

ASBL DIAPASON – TRANSITION

RAPPORT D'ACTIVITES 2025 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. La honte : réhabilitation d'une émotion oubliée	7
II. UNE EQUIPE PARTICULIERE	11
III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	13
A. Hébergement	13
1. Nombre de séjours – nombre de patients	13
2. Taux d'occupation	13
3. Moyenne d'occupation mensuelle	14
4. Nouveaux patients	14
5. Durée des séjours	15
B. Patients	16
1. Sexe	16
2. Age	16
3. Parentalité	18
4. Nationalité	18
5. Mode de vie	18
6. Lieu d'habitation	19
7. Ressources	19
8. Niveau de scolarité	20
9. Envoyeur principal	20
10. Antécédents judiciaires	21
C. Admission	22
1. Lieux des entretiens d'admission	22
2. Rapport entre le nombre d'entretiens d'admission et entrées	22
3. Conditions d'assurabilité	23
D. Données d'ordre clinique	24
1. Contenu de la demande à l'entrée	24
2. Mode de fin de contrat	26
3. Projet travaillé avec les patients	26
E. Mode et type de consommation	27
1. Alcool	28
2. Cannabis	29
3. Héroïne	31
4. Méthadone	34
5. Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)	35
6. Cocaïne	36
7. Drogues de synthèses	38
8. Médicaments	39
9. Autres données médicales	43
10. Conclusions	47
IV. ACTIVITES EXTERIEURES	55

« Le premier pas ne t'amène pas là où tu veux, mais il te sort de là où tu es »

René Arbour

1. La honte : réhabilitation d'une émotion oubliée

Les réflexions, théories et pistes de travail de ce texte sont inspirées de la formation « Honte et Trauma » dispensée par R. Gazon (PEPS-E).

La honte est une émotion qui est souvent peu prise en considération dans le travail thérapeutique. Lorsqu'elle assaille nos patients au détour de leur discours, nous avons souvent tendance à la considérer, au mieux, comme une émotion inévitable mais dérangeante qui freine le travail thérapeutique.

De plus, dans nos sociétés occidentales individualistes où le plus important est de préserver son identité, la honte est vécue comme une soumission à l'autre difficile à supporter. Elle est le plus souvent cachée, on a honte d'avoir honte et même en parler peut-être difficile.

Il s'agit pourtant d'une émotion très fréquente et comme toutes émotions elle est utile et peut nous aider à mieux nous comprendre. Dans les sociétés collectivistes où le groupe est plus important que l'individu la honte est une émotion clé qui joue un rôle central dans la société et qui est plus assumée et exprimée.

Et si nous nous interrogeons sur les fonctions de la honte ? Si, nous la considérons, au même titre que la tristesse, la colère, la peur, ... comme une porte d'entrée sur le monde interne de nos patients ?

Le Larousse nous donne ces définitions de la honte :

« Sentiment d'abaissement, d'humiliation qui résulte d'une atteinte à l'honneur, à la dignité. »

« Sentiment d'avoir commis une action indigne de soi, ou crainte d'avoir à subir le jugement défavorable d'autrui. »

« Sentiment de gêne dû à la timidité, à la réserve naturelle, au manque d'assurance, à la crainte du ridicule, ... qui empêche de manifester ouvertement ses réactions, sa manière de penser ou de sentir. »

On voit dans ces définitions que la honte est une émotion du lien, de la relation. Elle est toujours liée à une interaction sociale et un regard sur soi (celui d'un autre réel ou introjecté). Elle concerne la manière dont on imagine qu'on existe dans la tête des autres et la comparaison avec un standard externe ou interne. La honte est une émotion qui va atteindre l'image de soi de façon plus ou moins importante. Elle est à mettre en lien avec le sentiment d'être rejeté, négligé ou détruit par l'autre.

Les conséquences de la honte sont, dans un premier temps du moins, une restriction de l'expression de soi. La personne honteuse a la sensation d'être petite, ridicule, exposée, dégradée, accablée, dégoûtante et ressent le besoin de se cacher, de disparaître. Elle peut provoquer aussi une perte plus ou moins importante de la capacité à penser et à parler et peut aller jusqu'à une sensation de dédoublement du Soi : un soi qui expérimente et un Soi qui observe. Ces sensations premières peuvent rapidement laisser place à des stratégies de défenses rapides et puissantes : colère et attaque de l'autre ou de soi, fuite, isolement.

La honte est donc une émotion prosociale : elle a plusieurs fonctions sociales importantes.

De façon généralement inconsciente, La honte a une fonction de régulation des distances dans la société. Dans des situations sociales inadéquates (exemple une proximité physique trop importante avec une personne non familière) une sensation de gêne va agir comme un signal interne et nous pousser à adapter nos réactions vers des comportements sociaux adaptés sans passer par la réflexion.

De façon plus consciente, la honte est le signal d'alarme qui indique qu'il y a un risque d'être désapprouvé, rejeté ou humilié dans un contexte social. Elle a donc aussi une fonction de détection des dangers relationnels.

Cette fonction de détection va s'accompagner d'une fonction de protection relationnelle contre les risques de perte de lien ou de rejet social. En effet, grâce à son effet inhibiteur du comportement, la honte va inciter la personne, suite à une faute commise par exemple, à revenir vers l'autre en position basse et à exprimer son regret. Cela peut permettre de restaurer les liens et de maintenir l'intégration sociale.

Enfin, la honte a aussi une fonction défensive dans les situations de stress ou de danger relationnel. Face à une personne dominante et dangereuse une position de soumission permet la survie, c'est un signe d'apaisement et de refus de l'escalade.

La honte a donc une fonction sociale importante et nécessaire. Mais quand elle devient pathologique elle peut entraîner des stratégies de régulation et de défense mal adaptées. Un sentiment de honte intense et prolongé peut entraîner une déconnection d'une partie de soi par la minimisation, le déni ou l'anesthésie (par les addictions). Cette déconnection peut aller dans les cas les plus graves jusqu'à une dissociation en mettant hors du Moi ce que l'on (ou ce que la société) ne peut supporter. Mais, elle peut entraîner aussi la déconnection des autres dans l'évitement, l'isolement, la méfiance et la perte d'espoir. Ou encore l'attaque du soi (critiques internes, perfectionnisme, dévalorisation) ou de l'autre (critiques, mépris, rage).

Cela peut évoluer jusqu'à la grande violence, la dépression et le suicide.

Nous faisons l'hypothèse que ces pathologies de la honte prennent leurs racines dans les interactions primordiales entre l'enfant et ses figures parentales. John Bowlby a montré que des carences ou des incohérences dans ces premières relations entraînent de l'insécurité et des difficultés relationnelles à long terme qu'il a qualifié de « Troubles de l'attachement ». Les patients « malades de honte » peuvent avoir été confrontés dans leur enfance à des parents négligents, peu investis ou peu présents, des parents rejetant partiellement ou complètement ou incapable de reconnaître certaines parts de l'enfant. Ils peuvent aussi avoir vécu dans une famille où l'éducation est basée sur la soumission. Face à ces situations, l'enfant qui est obligé de maintenir les liens avec ses parents pour survivre ne peut ni fuir, ni attaquer. Sans autres repères, il est incapable de remettre en question ce que lui transmet le parent. Quoi qu'il se passe il pensera que c'est toujours de sa faute. L'enfant va progressivement perdre confiance en sa valeur propre. Chaque fois qu'il ressentira un regard jugeant, dévalorisant ou indifférent sur lui il se sentira inadéquat, honteux. La honte agira comme un frein pour diminuer les aspects de l'expression de soi qui pourrait susciter la violence ou le rejet des parents. Les expériences de honte vont ensuite devenir des schémas cognitifs. Des mots se greffent sur l'état de honte (je suis nul, je ne vauds rien, ...). A force de répétitions, ces mots deviennent des croyances fondamentales dévalorisantes qui vont entraîner une interprétation biaisée de toutes les expériences vécues, ce qui va confirmer et renforcer les croyances dans un cercle vicieux. Le rejet initial est intériorisé dans la mémoire procédurale.

Il y est inscrit dans la mémoire procédurale sous forme de réponse automatique habituelle face à des situations précises ce qui maintient des émotions et cognitions qui y sont liées.

Comment, peut-on aider les patients à modifier ces réponses adaptatives du passé ?

En thérapie, il faut être attentif aux vécus de honte exprimés par nos patients et il faut garder à l'esprit qu'ils peuvent, dans certains cas, être lié à des expériences traumatiques anciennes de rejet. Parler de cette émotion est souvent difficile, il est donc important de la valoriser comme une ressource, une émotion de survie, une tentative de faire face à une situation difficile, de protéger ses relations et son intégration sociale.

Mais si la honte est une émotion qui protège, elle peut aussi finir par enfermer. Le prix à payer est parfois très élevé. Il est donc essentiel d'aider le patient à se désidentifier des pensées de honte en les considérant comme le retour d'un souvenir et non comme une vérité sur son identité.

Pour permettre cette prise de distance, il peut être intéressant de distinguer chez le patient la partie observatrice destructrice qui est l'intériorisation du regard dévalorisant et la partie misérable qui croit ce que dit la partie jugeante et qui est la part blessée et honteuse de l'enfant. Il ne faut pas oublier de mettre en évidence une troisième partie, celle qui essaye d'avancer, de changer, d'aller mieux. La personne n'est réduite ni à l'une, ni à l'autre, ni à ces 3 dimensions. Le travail thérapeutique va ensuite permettre au patient d'entrer en relation avec la honte en tant qu'émotion de sa partie enfant et de valider cette partie fragile. En parallèle, le thérapeute doit cadrer la partie agressive pour limiter les comportements dominants destructeurs. En créant de la distance avec les émotions, ce travail avec les parties permet l'augmentation de la curiosité pour le monde interne et encourage son exploration. Il permet d'interrompre les conflits internes entre la partie humiliée soumise et la partie humiliante dominante. Et il permet de mobiliser un moi observateur qui assurera ensuite l'intégration des parties en conflit.

La reconstruction du soi peut aussi se faire à travers le corps. On va approcher la honte à travers l'attention au corps dans l'ici maintenant en se focalisant sur les sensations physiques et non plus sur les pensées honteuses. Certaines techniques encouragent le patient à agir à l'opposé de ce qu'il ressent en changeant sa posture (lever la tête, se tenir droit, ferme, ...) pour entraîner de nouvelles compétences. D'autres, au contraire lui propose d'aller au bout de son impulsion naturelle (exemple se cacher) pour atteindre un sentiment de sécurité, de soulagement permettant ensuite d'explorer d'autres postures.

Enfin, pour modifier la mémoire procédurale il faut travailler avec le système procédural lui-même et expérimenter concrètement de nouvelles manières de faire tout en observant leur impact de manière non jugeante. Pour ce faire, une thérapie de groupe où le patient recommence à vivre le lien à l'autre à travers des moments agréables et ludiques peut-être très bénéfique.

Cette approche de la Honte m'a permis de redonner ses lettres de noblesse à cette émotion trop souvent négligée. Dans mon travail à Transition, je suis maintenant extrêmement vigilante à son apparition dans le discours, ou dans l'expression non-verbale des patients.

Cette émotion éminemment sociale permet de réguler les relations aux autres et de maintenir le lien et la place dans la société.

Elle est toujours le signe qu'il se passe quelque chose ou qu'il s'est passé quelque chose dans le lien à l'autre. Chez certains de nos patients, elle se cache derrière la violence, la dépression et la consommation.

Il est important de la détecter, de pouvoir en parler avec justesse et prudence et dans les cas les plus graves, de tirer le fil rouge de la honte jusqu'aux blessures profondes de l'abandon et du rejet. Différentes techniques thérapeutiques vont permettre au patient de prendre distance avec le regard internalisé de l'agresseur, de se désidentifier de ses pensées honteuses et d'accepter et d'aimer l'enfant dévalorisé en lui.

Mais il me semble surtout important de pointer l'importance du travail de groupe ou de la vie en communauté comme outil thérapeutique. C'est à travers la confrontation au regard de l'autre et l'expérimentation de nouvelles compétences relationnelles que ces sentiments de honte profondément ancrés dans la mémoire procédurale pourront peu à peu se modifier. Dans cette mini-société qu'est Transition, nos patients peuvent éprouver au travers de moments de désaccordage puis de réaccordage un regard bienveillant et soutenant sur eux.

La honte meurt quand l'individu peut exister et montrer chaque facette de lui-même dans une relation sûre et régulatrice.

Ledent Christine
Psychologue

II. UNE EQUIPE PARTICULIERE

Dans un contexte socio-politique qui met en tension nos institutions et ne favorisent pas le développement de prises en charge multiple et différenciée des personnes en situation précaire, il nous est apparu nécessaire de réaffirmer les fondements de notre collectif soignant ainsi que notre travail clinique au sein de l'institution.

En effet, en tant que travailleur d'une même institution, nous analysons, repensons, échangeons régulièrement sur notre façon de travailler afin de pouvoir renforcer la cohésion au sein de notre équipe et de proposer aux patients un travail de qualité.

En 2010 nous avons réfléchi avec Jean Blairon sur les « Balises pour une clinique institutionnelle de qualité »¹ ce qui nous avait permis d'élaborer les concepts fondamentaux de notre approche clinique.

Dès la création de l'institution, en juin 1993, le travail professionnel s'est construit autour d'une dynamique d'équipe singulière sans cloisonnement entre les diverses formations.

Cette dynamique est basée sur un concept principal, à savoir, le collectif soignant.

Le collectif soignant est formé de professionnels qui interagissent de manière coordonnée vers un objectif commun². L'idée est de créer un lieu où le travail est remis en question de manière collective et où le dialogue entre les intervenants occupe une place centrale. Dans ce cadre, les décisions sont prises collectivement et elles sont portées par l'ensemble de l'équipe.

Concrètement, cela se traduit par une importance particulière apportée au dialogue entre les intervenants et au partage des informations. Cela passe par de nombreux échanges oraux, par des réunions hebdomadaires ainsi que par des outils de communication écrits tels qu'un carnet de bord ou encore les dossiers patients généraux et médicaux.

Cette notion de collectif soignant est une idée forte de notre clinique. Elle doit permettre de rendre possible une grande diversité relationnelle, aussi bien verticale que transversale, ouvrant des champs transférentiels multiples. Une idée révolutionnaire parmi d'autres dans ce concept étant la place attribuée au patient en tant qu'acteur de ses soins et individu responsable.

Très rapidement, la cohésion de l'équipe s'est formée autour du concept de « collectif clinique » (variante aménagée du collectif soignant dans le cadre d'un centre de court séjour) qui vise à individualiser la prise en charge tout en la maintenant dans une dimension collective, celle de l'institution toute entière.

L'équipe thérapeutique étant composée d'une pluralité d'acteurs, chacun, dans sa fonction et sa formation différenciée, interroge la fonction du symptôme sous un angle différent, mais toujours dans l'idée d'en décoder le sens et le(s) destinataire(s).

Cette démarche suppose le respect, la reconnaissance et la complémentarité du travail de chacun afin de servir la cohérence de notre fonctionnement.

Au fil des années, ce concept s'est perpétué, s'est renforcé et demeure l'une des valeurs fondamentales de notre pratique clinique quotidienne.

