spontanées dans la catégorie «autres produits».

Figure 18 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation d'opiacés au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



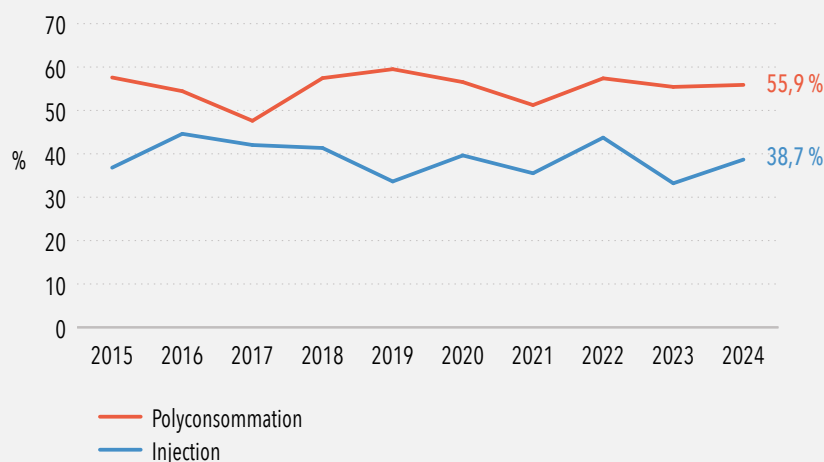
Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 19 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant les opiacés comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 20 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour les opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

## ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2024

Comme nous l'avons déjà signalé, la proportion de patient-es en demande de traitement pour les opiacés en produit principal ont considérablement diminué sur la période 2015-2024 (diminution de 164 %), alors que les mentions en produit secondaire sont restées stables (aux alentours de 7 à 10 %). Le profil sociodémographique des patient-es est stable au cours de cette période, de même que le profil de demande. On observe néanmoins une augmentation progressive de l'âge des patient-es, celui-ci étant passé de 38 ans à 44,2 ans sur cette période. Ces constats convergent vers l'existence d'un vieillissement et d'un non-renouvellement de la population d'usager-es d'opiacés. Au niveau du profil de la demande, on constate une augmentation des prises en charge en ambulatoire (23,3 % versus 34,2 %) en association à une diminution des prises en charge en bas seuil (59,9 % versus 49,8 %). En revanche, aucune évolution n'est observée au niveau des variables relatives à la consommation (notamment en ce qui concerne l'injection et la polyconsommation problématique ; voir Figure 20).



## 5.4. CANNABIS

Le cannabis est le quatrième produit le plus souvent mentionné comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Ce produit est ainsi mentionné en produit principal par 12,1 % des patient-es (n=289).

### PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2024, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal sont des hommes (83,9 %). Les patient-es sont généralement âgés de moins de 45 ans (86,2 %), la moyenne d'âge étant de 33,8 ans (SD=10,2, âge médian = 33 ans). La présence de vulnérabilités socioéconomiques est un peu moins répandue que pour les autres produits. Ainsi, la majorité des demandeur-euses vit dans un domicile fixe

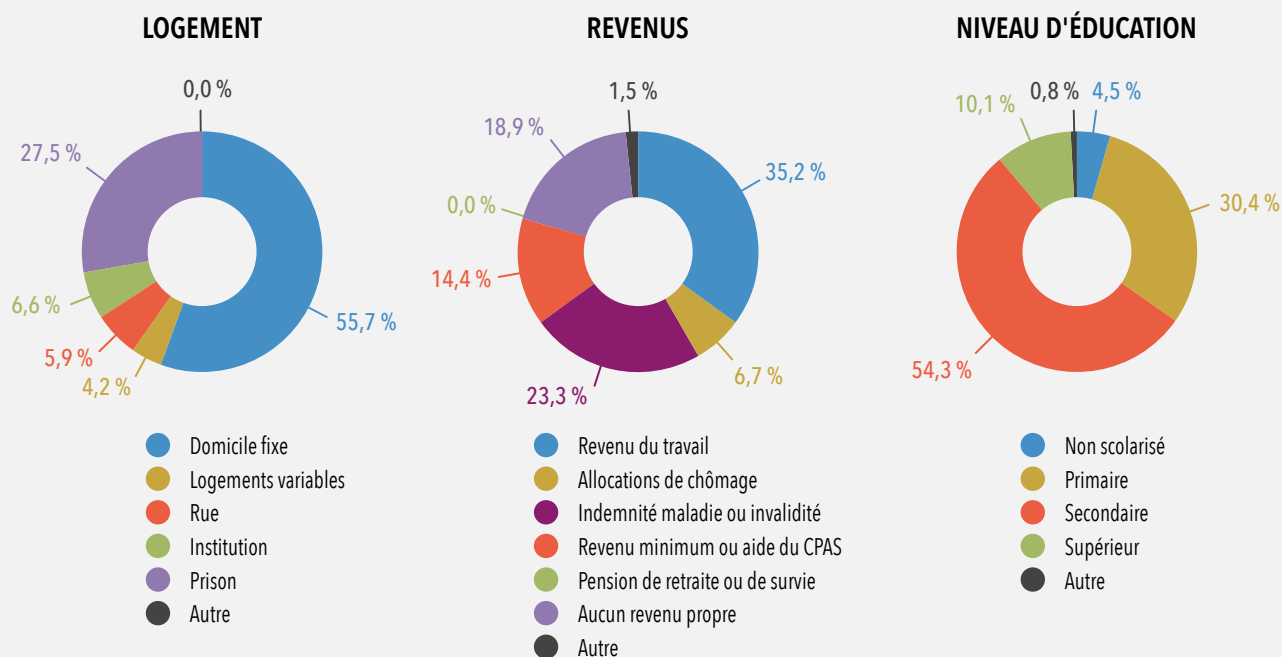
(55,7 %), et seule une faible proportion vit dans la rue (5,9 %), en institution (6,6 %) ou dans des logements variables (4,2 %). En revanche, une proportion importante de patient-es a vécu en prison durant les 30 jours précédant la demande de traitement (27,5 %)²⁶. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si l'usage problématique de cannabis était antérieur à l'incarcération ou s'il s'est développé en milieu carcéral. La consommation de ce produit en milieu carcéral est en effet particulièrement élevée (voir Plettinckx *et al.*, 2023 ; Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2013²⁷), probablement parce qu'elle procure aux détenu-es des moments d'évasion mentale ainsi qu'un moyen de lutter contre l'ennui et contre les affects négatifs liés aux conditions de vie. Dans certains cas, il pourrait s'agir d'aide sous contrainte ou de prise en charge conclue en échange d'aménagement de peine. En effet, une analyse supplémentaire montre qu'un cinquième (19,5 %) des personnes en traitement pour usage problématique de cannabis en produit principal ayant récemment séjourné en prison sont entrées en traitement à la demande de la justice.

Environ un tiers des patient-es (35,2 %) disposent de revenus du travail. Néanmoins, une part non négligeable de patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (23,3 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (14,4 %), une allocation de chômage (6,7 %), ou ne dispose pas de revenu propre (18,9 %). L'absence de revenus peut s'expliquer par le fait qu'une petite portion de patient-es est encore aux études ou en formation (4,9 %), et par la proportion relativement

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

27 Selon ce monitoring des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en milieu carcéral, réalisé en 2010 auprès d'un échantillon de détenu-es incarcéré-es dans les prisons belges, la moitié des détenu-es (49,5 %) aurait déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, 32 % au cours de leur détention, et 5,1 % auraient même initié leur usage de cannabis en prison.

Figure 21 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

élevée de personnes incarcérées, comme nous l'avons déjà mentionné. La proportion de patient-es ayant dépassé le niveau des études secondaires est relativement limitée (10,1 %). Aucun des patient-es n'est retraité.

