

ASBL DIAPASON – TRANSITION

RAPPORT D'ACTIVITES 2024 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. ASSUETUDES ET TRAUMAS	7
II. LES ENJEUX DES RENCONTRES DANS LA VIE INSTITUTIONNELLE	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	19
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	25
1. Lieux des entretiens d'admission	25
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	29
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	50
IV. ACTIVITES EXTERIEURES	57

« Ne permettez pas à vos blessures de vous transformer en quelqu'un que vous n'êtes pas ».

Paulo Coelho

I. ASSUETUDES ET TRAUMAS

Nos patients toxicomanes sont-ils tous traumatisés ?

Au vu de leurs histoires et de leurs symptomatologies on pourrait légitimement le penser. Ce domaine étant relativement neuf, je n'avais reçu que très peu d'enseignement sur cette problématique. Et, malgré des années d'expérience à côtoyer des personnes en grande souffrance et profondément traumatisées, je me trouvais souvent bien démunie face à certains patients. C'est la raison pour laquelle j'ai commencé à me former dans le domaine du trauma (centre de formation PEPS-E)¹. Cette formation fut une révélation pour moi et je suis persuadée que ses implications dans ma pratique clinique mais aussi, de façon beaucoup plus large, dans la manière dont sont pensés la vie communautaire et le cadre de Transition sont très importantes. Je tenais à vous partager, dans ce rapport d'activités, mes nouvelles connaissances et les réflexions qu'elles ont suscitées chez moi.

Qu'est-ce que le traumatisme ?

Il peut être défini de plusieurs manières. Dans le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine on appelle traumatisme psychique « une expérience soudaine et intense provoquée par un danger, source de menace pour la vie du sujet sans que celui-ci puisse y échapper ou qu'il ait autour de lui des moyens suffisants pour y faire face »². Pour Freud, le traumatisme est « une expérience d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitations, qu'elle soit d'origine externe ou interne »³. Cette définition ne parle pas de la cause externe du traumatisme. Pour la psychanalyse, ce n'est pas la nature de l'évènement qui est importante mais la force de son impact sur la vie psychique de la personne.

La confrontation à un évènement traumatisant peut entraîner un ensemble de symptômes qui vont se chroniciser et que l'on appelle trouble de stress post traumatique (TSPT). Les symptômes principaux de cette affection sont des symptômes d'intrusion (souvenirs, rêves, émotions, images et sensations physiques intrusives), les symptômes d'évitement (de tout ce qui provoque la détresse), les symptômes d'altération des cognitions et de l'humeur (amnésie, croyances négatives, émotions douloureuses ou absentes, perte d'intérêt) et les symptômes de modification de l'état d'éveil et de la réactivité (irritabilité, mise en danger, hypervigilance, trouble de la concentration, insomnie).

Mais il existe aussi un trouble de stress post traumatique complexe qui présente des symptômes supplémentaires. Il peut se déclencher suite à l'exposition à des évènements traumatisants prolongés et/ou répétés ou chroniques. Certains auteurs insistent aussi sur le fait que ces évènements traumatisants se passent au sein d'une relation interperson-

¹ PEPS-E : Psychothérapie et pratiques spécialisées-Emotions (www.peps-e.be) . Formation en ligne : Accompagner les personnes traumatisées : fondements théoriques et pratiques. (R. Gazon).

² www.académie-médecine.fr

³ Freud S. (1920). Au-delà du principe de plaisir, OCF-P, XV, Paris, PUF, 2002 (2è ed.).

nelle proche (par exemple la relation parents-enfants) et qu'ils ont lieu à des périodes de développement crucial du sujet (traumatisme précoce).

L'impact des traumatismes sur le développement de la personnalité est alors important et peut conduire à une altération profonde de la régulation des affects et de la représentation de soi et des autres. C'est l'organisation psychique de la personne qui est modifiée.

On parle dans ce cas de dissociation structurelle de la personnalité.

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par « une perturbation et/ou une discontinuité des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la représentation du corps, de la conscience du corps et de soi, de la conscience de l'autre, de la perception de l'environnement, du contrôle moteur et du comportement »⁴).

Ces perturbations sont dues à une altération plus ou moins importante des fonctions d'intégration du système nerveux central face au stress et au débordement émotionnel occasionné par l'évènement traumatique.

Que se passe-t-il dans le cerveau d'une personne qui vit un évènement traumatique ?

L'imagerie médicale montre que certaines parties du cerveau d'une personne qui vit des émotions extrêmes vont s'éteindre dans le but de protéger le psychisme. C'est ce mécanisme qui entraîne une défaillance des capacités intégratives de l'individu.

L'Hippocampe, zone responsable de la cognition, des apprentissages et de la mémoire sera mis en veille. Cette zone est très importante pour l'intégration d'un évènement dans la mémoire autobiographique.

La partie préfrontale du néocortex qui permet de donner du sens, de prendre du recul et d'inhiber les comportements s'éteindra également. Le cortex préfrontal a aussi une action de régulation du système limbique qui est le centre des émotions. L'amygdale dans le système limbique sera donc elle activée lors du trauma et encodera les souvenirs du trauma sous forme de sensations et d'émotions.

Les souvenirs du trauma seront ainsi enregistrés dans la mémoire non sous forme de souvenirs narratifs ayant un début, une fin et intégrés dans l'histoire de la personne, mais ils seront enregistrés sous forme de sensations et d'émotions pures difficilement représentables et dont le retour provoquera de nouveau la détresse ressentie lors de l'évènement traumatique (symptôme d'intrusion).

Un fragment de l'histoire de la personne va donc être intégré de façon séparée. Cette dissociation va se maintenir et même s'accroître parfois dans le temps. En effet, les informations traumatiques dissociées ne pourront pas être intégrées par la suite par les zones de la mémoire habituelle. Elles reviendront de façon involontaires, intrusives et massives sous forme de sensations et d'émotions terrifiantes, répétant, encore et encore le trauma. Durant ces épisodes de reviviscence, le cerveau va de nouveau mettre en veille les zones permettant l'intégration maintenant les traces de l'évènement traumatique dissocié du reste de la personnalité. Pour Pierre Janet, la diminution des capacités intégratives va provoquer une fragmentation mentale pouvant entraîner de façon durable un déficit de la conscience ou une altération de l'unité de la personnalité du sujet. Au

⁴ DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, 2015. Trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10).

fonctionnement cérébral se rajoute d'autres mécanismes psychologiques qui vont renforcer la dissociation.

En effet, la personne, pour continuer à fonctionner dans le quotidien de façon apaisée va éviter, de manière plus ou moins consciente, tout ce qui sera susceptible de lui rappeler l'évènement traumatique. Elle va essayer de maintenir tous les souvenirs, émotions et sensations liés à l'évènement à distance renforçant ainsi la dissociation. Mais ce clivage et cet évitement vont avoir un coût. La personne, dans sa vie quotidienne, pourra se sentir comme coupée de ses émotions, de ses sensations et de son corps (symptômes de dépersonnalisation) ou couper de ses proches et du monde qui l'entoure (symptômes de déréalisation).

Elle pourra aussi basculer brusquement dans la reviviscence de l'évènement traumatique présentant alors des attitudes et comportements incontrôlés et incompréhensibles tant pour elle que pour son entourage.

Selon les cas la dissociation est plus ou moins importante. Dans le cas de traumatismes vécus très jeune et parfois sur des périodes prolongées, elle est plus massive. On pense bien sûr à toutes les violences faites aux enfants dans le contexte quotidien de leur famille et perpétrées le plus souvent par les figures d'attachement principales. On comprend mieux que, la manière dont l'enfant va pouvoir construire sa personnalité dans un contexte traumatisant, va avoir un impact durable et conséquent sur l'adulte qu'il va devenir. La dissociation étant inscrite de façon structurelle dans la personnalité de ces patients, il ne s'agira plus seulement d'un trouble de stress post traumatique mais d'une véritable altération de sa personnalité. Nous sommes dans ce cas face à un trouble de la personnalité appelé aussi trouble borderline.

Les troubles borderline comme conséquence de la dissociation traumatique ?

D'après le psychiatre Mark Zimmerman Les troubles de la personnalité limite (borderline) se caractérisent par « une tendance constante à l'instabilité et l'hypersensibilité dans les relations interpersonnelles, l'instabilité au niveau de l'image de soi, des fluctuations d'humeur extrêmes, et l'impulsivité »⁵. Nous retrouvons dans cette description les principaux symptômes des troubles de stress post traumatique. Cela décrit bien aussi le comportement de bon nombre de nos patients. Combien d'entre eux ne nous disent-ils pas qu'ils « voient rouge », qu'ils ne sentent pas arriver leurs émotions, qu'elles les dépassent immédiatement et qu'ils n'ont aucun contrôle sur elles. Une de mes collègues utilise souvent la métaphore des feux de signalisation pour exprimer le fait qu'ils n'ont pas de feux orange. Mais parler d'impulsivité ne suffit pas à comprendre ce qui se joue pour eux. Les exhorter à se contrôler est souvent peu efficace.

Si on voit les troubles borderline comme le résultat de la construction de la personnalité sous forme dissociée dans un contexte traumatique souvent infantile, si nous faisons l'hypothèse que certaines des parties de la personnalité renferment les souvenirs, émotions et sensations de la terreur vécue durant l'enfance, nous pouvons mieux comprendre les réactions parfois disproportionnées et subites de ces patients face à certaines situa-

⁵ Morgan TA, Zimmerman M: Epidemiology of personality disorders. In Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2nd ed, edited by WJ Livesley, R Larstone, New York, NY: The Guilford Press, 2018, pp. 173-196.

tions stressantes. Des circonstances particulières, leur rappelant les événements traumatiques passés, vont venir réactiver les parties dissociées. Le patient va alors basculer dans un état second où il revivra le trauma. Il agira comme s'il se retrouvait face à ses agresseurs de l'époque et non plus dans la situation actuelle. Ce basculement rapide et complet semblera incompréhensible à des yeux extérieurs mais aussi pour la personne même qui ne sera pas capable de faire le lien entre ce qu'elle vit et son passé.

Cette compartimentation peut aller dans les cas les plus graves jusqu'à une coupure complète entre différentes parties de la personnalité qui fonctionneront de façon séparée, certaines ignorant même l'existence des autres. C'est ce que l'on constate dans les troubles de personnalité multiple.

La consommation de stupéfiants est souvent associée aux troubles de stress post traumatique et va avoir une fonction importante pour nos patients. Elle peut être vue comme une ressource trouvée par la personne pour continuer à vivre. Le produit, de par ses effets anesthésiant ou stimulant sur les émotions et de par son impact sur les pensées va permettre de maintenir de côté certaines pensées et émotions traumatiques et va éviter le basculement dans les parties de la personnalité traumatisée.

Il va aussi profondément modifier le rapport au corps de la personne qui consomme. Même si notre rôle est de les aider à se passer de cette ressource négative il est important de valider la fonction du produit comme protecteur et régulateur.

Impact sur le travail à Transition ?

On voit ici la complexité du travail dans notre institution. Car, l'entrée dans un centre tel que Transition va fragiliser l'équilibre que le sujet traumatisé a tenté de créer durant des années. Confronté à des situations relationnelles multiples et complexes dans la vie communautaire, face à l'impératif de se souvenir du travail thérapeutique et sans le produit permettant d'anesthésier ses émotions, les parties traumatisées de la personnalité du patient vont être réactivées. Les émotions de terreur, de violence, d'impuissance ou de capitulation qui les accompagnent vont s'exprimer. Face à des débordements répétés, extrêmes, incompréhensibles et incontrôlés le reste du groupe sera vite en difficulté entraînant un rejet du patient fauteur de troubles. Les travailleurs, quant à eux pourront vivre beaucoup d'impuissance et parfois aussi de l'insécurité. Le séjour risque d'être interrompu pour garantir la sécurité du groupe et la cohérence du cadre.

L'enjeu du séjour sera pour ces patients de trouver de nouvelles stratégies pour parvenir à fonctionner différemment avec moins de souffrance. En cas d'échec le retour à la consommation semble inévitable. Ces ressources peuvent venir des compétences même du patient mais elles existent également dans l'institution. La vie communautaire, même si elle est parfois difficile et source de conflits, est aussi un lieu de relations soutenantes et chaleureuses. Le cadre de Transition n'est pas que frustrant, il est également sécurisant et apaisant. L'équipe institutionnelle, quant à elle, se montre accueillante et très disponible. Elle permet un lien de confiance rapide et un étayage important. Toutes ces qualités permettent, on le voit au quotidien, bien souvent une régulation et un apaisement des émotions. Mais s'adapter au cadre et aux autres reste pour certains, les plus blessés, une véritable gageure. Il est important de continuer à réfléchir en équipe sur notre manière de travailler, tant au niveau du cadre et des sanctions qu'au niveau du travail thérapeutique que nous proposons à ces patients en grande souffrance.

Comment pouvons-nous aider ces patients à s'adapter à une vie communautaire sans le produit ?

Quelles sont les ressources que ces patients peuvent trouver dans le mode de vie proposé à Transition ?

Comment le cadre peut-il être encore plus aidant ? Quelles sanctions sont adéquates en cas de passage à l'acte ?

Le travail thérapeutique doit aussi être adapté pour ces patients. Se souvenir ne permet pas d'intégrer les faits mais simplement de revivre l'évènement traumatique encore et encore. Il faut donc être très prudent dans la manière d'aborder avec eux les traumas qu'ils ont vécus.

Dans un premier temps, l'établissement de la relation de confiance est essentiel. Celle-ci est importante avec tous les patients mais nous pouvons comprendre qu'elle sera plus difficile et plus longue à établir avec les personnes gravement traumatisées. Il faut aussi être conscient que cette confiance, même installée, pourra toujours être remise en question lors du basculement dans une crise.

Dans un second temps, il faudra les aider à réguler leurs émotions. En effet, les souvenirs traumatiques ne pourront être intégrés et faire histoire que si les zones préfrontale et hippocampique du cerveau restent activées.

Le patient doit travailler les souvenirs du trauma sans être débordé par ses émotions pour pouvoir peu à peu assimiler ce qu'il a vécu et que peu à peu sa personnalité puisse se décompartimenter.

Enfin, je voulais insister sur l'importance capitale du corps dans la thérapie avec les personnes traumatisées. Car c'est aussi à travers des sensations corporelles positives que le patient va pouvoir peu à peu reprendre contact avec son corps, ses pensées et ses émotions et à travers cela unifier son psychisme clivé.

Ledent Christine
Psychologue

II. LES ENJEUX DES RENCONTRES DANS LA VIE INSTITUTIONNELLE

Au fil des années et de nos expériences, nous constatons que la relation privilégiée entre patients en institution est une question complexe à laquelle les professionnels de la santé sont confrontés régulièrement. Lors de notre supervision clinique débutée en 2023, le collectif soignant a décidé de se poser un temps pour se questionner sur la relation privilégiée afin de continuer à évoluer et d'assurer un travail de qualité envers nos patients. Notre principale préoccupation étant la prise en charge de ceux-ci dans leur globalité.

Dans notre institution, nous accueillons des personnes dont le parcours de vie est singulier avec dans leurs bagages non seulement leurs souffrances mais aussi souvent des carences affectives importantes. Les patients en sevrage traversent une période d'instabilité, les émotions anesthésiées par le produit remontent à la surface créant ce déséquilibre psychologique. L'affection de l'autre vient alors colmater ces manques affectifs. Dans ce cas, le produit est remplacé par « l'autre » auquel il sera constamment confronté créant ainsi une nouvelle dépendance de type affective.

En conséquence, les personnes vivant cette expérience se retrouvent dans des relations exclusives et excluantes. Ils s'isolent du groupe et le travail individuel est relayé au second plan ou pire, il devient complètement inexistant. La relation se retrouve au centre des priorités au détriment de la demande initiale du patient.

Par définition, la « relation » est un ensemble de rapports et de liens existant entre personnes qui se rencontrent et qui échangent entre elles. Le terme « privilégié » en lui-même implique un avantage ou un privilège, ce qui suggère que la relation en question offre quelque chose d'exceptionnel. La relation privilégiée désigne un lien particulier entre deux personnes. Deux entités qui se distinguent par une confiance mutuelle, une proximité mais également une exclusivité dans les interactions.

