



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP  
Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

# Analyse des données du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour les personnes Toxicodépendantes (DCIST), 2010-2012

Stéphane Luyet, Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber

RAISONS DE SANTÉ 232 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Raisons de santé 232

**Étude financée par :** Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'État du 11 décembre 1996

**Citation suggérée :** Luyet S, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Analyse des données du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour les personnes Toxicodépendantes (DCIST), 2010-2012. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 232).

**Remerciements :** A toutes les personnes qui ont participé à l'évaluation.

**Date d'édition :** Juin 2014

# Table des matières

1 DCIST: l'outil d'indication pour les personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud.....	7
1.1 Éléments de contexte du DCIST.....	9
1.2 Le déroulement du DCIST.....	10
1.3 Méthode.....	11
2 Situation de l'utilisateur au moment de l'évaluation.....	15
2.1.1 Les données sociodémographiques, à l'évaluation.....	18
2.1.2 Données de santé et de consommation de l'utilisateur au moment de l'évaluation.....	20
2.1.3 Nombre de personnes évaluées par centre d'évaluation.....	22
2.1.4 Problèmes motivant les demandes d'aide.....	23
2.1.5 Établissements indiqués.....	25
3 Situation de l'utilisateur au moment de la réévaluation.....	27
3.1 Les données sociodémographiques à la réévaluation.....	29
3.2 Nombre de personnes réévaluées par centres d'évaluation.....	30
3.3 Problèmes motivant les demandes d'aide.....	31
4 Temporalité du processus.....	35
4.1 Durée moyenne entre l'évaluation et la réévaluation.....	37
4.2 Durées moyennes de séjour.....	39
5 Les outils utilisés par le DCIST.....	41
5.1 L'ASI (Addiction Severity Index).....	43
5.1.1 Différence ASI entre l'indication et la réévaluation.....	43
5.2 L'échelle du SOCRATES (Stages of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale).....	46
5.2.1 Différence SOCRATES entre l'indication et la réévaluation.....	47
6 Conclusions et recommandations.....	49
7 Bibliographie.....	53
8 Annexes.....	57

## Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre (et %) d'observations en fonction des différentes étapes du dispositif.....	12
Tableau 2	Nombre et proportion de dossiers DCIST, d'octobre 2010 à décembre 2012 .....	17
Tableau 3	Données sociodémographiques des usagers ayant accepté le monitoring, au moment de la première indication .....	19
Tableau 4	Données de consommation et de santé, au moment de l'évaluation .....	22
Tableau 5	Nombre de personnes évaluées, par région d'indication.....	23
Tableau 6	Nombre et proportion de personnes indiquées, par établissement socio-éducatif .....	25
Tableau 7	Données sociodémographiques des usagers indiqués, au moment de la réévaluation.....	30
Tableau 8	Nombre de personnes réévaluées, par région d'indication .....	31
Tableau 9	Nombre et % de personnes réévaluées (n=112) .....	38
Tableau 10	Grille de correspondance de l'ancien vers le nouveau formulaire d'indication.....	60
Tableau 11	Données sociodémographiques, 2ème indication .....	61

## Liste des figures

Figure 1	Evolution du nombre mensuel d'évaluations, par année (d'octobre 2010 à juin 2013), (n=305).....	18
Figure 2	Nombre de personnes évaluées, par région d'indication et par année, 2011-2012, n=164 .....	23
Figure 3	Problèmes motivant la demande d'aide au moment de l'évaluation (en %, plusieurs réponses possibles), n=235 .....	24
Figure 4	Type de problèmes motivant la demande d'aide en fonction de l'établissement indiqué, au moment de l'indication, n=235.....	26
Figure 5	Problèmes motivant la demande d'aide au moment de l'évaluation et de la réévaluation, sur la base du formulaire d'indication (en %, plusieurs réponses possibles) .....	32
Figure 6	Type de problèmes motivant la demande d'aide en fonction des établissements socio-éducatifs , comparaison entre l'évaluation (forcé) et la réévaluation (clair) sur la base du formulaire d'indication, n=93.....	33
Figure 7	Évolution du nombre des réévaluations, janvier 2011 – mars 2013, n=142 .....	34
Figure 8	Durées moyennes entre les différentes phases du processus, 2010-2012, n=112.....	38
Figure 9	Evolution des durées moyennes entre les différentes phases du processus, 2010-2012.....	39
Figure 10	Durées moyennes de séjour, en fonction des établissements socio-éducatifs.....	40
Figure 11	Comparaison des scores ASI entre évaluation-réévaluation .....	44
Figure 12	Différence des scores ASI moyens et médians entre l'évaluation et la réévaluation.....	45

Figure 13	Scores ASI médian pas ESE, évaluation (foncé) et réévaluation (clair) .....	46
Figure 14	Comparaison des scores SOCRATES entre l'évaluation et la réévaluation.....	48
Figure 15	Différences des scores SOCRATES entre l'évaluation et la réévaluation .....	48
Figure 16	La durée moyenne entre les différentes phases si on exclut les durées « négatives » .....	59



# 1

## **DCIST: l'outil d'indication pour les personnes toxicodependantes dans le canton de Vaud**





# 1 DCIST: l'outil d'indication pour les personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud

## 1.1 Éléments de contexte du DCIST

Le Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour les personnes Toxicodépendantes (DCIST) est un outil central de la politique de prévention et de lutte contre la toxicodépendance dans le canton de Vaud <sup>a</sup>. Ses principaux objectifs sont :

- Améliorer l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des usagers;
- Améliorer la coordination des prestations sociales et médicales en développant le travail en réseau, aussi bien dans la prise en charge de l'utilisateur que dans son suivi et son maintien dans le réseau social et médical.

Le DCIST a donc pour but de renforcer le rôle du canton de Vaud dans le pilotage et la planification des prestations dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes et s'adresse à toute personne toxicodépendante, avec ou sans problématique d'alcool associée, ayant un projet de prise en charge dans un établissement socio-éducatif (ESE). Le passage par ce dispositif est également un préalable nécessaire à l'octroi d'une garantie financière par le SPAS dans le cadre des séjours résidentiels.

Ce dispositif a débuté dans sa phase pilote le 1er octobre 2010. Une première évaluation de cette phase a été publiée fin 2011<sup>1</sup>. Peu d'informations sur les réévaluations étaient disponibles lors de cette première évaluation.

Celle-ci se basait sur des éléments qualitatifs, à savoir sur une série d'entretiens auprès des intervenants et des responsables des structures, ainsi que des éléments quantitatifs, c'est-à-dire une analyse des données de monitoring sur la base de dossiers transmis par la cheffe de projet. L'intérêt de ces données réside dans l'éventuelle possibilité d'évaluer les trajectoires des bénéficiaires. En effet, ces dernières sont peu connues concernant cette population.

Le but de la présente analyse est, d'une part, de résumer les principales informations sociodémographiques, de consommation et de prise en charge concernant les usagers, telles qu'elles ressortent du formulaire d'indication et des outils d'évaluation des besoins utilisés et, d'autre part, de mettre en lumière, dans la mesure du possible, l'évolution de la situation des usagers entre l'indication et la réévaluation.

---

<sup>a</sup> Axe 1 de la politique vaudoise concernant la prévention et la lutte contre la toxicodépendance : [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/dependances/Axes\\_prioritaires\\_toxicodépendance\\_2008-2012.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/Axes_prioritaires_toxicodépendance_2008-2012.pdf).

## 1.2 Le déroulement du DCIST

La procédure d'indication se déroule en plusieurs phases. Dans un premier temps, toute personne ayant pris contact <sup>b</sup> voit sa situation évaluée. Cet entretien d'évaluation s'effectue au moyen de différents outils :

- **Le formulaire d'indication** : le formulaire d'indication vise à récolter des données sociodémographiques concernant l'utilisateur (sexe, âge, statut marital, . . .). Ce formulaire sert également des informations sur le parcours thérapeutique de la personne, son réseau (c'est-à-dire les personnes qui l'entourent que ce soit des professionnels ou des proches) et sur les principaux problèmes qui poussent la personne à entrer dans ce dispositif, mais aussi des informations sur les buts recherchés par la personne (plus précisément les objectifs visés par un séjour en établissement socio-éducatif) ;
- **L'Addiction Severity Index (ASI)**: une version modifiée de l'ASI original est utilisée <sup>c</sup>. Ce questionnaire permet à l'évaluateur (à savoir la personne qui fait passer le questionnaire) de mettre un score sur les besoins d'aide de l'utilisateur. Plus précisément, cet outil permet d'évaluer le besoin d'aide de l'utilisateur et d'estimer la gravité de sa situation sur sept dimensions, que sont le profil médical-somatique, celui professionnel-financier, la consommation d'alcool et de drogues, les problèmes judiciaires, les relations familiales et sociales et enfin la santé psychique. Chaque item est coté sur une échelle qui va de 0 (aucun traitement nécessaire) à 9 (traitement indispensable).
- **Le Stages of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)** : l'échelle du SOCRATES permet de mesurer la motivation et la préparation au changement. Principalement utilisée pour les personnes alcoolodépendantes, elle fournit, sur la base de 19 questions, 3 scores, à savoir la reconnaissance ("Est-ce que j'ai un problème de drogue ?"), l'ambivalence ("Est-ce que je contrôle ma consommation? Est-ce que cette dernière est dommageable pour moi et/ou les autres ?") et le passage à l'action ("Est-ce qu'un premier pas vers le changement a été entrepris ?").

Une fois l'évaluation menée à bien, l'entretien d'indication a lieu. L'objectif de cet entretien, qui se fait en présence de l'évaluateur DCIST (la personne qui a rempli le formulaire d'évaluation), du référent DCIST (la personne qui représente le centre d'indication) et d'un professionnel entourant l'utilisateur, est de choisir le type de prise en charge (ambulatoire/résidentiel), de spécifier l'établissement choisi, le cas échéant, ainsi que le temps jusqu'à la réévaluation <sup>d</sup>. Ce choix s'opère sur la base des scores de l'évaluation notamment.

<sup>b</sup> Les personnes peuvent soit se présenter d'elles-mêmes, soit être envoyées par un médecin ou encore être un usager régulier de la structure en question. Nous ne disposons pas de données sur ces proportions.

<sup>c</sup> Un certain nombre de questions ont été rajoutées, sur la santé de la personne évaluée notamment et certaines catégories de réponses ont été simplifiées. Pour plus d'informations, voir Gummy, Gervasoni <sup>1</sup>

<sup>d</sup> Le temps jusqu'à la réévaluation est généralement de 6 mois, mais, comme le mentionne le manuel d'instruction des outils DCIST, une réévaluation à 3 mois peut être prévue en cas de désaccord entre l'utilisateur et le DCIST quant à l'établissement indiqué ou si l'ESE en fait la demande en cas de séjour problématique. Une évaluation à ce moment-là peut permettre d'éviter la rupture de séjour.

Dans un second temps, la situation de l'utilisateur devrait être réévaluée, au plus tard 6 mois après l'entrée en traitement résidentiel. La réévaluation s'appuie sur les mêmes outils que ceux utilisés au moment de l'évaluation, à savoir le formulaire d'indication, l'échelle du SOCRATES et l'ASI. Ce dernier outil est utilisé ici dans une version « allégée », à savoir qu'un certain nombre de questions ne sont plus posées dans la mesure où il n'y a pas de changement, comme par exemple la consommation à vie.

Au moment de la sortie, la situation des usagers devrait également être réévaluée. Malheureusement, des informations sur la situation des usagers au moment de la sortie ne sont pas disponibles dans la période sous revue, c'est-à-dire entre le 01.10.2010 et le 31.12.2012, un formulaire ayant été mis sur pied trop tard pour pouvoir être saisi et analysé ici.

## 1.3 Méthode

Nous avons saisi les dossiers d'évaluation, pour lesquels les usagers ont donné leur consentement éclairé, pour la période s'étendant du 1er octobre 2010 au 31 décembre 2012, ainsi que, lorsqu'ils étaient disponibles, les dossiers de réévaluation correspondants. Ces dossiers, reçus après anonymisation par la cheffe de projet, ont été saisis au moyen du logiciel EPIDATA.

Tant pour l'évaluation que pour la réévaluation, l'analyse des données a porté sur :

- Le formulaire d'indication des usagers du dispositif qui informe, entre autres, sur les données sociodémographiques de l'utilisateur, son réseau de soin, son projet et, logiquement, l'établissement final retenu ;
- les deux instruments utilisés pour mesurer la sévérité de l'addiction, à savoir l'ASI (dans une version moins contraignante pour les réévaluations) et l'échelle de motivation au changement SOCRATES.