## PROFIL DES DEMANDES

En 2024, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal, la majorité (69,7 %) n'a pas d'antécédents thérapeutiques, une proportion nettement supérieure à celles que l'on observe pour les autres produits. La majorité des prises en charge pour une problématique d'usage de cannabis en produit principal est réalisée dans des centres ambulatoires (83,4 %), nettement moins fréquemment dans une structure bas seuil (9,7 %) ou résidentielle (6,9 %). La moitié des patient-es (49,3 %) a déclaré avoir initié le traitement sur une base volontaire, et un cinquième (17,4 %) suite à une réorientation d'un autre service (médical, psychologique ou social). La proportion de patient-es en traitement suite à une demande de la justice est relativement importante (19,3 %), en particulier en comparaison des autres produits. Ce constat ne peut pas

entièrement s'expliquer par la proportion élevée de personnes incarcérées chez les patient-es prise en charge pour le cannabis en produit principal, car lorsqu'on exclut de l'analyse les traitements enregistrés par les services d'aide aux détenu-es/justiciables, la proportion de traitements impulsés par la justice reste encore relativement élevée (14,8 %) et plus importante que pour les autres produits. Une autre hypothèse pourrait être que la justice a tendance à avoir recours à l'injonction thérapeutique à l'échelle de (jeunes) usager-es pris en flagrant délit de consommation dans l'espace public, ou à privilégier avec les jeunes justiciables le soin comme mesure probatoire. Cette hypothèse est corroborée par le fait que la proportion de demandes de traitement émanant de la justice est particulièrement élevée chez les jeunes patient-es pris en charge pour un usage problématique de cannabis (30 % chez les moins de 25 ans et 24,2 % chez les 25-34 ans), un phénomène est nettement moins observé pour les autres produits.

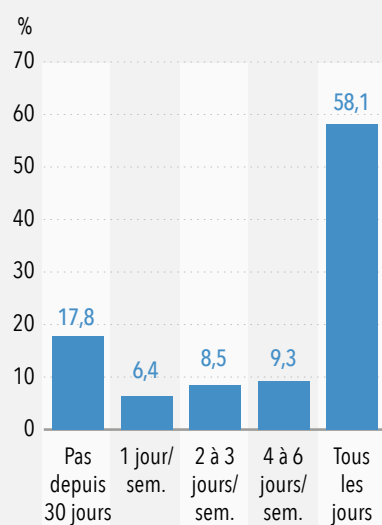
## PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de cannabis est de 17 ans et demi (SD= 6,6, âge médian = 16 ans). La grande majorité

des patient-es (82,2 %) a déclaré être consommateur-rices actif-ves au moment de l'introduction de la demande de traitement, et plus de la moitié (58,1 %) de manière quotidienne. Le mode de consommation privilégié par les patient-es est sans grande surprise l'inhalation/fumette (98,6 %). La faible proportion de patient-es abstinents-es au moment de l'introduction de la demande de traitement (en particulier en comparaison aux autres produits) est probablement corollaire du fait que la prise en charge est essentiellement ambulatoire, alors que des dispositifs de cure et de post-cure (imposant l'abstinence) sont plutôt réservés à la prise en charge de troubles liés à l'usage d'autres produits.

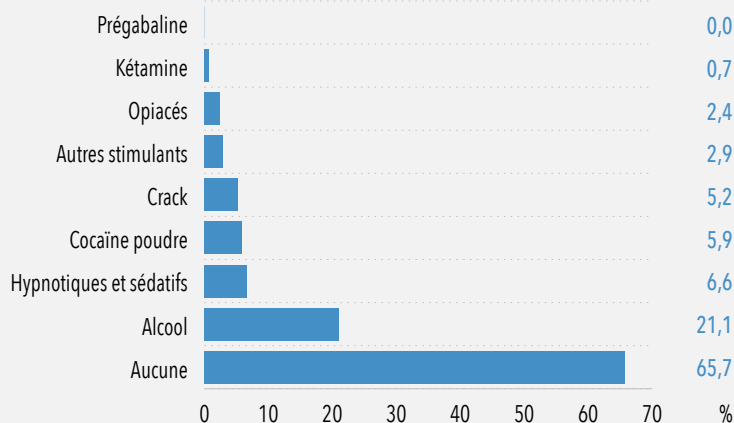
Enfin, seul un tiers (34,3 %) des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique principale de cannabis rapporte également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent d'alcool (21,1 %), et dans une moindre mesure d'hypno-sédatifs (6,6 %), de cocaïne en poudre (5,9 %) et de crack (5,2 % ; voir Figure 23).

Figure 22 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



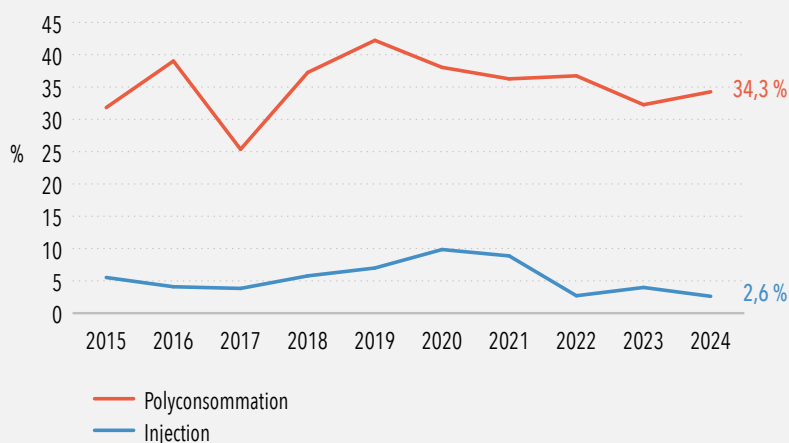
Analyse et mise en page : Eurotox  
Source : Sciensano

Figure 23 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant le cannabis comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 24 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

## ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2024

La proportion de patient-es en demande de traitement pour le cannabis en produit principal est stable sur la période 2015-2024, tout comme la proportion de patient-es mentionnant le cannabis en produit secondaire. La proportion de femmes a augmenté au cours de cette période (passant de 9,5 % à 16,1 %), l'évolution étant à la limite de la significativité sur le plan statistique ( $p=0,03$ ). La proportion de patient-es ayant vécu en prison au cours des 30 derniers

jours a quant à elle doublé, passant de 13 % à 27,5 %. La proportion d'étudiant-es est quant à elle en diminution, celle-ci étant passée de 16,4 % à 4,9 % entre 2015 et 2024. Corollairement, la proportion de patient-es bénéficiant d'un salaire est en augmentation (21,8 % en 2015 contre 35,2 % en 2024) de même que l'âge moyen des patient-es (31,3 ans versus 33,8 ans). Enfin, la proportion de patient-es sans antécédents thérapeutiques est également en augmentation sur la période (56,4 % versus 69,7 %). En ce qui concerne les caractéristiques de la demande, on constate que les patient-es sont davantage pris-es

en charge en structures ambulatoires actuellement que par le passé (62,7 % versus 83,4 %), la tendance inverse étant observée pour les traitements résidentiels (17,7 % versus 6,9 %). Enfin, on n'observe aucune évolution notable au niveau du profil de consommation (voir notamment Figure 24).

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

Le nombre de patient-es concerné par un usage problématique de kétamine, de prégabaline et de médicaments hypno-sédatifs en produit principal est plus réduit. Par conséquent, nous n'en fournissons qu'une analyse limitée.

Depuis plusieurs années, différentes sources de données font état d'une consommation en hausse de kétamine, en particulier dans des contextes festifs, ainsi que de prégabaline, dans les milieux précarisés (voir Régné, Stévenot & Hogge, 2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique de kétamine (38 personnes en 2024) et de prégabaline (41 personnes en 2024) en produit principal restent proportionnellement peu nombreuses par rapport à celles observées pour les autres produits, y compris les médicaments hypno-sédatifs. Ces demandes sont toutefois en augmentation, tout comme les mentions d'usage problématique (principal ou secondaire) (Figure 25).