Ce type de relation n'a pas été défini officiellement par une seule personne. Il s'agit d'un concept utilisé dans différents domaines. Ce n'est pas une notion définie mais plutôt un terme utilisé pour décrire des liens spéciaux. Cette notion est transversale et évolutive. Elle trouve ses racines dans les sciences humaines notamment dans la psychologie de l'attachement où le chercheur John Bowlby met en avant l'une des premières formes de la relation privilégiée avec la figure principale de l'enfant. Également dans la sociologie des liens sociaux, des penseurs comme Emile Durkheim ou George Herbert qui ont étudié ces liens et les interactions montrent que certaines relations prennent plus de place que d'autres notamment selon les rôles sociaux, la proximité émotionnelle voir la fréquence des échanges.

Selon Pierre Bourdieu, les relations sociales sont façonnées par notre milieu, nos habitudes et notre capital social. Notre capacité à nouer des relations privilégiées dépend aussi de notre place dans la société. Par exemple, une personne issue d'un milieu défavorisé aura souvent moins d'opportunités pour développer des liens forts par faute de ressources, de réseau ou de confiance. La théorie de Bourdieu est profondément relationnelle.

Pour lui, les individus ne peuvent être compris isolément mais toujours en relation avec les autres et avec la structure sociale.

Effectivement dans notre centre de soins, nous travaillons beaucoup avec le patient de façon systémique en tenant compte de ses relations familiales, sociales dans son environnement et de la place qu'il y occupe. On peut d'ailleurs régulièrement observer que la position qu'il prend au sein du groupe est assez similaire à celle qu'il occupe dans son milieu de vie. Il n'est pas rare non plus de constater une reproduction du type de relations extérieures au sein du groupe.

Un des principaux objectifs d'un séjour à Transition est d'inviter le résident à la reconstruction de soi dans la relation à l'autre au sein d'une vie communautaire. Celle-ci étant représentative d'une micro-société. Ici « la rencontre » s'invite et les échanges sont souvent intenses au niveau émotionnel. Mais elle est aussi révélatrice du fonctionnement de nos patients tant sur le plan individuel que collectif en lien avec leur propre vie à l'extérieur. Durant le séjour, les patients partagent des moments de vie formels (groupes de paroles, activités...) et informels. La relation pourrait être aussi un levier important dans leur évolution. Cependant, la relation n'est pas sans risque face à la vulnérabilité des patients que nous accueillons. Elle peut transformer un lien bénéfique en une dépendance émotionnelle. Inévitablement, nous sommes confrontés à la création de ce lien qui nous amène régulièrement à nous questionner sur notre pratique professionnelle ainsi que nos valeurs personnelles afin de construire ensemble les valeurs institutionnelles.

Trouver un équilibre subtil entre encadrement et liberté pourrait être la meilleure réponse afin de protéger le patient tout en respectant son humanité. Car Interdire la relation privilégiée et de couple peut sembler extrême mais ces règles sont mises en place pour les accompagner dans leur processus de changement initié dès leur entrée dans l'institution.

Toutes ces réflexions nous ont amenées à repréciser le sens de la règle dans notre code de vie en interdisant les relations de couple, les rapprochements physiques ainsi que les relations exclusives entre résidents afin de les aider à garder une certaine distance entre eux. Notre objectif est d'offrir aux résidents un cadre sécurisant pour qu'ils puissent effectuer leur travail d'introspection et atteindre leurs objectifs dans les meilleures conditions. Néanmoins, nous sommes conscients que nous serons encore de nombreuses fois amenés à travailler sur la distance relationnelle avec les patients car ce sentiment d'attachement fait partie de leur travail individuel. Nous gardons bien en tête que ce sentiment n'est pas toujours maîtrisable pour eux et que notre mission est de les accompagner au mieux dans ce travail de distanciation. Transition est un lieu de vie et d'expérimentation des relations dans le sens large du terme, mais la communauté institutionnelle reste un espace relationnel particulier et momentané.

« Une vraie rencontre provoque une influence réciproque. Deux mondes intimes interagissent et chacun modifie l'autre. »

Boris Cyrulnik.

L'équipe éducative

III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A. HÉBERGEMENT

1. Nombre de séjours – nombre de patients

	2022	2023	2024
MOYENNE	6.79	7.65	7.36
DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS (EN JOURS)	43.54	41.67	44.87
NOMBRE DE PATIENTS	55	62	56
NOMBRE DE SÉJOURS	57	67	60

Le pourcentage d'occupation pour 2024 est de 92,19 %. En 2024, nous avons accueilli 56 patients différents. Parmi ceux-ci, 4 patients ont effectué 2 séjours.

En résumé pour 2024 :

- un taux d'occupation légèrement inférieur qu'en 2023
- un nombre un peu moins élevé de patients et de séjours
- des séjours d'une durée plus longue.

2. Taux d'occupation

Nombre de journées de présence

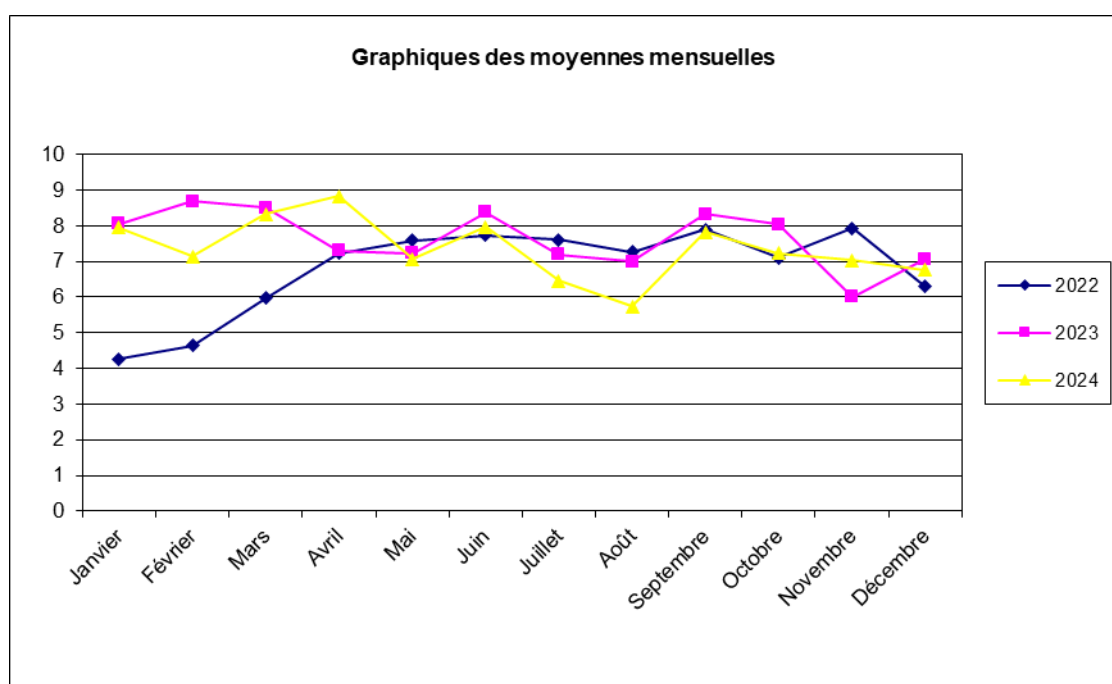
	2022	2023	2024
JANVIER	132	250	246
FÉVRIER	130	243	207
MARS	185	267	258
AVRIL	217	219	265
MAI	235	224	219
JUIN	232	251	239
JUILLET	236	223	200
AOÛT	225	217	178
SEPTEMBRE	237	250	235
OCTOBRE	220	249	224
NOVEMBRE	238	180	211
DÉCEMBRE	195	219	210
TOTAL	2482	2792	2692

Pour rappel :

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

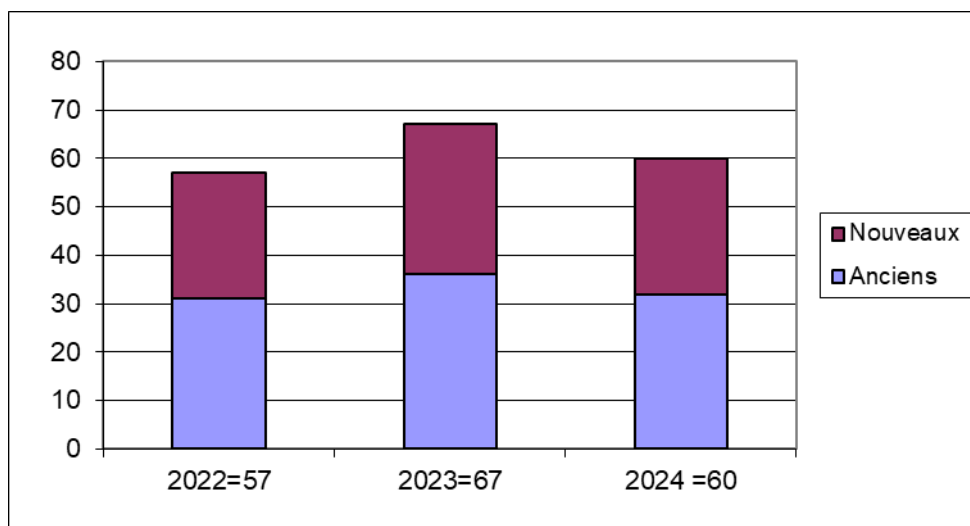
3. Moyenne d'occupation mensuelle

	2022	2023	2024
JANVIER	4.26	8.06	7.94
FÉVRIER	4.64	8.68	7.14
MARS	5.97	8.51	8.32
AVRIL	7.23	7.30	8.83
MAI	7.58	7.23	7.06
JUIN	7.73	8.37	7.97
JUILLET	7.61	7.19	6.45
AOÛT	7.26	7.00	5.74
SEPTEMBRE	7.90	8.33	7.83
OCTOBRE	7.10	8.03	7.23
NOVEMBRE	7.93	6.00	7.03
DÉCEMBRE	6.29	7.06	6.77
MOYENNE GLOBALE	6.80	7.65	7.36



4. Nouveaux patients

	2022	2023	2024
ANCIEN	54.4 %	53.7 %	53.3 %
NOUVEAU	45.6 %	46.3 %	46.7 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %



Nous observons cette année un pourcentage quasi identique qu'en 2023 de nouveaux et anciens patients.

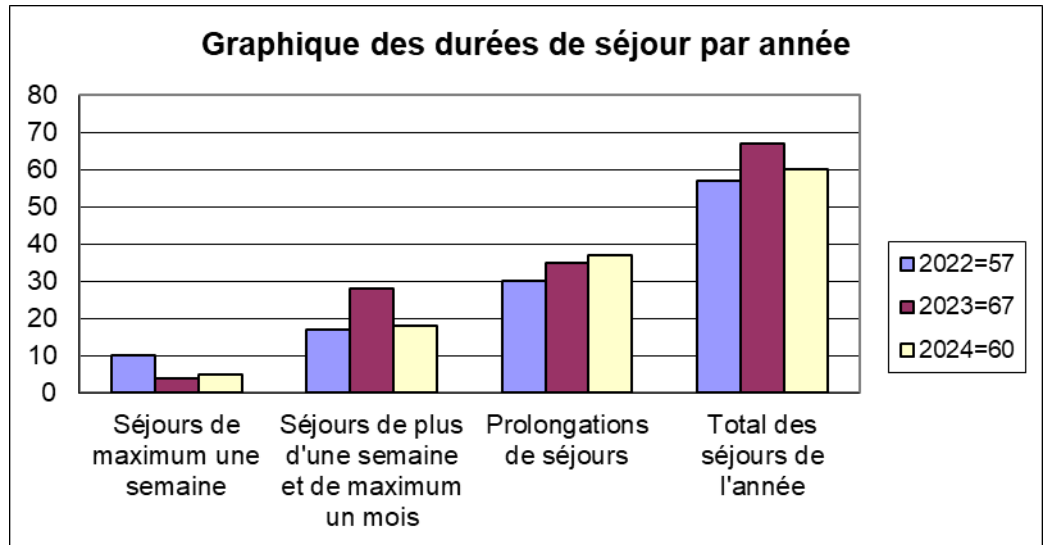
Nous sommes très proches de 50 % d'accueil de nouveaux et d'anciens patients.

5. Durée des séjours

	2022	2023	2024
SÉJOURS DE MAXIMUM UNE SEMAINE	17.5 %	6 %	8.3 %
SÉJOURS DE PLUS D'UNE SEMAINE ET DE MAXIMUM UN MOIS	29.8 %	41.8 %	30 %
PROLONGATIONS DE SÉJOURS	52.7 %	52.2 %	61.7 %
TOTAL DES SÉJOURS DE L'ANNÉE	100 %	100 %	100 %

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

Plus de la moitié des séjours sont des prolongations.



	NOMBRE DE JOURS 2022		NOMBRE DE JOURS 2023		NOMBRE DE JOURS 2024	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
0 J – 30 J	24	42.1 %	31	46.3 %	21	35 %
31 J – 60 J	11	19.3 %	21	31.3 %	18	30 %
61 J – 90 J	15	26.3 %	9	13.4 %	15	25 %
91 J – 120 J	4	7 %	5	7.5 %	4	6.7 %
121 J – 150 J	3	5.3 %	1	1.5 %	2	3.3 %
> 151 JOURS	0	0 %	-		-	
TOTAL	57	100 %	67	100 %	60	100 %

B. PATIENTS

1. Sexe

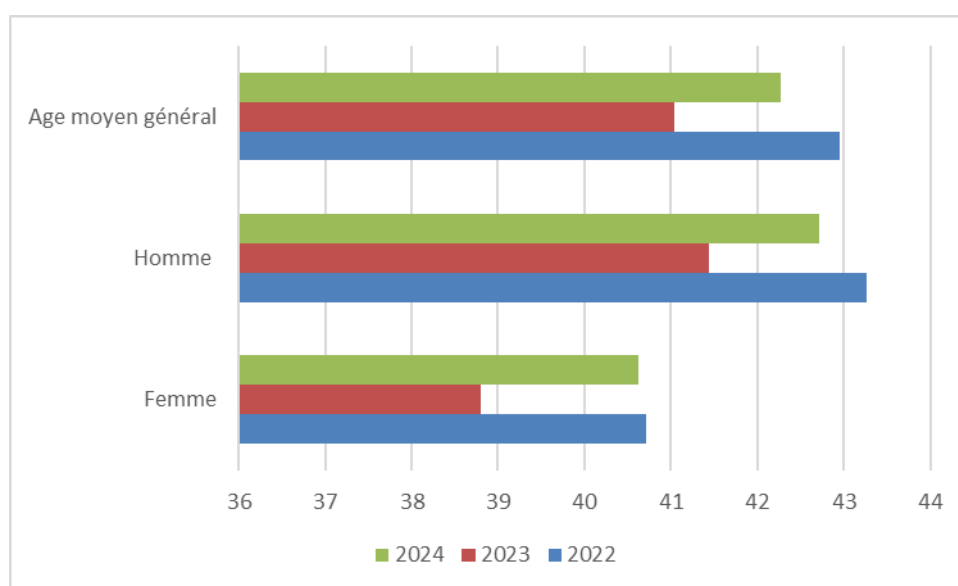
	2022	2023	2024
FEMME	12.7 %	16.1 %	23.2 %
HOMME	87.3 %	83.9 %	76.2 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Le pourcentage des femmes est en augmentation cette année encore.