Des analyses descriptives sur l'ensemble des données ont été effectuées. Mentionnons que la construction des bases de données s'est révélée être problématique. Le Tableau 1 montre l'évolution du nombre de personnes servant de base pour les analyses en fonction des différentes étapes du processus.

**Tableau 1** Nombre (et %) d'observations en fonction des différentes étapes du dispositif

	Nombre (%) d'observations	Source
Nombre de personnes évaluées	235 (100.0)	Dossiers d'évaluation
Nombre de personnes évaluées avec ESE indiqué	215 (91.5)	Dossiers d'évaluation
Nombre de personnes évaluées entrée en ESE	187 (87.0)	Rel'ier
Nombre de personnes évaluées sorties de l'ESE	127 (67.9)	Rel'ier/dossiers d'évaluation
Nombre de personnes évaluées ayant été réévaluées au moins une fois	112 (88.2)	Dossiers d'évaluation / réévaluation
Nombre de personnes ayant une évaluation, avec réévaluation correspondante (pour comparaison)	93 (83.0)	Dossiers d'évaluation / de réévaluation / Rel'ier
Nombre de personnes réévaluées et sorties de l'ESE	78 (83.9)	Rel'ier/dossiers de réévaluation

Au cours de la période d'analyse, le formulaire d'indication utilisé dans les différentes phases du dispositif a été modifié, si bien qu'il a fallu faire une grille de correspondance <sup>e</sup> (cf. Tableau 10 en Annexes). Comme le montre ce tableau, certaines questions ont été soit modifiées, soit supprimées. Par exemple, la question de l'évaluation de l'indication par l'équipe du DCIST est difficile à mesurer. En effet, les différents formulaires d'indication ont non seulement des échelles différentes pour mesurer cette question, mais la question en elle-même est différente. Dans la première version, il s'agit simplement d'évaluer l'indication ("Evaluation de l'indication") entre 0 (pas du tout satisfait) et 6 (très satisfait), alors que dans la seconde version, la question est plus précise ("Dans quelle mesure la décision d'indication est-elle en accord avec les attentes exposées par l'utilisateur?") et l'échelle plus large (de 0 : pas du tout à 9 : tout à fait). De plus, l'évaluation de l'indication par l'utilisateur n'est plus demandée dans la seconde version. Néanmoins, la moyenne de cotation par l'évaluateur est de 5.5/6 en ce qui concerne l'ancien formulaire d'indication et 8.7/9 pour le nouveau, ce qui tend à montrer que les situations de personnes passant par le processus sont évaluées comme nécessitant une prise en charge en ESE.

Pour pouvoir calculer les durées des différentes phases du processus, nous avons « forcé » les dates manquantes. Ainsi, nous avons considéré que les dates d'indication manquantes correspondaient aux dates de passation, plus un jour et, si des dates d'indication étaient encore manquantes, nous les avons remplacées avec les dates de demande incrémentées d'un jour.

Ce rapport est structuré de la façon suivante. Le chapitre 2 fournit des informations sociodémographiques, de consommation et sur les ESE indiqués sur la base d'analyses du formulaire d'indication au moment de l'évaluation. Dans le chapitre 3, les mêmes analyses sont faites sur la base des données des formulaires d'indication au moment de la réévaluation et tente une comparaison de la situation des usagers entre l'évaluation et la réévaluation. La temporalité

<sup>e</sup> Pour éviter d'augmenter encore les risques au moment de la fusion des différentes bases de données, il n'y a pas eu de création d'un nouveau masque de saisie pour le nouveau formulaire d'indication, mais plutôt une adaptation.

du processus est analysée dans le chapitre 4 et l'évolution des scores des différents outils que sont l'ASI et le SOCRATES au chapitre 5. Pour terminer ce rapport, les conclusions et recommandations s'appuient en partie sur le fait que l'IUMSP était invité et présent aux différentes plateformes DCIST.



# 2

## Situation de l'utilisateur au moment de l'évaluation





## 2 Situation de l'utilisateur au moment de l'évaluation

La période d'analyse couvre la période s'étendant du 1er octobre 2010 au 31 décembre 2012 et concerne 264 dossiers d'utilisateurs ayant accepté le monitoring, ce qui représente 84.6% de l'ensemble des dossiers d'utilisateurs indiqués à l'aide de ce dispositif (cf. Tableau 2).

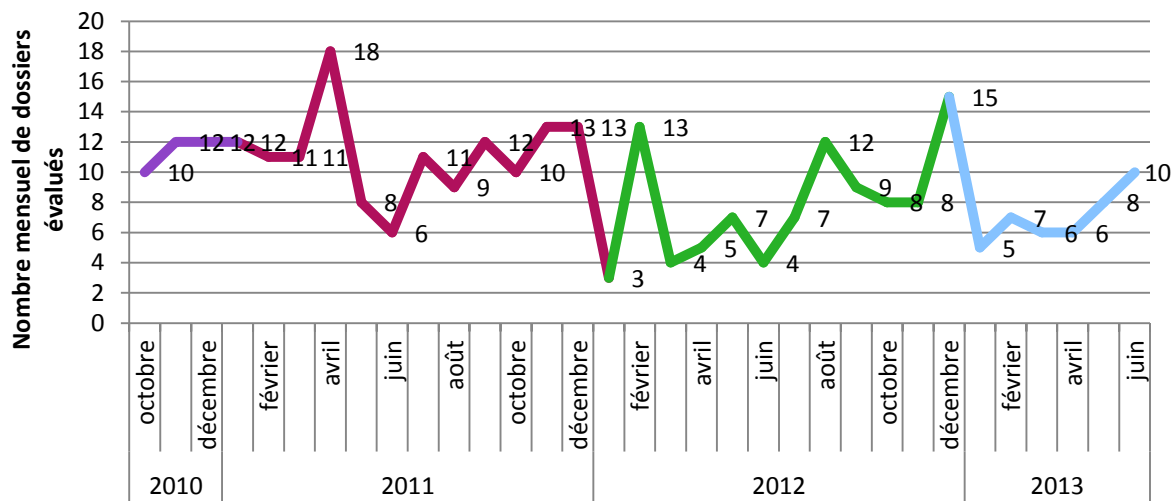
La base de données comporte 238 utilisateurs, chacun pouvant avoir plusieurs indications successives. Plus précisément, à fin 2012, sur ce total de 264 dossiers d'indication transmis par la cheffe du projet, 235 dossiers correspondent à des dossiers de première indication (89.4% du total des dossiers d'indications), 17 à des dossiers de deuxième indication, 10 à des dossiers de troisième indication et même un dossier de quatrième indication. Pour faciliter les comparaisons ultérieures, nous concentrons nos analyses sur les 235 dossiers de première indication.

**Tableau 2** Nombre et proportion de dossiers DCIST, d'octobre 2010 à décembre 2012

Dossiers	Nombre de dossiers	%
Ayant accepté le monitoring	264	84.6
Ayant refusé le monitoring	48	15.4
Total	312	100.0

La Figure 1 montre l'évolution mensuelle du nombre de dossiers traités entre octobre 2010 et juin 2013, ce qui correspond à la base de données. La cheffe de projet nous a également remis le nombre de dossiers par mois pour les 6 premiers mois de 2013. La moyenne mensuelle des dossiers traités est de 11.3 dossiers sur le dernier trimestre de 2010 et de 11.2 pour l'année 2011. Elle baisse à 7.9 dossiers en 2012 et est de 7 dossiers pour le premier trimestre de 2013. On constate donc une tendance générale à la baisse du nombre de dossiers traités depuis l'introduction du dispositif, même si des périodes de plus grande activité s'observent, notamment l'augmentation du nombre de dossiers d'indication évalués entre juillet 2012 et décembre 2012.

**Figure 1** Evolution du nombre mensuel d'évaluations, par année (d'octobre 2010 à juin 2013), (n=305)



### 2.1.1 Les données sociodémographiques, à l'évaluation

Le Tableau 3 résume les données sociodémographiques des personnes indiquées. Les personnes entrant dans le dispositif sont aux trois quart de sexe masculin (74.1%) contre un quart de sexe féminin (25.9%). Les hommes sont légèrement plus âgés que les femmes, avec une moyenne d'âge de 33.2 ans contre 31.2 ans pour ces dernières. Sur les 223 personnes ayant mentionné leur(s) origine(s), 153 (68.6%) indiquent la Suisse comme pays d'origine <sup>f</sup>.

Quatre personnes sur cinq se déclarent célibataires au moment de l'évaluation (79.2%). Environ trois quart des personnes sont sans mesures tutélaires (77.8%) et plus d'une personne sur sept mentionne être placée sous tutelle (définition selon l'ancienne loi)(13.3%).

Environ deux tiers des personnes disposent du revenu d'insertion comme source principale de revenu (64.0%). Un quart des personnes mentionne une rente AI comme source de revenu (25.3%) et une personne sur sept reçoit un salaire (13.6%).

Un quart des personnes déclare loger chez des proches (25.0%). Il faut mentionner que 31.0% des personnes indiquent un logement de secours ou la rue comme solution de logement <sup>g</sup> et un tiers

<sup>f</sup> Y compris les binationaux.

<sup>g</sup> En raison des changements dans la formulation des questions des formulaires d'indication, nous avons pris le parti de nous appuyer sur les documents initiaux pour que des comparaisons soient possibles entre les différentes phases du processus. De ce fait, nous ne pouvons pas séparer le type de logement entre logement de secours et SDF.

des personnes mentionne leur logement propre comme solution de logement (33.8%). Une personne sur 10 indique un établissement socio-éducatif comme domicile (9.8%)<sup>h</sup>.

Sept personnes sur dix (70.3%) indiquent avoir déjà été traitées. Sur l'ensemble de ces personnes ayant eu un traitement antérieur, 41.1% d'entre eux ont déjà eu au moins deux traitements.

La question portant sur le type de traitement antérieur effectué, à savoir ambulatoire ou résidentiel, est moins bien documentée, en raison d'un changement de formulation de la question lors de la modification du formulaire d'indication. Néanmoins, un tiers des dossiers mentionne les traitements de substitution antérieurs, aussi bien ambulatoire (33.7%) que résidentiel (32.2%). En ce qui concerne les dossiers pour lesquels un ou des traitements ambulatoires ont été évoqués, un tiers des dossiers (33.7%) concerne des personnes qui n'ont jamais eu de traitement ambulatoire antérieur et 6 personnes sur 10 (56.2%) ont déjà suivi 1 ou 2 traitements de substitution ambulatoires. Un dossier sur 10 correspond à des personnes ayant suivi plus de 2 traitements ambulatoires.

Sur le tiers des dossiers mentionnant les traitements résidentiels de substitution, plus de la moitié (54.1%) concerne des personnes n'ayant jamais suivi ce type de traitement et un tiers des dossiers (31.8%) correspond à des personnes ayant suivi un ou deux traitements de substitution dans une structure résidentielle. Un dossier sur 7 est un dossier de personne ayant suivi plus de 2 traitements substitution en résidentiel. Sur l'ensemble des dossiers mentionnant aucun traitement de substitution ambulatoires (46), 8 dossiers sur 10 (82.6%) correspondent à des personnes ayant eu 0 ou 1 traitement de substitution en résidentiel et l'inverse est vrai pour les ¼ des dossiers.

**Tableau 3** Données sociodémographiques des usagers ayant accepté le monitoring, au moment de la première indication

	n=235	Répondants (%)
<b>Sexe</b>		
Hommes	169	74.1
Femmes	59	25.9
<b>Age moyen</b>		
Hommes	32.7 (18-57)	
Femmes	31.2 (18-51)	
<b>Etat civil</b>		
Célibataire	179	79.2
Marié	9	4.0
Séparé	12	5.3
Divorcé	22	9.7
Veuf	4	1.8

<sup>h</sup> Les personnes qui indiquent un logement en ESE sont celles qui ont été évaluées alors qu'elles étaient déjà en ESE

	n=235	Répondants (%)
<b>Pays d'origine</b>		
Suisse*	153	68.6
Autre	70	31.4
<b>Mesures tutélaires</b>		
Sans	175	77.8
Tutelle	30	13.3
Curatelle	13	5.8
En cours****	7	3.1
<b>Type de logement</b>		
Logement propre	73	33.8
Logement chez des proches	54	25.0
Logement de secours – SDF	67	31.0
Etablissement socio-éducatif	20	9.3
Autre	2	0.9
<b>Situation financière**</b>		
Revenu d'insertion	121	64.0
Rente AI	41	25.3
Salaire	22	13.6
Chômage	12	7.7
Autre	27	16.4
<b>Traitements antérieurs de substitution en ambulatoire (n=89)***</b>		
Aucun	30	33.7
Un ou deux	50	56.2
Plus de deux	9	10.1
<b>Traitements antérieurs de substitution en résidentiel (n=85)***</b>		
Aucun	46	54.1
Un ou deux	27	31.8
Plus de deux	12	14.1

\* Comprend les binationaux

\*\* Plusieurs réponses possibles.

