canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

DCISA

Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie

Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA)

RAPPORT DE MONITORAGE 2017

Sophie Arnaud, Thibaut Terrettaz, Michael Amiguet, Stéphanie Lociciro

RELAIS REL'IER Informations • Réseau • Addictions

CHUV IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Mandat financé par : Service de la santé publique du canton de Vaud

Citation suggérée : Arnaud S, Terrettaz T, Amiguet M, Lociciro S. Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) : Rapport de monitorage 2017, REL'IER et Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018.

Date d'édition : Décembre 2018

Table des matières

GLOSSAIRE 5
LE DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) EN BREF 6
Un historique *6*
Les missions et tâches du DCISA *6*
L'organisation du DCISA *7*
Le processus du DCISA *7*
Les outils du DCISA *8*
Analyse et utilisation des données récoltées par le DCISA *9*
RAPPORT DE MONITORAGE DU DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) 2017 10
1. Activités d'indications et de suivis d'indications 10
1.1 Total des activités menées par les centres d'indication *10*
1.2 Caractéristiques des indications et des entrées en séjour *11*
1.3 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour *12*
2. Caractéristiques des séjours en 2017 12
2.1 Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2017 ..... *12*
2.2 Nombre et durée des séjours terminés en 2017 ..... *13*
3. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA 14
3.1 Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication) *14*
3.2 Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI) *16*
3.3 Données concernant la santé physique, les relations interpersonnelles et l'état psychologique en 2017 (échelles B, C et D de l'ASI) *18*
3.4 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication *21*
3.4.1 Buts poursuivis : dimension *Consommation d'alcool* 21
3.4.2 Buts poursuivis : dimension *Consommation de drogues* 22
3.4.3 Buts poursuivis : dimension *Santé physique* 23
3.4.4 Buts poursuivis : dimension *Relations familiales et interpersonnelles* 24
3.4.5 Buts poursuivis : dimension *Etat psychologique* 25
3.4.6 Buts poursuivis : dimension *Emploi et ressources* 26
3.4.7 Buts poursuivis : dimension *Justice et administration* 27
3.5 Profils de gravité et besoin additionnel de traitement *28*
3.5.1 Résultats pour les personnes vues pour une première indication en 2017 28
3.6 Scores composés *33*

3.6.1 Résultats pour les personnes vues pour une première indication en 2017 33
4. Discussion et conclusions du monitorage statistique du DCISA 35
4.1 Caractéristiques des indications *35*
4.2 Profil de la population du DCISA *35*
5. Annexes 38

GLOSSAIRE

ASI : Addiction severity index

ASI_r : Addiction severity index de réévaluation

Bartimée : Fondation Bartimée

CI : Centre d'indication

CSR : Centre social régional

DCISA : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi en addictologie

DCIST : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes

EdS : Association Entrée de Secours

EMS : Etablissement médico-social

EPSM : Etablissement psycho-social médicalisé

ESE : Etablissement socio-éducatif

EVITA : Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique

FAQ : Foire aux questions

FEA : Fondation Estérelle-Arcadie

Foyer Relais : Foyer de la Fondation le Relais

FVA : Fondation vaudoise contre l'alcoolisme

GREA : Groupement romand d'étude des addictions

IUMSP : Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne

La Clairière : Fondation La Clairière

Le Levant : Fondation du Levant

L'Epi : Fondation l'Epi

Les Olivers : Fondation des Oliviers

RISQ : groupe de Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives du Québec

SAT : secteur d'accompagnement socio-thérapeutique de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme

SPAS : Service de prévoyance et d'aide sociale

SPEN : Service pénitentiaire

SSP : Service de la santé publique

UTA : Unités de traitement des addictions

UTAA : Unité de Traitement des Addictions d'Aigle

UTAd : Unité de Traitement des Addictions du Secteur Psychiatrique Nord du CHUV

UTAM : Unité de Traitement des Addictions de Montreux

LE DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) EN BREF

Un historique

Les dispositifs d'indication s'inscrivent dans les orientations cantonales définies dans le Plan stratégique handicap (PSH2011) lors de la reprise des tâches de la Confédération par les cantons (RPT).

L'Etat de Vaud a créé des dispositifs d'indication spécifiques à différentes catégories de personnes, pour respecter le droit de chaque personne handicapée ou en grande difficulté sociale d'être accueillie dans un établissement résidentiel adapté à ses besoins, et répondre ainsi aux exigences légales. Par ailleurs, ces dispositifs doivent permettre au Canton de renforcer son rôle de pilotage et de planification des prestations dans le domaine de l'aide aux personnes handicapées.

Dans le domaine des addictions, les dispositifs s'inscrivent dans les priorités cantonales en matière de prévention et de traitement des addictions. Jusqu'à fin 2016, deux dispositifs distincts, le Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique (EVITA) et le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST) ont fonctionné parallèlement. Dès janvier 2017, ces deux dispositifs ont fusionné pour créer le Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA). Etant donné l'évolution vers des poly-consommations, la distinction entre personnes consommant de l'alcool ou d'autres substances n'avait plus de sens. Le DCISA permet aujourd'hui que les problématiques alcool et drogues soient traitées selon les mêmes procédures.

Le DCISA est piloté par l'Office du médecin cantonal, pour le Service de la santé publique (SSP), et par le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS). La coordination opérationnelle du dispositif a été confiée à REL'IER (Fondation Le Relais). Une Directive (Dir. DCISA[1]) décrit le champ d'application du DCISA, les procédures applicables ainsi que les rôles et les responsabilités des partenaires concernés.

Les missions et tâches du DCISA

Le Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) est un dispositif de deuxième ligne qui évalue et oriente les personnes souffrant d'addiction sur l'établissement résidentiel le plus approprié en fonction de leurs besoins, au moment de l'indication.

Les missions du dispositif sont :

- Garantir l'adéquation entre les besoins individuels des personnes consommatrices de substances psychoactives (stupéfiants et/ou alcool) et l'offre de prestations.
- Assurer le suivi de l'indication dans les différentes étapes du parcours thérapeutique, en particulier dans les transitions entre un suivi ambulatoire et un suivi résidentiel.

Quant aux tâches du DCISA, elles découlent des missions, et sont les suivantes :

- Procéder à une évaluation bio-psycho-sociale, puis indiquer vers un prestataire toute personne qui envisage de bénéficier de prestations d'hébergement (en résidentiel ou en logement supervisé) dans un établissement socio-éducatif (ESE) du domaine des addictions.
- Valider l'adéquation des séjours en ESE conformément aux articles 37 et 38 RLAIH.
- Assurer la continuité des prises en charge sociale et médicale, ambulatoire et résidentielle, par le suivi de l'indication.
- Documenter les évaluations et les indications à l'aide d'instruments standardisés.
- Produire et traiter les données utiles à l'évaluation des besoins, à la planification de l'offre et au pilotage de la politique en matière d'addictions.

[1] Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA)

L'organisation du DCISA

Le DCISA est composé d'une instance de pilotage, représentée par l'Office du médecin cantonal (OMC) pour le SSP et par le SPAS ; d'une coordination opérationnelle, dont le mandat est attribué à REL'IER (Fondation Le Relais) ; de centres régionaux d'indication et d'établissements socio-éducatifs spécialisés dans le domaine des addictions.

Les prestations du DCISA sont délivrées dans des centres régionaux d'indication (CI) par des professionnel.le.s spécialisé.e.s en addictologie. Ces centres sont répartis dans les quatre régions sanitaires du canton et sont les suivants :

- Pour la région Centre : le Service d'alcoologie du CHUV et la Policlinique d'addictologie du CHUV.
- Pour la région Nord : l'Unité de traitement des addictions (UTAd) du CHUV
- Pour la région Ouest : l'association Entrée de Secours (EdS), avec ses deux centres d'accueil situés à Morges et à Nyon.
- Pour la région Est : les Unités de traitement des addictions (UTA) de la Fondation de Nant, situées à Montreux et Aigle.

Les CI ont la responsabilité d'organiser et de mettre en œuvre le dispositif dans leur région ; de garantir que les prestations soient dispensées par des professionnel.le.s formé.e.s. du domaine médical ou social ; d'assurer la qualité des données transmises ; et de transmettre les documents du DCISA à l'ESE indiqué avant que ce dernier initie son processus d'admission.

Les ESE du domaine des addictions sont quant à eux au nombre de sept dans le canton de Vaud. Il s'agit de la Fondation Bartimée à Grandson, de la Fondation La Clairière à Chamby, de la Fondation l'Epi à Ménières, de la Fondation Estérelle- Arcadie à Vevey et Yverdon, de la Fondation du Levant à Lausanne, de la Fondation des Oliviers au Mont-sur-Lausanne et du foyer de la Fondation Le Relais à Morges.

Les ESE accueillent les personnes dont les besoins ont été évalués dans le cadre du DCISA. Ils assument la responsabilité de la prise en charge socio-éducative des personnes indiquées et définissent avec les CI les modalités de collaboration et de communication pour assurer le suivi de la prise en charge. Ce sont eux aussi qui déposent au SPAS les dossiers de demande de financement de séjour ou de renouvellement.

Le processus du DCISA

Toute personne consommatrice de substances psychoactives (stupéfiants et/ou alcool), résidant dans le canton de Vaud, et souhaitant accéder à un établissement socio-éducatif dans le Canton ou hors canton, doit passer par le processus DCISA. Il s'agit d'un processus de travail en réseau qui s'appuie sur les outils standardisés d'évaluation des conditions de vie et de consommation des personnes souffrant d'addiction. Il se décline en plusieurs étapes.

Le processus du DCISA est constitué :

- d'une évaluation de la situation de la personne au moyen de l'Addiction Severity Index (ASI) ;
- d'une indication vers la prise en charge la plus appropriée pour la personne concernée ;
- d'un appui à la mise en œuvre de l'indication ;
- et d'un suivi de cette indication.

Le processus DCISA est déclenché lorsque des prestations résidentielles sont envisagées pour une personne, en priorité dans le cadre d'un suivi addictologique ambulatoire. Cependant, le dispositif peut aussi être interpellé lorsqu'un partenaire du réseau social ou médical, généraliste ou spécialisé, souhaite une évaluation de la situation addictologique pour l'un de ses bénéficiaires. La personne concernée est alors référée à un CI.

Une évaluation de la situation de la personne dans différents domaines est effectuée au moyen de l'ASI par les professionnel.le.s des CI. Cette évaluation doit avoir lieu dans les 10 jours qui suivent la demande.

L'indication est effectuée dans un deuxième temps, le plus rapidement possible mais au plus tard 2-3 semaines après l'évaluation. L'indication est assurée par un.e professionnel.le du CI, spécialisé.e. dans le domaine des addictions. Cette indication est basée sur les résultats de l'évaluation, le projet de la personne concernée, les

éléments d'information récoltés auprès du réseau de la personne par le CI ainsi que les spécificités des ESE du canton.

Figure 1 Schéma du processus DCISA

Lors de la mise en œuvre de l'indication, le CI peut aider et accompagner la personne concernée dans les démarches nécessaires. Au moment de l'admission, le CI et l'ESE définissent leur mode de collaboration et de communication pour assurer le suivi de la prise en charge, notamment en cas de situation problématique.

Le CI assure en principe le suivi de l'indication. Il s'agit d'une (ré)évaluation qui a lieu en cours de séjour et qui a pour objectif d'actualiser les objectifs et la prise en charge si nécessaire ; de valider la poursuite du séjour ; de préparer la sortie de l'établissement. Cette réévaluation comprend un entretien individuel et une évaluation établie au moyen d'une version allégée de l'ASI. Si possible, la réévaluation de suivi devrait être synchronisée avec le bilan de l'ESE. Le suivi de l'indication a lieu au plus tard 6 mois après l'entrée en séjour et est effectuée par le ou les professionnel.le.s ayant participé à l'indication initiale.

Le processus DCISA prend fin au moment de la sortie de la personne concernée de l'ESE. Cependant, le dossier DCISA peut aussi être clôturé lorsque la personne est indiquée vers une prise en charge ambulatoire ou vers une institution du domaine psychiatrique ; lorsque l'indication préconise une hospitalisation ; lorsque le processus a été interrompu.

Les outils du DCISA

L'outil principal utilisé dans le cadre du DCISA est l'**Addiction Severity Index** (ASI). L'ASI est originellement un outil développé aux Etats-Unis en 1980. Il a été traduit en français et validé en 1992 par le groupe de Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives du Québec (RISQ), rattaché à l'Institut universitaire des dépendances de Montréal. La Fondation Addiction Valais utilise cet outil depuis 2001, tout en l'ayant adapté à la réalité valaisanne. Cette version[2] a été validée par le RISQ.

L'ASI utilisé dans le canton de Vaud est basé sur la version valaisanne validée, puis adaptée aux besoins du DCISA. Les adaptations effectuées concernent uniquement certaines questions portant sur des aspects juridiques et administratifs. Les questions cliniques n'ont pas du tout été modifiées.

Cet outil permet d'évaluer la situation de la personne à un moment donné pour sept dimensions différentes. Il est utilisé au début du processus et lors des suivis de l'indication (y compris lors des sorties d'établissement), ceci dans une version allégée. C'est autant un outil clinique qu'un outil de recherche. Il a l'avantage d'être validé scientifiquement et utilisé internationalement.

[2] Addiction Severity Index, version adaptée pour le DCISA. D'après la traduction française de l'Addiction Severity Index (ASI), Unité multidisciplinaire d'alcoologie, Lausanne, Daeppen, Burnand, Schnyder, Bonjour, Pécoud, Yersin, 1998 et L'indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), 5ème version de l'IGT adaptée au contexte valaisan, Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT) et Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives-Québec (RISQ), mai 2000.

Le questionnaire comporte 6 échelles distinctes, contenant entre 20 et 30 questions chacune, certaines d'entre elles étant assorties de sous-questions.

- Echelle A : consommation d'alcool et de drogues[3].
- Echelle B : santé physique.
- Echelle C : relations familiales et interpersonnelles.
- Echelle D : état psychologique.
- Echelle E : emploi et les ressources.
- Echelle F : situation au niveau de la justice et de l'administration.

Le second outil est le **rapport d'indication**. Cet outil est utilisé lors de la phase d'indication, ainsi que lors des suivis de l'indication (y compris lors des sorties d'établissement). Le rapport d'indication recense les objectifs de la personne concernée, déclinés en fonction de chacune des dimensions de l'ASI. Par ailleurs, il permet de relever les données socio-démographiques des personnes concernées, sur leur parcours de soin (y compris les traitements de substitution en cours), ainsi que les données d'indication pour chaque situation (centre d'indication, établissement indiqué, etc.).

Ces deux outils sont administrés en face à face lors d'une demande de séjour résidentiel (soit au début du processus DCISA), ainsi que lors des suivis en cours ou fin de séjour. Ils sont ensuite transmis à l'ESE indiqué.

Les personnes concernées doivent prendre connaissance et signer un **document d'information et de consentement**. Par leur signature, elles confirment ou infirment trois éléments différents : a) le fait d'avoir eu toutes les informations nécessaires quant au dispositif ; b) leur accord pour intégrer le processus DCISA ; c) leur accord pour que leurs données personnelles puissent être traitées (anonymement et de manière globale) à des fins statistiques.

Analyse et utilisation des données récoltées par le DCISA

Les données issues de l'ASI et du rapport d'indication sont saisies en continu à REL'IER au moyen du logiciel Epidata.

Les données saisies sont transmises annuellement de manière brute à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) pour analyse. Un protocole de collaboration a été élaboré afin de déterminer quels sont les indicateurs principaux retenus et pour délimiter les responsabilités et tâches de REL'IER et de l'IUMSP. Les données analysées sont utilisées pour la rédaction du rapport annuel du DCISA et pour les besoins de planification du SSP et du SPAS.

[3] Cette échelle concernant la consommation de substances fait état de la situation de la personne, d'une part quant à sa consommation d'alcool et d'autre part quant à sa consommation de substances illégales et de médicaments psychotropes (donc une échelle pour deux dimensions).

RAPPORT DE MONITORAGE DU DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) 2017

La 1ère année de fonctionnement du Dispositif d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) fait l'objet de trois rapports distincts : un rapport de bilan sur les 18 premiers mois, un rapport sur la mise en œuvre du processus du point de vue des professionnel.le.s de terrain, ainsi qu'un rapport de monitorage des données issues du dispositif pour 2017. Le document présenté ici constitue le rapport de monitorage du DCISA.

Un premier chapitre concerne les prestations réalisées par les centres d'indication (CI) dans le cadre du DCISA. Il s'agit des indications et suivis d'indication. Pour ces éléments, toutes les données disponibles sont prises en compte.

Le deuxième chapitre se rapporte aux caractéristiques des séjours, comme la durée du séjour ou le délai d'entrée.

Le troisième chapitre analyse les caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA, tant d'un point de vue sociodémographique, que des profils de santé ou de consommation. On trouvera encore, dans ce chapitre, des éléments concernant les objectifs que se fixent ces personnes au moment de l'indication. Dans ce chapitre, les données utilisées sont celles des personnes ayant donné leur accord (cf. Introduction).

Finalement, un dernier chapitre propose une synthèse et une discussion des résultats du monitorage.

Concrètement, les données sont récoltées et saisies par la coordination opérationnelle (REL'IER), puis analysées statistiquement par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) du CHUV. L'interprétation des résultats est réalisée par REL'IER, avec la collaboration des partenaires du DCISA.

1. Activités d'indications et de suivis d'indications

1.1 Total des activités menées par les centres d'indication

En 2017, 637 actes sont recensés dans le cadre du DCISA : 288 indications[4] ont abouti à une orientation en institution résidentielle ou en ambulatoire et 22 indications n'ont pas abouti. La raison peut en être un processus interrompu, mais aussi un changement dans le parcours de vie de la personne concernée. Les centres d'indication ont aussi réalisé 327 suivis d'indication en 2017, dont 318 ont validé une prolongation du séjour et 9 une fin du séjour[5].

Tableau 1 Total des indications et réévaluations effectuées dans le cadre du DCISA, 2017

	1ères indications*	Nouvelles indications**	Suivi de prolongation du séjour	Suivi de fin du séjour	Processus non aboutis	**Total**
2017	235	53	318	9	22	**637**

*1ère indication signifie que c'est la première fois que la personne entre en contact avec le DCISA.
** Les nouvelles indications comprennent tous les nouveaux processus engagés par une personne qui est déjà connue du DCISA (N=36) et les réorientations (N=17).

[4] On entend par « indication » tout processus qui aboutit à l'orientation d'une personne vers un établissement socio-éducatif (ESE). Sont donc incluses ici les indications initiales, les nouvelles demandes d'indication et les réorientations d'un ESE vers un autre.
[5] Selon la directive du DCISA, les suivis d'indication ont pour but : - d'actualiser les objectifs et les prestations ; - de valider la poursuite du séjour en ESE ; - de préparer la sortie de l'établissement.

