

ASBL DIAPASON – TRANSITION

RAPPORT D'ACTIVITES 2022 DE TRANSITION

CENTRE DE COURT SEJOUR POUR USAGERS DE DROGUES

Chaussée de Fleurus, 216
6060 GILLY

Tél. : 071/48 95 08

Fax : 071/48 95 52

Email : secretariat@asbl-transition.be

Site : www.asbl-diapason-transition.be

TABLE DES MATIERES

I.	RELATION THERAPEUTIQUE, POUVOIR ET TRANSFERT	7
II.	L'ACCUEIL DES FEMMES A TRANSITION	11
III.	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	13
A.	Hébergement	13
1.	Nombre de séjours – nombre de patients	13
2.	Taux d'occupation	13
3.	Moyenne d'occupation mensuelle	14
4.	Nouveaux patients	14
5.	Durée des séjours	15
B.	Patients	16
1.	Sexe	16
2.	Age	17
3.	Parentalité	18
4.	Nationalité	19
5.	Mode de vie	19
6.	Lieu d'habitation	19
7.	Ressources	20
8.	Niveau de scolarité	20
9.	Envoyeur principal	21
10.	Antécédents judiciaires	21
C.	Admission	22
1.	Lieux des entretiens d'admission	22
2.	Rapport entre le nombre d'entretiens d'admission et entrées	23
3.	Conditions d'assurabilité	24
D.	Données d'ordre clinique	24
1.	Contenu de la demande à l'entrée	24
2.	Mode de fin de contrat	26
3.	Projet travaillé avec les patients	26
E.	Mode et type de consommation	27
1.	Alcool	29
2.	Cannabis	30
3.	Héroïne	31
4.	Méthadone	34
5.	Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)	35
6.	Cocaïne	36
7.	Drogues de synthèses	37
8.	Médicaments	39
9.	Autres données médicales	43
10.	Conclusions	47
IV.	ACTIVITES EXTERIEURES	55

« Et puis, il y a ceux que l'on croise, que l'on connaît à peine, qui vous disent un mot, une phrase, vous accordent une minute, une demi-heure et changent le cours de votre vie. »

Victor HUGO

« Une femme libre est exactement le contraire d'une femme légère. »

Simone DE BEAUVOIR

I. RELATION THERAPEUTIQUE, POUVOIR ET TRANSFERT

Les relations thérapeutiques, comme toutes les rencontres humaines, ne sont pas exemptes d'enjeux de pouvoir.

En effet, le pouvoir se définit comme la capacité de contrôler les termes d'une relation d'échange afin qu'elle nous soit favorable. Le pouvoir existe dans toutes relations caractérisées par une asymétrie des ressources et (ou) par des positions inégalitaires et déséquilibrées.

Cela correspond bien à la définition de la relation thérapeutique, dans un entretien ou au sein d'une communauté, où une personne en souffrance vient faire une demande auprès d'un professionnel. La relation est asymétrique que ce soit par rapport au déséquilibre des positions entre celui qui fait la demande et celui qui fait l'offre ou que ce soit par rapport aux ressources, ici les connaissances théoriques et l'expérience du professionnel. Le thérapeute est donc celui qui est en position de contrôler la relation. Mais le travailleur, fort de son empathie et de sa bienveillance, n'est peut-être pas toujours conscient de ces enjeux présents tant pour le bénéficiaire que pour lui. Cette méconnaissance peut entraîner, au minimum, une incompréhension face à certaines réactions du patient et des blocages dans le travail thérapeutique et peut, dans le pire des cas, entraîner des abus de pouvoir dans le chef du thérapeute et une rupture du lien.

Même si ces enjeux de pouvoir sont inévitables et même nécessaires comme on le verra, il est donc essentiel de pouvoir les repérer chez soi et chez l'autre et de réfléchir à ce que l'on peut en faire dans la relation thérapeutique.

Nous allons voir que le pouvoir du thérapeute sur le bénéficiaire est à la fois réel, symbolique et imaginaire.

Il y a des différences réelles et concrètes dans les positions du thérapeute et du bénéficiaire. Ce dernier va peu à peu devoir se dévoiler et mettre à nu les événements de sa vie les plus douloureux, ses désirs les plus honteux alors que le thérapeute va rester en retrait, caché derrière la notion de neutralité bienveillante. Le patient, souvent dans une situation de crise est dans la demande et dans l'attente alors que le professionnel est en position d'aide et d'accompagnement. Le thérapeute est aussi celui qui a le plus concrètement le pouvoir sur le cadre en déterminant le rythme des séances, leurs coûts, son terme.

Il semble évident que le thérapeute ne doit pas abuser de ce pouvoir réel. Ses décisions doivent être motivées par une réflexion théorique sous-jacente et toujours prises dans l'intérêt du bénéficiaire. Il doit garder à l'esprit que le patient est dans une très grande vulnérabilité du fait de sa souffrance personnelle mais aussi de la démarche qu'il a entreprise en venant le voir et que chacune de ses paroles et de ses décisions ont un impact important sur la vie de cette personne. En psychanalyse, il est très important qu'il y ait toujours une forme de paiement du traitement. Par exemple, Dolto demandait aux enfants qu'elle suivait d'apporter un dessin guise de rémunération. Cela permet, entre autres raisons, au bénéficiaire de retrouver une forme de pouvoir dans l'échange.

Il existe aussi un pouvoir symbolique dans la relation thérapeutique. En psychanalyse, on parle du supposé-savoir. Le patient va supposer à un autre un savoir sur son propre inconscient et c'est cette illusion qui va lui permettre d'exprimer une demande, d'entamer le processus thérapeutique et qui va donner naissance au transfert. Il s'agit bien d'une illusion et non d'une réalité. En effet, même si le thérapeute est un professionnel qui a été formé et qui a une expérience de l'accompagnement, il ne possède pas de réponse toute faite concernant ce bénéficiaire en particulier.

Même s'il accepte d'être mis dans cette position de supposé-savoir par son patient et de l'incarner temporairement dans la relation thérapeutique, le thérapeute doit abandonner toute velléité de toute puissance et rester toujours conscient que son savoir est limité et qu'il doit constamment être remis en question.

La dimension imaginaire du pouvoir dans le travail thérapeutique prend ses origines dans les toutes premières relations d'attachement du bénéficiaire qu'il va inconsciemment projeter sur la personne du thérapeute et qui vont ainsi pouvoir être travaillées. C'est ce qu'on appelle le transfert. Ces premières relations d'attachement peuvent être insécurisantes, manquantes ou ambivalentes ce qui va déterminer la coloration particulière du pouvoir que le patient attribue imaginairement au thérapeute. Mais les courants profonds et cachés du transfert ne se révèlent pas toujours facilement et il est parfois difficile pour nous thérapeute de comprendre ce que le patient vit dans la relation thérapeutique.

Il est très important que le thérapeute puisse repérer le transfert et tout ce que le patient va projeter sur lui. Car si le transfert est un outil très puissant il peut aussi, s'il n'est pas perçu, devenir un frein important dans la thérapie. Les émotions archaïques qui agitent le bénéficiaire peuvent entraîner toute une série de réponses affectives inadéquates dans une tentative du patient de reprendre le contrôle de la situation et de se protéger de ses projections incarnées par le thérapeute. Par exemple, on peut dans certains cas observer une stase de l'esprit et des capacités réflexives mais aussi des réactions de rigidification de la pensée, d'agressivité, de méfiance ou de manipulation. Les réactions positives d'attachement massif, de demande d'amour et de séduction ne sont pas moins dangereuses. Chez les patients plus fragiles, présentant des troubles identitaires, d'autres réactions peuvent apparaître comme des phénomènes de perte du soi où le bénéficiaire ne sait même plus ce qu'il ressent, veut ou pense et où il colle à tout ce qu'il perçoit ou croit percevoir chez son interlocuteur.

Ces émotions projetées sur le thérapeute ne vont pas restées sans effet sur lui. L'identification projective, qui est une communication inconsciente et préverbale d'états et de processus affectifs internes entre bénéficiaire et thérapeute, peut figer la pensée de ce dernier. Son psychisme étant envahi par les émotions archaïques violentes du patient. De plus, ces affects vont faire collusion avec le propre vécu infantile du thérapeute et réactualiser ses relations primaires. C'est ce que l'on nomme le contre transfert. Celui-ci doit impérativement être repéré au risque d'être dans la toute-puissance (sauver) ou la rétorsion (punir).

JF Gravouil¹, dans son livre propose de passer du « pouvoir sur » au « pouvoir avec » en rendant les enjeux de pouvoir explicites dans la relation et en les mettant au travail. Dire ce qui se passe et faire le lien avec le passé est ce qui ouvre la porte à la remémoration de l'histoire infantile et la perlaboration des émotions archaïques liées aux traumatismes.

J'insisterai aussi sur l'importance d'un travail thérapeutique personnel chez tout praticien. Celui-ci devrait lui permettre de mieux se connaître et de pouvoir repérer et désamorcer plus facilement ce qui se joue pour lui dans le contre transfert dans lequel il est inévitablement pris. Des supervisions régulières, dans le cas de certains patients qui nous sollicitent plus personnellement, sont aussi une bonne solution. Dans les institutions, le partage entre collègues dans les moments informels ou les réunions d'équipe permettent de mettre du tiers dans la relation et ainsi de remettre en mouvement la pensée et le discours. Cela permet également d'éviter de possible abus de pouvoir dans la relation d'aide et de soutenir le professionnel pris dans des émotions parfois débordantes.

Mes réflexions peuvent être étendues à d'autres cadres de travail. En effet, ces phénomènes ne se passent pas que dans une relation thérapeutique classique patient-psychothérapeute mais aussi dans les relations soignant-résident dans un cadre institutionnel. Le transfert, qui s'actualise sur chaque soignant et sur les autres résidents sera ainsi moins intense. René Kaës parle de diffraction du transfert. Le transfert est diffracté sur la pluralité des potentialités identificatoires qu'offrent les autres (soignants et patients). Cette configuration est particulièrement nécessaire pour des patients très fragiles car plus les premières relations d'attachement ont été mauvaises et plus le transfert est intense, déstructuré et violent et plus il est important qu'il puisse être diffracté sur plusieurs personnes qui pourront ensuite ensemble le reconstituer. C'est le travail sur les constellations transférentielles de F. Tosquelles. Ce phénomène permet aussi de préserver des relations et des liens plus positifs même si d'autres sont négatives.

En conclusion, nous avons vu que le pouvoir dans la relation thérapeutique est inévitable et même nécessaire. Il s'agit d'un pouvoir réel dans la relation mais aussi d'un pouvoir symbolique lié au supposé savoir et imaginaire émergeant de la réactualisation des vécus traumatiques originaires dans le transfert. Ces pouvoirs vont être à la fois source de changement mais peuvent aussi être des freins ou de danger d'abus dans le travail thérapeutique s'ils ne sont pas perçus par le thérapeute. Ce dernier peut alors peu à peu permettre une reviviscence des émotions infantiles et leur perlaboration. La formation, l'expérience mais aussi une bonne connaissance de soi et l'introduction de tiers permettent au travailleur d'éviter les écueils de ce pouvoir.

Ledent Christine
Psychologue

¹ JF Gravouil* (Vers un empouvoirement de la dyade thérapeute/client. JF Gravouil. Gestalt 2017/1 (n°50), pg 25-34.)

II. L'ACCUEIL DES FEMMES A TRANSITION

Transition, bien qu'elle soit mixte, accueille, comme la majorité des institutions œuvrant dans le champ de la toxicomanie, un plus grand nombre d'hommes que de femmes.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence. Premièrement, il peut être difficile pour une femme, si elle a des enfants, de trouver un moyen de garde sécurisant et à long terme. Une étude de 2015 de l'INSEE montre que dans 74% des cas de séparation parentale, le juge accorde la garde principale à la mère lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge, estimant que le besoin d'attachement à la mère est primordial dans le bon développement de l'enfant.

D'autre part, certaines femmes éprouvent de la honte à l'idée d'intégrer un centre de soins. Une honte liée à l'image de la femme véhiculée dans la société. Bien qu'elle reste subjective et propre à chacun, l'image de la femme est rarement liée à la toxicomanie.

Audrey Marcillat, citée par Mauro Almeida Cabral, parle quant à elle de « normes de féminité ». Ces normes seraient des représentations sociales des femmes qui mettent en avant l'idée que les femmes sont concernées par leur hygiène personnelle, prennent soin d'elles et surtout qu'elles sont destinées à être mères. Des normes qui se situent parfois bien loin de ce que nous sommes amenés à voir à Transition.

Cette question de la maternité reste centrale lorsque l'on accueille, chez nous ou ailleurs, des femmes toxicomanes. Comme si la dimension du genre en elle-même était évacuée, que la femme en était réduite à sa position de mère (ou non-mère).

Par ailleurs, le symptôme de toxicomanie est parfois mis en second plan dans la prise en charge des femmes qui sont dès lors plus souvent orientées vers des services psychiatriques où l'accent est mis sur des symptômes d'ordre dépressif ou anxieux.

L'accueil mixte à Transition signifie que les patients, hommes et femmes sans distinction, partagent ensemble tous les lieux et les activités (mis à part les chambres).

La question de cette cohabitation nous interroge tout particulièrement tant nous observons des écueils dans cet accueil mixte.

Longtemps, l'arrivée d'une résidente à Transition était redoutée : « ça va chambouler le groupe ». Les travailleurs craignaient notamment l'instauration de rapports de séduction et des dynamiques de couple mettant à mal la poursuite des soins tant pour les patients concernés que pour l'ensemble du groupe.

Toutefois, nous avons continué à accueillir des femmes sans appliquer de différence dans la prise en charge psycho-sociale, la proposition d'activités et de lieux de paroles. En effet, permettre à chacun de se soigner de façon inconditionnelle sans tenir compte du genre, des croyances, de l'origine ou des valeurs personnelles de chacun constitue pour l'ensemble des travailleurs de Transition une valeur commune et essentielle. Mais dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de genre, n'est-il pas intéressant de prendre en compte cette dimension dans la prise en charge thérapeutique ? Notre travail ne consiste-t-il pas à penser l'altérité de l'autre tout en l'accompagnant dans la relation éducative ? Nous avons choisi d'opérer une clinique du sujet, au plus près de ce que les patients nous amènent, de ce qu'ils sont là dans leur relation à eux-mêmes et aux autres. Dès lors que faire de cette question de genre et de la place des femmes à Transition ?

Au-delà de la formation de couples et de relations privilégiées homme-femme, nous remarquons que pour certaines patientes, la vie commune avec des hommes semble compliquée. Il s'agit souvent de patientes qui ont subi des violences psychiques, physiques ou sexuelles de la part d'hommes. Ces femmes présentent parfois des symptômes telle qu'une hypervigilance qui ne leur permet pas de se poser et de s'inscrire dans un travail thérapeutique efficient.

En novembre, plusieurs travailleurs ont participé à la journée d'étude organisée par la CAPC « Où sont les femmes ? ». Cette journée fut notamment l'occasion d'un débat autour de la place des femmes dans les institutions suite à la conférence donnée par Mauro Almeida Cabral à propos des femmes sans-abris.

Au-delà de Transition et de notre secteur, l'actualité nous rappelle régulièrement combien la question du genre et de la place des femmes dans notre société est mise à mal mais aussi qu'elle devient une question qui compte et que l'on ne peut plus éviter.

Cette année à Transition, quatre femmes étaient en séjour simultanément. Une hypothèse vient alors : les résidentes, lorsqu'elles sont plusieurs, peuvent créer un groupe sécure, se soutenir et ainsi peut-être s'engager dans un séjour plus long ?

Par exemple, lors de cette période, une patiente avait subi des attaques de la part d'un patient, étant incapable d'en parler elle-même, c'est une autre patiente qui viendra dénoncer les comportements du résident. Ce qui peut, éventuellement mettre en avant une forme de soutien mutuelle lors du séjour. Des pistes d'action s'ouvrent alors...

Une expérience clinique de ce genre a été menée en Italie, à la Communauté Fermata d'Autobus, située dans le Piémont. Cette communauté thérapeutique accueille des personnes qui souffrent d'un « double diagnostic », c'est-à-dire d'une part une addiction (aux drogues, médicament, jeu, relations...) et d'autre part d'un trouble psychiatrique. Cette communauté, fondée en 1998, a choisi de créer un espace uniquement dédié à la prise en charge de patientes avec un vécu d'abus sexuel afin de tenter de remédier aux difficultés qu'ils observaient dans la communauté mixte. Ces difficultés consistaient plus spécifiquement en la réapparition de comportements autodestructeurs, ces mêmes comportements qui les avaient amenées à intégrer la communauté. Ces comportements autodestructeurs étaient souvent précédés d'une relation privilégiée avec un autre résident, avec lequel les femmes recréaient une situation abusive.