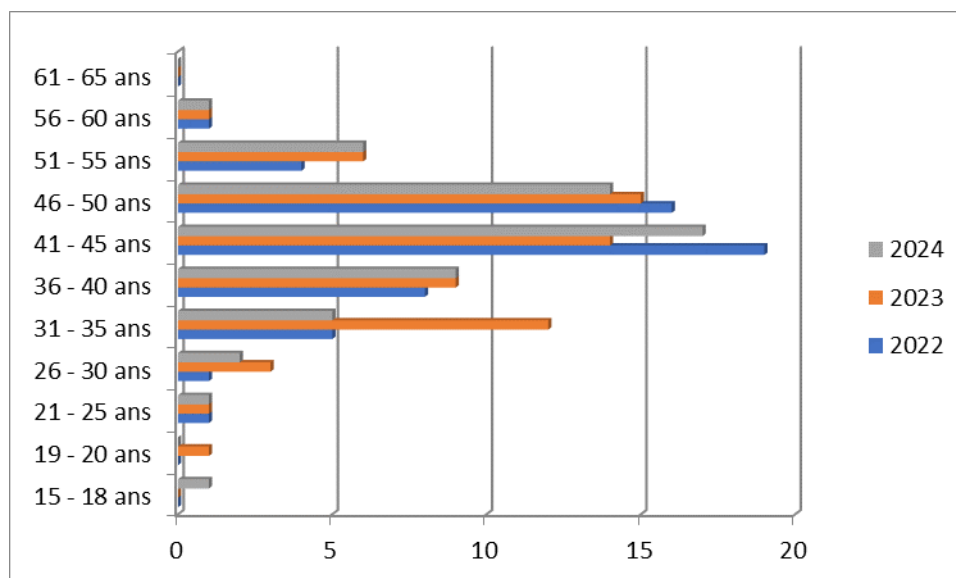
2. Age

	2022	2023	2024
AGE MOYEN GÉNÉRAL	42.95	41.04	42.27
HOMME	43.26	41.44	42.72
FEMME	40.71	38.80	40.62

L'âge moyen général est en légère augmentation cette année.
L'âge moyen des hommes est supérieur à l'âge moyen des femmes.



CLASSE D'ÂGE	2022		2023		2024	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
15 – 18 ANS	-	-	-	-	1	1.8 %
19 – 20 ANS	-	-	1	1.6 %	-	-
21 – 25 ANS	1	1.8 %	1	1.6 %	1	1.8 %
26 – 30 ANS	1	1.8 %	3	4.8 %	2	3.6 %
31 – 35 ANS	5	9.1 %	12	19.4 %	5	8.9 %
36 – 40 ANS	8	14.5 %	9	14.5 %	9	16.1 %
41 - 45 ANS	19	34.5 %	14	22.6 %	17	30.4 %
46 – 50 ANS	16	29.1 %	15	24.2 %	14	25 %
51 – 55 ANS	4	7.4 %	6	9.7 %	6	10.6 %
56 – 60 ANS	1	1.8 %	1	1.6 %	1	1.8 %
61 – 65 ANS	-	-	-	-	-	-
TOTAL	55	100 %	62	100 %	56	100 %



Nous avons accueilli une patiente mineure cette année
80 % des patients ont entre 30 et 50 ans lors de leur entrée à Transition.

3. Parentalité

	2022	2023	2024
PATIENT AYANT DES ENFANTS	54.5 %	54.9 %	51.8 %
PATIENT N'AYANT PAS D'ENFANTS	45.5 %	43.5 %	48.2 %
ENFANTS DECEDES	-	1.6 %	-
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous pouvons observer que le nombre de patients ayant des enfants est relativement stable ces dernières années.

Le patient vit-il avec son enfant ?

	2022		2023		2024	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
OUI	10	33.3 %	10	30 %	6	21 %
NON	20	66.7 %	24	70 %	23	79 %
TOTAL	30	100 %	34	100 %	29	100 %

Peu de patients vivent avec leur enfant.

4. Nationalité

	2022	2023	2024
BELGE	90.9 %	91.9 %	98.2 %
U.E.	5.5 %	3.2 %	-
HORS U.E	3.6 %	4.9 %	1.8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les patients accueillis sont majoritairement belges.

5. Mode de vie

	2022	2023	2024
SEUL	28.1 %	38.8 %	41.7 %
COUPLE	28.1 %	23.9 %	23.3 %
FAMILLE	22.7 %	25.4 %	16.7 %
AMIS	3.5 %	1.5 %	-
INSTITUTION	1.8 %	-	3.3 %
SDF	15.8 %	10.4 %	15 %
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 augmentation relativement importante des patients sans domicile.

6. Lieu d'habitation

	2022	2023	2024
CHARLEROI	33.3 %	40.3 %	40 %
ARRONDISSEMENT DE CHARLEROI	19.3 %	14.9 %	13.3 %
HAINAUT	14 %	28.4 %	20 %
BELGIQUE (SANS LA PROVINCE DU HAINAUT)	21.1 %	13.4 %	16.7 %
SDF	12.3 %	3 %	8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons une stabilisation 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

	2022	2023	2024
CHÔMAGE	8.8 %	6 %	6.7 %
CPAS	19.1 %	37.3 %	28.3 %
PARENTS	1.8 %	-	1.7 %
MUTUELLE	57.9 %	43.2 %	53.3 %
SANS RESSOURCES	5.3 %	1.5 %	3.3 %
PROFESSION	1.8 %	7.5 %	3.3 %
VIERGE NOIRE	5.3 %	1.5 %	1.7 %
AUTRES	-	1.5 %	-
ALLOCATION HANDICAPE		1.5 %	1.7 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les revenus de remplacement (allocations de chômage, revenu d'intégration sociale, indemnités mutuelles et Vierge Noire) représentent 90% (88% en 2023). Ces données confirment la grande précarité sociale des patients que nous accueillons.

8. Niveau de scolarité

Il s'agit du cycle terminé

	2023		2023		2024	
	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
AUCUN	-	-	-		-	-
PRIMAIRE	8	14.5 %	1	1.6 %	3	5.4 %
PROFESSIONNEL INFÉRIEUR	10	18.4 %	4	6.5 %	9	16.1 %
PROFESSIONNEL SUPÉRIEUR	8	14.5 %	8	12.9 %	7	12.5 %
TECHNIQUE INFÉRIEUR	2	3.6 %	7	11.3 %	2	3.6 %
TECHNIQUE SUPÉRIEUR	4	7.3 %	9	14.5 %	7	12.5 %
GÉNÉRAL INFÉRIEUR	7	12.7 %	1	1.6 %	5	8.9 %
GÉNÉRAL SUPÉRIEUR	6	10.9 %	-		5	8.9 %
SUPÉRIEUR	1	1.8 %	1	1.6 %	2	3.9 %
AUTRES	2	3.6 %	3	4.8 %	-	-
ENSEIGNEMENT SPÉCIAL	-	-	-	-	4	7.1 %
NE SAIT PAS	7	12.7 %	28	45.2 %	12	21.1 %
TOTAL	55	100 %	62	100 %	56	100 %

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

9. Envoyeur principal

	2022	2023	2024
Spontanément	66.5 %	82 %	81.6 %
Institution spécialisée	12.3 %	7.5 %	3.3 %
Institution non spécialisée	1.8 %	1.5 %	-
Justice	-	1.5 %	1.7 %
Hôpital	5.3 %	-	-
Généraliste - Spécialiste	-		1.7 %
Connaissance	8.8 %	4.5 %	6.7 %
Autres	1.8 %	1.5 %	1.7 %
Site Internet	-	-	3.3 %
Ne sait pas	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).

A DÉJÀ CONSULTÉ NOTRE SERVICE	2022	2023	2024
OUI	57.9 %	56.7 %	53.3%
NON	42.1 %	43.3 %	46.7 %

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

A DÉJÀ CONSULTÉ UN AUTRE SERVICE	2022	2023	2024
OUI	86 %	82.1 %	71.7 %
NON	14 %	17.9 %	28.3 %

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	2022	2023	2024
NON	84.2 %	88.1 %	83.3 %
OUI	15.8 %	11.9 %	16.7 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

EXISTENCE D UNE INJONCTION	2022	2023	2024
OUI	12.3 %	6 %	3.3%
Non	87.7 %	94 %	96.7 %

Type d'injonction

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

	2022	2023	2024
JUDICIAIRE	5.3 %	6 %	3.3 %
FAMILIALE	7 %	-	-
N.P.	87.7 %	94 %	96.7 %

Toutefois, il est important de rappeler que nous ne faisons pas d'attestation de prise en charge qui permettrait que le patient soit libéré d'un établissement pénitentiaire et accueilli directement à Transition

INCARCÉRATION	2022		2023		2024	
	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	22	38.6 %	15	22.4 %	19	31.7 %
NON	35	61.4 %	52	77.6 %	41	68.3 %
TOTAL	57	100 %	67	100%	60	100 %

C. ADMISSION

1. Lieux des entretiens d'admission

	2022	2023	2024
TRANSITION	97 %	98 %	98 %
PRISON	3 %	1 %	2 %
HÔPITAL	-	1 %	-
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
NOMBRE DE DEMANDE	333	356	347	100 %	100 %	100 %
NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES	147	162	163	44 %	45 %	47 %
NOMBRE D'ENTRETIENS ABOUTISSANT À UNE ENTRÉE	57	67	60	33 %	19 %	17 %

Nous comptons 347 demandes d'admission. Parmi ces demandes, 163 entretiens ont eu lieu. Un nombre important d'entretiens n'ont pas eu lieu soit parce que le patient a annulé son rendez-vous ou ne s'y est pas présenté.

En tenant compte des entretiens réalisés, 37 % des entretiens aboutissent à une entrée.

En tenant compte des entretiens pris, 17% 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 2024, nous avons réalisé 24 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 2024, nous avons réalisé 24 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 2024, nous avons réalisé 30 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 2024 nous avons réalisé 1 entretien d'orientation.

	2022	2023	2024
ENTRETIEN DE SORTIE	26	29	24
ENTRETIEN DE CLARIFICATION	37	27	24
ENTRETIEN DE SOUTIEN	34	38	30
ENTRETIEN D'ORIENTATION	1	1	1

3. Conditions d'assurabilité

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
EN ORDRE D'ASSURABILITÉ	57	67	60	100 %	100 %	100 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

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

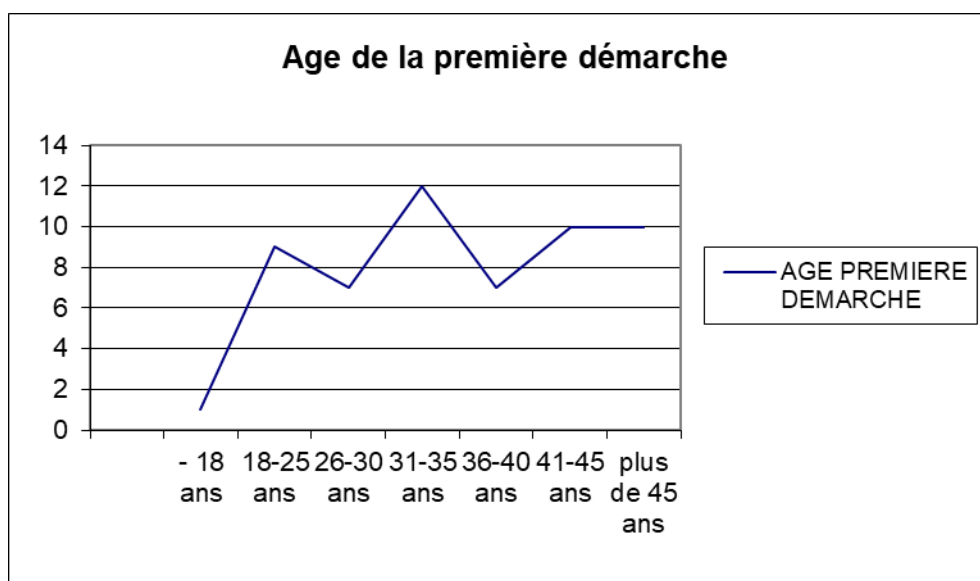
D. DONNÉES D'ORDRE CLINIQUE

1. Contenu de la demande à l'entrée

	2022	2023	2024
SEVRAGE	100 %	100 %	96.7 %
SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE	68.4 %	44.8 %	48.3 %
ORIENTATION AMBULATOIRE	-	19.4 %	10 %
ORIENTATION POSTCURE	50.9 %	49.3 %	51.7 %
AUTONOMIE	-	-	3.3 %
ORIENTATION VERS UN CENTRE DE JOUR	1.8 %	3 %	3.3 %
AUTRES (AIDE ADMINISTRATIVE)	1.8 %	-	-
REMISE EN ORDRE PHYSIQUE	-	-	1.7 %

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	2022		2023		2024	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
- 18 ANS	-	-	1	1.6 %	2	3.6 %
18 – 25 ANS	10	18.2 %	8	12.9 %	5	8.9 %
26 – 30 ANS	12	21.8 %	7	11.3 %	2	3.6 %
31 – 35 ANS	10	18.2 %	10	16.1 %	9	16.1 %
36 – 40 ANS	10	18.2 %	7	11.3 %	12	21.4 %
41 – 45 ANS	7	12.7 %	8	12.9 %	10	17.9 %
+ 45 ANS	4	7.3 %	10	16.1 %	10	17.9 %
DONNÉE IN- CONNUE	2	3.6 %	11	17.8 %	6	10.6 %
TOTAL	55	100 %	62	100 %	56	100 %



Parmi les destinations au moment du départ :

	2022	2023	2024
POSTCURE	10.5 %	23.9 %	30 %
SANS PRÉCISION	26.3 %	11.9 %	8.3 %
HÔPITAL	1.8 %		3.3 %
APPARTEMENT	12.3 %	10.4 %	3.3 %
FAMILLE	31.3 %	43.3 %	46.7 %

APPARTEMENT SUPERVISES	1.8 %		-
CONNAISSANCE		3 %	1.7 %
RUE	5.3 %	7.5 %	6.7 %
RETOUR A DOMICILE	1.8 %	-	-
AMIS	5.3 %	-	--
ABRI DE NUIT	1.8 %	-	-
HÔTEL	1.8 %	-	-

Le passage direct de Transition vers un centre de postcure est en augmentation cette année.

De nombreux patients quittent Transition pour rentrer chez eux (appartement propre, famille ou sans précision).

2. Mode de fin de contrat

	2022	2023	2024
POSTCURE	31.6 %	23.9 %	30 %
VOLONTAIRE (AVANT ÉCHÉANCE)	50.8 %	41.8 %	35 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - CONSOMMATION	10.5 %	10.4 %	13.3 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - VIOLENCE	-	1.5 %	1.7 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - NON RESPECT DU CADRE	5.3 %	7.5 %	1.7 %
HOSPITALISATION	1.8 %		1.7 %
ECHÉANCE -FIN DE CONTRAT		14.9 %	16.6 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons que 30 % des patients entament une postcure à la fin du séjour à Transition.

On note que 16,6% des patients terminent leur séjour sans entamer une alternative thérapeutique à ce moment-là.

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*

	2022	2023	2024
POSTCURE	36.8 %	26.9 %	41.7 %
APPARTEMENT SUPERVISÉ	-		1.7 %
AMBULATOIRE INDIVIDUEL	15.9 %	20.8 %	23.3 %
SOUTIEN THERAPEUTIQUE	-		18.3 %
PROJET NON ABOUTI	26.3 %	41.8 %	-
AUTRES	3.5 %	3 %	-
RETOUR AU DOMICILE	17.5 %	7.5 %	15 %
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 augmentation importante cette année.

De nombreux patients réfléchissent à une aide en ambulatoire pour après leur séjour.

E. MODE ET TYPE DE CONSOMMATION

COMMENTAIRES DES DONNÉES 2024 : HABITUDES DE CONSOMMATION

	FRÉQUENCE		POURCENTAGE	
	RUE	DOMICILE	RUE	DOMICILE
OUI	22	51	36.7 %	85 %
NON	38	9	63.3 %	15 %
TOTAL	60	60	100 %	100 %

Le lieu de consommation préférentiel de la majorité de nos patients reste leur domicile (85 %).

ACTUELLEMENT COMPAGNON ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
OUI	13	26	20	23 %	38.8 %	33.3 %
NON	44	41	40	77 %	61.2 %	66.7 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

33,3 % des patients disent avoir un compagnon ou une compagne lors de leur entrée à Transition.

SI COMPAGNON, CONSOMMATEUR ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
OUI	1	6	8	8 %	23 %	40 %
NON	12	20	12	92 %	77 %	60 %
TOTAL	13	26	20	100 %	100 %	100 %

En 2024, 40% des compagnons de vie de nos patients étaient aussi consommateurs. Ce pourcentage est en augmentation ces dernières années.