\*\*\* Comme la situation peut évoluer entre les différentes évaluations, les analyses sont ici faites sur le nombre de dossiers et non sur le nombre de personnes

\*\*\*\* Il s'agit là de demandes de tutelle/curatelle en cours de traitement

### 2.1.2 Données de santé et de consommation de l'utilisateur au moment de l'évaluation

Le Tableau 4 renseigne sur les données de consommation et de santé des usagers au moment de l'évaluation telles qu'elles ressortent de l'ASI.

De manière générale, six dossiers sur 10 (60.1%) se rapportent à des personnes s'étant déjà injectées de la drogue. Sur l'ensemble des dossiers, 86.0% d'entre eux concernent des personnes ayant déjà consommé de l'héroïne et, parmi ces dossiers, 42.6% concernent des personnes se

l'étant injectée au moins une fois au cours de la vie. De plus, dans le cas de l'héroïne, six dossiers sur dix (60.3%) sont le fait de personnes ayant consommé ce produit au moins une fois au cours du mois précédant l'évaluation.

Parmi l'ensemble des dossiers pour lesquels les consommations sont remplies, 95.9% d'entre eux mentionnent une consommation de cocaïne. La proportion de personnes ayant consommé de la cocaïne au cours du mois précédant l'évaluation (64.4%) est légèrement supérieure à celle de personnes consommant de l'héroïne (60.3%) au cours des 30 derniers jours, de même pour la prévalence d'injecteurs à vie (48.8% vs 42.6%).

La consommation à vie de cannabis et d'alcool se situe plus ou moins dans les mêmes proportions que la consommation de cocaïne avec respectivement 93.8% et 93.4% des dossiers mentionnant une consommation de ces produits. Parmi les dossiers complétés pour ces deux produits, la consommation d'alcool dans le mois précédant l'évaluation (61.4%) est supérieure à celle de cannabis (57.6%).

Sur les 241 dossiers pour lesquels la question sur les douleurs chroniques est complétée, un peu moins de la moitié (45.6%) correspond à des personnes souffrant de problèmes chroniques de santé physique. Dans moins d'un ¼ des dossiers (23.5%), l'utilisateur prend des médicaments prescrits pour ce type de problème.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, le Tableau 4 montre que plus de quatre dossiers d'évaluation sur cinq mentionnent que l'utilisateur a, au cours de sa vie, été testé pour l'hépatite B (82.8%) et l'hépatite C (84.1%). Cette proportion est plus importante dans le cas du VIH, puisque plus de 9 dossiers sur 10 (92.6%) concernent des personnes testées. Les résultats se sont avérés positifs dans 6.2% des dossiers pour lesquels un test a été effectué en ce qui concerne l'hépatite B et dans un dossier sur 10 dans le cas du VIH. De plus, il convient de noter que 56.0% des dossiers correspondent à des personnes vaccinées contre l'hépatite B et que les deux tiers des personnes pour lesquels le test VIH est positif sont sous traitement antirétroviral.

Par contre, 4 dossiers sur 10 mentionnent un test positif pour l'hépatite C (42.2%) et, parmi ces dossiers, 9.5% portent mention d'un traitement à l'Interféron passé ou en cours.

**Tableau 4** Données de consommation et de santé, au moment de l'évaluation

	Nombre de dossiers*	Répondants (%)
<b>Héroïne (n=242)</b>		
Consommation à vie	208	86.0
Consommation au cours des 30 derniers jours	111	60.3
Injection à vie	81	42.6
<b>Cocaïne (n=242)</b>		
Consommation à vie	232	95.9
Consommation au cours des 30 derniers jours	134	64.4
Injection à vie	101	48.8
<b>Cannabis (n=242)</b>		
Consommation à vie	227	93.8
Consommation au cours des 30 derniers jours	117	57.6
<b>Alcool (n=241)</b>		
Consommation à vie	225	93.4
Consommation au cours des 30 derniers jours	130	61.4
<b>VIH (n=243)</b>		
Test	225	92.6
Test+	21	9.4
Traitements anti-rétroviraux	14	66.7
<b>Hépatite B (n=238)</b>		
Test	197	82.8
Test+	12	6.2
Vaccination	122	56.0
<b>Hépatite C (n=239)</b>		
Test	201	84.1
Test+	84	42.2
Interféron	8	9.5

\* Comme la situation peut théoriquement évoluer d'une évaluation à l'autre, les tests sont effectués pour les dossiers et non les personnes

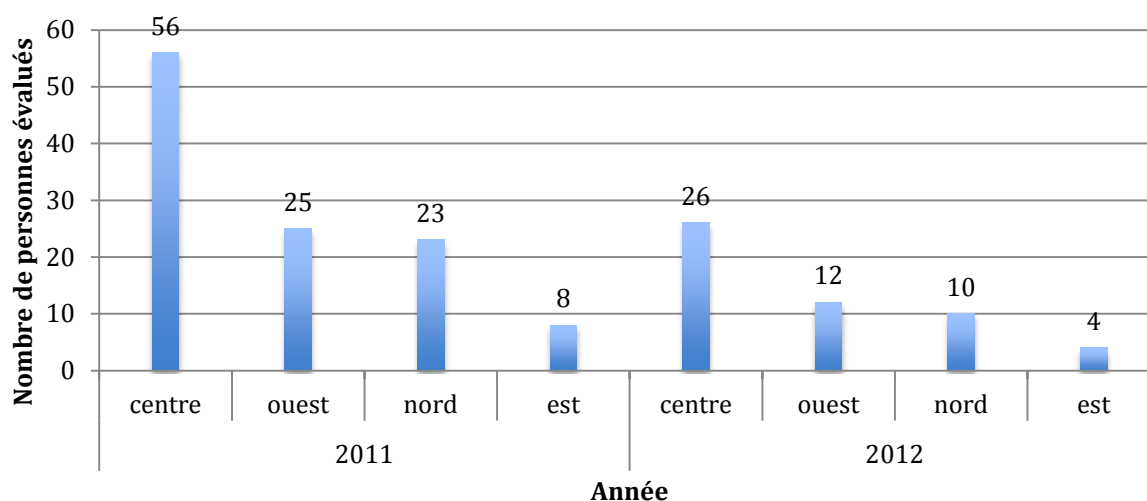
### 2.1.3 Nombre de personnes évaluées par centre d'évaluation

Le Tableau 5 donne la répartition par région d'indication des personnes évaluées ayant accepté le monitoring et pour lesquelles le centre était mentionné. On constate que la moitié des personnes est évaluée dans la région "Centre" et 1 personne sur 15 dans la région « Est ».

La Figure 2 présente la répartition des personnes évaluées, pour lesquelles le centre d'indication était mentionné, par centre d'indication et par année. On observe que, tant en 2011 qu'en 2012, le centre d'indication de la région « Centre » a réalisé la moitié des évaluations. Cette figure montre également que le nombre de dossiers traités a diminué entre 2011 et 2012. De plus, sur les 235 personnes ayant accepté le monitoring, le centre d'indication n'est pas mentionné pour 10 d'entre elles (4.3%).

**Tableau 5** Nombre de personnes évaluées, par région d'indication

	Nombre de personnes	%
DCIST centre	109	49.1
DCIST est	17	7.7
DCIST nord	46	20.7
DCIST ouest	50	22.5
Total	222	100.0

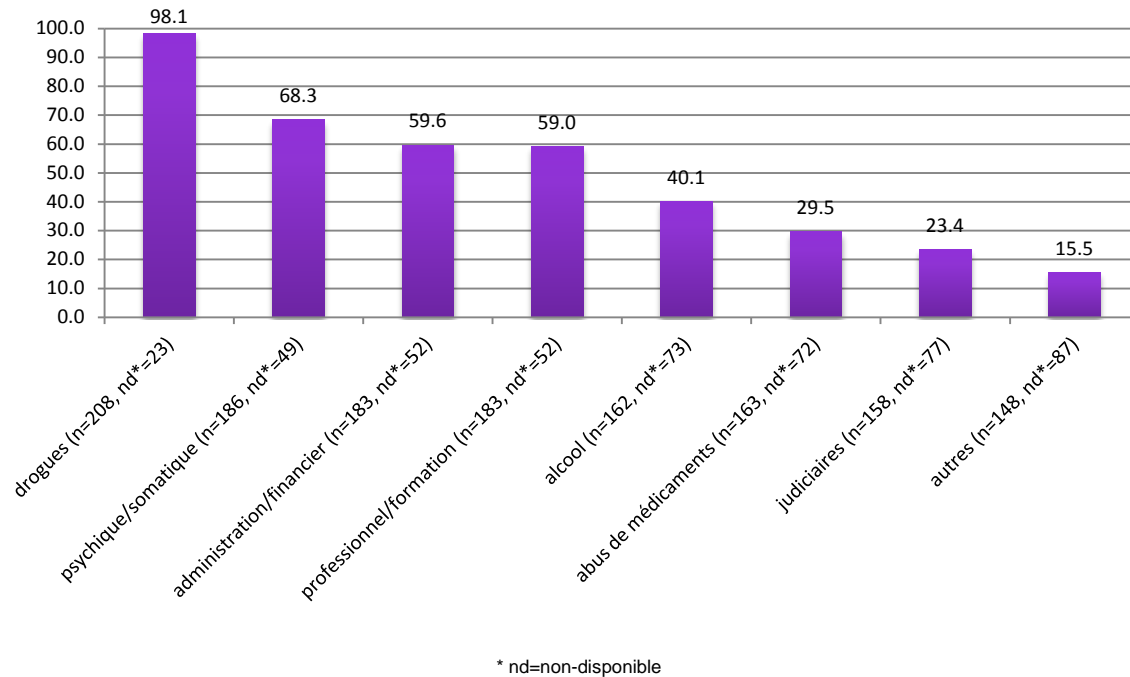
**Figure 2** Nombre de personnes évaluées, par région d'indication et par année, 2011-2012, n=164

### 2.1.4 Problèmes motivant les demandes d'aide

Sur la Figure 3, les demandes et besoins d'aide principaux constitutifs de l'indication sont classés par ordre décroissant. Les demandes et besoin d'aide pour des problèmes de drogues sont les plus importants et concernent 98.1% des personnes ayant accepté le monitoring. Suivent les problèmes psychiques et somatiques qui concernent 68.3% des personnes, ainsi que les problèmes administratifs et financiers et les problèmes professionnels et de formation touchant six personnes indiquées sur dix (59.6% resp. 59.0%) ; 40.1% des personnes mentionnent un

problème d'alcool, 29.5% un problème d'abus de médicaments et 23.4% des problèmes judiciaires <sup>i</sup>.

**Figure 3 Problèmes motivant la demande d'aide au moment de l'évaluation (en %, plusieurs réponses possibles), n=235**



Pour 39.2% des personnes, l'indication s'inscrit dans un contexte de crise et/ou d'urgence et c'est partiellement vrai pour 36.5% des personnes. Les raisons principales <sup>j</sup> sont une mise en danger de soi et/ou d'autrui pour 46.7% des personnes pour lesquels cette question a été complétée; une situation de crise familiale et/ou avec l'entourage pour 41.5% des personnes; l'absence de logement comme contexte de crise et/ou d'urgence est valable pour 27.1% des personnes et une sortie de l'hôpital débouchant sur une crise pour 26.9% des personnes.

Les prestations de l'établissement sont déterminantes de l'indication pour les 4/5 des personnes (82.1%), la principale prestation étant le programme socio-éducatif/thérapeutique de la dépendance de l'institution (90.1%). Le choix de l'établissement socio-éducatif résulte également de la situation géographique de l'utilisateur pour 30.5% d'entre eux <sup>k</sup>. La principale raison invoquée pour ce choix est l'éloignement (73.8% des personnes).

<sup>i</sup> Ces données ne comprennent pas les personnes en détention.

<sup>j</sup> Nous nous basons sur les réponses « Vrai » et « Partiellement vrai » à la question de la crise et on utilise seulement la réponse « Vrai » pour les raisons du choix effectué.