¹ Transition 2010, Etat des lieux, état des liens.

² Sainsaulieu, I. (2008). Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers. Revue Française D'administration Publique, 4(128). <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0665>

Le terme d'holocratie nous est apparu aujourd'hui comme un concept pouvant correspondre à certains aspects de notre fonctionnement clinique. En effet, notre dynamique de travail repose sur une collaboration entre les différents membres du collectif clinique ou chacun participe, selon ses compétences et sa fonction, à la réflexion et aux décisions liées à la prise en charge du patient. Cette organisation permet un partage des points de vue au service du soin et de l'accompagnement thérapeutique.

Dans cette conception de l'institution c'est l'équipe soignante, mais aussi chaque patient individuellement ou en groupe, qui ont des potentialités thérapeutiques. La richesse de ce collectif clinique se déploie à travers l'articulation du savoir être, du savoir-faire et du savoir penser permettant une élaboration partagée des situations et une approche profondément humaine et plurielle du soin.

Ce collectif travaille dans un modèle décisionnel horizontal où chaque intervenant se situe au même niveau dans les prises de décisions clinique. En ce sens, chaque ressource utilisée à Transition peut être considérée comme transversale et non figée.

En conclusion, l'identité de notre institution repose sur une dynamique d'équipe singulière, cultivée dès le début de l'institution. Le collectif soignant et l'équipe ne sont pas de simples concepts, mais les moteurs de notre pratique clinique. En structurant notre travail autour de l'auto-gestion, de la complémentarité des compétences et d'un modèle décisionnel horizontal, nous transformons chaque interaction en une opportunité thérapeutique.

Loin d'une logique de contrôle social ou d'expertise unilatérale, notre démarche s'inscrit dans une approche profondément humaine et plurielle du soin.

Cette clinique du collectif nous permet de répondre avec souplesse et cohérence aux besoins des patients, en faisant de la participation de chacun la clé d'une prise en charge de qualité.

La théorisation de notre pratique a permis de consolider des concepts tel que le collectif soignant assurant la continuité ainsi que la transmission de nos valeurs au sein d'une équipe en constante évolution.

Les valeurs de l'équipe, construites depuis plus de trente ans, continuent de se transmettre et de nous porter.

Ces concepts sont au cœur de notre engagement et continuent d'animer avec force l'équipe de Transition.

« La force de l'équipe, c'est chacun de ses membres. La force de chacun des membres, c'est l'équipe. » - Phil Jackson.

L'équipe éducative

III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A. HÉBERGEMENT

1. Nombre de séjours – nombre de patients

	2023	2024	2025
MOYENNE	7.65	7.36	7.65
DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS (EN JOURS)	41.67	44.87	47.34
NOMBRE DE PATIENTS	62	56	58
NOMBRE DE SÉJOURS	67	60	59

Le pourcentage d'occupation pour 2025 est de 95,65 %. En 2025, nous avons accueilli 58 patients différents. Parmi ceux-ci, 1 patient a effectué 2 séjours.

En résumé pour 2025 :

- un taux d'occupation supérieure à 2024
- un nombre quasi identique de patients et de séjours
- des séjours d'une durée un peu plus longue.

2. Taux d'occupation

Nombre de journées de présence

	2023	2024	2025
JANVIER	250	246	217
FÉVRIER	243	207	215
MARS	267	258	226
AVRIL	219	265	229
MAI	224	219	203
JUIN	251	239	200
JUILLET	223	200	220
AOÛT	217	178	193
SEPTEMBRE	250	235	280
OCTOBRE	249	224	292
NOVEMBRE	180	211	277
DÉCEMBRE	219	210	241
TOTAL	2792	2692	2793

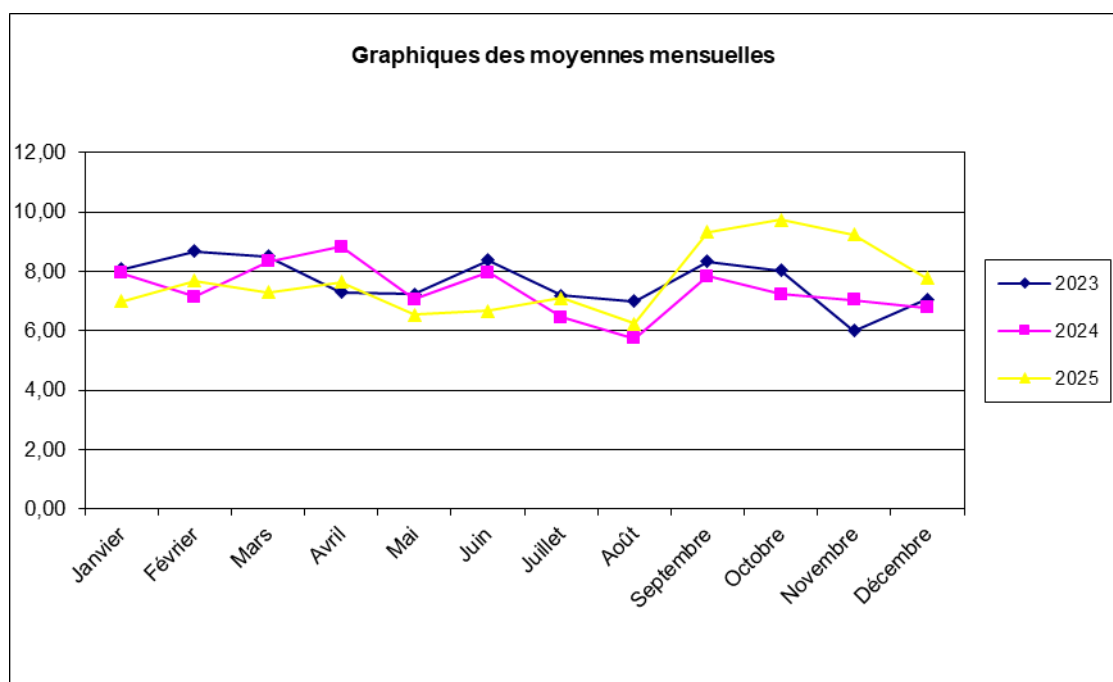
Pour rappel :

- 90 % d'occupation = 2 628 journées

➤ 100 % d'occupation = 2 920 journées

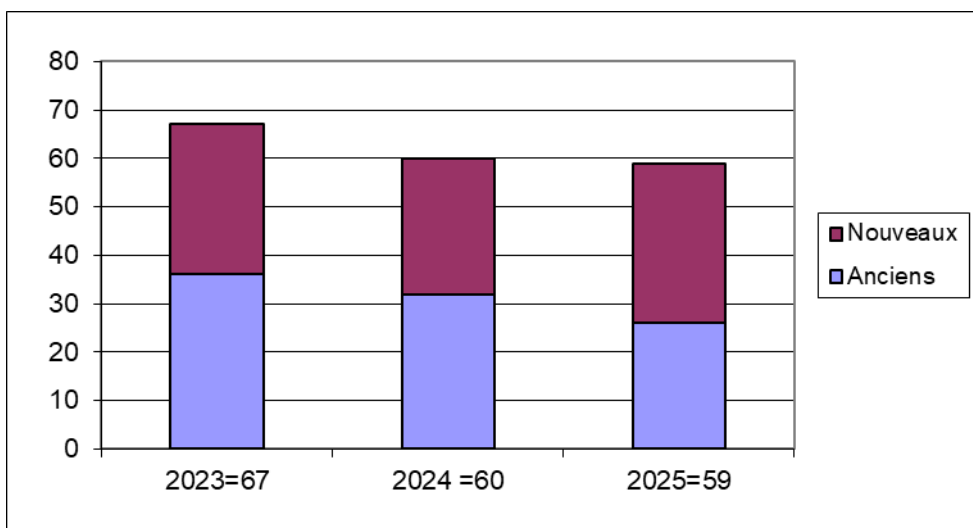
3. Moyenne d'occupation mensuelle

	2023	2024	2025
JANVIER	8.06	7.94	7.00
FÉVRIER	8.68	7.14	7.68
MARS	8.51	8.32	7.29
AVRIL	7.30	8.83	7.63
MAI	7.23	7.06	6.55
JUIN	8.37	7.97	6.67
JUILLET	7.19	6.45	7.10
AOÛT	7.00	5.74	6.23
SEPTEMBRE	8.33	7.83	9.33
OCTOBRE	8.03	7.23	9.73
NOVEMBRE	6.00	7.03	9.23
DÉCEMBRE	7.06	6.77	7.77
MOYENNE GLOBALE	7.65	7.36	7.65



4. Nouveaux patients

	2023	2024	2025
ANCIEN	53.7 %	53.3 %	44,1 %
NOUVEAU	46.3 %	46.7 %	55,9 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %



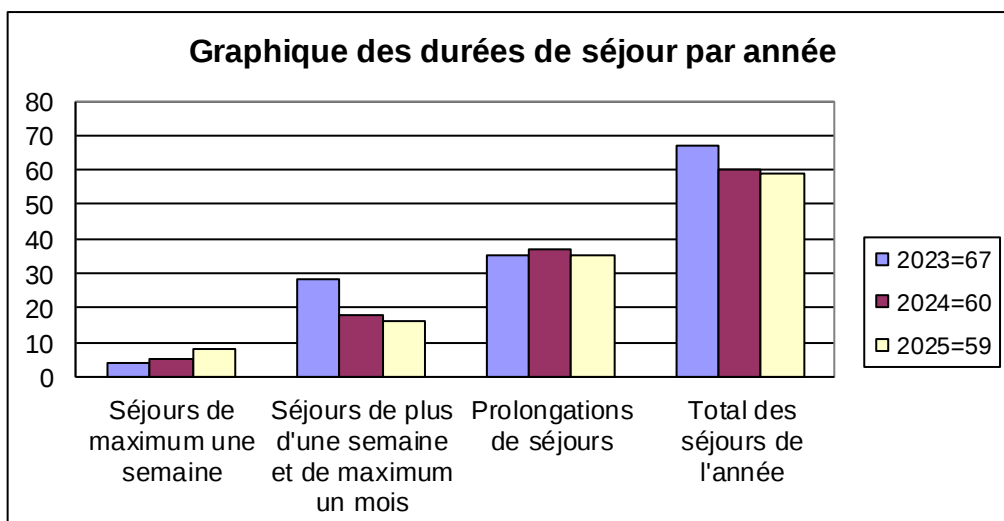
Nous observons cette année un pourcentage plus élevé de nouveaux patients qu'en 2024.

5. Durée des séjours

	2023	2024	2025
SÉJOURS DE MAXIMUM UNE SEMAINE	6 %	8.3 %	13.6 %
SÉJOURS DE PLUS D'UNE SEMAINE ET DE MAXIMUM UN MOIS	41.8 %	30 %	27.1 %
PROLONGATIONS DE SÉJOURS	52.2 %	61.7 %	59.3 %
TOTAL DES SÉJOURS DE L'ANNÉE	100 %	100 %	100 %

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

Plus de la moitié des séjours sont des prolongations.



	NOMBRE DE JOURS 2023		NOMBRE DE JOURS 2024		NOMBRE DE JOURS 2025	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
0 J – 30 J	31	46.3 %	21	35 %	22	37.2 %
31 J – 60 J	21	31.3 %	18	30 %	20	33.9 %
61 J – 90 J	9	13.4 %	15	25 %	7	11.9 %
91 J – 120 J	5	7.5 %	4	6.7 %	5	8.5 %
121 J – 150 J	1	1.5 %	2	3.3 %	3	5.1 %
> 151 JOURS	-	-	-	-	2	3.4 %
TOTAL	67	100 %	60	100 %	59	100 %

B. PATIENTS

1. *Sexe*

	2023	2024	2025
FEMME	16.1 %	23.2 %	22.4 %
HOMME	83.9 %	76.2 %	77.6 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

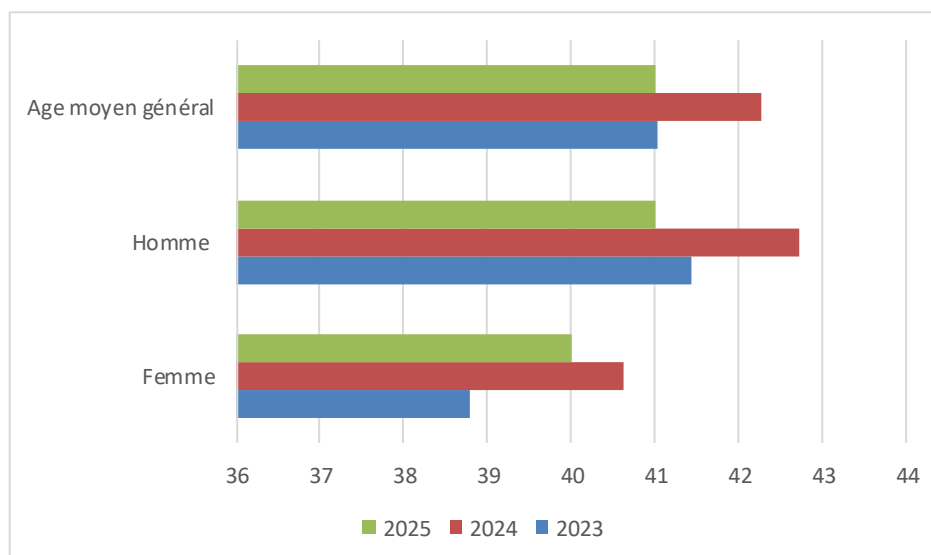
Le pourcentage des femmes est stable par rapport à 2024.

2. *Age*

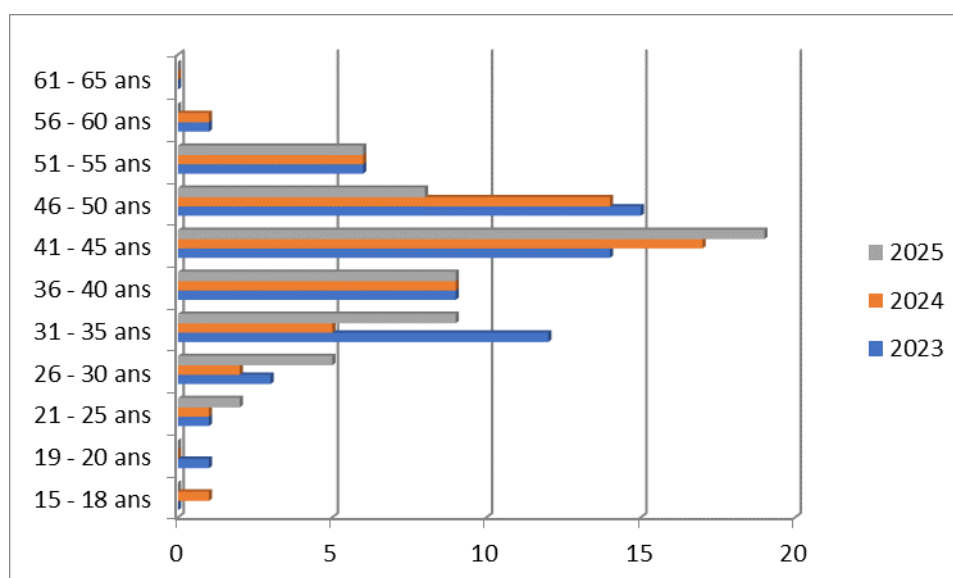
	2023	2024	2025
AGE MOYEN GÉNÉRAL	41.04	42.27	41
HOMME	41.44	42.72	41
FEMME	38.80	40.62	40

L'âge moyen général est en légère diminution cette année.

