

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE
DANS LE CANTON DE VAUD ET
EVALUATION DES PROJETS FINANCES
PAR LE CANTON DE VAUD : TROISIEME
PERIODE D'EVALUATION 2000-2002

Cahier 2 : données par structure

*Thérèse Huissoud, Fabienne Benninghoff,
Sanda Samitca, Rachel Geense,
Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par : Le canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996

Citation suggérée : Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des projets financés par le canton de Vaud : troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 2 : données par structure. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de Santé, 87).

Groupe de pilotage : Madame N. Christinet
Madame le Dr I. Gothuey
Monsieur A. Féret
Monsieur le Dr J. Martin
Monsieur F. Perrinjaquet
Monsieur le Dr P. Forel
Monsieur E. Joye
Monsieur E. Toriel (Président)

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

Préambule	4
1 Introduction	5
1.1 Evaluation des structures de traitement ambulatoire et des centres d'accueil ..	5
1.2 Evaluation des structures de traitement résidentiel	5
2 Centres de traitement ambulatoire	7
2.1 Méthodes d'évaluation	7
2.2 Centre St-Martin (CSM) : Centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour toxicomanes à Lausanne	8
2.3 Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) : (Chablais, Pays-d'Enhaut, Riviera, Lavaux)	18
3 Centres de traitement résidentiel	27
3.1 Méthodes d'évaluation	27
3.2 Fondation du Levant à Lausanne	28
3.3 Fondation Bartimée à Grandson	36
3.4 Le Foyer-Relais à Morges	46
3.5 Unité de sevrage : la Calypso	55
3.6 Prise en charge dans le système carcéral vaudois	62
4 Centres d'accueil à bas seuil	66
4.1 Méthode d'évaluation	66
4.2 Entrée de secours (EdS) : région Morges - Aubonne	67
4.3 Zone Bleue (ZB) : région Yverdon	77
4.4 Travail éducatif de proximité de la Riviera (ACT)	86
4.5 Le Passage	94
4.6 Le Parachute	107
5 Annexes	117
5.1 Annexes au chapitre 2	118
5.2 Annexes au chapitre 3	122
5.3 Annexes au chapitre 4	137

PREAMBULE

Depuis maintenant six ans, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** qui se décompose en **trois tâches principales** :

1. Mettre en place de manière progressive l'évaluation des divers projets soutenus par le Conseil d'Etat en utilisant **diverses approches d'évaluation** en fonction de l'évolution de ceux-ci.
2. Répondre aux **questions d'évaluation spécifiques** qui se posent pour chacun des nouveaux projets financés par le Conseil d'Etat de façon à avoir une vue d'ensemble sur leur devenir et à guider les intervenants et la Commission de prévention et de lutte contre la toxicomanie dans leurs réflexions et leurs actions.
3. Répondre aux questions qui concernent **l'évolution de l'ensemble de la situation de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi épidémiologique des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton.

Le suivi de ce travail d'évaluation a été assuré par un groupe de pilotage émanant de la Commission. Différents problèmes rencontrés ont pu ainsi être discutés au sein de ce groupe.

Les résultats des travaux réalisés durant la troisième période d'évaluation 2000-2002 font l'objet de **deux cahiers** distincts :

- **Le premier** commence par les éléments actuels de réponses relatives aux questions d'évaluation ainsi qu'une série de recommandations générales. Il reprend ensuite de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures ; il présente les résultats tirés des indicateurs épidémiologiques et décrit l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie.
- **Le deuxième** cahier présente de manière détaillée la méthodologie utilisée pour l'évaluation et les problèmes rencontrés ; il regroupe les présentations des objectifs, de l'organisation interne, de la clientèle et de l'offre de prestation pour chacune des structures suivies.

Le **résumé** présente, en plus d'une courte introduction, les éléments actuels de réponses aux questions d'évaluation relatives aux cinq objectifs globaux, ainsi qu'une série de recommandations générales. Il est complété par un tableau récapitulatif qui présente les différentes structures soumises à l'évaluation et les outils méthodologiques utilisés.

1 INTRODUCTION

Par rapport aux périodes précédentes de l'évaluation, différentes modifications ont été apportées à la fois dans le suivi des structures, mais aussi dans le choix des structures : trois structures de traitement résidentiel ont été intégrées, par contre les projets de travail de proximité orientés sur la prévention primaire (PMA et APE), ainsi que trois petits projets (La Mallette, JV Vaud, Trampoline), ne font plus partie de l'évaluation de l'IUMSP.

1.1 ÉVALUATION DES STRUCTURES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE ET DES CENTRES D'ACCUEIL

Concernant les centres de traitement ambulatoire, les centres d'accueil à bas-seuil et la Calypso, différentes modifications ont été apportées dans le choix des outils d'évaluation en vue d'alléger le travail d'évaluation tout en garantissant un suivi de routine de la clientèle et des activités des structures :

- L'utilisation et l'analyse systématiques des fichiers de traitement (OPALE et Méthadone) permettent de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres ainsi que leur fréquentation. En effet, la participation du CSM, de l'UAS et de la Calypso à OPALE permet maintenant de garantir la comparaison entre les centres de traitement (description de la clientèle à l'entrée en traitement sur les dimensions socio-démographiques, durée de suivi, diagnostics).
- Un outil simplifié permettant de définir le profil à l'entrée des usagers des centres d'accueil sur la base du questionnaire de suivi utilisé jusqu'à présent à Entrée de Secours et à Zone Bleue a été mis en place.
- Un monitoring des prestations dans les centres d'accueil.
- Deux à trois réunions de suivi par année.

Les outils utilisés nous permettent de suivre la fréquentation et le profil des clients de ces structures. Ces questions permettent également de dresser une **évolution des modes de consommation** et des produits. Elles fournissent des informations sur l'évolution de la gravité des problèmes liés à la consommation (insertion, santé, prise de risques).

Les fichiers statistiques et les monitoring permettent, par ailleurs, de suivre l'activité des différentes structures et les prestations offertes.

Les structures du Passage, du Parachute et de ACT sont considérées comme centres d'accueil au même titre que Zone Bleue et Entrée de Secours.

1.2 ÉVALUATION DES STRUCTURES DE TRAITEMENT RESIDENTIEL

Afin d'avoir une vision plus globale de l'ensemble du dispositif de prise en charge, les structures de traitement résidentiel ont été intégrées dans l'évaluation, ceci afin de mieux cerner leur poids et leur position dans la trajectoire des personnes toxicodépendantes. Les outils utilisés pour l'évaluation sont :

- L'analyse de la statistique de FOS pour chaque institution résidentielle : description de la clientèle à l'entrée et à la sortie, parcours dans la toxicomanie, documentation des ruptures de contrat, etc.
- L'exploitation des informations préparées par les institutions dans le cadre de leur participation à QuaThéDA (notamment sur les groupes cibles, l'infrastructure, les prestations et thérapies proposées).
- Des réunions de mise en route de l'évaluation et de suivi.
- Les institutions concernées sont Le Levant, Bartimée, le Relais. La structure de Narconon n'a pas été incluse dans l'évaluation du fait qu'elle ne participe pas à la statistique FOS. Il n'était dès lors pas possible de disposer de données comparables.

Tableau 1.1 Structures évaluées et outils appliqués, 2000-2002

	Outils d'évaluation			
	Monitoring	Questionnaire profil	Réunion de suivi	Statistique
Axes d'évaluation et structures				
Maintien d'un suivi de routine allégé pour les centres de traitement et l'unité cantonale de sevrage				
Centre St-Martin			•	•
Unité Ambulatoire spécialisée			•	•
La Calypso			•	•
Maintien d'un suivi de routine allégé pour les centres d'accueil				
Entrée de Secours	•	•	•	
Zone Bleue	•	•	•	
ACT	•	•	•	
Le Parachute	•	•	•	
Le Passage	•	•	•	
Evaluation des structures résidentielles				
Bartimée			•	•
Le Levant			•	•
Le Relais			•	•
Suivi du mandat cantonal de Rel'ier			•	

2 CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

2.1 METHODES D'EVALUATION

Concernant les centres de traitement ambulatoire, différentes modifications ont été apportées dans le choix des outils d'évaluation en vue d'alléger le travail d'évaluation tout en garantissant un suivi de routine de la clientèle et des activités des structures.

L'utilisation et l'analyse systématiques des fichiers de traitement (OPALE et Méthadone) permettent de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres ainsi que leur fréquentation. Le suivi de dossiers développé durant les deux premières périodes d'évaluation a donc été remplacé par une analyse plus systématique des fichiers statistiques existants. En effet, la participation du CSM, de l'UAS et de la Calypso à OPALE permet maintenant de garantir la comparaison entre les centres de traitement (description de la clientèle à l'entrée en traitement sur les dimensions socio-démographiques, durée de suivi, diagnostics)¹.

Des réunions de suivi avec les équipes ont continué à avoir lieu une à deux fois par année.

2.1.1 Statistique OPALE

Dans la statistique OPALE, les intervenants peuvent coder jusqu'à dix diagnostics, dont l'un est le diagnostic principal, c'est-à-dire le problème le plus important ou celui motivant la consultation ou le suivi. Les autres sont considérés comme des diagnostics secondaires, associés (co-morbidités), sans égard à leur degré de gravité. L'importance accordée à l'inscription des diagnostics secondaires dans OPALE varie d'une structure à l'autre et parmi les intervenants. Ainsi, la statistique OPALE tend à sous-estimer certains diagnostics qui se situent plus fréquemment en seconde position que comme problème principal (ex. toxicomanie à la cocaïne). De plus, il semblerait également que les diagnostics soient parfois remplis en suivant l'ordre de la fiche de saisie et sans forcément mettre de hiérarchie entre le premier diagnostic posé et le ou les suivants².

Les analyses présentées ici portent sur les personnes ayant eu un contact avec un centre de traitement ambulatoire au cours des années 1998 à 2001. Dans le rapport portant sur 1996 et 1997, seul le diagnostic principal avait été demandé lors de l'extraction des données, tandis que pour les années 1998 à 2001, le fichier analysé contenait également les neuf possibilités de diagnostics secondaires, ce qui permet d'apprécier les co-morbidités psychiatriques et la poly-toxicomanie et d'inclure tous les patients concernés à un degré ou à un autre par un problème de dépendance.

Alors que dans les rapports précédents l'analyse n'avait porté que sur les patients ayant eu un diagnostic de toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne, il nous a semblé important de présenter, dans un premier temps, l'ensemble des admissions enregistrées dans la statistique OPALE, avant de poursuivre plus en détails les analyses pour les personnes dépendantes aux drogues dures. Ceci

¹ De même, l'introduction du nouveau questionnaire méthadone aurait pu permettre la récolte simplifiée de certains indicateurs (notamment de consommation) qu'il fallait auparavant aller rechercher dans les dossiers des patients. Toutefois, l'état actuel du fichier (voir chapitre 4 du cahier 1) nous a conduit à renoncer pour l'instant à ce type d'analyse.

² Pour ex. D1 = intoxication aiguë de l'alcool sans complication et D2 dépendance aux opiacés, utilise actuellement de la drogue.

permettra aussi d'avoir une meilleure idée de l'ampleur des consultations liées à des problèmes dus à la consommation de benzodiazépines ou de cannabis. Seules les admissions comportant uniquement une dépendance au tabac et ou à l'alcool ont été exclues d'emblée de l'analyse.

2.2 CENTRE ST-MARTIN (CSM) : CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET DE TRAITEMENT AMBULATOIRE POUR TOXICOMANES A LAUSANNE

2.2.1 Historique et objectifs

Le Centre St-Martin, rattaché administrativement au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)³, a ouvert ses portes à fin septembre 1996. Devant combler un manque dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes les plus démunies, le Centre St-Martin a eu à cœur dès le départ de travailler de façon complémentaire aux autres structures du dispositif existant.

Son objectif général était d'être une porte d'entrée dans le réseau des différentes structures de prise en charge à seuil d'exigence plus élevé et de favoriser l'accès à un processus d'aide et de thérapie en développant des réponses adaptées à la demande des personnes toxicomanes. Le centre entendait également jouer un rôle moteur dans la collaboration, les échanges et la formation des différents acteurs impliqués dans le réseau de prise en charge. Plus précisément, le CSM poursuit trois grands objectifs :

- accueillir et orienter les patients toxicodépendants,
- assurer le suivi et le maintien en traitement de certains patients,
- contribuer à la formation, l'enseignement et la recherche dans le domaine des dépendances.

Le centre a été voulu comme une structure accessible aux personnes toxicomanes les plus précarisées, à celles qui échappent à toute aide. Pour satisfaire sa première mission, le Centre St-Martin a mis sur pied une permanence quotidienne qui permet d'accueillir les nouveaux cas.

La deuxième mission du centre est une prise en charge médico-psycho-sociale des patients présentant une situation d'urgence, incluant les cas les plus difficiles. L'équipe du centre est composée de manière à pouvoir offrir aux patients des compétences interdisciplinaires regroupées sous un même toit.