<sup>k</sup> C'est partiellement le cas pour 18.1% des personnes



### 2.1.5 Établissements indiqués

Le Tableau 6 montre qu'un peu moins du tiers des personnes est indiqué à Bartimée (29.8%) et dans la même proportion à la Fondation du Levant (31.1%). Une personne sur neuf est indiquée aux Oliviers (11.9%) et 6% des personnes sont indiquées au Relais. De plus, sur les 235 personnes ayant accepté le monitoring, l'établissement socio-éducatif indiqué n'est pas mentionné pour 20 d'entre elles (8.5%).

**Tableau 6** Nombre et proportion de personnes indiquées, par établissement socio-éducatif

	Nombre de places*	Nombre de personnes indiquées	% de personnes indiquées
Bartimée	24	70	29.8
Le Levant	39	73	31.1
Le Relais	14	14	6.0
Les Oliviers	83	28	11.9
Hors VD**	Na	12	5.1
Aucun/autres***	60	18	7.7
Non mentionné	Na	20	8.5
<b>Total</b>		<b>235</b>	<b>100.0</b>

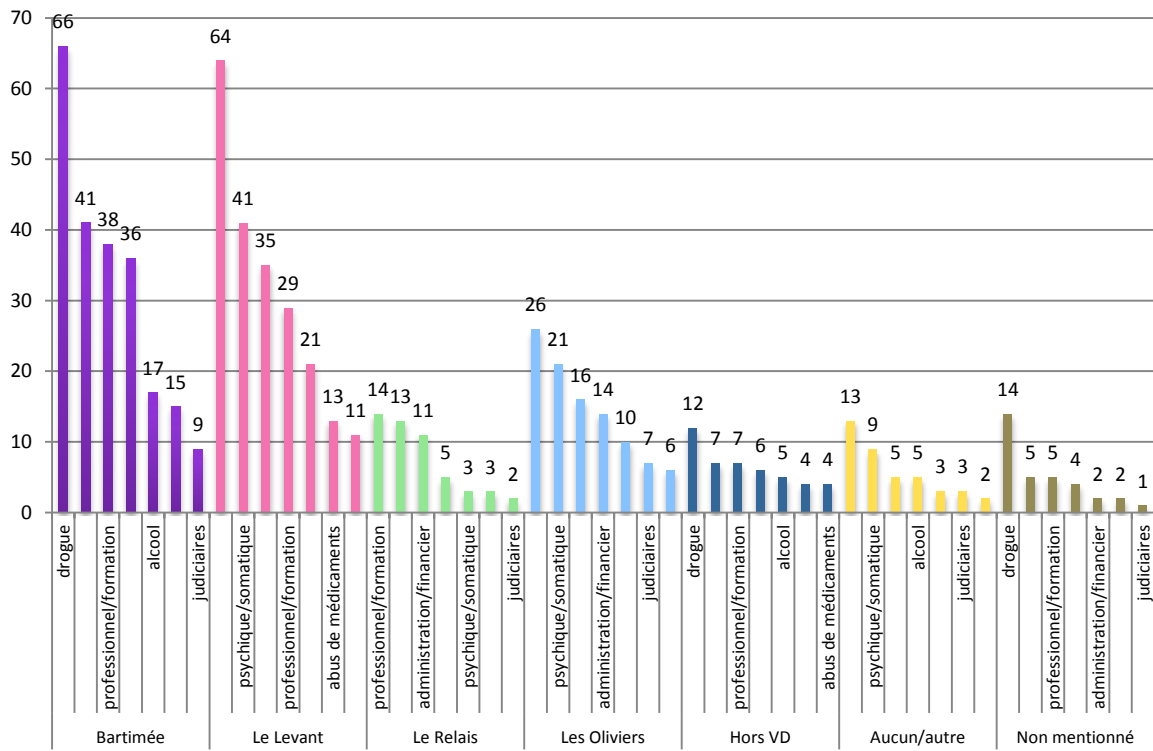
Données fournies par le SPAS

\*\* Foyer André, Villa Flora, Rives du Rhône, Le Radeau

\*\*\* Pas indiqué (2), non mentionné (20), ambulatoire (2), Estérelles (2), Evita (1), Aucun (1), Croisée de Joux (6), EPI (3)

La Figure 4 présente le nombre de personnes évaluées par établissement socio-éducatif indiqué, en fonction des demandes et besoins d'aide principaux constitutifs de l'indication. Sans surprise, les problèmes de drogues sont le principal problème pour lequel une personne est indiquée dans les ESE, à l'exception du Relais où la principale demande motivant l'indication concerne les problèmes professionnels/de formation. Sinon, l'ordre d'importance des problèmes établis à la Figure 3 reste peu ou prou le même au sein des différents établissements.

**Figure 4** Type de problèmes motivant la demande d'aide en fonction de l'établissement indiqué, au moment de l'indication, n=235



# 3

## Situation de l'utilisateur au moment de la réévaluation



## 3 Situation de l'utilisateur au moment de la réévaluation

Une fois la personne toxicodépendante indiquée dans un ESE, la pertinence de son indication doit être réévaluée au moins une fois durant son séjour, au plus tard 6 mois après l'entrée en traitement. Les mêmes outils qu'au moment de l'évaluation sont utilisés, à savoir le SOCRATES et l'ASI, mais ce dernier dans une version allégée.

Outre la pertinence de l'indication, les buts de cette réévaluation étaient d'identifier les besoins de soutien encore nécessaires de la personne, soit en cours soit au terme de son séjour et d'essayer d'envisager le futur de la personne. Il s'agissait également de valider la pertinence de poursuivre en ESE et ainsi de déposer une demande de renouvellement de garantie au SPAS. L'évaluation de la phase pilote de l'introduction du dispositif mentionnait un peu de « flottement » autour de cette étape<sup>1</sup>, car le processus de réévaluation était en cours de test. De ce fait, peu de réévaluations étaient planifiées.

Ce chapitre devrait permettre de mettre en lumière les pratiques autour de cette phase de réévaluation dans la période sous revue.

Sur les 264 dossiers d'indication reçus entre octobre 2010 et décembre 2012, 176 dossiers ont été réévalués, ce qui correspond à 112 personnes. Sur ces 176 dossiers réévalués, 94 sont des dossiers de première réévaluation, 51 concernent des dossiers de deuxième réévaluation, 24 des dossiers de troisième réévaluation. Certaines personnes ont été réévaluées plus de trois fois. En effet, la base de données comporte encore 4 dossiers de quatrième réévaluation et 3 de cinquième réévaluation.

Pour que des comparaisons soient possibles, nous avons construit la base de données en gardant les personnes pour lesquelles un dossier de première évaluation et un dossier de première réévaluation étaient disponibles. Ainsi, la base de données se compose de 93 personnes.

### 3.1 Les données sociodémographiques à la réévaluation

Le Tableau 7 offre un résumé des données sociodémographiques des usagers au moment de la réévaluation<sup>1</sup>.

Sur un total de 93 personnes, au moment de la réévaluation, quatre usagers sur cinq (79.3%) restent sans mesure tutélaire et seule une personne sur huit a un tuteur (12.1%). De manière générale, les usagers ne perçoivent ni salaire (92.1% des cas), ni indemnités chômage (100.0%). Les deux sources principales de revenu sont les rentes AI pour 23.7% des personnes et le revenu d'insertion pour six personnes sur dix (60.5%).

<sup>1</sup> En raison du faible nombre d'observations, les résultats mentionnés ici sont à prendre avec précaution.

Le type de logement est rempli pour 29 personnes sur les 93 (31.2%). Trois personnes sont encore en établissement socio éducatif au moment de la réévaluation (10.3%) et huit personnes ont leur domicile propre (27.6%). Parmi les personnes dont la situation a été réévaluée et pour lesquelles le type de logement est mentionné, douze (41.4%) sont soit SDF, soit ont un logement de secours.

## 3.2 Nombre de personnes réévaluées par centres d'évaluation

Le Tableau 8 indique la répartition des personnes réévaluées par instance d'indication. Pour les 93 personnes de la base de données utilisées pour les comparaisons, le centre d'indication au moment de la réévaluation n'est pas mentionné pour 27 personnes (29.0%). Ce tableau ne prend en compte que les dossiers pour lesquels cette information est disponible. L'instance d'indication la plus sollicitée à l'indication est celle de la région « Centre » (cf. Tableau 5) et celle de la région Ouest au moment de la réévaluation. Cette évolution peut s'expliquer par le fait que les centres d'indication des régions périphériques ont proportionnellement plus de personnes suivies hors DCIST et, donc, les ont plus facilement à disposition pour des réévaluations. Il se peut également que le personnel de la région Ouest assure un suivi plus serré des dossiers dans l'application des directives. Aucune réévaluation n'a été menée dans la région « Est ».

**Tableau 7** Données sociodémographiques des usagers indiqués, au moment de la réévaluation

	N=93	(%)
<b>Sexe (n=92*)</b>		
Hommes	67	72.8
Femmes	25	27.1
<b>Age moyen (n=93*)</b>	32.4 (18-53)	
Hommes	33.0 (19-53)	
Femmes	30.9 (18-51)	
<b>Etat civil (n=92*)</b>		
Célibataire	72	78.3
Marié	2	2.2
Séparé	5	5.4
Divorcé	11	12.0
Veuf	2	2.2
<b>Pays d'origine (n=91*)</b>		
Suisse**	63	69.2
Autre	28	30.8
<b>Mesures tutélaires (n=57*)</b>		
Sans	46	79.3
Tutelle	7	12.1

	N=93	(%)
Curatelle	4	6.9
En cours	1	1.7
<b>Type de logement (n=29*)</b>		
Logement propre	8	27.6
Logement chez des proches	5	17.2
Logement de secours – SDF	12	41.4
Etablissement socio-éducatif	3	10.3
Autre	1	3.5
<b>Situation financière (n=38*)</b>		
Revenu d'insertion	23	60.5
Rente AI	9	23.7
Salaire	3	7.9
Chômage	0	0.0
Autre	3	7.9

\* Ces nombres d'observations correspondent au nombre de personnes pour lesquelles les informations correspondantes sont mentionnées

\*\* Comprend les binationaux

**Tableau 8** Nombre de personnes réévaluées, par région d'indication

	Nombre de personnes	%
DCIST centre	20	30.3
DCIST est	15	22.7
DCIST nord	31	47.0
DCIST ouest	66	100.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30.3</b>

\*A noter que la base de données utilisée ici comprend 93 personnes. La région d'indication au moment de la réévaluation est mentionnée pour 66 personnes, soit 71%.

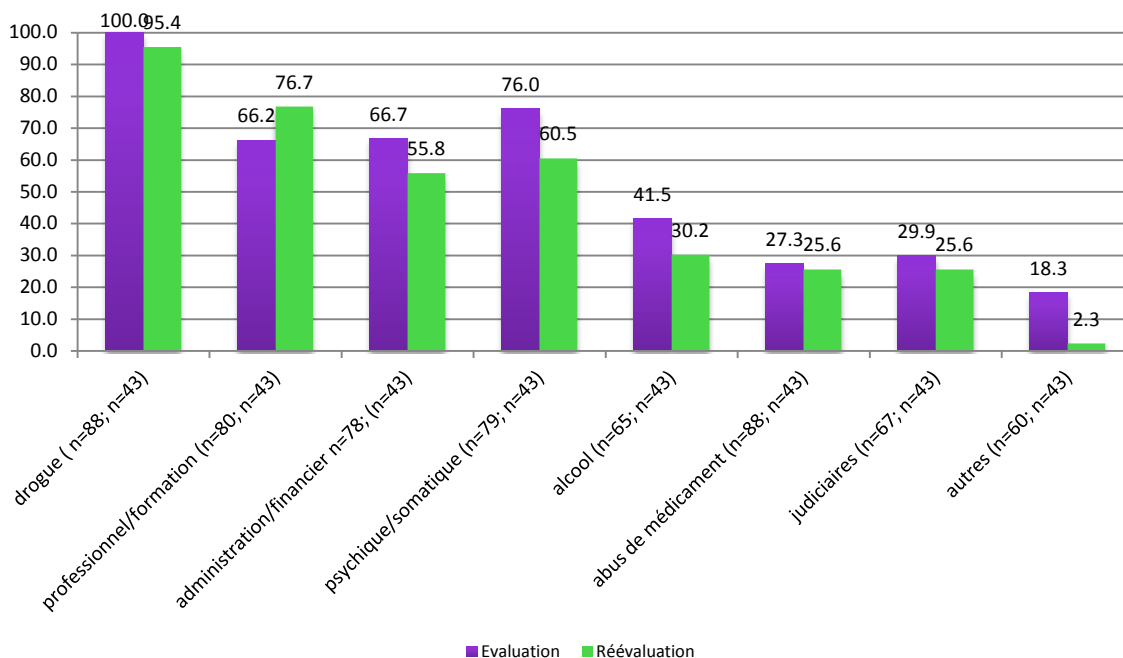
### 3.3 Problèmes motivant les demandes d'aide

Sur la base des formulaires d'indication d'évaluation et de réévaluation, la Figure 5 permet une comparaison de l'évolution des problèmes motivant une demande d'aide. Les n indiqués correspondent aux nombres de personnes pour lesquelles un dossier de première évaluation et un dossier de première réévaluation étaient disponibles, soit 93 personnes composant la base de données. La Figure 5 se lit de la manière suivante : sur l'ensemble des personnes composant la base de données (n=93), les problèmes de drogue(s) par exemple sont complétés pour 88 personnes au moment de l'évaluation et pour 43 personnes au moment de la réévaluation. Les proportions sont ensuite calculées sur le nombre de personnes pour lesquelles ces informations

sont disponibles, à savoir les problèmes de drogue motivent 100% des demandes d'aide au moment de l'évaluation (88 personnes sur 88) et 95.4% des demandes d'aide au moment de la réévaluation (41 personnes sur les 43 pour lesquelles cette information est disponible).