L'âge moyen des hommes est légèrement supérieur à l'âge moyen des femmes.



CLASSE D'ÂGE	2023		2024		2025	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
15 – 18 ANS	-	-	1	1.8 %	-	-
19 – 20 ANS	1	1.6 %	-	-	-	-
21 – 25 ANS	1	1.6 %	1	1.8 %	2	3.4 %
26 – 30 ANS	3	4.8 %	2	3.6 %	5	8.6 %
31 – 35 ANS	12	19.4 %	5	8.9 %	9	15.5 %
36 – 40 ANS	9	14.5 %	9	16.1 %	9	15.5 %
41 - 45 ANS	14	22.6 %	17	30.4 %	19	32.8 %
46 – 50 ANS	15	24.2 %	14	25 %	8	13.8 %
51 – 55 ANS	6	9.7 %	6	10.6 %	6	10.4 %
56 – 60 ANS	1	1.6 %	1	1.8 %	-	-
61 – 65 ANS	-	-	-	-	-	-
TOTAL	62	100 %	56	100 %	58	100 %



77 % des patients ont entre 31 et 55 ans lors de leur entrée à Transition.

3. Parentalité

	2023	2024	2025
PATIENT AYANT DES ENFANTS	54.9 %	51.8 %	52 %
PATIENT N'AYANT PAS D'ENFANTS	43.5 %	48.2 %	48 %
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 ?

	2023		2024		2025	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
OUI	10	30 %	6	21 %	8	27 %
NON	24	70 %	23	79 %	22	73 %
TOTAL	34	100 %	29	100 %	30	100 %

Peu de patients vivent avec leur enfant.

4. Nationalité

	2023	2024	2025
BELGE	91.9 %	98.2 %	91.4 %
U.E.	3.2 %	-	5.2 %
HORS U.E	4.9 %	1.8 %	3.4 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les patients accueillis sont majoritairement belges.

5. Mode de vie

	2023	2024	2025
SEUL	38.8 %	41.7 %	28.8 %
COUPLE	23.9 %	23.3 %	20.4 %
FAMILLE	25.4 %	16.7 %	22 %
AMIS	1.5 %	-	-
INSTITUTION	-	3.3 %	-
SDF	10.4 %	15 %	28.8 %
AUTRES	-	-	-
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons une diminution 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 importante des patients sans domicile.

6. Lieu d'habitation

	2023	2024	2025
CHARLEROI	40.3 %	40 %	30.5 %
ARRONDISSEMENT DE CHARLEROI	14.9 %	13.3 %	3.4 %
HAINAUT	28.4 %	20 %	20.3 %
BELGIQUE (SANS LA PROVINCE DU HAINAUT)	13.4 %	16.7 %	30.5 %
SDF	3 %	8 %	15 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons une diminution des patients venant de Charleroi et de son arrondissement.
 Ce chiffre est à mettre en relation avec l'augmentation importante des patients sans domicile.
 Un nombre important de patients viennent de la province du Hainaut ainsi que des autres provinces.

7. Ressources

	2023	2024	2025
CHÔMAGE	6 %	6.7 %	3.4 %
CPAS	37.3 %	28.3 %	30.5 %
PARENTS	-	1.7 %	-
MUTUELLE	43.2 %	53.3 %	61 %
SANS RESSOURCES	1.5 %	3.3 %	1.7 %
PROFESSION	7.5 %	3.3 %	-
VIERGE NOIRE	1.5 %	1.7 %	-
AUTRES	1.5 %	-	-
ALLOCATION HANDICAPE	1.5 %	1.7 %	3.4 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Les revenus de remplacement (allocations de chômage, revenu d'intégration sociale, indemnités mutuelles et Vierge Noire et allocations pour handicap) représentent 98% (90% en 2024).
 Ces données confirment la grande précarité sociale des patients que nous accueillons.
 Celle va en augmentant d'années en années.

8. Niveau de scolarité

Il s'agit du cycle terminé

	2023		2024		2025	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
AUCUN	-	-	-	-	-	-
PRIMAIRE	1	1.6 %	3	5.4 %	-	-
PROFESSIONNEL INFERIEUR	4	6.5 %	9	16.1 %	1	1.7 %
PROFESSIONNEL SUPERIEUR	8	12.9 %	7	12.5 %	9	15.5 %
TECHNIQUE INFERIEUR	7	11.3 %	2	3.6 %	6	10.3 %
TECHNIQUE SUPERIEUR	9	14.5 %	7	12.5 %	4	6.9 %
GÉNÉRAL INFERIEUR	1	1.6 %	5	8.9 %	12	20.7 %
GÉNÉRAL SUPERIEUR	-		5	8.9 %	11	19 %
SUPERIEUR	1	1.6 %	2	3.9 %	-	-
AUTRES	3	4.8 %	-	-	1	1.7 %
ENSEIGNEMENT SPÉCIAL	-	-	4	7.1 %	4	6.9 %
NE SAIT PAS	28	45.2 %	12	21.1 %	10	17.3 %
TOTAL	62	100 %	56	100 %	58	100 %

On constate que le niveau de scolarité des patients accueillis est faible.
Nous observons que 19% des patients ont le diplôme d'humanités supérieures.

9. Envoyeur principal

	2023	2024	2025
Spontanément	82 %	81.6 %	71.1 %
Institution spécialisée	7.5 %	3.3 %	13.6 %
Institution non spécialisée	1.5 %	-	-
Justice	1.5 %	1.7 %	-
Hôpital	-	-	3.4 %
Généraliste - Spécialiste		1.7 %	5.1 %
Connaissance	4.5 %	6.7 %	1.7 %
Autres	1.5 %	1.7 %	-
Site Internet	-	3.3 %	1.7 %
Ne sait pas	1.5 %	-	3.4%
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).

Nous observons davantage de patients orientés par d'autres institutions spécialisées.

A DÉJÀ CONSULTÉ NOTRE SERVICE	2023	2024	2025
OUI	56.7 %	53.3%	40.7 %
NON	43.3 %	46.7 %	59.3 %

Nous constatons que le pourcentage des patients ayant déjà consulté Transition est en diminution cette année.

A DÉJÀ CONSULTÉ UN AUTRE SERVICE	2023	2024	2025
OUI	82.1 %	71.7 %	79.7 %
NON	17.9 %	28.3 %	20.3 %

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	2023	2024	2025
NON	88.1 %	83.3 %	96.6 %
OUI	11.9 %	16.7 %	3.4 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

EXISTENCE D UNE INJONCTION	2023	2024	2025
OUI	6 %	3.3%	5 %
NON	94 %	96.7 %	95 %

Type d'injonction

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

	2023	2024	2025
JUDICIAIRE	6 %	3.3 %	5 %
FAMILIALE	-	-	-
N.P.	94 %	96.7 %	95 %

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	2023		2024		2025	
	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	15	22.4 %	19	31.7 %	16	27.1 %
NON	52	77.6 %	41	68.3 %	43	72.9 %
TOTAL	67	100 %	60	100%	59	100 %

C. ADMISSION

1. Lieux des entretiens d'admission

	2023	2024	2025
TRANSITION	98 %	98 %	95 %
PRISON	1 %	2 %	3 %
HÔPITAL	1 %	-	2 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
NOMBRE DE DEMANDE	356	347	388	100 %	100 %	100 %
NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES	162	163	155	45 %	47 %	40 %
NOMBRE D'ENTRETIENS ABOUTISSANT À UNE ENTRÉE	67	60	59	19 %	17 %	15 %

Nous comptons 388 demandes d'admission. Parmi ces demandes, 155 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, 38 % des entretiens aboutissent à une entrée.

En tenant compte des entretiens pris, 15% 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 2025, nous avons réalisé 18 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 2025, nous avons réalisé 31 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 2025, nous avons réalisé 29 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 2025 nous avons réalisé 5 entretiens d'orientation.

	2023	2024	2025
ENTRETIEN DE SORTIE	29	24	18
ENTRETIEN DE CLARIFICATION	27	24	31
ENTRETIEN DE SOUTIEN	38	30	29
ENTRETIEN D'ORIENTATION	1	1	5

3. Conditions d'assurabilité

	NOMBRE ABSOLU			FRÉQUENCE ABSOLUE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
EN ORDRE D'ASSURABILITÉ	67	60	59	100 %	100 %	100 %
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

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

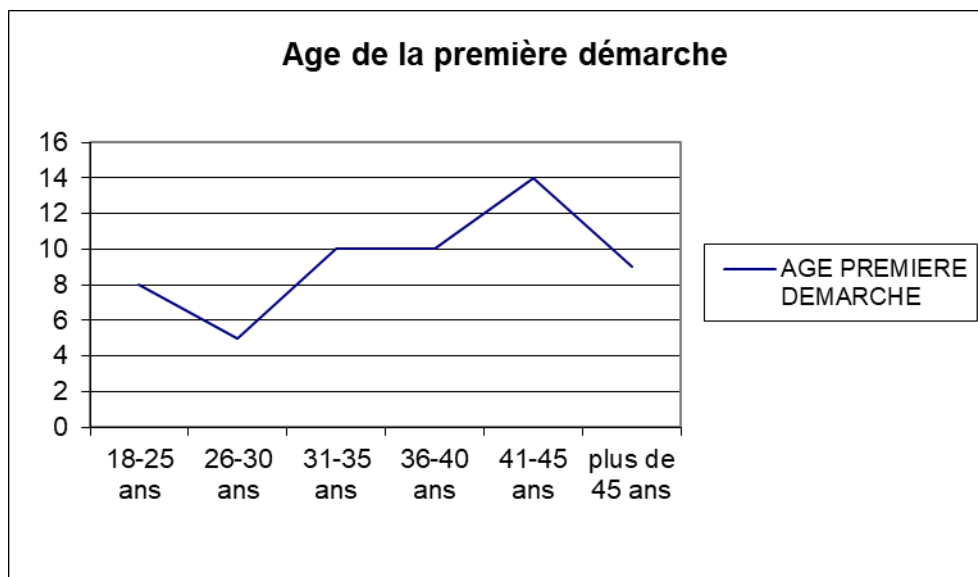
D. DONNÉES D'ORDRE CLINIQUE

1. Contenu de la demande à l'entrée

	2023	2024	2025
SEVRAGE	100 %	96.7 %	94.6 %
SOUTIEN THÉRAPEUTIQUE	44.8 %	48.3 %	32.2 %
ORIENTATION AMBULATOIRE	19.4 %	10 %	13.6 %
ORIENTATION POSTCURE	49.3 %	51.7 %	57.6 %
AUTONOMIE	-	3.3 %	-
ORIENTATION VERS UN CENTRE DE JOUR	3 %	3.3 %	1.7 %
AUTRES (AIDE ADMINISTRATIVE)	-	-	-
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	2023		2024		2025	
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
- 18 ANS	1	1.6 %	2	3.6 %	-	
18 – 25 ANS	8	12.9 %	5	8.9 %	8	13.8 %
26 – 30 ANS	7	11.3 %	2	3.6 %	5	8.6 %
31 – 35 ANS	10	16.1 %	9	16.1 %	10	17.2 %
36 – 40 ANS	7	11.3 %	12	21.4 %	10	17.2 %
41 – 45 ANS	8	12.9 %	10	17.9 %	14	24.1 %
+ 45 ANS	10	16.1 %	10	17.9 %	9	15.5 %
DONNÉE IN- CONNUE	11	17.8 %	6	10.6 %	2	3.4 %
TOTAL	62	100 %	56	100 %	58	100 %



Parmi les destinations au moment du départ :

	2023	2024	2025
POSTCURE	23.9 %	30 %	23.7 %
SANS PRÉCISION	11.9 %	8.3 %	15.3 %
HÔPITAL		3.3 %	-
APPARTEMENT	10.4 %	3.3 %	6.8 %
FAMILLE	43.3 %	46.7 %	40.6 %
APPARTEMENT SUPERVISES		-	-
CONNAISSANCE	3 %	1.7 %	3.4 %
RUE	7.5 %	6.7 %	10.2 %

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

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

2. Mode de fin de contrat

	2023	2024	2025
POSTCURE	23.9 %	30 %	23.7 %
VOLONTAIRE (AVANT ÉCHÉANCE)	41.8 %	35 %	44.1 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - CONSOMMATION	10.4 %	13.3 %	8.5 %
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - VIOLENCE	1.5 %	1.7 %	-
RUPTURE DE CONTRAT PAR TRANSITION - NON RESPECT DU CADRE	7.5 %	1.7 %	3.4 %
HOSPITALISATION		1.7 %	-
ECHÉANCE -FIN DE CONTRAT	14.9 %	16.6 %	20.3 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Nous observons que 24 % des patients entament une postcure à la fin du séjour à Transition.

On note que 20% des patients terminent leur séjour sans entamer une alternative thérapeutique à ce moment-là.

On note une augmentation 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

	2023	2024	2025
POSTCURE	26.9 %	41.7 %	28.8 %
APPARTEMENT SUPERVISÉ		1.7 %	-
AMBULATOIRE INDIVIDUEL	20.8 %	23.3 %	6.8 %
SOUTIEN THERAPEUTIQUE		18.3 %	57.6 %
PROJET NON ABOUTI	41.8 %	-	-
AUTRES	3 %	-	-
RETOUR AU DOMICILE	7.5 %	15 %	6.8 %
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 toutefois en diminution importante cette année.

Peu de patients réfléchissent à une aide en ambulatoire pour après leur séjour.

E. MODE ET TYPE DE CONSOMMATION

COMMENTAIRES DES DONNÉES 2025 : HABITUDES DE CONSOMMATION

	FRÉQUENCE		POURCENTAGE	
	RUE	DOMICILE	RUE	DOMICILE
OUI	29	49	42.2 %	83.1 %
NON	30	10	50.8 %	16.9 %
TOTAL	59	59	100 %	100 %

Le lieu de consommation préférentiel de la majorité de nos patients reste leur domicile (83 %).

ACTUELLEMENT COMPAGNON ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
OUI	26	20	21	38.8 %	33.3 %	35.6 %
NON	41	40	38	61.2 %	66.7 %	62.7 %
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

36 % des patients disent avoir un compagnon ou une compagne lors de leur entrée à Transition.

SI COMPAGNON, CONSOMMATEUR ?	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
OUI	6	8	3	23 %	40 %	14 %
NON	20	12	18	77 %	60 %	86 %
TOTAL	26	20	21	100 %	100 %	100 %

En 2025, 14% des compagnons de vie de nos patients étaient aussi consommateurs. Ce pourcentage est en diminution ces dernières années.