1. Alcool

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	22	36	29	39 %	53.7 %	48.3 %
ACTUELLE	28	27	25	49 %	40.3 %	41.7 %
PASSÉE	7	4	6	12 %	6 %	10 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

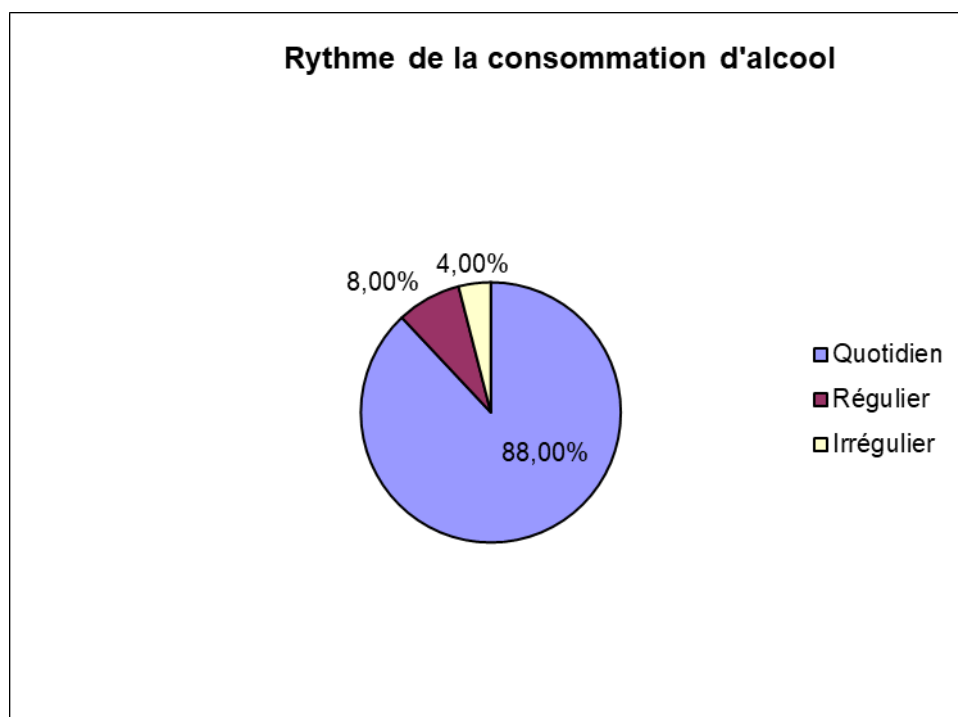
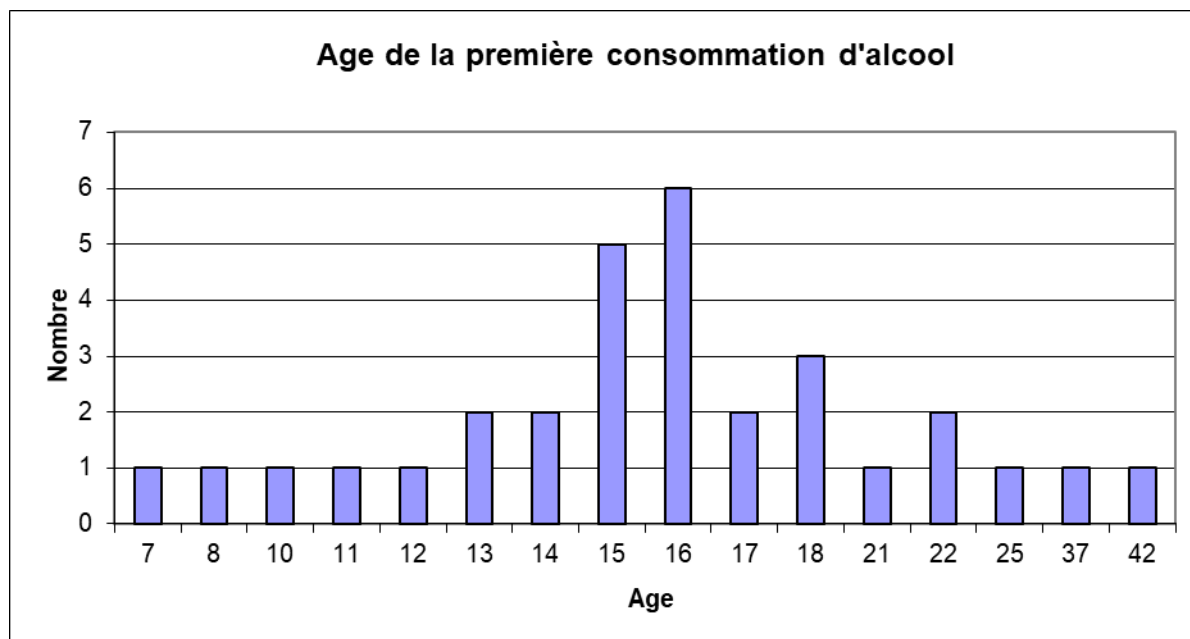
Cette année, on observe une stabilisation du nombre de patients consommant de l'alcool au moment de l'admission. L'alcool reste en effet une assuétude fréquente et importante parmi nos usagers.

La consommation d'alcool reste importante : 8 % des patients rapportent une consommation d'alcool régulière et 88 % une consommation quotidienne.

La prise d'alcool est souvent associée 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 que pour potentialiser et prolonger les effets stimulants de la cocaïne. Il existe aussi une appétence croisée entre alcool et cocaïne, ce qui peut favoriser la co-consommation ou la rechute.

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	24	40 %
NON REALISE	1	1.7 %
NP	35	58.3 %
TOTAL	60	100%

2. Cannabis

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	10	25	30	17.5%	37.3 %	50 %
ACTUELLE	31	29	21	54.4%	43.3 %	35 %
PASSÉE	16	13	9	28.1%	19.4 %	15 %
TOTAL	57	67	60	100%	100%	100 %

50 % de nos patients fument ou ont déjà fumé du cannabis et ce dès l'âge de 12 ans pour un patient avec une majorité débutant un peu plus tard dans l'adolescence.

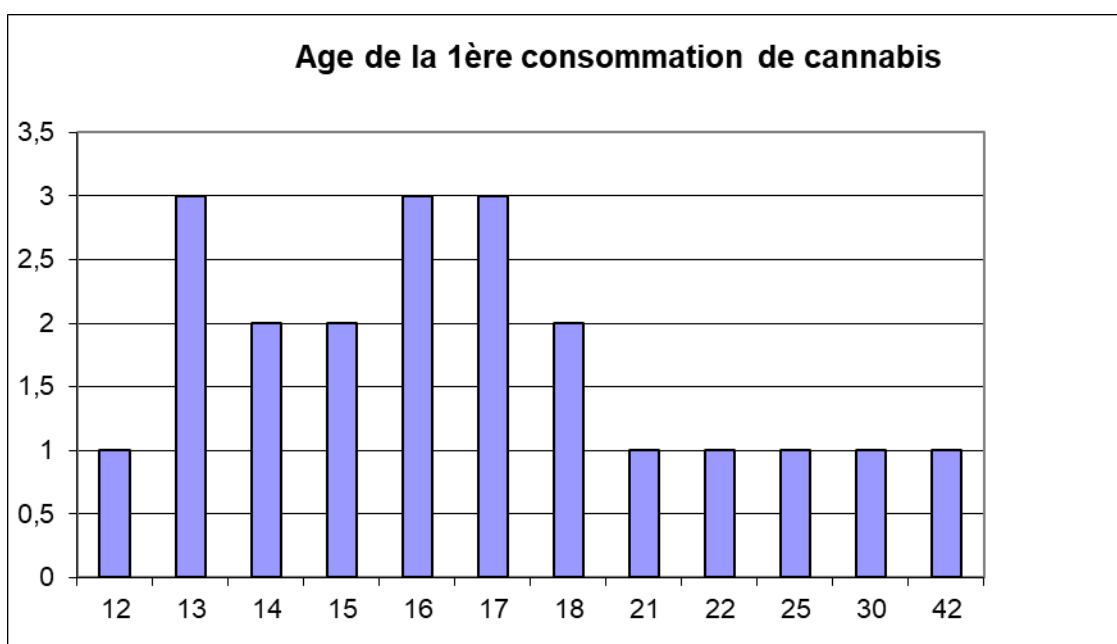
L'âge de la première prise de cannabis reste très précoce.

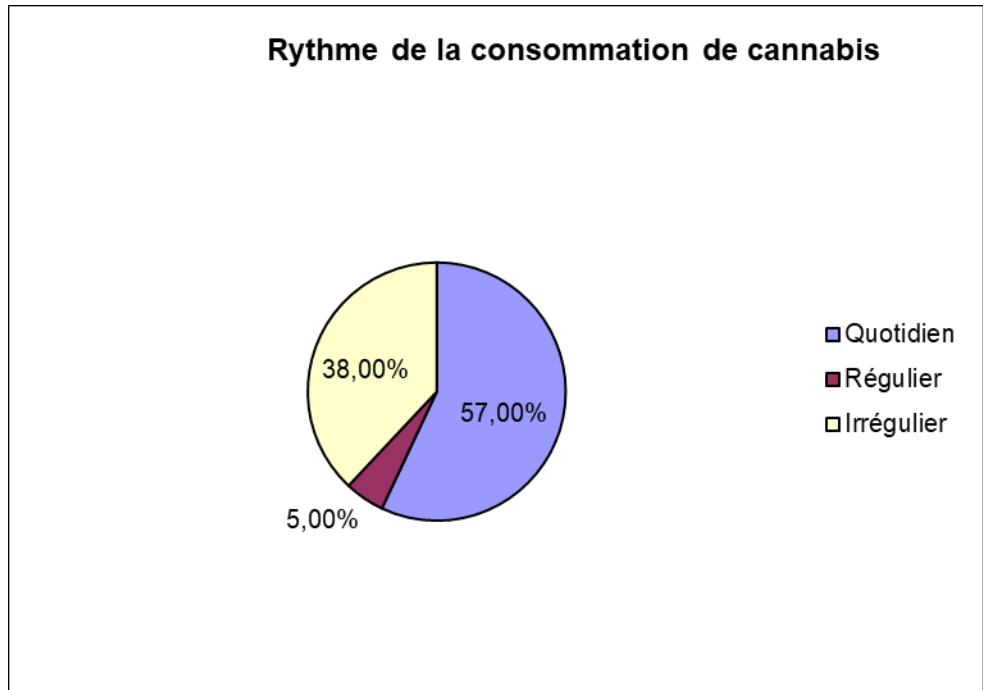
On note une diminution de consommateurs de cannabis.

Parmi ces patients consommateurs de cannabis, 57 % en fument quotidiennement et 5 % régulièrement.

Le cannabis reste l'une des substances psychoactives les plus consommées 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.





3. Héroïne

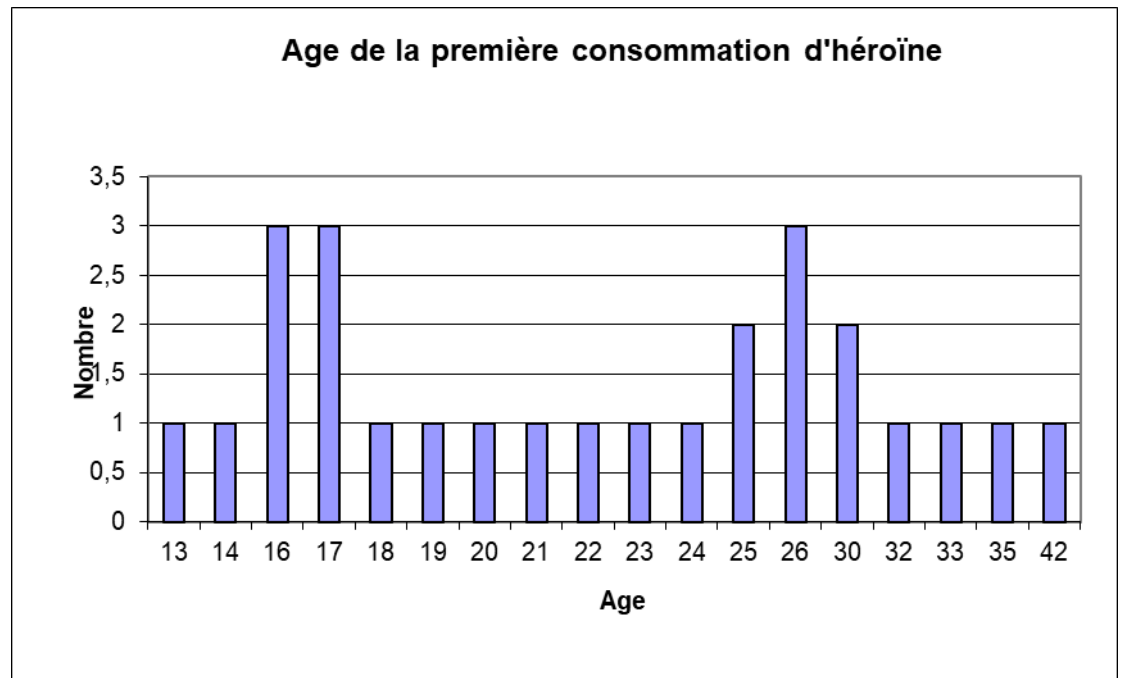
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	13	29	23	22.8 %	43.3 %	38.3 %
ACTUELLE	29	31	26	50.9 %	46.3 %	43.3 %
PASSÉE	15	7	11	26.3 %	10.4 %	18.4 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100%	100 %

62 % 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 2023 (56%).

a) Mode de consommation actuel

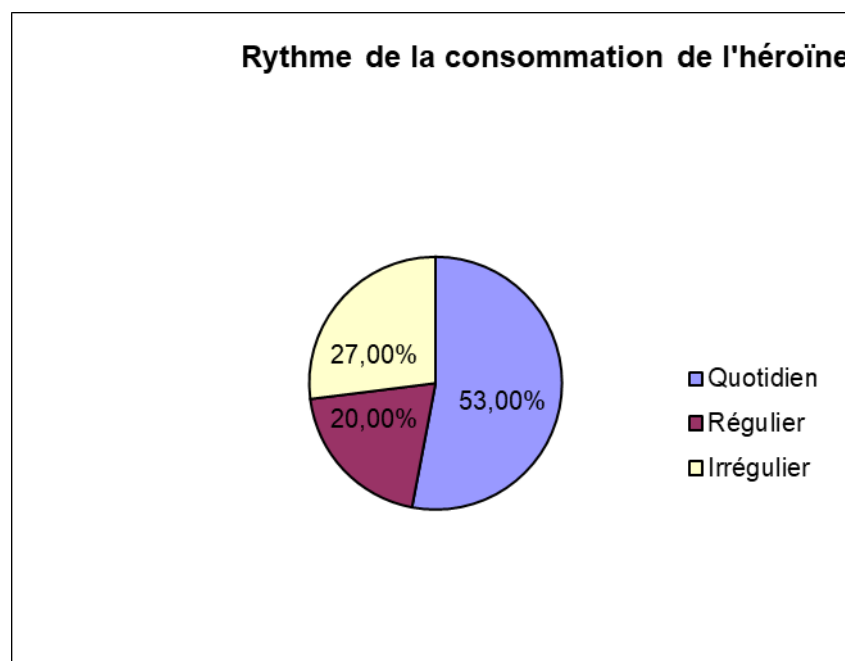
	2022	2023	2024
I.V.	7 %	9 %	7 %
NON IV	77 %	91 %	93 %
MIXTE	16 %	0 %	0 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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 13 ans à 42 ans, avec un pic important à 16, 17 ans et un autre pic à 25, 26 et 30 ans.

53% des patients consomment l'héroïne quotidiennement, 20% régulièrement et 27% de manière irrégulière.