Le choix de Fermata d'Autobus a été de créer pour ces femmes un espace physique distinct de la communauté principale, tout en partageant certaines activités avec les résidents masculins, tandis que les activités thérapeutiques qui abordent une dimension plus intime du vécu des patientes n'ont lieu que dans le bâtiment réservé aux femmes.

Dans notre contexte bien particulier, comment pourrions-nous « mieux » accueillir nos patientes ? Comment penser cette dimension de genre ? Comment articuler les dimensions individuelle et collective ?

L'équipe éducative

III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A. HÉBERGEMENT

1. Nombre de séjours – nombre de patients

	2020	2021	2022
MOYENNE	5.02	4.92	6.79
DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS (EN JOURS)	49.67	48.51	43.54
NOMBRE DE PATIENTS	36	35	55
NOMBRE DE SÉJOURS	37	37	57

En 2022 encore, la crise sanitaire nous a obligés à réduire le nombre de patients que nous pouvons accueillir en même temps. Nous avons accueilli 6 patients maximum jusqu'à fin mars, garantissant ainsi une chambre individuelle à chaque patient. A partir d'avril, 8 patients maximum, à partir de juillet 9 patients maximum et à partir de septembre, 10 patients.

Le pourcentage d'occupation pour 2022 est de 85 %. En 2022, nous avons accueilli 55 patients différents. Parmi ceux-ci, 2 patients ont effectué 2 séjours.

En résumé pour 2022 :

- un taux d'occupation supérieur
- un nombre plus élevé de patients et de séjours
- des séjours d'une durée plus courte.

2. Taux d'occupation

Nombre de journées de présence

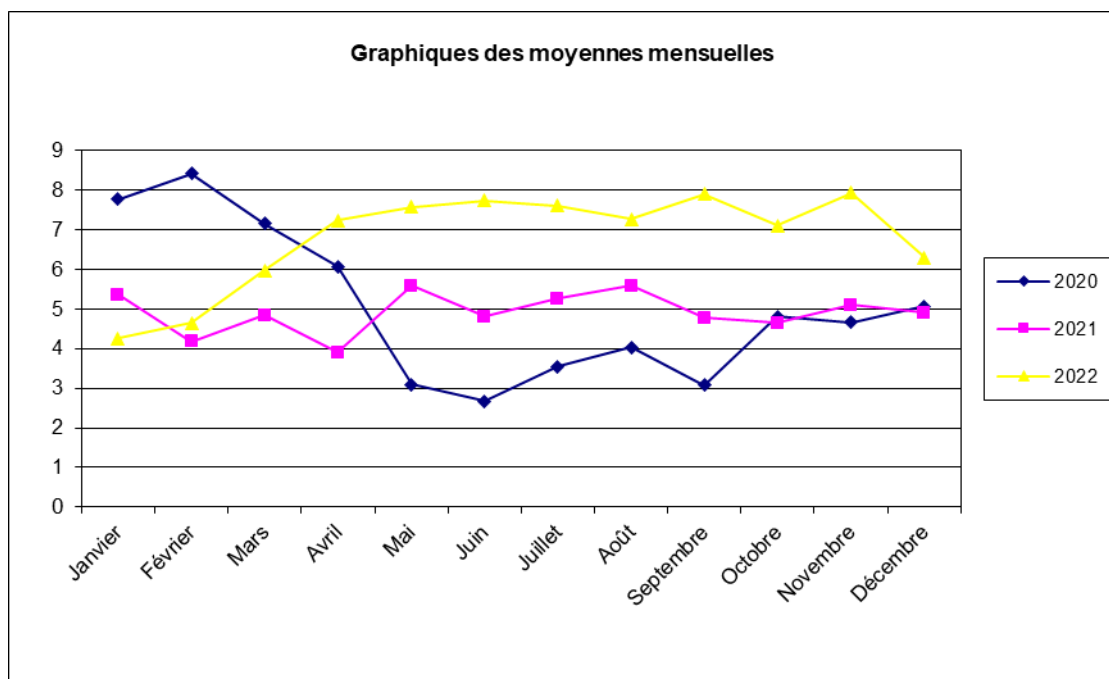
	2020	2021	2022
JANVIER	241	166	132
FÉVRIER	244	117	130
MARS	222	150	185
AVRIL	182	117	217
MAI	96	173	235
JUIN	80	144	232
JUILLET	110	163	236
AOÛT	125	173	225
SEPTEMBRE	92	143	237
OCTOBRE	149	144	220
NOVEMBRE	140	153	238
DÉCEMBRE	157	152	195
TOTAL	1838	1795	2482

Pour rappel :

- 90 % d'occupation = 2 628 journées
- 100 % d'occupation = 2 920 journées

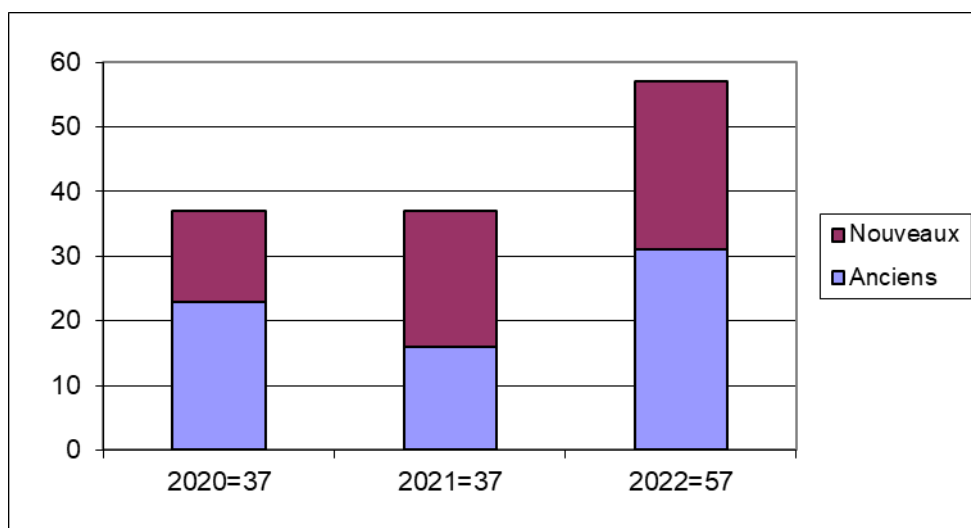
3. Moyenne d'occupation mensuelle

	2020	2021	2022
JANVIER	7.77	5.35	4.26
FÉVRIER	8.41	4.18	4.64
MARS	7.16	4.84	5.97
AVRIL	6.07	3.90	7.23
MAI	3.10	5.58	7.58
JUIN	2.67	4.80	7.73
JUILLET	3.55	5.26	7.61
AOÛT	4.03	5.58	7.26
SEPTEMBRE	3.07	4.77	7.90
OCTOBRE	4.81	4.65	7.10
NOVEMBRE	4.67	5.10	7.93
DÉCEMBRE	5.06	4.90	6.29
MOYENNE GLOBALE	5.02	4.92	6.80



4. Nouveaux patients

	2020	2021	2022
ANCIEN	62.2 %	43.2 %	54.4%
NOUVEAU	37.8 %	56.8 %	45.6%
TOTAL	100 %	100 %	100%

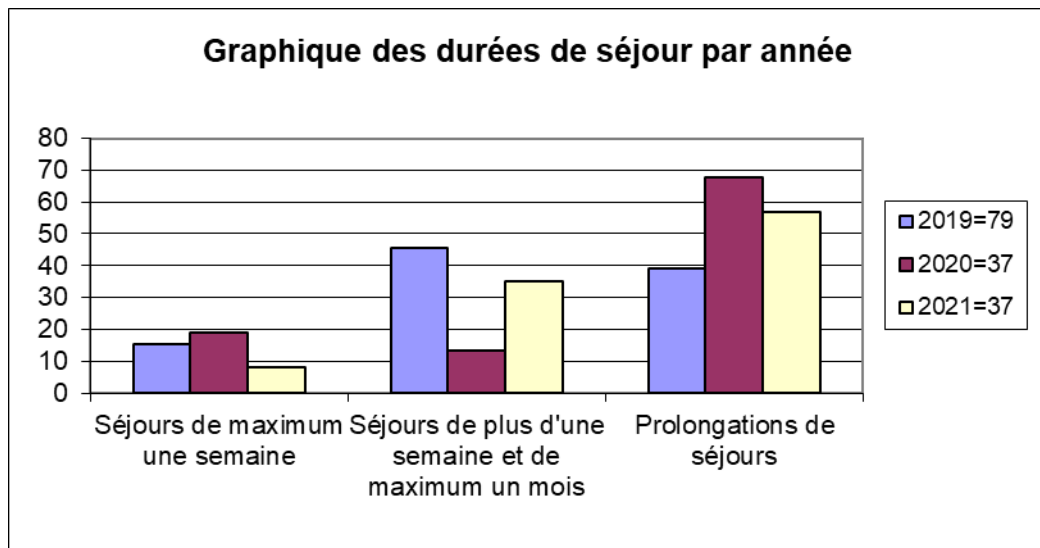


Nous observons cette année une diminution importante du pourcentage de l'accueil de nouveaux patients.

5. Durée des séjours

	2020	2021	2022
SÉJOURS DE MAXIMUM UNE SEMAINE	18.9 %	8.1 %	17.5%
SÉJOURS DE PLUS D'UNE SEMAINE ET DE MAXIMUM UN MOIS	13.5 %	35.1 %	29.8%
PROLONGATIONS DE SÉJOURS	67.6 %	56.8 %	52.7%
TOTAL DES SÉJOURS DE L'ANNÉE	100 %	100 %	100%

Nous observons une augmentation assez importante du pourcentage des séjours de moins d'une semaine, une diminution des séjours de maximum un mois et une diminution des prolongations de séjours.



	NOMBRE DE JOURS 2020		NOMBRE DE JOURS 2021		NOMBRE DE JOURS 2022	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
0 J – 30 J	14	37.8 %	16	43.3 %	24	42.1 %
31 J – 60 J	10	27 %	12	32.4 %	11	19.3 %
61 J – 90 J	4	10.8 %	5	13.5 %	15	26.3 %
91 J – 120 J	7	18.9 %	2	5.4 %	4	7 %
121 J – 150 J	2	5.5 %	2	5.4 %	3	5.3 %
> 151 JOURS	0	0	0	0 %	0	0 %
TOTAL	37	100 %	37	100 %	57	100 %

B. PATIENTS

1. Sexe

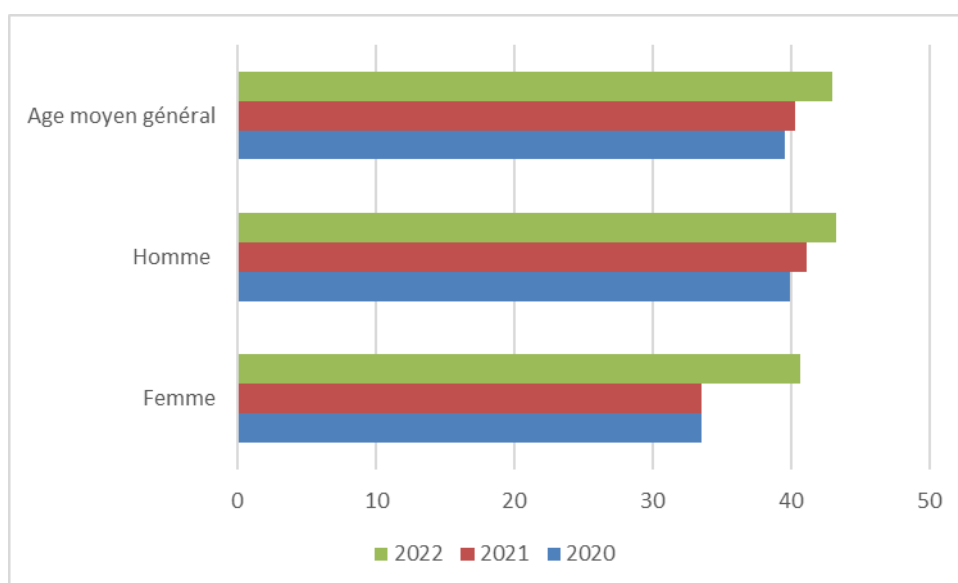
	2020	2021	2022
FEMME	5.6 %	11.4 %	12.7 %
HOMME	94.4 %	88.6 %	87.3 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Le pourcentage des femmes est en légère augmentation cette année.

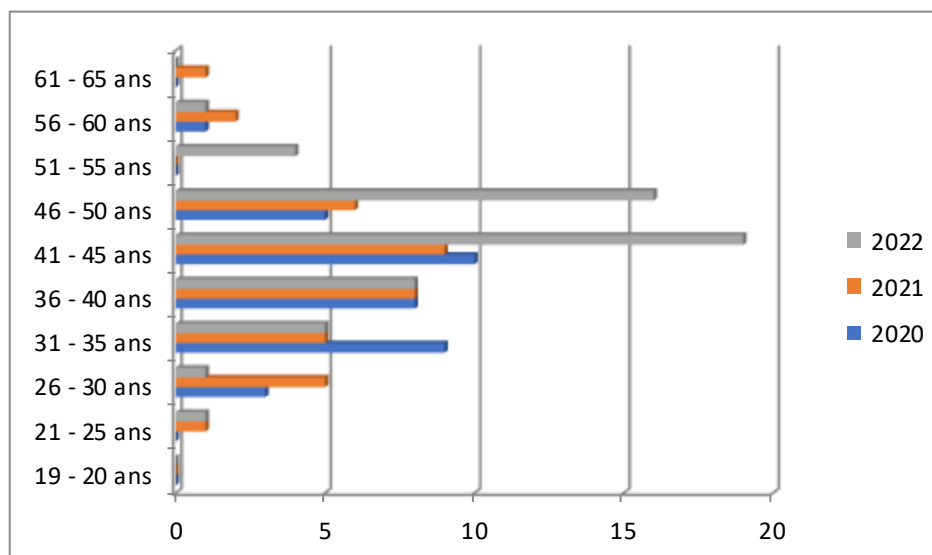
2. Age

	2020	2021	2022
AGE MOYEN GÉNÉRAL	39.56	40.30	42.95
HOMME	39.91	41.12	43.26
FEMME	33.50	33.50	40.71

L'âge moyen général est en augmentation cette année et de façon plus importante pour les femmes.



CLASSE D'ÂGE	2020		2021		2022	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
19 – 20 ANS	-	-	-	-	-	-
21 – 25 ANS	-	-	1	2.7 %	1	1.8%
26 – 30 ANS	3	8.3 %	5	13.5%	1	1.8%
31 – 35 ANS	9	25 %	5	13.5%	5	9.1%
36 – 40 ANS	8	22.2 %	8	21.7%	8	14.5%
41 - 45 ANS	10	27.8 %	9	24.3%	19	34.5%
46 – 50 ANS	5	13.9 %	6	16.2%	16	29.1%
51 – 55 ANS	-	-	-	5.4%	4	7.4%
56 – 60 ANS	1	2.8 %	2	-	1	1.8 %
61 – 65 ANS	-	-	1	2.7%	-	-
TOTAL	36	100 %	37	100 %	55	100%



Nous n'avons pas de patients de moins de 20 ans.
87, 2 % des patients ont entre 30 et 50 ans lors de leur entrée à Transition.

3. Parentalité

	2020	2021	2022
PATIENT AYANT DES ENFANTS	41.7 %	60 %	54.5%
PATIENT N'AYANT PAS D'ENFANTS	58.3 %	40 %	45.5 %
TOTAL	100 %	100 %	100%

Nous pouvons observer que le nombre de patients ayant des enfants est en diminution cette année.

Le patient vit-il avec son enfant ?

	2020		2021		2022	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
OUI	5	31 %	6	28.6%	10	33.3 %
NON	11	69 %	15	71.4 %	20	66.7 %
TOTAL	16	100 %	21	100 %	30	100 %

Peu de patients vivent avec leur enfant.

4. Nationalité

	2020	2021	2022
BELGE	91.7 %	94.3 %	90.9 %
U.E.	2.8 %	-	5.5%
HORS U.E	5.5 %	5.7 %	3.6%
TOTAL	100 %	100 %	100%

Les patients accueillis sont majoritairement belges.

5. Mode de vie

	2020	2021	2022
SEUL	29.7 %	29.7 %	28.1%
COUPLE	18.8 %	21.7 %	28.1%
FAMILLE	32.4 %	27 %	22.7%
AMIS	-	-	3.5%
INSTITUTION	2.7 %	-	1.8%
SDF	13.5 %	21.6 %	15.8%
AUTRES	2.8 %	-	-
TOTAL	100 %	100 %	100%

Nous observons une stabilisation du nombre de patients vivant seuls.

Le nombre de patients vivant en couple et avec leurs familles est relativement stable cette année.

Nous observons une diminution relativement importante des patients sans domicile.

