



DCISA

**Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en
Addictologie**

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

RAPPORT DE MONITORAGE 2018

Sophie Arnaud, Thibaut Terrettaz, Michael Amiguet

Mandat financé par :

Direction générale de la santé (DGS)

Citation suggérée :

Arnaud S, Terrettaz T, Amiguet M. Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) : Rapport de monitoring 2018, REL'IER et Unisanté (Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne), 2019.

Nous tenons à remercier Mme Sanda Samitca (Unisanté) pour sa relecture et ses remarques pertinentes.

Date d'édition :

Octobre 2019

Table des matières

GLOSSAIRE	5
1. Principaux éléments issus du monitoring	7
1.1 <i>Caractéristiques des indications</i>	7
1.2 <i>Profil de la population du DCISA</i>	8
2. Détails des activités d'indications et de suivis d'indications	10
2.1 <i>Total des activités menées par les centres d'indication</i>	10
2.2 <i>Caractéristiques des indications</i>	10
2.3 <i>Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour</i>	11
3. Caractéristiques des séjours en 2018	12
3.1 <i>Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2018</i>	12
3.2 <i>Nombre et durée des séjours terminés en 2018</i>	12
3.3 <i>Modalités de fin de séjour et situation des personnes au moment de la sortie</i>	13
3.3.1 <i>Modalités de fin de séjour</i>	13
3.3.2 <i>Type de suivi mis en place pour les personnes concernées au moment de la sortie</i>	14
3.3.3 <i>Ressources financières et logement des personnes concernées au moment de la sortie</i>	14
4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA	15
4.1 <i>Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication)</i>	15
4.1.1 <i>Profil socio-démographique pour la population globale du DCISA</i>	15
4.1.2 <i>Profil socio-démographique pour quelques populations spécifiques du DCISA</i>	16
4.2 <i>Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI)</i>	18
4.3 <i>Données concernant la Santé physique, les Relations interpersonnelles et l'Etat psychologique en 2018 (échelles B, C et D de l'ASI)</i>	20
4.3.1 <i>Dépistage et prévalence pour le VIH et les hépatites B et C</i>	20
4.3.2 <i>Hospitalisations et données sur la santé mentale (dimension Etat psychologique de l'ASI)</i> 21	
4.4 <i>Profils de gravité et besoin additionnel de traitement (Source : ASI)</i>	23
4.4.1 <i>Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2018</i>	23
4.4.2 <i>Besoins additionnels de traitement : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2018</i>	24
4.5 <i>Scores composés (Source : ASI)</i>	24
4.5.1 <i>Evolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE, en fonction des dimensions de l'ASI (2018)</i>	24
5. Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication (Source : Rapport d'indication)..	26

5.1	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation d'alcool (N=214)</i>	26
5.2	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation de drogues (N=126)</i>	26
5.3	<i>Buts poursuivis : dimension Santé physique (N=187)</i>	26
5.4	<i>Buts poursuivis : dimension Relations familiales et interpersonnelles (N=181)</i>	26
5.5	<i>Buts poursuivis : dimension Etat psychologique (N=223)</i>	26
5.6	<i>Buts poursuivis : dimension Emploi et ressources (N=184)</i>	27
5.7	<i>Buts poursuivis : dimension Justice et administration (N=57)</i>	27
6.	Annexes	29

GLOSSAIRE

ASI : Addiction severity index
ASI_r : Addiction severity index de réévaluation
Bartimée : Fondation Bartimée
CCICp : Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique
CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois
CI : Centre d'indication
CSR : Centre social régional
DAM : Traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique)
DCISA : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi en addictologie
DCIST : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGS : Direction générale de la santé
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
IGT : Indice de gravité d'une toxicomanie (version française de l'ASI)
IUMSP : Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne¹
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 sociale²
SPEN : Service pénitentiaire
SSP : Service de la santé publique³
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

¹ Depuis le 1^{er} janvier 2019, l'IUMSP fait partie du Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, à Lausanne.

² Depuis le 1^{er} janvier 2019, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) regroupe les prestations administrées auparavant par le Service de la prévoyance et de l'aide sociale (SPAS) et le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH).

³ Depuis le 1^{er} janvier 2019, le Service de la santé publique (SSP) est devenu la Direction générale de la santé (DGS)

RAPPORT DE MONITORAGE DU DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) 2018

Le Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie est issu de la fusion, en 2017, du Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique (EVITA) et du Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST). C'est un dispositif de deuxième ligne qui évalue et oriente les personnes souffrant d'addiction vers l'établissement résidentiel le plus approprié en fonction de leurs besoins. Ce dispositif est piloté par l'Office du médecin cantonal, pour la Direction générale de la santé (DGS)⁴, et par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)⁵. La coordination opérationnelle du dispositif a été confiée à REL'IER (Fondation Le Relais). Une Directive (Dir. DCISA)⁶ décrit le champ d'application du DCISA, les procédures applicables ainsi que les rôles et les responsabilités des partenaires concernés. Les données issues du dispositif sont analysées par Unisanté⁷, puis interprétées par REL'IER, en collaboration avec les partenaires du DCISA.

La 2ème année de fonctionnement du DCISA fait l'objet de deux rapports distincts : un rapport de gestion opérationnelle et un rapport de monitoring des données issues du dispositif pour 2018. Le document présenté ici constitue le rapport de monitoring du DCISA.

Un premier chapitre rassemble les éléments-clés issus du monitoring.

Dans les deux chapitres qui suivent sont présentées en détails les caractéristiques des indications réalisées en 2018, ainsi que les celles liées aux séjours effectués dans les établissements socio-éducatifs du domaine de l'addiction.

Un dernier chapitre décrit la population vue en 2018 dans le cadre du DCISA, tant d'un point de vue socio-démographique que de celui du profil des personnes concernées sur le plan physique, psychique et des consommations.

⁴ Depuis le 1^{er} janvier 2019, le Service de la santé publique (SSP) est devenu la Direction générale de la santé (DGS)

⁵ Depuis le 1^{er} janvier 2019, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) regroupe les prestations administrées auparavant par le Service de la prévoyance et de l'aide sociale (SPAS) et le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH).

⁶ Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA)

⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2019, la Polyclinique médicale universitaire, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, l'Institut universitaire romand de santé au travail et l'association Promotion Santé Vaud, forment Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne.

1. Principaux éléments issus du monitoring

1.1 Caractéristiques des indications

Un volume d'indications stable, mais plus de fins de séjour documentées

Globalement, les actes recensés dans le cadre du DCISA en 2018 sont restés stables par rapport à 2017, avec toutefois une hausse notable des suivis de fin de séjour. Ce dernier constat répond à la deuxième mission du DCISA qui consiste à « assurer le suivi de l'indication dans les différentes étapes du parcours thérapeutique [...] » (cf. Chapitre 2.1).

Les indications non abouties : plutôt en milieu hospitalier

Vingt-quatre indications (soit 7.9%) n'ont pas abouti. L'ASI des personnes concernées montrent qu'elles sont plus fragiles sur le plan de l'*Etat psychologique* (indice de gravité plus élevé que la moyenne). Par ailleurs, elles sont proportionnellement plus souvent à l'hôpital au moment de l'indication.

Si l'indication n'aboutit pas, cela peut être dû à un changement de projet de la personne, mais aussi à la situation dans laquelle elle se trouve (par exemple en situation de crise) ou encore à son degré de motivation.

Une augmentation importante des indications faites dans la région Nord

La région du Centre est celle qui comptabilise toujours le plus grand nombre d'indications (37.6%). On observe une augmentation importante d'indications réalisées par la région Nord (32.3%). Celle-ci s'explique notamment par un transfert des situations de personnes alcoolodépendantes du Service d'alcoologie du CHUV vers l'UTAd.

La majorité des orientations est faite vers les ESE accueillant une population plutôt alcoolodépendante, soit la Fondation Estérelle-Arcadie et la Fondation des Oliviers (cf. Chapitre 2.2).

Une indication sur cinq n'est pas suivie d'une entrée en séjour

Près de huit indications sur dix ont été suivies d'une entrée en ESE, soit 79% (cf. Chapitre 2.3).

Une non entrée en séjour après une indication peut être liée au contexte institutionnel (liste d'attente, configuration du groupe de résident·e·s déjà présent·e·s, etc.), mais pourrait aussi être lié au profil même des personnes concernées (situations complexes, ambivalence, motivation, etc.). En analysant ce profil, on relève qu'il s'agit plus souvent de personnes qui ont leur propre logement et qui sont en emploi (21% de l'effectif du DCISA déclarant avoir un salaire). La participation financière aux frais de séjour peut être un frein à l'entrée en ESE pour certaines personnes, en particulier pour celles qui ont un revenu. Par ailleurs, pour les personnes encore en emploi, une absence au travail, souvent longue, difficile à justifier, peut aussi être une limite frein à l'entrée en séjour.

Dans le cas d'indications non suivies d'une entrée, on relève encore que les personnes concernées ont un indice de gravité pour la dimension *Alcool* plus élevé que la moyenne, ainsi que pour la dimension *Santé physique*.

Un allongement du délai entre indication et entrée en séjour

Le délai entre l'indication (et non la prise de contact de la personne concernée avec l'ESE indiqué) et l'entrée en séjour a augmenté de plusieurs jours entre 2017 et 2018, passant de 13 à 21 (cf. Chapitre 3.1).

Une durée de séjour stable mais les séjours de courte durée s'allongent

En 2018, la durée moyenne se situe à 7.2 mois (2017 : 7.3 mois). Les courts séjours (moins de 3 mois) représentent 37.8%, et durent 44 jours en moyenne, soit 10 jours de plus qu'en 2017. Ils ont lieu majoritairement dans des établissements traitant les problématiques alcoolologiques (Oliviers et FEA). Quant aux longs séjours (plus de 18 mois), ils représentent 8.6% des séjours terminés. La moitié d'entre eux a eu lieu aux Oliviers (cf. Chapitre 3.2).

Des sorties globalement planifiées

Les sorties d'ESE se font de manière planifiée dans près de $\frac{3}{4}$ des cas (72.8%). Les sorties non planifiées et sans suivi organisé représentent 7.6% du total. Si l'on considère les courts séjours (moins de 3 mois), la proportion de sorties non planifiées est plus importante (25%) (cf. Chapitre 3.3).

1.2 Profil de la population du DCISA

Un âge moyen variable selon le type d'institution

L'âge moyen des personnes vues au moins une fois en 2018 pour une indication est de 44 ans. On observe que les personnes dépendantes à l'alcool sont plus âgées que les personnes toxicodépendantes. Les personnes orientées vers la FEA, les Oliviers ou l'Epi ont une moyenne d'âge de 10 ans supérieure aux personnes qui sont orientées vers Bartimée ou le Levant.

Un quart de femmes dans le collectif

La proportion de femmes dans la population du DCISA est stable et représente $\frac{1}{4}$ de l'effectif (25.4%). Le profil socio-démographique des femmes vues dans le cadre du DCISA n'est pas différent de la moyenne pour l'effectif total du DCISA. Cependant, les femmes présentent un profil plus marqué par des troubles psychologique et des épisodes d'hospitalisation en hôpital psychiatrique que la moyenne observée pour la population du DCISA (cf. Chapitre 4.1.1 et Chapitre 4.3.2)

Un profil socio-démographique stable : une personne sur cinq sans logement fixe et l'aide sociale comem principale ressource

Globalement, le profil socio-démographique de la population du DCISA est similaire à celui de 2017. En termes de logement, 67% des personnes rapportent avoir une situation de logement sûre et vivent soit dans leur propre logement, soit chez un proche. Néanmoins, 21% des usager·ère·s vivent dans des hébergements d'urgence ou à la rue.

Les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 43% de la population du DCISA. La deuxième source de financement est constituée des prestations de l'assurance invalidité pour 22%. On relève encore que 8% du collectif n'a aucun revenu (cf. Chapitre 4.1.1).

Un tiers des personnes sans formation secondaire

Un tiers (33%) du collectif n'a pas achevé de formation de niveau secondaire II : CFC, maturité, formation professionnelle supérieure. Cette situation limite les possibilités d'insertion (ou de réinsertion) professionnelle au moment de la sortie de l'ESE.

Une diminution des pratiques d'injection

Les substances les plus consommées au cours du dernier mois sont respectivement, l'alcool (77.4%), la cocaïne (27.5%), le cannabis (25.1%) et l'héroïne (11.5%). Ces données sont très proches de ce que l'on observait en 2017.

L'injection au cours de la vie concerne 21% du collectif et 32% des personnes ayant déjà consommé des substances illégales (ces proportions étaient respectivement de 25% et 39% en 2017). Parmi les personnes ayant déjà consommé par injection, un peu plus d'un tiers (35%) a pratiqué l'injection au cours du dernier mois (43% en 2017). La grande majorité l'a fait sans pratiquer de partage de matériel souillé avec d'autres consommateurs (cf. Chapitre 4.2).

Un profil psychologique lourd pour une grande partie du collectif

Les $\frac{3}{4}$ du collectif (74.0%) rapportent avoir été pris en charge au moins une fois de manière ambulatoire pour les problèmes d'ordre psychologiques ou émotionnels. La même proportion de personnes (74.2%) reçoit une médication correspondante (68% en 2017). Les personnes concernées citent de nombreux troubles psychologiques, parmi lesquels l'anxiété (65.6%), la dépression (39.8%), mais aussi des pensées suicidaires (23.1%). Une personne sur seize (6.4%) a tenté de se suicider. Cette dernière valeur était de 3.6% en 2017. Pour les femmes, les prévalences sont plus importantes, quel que soit le trouble considéré (cf. Chapitre 4.3.2).

Des profils de gravité en concordance avec les prestations des ESE

En ce qui concerne les profils 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. Il faut encore noter que pour 2018, les valeurs des indices de gravité, quelle que soit la dimension observée, sont légèrement inférieures à celles de 2017 (cf. Chapitre 4.4)⁸.

Une évolution favorable des scores de gravité entre le début et la fin du séjour résidentiel

L'évolution des scores composés entre l'entrée et la sortie n'a pu être calculée que pour 57 personnes. Cependant, les résultats ont permis de mettre en évidence une évolution favorable des scores pour chacune des dimensions (cf. Chapitre 4.5).

Ces résultats devraient pouvoir être affinés en les pondérant en fonction de la durée du séjour (et idéalement selon les objectifs de la personne concernée).

⁸ Il n'y a pas eu de test de significativité sur les différences observées pour les indices de gravité.

2. Détails des activités d'indications et de suivis d'indications

2.1 Total des activités menées par les centres d'indication

En 2018, 693 actes⁹ sont recensés dans le cadre du DCISA : 279 indications¹⁰ ont abouti à une orientation en institution résidentielle ou en ambulatoire et 24 (7.9%) indications se sont interrompues.

Le profil de la population ayant interrompu le processus DCISA est un peu différent de celui de la population globale du DCISA. Il s'agit de personnes qui sont essentiellement à l'AI, qui sont dans une proportion importante à l'hôpital au moment de l'indication et qui ont un indice de gravité plus élevé que la moyenne sur la dimension *Etat psychologique* (cf. Chapitre 4.1.2)

Les centres d'indication ont réalisé 390 suivis d'indication en 2018, dont 308 dans le cadre d'une prolongation du séjour et 82 en fin du séjour¹¹.

Le nombre d'actes concernant les indications, les suivis de prolongation et les processus non aboutis sont quasiment identiques entre 2017 et 2018. En revanche, on relève une nette augmentation des suivis de fin de séjour.

Tableau 1 Total des indications et suivis effectués dans le cadre du DCISA, 2017-2018

	Indications*	Suivi de prolongation du séjour	Suivi de fin du séjour	Processus non aboutis	Total
2017	288	318	9	22	637
2018	279	308	82	24	693

* On compte ici les actes d'indication et non les personnes. Une personne peut avoir plusieurs indications au cours de la même année.

