

ASBL DIAPASON – TRANSITION

RAPPORT D'ACTIVITES 2023 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.	EMOTIONS EN THERAPIE ET THERAPIE PAR LES EMOTIONS	7
II.	UNE JOURNEE PARTICULIERE	13
III.	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	15
A.	Hébergement	15
1.	Nombre de séjours – nombre de patients	15
2.	Taux d’occupation	15
3.	Moyenne d’occupation mensuelle	16
4.	Nouveaux patients	16
5.	Durée des séjours	17
B.	Patients	18
1.	Sexe	18
2.	Age	18
3.	Parentalité	20
4.	Nationalité	21
5.	Mode de vie	21
6.	Lieu d’habitation	21
7.	Ressources	22
8.	Niveau de scolarité	22
9.	Envoyeur principal	23
10.	Antécédents judiciaires	24
C.	Admission	24
1.	Lieux des entretiens d’admission	24
2.	Rapport entre le nombre d’entretiens d’admission et entrées	25
3.	Conditions d’assurabilité	26
D.	Données d’ordre clinique	26
1.	Contenu de la demande à l’entrée	26
2.	Mode de fin de contrat	28
3.	Projet travaillé avec les patients	28
E.	Mode et type de consommation	29
1.	Alcool	30
2.	Cannabis	32
3.	Héroïne	33
4.	Méthadone	36
5.	Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)	38
6.	Cocaïne	38
7.	Drogues de synthèses	40
8.	Médicaments	41
9.	Autres données médicales	46
10.	Conclusions	49
IV.	ACTIVITES EXTERIEURES	57

«Pensez (...) au monde que vous portez en vous (...). Ce qui survient en vous, au plus intime, mérite tout votre amour, il faut, d'une façon ou d'une autre, y travailler (...)

R.M. Rilke, Lettres à un jeune poète

« Alors il faudrait aimer autant les épreuves que les bonheurs de la vie ? Pour ce qu'elles apportent, pour ce qu'elles rendent, aussi, vivant ? C'est vrai, il n'y a rien de tel que les émotions fortes pour se sentir pleinement en vie. Et pourtant, quand la souffrance est là, on ne rêve que d'une chose : qu'elle nous lâche et s'enfuie en courant. On cherche la paix de l'esprit, le silence du corps »

Les Dominos de la vie
Laure Manel

I. EMOTIONS EN THERAPIE ET THERAPIE PAR LES EMOTIONS

Je ne peux pas parler de mon expérience de psychothérapeute à Transition sans parler des émotions. Dans ma pratique, la place que j'accorde aux émotions n'a fait que grandir au fil du temps. J'ai pris conscience qu'un travail thérapeutique uniquement basé sur la recherche d'une compréhension intellectuelle était stérile. L'important étant souvent l'émotion qui peut jaillir au cours du processus de verbalisation du patient. Or, la question des émotions se pose de façon particulièrement forte chez les patients souffrant d'assuétude, la prise de stupéfiant ayant souvent pour but l'oblitération de ces invitées indésirables et douloureuses. A Transition, nos résidents en sevrage et immergés dans une vie communautaire riche et intense sont confrontés de façon massive au retour de ces émotions qu'ils ont essayées de supprimer. Ce retour plus ou moins débordant est vécu comme déstabilisant voir dangereux. Les patients expriment souvent la peur de perdre le contrôle et de se retrouver submergé par leurs émotions. Cela a un impact important tant sur leur humeur, que sur leurs relations aux autres. Cela influence aussi leur accès à la parole souvent vécue comme une porte ouverte vers ces ressentis dangereux. Il est donc primordial d'accorder une grande importance aux émotions dans notre travail à Transition. Or, nous pouvons en tant que thérapeute aussi nous sentir impuissant ou même effrayé par ce torrent émotionnel. Une formation récente sur « les émotions et le couple » inspirée des TCE (thérapie centrée sur les émotions) m'a permis de voir l'importance des émotions et m'a donné les outils nécessaires pour les utiliser dans un but thérapeutique.

Mais qu'est-ce donc qu'une émotion ? Dans le Larousse elle est définie comme une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. Dans la littérature sur le sujet, on la décrit comme une sensation physiologique qui naît souvent en réaction à une situation externe ou à une interprétation de la réalité et qui peut provoquer une réaction comportementale. J.R. Averill¹ insiste sur le fait qu'il s'agit de processus rapides, automatisés et en grande partie inconscients qui vont donner l'impression de les subir plutôt que de les agir. Il ajoute que les réponses émotionnelles sont difficilement verbalisables se manifestant davantage par des changements expressifs ou physiologiques ou par des agirs impulsifs. Pour lui, les émotions sont déterminées par la société et la culture. Pour d'autres auteurs, certaines émotions sont innées et existent dans toutes les cultures. P.Ekman² a distingué 6 émotions primaires innées : la colère, la peur, la surprise, la joie, la tristesse, et le dégoût. A.S. Cowen et D. Keltner³ ont, quant à eux, tenté de catégoriser toutes les émotions existantes. Ils en ont identifié 27 catégories distinctes. Il est également important de distinguer émotions, sensations et sentiments qui sont différents, bien que liés.

¹ J.R.Averill (1985). The social construction of emotion : with spécial référence to love. In The social construction of the person (pp89-109). K.J. Gergen and K.E. Davis (Eds). Springer series in social psychology (SSSOC), Springer, NY.

² P. Ekman(1999). Basic Emotions. In T. Dalgleish and M. Power (eds). Handbook of cognition and émotion. Sussex, UK : John Wiley&Sons, Ltd.

³ A.S.Cowen and D.Keltner (2017). Self-report captures 27 distinct categories of emotion bridged by continuous gradients. In Psychological and cognitive sciences. J.E. Ledoux (Ed), NY.

Les sensations sont essentiellement physiques, elles sont liées à la perception sensorielle d'un stimulus interne ou externe.

Elles peuvent être la manifestation dans le corps d'une émotion (battements de cœur accélérés, respiration rapide, tensions musculaires, ...) ou être à l'origine de cette émotion (des sensations corporelles agréables peuvent déclencher des émotions positives telles que la joie ou le contentement). L'émotion transitoire et intense précéderait le sentiment. Ce dernier étant plus durable et complexe et pouvant être influencé par nos pensées, nos croyances et notre expérience personnelle.

Dans les 3 courants les plus anciens de la psychologie : la psychanalyse, la systémique et les théories cognitivo- comportementales, la question des émotions a été peu prise en compte. La psychanalyse a pour objectif principal la levée du refoulement pour rendre conscient les conflits psychiques, fantasmes infantiles et traumatismes qui s'expriment à travers les symptômes. On retrouve la notion d'émotions notamment dans le concept d'abréaction⁴. Il s'agit d'un processus de décharge émotionnelle qui libère l'affect lié aux souvenirs d'un traumatisme jusqu'alors refoulé et qui permet d'en annuler les effets pathogènes. Celle-ci est donc importante pour permettre une amélioration de l'état du patient. La systémique ne se focalise pas sur le patient malade, ni sur la recherche d'une cause intrapsychique du symptôme mais sur l'individu en relation avec les systèmes auxquels il appartient. C'est l'analyse des interactions complexes au sein du système qui permettra de mettre en évidence un dysfonctionnement de cette dynamique qui provoque et maintient la souffrance. L'émotion y est vu comme une forme de communication et elle prendra sens en fonction du rôle qu'elle joue dans la dynamique du système. Dans les thérapies cognitivo- comportementales⁵ c'est l'aspect comportemental et la dimension cognitive qui sont pris en considération dans la compréhension des symptômes psychiques. Ces thérapies cherchent à agir sur les comportements et à explorer les pensées sous-jacentes en vue de modifier un comportement qui n'est plus souhaité. Au départ il était préconisé d'identifier les pensées négatives automatiques qui étaient pour eux à l'origine des émotions désagréables. Depuis le début des années 90, l'accent a été d'avantage mis sur les émotions dans l'explication des troubles psychiques dans les thérapies cognitivo- comportementales.

Ce n'est que récemment que sont apparues des théories mettant les émotions au centre de l'attention. Le développement de l'approche humaniste dans les années 1960 et 1970 va ouvrir la porte à une nouvelle conception de l'humain comme « doté de ressources et capable de décisions éclairées, par conséquent, possédant une capacité d'autodétermination et d'autoréalisation. » (U Kramer et E Ragama⁶).

⁴ [wikipedia.org/wiki/Abréaction](https://wikipedia.org/wiki/Abr%C3%A9action)

⁵ Le Travail des Émotions en Thérapie Comportementale et Cognitive Vers une Psychothérapie Expérientielle. Pierre Philippot, Céline Douilliez, Céline Baeyens, Benjamin Francart, François Nef. Dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux **2002/2 (n° 29)**, pages 87 à 122

⁶ La psychologie centrée sur les émotions. Ueli Kramer, Emna Ragama, ed. Elsevier Masson, Paris, 2020.

La thérapie centrée sur les émotions (TCE ou EFT en anglais pour Emotionally Focused Therapy) développée en 1980 par S. Johnson et L. Greenberg⁷ est issue de ce courant théorique majeur. Pour ces auteures, les émotions sont considérées comme primordiales car elles nous indiquent ce qui est important pour nous et ce dont nous avons besoin. Ces informations nous aident à comprendre comment agir. Elles nous procurent un sentiment de cohérence et d'unité et le sentiment d'être vivant. Elles sont cruciales pour la construction et l'organisation du soi. L'émotion est vue comme une ressource adaptative et un système de signification au lieu d'un produit de la cognition, une chose dont il faut se débarrasser de façon cathartique, qu'il s'agit de modifier, de contrôler ou de corriger par la raison. Dans cette conception, les problèmes de l'individu, du couple ou de la famille sont le résultat de dysfonctionnements liés à la régulation émotionnelle. Si les émotions sont d'une intensité insupportable et débordent la psyché individuelle, cela met à mal les capacités de cognition individuelle et les systèmes humains. Mais si, lors de la thérapie, le patient peut prendre conscience de ses émotions et les articuler dans le langage pour une meilleure compréhension de ce qu'il ressent alors ces émotions pourront se transformer et ses besoins pourront être mieux remplis. L'émotion est ici considérée comme la voie principale du changement. La TCE voit l'humain avant tout comme un être relationnel. C'est la théorie de l'attachement développée par J. Bowlby⁸ qui permet, pour eux, de comprendre la genèse des capacités relationnelles de chacun. Selon cet auteur, lors de l'enfance, l'individu va développer un type d'attachement en fonction de la relation qu'il a pu développer avec ses figures d'attachement primaires (« primary caregivers »).

L'enfant encore immature et vulnérable va se tourner vers ses parents (ou toute personne qui occupe cette fonction) lorsqu'il rencontre une difficulté. La façon dont ceux-ci vont répondre ou non à ses besoins émotionnels va déterminer la manière dont il va construire son mode d'attachement qui perdurera ensuite tout au long de sa vie relationnelle future. Selon J. Bowlby, il existe quatre formes d'attachement différentes. Si les figures d'attachement sont disponibles et contenantes, l'individu va développer un rapport équilibré vis-à-vis de ses liens d'attachement qu'il sollicitera de manière efficace et pertinente (Attachement « sécure »). Si les figures d'attachement ne sont pas disponibles et répriment l'émotion de l'enfant, ou le pousse trop vite à l'indépendance, ce dernier va avoir tendance à se renfermer sur lui-même et à éviter ses proches en cas de problème (Attachement évitant). Face à des figures d'attachement instables, l'enfant va les sur-solliciter afin de s'assurer leur soutien. Ce surinvestissement anxieux de la relation va perdurer à l'âge adulte sous forme d'angoisse d'abandon (Attachement anxieux). Et enfin, si la figure d'attachement est elle-même dans une grande insécurité, cela va provoquer une inversion des rôles. L'enfant va répondre aux besoins de sécurisation de la figure d'attachement pour s'assurer sa présence (Attachement désorganisé). L'intérêt des théories de l'attachement dans les thérapies centrées sur l'émotion est que le type d'attachement développé durant l'enfance va déterminer le type de régulation que l'individu va mettre en place pour gérer ses émotions dans le reste de sa vie et peut-être à l'origine de souffrance et de difficultés relationnelles. Les TCE ont été développées par S. Johnson et L. Greenberg. Mais, si la première a insisté sur l'importance de l'attachement dans les dysfonctionnements émotionnels, la seconde a d'avantage mis l'accent sur le besoin de reconnaissance, de validation personnelle et de respect de ses limites et sur la capacité à s'affirmer comme à l'origine des troubles émotionnels des patients.

⁷ L. S. Greenberg, *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*, Association américaine de psychologie, 30 juillet 2015 (ISBN 9781433819957)

⁸ J. Bowlby (1951. Maternal care and mental health ; Bulletin of the world health organization, 3,355 -533)

Dans le cadre d'un suivi individuel⁹, la thérapie centrée sur les émotions se concentre sur les liens d'attachement du patient avec son entourage actuel, les stratégies de régulation émotionnelle qu'il a mis en place pour répondre à son environnement, mais aussi les schémas relationnels négatifs qu'il a développé au cours de ses interactions passées. L'objectif, dans un premier temps, est de mettre en évidence les différentes manières dont la personne interagit avec ses proches et les émotions qui y sont associées. Par exemple, imaginons une patiente appelée Léa qui, en entretien, parle abondamment de son compagnon, chauffeur poids lourds souvent absent de la maison, et des nombreuses disputes qui mettent à mal leur relation. La colère, dans cet exemple schématisé est l'émotion la plus présente. Dans les TCE, les émotions les plus apparentes sont appelées secondaires, car on fait l'hypothèse qu'elles se substituent à des émotions dites primaires, plus profondes et moins conscientes. Les émotions primaires ont beaucoup plus de mal à être verbalisée et même parfois à être perçues, parce qu'elles sont moins acceptées socialement et qu'elles sont en lien avec une grande vulnérabilité de l'individu. Dans ce cas de cette patiente imaginaire, une analyse plus approfondie de ses émotions pourrait mettre en évidence une grande tristesse et une peur (émotions primaires) cachée derrière la colère (émotion secondaire). On distingue deux types d'émotions primaires. Celles dites adaptées car en lien à la situation actuelle et celles dites mal adaptées car liées à des événements et relations passées. Pour Léa, la tristesse et la peur ressentie dans la relation avec son mari pourraient-être en lien avec des carences affectives vécues durant son enfance avec sa mère par exemple. L'émotion primaire serait alors dite mal adaptée car en lien avec une relation passée et non actuelle.