De plus en plus, le CSM assure un soutien et un rôle de référent auprès des médecins et des institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes, par exemple en prenant le relais d'un traitement en période de crise, ainsi que par les activités de consilium mais aussi à travers des activités de formation. Ainsi, la mission de recherche et d'enseignement poursuivie par le centre vise entre autres à développer les compétences du réseau et des intervenants extérieurs.

Dans les rapports d'évaluation précédents, il était fait état d'une limitation de l'accès aux traitements aux seuls cas urgents en raison de la surcharge. On relevait aussi des problèmes de communication interne. Si les critères d'admission ont du être maintenus, les réflexions

³ Sur la plan fonctionnel le CSM et La Calypso forment l'Unité de toxicodépendance rattachée au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) qui, avec le Centre de traitement en alcoologie rattaché au Département universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC), constituent ensemble la Division d'abus de substances du CHUV (DAS).

apportées sur le fonctionnement interne de l'équipe ont porté leurs fruits. Aussi bien l'équipe infirmière que l'équipe socio-éducative semblent avoir trouvé leur place et travailler à la fois de manière plus autonome, mais aussi complémentaire.

2.2.2 Organisation interne et changements

Dans nos précédents rapports, nous mentionnions les différentes mesures qui avaient été mises en place par l'équipe pour gérer l'afflux important de demandes : introduction de trois entretiens préalables à l'entrée en traitement, liste d'attente, critères d'urgence (voir Algorithme, Annexe). Ces critères sont encore en vigueur et permettent de limiter les nouvelles prises en charge aux cas d'urgence (femmes enceintes, sorties d'hôpitaux et de prison, adolescents à risque et comorbidités somatiques et psychiatriques).

Si toute personne qui se présente au Centre St-Martin peut obtenir un premier rendez-vous, un suivi à moyen ou long terme ne sera proposé qu'aux personnes répondant aux critères d'urgence. Les autres patients seront orientés dans le réseau après une évaluation primaire consistant, au cours de trois entretiens, à évaluer la situation de la personne sur cinq dimensions (somatique, psychiatrique, psychologique, contexte de la demande et ressources disponibles; RAP, voir Annexe).

Les nouvelles situations sont systématiquement discutées au moment du colloque du lundi et en fonction des critères d'urgence et des places disponibles, la décision est ensuite prise de garder le patient au CSM ou de l'orienter ailleurs dans le réseau. Si le patient est gardé au CSM, la responsabilité de la référence sera discutée et donnée à un des intervenants qui ne sera pas nécessairement la personne qui a vu le patient la première fois mais, idéalement, l'intervenant le plus apte à gérer la prise en charge du patient. Ceci ne peut toutefois pas toujours être respecté en raison de la limite posée quant au nombre de personnes par référent, qui est idéalement de 20 à 25 dossiers, mais le plus souvent de 25 à 30.

L'organisation des permanences à l'accueil et en salle d'attente lors des heures de distribution de méthadone, nouvellement introduites, est gérée par l'équipe socio-éducative, mais tout le monde y participe. Quand à l'équipe infirmière elle organise la distribution de méthadone dans le local infirmier.

■ Communication interne

La communication et la mise en commun d'informations constituent un aspect important du fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire telle que celle du CSM. Elles se font à différentes occasions, que ce soit le colloque général du lundi, ou lors des colloques internes spécifiques dans lesquels le directeur relève une bonne dynamique intra-groupe.

Le colloque général multidisciplinaire existe depuis le début, mais depuis 1998⁴ il a pris une orientation clinique affirmée. A cette occasion, les nouveaux cas et les demandes de prise en charge au Centre St-Martin sont discutés en équipe. La priorité donnée aux discussions de cas constitue un changement de taille, dont la conséquence est une amélioration du travail quotidien, une plus grande cohérence dans le travail d'équipe, ainsi que dans la définition d'une ligne d'intervention.

Dans le rapport de 2000, nous écrivions qu'une réflexion relative à l'amélioration de l'utilisation des complémentarités professionnelles avait été amorcée. Actuellement, la constitution du poste

⁴ Ce changement est intervenu suite à une demande émanant de l'équipe lors de la journée extra-muros (mai 1998).

de "Responsable socio-éducatif du DUPA" a entraîné un renforcement du social, avec des conséquences à l'interne pour le CSM. Ainsi, globalement l'équipe socio-éducatif a une autonomie plus grande, s'affirme davantage et a gagné en reconnaissance. De même, pour l'équipe infirmière, la nomination d'une nouvelle infirmière cheffe titulaire a permis à l'équipe de se repositionner et de retrouver un fonctionnement plus harmonieux. Une certaine difficulté, inhérente à la cohabitation entre une culture médicale et psychiatrique et une culture socio-éducatif, subsiste puisque le diagnostic doit être intégré par tous afin d'avoir un standard de langage et de transmission des situations au sein de l'institution. Il faut relever par ailleurs le fait que le tournus des médecins assistants et autres stagiaires nécessite de répéter et réexpliquer certains points de fonctionnement au détriment d'un approfondissement des démarches.

■ La dispensation de méthadone

Dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients, un des aspects importants est la salle de traitements et de dispensation de la méthadone. Reconnue comme un lieu central, symbolique, source d'informations importantes, mais aussi de multiples tensions, la salle de traitements a fait l'objet de différents aménagements depuis l'ouverture du centre. Le précédent rapport d'évaluation mentionnait comme principale difficulté le manque de temps à disposition pour chaque patient, compte tenu de l'affluence et de la présence d'une seule, voire de deux personnes au moment de la dispensation des traitements. Actuellement, les changements suivants ont été amenés.

Une permanence a été instaurée dans la salle d'attente durant les plages horaires de distribution de méthadone. Ces plages sont actuellement au nombre de trois pour diminuer l'affluence de patients. Normalement, toute l'équipe prend en charge à tour de rôle cette permanence, il est toutefois envisagé de fermer peut-être le centre une heure plus tôt, pour concilier cette nouvelle charge avec les horaires de travail des collaborateurs. Le but de cette permanence est de prévenir la violence, en désamorçant les montées de tensions suffisamment rapidement. L'intervenant présent peut également téléphoner à la police, si le besoin s'en fait ressentir, mais depuis l'instauration de cette permanence, ces appels sont devenus moins fréquents. D'autres problèmes peuvent également être réglés, que ce soit une consommation d'alcool ou le chien d'un usager qui dérange. Depuis l'instauration de ces changements, le directeur estime que les situations de conflits ont diminué de 80% dans la salle d'attente.

■ Collaborations

Plusieurs réunions d'échange ont eu lieu avec différentes structures, comme la Fondation du Levant, le Relais, la Fondation des Oliviers, etc., pour préciser les places et rôles respectifs dans le dispositif de prise en charge, l'objectif étant toujours de définir des complémentarités. Ainsi, le CSM reste le référent médical pour les personnes qui entrent au Levant avec un traitement de substitution, mais pour un séjour bref (de type accueil, voir chapitre sur le Levant). Par contre, pour les séjours de plus longue durée à l'Eventail, la référence est confiée au médecin chef du SMPP⁵, comme pour les autres structures. On peut relever dans ce domaine une nette amélioration des collaborations entre résidentiels et ambulatoires, qui semble fonctionner à la satisfaction des différentes parties impliquées.

⁵ Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire.

De son côté, l'équipe des psychologues a mis sur pied dans le cadre de l'APsyVA⁶ un réseau spécialisé de psychothérapie, à partir du CSM.

Parmi les nombreuses collaborations du CSM avec le réseau, une rencontre officielle avec le Tuteur général a eu lieu, qui a permis un échange d'informations et la mise sur pied de modalités de procédure.

Au niveau international, un certain nombre de collaborations sont développées notamment en lien avec l'Université de Harvard et celle de Paris, sur l'élaboration de propositions thérapeutiques en fonction de la problématique de toxicodépendance. De son côté, l'équipe socio-éducative a développé des contacts avec une équipe du Québec, spécialisée dans la prise en charge des adolescents, mais également, localement, avec le SUPEA.

2.2.3 Méthodes d'évaluation

L'utilisation et l'analyse systématique du fichier des institutions psychiatriques (OPALE) permet de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres, ainsi que leur fréquentation. Le suivi de dossiers développé durant les deux premières périodes d'évaluation a donc été remplacé par une analyse plus systématique des fichiers statistiques existants.

Des réunions de suivi avec l'équipe ont continué à avoir lieu une à deux fois par année.

2.2.4 Fréquentation de la structure

L'analyse de la fréquentation du CSM repose sur le fichier des données OPALE. Au cours de l'année 2001, 489 admissions ont été enregistrées. Une personne pouvant avoir plusieurs admissions au cours d'une même année, ce chiffre correspond à 480 personnes différentes, soit une diminution relativement constante depuis le pic de 1998 (542 en 1998 ; 522 en 1999 ; 496 en 2000)⁷. Rappelons la décision prise de limiter les nouvelles cures aux cas urgents (femmes enceintes, mineurs, sorties de prison, etc.) qui est toujours d'actualité.

Malgré la légère diminution des admissions, cela n'implique pas une baisse de l'activité de suivi des patients. Le nombre de consultations quant à lui n'a pas changé, mais la prise en charge a pu être approfondie.

Tableau 2.1 Nombre total d'admissions et de patients par année, CSM 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions	548		529		509		489	
Nb de patients	542		522		496		480	
% de femmes¹		33		35		33		34
Age moyen¹	30		31		31		32	
Age médian¹	29		30		31		32	

⁶ L'APsyVa est l'Association des psychologues vaudois concernés par les addictions.

⁷ Lors de la définition du projet du Centre Saint-Martin, la cible consistait à prendre en charge entre 300 et 400 personnes toxicomanes en 4 ans.

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Age min-max	16-63		0-68		17-63		16-55	
0 à 20 ans	27	5	21	4	18	4	15	4
21 à 25 ans	105	21	91	19	79	18	64	15
26 à 30 ans	155	31	136	29	108	24	112	26
Plus de 30 ans	211	42	225	48	247	55	243	56

¹ Calculés sur le total de patients

Les opiacés sont le type de produit le plus fréquemment mentionné dans les diagnostics (env. 85 à 89% des cas), suivis des problèmes liés à la cocaïne, qui augmentent entre 1998 et 2001 et concernent de 11 à 27% des admissions. Les diagnostics impliquant le cannabis augmentent également de 11 à 18%. Les benzodiazépines augmentent légèrement et apparaissent dans 12% des admissions en 2001. Le diagnostic « toxicomanie à des produits multiples » reste stable et concerne un peu plus de 10% des admissions.

Au total, la consommation de drogues dures apparaît dans au moins 90% des admissions au CSM. Dans environ 20% des admissions, il y a une toxicomanie conjointe à l'héroïne et à la cocaïne. Selon l'équipe du CSM, ces résultats sous-estiment cependant l'ampleur de la double consommation et proviennent d'une sous-codification dans la statistique OPALÉ. Il semblerait que la consommation conjointe de plusieurs drogues dures affecte environ 40% de la clientèle et que 60% des usagers consomment de la cocaïne (27% de dépendance selon OPALÉ). De même, le recours à des benzodiazépines sur prescription ou au noir est également, selon le directeur de l'institution, beaucoup plus élevé et concernerait environ 80% des usagers.

Trois % des patients consultant ont comme seul produit mentionné le cannabis. Ce groupe présente par ailleurs une sur-représentation masculine et un âge moyen inférieur à l'ensemble des patients du CSM. La plupart du temps ces patients sont très rapidement orientés ailleurs et ne restent pas au CSM.

La mention de benzodiazépines à l'exclusion d'une drogue dure concerne environ 1% des patients. Enfin, l'imprécision quant aux produits concernés, lorsque la consommation de multiples produits est le seul diagnostic de toxicomanie indiqué, pose le problème ou non de l'intégration de ces cas dans l'analyse des personnes dépendantes aux drogues dures. Ce groupe représente 5% des personnes ayant fréquenté le CSM entre 1998 et 2001 et comporte aussi une nette sous-représentation féminine (9 à 22%) par rapport à l'ensemble des patients ayant consulté. De l'avis de l'équipe, la codification « multiples produits » indique au moins une consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne. Cependant, comme cette catégorie n'est pas contrôlable pour l'ensemble de la statistique OPALÉ, nous avons choisi de ne pas l'inclure par la suite dans le profil de la clientèle.