2.2 Caractéristiques des indications

En 2018, la région Centre concentre toujours le plus grand nombre d'indications, mais dans une plus faible proportion qu'en 2017 (37.6% vs 52.4%). Parallèlement, la région Nord a vu une augmentation importante du nombre d'indications réalisées. Cette région effectue désormais 32.3% des indications (vs 16.0% en 2017). Cette évolution s'explique en partie par une réorganisation au sein du Service d'alcoologie du CHUV qui a transféré ses activités au Nord à l'UTAd (cf. Figure 6 en annexe).

Les deux régions de l'Est et de l'Ouest se répartissent le dernier tiers des indications (17.9% à l'Est et 12.2% à l'Ouest). A noter que dans ces régions les centres d'indication intègrent les problématiques alcool et drogues, ce qui n'est pas encore le cas dans la région Centre. La situation sera différente en 2019 avec la création du Service de médecine des addictions.

Comme en 2017, 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 (68.9% 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. En tenant compte du nombre de lits, la FEA reste l'institution vers laquelle il y a le plus d'orientations (2.2 indications par lit vs 1 à 1.1 pour les autres ESE). Ce résultat est peut-être aussi à mettre en lien avec une offre explicite de courts séjours. Le foyer Relais, quant à lui, recueille le plus petit volume d'indications (0.5/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.

⁹ On considère comme un acte toute activité effectuée dans le cadre du DCISA, selon le processus décrit dans la Directive : indication (aboutie ou non), suivi de prolongation de séjour et suivi de fin de séjour.

¹⁰ 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 et les réorientations d'un ESE vers un autre.

¹¹ Selon la directive du DCISA, les suivis d'indication ont pour but de : actualiser les objectifs et les prestations ; valider la poursuite du séjour en ESE ; préparer la sortie de l'établissement.

Tableau 2 Répartition des indications en fonction du centre d'indication (CI) et de l'établissement socio-éducatif (ESE) indiqué (2018, N=279)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Autres VD*	Extra-canton**	Ambulatoire	Total
Nbre places	24	27	14	77	48	10	NP	NP	NP	
										N %
Centre	8	15	2	40	34	3	1	2	-	105 37.6
- Polyclinique d'addictologie	6	14	-	8	-	1	-	1	-	30 10.8
- Service alcoologie	2	1	2	32	34	2	1	1	-	75 26.9
Nord	13	4	1	27	35	4	3	1	2	90 32.3
Ouest	2	6	3	7	11	2	-	2	1	34 12.2
Est	3	4	1	16	22	1	1	2	-	50 17.9
Total	26	29	7	90	102	10	5	7	3	279
%	9.3	10.4	2.5	32.3	36.6	3.6	1.8	2.5	1.1	100
Nbre d'indications par lit	1.1	1.2	0.5	1.2	2.1	1.0				

* Il s'agit d'orientations vers Béthel (2), vers un EPSM (1) et d'hospitalisations (2).

** Il s'agit du Foyer André NE (2), et des Foyers résidentiels d'Addiction Valais (5).

NP = non pertinent

Les indications extra-cantoniales ne représentent qu'un très petit volume (N=7, soit 2.5%) et seulement trois indications orientent vers des prestations ambulatoires¹².

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

79% des indications réalisées en 2018¹³ ont été suivies d'une entrée en séjour. Cette proportion est proche de celle de 2017 (81%) (cf. Tableau 10 en annexe).

Les indications non suivies d'une entrée peuvent s'expliquer par 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 ; la participation financière de la personne est trop élevée ; des charges familiales rendent difficile un séjour en résidentiel.

Une brève analyse du profil de la population concernée¹⁴ montre qu'il s'agit un peu plus de femmes, lesquelles n'ont pas davantage de charge familiale que la moyenne de la population du DCISA. Ces personnes ont une meilleure stabilité en termes de logement et ont plus souvent un emploi. A noter encore que l'indice de gravité pour la dimension *Alcool* est plus élevé que la moyenne ainsi que celui pour la dimension *Santé physique* (cf. Chapitre 4.1.2).

On notera encore que le taux d'occupation moyen pour les institutions vaudoises en 2018 est élevé entre 90 et 102%. Le Levant fait exception avec un taux d'occupation annuel de 81%.

¹² La petite proportion d'indications ambulatoires s'explique par le fonctionnement du processus DCISA, qui est un dispositif de 2^{ème} 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

¹³ 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.

¹⁴ L'analyse n'a été possible que sur 40 individus, soit 2/3 de l'effectif. Elle permet cependant une première approche pour documenter ces indications non suivies d'une entrée. Pour 2019, l'investigation ajoutera un volet qualitatif.

3. Caractéristiques des séjours en 2018

Concernant les séjours, les données présentées ci-après sont établies sur l'état des entrées et sorties au 28 mars 2018 (données de la Direction générale de la cohésion sociale, DGCS)¹⁵.

L'analyse des caractéristiques des séjours (délai entre indication et entrée, durée du séjour) est faite sur tous les séjours ayant eu lieu en 2018, quelle que soit la source de financement du séjour (DGCS ou Service pénitentiaire-SPEN).

3.1 Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2018¹⁶

Sur les 206 entrées prises en considération ici, 29 ont eu lieu avant l'indication (délai négatif), soit 14.1%.

Des entrées avant l'indication peuvent avoir lieu dans plusieurs situations, mentionnées dans la Dir. DCISA¹⁷ 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.
- 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, ceci par exemple dans un objectif de prévention de la rechute. Le CI intervient 10 jours après l'entrée si un séjour à plus long terme semble toutefois nécessaire.

La durée moyenne totale entre l'indication et l'entrée en ESE est de 21 jours. Elle s'élève à 27.6 jours si on ne tient compte que des délais positifs entre l'indication et l'entrée en ESE. En comparaison avec 2017, le délai moyen entre l'indication et l'entrée augmente de 7 jours, voire de 10 jours en comptant uniquement les délais positifs.

Cette augmentation n'est pas expliquée. Cependant, un délai d'entrée trop long peut représenter une difficulté pour la personne concernée (par exemple si un retour à domicile devient nécessaire entre un sevrage et l'entrée en ESE).

Tableau 3 Délai d'entrée en fonction des ESE pour 2018 (et comparaison avec 2017)

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Total 2018	Total 2017
Délai d'entrée 2018 :								
- Moyenne (jour) total (N)	22.3 (20)	21.3 (21)	86.0 (1)	20.1 (85)	18.1 (71)	44.3 (8)	21 (206)	13.3 (216)
- Moyenne (jour) pour délai positif (N)	35.8 (16)	25.5 (16)	86 (1)	28.4 (70)	20 (67)	51.6 (7)	27.6 (177)	17.3 (189)

3.2 Nombre et durée des séjours terminés en 2018

233 séjours se sont terminés en 2018. La durée moyenne de ces séjours est de 7.2 mois, soit plus exactement 216 jours (min-max : 7 jours – 4.2 ans). La médiane se situe à 147 jours (4.9 mois). Ces données sont similaires à celles de 2017.

La proportion de courts séjours (3 mois et moins) est d'un peu plus d'un tiers (37.8%). Ces séjours durent en moyenne un mois et demi (43.6 jours). La proportion de courts séjours a légèrement augmenté par rapport à celle de 2017 (32.9%). Parallèlement, la durée de ces séjours s'est allongée, passant de 32.8 à 43.6 jours en moyenne.

¹⁵ La coordination opérationnelle reçoit ces informations par courriel, de manière systématique.

¹⁶ Il s'agit bien ici du délai entre le jour où l'indication a été posée et celui où la personne entre effectivement en séjour. Il ne s'agit pas du temps écoulé entre la prise de contact avec l'ESE concerné et l'entrée dans cet ESE.

¹⁷ Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA)

Quant aux séjours de plus de 18 mois, ils représentent un peu moins d'un séjour sur dix (8.6%). Leur durée moyenne est de 829.7 jours (soit 2.3 ans).

La FEA et les Oliviers totalisent à eux deux 84% des courts séjours. Pour chacun de ces ESE, les courts séjours représentent environ 40% des séjours terminés. Il faut noter que, bien que le nombre absolu soit beaucoup plus petit, Bartimée a une proportion similaire de courts séjours.

En ce qui concerne les longs séjours, la moitié d'entre eux a eu lieu aux Oliviers.

Tableau 4 Nombre et durée des séjours terminés en 2018 (et comparaison avec 2017)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Autres VD*	Extra-canton**	Total 2018	Total 2017
Sortie (N)	17	25	5	89	85	8	nd	4	233	249
Durée moyenne de séjour (en jours)	216	240	204	213	172	403	nd	746	216	220
Courts séjours (moins de 3 mois)										
Nbre	7	5	0	39	35	1	nd	1	88	82
% ***	41.2	20.0	0	43.8	41.2	12.5		25.0	37.8	32.9
Durée moyenne de séjour (en jours)	53.6	50.4	0.0	41.9	44.3	25.0	nd	30.0	43.6	32.8
Longs séjours (plus de 18 mois)										
Nbre	2	1	0	10	3	1	nd	3	20	24
% ***	11.8	4.0	0.0	11.2	3.5	12.5		75.0	8.6	9.6
Durée moyenne de séjour (en jours)	811	921	0.0	843	564.7	974	nd	984.0	829.7	802

* Nous n'avons pas les informations d'entrées et de sorties pour les établissements vaudois autres que les ESE

** Pour 2018, il s'agit des Foyers résidentiel d'Addiction Valais (2) et du Foyer André (NE) (2)

*** 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

3.3 Modalités de fin de séjour et situation des personnes au moment de la sortie

En 2018, 99 sorties ont été documentées au moyen du formulaire d'indication (42.5% des sorties 2018). Trois personnes ont refusé l'utilisation de leurs données à des fins de monitoring. Le N final est donc de 96, soit 41.2% des sorties 2018.

3.3.1 Modalités de fin de séjour

N.B : Les résultats ci-dessus se rapportent aux différentes modalités de sortie proposées dans le rapport d'indication¹⁸ que les intervenant-e-s peuvent cocher, et non sur le suivi réellement effectué après la sortie.

Dans près de $\frac{3}{4}$ des situations (72.8%), la fin de séjour s'est déroulée de manière régulière. Les sorties non planifiées représentent quant à elles près d'une sortie sur cinq (18.4%). Parmi celles-ci, sept (7.6%) ont eu lieu sans qu'un suivi ait pu se mettre en place (cf. Figure 7 en annexe).

¹⁸ Les catégories possibles sont : sortie régulière ; sortie non planifiée demandée par les professionnel-le-s AVEC suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par les professionnel-le-s SANS suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par la personne concernée AVEC suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par la personne concernée SANS suivi organisé ; hospitalisation ; incarcération ; autre.

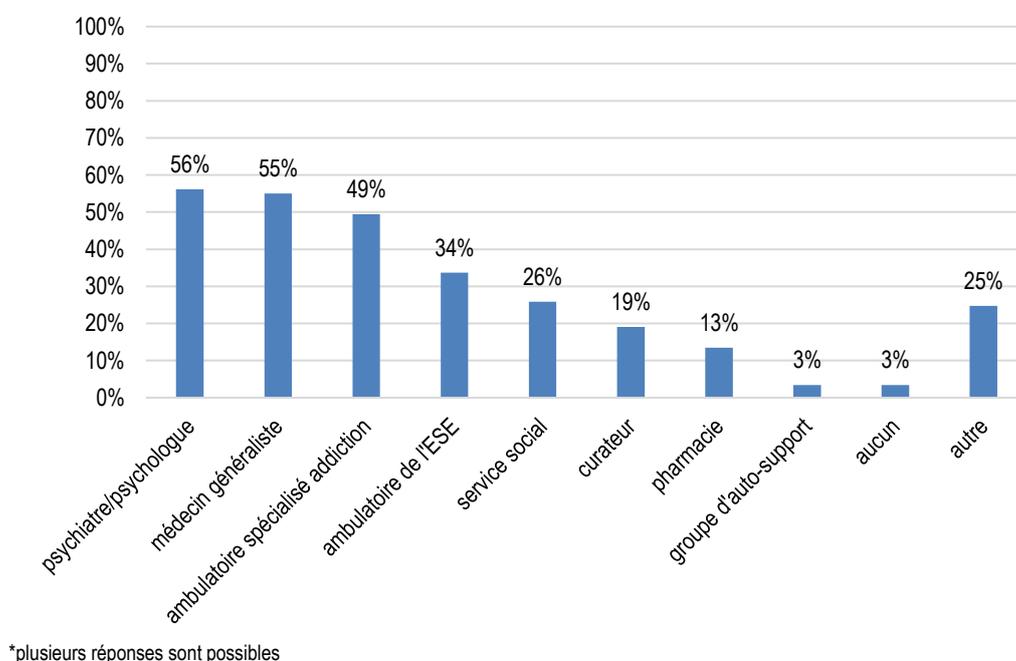
Si l'on considère plus particulièrement les courts séjours (moins de 3 mois)¹⁹, on relève une proportion plus faible de sorties régulières (60%). Les sorties non planifiées et sans suivi organisé sont proportionnellement plus importantes puisqu'elles s'élèvent à 25%.

3.3.2 Type de suivi mis en place pour les personnes concernées au moment de la sortie

Au moment de la sortie, le suivi mis en place (prévu) est souvent le fait d'un réseau de différents professionnel·le·s. Les données montrent que, pour plus de la moitié du collectif, il y a un suivi médical somatique (55%) et un suivi psychiatrique (56%). Par ailleurs, une personne sur deux (49%) poursuit une prise en charge auprès d'une institution ambulatoire spécialisée en addictologie. Un tiers des personnes (34%) bénéficie d'un suivi ambulatoire proposé par l'ESE dans lequel elles résidaient. 3% des personnes n'ont aucun suivi prévu à la sortie (cf. Figure 1).

A noter que le formulaire utilisé permet de rapporter le suivi mis en place et prévu par les intervenant·e·s au moment de la sortie. La réalité et l'intensité de ces suivis ne sont pas vérifiées par la suite.

Figure 1 Suivi mis en place au moment de la sortie pour les sorties 2018 (N=89)*



3.3.3 Ressources financières et logement des personnes concernées au moment de la sortie

Au moment de la sortie, 2/3 des personnes (69.1%) peuvent compter sur un logement stable, que ce soit un logement propre ou chez des proches. Une petite proportion des personnes (5.3%) est réorientée vers une autre institution résidentielle, que ce soit un autre ESE ou un Etablissement psycho-social médicalisé (EPSM). Par ailleurs, près de 1 personne sur 10 (9.6%) trouve une place dans un logement de transition de l'ESE ou un autre logement accompagné.

6.4% des personnes quittent un ESE dans le cadre d'une hospitalisation.

En ce qui concerne le revenu principal au moment de la sortie, la moitié des personnes concernées (54%) a essentiellement le RI comme ressource financière. Une personne sur dix (10%) a pu conserver un emploi, et donc un salaire, au cours de son séjour (cf. Tableau 11 en annexe).

¹⁹ Pour ce résultat, le N=20. En effet, il s'agit de sorties ayant eu lieu en 2018, documentées, pour lesquelles les personnes concernées acceptent le monitoring et pour lesquelles l'IUMSP avait à disposition les dates d'entrées et de sorties pour le calcul de la durée de séjour.

4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA

Lors de la deuxième année de fonctionnement du DCISA, 397²⁰ personnes différentes ont été vues dans le cadre du dispositif, dont 198 nouvellement intégrées.