Cet approfondissement de la compréhension de son état émotionnel profond et complexe va permettre au patient de mettre en avant les besoins sous-jacents adéquats liés à ces émotions intenses et de construire des liens interpersonnels plus sécurisés. Léa pourrait alors mieux comprendre ses besoins de réassurance et d'affection et les exprimer à son mari plus adéquatement. Elle n'aurait plus besoin de passer par la colère face aux absences de son compagnon mais parler de son vécu d'abandon. Le rôle du thérapeute est d'aider son patient à améliorer ses capacités de prise de conscience, de reconnaissance et d'acceptation de ses émotions, en les expérimentant, les nommant et les validant. Il s'agit d'augmenter la tolérance du patient envers des émotions profondément enfouies et douloureuses, jusque-là évitées. Le thérapeute doit aussi veiller à intégrer ces expériences émotionnelles dans le cadre de la narration du vécu personnel de la personne afin de construire de nouvelles représentations et connaissances de soi. Cette meilleure compréhension de son fonctionnement émotionnel permettra ensuite l'expression de besoins adaptés et un changement de position dans ses relations. Le développement d'un lien sécurisé et d'une relation de confiance entre le thérapeute et le patient est un point-clé dans la réussite du traitement. C'est uniquement dans ce cadre-là que seront abordées efficacement les émotions les plus intimes et profondément enfouies. C'est la base solide et sécurisante à partir de laquelle se forme la régulation des émotions et des liens sécurisés avec les autres

⁹ wikipedia.org/wiki/Thérapie_centrée_sur_les_émotions

Les TCE se sont surtout développées dans la thérapie de couple¹⁰, le couple étant par excellence la relation où s'expriment dans toute leur intensité les modes d'attachement de chacun. Le thérapeute se centre sur le présent de la relation. Les tensions au sein du couple ne sont plus vues comme de l'hostilité, une volonté de faire souffrir l'autre, mais comme l'expression inadéquate d'un besoin de contact, de sécurité, de soutien et de réassurance. Ces besoins ne sont pas visibles et exprimés par les partenaires, ce qui engendre de nouveaux comportements négatifs en réaction. On est alors face à des boucles de rétroaction négatives maintenues par les réponses complémentaires de chacun dans une tentative désespérée de restaurer un attachement perdu. Cette tentative de régulation émotionnelle de chacun, par ses conséquences sur le partenaire, va renforcer le cercle vicieux des conflits interminables. La première étape est de partir des conflits observés et de tenter d'explorer la manière dont chacun réagit à l'autre, ce qui crée une boucle relationnelle négative répétitive. Si nous imaginons que notre patiente imaginaire Léa est venue consulter un thérapeute formé aux TCE avec son mari David, nous pourrions par exemple observer répétitivement entre eux des conflits ayant toujours les mêmes caractéristiques. Léa exprimant de façon virulente sa colère envers son mari à propos d'un grand nombre d'événements anodins de leur vie quotidienne et David réagissant aux crises de sa femme en se refermant sur lui-même dans un mutisme de plus en plus profond. Plus Léa attaque David et plus celui-ci se replie sur lui-même et plus David se retire de la relation plus la colère de Léa est activée. Les émotions secondaires associées à ces comportements doivent être validées : les réactions émotionnelles de chacun, sous tendues par ce qu'ils vivent dans la relation sont justes et légitimes. Ensuite, il faut d'explorer les émotions primaires sous-jacentes. Peu à peu Léa pourra prendre conscience que sous sa colère manifeste se cache une grande tristesse, le sentiment d'être seule et la peur d'être délaissée. David quant à lui pourra peut-être exprimer que dans ces situations de conflit il vit une émotion de honte ayant le sentiment de ne pas être à la hauteur et de ne pas pouvoir rendre sa femme heureuse. A partir de la reconnaissance de ces émotions primaires, il faut ensuite aller plus loin et tenter de voir à quelle zone de fragilité personnelle, à quel mode d'attachement archaïque elles sont reliées. Léa pourra aborder la relation à sa mère distante et froide et David parlera peut-être de son sentiment de toujours avoir déçu son père.

C'est cette nouvelle expérience émotionnelle de soi-même et de son partenaire et l'expression claire des besoins qui y sont liées, qui permettront de changer l'interaction entre eux. La capacité de chacun d'entendre l'émotion primaire de l'autre, de comprendre son besoin le plus profond et d'y répondre permet de mettre en place une relation plus positive. Léa pourra prendre conscience que la colère qu'elle exprime ne peut que renforcer la honte de son mari et son retrait. David, lui, comprendra que sa manière de réagir face aux éclats de sa femme ne fait que renforcer sa peur d'être abandonnée. Léa sentant que son mari reconnaît ses besoins de sécurités, apprendra à les exprimer autrement que par la colère. David comprenant que sa femme ne va pas bien parce qu'elle a besoin d'être rassurée et non parce qu'il n'est pas à la hauteur, se fermera moins à elle. Dans les TCE, on se centre sur le développement de nouveaux modes de réponses émotionnelles et d'interactions, plutôt que de chercher à créer de nouvelles compétences. Pour Johnson et Greenberg (1987), l'objectif est « d'avoir accès, d'exprimer et changer les réponses émotionnelles de chaque partenaire afin de les repositionner dans une interaction plus communicante ».

¹⁰ Sue Johnson, *Serre moi fort ! Sept conversations pour une vie entière d'amour* – 2013 First Ground

J'avais à cœur de pouvoir partager dans cet écrit l'importance grandissante que j'accorde aux émotions dans mon travail de thérapeute. Ma formation universitaire m'avait peu sensibilisée à cette thématique. Les grandes théories psychologiques qui y sont enseignées sont principalement centrées sur le fonctionnement psychique interne ou la dynamique relationnelle d'un groupe et se préoccupent davantage de la compréhension du pourquoi et de la recherche de solution, que de ces sensations envahissantes et difficile à contenir que sont les émotions. Mais ma pratique à Transition avec des patients souffrant d'assuétudes m'a rapidement fait prendre conscience de l'importance capitale d'intégrer la question des émotions dans mes réflexions. La formation récente et très riche que j'ai suivie sur les TCE m'a apporté une meilleure compréhension de la place centrale des émotions comme levier dans le processus thérapeutique. En partant de la théorie de J. Bowlby sur l'attachement, les TCE considèrent les souffrances d'une personne, d'un couple ou d'une famille comme résultant de schémas d'attachement mal adaptés provoquant de nombreux dysfonctionnements en termes de régulation émotionnelle. L'expérimentation, dans le cadre d'une relation thérapeutique empathique et sécurisante, de l'expression des émotions sous-jacentes et des besoins adaptés qui en découlent permettra de transformer les interactions négatives en des relations plus sécurisantes et épanouissantes. Pour L. Greenberg le rôle du thérapeute est d'aider les patients à mieux identifier, expérimenter, accepter, explorer et donner un sens à leurs émotions pour pouvoir les transformer et gérer de manière flexible.

Pour ma part, je peux maintenant accueillir les émotions parfois intenses présentes dans le processus thérapeutique avec davantage de bienveillance et d'assurance et les considérer non plus comme un problème à supprimer, mais comme un levier permettant de comprendre et de réguler ce qui se joue pour le patient.

LEDENT Christine.
Psychologue

II. UNE JOURNEE PARTICULIERE

Nous y sommes...

le dernier jalon de notre fiction « une journée particulière » est écrit.

Dans celle-ci le lecteur est amené à suivre une éducatrice de l'asbl Transition qui reprend le travail après quelques jours bien mérités de vacances.

Pour nos 30 ans de fonctionnement nous vous en proposons un récit complet et individualisé.

La « particularité » de ce dernier est, d'abord, qu'il a traversé le temps institutionnel puisqu'il s'est élaboré, pas à pas, sur plus de 10 ans (2011-2024) et en 7 actes ; ensuite, qu'il a pris vie grâce à diverses petites mains... Chacune, à sa manière, a façonné de son enthousiasme et de ses convictions les tenants de cette traversée littéraire. Ne vous étonnez donc pas d'y trouver des styles différents au fur et à mesure de l'avancement de votre lecture.

Lors de cette élaboration finale, nous nous sommes permis de rectifier certaines inexactitudes temporelles ou incohérences du récit, mais pour ce qui est du ton, du vocabulaire, du phrasé nous avons pris le parti de les laisser gambader sur le papier tel que ressenti par les écrivains en herbe du jour et de l'époque. Nous avons également changé les différents prénoms afin que le récit soit le plus indépendant possible de la réalité de terrain.

Même si les personnages comme les histoires sont fictifs., nous avons tenté, de manière dynamique et vivante, de vous faire ressentir la richesse et les enjeux qui animent tant les personnes sollicitant notre service que notre travail. Ce récit a pour double objectif d'abord de souligner, autant que faire se peut, l'humanité des personnes qui ont croisés nos chemins ; ensuite de mettre en lumière, sans les théoriser formellement, les valeurs et les principes qui sous-tendent et dirigent notre manière d'inscrire notre action éducative dans un projet thérapeutique institutionnel.

Au lecteur l'exercice de débusquer voire, si l'envie lui prend, de s'imprégner de ces lignes de force...

Mettre en mots nos réalités croisées fut non seulement un plaisir mais bien plus une nouvelle manière de penser le travail et de valider les principes d'action de notre collectif soignant dans sa « particularité » éducative.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

L'équipe éducative

III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A. HÉBERGEMENT

1. Nombre de séjours – nombre de patients

	2021	2022	2023
MOYENNE	4.92	6.79	7.65
DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS (EN JOURS)	48.51	43.54	41.67
NOMBRE DE PATIENTS	35	55	62
NOMBRE DE SÉJOURS	37	57	67

En 2023

Le pourcentage d'occupation pour 2023 est de 95 %. En 2023, nous avons accueilli 62 patients différents. Parmi ceux-ci, 5 patients ont effectué 2 séjours.

En résumé pour 2023 :

- 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

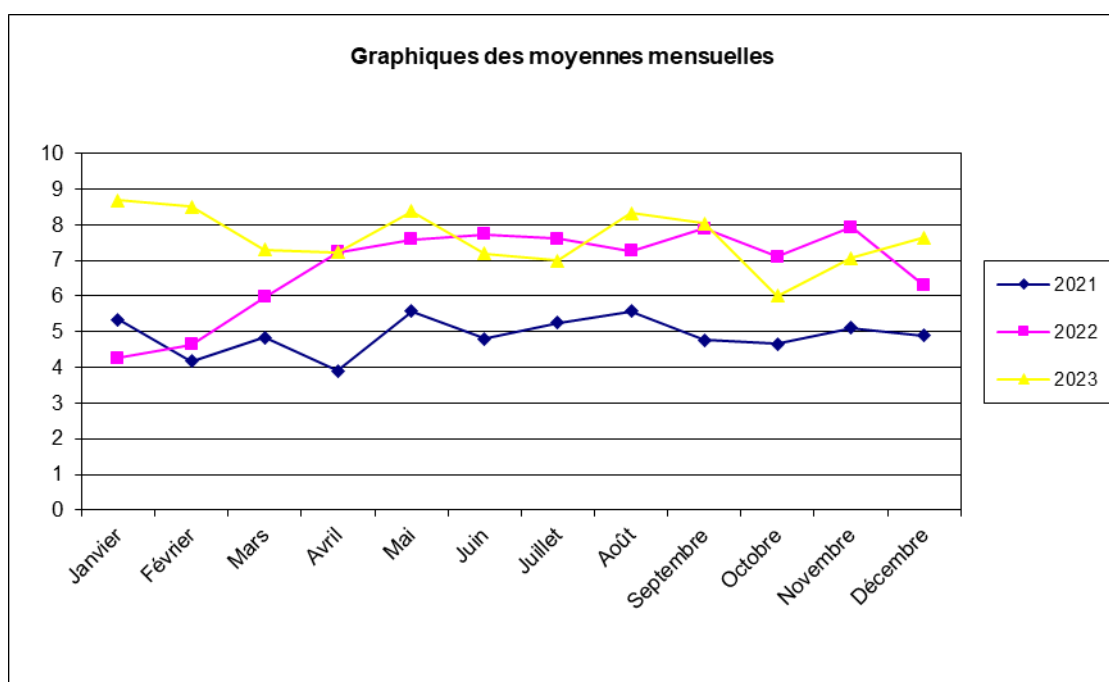
	2021	2022	2023
JANVIER	166	132	250
FÉVRIER	117	130	243
MARS	150	185	267
AVRIL	117	217	219
MAI	173	235	224
JUIN	144	232	251
JUILLET	163	236	223
AOÛT	173	225	217
SEPTEMBRE	143	237	250
OCTOBRE	144	220	249
NOVEMBRE	153	238	180
DÉCEMBRE	152	195	219
TOTAL	1795	2482	2792

Pour rappel :

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

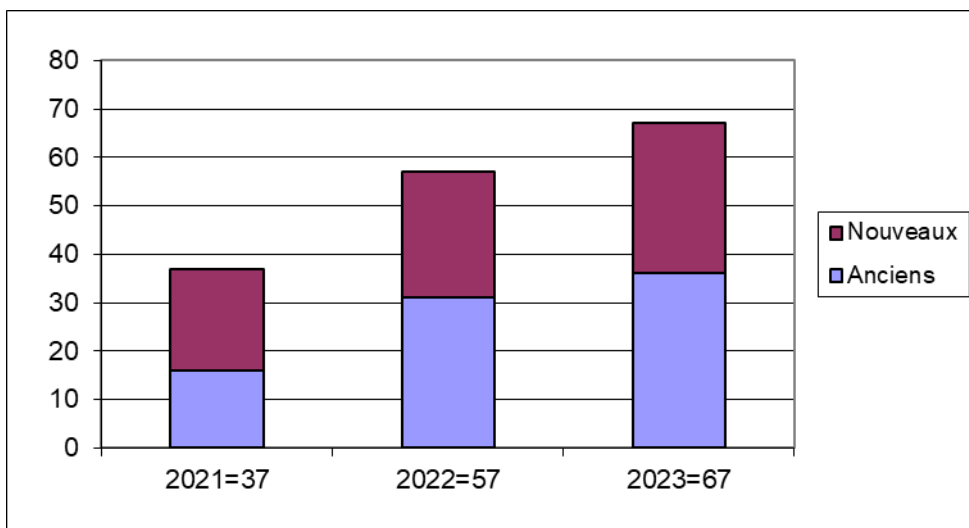
3. Moyenne d'occupation mensuelle

	2022	2022	2023
JANVIER	5.35	4.26	8.06
FÉVRIER	4.18	4.64	8.68
MARS	4.84	5.97	8.51
AVRIL	3.90	7.23	7.30
MAI	5.58	7.58	7.23
JUIN	4.80	7.73	8.37
JUILLET	5.26	7.61	7.19
AOÛT	5.58	7.26	7.00
SEPTEMBRE	4.77	7.90	8.33
OCTOBRE	4.65	7.10	8.03
NOVEMBRE	5.10	7.93	6.00
DÉCEMBRE	4.90	6.29	7.06
MOYENNE GLOBALE	4.92	6.80	7.65



4. Nouveaux patients

	2021	2022	2023
ANCIEN	43.2 %	54.4 %	53.7 %
NOUVEAU	56.8 %	45.6 %	46.3 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

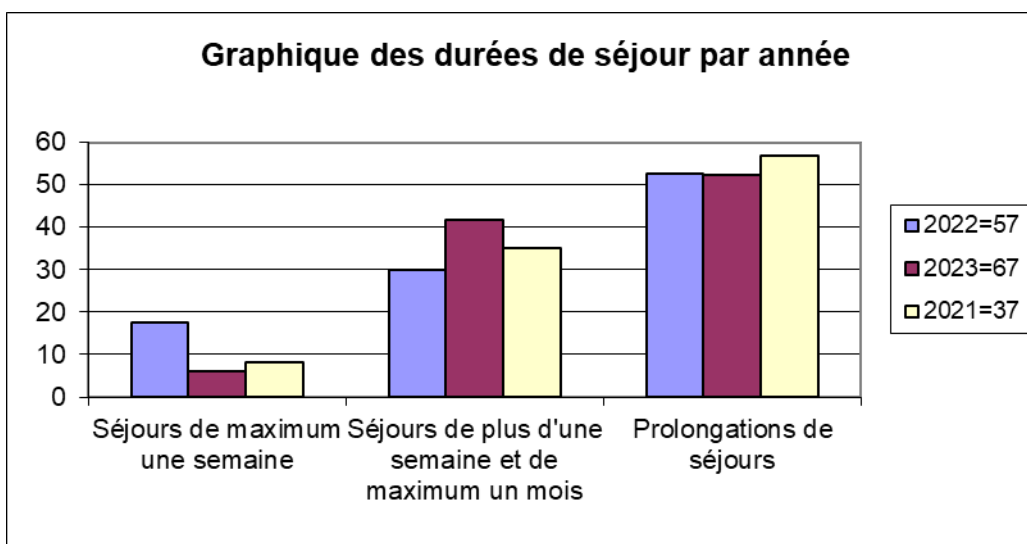


Nous observons cette année une très légère augmentation de l'accueil de nouveaux patients.

5. Durée des séjours

	2021	2022	2023
SÉJOURS DE MAXIMUM UNE SEMAINE	8.1 %	17.5 %	6 %
SÉJOURS DE PLUS D'UNE SEMAINE ET DE MAXIMUM UN MOIS	35.1 %	29.8 %	41.8 %
PROLONGATIONS DE SÉJOURS	56.8 %	52.7 %	52.2 %
TOTAL DES SÉJOURS DE L'ANNÉE	100 %	100 %	100 %

Nous observons une diminution importante du pourcentage des séjours de moins d'une semaine, une augmentation importante des séjours de maximum un mois et une stabilisation des prolongations de séjours. Plus de la moitié des séjours sont des prolongations.