6. Lieu d'habitation

	2020	2021	2022
CHARLEROI	10.8 %	24.30%	33.3%
ARRONDISSEMENT DE CHARLEROI	29.7 %	13.50%	19.3%
HAINAUT	29.7 %	10.80%	14%
BELGIQUE (SANS LA PROVINCE DU HAINAUT)	16.3 %	35.10%	21.1%
SDF	13.5 %	16.30%	12.3%
TOTAL	100 %	100 %	100%

Nous observons une augmentation des patients venant de Charleroi et de son arrondissement.

Un nombre important de patients viennent de la province du Hainaut ainsi que des autres provinces.

7. Ressources

	2020	2021	2022
CHÔMAGE	8.1 %	5.4 %	8.8%
CPAS	24.3 %	32.4 %	19.1%
PARENTS	-	-	1.8%
MUTUELLE	51.4 %	43.3 %	57.9%
SANS RESSOURCES	13.5 %	8.1 %	5.3%
PROFESSION	-	5.4 %	1.8%
VIERGE NOIRE	2.7 %	2.7 %	5.3%
AUTRES	-	2.7 %	-
TOTAL	100 %	100 %	100%

Les revenus de remplacement (allocations de chômage, revenu d'intégration sociale, indemnités mutuelles et Vierge Noire) représentent 85,8 % (83,8 % en 2021). Ces données confirment la grande précarité sociale des patients que nous accueillons.

8. Niveau de scolarité

Il s'agit du cycle terminé

	2020		2021		2022	
	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
AUCUN	-	-	1	2.9 %	-	-
PRIMAIRE	3	8.3 %	2	5.7 %	8	14.5%
PROFESSIONNEL INFERIEUR	7	19.4 %	8	22.7 %	10	18.4%
PROFESSIONNEL SUPERIEUR	5	13.9 %	7	20 %	8	14.5%
TECHNIQUE INFERIEUR	5	13.9 %	5	14.3%	2	3.6%
TECHNIQUE SUPERIEUR	3	8.3 %	2	5.7%	4	7.3%
GÉNÉRAL INFERIEUR	2	5.6 %	3	8.6%	7	12.7%
GENERAL SUPERIEUR	5	13.9 %	3	8.6%	6	10.9%
SUPERIEUR	1	2.8 %	-	-	1	1.8%
AUTRES	1	2.8%	1	2.9 %	2	3.6%
NE SAIT PAS	4	11.1 %	3	8.6 %	7	12.7%
TOTAL	36	100 %	35	100 %	55	100%

On constate que le niveau de scolarité des patients accueillis est faible.

9. Envoyeur principal

	2020	2021	2022
Spontanément	64.9 %	51.4%	66.5%
Institution spécialisée	13.5 %	16.2%	12.3%
Institution non spécialisée	-	-	1.8%
Hôpital	2.7 %	2.7%	5.3%
Généraliste - Spécialiste	-	2.7%	-
Ami – Famille	10.8 %	5.4%	8.8%
Autres	8.1 %	16.2%	1.8%
Ne sait pas	-	5.4 %	3.5%
Total	100 %	100 %	100%

Nous observons un nombre important de patients qui viennent spontanément. Cela s'explique du fait qu'un nombre important de patients a déjà consulté notre service (sans nécessairement entamer un séjour). Les centres spécialisés et les hôpitaux sont des envoyeurs importants.

Les amis et la famille sont aussi des envoyeurs importants.

A DÉJÀ CONSULTÉ NOTRE SERVICE	2020	2021	2022
OUI	64.9 %	43.2 %	57.9%
NON	35.1 %	56.8 %	42.1%

Nous constatons que le pourcentage des patients ayant déjà consulté Transition est en nette augmentation nette année.

A DÉJÀ CONSULTÉ UN AUTRE SERVICE	2020	2021	2022
OUI	83.8 %	75.7 %	86%
NON	16.2 %	24.3 %	14%

Transition est très rarement la première structure consultée par le patient. En effet, l'offre de soins telle qu'elle est conçue à Transition s'adresse davantage à des patients qui ont déjà pris contact bien souvent avec un service ambulatoire spécialisé, non spécialisé, médicalisé ou non. Il arrive que la prise en charge en ambulatoire débouche sur le constat que le travail entamé pourrait se poursuivre un temps à Transition. Il arrive aussi que la complexité de la situation fait prendre conscience qu'une prise en charge résidentielle serait plus adaptée à ce stade-là du parcours du patient.

10. Antécédents judiciaires

AFFAIRES EN COURS	2020	2021	2022
NON	91.9 %	91.9 %	84.2%
OUI	8.1 %	8.1 %	15.8%
TOTAL	100 %	100 %	100%

Nous constatons que le pourcentage de patients qui nous informent de problèmes judiciaires en cours est en légère diminution.

Le nombre de patients qui s'adressent à nous dans le cadre d'une injonction est un peu moins élevé cette année. Le fait que nous ne faisons pas d'attestation de prise en charge qui permettrait que le patient soit libéré et accueilli directement à Transition n'y est sans doute pas étranger.

RÉPONSE À UNE INJONCTION	2020	2021	2022
OUI	8.1 %	13.5%	12.3%
NON	91.9 %	86.5 %	87.7%

Type d'injonction

Parmi les patients qui disent faire une demande dans le cadre d'une injonction, nous avons la répartition suivante :

	2020	2021	2022
JUDICIAIRE	5.4 %	10.8 %	5.3%
FAMILIALE	2.7 %	2.7 %	7%
N.P.	91.9 %	86.5 %	87.7%

INCARCÉRATION	2020		2021		2022	
	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	18	48.6 %	18	48.6%	22	38.6%
NON	19	51.4 %	19	51.4%	35	61.4%
TOTAL	37	100 %	37	100 %	57	100%

C. ADMISSION

1. Lieux des entretiens d'admission

	2020	2021	2022
TRANSITION	100 %	97.25 %	97%
PRISON	-	2.75 %	3%
HÔPITAL	-		-
TOTAL	100 %	100 %	100%

2. Rapport entre le nombre d'entretiens d'admission et entrées

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
NOMBRE DE DEMANDE	321	244	333	100 %	100 %	100%
NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES	119	109	147	69 %	44 %	44%
NOMBRE D'ENTRETIENS ABOUTISSANT À UNE ENTRÉE	37	37	57	31 %	33 %	39%

Nous comptons 333 demandes d'admission. Parmi ces demandes, 147 entretiens ont eu lieu. Un nombre important d'entretiens n'ont pas pu avoir lieu soit parce que le patient a annulé son rendez-vous ou ne s'y est pas présenté .

En tenant compte des entretiens réalisés, 39 % des entretiens aboutissent à une entrée.

Par ailleurs, différents types d'entretiens sont proposés aux patients selon la demande formulée ou l'objectif recherché :

- L'entretien de sortie : cet entretien est un préalable à une nouvelle demande. Il a pour objet de clôturer un séjour et de permettre à une nouvelle demande de se faire. En 2022, nous avons réalisé 26 entretiens de sortie.
- L'entretien de clarification : cet entretien est demandé par l'équipe thérapeutique quand suite à la demande d'admission ou de réadmission d'un patient, il nous semble important de la lui faire préciser davantage. Cet entretien est parfois réalisé par le médecin psychiatre ou le médecin généraliste afin de préciser des aspects plus psychiatriques ou médicaux. En 2022, nous avons réalisé 37 entretiens de clarification.
- L'entretien de soutien : cet entretien est proposé au patient quand l'attente avant l'entrée est difficile à gérer par celui-ci. Il se fait à la demande du patient ou de l'équipe. Cet entretien peut également se faire après un séjour. Il s'agit alors souvent de patients qui n'ont pas pu concrétiser l'alternative thérapeutique travaillée lors du séjour. En 2022, nous avons réalisé 34 entretiens de soutien.
- L'entretien d'orientation : il est proposé au patient quand après discussion d'équipe, il nous semble que nous ne sommes pas l'offre de soins indiquée pour lui. Nous prenons le temps de réfléchir avec lui à une meilleure indication. En 2022, nous avons réalisé 1 entretien d'orientation.

	2020	2021	2022
ENTRETIEN DE SORTIE	18	13	26
ENTRETIEN DE CLARIFICATION	44	34	37
ENTRETIEN DE SOUTIEN	54	37	34
ENTRETIEN D'ORIENTATION	2	0	1

3. Conditions d'assurabilité

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
EN ORDRE D'ASSURABILITÉ	37	37	57	100 %	100 %	100 %
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

Il s'agit de l'assurabilité du patient au moment de son admission à Transition.

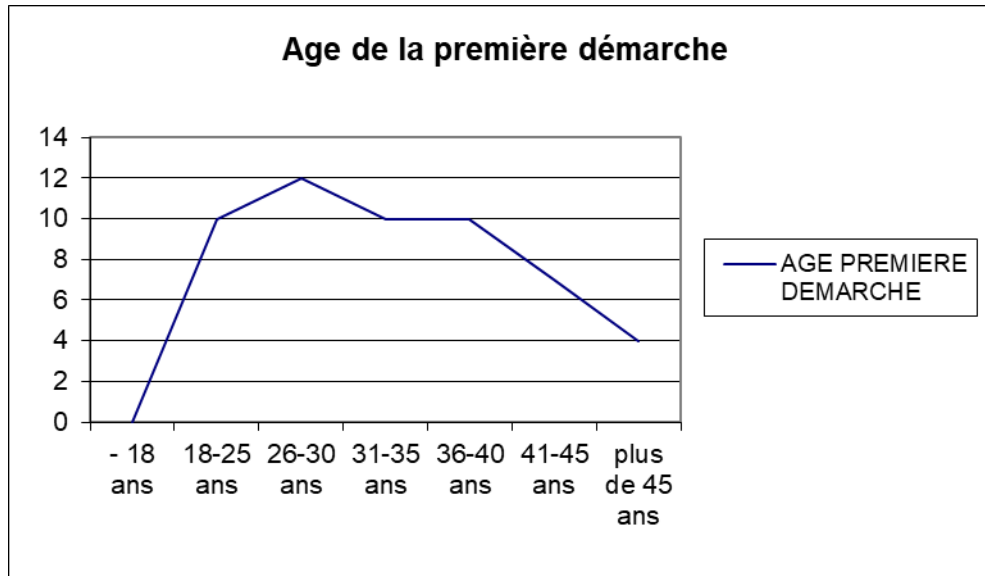
D. DONNÉES D'ORDRE CLINIQUE

1. Contenu de la demande à l'entrée

	2020	2021	2022
<i>SEVRAGE</i>	94.6 %	94.6%	100%
<i>SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE</i>	89.2 %	89.2%	68.4%
<i>TRANSITION VERS UN AUTRE CENTRE (POSTCURE)</i>	51.4 %	45.9%	50.9%
<i>AUTONOMIE</i>	13.5 %	8.1%	-
<i>ORIENTATION</i>	2.7 %	-	-
<i>AUTRES (AIDE ADMINISTRATIVE)</i>	2.7 %	2.7%	1.8%
<i>CENTRE DE JOUR</i>	5.4 %	-	1.8%

Ce pourcentage est calculé sur l'ensemble des demandes des patients. Un patient formule bien souvent plusieurs demandes lorsqu'il s'adresse à Transition. Le sevrage, le soutien thérapeutique et le relais vers une autre structure (le plus souvent une postcure) au terme du séjour à Transition sont les demandes les plus souvent formulées.

AGE DE LA PREMIÈRE DÉMARCHÉ	2020		2021		2022	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
- 18 ANS	2	5.6 %	2	5.4%	-	-
18 – 25 ANS	9	25 %	8	21.7%	10	18.2%
26 – 30 ANS	4	11.1 %	7	18.9%	12	21.8%
31 – 35 ANS	8	22.2 %	5	13.5%	10	18.2%
36 – 40 ANS	4	11.1 %	5	13.5%	10	18.2%
41 – 45 ANS	3	8.3 %	5	13.5%	7	12.7%
+ 45 ANS	1	2.8 %	3	8.1%	4	7.3%
DONNÉE INCONNUE	5	13.9 %	2	5.4%	2	3.6%
TOTAL	36	100 %	37	100 %	55	100%



Parmi les destinations au moment du départ :

	2020	2021	2022
POSTCURE	18.9 %	16.2%	10.5%
SANS PRÉCISION	5.4 %	13.5%	26.3%
HÔPITAL	-	-	1.8%
APPARTEMENT	32.4 %	27%	12.3%
FAMILLE	27 %	29.7%	31.3%
APPARTEMENT SUPERVISES	-	-	1.8%
CENTRE DE COURT SEJOUR	-	-	
MAISON DE REPOS	-	-	
RUE	10.9 %	5.4%	5.3%
RETOUR A DOMICILE	-		1.8%
AMIS	2.7 %	8.1%	5.3%
ABRI DE NUIT	2.7 %	-	1.8%
HÔTEL			1.8%

Le passage direct de Transition vers un centre de postcure est en diminution cette année. De nombreux patients quittent Transition pour rentrer chez eux (appartement propre, famille ou sans précision).

2. Mode de fin de contrat

	2020	2021	2022
ECHÉANCE -FIN DE CONTRAT -POSTCURE	37.8 %	40.5%	31.6%
VOLONTAIRE (AVANT ÉCHÉANCE)	48.6 %	40.5%	50.8%
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - CONSOMMATION	8.2 %	10.9%	10.5%
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - VIOLENCE	-	-	-
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - NON RESPECT DU CADRE	5.4 %	8.1%	5.3%
HOSPITALISATION	-	-	1.8 %
TOTAL	100%	100%	100%

Nous observons une diminution du pourcentage de patients arrivant au terme du séjour.

Nous observons une augmentation du pourcentage de patients qui quittent volontairement Transition.

On note une diminution des « fin de contrat » par Transition.

Ces données restent à interpréter avec prudence. La modalité de fin de contrat n'est pas un gage de réussite ou d'échec.

3. Projet travaillé avec les patients

	2020	2021	2022
COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE	46 %	51.4%	36.8%
APPARTEMENT SUPERVISÉ	-	-	-
AMBULATOIRE INDIVIDUEL	5.4 %	2.7 %	15.9%
AMBULATOIRE FAMILIAL	-	2.7%	-
PROJET NON ABOUTI	16.2 %	10.8%	26.3%
AUTRES	-	5.4%	3.5%
RETOUR AU DOMICILE	32.4 %	27%	17.5%
TOTAL	100 %	100%	100%

L'alternative la plus souvent travaillée avec le patient pour « l'après Transition » est le centre de postcure. Cette alternative est en diminution cette année. La raison peut être que des patients ayant déjà fait l'expérience de quelques séjours en postcure envisage une autre alternative.

Le pourcentage de retour au domicile sans mettre en place d'alternative thérapeutique ultérieure reste important.

E. MODE ET TYPE DE CONSOMMATION

COMMENTAIRES DES DONNÉES 2022 : HABITUDES DE CONSOMMATION

	FRÉQUENCE		POURCENTAGE	
	RUE	DOMICILE	RUE	DOMICILE
OUI	15	50	26.6%	87.7%
NON	42	7	73.7%	12.3%
TOTAL	57	67	100%	100%

	FRÉQUENCE		POURCENTAGE	
	SEUL	ACCOMPAGNÉ	SEUL	ACCOMPAGNÉ
OUI	51	29	89.5%	50.9%
NON	6	28	10.5%	49.1%
TOTAL	57	57	100%	100%

Le lieu de consommation préférentiel de la majorité de nos patients reste leur domicile (87,7 %).

Nous notons également une préférence pour la consommation en solitaire.

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
I.V.	11	7	15	29.7 %	18.9 %	26.3%
NON I.V.	26	30	42	70.3 %	81.1 %	73.7%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

Nous observons une augmentation du pourcentage de la consommation en intra veineuse.

ACTUELLEMENT COMPAGNON ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
OUI	11	11	13	29.7 %	29.7 %	23%
NON	26	26	44	70.3 %	70.3 %	77%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

23 % des patients disent avoir un compagnon ou une compagne lors de leur entrée à Transition.

Ce pourcentage est plus faible que les années précédentes.

SI COMPAGNON, CONSOMMATEUR ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
OUI	1	6	1	10 %	54.4 %	8%
NON	10	5	12	90 %	45.6 %	92%
TOTAL	11	11	13	100 %	100 %	100%

En 2022, seulement 8% des compagnons de vie de nos patients étaient aussi consommateurs. Ce qui est un pourcentage beaucoup moins important qu'en 2021.

ECHANGE SERINGUE	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
OUI	2	3	7	16 %	42.8 %	47%
NON	10	4	8	84 %	57.2 %	5%
TOTAL	12	7	15	100 %	100 %	100%

Parmi les 15 patients pratiquant l'injection, 7 patients échangent leur matériel d'injection.