1.2 Caractéristiques des indications et des entrées en séjour

Dans les chapitres qui suivent sont comprises comme des indications : les 1ères indications, les nouvelles demandes d'indication et les réorientations. Concernant les caractéristiques de ces indications, le N est égal à 288.

Concernant les séjours, les données présentées ci-après sont établies sur l'état des entrées et sorties transmises par le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) au 12 avril 2018.

Plus de la moitié (52.4%) des indications a été réalisée par la région Centre, dont 39.9% par le Service d'alcoologie. Les trois régions périphériques se répartissent l'autre moitié des indications à part quasi égales (16% au Nord, 16.3% à l'Ouest et 15.3% à l'Est). A noter que dans ces régions les centres d'indication intègrent les problématiques alcool et drogues, ce qui n'est pas le cas dans la région Centre (cf. Introduction).

La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) et la Fondation des Oliviers représentent les ESE vers lesquels la majeure partie des indications est faite, soit deux tiers du volume global (66.7% pour les deux). Ces institutions sont aussi les établissements qui ont le plus grand nombre de lits. Le nombre d'indications doit donc être pondéré en fonction de cette donnée. La FEA reste toutefois l'institution vers laquelle il y a le plus d'orientations (2.3 indications par lit vs entre 1 et 1.2 pour les autres ESE). Ce résultat est peut-être aussi à mettre en lien avec des séjours plus courts. Le foyer Relais, quant à lui, recueille le plus petit volume d'indications (0.6/lit). Il faut noter que cette institution n'accueille pas exclusivement des personnes ayant des problèmes d'addiction, et donc une partie de la population des résidents ne passe pas par le DCISA.

Les indications extra-cantonales ne représentent qu'un très petit volume et une dizaine d'indications orientent vers des prestations ambulatoires. La petite proportion d'indications ambulatoires s'explique par le fonctionnement du processus DCISA, qui est un dispositif de 2ème ligne. Il est mis en œuvre au moment où la personne concernée a un besoin de prise en charge accru par rapport à un traitement ambulatoire et/ou à un moment où la personne est motivée pour entreprendre un séjour résidentiel.

Tableau 2 Répartition des indications en fonction du centre d'indication (CI) et de l'établissement socio-éducatif (ESE) indiqué (2017, N=288)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Autres VD*	Extra-canton**	Ambulatoire	**Total**	
Nbre places	24	27	14	77	46	10	*NP*	*NP*	*NP*		
										N	%
Centre	12	13	2	50	59	6	1	2	6	**151**	52.4
- Policlinique d'addictologie	*11*	*10*	*2*	*10*	*2*	-	-	*1*	-	*36*	*12.5*
- Service alcoologie	*1*	*3*	-	*40*	*57*	*6*	*1*	*1*	*6*	*115*	*39.9*
Nord	8	8	-	12	12	3	1	2	-	**46**	16.0
Ouest	5	3	6	11	17	2	-	-	3	**47**	16.3
Est	3	4	-	11	20	1	3	1	1	**44**	15.3
Total	**28**	**28**	**8**	**84**	**108**	**12**	**5**	**5**	**10**	**288**	
%	9.7	9.7	2.8	29.2	37.5	4.2	1.7	1.7	3.5		100

* Il s'agit d'une orientation sur un EMS (2), sur un EPSM (2) et d'une hospitalisation (1).
** Il s'agit du Foyer André NE (2), du Radeau FR (2) et du Torry FR (1).
NP = non pertinent

1.3 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour

Globalement, 81% des indications réalisées en 2017[6] ont été suivies d'une entrée en séjour.

Parmi les entrées, notamment aux Oliviers, certaines indications ont été faites en urgence ou suite à une incarcération, ce qui a pour effet d'élever le taux d'entrée suite à une indication. Dans ces situations d'urgence que permet la directive du DCISA (Dir. DCISA), le CI intervient après l'entrée, comme le veut la procédure (cf. chapitre 2.1).

Parmi les indications non suivies d'une entrée, il peut y avoir plusieurs motifs : la personne a modifié son projet, avant ou après la visite de l'ESE ; la personne est hospitalisée ; l'ESE n'a pas de place disponible rapidement.

On notera encore que le taux d'occupation moyen pour les institutions vaudoises en 2017 est élevé.

Tableau 3 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour résidentiel en 2017

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Extra VD	Total
Nbre d'indications 2017	28	28	8	84	108	12	5	273
Nbre d'indications 2017 suivies d'une entrée	21	21	6	73	90	8	2	221
%	**75.0**	**75.0**	**75.0**	**86.9**	**83.3**	**66.7**	**40.0**	**81.0**
Taux d'occupation moyen (2017)[7]	102%	87.3%	76.7%	82.5%	89.5%	96%		

2. Caractéristiques des séjours en 2017

Concernant les séjours, les données présentées ci-après sont établies sur l'état des entrées et sorties au 12 avril 2018 (données du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS))[8].

L'analyse des caractéristiques des séjours (délai entre indication et entrée, durée du séjour) est faite sur tous les séjours ayant eu lieu en 2017, quelle que soit la source de financement du séjour (SPAS ou Service pénitentiaire-SPEN) (N=216).

2.1 Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2017

Sur les 216 entrées prises en considération ici, 27 ont eu lieu avant l'indication (délai négatif), soit 12.5%.

Des entrées avant l'indication peuvent avoir lieu dans plusieurs situations, qui sont mentionnées dans la Dir. DCISA[9] sous le chapitre concernant les processus d'exceptions (pt.8) :

- Mandat pénal : des personnes entrent sur mandat de la Justice (art.59 et art.60) et, selon la procédure en place, sont vues par le centre d'indication (CI) dans les 10 jours qui suivent l'entrée.

[6] Les indications prises en compte ici sont celles pour lesquelles l'information d'entrée en séjour est pertinente et disponible : les orientations vers l'ambulatoire, ainsi que vers un établissement médico-social (EMS) ou encore l'hôpital n'ont pas été comptabilisées.
[7] Les données concernant les taux d'occupation ont été fournies par le SPAS. Ce taux est calculé sur la base du nombre de journées effectivement réalisées par rapport au nombre de journées budgétées. Dans ce calcul, seules les journées financées par le SPAS sont prises en compte (il n'y a donc pas celles financées par d'autres Services, comme le SPEN).
[8] La coordination opérationnelle reçoit ces informations par courriel, de manière systématique.
[9] Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA)

- Situation d'urgence : lorsque la personne est en situation de détresse et nécessite une mise à l'abri, l'ESE peut l'admettre en urgence et le CI intervient une fois la personne stabilisée, au plus tard dans les 10 jours.

La durée moyenne totale entre l'indication et l'entrée en ESE est de 13.3 jours. Elle s'élève à 17.3 jours si on ne tient compte que des délais positifs entre l'indication et l'entrée en ESE.

Tableau 4 Délai d'entrée en fonction des ESE en 2017

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Total
Délai d'entrée :							
- Moyenne (jour) total (N)	8.4 (19)	25.5 (19)	4.7 (6)	12.1 (75)	11.8 (89)	30.3 (8)	**13.3 (216)**
- Moyenne (jour) pour délai positif (N)	25.5 (12)	31.2 (17)	15.5 (4)	17.2 (62)	12.4 (86)	30.3 (8)	**17.3 (189)**

2.2 Nombre et durée des séjours terminés en 2017

249 séjours se sont terminés en 2017[10]. La durée moyenne de ces séjours est de 7.3 mois, soit plus exactement 220 jours (min-max : 2 jours – 3.7 ans). La médiane se situe à 144 jours (4.8 mois).

La proportion de courts séjours (3 mois et moins) est d'un tiers (32.9%). Ces séjours durent en moyenne un mois (32.8 jours).

Les ESE accueillant des personnes avec des problématiques plutôt alcool ont une proportion de courts séjours plus importante (env. 40%) que les ESE accueillant des personnes avec des problématiques plutôt multi-consommations (env. 20%).

Tableau 5 Nombre et durée des séjours terminés en 2017

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Autres VD*	Extra-canton**	**Total**
Sortie (N)	24	29	5	89	86	6	nd	10	249
Durée moyenne de séjour (en jours)	181	270	352	221	149	417	nd	585	220
Courts séjours (moins de 3 mois)									
Nbre	5	5	0	37	34	0	nd	1	82
% *	20.8	17.2	0	41.1	39.5	0		16.0	32.9
Nbre de jours moyen	30.4	47.2	0.0	36.6	40.9	0.0	nd	26.0	32.8
Longs séjours (plus de 18 mois)									
Nbre	1	3	1	10	2	2	nd	5	24
% *	4.2	10.3	20.0	11.2	2.3	33.3		50.0	9.6
Nbre de jours moyen	546	657	629	864	765.5	559.5	nd	964	802

*Lecture en colonne : il s'agit de la proportion de séjours par rapport au nombre de séjours terminés pour un ESE donné.
nd : non disponible

[10] Sur la base des données fournies par le SPAS, état au 12.04.2018.

3. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA

Pour la première année de fonctionnement du DCISA, 398 personnes différentes ont été intégrées dans le dispositif[11]. Pour une partie d'entre elles, cette intégration s'est effectuée lors d'une indication (N=268), pour d'autres lors du suivi d'une indication antérieure pour le DCIST et EVITA (N=130).

Les données présentées ci-après concernent les personnes vues pour la première fois dans le cadre du DCISA en 2017 pour une première indication DCISA, que le processus d'indication ait abouti ou non, et qui ont donné leur accord pour l'utilisation de leurs données à des fins de monitorage (N=252).
Les personnes vues dans le contexte d'une prolongation d'un séjour initié avant l'entrée en vigueur du DCISA sont exclues de l'analyse, tout comme les personnes vues dans le cadre d'une réorientation.
Le N total peut varier et être légèrement inférieur pour certaines questions en fonction des non réponses.

3.1 Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication)

L'âge moyen de la population vue pour une 1ère indication est de 43.7 ans (médiane : 44 ans). La proportion de femmes est de 24.6%, mais elle varie fortement selon les institutions (entre 10% et 28.6%) (cf. Tableau 6). La proportion de femmes est plus élevée dans les ESE spécialisés en alcoologie.

Plus de 2/3 des personnes (71%) sont suisses. Un tiers des personnes est parent d'enfants mineurs (cf. Tableau 7).

Tableau 6 Age et sexe des personnes vues pour une première indication en 2017*

	Bartimée (N=20)	Levant (N=20)	Relais (N=8)	Oliviers (N=69)	FEA (N=91)	Epi (N=10)	**Moyenne**
Age moyen	34.8	38.9	24.5	47.0	47.2	47.5	**43.7**
% femmes	10	15	50	27.5	28.6	10	**24.6**

Base : personnes vues pour une première fois en 2017 pour une indication
***** Le tableau ne montre pas les données pour les autres ESE du canton, ainsi que les ESE extra-cantonaux. Ils sont cependant pris en compte dans la colonne indiquant la moyenne.

Un peu plus d'un tiers des personnes a uniquement un niveau de formation élémentaire : 36% n'ont pas de titre de formation secondaire II (AFP, CFC, diplôme, maturité (cf. Tableau 7).

Plus de la moitié des personnes (52%) a son propre logement au moment de la 1ère indication en 2017, 14% se déclarent SDF et 12% sont logés de manière stable chez des amis ou dans la famille. A notre qu'une personne sur 10 est à l'hôpital au moment de l'indication (cf. Tableau 7). Les ESE qui accueillent une population avec un problème d'alcool présentent une proportion de personnes avec un logement stable supérieur à la moyenne, alors que les ESE accueillant plutôt des personnes toxicodépendantes ont de manière prépondérante une population SDF (cf. Tableau 11 en annexe).

Les ressources financières sont constituées essentiellement par le revenu d'insertion (RI) pour 48% de l'effectif et des prestations de l'assurance invalidité (AI) pour un cinquième des personnes (19%) (cf. Tableau 7).

La majorité des personnes (71%) n'est pas concernée par une mesure civile (6% de placements à des fins d'assistance et 23% sous curatelle).

[11] Il s'agit ici de toutes les personnes qui ont eu au moins un contact avec le DCISA au cours de l'année 2017, indépendamment du fait qu'elles aient donné leur accord ou non pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques.

Tableau 7 Caractéristiques sociodémographiques générales des personnes vues pour une première indication en 2017

	2017	
	N	%
Etat civil	**243**	
Célibataire	126	52
Marié/e	26	11
Séparé/e, divorcé/e	86	35
Veuf/ve	5	2
Nationalité	**242**	
Suisse	172	71
Etrangère	70	29
Type de logement	**245**	
Propre logement	128	52
Stable dans la famille, proches	29	12
Sans domicile fixe	34	14
ESE ou EMS	20	8
Hôpital	24	10
Prison	1	0
Autre	9	4
Parent d'enfants mineurs	**240**	
Oui	78	33
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	**247**	
Sans titre secondaire II	**90**	**36**
Aucune scolarité menée à terme	16	6
Scolarité obligatoire	71	29
Formation de transition	3	1
Avec titre secondaire II	**157**	**64**
Apprentissage, école professionnelle	106	43
Maturité, diplôme d'études secondaires supérieures	13	5
Formation professionnelle supérieure	13	5
Haute école	13	5
Université	11	5
Autre formation	1	0
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	**243**	
Salaire	20	8
Chômage	12	5
AI	46	19
RI	116	48
Aucune	23	9
Autre (N=241)	39	16

	2017	
	N	%
Mesure civile (plusieurs réponses possibles)	**232**	
Plafa (placement à des fins d'assistance)	14	6
Curatelle	53	23
Aucune	165	71

3.2 Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI)

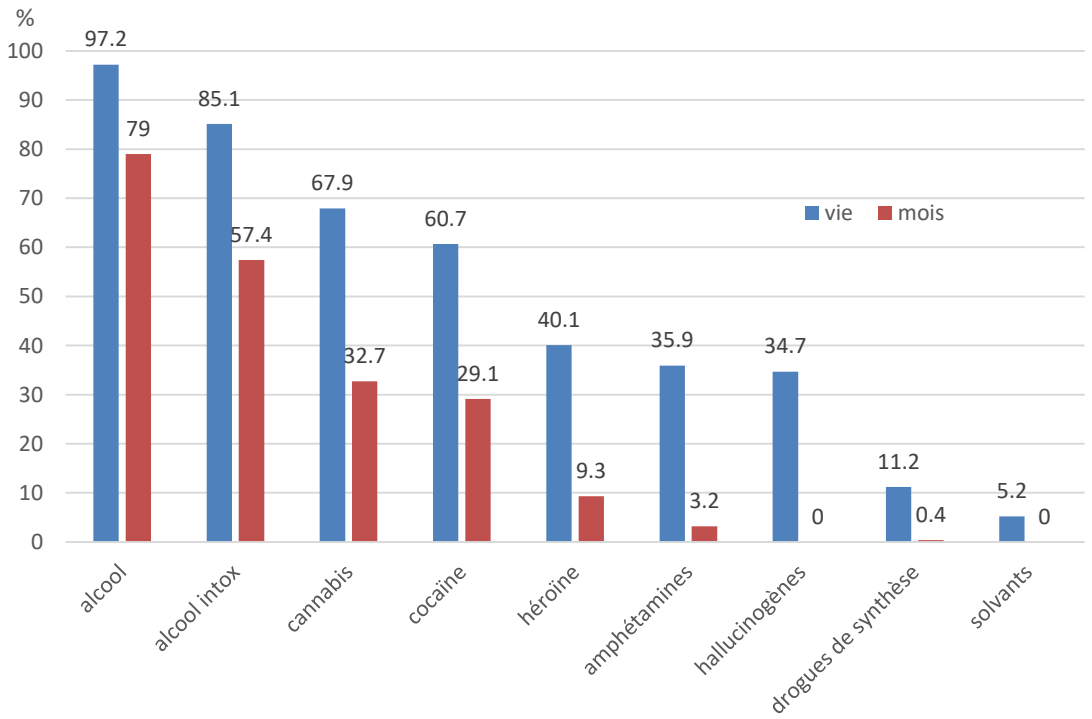
L'alcool est la substance la plus consommée à vie (97.2% pour alcool et 85.1% pour alcool jusqu'à intoxication) (cf. Figure 2). Plus de deux tiers des personnes (67.9%) rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ensuite, vient la cocaïne avec 60.7%, puis l'héroïne dont la consommation à vie s'élève à 40.1%. Les amphétamines et les hallucinogènes concernent un peu plus du tiers du collectif (35.9% et 34.7% respectivement). Un peu moins d'une personne sur cinq (16.4%) a consommé d'autres drogues au cours de sa vie.

Les principales substances consommées au cours du dernier mois avant l'indication sont l'alcool (79%), le cannabis (32.7%) et la cocaïne (29.1%) (cf. Figure 2).

Les profils de consommation varient en fonction des institutions. Les personnes orientées vers la FEA ou vers l'Epi consomment de l'alcool de façon prépondérante. Les autres établissements (Bartimée, Levant, Oliviers) accueillent une population ayant un profil de multi-consommation plus marqué (cf. Figure 19 en annexe).

En termes de mode de consommation prédominant, les usager.ère.s du DCISA disent principalement sniffer et fumer l'héroïne (cf. Tableau 13 en annexe), plutôt que d'injecter le produit.

Figure 2 Consommation des personnes vues pour une première indication en 2017



L'injection de substances psychotropes au cours de la vie concerne un quart (25%) du collectif (cf. Tableau 8). Si l'on ne prend en compte que les personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie une substance potentiellement injectable (héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse), la proportion d'injecteurs au cours de la vie s'élève à 39%.

Parmi les personnes concernées par l'injection, 60% l'ont pratiquée au cours des 12 derniers mois et 43% au cours du dernier mois. La quasi-totalité des personnes (86%) ayant eu une pratique active d'injection au cours de la dernière année l'a fait sans échanger de matériel souillé avec d'autres personnes. Ce constat est encore plus probant pour les injecteurs au cours du dernier mois (96% sans échanges).

En ce qui concerne certaines conséquences directes de consommation, 15% des personnes disent avoir eu un delirium tremens au cours du dernier mois et 14% une overdose[12].