	NOMBRE DE JOURS 2021		NOMBRE DE JOURS 2022		NOMBRE DE JOURS 2023	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
0 J – 30 J	16	43.3 %	24	42.1 %	31	46.3 %
31 J – 60 J	12	32.4 %	11	19.3 %	21	31.3 %
61 J – 90 J	5	13.5 %	15	26.3 %	9	13.4 %
91 J – 120 J	2	5.4 %	4	7 %	5	7.5 %
121 J – 150 J	2	5.4 %	3	5.3 %	1	1.5 %
> 151 JOURS	0	0 %	0	0 %	-	
TOTAL	37	100 %	57	100 %	67	100 %

B. PATIENTS

1. Sexe

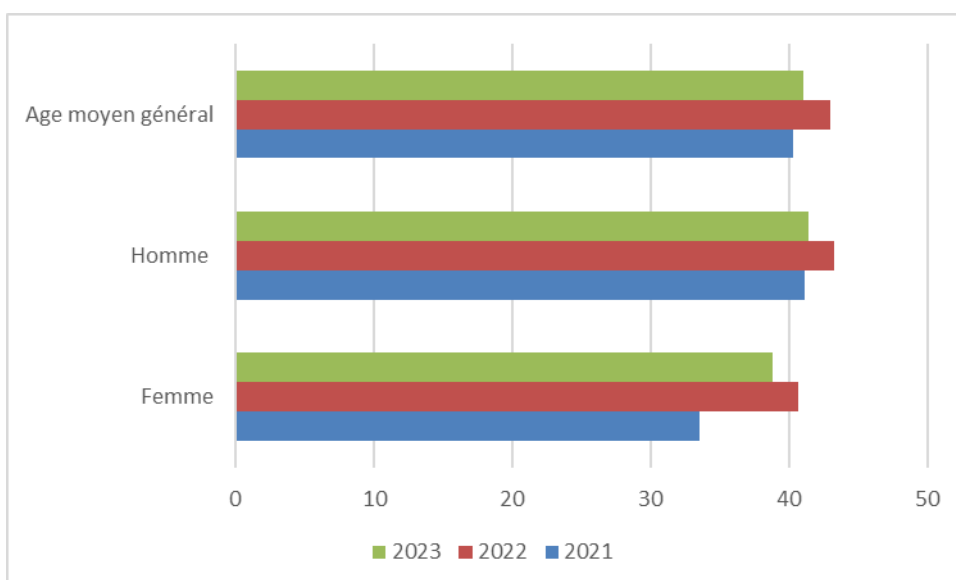
	2021	2022	2023
FEMME	11.4 %	12.7 %	16.1 %
HOMME	88.6 %	87.3 %	83.9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Le pourcentage des femmes est en augmentation cette année.

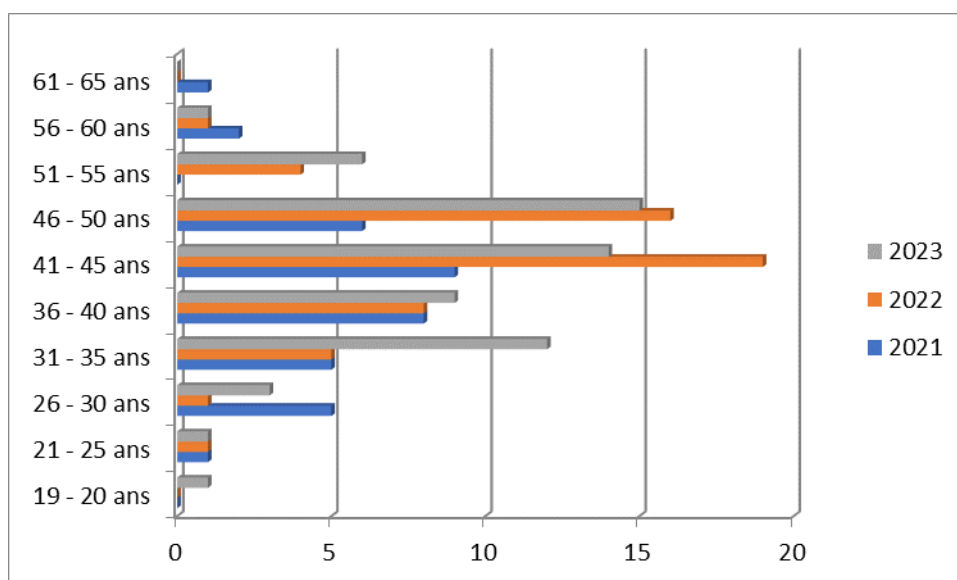
2. Age

	2021	2022	2023
AGE MOYEN GÉNÉRAL	40.30	42.95	41.04
HOMME	41.12	43.26	41.44
FEMME	33.50	40.71	38.80

L'âge moyen général est en diminution cette année autant pour les hommes que pour les femmes.



CLASSE D'ÂGE	2021		2022		2023	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
19 – 20 ANS	-	-	-	-	1	1.6 %
21 – 25 ANS	1	2.7 %	1	1.8 %	1	1.6 %
26 – 30 ANS	5	13.5 %	1	1.8 %	3	4.8 %
31 – 35 ANS	5	13.5 %	5	9.1 %	12	19.4 %
36 – 40 ANS	8	21.7 %	8	14.5 %	9	14.5 %
41 - 45 ANS	9	24.3 %	19	34.5 %	14	22.6 %
46 – 50 ANS	6	16.2 %	16	29.1 %	15	24.2 %
51 – 55 ANS	-	5.4 %	4	7.4 %	6	9.7 %
56 – 60 ANS	2	-	1	1.8 %	1	1.6 %
61 – 65 ANS	1	2.7 %	-	-	-	
TOTAL	37	100 %	55	100 %	67	100 %



Nous avons accueilli un seul patient de moins de 20 ans.

80, 7 % des patients ont entre 30 et 50 ans lors de leur entrée à Transition.

3. Parentalité

	2021	2022	2023
PATIENT AYANT DES ENFANTS	60 %	54.5 %	54.9 %
PATIENT N'AYANT PAS D'ENFANTS	40 %	45.5 %	43.5 %
ENFANTS DECEDES	-	-	1.6 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous pouvons observer que le nombre de patients ayant des enfants est stable par rapport à 2022.

Le patient vit-il avec son enfant ?

	2021		2022		2023	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
OUI	6	28.6 %	10	33.3 %	10	30 %
NON	15	71.4 %	20	66.7 %	24	70 %
TOTAL	21	100 %	30	100 %	34	100 %

Peu de patients vivent avec leur enfant et le pourcentage est stable par rapport aux années précédentes.

4. Nationalité

	2021	2022	2023
BELGE	94.3 %	90.9 %	91.9 %
U.E.	-	5.5 %	3.2 %
HORS U.E	5.7 %	3.6 %	4.9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les patients accueillis sont majoritairement belges.

5. Mode de vie

	2021	2022	2023
SEUL	29.7 %	28.1 %	38.8 %
COUPLE	21.7 %	28.1 %	23.9 %
FAMILLE	27 %	22.7 %	25.4 %
AMIS	-	3.5 %	1.5 %
INSTITUTION	-	1.8 %	-
SDF	21.6 %	15.8 %	10.4 %
AUTRES	-	-	-
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons une augmentation du nombre de patients vivant seuls.

Le nombre de patients vivant en couple et avec leurs familles est relativement stable ces dernières années.

Nous observons une diminution relativement importante des patients sans domicile.

6. Lieu d'habitation

	2021	2022	2023
CHARLEROI	24.30 %	33.3 %	40.3 %
ARRONDISSEMENT DE CHARLEROI	13.50 %	19.3 %	14.9 %
HAINAUT	10.80 %	14 %	28.4 %
BELGIQUE (SANS LA PROVINCE DU HAINAUT)	35.10 %	21.1 %	13.4 %
SDF	16.30 %	12.3 %	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

	2021	2022	2023
CHÔMAGE	5.4 %	8.8 %	6 %
CPAS	32.4 %	19.1 %	37.3 %
PARENTS	-	1.8 %	-
MUTUELLE	43.3 %	57.9 %	43.2 %
SANS RESSOURCES	8.1 %	5.3 %	1.5 %
PROFESSION	5.4 %	1.8 %	7.5 %
VIERGE NOIRE	2.7 %	5.3 %	1.5 %
AUTRES	2.7 %	-	1.5 %
ALLOCATION HANDICAPE			1.5 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les revenus de remplacement (allocations de chômage, revenu d'intégration sociale, indemnités mutuelles et Vierge Noire) représentent 88 % (85,8 % en 2022). Ces données confirment la grande précarité sociale des patients que nous accueillons.

8. Niveau de scolarité

Il s'agit du cycle terminé

	2022		2022		2023	
	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
AUCUN	1	2.9 %	-	-	-	
PRIMAIRE	2	5.7 %	8	14.5 %	1	1.6 %
PROFESSIONNEL INFERIEUR	8	22.7 %	10	18.4 %	4	6.5 %
PROFESSIONNEL SUPERIEUR	7	20 %	8	14.5 %	8	12.9 %
TECHNIQUE INFERIEUR	5	14.3 %	2	3.6 %	7	11.3 %
TECHNIQUE SUPERIEUR	2	5.7 %	4	7.3 %	9	14.5 %
GÉNÉRAL INFERIEUR	3	8.6 %	7	12.7 %	1	1.6 %
GENERAL SUPERIEUR	3	8.6 %	6	10.9 %	-	
SUPERIEUR	-	-	1	1.8 %	1	1.6 %
AUTRES	1	2.9 %	2	3.6 %	3	4.8 %
NE SAIT PAS	3	8.6 %	7	12.7 %	28	45.2 %
TOTAL	35	100 %	55	100 %	67	100 %

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

9. Envoyeur principal

	2021	2022	2023
Spontanément	51.4 %	66.5 %	82 %
Institution spécialisée	16.2 %	12.3 %	7.5 %
Institution non spécialisée	-	1.8 %	1.5 %
Justice	-	-	1.5 %
Hôpital	2.7 %	5.3 %	-
Généraliste - Spécialiste	2.7 %	-	
Connaissance	5.4 %	8.8 %	4.5 %
Autres	16.2 %	1.8 %	1.5 %
Ne sait pas	5.4 %	3.5 %	1.5 %
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 sont des envoyeurs importants.

Les amis et la famille sont aussi des envoyeurs importants.

A DÉJÀ CONSULTÉ NOTRE SERVICE	2021	2022	2023
OUI	43.2 %	57.9 %	56.7 %
NON	56.8 %	42.1 %	43.3 %

Nous constatons que le pourcentage des patients ayant déjà consulté Transition est important.

A DÉJÀ CONSULTÉ UN AUTRE SERVICE	2021	2022	2023
OUI	75.7 %	86 %	82.1 %
NON	24.3 %	14 %	17.9 %

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	2021	2022	2023
NON	91.9 %	84.2 %	88.1 %
OUI	8.1 %	15.8 %	11.9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

Le nombre de patients qui s'adressent à nous dans le cadre d'une injonction est un 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.

EXISTENCE D UNE INJONCTION	2021	2022	2023
OUI	13.5 %	12.3 %	6 %
NON	86.5 %	87.7 %	94 %

Type d'injonction

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

	2021	2022	2023
JUDICIAIRE	10.8 %	5.3 %	6 %
FAMILIALE	2.7 %	7 %	-
N.P.	86.5 %	87.7 %	94 %

INCARCÉRATION	2021		2022		2023	
	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	18	48.6 %	22	38.6 %	15	22.4 %
NON	19	51.4 %	35	61.4 %	52	77.6 %
TOTAL	37	100 %	57	100 %	67	100%

C. ADMISSION

1. Lieux des entretiens d'admission

	2020	2021	2022
TRANSITION	97.25 %	97 %	98 %
PRISON	2.75 %	3 %	1 %
HÔPITAL	-	-	1 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
NOMBRE DE DEMANDE	244	333	356	100 %	100 %	100 %
NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES	109	147	162	44 %	44 %	45 %
NOMBRE D'ENTRETIENS ABOUTISSANT À UNE ENTRÉE	37	57	67	33 %	33 %	19 %

Nous comptons 356 demandes d'admission. Parmi ces demandes, 162 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 2023, nous avons réalisé 29 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 2023, nous avons réalisé 27 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 2023, nous avons réalisé 38 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 2023 nous avons réalisé 1 entretien d'orientation.

	2021	2022	2023
ENTRETIEN DE SORTIE	13	26	29
ENTRETIEN DE CLARIFICATION	34	37	27
ENTRETIEN DE SOUTIEN	37	34	38
ENTRETIEN D'ORIENTATION	0	1	1

3. Conditions d'assurabilité

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
EN ORDRE D'ASSURABILITÉ	37	57	67	100 %	100 %	100 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100%

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

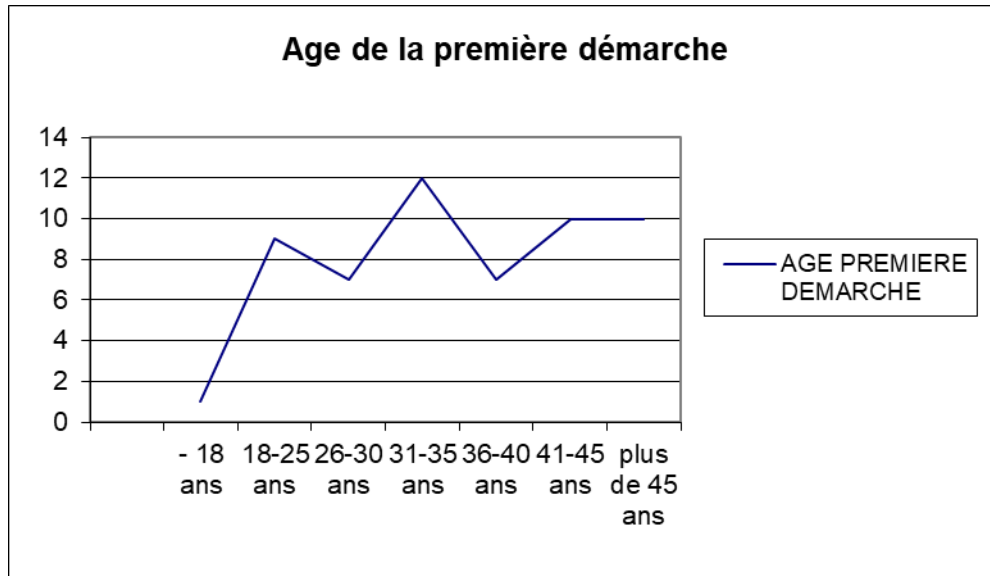
D. DONNÉES D'ORDRE CLINIQUE

1. Contenu de la demande à l'entrée

	2021	2022	2023
SEVRAGE	94.6 %	100 %	100 %
SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE	89.2 %	68.4 %	44.8 %
ORIENTATION AMBULATOIRE	-	-	19.4 %
ORIENTATION POSTCURE	45.9 %	50.9 %	49.3 %
AUTONOMIE	8.1 %	-	-
ORIENTATION VERS UN CENTRE DE JOUR	-	1.8 %	3 %
AUTRES (AIDE ADMINISTRATIVE)	2.7 %	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 DÉ- MARCHE	2021		2022		2023	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
- 18 ANS	2	5.4 %	-	-	1	1.7 %
18 – 25 ANS	8	21.7 %	10	18.2 %	9	13.4 %
26 – 30 ANS	7	18.9 %	12	21.8 %	7	10.4 %
31 – 35 ANS	5	13.5 %	10	18.2 %	12	17.9 %
36 – 40 ANS	5	13.5 %	10	18.2 %	7	10.4 %
41 – 45 ANS	5	13.5 %	7	12.7 %	10	14.9 %
+ 45 ANS	3	8.1 %	4	7.3 %	10	14.9 %
DONNÉE IN- CONNUE	2	5.4 %	2	3.6 %	11	16.4 %
TOTAL	37	100 %	55	100 %	67	100 %



Parmi les destinations au moment du départ :

	2021	2022	2023
POSTCURE	16.2 %	10.5 %	23.9 %
SANS PRÉCISION	13.5 %	26.3 %	11.9 %
HÔPITAL	-	1.8 %	
APPARTEMENT	27 %	12.3 %	10.4 %
FAMILLE	29.7 %	31.3 %	43.3 %
APPARTEMENT SUPERVISES	-	1.8 %	
CONNAISSANCE	-		3 %
RUE	5.4 %	5.3 %	7.5 %
RETOUR A DOMICILE		1.8 %	
AMIS	8.1 %	5.3 %	
ABRI DE NUIT	-	1.8 %	
HÔTEL		1.8 %	

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

2. Mode de fin de contrat

	2021	2022	2023
POSTCURE	40.5 %	31.6 %	23.9 %
VOLONTAIRE (AVANT ÉCHÉANCE)	40.5 %	50.8 %	41.8 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - CONSOMMATION	10.9 %	10.5 %	10.4 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - VIOLENCE	-	-	1.5 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - NON RESPECT DU CADRE	8.1 %	5.3 %	7.5 %
HOSPITALISATION	-	1.8 %	
ECHÉANCE -FIN DE CONTRAT			14.9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous avons distingué cette année, les patients qui quittent Transition pour une postcure et ceux qui terminent leur séjour.