Les données présentées ci-après concernent les personnes vues au moins une fois en 2018 pour une indication dans le cadre du 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 monitoring (N=252). 17 personnes, soit 6.3%, n'ont pas donné cet accord.
Le N total peut varier et être légèrement inférieur pour certaines questions en fonction des non réponses.

4.1 Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication)

4.1.1 Profil socio-démographique pour la population globale du DCISA

L'âge moyen de la population concernée est de 44.1 ans (médiane : 44 ans). On observe un âge moyen supérieur d'une dizaine d'années pour les personnes orientées vers des institutions accueillant une population ayant plutôt une problématique alcool (Epi, FEA et Oliviers) par rapport aux personnes orientées vers des institutions accueillant des personnes avec un problème de toxicodépendance (Levant et Bartimée). On relève encore une population plus jeune (27.8 ans) pour le Foyer Relais.

La proportion de femmes est de 25.4%, mais elle varie fortement selon les institutions (entre 8.7% et 50.0%) (cf. Tableau 5). Une brève analyse du profil socio-démographique de la population féminine du DCISA ne montre pas de différence majeure d'avec la moyenne pour la population du DCISA. On relève cependant une proportion plus élevée de personnes qui ont un logement propre (cf. Chapitre 4.1.2). Les femmes vues dans le cadre du DCISA présentent un indice de gravité plus important sur la dimension *Etat psychologique* ainsi que troubles psychologiques ou émotionnels plus importants que la moyenne du collectif (ch. Chapitre 4.3.2).

Tableau 5 Age et sexe des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018*

	Bartimée (N=21)	Levant (N=23)	Relais (N=4)	Oliviers (N=78)	FEA (N=85)	Epi (N=9)	Moyenne
Age moyen	35.7	37.1	27.8	47.0	49.5	48.6	44.1
% femmes	23.8	8.7	50	26.9	25.9	33.3	25.4

Base : personnes vues au moins une fois en 2018 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.

Les données socio-démographiques pour la population du DCISA sont très proches de celles de 2017, à quelques exceptions près (cf. Tableau 12 en annexe).

Plus de deux tiers des personnes (69%) sont suisses. Un peu plus d'un quart des personnes (26%) est parent d'enfants mineurs.

Un tiers des personnes (33%) n'a pas de titre de formation secondaire II (AFP, CFC, diplôme, maturité), mais uniquement un niveau de formation élémentaire, ou pas de scolarité menée à terme.

En 2018, plus de la moitié des personnes (52%) a son propre logement au moment de l'indication et 15% sont logées de manière stable chez des amis ou dans la famille. 14% se déclarent SDF. Ces résultats sont similaires à

²⁰ Il s'agit ici de toutes les personnes qui ont eu au moins un contact avec le DCISA pour une indication au cours de l'année 2018, indépendamment du fait qu'elles aient donné leur accord ou non pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques.

ceux de 2017. En revanche, la proportion de personnes à l'hôpital au moment de l'indication est plus faible qu'en 2017 (3% en 2018 contre 10% en 2017).

Les ESE qui accueillent une population avec un problème d'alcool présentent une proportion de personnes avec un logement stable supérieure à la moyenne (notamment FEA et Epi), alors que la population SDF se retrouve davantage parmi les personnes orientées vers des ESE accueillant plutôt des personnes toxicodépendantes (Bartimée et Levant). A noter encore que le Levant présente une forte proportion (13%) de personnes orientées à partir d'un hôpital, bien supérieure à la moyenne (3%)²¹ (cf. Tableau 13 en annexe). L'item « Autre » rassemble notamment les mentions d'un logement à l'hôtel.

Les ressources financières sont constituées essentiellement par le revenu d'insertion (RI) pour 43% de l'effectif et des prestations de l'assurance invalidité (AI) pour plus d'un cinquième des personnes (22%). Une personne sur cinq (20%) déclare avoir une autre source de revenu. Parmi les citations, on trouve essentiellement l'AVS, les assurances perte de gain (APG) ainsi que les prestations complémentaires (PC).

Un quart des personnes est au bénéfice d'une curatelle (25%) et sept personnes sur dix sont placées à des fins d'assistance (7%). Toutefois, la majorité des personnes (71%) n'est pas concernée par une mesure civile.

4.1.2 Profil socio-démographique pour quelques populations spécifiques du DCISA

Suite au rapport statistique 2017 et différentes discussions lors des plateformes de coordination du DCISA, il est apparu intéressant de documenter de manière statistique certaines populations spécifiques du DCISA. Il s'agit notamment des femmes, des personnes pour lesquelles le processus d'indication n'a pas abouti, ainsi que les personnes qui ne sont pas entrées en ESE suite à une indication (cf. Chapitre 2.1 et Chapitre 2.3).

La population féminine du DCISA (n=63) ne montre pas de différence majeure sur les éléments de profil socio-démographique, si ce n'est une proportion plus importante de personnes disposant d'un logement propre (61% vs 52%), ainsi qu'une part plus importante de personnes au bénéfice de l'AI (31% vs 22%).

Concernant le profil des personnes dont l'indication n'a pas abouti (N=17), les données montrent qu'il s'agit peut-être d'une population plus fragile au niveau psychologique que la moyenne. L'indice de gravité pour la dimension *Etat psychologique* s'élève à 6.1, alors que la moyenne se situe à 5.5 pour l'ensemble du collectif DCISA. Par ailleurs, une part importante des personnes est à l'hôpital au moment de l'indication (18% vs 3% en moyenne) et au bénéfice de l'AI (46% vs 22% en moyenne).

Finalement, le profil des personnes qui ne sont pas entrées en ESE suite à une indication (N=40) diffère légèrement de la moyenne en ce qui concerne la proportion de femmes (30% vs 25%) ainsi que le type de logement au moment de l'indication : ces personnes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un logement stable (81% vs 67% en moyenne). Elles sont aussi plus souvent au bénéfice de l'AI (43% vs 22%). Par ailleurs, sur le plan du profil de gravité, on relève un indice plus élevé que la moyenne concernant la *Consommation d'alcool* (6.3 vs 5.1), ainsi qu'un indice plus élevé concernant la *Santé physique* (4.7 vs 3.5).

²¹ Ce résultat est certainement dû à la convention entre la Fondation du Levant et le CHUV concernant les doubles diagnostics (9 places).

Tableau 6 Profil pour trois populations spécifiques du DCISA, 2018.

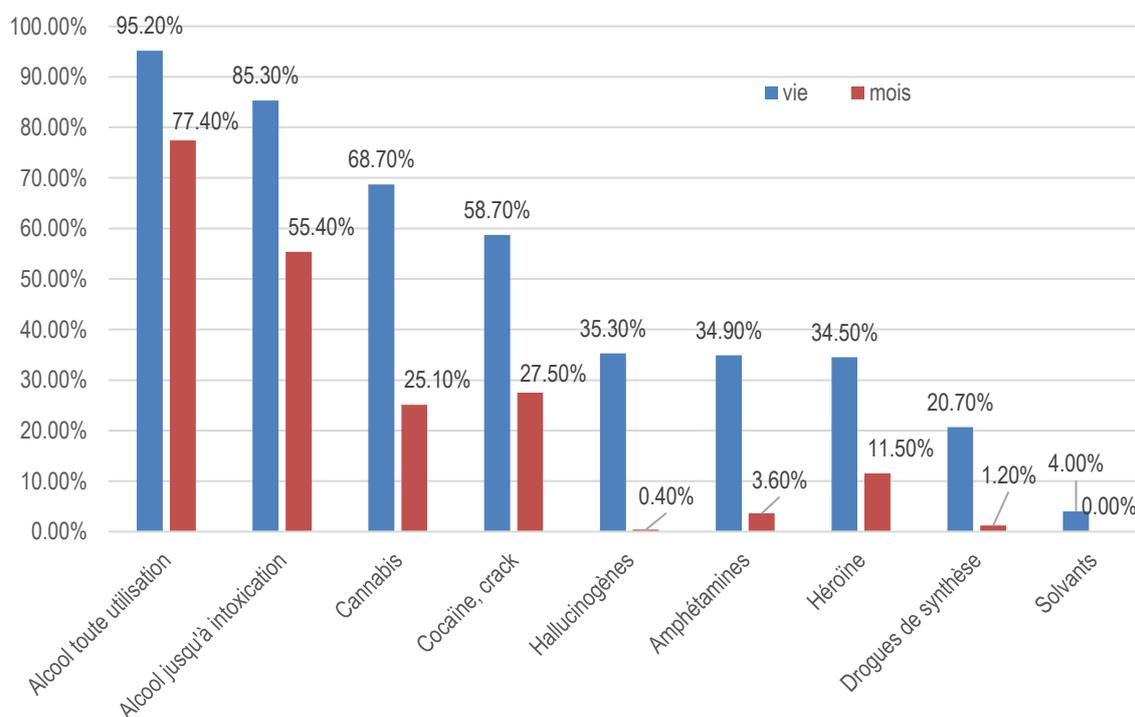
	DCISA 2018		Femmes		Processus non aboutis		Indications sans entrée	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Age moyen		44.1 ans		44.8 ans		39.4 ans		47.5 ans
Genre	252				17		40	
Proportion de femmes	64	25.4	<i>np</i>	<i>np</i>	4	24	12	30
Etat civil	239		61		11		40	
Célibataire	120	50	31	51	10	91	16	40
Marié/e	31	13	4	7	0	0	5	13
Séparé/e, divorcé/e	85	36	25	41	1	9	18	45
Veuf/ve	3	1	1	2	0	0	1	3
Nationalité	249		63		17		40	
Suisse	172	69	43	68	10	59	28	70
Etrangère	77	31	20	32	7	41	12	30
Type de logement	240		62		11		40	
Propre logement	125	52	38	61	6	55	29	73
Stable dans la famille, proches	36	15	6	10	1	9	3	8
Sans domicile fixe	33	14	7	11	0	0	4	10
ESE ou EMS	19	8	4	6	1	9	1	3
Hôpital	8	3	4	6	2	18	1	3
Prison	2	1	0	0	0	0	0	0
Autre	17	7	3	5	1	9	2	5
Parent d'enfants mineurs	238		61		11		40	
Oui	62	26	16	26	2	18	7	18
Niveau d'étude	242		61		16		40	
Sans titre secondaire II	80	33	20	32.8	5	31	11	28
Source de revenu (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	240		62		11		40	
Salaire	24	10	6	10	1	9	5	13
Chômage	9	4	2	3	0	0	1	3
AI	53	22	19	31	5	46	17	43
RI	104	43	26	42	3	27	11	28
Aucune	20	8	2	3	0	0	4	10
Autre	47	20	15	2	2	20	8	20
Indices de gravité								
Dimension Alcool		5.1		6.1		2.6		6.3
Dimension Drogues		3.5		2.2		3.7		2.6
Dimension Santé physique		3.5		3.6		3.3		4.7
Dimension Relations familiales		5.2		5.9		4.2		5.2
Dimension Etat psychologique		5.5		6.5		6.1		5.6
Dimension Emploi / ressources		5.2		4.2		2.9		4.4
Dimension Situation judiciaire		1.4		0.5		0.8		1.3

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

L'alcool est la substance la plus consommée à vie (95.2% pour alcool et 85.3% pour alcool jusqu'à intoxication) (cf. Figure 2). Plus de deux tiers des personnes (68.7%) rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ensuite, vient la cocaïne avec 58.7%. Les hallucinogènes, les amphétamines et l'héroïne concernent un peu plus du tiers du collectif (35.3%, 34.9% et 34.5% respectivement). Une personne sur cinq (20.7%) a consommé des drogues de synthèse au cours de sa vie. Ces chiffres sont semblables à ceux obtenus en 2017, hormis pour l'héroïne qui était consommée à vie par 40.1% de l'effectif.

Les principales substances consommées au cours du dernier mois avant l'indication sont l'alcool (77.4%), la cocaïne (27.5%), le cannabis (25.1%) et l'héroïne (11.5%) (cf. Figure 2). Cependant, les prévalences de consommation sont très différentes selon l'ESE concerné. Les personnes orientées vers la FEA, les Oliviers ou l'Epi ont une consommation récente d'alcool plus élevée que la moyenne. Les autres établissements (Bartimée, Levant et dans une certaine mesure l'Epi) accueillent une population ayant un profil de multi-consommation plus important (cf. Tableau 15 et Tableau 16 en annexe).

Figure 2 Prévalences de consommation au cours de la vie / du dernier mois pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (N=252)



Les personnes concernées rapportent essentiellement sniffer la cocaïne (60%) et fumer l'héroïne (47.1%). L'injection de ces deux substances concerne 14.5% de l'effectif pour la cocaïne et 19.5% pour l'héroïne (cf. Figure 8 en annexe).

L'injection de substances psychotropes au cours de la vie concerne un cinquième (21%) du collectif (cf. Tableau 7). 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 32%. Ces chiffres ont baissé de 7 points par rapport à 2017.

Parmi les personnes concernées par l'injection, 51% l'ont pratiquée au cours des 12 derniers mois et 35% au cours du dernier mois. Près des ¾ des personnes (73%) ayant eu une pratique active d'injection au cours de la dernière année l'ont fait sans échanger de matériel souillé avec d'autres personnes (89% parmi les injecteurs au cours du dernier mois).

Tableau 7 Fréquence et modalités de l'injection pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018

	2017		2018	
	N	%	N	%
Prévalence de l'injection au cours de la vie	247		243	
	61	25	51	21
Prévalence de l'injection au cours de la vie chez les personnes ayant consommé au moins une fois une substance potentiellement injectable*	156		153	
	61	39	49	32
Age de la première injection	59		50	
Moyenne		24 ans		23.4 ans
Médiane		22 ans		21 ans
Injection au cours des 12 derniers mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	60		51	
Personnes ayant injecté au cours des 12 derniers mois parmi les injecteurs à vie	36	60	26	51
<i>Sans échanges (safer use)</i>	31	86	19	73
<i>Avec quelques échanges</i>	4	11	7	27
<i>Avec fréquents échanges</i>	1	3	0	0
Injection au cours du dernier mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	58		21	
Personnes ayant injecté au cours du dernier mois parmi les injecteurs à vie	25	43	18	35
<i>Sans échanges</i>	24	96	16	89
<i>Avec quelques échanges</i>	1	4		4
<i>Avec fréquents échanges</i>	0	0		0
* 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.				

La principale substance posant problème aux personnes concernées est l'alcool (40%) ainsi que la consommation d'alcool et de drogues conjointement (28%). Pour une personne sur dix, il s'agit de la cocaïne.

Quant à la multi-consommation au cours du dernier mois, elle concerne 2/3 de l'effectif (69%). Ce résultat est comparable à celui de 2017.

En ce qui concerne certaines conséquences directes de consommation, 11% des personnes déclarent avoir eu un delirium tremens au cours du dernier mois et 17% une overdose²². Si l'on restreint les populations aux consommateurs et consommatrices concerné·e·s, les prévalences s'élèvent alors à 12 et 24% respectivement (cf. Tableau 17 en annexe).

²² Selon l'ASI, une overdose est considérée comme telle lorsqu'il y a eu besoin de l'intervention d'un tiers pour réanimer la personne.

4.3 Données concernant la Santé physique, les Relations interpersonnelles et l'Etat psychologique en 2018 (échelles B, C et D de l'ASI)

L'ASI permet de faire un bilan de l'état psychologique de la personne, mais il ne permet pas d'établir un diagnostic psychiatrique. De la même manière, les données somatiques telles que le dépistage des hépatites ou du VIH ne sont pas le résultat de sérologies effectuées dans le cadre du DCISA. L'ASI s'appuie uniquement sur des éléments rapportés par les personnes (données déclaratives).