1. Alcool

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	12	13	22	32.5 %	35.1 %	39%
ACTUELLE	17	19	28	45.9 %	51.4 %	49%
PASSÉE	8	5	7	21.6 %	13.5 %	12%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

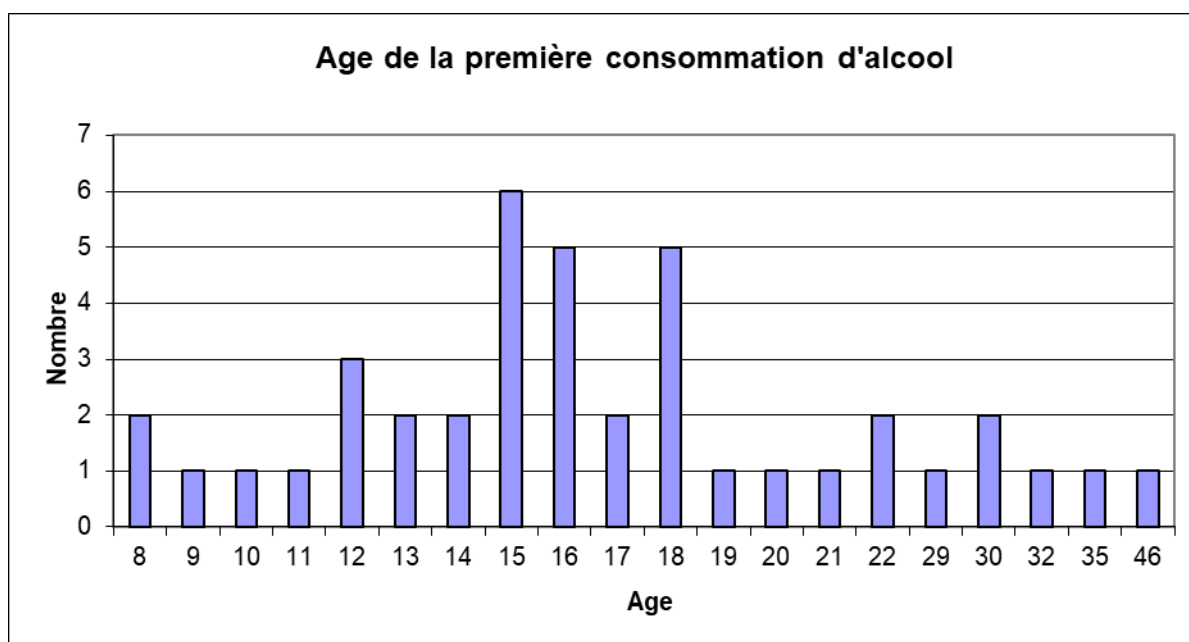
Cette année, on remarque une légère diminution des consommateurs d'alcool (consommation au moment de l'entrée). L'alcool reste en effet une assuétude fréquente et importante chez nos patients.

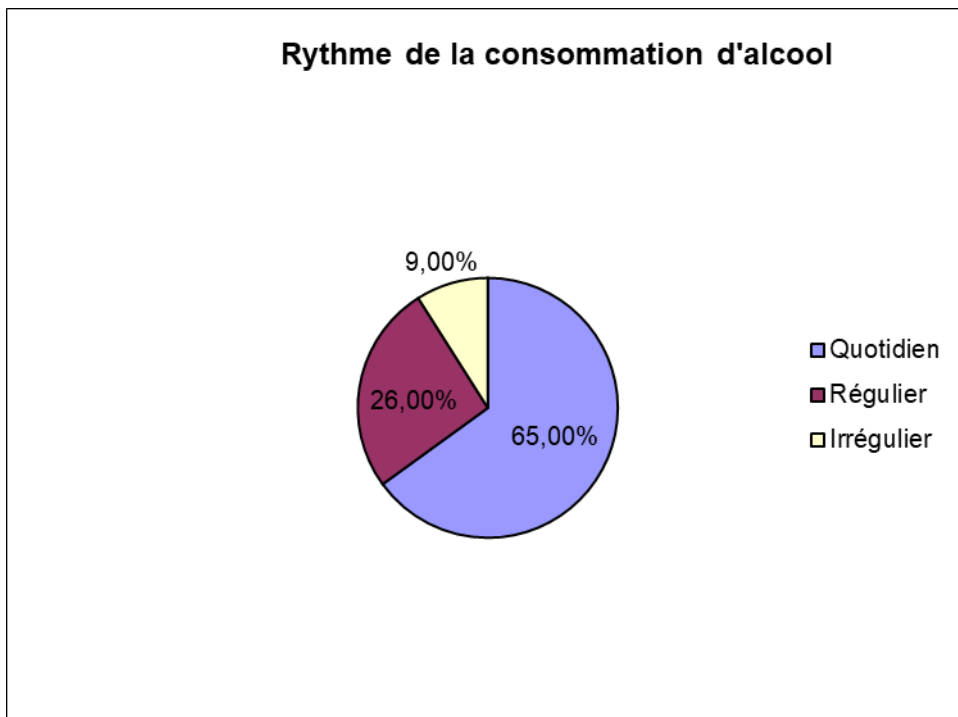
La consommation d'alcool est importante (26 % en prennent régulièrement et 65 % quotidiennement)

La prise d'alcool est souvent liée à la consommation de cocaïne, dans l'objectif de diminuer les symptômes anxieux lors de la « descente » (dysphorie survenant à la disparition de l'effet de la cocaïne) ainsi qu'augmenter et prolonger les effets stimulants de la cocaïne. Il existe aussi une appétence croisée entre alcool et cocaïne.

Quoi qu'il en soit, la consommation d'alcool demeure importante parmi nos usagers et n'est souvent pas présentée par eux comme problématique.

La première prise de boissons alcoolisées est très variable, avec un pic vers l'âge de 15, 16 ans.





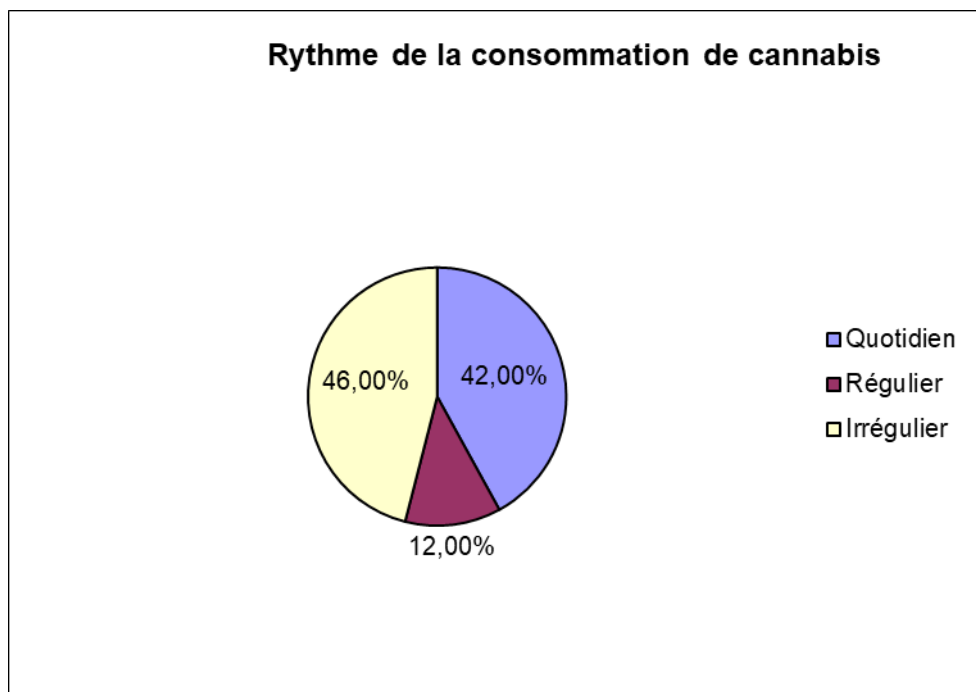
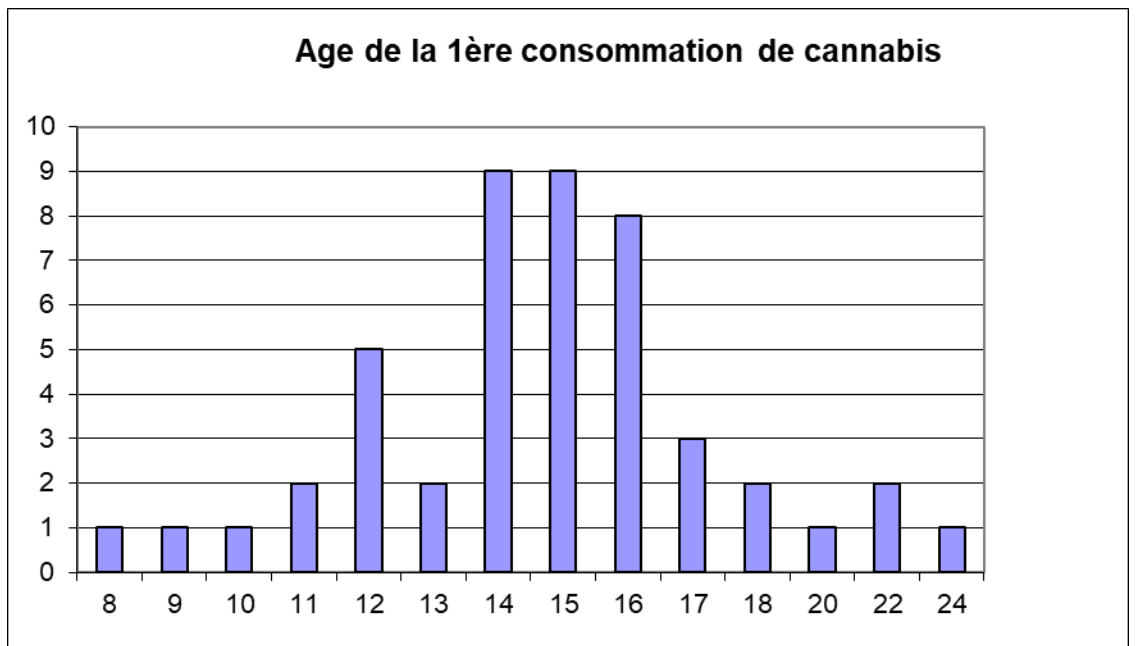
2. Cannabis

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	8	4	10	21.6 %	10.8 %	17.5%
ACTUELLE	15	25	31	40.5 %	67.6 %	54.4%
PASSÉE	14	8	16	37.9 %	21.6 %	28.1%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

82,5 % de nos patients fument ou ont déjà fumé du cannabis et ce dès l'âge de 8 ans pour un patient avec une majorité débutant vers l'âge de 14-15 ans.

L'âge de la première prise de cannabis reste très précoce.

Parmi ces patients fumeurs de cannabis, 42 % en fument quotidiennement et 12 % régulièrement. Le cannabis reste l'une des drogues la plus consommée parmi nos résidents. Cette consommation de cannabis, tout comme celle de l'alcool, devient de plus en plus banalisée par la jeunesse actuelle.



3. Héroïne

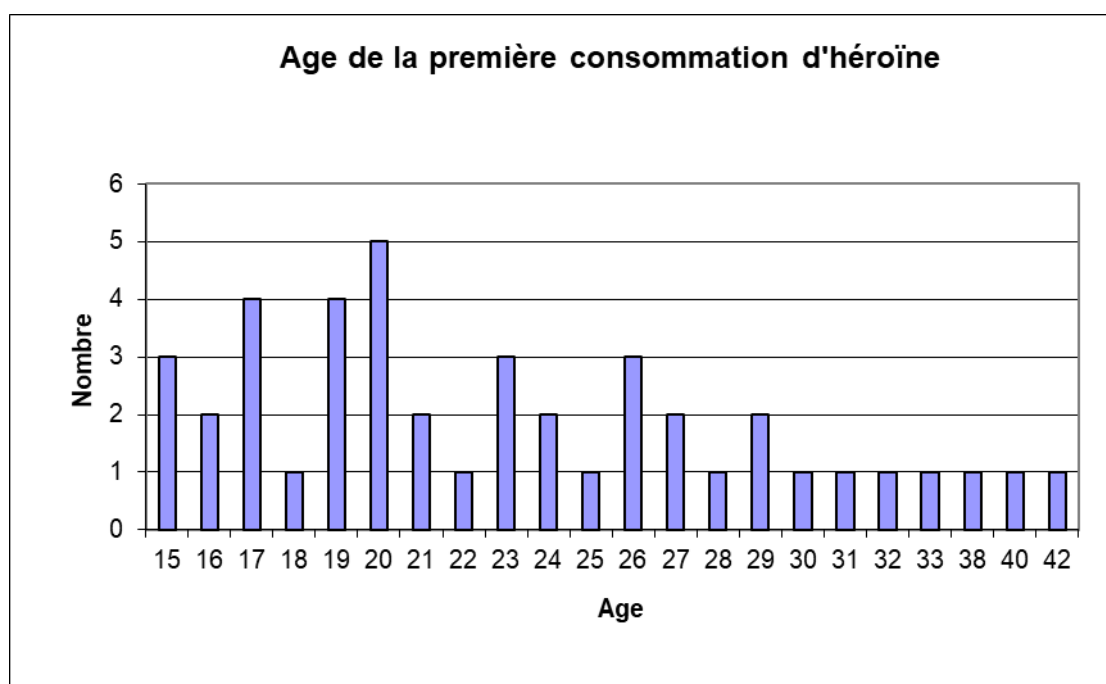
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	6	10	13	16.2 %	27 %	22.8%
ACTUELLE	23	23	29	62.2 %	62.2 %	50.9%
PASSÉE	8	4	15	21.6 %	10.8 %	26.3%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

77 % des patients venant à Transition ont, ou ont eu, une assuétude pour les opiacés surtout représentés par l'héroïne. Nous notons une légère augmentation par rapport à 2021 (73%).

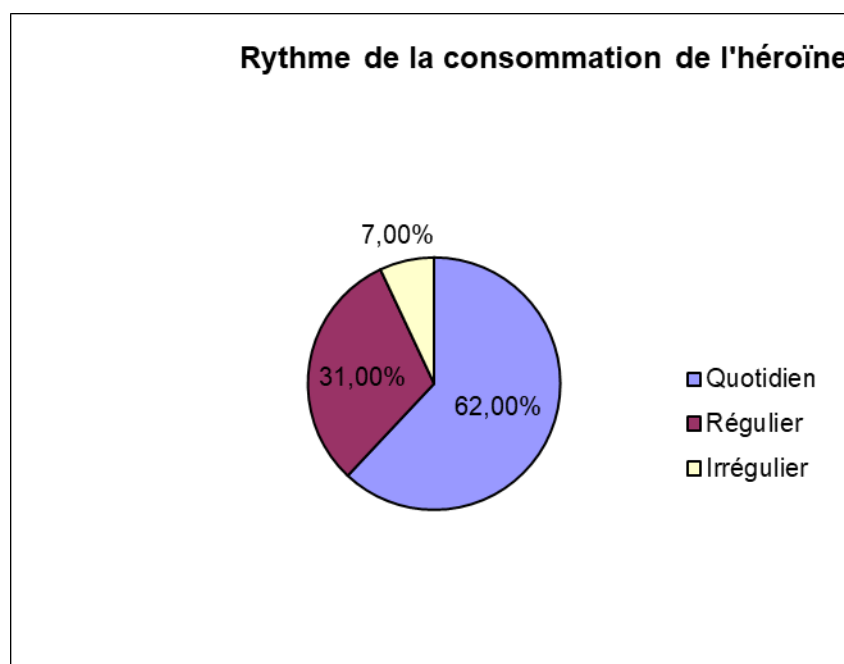
a) *Mode de consommation actuel*

	2020	2021	2022
I.V.	8 %	0 %	7%
FUMETTES	80 %	87 %	77%
FUMETTES + I.V.	12 %	13 %	16%
TOTAL	100 %	100 %	100%

La prise d'héroïne en fumette reste le mode de consommation le plus prisé par nos patients.



L'âge de la première prise d'héroïne est très variable allant de 15 ans à 42 ans, avec plusieurs pics à différents âges.