Tableau 2.2 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions CSM 1998-2001

Produit impliqué	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Opiacé	488	89	466	88	447	88	413	85
Cocaïne	114	11	134	25	138	27	133	27
Benzodiazépine	38	7	47	9	58	11	59	12
Cannabis	62	11	59	11	68	13	89	18
Hallucinogène	3	0.5	1	0	3	0.5	1	0
Alcool	45	8	47	9	57	11	61	12
Multiples produits	46	8	51	10	49	10	39	8
Total dd opiacé ou cocaïne	504	92	479	91	463	91	441	90
Opiacé et cocaïne	98	18	121	23	122	24	105	21

Le pourcentage d'admissions comportant au minimum un diagnostic psychiatrique en plus de la toxicomanie reste relativement stable au cours de la période considérée et varie entre 41% et 47%. Les troubles les plus souvent cités sont les troubles de la personnalité et du comportement (30 à 34%), suivis des troubles de l'humeur (14 à 21%). Les troubles psychotiques ou l'anxiété sont mentionnés pour 2 à 8% des admissions. Seuls les diagnostics de troubles de l'humeur connaissent une légère augmentation au cours des quatre années considérées. Il s'agit là de troubles diagnostiqués à l'entrée et symptomatiques selon la CIM10⁸, certains ne se révèlent qu'au cours du suivi. De l'avis de l'équipe, quasi tous les usagers du centre ont des troubles psychiatriques, mais en se référant à la description internationale des diagnostics psychiatriques, seuls sont relevés dans OPALE les troubles importants qui, associés à une consommation, permettent de parler de co-morbidité (entre 40 à 50% des usagers). De plus, le CSM par sa fonction de lieu d'accueil, voit venir une clientèle dont le problème principal à l'entrée est davantage celui d'une dépendance. Les besoins d'aide liés à une problématique psychiatrique n'apparaissent ainsi souvent que dans un deuxième temps et après la saisie du questionnaire d'entrée d'OPALE.

Tableau 2.3 Diagnostics psychiatriques, ensemble des admissions, CSM 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	224	41	219	41	241	47	217	44
Diagnostics psychiatriques les plus souvent cités								
Troubles psychotiques	10	2	15	3	21	4	20	4
Troubles de l'humeur	79	14	88	17	108	21	96	20
Anxiété, adaptation	26	5	37	7	39	8	31	6
Personnalité et comportement	180	33	155	30	174	34	154	31

⁸ La CIM-10 Classification internationale des maladies (10ème révision) est une norme internationale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour présenter l'information sur les diagnostics cliniques.

2.2.5 Profil des usagers de dd lors de leur admission

Ne sont présentés dans ce chapitre que le profil des patients au CSM présentant un diagnostic pour consommation de drogues dures (opiacés et/ou cocaïne) à partir de la statistique OPALE.

L'âge moyen des patients augmente durant cette période de 29 à 32 ans, avec un minimum de zéro année en 1999 (sevrage de nourrissons) et un maximum oscillant entre 50 et 63 ans. La proportion des moins de 25 ans diminue, passant de 26 à 19%, tandis que les plus de 30 ans constituent en 2001 56% de la clientèle du CSM (42% en 1998). Le pourcentage de femmes reste stable, autour de 35%.

La proportion de personnes sans domicile fixe augmente progressivement, passant de 7 à 13% en quatre ans, ce qui représente 51 personnes en 2001. Les personnes sans activité professionnelle constituent une très grande majorité de la clientèle puisqu'elles sont près de 80%. Leur niveau de formation atteint ne varie pas au cours de la période et reste faible (56% ont seulement la formation obligatoire en 2001).

Tableau 2.4 Profil des patients présentant un diagnostic de toxicomanie aux drogues dures, CSM 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de patients	498		473		452		434	
Femmes	168	34	168	35	153	34	156	36
Age								
min-max		16-63		0-50		18-63		18-54
Age moyen		29.8		30.5		31.5		31.9
Age médian		29		30		31		32
<=15			1	0				
16 à 20 ans	27	5	20	4	18	4	15	4
21 à 25 ans	105	21	91	19	79	18	64	15
26 à 30 ans	155	31	136	29	108	24	112	26
31 ans et plus	211	42	225	48	247	55	243	56
Domicile								
Sans domicile fixe	31	7	47	11	44	10	51	13
Fixe privé	398	85	362	82	346	82	327	80
Institution	39	8	34	8	33	8	31	8
Travail								
En formation	8	2	10	2	9	2	11	3
Activité professionnelle	79	16	69	15	69	16	81	19
Sans activité prof.	396	82	380	83	362	82	328	78
Niveau de formation								
Formation obligatoire	240	60	237	61	220	58	201	56
Apprentissage	127	32	117	30	129	34	126	35
Formation supérieure	33	8	34	9	28	7	33	9

2.2.6 Activités de la structure

Le CSM propose quatre programmes de prise en charge, allant du bas seuil au haut seuil, et faisant l'objet désormais d'une formalisation. Il s'agit d'un programme soutien, d'un programme de développement des ressources (pour la prise en charge des comorbidités), d'un programme standard, ou "motivationnel" et d'un programme autonomie, qui concerne l'abstinence et le résidentiel. Il s'agit là avant tout d'un outil de travail. En effet, ces programmes ne sont pas exclusifs et le passage d'un programme à l'autre peut intervenir en cours de traitement.

■ Prise en charge médicale

La description de la prise en charge médicale concerne uniquement les personnes ayant un diagnostic de dépendance aux drogues dures. Environ deux tiers des patients du CSM viennent au centre sans intermédiaire et environ 30% sont adressés par un médecin installé ou un hôpital.

Pour 60% des usagers, le traitement inscrit dans la statistique OPALE est un traitement de substitution. Cette proportion reste stable au cours de la période considérée. Les offres sous forme de sevrage diminuent pendant la même période et passent de 21 à 11%. Parmi les autres traitements proposés, les investigations et le travail de consultation constituent environ 12 à 14% des interventions. Les interventions de crise sont peu nombreuses à l'exception de l'année 2001 où 33 admissions ont eu besoin de ce mode de traitement. Sinon, la répartition des traitements offerts est, à quelques variations près, similaire au cours des années.

Ainsi, à l'exception de 1996, première année d'ouverture, il y a eu chaque année plus de 250 personnes différentes qui ont suivi un traitement de substitution à un moment ou un autre au cours de l'année.

Tableau 2.5 Nature du traitement, CSM 1998-2001, diagnostic dépendances aux dd

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre total d'admissions dd	504		479		463		441	
Adressé par								
Sans intermédiaire	357	72	305	64	281	61	281	65
Médecin ou hôpital	107	21	132	28	145	32	127	29
Structures spécialisées dd	35	7	39	8	33	7	27	6
Nature du traitement								
Investigation et consultation	63	12	59	11	61	11	69	14
Intervention de crise	4	1	10	2	17	3	33	7
Autres traitements psychiatriques	10	2	16	3	23	5	12	2
Traitement psycho-social	29	5	20	4	19	4	17	4
Traitement de substitution	277	51	278	53	274	54	259	53
Sevrage	111	20	91	17	75	15	55	11
Suivi post-sevrage	22	4	27	5	21	4	14	3

L'augmentation des « interventions de crise » reflète une adaptation du CSM à la réalité du monde de la toxicomanie ; il a en effet développé ce mode d'intervention pour faire face aux situations de crises que peut connaître un usager. Le cadre posé par le CSM permet alors de

stabiliser la personne avant de pouvoir la réorienter dans le réseau, par exemple chez son médecin.

Pour une partie de la clientèle, la dispensation de méthadone et l'acte infirmier qui l'accompagne sont offerts dans les locaux du CSM. Depuis 1998, pour simplifier la rémunération, un "forfait méthadone" a été établi et correspond à la dispensation de la substance, incluant l'acte infirmier, pendant une semaine. La durée de cette dispensation est par contre extrêmement variable selon les usagers : en moyenne, il s'agit de 25 forfaits méthadone par an et par personne. La diminution observée de 'forfaits' méthadone en 1999 et 2000 était visée par l'équipe, notamment dans la perspective du développement des collaborations avec les pharmacies. L'augmentation de 2001 s'explique notamment par le fait que les pharmacies sont parfois débordées (30 à 40 pharmacies seulement sur les 150 installées acceptent de faire de la remise de méthadone).

Tableau 2.6 Dispensation de la méthadone, CSM, 1998-2001

Année	1998	1999	2000	2001
Nombre total d'admissions dd	504	479	463	441
Nombre de traitements de substitution	277	278	274	259
Dont distribué au CSM	272	245	235	253
Nombre total de "forfaits" méthadone	6510	5090	5405	6357

La durée des suivis au CSM ne peut être estimée sur la base de la statistique OPALE. En effet, les dossiers sont parfois fermés longtemps après le dernier contact avec un patient pour lequel un retour était attendu ou espéré. Ainsi, pour 102 des 305 dossiers fermés en 1999, il n'y avait aucune prestation enregistrée dans OPALE au cours de l'année.

■ Prise en charge socio-éducative

L'équipe socio-éducative du CSM a dès le départ été confrontée à la nécessité de définir et de défendre une prise en charge socio-éducative face à la prise en charge médicale. Dans une perspective interdisciplinaire, le socio-éducatif est en première ligne, avec les autres corps de métier. Cette spécificité bénéficie actuellement d'une certaine pérennité.

L'intervention de cette équipe s'articule autour de deux axes principaux, le travail d'accompagnement motivationnel et les spécificités sociales de liaison avec les services sociaux. Dans ce cadre, des co-références sont également établies pour des bilans sociaux ; elles sont alors organisées, et se font en fonction de la réalité du patient.

La prise en charge met l'accent non pas sur le diagnostic, mais sur l'accompagnement. De façon pragmatique, le travail est centré sur la personne et ses ressources, en s'appuyant sur les projets de la personne et en travaillant "au maximum de ses exigences", afin de favoriser l'autonomie. Cette prise en charge s'est approfondie et améliorée depuis quatre ans. Néanmoins, le responsable de l'équipe socio-éducative relève qu'un effort constant doit être fourni de façon à se centrer davantage sur la personne, son projet de vie et sa réinsertion sociale que sur son diagnostic psychiatrique.

Pour cette équipe, le suivi éducatif et thérapeutique consiste essentiellement à travailler les mécanismes globaux de la dépendance. A partir de là, un projet de vie pourra être élaboré et des objectifs pourront être fixés et évalués périodiquement. Le suivi social correspond pour l'équipe

du CSM au développement du savoir-faire chez l'individu et comporte donc les aspects "techniques" liés à la réinsertion (logement, dettes, etc.). Il découle d'un travail préalable sur le savoir-être, mais surtout d'un travail autour de la consommation. Le poids porté sur la continuité du projet de vie implique, notamment lors de l'orientation d'un usager vers d'autres intervenants du dispositif socio-sanitaire, de soutenir les projets de l'usager, d'expliquer et de défendre le trajet déjà parcouru. L'équipe sert dès lors de caution et de "mémoire" de la trajectoire de l'usager. Un travail important est fait pour impliquer ou réimpliquer les autres acteurs du social en redonnant du sens à leur intervention. Ces aspects, qui consistent à être garants d'une certaine continuité face et avec le réseau, ont été la découverte d'un nouveau rôle par rapport aux objectifs de départ.

■ PPMT⁹

L'objectif à long terme poursuivi à travers les activités du PPMT, dont la supervision est assurée par le CSM, a été atteint et un nombre important de médecins participent à cette formation. Depuis le début de 2002, il a été convenu avec l'AVMCT¹⁰ de sectoriser ces activités : l'AVMCT devient responsable de l'animation, mais chaque secteur psychiatrique s'occupe de l'expertise, le CSM restant le centre de référence. Ainsi, on obtient quatre centres PPMT formés d'animateurs et d'experts. De plus, un tournus des experts entre les régions est prévu pour favoriser l'échange d'expériences. Ces PPMT bénéficient en plus de l'appui du COROMA¹¹ et notamment de son site internet, du forum on-line et des brochures Flash-addiction.

■ Formation et recherche

On peut relever dans le domaine de la toxicomanie une augmentation des offres de formation, soit dans le cadre de la Division d'abus de substances, soit à travers la PMU, qui multiplie les occasions de contact entre médecins généralistes et les médecins du CSM.

Le CSM s'est notamment rapproché du Centre de traitement en alcoologie (CTA) et des modalités de collaborations ont été définies entre les deux unités. Il s'agit entre autres, d'échanger les expériences respectives et de favoriser les échanges entre médecins psychiatres et internistes, de promouvoir une formation post-grade commune et de faire de la recherche si possible avec les mêmes instruments, mais sur des populations différentes.

Par ailleurs, différentes recherches sont menées au Centre St-Martin : une recherche sur les drop out (thèse menée par le chef de clinique psychiatre), une thèse sur la cohorte de patients suivis par le médecin de rue, une autre sur les besoins des médecins généralistes ayant des méthadoniens dans leur clientèle, pour ne citer que quelques uns des thèmes abordés.

De plus, des colloques avec l'équipe de la Calypso permettent d'échanger sur les recherches en cours dans les deux institutions.

2.2.7 Gestion

Depuis son ouverture, l'équipe du CSM est pluridisciplinaire, composée de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Un poste

⁹ Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie.

¹⁰ Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie.