4.3.1 Dépistage et prévalence pour le VIH et les hépatites B et C

Globalement, le taux de dépistage au cours de la vie pour le VIH est plus élevé (81.1%) que pour les hépatites B (65.8%) et C (59.3%). Les personnes consommatrices de drogues illégales ont, quant à elles, des taux de dépistage plus importants (VIH : 92.9% ; VHB : 81.2% ; VHC : 77.3%) et ces dépistages sont plus récents. Les résultats des tests concernant le VIH et le VHC montrent une plus grande prévalence de tests positifs chez les personnes consommant des drogues illégales (7.1% vs 5.1% pour le VIH et 21.7% vs 18.6% pour le VHC) (cf. Tableau 8).

Ces résultats sont comparables à ce que l'on a pu observer dans les enquêtes effectuées auprès de la population des structures à bas-seuil d'accès²³.

Tableau 8 Données concernant le dépistage du VIH, VHC et VHB des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018

	2018	
	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues
Dépistage VIH	N = 243	N = 154
Test au cours de la vie	81.1%	92.9%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	38	26.4
Résultat :	N = 195	N = 141
Prévalence de résultats positifs	5.1%	7.1%
Dépistage VHC	N = 243	N = 154
Test au cours de la vie	59.3%	77.3%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	27.8	25.3
Résultat :	N = 140	N = 115
Prévalence de résultats positifs	18.6%	21.7%
Dépistage VHB	N = 243	N = 154
Test au cours de la vie	65.8%	81.2%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	31.6	27.2
Résultat	N = 150	N = 141
Prévalence de résultats positifs	0.7%	0%

²³ Locicero 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).

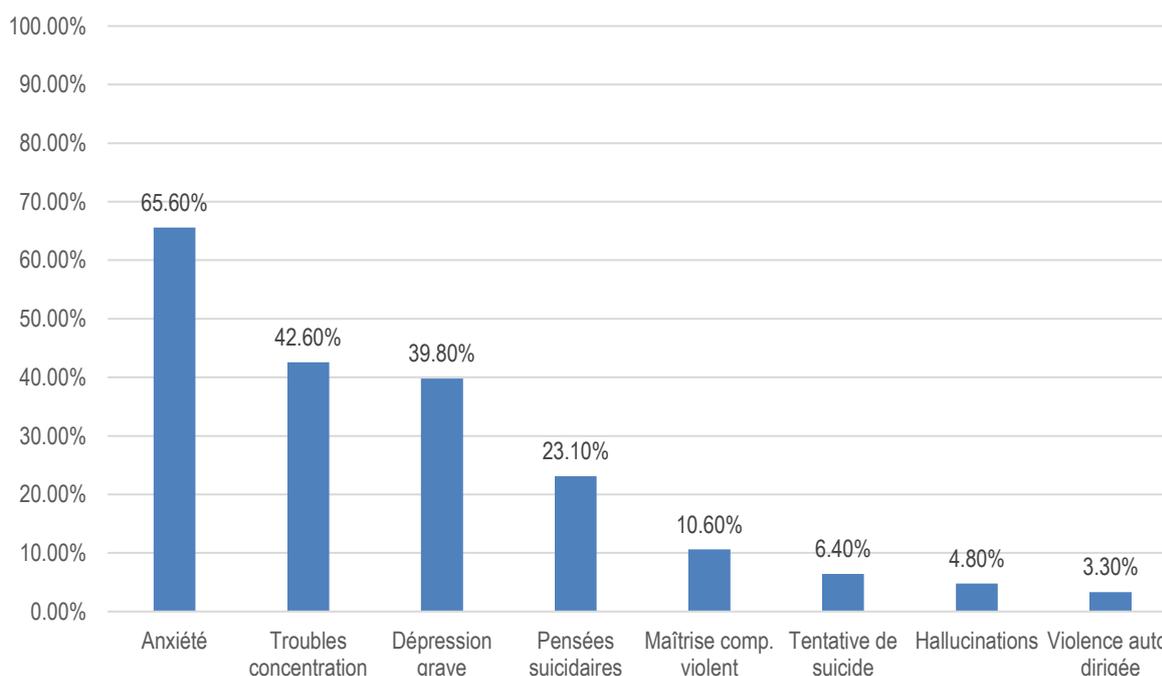
4.3.2 Hospitalisations et données sur la santé mentale (dimension *Etat psychologique* de l'ASI)

En moyenne, le nombre d'hospitalisations au cours de la vie pour un problème de santé physique se situe à 4.6 (médiane : 3)²⁴. La répartition des données par tranches d'âge met en évidence une augmentation du nombre d'hospitalisations au cours de la vie. Le nombre moyen d'hospitalisations est inférieur en ce qui concerne les hospitalisations pour un problème psychologique ou émotionnel (moyenne : 2.2 ; médiane : 1). Cependant, plus d'une personne sur deux (53%) a été hospitalisée au moins une fois dans sa vie pour un problème psychologique ou émotionnel (cf. Tableau 18 en annexe). Il faut noter que les femmes rapportent un nombre moyen d'hospitalisations plus élevé que la moyenne (5.3 pour un problème physique et 3.3 pour un problème psychologique).

En ce qui concerne les prises en charge ambulatoire de problèmes psychologiques ou émotionnels, 74% du collectif DCISA y a eu recours. Le nombre moyen de ces prises en charge est de 1.8 (médiane : 1) (cf. Tableau 18 en annexe). Les femmes sont plus concernées par ces prises en charge (83%).

Trois quarts des personnes (74.6%) 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 avoir souffert de tels problèmes durant au moins 20 jours le mois précédent l'entrevue (moyenne : 17.6 jours). Ces deux éléments sont en augmentation par rapport à 2017.

Figure 3 Troubles psychologiques ou émotionnels, au cours du dernier mois, rapportés par les personnes vues au moins une fois pour une indication 2018



La prévalence, au cours du dernier mois, de troubles psychologiques ou émotionnels rapportés par les personnes concernées (cf. Figure 3) donne les informations suivantes : 65.6% des personnes estiment souffrir d'anxiété, 39.8% de dépression grave et près d'un quart (23.1%) exprime avoir eu des pensées suicidaires. Quant aux personnes ayant fait une tentative de suicide, leur proportion a doublé entre 2017 et 2018, passant de 3.6 à 6.4%. Quatre répondant-e-s sur dix (42.6%) font état de troubles de la concentration.

²⁴ 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.

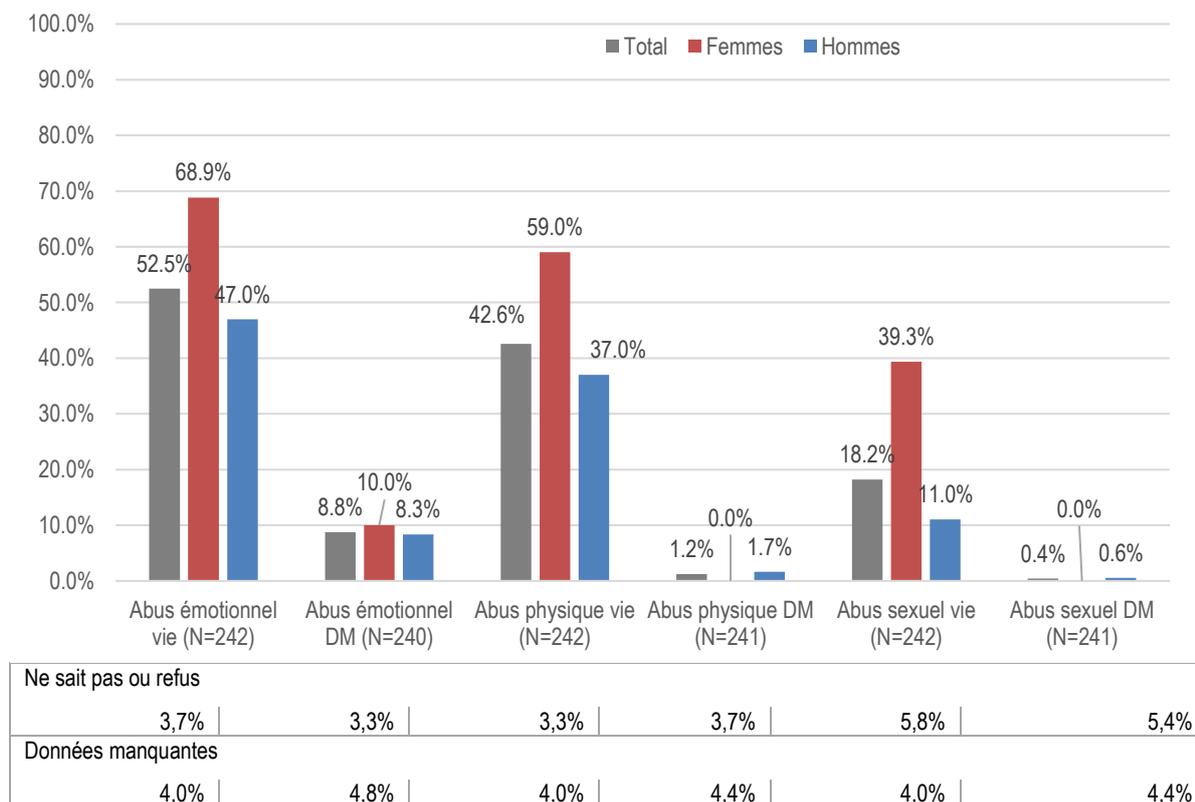
Les femmes vues dans le cadre du DCISA présentent des troubles psychologiques ou émotionnels plus importants que la moyenne du collectif. En effet, elles sont 78% à être anxieuses, 49% disent souffrir de dépression grave et 11% ont fait une tentative de suicide (vs 6.4% pour le collectif). Elles sont encore 15% (vs 10.6% en moyenne) à avoir de la peine à maîtriser des comportements violents.

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.

Un peu plus de la moitié des personnes répondantes (52.5%) rapporte avoir été abusée émotionnellement au cours de sa vie. Quatre personnes sur dix ont subi des abus physiques (42.6%) et une personne sur cinq (18.2%) rapporte avoir été victime d'abus sexuels. Ces prévalences sont inférieures à celles observées pour les personnes indiquées en 2017 par le DCISA, notamment en ce qui concerne les abus émotionnels (62% en 2017) et les abus sexuels (24% en 2017). On relève aussi une diminution des prévalences pour les abus rapportés au cours des 30 derniers jours, quel que soit le type d'abus (8.8% vs 15% en 2017, 1.2% vs 4% en 2017 et 0.4% vs 1% en 2017 respectivement pour les abus émotionnels, physiques et 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 pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018



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 plus 7% pour les abus émotionnels et physiques, dont un peu plus de 3% de personnes qui ne savent pas ou refusent de répondre. On relève 9.8% de non réponses pour l'abus sexuel, dont 5.8% qui ne savent pas ou refusent de répondre. Répondre à ces questions ne semble pas constituer un frein pour la personne concernée.

4.4 Profils de gravité et besoin additionnel de traitement (Source : ASI)

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.

4.4.1 Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2018

Les indices de gravité et de besoins additionnels de traitement des personnes varient selon les ESE vers lesquels elles ont été indiquées (cf. Figure 16, Figure 17, Figure 18 et Figure 19 en annexe).

Les personnes orientées sur des ESE qui accompagnent traditionnellement des personnes ayant des problèmes d'alcool ont des profils plus élevés sur cette dimension (7.0 pour la Fondation Estérelle-Arcadie et 6.1 pour la Fondation des Oliviers). Les personnes orientées à La Fondation Bartimée et à la Fondation du Levant ont des valeurs bien au-dessus de la moyenne (2.9) sur la dimension drogues, respectivement 6.0 et 5.8. 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.

Tableau 9 Indices de gravité comparés pour 2017 et 2018

	Bartimée		Levant		Relais		Oliviers		FEA		Epi		Total	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
N	20	22	20	24	8	4	66	77	91	88	10	9	242	250
Alcool	3.4	3.0	2.8	2.5	2.9	6.5	5.8	6.1	7.6	7.0	7.8	5.2	5.9	5.6
Drogue	6.7	6.0	6.2	5.8	4.1	1.5	3.3	2.8	1.4	1.0	2.4	4.0	3.2	2.9
Santé physique	2.5	2.8	3.6	4.0	2.1	3.3	3.9	3.8	3.9	3.6	4.1	3.6	3.7	3.6
Relations familiales	5.4	4.9	4.6	4.0	4.8	7.5	5.0	4.7	5.3	4.9	5.1	5.3	5.1	4.8
Etat psychologique	6.3	5.3	6.1	5.3	5.0	5.8	5.9	5.8	6.4	5.8	6.0	4.9	6.1	5.7
Emploi / ressources	5.2	5.6	3.8	4.1	6.8	7.5	4.8	5.1	4.4	4.2	6.5	4.3	4.7	4.6
Situation judiciaire	1.9	2.6	2.6	1.9	2.4	1.5	2.0	1.4	0.8	0.6	2.1	0.4	1.6	1.2

De manière générale, on observe une légère diminution des indices de gravité entre 2017 et 2018, quelle que soit la dimension concernée. Cette observation est valable pour la plupart des ESE, avec cependant quelques exceptions : les personnes orientées vers Bartimée ont globalement un indice de gravité pour la situation judiciaire plus élevé qu'en 2017 et une population orientée vers l'Epi plus touchée par des consommations de drogues qu'en

2017. Par ailleurs, l'indice de gravité pour les questions d'emploi est plus élevé qu'en 2017 pour plusieurs ESE. La significativité de ces différences n'a pas été testée.

L'indice de gravité permet aussi d'apprécier si la personnes concernée et l'intervenant-e ont la même évaluation de la situation ou si au contraire la personne sous-estime ou sur-estime la gravité du problème²⁵.

En ce qui concerne la dimensions *Alcool*, la moyenne de l'indice se situe à 5.6. Cependant, on observe que dans près de 2/3 des situations (65.6%) le problème est considéré comme considérable ou extrême (indices 6 à 9). Or, on relève que, si dans le ¾ des cas la personne concernée et l'intervenant-e ont une appréciation identique de la situation, pour le ¼ restant, la personne sous-estime le problème.

Pour la dimension *Drogue*, quatre personnes sur dix sous-estiment le problème de la consommation. Pour *l'Etat psychologique* et les *Relations familiales*, cette proportion s'élève à 1/3 environ. On observe encore que, lorsque le problème est plutôt estimé léger ou modéré, les appréciations des deux parties sont beaucoup plus consensuelles.

Les personnes qui ne sont pas entrées en résidentiel suite à une indication (N=40) font une évaluation moins critique de leur consommation d'alcool que l'évaluateur-trice de manière plus marquée que pour la moyenne.

4.4.2 Besoins additionnels de traitement : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2018

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 indices de besoins additionnels sont sensiblement moins élevés.

4.5 Scores composés (Source : ASI)

L'ASI permet de dresser une évaluation qualitative de la gravité des situations en tenant compte de la perception subjective de la personne concernée (cf. Chapitre 4.4). Les indices de gravité ne peuvent pas être utilisés de manière fiable pour mesurer une évolution. C'est pourquoi, une deuxième échelle 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 de manière longitudinale à des périodes différentes²⁶.

4.5.1 Evolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE, en fonction des dimensions de l'ASI (2018)

Globalement, les résultats moyens des scores composés pour chacune des dimensions sont relativement similaires entre les ESE, sauf sur les dimensions de consommation d'alcool et de drogues. Les différences alors observées vont dans le même sens que pour les profils de gravité (cf. Tableau 19 en annexe).