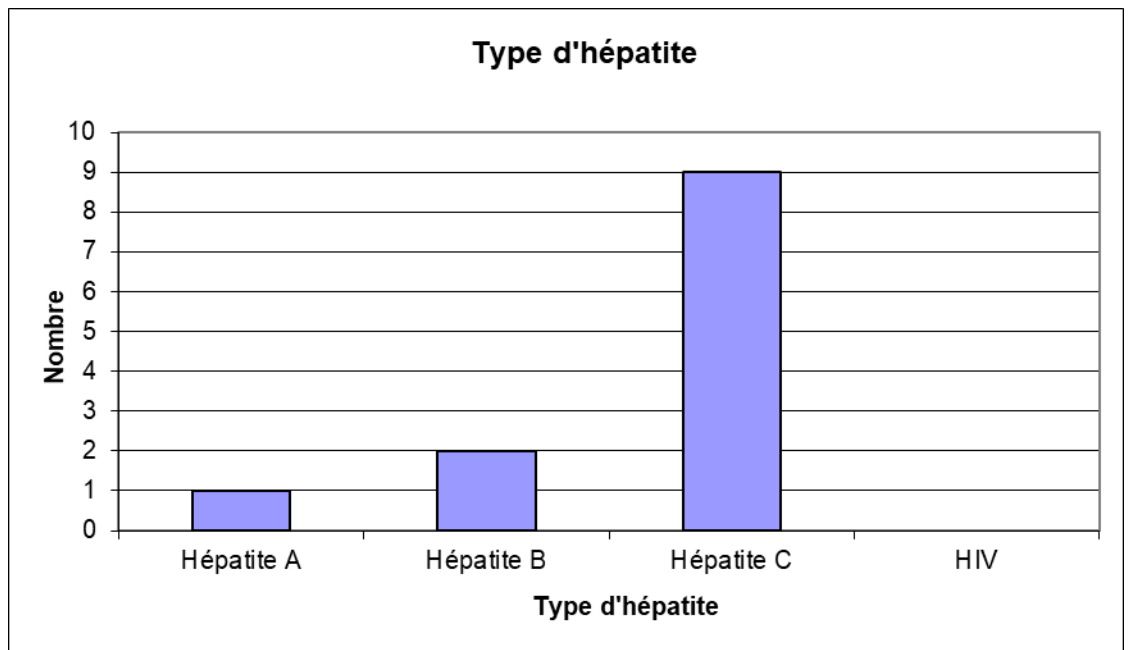


62% des patients consomment l'héroïne quotidiennement et 31% régulièrement. 7% seulement des patients la consomment de manière irrégulière.

b) Les infections virales

	2020		2021		2022	
	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE
HÉPATITE A	1	2.7 %	0	0 %	1	1.8 %
HÉPATITE B	5	13.5 %	1	2.7 %	2	3.5 %
HÉPATITE C	10	27 %	5	13.5 %	9	15.8 %
HIV	2	5.4 %	1	2.7 %	0	0 %

L'hépatite C reste l'infection virale la plus fréquente et en légère augmentation cette année (15,8%).



4. Méthadone

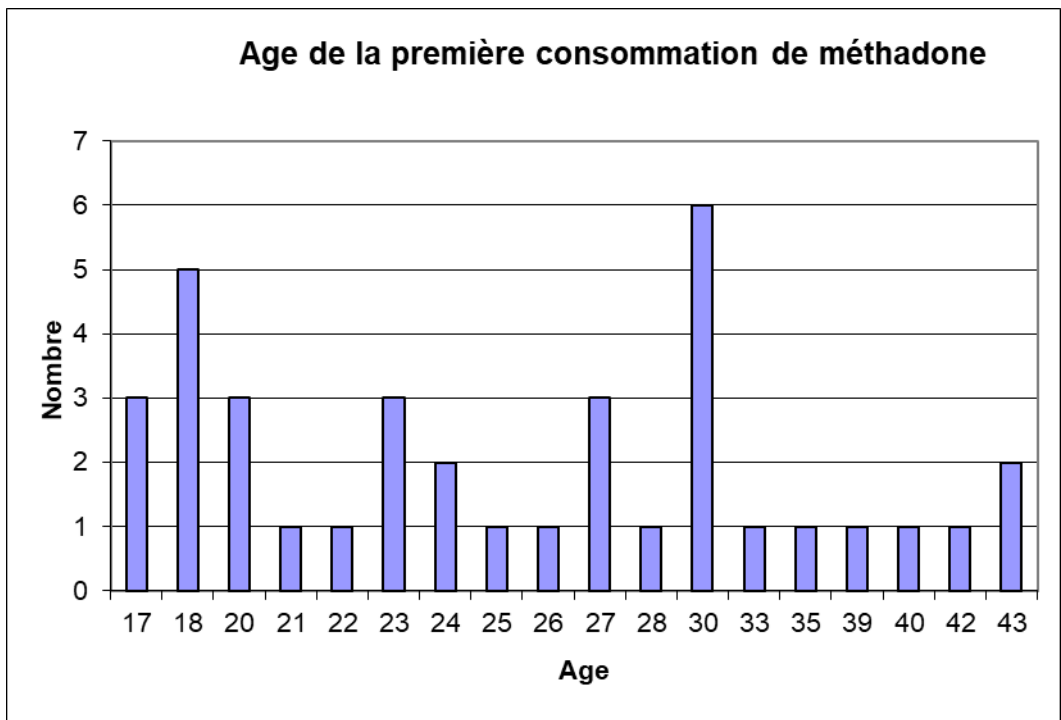
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	5	15	19	13.5	40.5 %	33.3%
ACTUELLE	22	18	26	59.5%	48.7 %	45.6%
PASSÉE	10	4	12	27 %	10.8 %	21.1%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

Cette année le pourcentage de séjours/patients sous méthadone est stable par rapport à l'année dernière, avec 45,6 % des patients sous méthadone à leur admission à Transition. On note que 33,3 % des patients n'ont jamais pris de méthadone, un chiffre moins élevé que l'année précédente.

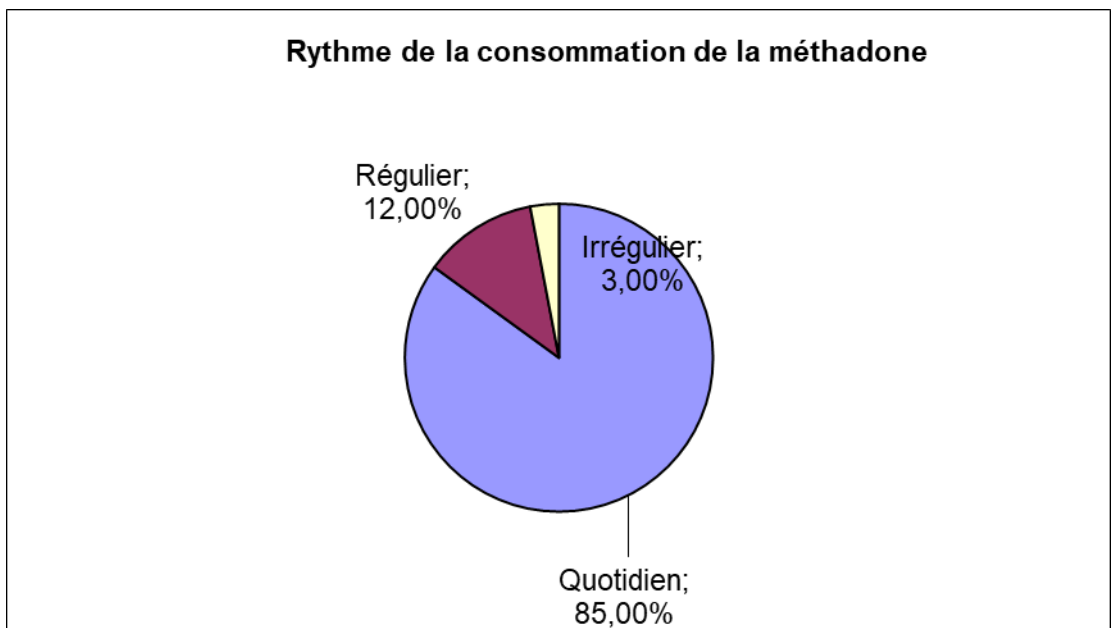
Beaucoup de nos patients disent adapter leur consommation de méthadone en fonction de leurs consommations.

Quand ils consomment de l'héroïne, ils diminuent voire arrêtent leur méthadone pour éviter un surdosage.

L'âge de première prise de méthadone est très variable allant de 17 ans pour les plus précoces à 43 ans pour les tardifs avec un pic important à 18 et 30 ans.



85 % prennent quotidiennement leur méthadone



5. Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)

	2021		2022	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	9	24 %	4	7%
NON	28	76 %	53	93%
TOTAL	37	100 %	57	100%

4 patients cette année étaient sous traitement de substitution par buprénorphine, soit 7 % de nos patients : c'est une nette diminution dans notre pratique.

6. *Cocaïne*

	Fréquence			Pourcentage		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Aucune	3	2	9	8.1 %	5.4 %	15.8%
Actuelle	28	31	34	75.7 %	83.8 %	59.6%
Passée	6	4	14	16.2 %	10.8 %	24.6%
Total	37	37	57	100 %	100 %	100%

Seuls 9 de nos patients n'ont jamais consommé de cocaïne soit 15,8 % d'entre-eux. Ce qui est plus important que les années précédentes.

Au moment de leur entrée à Transition, 60 % consomment de la cocaïne, un nombre nettement moins important que ces dernières années.

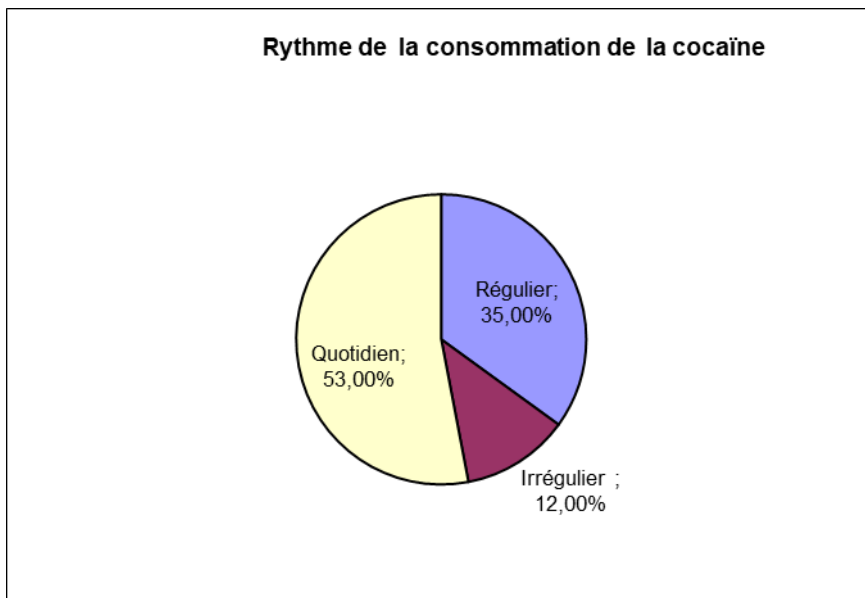
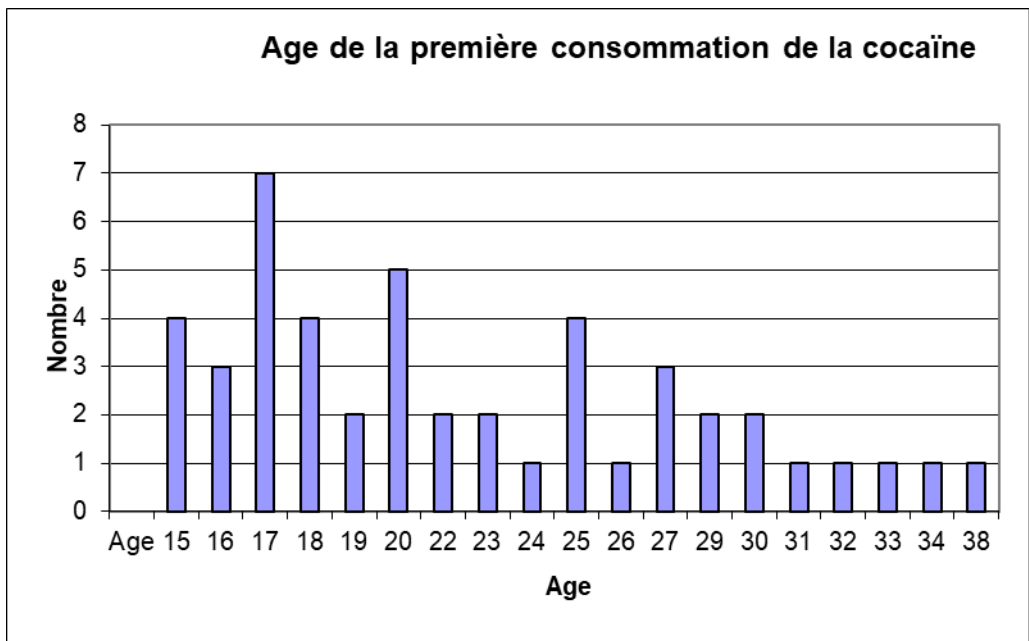
A l'anamnèse, on ressent, comme pour le cannabis, une banalisation de sa consommation. La cocaïne touche toutes les classes sociales et toutes les classes professionnelles.

MODE DE CONSOMMATION ACTUEL	2020	2021	2022
I.V.	14 %	6 %	9%
FUMETTES	78 %	94 %	76%
FUMETTES + I.V.	8 %	0 %	15%
TOTAL	100 %	100 %	100%

La prise par voies d'inhalation (« fumette » et « sniff ») reste privilégiée par nos patients.

L'âge de la première consommation est très variable allant de 15 ans à 38 ans chez nos patients avec un pic à 17 ans.

35% d'entre-eux en consomment régulièrement et 53 % quotidiennement, la cocaïne étant très addictive psychologiquement mais peu physiquement.



7. Drogues de synthèses

a) Consommation de MDMA (amphétamines)

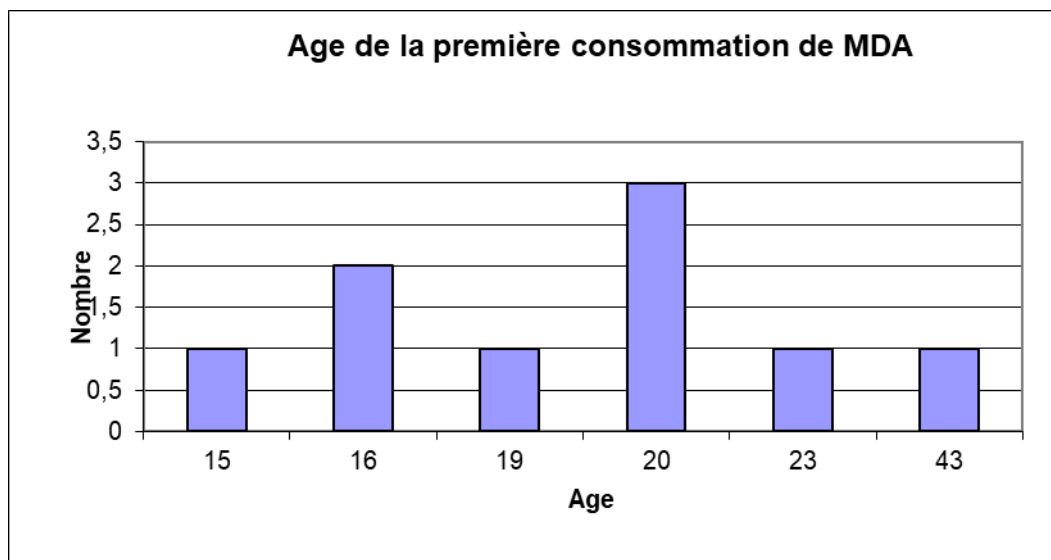
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	34	28	48	91.9 %	75.7 %	84.2%
ACTUELLE	-	-	1	-	-	1.8%
PASSÉE	3	9	8	8.1 %	24.3 %	14%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

La MDMA (pour *3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine*) est une amine sympathicomimétique, molécule psychostimulante de la classe des amphétamines. Les drogues de synthèses font partie des anciennes consommations de nos résidents.

Bien que la consommation d'amphétamines (telle l'Ecstasy) est en nette augmentation, et ce, partout en Europe, peu de patients consultent pour la prise en charge d'une assuétude à ces produits. La population dépendante aux opiacés semble dès lors différente de celle des usagers de drogues de synthèses.

Pour les 14% de patients qui ont consommé du MDMA, elle fait partie de leur passé, lors de leurs sorties en discothèque « techno ».

Seuls un patient consomme de la MDMA au moment de son admission à Transition.



b) Consommation de LSD

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	35	30	52	94.6 %	81.1 %	91.3%
ACTUELLE	-	-	1		-	1.8%
PASSÉE	2	7	4	5.4 %	18.9 %	6.9%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	

Le LSD (*diéthylamide de l'acide lysergique*) est un psychotrope hallucinogène. Ce type de drogue semble obsolète. 4 patients, cette année, ont consommé dans le passé du LSD et un en consomme au moment de son admission.