¹¹ Collège romand de médecine de l'addiction, <http://www.romandieaddiction.ch>.

supplémentaire d'assistant social a pu être créé en 1998, suite à son financement par la COREL. L'équipe médicale a été redistribuée au sein de l'unité de toxicodépendance, avec la création d'un poste de chef de clinique (50%) supplémentaire au CSM en 2002, ainsi que l'octroi d'un deuxième médecin assistant travaillant à 50% au CSM et à 50% à la Calypso.

Tableau 2.7 CSM : postes disponibles, 2002

Centre St Martin	2002
	Taux (%)
Médecin cadre	80
Chef de clinique	230
Médecin assistant	150
Psychologue	60
Service social	370
Service infirmier	460
Total médico-social	1350
Secrétariat	200
Employés d'exploitation	50
Total non médico-social	250
Total général	1600

2.3 UNITE AMBULATOIRE SPECIALISEE POUR TOXICODEPENDANTS (UAS) : (CHABLAIS, PAYS-D'ENHAUT, RIVIERA, LAVAUX)

2.3.1 Historique et objectifs

L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) a ouvert ses portes en mars 1998, à Montreux. Elle a pour vocation l'accueil, l'orientation et le traitement d'accès facilités pour la population toxicodépendante. Elle poursuit les objectifs suivants :

- l'orientation rapide des patients toxicomanes par une évaluation et une réponse multidisciplinaire (permanence assurée à tour de rôle par un membre de l'équipe médico-psychologique-infirmière);
- le suivi et la maintenance en traitement en utilisant les ressources des intervenants de la chaîne thérapeutique, mais également en initiant des traitements de substitution et en offrant des possibilités de sevrage ambulatoire ou hospitalier;
- les suivis sociaux et la coordination sociale avec les services sociaux communaux;
- le soutien du réseau existant par une aide ponctuelle ou plus prolongée et par une participation à des groupes de réflexion et de conseil;
- la prévention secondaire et tertiaire des problèmes physiques, sous forme d'une permanence somatique assurée quelques heures par semaine.

La spécificité de l'UAS par rapport à d'autres centres est d'avoir choisi, avant même l'ouverture de la structure, de concentrer les ressources à disposition sur la prise en charge et le traitement médico-psychiatrique des personnes toxicodépendantes. Parallèlement, l'équipe en lien avec le réseau existant a discuté et défini des modalités de collaboration pour gérer les autres demandes des usagers et surtout les missions d'accueil et de suivis sociaux ou socio-éducatifs.

2.3.2 Organisation interne

L'UAS est ouverte du lundi au vendredi de 9 à 18 h. Les nouveaux cas se présentent soit sur rendez-vous, soit à la permanence assurée tous les jours de 15h à 16h par un duo thérapeutique (médecin/psychologue et infirmier).

L'intérêt de cette articulation initiale en duo thérapeutique permet de garantir d'emblée un suivi continu entre le premier entretien et l'articulation ultérieure du traitement proposé, puisque dans la majorité des cas, les intervenants présents lors du premier entretien vont rester les référents du patient par la suite.

Lors du premier entretien, les différentes dimensions de la problématique présentée par le patient sont évaluées : évaluation de la consommation, anamnèse somatique, psychiatrique, sociale, situation judiciaire et contextuelle. Toutes les nouvelles situations sont discutées dans un colloque bihebdomadaire d'indication, où se décident les possibilités de réorientation, les options thérapeutiques pharmacologiques, les premiers objectifs du traitement et les priorités à donner aux investigations futures, si le traitement se poursuit à l'UAS.

L'UAS a clairement une identité psychiatrique, du fait de son rattachement au secteur psychiatrique publique de l'Est Vaudois et par l'expérience en majorité psychiatrique des membres qui composent son équipe (souvent des doubles formations pour les infirmiers, par exemple : médecine somatique et psychiatrie ou santé communautaire et psychiatrie). De plus, l'UAS travaille dans une optique psychodynamique en référence au corpus psychanalytique, comme le reste du secteur dans lequel elle est intégrée.

Un colloque hebdomadaire, ainsi que des moments de synthèse avec le cadre répondant et les référents du patient, permettent de réorienter le traitement et de définir des objectifs nouveaux en fonction de l'évolution du patient.

L'équipe est particulièrement en contact avec les assistants sociaux des centres sociaux régionaux ; il lui revient d'articuler (parfois en urgence) le lien et le fonctionnement en réseau avec les assistants sociaux ou avec les travailleurs de proximité et de participer au débroussaillage de situations administratives complexes. Une infirmière (référent SIDA) fait plus spécifiquement le lien avec le médecin-assistant somaticien et s'occupe de programmer les bilans de santé, les tests hépatiques et VIH. Elle a également une activité dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire au sein de l'unité.

L'équipe infirmière gère le local de méthadone, la dispensation du traitement effectuée par l'infirmier référent du patient dans les deux tranches horaires préalablement définies (11h30 - 13h; 16h-18h) ainsi que les tests d'urine. Ces moments sont notamment l'occasion de discuter les consommations annexes, de régler des questions d'adaptation du dosage médicamenteux, d'assurer le pôle psycho-éducatif de la relation.

Les autres thérapeutes (psychologues, psychiatres) sont impliqués dans les entretiens de bilan, dans le travail et la redéfinition régulière de nouveaux objectifs de traitement avec le patient et son référent infirmier. Ils sont également sollicités pour des évaluations et des suivis psychiatriques "type policlinique" pour un collectif de patients envoyés par un médecin généraliste. Ils ont une activité de liaison avec le milieu hospitalier somatique et psychiatrique et

s'occupent plus spécifiquement d'organiser des entretiens de réseau avec l'entourage, la famille, les autres intervenants, si nécessaire.

2.3.3 Méthodes d'évaluation

L'utilisation et l'analyse systématique du fichier des institutions psychiatriques (OPALE) permet de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres, ainsi que leur fréquentation. Le suivi de dossiers développé durant les deux premières périodes d'évaluation a donc été remplacé par une analyse plus systématique des fichiers statistiques existants.

Des réunions de suivi avec l'équipe ont continué à avoir lieu une à deux fois par année.

2.3.4 Fréquentation de la structure

Au cours de l'année 2001, 203 admissions ont été enregistrées. Une personne pouvant avoir plusieurs admissions au cours d'une même année, ce chiffre correspond à 180 personnes différentes (188 personnes pour 193 admissions en 2000).

Tableau 2.8 Nombre totale d'admissions et de patients par année, UAS 2000-2001

	2000		2001	
	n	%	n	%
Nb d'admissions	193		203	
Nb de patients	188		180	
% de femmes¹		34		34
Age moyen¹	30.2		30.7	
Age médian¹	29		30	
Age min-max¹	17-51		15-48	

¹ Calculés sur le total de patients.

Les opiacés sont le type de produit le plus fréquemment mentionné dans les diagnostics (83 à 89% des cas), suivis des problèmes liés à la cocaïne qui concernent de 4 à 7% des admissions. Les benzodiazépines apparaissent dans 5% des admissions en 2001. Le diagnostic « toxicomanie à des produits multiples » reste stable et apparaît pour 4% des admissions. Toutefois, à l'admission les situations de poly-toxicomanie sont sous-estimées.

Au total, la consommation de drogues dures (héroïne et/ou cocaïne) figure dans 85% des admissions en 2001 (90% en 2000). Dans environ 4% des admissions, il y a une toxicomanie conjointe à l'héroïne et à la cocaïne. De l'avis de l'équipe, la cocaïne est cependant sous-codifiée lors du remplissage du formulaire OPALE : le pourcentage indiqué ne reprendrait que les personnes consommant régulièrement, et de manière importante, de la cocaïne et les consommations occasionnelles ou récréatives ne seraient pas relevées.

Tableau 2.9 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions UAS 2000-2001

Produit impliqué	2000		2001	
	n	%	n	%
Opiacé	172	89	168	83
Cocaïne	7	4	14	7
Benzodiazépine	6	3	10	5
Cannabis	3	2	1	0
Hallucinogène	0	0	1	0
Alcool	8	4	6	3
Multiples produits	6	3	7	4
Total dd opiacé ou cocaïne	173	90	173	85
Opiacé et cocaïne	6	3	8	4

Seulement 1 à 2 patients consultant ont comme seul produit mentionné le cannabis. La mention de benzodiazépines, à l'exclusion d'une drogue dure, ne concerne également que deux patients. Enfin, l'imprécision quant aux produits concernés lorsque la consommation de multiples produits est le seul diagnostic de toxicomanie indiqué, pose le problème ou non de l'intégration de ces cas dans l'analyse des personnes dépendantes aux drogues dures. Ce groupe représente 5% des personnes ayant fréquenté l'UAS en 2001.

De l'avis de l'équipe, la codification « multiples produits » indique en général une consommation conjointe au moins d'héroïne, de cocaïne et de benzodiazépines. Cependant, comme cette catégorie n'est pas contrôlable pour l'ensemble de la statistique OPALÉ, nous avons choisi de ne pas l'inclure par la suite dans le profil de la clientèle.

Le pourcentage d'admissions comportant au minimum un diagnostic psychiatrique en plus de la toxicomanie est de 71% en 2001. Les troubles les plus souvent cités sont les troubles de la personnalité et du comportement (47%), suivis des troubles psychotiques (20%). Les troubles de l'humeur ou l'anxiété sont mentionnés pour 3 à 6% des admissions. Quand au 30% de patients sans diagnostic psychiatrique, il s'agit des diagnostics incertains non codifiés.

Tableau 2.10 Diagnostics psychiatriques, ensemble des admissions, UAS 2000-2001

	2000		2001	
	n	%	n	%
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	138	72	148	71
Diagnostic psychiatrique				
Troubles psychotiques	41	21	41	20
Troubles de l'humeur	9	5	13	6
Anxiété, adaptation	5	3	5	3
Personnalité et comportement	90	47	95	47

2.3.5 Profil des usagers lors de leur admission

Ne sont présentés dans ce chapitre que le profil des patients de l'UAS ayant un diagnostic pour consommation de drogues dures (opiacés et/ou cocaïne) à partir de la statistique OPALE.

L'âge moyen des patients est stable, avec un minimum de 15 ans en 2001 et un maximum oscillant autour de 50 ans. La proportion des moins de 25 ans est de 22%, tandis que les plus de 30 ans constituent, en 2001, 45% de la clientèle. Le pourcentage de femmes reste également stable, autour de 32%.

Tableau 2.11 Profil des patients présentant un diagnostic de toxicomanie aux drogues dures, UAS 2000-2001

	2000		2001	
	n	%	n	%
Effectifs	169		158	
Nb femmes	56	33	51	32
Age				
Min-max	17-47		15-48	
Age moyen	30		31	
Age médian	29		30	
15 à 20 ans	6	4	9	6
21 à 25 ans	34	20	25	16
26 à 30 ans	53	31	53	34
31 ans à 35 ans	42	25	39	25
36 ans et plus	34	20	32	20
Travail				
Sans travail	55	48	48	44
Régulier	39	34	32	30
Occasionnel	0	0	0	0
En formation	3	3	9	8
Rente	14	12	16	15
Travail ménager	2	2	2	2
Données manquantes	55		50	
Niveau de formation				
Formation obligatoire	50	50	48	52
Apprentissage	43	43	38	41
Formation supérieure	7	7	7	7
Données manquantes	69		65	

Les personnes sans activité professionnelle constituent entre 44 et 48% de la clientèle et environ un tiers des patients de l'UAS a un travail régulier, à plein temps ou à temps partiel. Leur niveau de formation atteint ne varie pas au cours de la période et reste faible (52% ont seulement la formation obligatoire en 2001). Les données telles que collectées par l'UAS ne donnent pas d'indication sur le mode de vie au moment de l'entrée. La seule indication est la provenance à l'admission qui est le domicile pour 88% des personnes, en 2001. Les 12% restant viennent d'hôpitaux, de prison ou d'autres institutions.

Il serait souhaitable que les rubriques travail, formation et mode de vie soient à l'avenir plus systématiquement remplies pour assurer une meilleure interprétation des données et de leur évolution.

2.3.6 Prise en charge médicale

La description de la prise en charge médicale concerne uniquement les admissions de personnes ayant un diagnostic de dépendance aux drogues dures. Entre un tiers et la moitié des admissions à l'UAS viennent au centre sans intermédiaire et environ 40 à 50% sont adressées par un médecin installé ou un hôpital.

Pour plus de 50% des admissions, le traitement inscrit dans la statistique OPALE est un traitement de substitution¹². Parmi les autres traitements proposés, les investigations et l'évaluation soit psychiatrique soit pour une cure de méthadone constituent 38% des interventions en 2001. L'équipe de l'UAS a élaboré une diversité de prise en charge, en plus du traitement médical de la dépendance, adaptée aux situations des patients suivis.

Les traitements proposés sont des traitements psychiatriques ou des psychothérapies. L'UAS a développé un modèle de consultation spécialisée au cabinet du généraliste, permettant un travail conjoint dans des situations lourdes, qui restent ainsi dans le circuit des soins de premier recours. C'est ce que l'équipe a nommé "aide au suivi médical". Ceci permet aussi de transférer certaines situations cliniques de l'UAS dans le circuit de soins de premier recours.

