



DCISA

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

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

RAPPORT DE MONITORAGE 2019

Sophie Arnaud, Thibaut Terrettaz, Michael Amiguet



unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

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 2019, REL'IER et Unisanté, 2019.

Date d'édition :

Juillet 2020

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>	7
2. Détails des activités d'indications et de suivis d'indications	9
2.1 <i>Total des activités menées par les centres d'indication</i>	9
2.2 <i>Caractéristiques des indications</i>	9
2.3 <i>Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour</i>	10
3. Caractéristiques des séjours en 2019.....	12
3.1 <i>Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2019</i>	12
3.2 <i>Nombre et durée des séjours terminés en 2019</i>	13
3.3 <i>Modalités de fin de séjour et situation des personnes au moment de la sortie</i>	14
3.3.1 <i>Modalités de fin de séjour</i>	14
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>	15
4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA.....	16
4.1 <i>Profil socio-démographique (source : Rapport d'indication)</i>	16
4.1.1 <i>Profil socio-démographique pour la population globale du DCISA</i>	16
4.2 <i>Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI)</i>	17
4.3 <i>Données concernant la Santé physique, les Relations familiales et interpersonnelles et l'Etat psychologique en 2019 (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 (Source : ASI)</i>	24
4.4.1 <i>Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2019</i>	24
4.5 <i>Scores composés (Source : ASI)</i>	28
4.5.1 <i>Évolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE en fonction des dimensions de l'ASI (2019)</i>	28

5.	Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication (Source : Rapport d'indication).....	30
5.1	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation d'alcool (N=226)</i>	30
5.2	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation de drogues (N=144)</i>	30
5.3	<i>Buts poursuivis : dimension Santé physique (N=177)</i>	30
5.4	<i>Buts poursuivis : dimension Relations familiales et interpersonnelles (N=202)</i>	30
5.5	<i>Buts poursuivis : dimension Etat psychologique (N=249)</i>	30
5.6	<i>Buts poursuivis : dimension Emploi et ressources (N=244)</i>	31
5.7	<i>Buts poursuivis : dimension Justice et administration (N=61)</i>	31
6.	Annexes	33

GLOSSAIRE

ASI : Addiction severity index
ASIr : 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 toxico-dépendantes
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale¹
DGS : Direction générale de la santé²
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)
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
SPEN : Service pénitentiaire
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, 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).

² 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) 2019

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 toxico-dépendantes (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)³, et par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)⁴. La coordination opérationnelle du dispositif a été confiée à REL'IER (Fondation Le Relais). Une Directive (Dir. DCISA)⁵ 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 Unisanté⁶, puis interprétées par REL'IER, en collaboration avec les partenaires du DCISA.

La 3^{ème} 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 2019. 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 2019, ainsi que celles liées aux séjours effectués dans les établissements socio-éducatifs du domaine de l'addiction.

Le quatrième chapitre décrit la population vue en 2019 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. Le profil de gravité de la population du DCISA relativement aux sept dimensions de l'ASI⁷ ainsi que l'évolution de celui-ci entre l'entrée et la sortie de traitement résidentiel y sont aussi présentés.

Finalement, un dernier chapitre fait état des objectifs des personnes concernées par rapport au séjour résidentiel à venir.

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

⁴ 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).

⁵ Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA).

⁶ Depuis le 1^{er} janvier 2019, la Policlinique 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.

⁷ L'ASI recouvre 7 dimensions relatives à la situation des bénéficiaires, évaluées au moyen de 6 échelles : la consommation d'alcool et de drogues ; la santé physique ; les relations familiales et interpersonnelles ; l'état psychologique ; l'emploi et les ressources ; la situation au niveau de la justice et de l'administration. 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.

1. Principaux éléments issus du monitoring

1.1 Caractéristiques des indications

Un volume d'indications stable, avec plus d'indications d'entrée et moins de suivis de sortie

Globalement, le nombre total d'actes recensés dans le cadre du DCISA en 2019 est resté stable par rapport aux années précédentes. Cependant, on observe une hausse de 10% du nombre d'indications et une diminution d'un quart (27%) des suivis de fin de séjour.

Une stabilisation de la répartition des indications par région

La région du Centre est celle qui comptabilise toujours le plus grand nombre d'indications (36%). Après avoir augmenté nettement en 2018, la part des indications réalisées par la région Nord se stabilise (28%).

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

Trois indications sur quatre sont suivies d'une entrée en séjour

Trois quarts des indications ont été suivies d'une entrée en ESE, soit 74% (cf. Chapitre 2.3). Cette proportion diminue chaque année. Elle était de 79% en 2018 et 81% en 2017.

Une stabilisation 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 13.3 à 21 jours, puis se stabilise en 2019 à 22.6 jours (cf. Chapitre 3.1).

Une durée de séjour en légère diminution, plus de courts séjours et plus de longs séjours

En 2019, la durée moyenne se situe à 6.7 mois (2018 : 7.2 mois). Les courts séjours (moins de 3 mois) représentent 43% (38% en 2018), et durent 44 jours en moyenne. Les séjours de moins de 2 mois représentent quant à eux 29% des séjours et durent 29 jours en moyenne. Ces séjours ont lieu majoritairement dans des établissements traitant les problématiques alcooliques (Oliviers et FEA). Quant aux longs séjours (plus de 18 mois), ils représentent 9% des séjours terminés. (cf. Chapitre 3.2).

Des sorties globalement planifiées

Les sorties d'ESE se font de manière planifiée dans près de trois quarts des cas (73%). Les sorties non planifiées et sans suivi organisé représentent 5% du total.

Plus de la moitié des personnes a un suivi somatique (57%) et un suivi psychologique (52%) à la sortie. Une personne sur deux (49%) a un suivi addictologique ambulatoire (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 2019 pour une indication est de 45.1 ans. On observe que les personnes dépendantes à l'alcool sont plus âgées que les personnes toxico-dépendantes. 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 plus du quart de l'effectif (29%). Cette proportion augmente légèrement depuis 2017 (24.6 ans).

Le profil socio-démographique des femmes vues dans le cadre du DCISA est proche de la moyenne générale pour le collectif du DCISA. Les femmes sont toutefois plus nombreuses à avoir un logement stable au moment de l'indication. Par ailleurs, 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 : un logement stable majoritaire et l'aide sociale comme principale ressource

Globalement, le profil socio-démographique de la population du DCISA est similaire à celui des années précédentes. On relève toutefois une plus grande stabilité en matière de logement : 73% des personnes rapportent avoir une situation de logement sûre et vivent soit dans leur propre logement, soit chez un proche (67% en 2018 et 64% en 2017). Néanmoins, 8% des usager·ère·s vivent dans des hébergements d'urgence ou à la rue.

Les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 33% de la population du DCISA. Cette part est en diminution (43 % en 2018). La deuxième source de financement est constituée des prestations de l'assurance invalidité pour 25%. On relève encore que 10% 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%), le cannabis (28%), la cocaïne (28%) et l'héroïne (13%). Ces données sont très proches de ce que l'on observait en 2017.

L'injection n'est pas le mode de consommation prédominant, quelle que soit la substance considérée. L'injection au cours de la vie concerne 17% du collectif et 30% des personnes ayant déjà consommé des substances illégales (ces proportions étaient respectivement de 21% et 32% en 2018 et de 25% et 39% en 2017). Parmi les personnes ayant déjà consommé par injection, un peu plus d'un tiers (36%) a pratiqué l'injection au cours du dernier mois (43% en 2017). La quasi-totalité 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

Plus des trois quarts du collectif (78%) rapportent avoir été pris en charge au moins une fois de manière ambulatoire pour les problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel. Un quart des personnes (74%) reçoit une médication correspondante (68% en 2017). Les personnes concernées citent de nombreux troubles psychologiques, parmi lesquels l'anxiété (58%), la dépression (35%), mais aussi des pensées suicidaires (19%). Deux personnes sur cent (2.3%) ont tenté de se suicider. Cette dernière valeur était de 6% en 2018. 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 2019, les valeurs des indices de gravité, pour la majorité des dimensions (sauf *Consommation de drogues* et *Situation judiciaire*, sont légèrement inférieures à celles de 2018 (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 48 personnes. Cependant, les résultats ont permis de mettre en évidence une évolution favorable des scores pour chacune des dimensions (cf. Chapitre 4.5).

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 2019, 662 actes⁹ sont recensés dans le cadre du DCISA : 308 indications¹⁰ ont abouti à une orientation en institution résidentielle ou en ambulatoire et 13 (4%) indications se sont interrompues (Cf. Tableau 1).

Le nombre total d'actes DCISA a diminué de 31 unités (soit 5%) entre 2018 et 2019. Cette diminution est notable pour les prolongations de séjour et surtout pour les suivis de sortie d'ESE¹¹. Toutefois, c'est dans cette dernière catégorie que la proportion d'actes a diminué le plus fortement (-27%, N=22). La diminution du nombre de prolongations est certainement à mettre en lien avec une proportion plus importante de courts séjours (cf. Chapitre 3.2).

Il faut noter que le nombre d'indications a, quant à lui, augmenté par rapport aux années précédentes (+ 10.4% entre 2018 et 2019).

Tableau 1 Total des indications et suivis effectués dans le cadre du DCISA, 2017-2019

	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
2019	308	281	60	13	662

*Les indications comprennent tous les processus d'indications et réorientations engagés (une personne peut avoir plusieurs indications au cours de la même année).

2.2 Caractéristiques des indications

En 2019, la région Centre concentre toujours le plus grand nombre d'indications, avec une proportion similaire à celle de 2018 (36 % vs 38%). En ce qui concerne la région Nord, après une forte augmentation de la proportion d'indications entre 2017 et 2018, la situation 2019 est proche de celle de 2018 (28% vs 32%) (Cf. Tableau 2).

Les deux régions de l'Est et de l'Ouest se répartissent le dernier tiers des indications (20% à l'Ouest et 17% à l'Est). Il faut noter que la proportion à l'Ouest était de 13% en 2018.

Comme en 2017 et 2018, la Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) et la Fondation des Oliviers représentent les ESE vers lesquels la majeure partie des indications est faite, soit près de deux tiers du volume global (64% pour les deux). Il faut encore noter que la Fondation du Levant a comptabilisé un nombre important d'indications en 2019 (N=52). Ce volume représente une augmentation de près de 80% par rapport à 2018 (N=29). La Figure 8 en annexe présente l'évolution trimestrielle des indications effectuées en fonction des ESE indiqués.

En tenant compte du nombre de lits, la FEA reste l'institution vers laquelle il y a le plus d'orientations (2.5 indications par lit vs 1.1 pour les autres ESE en moyenne). Toutefois, en 2019, le Levant présente un ratio plus élevé que la moyenne (1.9).

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) ou vers de l'ambulatoire. Sont donc incluses ici les indications et les réorientations d'un ESE vers un autre. Une personne peut avoir plusieurs indications au cours de la même année.

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.

Les indications extra-cantoniales ne représentent qu'un très petit volume (N=7, soit 2%), de même sept indications orientent vers des prestations ambulatoires¹².

Tableau 2 Répartition des indications et réorientations en fonction du centre d'indication (CI) et de l'établissement socio-éducatif (ESE) indiqué (2019, N=308)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Autres VD*	Extra-canton**	Ambulatoire	Total	
					Arc.	Est.					N	%
Nbre places	24	27	14	77	48		10	NP	NP	NP		
Centre	7	25	1	43	10	13	5	3	1	2	110	35.7
Nord	10	12	-	15	34	3	6	2	3	2	87	28.2
Ouest	-	7	2	13	17	14	1	2	1	3	60	19.5
Est	5	8	-	5	3	27	1	-	2	-	51	16.6
Total	22	52	3	76	64	57	13	7	7	7	308	
%	7.1	16.9	1.0	24.7	20.8	18.5	4.2	2.3	2.3	2.3		100
Nbre indications par lit	1.1	1.9	0.2	0.9	2.5		1.3					

* Il s'agit d'orientations sur Béthel (2), sur un EPSM (3, dont 1 non précisé, 1 Croisée de Joux et 1 Foyer des Lys) et sur La Clairière (2).

** Il s'agit du Foyer André NE (3) et des Foyer résidentiels Addiction Valais VS (4).

NP = non pertinent

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

La proportion d'indications réalisées et suivies d'une entrée en séjour a diminué de manière importante entre 2017 et 2019, passant de 81% à 74%.

Tableau 3 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour résidentiel (2017-2019)

	2017	2018	2019
Nbre d'indications	273	276	294
Nbre d'indications suivies d'une entrée	221	218	218
%	81.0	79.0	74.1
Taux d'occupation moyen (%)	nd	95.1	91.8

Le résultat pour 2019 est certainement influencé par la situation au Levant (57.7% vs 72.4% en 2018). En effet, beaucoup d'indications ont été faites vers cet ESE alors même que La Pichollette n'affichait pas de place disponible. Par ailleurs, les Oliviers ont aussi vu leur proportion d'indications suivies d'une entrée diminuer entre 2018 et 2019, passant de 93.3% à 77.6%. (cf. Tableau 4)¹³.

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 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.

Tableau 4 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour résidentiel en 2019

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Extra VD	Total
					Arc.	Est.			
Nbre d'indications 2019	22	52	3	76	64	57	13	7	294
Nbre d'indications 2019 suivies d'une entrée	17	30	2	59	51	43	11	5	218
%	77.3	57.7	66.7	77.6	79.7	75.4	84.6	71.4	74.1
Taux d'occupation moyen (2019)^{14,15} (%)	100.2	88.3	99.8	83.1	87.8	93.5	96.8		

Une brève analyse du profil de la population concernée par une non-entrée en ESE montre, comme en 2018, qu'il s'agit un peu plus de femmes (32.4% vs 28.7% pour le collectif). Ces personnes ont légèrement plus souvent un emploi (18% vs 13%) et se trouvent à peine plus à l'hôpital au moment de l'indication (7% vs 6%). En revanche, les indices de gravité sont tout à fait comparables.

¹⁴ 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).