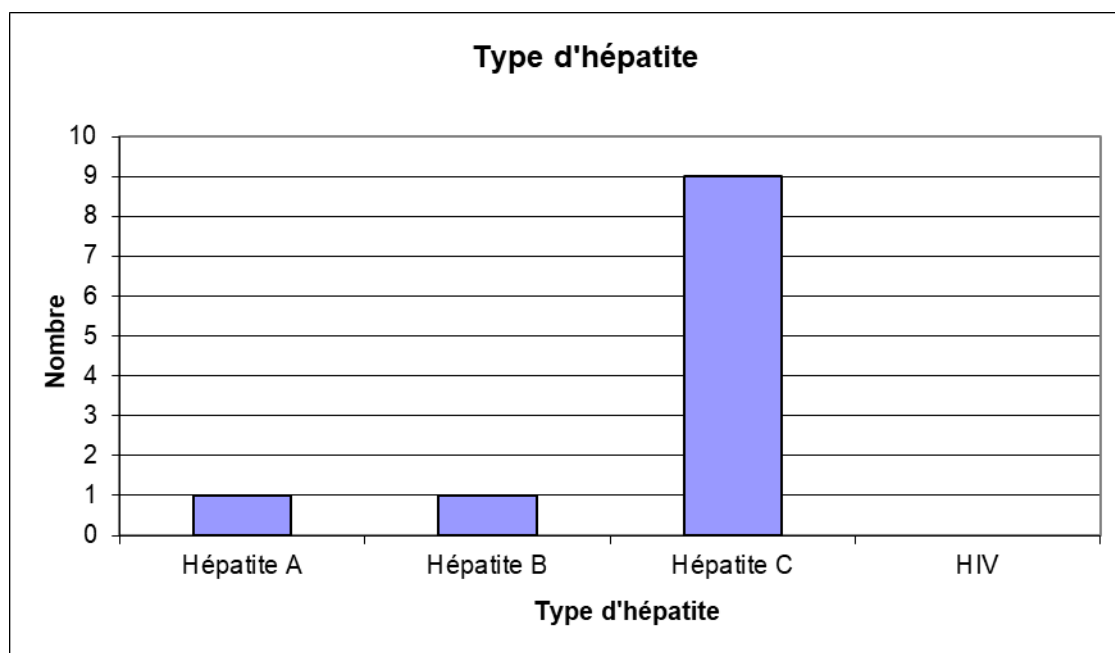


SEVRAGE HEROÏNE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	26	43.3 %
NON REALISE	-	-
NP	34	56.7 %
TOTAL	60	100%

b) Les infections virales

	2022		2023		2024	
	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE
HÉPATITE A	1	1.8 %	2	3 %	1	1.7 %
HÉPATITE B	2	3.5 %	1	1.5 %	1	1.7 %
HÉPATITE C	9	15.8 %	10	14.9 %	9	15 %
HIV	0	0 %	3	4.5 %	-	-

L'hépatite C reste l'infection virale la plus fréquente et le pourcentage est stable ces dernières années.



4. Méthadone

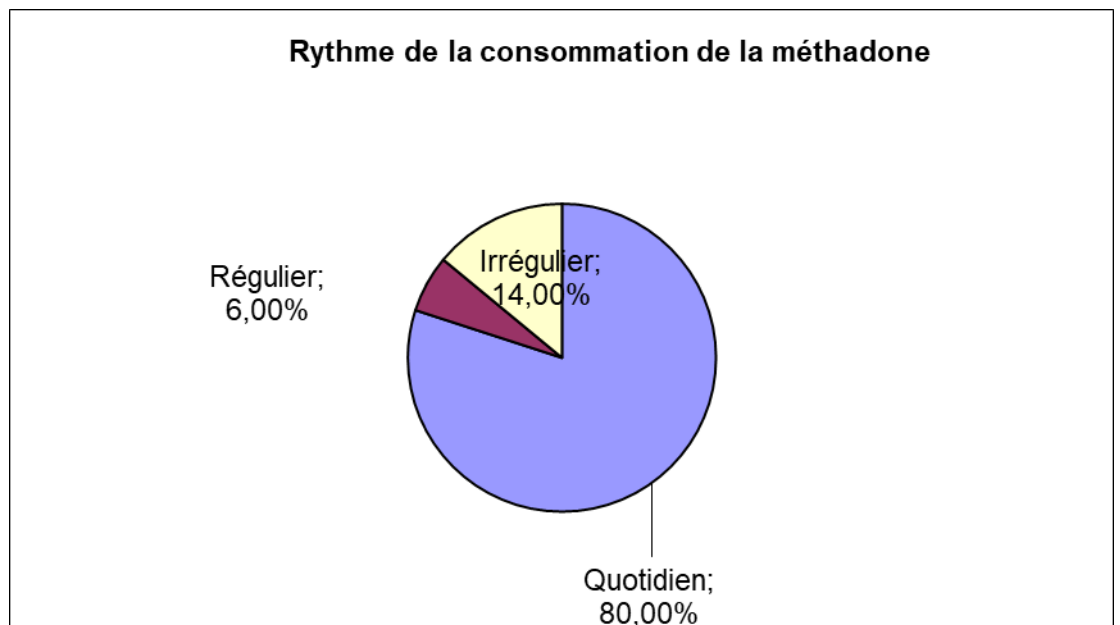
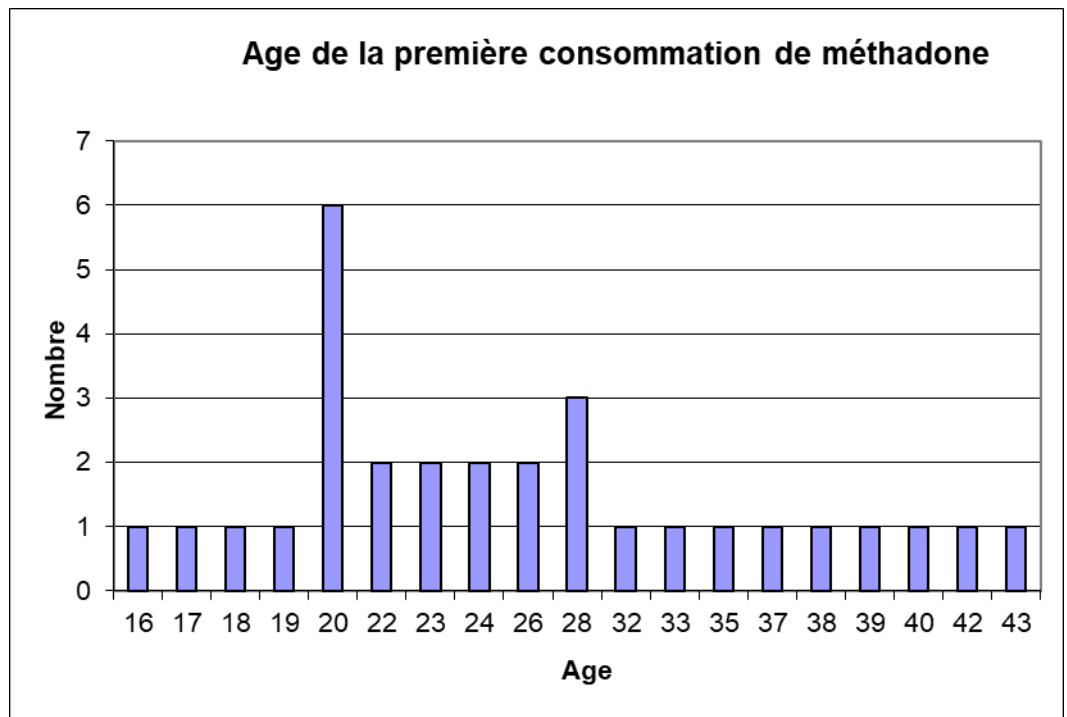
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	19	40	26	33.3 %	59.7 %	43.3 %
ACTUELLE	26	26	30	45.6 %	38.8 %	50 %
PASSÉE	12	1	4	21.1 %	1.5 %	6.7 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

Cette année le pourcentage de séjours/patients sous méthadone est en augmentation par rapport à l'année dernière, avec 50% des patients sous méthadone à leur admission à Transition. On note que 43,3 % des patients n'ont jamais pris de méthadone, un chiffre en baisse par rapport à 2023.

De nombreux patients rapportent adapter eux-mêmes leur posologie de méthadone en fonction de leurs consommations concomitantes, notamment d'héroïne. Lors de prises d'héroïne, certains réduisent, voire interrompent temporairement leur traitement par méthadone, par crainte d'un surdosage ou d'effets indésirables renforcés.

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 d'initiation observés à différents âges. Parmi les patients consommant de la méthadone, 28 déclarent l'utiliser dans un cadre de traitement de substitution et 2 en font usage à visée récréative.

80% prennent quotidiennement leur méthadone



SEVRAGE METHADONE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	15	25 %
NON REALISE	15	25 %
NP	30	50 %
TOTAL	60	100%

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

5. Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)

	2023		2024	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	1	1 %	3	5 %
NON	66	99 %	57	95 %
TOTAL	67	100 %	60	100 %

3 patients cette année étaient sous traitement de substitution par buprénorphine, soit 5 % de nos patients

SEVRAGE SUBUTEX	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	3	5 %
NON REALISE	1	1.7 %
NP	56	93.3 %
TOTAL	60	100%

Cette année, 3 patients ayant débuté leur sevrage sans Subutex ont finalement intégré ce traitement au cours de leur prise en charge afin de terminer leur sevrage.

6. Cocaïne

	Fréquence			Pourcentage		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Aucune	9	6	5	15.8 %	9 %	8.3 %
Actuelle	34	58	51	59.6 %	86.5 %	85 %
Passée	14	3	4	24.6 %	4.5 %	6.7 %
Total	57	67	60	100 %	100 %	100 %

Seuls 5 de nos patients n'ont jamais consommé de cocaïne soit 8,3 % d'entre-eux. Ce qui est stable par rapport à 2023.

Au moment de leur entrée à Transition, 85 % consomment de la cocaïne, un nombre quasi identique à 2023.

Nous observons une augmentation des consommateurs de cocaïne par rapport aux consommateurs d'héroïne, tendance observée dans d'autres centres de soins également.

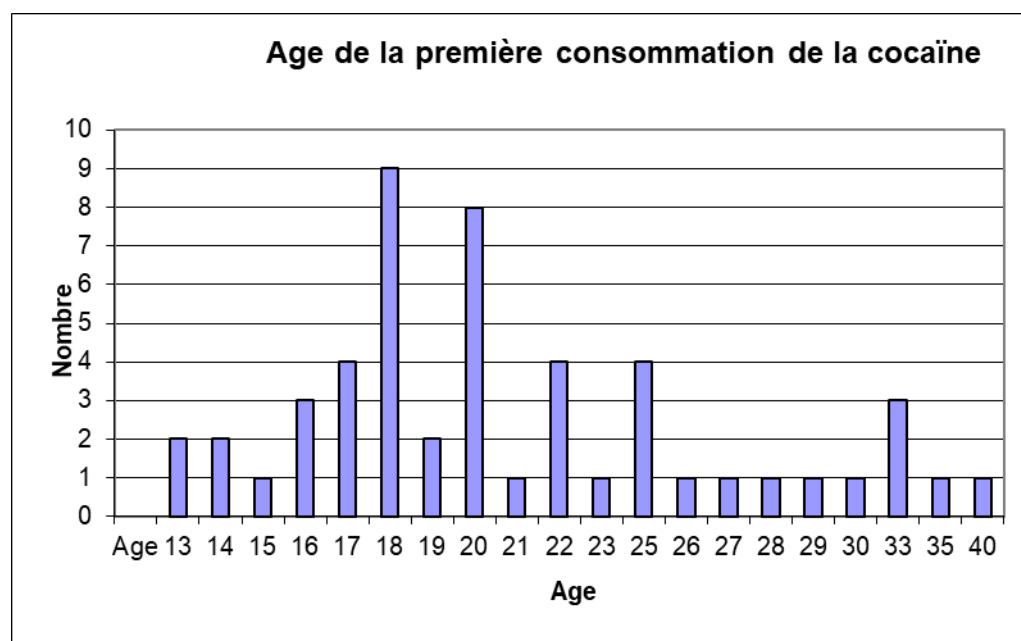
A l'anamnèse, une banalisation de l'usage de cocaïne est fréquemment perceptible, comme pour le cannabis. La consommation de cocaïne concerne toutes les classes sociales et professionnelles, sans distinction, ce qui témoigne de sa large diffusion dans la population.

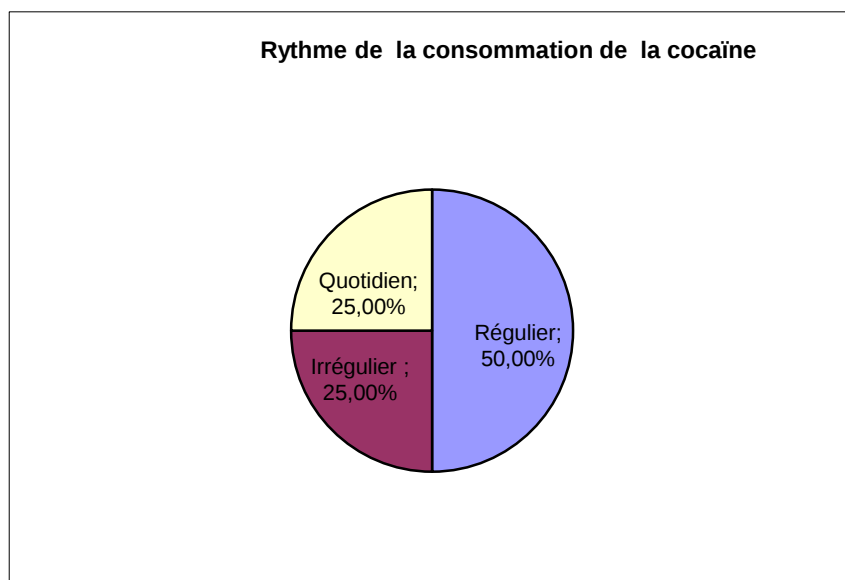
MODE DE CONSOMMATION ACTUEL	2022	2023	2024
I.V.	9 %	8 %	3 %
NON IV	76 %	91 %	95 %
MIXTE	15 %	1 %	2 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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 13 ans à 40 ans chez nos patients avec un pic de 18 à 20 ans.

50% d'entre-eux en consomment régulièrement et 25 % quotidiennement, la cocaïne étant très additive psychologiquement mais peu physiquement.





SEVRAGE COCAINE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	44	73 %
NON REALISE	6	10 %
NP	10	17 %
TOTAL	60	100%

7. Drogues de synthèses

a) Consommation de MDMA (amphétamines)

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	48	67	60	84.2 %	100 %	100 %
ACTUELLE	1	-	-	1.8 %	-	
PASSÉE	8	-	-*	14 %	-	
TOTAL	57	67	60	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, dont fait partie la MDMA, relèvent souvent de l'expérimentation antérieure chez nos patients, sans constituer aujourd'hui une demande majeure de prise en charge.

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 2024 consomme ou a consommé du MDMA.

b) Consommation de LSD

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	52	66	58	91.3 %	98.5 %	96 %
ACTUELLE	1	0	1	1.8 %	1.5 %	2 %
PASSÉE	4	1	1	6.9 %	-	2 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

Le LSD (*diéthylamide de l'acide lysergique*) est un psychotrope hallucinogène. L'usage de ce type de substance semble désormais marginal parmi nos patients. Cette année, un patient rapporte une consommation actuelle de LSD et un autre mentionne une consommation passée.