Quant à la continuité des soins, il s'agit d'une activité spécifiquement infirmière qui se rapporte à des situations de patients psychotiques, dont le traitement global de la psychopathologie et de la toxicomanie est arrivé à son terme et qui ont besoin sur le long terme d'une approche relationnelle au long cours, avec une personne investie. C'est aussi une manière de sortir du circuit de soins propre à l'UAS pour rejoindre une activité infirmière propre au secteur. Le suivi de l'abstinence intervient après que le traitement de maintenance soit terminé et consiste en la proposition d'une suite de traitement axé spécifiquement sur les stratégies de maintien de l'abstinence et d'une interrogation sur le fonctionnement psychologique de la personne, ceci dans le cadre d'un contrat de 6 mois renouvelable si nécessaire.

Pour certains patients, la prise en charge proposée consiste uniquement en la prescription d'une cure de méthadone et vise principalement à maintenir le patient dans le dispositif de soins. Pour d'autres, le traitement de substitution peut s'accompagner d'un suivi psychiatrique (entretiens et médication supplémentaire selon les troubles observés), d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui peut être faite avec un infirmier, mais le plus souvent avec un psychologue ou un psychiatre, des approches corporelles telles que des cures PACKS, des massages ou encore une thérapie englobant des proches de l'usager (couple, famille) ou avec le réseau de soins.

Plusieurs traitements pouvant ainsi être administrés en parallèle, les traitements de substitution concernent en tout 66% des admissions en 2001, si l'on se base sur les données de distribution de la méthadone.

Une partie des patients ont un rapport ponctuel (hebdomadaire) avec l'unité et utilise le dispositif de dispensation de méthadone en pharmacie (une quarantaine de situations) et de la médication. Le contact avec le pharmacien est l'apanage de l'équipe infirmière et du thérapeute référent du patient. Les questions d'aménagements du cadre thérapeutique relèvent d'entretiens communs réguliers entre le thérapeute référent et l'infirmier référent.

¹² Comme il n'existe qu'une seule position dans le fichier statistique pour la nature du traitement, ces résultats présentent une sous-estimation des traitements, un traitement de substitution pouvant être mené parallèlement à une psychothérapie, par exemple.

Tableau 2.12 Provenance et nature du traitement, UAS 2000-2001, admissions avec diagnostic dépendance aux drogues dures

	2000		2001	
	n	%	n	%
Nombre total d'admissions dd¹	173		173	
Adressé par				
Sans intermédiaire	81	47	63	36
Famille, proche	15	9	13	8
Médecin ou hôpital	71	40	87	50
Structures spécialisées dd	6	4	10	6
Nature du traitement				
Investigation et évaluation	53	29	56	38
Psychothérapie	5	3	5	3
Autres traitements psychiatriques	10	6	8	5
Traitement psycho-social	1	1	2	1
Traitement de substitution	101	58	92	53
Sevrage	3	2	1	1
Aide au suivi			5	3
Continuité des soins			4	2

¹ dd = drogues dures

Tableau 2.13 Dispensation de la méthadone, UAS 2000-2001

	2000	2001
Nombre total d'admissions	173	173
Nombre de traitements de substitution	126	114
Dont distribué à l'UAS	?	?
Nombre total de "forfaits" méthadone	3867	3856

Un "forfait" correspond à une semaine de dispensation, incluant l'acte infirmier.

Le nombre de consultations est stable et, pour l'ensemble des patients suivis durant 2001, le total des consultations effectuées par l'équipe de l'UAS s'élève à 3043 (2511 en 1998). Pour 2001 les consultations se répartissent de la façon suivante : 266 consultations de médecins psychiatres, 80 de médecins somaticiens, 201 sont des consultations psychologiques, 682 des consultations infirmières et 971 des consultations multidisciplinaires. Ces dernières sont en nette augmentation par rapport à 1998 (534).

Le nombre de forfaits méthadone¹³ facturés est également resté stable avec un total pour 2001 de 3856 forfaits.

Relevons qu'à l'instar du reste du secteur psychiatrique de l'Est vaudois, l'UAS a fait une démarche qualité et a été certifiée ISO 9001 durant l'année 2000. A partir de procédures établies, l'équipe a construit, avec l'aide d'une société informatique, son propre programme informatique

¹³ Il s'agit, comme pour le centre St Martin, de forfaits hebdomadaires.

de gestion du dossier patient, et de l'intégralité de la prescription de méthadone et de la médication.

2.3.7 Autres activités

■ Formation

En plus des activités cliniques, l'UAS participe activement à la formation dans le domaine de la prise en charge de personnes toxicodépendantes dans le cadre de la Fondation de Nant et dans le cadre de la formation des médecins assistants en psychiatrie. L'équipe participe par ailleurs à différents congrès, ainsi qu'à la recherche sur le sevrage financée par le Fond National Suisse de la Recherche Scientifique (FNRS).

L'UAS assume également une participation au mandat fédéral en matière de formation et est représentée dans chaque sous-groupe professionnel de formation (psytox-psychologue), APsyVA¹⁴, formation des élèves infirmiers (Subriez), stagiaires, groupe de travail dans la prévention tertiaire.

L'UAS est également partie prenante dans le développement et la mise sur pied du Projet AZIMUT à Bex. L'UAS représente le pôle médico-psychiatrique de la consultation Azimut, dans le cadre d'une structure socio-psychiatrique. L'UAS élargit son mandat aux traitements des dépendances au sens large. Azimut est un projet co-financé par le réseau de soin de la Fédération de Soins du Chablais (FSC) et le Canton de Vaud.

■ PPMT

Avec la régionalisation des activités de PPMT, l'UAS a été choisie comme expert régional pour la Riviera et assure ainsi une supervision auprès des médecins de l'AVMCT qui ont en charge des patients toxicodépendants.

2.3.8 Collaborations et issue de la prise en charge

L'UAS, avant même l'ouverture du centre, a entamé des discussions pour établir des modes de collaboration avec le reste du dispositif socio-sanitaire de la région. La spécificité du mode de collaboration mis en place à l'UAS avec les autres membres du réseau réside dans le regroupement, sous le même toit, de compétences pluridisciplinaires - médico-psychologique, infirmière, sociale et éducative -. Toutefois les assistants sociaux, s'ils se déplacent volontiers à l'UAS le font dans le cadre de leur mandat CSR¹⁵. Cette situation, si elle nécessite une collaboration rapprochée et une grande confiance en les partenaires du réseau, s'avère précieuse puisqu'elle offre à l'utilisateur la possibilité de rencontrer différents intervenants soit dans les locaux de l'UAS, soit dans leurs bureaux respectifs (par exemple le bureau des services sociaux). Pour les intervenants des différentes équipes cela permet de maintenir plus facilement une forme d'indépendance dans l'orientation de leur travail et dans la définition de leur intervention.

La mise sur pied de ces collaborations, ainsi que les nécessaires discussions et réajustements en cours de suivis ne se font pas sans demander des ressources considérables en temps et en investissement personnel.

¹⁴ APsyVA : Association des psychologues vaudois concernés par les addictions.

¹⁵ CSR : Centre social régional.

La collaboration entre ACT et l'UAS a pris différentes formes. Au départ, la collaboration mise en place par les deux structures consistait en une présence régulière dans les locaux de l'UAS d'un collaborateur d'ACT, ainsi qu'en des bilans, si la nécessité s'en faisait sentir pour un "patient-usager" commun. Ce mode de collaboration a rapidement été mis en question du fait de manières de travailler très différentes, avec une prise en charge médico-psychiatrique d'un côté, et un travail de rue et d'accueil bas-seuil de l'autre. Des réunions de suivis ont permis d'éclaircir les rôles respectifs et ont débouché sur la rédaction d'un protocole de collaboration. Ce protocole règle le mode d'intervention à respecter dans différents cas de figure, par ex. lorsqu'un usager vient demander une cure à ACT ou que la gestion d'une cure est déléguée à ACT. C'est également le cas autour d'une situation commune lorsque l'usager passe d'une structure à l'autre. Des réflexions sont aussi en cours sur le travail qui pourrait être fait en commun notamment autour de la question de la prévention du Sida. Actuellement des échanges ont lieu autour de situations communes dans le cadre de la campagne contre l'hépatite C ou encore pour des échanges d'informations.

Par ailleurs, l'UAS collabore de manière rapprochée avec le projet Azimut, structure pluridisciplinaire qui s'occupe de dépendances au sens large et qui dessert la région du Chaablais.

2.3.9 Gestion

En 1999, l'équipe se composait d'un médecin psychiatre responsable de l'unité (80%), d'une équipe médico-psychologique (180%) et d'une équipe infirmière (400%). Les postes supplémentaires créés en 1999, soit un poste à 100% pour l'équipe infirmière et 30% de plus pour le poste de médecin assistant, ont été financés par l'institution sans augmentation du budget de l'UAS par la santé publique.

Tableau 2.14 UAS : Postes disponibles, 1999-2001

	1999	2000	2001
	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)
Médecin adjoint	80	80	80
Médecins assistants	80	80	70
Psychologues	100	100	110
Infirmière ICUS	80	80	80
Infirmiers	320	320	320
Total médico-social	660	660	660
Personnel administratif	100	100	100
Personnel de maison	35	35	35
Total non médico-social	135	135	135
Total général	795	795	795

3 CENTRES DE TRAITEMENT RESIDENTIEL

3.1 METHODES D'EVALUATION

La récolte d'informations sur la clientèle des structures résidentielles du canton de Vaud s'est faite à l'aide de deux outils. D'une part la statistique FOS, qui permet de dresser le profil de la clientèle (variables socio-démographiques), mais aussi les liens des résidents avec le produit (type de produit consommé, durée, mode et fréquence de la consommation) et, de l'autre, des réunions de suivi avec l'équipe. Ces réunions ont eu pour objectif d'aborder dans un premier temps la mise sur pied de l'évaluation puis, dans un deuxième temps, des aspects relatifs au mode de prise en charge, ainsi qu'à l'organisation de la structure.

3.1.1 Données (FOS)

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation du traitement résidentiel de la toxicomanie (FOS)¹⁶ décrit annuellement la clientèle de centres de traitement résidentiel en Suisse. Les structures résidentielles du canton de Vaud ont intégré la statistique FOS au cours de l'année 1998, à l'exception de Narconon qui, de ce fait, n'a pas été incluse dans l'évaluation.

La statistique FOS est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la toxicomanie. La plupart des questions concernant l'insertion et la consommation avant l'admission distinguent deux périodes : le mois avant « la cure de désintoxication précédant l'admission » et 12 mois avant « la cure de désintoxication précédant l'admission ». Dans le cas d'institutions pour lesquelles la transition par un sevrage n'est pas obligatoire (Le Relais, le Levant), nous avons considéré que cette période correspondait au mois précédant l'admission. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident. Il contient des informations à la fois sur le mode de sortie du résident et sur un éventuel programme d'enchaînement ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle prévue pour le résident.

Les données présentées ici couvrent quatre années soit de 1998 à 2001. Un certain nombre de problèmes se sont posés cependant pour leur exploitation. Pour 1998 tout d'abord, le nombre de résidents pour lesquels un questionnaire d'entrée a été rempli ne couvre pas l'ensemble de la clientèle, vu que l'adhésion s'est faite en cours d'année. Au contraire, pour 2001, un nombre plus élevé de questionnaires a été rempli contenant, toutefois, beaucoup de données manquantes. Ceci est lié notamment aux bouleversements qu'a connus la structure de Bartimée durant cette année, qui ont induit une rotation semblerait-il plus rapide des résidents. L'année 2000 pose également des problèmes car, pour le Relais, seules les informations concernant l'âge et le sexe sont disponibles¹⁷.

La comparaison entre les différentes années étant extrêmement difficile lorsque les données manquantes sont nombreuses, nous avons choisi de regrouper celles-ci de 1998 à 2001 et de présenter ici les résultats de l'ensemble de la période. De plus, nous avons fait le choix de présenter les pourcentages calculés non pas sur l'effectif total des résidents, mais en excluant les données

¹⁶ FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

¹⁷ Le *deadline* pour le renvoi des questionnaires ayant été avancé, les questionnaires sont arrivés trop tard et n'ont plus été intégrés par l'ISF.

manquantes. Le nombre de ces dernières figure dans les tableaux en dessous de chaque indicateur. Les résultats, par année, figurent en annexe. Le profil de l'ensemble de la clientèle des structures résidentielles vaudoises participant à FOS est présenté dans le chapitre épidémiologique du premier cahier.

3.2 FONDATION DU LEVANT A LAUSANNE

3.2.1 Historique et objectifs

Depuis 1971, le Centre du Levant accueille des personnes toxicodépendantes désireuses de poursuivre une cure d'abstinence. Son objectif général est d'offrir de nouveaux choix thérapeutiques à une clientèle qui découvrait alors les drogues dures et principalement l'héroïne.