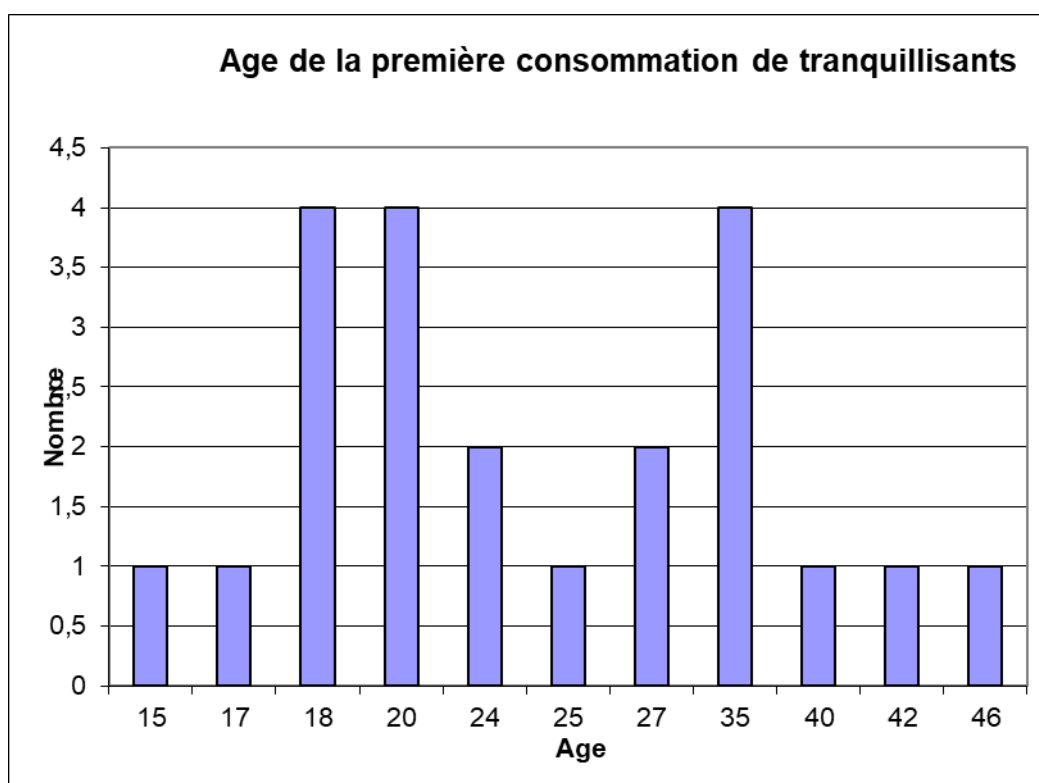
8. Médicaments

Nous recouvrons ici tant l'usage des médicaments prescrits par des médecins que les « mésusages » qu'en font parfois nos patients.

a) Benzodiazépines et hypnotiques

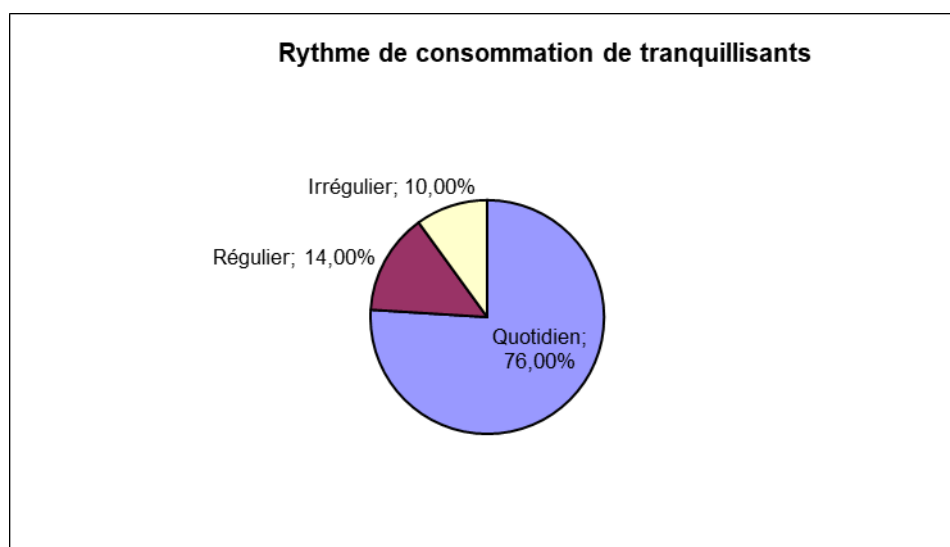
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	17	20	34	45.9 %	54.1 %	59.6%
ACTUELLE	17	11	20	45.9 %	29.7 %	35.1%
PASSÉE	3	6	3	8.2 %	16.2 %	5.3%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

On note une augmentation importante du nombre de patients qui prennent des benzodiazépines et hypnotiques au moment de leur entrée à Transition.



L'âge de première prise de médicaments sédatifs est très variable et lié à l'histoire individuelle du patient.

Ici la prise la plus précoce est à 15 ans !



Parmi ceux-ci, près de 76 % prennent quotidiennement des médicaments, tranquillisants et/ou des sédatifs et 14 % régulièrement.

Cela s'explique par les phénomènes d'accoutumance et de dépendance, importants pour ce type de molécules (notamment les benzodiazépines) ainsi que pour leurs effets « flash » et leurs effets « plaisir » (comme l'effet du somnifère Stilnoct® [Zolpidem], qui fait des ravages, et que l'OMS a classé parmi les substances les plus dangereuses).

Il y a aussi une certaine facilité de s'en procurer que ce soit en rue par des amis ou connaissances mais aussi à domicile vu le grand nombre de parents qui s'en font prescrire également par leur médecin de famille pour anxiété, stress au travail, dépression et surtout insomnie.

Soulignons également l'utilisation de sédatifs et anxiolytiques pour les symptômes de « descente » après la prise de cocaïne, ou pour majorer les effets de l'alcool.

b) Neuroleptiques (antipsychotiques)

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	26	30	44	73.3 %	81.1 %	77.2%
ACTUELLE	11	4	9	29.7 %	10.8 %	15.8%
PASSÉE	-	3	4	-	8.1 %	7%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

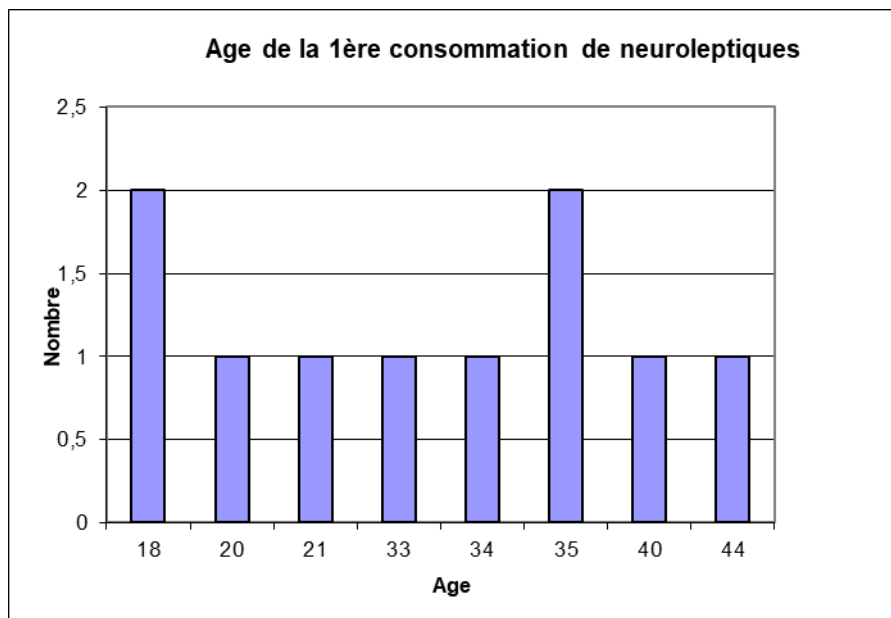
Cette année près de 16% des patients sont sous traitement neuroleptique à leur entrée, un pourcentage en légère augmentation cette année.

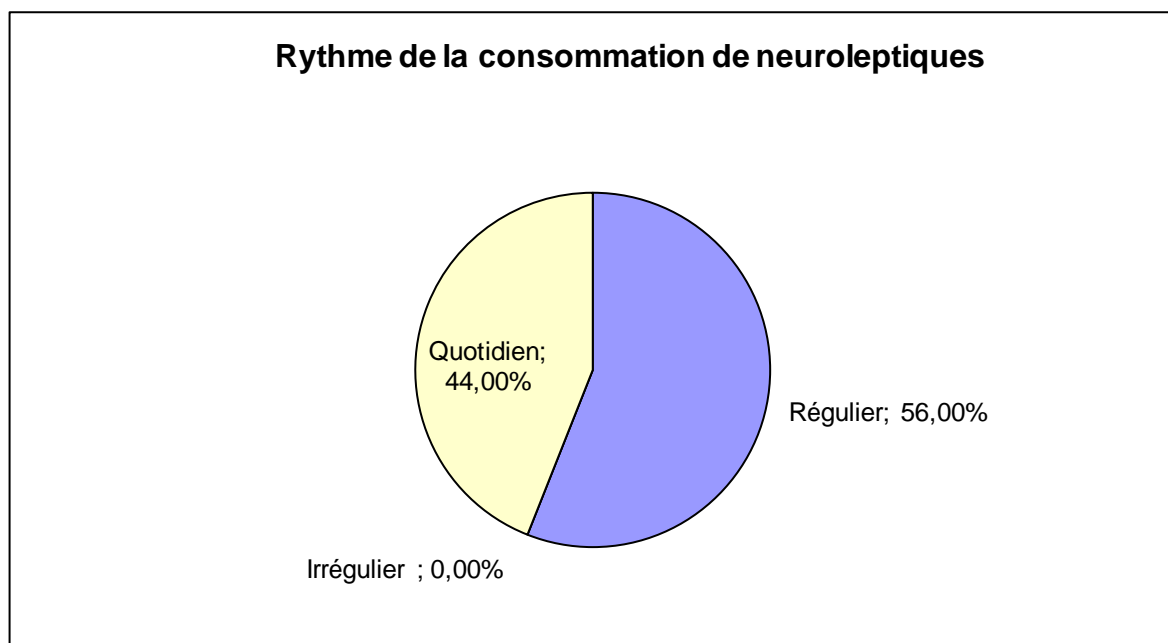
Habituellement, ce sont des neuroleptiques dits atypiques, tels le Risperdal® (Risperidone), l'Abilify® (Aripiprazole), le Zyprexa® (Olanzapine), ou encore le Solian® (Amisulpride). Ils sont quasiment toujours prescrits par leur médecin.

Nous ne sommes pas dans un mode de consommation comme pour les benzodiazépines mais en prise thérapeutique sous prescription médicale, à l'exception notable d'une molécule : le Seroquel® (Quétiapine).

Certains de nos patients présentent une décompensation psychiatrique lors du processus de sevrage. Celle-ci va de la simple anxiété, jusqu'à des symptômes psychotiques sévères (hallucinations, idées délirantes), en passant par des troubles de l'humeur (tristesse, euphorie), des manifestations de troubles de la personnalité sous-jacents (le plus souvent, borderline ou antisociale) et troubles bipolaires (« maniaco-dépression »).

Les antidépresseurs et les neuroleptiques permettent un meilleur contrôle de leurs symptomatologies et ouvrent la possibilité de travail et d'approche psychothérapeutique. L'avantage est le remplacement progressif des benzodiazépines par ces molécules, permettant l'éviction de leur dépendance et accoutumance. Toutefois, il est utile de rappeler que le principal effet secondaire de cette médication chez nos patients reste la prise de poids et que cela s'accumule aux facteurs de risque cardiovasculaires que sont la sédentarité et le tabagisme.





c) Antidépresseurs

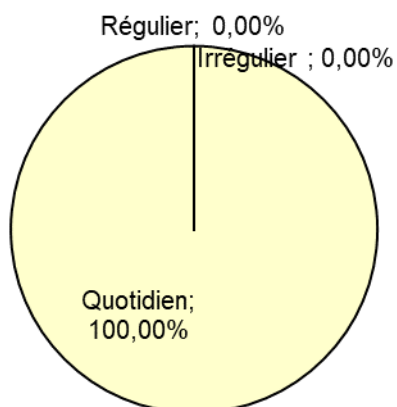
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AUCUNE	23	29	47	62.2 %	78.4 %	82.4%
ACTUELLE	11	3	5	29.7 %	8.1 %	8.8%
PASSÉE	3	5	5	8.1 %	13.5 %	8.8%
TOTAL	37	37	57	100 %	100 %	100%

Comme dans le cas des neuroleptiques, nous nous trouvons ici en présence d'un traitement instauré par un médecin, qui n'a pas d'autre objectif que de traiter la dépression et l'anxiété.

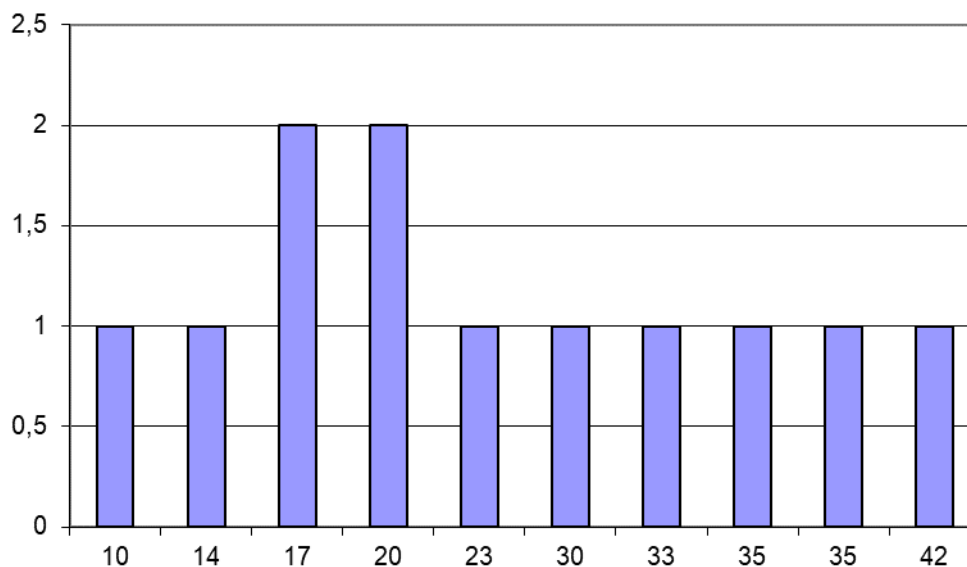
Le pourcentage est stable par rapport à l'année 2021 pour les patients qui entrent avec un traitement anti-dépresseur.

Tout comme les neuroleptiques, les antidépresseurs ne présentent en effet pas de risque de dépendances, et leur mésusage n'est pas recherché par les consommateurs de drogues.

Rythme de la consommation d'anti-dépresseurs



Age de la 1ère consommation d'anti-dépresseurs

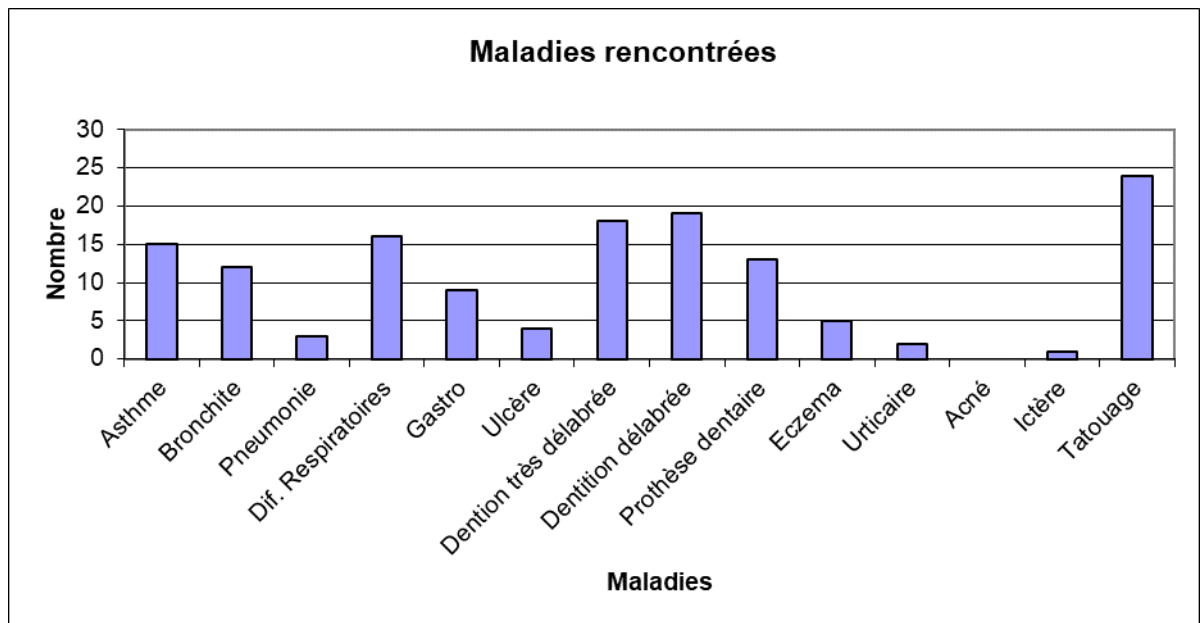


9. Autres données médicales

a) Problèmes médicaux (somatiques) rencontrés chez les patients

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez nos patients restent majoritairement les problèmes de dentition et les pathologies respiratoires.