²⁵ L'intervenant évalue la gravité selon une échelle à 5 échelons : s'il évalue la situation non problématique, il va poser une fourchette 0-1 ; s'il évalue le problème léger, il mettra 2-3 ; pour un problème moyen, une fourchette 4-5 ; pour un problème considérable, une fourchette 6-7 ; et une fourchette 8-9 pour un problème extrême. Dans un deuxième temps, il va ajuster l'indice en fonction de l'auto-évaluation faite par la personne concernée. A savoir qu'il va prendre la partie basse de sa fourchette (le chiffre pair) si la personne trouve que le problème est inexistant ou peu grave, voire moyen ; et il va prendre la partie haute de sa fourchette (le chiffre impair) si la personne estime que son problème est considérable ou extrême. Par exemple, pour la dimension *Alcool* : si l'intervenant estime le problème considérable (6-7) mais que pour la personne il n'y a pas de problème, l'intervenant va poser un indice de 6. Dans ce cas, le fait d'avoir un chiffre pair nous indique que la personne est dans le déni ou du moins sous-estime la situation.

²⁶ Peggy L. McGahan, Jeffrey A. Griffith, Richard Parente et A. Thomas McLellann, *Composite Scores Manual*, Treatment Research Institute Philadelphia, PA, 1986.

Comme mentionné ci-dessus, l'intérêt du score composé est de pouvoir comparer l'évolution de celui-ci à différents moments du parcours d'une personne ou d'un collectif de personnes. La Figure 5 montre l'évolution des scores pour chacune des dimensions entre l'indication et la sortie d'ESE, ceci pour l'entier de la population du DCISA²⁷.

On observe une évolution très nettement favorable entre l'indication et la sortie pour la dimension *Alcool* (-0.44).

Pour ce qui est de la dimension *Drogue*, on observe une évolution favorable de -0.06. Cette évolution est plus importante pour le Levant (-0.14) et pour Bartimée (-0.11) (cf. Tableau 20 en annexe).

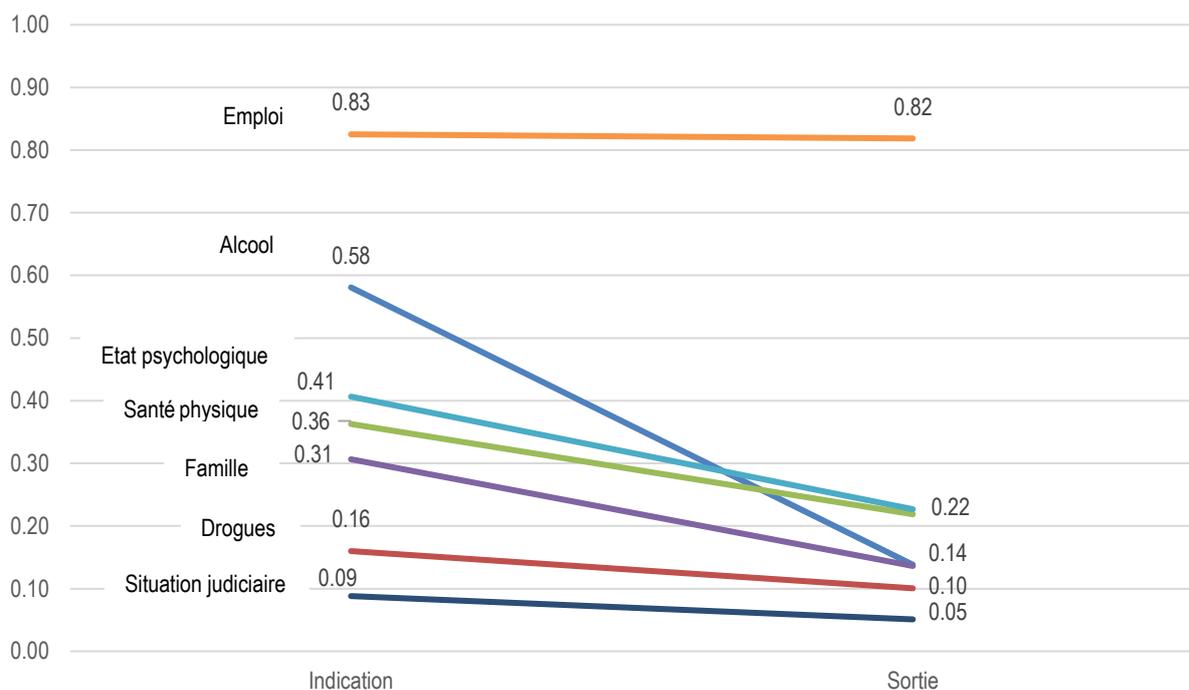
En ce qui concerne la dimension *Etat psychologique*, l'évolution entre l'indication et l'entrée est de -0.18. Cette évolution est proche de la moyenne pour tous les ESE, sauf pour les Oliviers (-0.08).

Lorsque l'on regarde la dimension *Relations familiales*, on relève une évolution de -0.17. Celle-ci est très similaire pour tous les ESE.

La *Santé physique* est une dimension pour laquelle on observe une évolution de -0.14. Cette évolution est relativement différente selon l'ESE concerné, passant de -0.21 à la FEA à -0.06 aux Oliviers ou 0.23 au Relais.

Les deux dernières dimensions de *l'Emploi / ressources* et la *Situation judiciaire* ont des évolutions favorables, mais peu importantes (-0.01 et -0.04 respectivement).

Figure 5 Différences de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie d'ESE en 2018 (N=57)



²⁷ Le N est constitué des personnes pour lesquelles il y a une indication et une sortie documentées au moyen de l'ASI, et qui ont donné leur accord pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques. Le nombre d'individus concernés est dès lors de 57.

5. Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication (Source : Rapport d'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.

Le calcul des proportions est basé sur un N qui fait abstraction des réponses « non concerné ». Le N est donc différent pour chacune des dimensions

5.1 Buts poursuivis : dimension *Consommation d'alcool* (N=214)

Les objectifs des personnes concernées sont plutôt tournés vers des projets d'abstinence ou de maintien d'abstinence, plutôt que de contrôle de la consommation.

Près de la moitié du collectif souhaite respectivement initier, ou viser à terme, une abstinence (46.3%) ou maintenir une abstinence existante (45.8%). Un peu plus d'un tiers (36%) a pour objectif de prévenir la rechute et un peu plus d'une personne sur sept vise une consommation diminuée, voire contrôlée (15.4%) (cf. Figure 9 en annexe).

5.2 Buts poursuivis : dimension *Consommation de drogues* (N=126)

La demande première pour les personnes consommant des drogues vise l'abstinence (50.8%), suivie du maintien de celle-ci (28.6%). Un quart des personnes (24.6%) a plutôt pour objectif de diminuer sa consommation.

Sous l'item *Autre* (4.8%), il est par exemple fait mention de l'arrêt des benzodiazépines ou de la poursuite du traitement avec prescription de diacétylmorphine (DAM) (cf. Figure 10 en annexe).

5.3 Buts poursuivis : dimension *Santé physique* (N=187)

En ce qui concerne la santé physique, le constat établi en 2017 peut se reporter pour l'année 2018. En effet, 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. Près d'un tiers d'entre elles (31.0%) se réfère à l'item *Autre* (58 mentions) (cf. Figure 11 en annexe). Parmi les citations les plus courantes, on retrouve 20 fois (34%) des éléments en lien avec l'hygiène de vie (retrouver des habitudes saines, retrouver le sommeil, se mettre au sport, etc.), 19 fois (33%) le fait de poursuivre une prise en charge déjà mise en place, et 6 mentions en lien avec le poids (perdre ou prendre du poids).

5.4 Buts poursuivis : dimension *Relations familiales et interpersonnelles* (N=181)

En ce qui concerne les relations sociales, plus de la moitié des personnes (55.2%) souhaite trouver une stabilité, un rythme de vie et quatre personnes sur dix (40.3%) ont besoin de clarifier leurs choix et attentes (cf. Figure 12 en annexe).

Un peu plus d'un quart des personnes (28.7%) dit avoir besoin de renouer avec ses proches et un quart (24.3%) évoque le besoin de quitter le milieu. Il faut noter que la plupart des mentions faites dans la catégorie *Autre* se rattache aussi à la sphère familiale ou des proches : créer (ou recréer) des liens ou un réseau hors consommation (N=13) ou au contraire prendre de la distance d'avec ses proches (N=4), maintien des liens (N=9), et finalement besoin de rassurer son entourage (N=10).

5.5 Buts poursuivis : dimension *Etat psychologique* (N=223)

Pour ce qui est de la dimension *Etat psychologique*, une personne sur deux (49.8%) se fixe comme objectif de réduire les risques. Près d'une personne sur quatre (38.6%) souhaite travailler à son développement personnel, et

un peu plus d'un tiers (33.6%) aimerait mettre en place ou réactiver un suivi psychologique (cf. Figure 13 en annexe).

Il faut noter que parallèlement, sous l'item *Autre* (23.3%, 52 mentions), 25 personnes (soit 48% des mentions *Autre*) ont cité vouloir poursuivre le suivi actuellement mis en place.

On relève encore 12 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.

5.6 Buts poursuivis : dimension *Emploi et ressources* (N=184)

Dans le domaine de l'emploi et des ressources, près de la moitié des personnes (47.2%) souhaite trouver une activité professionnelle ou suivre une formation. Seuls 6.5% ont un emploi (qu'ils désirent conserver) au moment de la demande d'indication (cf. Figure 14 en annexe).

Trouver un logement préoccupe près de quatre personnes sur dix (39.3%) et un tiers des personnes (34.6%) pour ce qui est du besoin de mettre en place des activités socialisantes, par ex des activités de bénévolat.

Sous l'item *Autre* (19.2%), 9 personnes mentionnent le fait de se questionner sur leur avenir professionnel et l'après séjour résidentiel.

5.7 Buts poursuivis : dimension *Justice et administration* (N=57)

Pour ce qui est de la dimension concernant la situation judiciaire de la personne, le principal objectif des personnes concernées est de respecter les exigences inhérentes au statut judiciaire (50.9%). Puis, 14% des personnes disent avoir pour objectif de récupérer leurs droits, notamment la garde des enfants (cf. Figure 15 en annexe).

Dans la catégorie *Autre* (40.4%, N=22), on retrouve une grande diversité d'objectifs cités, parmi lesquels la récupération du permis de conduire (N=9). Trois personnes sont en attente de jugement et une personne annonce vouloir éviter la prison.

ANNEXES

6. Annexes

Figure 6 Evolution trimestrielle du nombre d'indications DCISA, par région, 2017- 2018

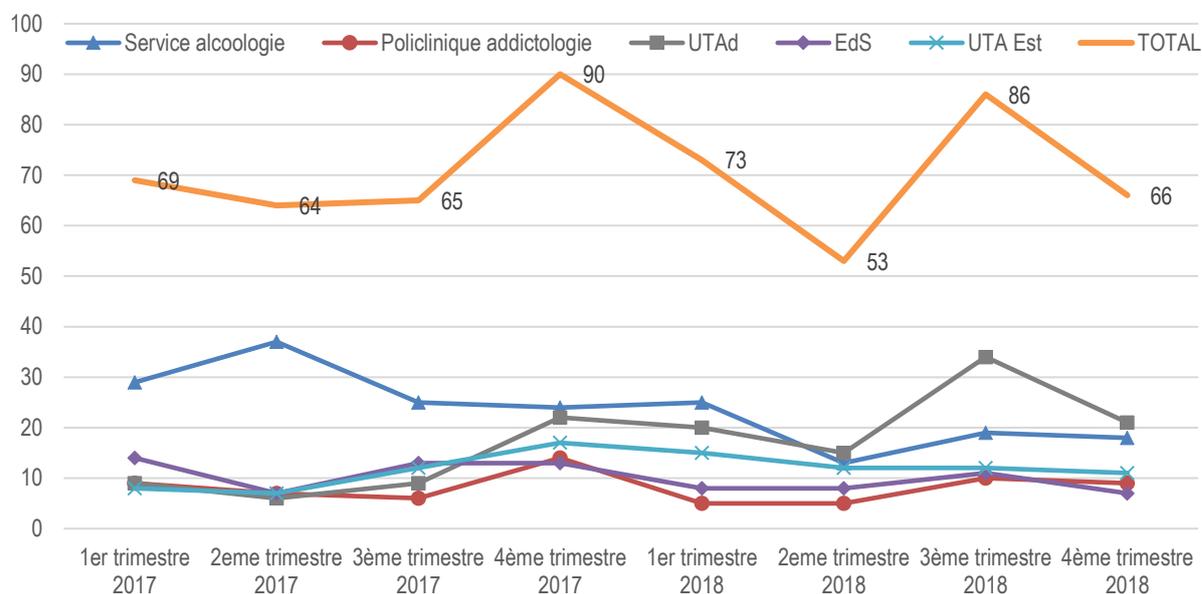


Tableau 10 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour résidentiel en 2018

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA	Epi	Extra VD	Total
Nbre d'indications 2018	26	29	7	90	102	10	7	276
Nbre d'indications 2018 suivies d'une entrée	19	21	2	84	78	8	6	218
%	73.1%	72.4%	28.6%	93.3%	76.5%	80.0%	85.7%	79.0%
Taux d'occupation moyen (2018)²⁸	101.2%	80.5%	92.6%	96.5%	89.5%	102.3%		

²⁸ Les données concernant les taux d'occupation ont été fournies par la DGCS. 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 la DGCS sont prises en compte (il n'y a donc pas celles financées par d'autres Services, comme le SPEN).

Figure 7 Raison principale de la fin du séjour pour les séjours terminés en 2018

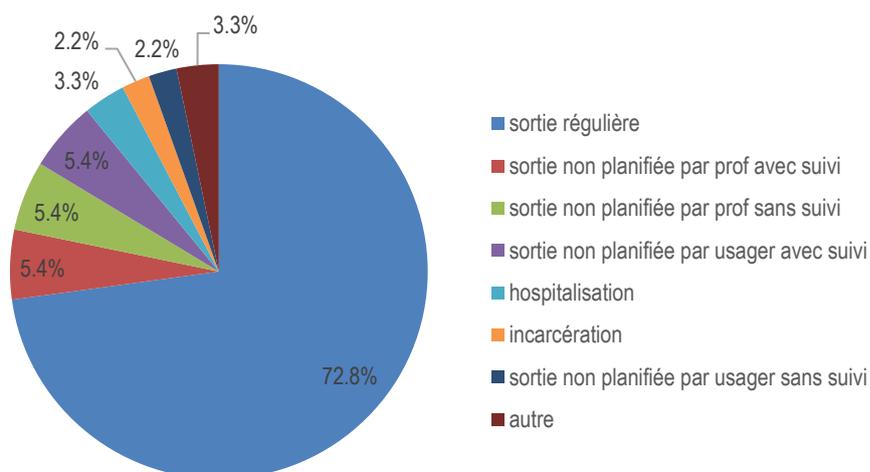


Tableau 11 Type de revenu et de logement au moment de la sortie pour les personnes sorties d'ESE en 2018

	2018	
	N	%
Type de logement	94	
Propre logement	55	58.5
Stable dans la famille, proches	10	10.6
Sans domicile fixe	1	1.1
Hôtel	4	4.3
ESE spécialisé dans l'addiction	2	2.1
EPSM	3	3.2
Logement de transition de l'ESE	5	5.3
Autre logement accompagné	4	4.3
Hôpital	6	6.4
Prison	2	2.1
Autre	2	2.1
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	92	
Salaire	9	10
Chômage	2	2
AI	13	14
RI	50	54
Aucune	7	8
Autre	14	15

Tableau 12 Caractéristiques sociodémographiques générales des personnes vues pour une indication, comparaison 2017 et 2018