Les problèmes de drogues restent les plus souvent mentionnés et concernent 95.4% des personnes réévaluées. Au moment de la réévaluation, les problèmes liés à la sphère professionnelle/de formation ont tendance à devenir plus important. On peut supposer que les personnes, une fois traitées pour leurs problèmes de dépendance à la drogue, restent conscientes de cette dernière comme problème principal, mais qu'elles réévaluent l'importance des autres problèmes. De plus, la réévaluation a lieu assez près de la sortie, puisqu'en moyenne le temps entre l'entrée en institution et la première réévaluation est de 202.2 jours et la durée moyenne de séjour est de 195 jours (voir Section 4.2). On peut supposer une certaine appréhension ou une demande de réinsertion de la part des usagers. Ainsi, au moment de la réévaluation, les problèmes professionnels et de formation sont mentionnés dans 76.7% des dossiers comme un besoin/demande constitutif de l'indication. Suivent les problèmes psychiques et somatiques et les problèmes administratifs et financiers qui concernent environ 55.8% resp. 60.5% des personnes. L'alcool reste un problème mentionné dans 30.2% des personnes au moment de la réévaluation, 25.6% mentionnent un problème d'abus de médicaments et 25.6% des problèmes judiciaires.

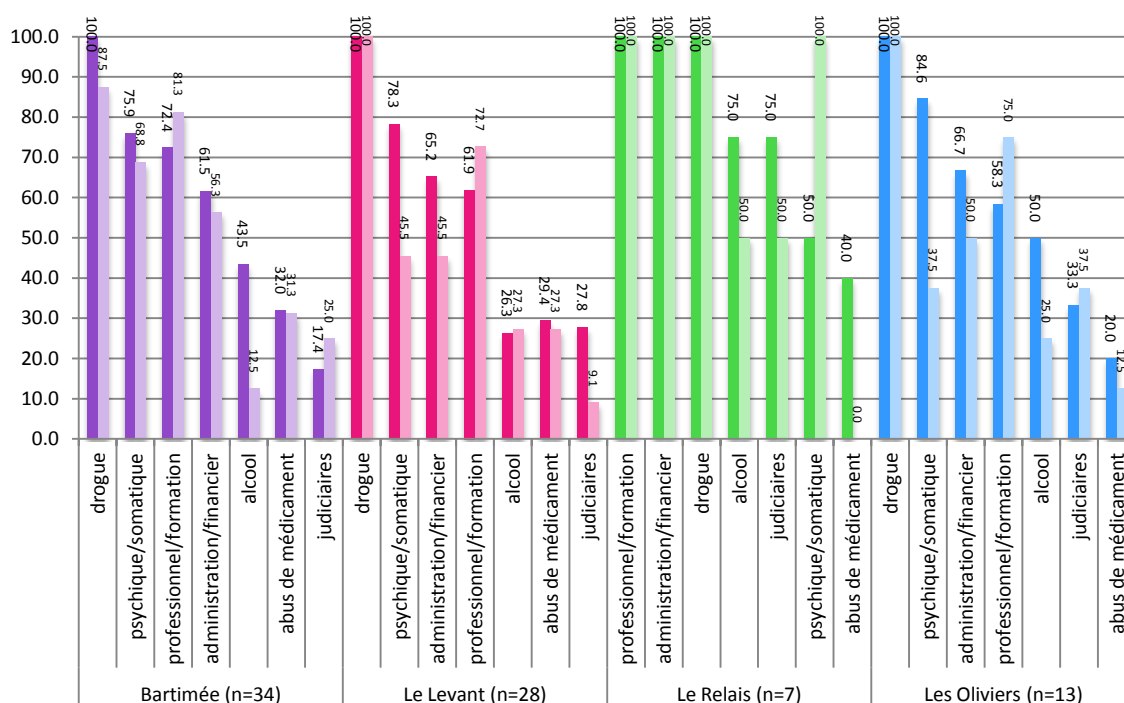
**Figure 5 Problèmes motivant la demande d'aide au moment de l'évaluation et de la réévaluation, sur la base du formulaire d'indication (en %, plusieurs réponses possibles)**





En raison d'un nombre d'observations plus petit, les éléments déterminant le choix de l'établissement socio-éducatif sont moins bien renseignés. Néanmoins, de manière générale, les problèmes professionnels et de formation, déjà importants au moment de l'évaluation, le restent au moment de la réévaluation, à l'exception de la Fondation le Relais ( Figure 6). Rappelons que les problèmes principaux motivant l'indication dans cette dernière fondation sont justement ceux professionnels et de formation (Figure 4). Il est donc logique que les personnes soient aussi prises en charge pour ces problèmes. Les résultats sont à prendre avec précaution en raison du faible nombre d'observations, dans le cas du Relais notamment.

**Figure 6** Type de problèmes motivant la demande d'aide en fonction des établissements socio-éducatifs <sup>m</sup>, comparaison entre l'évaluation (foncé) et la réévaluation (clair) sur la base du formulaire d'indication, n=93 <sup>n</sup>



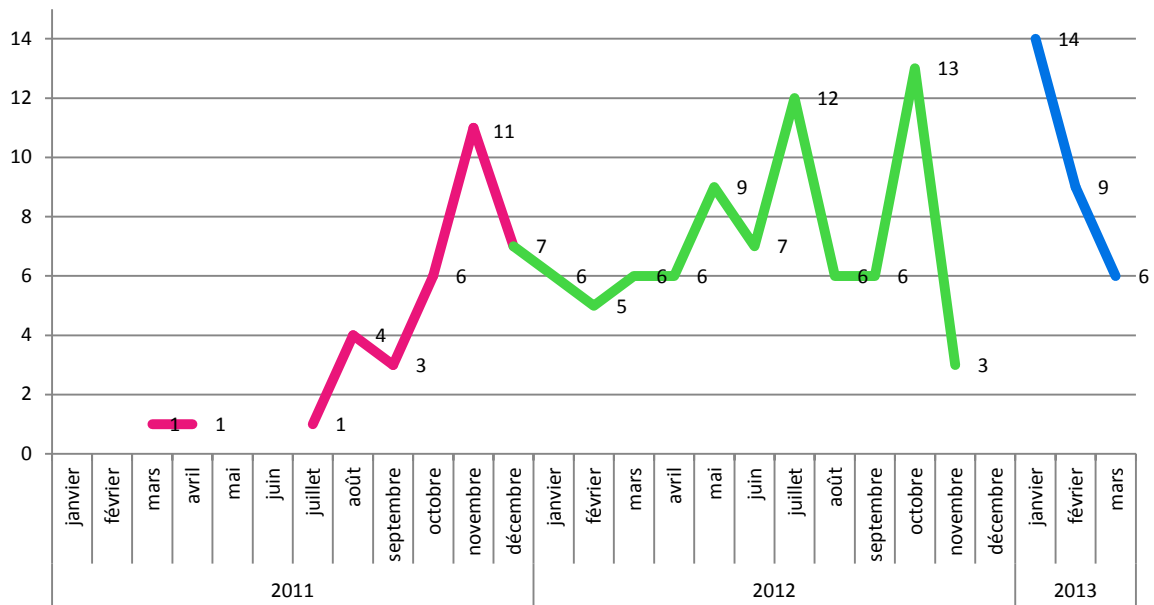
<sup>m</sup> Il faut mentionner ici que certains usagers ne sont pas réévalués dans la structure indiquée. Sur les 93 personnes composant la base de données pour lesquelles des comparaisons sont possibles, une personne indiquée à Bartimée est réévaluée au Levant et deux personnes indiquées au Levant sont réévaluées dans une autre structure (une aux Oliviers et l'autre à la Fondation du Relais). On peut supposer qu'il s'agit de réorientation. Il faut en effet garder en tête que l'ESE indiqué n'est qu'une indication et qu'il n'y a pas forcément une entrée.

<sup>n</sup> Les analyses sont effectuées sur la base de données complète (n=93), mais seuls les résultats des quatre principaux ESE sont présentés ici.

Pour la grande majorité des personnes, la réévaluation ne s'inscrit plus dans un contexte de crise. Les prestations fournies par l'ESE restent un élément déterminant pour près de 9 personnes sur 10 (88.4%). L'indication résultant de la situation géographique reste également un élément important pour 29.3% des personnes.

La Figure 7 présente l'évolution du nombre de réévaluations depuis l'introduction du dispositif, c'est-à-dire que la cheffe de projet nous a transmis tous les dossiers de réévaluation des personnes indiquées ayant accepté le monitoring, pour la période d'analyse courant d'octobre 2010 à décembre 2012. Sans surprise, on observe une augmentation du nombre de dossiers réévalués tout au long de la période d'observation, à l'exception du premier trimestre 2013 marqué par une diminution. On peut supposer que la chute du nombre de dossiers réévalués à fin 2012 est due, au moins en partie, à l'augmentation du nombre d'évaluations mené sur la même période.

**Figure 7** Évolution du nombre des réévaluations, janvier 2011 - mars 2013, n=142



# 4

# Temporalité du processus



## 4 Temporalité du processus

Dans cette partie sont analysées les différentes périodes du processus menant de l'évaluation à la fin de traitement, à savoir la sortie de l'ESE indiqué.

### 4.1 Durée moyenne entre l'évaluation et la réévaluation

Rappelons qu'en théorie une personne devrait être réévaluée au plus tard 6 mois après l'entrée en traitement. Nous avons pu retracer le parcours de 102 dossiers de personnes pour lesquelles la date d'entrée en ESE était disponible <sup>o</sup>. Ces parcours sont parfois incomplets: certains dossiers de réévaluation peuvent manquer.

La composition de cet échantillon est représentée dans le Tableau 9. Ce tableau montre que 83.0% des personnes ont été réévaluées une fois. Plus d'une personne indiquée sur sept (13.4%) a été réévaluée au moins deux fois et 3.6% au moins trois fois.

La Figure 8 présente les différentes durées entre les différentes évaluations et les réévaluations correspondantes <sup>p</sup>. On observe une différence d'environ 20 jours entre la durée s'écoulant de l'évaluation à la première réévaluation et celle allant de la première à la deuxième réévaluation. En d'autres termes, une deuxième réévaluation est réalisée plus rapidement que la première réévaluation.

En raison du faible nombre de dossiers, les durées moyennes entre les différentes évaluations/réévaluations présentées à la Figure 9 doivent être prises avec précaution. Au cours de notre période d'analyse, soit entre 2010 et 2012, on constate néanmoins une diminution du temps entre le moment de l'évaluation et celui de la première réévaluation. Cette durée passe de plus de 11 mois (344 jours) en 2010 à 6 mois (189.2 jours) en 2012. On peut supposer que la mise en place de « guidelines » plus strictes quant au moment de la réévaluation ont permis cette évolution. En 2012, la première réévaluation a lieu environ 6 mois après l'évaluation, ce qui revient à respecter le délai prévu lors de l'introduction du DCIST.