Les problèmes dentaires et respiratoires sont directement liés au mode de prise préférentiel des patients, qui reste de loin la fumette.



b) Nombre d'overdoses et de tentatives de suicide

Les overdoses restent fréquentes chez nos patients dues à la persistance du risque potentialisé par les mélanges de multiples produits de consommation ainsi que le dosage incontrôlé du produit, facteur aléatoire dépendant du « dealer ». Les tentatives de suicide demeurent monnaie courante dans notre population fragilisée par les événements de vie traumatiques (10 patients sur 57 soit 18%). Ceci est le reflet d'un mal-être profond chez nos consommateurs.

c) Sevrage des opiacés

Parmi nos 57 séjours de 2022, 44 patients ont bénéficié d'un sevrage aux opiacés.

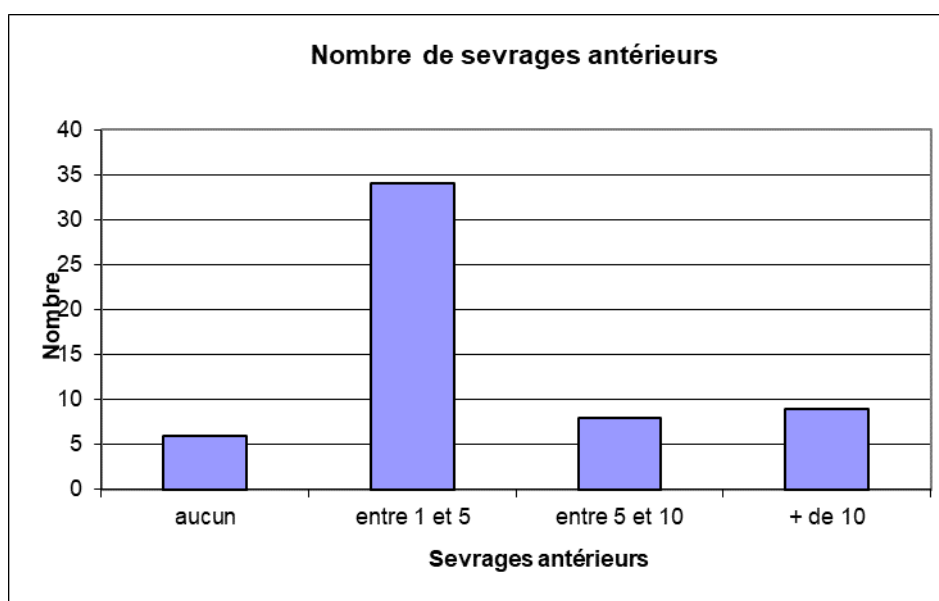
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
OUI	23	19	27	74 %	76 %	61%
NON	8	6	17	26 %	24 %	39%
TOTAL	31	25	44	100 %	100 %	100%

27 patients sont arrivés au bout de leur sevrage sur ces 44 cas, soit 61 %
C'est une diminution des sevrages menés à bien.

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
DÉPART PRÉMATURÉ	6	6	15	75 %	100 %	88%
STABILISATION	2	0	2	25 %	-	12%
TOTAL	8	6	17	100 %	100 %	100%

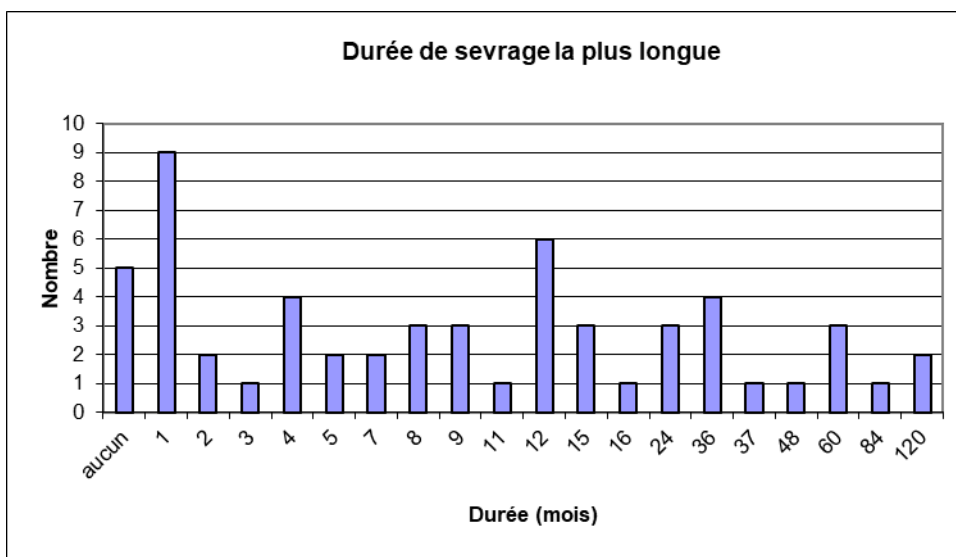
Sur les sevrages incomplets (15 cette année), tous sont liés à des fins de séjour prématurées.

La majorité des patients ayant séjourné à Transition n'en sont pas à leur première tentative de sevrage.

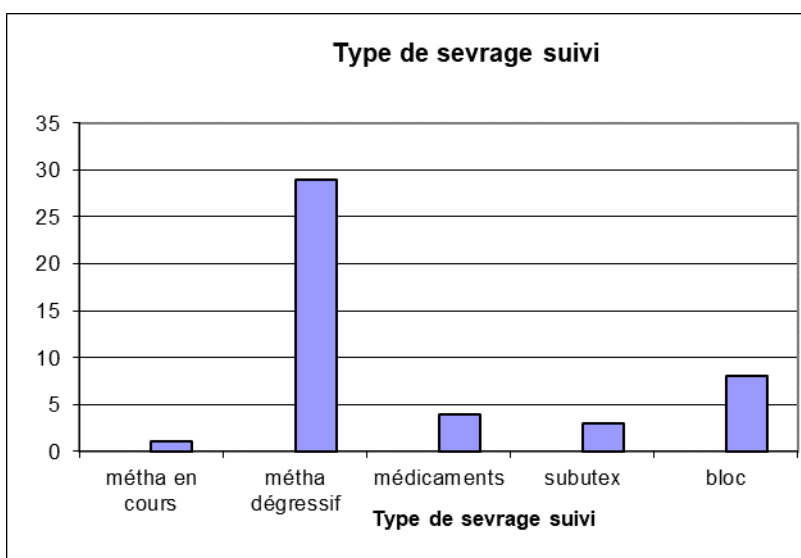


Il existe une grande variété dans la durée de l'abstinence des patients. Mais pour une grande partie d'entre eux, l'abstinence est de très courte durée.

Les rechutes sont assez proches de l'abstinence.



Le choix du sevrage aux opiacés des patients reste la diminution progressive de la méthadone jusqu'à zéro.
La prise de Subutex® et Suboxone® reste très faible face à la méthadone.



TYPE DE SEVRAGE SUIVI	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
MÉTHADONE EN DÉGRÉSSIF	30	52.7%
MÉDICAMENTS	4	7%
SUBUTEX	3	5.3%
BLOC	8	14%
NP	12	21%
TOTAL	57	100%

SEVRAGE MÉDICAMENT	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
OUI	13	22.8%
STABILISATION	11	19.3%
NP	33	57.9%
TOTAL	57	100%

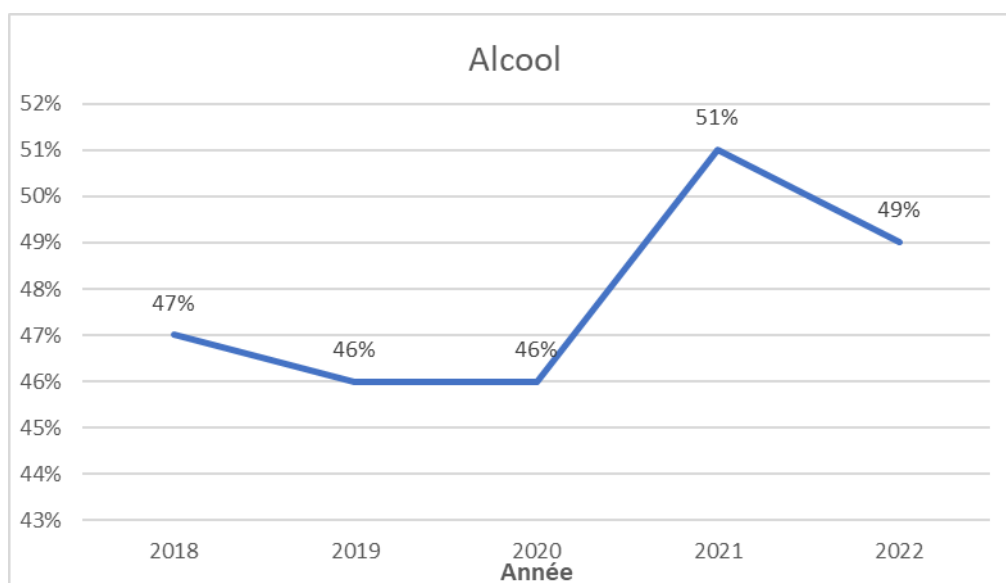
Le sevrage total de la prise médicamenteuse chez nos patients représente 22,8% d'entre-eux et est d'ailleurs vivement déconseillée pour la majorité d'entre eux, qui ont grand besoin d'une aide pharmacologique pour les apaiser et éviter des décompensations.

Nous essayons durant leur séjour de supprimer complètement les benzodiazépines que nous arrêtons ou relayons progressivement par la prise d'antidépresseurs et de neuroleptiques, qui permettent un meilleur équilibre sur la durée, tout en évitant tous les effets d'accoutumance, de dépendance et d'association à une image de consommation, de recherche de « plaisir ».

10. Conclusions

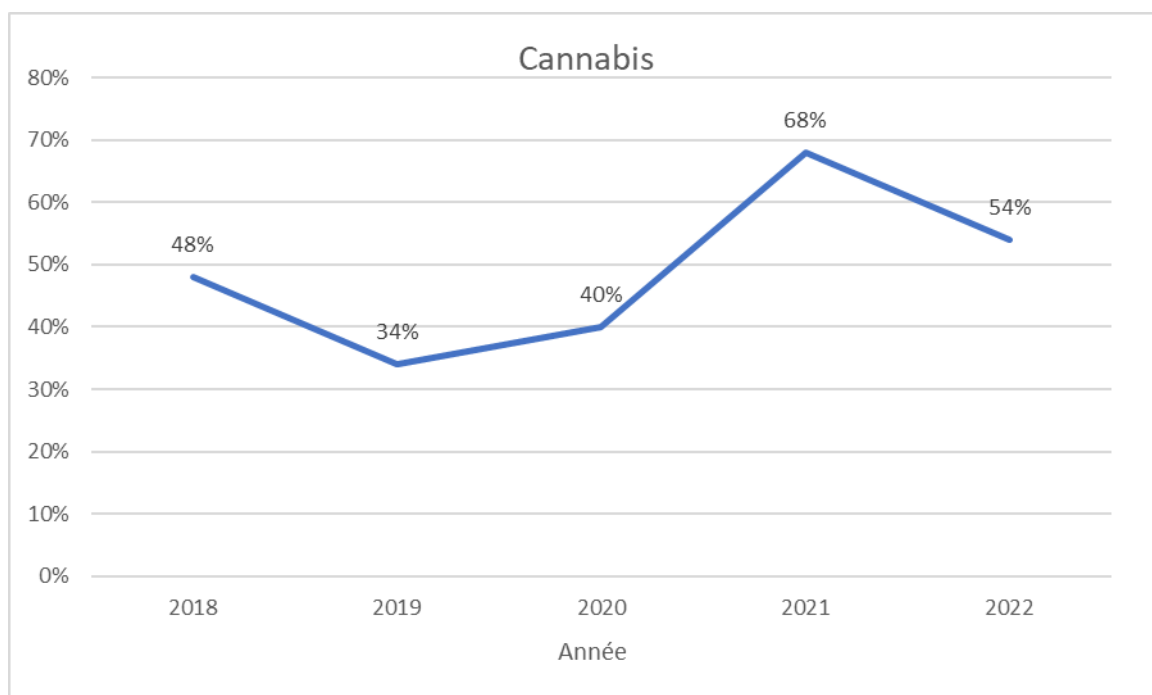
a) *Légère diminution de consommation abusive d'alcool chez nos patients.*

- 47 % en 2018
- 46 % en 2019
- 46 % en 2020
- 51 % en 2021
- 49 % en 2022



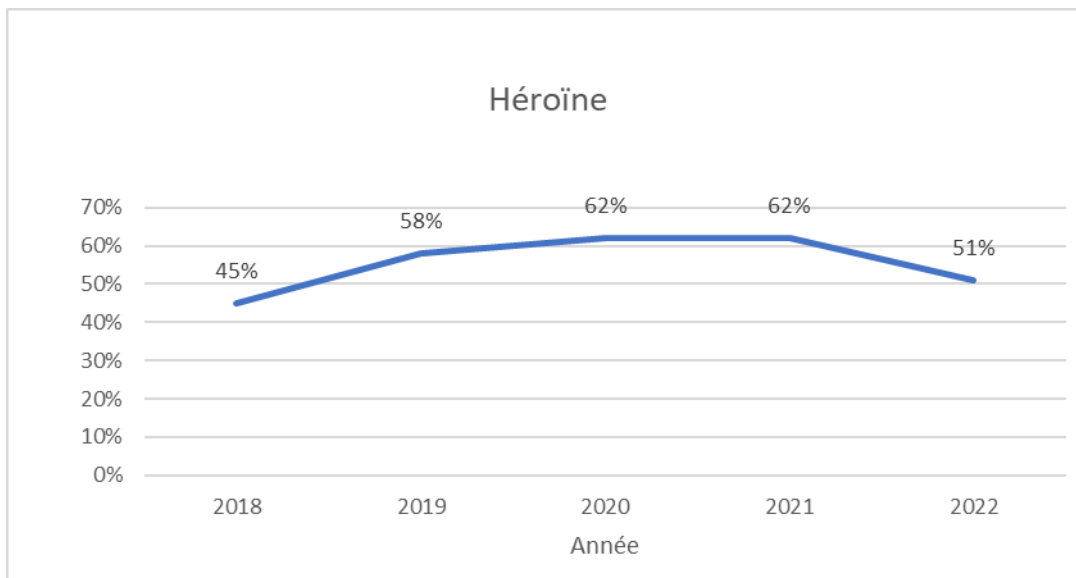
b) Diminution de la consommation de cannabis

- 48 % en 2018
- 34 % en 2019
- 40 % en 2020
- 68 % en 2021
- 54 % en 2022



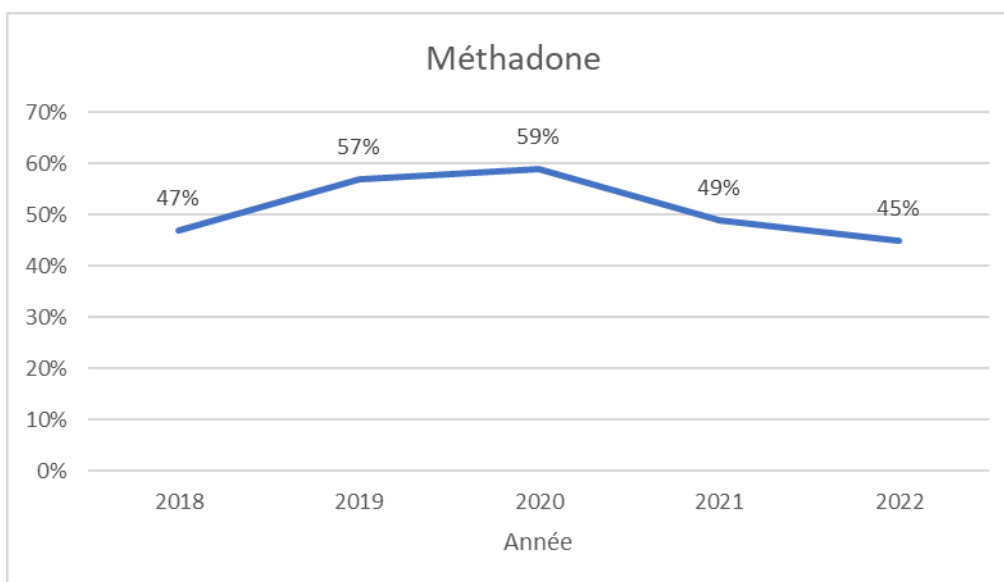
c) Diminution du nombre de consommateurs d'héroïne.