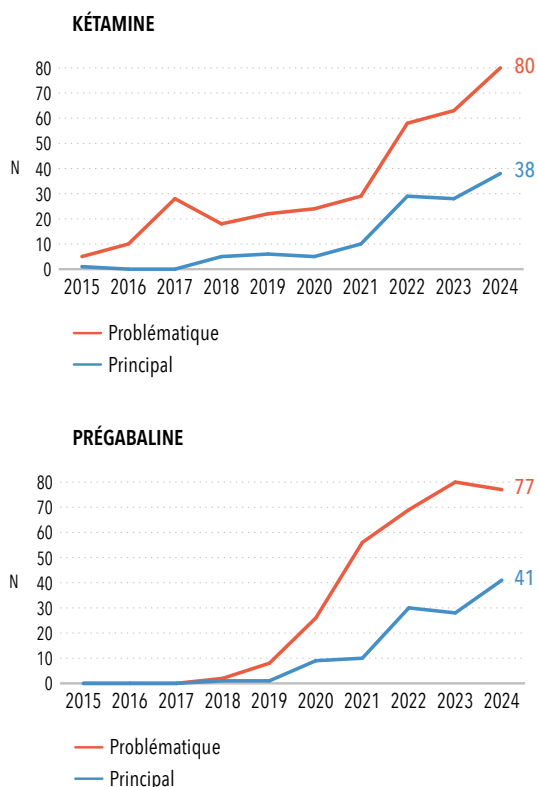
Les demandes de traitement pour la kétamine en produit principal sont apparues en 2018 (5 personnes) et pour la prégabaline en 2020 (9 personnes). Elles ont depuis lors respectivement augmenté de 760 % et de 450 %.

Les profils des patient-es en demande de traitement en 2024 pour un usage problématique de ces deux substances en produit principal résumé ci-dessous et détaillés dans le [Tableau 3](#).

### KÉTAMINE

En 2024, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de kétamine en substance principale sont relativement jeunes, avec un âge moyen de 27 ans (SD= 5,4 ; âge médian = 26 ans). Contrairement aux autres produits où elles sont minoritaires, les femmes représentent plus de la moitié des patient-es pour ce produit (61,1 %). Les patient-es semblent moins précarisé-es que ce que l'on observe pour les autres produits principaux. En effet, 76,3 % d'entre elleux vivent dans un domicile fixe, et seule une minorité est en situation de précarité de logement. Toutefois, seul un quart de patient-es (27,8 %) bénéficie d'un revenu de travail, alors que 47,2 % disposent d'un revenu de remplacement et 13,9 % n'a pas de revenu propre. En outre, la proportion de patient-es ayant dépassé le niveau des études secondaires est relativement limitée (25 %), ce qui ne s'explique qu'en partie par le fait que l'on retrouve une proportion d'étudiant-es (8,8 %). Au niveau du profil des demandes, celles-ci sont peu fréquemment spontanées (26,3 %) et émanent le plus souvent de services médico-psycho-sociaux (44,7 %) ou des proches (26,3 %). Ce sont les centres ambulatoires qui sont le plus souvent sollicités pour ce type de prises en charge (94,7 %). Une minorité de patient-es (37,8 %) a des antécédents thérapeutiques. Au niveau du profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de kétamine est de 20,1 ans (SD= 4,3 ; âge médian = 19,5 ans). La grande majorité des patient-es (88,6 %) a déclaré être consommateur-riche actif-ve au moment de l'introduction de la demande de traitement, et la moitié (45,7 %) en consomme de manière quotidienne. Les patient-es consomment principalement par snif (83,8 %). Une minorité d'entre elleux décrit avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (3,2 %). La majorité des patient-es (63,2 %) ne présente pas de consommation problématique d'autres produits. En cas de consommation problématique d'autres produits, il s'agit le plus souvent de cannabis (21,1 %), de stimulants autre que la cocaïne (15,8 %), et d'alcool (13,2 %), ou, dans une moindre mesure, d'hypno-sédatifs (7,9 %) et de cocaïne en poudre (5,3 %).

**Figure 25 : Évolution du nombre de patient-es ayant mentionné la kétamine ou la prégabaline en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024**



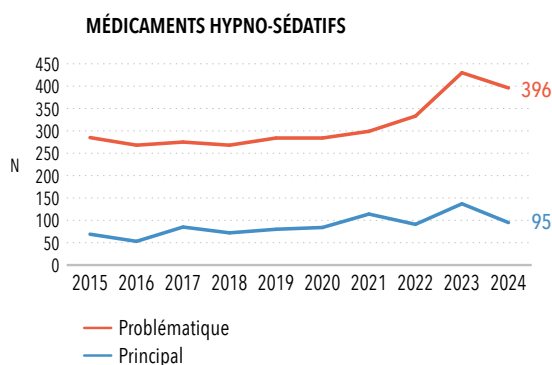
## PRÉGABALINE

En 2024, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de prégabaline en substance principale ont en moyenne 32,2 ans (SD= 9,9 ; âge médian = 32 ans). Mais à l'inverse de ce que l'on observait pour la kétamine, la quasi-totalité des patient-es sont des hommes (97,6 %), qui présentent fréquemment des fragilités sur le plan socio-économique (50 % vivent dans la rue et 69 % n'a pas de revenus propres). Ces patient-es sont quasi systématiquement pris en charge dans les services bas seuil (97,6 %). Les demandes émanent le plus souvent des services médico-psycho-sociaux (47,4 %) ou de l'entourage du patient-e (28,9 %). Seul un tiers des patient-es (35,1 %) a des antécédents thérapeutiques pour un problème d'assuétudes. Au niveau du profil de consommation, quasiment tou-ttes les patient-es (97,5 %) ont déclaré consommer la prégabaline de manière quotidienne. Le mode de consommation privilégié est l'ingestion (97,4 %). Seule une faible proportion des patient-es déclarent avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (8,3 %), mais une large majorité présente une polyconsommation problématique (78 %), le plus souvent de médicaments hypno-sédatifs (63,4 %) ou, dans une moindre mesure, de cannabis (22 %), de cocaïne en poudre (17,1 %) ou de crack (17,1 %).

## MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS

Le nombre de patient-es concerné par un usage problématique d'hypno-sédatifs est plus élevé que ce que l'on constate pour la prégabaline et la kétamine, probablement en raison de leur disponibilité et usage plus répandus dans la population. Il est relativement stable au cours de la période 2015-2024 en ce qui concerne les mentions en produit principal. En revanche, on constate une augmentation des mentions en produit secondaire, expliquant la hausse globale des mentions d'usage problématique (Figure 26).

**Figure 26 : Évolution du nombre de patient-es ayant mentionné un médicament hypno-sédatif en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2024**



En 2024, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en substance principale (N=95) sont âgé-es en moyenne de 39,2 ans (SD= 12,9 ; âge médian = 39 ans). La proportion de femmes est peu élevée (24,2 %), alors que diverses études épidémiologiques ont mis en évidence que leur consommation de médicaments hypno-sédatifs est proportionnellement aussi élevée, voir plus élevée que celle des hommes (voir par exemple Clark, 2015 ; Gisle *et al.*, 2020)<sup>28</sup>. Ces patient-es restent nombreux-euses à présenter des fragilités sur le plan socio-économique (un peu plus de la moitié, soit 56,5 %, a un domicile fixe et plus d'un tiers, soit 39,5 %, n'a pas de revenus propres). Près d'un quart des patient-es (23,2 %) ont dépassé le niveau des études secondaires. Les proportions d'étudiant-es est de 6 % et celle de retraité-es de 1,5 %. Au niveau du profil des demandes, celles-ci sont le plus souvent volontaires (57,6 %) ou émanent de services médico-psycho-sociaux (27,2 %). Les centres ambulatoires et à bas seuil sont le plus souvent sollicités par ce type de prises en charge (52,6 % et 40 %, respectivement). La moitié des patient-es (49,3 %) a des antécédents thérapeutiques. Au niveau du profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de médicaments hypno-sédatifs est 26,2 ans (SD=12,1 ; âge médian = 22 ans). La majorité des patient-es (81,7 %) a déclaré être consommateur-riche actif-ve au moment de l'introduction de la demande de traitement, et 69,0 % en consomment de manière quotidienne. Les patient-es consomment principalement par ingestion (90,2 %). Une minorité d'entre elleux décrivent avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (8 %). Enfin, la moitié des patient-es (53,7 %) présente une consommation problématique d'autres produits, les produits associés étant variés : cannabis (16,8 %), d'alcool (15,8 %), de crack (13,7 %), de cocaïne en poudre (10,5 %), prégabaline (9,5 %), kétamine (5,3 %), autres stimulants (3,2 %).