---

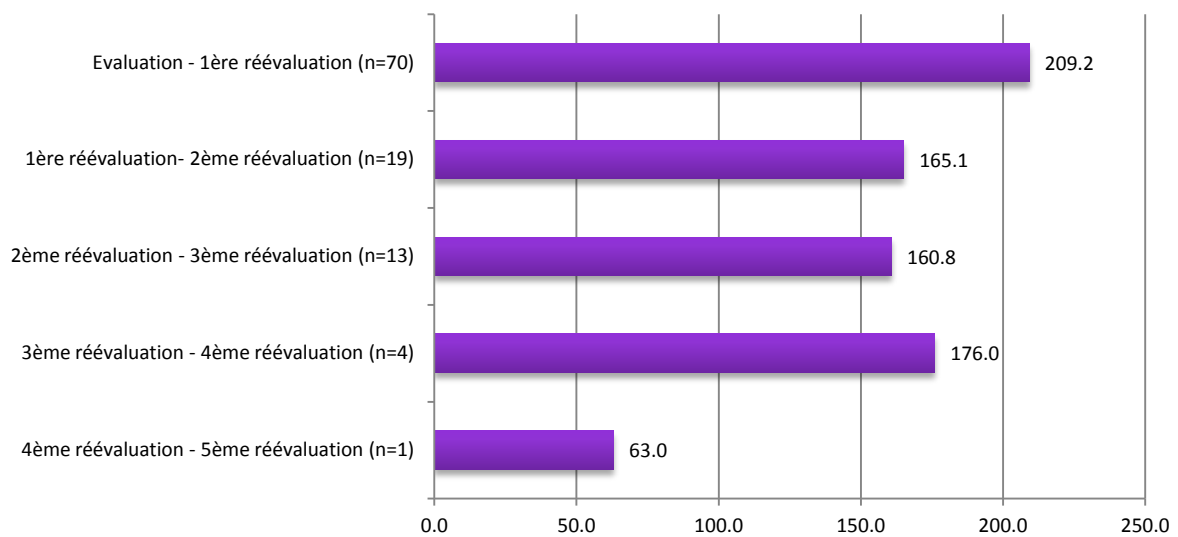
<sup>o</sup> Rappelons qu'une personne peut avoir plusieurs dossiers d'indication et que chaque dossier d'indication peut être réévalué plusieurs fois.

<sup>p</sup> On ne peut que supposer qu'il s'agit bien des réévaluations correspondantes. En effet, en raison d'un certain nombre de problèmes dans la mise en œuvre des réévaluations, il y a parfois eu des confusions entre les différents formulaires. Ainsi, des formulaires de réévaluations ont pu être utilisés pour des indications par exemple.

**Tableau 9** Nombre et % de personnes réévaluées (n=112)

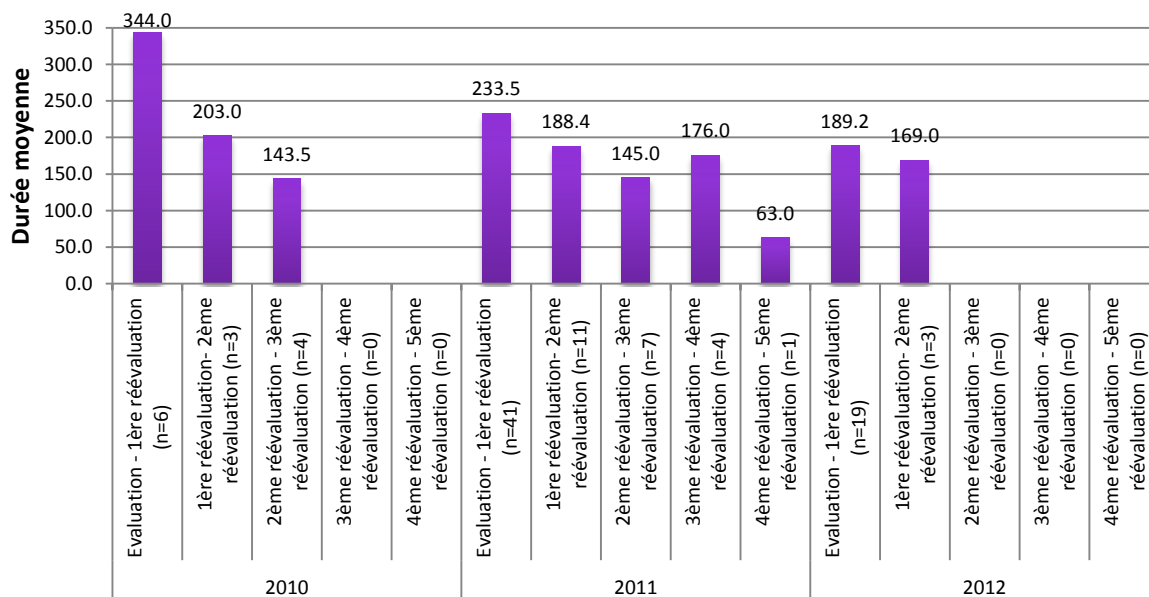
	Nombre de personnes réévaluées	% de personnes réévaluées
1ère réévaluation	93	83.0
2ème réévaluation	15	13.4
3ème réévaluation	4	3.6

**Figure 8** Durées moyennes entre les différentes phases du processus, 2010-2012, n=112<sup>q</sup>



<sup>q</sup> Les analyses sont effectuées seulement si les durées sont disponibles. Ainsi, par exemple, la durée entre l'indication et la première réévaluation n'est possible que pour 70 personnes sur les 112 que compte notre base de données.

**Figure 9 Evolution des durées moyennes entre les différentes phases du processus, 2010-2012**



## 4.2 Durées moyennes de séjour

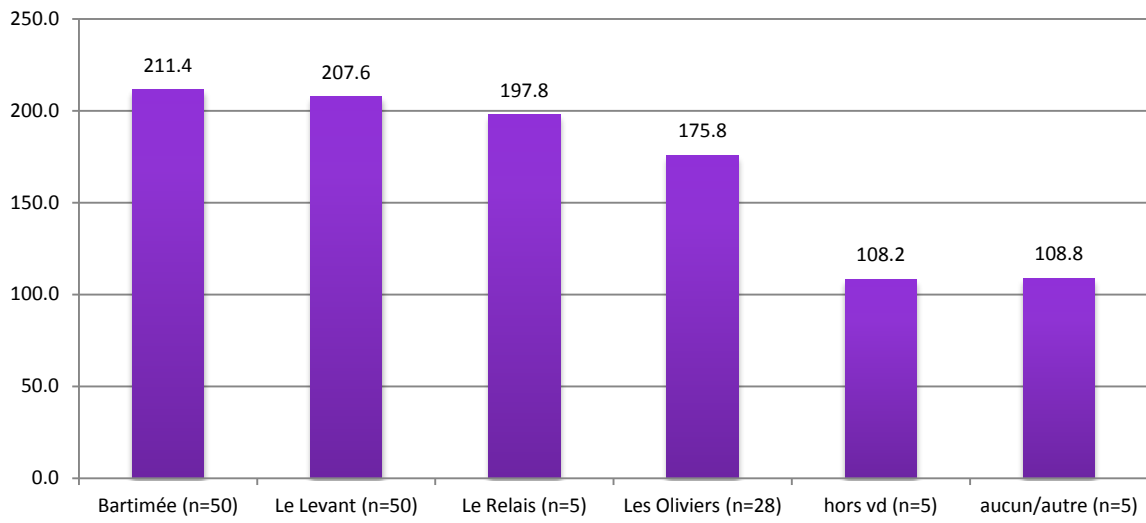
Rappelons que le processus d'indication se déroule en plusieurs phases. Dans un premiers temps, la personne voit sa situation évaluée. Suite à cette évaluation, la personne est indiquée vers un établissement socio-éducatif (ESE). Rappelons ici qu'une indication ne signifie pas forcément une entrée dans l'ESE indiqué. Après un certain temps en ESE, la personne voit sa situation réévaluée.

Sur les 264 dossiers d'indication, les dates d'entrée et de sortie sont mentionnées pour 145 d'entre eux<sup>r</sup>. Pour ces derniers, la durée moyenne de séjour globale est de 195 jours, avec un écart-type de plus/moins 15 jours. Un séjour en institution correspond donc à une durée moyenne de six mois et demi.

Comme le montre la Figure 10, la durée de séjour varie en fonction de l'établissement socio-éducatif indiqué. En raison d'un faible nombre d'observations pour certains ESE, les résultats de la Figure 10 sont à prendre avec précaution. Toutefois, les personnes entrées à Bartimée ou au Levant y passent plus de temps que celles indiquées aux Oliviers par exemple.

<sup>r</sup> Les dossiers pour lesquels les dates d'entrée et de sortie ne sont pas mentionnées correspondent aux dossiers de personnes qui soit ne sont pas encore entrées en ESE, soit y sont encore.

**Figure 10 Durées moyennes de séjour, en fonction des établissements socio-éducatifs**





# 5

## Les outils utilisés par le DCIST



# 5 Les outils utilisés par le DCIST

Pour comparer les évolutions des scores des outils ASI et SOCRATES entre le moment de l'évaluation et celui de la réévaluation, nous analysons les dossiers des personnes ayant eu une première indication et une première réévaluation. Les analyses suivantes portent donc sur un total de 93 personnes.

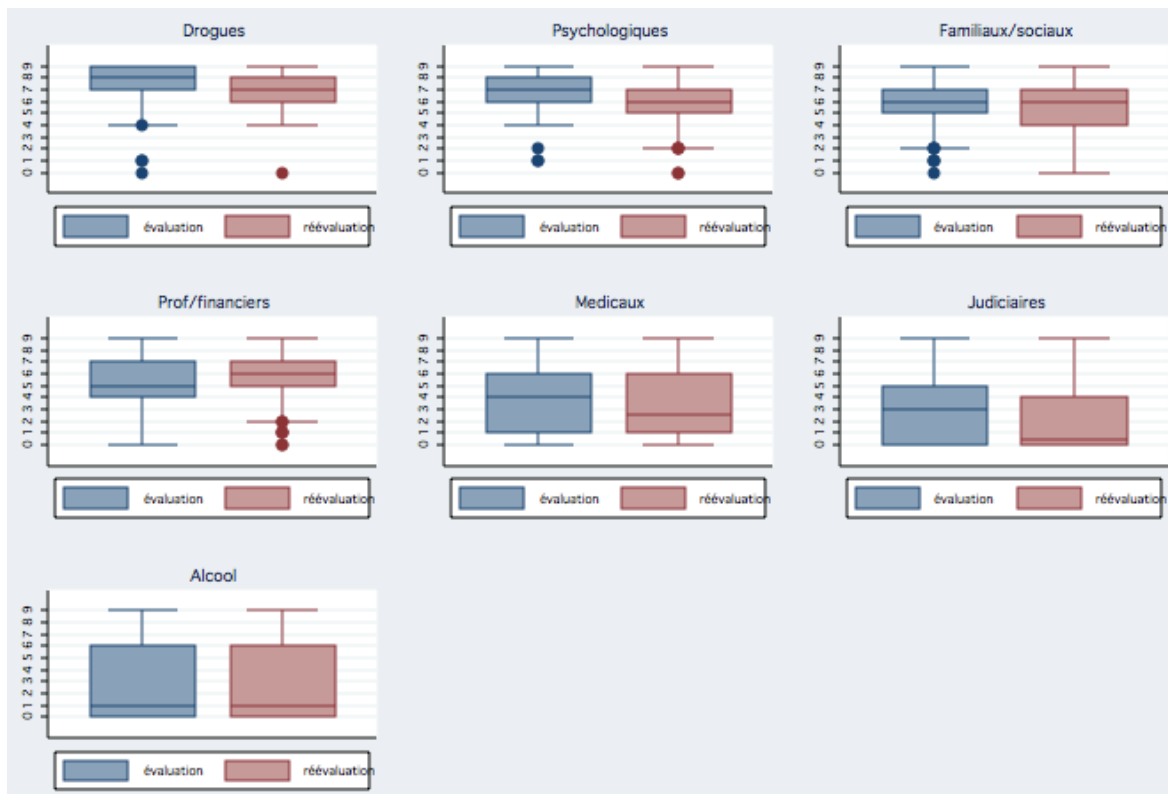
## 5.1 L'ASI (Addiction Severity Index)

L'ASI est un instrument standardisé utilisé dans le cadre du DCIST, largement validé par la littérature internationale<sup>2</sup>. Il s'agit d'un entretien structuré dont le but est d'améliorer la connaissance des conditions qui contribue au syndrome de dépendance d'une personne en permettant d'évaluer les conditions de vie et de consommation de cette personne sur sept dimensions : le profil médical-somatique, celui professionnel-financier, la consommation d'alcool et de drogues, les problèmes judiciaires, les relations familiales et sociales et enfin la santé psychique.

### 5.1.1 Différence ASI entre l'indication et la réévaluation

La Figure 11 permet une comparaison des scores ASI entre l'évaluation et la première réévaluation. Sur cette figure sont classés les scores des différentes dimensions par ordre d'importance au moment de l'évaluation.