Tableau 8 Données concernant la consommation

	2017	
	N	%
Prévalence de la multi-consommation au cours du dernier mois	**246**	
	177	72
Prévalence de l'injection au cours de la vie	**247**	
	61	25
Prévalence de l'injection au cours de la vie chez les personnes ayant consommé au moins une fois une substance potentiellement injectable*	**156**	
	61	39
Age de la première injection	**59**	
Moyenne		24 ans
Médiane		22 ans
Injection au cours des 12 derniers mois	**60**	
Personnes ayant injecté au cours des 12 derniers mois parmi les injecteurs à vie	36	60
Sans échanges	*31*	*86*
Avec quelques échanges	*4*	*11*
Avec fréquents échanges	*1*	*3*
Injection au cours du derniers mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	**58**	
Personnes ayant injecté au cours du 12 dernier mois parmi les injecteurs à vie	25	43
Sans échanges	*24*	*96*
Avec quelques échanges	*1*	*4*
Avec fréquents échanges	*0*	*0*
Prévalence du delirium tremens au cours du dernier mois	**246**	
	38	15
Prévalence de l'overdose au cours du dernier mois	**241**	
	34	14

***** Pour créer cet indicateur, nous nous sommes basés sur les personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines ou des drogues de synthèse. Nous avons volontairement exclu les personnes ayant consommé des somnifères, étant donné que nous aurions alors pris en compte très certainement beaucoup de personnes n'ayant consommé que de l'alcool et des médicaments.

[12] Une overdose est considérée comme telle lorsqu'il y a eu besoin de l'intervention d'un tiers pour réanimer la personne.

3.3 Données concernant la santé physique, les relations interpersonnelles et l'état psychologique en 2017 (échelles B, C et D de l'ASI)

Pour cette échelle, il est utile de préciser que l'ASI permet de faire un bilan de l'état psychologique de la personne et qu'en aucun cas il ne sert à établir un diagnostic psychiatrique. L'ASI s'appuie sur des éléments rapportés par les personnes.

En moyenne, le nombre d'hospitalisations au cours de la vie pour un problème de santé physique se situe à 4.3 (médiane : 2.0) (cf. Tableau 9)[13]. Ce nombre est inférieur en ce qui concerne les hospitalisations pour un problème psychologique ou émotionnel (moyenne : 3.4 ; médiane : 1).

Plus d'une personne sur deux (55%) a été hospitalisée au moins une fois dans sa vie pour un problème psychologique ou émotionnel.

En ce qui concerne les prises en charge ambulatoires de problèmes psychologiques ou émotionnels, ¾ du collectif DCISA (75%) y a eu recours. Le nombre moyen de ces prises en charge est de 2.2 (médiane : 1) (cf. Tableau 9).

Tableau 9 Données concernant la santé physique et l'état psychologique des personnes vues pour une première indication en 2017

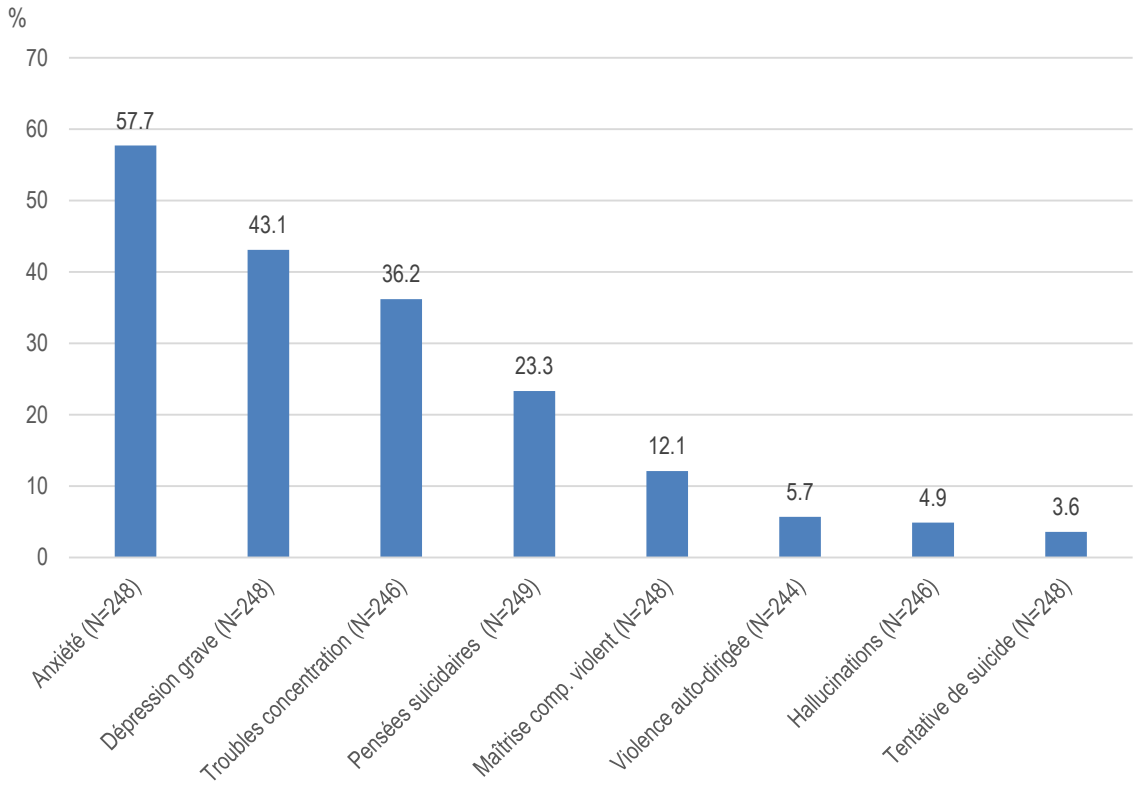
	2017	
	N	%
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	**237**	
Moyenne		4.3
Médiane		2
Personnes hospitalisées pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	**132 (N total = 242)**	55
Nombre d'hospitalisations par personne		
Moyenne		3.4
Médiane		1
Personnes prises en charge en ambulatoire pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	**181 (N total = 243)**	75
Nombre de prise en charge ambulatoire par personne		
Moyenne		2.2
Médiane		1
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	**243**	
Moyenne		16.8
Médiane		15
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	**168 (N total = 243)**	68

[13] Les moyennes et les médianes concernant les données sur la santé physique et psychologique prennent en compte toutes les réponses, dont celles des personnes n'étant pas concernées (réponse égale à 0) et celles ayant un chiffre très élevé (réponse égale à 98). C'est pourquoi, la médiane informe plus justement de la réalité, car l'importance des chiffres élevés est nuancée.

Plus de deux tiers des personnes (68%) ont reçu une médication au cours du dernier mois pour un problème lié à leur état psychologique ou émotionnel. Plus de 50% des personnes vues ont déclaré souffrir de tels problèmes durant au moins 15 jours le mois précédent l'entrevue (moyenne : 16.8 jours).

La prévalence, au cours du dernier mois, de troubles psychologiques ou émotionnels rapportés par les personnes concernées (cf. Figure 3) donne plusieurs informations. 57.7% des personnes estiment souffrir d'anxiété, 43.1% de dépression grave et près d'un quart (23.3%) exprime avoir eu des pensées suicidaires. Plus d'un tiers des répondant.e.s (36.2%) fait état de troubles de la concentration.

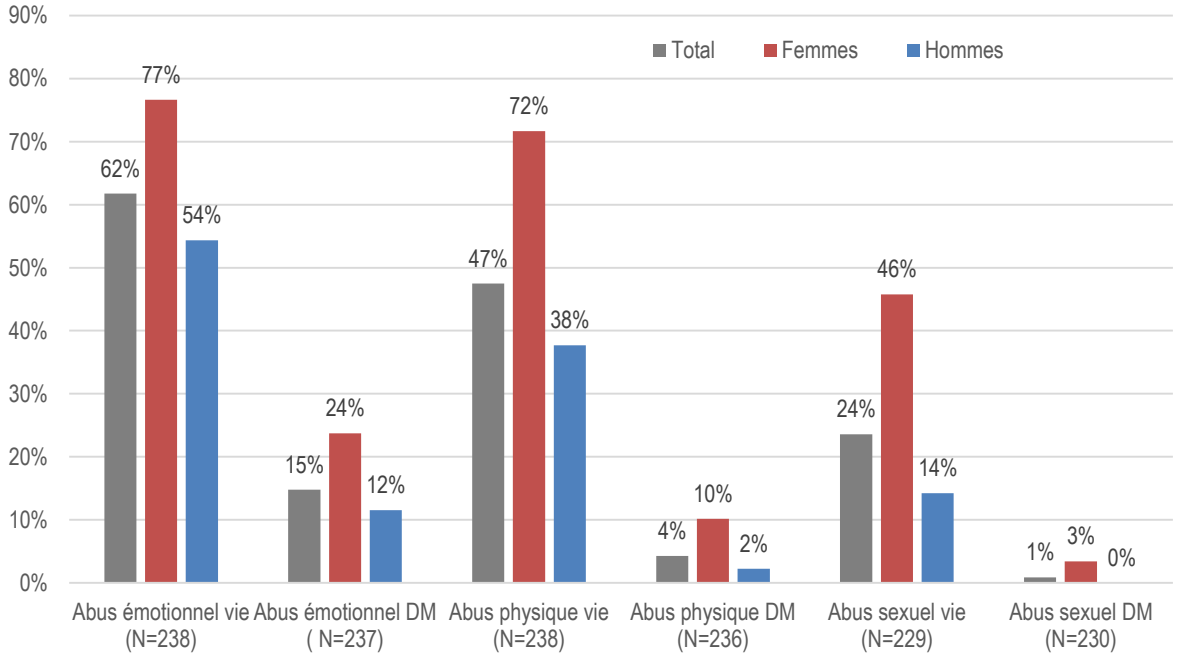
Figure 3 Troubles psychologiques ou émotionnels, au cours du dernier mois, rapportés par les personnes vues pour une première indication en 2017



La Figure 4 décrit les abus émotionnels, physiques et sexuels subis. Par abus émotionnel, on entend principalement les cas d'abus se manifestant par de la violence verbale.

62% des personnes concernées disent avoir été abusées émotionnellement au cours de leur vie. Un peu moins de la moitié des personnes a subi des abus physiques (47%) et un quart (24%) rapporte avoir été victime d'abus sexuels. Les femmes sont beaucoup plus concernées que les hommes pour les trois formes d'abus.

Figure 4 Abus au cours de la vie / du dernier mois des personnes vues pour une première indication en 2017



Ne sait pas ou refus	2.9%	2.1%	2.5%	2.1%	5.8%	4.6%
Données manquantes	2.8%	4.0%	3.2%	4.4%	3.6%	4.4%

NB : Le taux de non réponses pour la partie du questionnaire centrée sur les abus est légèrement plus élevé que pour les autres questions, mais reste faible étant donné la sensibilité de la question. La proportion s'élève à 6% pour les abus émotionnel et physique, dont un peu plus de 2% de personnes qui ne savent pas ou refusent de répondre. On relève 9% de non réponses pour l'abus sexuel, dont 4.6% qui ne savent pas ou refusent de répondre. Répondre à ces questions ne semble pas constituer un frein pour la personne concernée.

3.4 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication

Le rapport d'indication contient une section relative aux buts / objectifs poursuivis par la personne concernée au moment de sa demande de séjour résidentiel, et ceci pour chacune des dimensions de l'ASI. Les réponses ne sont pas exclusives entre elles.

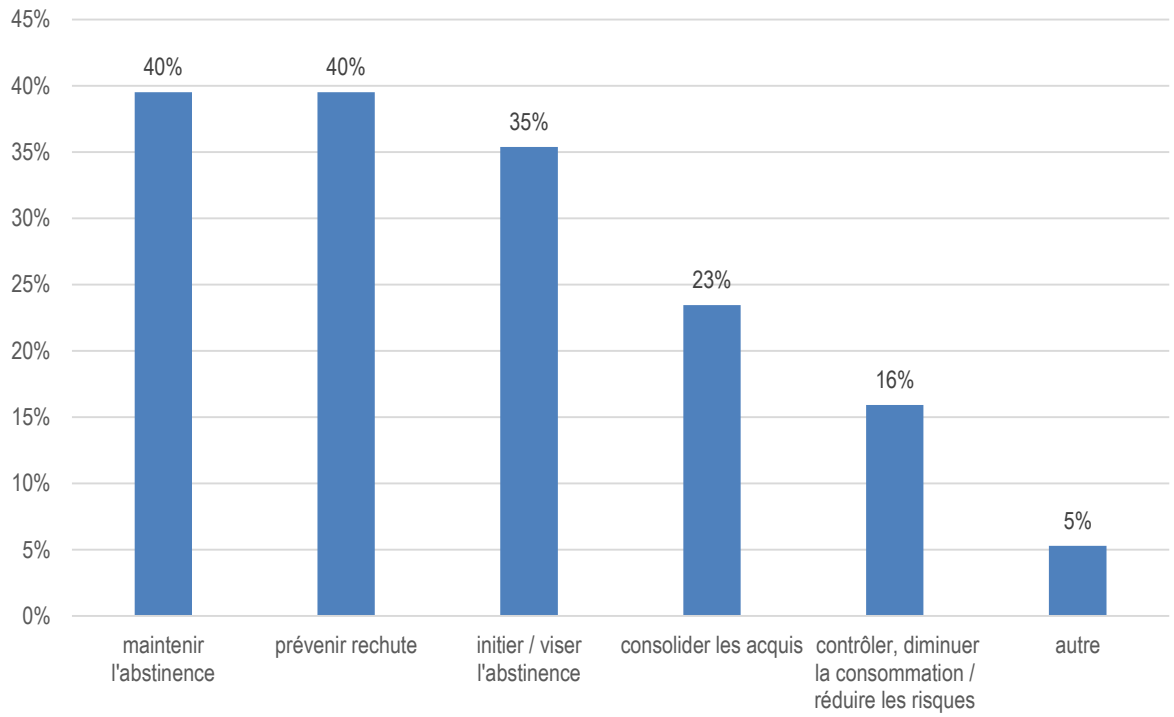
Dans les lignes qui suivent, nous présentons les données de manière globale. Les données en fonction des ESE se trouvent en annexes (cf. Figure 20 à Figure 26).

3.4.1 Buts poursuivis : dimension *Consommation d'alcool*

Concernant la consommation d'alcool, 40% des personnes souhaitent maintenir leur abstinence et prévenir la rechute. Près d'un quart des personnes (23%) dit vouloir consolider leurs acquis.

Un peu plus du tiers des personnes (35%) souhaite initier, ou viser à terme, une abstinence. Une personne sur 6 (15%) est plutôt dans une demande de contrôle de sa consommation.

Figure 5 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Consommation d'alcool* (N=243) *(plusieurs réponses possibles)*



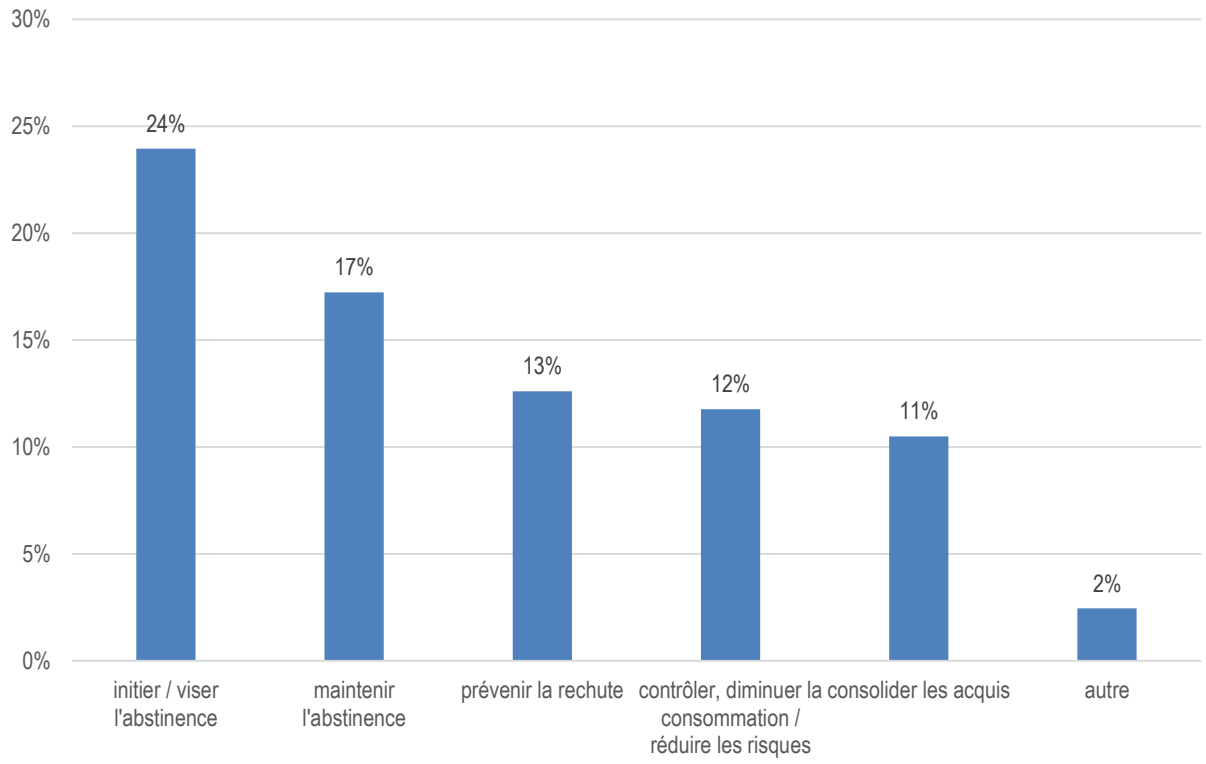
Dans la catégorie *Autre*, les personnes ont par exemple mentionné le besoin de mettre en place un suivi ambulatoire (N= 2), d'apprendre à vivre sans alcool (N=4), ou de comprendre l'addiction (N=1).

3.4.2 Buts poursuivis : dimension *Consommation de drogues*

La demande première pour les personnes consommant des drogues vise l'abstinence (24%), et le maintien de celle-ci est mentionné par 17% des personnes.

Sous l'item *Autre,* il est fait mention d'arrêter la méthadone ou les benzodiazépines (N=2), de participer aux réunions des narcotiques anonymes (NA) (N=1) ou encore de maintenir un statu quo (N=1).