Le centre vise pour sa clientèle plus précisément trois grands objectifs :

- l'autonomie par rapport à des produits stupéfiants,
- l'autonomie professionnelle et économique,
- l'autonomie affective, relationnelle et sociale.

Depuis 1980, l'évolution du contexte social a amené un ajustement de l'offre pour mieux tenir compte de certaines situations : adolescents toxicomanes, jeunes parents toxicomanes avec enfants, personnes présentant des troubles médico-psychiatriques en parallèle à une dépendance, difficultés de réinsertion socioprofessionnelle notamment.

L'offre de la Fondation s'est donc élargie et va désormais de l'abstinence à l'accueil pour un bilan de réflexion, en passant par une prise en charge de la comorbidité psychiatrique.

3.2.2 Organisation interne

Trois maisons accueillent les personnes désireuses d'entamer un séjour résidentiel : la Pichollette, l'Eventail et Couvet. Dans chacune de ces maisons, les équipes se composent d'un chef de maison, d'éducateurs, d'un maître socio-professionnel, d'un 50% de cuisine et de veilleurs, ainsi que d'une infirmière pour la Pichollette et l'Eventail ; dans cette dernière maison, il y a également un médecin, chef de clinique délégué par le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires (SMPP). Quant à Couvet, il y a des intervenants en théâtre. Dans chaque maison, on trouve également un stagiaire par année.

Ainsi, sans compter les stagiaires, ces équipes représentent en 2002 12,25 postes à plein temps à la Pichollette, 10,1 à l'Eventail, 7,6 à Couvet et enfin, 4,75 postes d'éducateurs au CRP.

3.2.3 Offres thérapeutiques

Pour atteindre ses objectifs, le Levant propose aux personnes toxicodépendantes une prise en charge résidentielle dans trois maisons de traitement et de soins. Elles ont en commun un concept thérapeutique écrit, basé sur une approche psycho-sociale et socio-éducative, de même que les quatre piliers de la prise en charge que sont la vie communautaire avec des activités de travail (ménage, cuisine, ateliers) et de loisirs, la confrontation avec la réalité quotidienne, les groupes ainsi que le travail avec les familles. Ces trois maisons ont aussi leurs spécificités.

▪ Accueil

- Dans le cadre de la Pichollette au Mont-sur-Lausanne, l'"Accueil" permet à des personnes qui ne veulent pas s'engager, qui ne sont pas sûres, ou qui sont en attentes d'une rente AI par exemple, de venir pour une durée de séjour de trois mois renouvelable une fois (6 mois au maximum), dans le but d'établir un bilan de leur situation ainsi qu'un projet de vie pour la suite. L'objectif est, avant tout, de permettre à la personne de se "réconcilier" avec elle-même et avec les autres, tout en collaborant avec la famille et le réseau. Dans ce but, la prise en charge consiste en un travail thérapeutique sur le déni et la motivation.
- Ces résidents renoncent à toute consommation de drogues durant leur séjour (y compris l'alcool durant le premier mois). Ils conservent cependant les prescriptions médicamenteuses et continuent à être suivis par leur médecin traitant.

▪ Abstinence

Une prise en charge visant l'abstinence est proposée au centre de Couvet (Neuchâtel). Les résidents arrivent sevrés de tout médicament pour un séjour d'une durée de 10 à 12 mois (maximum 18 mois). La prise en charge, de type communautaire, présente la particularité de recourir au théâtre (avec des professionnels) en tant qu'outil thérapeutique.

Les parents ou les mères désirant entreprendre un traitement d'abstinence sans être séparés de leurs enfants sont accueillis à la Pichollette, qui dispose d'une infrastructure pour les enfants.

▪ Doubles diagnostics

Une prise en charge de la dépendance et des problèmes d'ordre médicaux qui s'adresse à des personnes présentant un double diagnostic est proposée plus spécifiquement à l'Eventail. La présence d'une équipe infirmière appuyée par un médecin référent permet d'accueillir également des personnes en cure de méthadone.

Les familles sont ici étroitement associées aux traitements.

Quant au suivi médical, il est assuré obligatoirement par le médecin psychiatre de la Fondation, en complémentarité avec un médecin généraliste et, si nécessaire, avec un médecin spécialisé dans les affections liées au VIH.

▪ La Garderie

La garderie de la Pichollette fonctionne depuis environ sept ans. L'objectif est de proposer aux parents désireux d'entreprendre une thérapie, un lieu où ils peuvent assumer l'éducation de leur enfant, et aux enfants un espace de socialisation.

La garderie reçoit une dizaine d'enfants par année, pour la plupart en âge pré-scolaire.

3.2.4 Déroulement du séjour

La procédure d'admission est identique pour les trois maisons de traitement et de soins. Elle consiste en un à deux entretiens de pré-admission, une visite d'un des centres de traitement, ainsi que la rédaction d'une biographie (parcours de vie).

Le déroulement de la prise en charge de l'abstinence dans les maisons de la Pichollette et de Couvet comporte quatre phases d'environ trois mois chacune :

La première consiste en une période de retour et de réflexion sur soi-même. Elle vise à stabiliser et consolider le résident dans son projet d'abstinence, sans contact extérieur ; l'intégration dans la communauté en fait aussi partie. La deuxième phase est centrée sur la problématique de la dépendance et le travail avec la famille. Cette étape permet de vérifier les acquis et vise la responsabilisation dans la maison, les contacts à l'extérieur étant progressivement réintroduits. La troisième période, de renforcement et de prévention, demande une responsabilisation maximale dans la maison et la poursuite d'un travail personnel.

Si nécessaire, il existe une possibilité de prolonger le séjour (retour en arrière de tout ou d'une partie de la phase) ; celle-ci est décidée par le groupe ou la direction.

Enfin, la quatrième phase de la prise en charge consiste en un programme de réinsertion sociale et professionnelle, dans le cadre du Centre de réinsertion professionnelle (CRP)¹⁸ (voir ci-dessous).

A l'Eventail, la situation est un peu particulière. En vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques de stabilisation et de qualité de vie, le déroulement de la thérapie se fait selon un régime personnalisé, en fonction du degré d'indépendance des résidents. Toutefois, on peut distinguer trois grands moments : le travail sur le déni et la motivation en premier lieu, puis un travail centré sur la problématique de la dépendance et, enfin, un travail sur les acquis et la prévention de la rechute. Quant à la phase de réinsertion, elle peut se faire dans certains cas au CRP, d'autres fois directement avec le réseau depuis l'Eventail.

La durée de séjour n'est pas fixée au moment de l'admission, puisqu'elle dépend du projet de chacun, et n'est pas limitée dans le temps. Idéalement la gestion du traitement devrait se faire sur une année.

■ Centre de réinsertion professionnelle (CRP)

Le centre de réinsertion professionnelle (CRP) est ouvert aux personnes ayant atteint leurs objectifs thérapeutiques dans l'une des maisons du Levant (La Pichollette, Couvet ou l'Eventail). En tant que phase précédant la sortie, le CRP propose une prise en charge de 4 à 6 mois, avec pour objectif de préparer la réinsertion tant sociale que professionnelle des résidents.

Le premier mois, un bilan de la thérapie est réalisé au centre et des activités socialisantes sont proposées. Ensuite, en collaboration avec Puissance L¹⁹, les résidents travaillent à la mise à jour de leur Curriculum vitae, ainsi qu'à la construction d'un dossier professionnel.

Si tous les résidents viennent au CRP pour le bilan, des scénarios différents sont envisagés en fonction des profils, en vue d'organiser l'avenir à l'extérieur.

Durant cette quatrième phase de réinsertion professionnelle, la prise en charge, assurée par l'équipe socio-éducative du CRP, est individualisée et prend en compte les acquis et objectifs de chacun. En plus de la journée de travail à l'extérieur, les résidents ont un entretien hebdomadaire avec leur référent et participent au groupe de prévention rechute une fois par semaine.

¹⁸ Le Centre de réinsertion professionnelle (CRP) fait également partie de la Fondation du Levant.

¹⁹ Puissance L (programme ETS de la Fondation du Levant) est une structure spécifique d'aide à la réinsertion qui accueille des personnes ayant terminé leur traitement au Levant (15%) ainsi que toute personne pouvant bénéficier d'un emploi temporaire (85%).

La prise en charge au CRP est centrée sur les aspects socio-éducatifs (apprendre à se gérer, gérer son salaire, etc.) et l'intervention de PuissanceL porte sur les aspects plus techniques de l'intégration.

A l'issue de cette phase intégrante, la personne peut chercher un appartement, pour autant qu'elle dispose d'un revenu. Lorsqu'elle quitte le CRP, un suivi ambulatoire peut être assuré par le Centre d'aide et de prévention (CAP)²⁰, c'est la phase de post-cure.

3.2.5 Profil de la clientèle à l'entrée (questionnaire d'entrée, FOS)

Au total 239 personnes, soit environ 70 personnes par année, ont intégré l'une ou l'autres des maisons du Levant entre 1998 et 2001, dont environ un tiers de femmes. L'âge moyen augmente légèrement au cours des quatre ans et est passé de 28 à 29,5 ans (médiane à 28 ans) ce qui correspond à la tendance de l'ensemble des institutions vaudoises participant à FOS.

70% des résidents sont de nationalité suisse et environ 30% ont des enfants. Ce chiffre est un peu plus élevé que pour l'ensemble des résidentiels vaudois et est probablement le fruit de l'orientation d'une partie de l'offre de l'institution en faveur des femmes avec enfants et l'existence de la Garderie.

56% des résidents avaient un logement fixe durant le mois précédant l'admission et 24% ont séjourné principalement à l'hôpital, en institution ou en prison. Environ 20% des résidents étaient sans domicile fixe avant l'entrée au Levant ou avaient une solution de logement précaire au cours de la période précédant l'admission.

En ce qui concerne le travail, 63% des résidents n'ont pas travaillé un seul jour au cours des 12 mois précédant l'admission. Un quart a travaillé 60 jours ou plus.

Les principales sources de revenu sont les assurances et aides sociales qui augmentent au cours de la période de 23 à 45%. Douze à 30% déclarent des revenus illégaux, parfois en compléments à l'aide sociale. Certains ont recours à des emprunts : 6 à 22% ont plus de 30'000 fr. de dettes et 15 à 30% n'en ont aucune.

Les données disponibles montrent globalement une diminution de la consommation de toutes les substances entre 1999 et 2001. En effet, on relève en 1999, 82% de consommateurs de drogues dures durant le mois précédent leur admission, pourcentage qui passe à 59% en 2001. Les consommateurs d'héroïne étaient 59% en 1999 et 2000, contre 39% en 2001 et la consommation de cocaïne est passée de 74% en 1999 à 61% en 2000 pour atteindre 48% en 2001. Parallèlement, la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est passée de 52 à 27% entre 1999 et 2001. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figurent les benzodiazépines (45 à 27%), l'alcool (20 à 44%) et le cannabis (67 à 44%).

La proportion de consommateurs s'étant injecté au cours de leur vie indique une légère diminution allant de 94% en 1998, à 86% des résidents en 2001. Par contre, le pourcentage d'usagers rapportant avoir consommé par injection durant le mois précédant l'admission (rapporté au nombre de consommateurs ayant consommé des dd durant la même période) est élevé : 90% en 2001. Le nombre de résidents qui mentionnent une ou plusieurs overdoses durant les 12 mois précédant l'admission diminue de 53 à 22% entre 1999 et 2001. Enfin, si le taux de partage de seringues au cours du mois précédant l'admission a diminué (24 à 8%) parmi les personnes s'étant injectées au cours des 12 derniers mois, 21% ont déclaré avoir transmis ou partagé une seringue usagée durant la même période.

²⁰ Le CAP, ou Centre d'aide et de prévention du Levant, est un centre ambulatoire spécialisé, composé d'une équipe pluridisciplinaire mais non médicalisée.

Au niveau de la santé, 68% des résidents déclarent avoir déjà souffert d'une hépatite. Les données transmises par FOS ne nous permettent cependant pas de distinguer selon le type d'hépatite ni de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées. Plus de 90% des résidents ont déjà fait un test VIH. Parmi eux 13% déclarent un résultat positif en 2001.

60% des résidents ont bénéficié d'un traitement de substitution à la méthadone au cours de leur vie. Un pourcentage légèrement moins élevé a suivi un sevrage soit ambulatoire soit résidentiel. Seuls 8% des résidents n'avaient suivi aucun traitement pour leur toxicomanie avant l'entrée au Levant. La proportion des résidents dont l'entrée au Levant suit immédiatement le sevrage diminue et passe de 65% en 1999 à 27% en 2001, tandis que la part d'entrées suite à un séjour en résidentiel augmente de 24 à 49% durant la même période.

Au cours des années observées, près de la moitié des résidents a effectué un séjour en prison pour un motif en relation avec la drogue.

Les données concernant l'âge du début de la consommation selon le produit sont proches des données vaudoises. La consommation d'héroïne commence en moyenne à 18-19 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail entre 20 et 21 ans.