¹⁵ Les taux d'occupation présentés ici représentent des estimations, proches de la réalité. Ils pourraient varier légèrement après le bouclage des comptes 2019 au 30 juin 2020.

3. Caractéristiques des séjours en 2019

Concernant les séjours, les données présentées ci-après sont établies sur l'état des entrées et sorties au 3 mars 2019 (données de la Direction générale de la cohésion sociale, DGCS)¹⁶.

L'analyse des caractéristiques des séjours (délai entre indication et entrée, durée du séjour) est faite sur tous les séjours ayant eu lieu en 2019, 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 2019¹⁷

En 2019, 214 entrées ont eu lieu dans des ESE vaudois. Parmi celles-ci, 6 sont le fait de mises à l'abri et 2 sont en fait des retours en institution après une hospitalisation. Pour ces 8 situations, il n'y a pas eu d'indication et donc pas de possibilité de calculer un délai d'entrée. Le N final est donc de 206.

Sur les 206 entrées prises en considération ici, 25 ont eu lieu avant l'indication (délai négatif), soit 12%.

Des entrées avant l'indication peuvent avoir lieu dans plusieurs situations, mentionnées dans la Dir. DCISA¹⁸ 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 22.6 jours. Elle s'élève à 28.3 jours si on ne tient compte que des délais positifs entre l'indication et l'entrée en ESE. Ces résultats sont tout-à-fait similaires à ceux de 2018.

Tableau 5 Délai d'entrée, en fonction des ESE pour 2019 (et comparaison avec 2017-18)

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Total 2019	Total 2018	Total 2017
Délai d'entrée 2019 :					Arc.	Est.				
- Moyenne (jour) total (N)	10.9 (13)	19.4 (28)	61.7 (3)	22.3 (59)	18.2 (53)	27.2 (41)	31.2 (9)	22.6 (206)	21 (206)	13.3 (216)
- Moyenne (jour) pour délai positif (N)	38.1 (8)	37.5 (21)	61.7 (3)	27.4 (53)	20.8 (48)	28.4 (39)	31.2 (9)	28.3 (181)	27.6 (177)	17.3 (189)

¹⁶ La coordination opérationnelle reçoit ces informations par courriel, de manière systématique.

¹⁷ 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.

¹⁸ Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA).

3.2 Nombre et durée des séjours terminés en 2019

NB : En 2017 et 2018, des séjours de 3 mois et moins étaient considérés comme des courts séjours. Depuis 2019, et pour avoir des données comparables à celles existantes pour les Etablissements psychosociaux médicalisés (EPSM), la durée des séjours dits « courts » est arrêtée à 2 mois et moins.

Le Tableau 6 présente les durées moyennes et médianes des séjours terminés en 2019. Elles ont diminué par rapport aux résultats des années précédentes.

En 2019, 211 séjours se sont terminés. La durée moyenne de ces séjours est de 6.7 mois, soit plus exactement 202 jours (min-max : 2 jours – 3.6 ans). La médiane se situe à 111 jours (3.7 mois). En 2017 et 2018, la moyenne se situait à 7.2 mois et la médiane à 4.8 mois.

La proportion de courts séjours (2 mois et moins) est de près d'un tiers (29%). Ces séjours durent en moyenne un mois (29 jours).

La FEA et les Oliviers totalisent à eux deux 77% (N=48) des courts séjours. Pour chacun de ces ESE, les courts séjours représentent environ un tiers des séjours terminés (33% et 31% respectivement).

Tableau 6 Nombre et durée des séjours terminés en 2019 (et comparaison avec 2017-18)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Extra-canton*	Total 2019	Total 2018	Total 2017
					Arc.	Est.					
Sortie (N)	20	24	1	68	44	38	11	5	211	233	249
Durée moyenne de séjour (en jours)	344	242	40	207	115	186	269	140	202	216	220
Courts séjours (moins de 2 mois)											
Nbre	4	6	1	21	16	11	2	1	62 (92)	88	82
% **	20.0	25.0	100.0	30.9	36.4	28.9	18.2	20.0	29.4 (42.6)	37.8	32.9
Durée moyenne de séjour (en jours)	42	17	40	27	28	32	19	58	29 (44)***	44	33
Longs séjours (plus de 18 mois)											
Nbre	6	4	0	6	0	2	2	0	20	20	24
% **	30.0	16.7	0.0	8.8	0.0	5.3	18.2	0.0	9.3	8.6	9.6
Durée moyenne de séjour (en jours)	767	665	0.0	877	0	892	791	0	740	830	802
Min-max	544-1121	574-838	0-0	553-1313	0-0	697-1086	786-796	0-0	553-1313		

* Pour 2019, il s'agit des foyers résidentiels d'Addiction Valais (4) et du Foyer André (NE) (1).

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

***Les données (..) concernent des séjours de moins de 3 mois.

Afin de pouvoir comparer les données avec les années précédentes, la proportion et la durée de séjours de 3 mois et moins ont aussi été calculées. On observe alors une augmentation linéaire des courts séjours depuis 2017, passant de 33% en 2017, 38% en 2018 et 43% en 2019. La durée moyenne reste stable à 44 jours.

Quant aux séjours de plus de 18 mois, ils représentent un peu moins d'un séjour sur dix (9%). Leur durée moyenne est de 740 jours (soit 2.1 ans). Ces données sont relativement proches des celles des deux années précédentes.

En nombre, les longs séjours se répartissent essentiellement entre les Oliviers et Bartimée. Toutefois, en regard du nombre de séjours terminés dans l'ESE, Bartimée et le Levant font état des proportions les plus importantes de longs séjours.

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

En 2019, 88 sorties ont été documentées au moyen du formulaire d'indication (42% des sorties 2019 vs 43% en 2018). Cinq personnes ont refusé l'utilisation de leurs données à des fins de monitoring. Le N final est donc de 83, soit 39% des sorties 2019.

3.3.1 Modalités de fin de séjour

N.B : Les résultats ci-dessous se rapportent aux différentes modalités de sortie proposées dans le rapport d'indication¹⁹ que les intervenant·e·s peuvent cocher, et non sur le suivi réellement effectué après la sortie.

Dans près des trois quarts des situations (73%), la fin de séjour s'est déroulée de manière régulière. Les sorties non planifiées représentent quant à elles une sortie sur cinq (21%). Parmi celles-ci, sept (5%) ont eu lieu sans qu'un suivi ait pu se mettre en place (cf. Figure 9 en annexe).

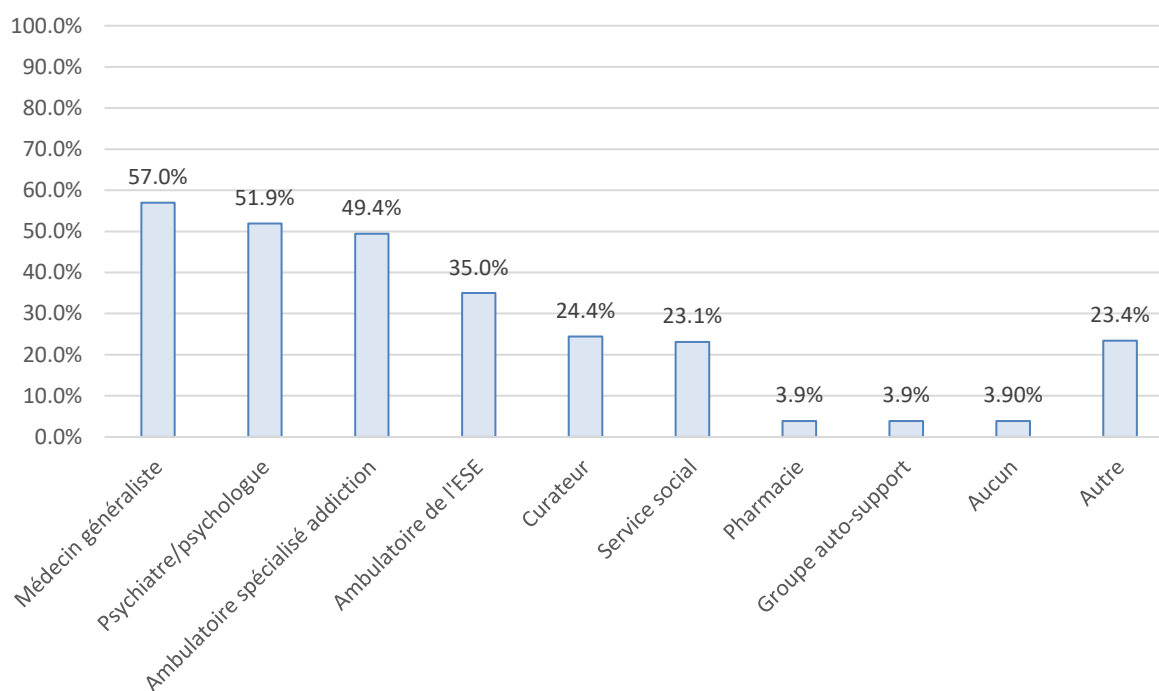
3.3.2 Type de suivi mis en place pour les personnes concernées au moment de la sortie

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 (57%) et un suivi psychiatrique (52%). Par ailleurs, une personne sur deux (49%) poursuit une prise en charge auprès d'une institution ambulatoire spécialisée en addictologie. Un tiers des personnes (35%) bénéficie d'un suivi ambulatoire proposé par l'ESE dans lequel elles résidaient. 4% 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.

¹⁹ 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.

Figure 1 Suivi mis en place au moment de la sortie pour les sorties 2019 (N=83)*



*plusieurs réponses sont possibles.

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

Au moment de la sortie, trois quarts des personnes (77%) peuvent compter sur un logement stable, que ce soit un logement propre ou chez des proches. Ce résultat est plus élevé que celui de 2018 (70%). Parallèlement, on observe une nette augmentation des personnes sans domicile fixe au moment de la sortie (5% en 2019 vs 1% en 2018). Une petite proportion des personnes (3%) est réorientée vers une autre institution résidentielle, que ce soit un autre ESE ou un Etablissement psycho-social médicalisé (EPSM). Par ailleurs, une personne sur seize (6%) trouve une place dans un logement de transition de l'ESE ou un autre logement accompagné (10% en 2018). 6% des personnes quittent un ESE dans le cadre d'une hospitalisation. Ce résultat est stable par rapport à 2018.

En ce qui concerne le revenu principal au moment de la sortie, un peu plus du tiers des personnes concernées (36%) a essentiellement le RI comme ressource financière. Cette proportion est en nette diminution par rapport à 2018 (54%). En revanche, la part des personnes au bénéfice d'une rente AI au moment de la sortie est passée de 14% en 2018 à 24% en 2019. Une personne sur six (15%) a pu conserver un emploi, et donc un salaire, au cours de son séjour (cf. Tableau 11 en annexe).

4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA

La troisième année de fonctionnement du DCISA, les intervenant·e·s du dispositif ont vu 389²⁰ personnes différentes, dont 198 nouvellement intégrés.

Les données présentées ci-après concernent les personnes vues au moins une fois en 2019 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= 268). 20 personnes, soit 6.9%, n'ont pas donné cet accord. Pour les personnes vues plusieurs fois pour une indication en 2019, les données prises en compte sont celles de la 1^{ère} occurrence.

Le N total peut varier et être légèrement inférieur pour certaines questions en fonction des non-réponses.

4.1 Profil socio-démographique (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 45.1 ans (médiane : 45 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 (22.5 ans) pour le Foyer Relais.

La proportion de femmes est de 28.7%, mais elle varie fortement selon les institutions (entre 10% et 31%) (cf. Tableau 7). Cette proportion est en très légère augmentation depuis 2017 (25% les deux années précédentes).

Tableau 7 Age et sexe des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2019*

	Bartimée (N=20)	Levant (N=45)	Relais (N=2)	Oliviers (N=55)	FEA (N=105)		Epi (N=10)	Moyenne (N=268)
					Arcadie (N=54)	Estérelle (N=51)		
Age moyen	36.3	37.8	22.5	45.0	52.0	52.0	47.3	45.1
% femmes	20.0	31.1	0.0	25.5	31.5	29.4	10.0	28.7
					30.5			

* 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 des deux années précédentes, à quelques exceptions près (cf. Tableau 12 en annexe).

En 2019, deux tiers des personnes (66%) sont suisses. Cette proportion diminue régulièrement depuis 2017 (69% en 2018 et 71% en 2017). Un quart des personnes (25%) est parent d'enfant(s) mineur(s).

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 2019, plus de la moitié des personnes (59%) a son propre logement au moment de l'indication et 14% sont logées de manière stable chez des amis ou dans la famille. La proportion de personnes ayant un logement stable s'élève alors à 73%. Cela représente une augmentation par rapport aux années précédentes (67% en 2018 et 64% en 2017). Les personnes qui se déclarent SDF (8%) sont moins

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 2019, indépendamment du fait qu'elles aient donné leur accord ou non pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques.

nombreuses en 2019 (14% en 2018 et 2017). Finalement, la proportion de personnes à l'hôpital au moment de l'indication a doublé entre 2018 et 2019, passant de 3% à 6%. Il faut noter qu'en 2017 elle était de 10%. L'item « Autre » (N=13) rassemble notamment les mentions d'un logement à l'hôtel (N=4).

Les ESE qui accueillent une population avec un problème d'alcool présentent une proportion de personnes avec un logement propre 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 toxico-dépendantes (Bartimée et Levant), ainsi que les Oliviers. A noter encore que le Levant et les Oliviers présentent une proportion (7.1% et 7.4%) de personnes orientées à partir d'un hôpital, légèrement supérieure à la moyenne (6.2%) (cf. Tableau 13 en annexe).

Comme les années précédentes, les ressources financières sont constituées essentiellement par le revenu d'insertion (RI) (33%) et des prestations de l'assurance invalidité (AI) (25%). Toutefois, il faut noter que la proportion de personnes au bénéfice du RI est en diminution par rapport aux années précédentes (43% en 2018 et 48% en 2017) alors que la part des personnes à l'AI augmente sensiblement (22% en 2018 et 19% en 2017). Une personne sur cinq (20%, N=51) déclare avoir une source de revenu « Autre ». Parmi les citations, on trouve essentiellement l'AVS (N=18), les assurances perte de gain (APG, N=12) ainsi que les prestations complémentaires (PC, N=3). Finalement, les personnes ne déclarant aucun revenu représente 10% de l'effectif. Cette part est stable au cours des années.