1. Alcool

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	36	29	21	53.7 %	48.3 %	35.6 %
ACTUELLE	27	25	31	40.3 %	41.7 %	52.5 %
PASSÉE	4	6	7	6 %	10 %	11.9 %
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

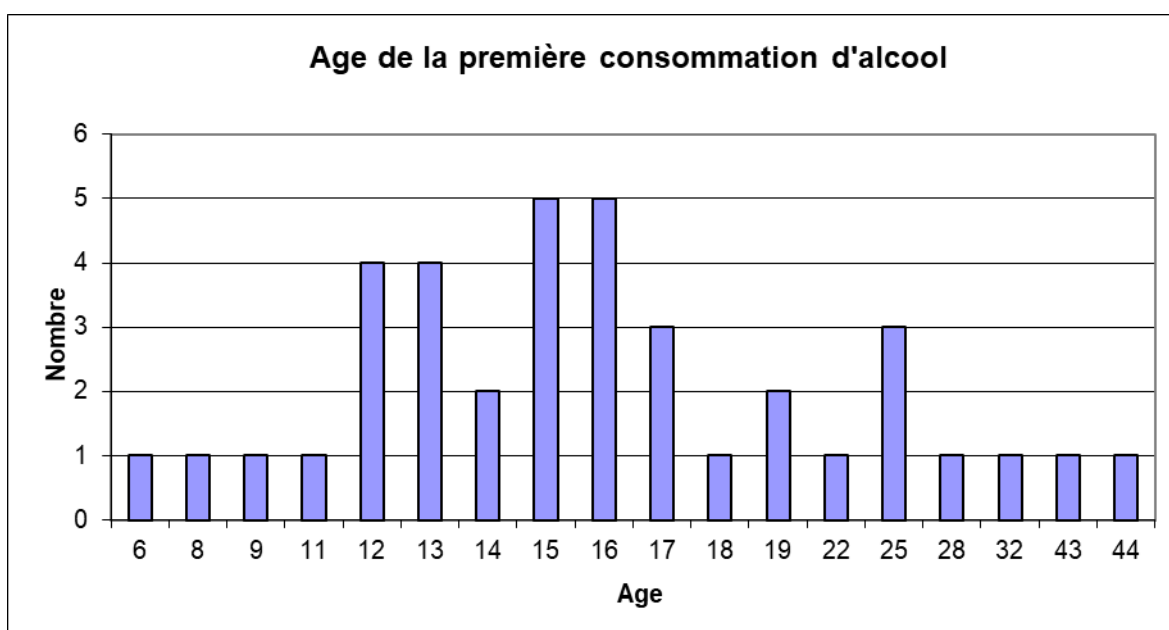
Cette année, on observe une augmentation du nombre de patients consommant de l'alcool au moment de l'admission. L'alcool reste en effet une assuétude fréquente et importante parmi nos usagers.

La consommation d'alcool reste importante : 6 % des patients rapportent une consommation d'alcool régulière et 74 % une consommation quotidienne.

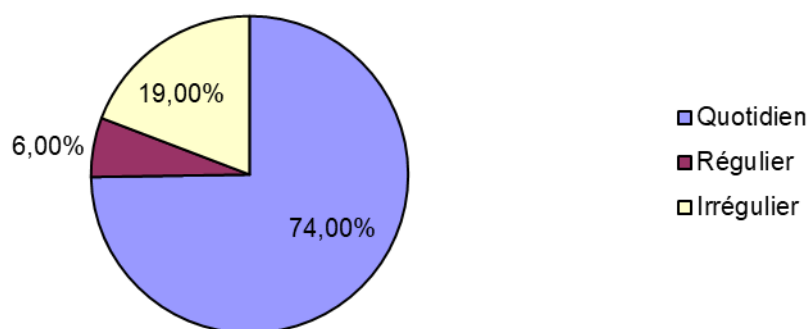
La prise d'alcool est souvent associée à la consommation de cocaïne, dans l'objectif de diminuer les symptômes anxieux lors de la « descente » (dysphorie survenant à la disparition de l'effet de la cocaïne) ainsi que pour potentialiser et prolonger les effets stimulants de la cocaïne. Il existe aussi 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 12 et 13 et ensuite 15 et 16 ans.



Rythme de la consommation d'alcool



SEVRAGE ALCOOL	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	25	42 %
NON REALISE	6	10 %
NP	28	48 %
TOTAL	59	100%

2. Cannabis

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	25	30	19	37.3 %	50 %	32.2 %
ACTUELLE	29	21	26	43.3 %	35 %	44.1 %
PASSÉE	13	9	14	19.4 %	15 %	23.7 %
TOTAL	67	60	59	100%	100%	100 %

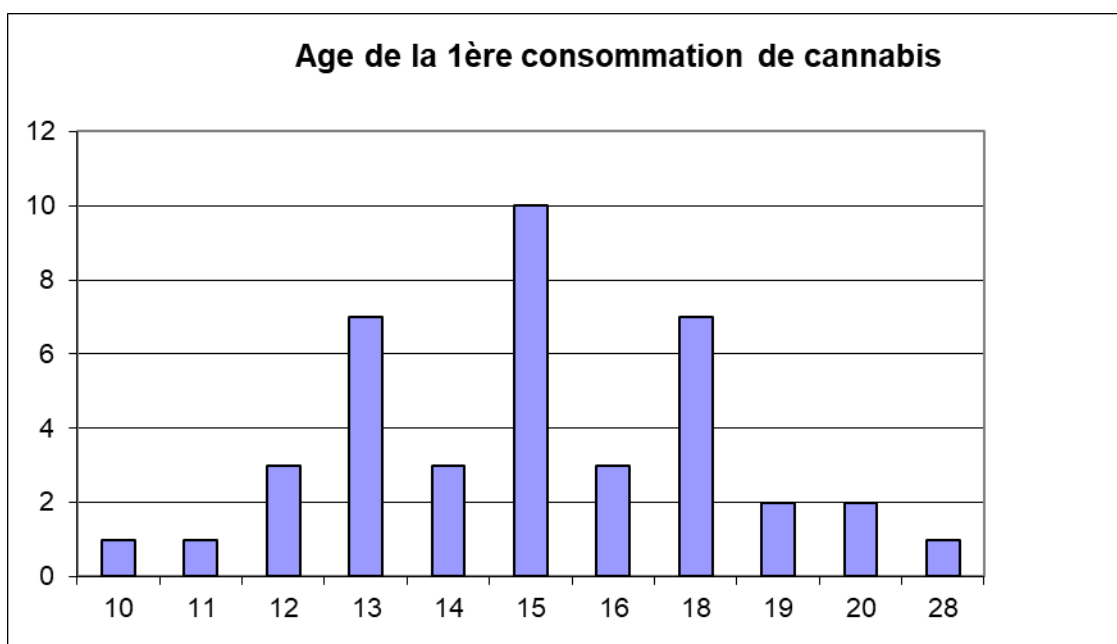
67 % de nos patients fument ou ont déjà fumé du cannabis et ce dès l'âge de 10 ans pour un patient avec une majorité débutant un peu plus tard dans l'adolescence.

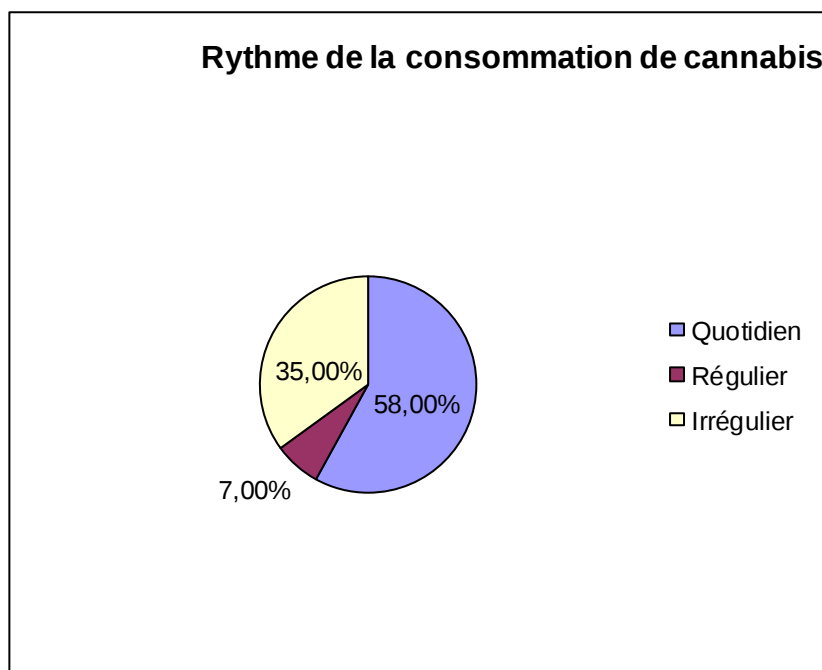
L'âge de la première prise de cannabis reste très précoce.
On note une augmentation de consommateurs de cannabis.

Parmi ces patients consommateurs de cannabis, 58 % en fument quotidiennement et 7 % 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, antalgique, somnifère), ce qui contribue à la banalisation de son usage.





3. Héroïne

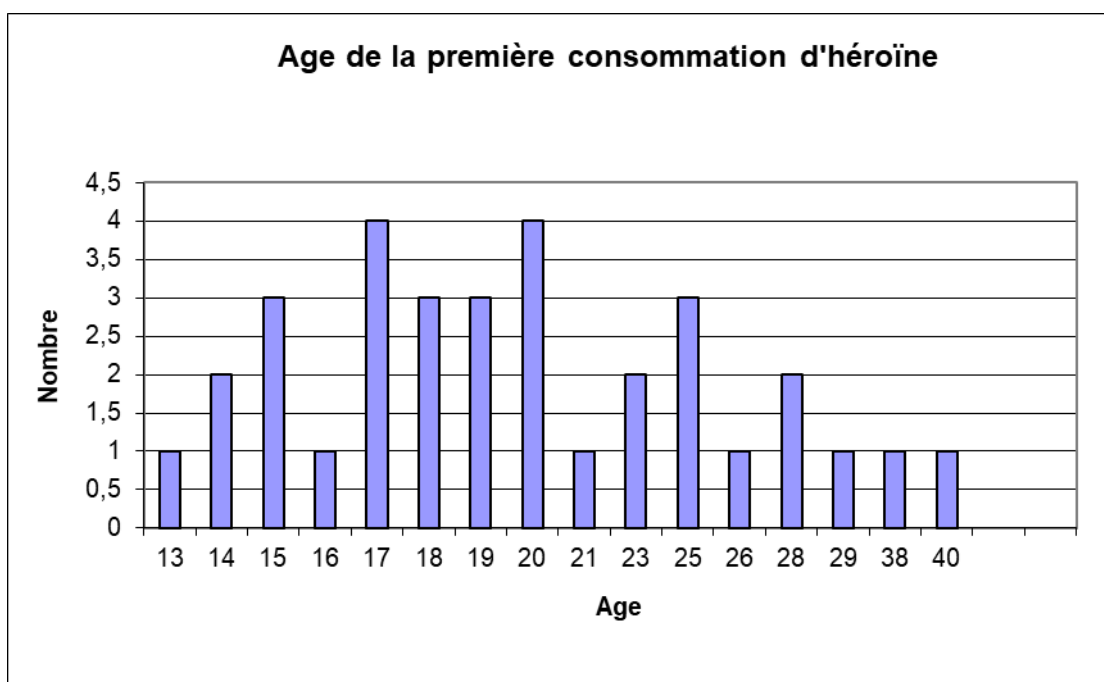
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	29	23	26	43.3 %	38.3 %	44.1 %
ACTUELLE	31	26	19	46.3 %	43.3 %	32.2 %
PASSÉE	7	11	14	10.4 %	18.4 %	23.7 %
TOTAL	67	60	59	100%	100 %	100 %

56 % des patients venant à Transition ont, ou ont eu, une assuétude pour les opiacés surtout représentés par l'héroïne. Nous notons une légère diminution par rapport à 2024 (62%).

a) Mode de consommation actuel

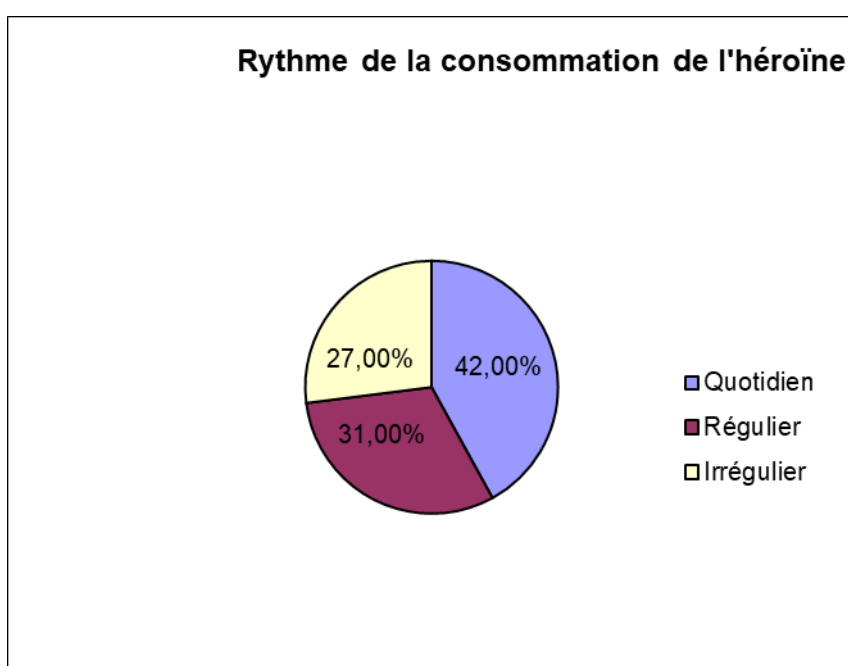
	2023	2024	2025
I.V.	9 %	7 %	15.7 %
NON IV	91 %	93 %	78.9 %
MIXTE	0 %	0 %	5.4 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

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 40 ans, avec un pic important à 15 et 17 ans et un autre pic à 20 ans.

42% des patients consomment l'héroïne quotidiennement, 31% régulièrement et 27% de manière irrégulière.