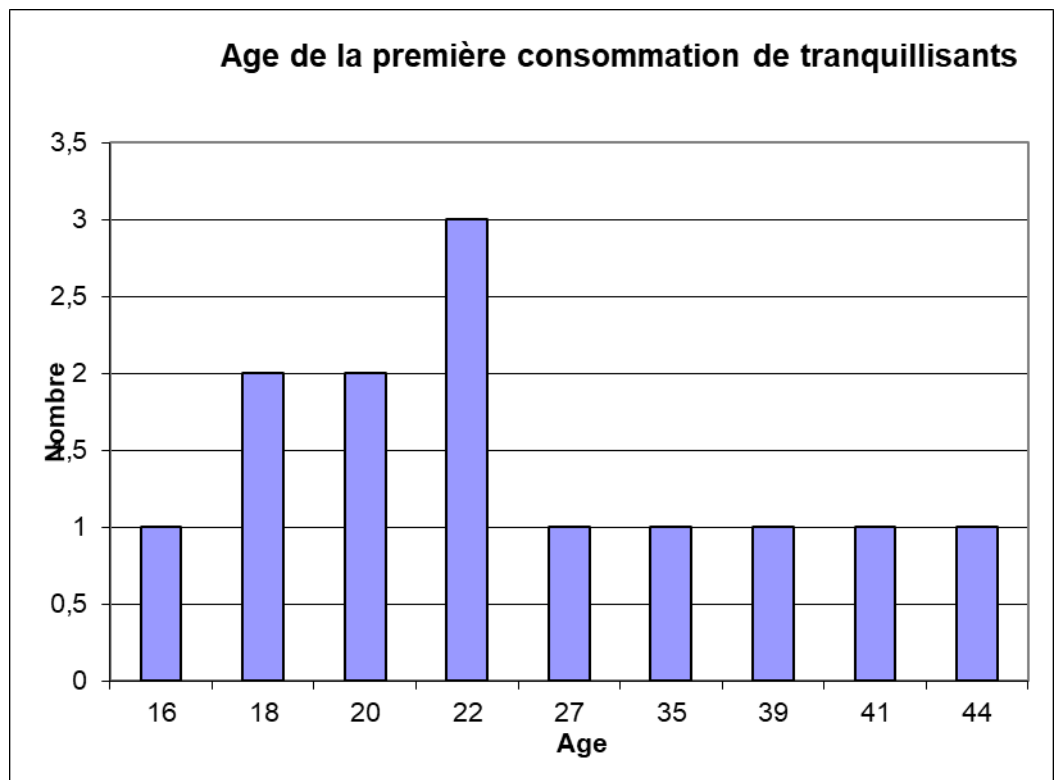
8. Médicaments

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

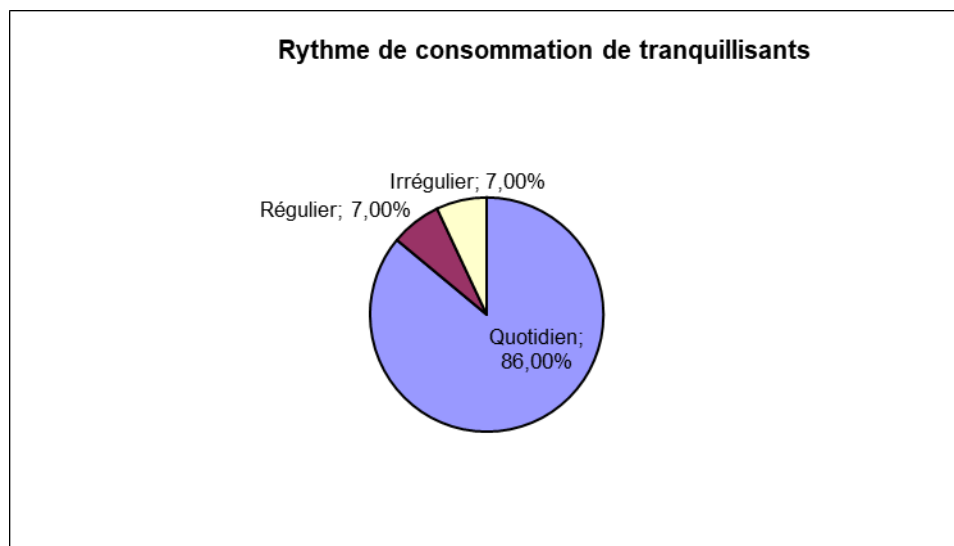
a) Benzodiazépines et hypnotiques

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	34	54	45	59.6 %	80.6 %	75 %
ACTUELLE	20	11	14	35.1 %	16.4 %	23.3 %
PASSÉE	3	2	1	5.3 %	3 %	1.7 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

On note une augmentation 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 80 % prennent quotidiennement des médicaments, tranquillisants et/ou des sédatifs et 7 % 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		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	44	63	54	77.2 %	94 %	60 %
ACTUELLE	9	4	5	15.8 %	6 %	8.3 %
PASSÉE	4	-	1	7 %	-	1.7 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

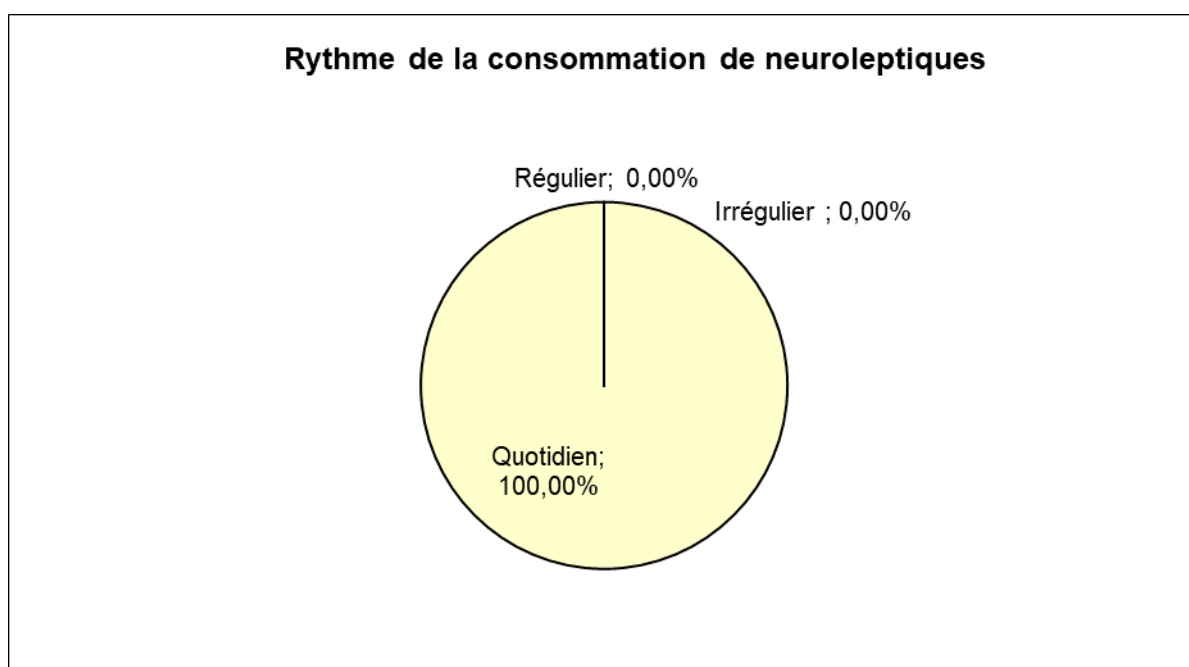
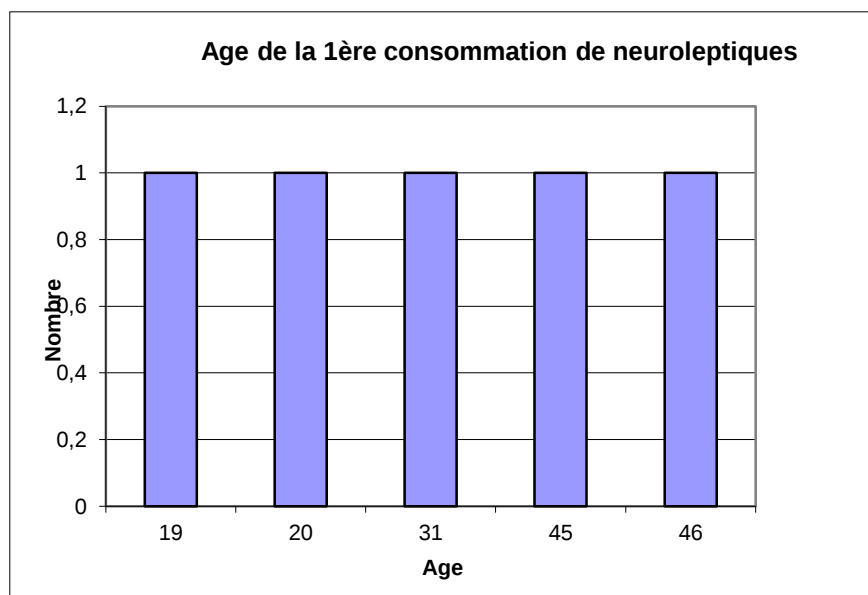
Cette année près de 8,3% des patients sont sous traitement neuroleptique à leur entrée, un pourcentage en légère augmentation cette année.

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

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

Certains de nos patients présentent une décompensation psychiatrique au cours 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 »).

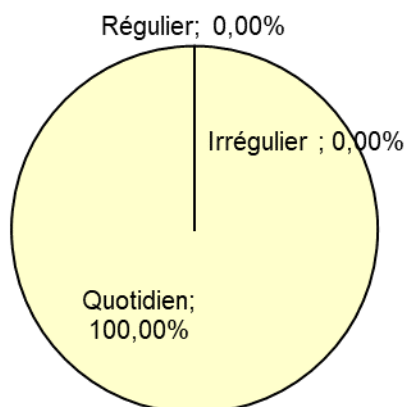
Les antidépresseurs et les neuroleptiques permettent un meilleur contrôle de leurs symptomatologies et ouvrent la possibilité de travail et d'approche psychothérapeutique. L'avantage est le remplacement progressif des benzodiazépines par ces molécules, permettant l'éviction de leur dépendance et accoutumance.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



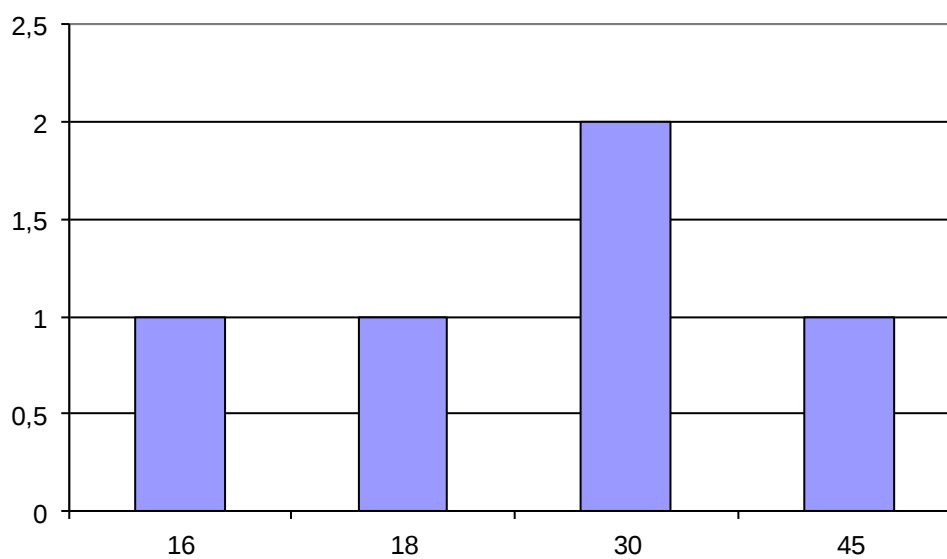
c) Antidépresseurs

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
AUCUNE	47	60	53	82.4 %	89.6 %	88.4 %
ACTUELLE	5	6	5	8.8 %	9 %	8.3%
PASSÉE	5	1	2	8.8 %	1.4 %	3.3 %
TOTAL	57	67	60	100 %	100 %	100 %

Rythme de la consommation d'anti-dépresseurs



Age de la 1ère consommation d'anti-dépresseurs



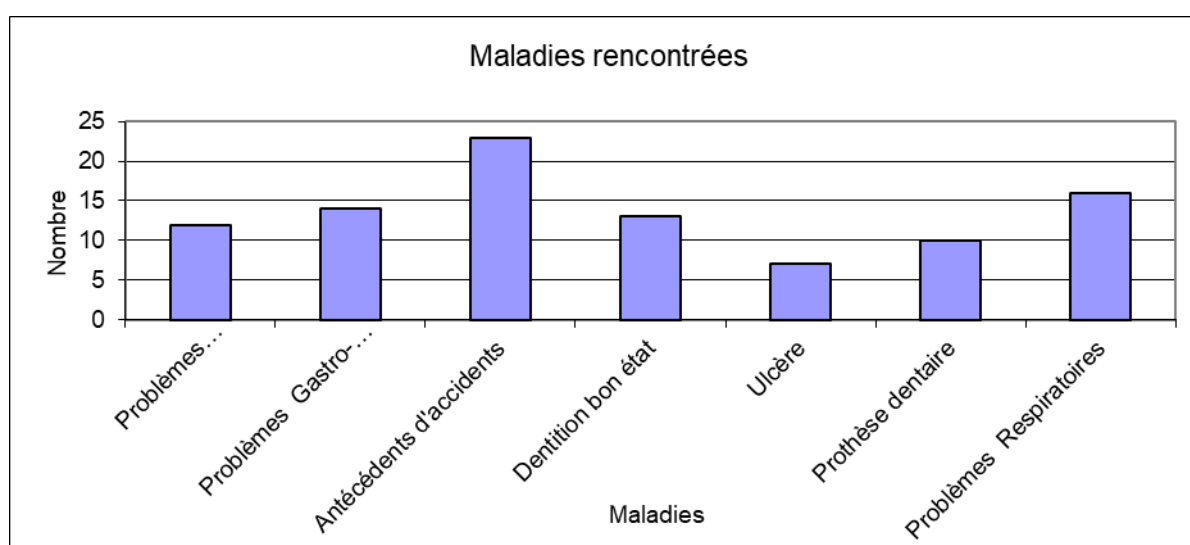
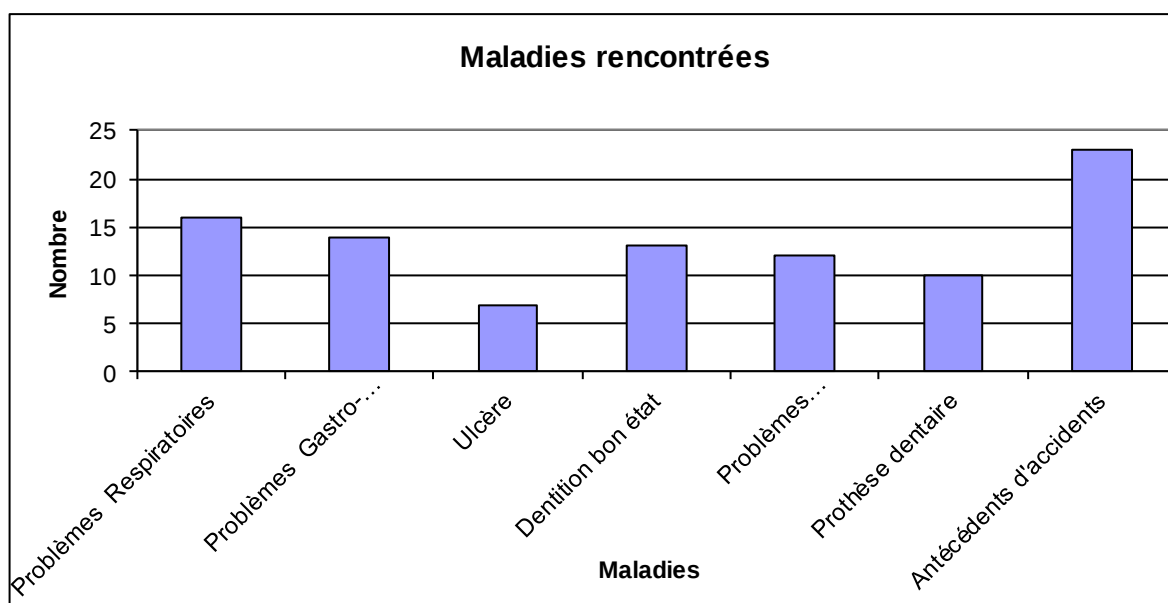
SEVRAGE MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	14	23.3 %
NON REALISE	3	5 %
NP	43	71.7 % %
TOTAL	100 %	100%

Parmi les sevrages non réalisés, 0 patients ont été stabilisés et 3 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 reste 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 ».