**Figure 11** Comparaison des scores ASI entre évaluation-réévaluation



La dimension de la dépendance à la drogue ressort comme étant la plus importante au moment de l'évaluation. Ensuite, sont mis en évidence les problèmes psychologiques, puis les problèmes familiaux et sociaux et ceux professionnels et financiers. Finalement, on trouve les domaines médicaux, judiciaires, et d'alcool. On constate également que la dimension de l'alcool n'est pas, dans le cadre du DCIST<sup>s</sup>, un facteur important d'aggravation de la situation de l'utilisateur.

Lorsque les personnes sont réévaluées<sup>t</sup>, l'évaluation des profils de sévérité se modifie. Ainsi, la Figure 11 montre que, bien que les problèmes de drogues restent les plus importants, les personnes commencent à accorder plus d'importance aux dimensions se rapportant plus au contexte psycho-social. En effet, après réévaluation, le score des problèmes familiaux/sociaux reste stable et celui des problèmes professionnels et financiers augmente même. Cette situation ne constitue en rien un effet pervers du système, mais plutôt un effet positif, dans la mesure où la situation des bénéficiaires s'améliore.

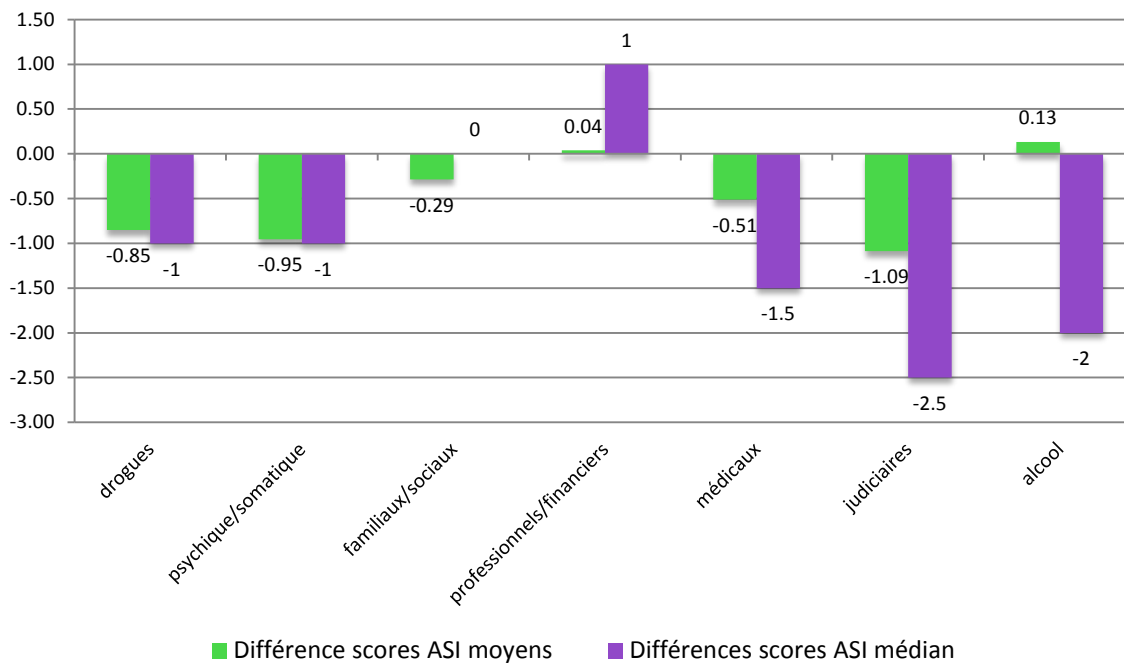
Cette situation apparaît encore plus clairement sur la Figure 12. Le score global des problèmes familiaux/ sociaux diminue faiblement en moyenne entre l'indication et la réévaluation, voire reste stable si on regarde la médiane. Dans le même temps, tant en moyenne qu'au niveau

<sup>s</sup> Les personnes dont le problème principal est l'alcool sont réorientées vers EVITA.

<sup>t</sup> La majorité des réévaluations sont faites lorsque les bénéficiaires sont encore en traitement résidentiel.

médian, le score global des problèmes professionnels et financiers se renforce. De plus, les problèmes « secondaires », à savoir les problèmes médicaux, judiciaires et d'alcool, sont ceux qui voient leurs scores médians diminuer le plus fortement.

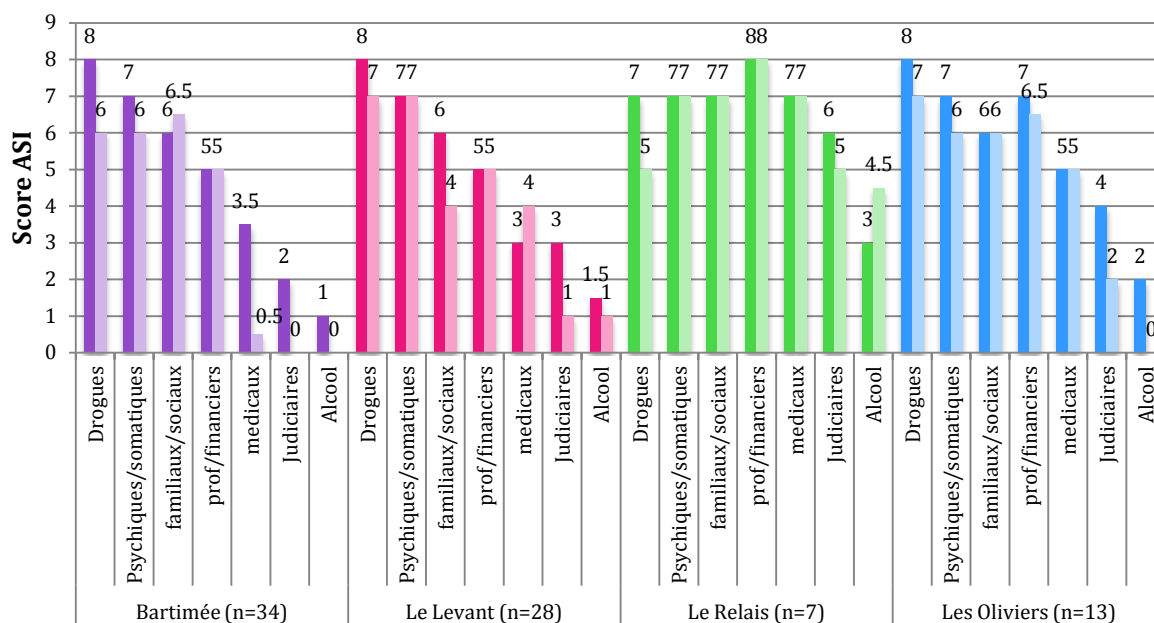
**Figure 12** Différence des scores ASI moyens et médians entre l'évaluation et la réévaluation



Néanmoins, la situation est plus contrastée si on regarde ce qui se passe au niveau des différents établissements socio-éducatifs.

Ainsi, le score médian des personnes traitées à Bartimée augmente dans le cas des problèmes familiaux sociaux. Cette situation prévaut également au Levant dans le cas des problèmes médicaux et, de manière plus importante, au Relais dans le cas des problèmes d'alcool.

Figure 13 Scores ASI médian pas ESE, évaluation (foncé) et réévaluation (clair)



## 5.2 L'échelle du SOCRATES (Stages of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale)

L'échelle du SOCRATES permet de mesurer la motivation et la préparation au changement. Principalement utilisée pour les personnes alcoolodépendantes, elle fournit, sur la base de 19 questions, 3 scores, à savoir la reconnaissance, l'ambivalence et le passage à l'action. Ainsi, différents scores auto-reportés, portant sur trois dimensions, permettent de mesurer la volonté de changement des patients, ainsi que les premiers pas déjà accomplis en direction d'un traitement.

Ces trois dimensions sont :

- Reconnaissance : le score de Reconnaissance évalue si la personne reconnaît (ou non) avoir un problème de dépendance. Un score haut exprime une reconnaissance du problème et un désir de changement.
- Ambivalence : le score d'ambivalence évalue si la personne se pose des questions sur sa consommation (contrôle, abus et potentiels dommages causés aux autres). Un score haut reflète une incertitude et une certaine ouverture à la réflexion. Un score bas indique soit que la personne sait qu'elle abuse de substances, si le score de Reconnaissance est élevé, soit qu'elle ne pense pas avoir de problème, si le score de Reconnaissance est bas.

- Passage à l'action : le score de passage à l'action évalue si des changements dans la consommation sont en cours, c'est-à-dire qu'un score élevé montre qu'un changement est déjà amorcé.

### 5.2.1 Différence SOCRATES entre l'indication et la réévaluation

La Figure 14 montre qu'à l'indication, concernant la dimension de la reconnaissance, le score moyen est de 32.5 sur un maximum de 35, ce qui signifie que dans leur grande majorité, les usagers reconnaissent avoir un problème de consommation.

Pour ce qui est de la dimension de l'ambivalence, le score moyen est de 14.0, ce qui correspond à un score moyen. Il est intéressant de constater que les personnes considérant et ne considérant pas leur consommation comme problématique pour eux et/ou pour les autres est assez partagé.

Dans le cas de la dimension du passage à l'action, on obtient un score moyen de 33.6, sur un maximum de 40, ce qui en fait un score moyen haut. De manière générale, pour une majorité des usagers, des changements sont en cours dans la consommation au moment de l'indication.

La Figure 15 montre qu'au moment de la réévaluation, concernant la dimension de la reconnaissance, le score diminue par rapport à la situation initiale. Ceci tend à montrer que de manière générale la dépendance est un problème moins important pour les personnes, ce qui semble confirmer l'évolution des scores ASI. Pour ce qui est de la dimension de l'ambivalence, le fait que ce score diminue montre que de plus en plus de personnes ne considèrent plus leur consommation comme problématique, tant pour eux que pour leur entourage. Dans le cas de la dimension du passage à l'action, les usagers ont un score qui a augmenté par rapport à l'évaluation. Ce fait semble indiquer que pour la majorité des usagers, des changements sont toujours en cours dans la consommation au moment de la réévaluation.