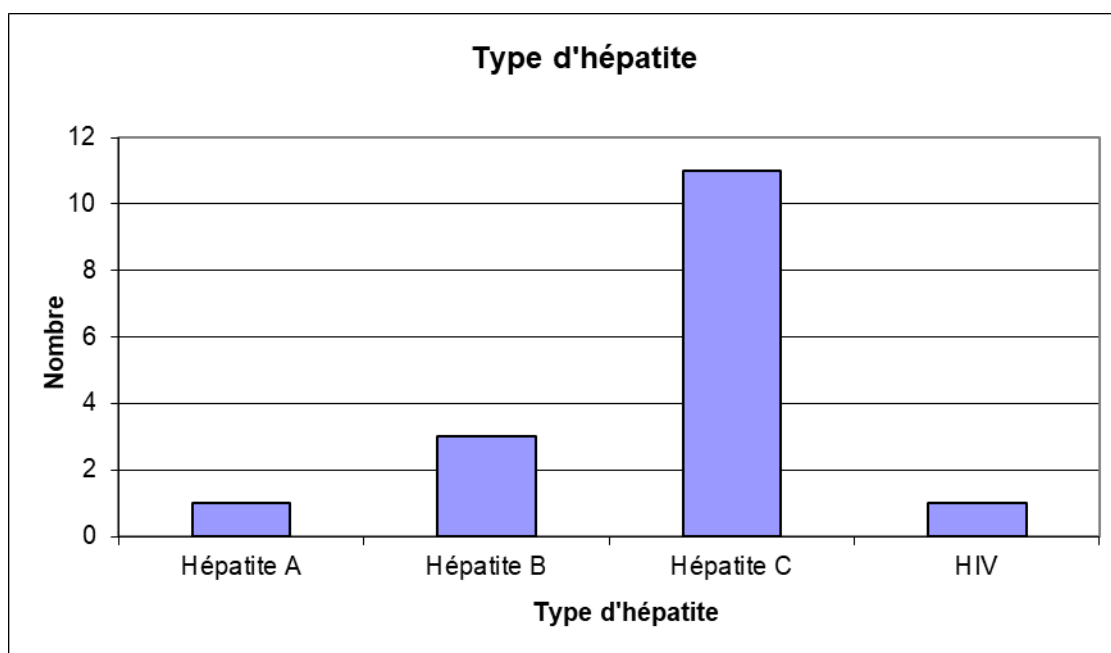


SEVRAGE HEROÏNE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	18	30.5 %
NON REALISE	1	1.5 %
NP	40	68 %
TOTAL	59	100%

b) Les infections virales

	2023		2024		2025	
	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE	NOMBRE	FRÉQUENCE
HÉPATITE A	2	3 %	1	1.7 %	1	1.7 %
HÉPATITE B	1	1.5 %	1	1.7 %	3	5.1 %
HÉPATITE C	10	14.9 %	9	15 %	11	18.6 %
HIV	3	4.5 %	-	-	1	1.7 %

L'hépatite C reste l'infection virale la plus fréquente et le pourcentage est en légère augmentation cette année.



4. Méthadone

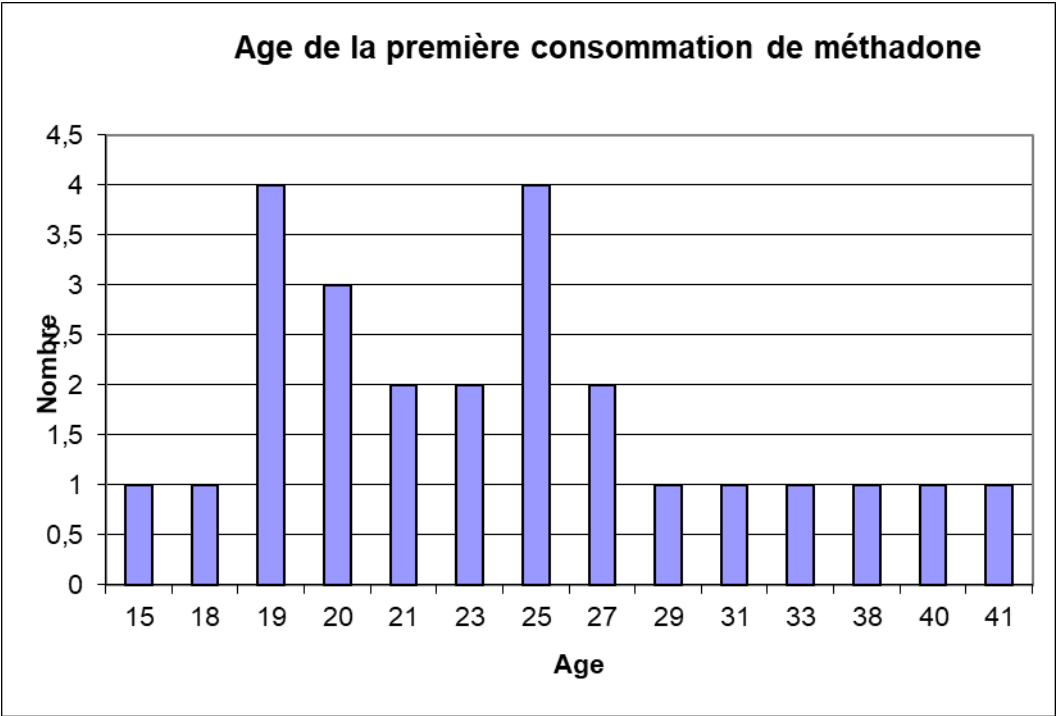
	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	40	26	34	59.7 %	43.3 %	57.6 %
ACTUELLE	26	30	22	38.8 %	50 %	37.3 %
PASSÉE	1	4	3	1.5 %	6.7 %	5.1 %
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

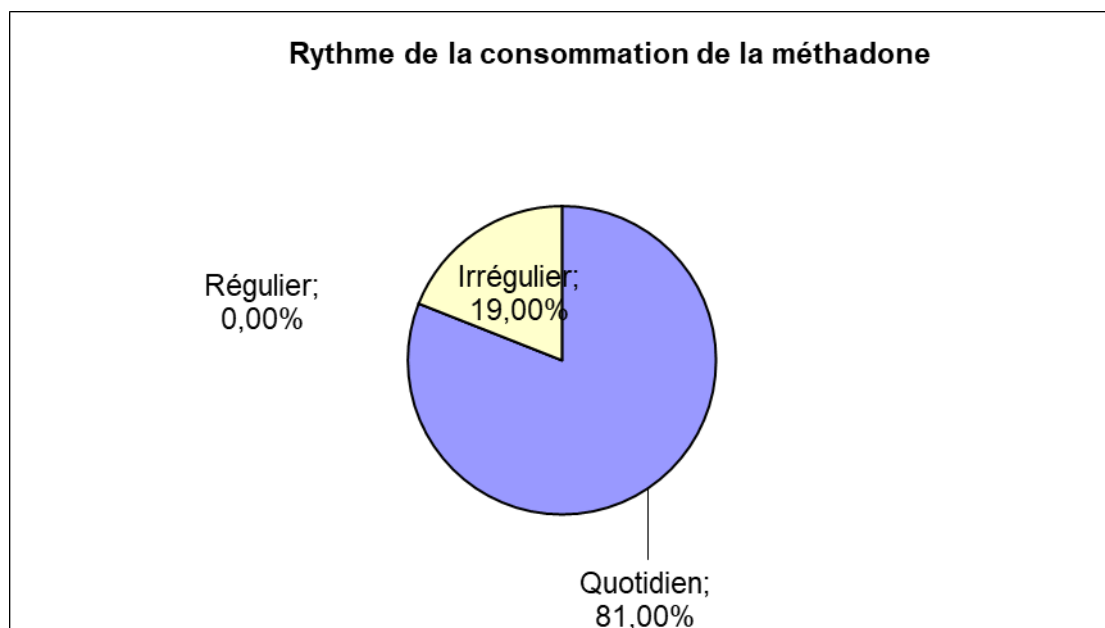
Cette année le pourcentage de séjours/patients sous méthadone est en diminution par rapport à l'année dernière, avec 37% des patients sous méthadone à leur admission à Transition. On note que 57,6 % des patients n'ont jamais pris de méthadone, un chiffre en augmentation par rapport à 2024.

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 15 ans pour les plus précoces à 41 ans pour les tardifs, avec plusieurs pics d'initiation observés à différents âges. Parmi les patients consommant de la méthadone, 21 déclarent l'utiliser dans un cadre de traitement de substitution et 1 en fait usage à visée récréative.

81% prennent quotidiennement leur méthadone





SEVRAGE METHADONE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	12	22.3 %
NON REALISE	10	15.3 %
NP	37	62.4 %
TOTAL	59	100%

Parmi les sevrages non réalisés, 2 patients ont été stabilisés avant leur départ et 8 patients ont mis fin au séjour de façon prématurée.

5. Buprénorphine (Subutex® et Suboxone®)

	2024		2025	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
OUI	3	5 %	1	2 %
NON	57	95 %	58	98 %
TOTAL	60	100 %	59	100 %

1 patient cette année étaient sous traitement de substitution par buprénorphine, soit 2 % de nos patients .

SEVRAGE SUBUTEX	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	1	2 %
NON REALISE	0	0 %
NP	58	98 %
TOTAL	59	100%

Cette année, 0 patient ayant débuté leur sevrage sans Subutex ont finalement intégré ce traitement au cours de leur prise en charge afin de terminer leur sevrage. Un switch de la méthadone vers un sevrage subutex reste peu fréquent au sein de l'institution car les patients expriment des symptômes, des peurs liés au passage de l'un à l'autre. Cela convient toutefois à certains patients qui ont un attachement fort à la méthadone.

6. Cocaïne

	Fréquence			Pourcentage		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Aucune	6	5	2	9 %	8.3 %	3.4 %
Actuelle	58	51	47	86.5 %	85 %	79.7 %
Passée	3	4	10	4.5 %	6.7 %	16.9 %
Total	67	60	59	100 %	100 %	100 %

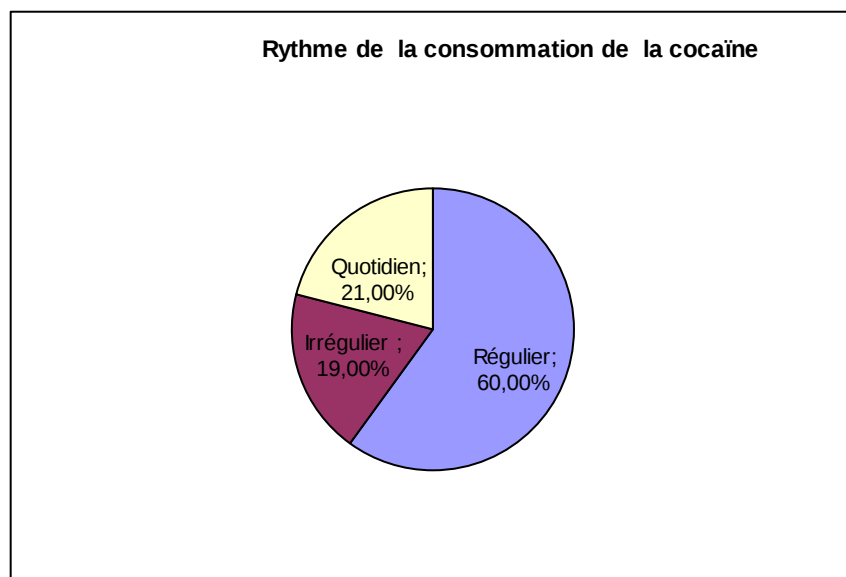
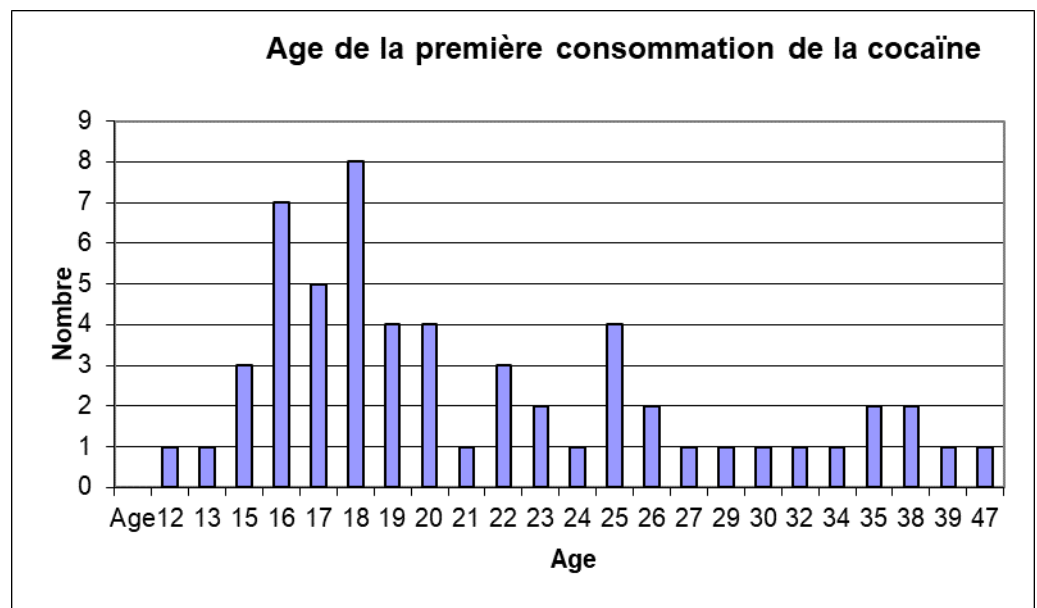
Seuls 2 de nos patients n'ont jamais consommé de cocaïne soit 3,4 % d'entre-eux. Ce qui est en diminution par rapport à 2024. Au moment de leur entrée à Transition, 80 % consomment de la cocaïne, un nombre en diminution par rapport à 2024 mais très élevé. Nous observons une augmentation des consommateurs 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	2023	2024	2025
I.V.	8 %	3 %	8.5 %
NON IV	91 %	95 %	87.2 %
MIXTE	1 %	2 %	4.3 %
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 47 ans chez nos patients avec un pic de 16 à 18 ans.

60% d'entre-eux en consomment régulièrement et 21 % quotidiennement, la cocaïne étant très addictive psychologiquement mais sans symptôme de sevrage aigu menaçant le pronostic vital lors de l'arrêt de consommation contrairement à l'alcool et aux opioïdes.



SEVRAGE COCAINE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	45	76 %
NON REALISE	2	3 %
NP	12	11 %
TOTAL	59	100%

7. Drogues de synthèses

a) Consommation de MDMA (amphétamines)

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	67	60	56	100 %	100 %	94.9 %
ACTUELLE	-	-	1	-	-	1.7 %
PASSÉE	-	-	2	-	-	3.4 %
TOTAL	67	60	59	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 MDMA n'est souvent consommée qu'occasionnellement, lors d'évènement festifs (festivals, boîte de nuit, ...). Trois patients accueillis en 2025 consomment ou ont consommé du MDMA.

b) Consommation de LSD

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	66	58	54	98.5 %	96 %	91.5 %
ACTUELLE	0	1	1	1.5 %	2 %	1.7 %
PASSÉE	1	1	4	-	2 %	6.8 %
TOTAL	67	60	59	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.