Nous observons que 23,9 % des patients entament une postcure à la fin du séjour à Transition.

On note une diminution des départs volontaires.

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

	2021	2022	2023
POSTCURE	51.4 %	36.8 %	26.9 %
APPARTEMENT SUPERVISÉ	-	-	
AMBULATOIRE INDIVIDUEL	2.7 %	15.9 %	20.8 %
AMBULATOIRE FAMILIAL	2.7 %	-	
PROJET NON ABOUTI	10.8 %	26.3 %	41.8 %
AUTRES	5.4 %	3.5 %	3 %
RETOUR AU DOMICILE	27 %	17.5 %	7.5 %
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 2023 : HABITUDES DE CONSOMMATION

	FRÉQUENCE		POURCENTAGE	
	RUE	DOMICILE	RUE	DOMICILE
OUI	23	61	24.3 %	91 %
NON	44	6	65.7 %	9 %
TOTAL	67	67	100 %	100 %

Le lieu de consommation préférentiel de la majorité de nos patients reste leur domicile (91 %).

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
I.V.	7	15	11	18.9 %	26.3 %	16.4 %
NON I.V.	30	42	56	81.1 %	73.7 %	83.6 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

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

ACTUELLEMENT COMPAGNON ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
OUI	11	13	26	29.7 %	23 %	38.8 %
NON	26	44	41	70.3 %	77 %	61.2 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

38,8 % des patients disent avoir un compagnon ou une compagne lors de leur entrée à Transition.

Ce pourcentage est plus important que les années précédentes.

SI COMPAGNON, CONSOMMATEUR ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
OUI	6	1	6	54.4 %	8 %	23 %
NON	5	12	20	45.6 %	92 %	77 %
TOTAL	11	13	26	100 %	100 %	100 %

En 2023, 23% des compagnons de vie de nos patients étaient aussi consommateurs. Ce qui est un pourcentage beaucoup plus important qu'en 2022.

ECHANGE SERINGUE	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
OUI	3	7	2	42.8 %	47%	18 %
NON	4	8	9	57.2 %	53%	81 %
TOTAL	7	15	11	100 %	100 %	100%

Parmi les 11 patients pratiquant l'injection, 2 patients échangent leur matériel d'injection.

1. Alcool

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	13	22	36	35.1 %	39 %	53.7 %
ACTUELLE	19	28	27	51.4 %	49 %	40.3 %
PASSÉE	5	7	4	13.5 %	12 %	6 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

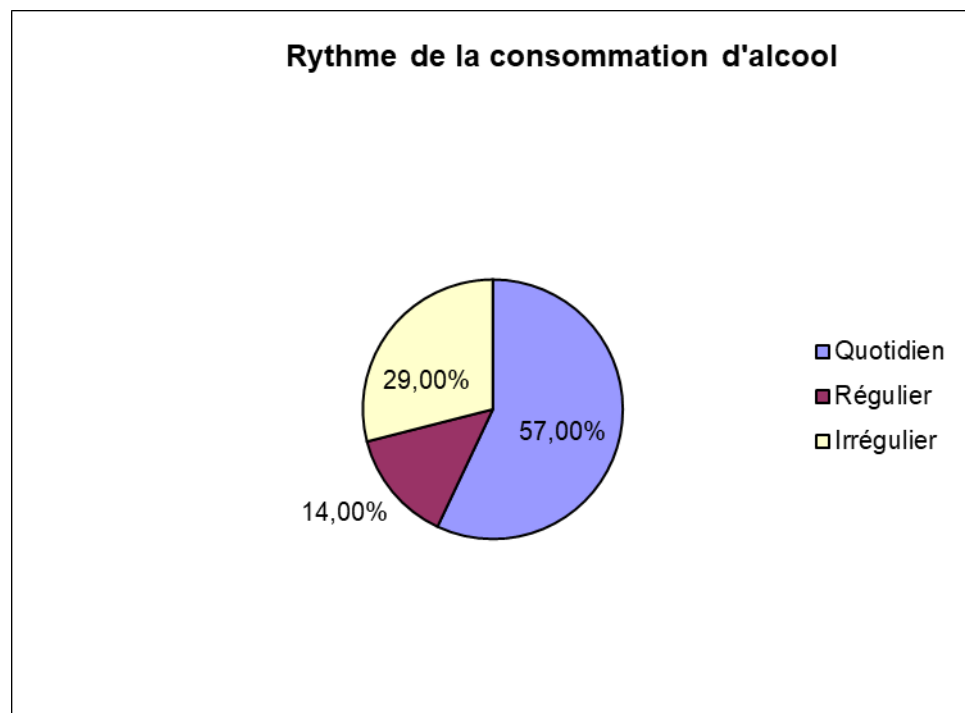
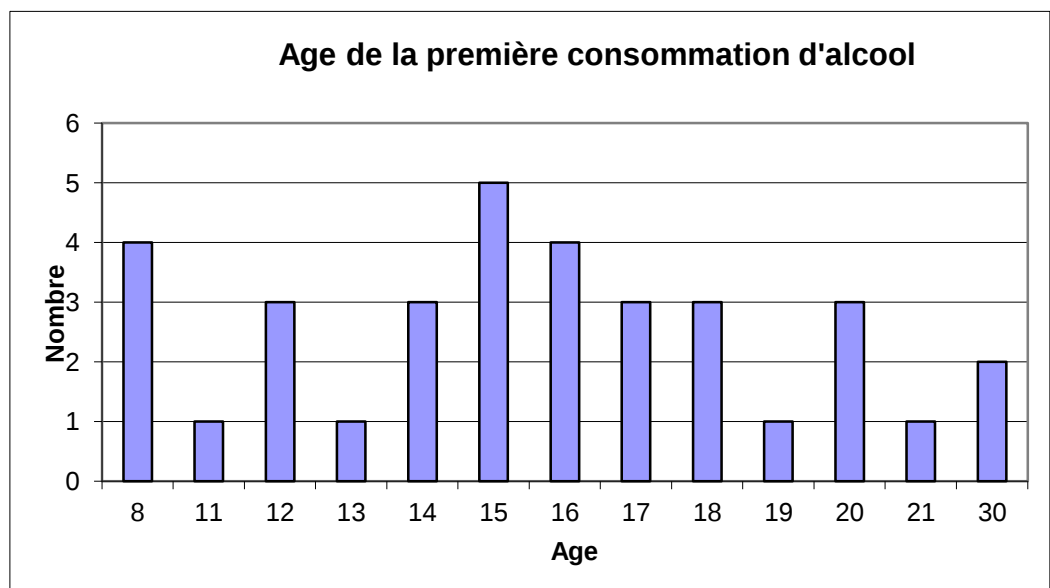
Cette année, on remarque une diminution des consommateurs d'alcool (consommation au moment de l'entrée). L'alcool reste en effet une assuétude fréquente et importante chez nos patients.

La consommation d'alcool est importante (14 % en prennent régulièrement et 57 % 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.



SEVRAGE ALCOOL	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	27	40.3 %
NON REALISE	3	4.5 %
NP	37	55.2%
TOTAL	67	100%

2. Cannabis

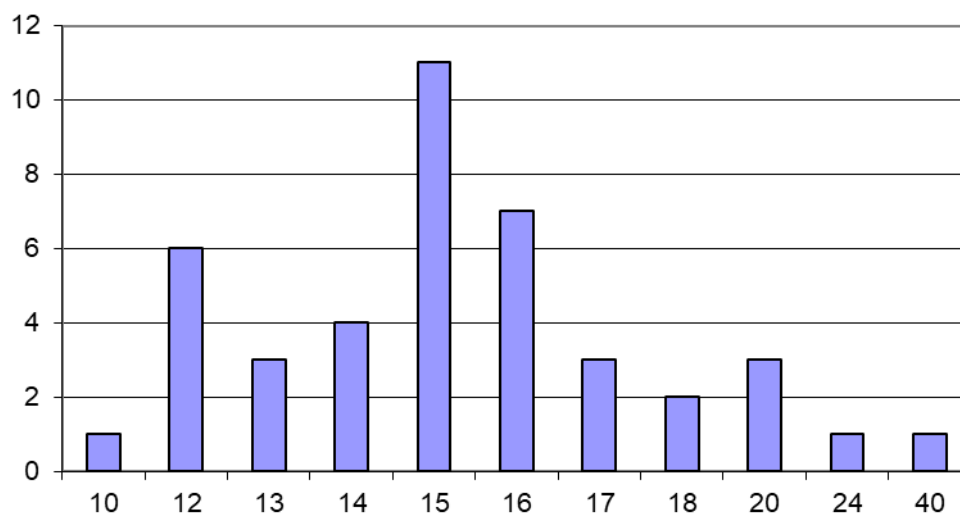
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	4	10	25	10.8 %	17.5%	37.3 %
ACTUELLE	25	31	29	67.6 %	54.4%	43.3 %
PASSÉE	8	16	13	21.6 %	28.1%	19.4 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100%	100%

62 % de nos patients fument ou ont déjà fumé du cannabis et ce dès l'âge de 10 ans pour un patient avec une majorité débutant vers l'âge de 15-16 ans. L'âge de la première prise de cannabis reste très précoce.

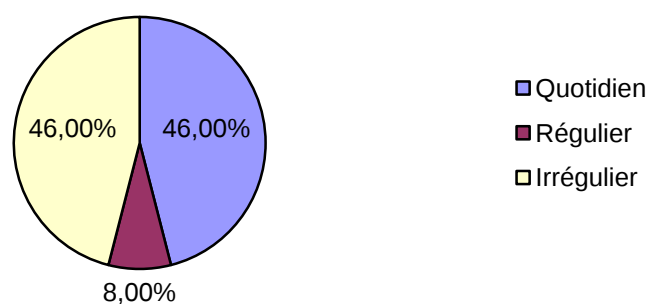
Parmi ces patients fumeurs de cannabis, 46 % en fument quotidiennement et 8 % régulièrement. Le cannabis reste l'une des drogues la plus consommée parmi nos résidents. Cette consommation de cannabis, tout comme celle de l'alcool, devient de plus en plus banalisée par la jeunesse actuelle.

Certaines personnes ont tendance à percevoir le cannabis comme moins dangereux et moins addictif que d'autres substances psychoactives. D'autres y voient même un bénéfice thérapeutique (anxiolytique, somnifère), ce qui contribue à la banalisation de son usage.

Age de la 1ère consommation de cannabis



Rythme de la consommation de cannabis



3. Héroïne

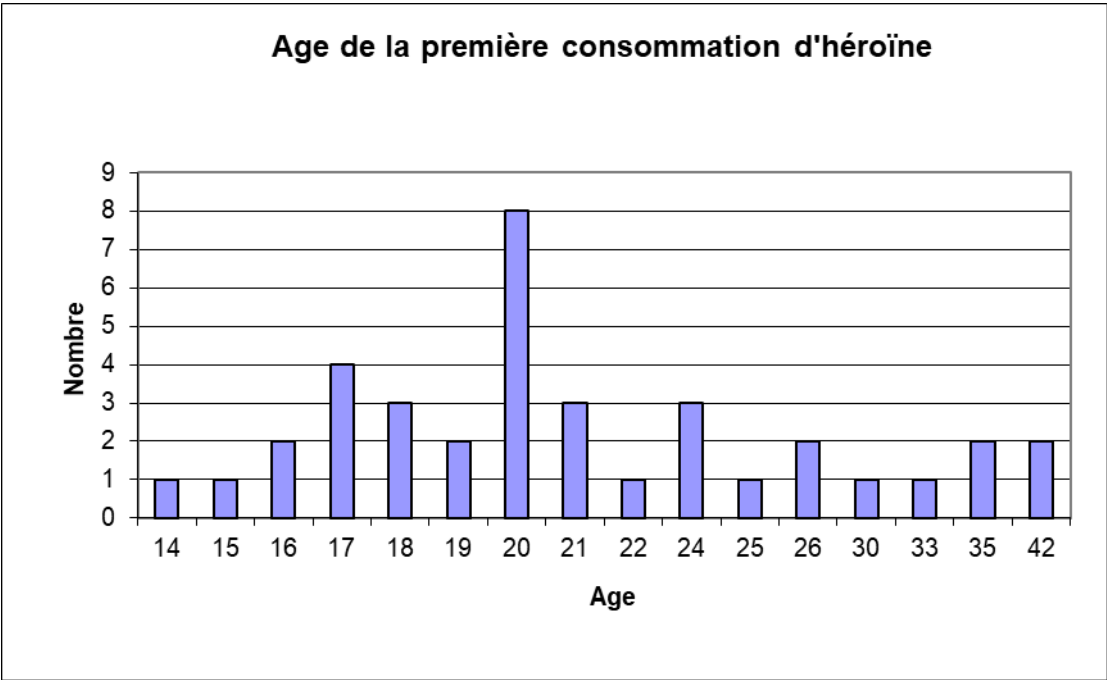
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	10	13	29	27 %	22.8 %	43.3 %
ACTUELLE	23	29	31	62.2 %	50.9 %	46.3 %
PASSÉE	4	15	7	10.8 %	26.3 %	10.4 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100%

56 % des patients venant à Transition ont, ou ont eu, une assuétude pour les opiacés surtout représentés par l’héroïne. Nous notons une importante diminution par rapport à 2022 (77%).

a) *Mode de consommation actuel*

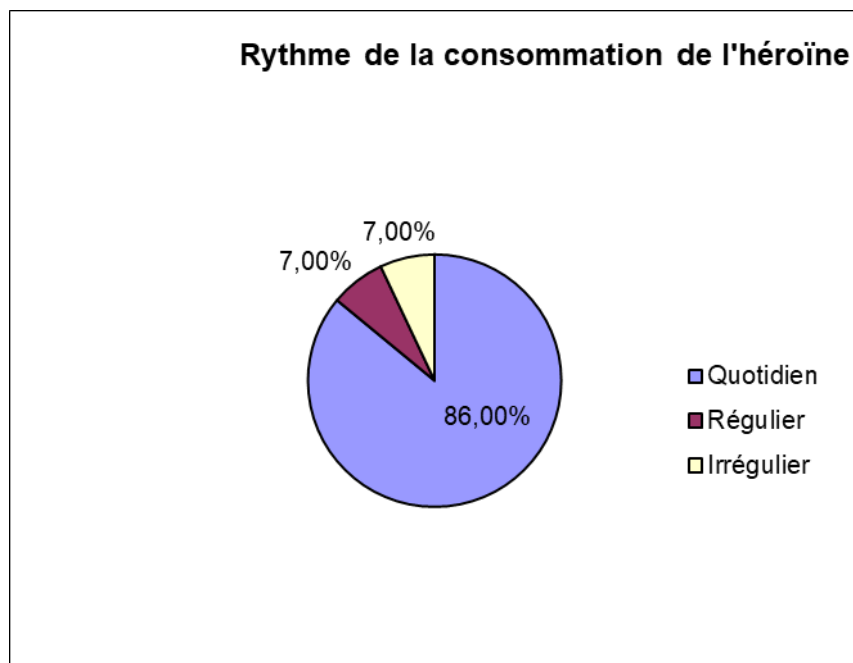
	2021	2022	2023
I.V.	0 %	7 %	9 %
NON IV	87 %	77 %	91 %
MIXTE	13 %	16 %	0 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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 14 ans à 42 ans, avec un pic important à 20 ans.