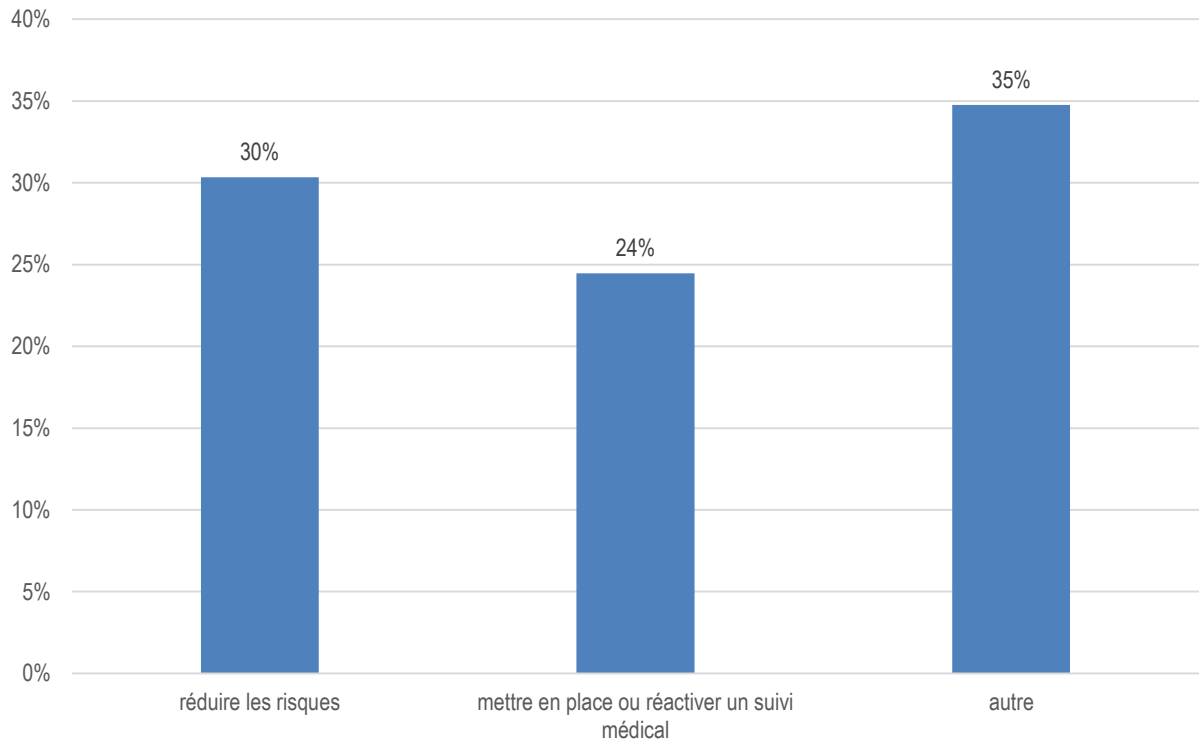
Figure 6 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Consommation de drogues* (N=238) *(plusieurs réponses possibles)*



3.4.3 Buts poursuivis : dimension *Santé physique*

En ce qui concerne la santé physique, il semble que les éléments relevés dans le rapport d'indication ne décrivent pas suffisamment bien les objectifs qui peuvent être poursuivis par les personnes concernées. En effet, plus d'un tiers d'entre elles se réfère à l'item *Autre*. Parmi les citations les plus courantes, on retrouve 33 fois (51%) le fait de poursuivre une prise en charge déjà mise en place, 14 fois (22%) des éléments en lien avec l'hygiène de vie (retrouver des habitudes saines, retrouver le sommeil, se mettre au sport, etc.), 5 mentions en lien avec le poids (perdre ou prendre du poids) et 5 mentions concernant les hépatites, notamment initier un traitement pour l'hépatite C.

Figure 7 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Santé physique* (N=234) *(plusieurs réponses possibles)*

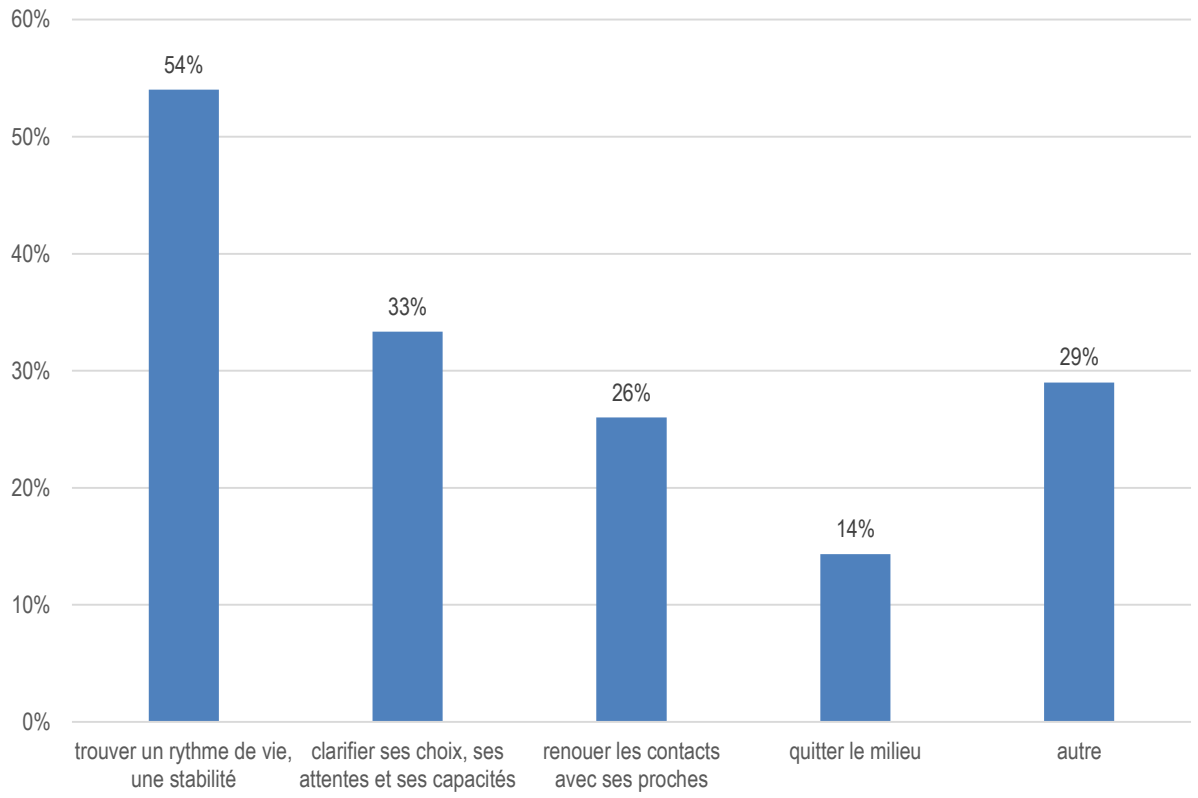


3.4.4 Buts poursuivis : dimension *Relations familiales et interpersonnelles*

En ce qui concerne les relations sociales, une majorité des personnes (54%) souhaite trouver une stabilité, un rythme de vie et un tiers (33%) a besoin de clarifier ses choix et attentes.

Un quart (26%) dit avoir besoin de renouer avec ses proches. Il faut noter que la plupart des mentions faites dans la catégorie *Autre* se rattache aussi à la sphère familiale ou des proches : maintien des liens (N=19), créer des liens ou un réseau hors consommation (N=11) ou au contraire prendre de la distance d'avec ses proches (N=6), et finalement besoin de rassurer son entourage (N=5).

Figure 8 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension des relations familiales et interpersonnelles (N=237) *(plusieurs réponses possibles)*



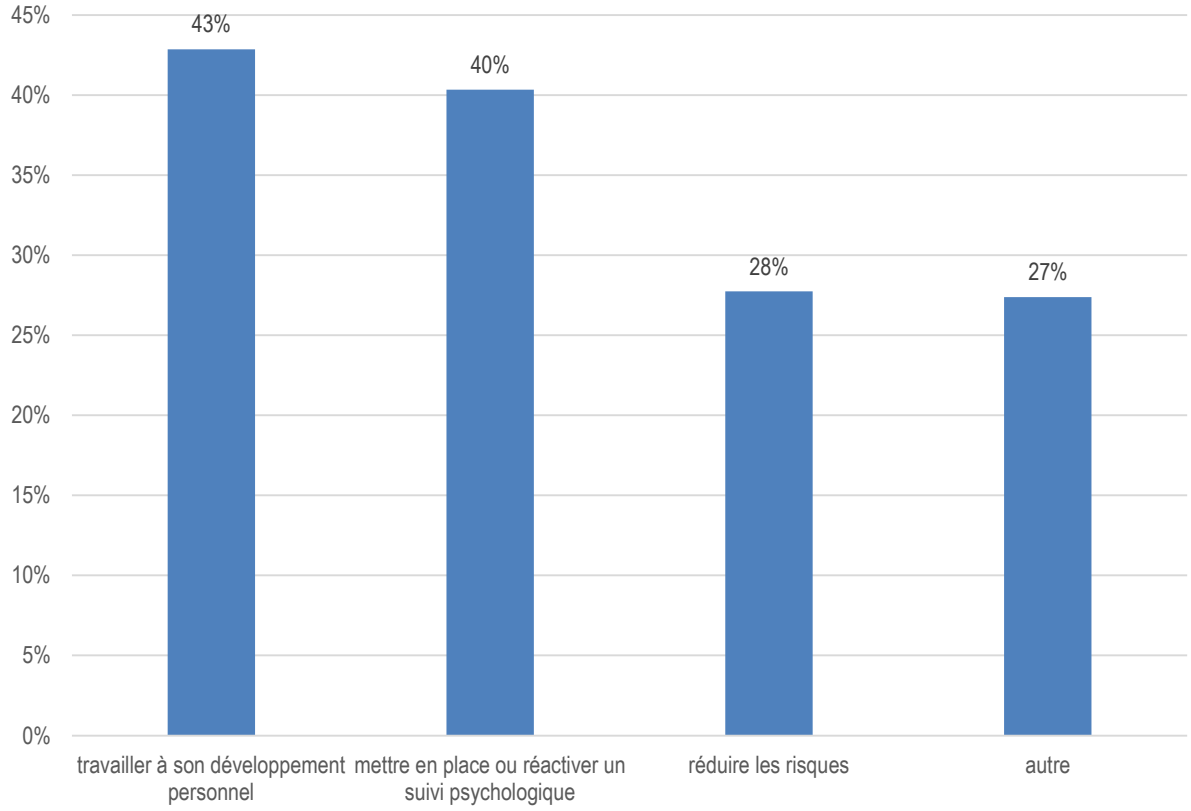
3.4.5 Buts poursuivis : dimension *Etat psychologique*

Pour ce qui est de la dimension *Etat psychologique*, 43% des personnes se fixent comme objectif de travailler leur développement personnel.

Deux personnes sur 5 souhaitent mettre en place ou réactiver un suivi psychologique. Il faut noter que parallèlement, sous l'item *Autre*, 24 personnes (soit 49% des mentions *Autre*) ont cité vouloir poursuivre le suivi actuellement mis en place. Cinq personnes disent avoir besoin d'adapter le traitement actuel, le diminuer ou le supprimer.

Dans *Autre*, on retrouve aussi 10 mentions en lien avec la gestion des émotions (gérer ses émotions, gérer l'impulsivité ou encore apprendre à gérer la frustration) ou la stabilisation de l'état psychologique.

Figure 9 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Etat psychologique* (N=238) *(plusieurs réponses possibles)*

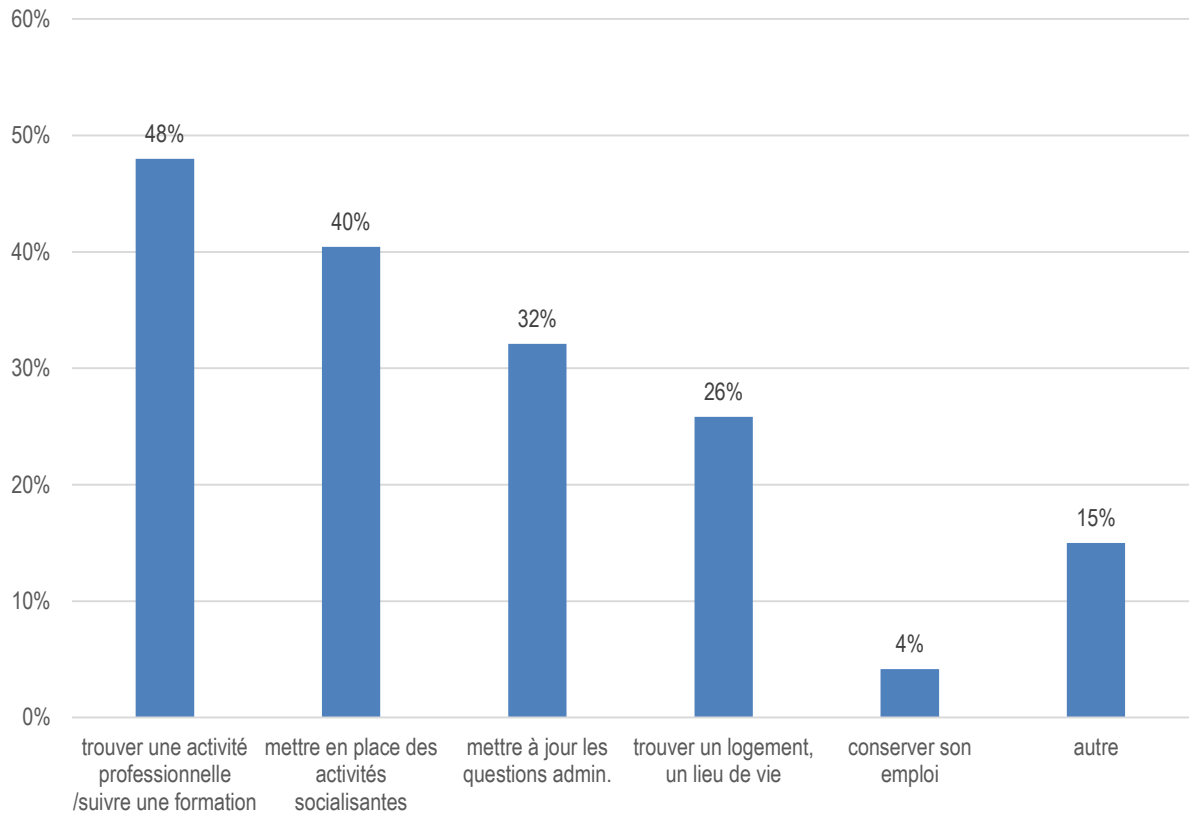


3.4.6 Buts poursuivis : dimension *Emploi et ressources*

Dans le domaine de l'emploi et des ressources, près de la moitié des personnes (48%) souhaite trouver une activité professionnelle ou suivre une formation. Seuls 4% ont un emploi (qu'ils désirent conserver) au moment de la demande d'indication.

Deux personnes sur cinq (40%) ressentent le besoin de mettre en place des activités socialisantes, par ex des activités de bénévolat. Trouver un logement préoccupe un quart des personnes concernées (24%).

Figure 10 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Emploi et des ressources* (N=240) *(plusieurs réponses possibles)*

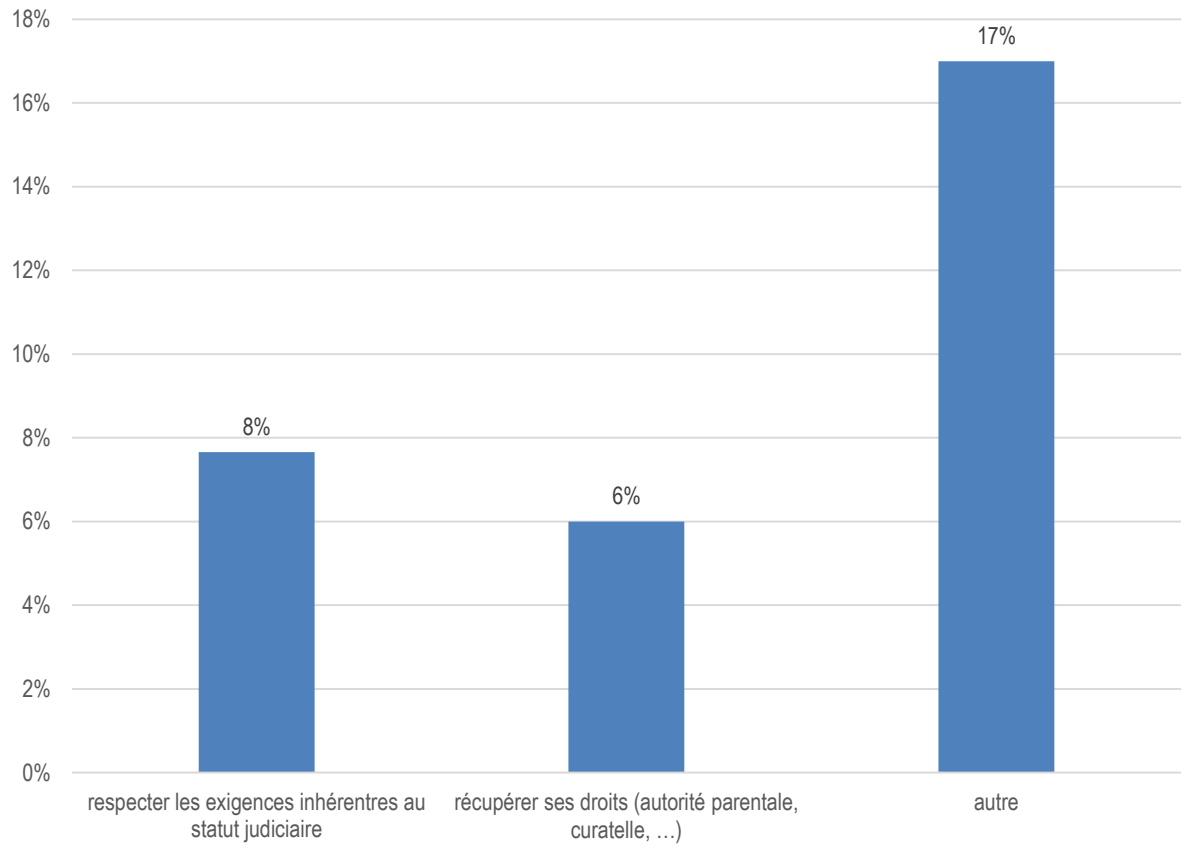


3.4.7 Buts poursuivis : dimension *Justice et administration*

Pour ce qui est de la dimension concernant la situation judicaire de la personne, 6% des personnes disent avoir pour objectif de récupérer leurs droits, notamment la garde des enfants.

Dans la catégorie *Autre* (17%, N=29), on retrouve une grande diversité d'objectifs cités, parmi lesquels la récupération du permis de conduire (N=5) ou un besoin de clarification de la situation judiciaire (N=4).

Figure 11 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Justice et administration* (N=235)



3.5 Profils de gravité et besoin additionnel de traitement

L'ASI recouvre 7 dimensions relatives à la situation des bénéficiaires, évaluées au moyen de 6 échelles :

- La consommation d'alcool et de drogues (Echelle A).
- La santé physique (Echelle B).
- Les relations familiales et interpersonnelles (Echelle C).
- L'état psychologique (Echelle D).
- L'emploi et les ressources (Echelle E).
- La situation au niveau de la justice et de l'administration (Echelle F).

Pour chaque dimension, il existe une évaluation qualitative nommée profil de gravité. Ce profil de gravité comprend deux indices : celui de la gravité de la situation et celui du besoin additionnel de traitement.