Les consommations de drogues lors des sorties régulières ou de fugues sont relativement souvent relatées en 1998 et 1999 ; pour les deux années suivantes, elles diminuent fortement. Les produits les plus consommés à cette occasion sont l'héroïne, le cannabis et la cocaïne. Des contrôles systématiques sont faits sous forme de prises d'urine. Dans le cas de résultats positifs, une prise en charge autour de ces consommations est mise en place sous forme de programmes de prévention rechute.

Tableau 3.1 Le Levant : profil des entrées, FOS 1998-2001

	1998-2001	
	n	%
Effectifs	239	
Nb femmes	77	32
Age		
Age moyen/ médian	28.6	28.0
15 à 20 ans	16	7
21 à 25 ans	61	26
26 à 30 ans	84	35
31 à 35 ans	42	18
36 ans et plus	36	15
Logement		
Fixe privé	133	56
Institution, prison, hôpital	58	24
Précaire	30	13
SDF	18	8
Jours de travail durant les 12 derniers mois		
0 jour	150	63
1-60 jours	20	8
Plus de 60 jours	61	26
Revenu durant le dernier mois (plusieurs rép. possibles)		
Travail	12	5
Rente (AVS, AI)	14	6

	1998-2001	
	n	%
Aide sociale, chômage, bourse	89	37
Revenus illégaux	51	21
Autre (famille, économie, emprunts)	68	28
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures durant le mois	168	70
Héroïne	127	53
Cocaïne	141	59
Héroïne et cocaïne	100	42
Benzodiazépines	81	34
Méthadone au noir	48	20
Injection		
Durant le mois (rapporté aux Cdd dans le mois)	144	86
Durant la vie	213	89
Polytoxicomanie		
Toujours, le plus souvent	102	43
Occasionnellement	45	19
Jamais	80	33
Partage de seringues		
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	20	15
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	47	21
Condamnation en lien avec la drogue		
Prison	118	49
Procédure en suspens	94	39
Aucune condamnation liée à la drogue	45	19
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	19	8
Traitement de substitution	144	60
Entrée institution		
Entrée immédiate après sevrage	110	46
Suite à autre résidentiel	79	33
Période essai	14	6

3.2.6 Situation à la sortie de l'institution (questionnaire de sortie, FOS)

Pour les années 1998 à 2001, le nombre de questionnaires de sortie est de 167, correspondant à environ 70% des personnes entrées, ce qui est logique du fait que le séjour s'étend normalement sur 12 à 18 mois.

La durée moyenne de séjour est proche de 10 mois avec un minimum de neuf jours et un maximum de 29 mois. Environ la moitié des résidents ont un mode de sortie de type irrégulier avec ou sans consentement. En règle générale, les séjours de courte durée se terminent plus fréquemment par une interruption irrégulière.

Environ 50% des résidents ont des contacts avec des personnes spécialisées dans le domaine de la dépendance lors de leur sortie ; peu de contacts avec d'autres personnes, famille, amis sont

mentionnés. Peu de résidents ont un programme d'enchaînement à la sortie et on observe une diminution des post-cures de l'institution entre 1999 et 2001. Quelques personnes sont orientées vers un centre de conseil (en toxicomanie ou généraliste) ou vers les services sociaux et trois à quatre personnes sont dirigées vers une clinique (somatique ou psychiatrique).

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, les données montrent une proportion de résidents ayant un travail à plein temps ou temporaire de 36%. Le nombre de personnes se retrouvant au chômage est de 8% et celui des personnes sans travail est de 26%. Il y a cependant un nombre important de résidents pour lesquels l'information est manquante, de même que pour le logement.

38% des résidents avaient un logement fixe privé lors de leur départ de l'institution et 11% avaient le projet d'aller dans une institution.

La famille et les proches sont peu sollicités, puisque pour 8% au maximum des ex-résidents ils contribuent à leur revenu et pour 4 à 13%, ils offrent un lieu d'habitation à la sortie (cette situation n'est d'ailleurs pas encouragée par les équipes).

Tableau 3.2 Le Levant : sortie et situation à la sortie, FOS 1998-2001

	1998-2001	
	n	%
Effectifs*		
Effectif sortie	167	
Mode de sortie*		
Régulier	64	38
Régulier sans consentement	10	6
Irrégulier	22	13
Irrégulier sans consentement	60	36
Transfert	2	1
Décès	4	2
Autres	1	1
Durée du séjour*		
Moins de 3 mois	32	19
3-6 mois	33	20
6-12 mois	41	25
12-18 mois	37	22
18-24 mois	17	10
Plus de 24 mois	7	4
Contact à la sortie*		
Personne spécialisée	85	51
Autres personnes	10	6
Programme d'enchaînement*		
Oui	92	55
Non	35	21
Type de programme		
Appartement protégé	0	0
Post cure de l'institution	43	26

	1998-2001	
	n	%
Centre de conseil en toxicomanie	8	5
Service social	2	1
Autres centres de conseil	3	2
Soins psychiatriques	0	0
Clinique somatique	3	2
Clinique psychiatrique	4	2
Prison	1	1
Autres	1	1
Travail		
Plein temps	38	36
Occasionnel, temps partiel	8	8
En formation	10	9
Chômage	9	8
Rentier	11	10
Sans travail	28	26
Pas d'info	61	
Revenus		
Travail	46	28
Famille, proche	6	4
Rente (AVS, AI)	20	12
Aide sociale, chômage, bourse	45	27
Revenus illégaux ou inconnus	53	32
Logement		
Fixe privé	57	58
Institution	11	11
SDF	0	0
Autre	25	26
Inconnu	69	

3.2.7 Collaboration avec le réseau

La Fondation du Levant a créé plusieurs structures internes (le CRP, PuissanceL, le CAP) proposant des prolongements possibles et des compléments à son offre résidentielle. Elle a ainsi tendance à fonctionner de manière plus autonome par rapport au réseau. Des bilans avec le réseau ne se font pas systématiquement, mais à la demande.

En cas d'interruption de traitement, en revanche, un bilan est fait, notamment lorsque le CSM est le référent médical du résident.

De même, une collaboration avec le réseau est mise en œuvre dans les situations où la réinsertion sur le modèle de l'abstinence ou d'une situation plus ou moins stabilisée n'est pas envisageable. Face à ces situations, afin notamment d'éviter l'usure des équipes, l'enjeu est alors davantage d'aménager "la chronicité" et d'organiser le transfert vers d'autres structures (EMS ou lieux appropriés tels que des pensions spécialisées ou des structures protégées comme les appartements du Relais), afin que la sortie ne soit pas vécue comme une rupture.

3.2.8 Gestion

Tableau 3.3 Le Levant : postes disponibles, 2002

	La Pichollette	L'Eventail	Couvet	CRP	Total
Chef de maison	100	100	100	100	400
Equipe socio-éducative	700	400	400	250	1750
Equipe infirmière	100	100	0	0	200
Equipe socio-professionnelle	100	100	0	0	200
Equipe théâtre			100		100
Total médico-social	1000	700	600	350	2650
Veilleur	125	200	100	125	550
Secrétariat	50	50	0	0	100
Cuisine	50	60	60	0	170
Total non médico-social	225	310	160	125	820
					34,7 EPT*

* Equivalents plein temps

Le chef de maison est le chef de l'équipe socio-éducative ; c'est lui qui donne et maintient la ligne thérapeutique. Il a donc été inclus dans l'équipe médico-sociale.

Au total, le Levant dispose de 34,7 équivalents plein temps pour ses quatre lieux de prise en charge résidentielle de personnes toxicodépendantes.

A cela s'ajoute l'administration générale du Levant qui forme un soutien actif, mais dont les postes ne sont pas ventilés par maison.

3.3 FONDATION BARTIMEE A GRANDSON

3.3.1 Historique et objectifs

Ouverte à Grandson en 1997, la Fondation Bartimée est un centre de post-cure pour personnes toxicodépendantes, pouvant accueillir jusqu'à 26 résidents (24 lits + 2 studios) désireux d'entrer dans une démarche thérapeutique favorisant l'autonomie, avec pour objectifs :

- d'expérimenter l'abstinence (sans produit de substitution) et
- de donner une nouvelle orientation à leur vie.

Comme conditions d'accès, les personnes doivent être âgées de 18 ans, être médicalement sevrées et bénéficier d'une garantie financière de placement. L'offre s'adresse également aux personnes bénéficiaires de l'article 44 du Code pénal.

Deux approches théoriques sous-tendent l'ensemble du travail thérapeutique proposé à Bartimée. Il s'agit d'une part d'une approche développementale qui met l'accent sur la notion d'attachement et, de l'autre, d'une approche systémique, où la famille est un élément central de l'intervention.

Le soutien familial est considéré comme une dimension thérapeutique en tant que tel, avec comme buts la redéfinition des liens de la personne toxicodépendante avec les siens, mais aussi la transformation d'une crise majeure de l'existence en un processus d'évolution des compétences de la personne et de la dynamique familiale.

Le travail sur les relations et les interactions est au centre de l'intervention, qu'il s'agisse de relations familiales ou avec les autres partenaires de la prise en charge (intervenants sociaux, médicaux et judiciaires).

3.3.2 Organisation interne

L'équipe de Bartimée a connu un renouvellement quasi complet au cours des années 2001-2002, avec un changement de direction à la fin de l'année 2001. Ces bouleversements importants ont notamment eu pour effet le refus de nouveaux résidents entre août et décembre 2001. Cela a également eu pour conséquence une révision partielle du concept de prise en charge à Bartimée et des changements dans les rôles attribués aux différents membres de l'équipe. Les collaborateurs de l'équipe socio-éducative ont vu une plus large intégration de leur force de travail dans la prise en charge thérapeutique, notamment par une présence accrue lors des entretiens de famille.

L'équipe ne s'est retrouvée au complet qu'au mois de septembre 2002. Durant les premiers mois de cette année, de nouveaux résidents ont été progressivement acceptés et leur effectif total a également été atteint au début septembre de cette année.

Actuellement, l'équipe se compose de 17,9 postes qui se répartissent de la manière suivante en fonction des disciplines : 9, 21 postes pour l'accompagnement (le poste du directeur correspond à 41% d'accompagnement et 59% de gestion) ; 1,7 postes pour les thérapeutes (un psychologue à 50%, une thérapeute de famille à 20% et un art-thérapeute à 100%) ; 3,3 postes de moniteurs socio-professionnels et 2,19 postes d'administratif. Seul le poste de jardinier/animalier est encore vacant.

Deux médecins ont une mission de consultants à Bartimée, l'un étant généraliste et l'autre spécialisé en psychiatrie. Leur contribution se fait à la fois sous forme d'apport théorique dans les domaines somatiques et psychiatriques lors des colloques mensuels avec l'équipe infirmière et les psychologues. C'est aussi l'occasion de discuter certaines situations. Par ailleurs, le médecin psychiatre peut aussi voir ponctuellement l'un ou l'autre des résidents.

3.3.3 Offre thérapeutique

Suite à l'arrivée d'un nouveau directeur, ainsi qu'aux changements intervenus dans l'organisation interne de la Fondation Bartimée fin 2001, un nouveau concept institutionnel a vu le jour.

Nous ne mentionnons ici que les outils thérapeutiques, tels que présentés par la nouvelle équipe, autrement dit, des principes qui sous-tendent actuellement l'activité de l'institution. Le travail de cette équipe s'inscrit toutefois dans le prolongement de ce qui a été fait jusqu'à présent, avec un certain nombre d'aménagements ou de précisions dans l'orientation.

Pendant son séjour, le résident peut bénéficier d'un vaste choix d'outils thérapeutiques, notamment les approches traditionnelles, corporelles et d'art-thérapie offrant des possibilités alternatives d'expression et de compréhension de soi.

La prise en charge est globale et repose sur trois piliers distincts : une prise en charge socio-professionnelle, une prise en charge d'accompagnement et une prise en charge de développement personnel.

■ Prise en charge socio-professionnelle

Le travail dans divers ateliers (intendance, cuisine, menuiserie, aménagement, jardin et animaux, déchet Art et créativité) figure au centre de la démarche thérapeutique. La participation aux ateliers vise à développer les compétences de la personne dans son projet d'acquisition de l'autonomie, ainsi qu'à acquérir un comportement social adapté au milieu professionnel.

Chaque atelier est sous la responsabilité d'un travailleur social. Celui-ci assure un suivi et un soutien du résident, ainsi que l'accompagnement dans le développement et le renforcement de sa résistance psychique et physique avec un travail approfondi de la personne sur son comportement social.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs moyens sont mobilisés, qu'il s'agisse de la définition d'objectifs personnels discutés et évalués, de cours théoriques mais aussi de travaux pratiques ou encore de stages professionnels à l'extérieur, évalués par les employeurs.

Le quotidien dans l'espace et le temps possède une valeur essentielle dans son aspect éducatif et social. La façon d'appréhender le quotidien avec son lot de contraintes, de frustrations et de respect du cadre apporte des éléments essentiels au travail thérapeutique. Pour certains résidents, le réapprentissage des horaires, du rythme d'une journée, de la régularité du sommeil, est une nécessité. L'obligation de participer aux ateliers va dans ce sens.