Un peu plus du quart des personnes est au bénéfice d'une curatelle (27%) et sept personnes sur dix sont placées à des fins d'assistance (7%). Toutefois, la majorité des personnes (67%) n'est pas concernée par une mesure civile.

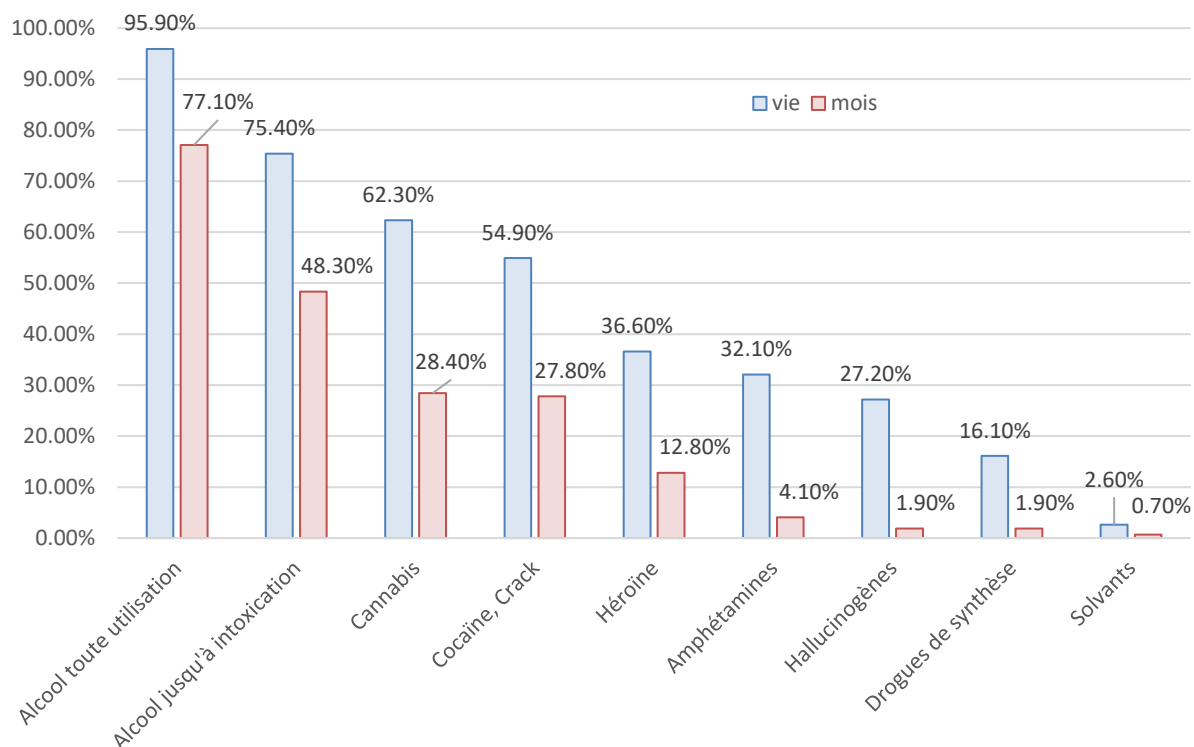
Une brève analyse du profil socio-démographique de la population féminine du DCISA montre quelques différences d'avec la moyenne pour la population du DCISA, notamment en ce qui concerne le logement et les sources de revenu (Cf. Tableau 19). On relève une proportion plus élevée de personnes qui a un logement propre (68% vs 59%) et une plus faible proportion de SDF (4% vs 8%). Il faut encore noter que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se trouver à l'hôpital au moment de l'indication (9% vs 6%). Les femmes vues dans le cadre du DCISA présentent un indice de gravité plus important sur la dimension *Etat psychologique* ainsi que des troubles psychologiques ou émotionnels plus importants que la moyenne du collectif (ch. Chapitre 4.3.2).

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

L'alcool est la substance la plus consommée à vie (96% pour alcool et 75% pour alcool jusqu'à intoxication) (cf. Figure 2). Près de deux tiers des personnes (62%) rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ensuite, vient la cocaïne avec 55%. L'héroïne concerne un peu plus du tiers du collectif (37%). Ces chiffres sont semblables à ceux obtenus au cours des deux années précédentes.

Les principales substances consommées au cours du dernier mois avant l'indication sont l'alcool (77%), le cannabis (29%), la cocaïne (28%) et l'héroïne (13%). Cependant, les prévalences de consommation sont très différentes selon l'ESE concerné. Les personnes orientées vers la FEA ou l'Epi ont une consommation récente d'alcool plus élevée que la moyenne. Les autres établissements (Bartimée, Levant ainsi que les Oliviers) 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 2019 (N=268)



L'injection n'est pas le mode de consommation prédominant, quelle que soit la substance concernée. Les personnes rapportent essentiellement sniffer la cocaïne (54%) et fumer l'héroïne (50%). L'injection de ces deux substances concerne 16% de l'effectif pour la cocaïne et 23% pour l'héroïne (cf. Figure 10 en annexe). Il faut noter que la proportion de personnes qui dit fumer la cocaïne a passé de 19% en 2018 à 29% en 2019. On observe encore une augmentation du sniff et du fait de fumer des amphétamines (15% et 11% respectivement vs 10% et 6% en 2018).

L'injection de substances psychotropes au cours de la vie concerne moins d'un cinquième (17%) 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 30%. Ces chiffres ont baissé de 9 points par rapport à 2017 et de 2 points par rapport à 2018.

Parmi les personnes concernées par l'injection, 62% l'ont pratiquée au cours des 12 derniers mois et 36% au cours du dernier mois. Près de la totalité des personnes (93%) 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 (100% parmi les injecteurs au cours du dernier mois).

La principale substance posant problème aux personnes concernées est l'alcool (36%) ainsi que la consommation d'alcool et de drogues conjointement (27%). Pour un peu plus d'une personne sur dix, (13%) il s'agit de la cocaïne (cf. Tableau 17 en annexe).

Quant à la multi-consommation au cours du dernier mois, elle concerne deux tiers de l'effectif (66%). Ce résultat est comparable à ceux des deux années précédentes.

En ce qui concerne certaines conséquences directes de consommation, 11% des personnes déclarent avoir eu un delirium tremens au cours du dernier mois et 9% une overdose²¹. Si l'on restreint les populations aux consommateurs et consommatrices concerné-e-s, les prévalences s'élèvent alors à 13 et 16% respectivement (cf. Tableau 17 en annexe). La proportion de personnes déclarant une overdose a diminué

²¹ 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.

de manière importante par rapport à 2018 (17% et 24% pour le collectif et la population concernée respectivement).

Tableau 8 Fréquence et modalités de l'injection pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2017-2019

	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Prévalence de l'injection au cours de la vie	247		243		260	
	61	25	51	21	45	17.3
Prévalence de l'injection au cours de la vie chez les personnes ayant consommé au moins une fois une substance potentiellement injectable*	156		153		152	
	61	39	49	32	45	29.6
Age de la première injection	59		50		43	
Moyenne (en années)		24		23		23.1
Médiane (en années)		22		21		23
Injection au cours des 12 derniers mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	60		51		45	
Personnes ayant injecté au cours des 12 derniers mois parmi les injecteurs à vie	36	60	26	51	28	62.2
<i>Sans échanges (safer use)</i>	31	86	19	73	26	92.9
<i>Avec quelques échanges</i>	4	11	7	27	2	7.1
<i>Avec fréquents échanges</i>	1	3	0	0	0	0
Injection au cours du dernier mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	58		21		44	
Personnes ayant injecté au cours du dernier mois parmi les injecteurs à vie	25	43	18	35	20	45.5
<i>Sans échanges</i>	24	96	16	89	20	100
<i>Avec quelques échanges</i>	1	4		4	0	0
<i>Avec fréquents échanges</i>	0	0		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.

4.3 Données concernant la *Santé physique, les Relations familiales et interpersonnelles et l'Etat psychologique* en 2019 (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 (79%) que pour les hépatites B (66%) et C (59%). Les personnes consommatrices de drogues illégales ont, quant à elles, des taux de dépistage plus importants (VIH : 94% ; VHB : 82% ; VHC : 77%) et ces dépistages sont plus récents. Ces données sont comparables à celles de 2018.

Tableau 9 Données concernant le dépistage du VIH, VHC et VHB des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2018-2019

	2018		2019	
	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues
Dépistage VIH	N = 243	N = 154	N=260	N=153
Test au cours de la vie	81.1%	92.9%	79.2%	93.5%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	38	26.4	43	26.1
Résultat :	N = 195	N = 141	N=201	N=139
Prévalence de résultats positifs	5.1%	7.1%	8.5%	11.5%
Dépistage VHC	N =243	N = 154	N=260	N=153
Test au cours de la vie	59.3%	77.3%	58.8%	77.1%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	27.8	25.3	24.9	20.0
Résultat :	N = 140	N = 115	N=151	N=114
Prévalence de résultats positifs	18.6%	21.7%	9.3%	12.3%
Dépistage VHB	N = 243	N = 154	N=259	N=152
Test au cours de la vie	65.8%	81.2%	66.0%	82.2%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	31.6	27.2	34.3	22.9
Résultat	N = 150	N = 141	N=170	N=123
Prévalence de résultats positifs	0.7%	0%	2.9%	1.6%

Les résultats rapportés pour le dernier test effectué concernant le VIH et le VHC montrent une plus grande prévalence de tests positifs chez les personnes consommant des drogues illégales (12% vs 9% pour le VIH et 12% vs 9% pour le VHC) que pour le collectif dans son ensemble (cf. Tableau 9). Par rapport à 2018, on observe une augmentation des résultats positifs tant pour le VIH que pour le VHB. En revanche, il y a une diminution des tests positifs pour le VHC de près de la moitié.

Ces résultats sont plus élevés en ce qui concerne le VIH et nettement plus bas en ce qui concerne le VHC à ce que l'on a pu observer dans le cadre du pointage annuel 2018 du profil de la population des centres à bas seuil d'accès du canton²².

Les données relatives aux femmes font état d'une prévalence de test positif plus élevée que pour le collectif en ce qui concerne le VIH (13 % et 17% respectivement). Elles sont en revanche un peu inférieures pour le VHC (8% et 11% respectivement) (cf. Tableau 19 en annexe).

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 4.1 (médiane : 2)²³. 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 : 2.6 ; médiane : 1). Cependant, plus d'une personne sur deux (52%) 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 pour un problème psychologique (4.6 vs 2.6 pour le collectif). Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2018 (3.3) (cf. Tableau 19 en annexe).

78% du collectif DCISA ont eu recours à une prise en charge ambulatoire pour leurs problèmes psychologiques ou émotionnels. Le nombre moyen de ces prises en charge est de 2.1 (médiane : 1) (cf. Tableau 18 en annexe). Les femmes sont plus concernées par traitements (83% ; nombre moyen : 2.8).

Trois quarts des personnes (74%) ont reçu une médication au cours du dernier mois pour un problème lié à leur état psychologique ou émotionnel. Plus de la moitié des personnes vues a déclaré avoir souffert de tels problèmes durant au moins 20 jours le mois précédant l'entrevue (moyenne : 17.6 jours). Ces deux éléments sont en augmentation par rapport à 2017, mais stables par rapport à 2018.

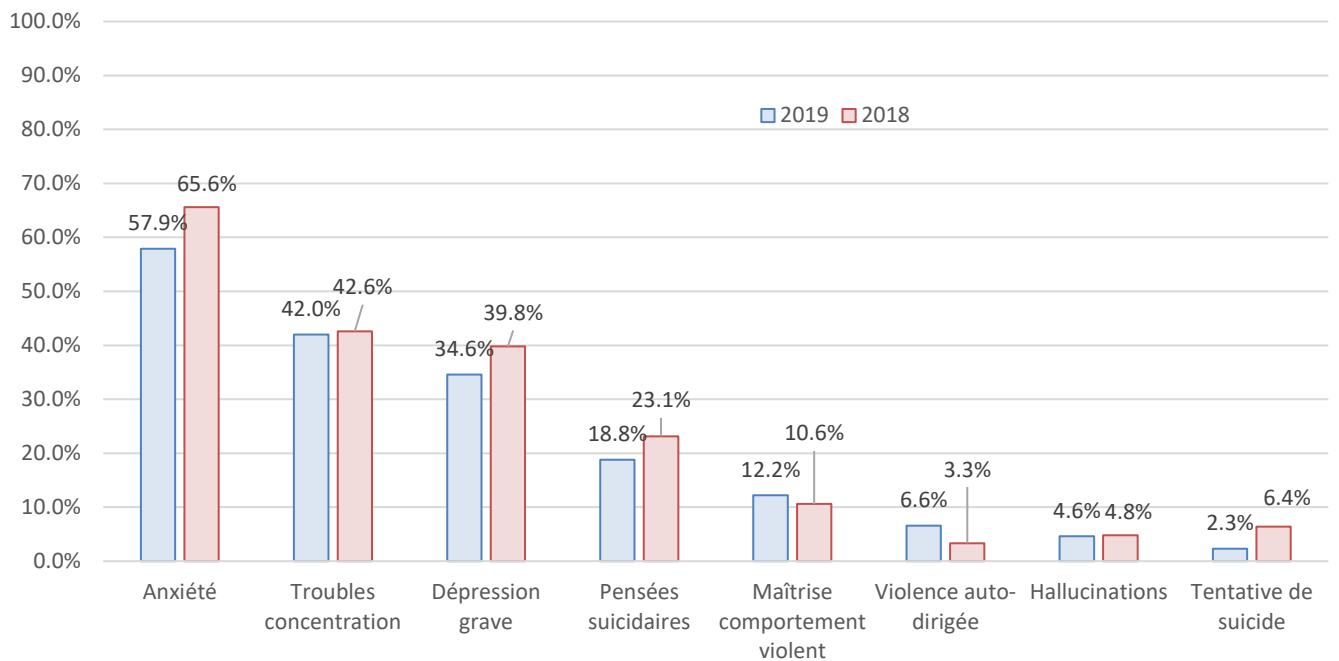
Les prévalences, au cours du dernier mois, de troubles psychologiques ou émotionnels rapportés par les personnes concernées (cf. Figure 3) sont pratiquement toutes inférieures à celles observées en 2018, à l'exception de la violence auto-dirigée et de la difficulté de maîtriser des comportements violents. En 2019, 58% des personnes estiment souffrir d'anxiété, quatre répondant·e·s sur dix (42%) font état de troubles de la concentration, 35% de dépression grave et près d'une personne sur cinq (19%) exprime avoir eu des pensées suicidaires. Les personnes concernées rapportent deux fois plus être violentes envers elles-mêmes en 2019 qu'en 2018 (7% vs 3%). Finalement, les personnes déclarant avoir attenté à leur vie sont nettement moins nombreuses en 2019 (2% vs 6% en 2018). La proportion avait toutefois presque doublé entre 2017 et 2018, passant de 4% à 6%.