86% des patients consomment l’héroïne quotidiennement, 7% régulièrement et 7% de manière irrégulière.

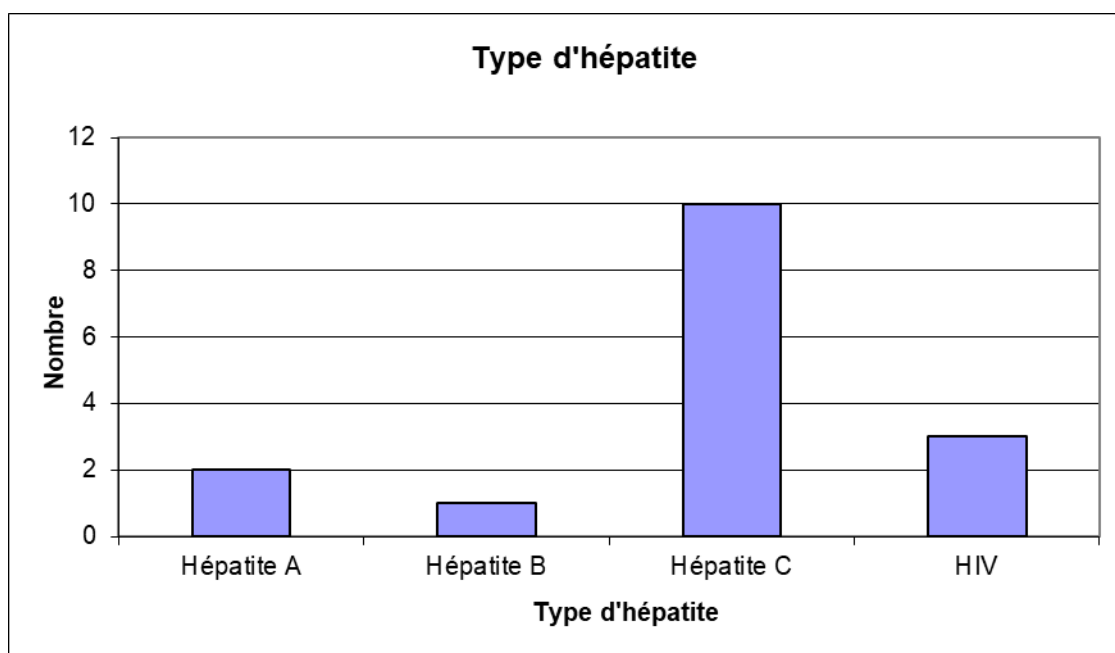


SEVRAGE HEROÏNE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	30	44.8 %
NON REALISE	1	1.5 %
NP	36	53.7 %
TOTAL	67	100%

b) Les infections virales

	2021		2022		2023	
	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE
HÉPATITE A	0	0 %	1	1.8 %	2	3 %
HÉPATITE B	1	2.7 %	2	3.5 %	1	1.5 %
HÉPATITE C	5	13.5 %	9	15.8 %	10	14.9 %
HIV	1	2.7 %	0	0 %	3	4.5 %

L'hépatite C reste l'infection virale la plus fréquente et en légère diminution cette année (14,9%).



4. Méthadone

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	15	19	40	40.5 %	33.3 %	59.7 %
ACTUELLE	18	26	26	48.7 %	45.6 %	38.8 %
PASSÉE	4	12	1	10.8 %	21.1 %	1.5 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

Cette année le pourcentage de séjours/patients sous méthadone est en diminution par rapport à l'année dernière, avec 38,8 % des patients sous méthadone à leur admission à Transition. On note que 59,7 % des patients n'ont jamais pris de méthadone, un chiffre beaucoup plus élevé que l'année précédente.

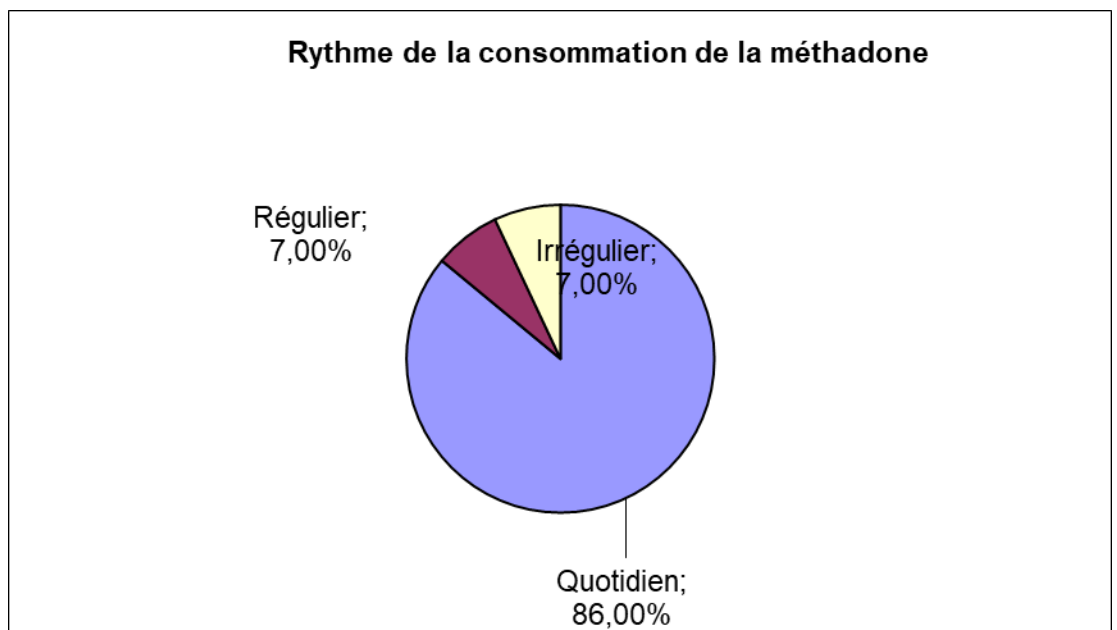
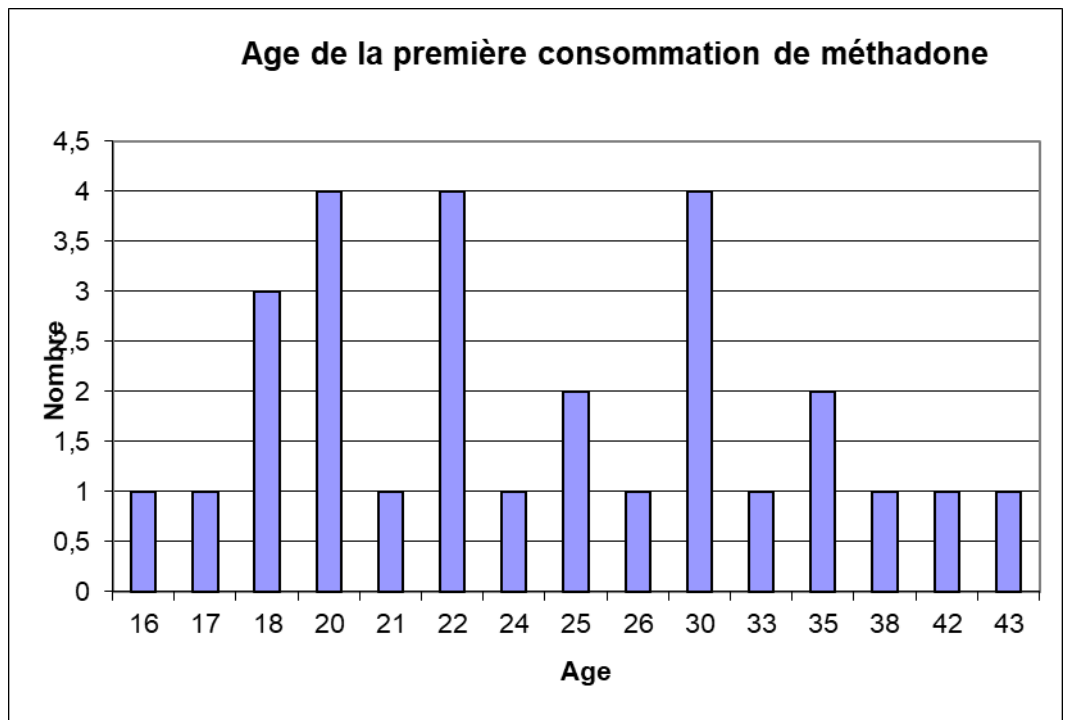
Beaucoup de nos patients disent adapter leur consommation de méthadone en fonction de leurs consommations.

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 16 ans pour les plus précoces à 43 ans pour les tardifs avec plusieurs pics à des âges différents.

Parmi les patients consommant de la méthadone, 29 l'utilisent comme produit de substitution et 4 comme produit de consommation.

86 % prennent quotidiennement leur méthadone



SEVRAGE METHADONE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	8	11.9 %
NON REALISE	20	29.9 %
NP	39	58.2 %
TOTAL	67	100%

Parmi les sevrages non réalisés, 3 patients ont été stabilisés et 17 patients ont mis fin au séjour de façon prématurée.

5. Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)

	2022		2023	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	4	7 %	1	1 %
NON	53	93 %	66	99 %
TOTAL	57	100 %	67	100 %

1 patient cette année était sous traitement de substitution par buprénorphine, soit 1 % de nos patients : c'est une nette diminution dans notre pratique.

SEVRAGE SUBUTEX	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	4	6 %
NON REALISE	1	1.5 %
NP	62	92.5 %
TOTAL	67	100%

Certains patients ne prenant pas de subutex à l'entrée terminent leur sevrage en passant au subutex. Ils sont au nombre de 4 cette année.

6. Cocaïne

	Fréquence			Pourcentage		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Aucune	2	9	6	5.4 %	15.8 %	9 %
Actuelle	31	34	58	83.8 %	59.6 %	86.5 %
Passée	4	14	3	10.8 %	24.6 %	4.5 %
Total	37	57	67	100 %	100 %	100 %

Seuls 6 de nos patients n'ont jamais consommé de cocaïne soit 9 % d'entre-eux. Ce qui est nettement moins important que l'année précédente.

Au moment de leur entrée à Transition, 86,5 % consomment de la cocaïne, un nombre nettement plus important que l'année dernière mais semblable à 2021.

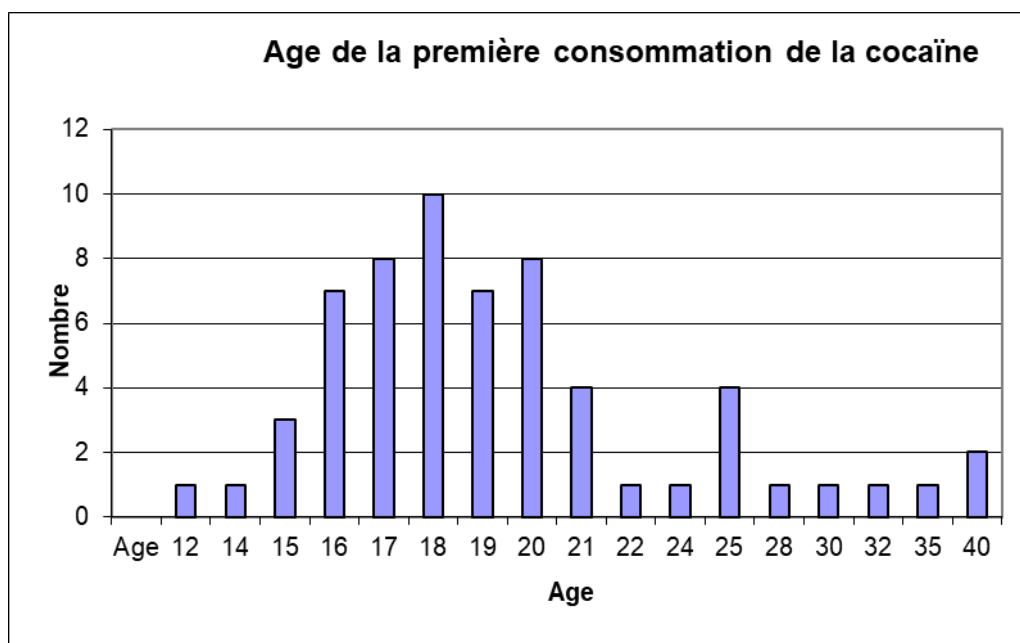
A l'anamnèse, on ressent, comme pour le cannabis, une banalisation de sa consommation. La cocaïne touche toutes les classes sociales et toutes les classes professionnelles.

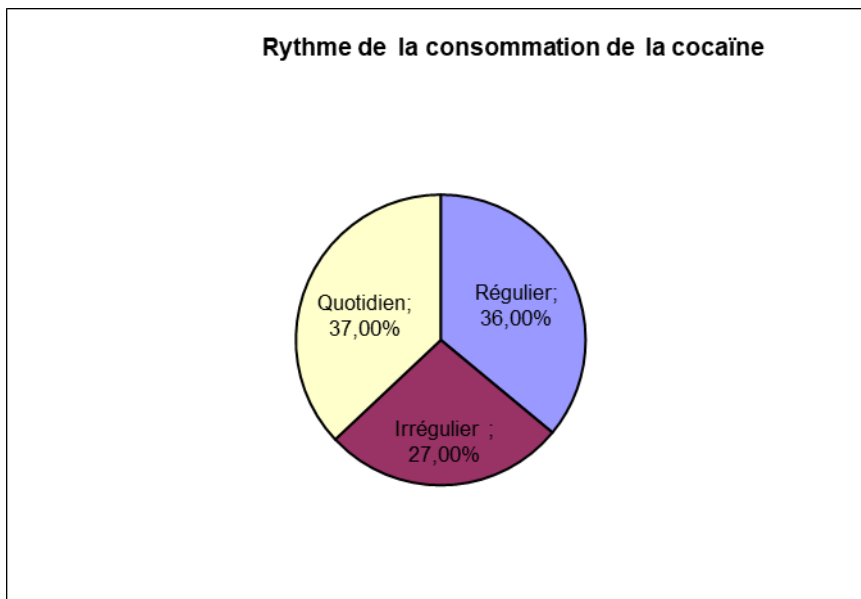
MODE DE CONSOMMATION ACTUEL	2021	2022	2023
I.V.	6 %	9 %	8 %
NON IV	94 %	76 %	91 %
MIXTE	0 %	15 %	1 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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 12 ans à 40 ans chez nos patients avec un pic de 16 à 21 ans.

37% d'entre-eux en consomment régulièrement et 36 % quotidiennement, la cocaïne étant très addictive psychologiquement mais peu physiquement.





SEVRAGE COCAINE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	45	67.2 %
NON REALISE	8	11.9 %
NP	14	20.9 %
TOTAL	67	100%

7. Drogues de synthèses

a) Consommation de MDMA (amphétamines)

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	28	48	67	75.7 %	84.2 %	100 %
ACTUELLE	-	1	-	-	1.8 %	-
PASSÉE	9	8	-	24.3 %	14 %	-
TOTAL	37	57	67	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.

Bien que la MDMA puisse entraîner une dépendance psychologique chez certains individus en raison de ses effets euphorisants et stimulants, son potentiel addictif est généralement considéré comme moins important que celui de la cocaïne et de l'héroïne. De plus, la MDMA n'est souvent consommée qu'occasionnellement, lors d'évènement festifs (festivals, boîte de nuit, ...).

Aucun patient accueilli en 2023 consomme ou a consommé du MDMA.

b) Consommation de LSD

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	30	52	66	81.1 %	91.3 %	98.5 %
ACTUELLE	-	1	0	-	1.8 %	1.5 %
PASSÉE	7	4	1	18.9 %	6.9 %	-
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

Le LSD (*diéthylamide de l'acide lysergique*) est un psychotrope hallucinogène. Ce type de drogue semble obsolète. 1 patient, cette année a consommé dans le passé du LSD.