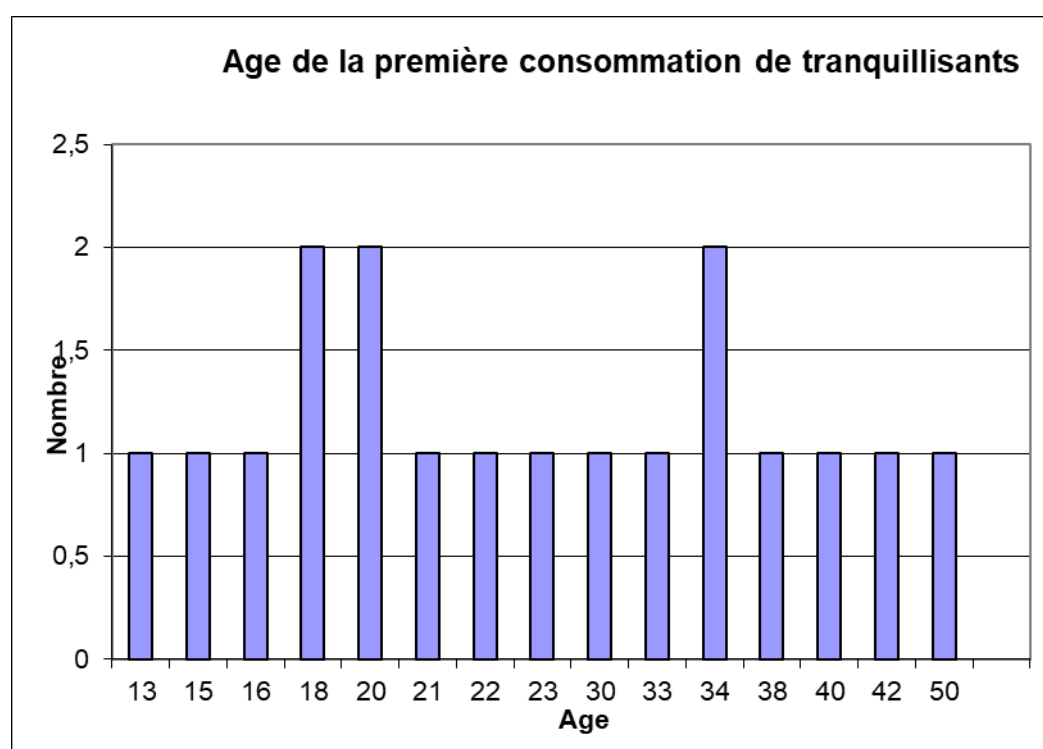
8. Médicaments

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

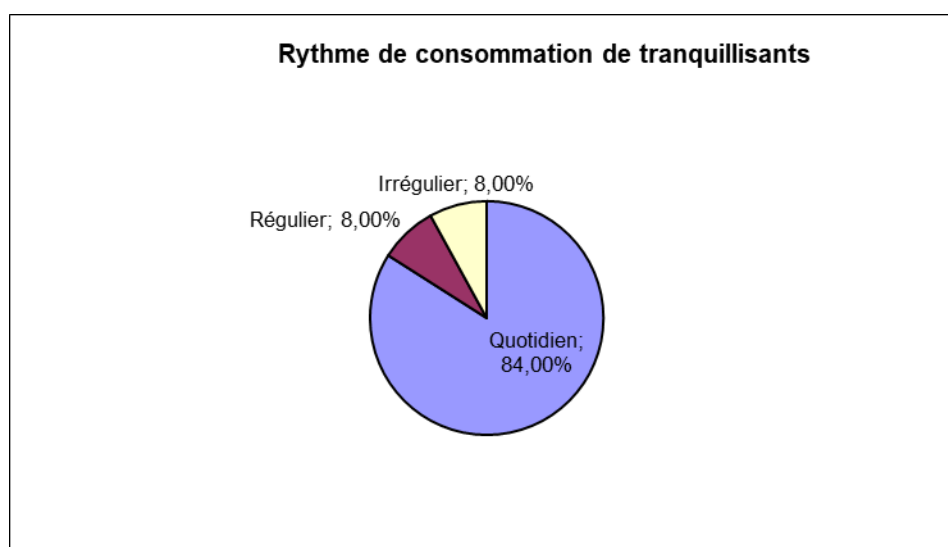
a) Benzodiazépines et hypnotiques

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	54	45	41	80.6 %	75 %	69.5 %
ACTUELLE	11	14	13	16.4 %	23.3 %	22 %
PASSÉE	2	1	5	3 %	1.7 %	8.5 %
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

On note une stabilisation 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 13 ans !



Parmi ceux-ci, près de 84 % prennent quotidiennement des médicaments, tranquillisants et/ou des sédatifs et 8 % 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		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	63	54	48	94 %	60 %	81.4 %
ACTUELLE	4	5	11	6 %	8.3 %	18.6 %
PASSÉE	-	1	-	-	1.7 %	-
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

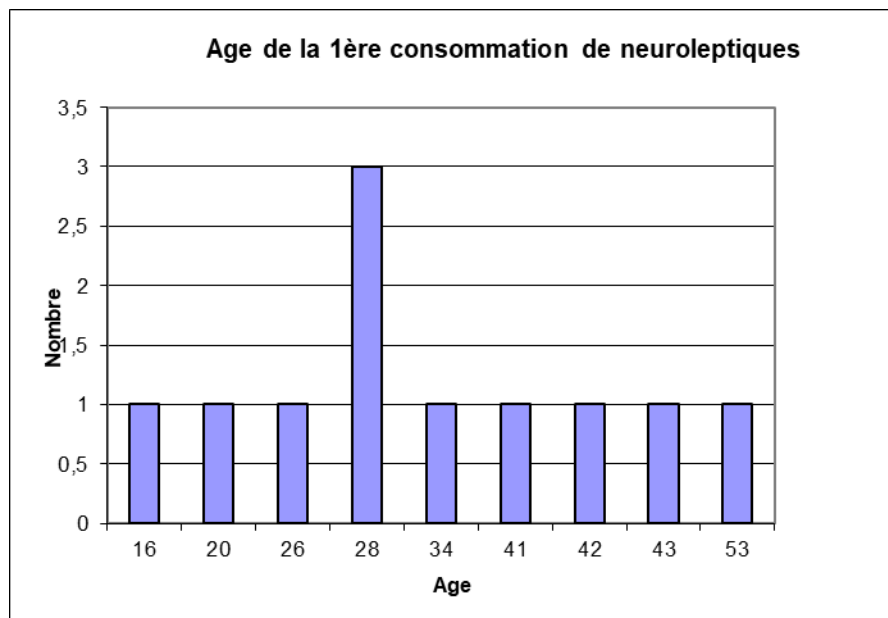
Cette année près de 18,6% des patients sont sous traitement neuroleptique à leur entrée, un pourcentage en augmentation cette année.

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

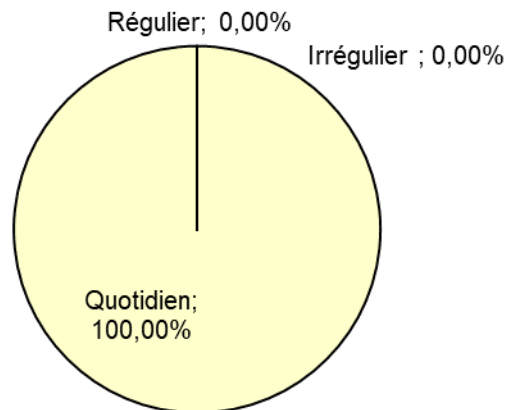
Nous ne sommes pas ici dans un mode de consommation détournée comme pour les benzodiazépines mais bien en prise thérapeutique sous prescription médicale, à l'exception notable d'une molécule : le Seroquel® (Quétiapine) qui fait parfois l'objet d'un mésusage.

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.



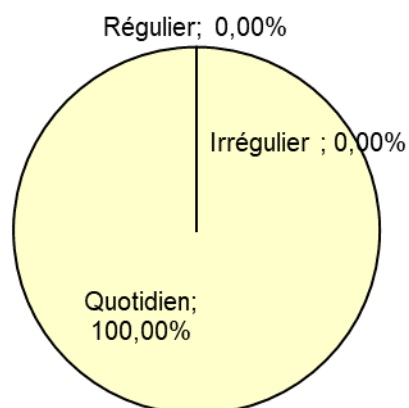
Rythme de la consommation de neuroleptiques

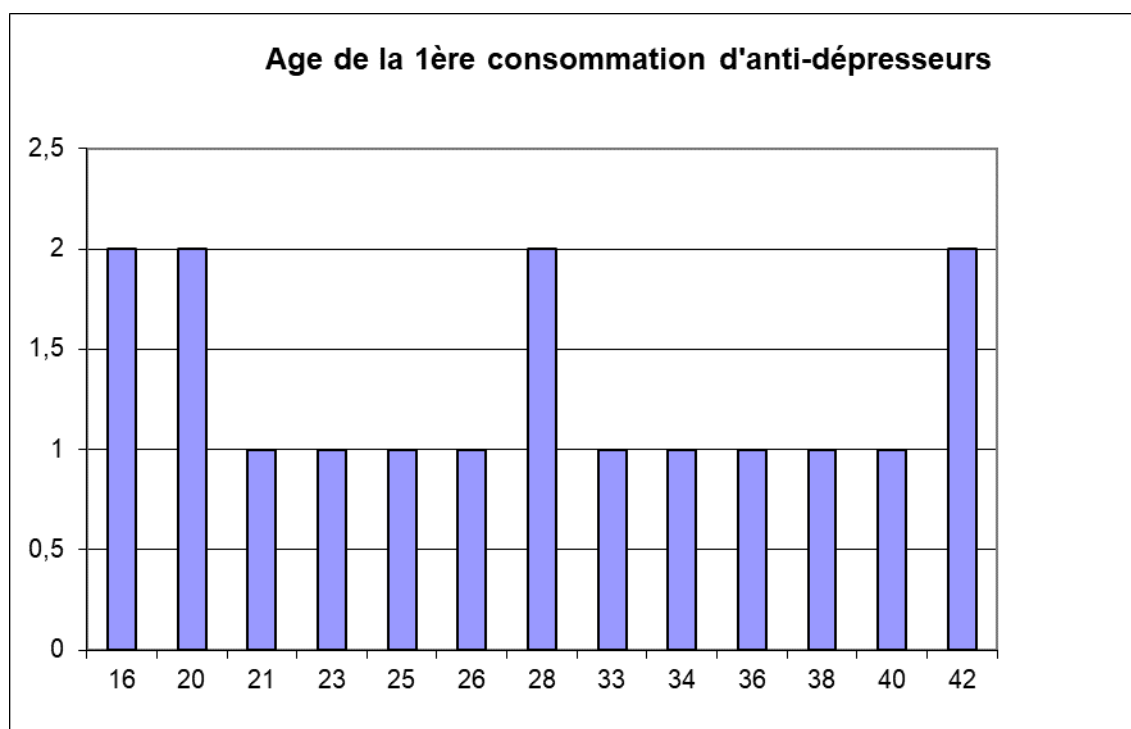


c) Antidépresseurs

	FRÉQUENCE			POURCENTAGE		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
AUCUNE	60	53	42	89.6 %	88.4 %	71.2 %
ACTUELLE	6	5	17	9 %	8.3%	28.8 %
PASSÉE	1	2	-	1.4 %	3.3 %	-
TOTAL	67	60	59	100 %	100 %	100 %

Rythme de la consommation d'anti-dépresseurs





SEVRAGE MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
REALISE	6	10.1 %
NON REALISE	9	15 %
NP	44	74.9 %
TOTAL	100 %	100%

Parmi les sevrages non réalisés, 1 patient a été stabilisé et 8 patients ont connu un départ prématuré.

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.

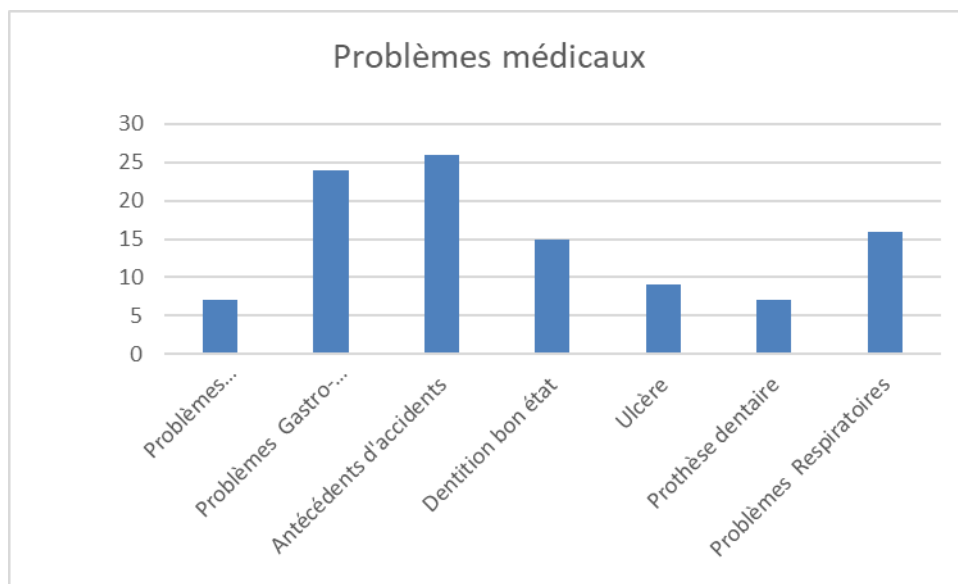
Nous essayons durant leur séjour de supprimer complètement les benzodiazépines que nous arrêtons ou relayons progressivement par la prise d'antidépresseurs et de neuroleptiques, qui permettent un meilleur équilibre sur la durée, tout en évitant tous les effets d'accoutumance, de dépendance et d'association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

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 ».

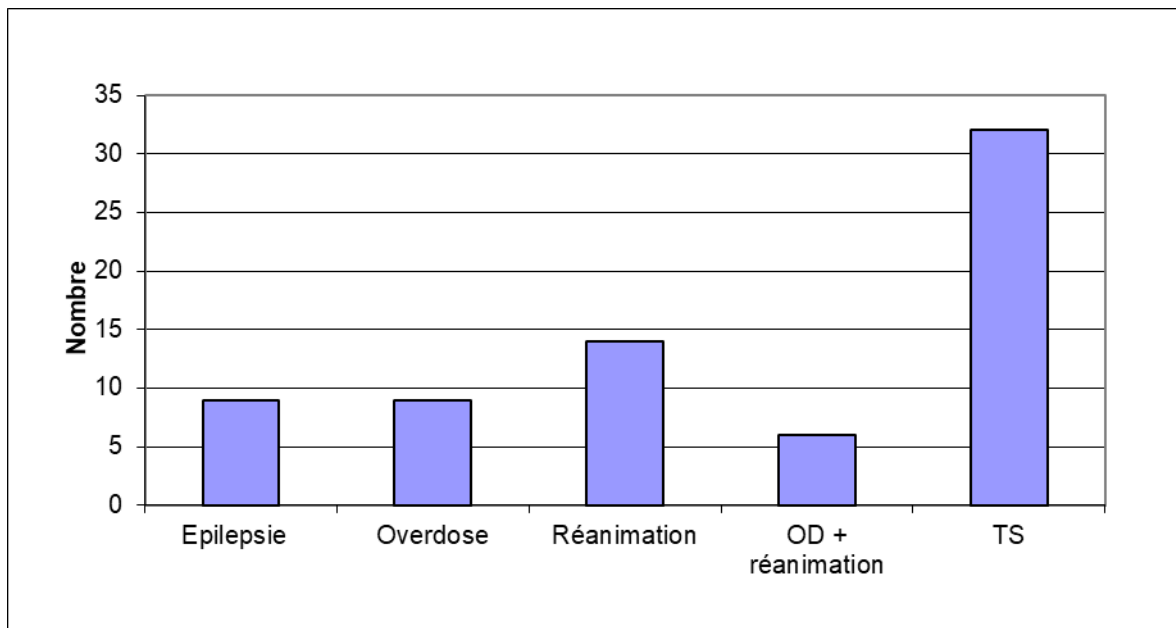
Les tentatives de suicide sont importantes dans notre population fragilisée par les événements de vie traumatiques (32 patients sur 59 soit 54%). Ceci est le reflet d'un mal-être profond chez nos consommateurs.

Nous comptons 9 patients ayant fait des overdoses, dont 4 pour qui il s'agit d'un épisode unique et 5 patients avec plusieurs épisodes.