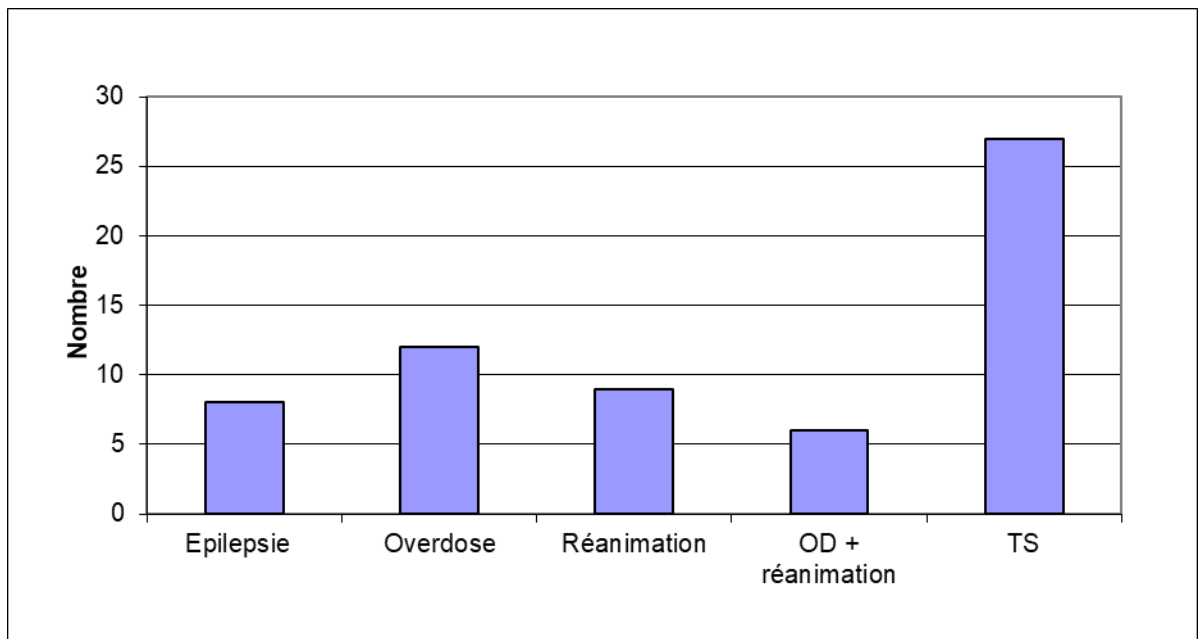
Les tentatives de suicide sont importantes dans notre population fragilisée par les événements de vie traumatiques (12 patients sur 60 soit 20%). Ceci est le reflet d'un mal-être profond chez nos consommateurs.

Nous comptons 12 patients ayant fait des overdoses, dont 4 pour qui il s'agit d'un épisode unique et 8 patients avec plusieurs épisodes.

Pour les OD réanimation, nous comptons 6 patients dont 4 pour qui il s'agit d'un épisode unique et 2 avec plusieurs épisodes

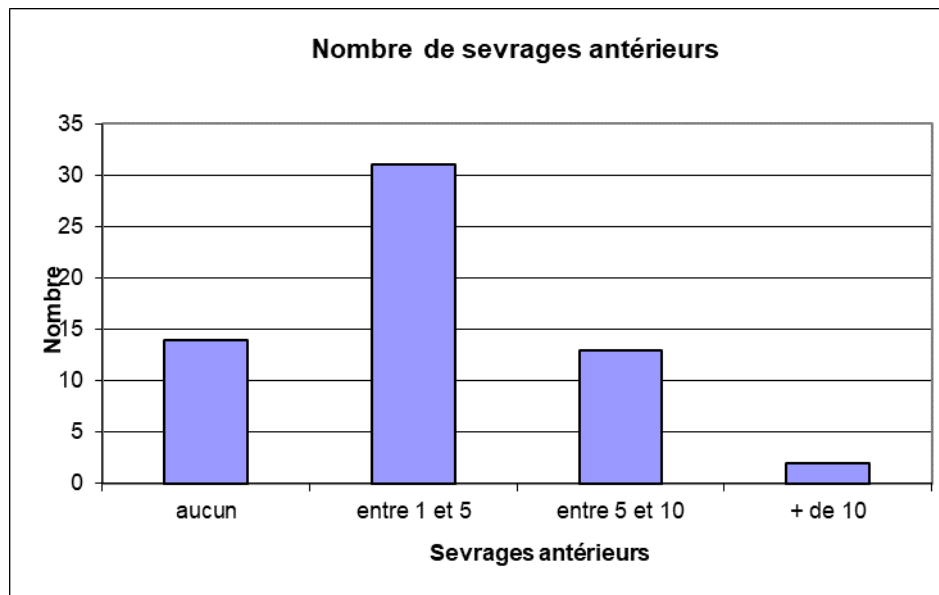
Parmi les tentatives de suicides, nous comptons 27 patients dont 10 pour qui il s'agit d'un épisode unique et 17 patients qui ont fait plusieurs tentatives.

Pour l'épilepsie, nous comptons 9 patients qui en souffrent dont 3 pour qui cela a été un épisode unique et 6 patients pour qui il y a eu plusieurs épisodes

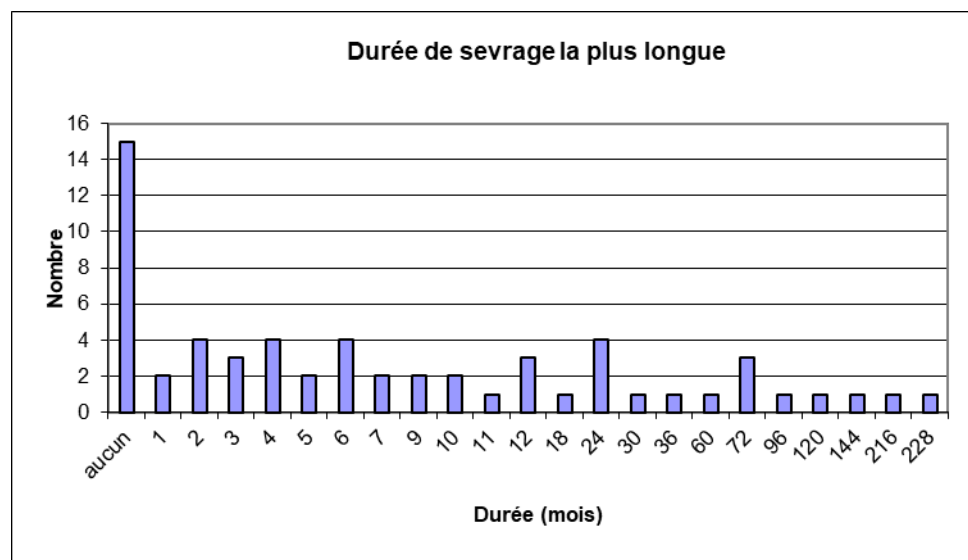


c) Sevrage des opiacés

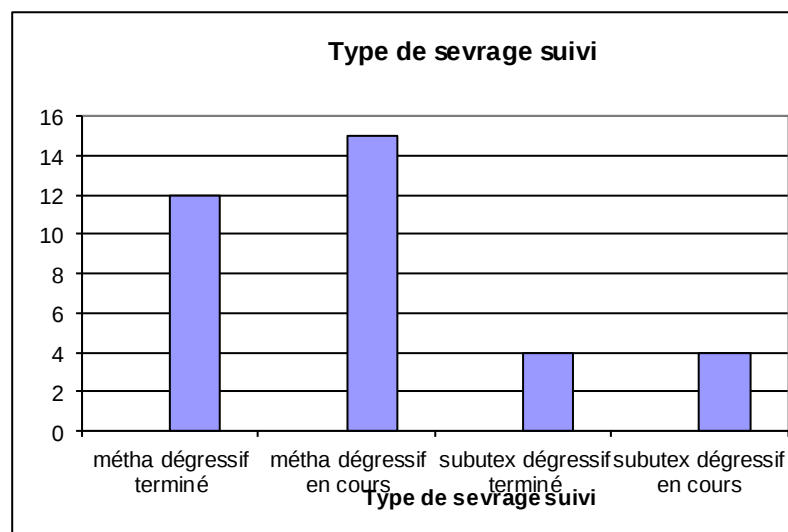
La majorité des patients ayant séjourné à Transition n'en sont pas à leur première tentative de sevrage.



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	12	20 %
MÉTHADONE EN DÉGRÉSSIF EN COURS	15	25 %
SUBUTEX DÉGRÉSSIF TERMINÉ	4	6.7 %
SUBUTEX DÉGRÉSSIF EN COURS	4	6.7 %
NP	25	41.6 %
TOTAL	60	100%

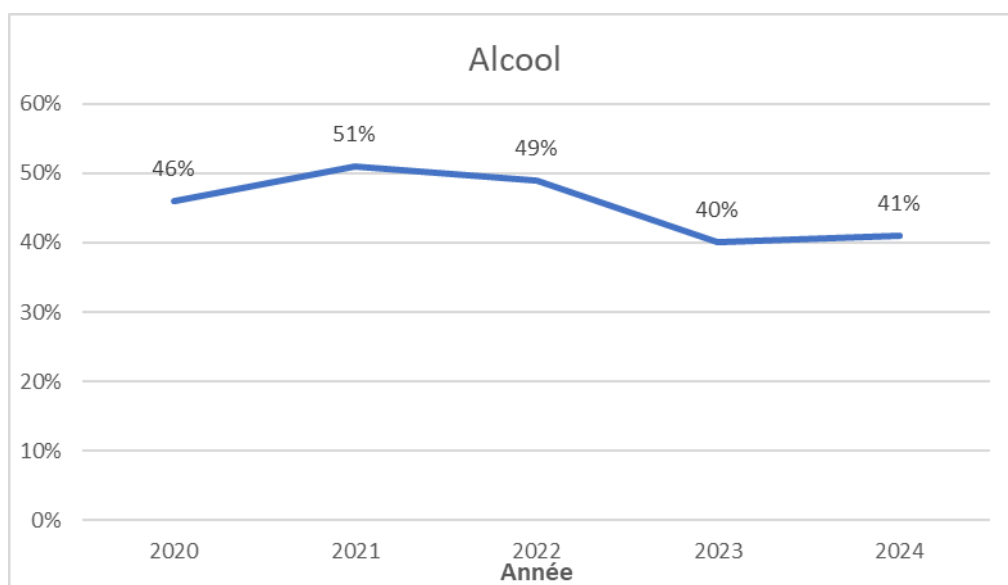
Le sevrage total de la prise médicamenteuse chez nos patients représente 22,8% d'entre-eux et est d'ailleurs vivement déconseillée pour la majorité d'entre eux, qui ont grand besoin d'une aide pharmacologique pour les apaiser et éviter des décompensations.

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

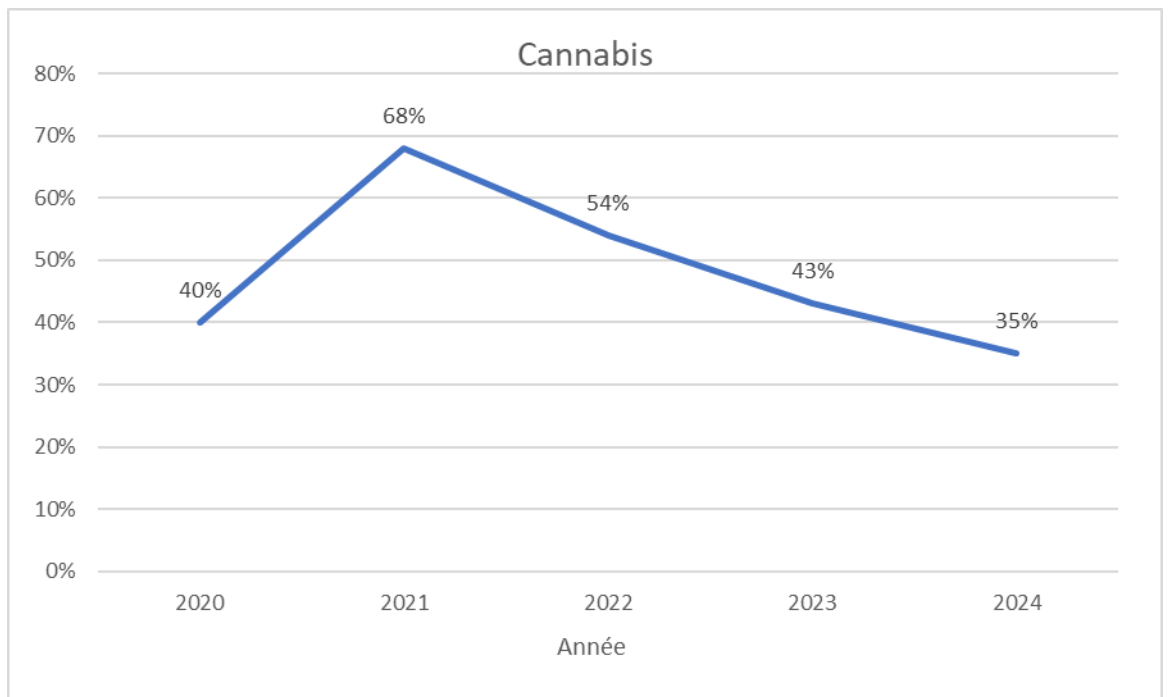
a) Stabilisation de consommation abusive d'alcool chez nos patients.

- 46 % en 2020
- 51 % en 2021
- 49 % en 2022
- 40 % en 2023
- 41 % en 2024



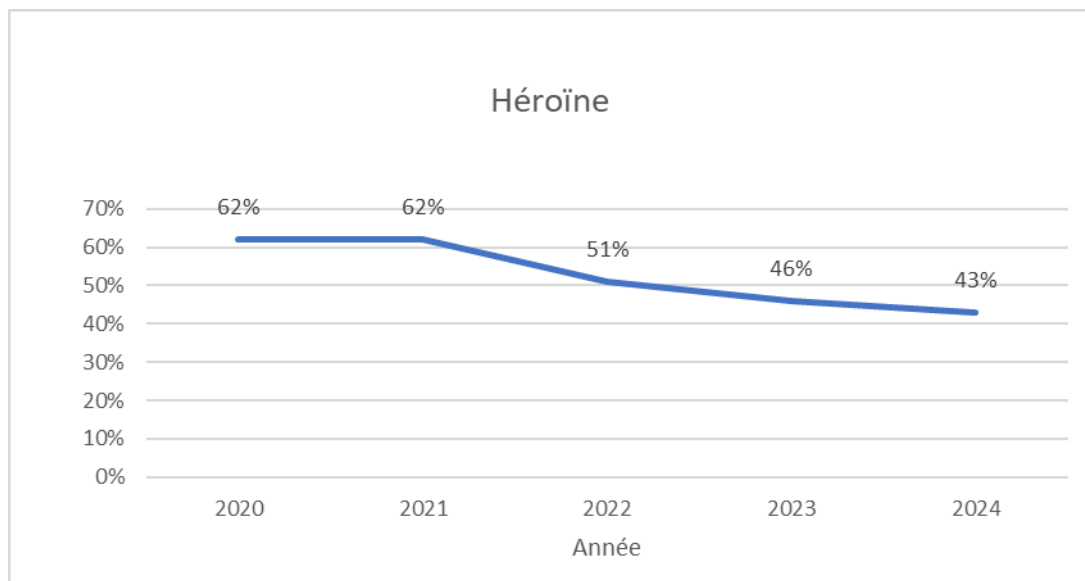
b) Diminution de la consommation de cannabis

- 40 % en 2020
- 68 % en 2021
- 54 % en 2022
- 43 % en 2023
- 35 % en 2024



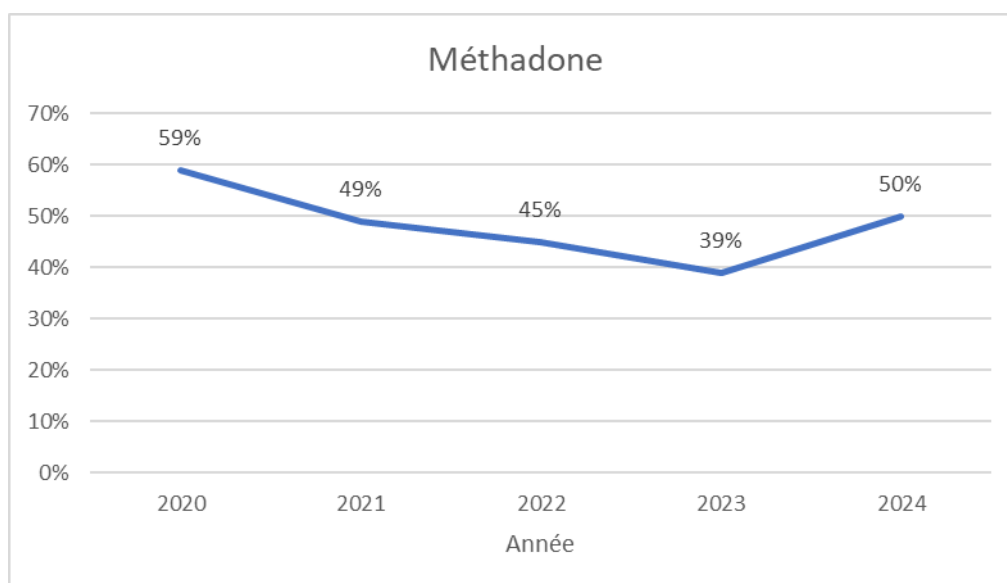
c) Diminution du nombre de consommateurs d'héroïne.