<sup>28</sup> 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 2024

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 (Tableau 3). Nous allons passer en revue les observations les plus importantes.

L'âge moyen des patient-es se situe autour de la quarantaine pour la plupart des produits (alcool, cocaïne, opiacés, hypno-sédatifs), hormis pour le cannabis, la kétamine et la prégabaline, pour lesquels les patient-es sont globalement plus jeunes (respectivement 33, 26 et 32 ans en moyenne).

Les femmes sont minoritaires pour tous les produits, avec une proportion variant entre 11,8 % et 24,2 %, hormis pour la kétamine, où elles représentent plus de la moitié des patient-es (61,1 %), et pour la prégabaline, où elles sont quasiment non représentées (2,4 %).

Des variations sont également observées au niveau des situations socio-économiques. Ainsi, les patient-es en demande de traitement pour le crack ou la prégabaline (et dans une moindre mesure pour les médicaments hypno-sédatifs) en substance principale sont particulièrement précarisés, en particulier au niveau de la situation de logement et de revenus. Rappelons néanmoins que pour tous les produits<sup>29</sup>, une grande proportion des demandeur-euses bénéficient de revenus de remplacement tels qu'une indemnité maladie ou invalidité, un revenu minimum ou une aide du CPAS, et une proportion non négligeable ne dispose pas de revenus propres, ce qui souligne l'existence d'une précarité socio-économique relativement répandue chez les personnes prises en charge dans les services spécialisés. Par ailleurs, une grande proportion de patient-es vit seul-e, quel

.....  
29 Hormis pour la prégabaline (cf. l'explication ci-dessous).

que soit le produit principal, une situation susceptible de favoriser les vulnérabilités sur le plan psycho-social (moins de soutien psychologique et économique, etc.). La représentation élevée des demandeur-es précarisé-es est probablement amplifiée par le fait que les personnes en situation de trouble lié à l'usage de substance qui ont des moyens économiques ont la possibilité de consulter et suivre un traitement chez un professionnel exerçant en pratique libérale ou en clinique privée, lesquels ne participent pas actuellement à l'enregistrement TDI. Mais les troubles peuvent bien entendu favoriser la précarisation des usager-es. Quoiqu'il en soit, la précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste une réalité pour un grand nombre d'usager-es pris-es en charge en Région bruxelloise.

Les patient-es ayant mentionné un usage problématique de prégabaline en produit principal ne bénéficient généralement pas de revenus propres ni de revenus de remplacements, probablement parce que le mésusage de ce produit est particulièrement observé à l'échelle des personnes ayant un parcours migratoire (voir Richelle & Hogge, 2023), dont bon nombre sont en situation illégale, ce qui ne leur permet pas de prétendre aux revenus de travail déclaré ni aux compensations émanant de l'aide sociale. Ces patient-es sont par ailleurs ceux ayant les niveaux d'éducation les plus faibles<sup>30</sup>.

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 deux tiers pour le cannabis (69,7 %), la kétamine (62,2 %) et la prégabaline (64,9 %), et environ une moitié pour l'alcool et la cocaïne en poudre. À l'inverse, les primo-demandeur-euses sont minoritaires pour le crack (22,4 %) et les opiacés (11,5 %), ce qui peut refléter à la fois le caractère hautement addictif de ces produits et les nombreuses vulnérabilités

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

dont leurs usager-es sont porteur-euses, qui rendent particulièrement difficile l'accès, le maintien de l'abstinence ou de la reprise de contrôle de la consommation.

Une grande proportion des demandes de traitement sont initiées par les personnes elles-mêmes et ce pour la plupart des produits (a fortiori si le-a patient-e présente des antécédents thérapeutiques), sauf pour la kétamine et la prégabaline, dont les demandes émanent le plus souvent d'un service médical, psychologique ou social. Le rôle de ces services apparaît donc comme essentiel pour repérer les usages nocifs et orienter les patient-es vers l'offre de soin spécialisée. Une orientation efficace dépend toutefois de plusieurs facteurs (e.g. capacité d'accueil et délai d'attente de la structure référencée, acceptation par le patient-e de la trajectoire de soin proposée), et le TDI ne permet actuellement pas d'estimer la proportion d'orientations abouties. On constate par ailleurs que pour le cannabis, une proportion non négligeable des demandes (19,3 %) est impulsée par la justice. Ce constat pourrait refléter une tendance de la justice à déployer plus volontiers l'injonction thérapeutique à l'échelle de usager-es intercepté-es dans l'espace public, ou à privilégier avec ceux-ci le soin comme mesure probatoire. L'entrée en traitement par voie judiciaire est particulièrement observée chez les jeunes de moins de 25 ans en traitement pour un usage problématique de cannabis (30 %).

Les services bas seuil d'accès sont davantage mobilisés par les patient-es en traitement pour un usage problématique prégabaline (97,6 %) ou, dans une moindre mesure, d'opiacés (49,8 %), d'hypno-sédatifs (40 %), et de crack (42 %), probablement parce que l'usage de ces produits est particulièrement répandu auprès des publics précarisés auxquels s'adressent ces services. Les centres ambulatoires sont quant à eux privilégiés par les patient-es en demande de traitement pour la kétamine (97,4 %), le cannabis (83,4 %), l'alcool (67,3 %), et la cocaïne en poudre (61,7 %). Les patient-es se tournent plus rarement vers les centres résidentiels,

sans doute parce que le niveau d'exigence est plus élevé, et implique notamment l'abstinence, mais aussi parce que cette offre de soin est plus limitée. Les traitements résidentiels sont le plus souvent observés pour les usages problématiques de crack en produit principal (35,4 %), probablement parce qu'une rupture complète avec le milieu de vie est souvent nécessaire pour apprendre à vivre sans le produit, en raison des nombreuses vulnérabilités dont les usager-es de crack sont souvent porteur-euses.

L'âge moyen de la première consommation du produit principal varie également selon le produit principal. Il se situe autour de 25 ans pour la cocaïne, le crack, les opiacés et les hypno-sédatifs, alors qu'il est plus précoce pour l'alcool, le cannabis et la kétamine, qui sont consommés pour la première fois en moyenne vers 18-20 ans.

Les pratiques de consommation varient considérablement d'un produit à l'autre. Même si la majorité des patient-es déclarent consommer activement le produit lors de l'introduction de la demande, une proportion de patient-es abstinent-es est

également observée, en particulier pour l'alcool et les opiacés. L'abstinence au moment de l'entrée en traitement peut avoir plusieurs explications (e.g. séjour en milieu carcéral ou hospitalisation, sevrage médicalisé avant sollicitation d'une aide psychologique 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).

Plus d'un tiers des patient-es en demande de traitement pour les opiacés en produit principal (38,7 %) décrivent avoir déjà eu recours à l'injection, alors que la proportion de personnes concernées par cette pratique est nettement inférieure pour les autres produits (entre 3 et 12 %).

Enfin, bien que la plupart des patient-es présentent une polyconsommation problématique, les patient-es en traitement pour un usage problématique de d'alcool, de kétamine ou de cannabis en produit principal sont moins concerné-es (respectivement, 38,5 %, 36,78 % et 34,3 %).