Pour les OD réanimation, nous comptons 6 patients dont 3 pour qui il s'agit d'un épisode unique et avec plusieurs épisodes

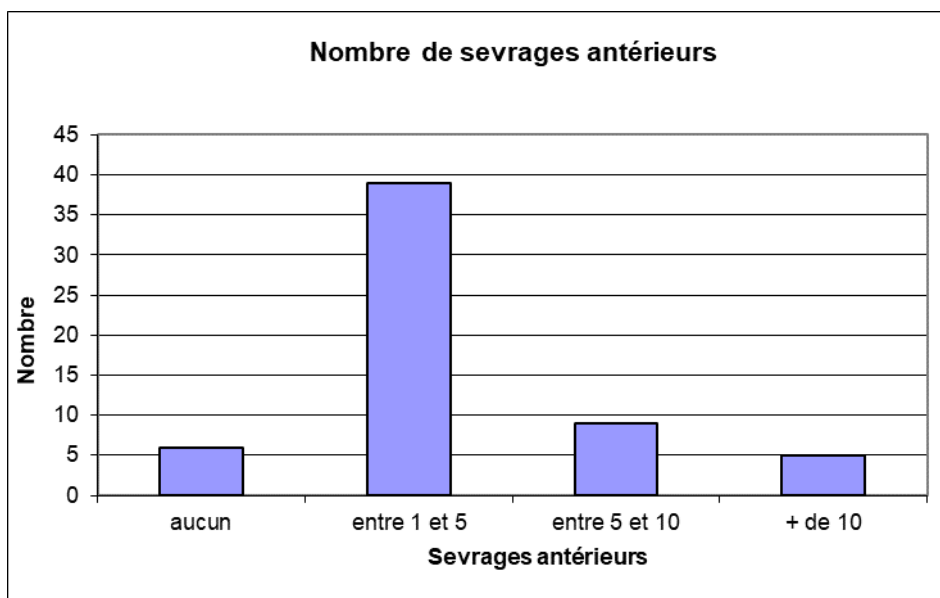
Parmi les tentatives de suicide, nous comptons 31 patients dont 10 pour qui il s'agit d'un épisode unique et 22 patients qui ont fait plusieurs tentatives.

Pour l'épilepsie, nous comptons 9 patients qui en souffrent dont 2 pour qui cela a été un épisode unique et 7 patients pour qui il y a eu plusieurs épisodes

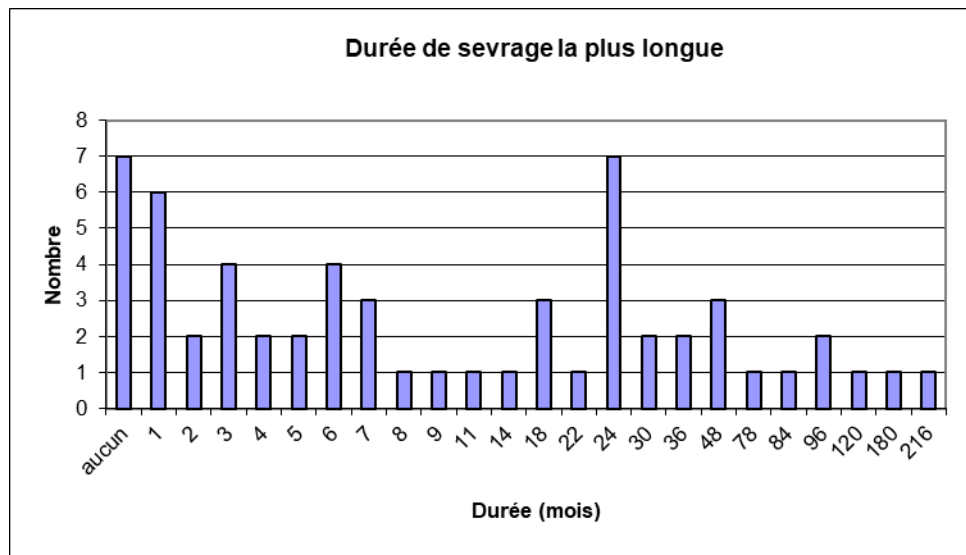


c) Sevrage des opiacés

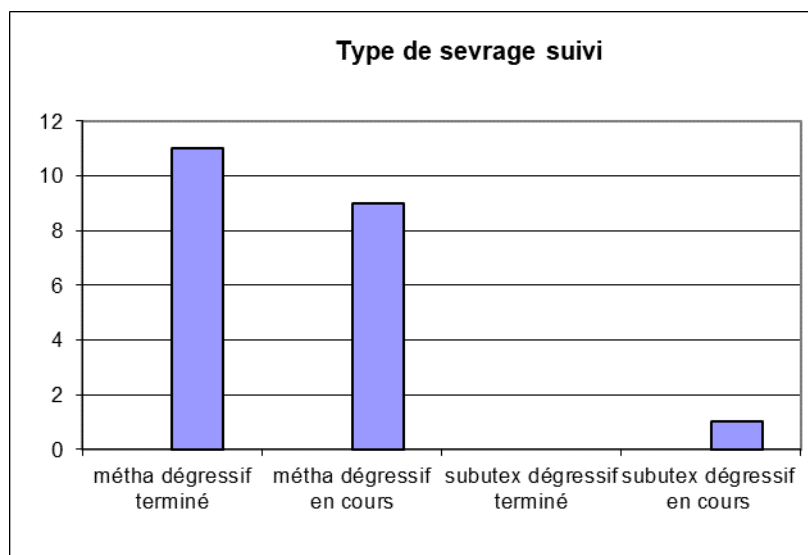
La majorité des patients ayant séjourné à Transition n'en sont pas à leur première tentative de sevrage.



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.



Parmi les possibilités de sevrage aux opiacés, la diminution progressive de la méthadone jusqu'à zéro est ce que la plupart des patients choisissent. La prise de Subutex® et Suboxone® reste très faible face à la méthadone.

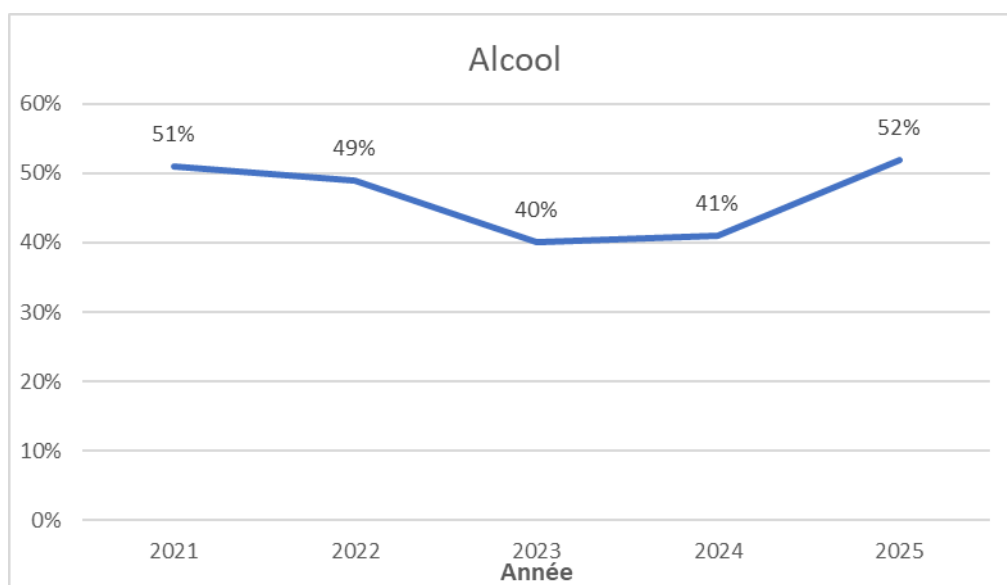


TYPE DE SEVRAGE SUIVI	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
MÉTHADONE EN DÉGRÉSSIF TERMINE	11	18.6 %
MÉTHADONE EN DÉGRÉSSIF EN COURS	9	15.3 %
SUBUTEX DÉGRÉSSIF TERMINÉ	-	-
SUBUTEX DÉGRÉSSIF EN COURS	1	1.7 %
NP	38	64,4 %
TOTAL	59	100%

10. Conclusions

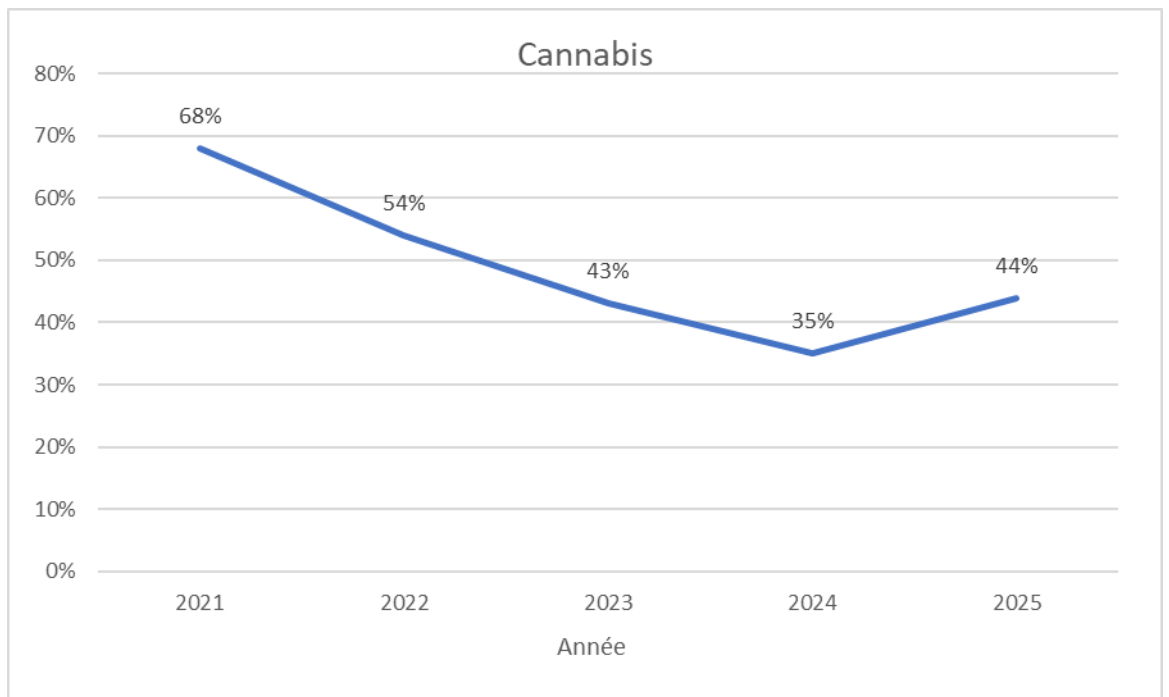
a) Augmentation de consommation abusive d'alcool chez nos patients.

- 51 % en 2021
- 49 % en 2022
- 40 % en 2023
- 41 % en 2024
- 52 % en 2025



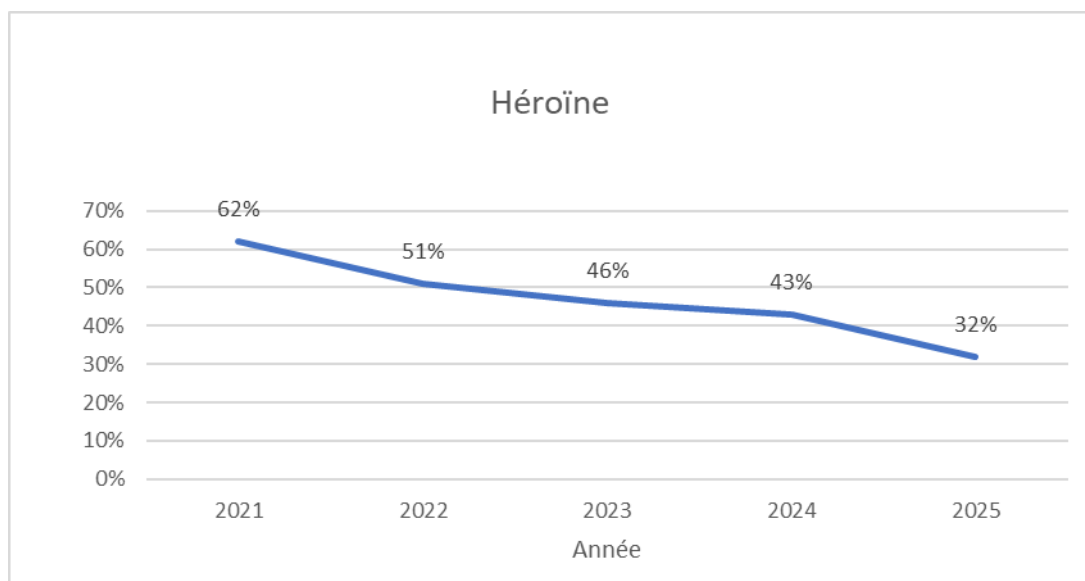
b) Augmentation de la consommation de cannabis

- 68 % en 2021
- 54 % en 2022
- 43 % en 2023
- 35 % en 2024
- 44 % en 2025



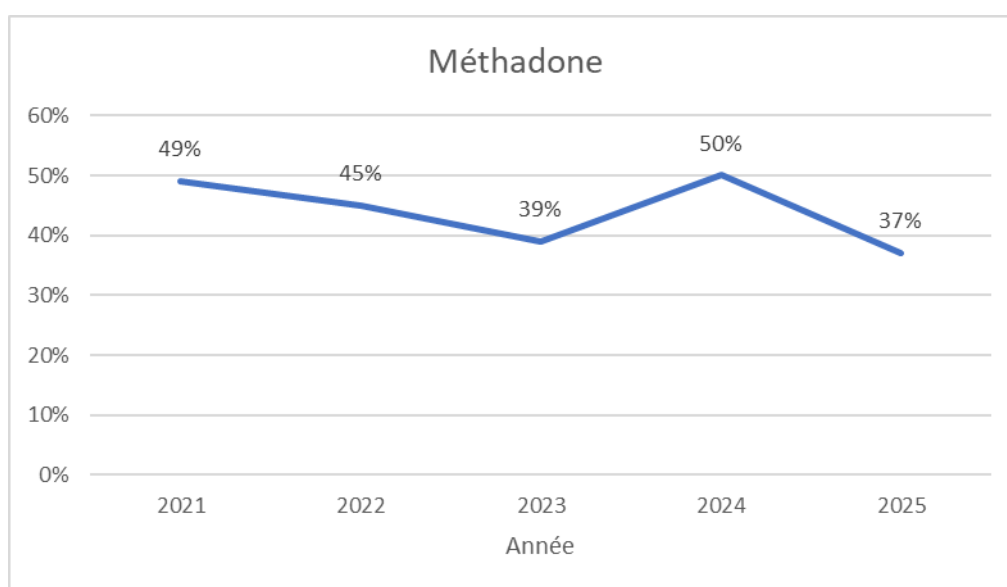
c) Diminution du nombre de consommateurs d'héroïne.