L'évaluateur inscrit un indice de gravité et de besoin additionnel sur une échelle de 0 à 9, en prenant en considération les réponses données par le ou la bénéficiaire, sa propre appréciation, ainsi que l'appréciation de la gravité ou du besoin additionnel de traitement estimé par la personne elle-même. Plus le profil est élevé, plus la personne concernée rencontre des problèmes relatifs à la dimension en question. Le total maximal des profils cumulés pour un.e bénéficiaire peut s'élever à 63.

Les moyennes des profils de gravité et des besoins additionnels de traitement pour les ESE vers lesquels peu de personnes ont été orientées (petit N) peuvent être fortement influencées par quelques personnes présentant des profils de gravité très élevés ou très faibles.

3.5.1 Résultats pour les personnes vues pour une première indication en 2017

Les indices de gravité et de besoins additionnels de traitement des personnes varient selon les ESE vers lesquelles elles ont été indiquées. En effet, les diagrammes en étoile reproduits sur les figures suivantes (Figure 12, Figure 13, Figure 14 et Figure 15) révèlent des profils et des besoins contrastés.

Les personnes orientées sur des ESE qui accompagnent traditionnellement des personnes ayant des problèmes d'alcool ont des profils plus élevés sur cette dimension (7.8 pour la Fondation l'Epi et 7.6 pour la Fondation Estérelle-Arcadie). Les personnes orientées à La Fondation Bartimée et à la Fondation du Levant ont des valeurs importantes sur la dimension drogues, respectivement 6.7 et 6.2. La population orientée sur La Fondation des Oliviers est plus diversifiée. Les valeurs concernant la dimension de l'emploi et des ressources des personnes indiquées sur le foyer de la Fondation Le Relais, sont plus importantes que pour les autres ESE, ce qui est en lien avec les prestations spécifiques offertes par cet ESE.

Concernant l'indice de besoins additionnels de traitement, globalement et pour chacun des ESE, la forme que prend le graphique en étoile est très proche de celle observée pour les indices de gravité. Cependant, les étoiles apparaissent plus réduites, les indices de besoins additionnels étant sensiblement moins élevés.

Sur la dimension des consommations, les indices de besoin additionnel sont très proches des indices de gravité, quel que soit l'ESE concerné, ce qui confirme le besoin d'indication de la personne vers une prestation résidentielle. De même, les indices concernant la dimension de l'emploi et des ressources, ainsi que celui concernant la dimension judiciaire, ne présentent que très peu de différence.

Pour les dimensions de l'état de santé psychologique et des relations familiales, les indices de besoin additionnel sont légèrement moins élevés.

La dimension de la santé physique, en revanche, présente une différence importante, avec des indices de besoin additionnel inférieurs pour tous les ESE, sauf le Relais. On peut émettre l'hypothèse que les personnes concernées ont déjà une prise en charge suffisante à ce niveau-là.

Figure 12 Profils de gravité des personnes vues pour une première indication en 2017 en fonction des ESE (échelle allant de 0 à 9)

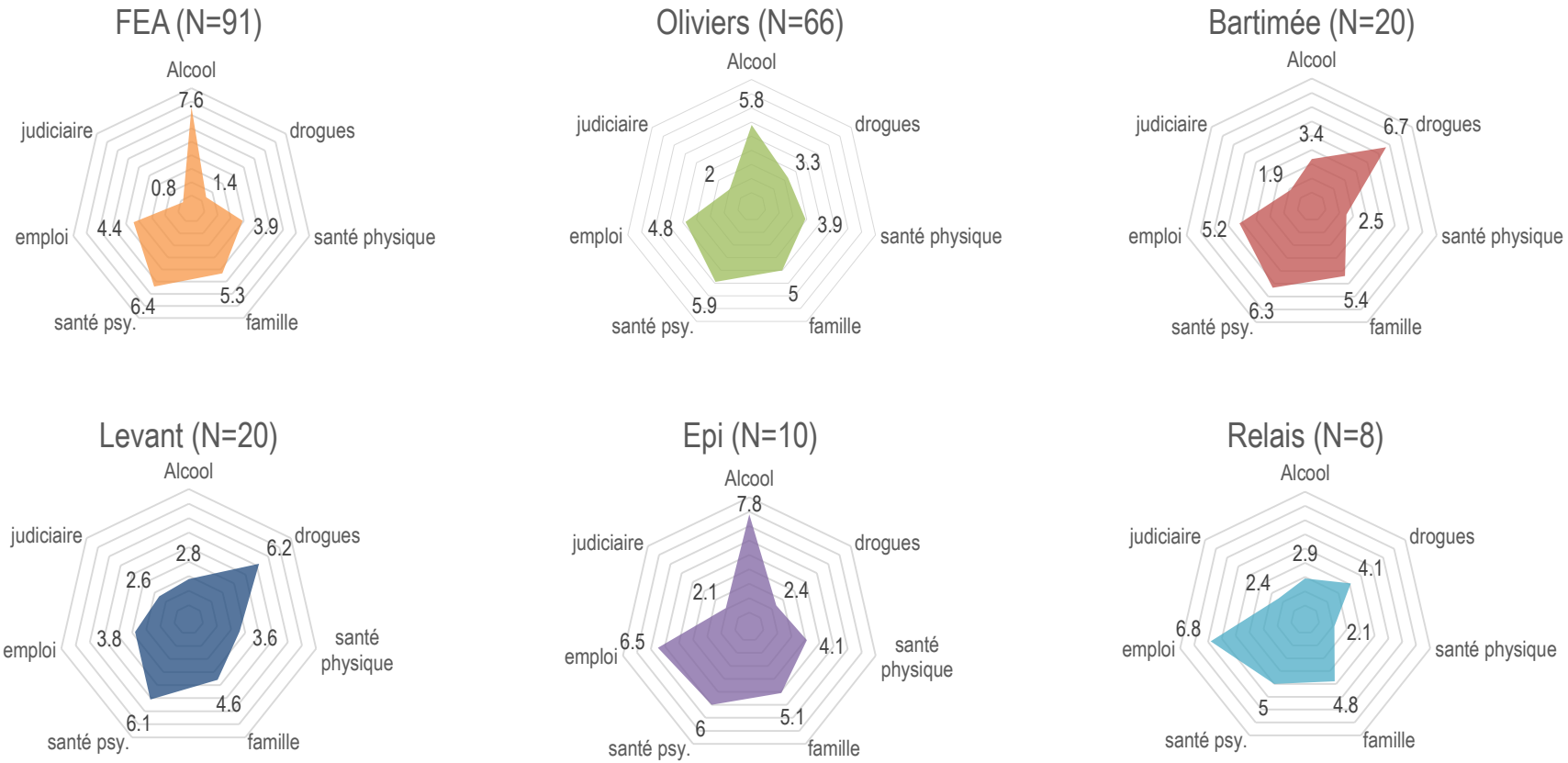


Figure 13 Profils de gravité des personnes vues pour une première indication en 2017 (échelle allant de 0 à 9)

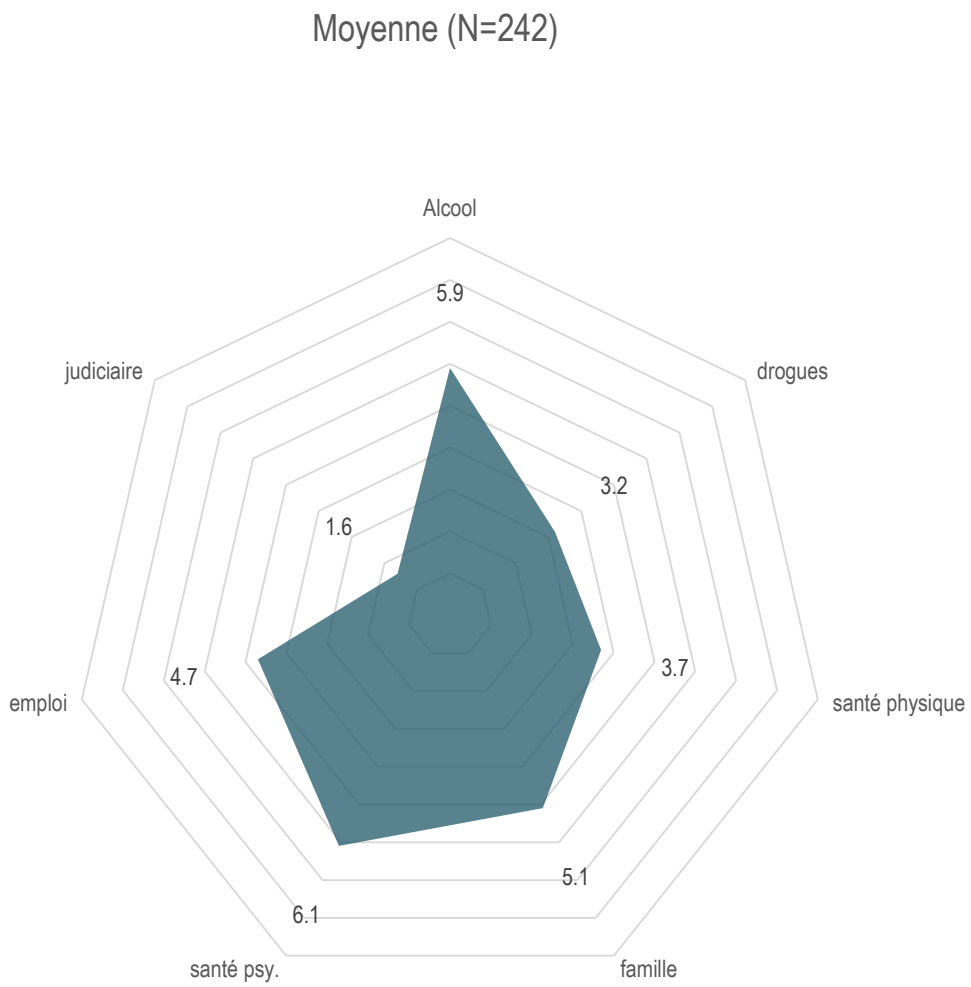


Figure 14 Besoin additionnel de traitement des personnes vues pour une première indication en 2017 en fonction des ESE (échelle allant de 0 à 9)

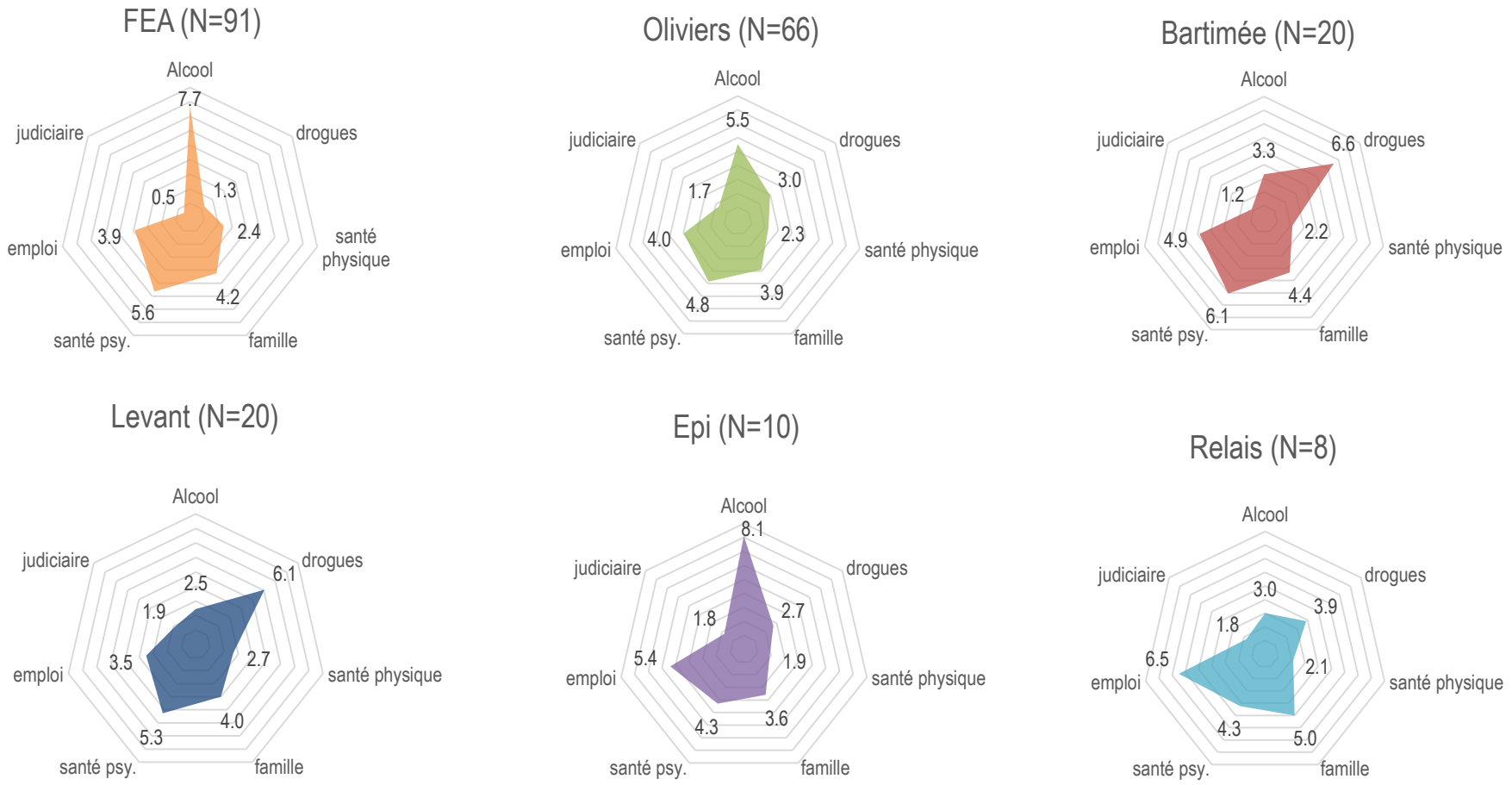
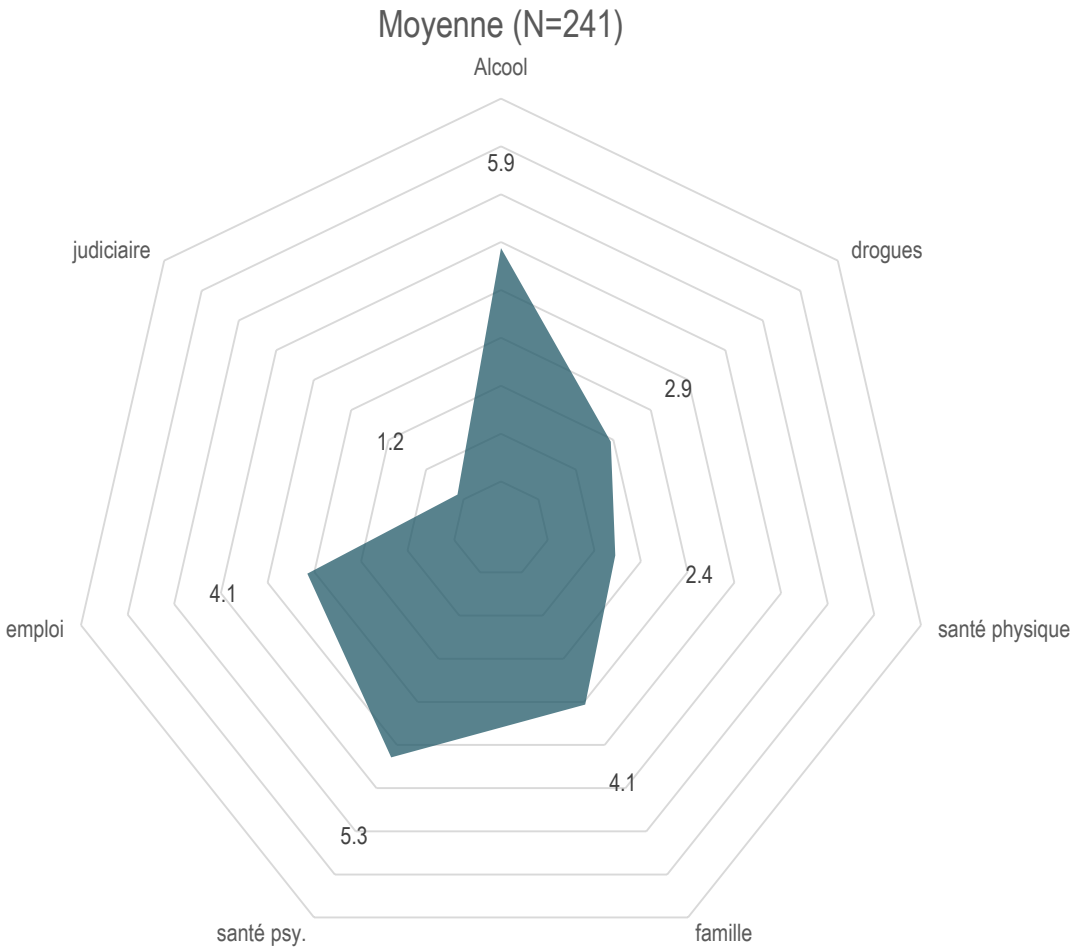


Figure 15 Besoin additionnel de traitement des personnes vues pour une première indication en 2017 (échelle allant de 0 à 9)



3.6 Scores composés

L'ASI permet de dresser une évaluation qualitative par les profils de gravité (cf. chapitre 3.5). Cependant, les profils de gravité mettent en avant une estimation subjective de la problématique et ne sont pas adéquats comme outils de mesure du changement. C'est pourquoi, une deuxième échelle de mesure a été développée, s'appuyant sur la somme de questions objectives (événements) à l'intérieur d'une dimension de l'ASI. Plusieurs questions dans chaque dimension ont été sélectionnées. Pour les sélectionner, une méthode empirique mettant ensemble les questions de chaque dimension pouvant montrer le changement et ayant un lien entre elles a été développée et testée statistiquement. Ensuite, les items sélectionnés dans chaque dimension ont fait l'objet d'un calcul mathématique (algorithme) pour leur donner un poids équivalent. Une formule différente dans chaque dimension en fonction des items sélectionnés donne un résultat nommé score composé. Le score composé donne une valeur située entre 0 et 1. Plus le résultat est proche de 1, plus le problème est conséquent dans la dimension étudiée. Il faut noter que les dimensions ne sont pas constituées des mêmes items et ne peuvent donc pas être comparées entre elles. Ce qui rend le score intéressant est le fait de pouvoir le comparer entre différents groupes de personnes ou à des périodes différentes[14]. En revanche, il n'est pas possible de comparer les scores des différentes dimensions entre eux.

3.6.1 Résultats pour les personnes vues pour une première indication en 2017

Globalement, les résultats moyens des scores composés pour chacune des dimensions sont relativement similaires entre les ESE. Cependant, certaines différences de scores composés entre les ESE sont semblables aux différences observées pour les profils de gravité (cf. Tableau 10, ainsi que Figure 27 et Figure 28 en annexe).