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 67% à être anxieuses et 41% disent souffrir de dépression grave. Elles sont encore 11% (vs 6.6% en moyenne) à diriger de la violence contre elles-mêmes (cf. Tableau 19 en annexe).

²² Stadelmann S, Locicero S, Samitca S. Pointage annuel du profil des usagères et usagers des centres à bas-seuil d'accès du canton de Vaud : PAPU 2018. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de santé 303).

²³ 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.

Figure 3 Troubles psychologiques ou émotionnels, au cours du dernier mois, rapportés par les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2018- 2019



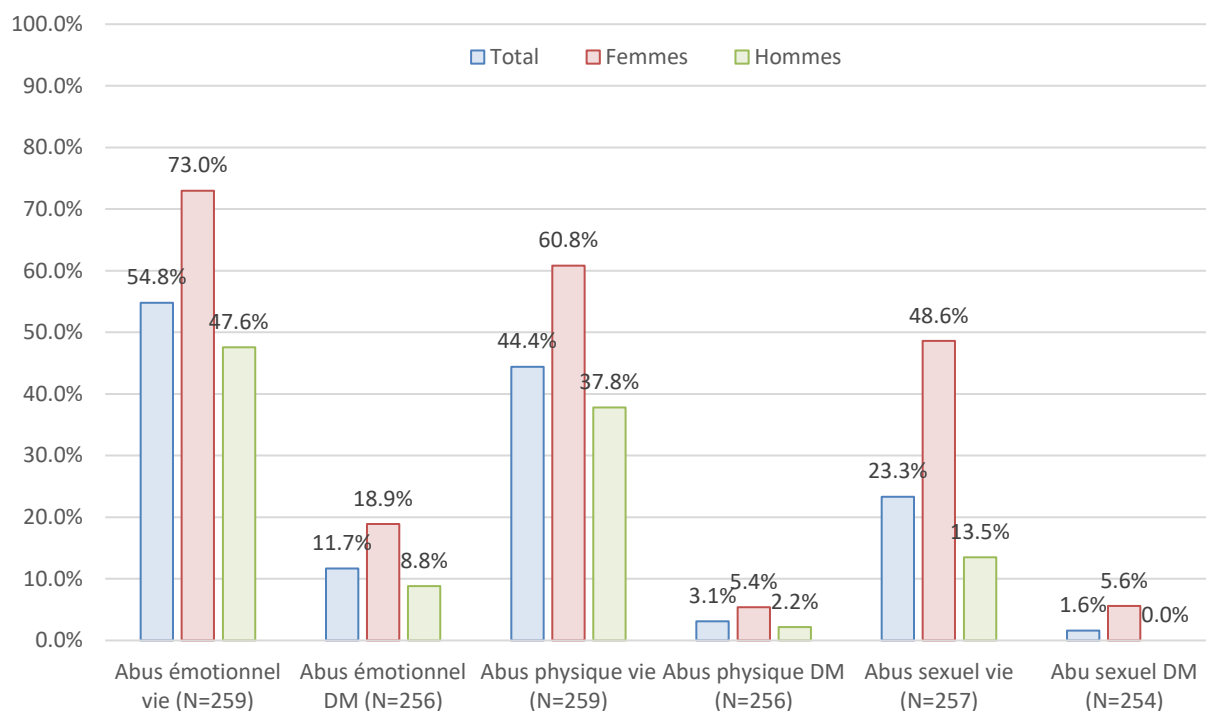
La Figure 4 décrit les abus émotionnels, physiques et sexuels subis. Par abus émotionnel, on entend principalement les cas d'abus se manifestant par de la violence verbale.

Un peu plus de la moitié des personnes répondantes (55%) rapporte avoir été abusée émotionnellement au cours de sa vie. Quatre personnes sur dix ont subi des abus physiques (44%) et près d'un quart des personnes (23%) rapporte avoir été victime d'abus sexuels. Ces prévalences sont légèrement supérieures à celles observées en 2018, pour tous les types d'abus (53%, 43% et 18% pour les abus émotionnels, physiques et sexuels respectivement). Toutefois, les prévalences 2019 rejoignent celles observées en 2017.

Pour ce qui est des abus au cours des 30 derniers jours, les prévalences sont bien supérieures à celles de 2018. Et, comme pour les prévalences à vie, tendent à rejoindre celles observées en 2017.

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 2019



Ne sait pas ou refus	5.4%	6.3%	5.8%	5.9%	7.8%	7.1%
Données manquantes	3.4%	4.5%	3.4%	4.5%	4.1%	5.2%

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 près de 9% pour les abus émotionnels et plus de 9% pour les abus physiques, dont près de 6% de personnes qui ne savent pas ou refusent de répondre. On relève 11.9% de non-réponses pour l'abus sexuel, dont 5.9% qui ne savent pas ou refusent de répondre. Ces taux de non-réponse sont tous supérieurs à ceux observés en 2018.

4.4 Profils de gravité (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, et ajuste l'indice en fonction de l'appréciation de la gravité ou du besoin additionnel de traitement estimé par la personne elle-même.

Les indices se répartissent toutefois en 5 catégories de gravité :

- 0-1 : pas de problème
- 2-3 : problème léger
- 4-5 : problème modéré
- 6-7 : problème important
- 8-9 : problème extrême

L'évolution de l'indice n'est donc pas linéaire. Dans les chapitres qui suivent, les indices ont alors été recodés sur une échelle de 0 à 4. Plus le profil est élevé, plus la personne concernée rencontre des problèmes relatifs à la dimension en question.

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 surestime la gravité du problème²⁴. Pour cette analyse, on utilise l'échelle de 0 à 9 pour les indices de gravité.

4.4.1 Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2019

Les indices de gravité et de besoins additionnels de traitement des personnes varient selon les ESE vers lesquels elles ont été indiquées (cf. Figure 5 et Figure 6).

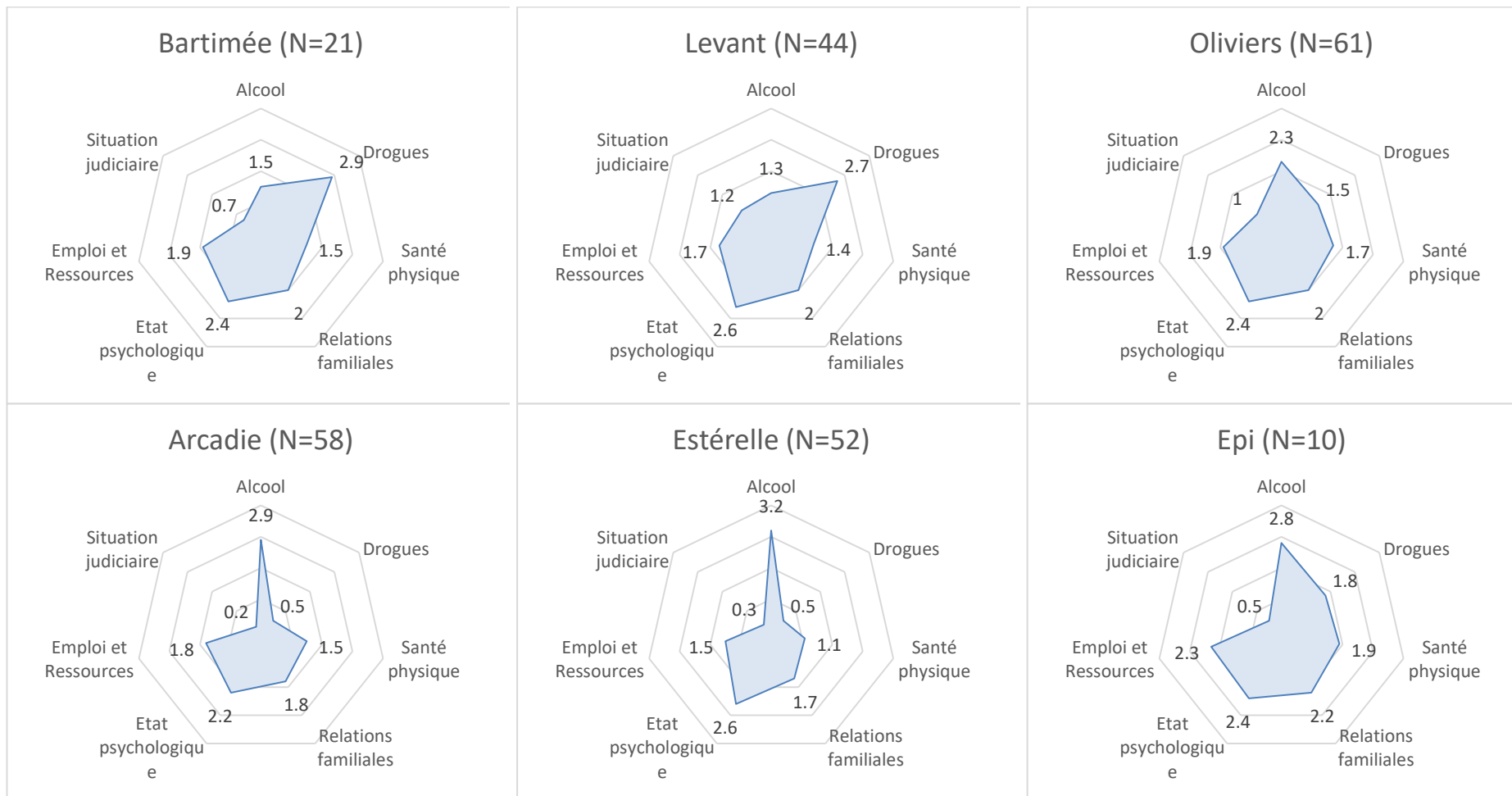
Les personnes orientées sur des ESE qui accompagnent traditionnellement des personnes ayant des problèmes d'alcool ont des profils plus élevés sur cette dimension (3.2 pour l'Estérelle, 2.9 pour l'Arcadie et 2.8 pour l'Epi, moyenne 2.4). Les personnes orientées vers Bartimée et vers le Levant ont des valeurs bien au-dessus de la moyenne (1.4) sur la dimension drogues, respectivement 2.9 et 2.7. Les valeurs concernant la dimension de l'emploi et des ressources des personnes indiquées vers le foyer du Relais, et dans une certaine mesure vers l'Epi, sont plus importantes que pour les autres ESE.

De manière générale, on observe une légère diminution des indices de gravité entre 2017 et 2019, pour la majorité des dimensions concernées²⁵ (Alcool : 2.4 en 2019 vs 2.7 en 2017 ; Santé physique : 1.4 vs 1.7 ; Relations familiales : 2.2 vs 2.0 ; Etat psychologique : 2.8 vs 2.5 ; Emploi / ressources : 1.8 vs 2.1). Deux exceptions cependant : on observe une stabilité pour les dimensions Drogue et Situation judiciaire.

²⁴ 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.

²⁵ La significativité de ces différences n'a pas été testée.

Figure 5 Profils de gravité des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2019, en fonction des ESE (échelle allant de 0 à 4)



NB : Les résultats pour le foyer du Relais ne figurent pas dans ce graphique. En effet, le N étant de 2, les résultats sont peu représentatifs.