	2017		2018	
	N	%	N	%
Etat civil	243		239	
Célibataire	126	52	120	50
Marié/e	26	11	31	13
Séparé/e, divorcé/e	86	35	85	36
Veuf/ve	5	2	3	1
Nationalité	242		249	
Suisse	172	71	172	69
Etrangère	70	29	77	31
Type de logement	245		240	
Propre logement	128	52	125	52
Stable dans la famille, proches	29	12	36	15
Sans domicile fixe	34	14	33	14
ESE ou EMS	20	8	19	8
Hôpital	24	10	8	3
Prison	1	0	2	1
Autre	9	4	17	7
Parent d'enfants mineurs	240		238	
Oui	78	33	62	26
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	242		242	
Sans titre secondaire II	90	36	80	33
Aucune scolarité menée à terme	16	6	13	5
Scolarité obligatoire	71	29	62	26
Formation de transition	3	1	5	2
Avec titre secondaire II	157	64	155	64
Apprentissage, école professionnelle	106	43	102	42
Maturité, diplôme d'études secondaires supérieures	13	5	16	7
Formation professionnelle supérieure	13	5	12	5
Haute école	13	5	15	6
Université	11	5	10	4
Autre formation	1	0	7	3
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	243		240	
Salaire	20	8	24	10
Chômage	12	5	9	4
AI	46	19	53	22
RI	116	48	104	43
Aucune	23	9	20 (N=239)	8
Autre	39 (N=241)	16	47 (N=237)	20

	2017		2018	
	N	%	N	%
Mesure civile (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	232		237	
Plafa (placement à des fins d'assistance)	14	6	16	7
Curatelle	53	23	59	25
Aucune	165	71	167	71

Tableau 13 Type de logement par ESE pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (N=252)

	Bartimée (N=21)	Levant (N=23)	Relais (N=4)	Oliviers (N=75)	FEA (N=83)	Epi (N=9)	Autres (N=1)	Moyenne (N=252)
Propre	14.3	21.7	0.0	50.7	68.7	66.7	100.0	52.1
Stable	14.3	26.1	100.0	16.0	9.6	0.0	0.0	15.0
SDF	28.6	21.7	0.0	17.3	8.4	22.2	0.0	13.8
ESE/EMS	9.5	8.7	0.0	8.0	7.2	0.0	0.0	7.9
Hôpital	4.8	13.0	0.0	1.3	0.0	11.1	0.0	3.3
Prison	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	0.8
Autre	28.6	8.7	0.0	4.0	6.0	0.0	0.0	7.1

Tableau 14 Type de revenu des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (N=245)

	Bartimée (N=21)	Levant (N=23)	Relais (N=4)	Oliviers (N=75)	FEA (N=83)	Epi (N=9)	Autres (N=1)	Moyenne (N=245)
Salaire	0.0	0.0	25.0	8.0	14.5	22.2	100.0	10.0
Chômage	9.5	0.0	0.0	2.7	4.8	00.0	0.0	3.8
AI	14.3	17.4	0.0	22.7	22.9	11.1	0.0	22.1
RI	52.4	60.9	50.0	52.0	28.9	77.8	0.0	43.3
Aucune	19.0	13.0	0.0	6.7	9.6	0.0	0.0	8.4
Autre	14.3	8.7	25.0	16.0	28.9	0.0	0.0	19.8

Tableau 15 Prévalence de consommation au cours de la vie, en fonction des ESE, pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (en %)

	Bartimée (N=21)	Levant (N=23)	Relais (N=4)	Oliviers (N=78)	FEA (N=85)	Epi (N=9)	Moyenne (N=252)
Alcool toute utilisation	95.2	100.0	100.0	93.6	95.3	100.0	95.2
Alcool jusqu'à intoxication	85.7	78.3	75.0	83.3	90.6	88.9	85.3
Héroïne	81.0	82.6	0.0	33.3	9.4	77.8	34.5
Cocaïne, crack	95.2	100.0	25.0	59.0	31.8	88.9	58.7
Cannabis	90.5	100.0	75.0	70.5	44.7	88.9	68.7
Amphétamines	71.4	73.9	25.0	28.2	17.6	77.8	34.9
Hallucinogènes	71.4	69.6	25.0	26.9	18.8	77.8	35.3
Drogues de synthèse	52.4	26.1	25.0	16.9	14.1	33.3	20.7
Solvants	4.8	8.7	0.0	2.6	4.7	11.1	4.0

Tableau 16 Prévalence de consommation au cours des 30 derniers jours, en fonction des ESE, pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (en %)

	Bartimée (N=21)	Levant (N=23)	Relais (N=4)	Oliviers (N=78)	FEA (N=85)	Epi (N=9)	Moyenne (N=252)
Alcool toute utilisation	47.6	56.5	100.0	77.9	85.9	88.9	77.4
Alcool jusqu'à intoxication	14.3	21.7	75.0	61.8	68.2	66.7	55.4
Héroïne	19.0	52.2	0.0	7.8	1.2	22.2	11.5
Cocaïne, crack	52.4	65.2	0.0	24.7	10.6	44.4	27.5
Cannabis	42.9	56.5	50.0	20.8	12.9	22.2	25.1
Amphétamines	19.0	8.7	0.0	1.3	0.0	0.0	3.6
Hallucinogènes	47.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Drogues de synthèse	4.8	4.3	0.0	1.3	0.0	0.0	1.2
Solvants	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Figure 8 Mode de consommation prédominant, 2018

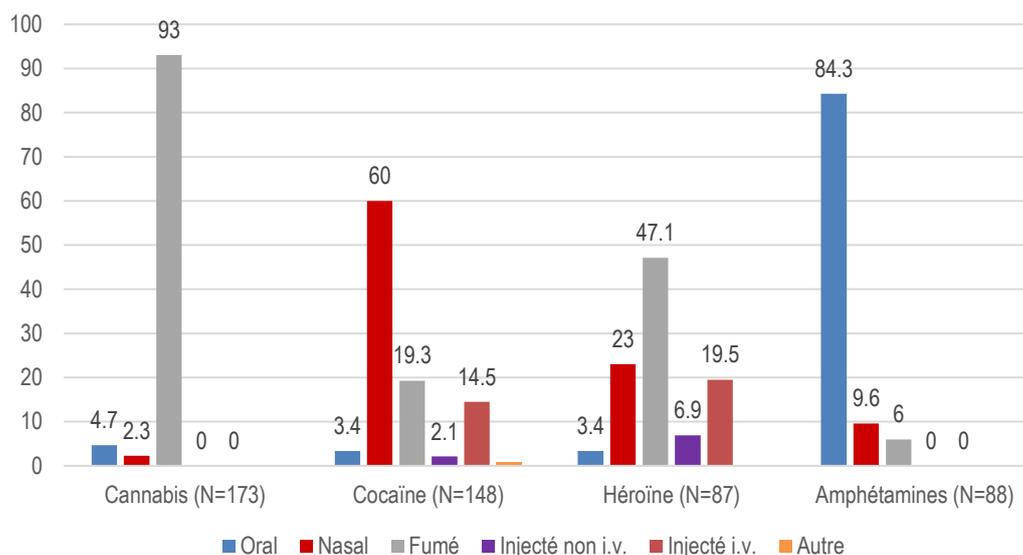


Tableau 17 Substance posant problème, multi-consommation et conséquences de la consommation pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018

	2017		2018	
	N	%	N	%
Substance(s) posant un problème majeur			243	
Alcool toute utilisation	-	-	98	40
Alcool et drogues	-	-	67	28
Cocaïne	-	-	25	10
Multiplés drogues	-	-	18	7
Alcool jusqu'à intoxication	-	-	14	6
Héroïne	-	-	6	3
Cannabis	-	-	5	2
Amphétamines	-	-	4	2
Prévalence de la multi-consommation au cours du dernier mois	246		250	
	177	72	171	69
Prévalence du delirium tremens au cours du dernier mois (collectif)	246		241	
	38	15	27	11
Chez consommateurs d'alcool jusqu'à intoxication	-	-	213	
	-	-	26	12
Prévalence de l'overdose au cours du dernier mois (collectif)	241		243	
	34	14	40	17
Chez consommateurs héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse	-	-	153	
	-	-	37	24

Tableau 18 Données concernant la santé physique et l'état psychologique des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018

	2017		2018	
	N	%	N	%
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	237		238	
Moyenne : totale		4.3		4.6
Moins de 30 ans		-		2.3
Entre 30 et 60 ans		-		4.9
60 ans et plus		-		6
Médiane : totale		2		3
Moins de 30 ans		-		1
Entre 30 et 60 ans		-		3
60 ans et plus		-		4
Personnes hospitalisées pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	132 (N = 242)	55	123 (N = 234)	53
Nombre d'hospitalisations par personne				
Moyenne		3.4		2.2
Médiane		1		1
Personnes prises en charge en ambulatoire pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	181 (N = 243)	75	172 (N = 233)	74
Nombre de prise en charge ambulatoire par personne				
Moyenne		2.2		1.8
Médiane		1		1
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	243		244	
Moyenne		16.8		17.6
Médiane		15		20
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	168 (N = 243)	68	185 (N = 248)	75

Figure 9 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension *Consommation d'alcool* (N=256) (plusieurs réponses possibles)

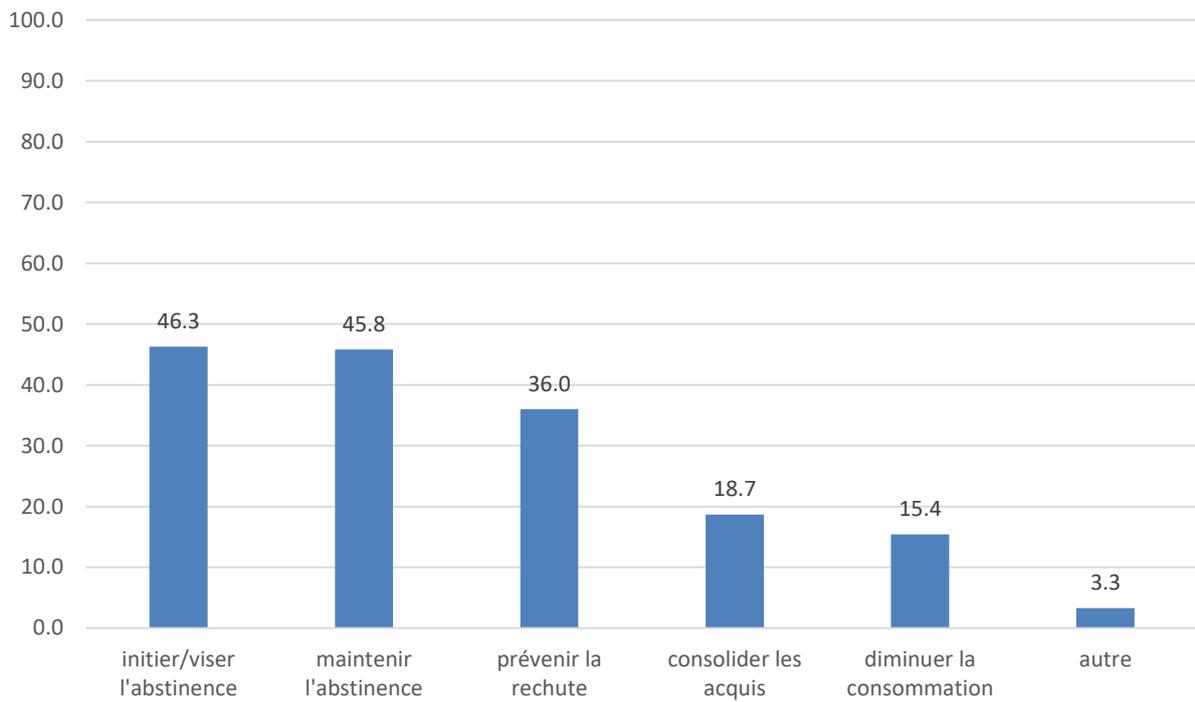


Figure 10 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension *Consommation de drogues* (N=254) (plusieurs réponses possibles)

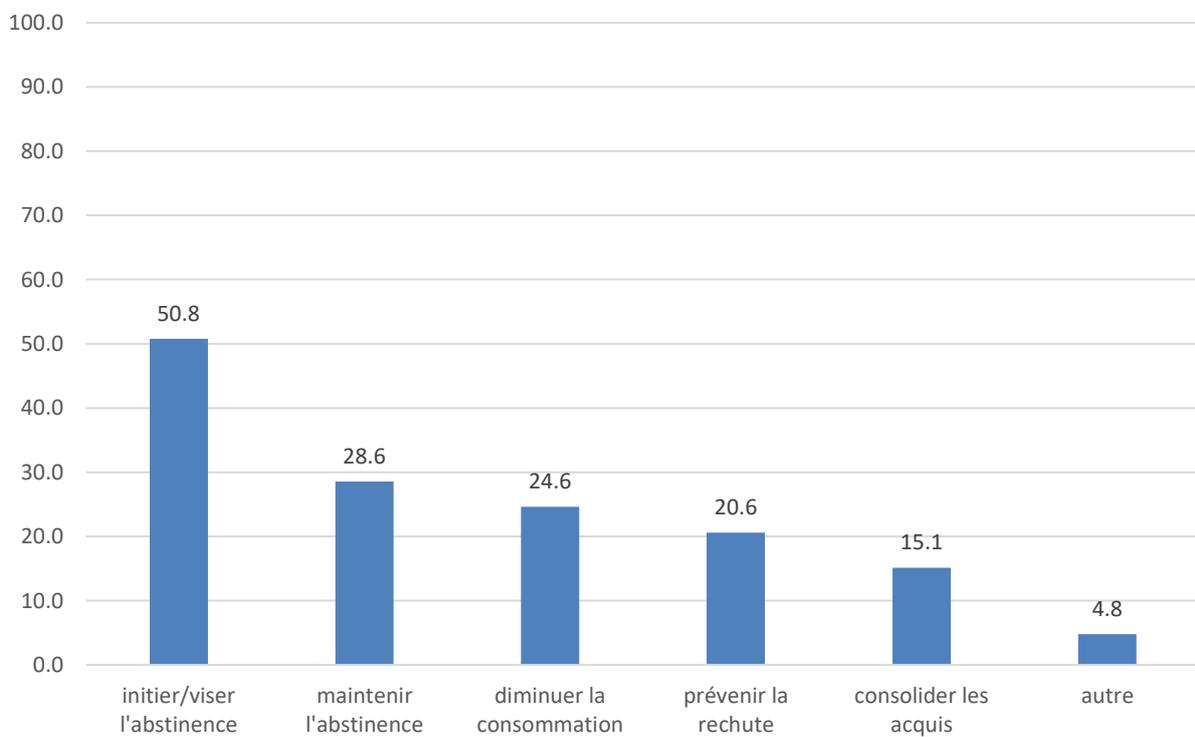


Figure 11 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension Santé physique (N=251) (plusieurs réponses possibles)