Les personnes indiquées à l'Epi et à la FEA présentent les scores les plus élevés sur la dimension *Consommation d'alcool.* De même, les personnes indiquées au Levant et à Bartimée cumulent les plus hauts scores sur la dimension *Consommation de drogues*.

Par ailleurs, un score légèrement plus élevé sur les dimensions *Santé physique* est à noter pour les bénéficiaires du Levant. Les scores sur la dimension *Etat psychologique* sont plus élevés pour les personnes indiquées à Bartimée.

A ce jour, nous n'avons pas assez d'ASI complétés au moment de la sortie des ESE pour faire une comparaison des scores au moment de l'indication et à la sortie de l'ESE fiable statistiquement. Sur les 40 suivis de fin de séjour, 14 d'entre eux permettent d'effectuer cette comparaison.

Toutefois, il est possible de dégager une observation principale. Une baisse de la gravité de la situation des personnes est observée sur toutes les dimensions entre le moment de l'indication et la sortie de l'ESE (cf. Figure 16).

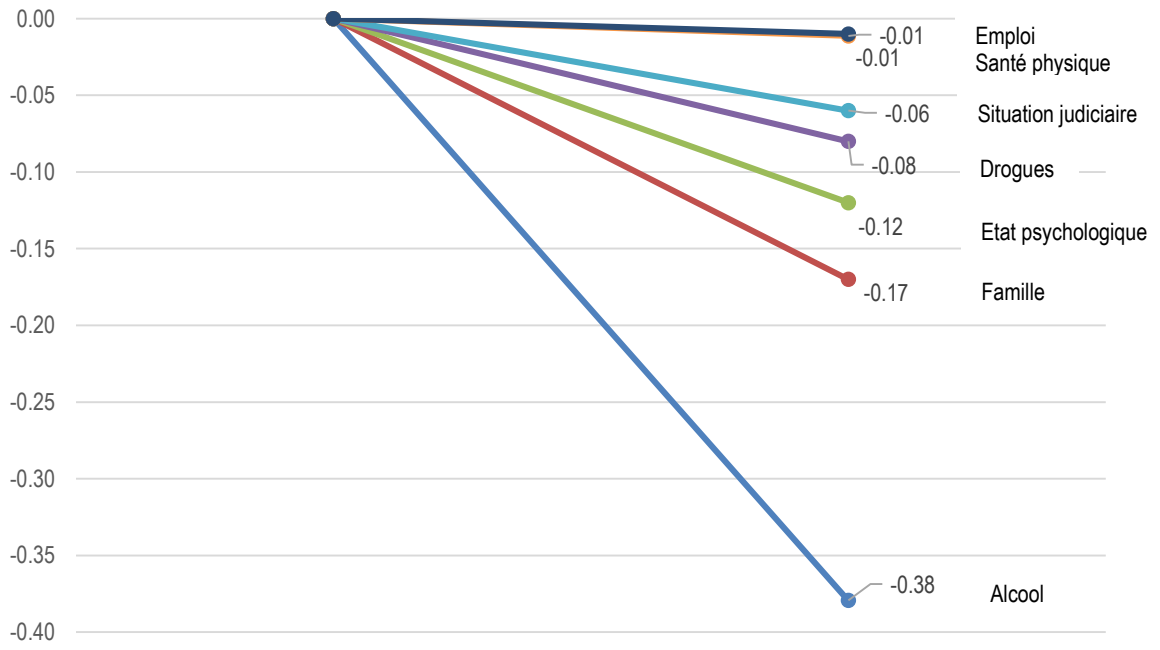
[14] Peggy L. MCGAHAN, Jeffrey A. GRIFFITH, Richard PARENTE et A. Thomas MCLELLANN, *Composite Scores Manual*, Treatment Research Institute Philadelphia, PA, 1986.

Tableau 10 Scores composés pour les personnes indiquées en 2017, selon les dimensions de l'ASI et par ESE

	Fondation Estérelle-Arcadie	Fondation des Oliviers	Fondation Bartimée	Fondation du Levant	Fondation l'Epi	Fondation Le Relais	Moyenne*
Consommation d'alcool	**0.64** (N=78)	0.47 (N=54)	0.31 (N=16)	0.17 (N=15)	**0.70** (N=9)	0.23 (N=7)	**0.50** (N=205)
Consommation de drogues	0.11 (N=91)	0.19 (N=68)	**0.29** (N=20)	**0.31** (N=18)	0.17) (N=10	0.18 (N=8)	**0.17** (N=248)
Santé physique	0.41 (N=91)	0.38 (N=68)	0.31 (N=20)	**0.44** (N=20)	0.33 (N=10)	0.16 (N=8)	**0.38** (N=247)
Relations familiales	0.32 (N=81)	0.32 (N=62)	0.34 (N=16	0.27 (N=18)	0.34 (N=9)	0.27 (N=8)	**0.31** (N=221)
Etat psychologique	0.39 (N=88)	0.38 (N=68	**0.44** (N=20)	0.35 (N=19)	0.41 (N=10)	0.28 (N=8)	**0.38** (N=245)
Emploi et ressources	0.74 (N=85)	0.80 (N=60)	0.81 (N=18)	0.91 (N=19)	0.83 (N=10)	0.83 (N=8)	**0.79** (N=230)
Situation judiciaire	0.05 (N=88)	0.13 (N=64)	0.11 (N=19)	0.15 (N=20)	0.13 (N=10)	0.08 (N=8)	**0.09** (N=238)

*la moyenne est calculée sur la base de l'effectif total.

Figure 16 Différences de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie d'ESE en 2017 (N=14)



4. Discussion et conclusions du monitorage statistique du DCISA

La création du DCISA (par la fusion des deux dispositifs existants anciennement, EVITA[15] et DCIST[16]) a permis l'homogénéisation de la récolte de données, ceci par l'utilisation d'outils uniques, soit l'ASI et le rapport d'indication. C'est donc la première année pour laquelle nous avons des données qui permettent de décrire globalement la population des personnes concernées par un problème d'addiction (alcool et/ou drogues).

4.1 Caractéristiques des indications

La région du Centre est celle qui comptabilise le plus grand nombre d'indications. Le même constat était déjà posé dans les dispositif antérieur DCIST et EVITA, et ceci de manière stable. Concernant les ESE indiqués, la majorité des orientations est faite sur ceux accueillant une population plutôt alcoolo-dépendante, soit la Fondation Estérelle-Arcadie et la Fondation des Oliviers.

La majorité des indications réalisées en 2017 a été suivie d'une entrée en ESE, soit 81%. Par ailleurs, on relève des taux d'occupation moyens pour 2017 plutôt élevés (plus de 80% pour quasi tous les ESE). Il ne semble donc pas que la mise en œuvre du DCISA ait eu un impact négatif sur les entrées en ESE. Cependant, 19% des indications ne sont pas suivies d'une entrée en séjour. Il peut y avoir plusieurs raisons à cela : le projet de la personne a changé au cours du processus ; la personne est hospitalisée ; l'ESE indiqué n'a pas de place disponible. Dans certaines situations, la personne a été orientée vers un EPSM ou un EMS, pour lequel nous n'avons pas les informations d'entrée. Il pourrait être intéressant de documenter ces situations.

La durée moyenne de séjour se situe à 8 mois. Lors des séances de plateformes, les ESE ont évoqué le fait que, depuis la mise en œuvre des dispositifs d'indication, les personnes étaient mieux préparées à un séjour résidentiel et que les durées de séjour se rallongeaient.

Les courts séjours (moins de 3 mois) représentent 32.9%. Dans le cadre du DCIST, nous observions déjà une proportion de courts séjours d'environ un tiers. Quant aux longs séjours (plus de 18 mois), ils représentent 9.6% des séjours terminés, et 8.3% si l'on ne s'intéresse qu'aux ESE vaudois. Concernant ces longs séjours une question se pose : est-ce que c'est la mission des ESE d'offrir aux personnes dépendantes un lieu de vie plutôt qu'un lieu de traitement ? Trouver des alternatives à ces longs séjours en ESE représente un défi aujourd'hui. Parallèlement, les caractéristiques des courts séjours devraient être analysées pour qu'elles soient mieux comprises : mauvaise orientation, court séjour planifié comme tel, réponse à une urgence (mise à l'abri) ?

Pour conclure, le monitorage des indications et des caractéristiques des séjours montrent une activité importante du dispositif, notamment dans la région Centre. En termes de planification, la proportion de longs séjours dans les ESE pose la question d'un lieu de vie pour les personnes dépendantes. De même, les caractéristiques des courts séjours, voire des très courts séjours mériteraient d'être analysés plus finement pour identifier un besoin éventuel de logement d'urgence ou d'unité de crise. Dans ce sens, l'amélioration des suivis de fin de séjour est importante.

4.2 Profil de la population du DCISA

Globalement, l'âge moyen de personnes vues pour une 1ère indication en 2017 est de 44 ans. Ce résultat est une moyenne globale, et l'on peut supposer que les personnes consommatrices d'alcool sont un peu plus âgées que les personnes toxicodépendantes au moment d'une demande de séjour résidentiel, ceci car leurs trajectoires de soins sont souvent très différentes et qu'elles formulent une demande d'aide à un âge plus avancé.

Les ¾ de la population sont des hommes. Cette question de la faible proportion de femmes dans la population du DCISA interroge les ESE. En effet, certains ESE ont constaté de surcroît une diminution de la présence de femmes dans leur institution. Ils se demandent alors si ce sont leurs prestations qui ne sont pas adaptées aux femmes ou s'il y a une autre explication. On peut émettre l'hypothèse que des contingences familiales (présence d'enfants par ex.) pourraient rendre plus difficile un séjour résidentiel. Cependant, le constat d'une présence féminine discrète est aussi le fait de centres d'accueil de jour, comme le montrent les résultats des enquêtes faites dans les structures

[15] Evaluation, Indication, Traitement, Accompagnement (EVITA), dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique.
[16] Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST)

à bas-seuil d'accessibilité[17]. Dans le cadre du DCISA, il pourrait être judicieux de se poser la question d'offres adaptées pour les femmes.

En termes de logement, 62% des personnes rapportent avoir une situation de logement sûre et vivent soit dans leur propre logement, soit chez un proche. Néanmoins, 18% des usager-ère-s ne bénéficient pas de ressources concernant l'habitation et vivent à la rue ou dans les hébergements d'urgence. Les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 48% de la population du DCISA. La deuxième source de financement est constituée des prestations de l'assurance invalidité pour 19%.

Au niveau de la formation, plus du tiers (36%) du collectif n'a pas de formation secondaire, soit d'apprentissage achevé, de maturité ou de formation professionnelle supérieure. Cette situation a des conséquences quant aux possibilités d'insertion (ou de réinsertion) professionnelle au moment de la sortie de l'ESE.

Les substances les plus consommées au cours du dernier mois sont respectivement, l'alcool (79%), le cannabis (32.7%) la cocaïne (29.1%), et l'héroïne (9.3%). A noter que la Fondation des Oliviers accueille une population avec un profil de multi-consommation plus marqué que les autres ESE.

La substance considérée comme la plus problématique pour la personne concernée[18] est un indicateur qui n'a pas été utilisé en 2017 mais qui le sera par la suite. En effet, au-delà de son intérêt en soi, ce pourrait être un élément filtre pour d'autres indicateurs, ce qui nous permettrait par exemple de distinguer la population des consommateurs d'alcool de celle consommant d'autres substances (âge, hospitalisations, etc.).

L'injection au cours de la vie concerne 25% du collectif et 39% des personnes ayant déjà consommé des substances illégales. Quatre personnes sur dix (43%), parmi les personnes ayant déjà consommé par injection au cours de leur vie, ont pratiqué l'injection au cours du dernier mois. Pour comparaison, dans une enquête menée auprès de la clientèle des structures à bas seuil du Canton (PAPU 2017)[19], 21.7% des répondants rapportent s'être injecté des drogues au cours du dernier mois.

Parmi les personnes concernées par l'injection, la grande majorité l'a fait sans pratiquer d'échange de matériel souillé avec d'autres consommateurs. Ce résultat est très encourageant quant aux messages de réduction de risques répétés par les intervenant.e.s de terrain depuis des années.

En ce qui concerne l'état psychologique des personnes vues dans le cadre du DCISA, on relève que les ¾ du collectif rapporte avoir été pris en charge au moins une fois de manière ambulatoire et que 68% reçoit une médication pour les problèmes d'ordre psychologiques ou émotionnels. Par ailleurs, le nombre moyen d'hospitalisations au cours de la vie est relativement élevé, soit 3.4.

Un des avantages de l'ASI est de pouvoir, d'une part, estimer un profil de gravité de la situation de la personne sur la base de deux indices (gravité et besoin additionnel de traitement) et d'autre part de pouvoir calculer des scores composés qui permettent des comparaisons entre ESE pour une dimension de l'ASI donnée, ou à l'entrée et à la sortie d'ESE pour une personne donnée.

En ce qui concerne le profil de gravité, on relève une concordance entre les indices pour lesquels la situation est considérée comme grave et la spécialisation de l'ESE vers lequel les personnes ont été indiquées. Ceci est notamment vrai pour les consommations d'alcool ou de drogues, et la dimension Emploi concernant le foyer de la Fondation Le Relais.

L'évolution des scores composés entre l'entrée et la sortie n'a pu être calculée que pour 14 personnes, au vu du petit nombre de suivis de fin de séjour réalisés. Cependant, les résultats ont permis de mettre en évidence une diminution des scores pour chacune des dimensions. Pour 2018, il sera important, dans le processus DCISA, de mettre un accent particulier sur les suivis de fin de séjour. Ceci d'une part pour le bénéfice de la personne, et d'autre part pour permettre d'analyser une véritable évolution des scores.

Pour conclure, les outils du DCISA, soit l'ASI et le rapport d'indication, fournissent une quantité importante de données. Or, pour l'instant, seuls sont analysés les indicateurs dont ont besoin les Services pour la planification de l'offre. Il serait pertinent de réfléchir avec l'ensemble des parties prenantes à une utilisation plus large de ces données, et notamment à des fins de recherche appliquée.

[17] Lociciro S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 1993-2011. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013 (Raisons de santé, 220)

[18] « Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur ? », ASI, Echelle alcool et drogues, Q15, p3.

[19] Locciro S, Casalini E. Pointage annule du profil des usagères et usagers des centres à bas-seuil d'accès du canton de Vaud : PAPU 2017. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de santé 289).

ANNEXES

5. Annexes

Figure 17 Répartition des personnes vues pour une première indication en 2017 par tranches d'âge

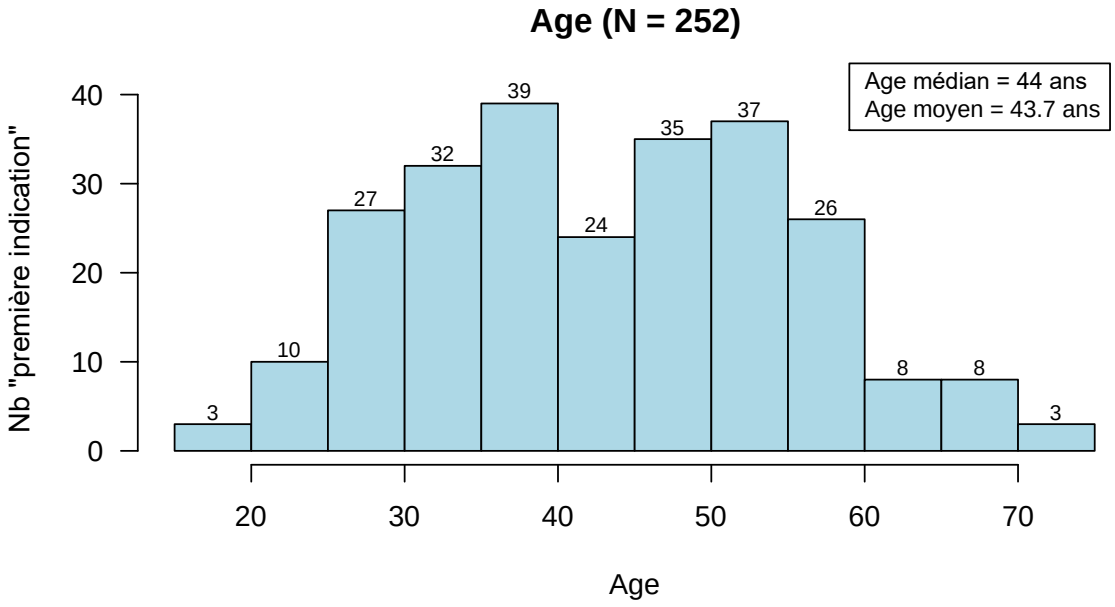


Tableau 11 Type de logement par ESE des personnes vues pour une première indication en 2017

	Bartimée (N=20)	Levant (N=20)	Relais (N=8)	Oliviers (N=69)	FEA (N=91)	Epi (N=10)	Autres (N=2)	**Moyenne** (N=245)
Propre	25.0	40.0	0.0	44.9	69.2	70.0	0.0	**52.2**
Stable	15.0	15.0	37.5	14.5	8.8	0.0	37.5	**11.8**
SDF	20.0	20.0	25.0	17.4	5.5	20.0	25.0	**13.9**
ESE/EMS	25.0	15.0	37.5	10.1	0.0	0.0	0.0	**8.2**
Hôpital	0.0	5.0	0.0	8.7	14.3	10.0	50.0	**9.8**
Prison	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**0.4**
Autre	10.0	5.0	0.0	4.3	2.2	0.0	50.0	**3.7**

Tableau 12 Type de revenu des personnes vues pour une première indication en 2017

	Bartimée (N=20)	Levant (N=20)	Relais (N=8)	Oliviers (N=69)	FEA (N=91)	Epi (N=10)	Autres (N=2)	**Moyenne (N=245)**
Salaire	5.0	5.0	12.5	5.9	12.2	0.0	0.0	**8.2**
Chômage	20.0	5.0	0.0	0.0	5.6	10.0	0.0	**4.9**
AI	0.0	20.0	0.0	20.6	21.1	0.0	100.0	**18.9**
RI	55.0	65.0	87.5	50.0	36.7	70.0	0.0	**47.7**

Aucune	15.0	0.0	0.0	16.2	7.8	10.0	0.0	**9.5**
Autre	5.0	10.5	0.0	11.8	24.7	10.0	0.0	**16.2**

Figure 18 Autres données de consommation concernant des personnes vues pour une première indication en 2017 (Prévalences de consommation au cours de la vie/du dernier mois)