- 62 % en 2020
- 62 % en 2021
- 51 % en 2022
- 46 % en 2023
- 43 % en 2024



d) Augmentation de la prise de méthadone chez nos patients

- 59 % en 2020
- 49 % en 2021
- 45 % en 2022
- 39 % en 2023
- 50 % en 2024

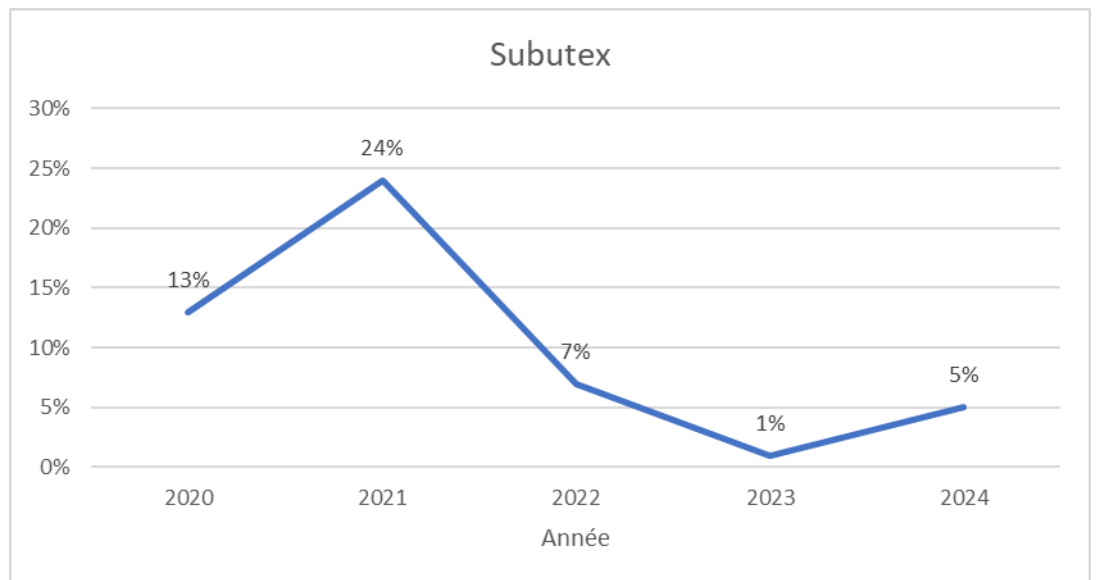


La dépendance à la méthadone s'additionne souvent à celle de l'héroïne, rendant le sevrage plus difficile.

e) Augmentation de l'usage de la Buprénorphine

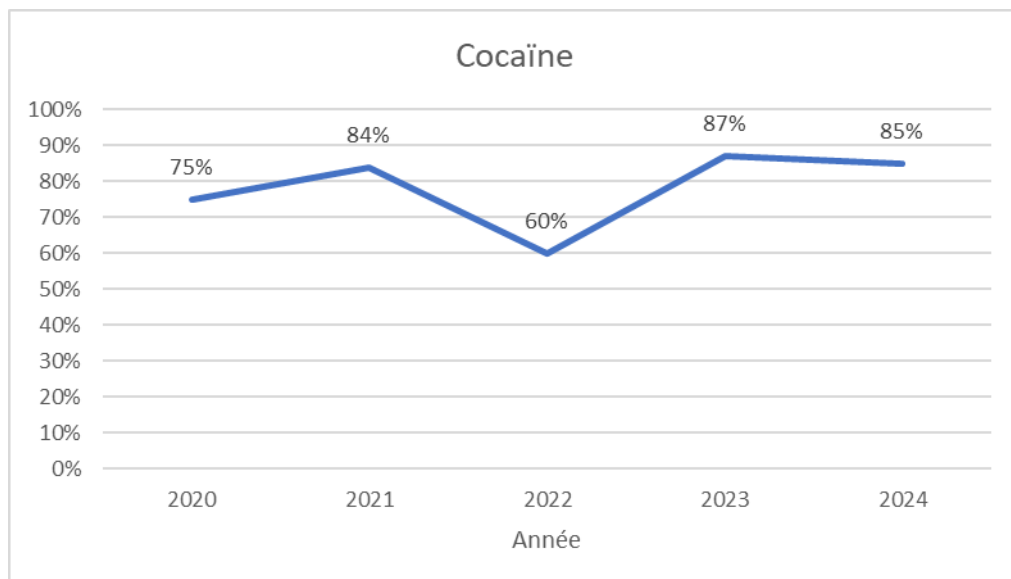
Les patients arrivent parfois à Transition sous Buprénorphine et plus spécifiquement Buprénorphine-Naloxone (Suboxone®), une alternative à la méthadone dans la substitution aux opiacés. Cette année, 4 patients étaient traités par Buprénorphine,

- 13 % en 2020
- 24 % en 2021
- 7 % en 2022
- 1 % en 2023
- 5 % en 2024



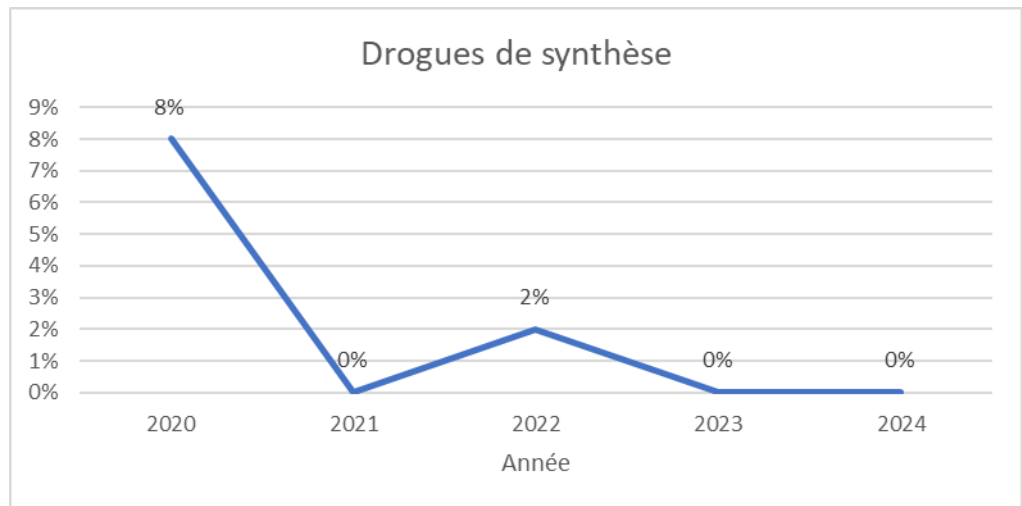
f) Stabilisation de la consommation de cocaïne

- 75 % en 2020
- 84 % en 2021
- 60 % en 2022
- 87 % en 2023
- 85 % en 2024

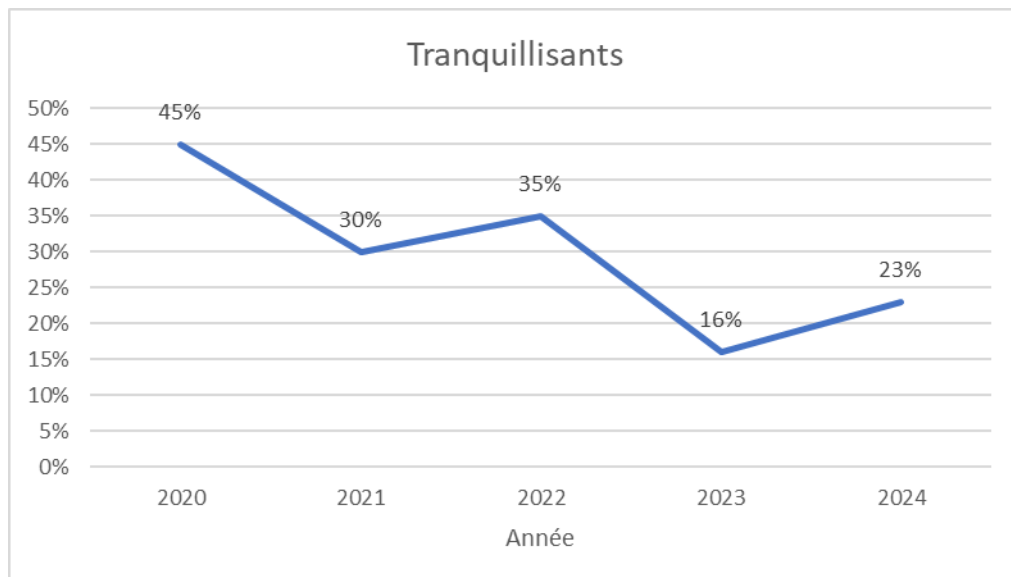


g) Les drogues de synthèses (MDMA) ne sont plus représentatives des consommations récentes parmi nos patients

- 8 % en 2020
- 0 % en 2021
- 2 % en 2022
- 0 % en 2023
- 0 % en 2024

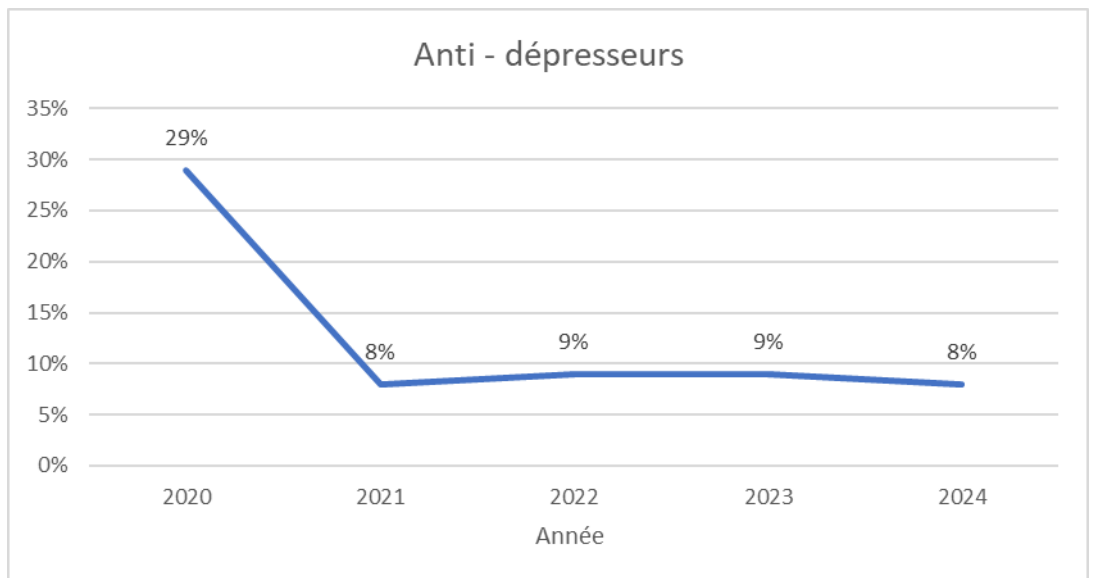


h) Augmentation de la prise de benzodiazépines et hypnotiques



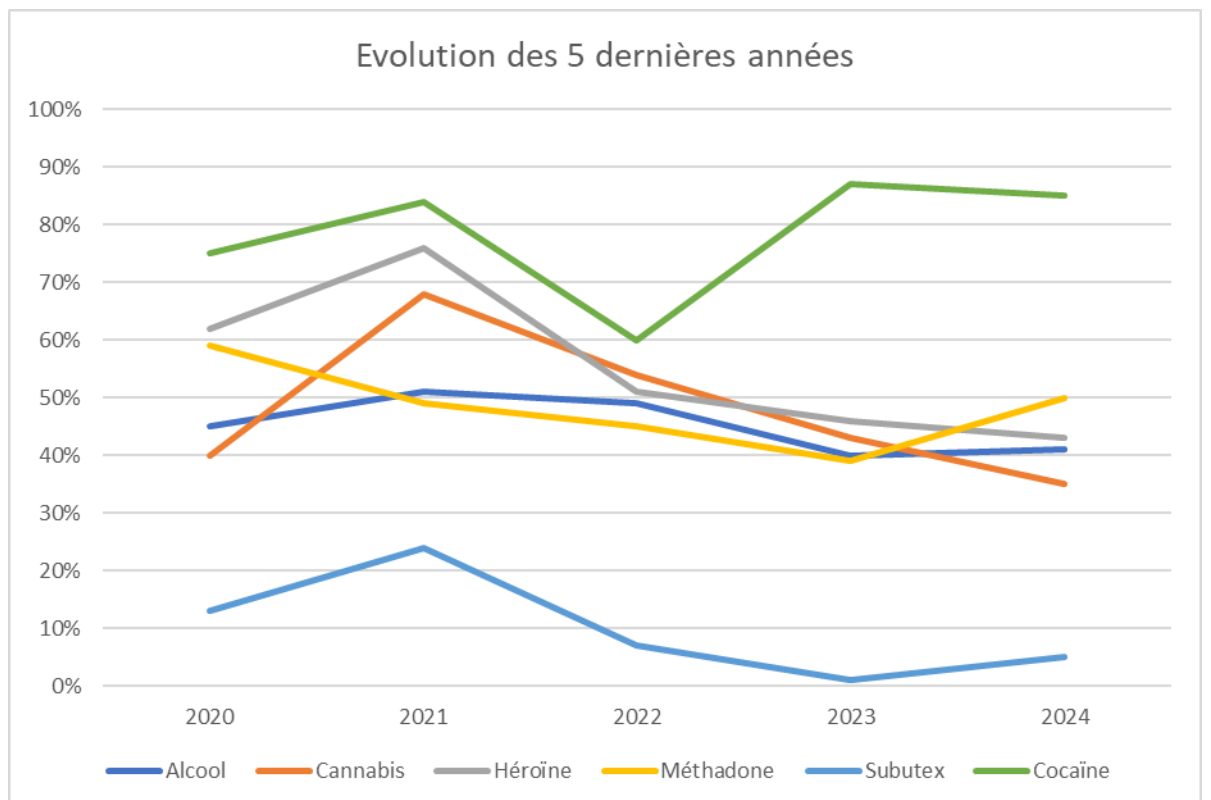
i) Traitement par antidépresseur

- 8% 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 : aile 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 :

- Le service Keros et le service de réhabilitation de l'hôpital Beauvallon.

III. Journées d'études – conférences

- Participation à la formation « Thérapie de couple & émotions » organisée par l'Institut de Formation Systémique de Montpellier Bruxelles à Montpellier. Formation de 3 jours.
- Recyclage de secourisme en milieu professionnel de 4 heures pour trois travailleurs, organisée par la Croix-Rouge.
- Formation de secourisme en milieu professionnel pour un travailleur (3 jours) organisée par la Croix-Rouge
- Participation à une table ronde organisée par le CPAS de Charleroi sur le thème de la santé mentale-assuétudes.
- Formation à l'entretien motivationnel niveau 1 (deux jours), formation organisée par le FARES.
- Participation à la journée d'étude d'Ellipse pour 6 travailleurs.
- Participation aux portes ouvertes du service Kangourou (Trempline)
- Formation « accompagner les personnes traumatisées : fondements théoriques et pratiques ». Formation en ligne organisée par le Centre Peps-E
- Participation à la journée d'étude organisée par le secteur Assuétudes de la FSPST sur le thème du passage à l'acte. Participation de 3 personnes.
- Participation à l'inauguration de la Maison Maternelle de Wanfercée.

IV. Supervision

Supervision d'équipe assurée par le le CFSI