Figure 6 Profil de gravité moyen des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2019 (échelle allant de 0 à 4)

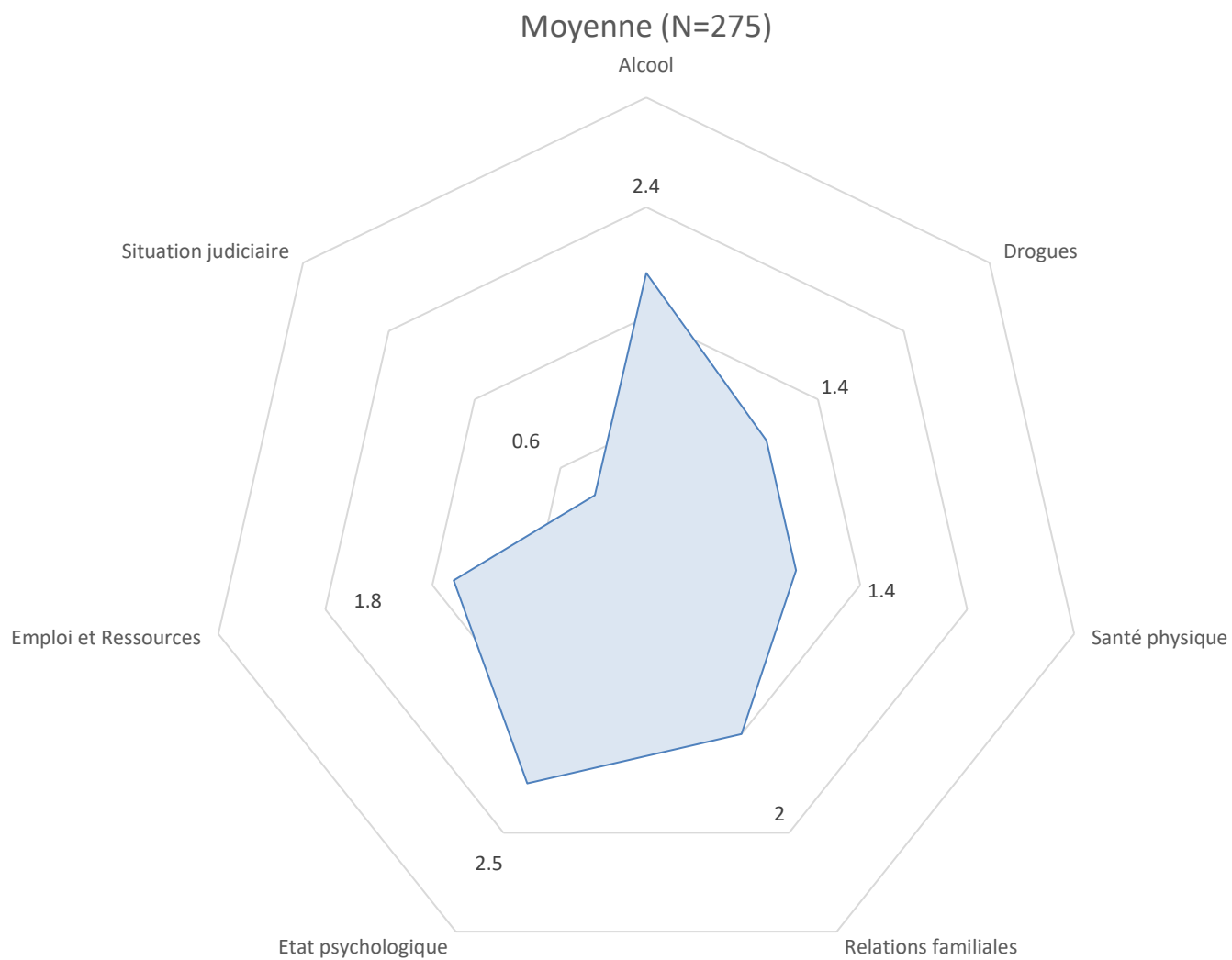


Tableau 10 Indices de gravité comparés pour 2017-2019, en fonction des ESE

	Bartimée			Levant			Relais			Oliviers			Arcadie			Estérelle			Epi			Total		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017*	2018	2019	2017*	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
N	20	22	21	20	24	44	8	4	2	66	76	61	91	43	58	91	42	52	10	9	10	242	250	275
Alcool	1.5	1.4	1.5	1.4	1.1	1.3	1.4	3.0	2.0	2.7	2.8	2.3	3.4	3.2	2.9	3.4	3.4	3.2	3.4	2.4	2.8	2.7	2.5	2.4
Drogue	3.0	2.7	2.9	2.8	2.7	2.7	2.0	0.8	2.5	1.5	1.3	1.5	0.6	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	1.2	1.8	1.8	1.4	1.3	1.4
Santé physique	1.1	1.3	1.5	1.6	1.8	1.4	0.9	1.5	1.0	1.8	1.7	1.7	1.7	1.6	1.5	1.7	1.8	1.1	1.9	1.6	1.9	1.7	1.6	1.4
Relations familiales	2.3	2.3	2.0	2.0	1.8	2.0	2.1	3.3	2.0	2.2	2.1	2.0	2.3	1.9	1.8	2.3	2.6	1.7	2.3	2.3	2.2	2.2	2.2	2.0
Etat psychologique	2.8	2.4	2.4	2.8	2.4	2.6	2.4	2.5	3.0	2.7	2.6	2.4	2.9	2.5	2.2	2.9	3.0	2.6	2.7	2.1	2.4	2.8	2.6	2.5
Emploi / ressources	2.3	2.5	1.9	1.7	1.9	1.7	3.0	3.3	3.0	2.2	2.2	1.9	2.0	1.8	1.8	2.0	2.0	1.5	2.0	1.8	2.3	2.1	2.0	1.8
Situation judiciaire	0.9	1.2	0.7	1.2	0.9	1.2	1.0	0.8	0.0	0.9	0.7	1.0	0.4	0.3	0.2	0.4	0.2	0.3	0.9	0.2	0.5	0.7	0.5	0.6

*Pour 2017, les données sont agrégées pour les deux structures de la FEA. La distinction n'était pas encore effectuée.
 NB : Les données pour l'année du rapport (2019) sont en gras lorsqu'elles sont supérieures à la moyenne.

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 surestime la gravité du problème (voir plus haut).

En ce qui concerne la dimension *Alcool*, on observe que, dans plus de la moitié des situations (56%), le problème est considéré comme considérable ou extrême (indices 6 à 9). Or, on relève que, si dans les trois quarts des cas la personne concernée et l'intervenant-e ont une appréciation identique de la situation, pour le quart restant, la personne sous-estime le problème.

Pour la dimension *Drogue et pour l'Etat psychologique*, un quart des personnes sous-estime la gravité de la situation. Pour les *Relations familiales*, cette proportion s'élève aussi à un cinquième environ. On observe encore que, lorsque le problème est plutôt estimé léger ou modéré, les appréciations des deux parties sont beaucoup plus consensuelles.

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 Évolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE en fonction des dimensions de l'ASI (2019)

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 7 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* (-0.42). Cette évolution est plus importante pour la FEA (-0.53, N=20) (Cf. Figure 7 et Tableau 20 en annexe

Pour ce qui est de la dimension *Drogue*, on observe une évolution favorable de -0.05. Cette évolution est plus importante pour le Levant (-0.17, N=5) et pour Bartimée (-0.11, N=1).

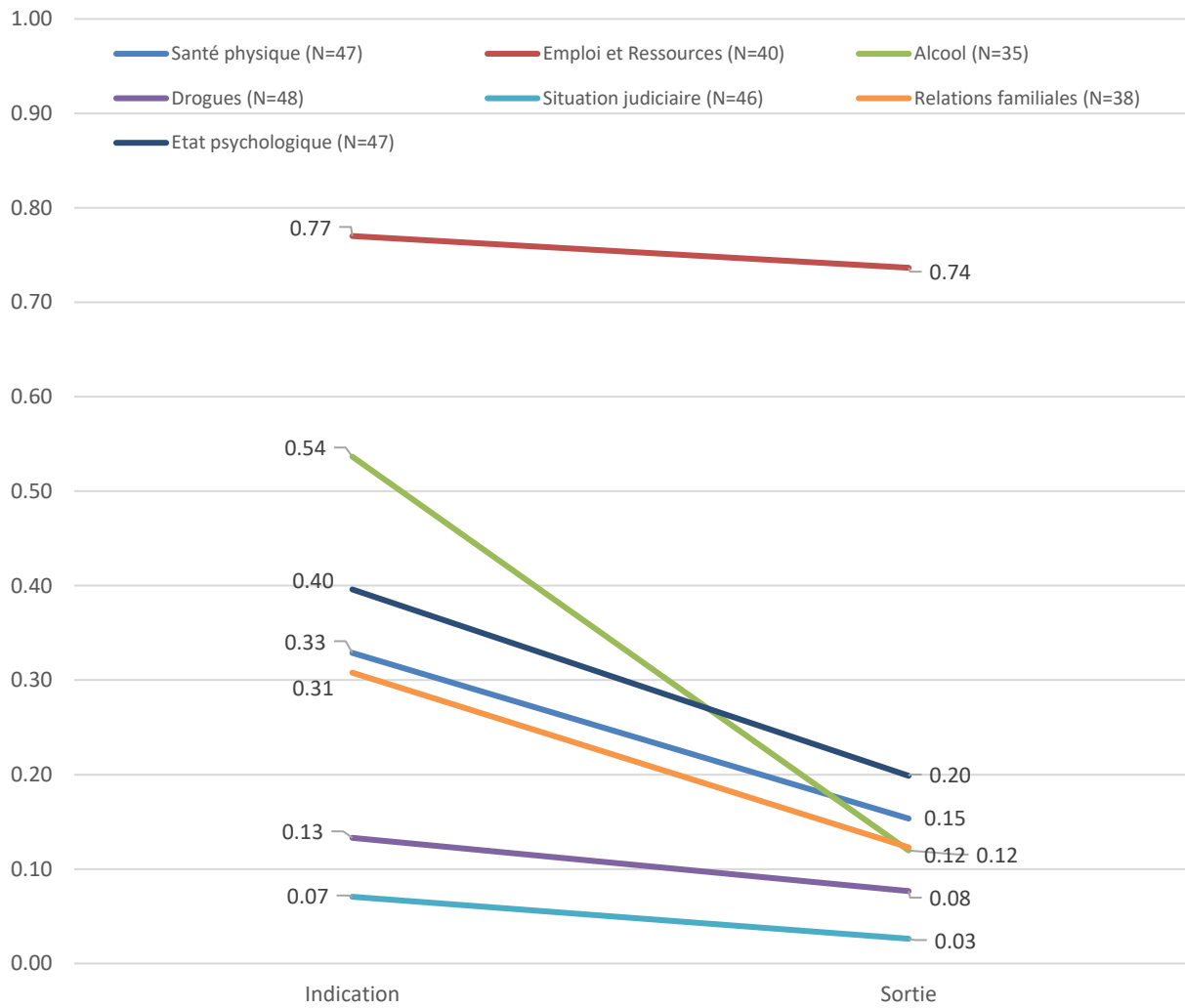
En ce qui concerne la dimension *Etat psychologique*, l'évolution entre l'indication et l'entrée est de -0.20. Lorsque l'on regarde la dimension *Relations familiales*, on relève une évolution de -0.19. La *Santé physique* est une dimension pour laquelle on observe une évolution de -0.18. Ces évolutions sont très variables selon les ESE.

Les deux dernières dimensions de *l'Emploi / Ressources* et la *Situation judiciaire* ont des évolutions favorables, mais peu importantes (-0.03 et -0.04 respectivement).

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

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. Par ailleurs, des données manquantes influencent encore le N final. En 2019, il varie entre 35 et 48 selon les dimensions.

Figure 7 Différences de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie d'ESE en 2019 (N=35 à 48 selon la dimension)



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=226)

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 (48%) ou maintenir une abstinence existante (39%). Une personne sur quatre (41%) a pour objectif de prévenir la rechute et un peu plus d'une personne sur cinq vise une consommation diminuée, voire contrôlée (22%) (cf. Figure 11 en annexe).

5.2 Buts poursuivis : dimension *Consommation de drogues* (N=144)

La demande première pour les personnes consommant des drogues vise l'abstinence (53%), et dans une moindre mesure, du maintien de celle-ci (29%). Près d'un tiers des personnes (32%) a plutôt pour objectif de diminuer sa consommation.

Sous l'item *Autre* (6%, N=8), il est par exemple fait mention de l'arrêt du traitement antagoniste aux opiacés (TAO), du travail sur les modes de consommation ou encore d'une mise à l'abri (cf. Figure 12 en annexe).

5.3 Buts poursuivis : dimension *Santé physique* (N=177)

En ce qui concerne la santé physique, les constats établis sont valables pour 2019. 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. Un peu plus du quart d'entre elles (28%, N=49) se réfère à l'item *Autre* (cf. Figure 13 en annexe). Parmi les citations les plus courantes, on retrouve 14 fois (29%) des éléments en lien avec l'hygiène de vie (notamment se mettre au sport, mais aussi retrouver des habitudes saines, retrouver le sommeil, etc.), 16 fois (33%) le fait de poursuivre une prise en charge déjà mise en place, et 4 mentions en lien avec le poids (perdre ou prendre du poids). Trois personnes souhaitent initier un traitement pour l'hépatite C.

5.4 Buts poursuivis : dimension *Relations familiales et interpersonnelles* (N=202)

En ce qui concerne les relations sociales, deux tiers des personnes (67%) souhaitent trouver une stabilité, un rythme de vie et un tiers des personnes (35%) a besoin de clarifier ses choix et attentes (cf. Figure 14 en annexe).

Près d'un tiers des personnes (31%) dit avoir besoin de renouer avec ses proches et près d'un quart (23%) évoque le besoin de quitter le milieu. Il faut noter que la plupart des mentions faites dans la catégorie *Autre* (18%, N=36) évoque le besoin de maintenir les liens et de préserver son entourage (N=17) et de créer un nouveau réseau / de nouveaux contacts (N=5).

5.5 Buts poursuivis : dimension *Etat psychologique* (N=249)

Pour ce qui est de la dimension *Etat psychologique*, près d'une personne sur deux (47%) souhaite travailler à son développement personnel. Quatre personnes sur dix (40%) se fixent comme objectif de réduire les

risques, et un peu plus d'un tiers (38%) aimerait mettre en place ou réactiver un suivi psychologique (cf. Figure 15 en annexe).

Il faut noter que parallèlement, sous l'item *Autre* (19%, N=46), 22 personnes (43% des mentions *Autre*) ont cité vouloir poursuivre le suivi actuellement mis en place.

On relève encore 14 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=244)

Dans le domaine de l'emploi et des ressources, quatre personnes sur dix (42%) souhaitent trouver une activité professionnelle ou suivre une formation. Près d'une personne sur dix (10%) a un emploi (qu'elle désire conserver) au moment de la demande d'indication (cf. Figure 16 en annexe).

On observe, en 2019, une majorité de personnes (52%) qui évoque le besoin de mettre en place des activités socialisantes, par exemple des activités de bénévolat. Cette proportion était de l'ordre d'un tiers en 2018. Trouver un logement préoccupe un peu plus du tiers des personnes (36%).

5.7 Buts poursuivis : dimension *Justice et administration* (N=61)

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 (53%). Puis, 21% des personnes disent avoir pour objectif de récupérer leurs droits, notamment la garde des enfants (cf. Figure 17 en annexe).

Dans la catégorie *Autre* (34%, N=21), on retrouve une grande diversité d'objectifs cités, parmi lesquels une aide pour un dépôt de plainte (N=3), la récupération du permis de conduire (N=2) ou encore une levée de Plafa (N=2). Une personne est en attente de jugement.