- 62 % en 2021
- 51 % en 2022
- 46 % en 2023
- 43 % en 2024
- 32 % en 2025



d) Diminution de la prise de méthadone chez nos patients

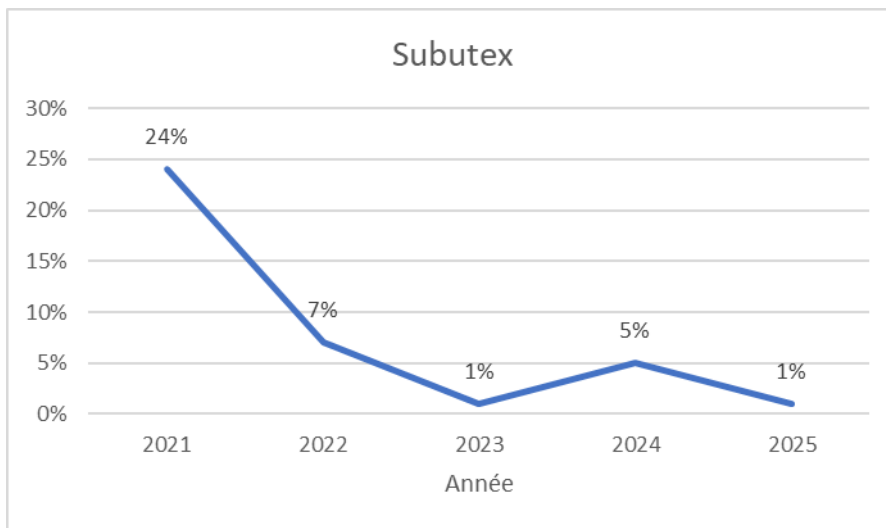
- 49 % en 2021
- 45 % en 2022
- 39 % en 2023
- 50 % en 2024
- 37 % en 2025



e) Diminution de l'usage de la Buprénorphine

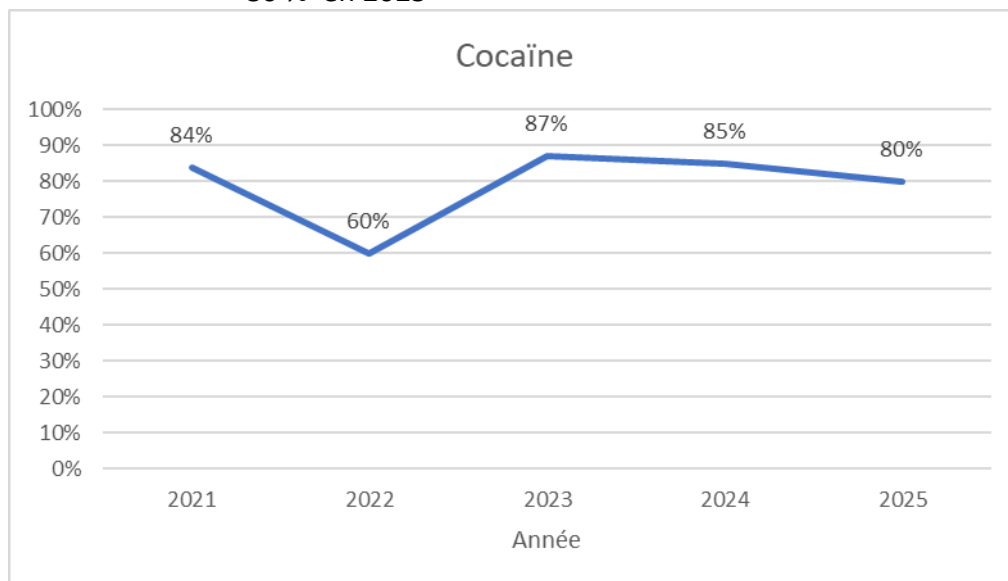
Les patients arrivent parfois à Transition sous Buprénorphine et plus spécifiquement Buprénorphine-Naloxone (Suboxone®), une alternative à la méthadone dans la substitution aux opiacés. Cette année, 1 patient était traité par Buprénorphine.

- 24 % en 2021
- 7 % en 2022
- 1 % en 2023
- 5 % en 2024
- 1 % en 2025



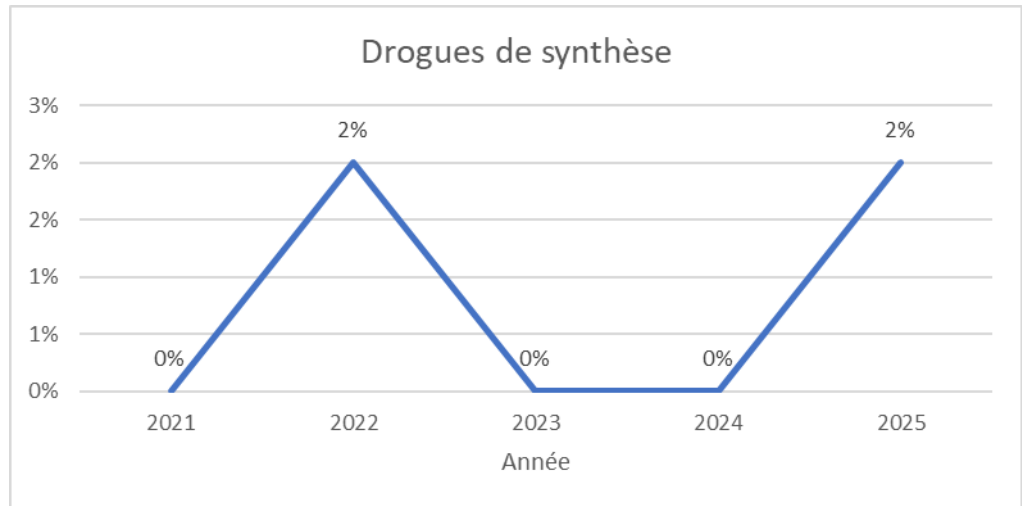
f) Légère diminution de la consommation de cocaïne

- 84 % en 2021
- 60 % en 2022
- 87 % en 2023
- 85 % en 2024
- 80 % en 2025

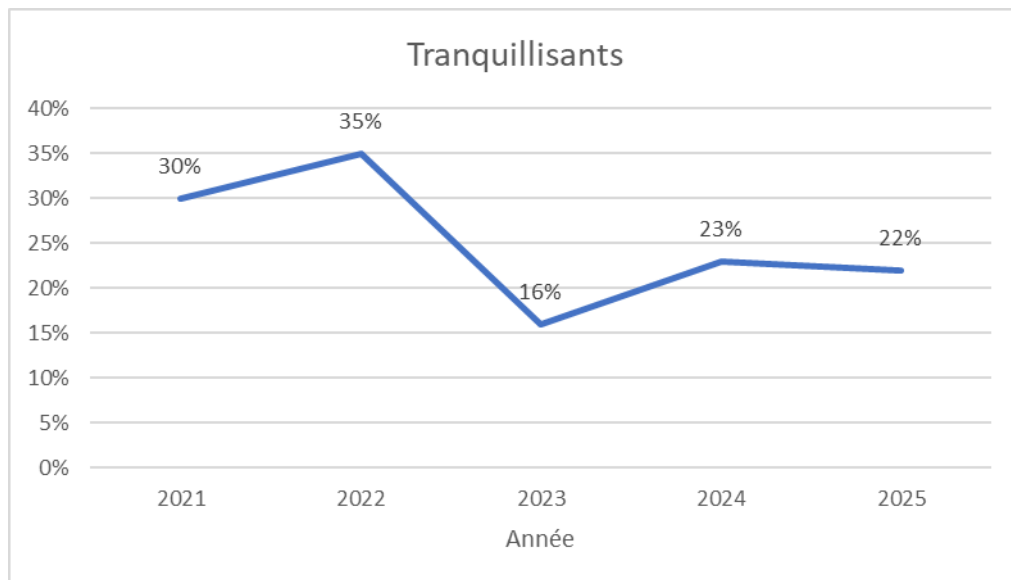


g) Les drogues de synthèses (MDMA) ne sont plus représentatives des consommations récentes parmi nos patients

- 0 % en 2021
- 2 % en 2022
- 0 % en 2023
- 0 % en 2024
- 2 % en 2025

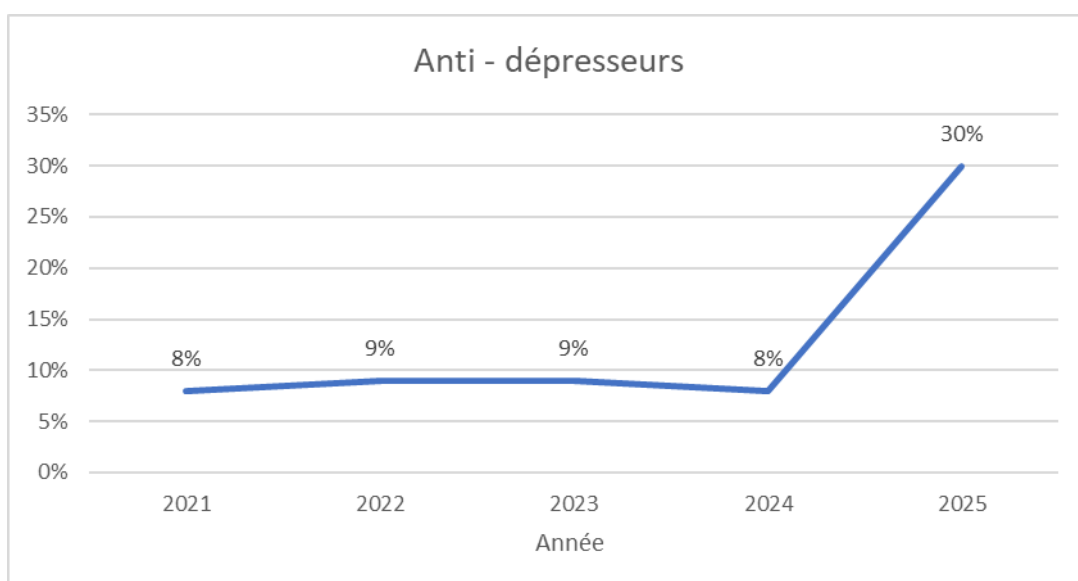


h) Stabilisation de la prise de benzodiazépines et hypnotiques



i) Traitement par antidépresseur

- 30 % de nos patients suivent un traitement par antidépresseur à l'admission.



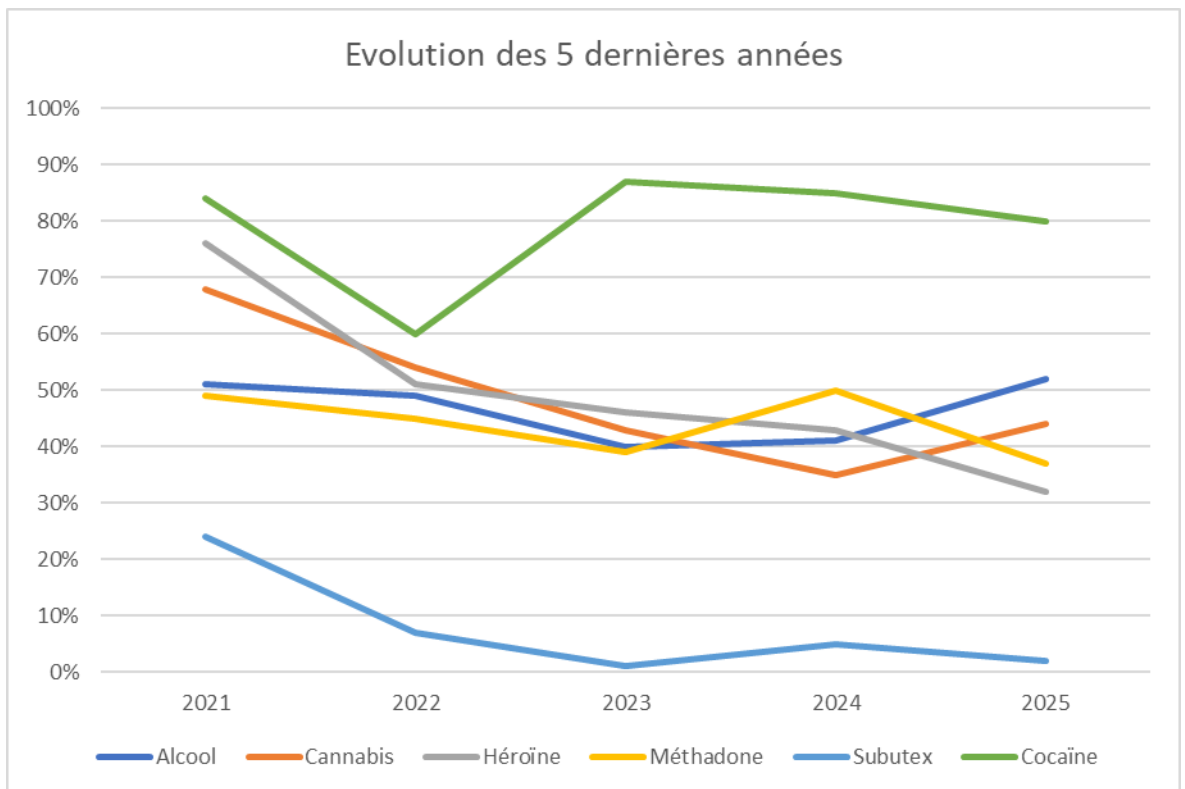
j) on note enfin une préférence de consommation des drogues :

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

Les usagers de drogues privilégient souvent la consommation en fumette car elle offre une biodisponibilité et une rapidité d'action similaires à l'injection intraveineuse, grâce à l'énorme surface d'échange alvéolaire des poumons (environ 100m²).

Cette vaste surface d'absorption, associée à une membrane alvéolaire très fine et à une riche vascularisation, permet aux substances fumées de passer rapidement dans le sang artériel pulmonaire. Ce dernier est immédiatement pompé par le cœur gauche vers la circulation systémique et le cerveau, évitant ainsi le métabolisme de premier passage hépatique. Les concentrations artérielles peuvent ainsi être jusqu'à 10 fois supérieures aux concentrations veineuses, avec une rapidité d'action comparable à celle de l'injection intraveineuse.

L'autre avantage majeur de la fumette réside dans son caractère non traumatique, contrairement à l'injection intraveineuse, elle ne laisse pas de traces cutanées visibles, rendant la consommation plus discrète tout en réduisant l'exposition aux maladies infectieuses transmissibles par le sang (VIH, hépatites B et C)



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 Odelia, structure qui aide à mettre en place un trajet de soins pour personnes atteintes de (s) troubles (s) psychiatrique(s) lié(s) à leur consommation de drogues illicites
- Le service Pléiade, Equipe de liaison à Namur
- Le Solbosch, centre de postcure à Bruxelles.

III. Journées d'études – conférences

- Participation au colloque « Réparer l'invisible : éclats de vie au cœur des traumatismes », organisé par l'ASBL Familles Plurielles
- Participation à la présentation du nouveau site hospitalier Les Viviers et notamment du service social.
- Recyclage de secourisme en milieu professionnel de 4 heures pour un travailleur, organisé par la Croix-Rouge.
- Formation de secourisme en milieu professionnel pour un travailleur (3 jours) organisée par la Croix-Rouge
- Participation à la journée d'étude « Accompagnement périnatal et assuétudes » organisée par la CAPC.
- Participation à deux journées de formation à Liège « Honte et Trauma » organisées par le centre PEPS-E