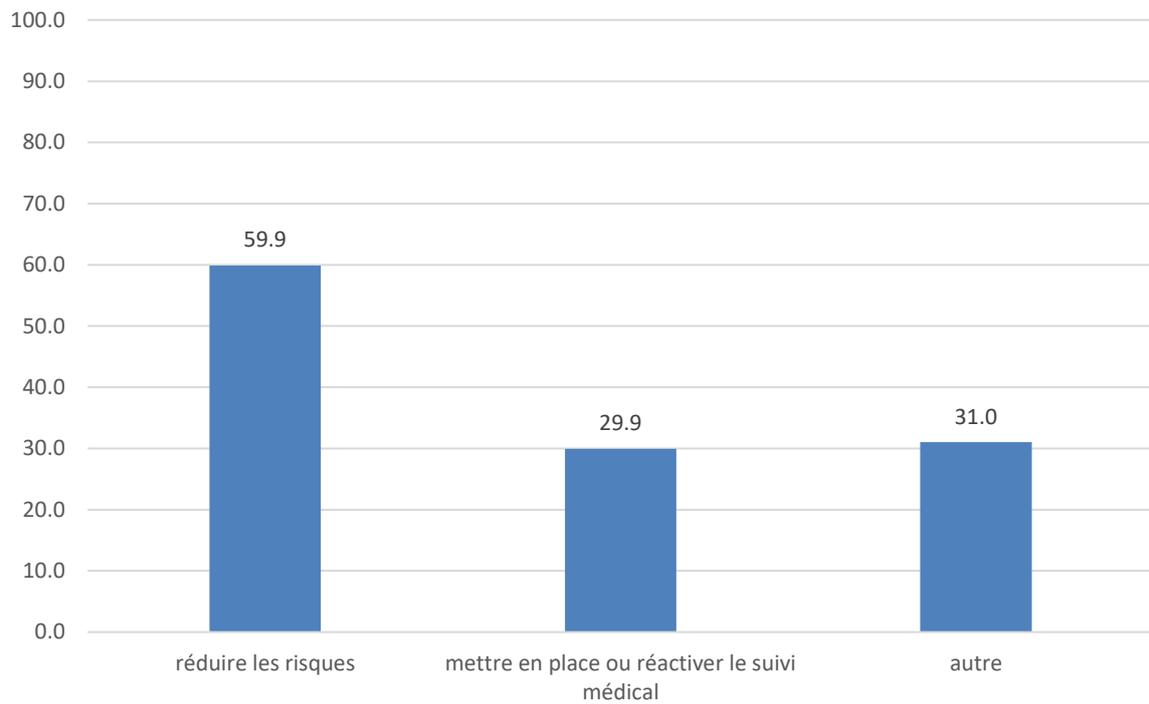


Figure 12 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension des relations familiales et interpersonnelles (N=249) (plusieurs réponses possibles)

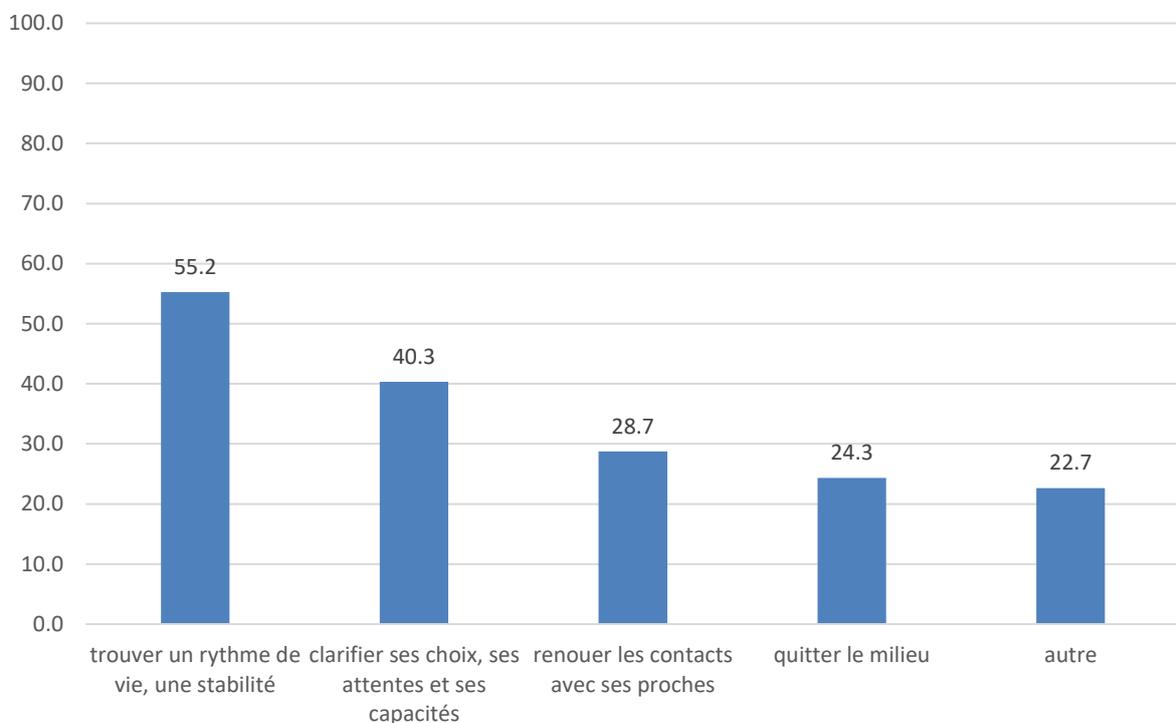


Figure 13 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension *Etat psychologique* (N=254) (plusieurs réponses possibles)

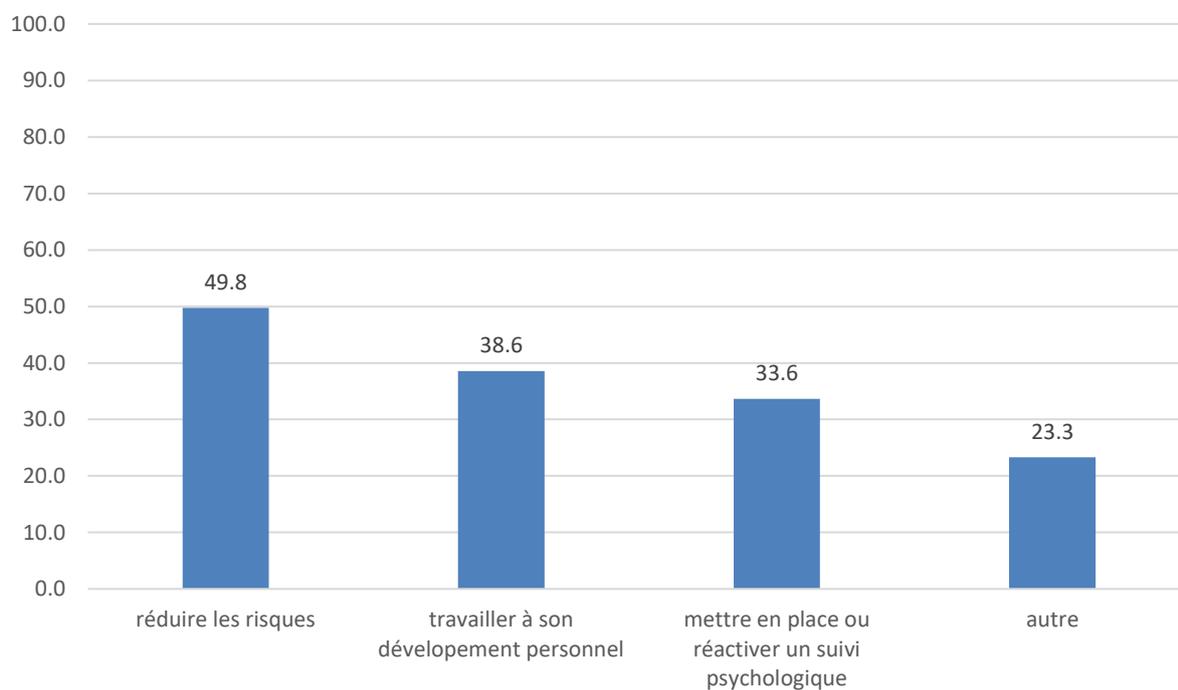


Figure 14 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension *Emploi et des ressources* (N=255) (plusieurs réponses possibles)

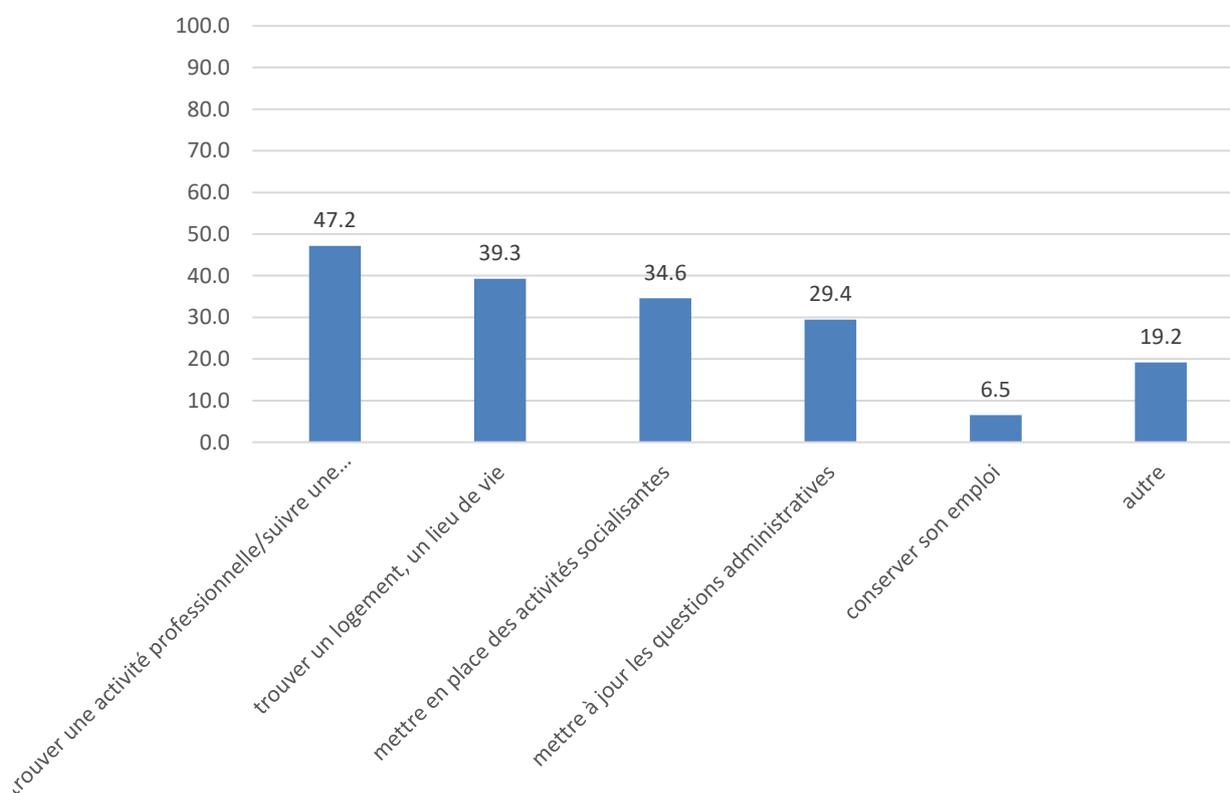


Figure 15 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2018 : dimension *Justice et administration* (N=246) (plusieurs réponses possibles)

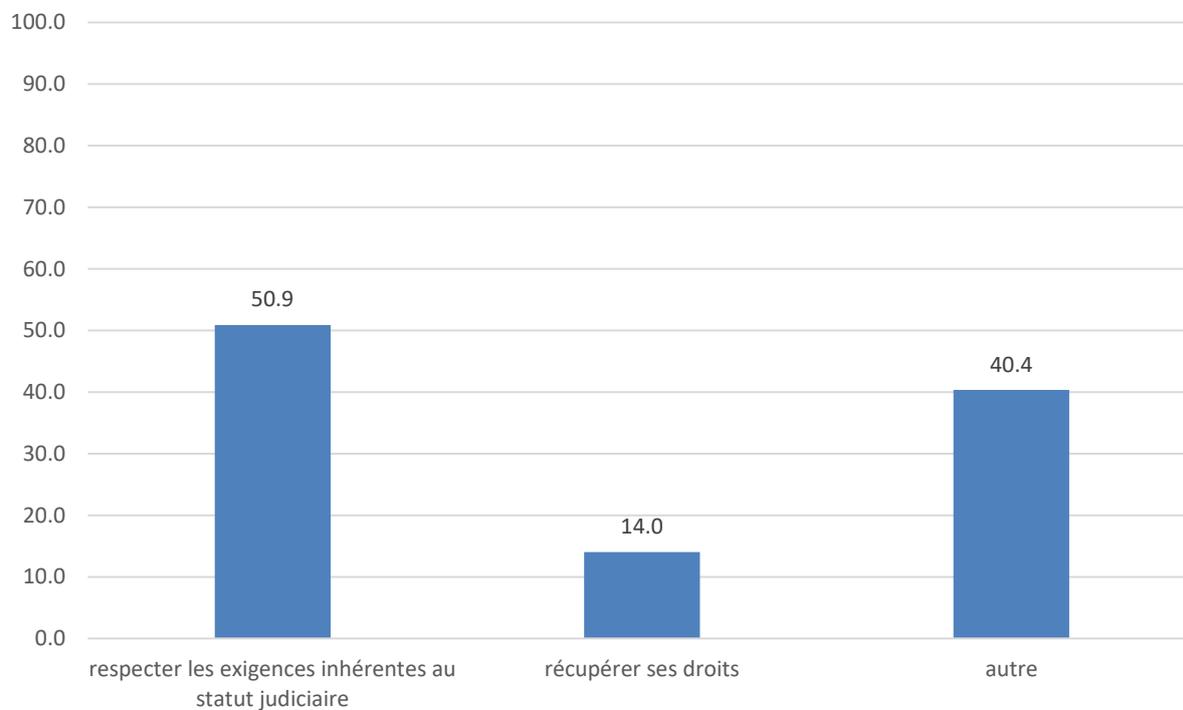


Figure 16 Profils de gravité des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018, en fonction des ESE (échelle allant de 0 à 9)

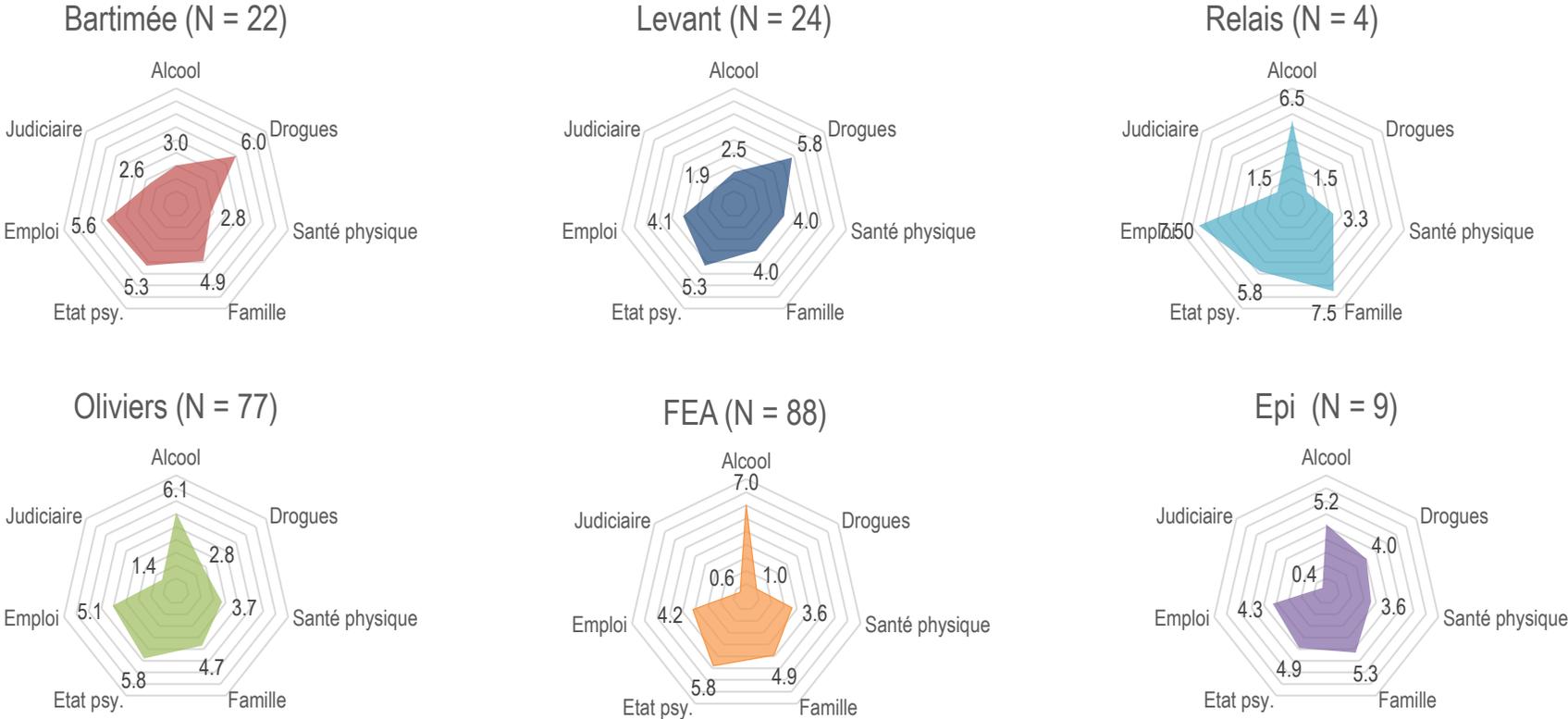


Figure 17 Profils de gravité moyen des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018 (échelle allant de 0 à 9)