ANNEXES

6. Annexes

Figure 8 Evolution trimestrielle des indications faites vers Bartimée, le Levant, les Oliviers, la FEA et l'Epi (2017-2019)

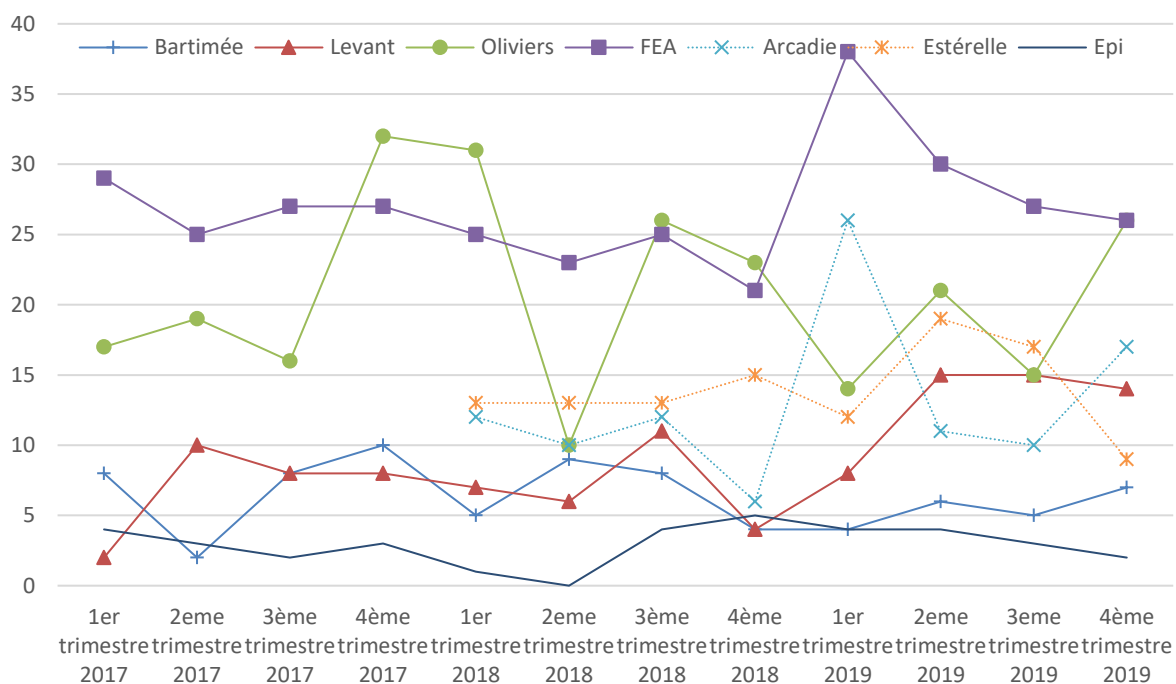


Figure 9 Raison principale de la fin du séjour pour les séjours terminés en 2019

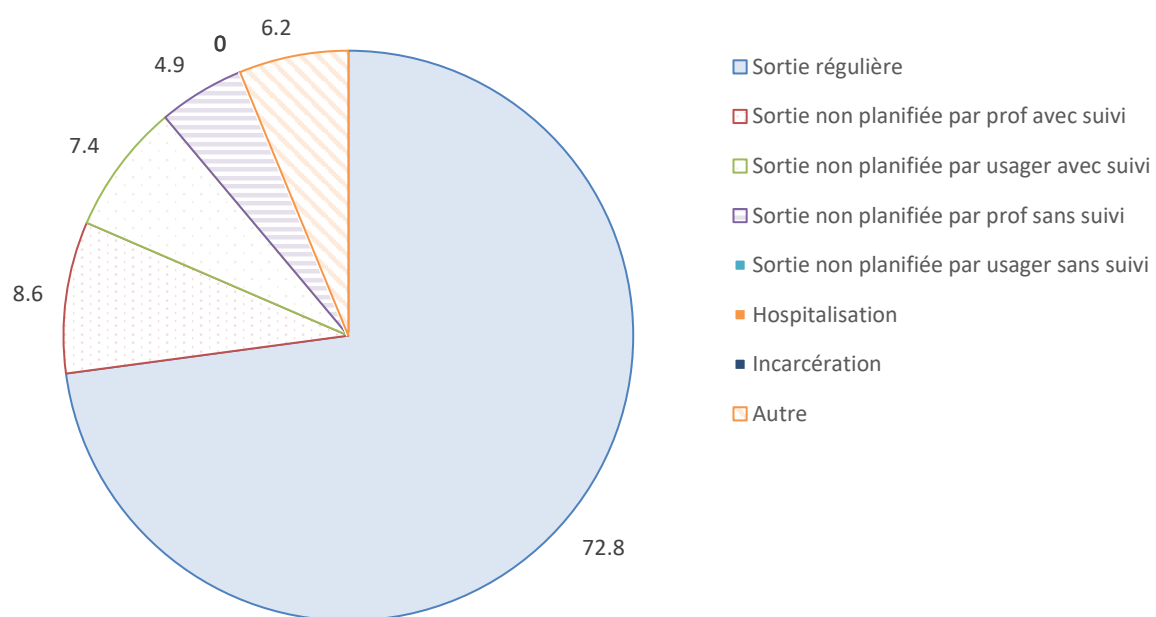


Tableau 11 Type de revenu et de logement au moment de la sortie pour les personnes sorties d'ESE, 2018-2019

	2018		2019	
	N	%	N	%
Type de logement	94		81	
Propre logement	55	58.5	56	69.1
Stable dans la famille, proches	10	10.6	6	7.4
Sans domicile fixe	1	1.1	4	4.9
Hôtel	4	4.3	2	2.5
ESE spécialisé dans l'addiction	2	2.1	0	0.0
EPSM	3	3.2	2	2.5
Logement de transition de l'ESE	5	5.3	3	3.7
Autre logement accompagné	4	4.3	2	2.5
Hôpital	6	6.4	5	6.2
Prison	2	2.1	0	0.0
Autre	2	2.1	1	1.2
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	92		80	
Salaire	9	9.8	12	15.0
Chômage	2	2.2	4	5.0
AI	13	14.1	19	23.8
RI	50	54.3	29	36.3
Aucune	7	7.6	3	3.8
Autre	14	15.2	19	23.8

Tableau 12 Caractéristiques socio-démographiques générales des personnes vues pour une indication, comparaison 2017-2019

	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Etat civil	243		239		257	
Célibataire	126	52	120	50	123	47.9
Marié/e	26	11	31	13	24	9.3
Séparé·e, divorcé·e	86	35	85	36	106	41.2
Veuf·ve	5	2	3	1	4	1.6
Nationalité	242		249		259	
Suisse	172	71	172	69	170	65.6
Etrangère	70	29	77	31	89	34.4
Type de logement	245		240		258	
Propre logement	128	52	125	52	153	59.3
Stable dans la famille, proches	29	12	36	15	36	14.0
Sans domicile fixe	34	14	33	14	20	7.8
ESE ou EMS	20	8	19	8	19	7.4
Hôpital	24	10	8	3	16	6.2
Prison	1	0	2	1	1	0.4
Autre	9	4	17	7	13	5.0
Parent d'enfants mineurs	240		238		255	
Oui	78	33	62	26	64	25.0
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	242		242		257	
Sans titre secondaire II	90	36	80	33	84	32.8
Aucune scolarité menée à terme	16	6	13	5	11	4.3
Scolarité obligatoire	71	29	62	26	70	27.2
Formation de transition	3	1	5	2	3	1.2
Avec titre secondaire II	157	64	155	64	164	67.2
Apprentissage, école professionnelle	106	43	102	42	104	40.5
Maturité, diplôme d'études secondaires supérieures	13	5	16	7	12	4.7
Formation professionnelle supérieure	13	5	12	5	13	5.1
Haute école	13	5	15	6	11	4.3
Université	11	5	10	4	24	9.3
Autre formation	1	0	7	3	8	3.1
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	243		240		257	
Salaire	20	8	24	10	33	12.8
Chômage	12	5	9	4	13	5.0
AI	46	19	53	22	65	25.2
RI	116	48	104	43	86	33.3
Aucune	23	9	20	8	26	10.1
Autre	39	16	47	20	51	19.8
	N	%	N	%	N	%

	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Mesure civile (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	232		237		257	
Plafa (placement à des fins d'assistance)	14	6	16	7	19	7.4
Curatelle	53	23	59	25	69	26.8
Aucune	165	71	167	71	171	66.5

Tableau 13 Type de logement par ESE pour les personnes vues au moins une fois pour une indication en 2019 (N=258)

	Bartimée (N=20)	Levant (N=42)	Relais (N=2)	Oliviers (N=54)	FEA (N=103)		Epi (N=10)	Autres (N=3)	Moyenne (N=258)
					Arc.	Est.			
Propre	30.0	38.1	50.0	51.9	78.6 74.1	83.7	60.0	66.7	59.3
Stable	40.0	19.0	50.0	16.7	4.9 7.4	2.1	10.0	0.0	14.0
SDF	10.0	9.5	0.0	11.1	4.9 5.6	4.1	0.0	33.3	7.8
ESE/EMS	10.0	19.1	0.0	9.3	2.9 3.7	2.0	10.0	0.0	7.4
Hôpital	5.0	7.1	0.0	7.4	2.9 1.9	4.1	10.0	0.0	6.2
Prison	0.0	2.4	0.0	0.0	0.0 0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Autre	5.0	4.8	0.0	3.7	5.8 7.4	4.1	10.0	0.0	5.0

Tableau 14 Type de revenu des personnes vues au moins une fois pour une indication en 2019 (N=258)

	Bartimée (N=20)	Levant (N=42)	Relais (N=2)	Oliviers (N=54)	FEA (N=103)		Epi (N=10)	Autres (N=3)	Moyenne (N=258)
					Arc.	Est.			
Salaire	20.0	4.8	50.0	14.8	10.7 14.8	6.1	20.0	33.3	12.8
Chômage	0.0	0.0	0.0	5.6	9.7 7.4	12.2	00.0	0.0	5.0
AI	35.0	31.0	0.0	29.6	15.5 14.8	16.3	30.0	33.3	25.2
RI	25.0	54.8	00.0	33.3	32.0 35.2	28.6	30.0	0.0	33.3
Aucune	10.0	4.8	50.0	9.3	6.8 9.3	4.1	10.0	33.3	10.1
Autre	20.0	11.9	0.0	15.1	28.2 22.2	34.7	20.0	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 2019 (en %)

	Bartimée (N=20)	Levant (N=45)	Relais (N=2)	Oliviers (N=55)	FEA (N=105)		Epi (N=10)	Moyenne (N=268)
					Arc (N=54)	Est (N=51)		
Alcool toute utilisation	100.0	88.9	100.0	96.4	97.1 98.1	96.1	100.0	95.9
Alcool jusqu'à intoxication	60.0	55.6	100.0	72.7	87.6 88.9	86.3	70.0	75.4
Héroïne	75.0	71.1	100.0	32.8	11.4 13.0	9.8	50.0	36.6
Cocaïne, crack	100.0	91.1	100.0	58.2	28.6 24.1	33.3	50.0	54.9
Cannabis	90.0	91.1	0.0	63.3	41.9 38.9	45.1	70.0	62.3
Amphétamines	60.0	57.8	0.0	36.4	13.3 11.1	15.7	50.0	32.1
Hallucinogènes	45.0	44.4	0.0	38.2	11.4 11.1	11.8	30.0	27.2
Drogues de synthèse	40.0	25.0	0.0	11.0	8.6 11.1	5.9	20.0	16.1
Solvants	0.0	6.7	0.0	1.8	0.0 0.0	0.0	10.0	2.6

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 2019 (en %)

	Bartimée (N=20)	Levant (N=45)	Relais (N=2)	Oliviers (N=55)	FEA (N=105)		Epi (N=10)	Moyenne (N=268)
					Arc (N=54)	Est (N=51)		
Alcool toute utilisation	84.2	59.1	50.0	67.9	88.5 90.7	86.0	88.9	77.1
Alcool jusqu'à intoxication	20.0	22.7	50.0	42.6	70.0 68.5	70.6	33.3	48.3
Héroïne	26.3	25.0	50.0	9.1	1.9 1.9	2.0	11.1	12.8
Cocaïne, crack	70.0	54.5	50.0	27.8	7.6 1.9	13.7	20.0	27.8
Cannabis	65.0	46.7	50.0	29.1	11.4 5.6	17.9	30.0	28.4
Amphétamines	10.0	11.1	0.0	1.8	1.0 0.0	2.0	0.0	4.1
Hallucinogènes	0.0	6.7	0.0	0.0	1.0 0.0	2.0	0.0	1.9
Drogues de synthèse	10.0	2.2	0.0	1.8	1.0 0.0	2.0	0.0	1.9
Solvants	0.0	4.4	0.0	0.0	0.0 0.0	0.0	0.0	0.7