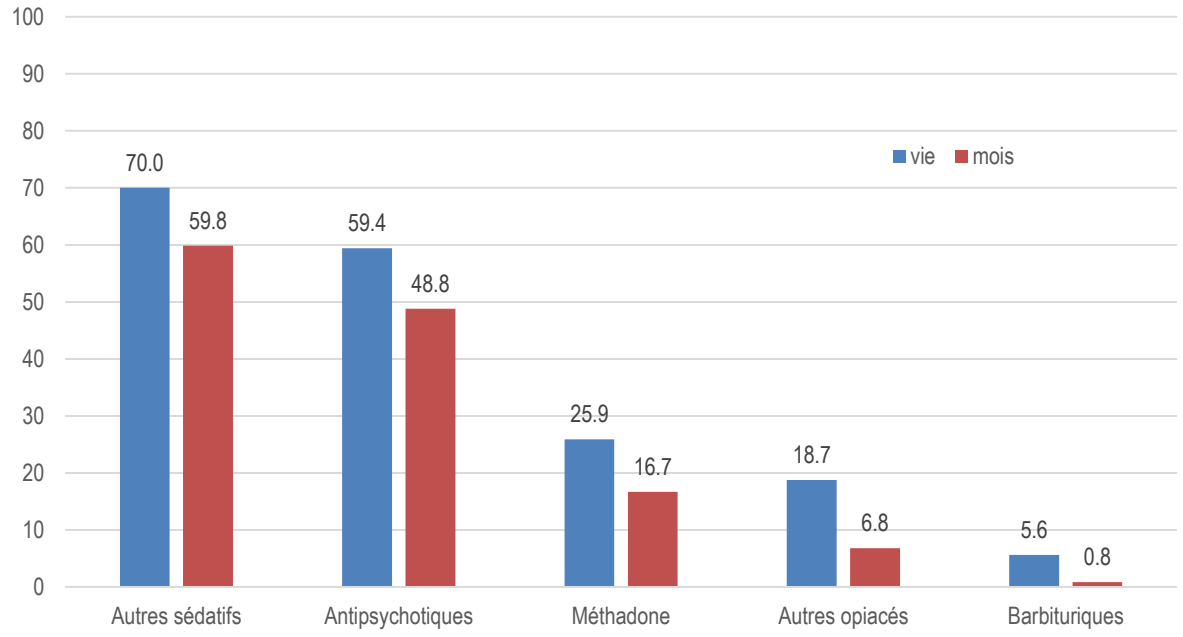


Tableau 13 Mode de consommation principal des personnes vues pour une première indication en 2017

Substance	Mode de consommation principal
Alcool toute utilisation	242
Oral	100%
Alcool jusqu'à intoxication	212
Oral	100%
Héroïne	95
Oral	2%
Nasal	34%
Fumé	33%
Injecté non iv	5%
Injecté iv	25%
Autre	1%
Méthadone	61
Oral	97%
Fumé	2%
Injecté iv	2%
Autres opiacés	46
Oral	67%
Nasal	2%
Fumé	22%

Injecté non iv	2%
Injecté iv	4%
Autre	2%
Autres sédatifs	169
Oral	95%
Nasal	4%
Fumé	1%
Injecté iv	1%
Antipsychotiques	143
Oral	100%l
Cocaïne, crack	143
Nasal	49%
Fumé	23%
Injecté non iv	42%
Injecté iv	23%
Autre	1%
Amphétamines	77
Oral	73%
Nasal	17%
Fumé	8%
Injecté iv	1%
Autre	1%
Cannabis	165
Oral	7%
Fumé	93%
Hallucinogènes	85
Oral	98%
Injecté iv	1%
Autre	1%
Drogues de synthèse	24
Oral	92%
Fumé	8%
Solvants	13
Nasal	85%
Autre	15%

Figure 19 Prévalences de consommation au cours de la vie en fonction de l'ESE des personnes vues pour une première indication en 2017

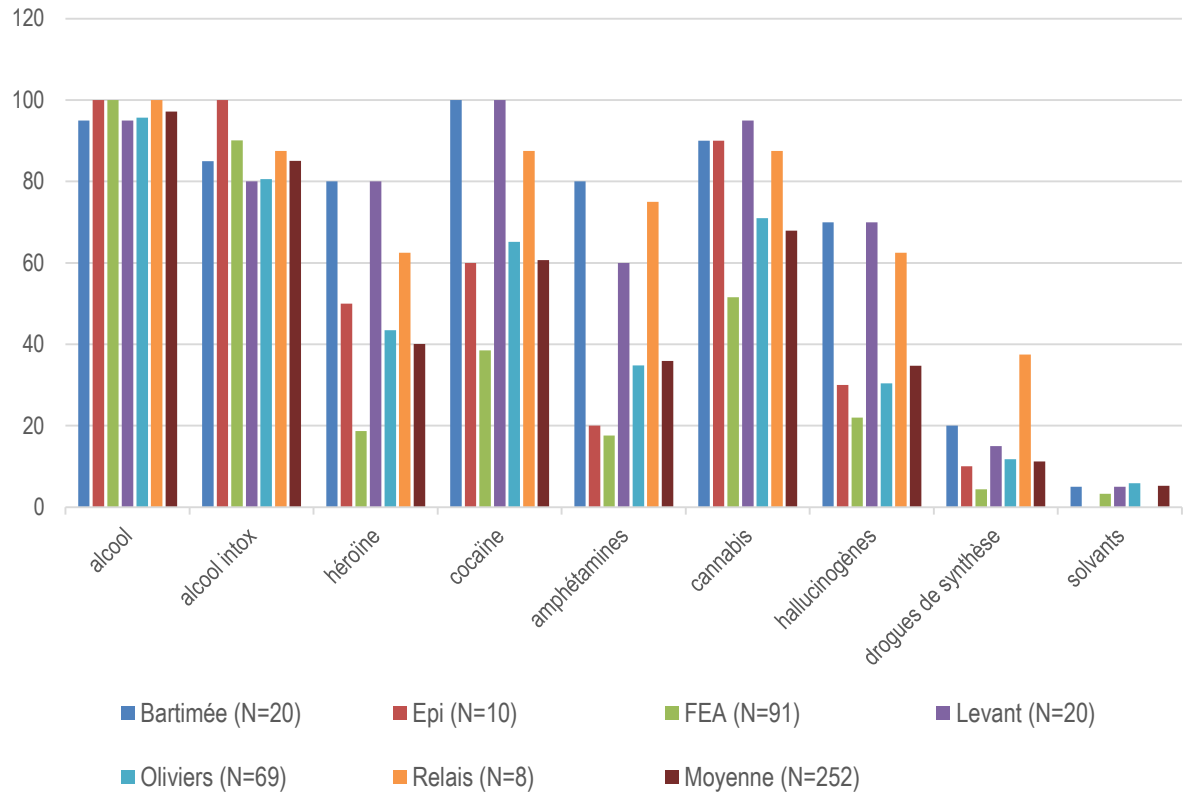


Figure 20 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension de la consommation d'alcool (N=243)

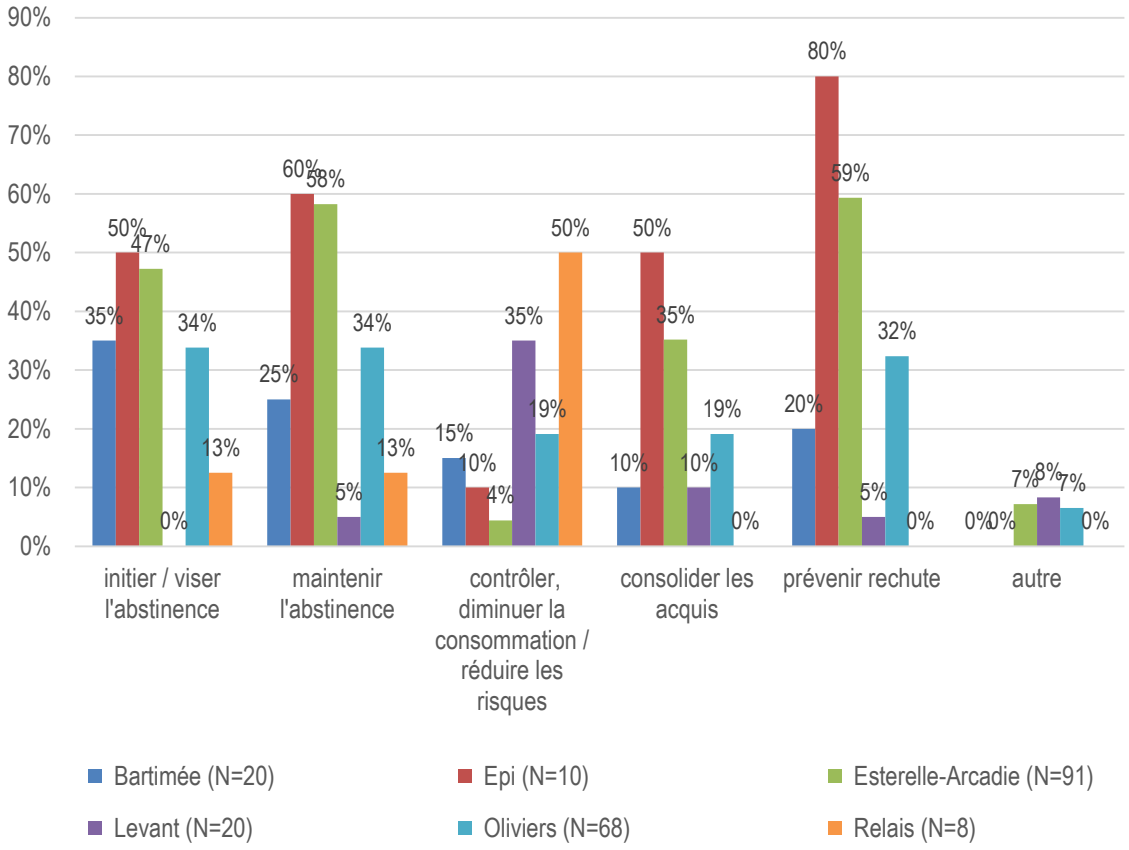


Figure 21 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension de la consommation de drogues (N=238)

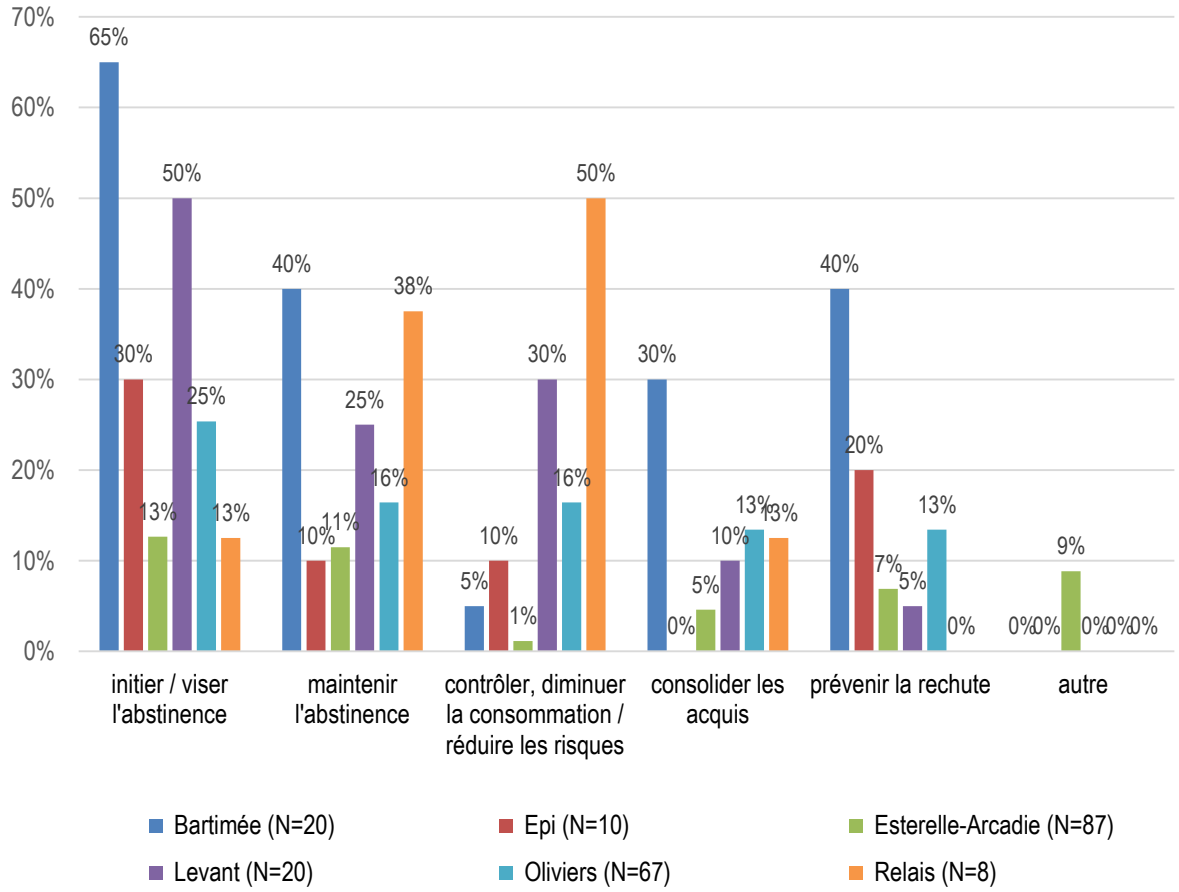


Figure 22 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension de la santé physique (N=234)

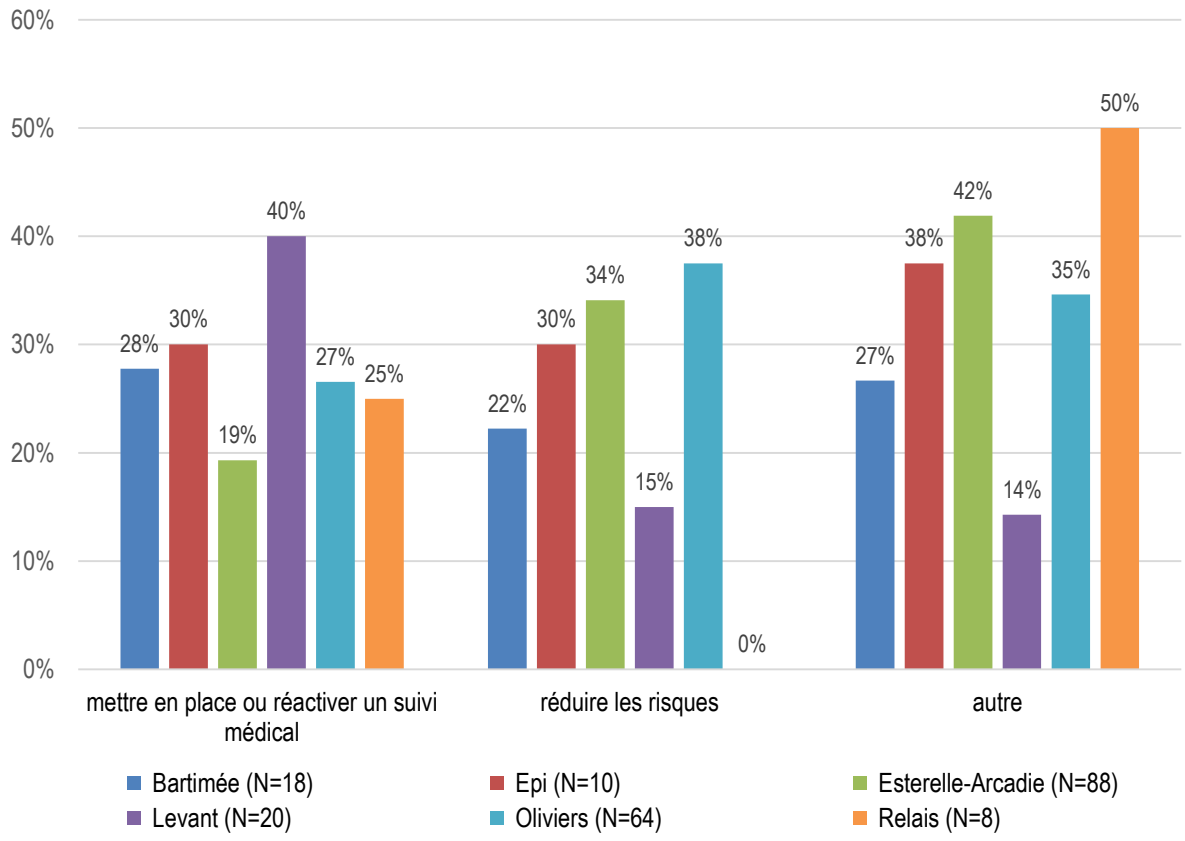


Figure 23 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension des relations familiales et interpersonnelles (N=237)

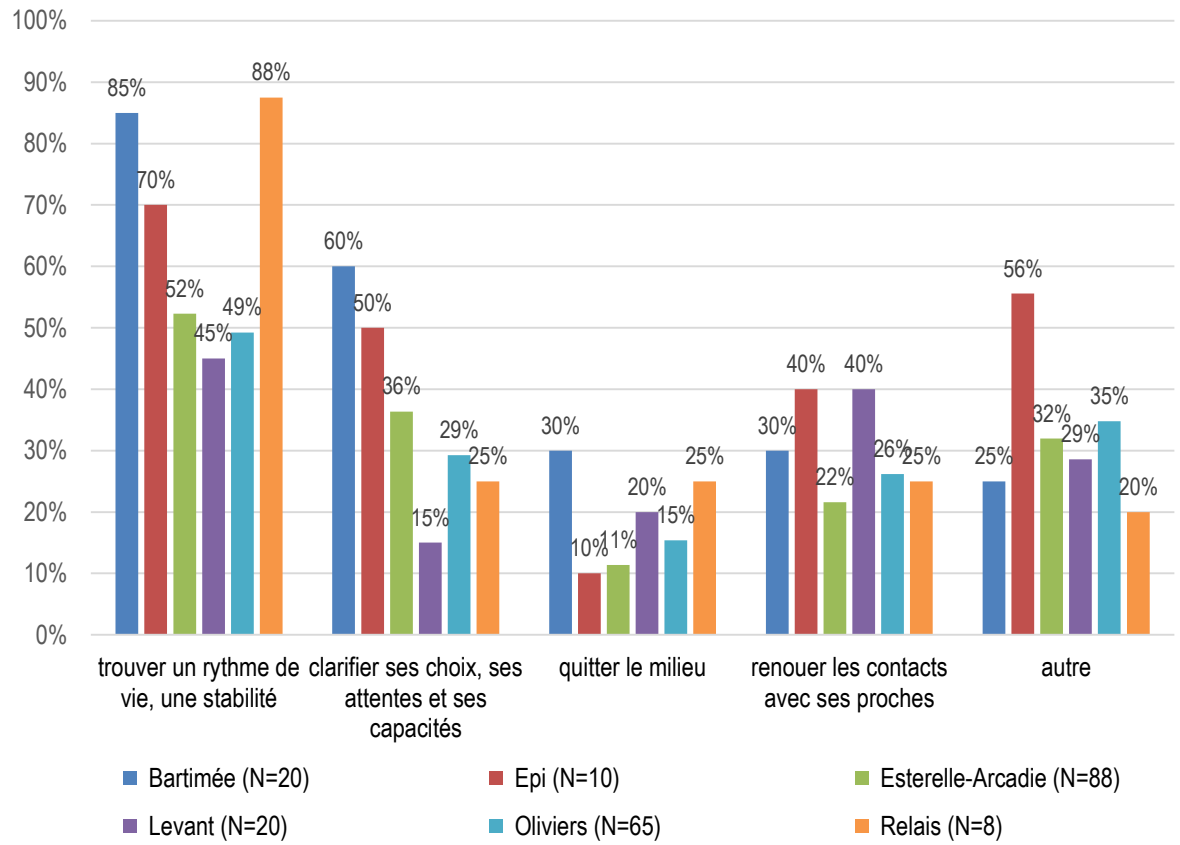


Figure 24 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE : dimension de l'état psychologique (N=238)