**Tableau 3 : Profil des patient-es en traitement en 2024 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal**

	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine	Prégabaline
n=	2.387	784	128	536	263	289	95	38	41
% des demandes	100	32,8	5,4	22,5	11,0	12,1	4,0	1,6	1,7
<b>Âge</b>									
Moyen	40,6	43,9	39,08	40,65	44,24	33,78	39,17	27,14	32,23
Médian	40	43	39	40	43	33	39	26	32
NR (n)	51	13	3	11	4	9	3	1	1
<b>Genre (%)</b>									
Hommes	81,1	77,8	77,0	84,8	88,2	83,9	75,8	38,9	97,6
Femmes	18,9	22,2	23,0	15,2	11,8	16,1	24,2	61,1	2,4
NR (n)	16	3	2	2	0	4	0	2	0
<b>Logement (%)</b>									
Domicile fixe	49,7	59,2	65,3	24,9	48,2	55,7	56,5	76,3	5,3
Logements variables	6,7	4,9	5,6	8,7	9,3	4,2	5,4	7,9	21,1
Rue	20,6	15,1	12,9	42,4	17,1	5,9	23,9	0,0	50,0
Institution	12,3	12,9	5,6	12,7	19,1	6,6	7,6	13,2	18,4
Prison	10,1	6,9	10,5	11,4	5,1	27,5	6,5	0,0	2,6
Autre	0,6	0,9	0	0,0	1,2	0,0	0,0	2,6	2,6
NR (n)	53	11	4	17	6	2	3	0	3
<b>Situation de vie (%)</b>									
Seul	42,0	45,1	29,5	47,7	44,7	27,5	41,9	34,2	55,3
En couple	12,3	13,7	18,0	7,9	12,3	12,0	16,1	5,3	2,6
Avec de la famille	11,6	11,4	19,7	6,9	9,9	19,0	17,2	13,2	5,3
Avec des tiers	10,6	9,0	14,8	11,6	8,3	7,0	10,8	34,2	15,8
Autre	23,5	20,8	18,0	25,9	24,9	34,5	14,0	13,2	21,1
NR (n)	72	19	6	78	10	5	2	0	3
<b>Revenus (%)</b>									
Revenus de travail	22,8	22,4	31,4	13,7	21,7	35,2	23,3	27,8	27,6
Allocations de chômage	6,7	7,7	9,3	6,4	4,3	6,7	2,3	8,3	0,0
Indemnité maladie ou invalidité	30,1	36,6	26,3	27,7	34,0	23,3	30,2	19,4	0,0
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,9	17,0	10,2	22,7	17,4	14,4	2,3	27,8	0,0
Pension de retraite ou de survie	1,5	3,5	0,0	0,4	0,0	0,0	1,2	0	0,0
Aucun revenu propre	20,7	11,7	22,0	28,7	20,4	18,9	39,5	13,9	69,0
Autre	1,3	1,1	0,8	0,4	2,1	1,5	1,2	2,8	3,4
NR (n)	186	47	10	31	28	19	9	2	12
<b>Diplôme (%)</b>									
Non scolarisé	5,0	2,9	5,0	7,3	5,7	4,5	7,2	0	28,0
Primaire	20,3	15,8	14,9	23,3	21,8	30,4	21,7	10,7	32,0
Secondaire	52,1	47,7	56,4	60,3	56,5	54,3	46,4	64,3	28,0
Supérieur	21,4	32,6	23,8	7,3	14,5	10,1	23,2	25	8,0
Autre	1,2	1,0	0,0	1,8	1,6	0,8	1,4	0,0	4,0
NR (n)	655	195	27	206	70	42	26	10	16
<b>Origine de la demande (%)</b>									
La personne elle-même	59,5	57,3	49,6	81,0	59,5	49,3	57,6	26,3	18,4
Famille/Proche(s)	9,9	9,7	13,0	4,0	11,5	12,9	9,8	26,3	28,9
Médecin généraliste	4,4	4,7	5,7	2,3	5,6	1,8	8,7	13,2	2,6
Centre spécialisé en assuétudes	4,4	3,6	8,1	3,8	7,9	2,1	2,2	2,6	13,2
Hôpital	4,6	7,7	3,3	1,5	2,8	2,1	4,3	10,5	5,3
Autre service médical ou psychosocial	9,6	10,0	9,8	4,0	9,9	11,4	12,0	18,4	26,3
Justice	6,4	5,8	8,9	3,2	1,6	19,3	3,3	0,0	0,0
Autre	1,1	1,2	1,6	0,4	1,2	1,1	2,2	2,6	5,3
NR (n)	59	14	5	5	11	9	3	0	3

**Tableau 3 : Profil des patient-es en traitement en 2024 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal**

	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine	Prégabaline
n=	2.387	784	128	536	263	289	95	38	41
<b>Type de centre (%)</b>									
Bas seuil	29,1	18,0	24,2	42,0	49,8	9,7	40,0	2,6	97,6
Ambulatoire	53,6	67,3	61,7	22,6	34,2	83,4	52,6	94,7	2,4
Résidentiel	17,3	14,7	14,1	35,4	16	6,9	7,4	2,6	0,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Antécédents de traitement (%)</b>									
Oui	57,9	53,7	47,7	77,6	88,5	30,3	49,3	37,8	35,1
Non	42,1	46,3	52,3	22,4	11,5	69,7	50,7	62,2	64,9
NR (n)	456	125	21	193	29	28	24	1	4
<b>Âge de la première consommation de la substance principale</b>									
Moyenne	21,56	19,21	25,54	25,52	24,77	17,64	26,14	20,14	22,55
Médiane	18	16	22	24	23	16	22	19,5	20
NR (n)	1115	326	49	358	114	78	45	10	12
<b>Fréquence d'utilisation de la substance principale (%)</b>									
Depuis plus de 30 jours	25,2	30,5	15,7	21,5	36,4	17,8	18,3	11,4	0,0
1 jour/semaine	12,1	11,0	33,0	13,2	7,6	6,4	4,2	11,4	0
2 à 3 jours/semaine	10,0	11,6	14,8	12,7	4,5	8,5	2,8	11,4	2,5
4 à 6 jours/semaine	8,9	11,0	7,8	8,8	3	9,3	5,6	20	0,0
Tous les jours	43,9	35,9	28,7	43,9	48,5	58,1	69,0	45,7	97,5
NR (n)	830	230	13	331	65	53	24	3	1
<b>Mode de consommation (%)</b>									
Injecter	2,4	0,0	9,8	0,6	9,9	0,0	0	0	0
Fumer/inhaler	43,8	0,0	0,0	98,1	60,1	98,6	4,3	8,1	2,6
Manger/boire	43,4	98,6	0,0	0,8	22,5	1,4	90,2	8,1	97,4
Sniffer	9,2	0,0	88,5	0,2	2,8	0,0	5,4	83,8	0
Autre	1,2	1,4	1,6	0,4	4,7	0,0	0	0	0
NR (n)	216	22	6	12	50	12	3	1	1
<b>Comportement d'injection au cours de la vie (%)</b>									
Oui	11,2	4,8	11,8	11,9	38,7	2,6	8,0	3,2	8,3
Non	88,8	95,2	88,2	88,1	61,3	97,4	92,0	96,8	91,7
NR (n)	195	40	9	22	38	21	8	7	5
<b>Polyconsommation problématique (%)</b>									
Oui	48,8	38,5	55,5	58,2	55,9	34,3	53,7	36,8	78,0
Non	51,2	61,5	44,5	41,8	44,1	65,7	46,3	63,2	22,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Analyse et mise en page : Eurotox - Source : Sciensano

# FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES <sup>31</sup>

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

# Demandes de traitement pour l'alcool

services spécialisés, 2024



## NOMBRE

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



**784**  
patient-es

**32,8 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**426**  
patient-es

**26,6 %\*\*\***

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **22,2 %** ♂ **77,8 %**

Âge

Femmes

Hommes

H+F

Quartile 1

37

35

36

Médiane

44

43,5

43

Quartile 3

55

52

52



Revenus

**22,4 %** du travail

**11,7 %** sans revenus

**61,3 %** de remplacement\*



**20,0 %**

en situation de  
logement variable  
/ à la rue



Niveau d'instruction  
le + élevé

**32,6 %** supérieur

**47,7 %** secondaire

**18,7 %** primaire ou -



Situation de vie

**45,1 %** seul

**13,7 %** en couple

**11,4 %** avec famille

**9,0 %** avec tiers

**20,8 %** autre

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

## PROFIL DE TRAITEMENT



**46,3 %**

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



**43 ans**

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



Envoyé en traitement par

**57,3 %** soi-même

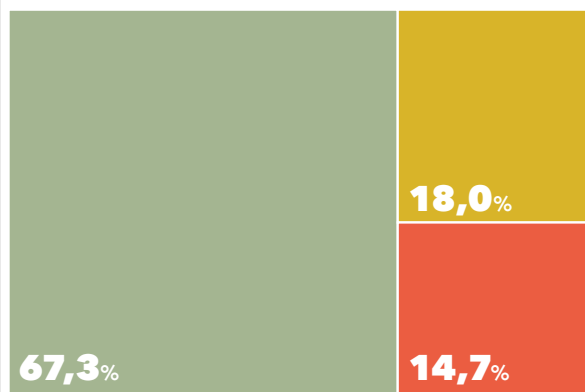
**9,7 %** entourage

**26,0 %** professionnel·les (social, santé)

**5,8 %** justice

Traité en ...

■ Ambulatoire ■ Résidentiel ■ Centre bas seuil



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique **38,5 %**



**17,5 %**  
cannabis



**11,9 %**  
crack



**9,4 %**  
cocaïne  
poudre



**7,0 %**  
hypno-  
sédatifs



**3,2 %**  
opiacés



**35,9 %**  
consomment  
tous les jours

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



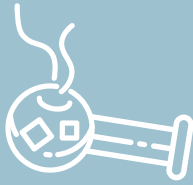
**19,2 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**4,8 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour le crack

services spécialisés, 2024



## NOMBRE

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



**536**  
patient-es

**22,5 %\***

Évolution :  
**augmentation**

Également cité en produit secondaire par

**237** **14,1 %\*\***  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **15,2 %**    ♂ **84,8 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Quartile 1	34	34	34
Médiane	41	40	40
Quartile 3	46	48	47



### Revenus

**13,7 %** du travail  
**28,7 %** sans revenus  
**56,8 %** de remplacement\*



**51,1 %**  
en situation de  
**logement variable**  
/ à la rue



### Niveau d'instruction le + élevé

**7,3 %** supérieur  
**60,3 %** secondaire  
**30,6 %** primaire ou -



### Situation de vie

**47,7 %** seul  
**7,9 %** en couple  
**6,9 %** avec famille  
**11,6 %** avec tiers  
**25,9 %** autre

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

## PROFIL DE TRAITEMENT



**22,4 %**

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



**38,9 ans**

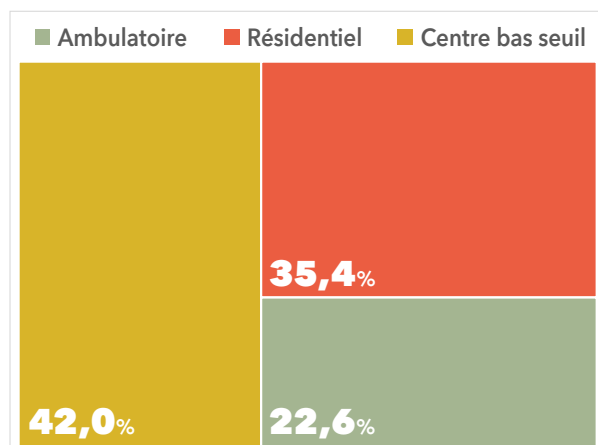
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**81,0 %** soi-même  
**4,0 %** entourage  
**11,6 %** professionnel·les (social, santé)  
**3,2 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique **58,2 %**



**33,6 %**  
alcool



**19,6 %**  
cannabis



**15,9 %**  
hypno-  
sédatifs



**13,4 %**  
opiacés



**6,7 %**  
cocaïne  
poudre



**43,9 %**  
consomment  
tous les jours

**21,5 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



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



**11,9 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour le cannabis

services spécialisés, 2024



## NOMBRE

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



**289**  
patient-es

**12,1 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**386** **18,4%\*\***  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **16,1 %**    ♂ **83,9 %**

### Âge

	Femmes	Hommes	H+F
Quartile 1	26	25	25
Médiane	33,5	33	33
Quartile 3	41	39	40



### Revenus

**35,2 %** du travail  
**18,9 %** sans revenus  
**44,4 %** de remplacement\*



**10,1 %**

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



### Niveau d'instruction le + élevé

**10,1 %** supérieur  
**54,3 %** secondaire  
**34,9 %** primaire ou -



### Situation de vie

**27,5 %** seul  
**12,0 %** en couple  
**19,0 %** avec famille  
**7,0 %** avec tiers  
**34,5 %** autre

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

## PROFIL DE TRAITEMENT



**69,7 %**

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



**31 ans**

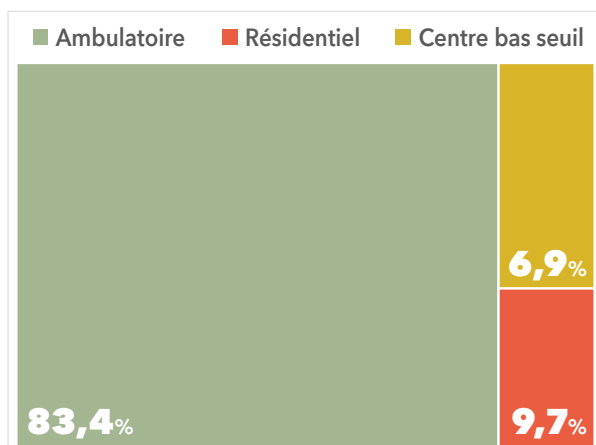
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**49,3 %** soi-même  
**12,9 %** entourage  
**17,4 %** professionnel-les (social, santé)  
**19,3 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **34,3 %**



**21,1 %**  
alcool



**6,6 %**  
hypno-sédatifs



**5,9 %**  
cocaïne poudre



**5,2 %**  
crack



**2,4 %**  
opiacés



**58,1 %**  
consomment tous les jours

**17,8 %**  
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



**17,6 ans** en moyenne lors du 1<sup>er</sup> usage



**2,6 %** ont déjà eu recours à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour les opiacés

services spécialisés, 2024



## NOMBRE

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



**263**  
patient-es

**11,0 %\***

Évolution :  
**diminution**

Également cité en produit secondaire par

**157** **7,4 %\*\***  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **11,8 %**    ♂ **88,2 %**

### Âge

	Femmes	Hommes	H+F
Quartile 1	37	38	38
Médiane	47	43	43
Quartile 3	53	53	53



### Revenus

**21,7 %** du travail  
**20,4 %** sans revenus  
**55,7 %** de remplacement\*



**26,4 %**

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



### Niveau d'instruction le + élevé

**14,5 %** supérieur  
**56,5 %** secondaire  
**27,5 %** primaire ou -



### Situation de vie

**44,7 %** seul  
**12,3 %** en couple  
**9,9 %** avec famille  
**8,3 %** avec tiers  
**24,9 %** autre

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

## PROFIL DE TRAITEMENT



**11,5 %**

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



**43 ans**

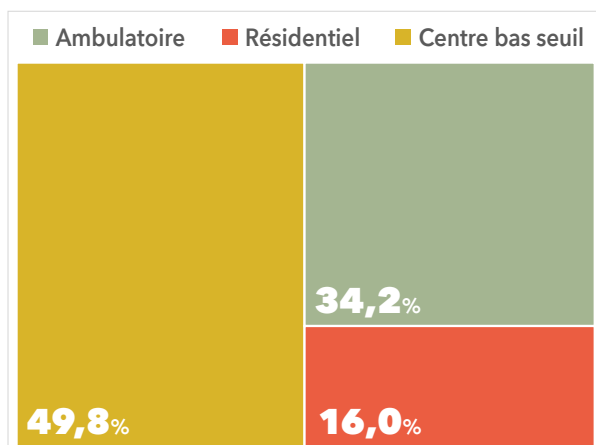
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**59,5 %** soi-même  
**11,5 %** entourage  
**26,2 %** professionnel·les (social, santé)  
**1,2 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique

**55,9 %**



**24,0 %**  
crack



**20,5 %**  
hypno-  
sédatifs



**17,1 %**  
alcool



**12,9 %**  
cocaïne  
poudre



**10,3 %**  
cannabis



**48,5 %**  
consomment  
tous les jours

**36,4 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



**24,7 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**38,7 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

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

services spécialisés, 2024



## NOMBRE

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



**128**  
patient-es

**5,4 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**216**  
patient-es

**9,6 %\*\***

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **23,0 %**    ♂ **77,0 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Quartile 1	30	32	32
Médiane	39	40	39
Quartile 3	44	45	44



### Revenus

**31,4 %** du travail  
**22,0 %** sans revenus  
**45,8 %** de remplacement\*



**18,5 %**  
en situation de logement variable / à la rue



### Niveau d'instruction le + élevé

**23,8 %** supérieur  
**56,4 %** secondaire  
**19,5 %** primaire ou -



### Situation de vie

**29,5 %** seul  
**18,0 %** en couple  
**19,7 %** avec famille  
**14,8 %** avec tiers  
**18,0 %** autre

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

## PROFIL DE TRAITEMENT



**52,3 %**

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



**36,5 ans**

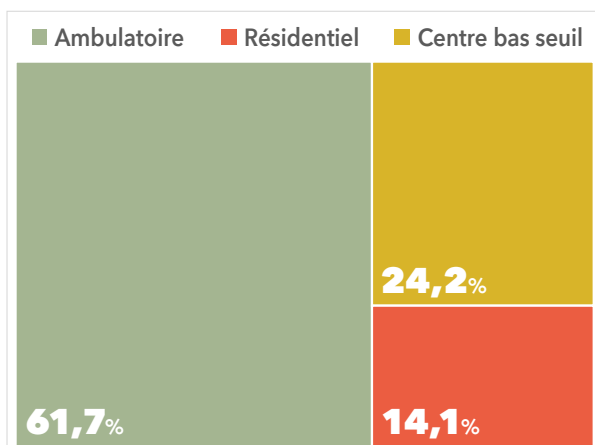
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**49,6 %** soi-même  
**13,0 %** entourage  
**26,9 %** professionnel·les (social, santé)  
**8,6 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **55,5 %**



**32,0 %**  
alcool



**21,9 %**  
cannabis



**9,4 %**  
hypno-sédatifs



**7,0 %**  
opiacés



**5,5 %**  
crack



**28,7 %**  
consomment tous les jours

**15,7 %**  
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



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



**11,8 %** ont déjà eu recours à l'injection de drogues

# LES PRISES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

## LA SITUATION EN 2024

La présente section a pour objectif d'épingler le profil des patient-es pris-es en charge en 2024 dans les structures hospitalières, en identifiant leurs spécificités par rapport aux patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés. Les données descriptives sont synthétisées dans le [tableau 4](#).

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

Dans les hôpitaux, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2024 dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise (n=776) ont mentionné un usage problématique d'alcool en produit principal (75,9 %), une proportion 2,3 fois plus élevée que ce que l'on observe dans les services spécialisés (32,8 %). Les autres produits sont mentionnés en produit principal de manière beaucoup moins fréquente : cocaïne/crack (8,6 %), cannabis (7,6 %), médicaments hypno-sédatifs (1,9 %), les autres stimulants (0,9 %), les hallucinogènes (0,8 %) et les opiacés (0,5 %).

Au niveau du **profil sociodémographique**, il apparaît que les services hospitaliers accueillent un public un peu plus âgé (en moyenne 45,8 ans) qu'en centres spécialisés (40,6 ans). La proportion de femmes y est quasiment deux fois plus élevée (33,4 % versus 18,9 %), et est particulièrement importante chez les patient-es en demande

de traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en produit principal (60 %). Pour rappel, cette différence de genre peut en partie s'expliquer par le fait que les services spécialisés sont en général fortement « masculinisés » et moins adaptés aux spécificités féminines, mais aussi parce que les prises en charge en milieu hospitalier sont plus discrètes et moins stigmatisantes, des caractéristiques qui peuvent faciliter les démarches pour les femmes. Les patient-es pris-es en charge dans les hôpitaux présentent de manière un peu moins fréquente des vulnérabilités socioéconomiques (e.g. logement et revenu précaires, faible niveau d'éducation). Par exemple, la proportion de personnes vivant dans un domicile fixe est largement plus importante dans les services hospitaliers que dans les services spécialisés (84,8 % contre 49,7 %) et la proportion de patient-es sans revenus propres y est moindre (3,3 % contre 20,7 %).

Au niveau du **profil de la demande**, la proportion de patient-es primo-demandeur-ses est similaire en milieu hospitalier et dans les services spécialisés. Au niveau de l'origine de la demande, la proportion de demande émanant du patient-e est un peu plus élevée en structure hospitalière que dans les services spécialisés pour les demandes liées à l'alcool (76,6 % versus 57,3 %).

Au niveau du **profil de consommation**, on retrouve une proportion moins élevée de patient-es mentionnant une polyconsommation problématique en structure hospitalière que dans les services spécialisés (21,8 % versus 48,8 %). Le même constat est observé pour les pratiques d'injection (3,1 % versus 11,2 %). Ces différences s'expliquent par la grande proportion de patient-es en traitement pour un trouble lié à l'usage d'alcool en milieu hospitalier, patient-es pour lesquels ces pratiques sont moins répandues.

## TENDANCES ET ÉVOLUTION

La [Figure 27](#) illustre l'évolution de la proportion de patients pour les cinq catégories de substances les plus représentées en tant que produit principal sur la période 2015-2024. L'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée sur cette période. Les proportions de patient-es pris-es en charge pour ce produit ont légèrement mais significativement augmenté au cours de cette période, passant de 66,1 % en 2015 à 75,9 % en 2024. Pour les autres produits, les proportions sont restées stables, hormis en ce qui concerne les demandes de traitement pour les opiacés, qui sont passées de 6,9 % en 2015 à 0,5 % en 2024, confirmant ainsi la tendance observée dans les services spécialisés.

Tableau 4 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise, par produit principal, 2024