Figure 10 Mode de consommation prédominant, 2019

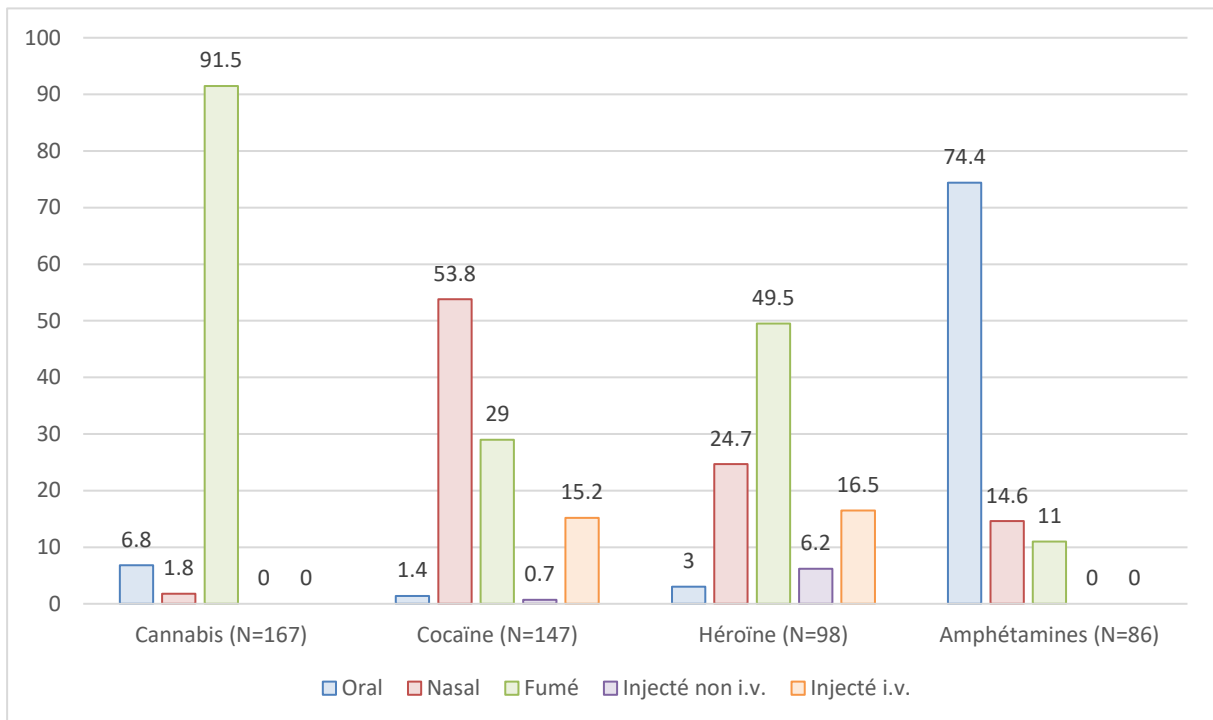


Tableau 17 Substance posant problème, multi-consommation et conséquences de la consommation pour les personnes vues au moins une fois pour une indication dans l'année, 2017- 2019

	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Substance(s) posant un problème majeur			243		260	
Alcool toute utilisation	-	-	98	40	93	35.8
Alcool et drogues	-	-	67	28	71	27.3
Cocaïne	-	-	25	10	33	12.7
Multiplés drogues	-	-	18	7	18	6.9
Alcool jusqu'à intoxication	-	-	14	6	19	7.3
Héroïne	-	-	6	3	9	3.5
Cannabis	-	-	5	2	4	1.5
Amphétamines	-	-	4	2	3	1.2
Prévalence de la multi-consommation au cours du dernier mois	246		250		263	
	177	72	171	69	173	65.8
Prévalence du delirium tremens au cours du dernier mois (collectif)	246		241		255	
	38	15	27	11	28	11.0
Chez consommateurs d'alcool jusqu'à intoxication	-		213		198	
	-	-	26	12	26	13.1
Prévalence de l'overdose au cours du dernier mois (collectif)	241		243		248	
	34	14	40	17	23	9.3
Chez consommateurs héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse	-		153		145	
	-	-	37	24	23	15.5

Tableau 18 Données concernant la santé physique et l'état psychologique des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2017-2019

	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	237		238		250	
Moyenne : totale		4.3		4.6		4.1
Moins de 30 ans		-		2.3		1.8
Entre 30 et 60 ans		-		4.9		4.4
60 ans et plus		-		6		4.5
Médiane : totale		2		3		2
Moins de 30 ans		-		1		1
Entre 30 et 60 ans		-		3		2
60 ans et plus		-		4		4
Personnes hospitalisées pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	132 (N = 242)	55	123 (N = 234)	53	128 (N=248)	51.6
Nombre d'hospitalisations par personne						
Moyenne		3.4		2.2		2.6
Médiane		1		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	193 (N=249)	77.5
Nombre de prise en charge ambulatoire par personne						
Moyenne		2.2		1.8		2.1
Médiane		1		1		1
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	243		244		260	
Moyenne		16.8		17.6		17.6
Médiane		15		20		20
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	168 (N = 243)	68	185 (N = 248)	75	192 (N=260)	73.8

Tableau 19 Données concernant les femmes (N=77), 2019

	2019	
	N	%
Données socio-démographiques	74	
Nationalité		
Suisse	50	67.6
Etrangère	24	32.4
Type de logement	75	
Propre logement	51	68.0
Stable dans la famille, proches	6	8.0
Sans domicile fixe	3	4.0
ESE ou EMS	6	8.0
Hôpital	7	9.3
Prison	1	1.3
Autre	1	1.3
Parent d'enfants mineurs	75	
Oui	24	32.4
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	72	
Sans titre secondaire II	22	30.6
Source de revenu (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	75	
Salaire	8	10.7
Chômage	3	4.0
AI	28	37.3
RI	19	25.3
Aucune	7	9.3
Autre	15	20.0
Données de santé physique et de l'état psychologique		
Dépistage VIH	75 / 38	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	57 / 36	76.0 / 94.7
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne / médiane (personnes ayant injecté)		61.1 / 28.6
Résultat :		
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	7 / 6	12.5 / 17.1
Dépistage VHC	75 / 38	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	38 / 29	50.7 / 76.3
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne (personnes ayant injecté)		32.7 / 26.8
Résultat :		
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	3 / 3	8.1 / 11.1
Dépistage VHB	74 / 37	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	45 / 29	60.8 / 78.4
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne (personnes ayant injecté)		52.6 / 32.6
Résultat		
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	2 / 0	4.4 / 0.0

2019		
	N	%
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	73	
Moyenne		3.1
Médiane		2
Nombre d'hospitalisations pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	69	
Moyenne		4.6
Médiane		2
Nombre de prises en charge en ambulatoire pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	70	
Moyenne		2.8
Médiane		1
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	73	
Moyenne		19.0
Médiane		
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	58	81
Troubles psychologiques ou émotionnels au cours du dernier mois		
Anxiété	48	66.7
Troubles de la concentration	30	40.5
Dépression grave	30	42.0
Pensées suicidaires	15	20.3
Difficulté à maîtriser un comportement violent	12	16.2
Violence auto-dirigée	8	11.0
Hallucinations	6	8.2
Tentative de suicide	2	2.7
Indices de gravité		
Dimension <i>Consommation d'alcool</i>		2.3
Dimension <i>Consommation de drogues</i>		1.4
Dimension <i>Santé physique</i>		1.4
Dimension <i>Relations familiales</i>		2.2
Dimension <i>Etat psychologique</i>		2.5
Dimension <i>Emploi et ressources</i>		1.6
Dimension <i>Situation judiciaire</i>		0.4
Scores		
Dimension <i>Consommation d'alcool</i> (évolution indication – sortie)	(8)	0.49 (-0.52)
Dimension <i>Consommation de drogues</i> (évolution indication – sortie)	(14)	0.16 (-0.02)
Dimension <i>Santé physique</i> (évolution indication – sortie)	(13)	0.39 (-0.13)
Dimension <i>Relations familiales</i> (évolution indication – sortie)	(10)	0.32 (-0.17)
Dimension <i>Etat psychologique</i> (évolution indication – sortie)	(13)	0.44 (-0.25)
Dimension <i>Emploi et ressources</i> (évolution indication – sortie)	(12)	0.81 (-0.00)
Dimension <i>Situation judiciaire</i> (évolution indication – sortie)	(13)	0.06 (-0.07)

Figure 11 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension *Consommation d'alcool* (N=226) (plusieurs réponses possibles)

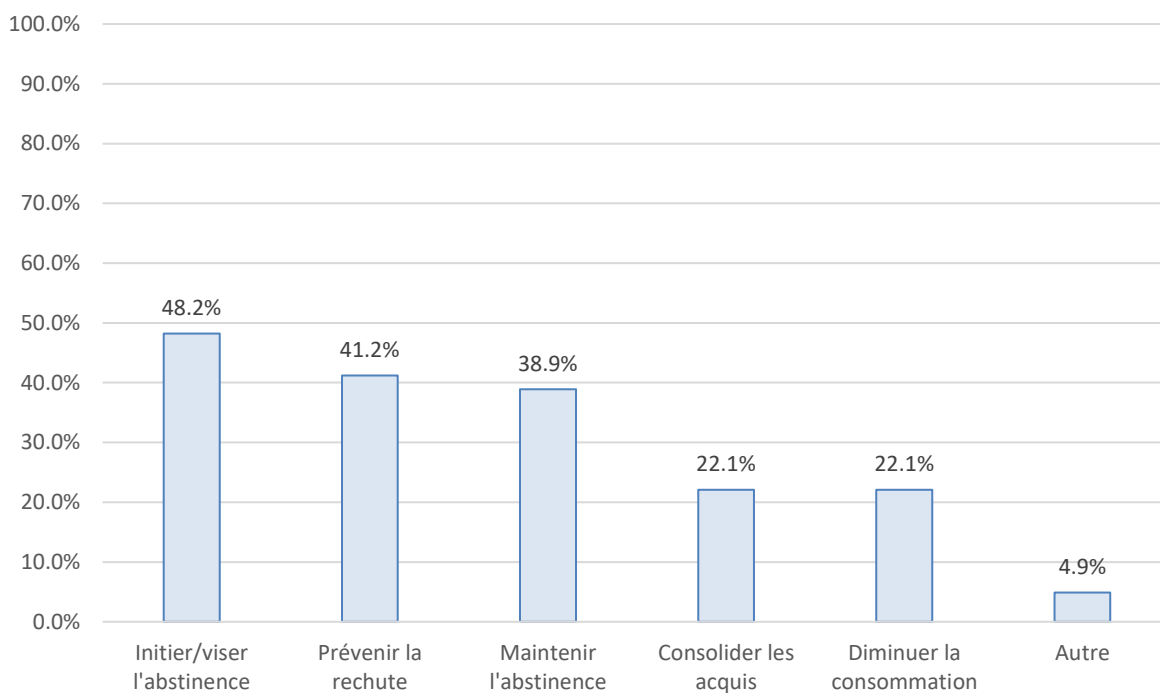


Figure 12 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension *Consommation de drogues* (N=144) (plusieurs réponses possibles)

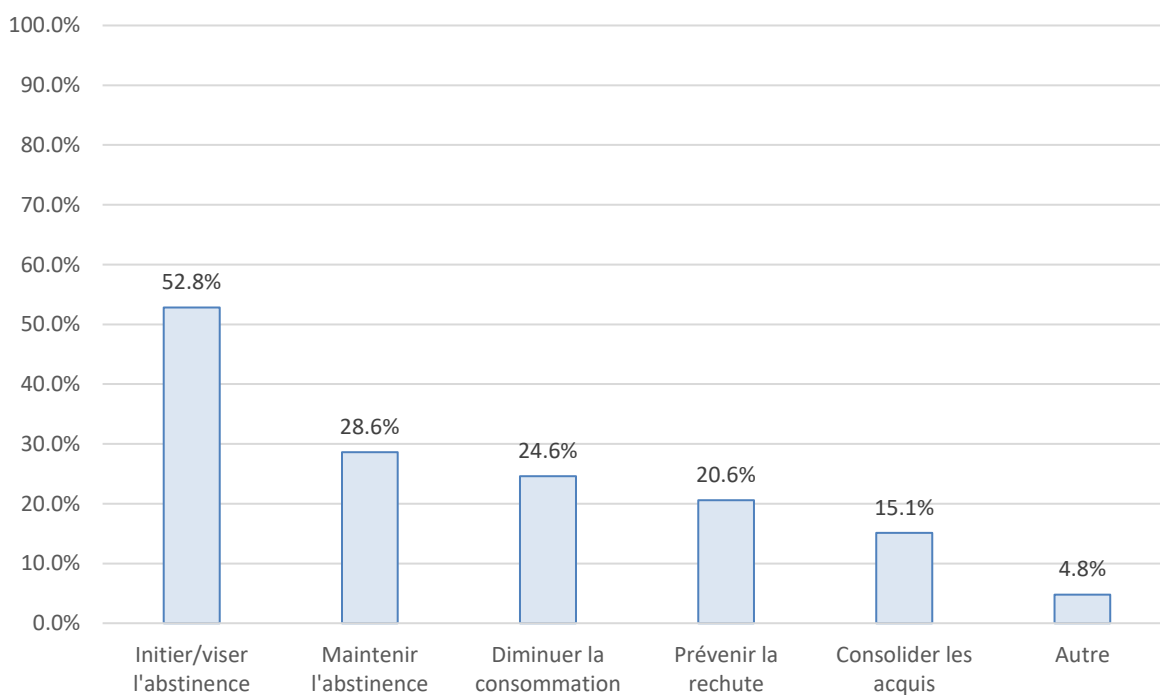


Figure 13 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension Santé physique (N=177) (plusieurs réponses possibles)

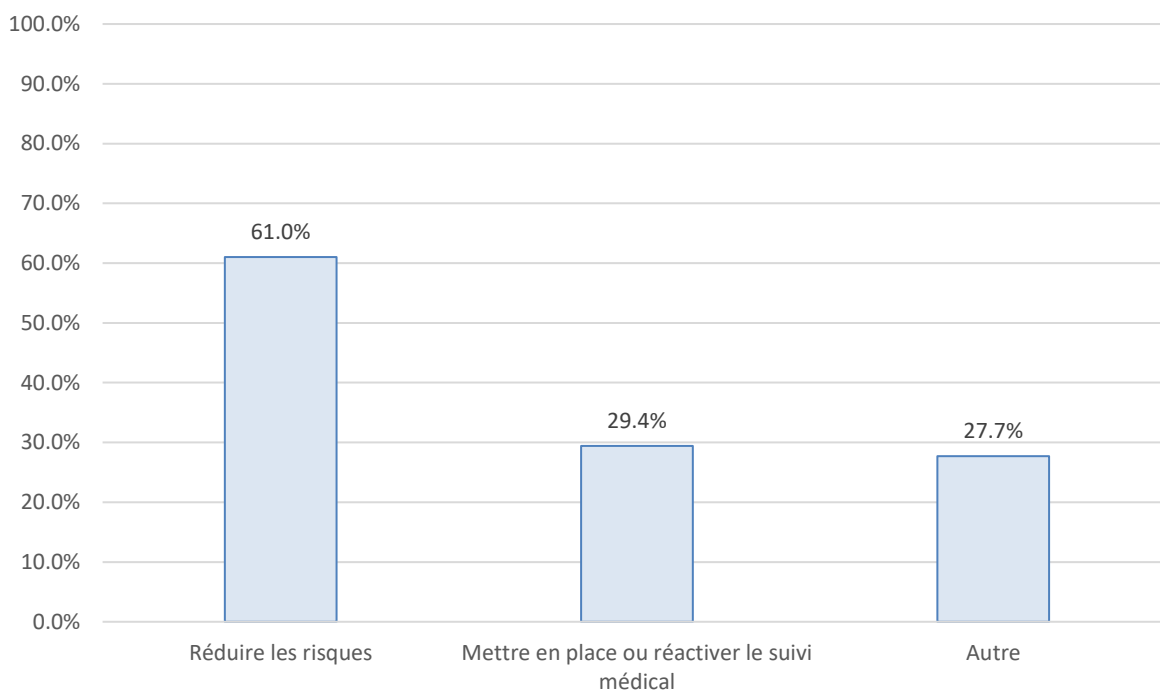


Figure 14 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension des relations familiales et interpersonnelles (N=202) (plusieurs réponses possibles)