Figure 14 Comparaison des scores SOCRATES entre l'évaluation et la réévaluation

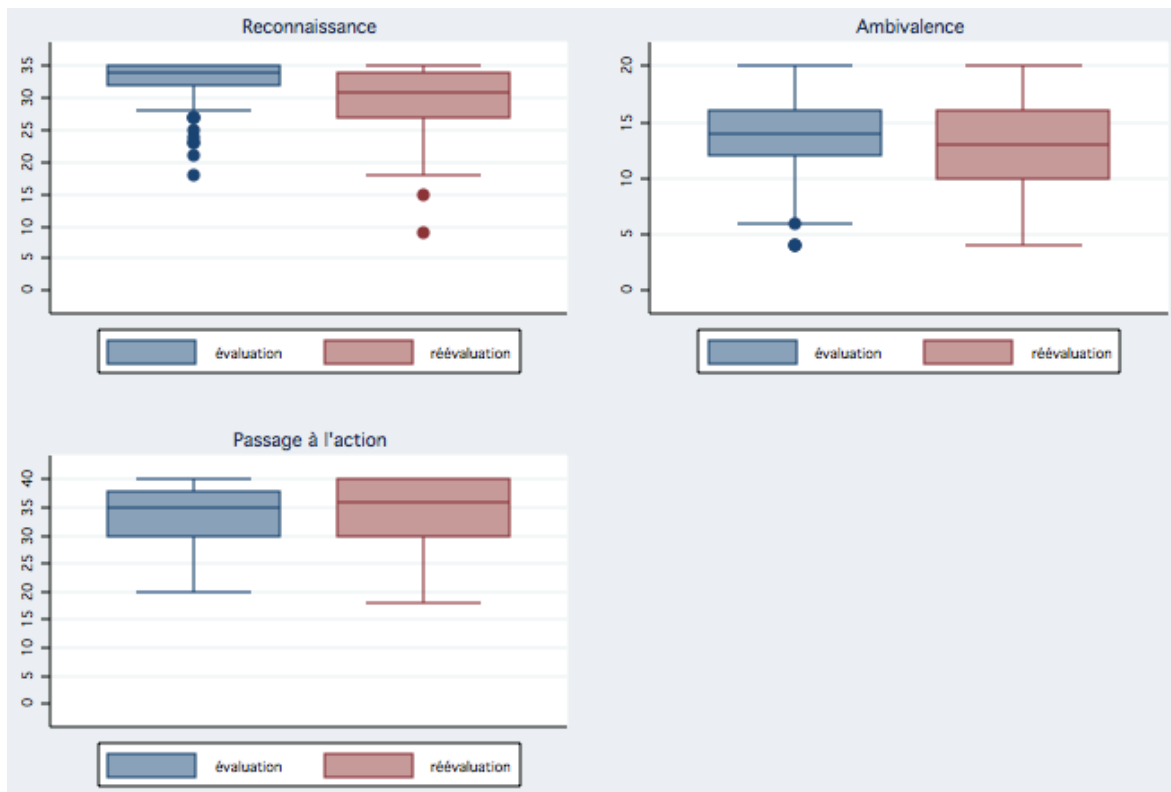
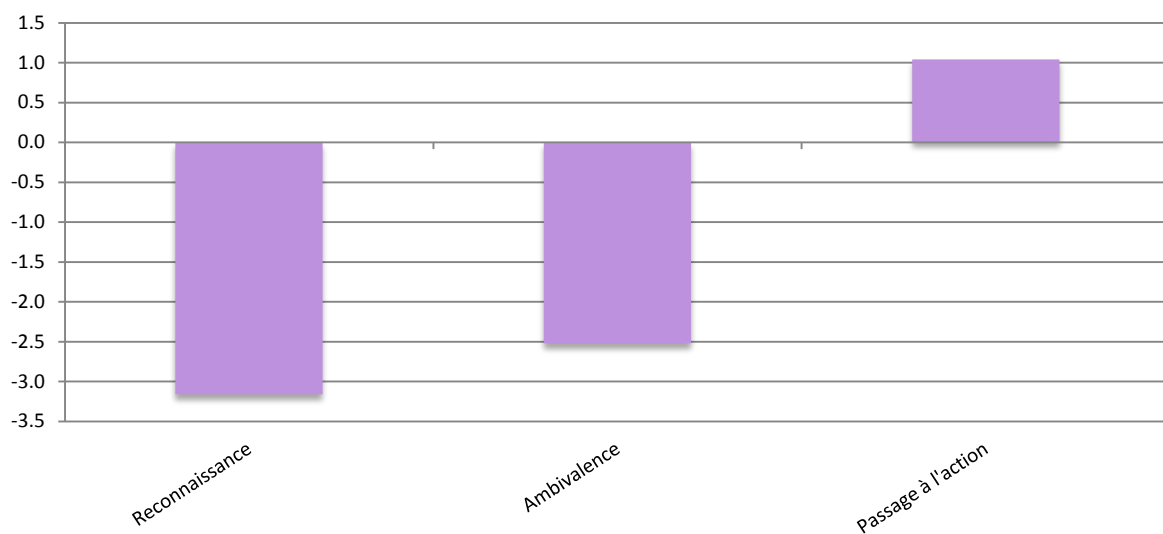


Figure 15 Différences des scores SOCRATES entre l'évaluation et la réévaluation





# 6

## Conclusions et recommandations



## 6 Conclusions et recommandations

En conclusion, sur la période d'analyse considérée (octobre 2010 à décembre 2012), 264 dossiers d'indication ont été transmis à l'IUMSP, ce qui correspond à 235 personnes. Les bénéficiaires de ce dispositif sont majoritairement des hommes âgés en moyenne de 33.2 ans. Les principaux problèmes qui motivent leur demande d'aide concernent la consommation de drogue. Les bénéficiaires restent en moyenne 253.2 jours en ESE, soit environ 8 mois et demi.

Le DCIST permet donc de faire un état de la situation des usagers, notamment au moment de l'évaluation. De plus, les outils utilisés, notamment l'ASI et le SOCRATES, sont utiles d'un point de vue clinique. Ils permettent également de suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur et de mettre en évidence le fait que les usagers ont de multiples problèmes concomitants.

Sur la base des données à disposition, les outils proposés ne semblent pas appropriés pour le choix de tel ou tel type de structure. Comme mentionné dans l'évaluation de la phase pilote, il n'est pas possible à l'heure actuelle d'évaluer si les outils et la procédure sont un gain significatif pour améliorer le travail d'indication. En effet, les critères d'indication vers telle ou telle structure ne sont pas explicites. De plus, nos analyses montrent que les usagers bénéficient d'un placement en ESE, mais le lien entre l'amélioration de la situation de l'utilisateur et le travail d'indication ne peut être fait. Comme des données sur le suivi des patients en ambulatoire manquent, la comparaison de l'évolution des situations des personnes traitées dans le domaine résidentiel et dans le domaine ambulatoire n'est pas possible. Ainsi, les questions de l'amélioration de l'adéquation entre l'offre et la demande suite à l'introduction du DCIST et de l'amélioration de la coordination des soins restent donc ouvertes.

Nos analyses mettent en évidence que les centres d'indication ont souvent indiqué leurs patients de préférence dans des structures proches géographiquement. Il nous semble, en effet, que les différentes structures ont vu l'éventail de leurs prestations s'uniformiser.

Nous avons rencontré un certain nombre de problèmes dans la mise en forme des différentes bases de données et leur utilisation :

- Durant la phase de mise en œuvre du dispositif, des modifications ont été apportées au formulaire d'indication, tant dans l'ordre des questions que dans l'énoncé de certaines d'entre elles (voir notamment la grille de correspondance des questions dans le Tableau 10). Il faut souligner que deux types de formulaire d'indication ont circulé simultanément pendant une certaine période.
- Il est relativement difficile de faire une analyse du parcours des personnes entrées dans le dispositif. Logiquement sur les 235 personnes évaluées, nous devrions avoir autant de personnes réévaluées, ce qui est loin d'être le cas. De plus, nous ne disposons pas de données minimales sur les sorties. Néanmoins, comme ce problème a été identifié, une solution sous forme d'un document permettant de récolter des informations minimales sur les sorties circule depuis le début de l'année 2013.

- Comme le mentionnait le rapport d'évaluation de la phase pilote, les outils utilisés (le formulaire d'indication, l'ASI et le SOCRATES) sont très lourds, leur passation parfois ardue et le nombre de variables très important. Seul un petit nombre peut être pertinent pour fournir une information utile aux différents partenaires (ESE, SPAS, ...). La saisie des données s'étant arrêtée fin 2012, une réflexion plus large sur, d'une part, la continuation de cette saisie et, d'autre part, la nécessité des outils et l'utilisation des données semblent nécessaire.

A notre sens, les différentes propositions suivantes permettraient d'améliorer l'efficacité et de clarifier le dispositif au niveau technique:

- Une diminution du nombre de documents en circulation, ainsi que du nombre d'items faciliterait la saisie des données et leur analyse. Ainsi, la qualité de l'information à disposition s'en trouverait grandement améliorée.
- Une plateforme d'échange des données permettrait de disposer de données fiables et régulièrement actualisées. Ainsi, cette solution permettrait de réduire la perte d'informations et d'améliorer les possibilités de suivi des personnes indiquées. De plus, il pourrait fournir des informations utiles en termes de pilotage du dispositif, en fournissant immédiatement un tableau de bord de la situation. Cette plateforme pourrait se présenter sous la forme d'un site Internet, à l'image de ce qui est développé pour les traitements de substitution dans le canton de Vaud. Elle pourrait également permettre une saisie immédiate des données.

Le canton de Vaud a, dans un premier temps, développé le dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoolique (EVITA), en raison de l'importance de l'abus d'alcool comme problème de santé publique. Dans un deuxième temps, le dispositif d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST) a été développé. Dans le but d'éviter la poursuite du développement de la prise en charge des dépendances en silo, une réflexion sur le développement de passerelles entre les deux dispositifs est en cours.

Limiter le développement du système en silo devrait permettre d'établir un bilan plus global du parcours de l'utilisateur. De plus, à plus long terme, la problématique de la dépendance n'étant pas unique, à savoir que toxicomanie, alcoolisme et problèmes psychiques sont rarement indépendants les uns des autres, une réflexion globale, allant par exemple dans la direction de la création d'un guichet unique à l'image de ce qui se fait dans le canton du Valais<sup>3</sup>, pourrait aider à l'amélioration du système.

# 7

# Bibliographie



# 7 Bibliographie

- 1 Gummy C, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Evaluation de la phase pilote du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi des personnes Toxicodépendantes (DCIST). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2011. (Raisons de santé 185).
- 2 Rossier V, Zimmermann G, Besson J. La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*. 2009;29(2):91-9.
- 3 Clerc Bérode A. Evaluation de la clientèle et des approches thérapeutiques au sein de la Fondation Addiction Valais. Sion: Addicition Valais, 2012





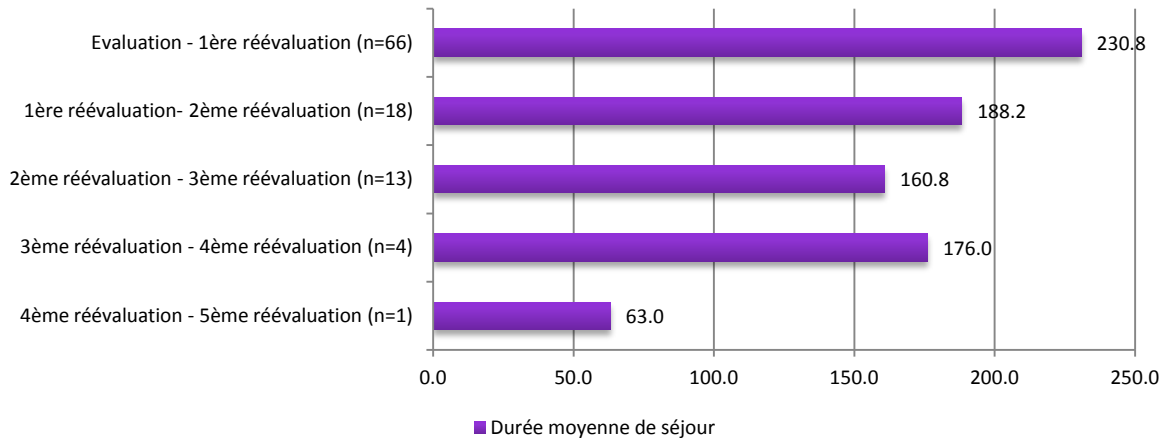
# 8

# Annexes



# 8 Annexes

**Figure 16** La durée moyenne entre les différentes phases si on exclut les durées « négatives <sup>u</sup> »



<sup>u</sup> La durée négative s'obtient lorsque l'évaluation se fait après l'entrée en ESE

**Tableau 10** Grille de correspondance de l'ancien vers le nouveau formulaire d'indication

Ancien formulaire	Nouveau formulaire	Ancien formulaire	Nouveau formulaire
1.1	1.1	5.1	5.1
1.2	NA	5.2	NA
1.3	1	6.1	6.1
1.4	1.3	6.2.1	6.5
1.5	1.2	6.2.2	6.2
1.6	NA	6.2.3	NA
2.1	2.1	6.2.4	1.4.1
2.2	2.2	6.2.5	6.4
2.3	NA	6.2.6	6.3
2.4	NA	6.2.7	6.6
2.5	2.3	6.2.8	7.1
2.6	2.5	6.2.9	NA
2.7	2.5	6.2.10	NA
2.8	2.10	7.1	1.4
2.9	2.6, 2.9	7.2	1.5
2.10	2.7	7.3	1.6
2.11	2.8	7.4	NA
2.12	2.11	7.5	NA
2.13	contact avec enfant??	7.6	7.2
3	4	7.7	1.4.2
4.1	3.2, 3.3	7.8	NA
4.2	NA	7.9	8

Tableau 11 Données sociodémographiques, 2ème indication

	n=16	Répondants (%)
<b>Sexe</b>		
Hommes	10	83.3
Femmes	2	16.7
<b>Age moyen</b>		
Hommes	38.3 (28-47)	
Femmes	38.7 (28-47)	
	37.0 (36-38)	
<b>Etat civil</b>		
Célibataire	7	63.6
Marié	1	9.1
Séparé	0	0.0
Divorcé	0	0.0
Veuf	3	27.3
<b>Pays d'origine</b>		
Suisse*	8	72.7
Autre	3	27.3
<b>Mesures tutélares</b>		
Sans	8	72.7
Tutelle	0	0.0
Curatelle	2	18.2
En cours	1	9.1
<b>Type de logement</b>		
Logement propre	2	27.3
Logement chez des proches	3	18.2
Logement de secours – SDF	6	54.5
Etablissement socio-éducatif	0.0	0.0
Autre	0.0	0.0
<b>Situation financière**</b>		
Revenu d'insertion	6	54.5
Rente AI	2	18.2
Salaire	0	0.0
Chômage	0	0.0
Autre	2	18.2