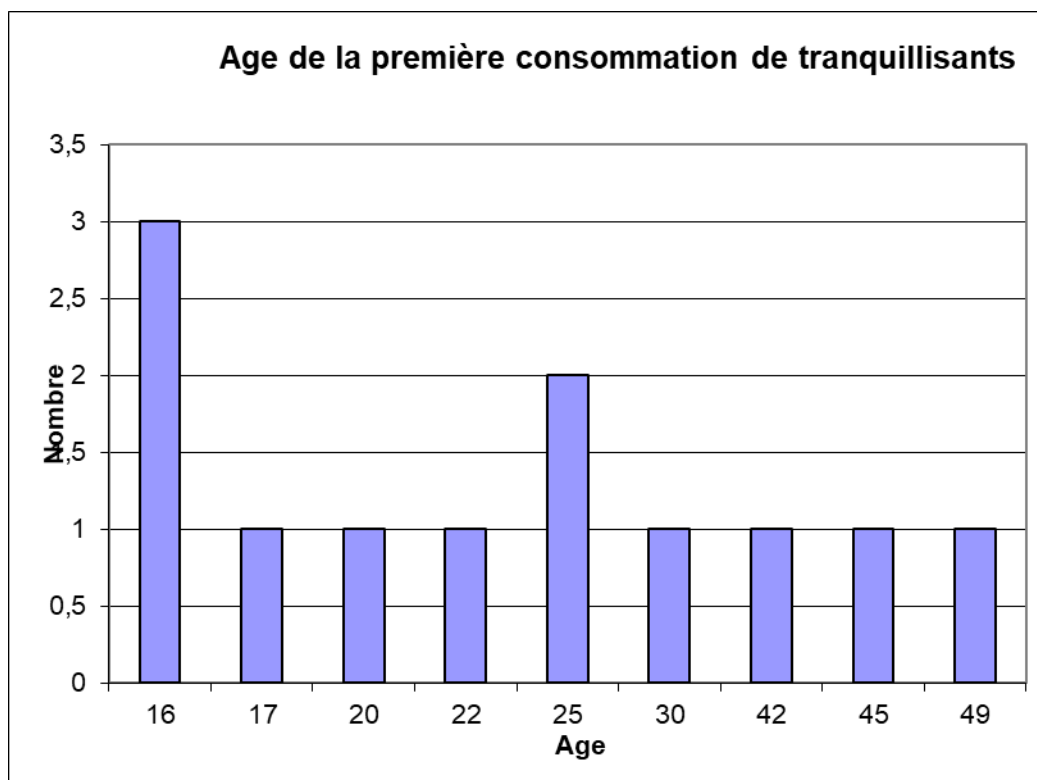
8. Médicaments

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

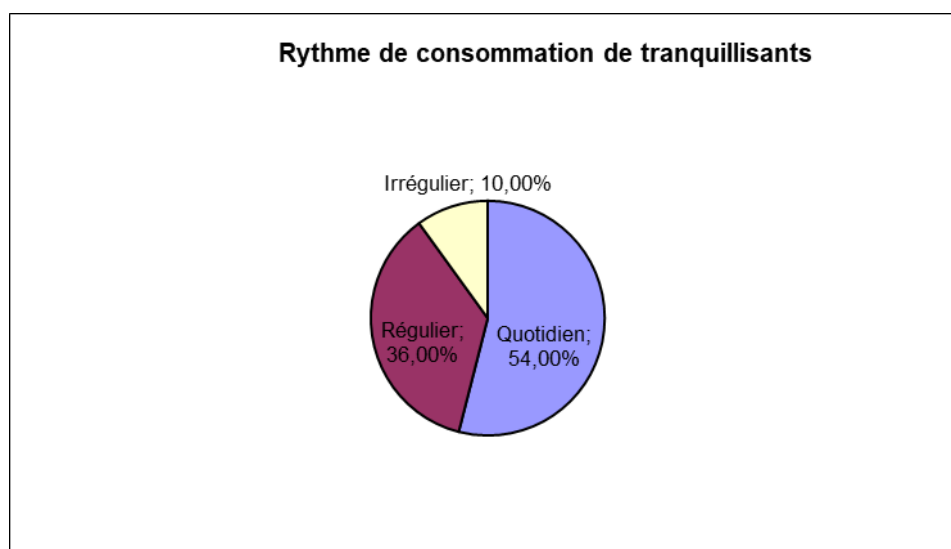
a) Benzodiazépines et hypnotiques

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	20	34	54	54.1 %	59.6 %	80.6 %
ACTUELLE	11	20	11	29.7 %	35.1 %	16.4 %
PASSÉE	6	3	2	16.2 %	5.3 %	3 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

On note une nette diminution 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
La prise la plus précoce est à 16 ans !



Parmi ceux-ci, près de 54 % prennent quotidiennement des médicaments, tranquillisants et/ou des sédatifs et 36 % 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		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	30	44	63	81.1 %	77.2 %	94 %
ACTUELLE	4	9	4	10.8 %	15.8 %	6 %
PASSÉE	3	4	-	8.1 %	7 %	-
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

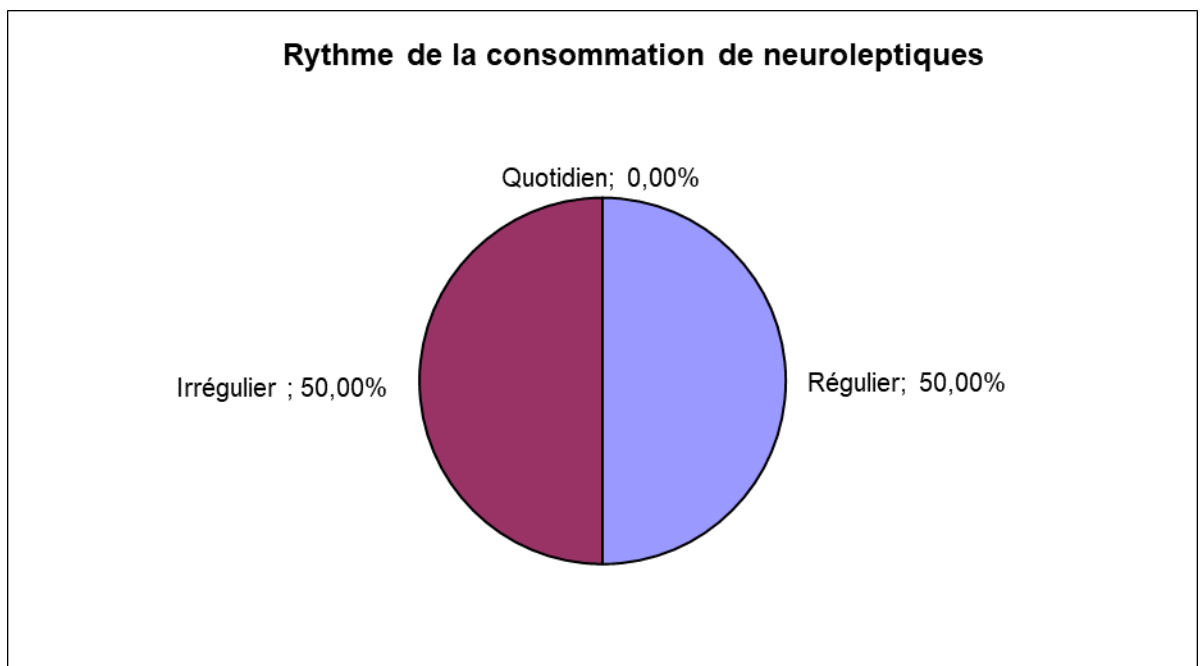
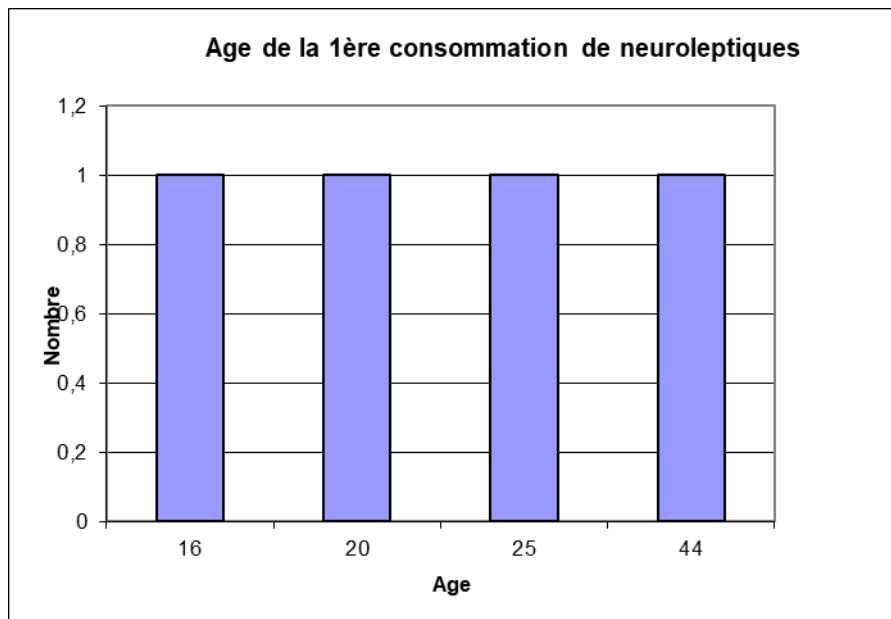
Cette année près de 6% des patients sont sous traitement neuroleptique à leur entrée, un pourcentage en diminution cette année.

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 »).

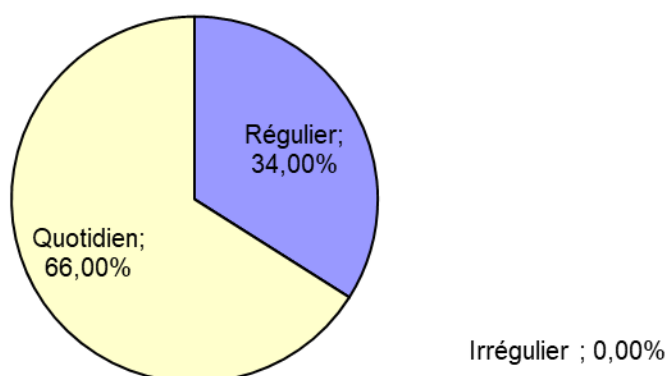
Les antidépresseurs et les neuroleptiques permettent un meilleur contrôle de leurs symptomatologies et ouvrent la possibilité de travail et d'approche psychothérapeutique. L'avantage est le remplacement progressif des benzodiazépines par ces molécules, permettant l'éviction de leur dépendance et accoutumance. 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.



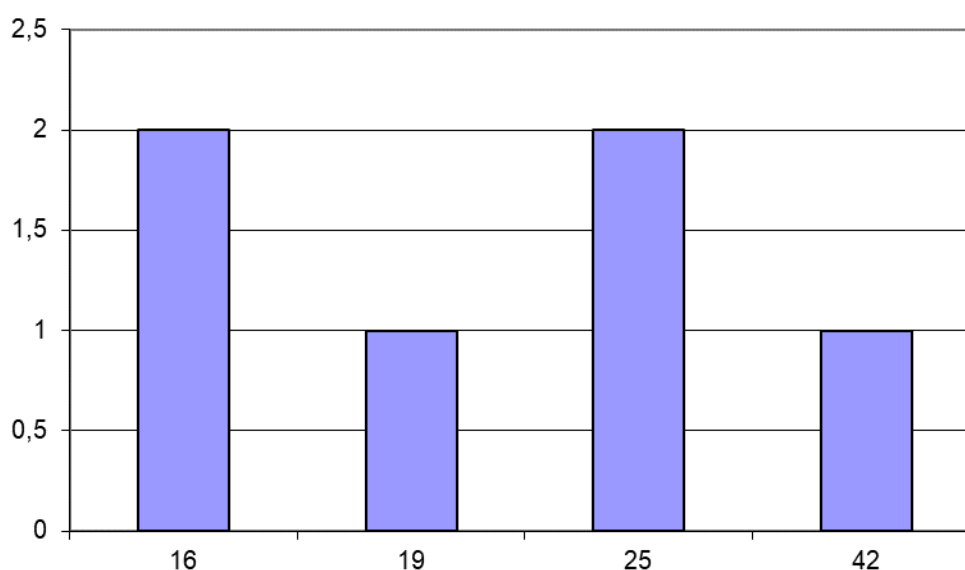
c) Antidépresseurs

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
AUCUNE	29	47	60	78.4 %	82.4 %	89.6 %
ACTUELLE	3	5	6	8.1 %	8.8 %	9 %
PASSÉE	5	5	1	13.5 %	8.8 %	1.4 %
TOTAL	37	57	67	100 %	100 %	100 %

Rythme de la consommation d'anti-dépresseurs



Age de la 1ère consommation d'anti-dépresseurs



SEVRAGE MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	8	11.9 %
NON REALISE	11	16.5 %
NP	48	71.6 %
TOTAL	67	100%

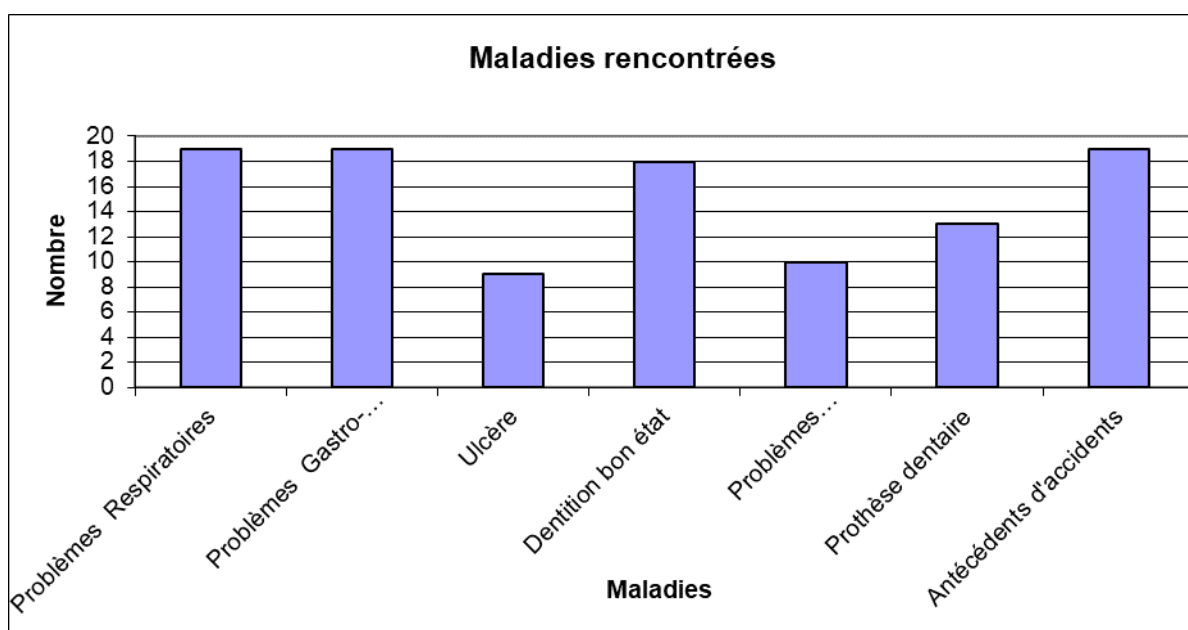
Parmi les sevrages non réalisés, 3 patients ont été stabilisés et 8 patients ont connu un départ prématuré.

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 respiratoires, gastro-intestinaux et de dentition.

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 ».