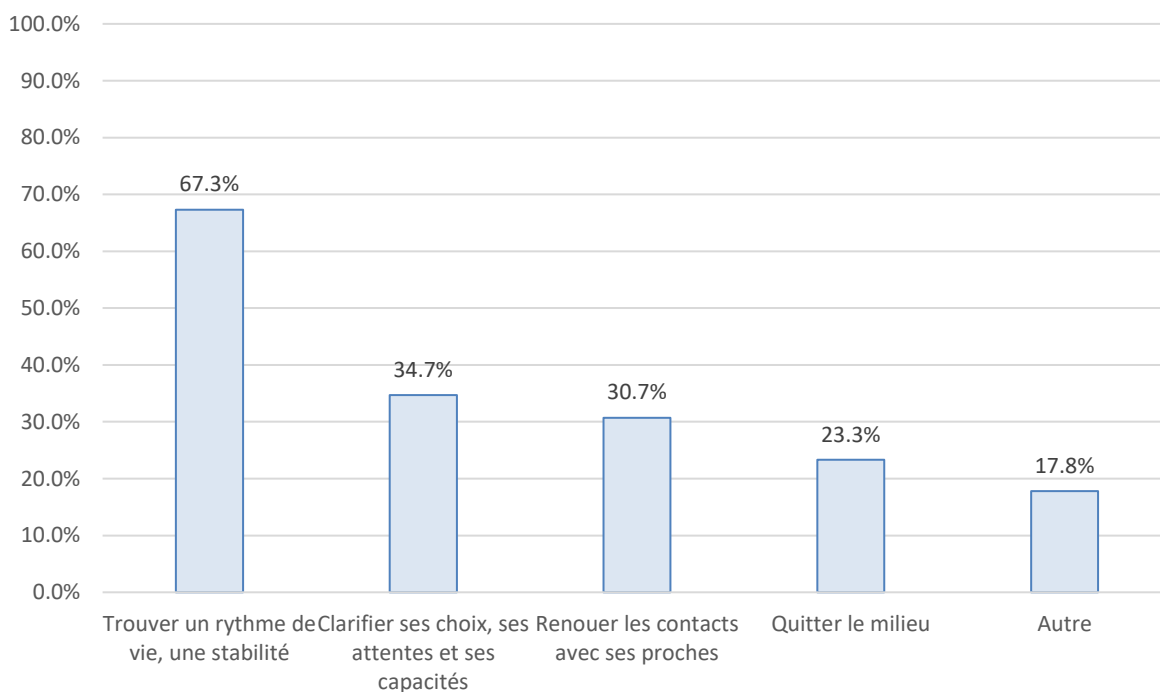


Figure 15 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension *Etat psychologique* (N=249) (*plusieurs réponses possibles*)

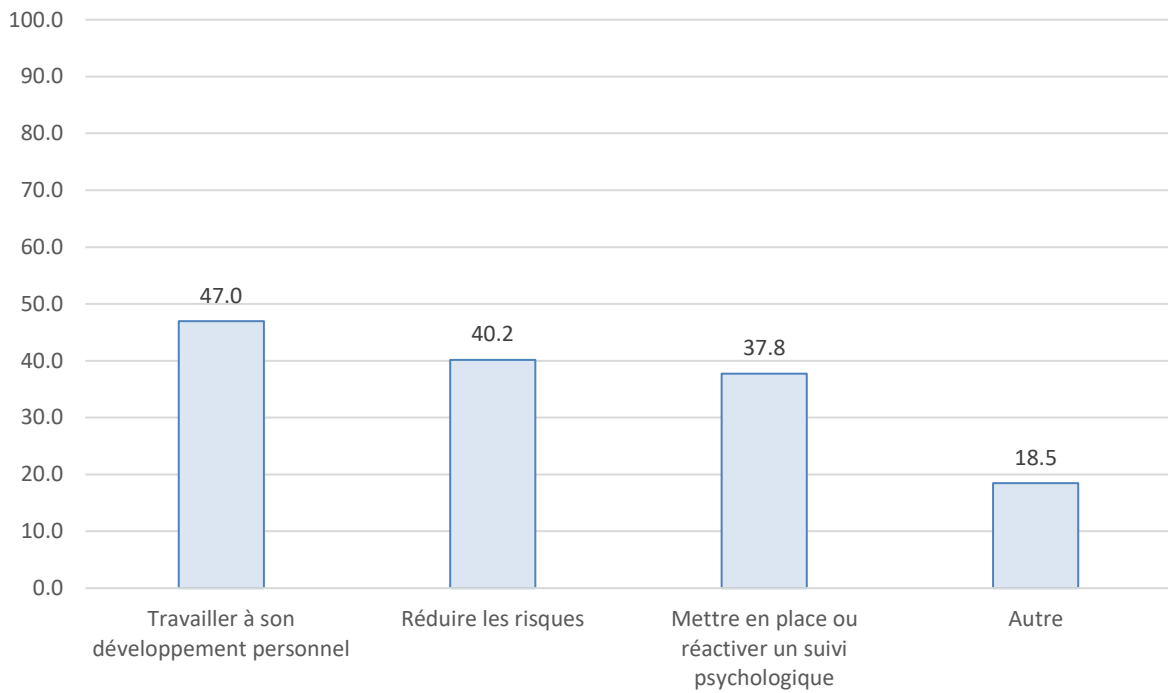


Figure 16 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension *Emploi et des ressources* (N=244) (*plusieurs réponses possibles*)

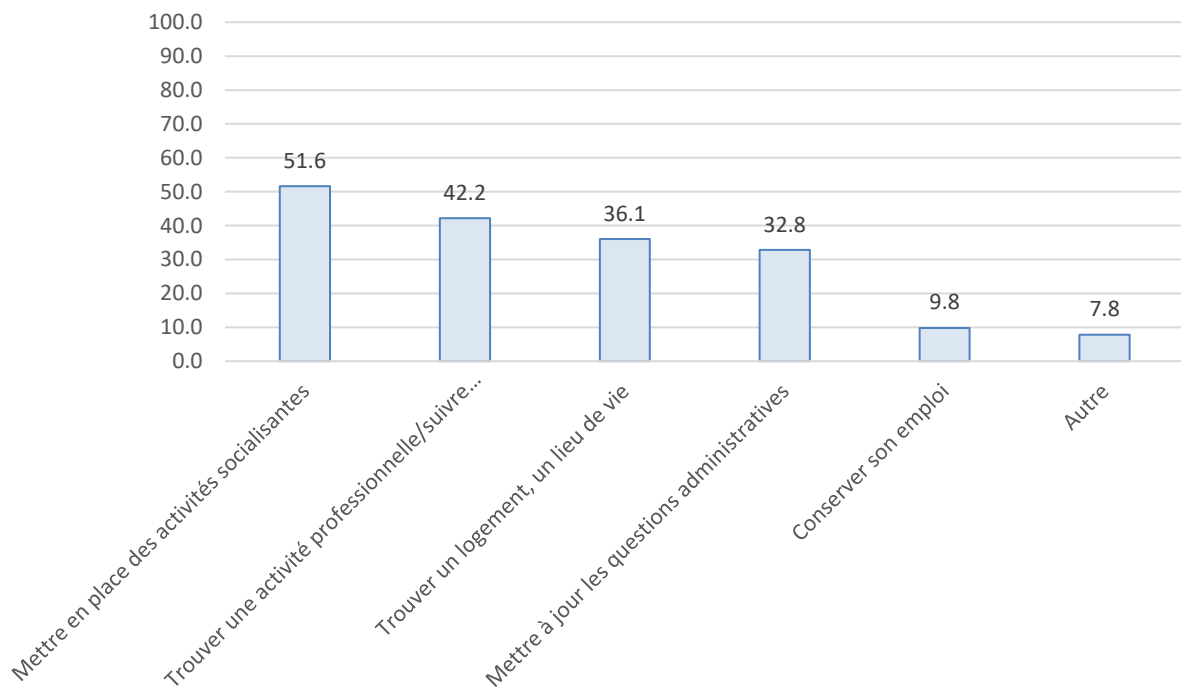


Figure 17 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication en 2019 : dimension *Justice et administration* (N=61) (*plusieurs réponses possibles*)

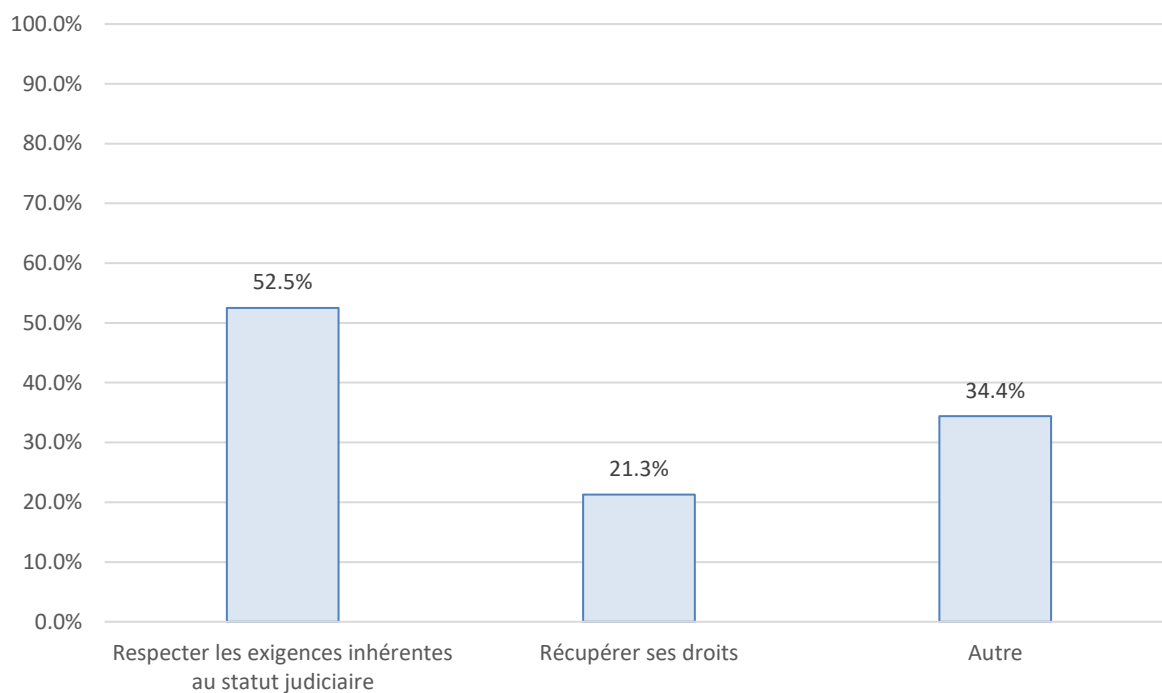


Tableau 20 Différences moyenne et médiane de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie, en fonction de chaque ESE, en 2019 (N=48)

	Bartimée		Levant		Relais		Oliviers		FEA		Epi		Total	
	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.	Moy.	Med.
Alcool	0.16 (N=1)	0.16	-0.01 (N=4)	-0.04	NA	NA	-0.33 (N=6)	-0.27	-0.53 (N=20)	-0.63	-0.50 (N=2)	-0.50	-0.42 (N=35)	-0.51
Drogue	-0.11 (N=1)	-0.11	-0.17 (N=5)	-0.19	NA	NA	-0.05 (N=12)	-0.01	-0.05 (N=26)	-0.05	-0.05 (N=2)	-0.05	-0.06 (N=48)	-0.03
Santé physique	0.00 (N=1)	-0.00	-0.06 (N=5)	0.00	NA	NA	-0.29 (N=11)	-0.25	-0.17 (N=26)	-0.10	-0.04 (N=2)	-0.04	-0.18 (N=47)	-0.12
Relations familiales	0.15 (N=1)	0.15	-0.12 (N=3)	-0.10	NA	NA	-0.03 (N=9)	-0.01	-0.26 (N=21)	-0.27	-0.24 (N=2)	-0.24	-0.18 (N=38)	-0.20
Etat psychologique	-0.38 (N=1)	-0.38	-0.11 (N=5)	-0.25	NA	NA	-0.17 (N=11)	-0.26	-0.22 (N=26)	-0.25	-0.26 (N=2)	-0.26	-0.20 (N=47)	-0.25
Emploi / ressources	0.04 (N=1)	0.04	-0.22 (N=5)	-0.15	NA	NA	0.00 (N=9)	0.00	-0.01 (N=21)	0.00	0.25 (N=2)	0.25	-0.03 (N=40)	0.00
Situation judiciaire	0.00 (N=1)	-0.00	-0.04 (N=5)	0.00	NA	NA	-0.01 (N=10)	0.00	-0.05 (N=26)	0.00	0.00 (N=2)	0.00	-0.04 (N=46)	0.00