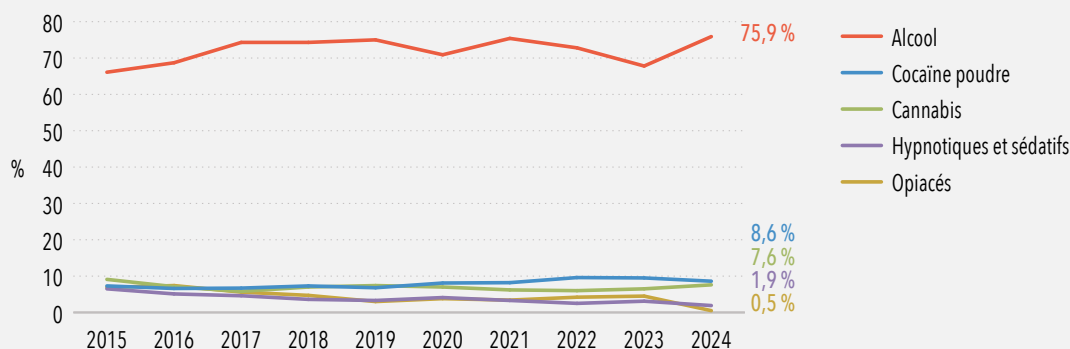
	Tous produits	Alcool	Cocaine/Crack	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
<b>n=</b>	<b>776</b>	<b>589</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>15</b>
Demandes (%)	100	75,9	8,6	7,6	1,9
<b>Âge</b>					
Moyenne	45,8	47,8	40,5	33,3	53,7
Médiane	46	48	40	32	55
NR (n)	85	39	21	12	3
<b>Genre (%)</b>					
Hommes	66,6	69,6	62,7	66	40
Femmes	33,4	30,4	37,3	34	60
NR (n)	1	0	0	0	0
<b>Logement (%)</b>					
Domicile fixe	84,8	88,8	58,5	84,7	86,7
Logements variables	5,9	3,6	18,5	8,5	6,7
Rue	4,8	2,9	20	3,4	6,7
Institution	4,1	4,2	3,1	3,4	0
Prison	0	0	0	0	0
Autre	0,4	0,5	0	0	0
NR (n)	2	0	2	0	0
<b>Situation de vie (%)</b>					
Seul	49,7	53,4	50,8	31,6	28,6
En couple	26	27,4	12,7	21,1	42,9
Avec de la famille	17,2	14,2	15,9	35,1	28,6
Avec des tiers	6,4	4,8	19	7	0
Autre	0,7	0,2	1,6	5,3	0
NR (n)	6	2	2	0	1
<b>Revenus (%)</b>					
Revenus de travail	17,5	18,3	11,1	21,7	0
Allocations de chômage	8,3	7,4	14,8	10,9	7,7
Indemnité maladie ou invalidité	50,4	51,4	51,9	45,7	53,8
Revenus minimum ou aide du CPAS	11,1	10,3	14,8	4,3	7,7
Pension de retraite ou de survie	7,7	8,5	1,9	2,2	23,1
Aucun revenu propre	3,3	2,5	3,7	10,9	7,7
Autre	1,8	1,6	1,9	4,3	0,0
NR (n)	73	33	13	13	2

	Tous produits	Alcool	Cocaine/Crack	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
<b>n=</b>	<b>776</b>	<b>589</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>15</b>
<b>Diplôme (%)</b>					
Non scolarisé	1,6	1,1	4,3	4	0
Primaire	15,5	14,5	21,7	20	18,2
Secondaire	56	54,9	60,9	56	63,6
Supérieur	26	28,5	13	20	18,2
Autre	0,9	0,9	0	0	0
NR (n)	87	39	21	9	4
<b>Origine de la demande (%)</b>					
La personne elle-même	71,2	76,6	52,2	50	40
Famille/Proche(s)	7,1	5,3	10,4	19	13,3
Réorientation (services médico-psycho-social)	20,8	17,1	37,3	29	46,7
Justice	0,3	0,3	0	0	0
Autre	0,6	0,7	0	1,7	0
NR (n)	5	4	0	1	0
<b>Antécédents de traitement (%)</b>					
Oui	58,2	57,8	74,1	42,6	46,7
Non	41,8	42,2	25,9	57,4	53,3
NR (n)	22	3	9	5	0
<b>Âge de la première consommation de la substance principale</b>					
Moyenne	20,3	19,3	27,8	17,8	37,8
Médiane	17	17	25	16	37
NR (n)	130	67	20	11	3
<b>Comportement d'injection au cours de la vie (%)</b>					
Oui	3,1	1,9	13,7	0,0	15,4
Non	96,9	98,1	86,3	100	84,6
NR (n)	44	13	16	6	2
<b>Polyconsommation problématique (%)</b>					
Oui	21,8	12,7	61,2	27,1	33,3
Non	78,2	87,3	38,8	72,9	66,7
NR (n)	0	0	0	0	0

Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Figure 27 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise sur la période 2015-2024, par produit principal



Analyse et mise en page : Eurotox – Source : Sciensano

Malgré l'intérêt que cet indicateur présente, il convient d'être prudent-e lors de l'extrapolation des résultats présentés ci-dessus, pour les raisons évoquées en introduction que nous rappelons brièvement :

- la couverture est actuellement limitée aux services spécialisés en assuétudes et aux hôpitaux ;
- il porte sur l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement et non sur l'ensemble des personnes en traitement sur une période donnée ;
- l'identifiant unique qui permet de centrer les analyses sur les patient-es ne bénéficie actuellement que d'une utilisation limitée ;
- la récolte se fait sur base volontaire, repose sur les déclarations du patient-e, et certaines questions ont des taux de non-réponses particulièrement élevés ;
- il ne fournit aucune indication sur l'issue de la demande de traitement (prise en charge effective, réorientation, le-la 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 ce que l'on cherche explicitement. Or les usages de drogues et les problématiques d'assuétudes sont

des phénomènes en constante mutation en raison de l'apparition de nouveaux produits, de nouvelles pratiques, de nouveaux publics. La révision actuelle du protocole, qui sera 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.
- Andler, R., Rabet, G., Guignard, R., Pasquereau, A., Quatremere, G., Richard, J.B., Nguyen-Thanh, V. et le groupe Baromètre de Sante publique France 2017 (2021). Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel. Résultats du Baromètre de Sante publique France 2017.
- 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.
- Antoine, J. (2024). L'enregistrement TDI en Belgique – Rapport annuel, année d'enregistrement 2023. Bruxelles : Sciensano. Numéro de dépôt légal : D/2024.14.440/77.
- Beard, E., Brown, J., West, R., Angus, C., Brennan, A., et al. (2016). Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PLoS One*, 11(9): e0160666.
- Brennan, R., & Van Hout, M.C. (2020). "Bursting the Lyrica bubble": experiences of pregabalin use in individuals accessing opioid agonist treatment in Dublin, Ireland. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 22, 5-13.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Bunn, W.H., & Giannini, A.J. (1992). Cardiovascular complications of cocaine abuse. *American Family Physician*, 46, 769-773.
- Clark, M. (2015). *The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*. Council of Europe.
- Collins, S.E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research*, 38, 83-94.
- Cross, J.C., Johnson, B.D., Davis, W.R., & Liberty, H.J. (2001). Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 191-201.
- EUDA (2025a). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EUDA (2025b). *Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study*. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evoy, K.E., Sadrameli, S., Contreras, J., Covey, J.R., Peckham, A.M., & Morrison, M.D. (2021). Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs*, 81, 125-156.
- Gisle, L., & Maetens, A. (2025). *Enquête de santé 2023-2024 : Usage des drogues*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2025.14.440/75.
- 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.
- Mongan, D., Millar, S.R., Carew, A.R., Kelleher, C., Daly, A. et al. (2025). Trends in cocaine use and cocaine-related harms in Ireland: a retrospective, multi-source database study. *BMC Public Health*, 25:2285.
- Palamar, J.J, Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108-116.
- Plettinckx, E., Harth, N., De Smet, S., Gremeaux, L. & Dirckx, N. (2023). *Health, wellbeing and drug use among persons in prison*. Belgian results of the PRS-20 project 2021-2023. Brussels: Sciensano.

- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 1314-1327.
- Probst, C., Lange, S., Kilian, C., Saul, S., & Rehm, J. (2021). The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol - attributable mortality risk - a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 19:26.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale*. 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.
- Santé Publique France (2021). *Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel. Résultats du baromètre de Santé Publique France*.
- 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.
- Van Malderen, S., Pauwels, I., Walthoff-Borm, c., Glibert, P., & Todts, S. (2013). *La consommation de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques pour la santé*. Bruxelles : SPF Justice.
- Vowles, K.E., McEntee, M.L., Siyahhan Julnes, P., Frohe, T., et al. (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*, 156, 569-576.
- Zucoloto, A.D., Eller, S., de Oliveira, T.F., Wagner, G.A., Fruchtengarten, L.V.G., de Oliveira, C.D.R. & Yonamine, M. (2020). Relationship between cocaine and cocaethylene blood concentration with the severity of clinical manifestations. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 404-408.

**EUROTOX ASBL** | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **DÉCEMBRE 2025**

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

Ce document est disponible  
en version pdf (aussi en NL) sur le site | [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)

**eurot****tox**

AVEC LE SOUTIEN DE