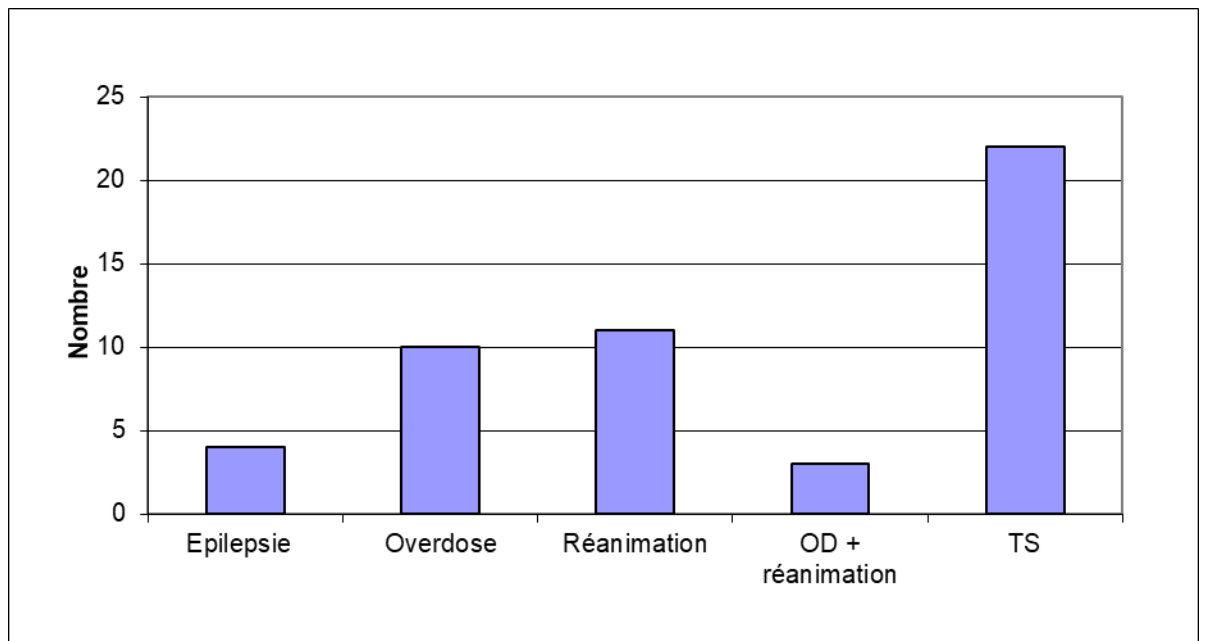
Les tentatives de suicide demeurent monnaie courante dans notre population fragilisée par les événements de vie traumatiques (22 patients sur 67 soit 32%). Ceci est le reflet d'un mal-être profond chez nos consommateurs.

Pour l'épilepsie, 1 en épisode unique et 3 avec plusieurs épisodes

Parmi les 10 overdoses, nous avons 3 épisodes uniques et 7 avec plusieurs épisodes.

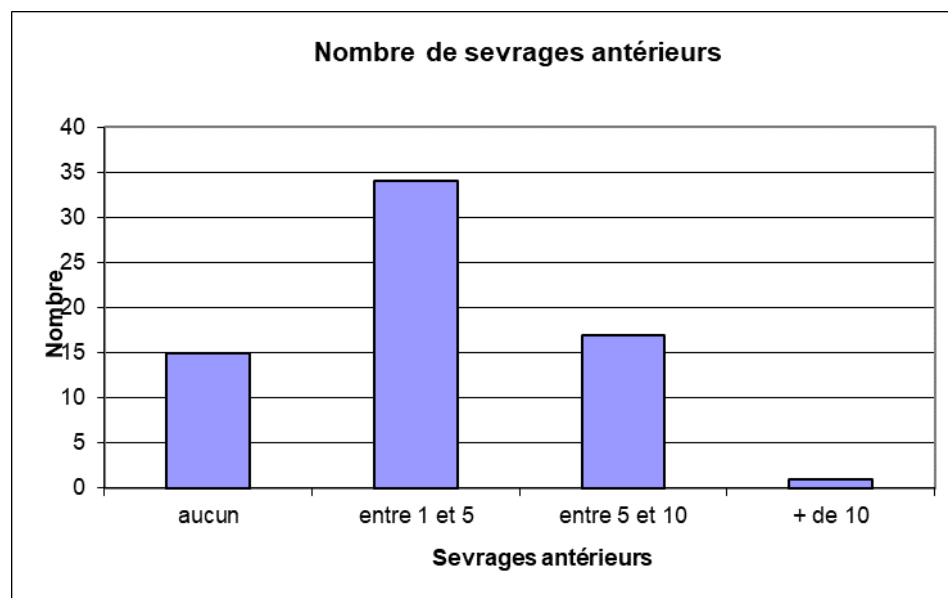
Pour les OD réanimation, 3 épisodes uniques.

Parmi les tentatives de suicides, nous comptons 9 épisodes uniques et 13 patients qui ont connu plusieurs épisodes.

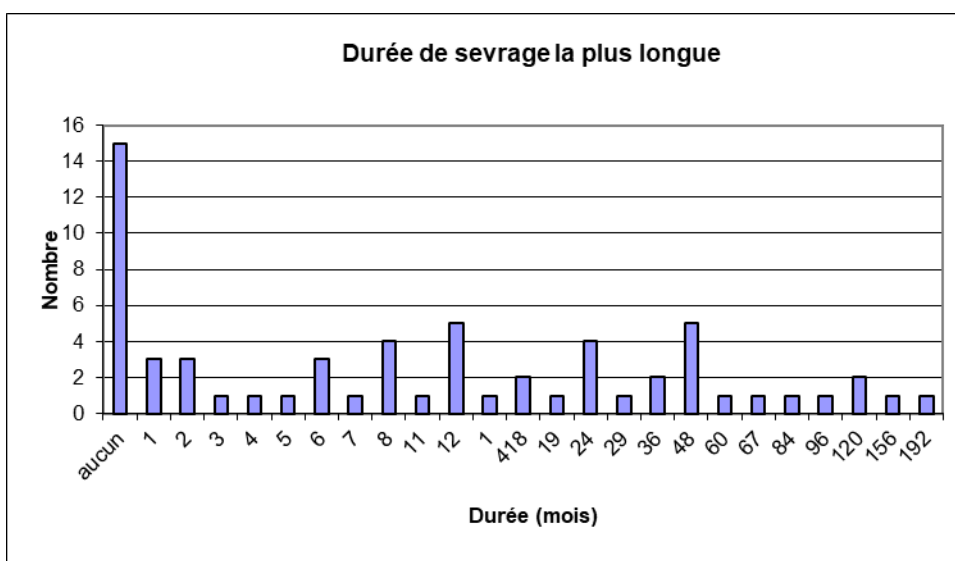


c) Sevrage des opiacés

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

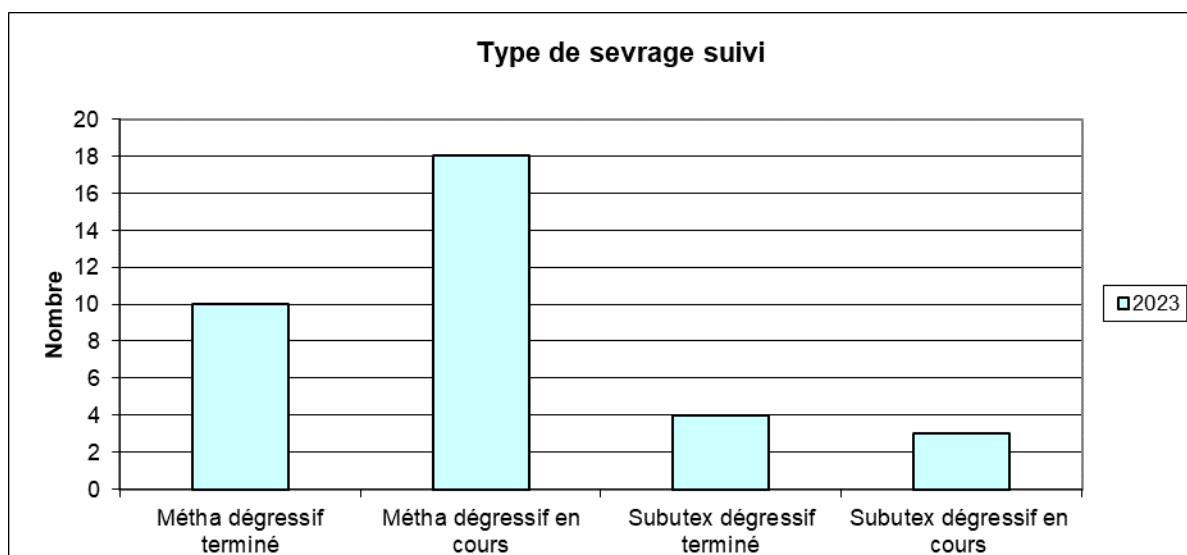


Il existe une grande variété dans la durée de l'abstinence des patients. Mais pour une grande partie d'entre eux, l'abstinence est de très courte durée. Les rechutes sont assez proches de l'abstinence.



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 TERMINE	10	14.9 %
MÉTHADONE EN DÉGRÉSSIF EN COURS	20	29.9 %
SUBUTEX DÉGRESSIF TERMINÉ	4	6 %
BLOC SUBUTEX DÉGRESSIF EN COURS	1	1.4 %
NP	32	47.8%
TOTAL	67	100%

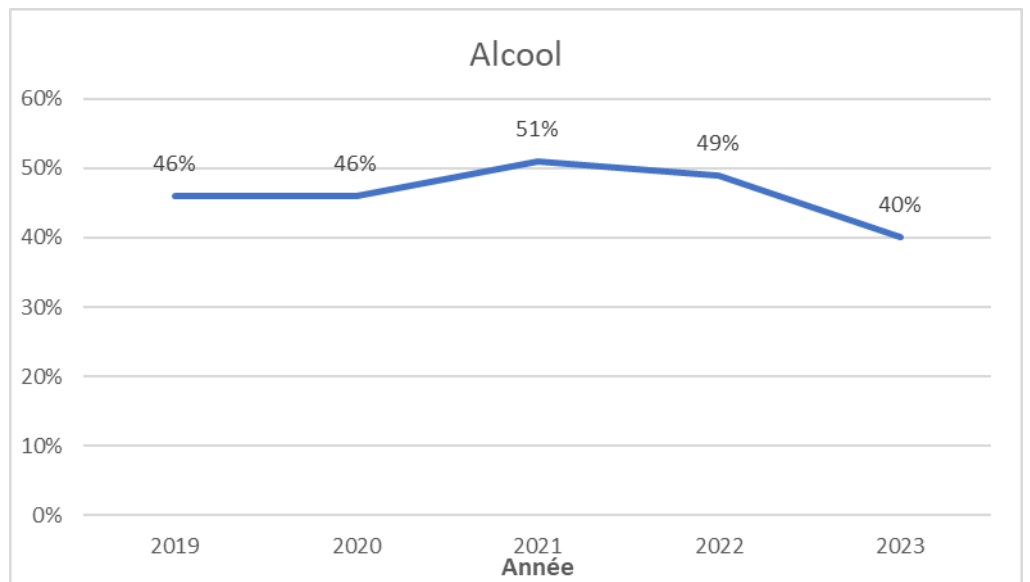
Le sevrage total de la prise médicamenteuse chez nos patients représente 22,8% d'entre-eux et est d'ailleurs vivement déconseillée pour la majorité d'entre eux, qui ont grand besoin d'une aide pharmacologique pour les apaiser et éviter des décompensations.

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

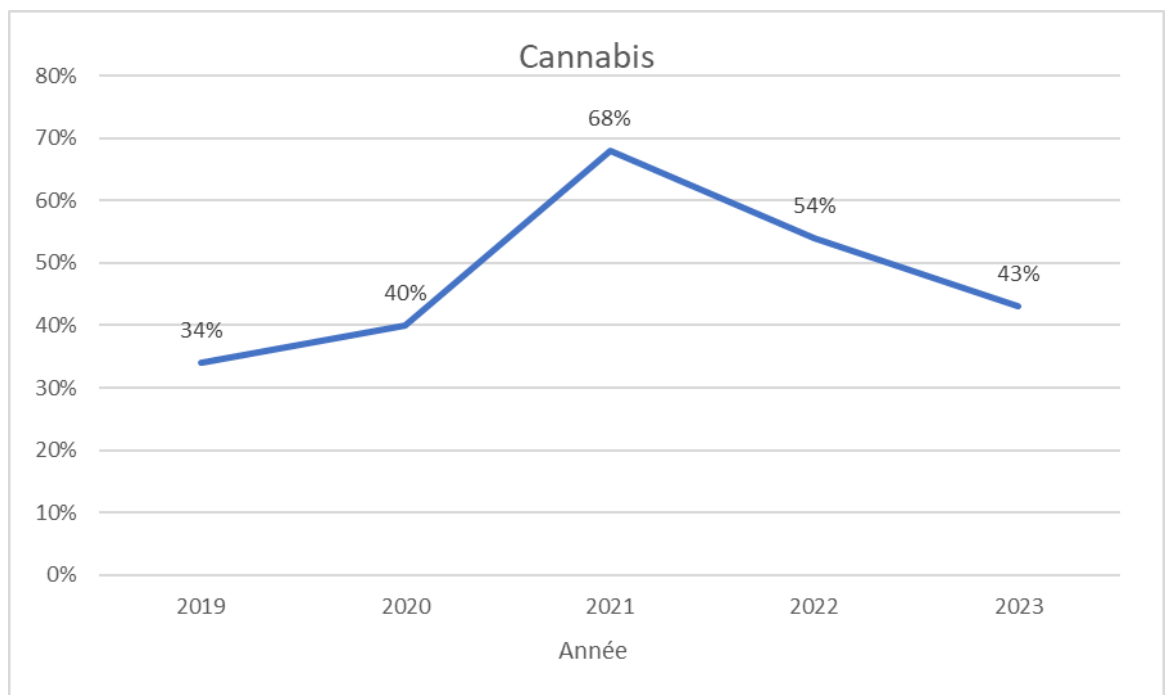
a) Diminution de consommation abusive d'alcool chez nos patients.

- 46 % en 2019
- 46 % en 2020
- 51 % en 2021
- 49 % en 2022
- 40 % en 2023



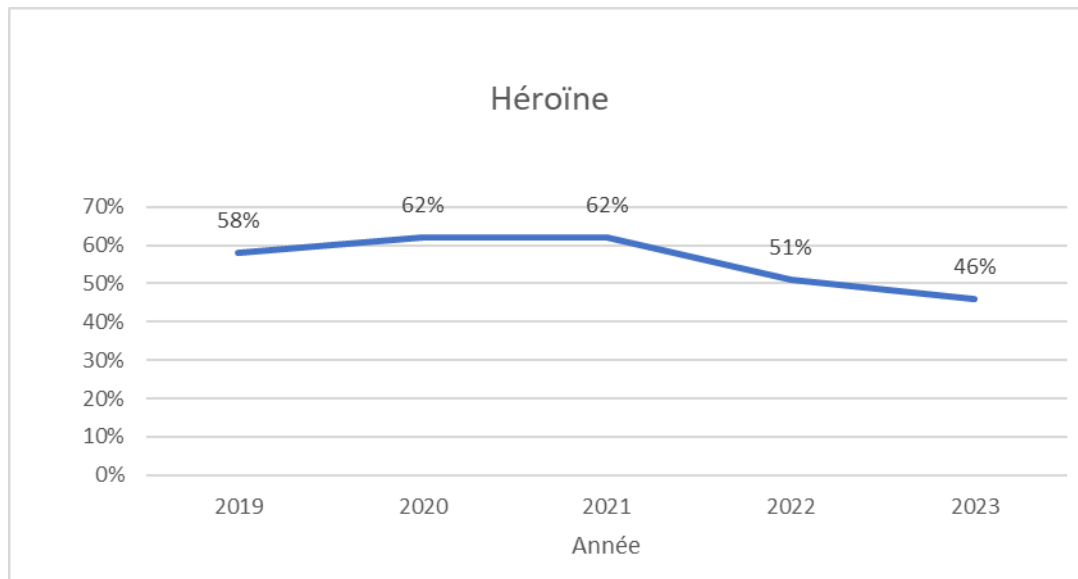
b) Diminution de la consommation de cannabis

- 34 % en 2019
- 40 % en 2020
- 68 % en 2021
- 54 % en 2022
- 43 % en 2023



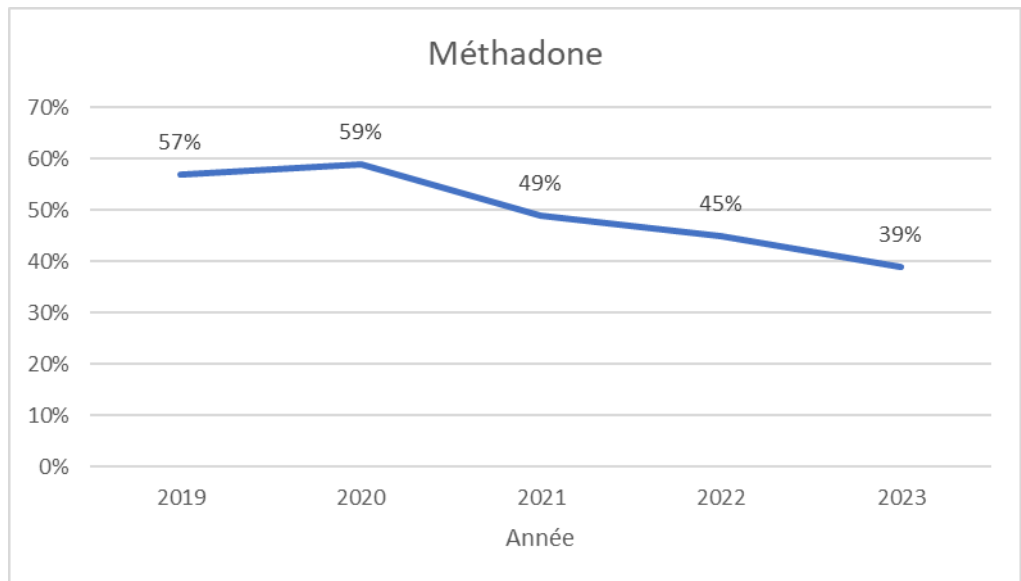
c) Diminution du nombre de consommateurs d'héroïne.