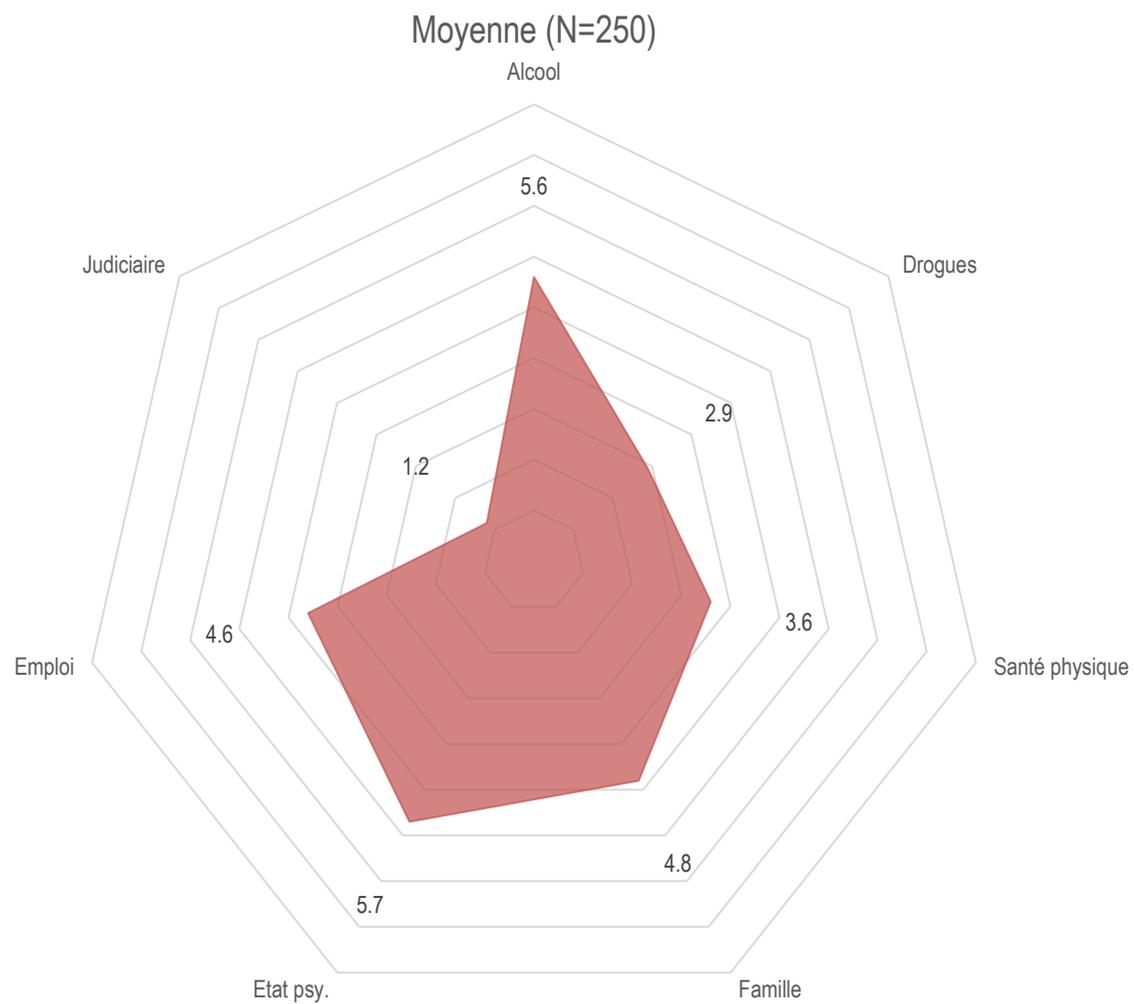


Figure 18 Besoin additionnel de traitement des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2018, en fonction des ESE (échelle allant de 0 à 9)

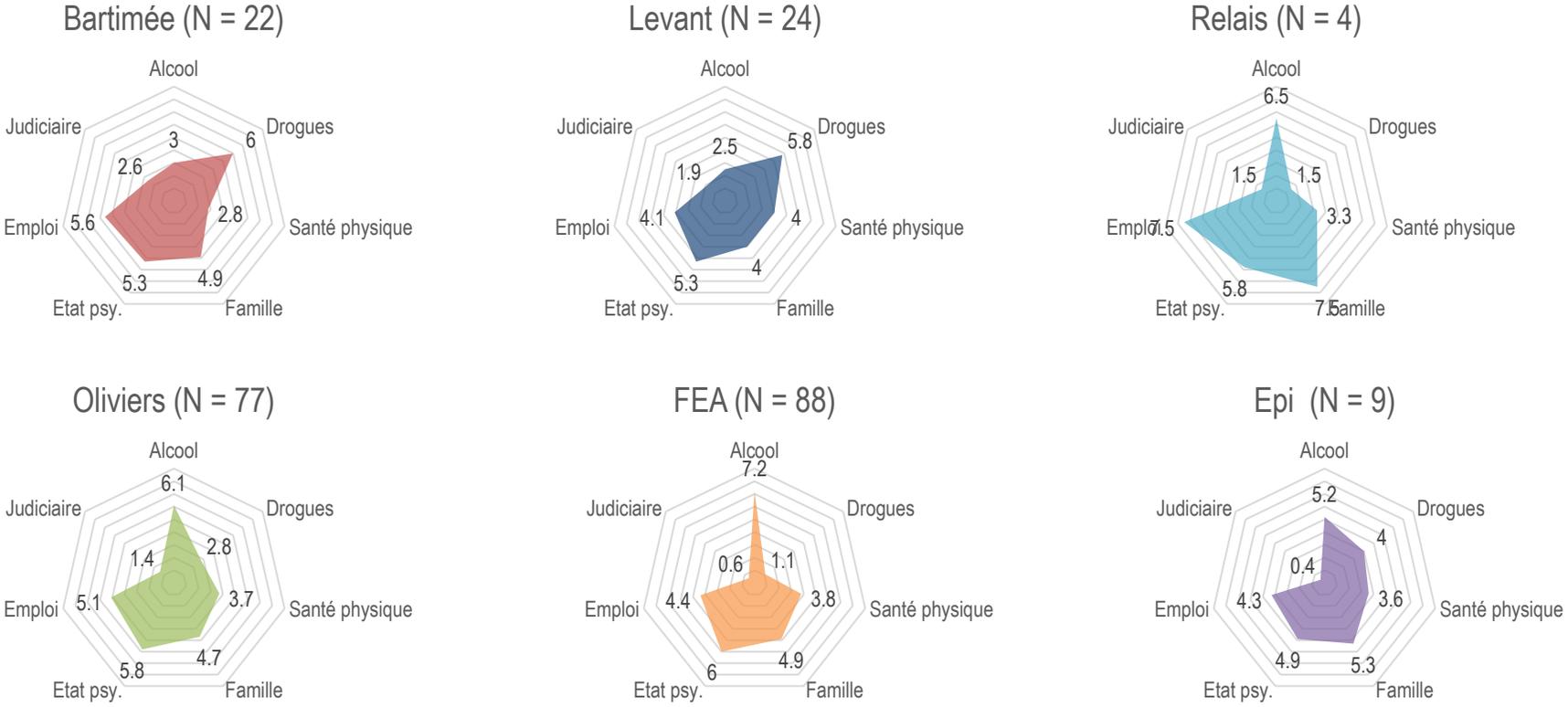


Figure 19 Besoin additionnel de traitement moyen des personnes vues au moins une fois en 2018 (échelle allant de 0 à 9)

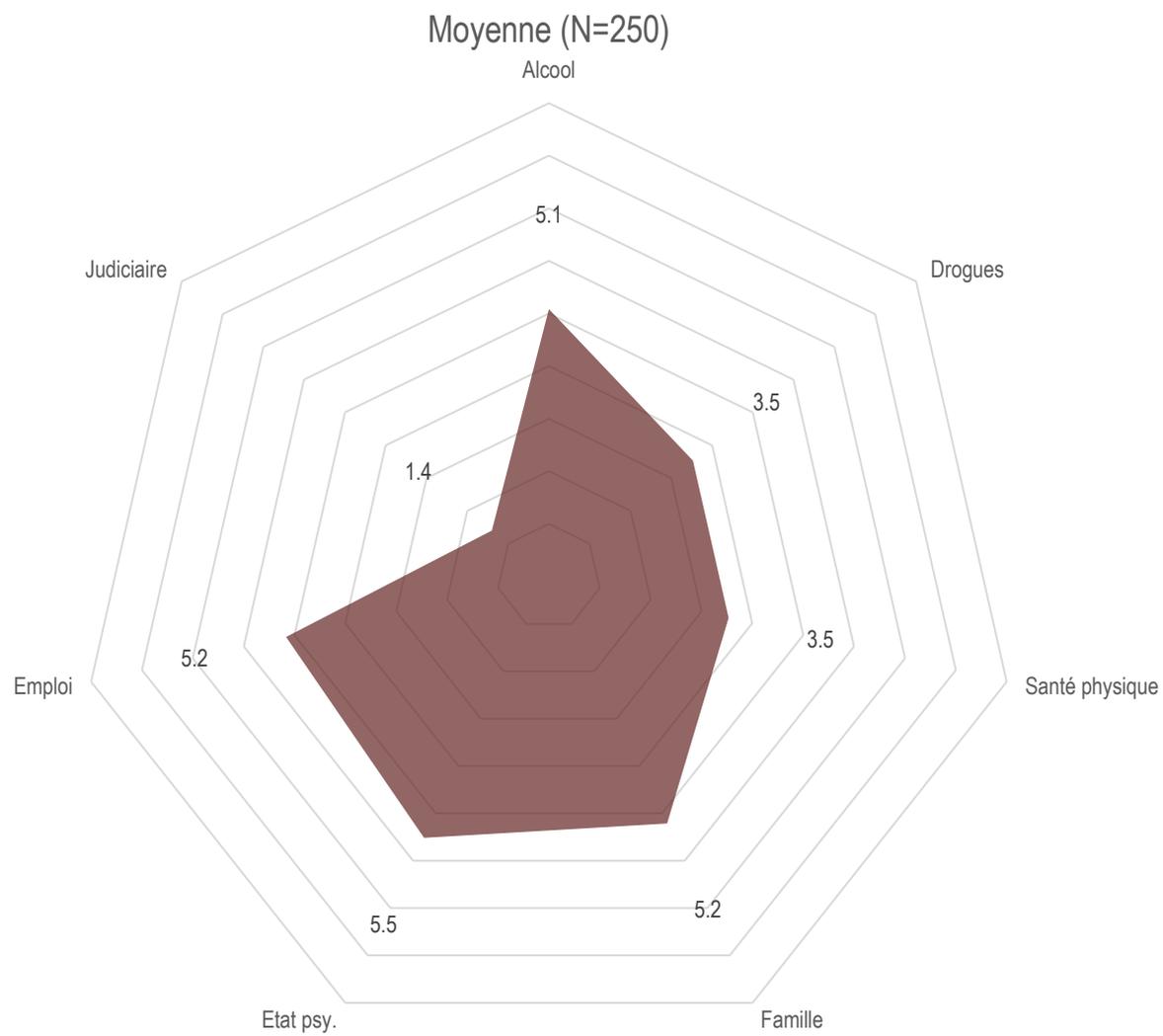


Tableau 19 Scores composés pour les personnes indiquées en 2018, selon les dimensions de l'ASI et par ESE

	Fondation Bartimée	Fondation du Levant	Fondation Le Relais	Fondation des Oliviers	Fondation Estérelle-Arcadie	Fondation l'Epi	Moyenne*
Consommation d'alcool	0.16 (N=21)	0.20 (N=18)	0.61 (N=3)	0.56 (N=65)	0.61 (N=75)	0.49 (N=8)	0.50 (N=218)
Consommation de drogues	0.25 (N=23)	0.32 (N=25)	0.07 (N=4)	0.15 (N=83)	0.08 (N=91)	0.21 (N=9)	0.16 (N=272)
Santé physique	0.29 (N=23)	0.42 (N=25)	0.33 (N=4)	0.34 (N=83)	0.34 (N=90)	0.46 (N=9)	0.34 (N=268)
Relations familiales	0.35 (N=22)	0.30 (N=25)	0.42 (N=4)	0.29 (N=73)	0.29 (N=85)	0.33 (N=8)	0.30 (N=250)
Etat psychologique	0.38 (N=23)	0.40 (N=24)	0.44 (N=4)	0.38 (N=82)	0.41 (N=90)	0.42 (N=8)	0.39 (N=268)
Emploi et ressources	0.89 (N=21)	0.96 (N=22)	0.77 (N=4)	0.86 (N=77)	0.79 (N=79)	0.68 (N=9)	0.83 (N=245)
Situation judiciaire	0.12 (N=21)	0.15 (N=21)	0.06 (N=4)	0.07 (N=78)	0.03 (N=90)	0.01 (N=9)	0.06 (N=259)

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

Tableau 20 Différences moyenne et médiane de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie, en fonction de chaque ESE, en 2018 (N=57)

	Bartimée		Levant		Relais		Oliviers		FEA		Epi		Total	
	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.
Alcool	-0.39	-0.39	-0.06	-0.07	-0.02	-0.02	-0.36	-0.37	-0.61	-0.60	-0.42	-0.42	-0.44	-0.50
Drogue	-0.11	-0.06	-0.14	-0.11	-0.00	-0.00	-0.03	-0.02	-0.03	-0.04	-0.17	-0.16	-0.06	-0.05
Santé physique	-0.08	-0.08	-0.17	-0.04	0.23	0.23	-0.06	-0.08	-0.22	-0.19	-0.19	-0.31	-0.14	-0.08
Relations familiales	-0.15	-0.15	-0.18	-0.18	-0.26	-0.26	-0.17	-0.13	-0.16	-0.10	-0.16	-0.07	-0.17	-0.14
Etat psychologique	-0.21	-0.21	-0.19	-0.20	-0.12	-0.12	-0.08	-0.05	-0.22	-0.25	-0.34	-0.33	-0.18	-0.19
Emploi / ressources	0.13	0.00	-0.01	-0.00	-0.15	-0.15	0.01	0.00	-0.02	-0.00	0.10	0.06	-0.01	-0.00
Situation judiciaire	-0.03	-0.10	0.03	0.00	-0.10	-0.10	-0.02	-0.00	-0.04	-0.00	-0.13	-0.00	-0.04	-0.00



REL'IER informations • réseau • addictions

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