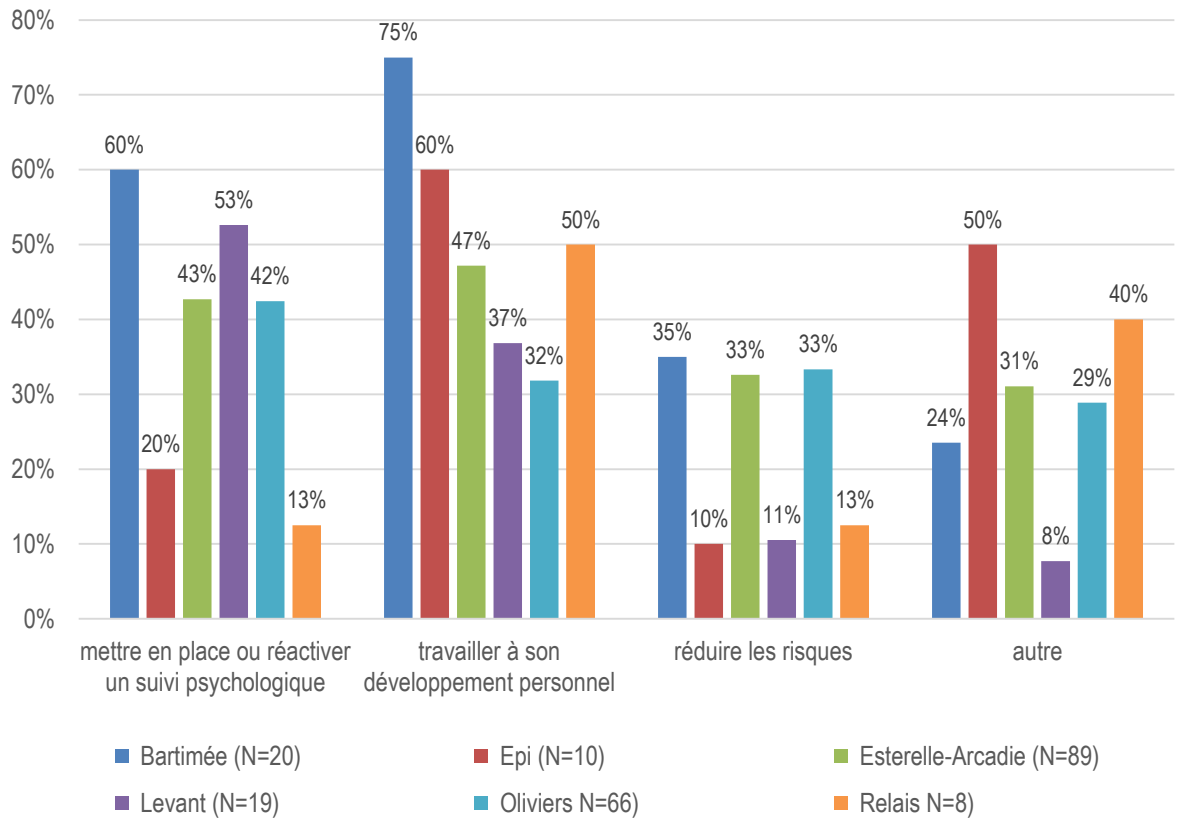


Figure 25 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension de l'emploi et des ressources (N=240)

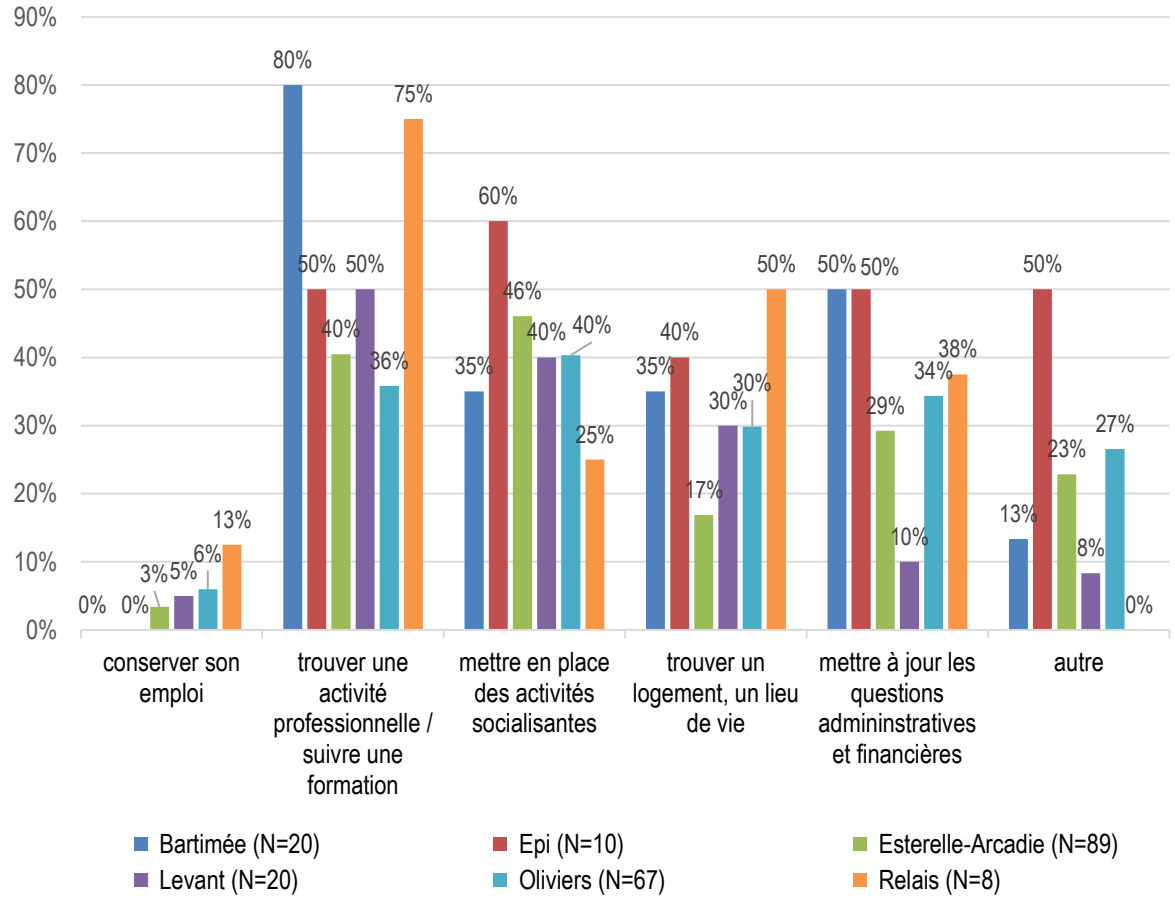


Figure 26 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication, en fonction de l'ESE indiqué : dimension de la justice et de l'administration (N=235)

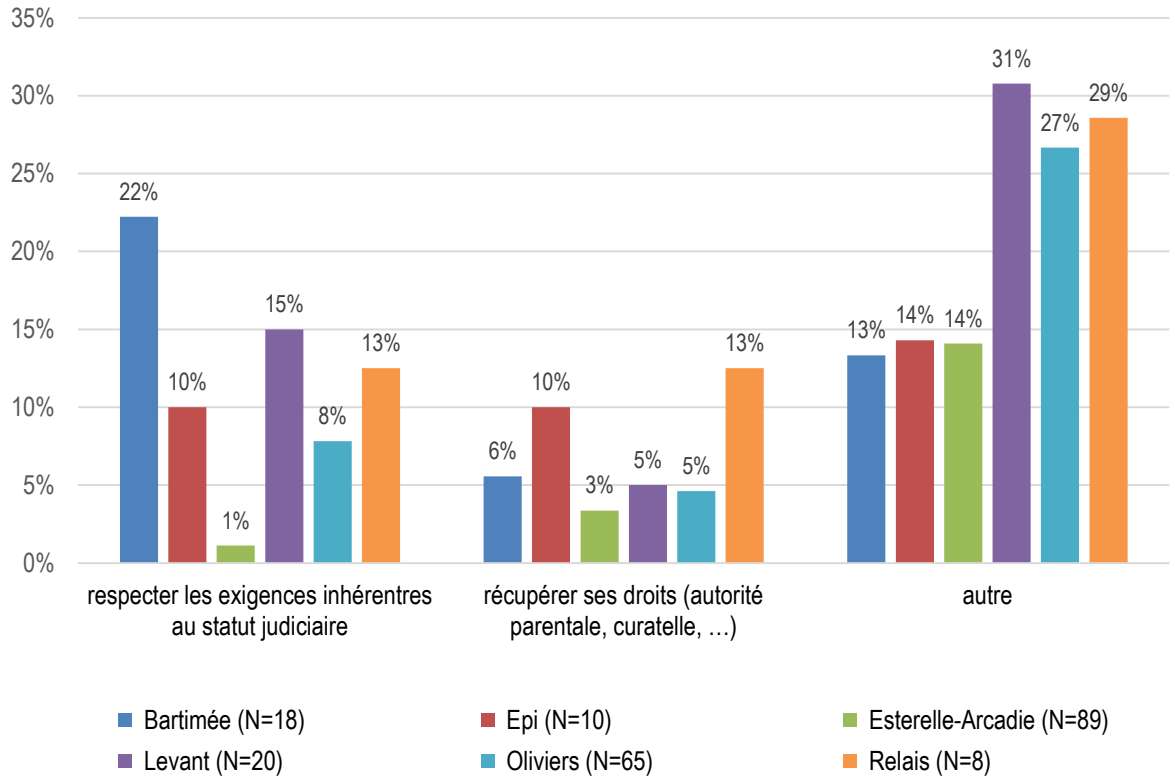


Figure 27 Scores composés des personnes vues pour une première indication en 2017 (score allant de 0 à 1)

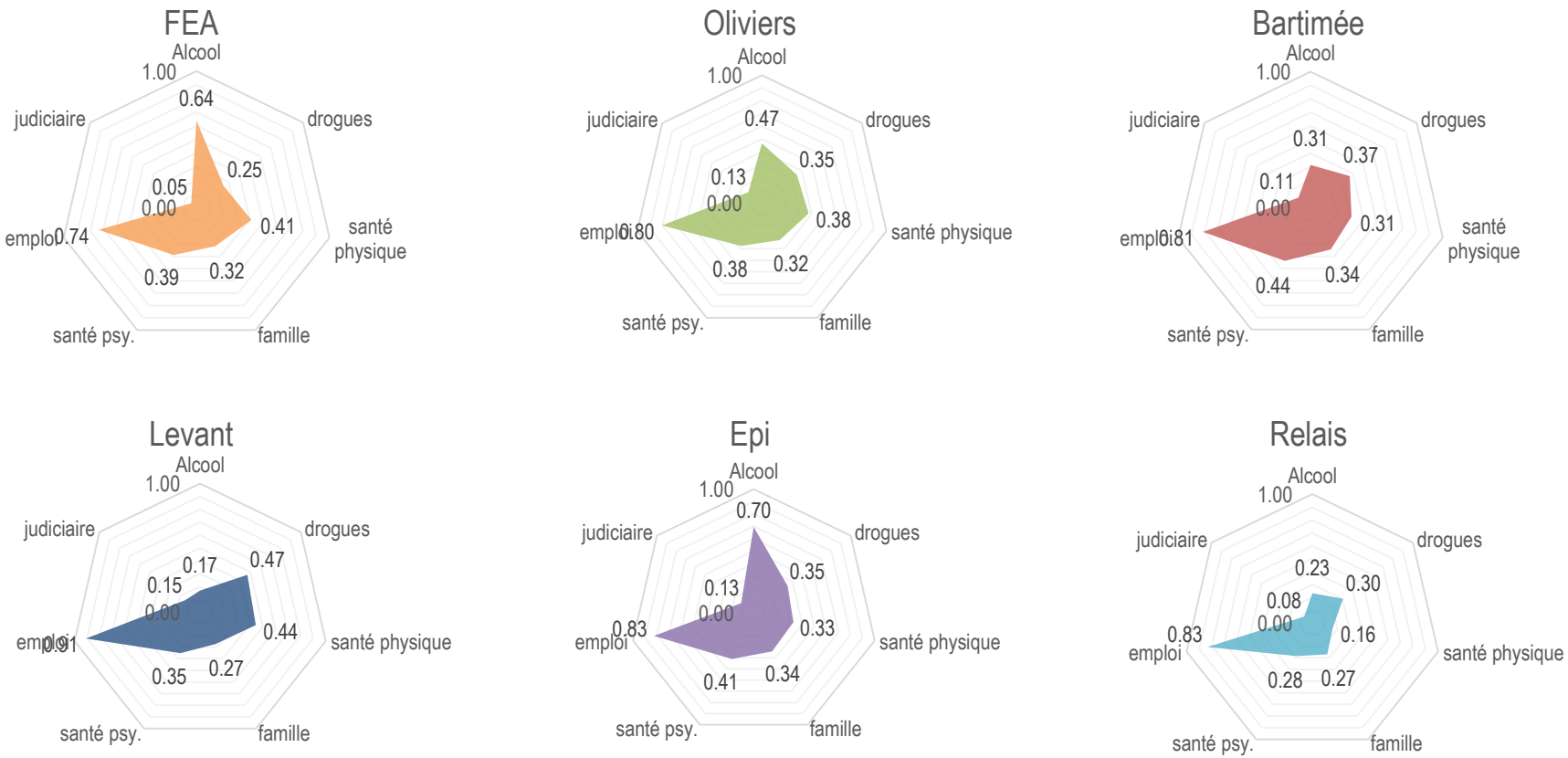
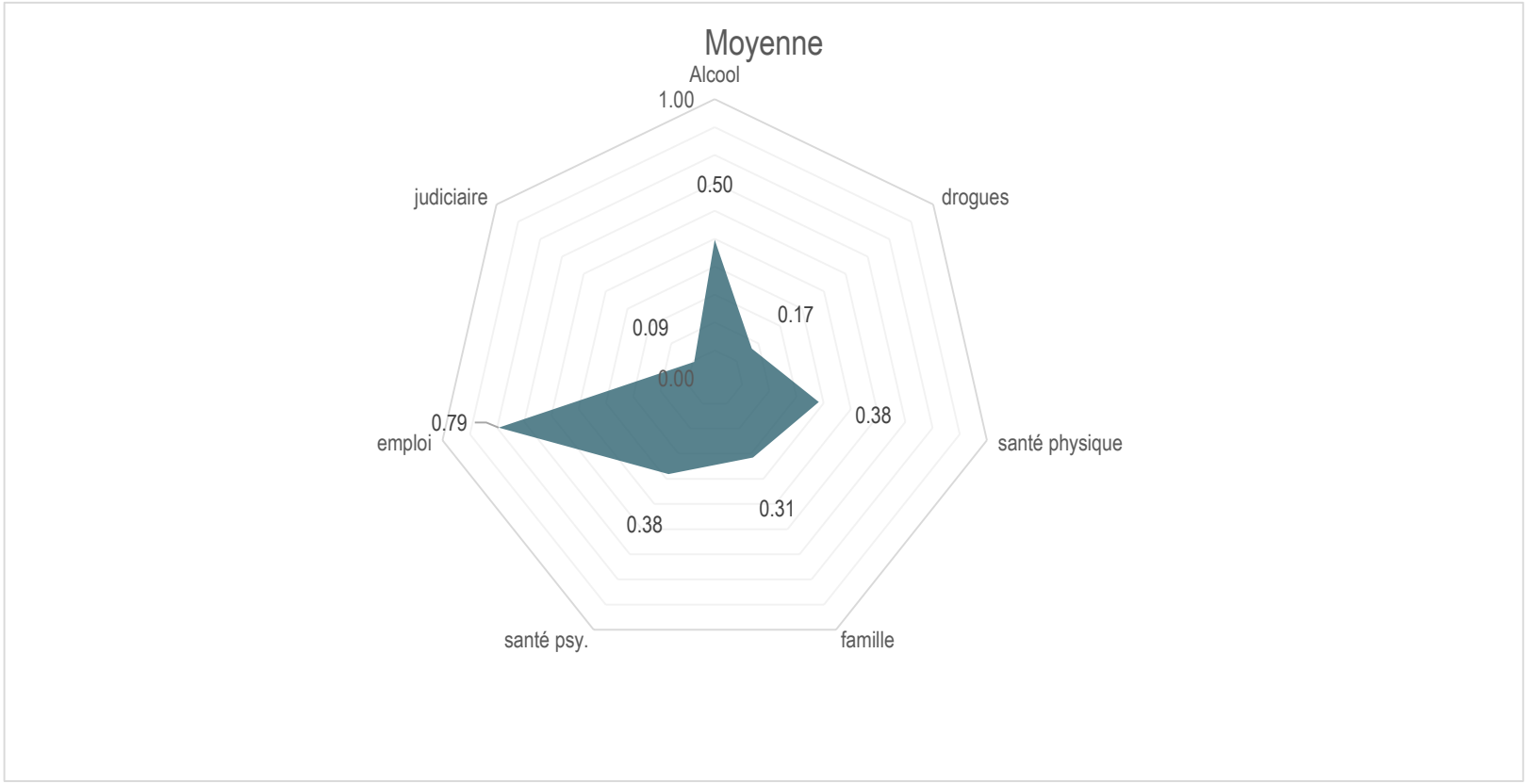


Figure 28 Scores composés des personnes vues pour une première indication en 2017 (score de 0 à 1)



RELAIS
REL'IER informations • réseau • addictions

Rue Enning 1
1003 Lausanne
T 021 323 60 58
relier@relais.ch
www.relais.ch/relier