- 58 % en 2019
- 62 % en 2020
- 62 % en 2021
- 51 % en 2022
- 46 % en 2023



d) Diminution de la prise de méthadone chez nos patients

- 57 % en 2019
- 59 % en 2020
- 49 % en 2021
- 45 % en 2022
- 39 % en 2023

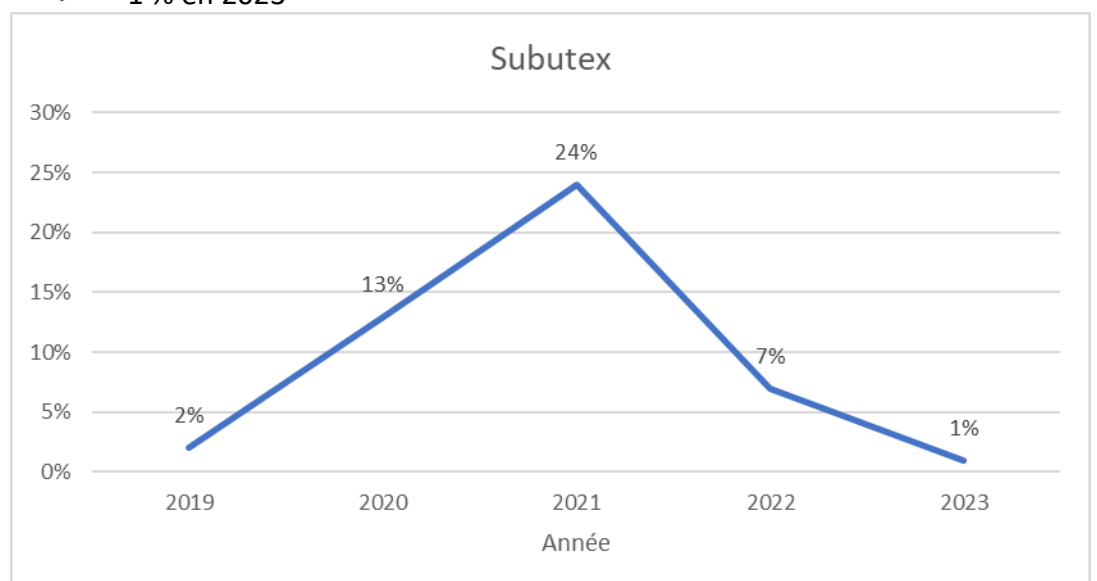


La dépendance à la méthadone s'additionne souvent à celle de l'héroïne, rendant le sevrage plus difficile.

e) Diminution de l'usage de la Buprénorphine

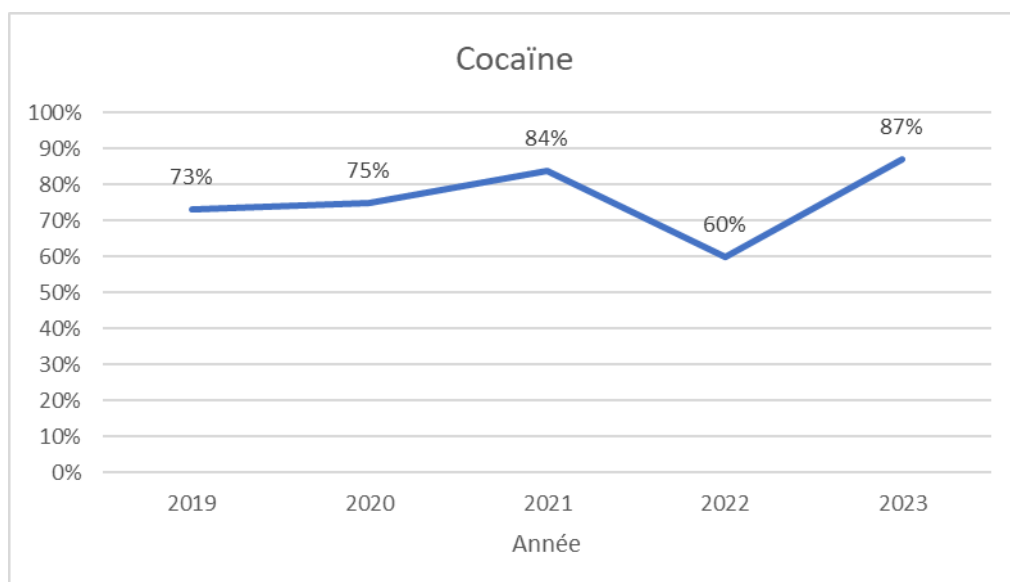
Les patients arrivent parfois à Transition sous Buprénorphine et plus spécifiquement Buprénorphine-Naloxone (Suboxone®), une alternative à la méthadone dans la substitution aux opiacés. Cette année, 4 patients étaient traités par Buprénorphine,

- 2 % en 2019
- 13 % en 2020
- 24 % en 2021
- 7 % en 2022
- 1 % en 2023



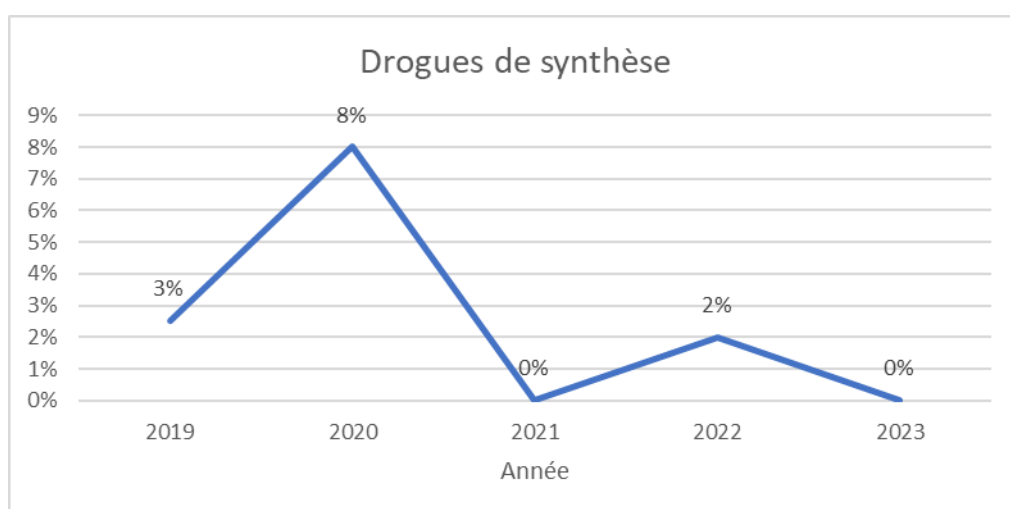
f) *Nette augmentation de la consommation de cocaïne*

- 73 % en 2019
- 75 % en 2020
- 84 % en 2021
- 60 % en 2022
- 87 % en 2023

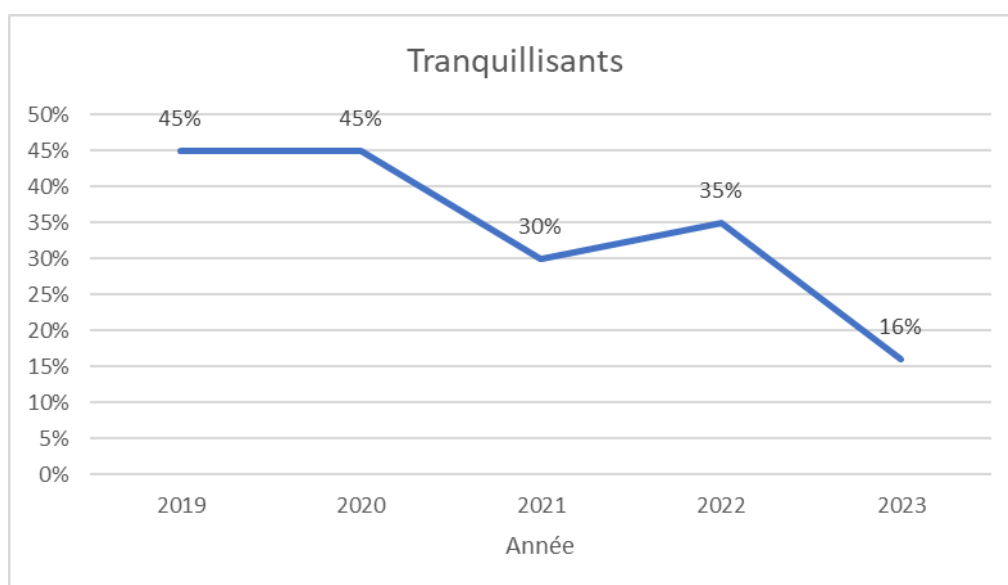


g) *Les drogues de synthèses (MDMA) ne sont plus représentatives des consommations récentes parmi nos patients*

- 2 % en 2019
- 8 % en 2020
- 0 % en 2021
- 2 % en 2022
- 0 % en 2023

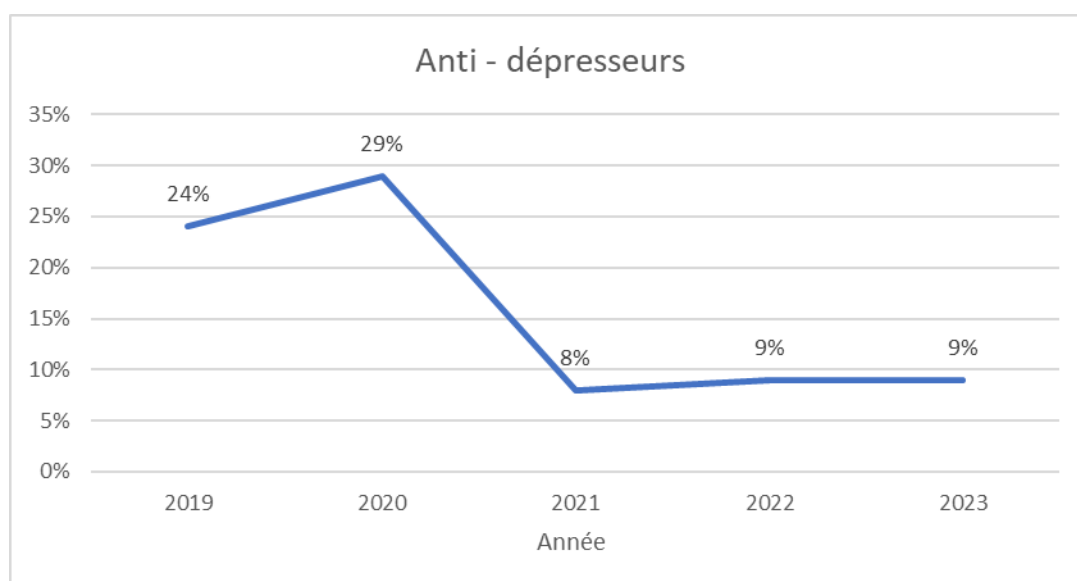


h) Diminution de la prise de benzodiazépines et hypnotiques



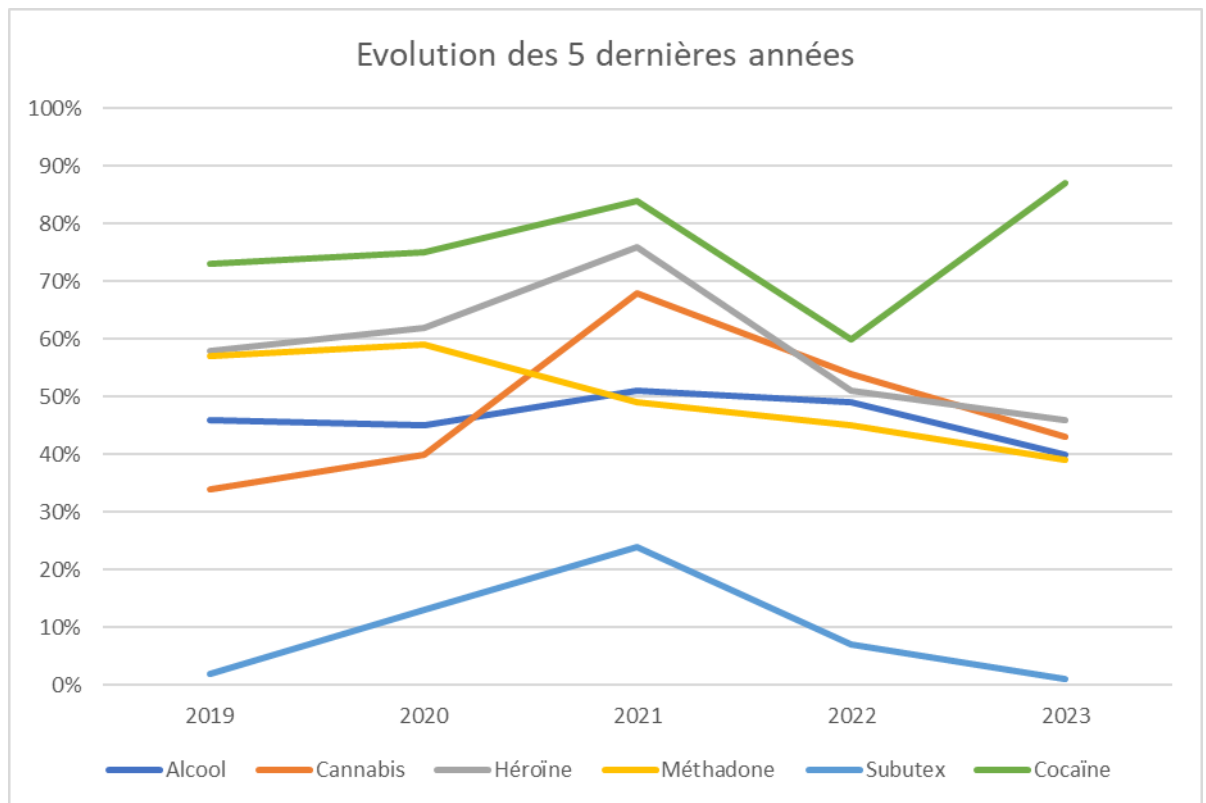
i) Traitement par antidépresseur

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



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

- en fumette par rapport à l'injection.
- 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 au congrès « Systèmes humains face aux traumatismes » organisé par l'Institut de la Famille et des Systèmes Humains.
- Participation à un atelier sur la Naloxone organisé par la CAPC
- Participation à la présentation du service « Housing First » de Thuin – Philippeville
- Participation à la journée « Quelle place pour la santé mentale au travail ? » organisée dans le cadre de la semaine de la Santé Mentale en Wallonie.
- Participation à la journée d'étude « Lève-toi et soigne » organisée par l'UNamur.

IV. Formations

- Supervision d'équipe assurée par le le CFSI