- 45 % en 2018
- 58 % en 2019
- 62 % en 2020
- 62 % en 2021
- 51 % en 2022



d) Diminution de la prise de méthadone chez nos patients

- 47 % en 2018
- 57 % en 2019
- 59 % en 2020
- 49 % en 2021
- 45% en 2022

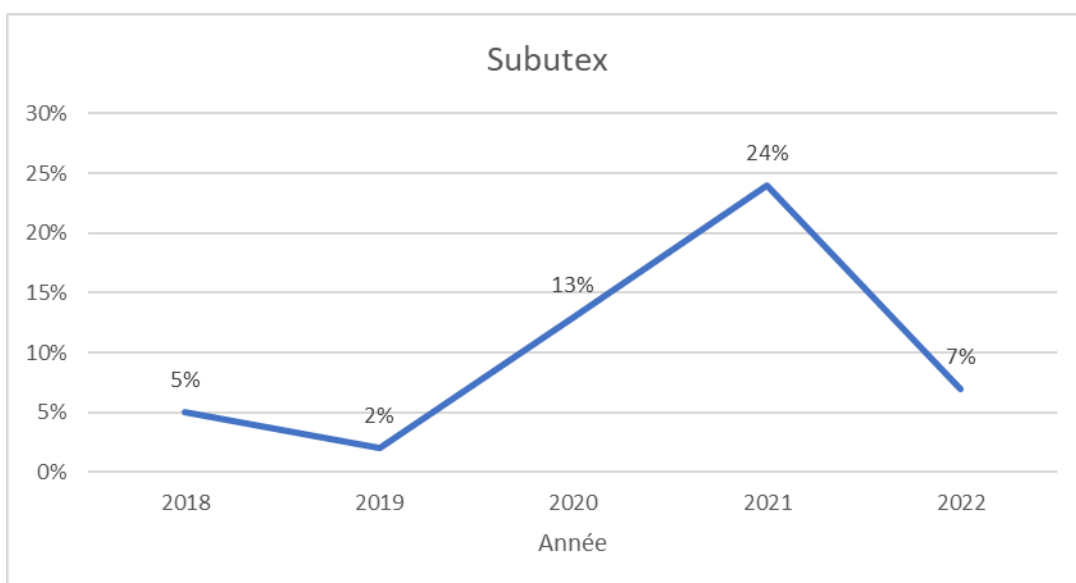


La dépendance à la méthadone s'additionne souvent à celle de l'héroïne, rendant le sevrage plus difficile.

e) Diminution de l'usage de la Buprénorphine

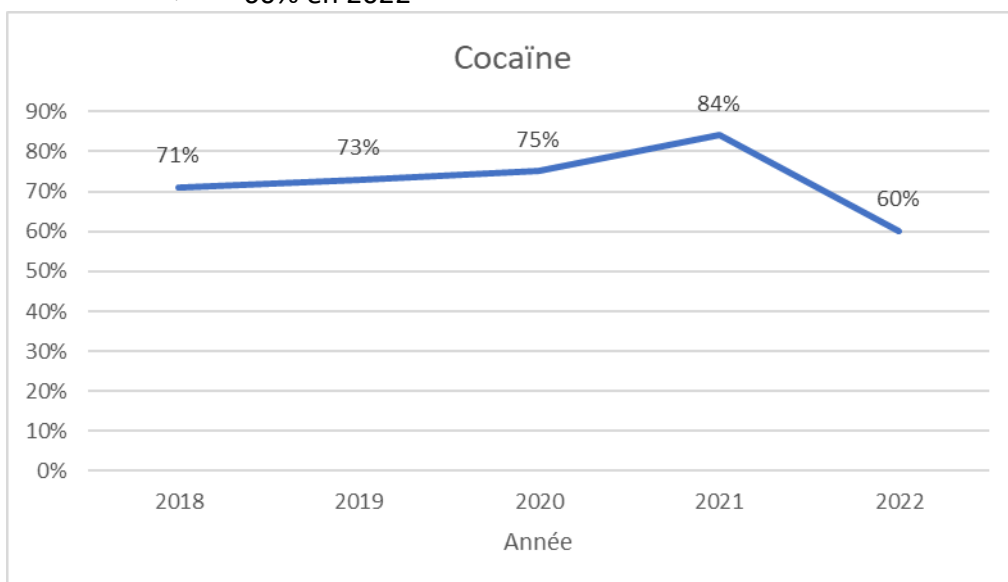
Les patients arrivent parfois à Transition sous Buprénorphine et plus spécifiquement Buprénorphine-Naloxone (Suboxone®), une alternative à la méthadone dans la substitution aux opiacés. Cette année, 4 patients étaient traités par Buprénorphine,

- 5 % en 2018
- 2 % en 2019
- 13 % en 2020
- 24 % en 2021
- 7 % en 2022



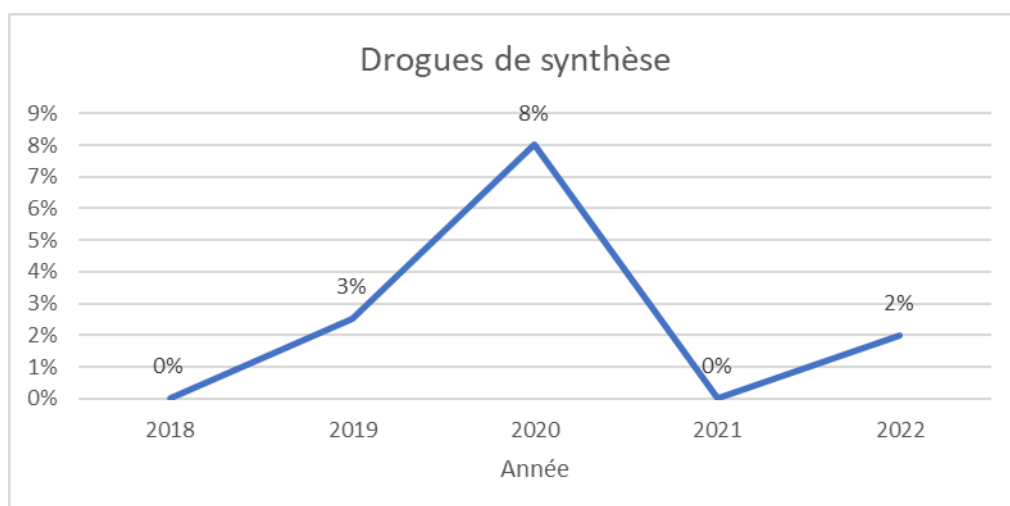
f) *Nette diminution de la consommation de cocaïne*

- 71 % en 2018
- 73 % en 2019
- 75 % en 2020
- 84 % en 2021
- 60% en 2022

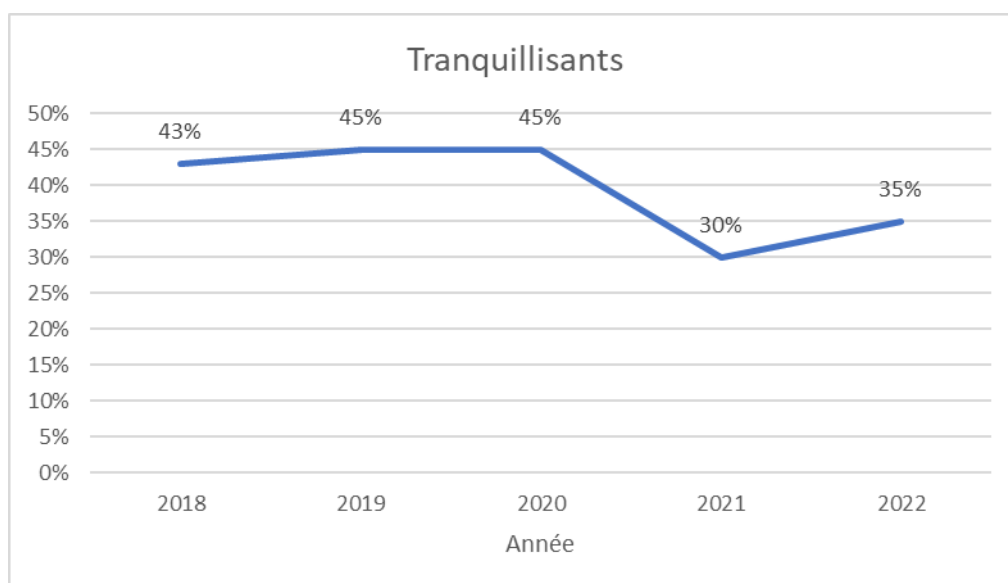


g) *Les drogues de synthèses (MDMA) ne sont plus représentatives des consommations récentes parmi nos patients*

- 0 % en 2018
- 2 % en 2019
- 8 % en 2020
- 0 % en 2021
- 2 % en 2022

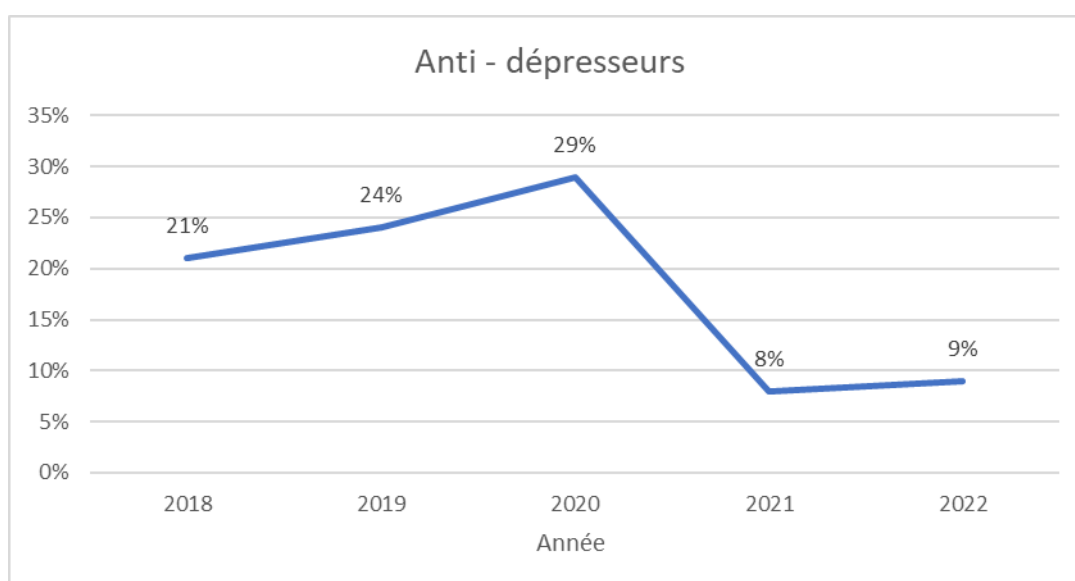


h) Augmentation de la prise de benzodiazépines et hypnotiques



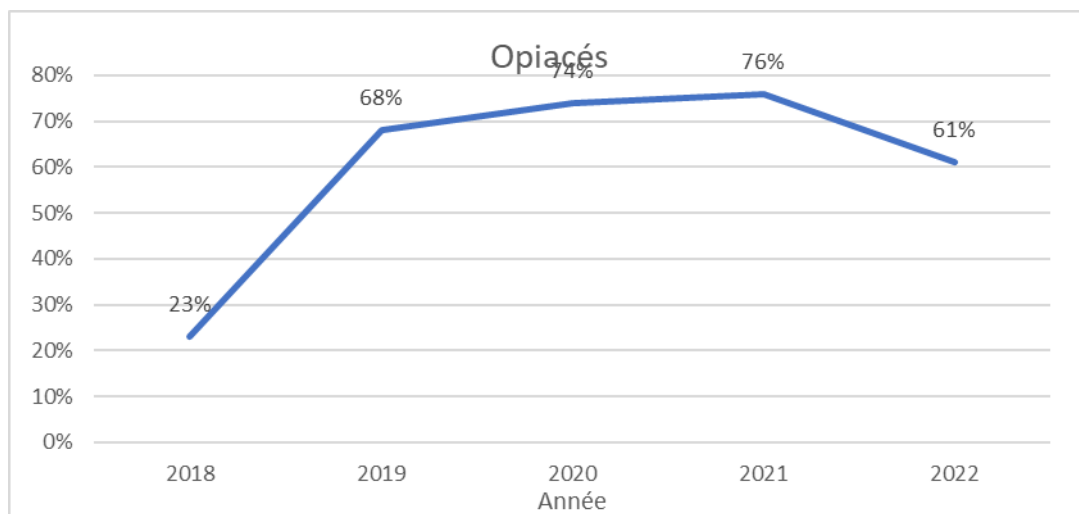
i) Traitement par antidépresseur

➤ 9% de nos patients suivent un traitement par antidépresseur à l'admission.



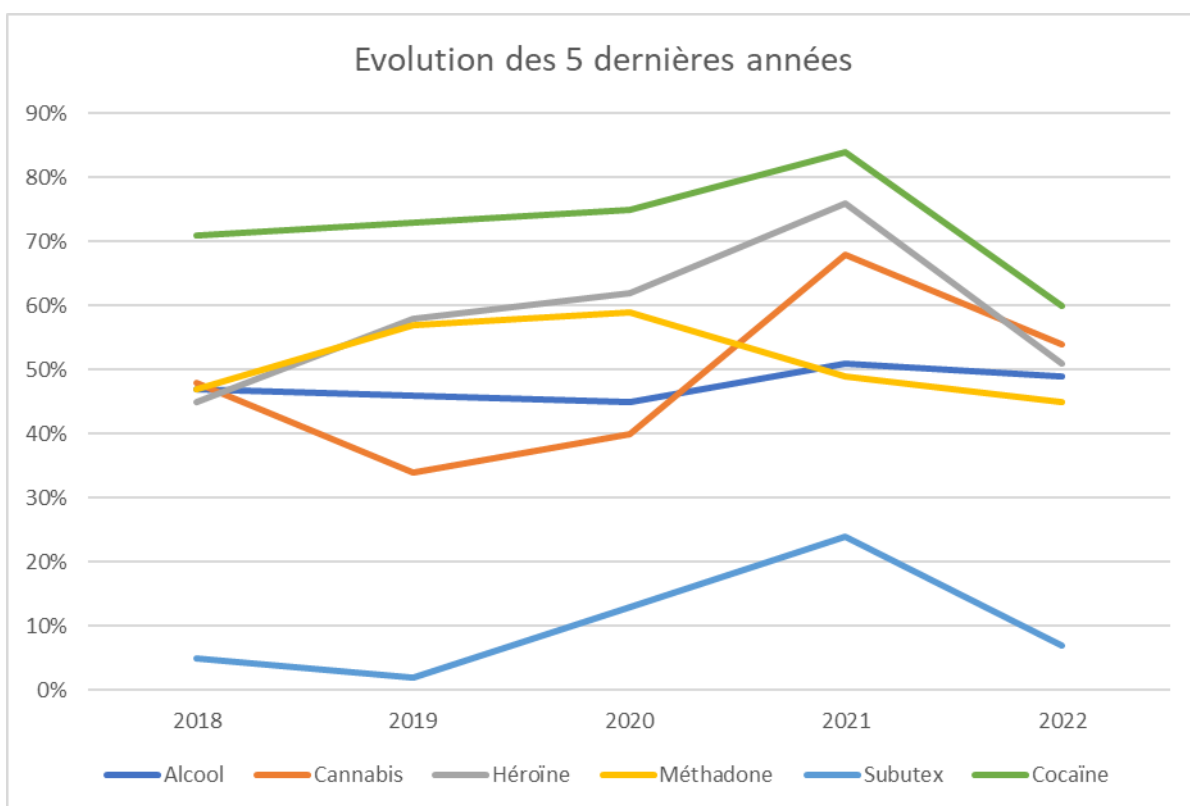
j) Patients sevrés d'opiacés en fin de séjour en nette diminution.

61 % des patients arrivent au bout du sevrage en 2022.



k) on note enfin une préférence de consommation des drogues :

- en fumette par rapport à l'injection.
- en solitaire plutôt qu'en groupe.
- à domicile plutôt qu'en rue.



Dr. Abdel BENZERROUG
Médecin généraliste

IV. ACTIVITES EXTERIEURES

I. Activités régulières

Transition participe de façon régulière à des lieux de rencontre concernant la toxicomanie :

Au niveau local :

- Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi, CAPC et notamment Conseil d'Administration, Assemblée Générale, comité de pilotage, atelier parentalité.

Au niveau régional :

- Fédération des structures Psycho-Socio-Thérapeutiques : aide wallonne

Au niveau fédéral :

- Fédération des structures Psycho-Socio-Thérapeutiques : secteur assuétudes
- Santhéa ASBL, groupe de travail Conventions AVIQ.

II. Rencontres

Cette année nous avons rencontré :

- Les Equipes mobiles Hainaut Est.

III. Journées d'études – conférences

- Participation à la journée « Où sont les femmes » organisée par la CAPC de Charleroi.
- Participation au salon « Santé et précarité » organisé par la ville de Charleroi et Le Service Santé et Label « Charleroi, Ville Santé ».
- Participation aux 5 ans des Equipes Mobiles Hainaut-Est. « Lions, déliions... ».

IV. Formations

- Recyclage de secourisme pour 2 travailleurs. Formation organisée par la Croix Rouge.
- Formation en « Professeur de Yoga » 2^{ème} année pour un travailleur.
- Formation Réforme APE organisée par Sema Forma.