■ Accompagnement

Une équipe pluridisciplinaire²¹ assure l'accompagnement au quotidien des résidents au sein de la structure institutionnelle, ainsi que la gestion de leur problématique addictive. Veillant à la bonne intégration des résidents dans la vie du groupe, ils sont également responsables de l'accompagnement lors des sorties, des activités sportives, ainsi que des loisirs proposés ou souhaités par les résidents. Trois aspects de cette prise en charge sont à relever.

- **la référence** : dans le but d'améliorer les contacts avec les résidents et de garantir une cohérence de l'ensemble de la démarche thérapeutique, chaque usager se voit proposer un référent lors de son admission. Ainsi, l'accompagnant référent assure un suivi personnalisé, fournissant appui, conseils et orientation au résident. L'intervention du référent repose, de même que l'ensemble de la prise en charge, sur les approches développementale et systémique, en vue d'élaborer de nouvelles bases de communication avec l'entourage du résident.
- **Groupe prévention rechute** : il s'agit d'un groupe de parole hebdomadaire, obligatoire y compris pour les personnes en Etex²², animé par le directeur de Bartimée. C'est l'occasion pour chacun de partager ses expériences d'abstinence, d'analyser les difficultés et réussites respectives.

²¹ L'équipe est composée de professionnels de la santé, de l'éducation ainsi que d'un ancien toxicomane qui va entreprendre une formation de moniteur socio-professionnel.

²² Etape dite de la Transition vers l'extérieur.

- **Groupe femmes** : ce groupe, réservé aux femmes, propose une approche spécifique des problèmes de dépendance féminine. Un groupe de parole, ainsi que des activités thérapeutiques, de loisirs et esthétiques sont offertes dans ce cadre aux résidentes.

- **Prise en charge de développement personnel**

Pour répondre aux besoins thérapeutiques des résidents, une approche globale de la personne est adoptée tenant compte des aspects affectifs, cognitifs et physiques de l'usager.

Trois modèles d'intervention sont développés dans ce but : la psychothérapie, l'art-thérapie et les entretiens de famille.

- **La psychothérapie** : sur le principe du non-jugement et de la sécurité, la psychothérapie a pour but une réflexion sur les mécanismes qui ont amené la personne à devenir dépendante. C'est l'occasion pour le résident de travailler sur la dépendance, sur son comportement et ses émotions dans l'objectif d'intégrer une vision plus réaliste de ses fonctionnements, d'acquérir une position plus responsable par rapport à ses actes et d'intérioriser une structure cadre afin de développer des capacités à accepter des frustrations. De façon complémentaire, la thérapie de groupe permet un travail spécifique sur les réactions au regard des autres, ainsi que sur le sentiment de honte.
- **Art-thérapie, Land Art** : tout au long de la thérapie, les résidents bénéficient d'un travail d'exploration de soi, de création dans et avec la nature (individuellement ou en groupe) sous forme de séances d'art-thérapie. De manière individuelle, cet accompagnement permet à travers l'expression artistique de sortir du connu et de la routine et d'exprimer par des moyens non verbaux l'énergie vitale. Autrement dit, c'est l'occasion de libérer certaines tensions, complétée par la suite d'une auto-analyse de la situation. En groupes de 5 à 6 personnes, les résidents vivent des expériences de "land-art", la nature étant alors support et médium de l'expression créatrice. Ces semaines se font en dehors de l'institution et sont l'occasion pour les résidents de développer des aptitudes au niveau des émotions et du corps, de la coordination et de l'acuité sensorielle notamment.
- **Entretiens de famille** : ces entretiens réunissent la personne en cure, sa famille (conjoint, enfants, fratrie ou toute personne vivant sous le même toit), le référent ainsi qu'un thérapeute de famille. Ces entretiens, de type systémiques, permettent d'aborder et de travailler sur les relations et interactions dans la famille. Un suivi régulier avec la famille est mis en place. Ainsi, les entretiens peuvent marquer des passages dans l'évolution de la thérapie, être organisés afin de résoudre une crise ou en vue d'élaborer des stratégies pour aider la personne à dépasser une situation délicate. Ces entretiens ont des buts multiples : il s'agit non seulement de soutenir la personne en cure et sa famille dans l'histoire de la dépendance, de créer une alliance avec la famille et le patient pour soutenir le processus d'évolution, mais aussi de confronter les représentations familiales à la réalité de la maladie, de mettre en évidence les ressources et potentialités de la famille, ou encore de consolider les relations et actions entre le réseau thérapeutique de la personne soignée et sa famille. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs outils sont mobilisés. Parmi ceux-ci des entretiens réguliers basés sur une réflexion en équipe de l'évolution de la personne et de sa famille ; un travail sur le génogramme, mais aussi une attitude empathique, tolérante et de soutien, ainsi que le rappel des objectifs à atteindre. Les entretiens regroupants des proches permettent de travailler sur les angoisses, le manque de dialogue, la co-dépendance, ainsi

que sur les ruptures en vue de réaménager des relations acceptables pour chacun. Un travail sur l'histoire et le rôle du résident au sein de sa famille est également réalisé.

3.3.4 Déroulement du séjour

Le déroulement de la thérapie à la Fondation Bartimée est divisé en six étapes principales. La durée de chaque étape est adaptable à la personne, avec une durée totale de la thérapie oscillant entre 10 et 18 mois, y compris la phase d'expérimentation hors de l'institution (Etex)²³.

La première étape de la thérapie (de l'entrée jusqu'à la sixième semaine) consiste en l'Accueil et le Soutien de la personne dans son vécu de post-sevrage. L'accent est mis sur l'adaptation à la vie communautaire ainsi que sur la familiarisation au concept de l'institution. C'est également l'occasion de mieux connaître l'histoire de la personne.

La deuxième étape (de la sixième semaine jusqu'au troisième mois) dite d'Ancrage, au cours de laquelle la personne confirme son engagement dans la thérapie. Durant cette étape se tissent les liens avec les différentes personnes intervenant dans le traitement, ces liens constituant la base pour élaborer un projet de vie.

La troisième étape (du troisième au sixième mois), de Confrontation et Intégration met le résident en situation de se confronter à ses difficultés. A l'aide des outils thérapeutiques proposés, il doit s'investir dans des démarches de développement ; à cet effet, des objectifs précis et détaillés sont élaborés et fixés pour la suite.

La quatrième étape dite de Structuration (du sixième au neuvième mois) permet au résident de mettre en œuvre dans le cadre de la Fondation ce qui a été acquis aux étapes précédentes. Des investissements à l'extérieur sont également encouragés, que ce soit à travers des activités, des stages, ou encore avec le réseau familial et social.

L'Expérimentation est la cinquième étape (du neuvième au douzième mois), différentes activités ainsi que le réseau socioprofessionnel permettant au résident de se projeter dans sa vie future à l'extérieur. L'élaboration d'un projet Etex peut être entreprise à ce moment.

Enfin, la sixième étape de Gestion /Autonomie (du douzième au dix-huitième mois) permet au résident de mettre en pratique ce qu'il a acquis durant l'ensemble de son séjour, en s'appuyant sur les liens développés avec son réseau thérapeutique ainsi qu'avec sa famille. C'est alors le processus de séparation qui doit être initié, passage obligé dans le développement de l'autonomie.

Chaque étape se termine par un bilan auquel participent le résident, son référent ainsi que le responsable du travail d'atelier. Le directeur est également présent pour le premier bilan, après trois mois, de même que pour le bilan de passage à Etex et pour la sortie.

■ La transition vers l'extérieur (Etex)

La dernière étape, la transition vers l'extérieur (Etex) permet au résident de se détacher progressivement de l'institution en intégrant un appartement protégé tout en bénéficiant de l'offre d'une prise en charge ambulatoire. Cette phase finale de la prise en charge peut se faire

²³ Etex pour Concept étape extérieure.

soit dans un des deux studios aménagés sur le site de la Fondation pour les personnes les plus fragiles, soit dans un appartement en ville²⁴.

Le passage à l'Etex se fait après neuf à douze mois de séjour résidentiel, suite à un bilan d'expérimentation. Pour cela la personne doit, en plus d'une grande volonté de poursuivre dans le sens de l'abstinence, disposer d'un logement indépendant (appartements mis à disposition par Bartimée) ainsi que d'une activité professionnelle à 50% minimum.

D'une durée de 6 à 9 mois, cette étape a pour buts de permettre une séparation progressive du cadre institutionnel et de provoquer une confrontation aux contraintes de la réalité extérieure. L'expérience graduelle de l'autonomie, de la responsabilité, de la négociation, ainsi que de l'interdépendance sont les principaux objectifs. C'est également l'occasion de vérifier des acquis thérapeutiques, de mettre en œuvre des démarches en vue d'une réinsertion professionnelle, ainsi que de développer un réseau social. L'enjeu est de préparer la sortie du résidentiel en mettant l'accent sur les compétences sociales des résidents.

L'équipe d'Etex (une assistante sociale en formation et une éducatrice) intervient en fonction des demandes et besoins du résident que ce soit pour **accompagner des démarches administratives, de gestion financière ou de recherche d'un emploi pour la sortie, ou encore dans le travail avec les familles**. Le suivi qu'elle assure consiste en un entretien individuel hebdomadaire d'une part, pour faire l'état des démarches, définir les objectifs et les programmer et, d'autre part, en deux groupes hebdomadaires obligatoires (le Groupe bilan du Week-end et le Groupe de prévention rechute).

Un bilan final marque la fin du parcours. A l'issue de cette étape, le résident doit avoir un travail et avoir trouvé par lui-même un appartement, l'équipe de Bartimée intervenant alors uniquement pour guider les résidents dans les procédures à suivre.

3.3.5 Profil de la clientèle à l'entrée (questionnaire d'entrée, FOS)

Au total 76 personnes, soit environ 16 à 17 personnes par an, ont intégré Bartimée entre 1998 et 2001, dont 30% sont des femmes. L'âge moyen tourne autour de 29 ans (médiane à 28 ans), avec une classe de 26 à 30 ans qui représente environ 40% de la clientèle.

Septante pour cent des résidents sont de nationalité suisse et 20 % ont des enfants. 67% d'entre eux ont eu un logement fixe durant le mois précédant l'admission. Environ 10% avaient une solution de logement précaire au cours de la période précédant l'admission : sans domicile fixe, pensions, chambre.

La donnée sur le nombre de jours travaillés durant les 12 derniers mois donne pour résultats un tiers de résidents qui ont travaillé plus de 60 jours et 27% qui ont travaillé de 1 à 60 jours. Près de 40% des résidents n'ont pas travaillé du tout l'année précédant leur entrée en institution.

Les principales sources de revenu sont les assurances et aides sociales (60%) ; environ 20% des résidents déclarent un revenu complémentaire à l'aide sociale (emprunt et/ou revenu illégal). Quatre personnes sont au bénéfice d'une rente AVS ou AI et 11% ont un revenu lié à une activité professionnelle. Environ 20% ont plus de 30'000 fr. de dettes et seulement trois personnes n'en ont aucune.

Au total, plus de 80% des résidents ont consommé des drogues dures le mois précédant leur admission. Les données disponibles montrent une plus grande proportion de consommateurs d'héroïne (75%) ; le pourcentage de consommateurs de cocaïne est légèrement inférieur (57%), mais

²⁴ Ces appartements appartiennent à la Fondation Bartimée et sont contrôlés régulièrement.

a augmenté depuis 1998. Enfin, environ 50% consomment les deux substances. Cependant, en raison des données manquantes (pour 40 personnes) la compréhension du phénomène est délicate. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figure les benzodiazépines (42%), l'alcool (50%) et le cannabis (60%). La méthadone au noir concerne quant à elle environ 31% des résidents.

Parmi les consommateurs de dd durant le mois précédant l'admission, 64% ont consommé par injection (89% ont consommé par injection au cours de leur vie). Plus d'un tiers mentionne une ou plusieurs overdoses durant les 12 mois précédant l'admission. Un pourcentage croissant déclarent consommer toujours ou le plus souvent plusieurs drogues en même temps : 50% en 2000 contre 22% en 1999. Enfin, parmi les personnes s'étant injectées au cours des 12 derniers mois, 25% ont déclaré avoir transmis ou partagé une seringue usagée durant cette même période.

Au niveau de la santé, environ 60% des résidents déclarent avoir déjà souffert d'une hépatite. Les données transmises par FOS ne nous permettent malheureusement plus de distinguer selon le type d'hépatites ni de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées. 3% se déclarent séropositifs au VIH.

Les données concernant l'âge du début de la consommation selon le produit sont proches des données vaudoises : d'une manière générale, la consommation d'héroïne commence en moyenne à 18-19 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail entre 19 et 21 ans.

Durant le séjour à Bartimée, les consommations de drogues lors des sorties régulières ou de fugues sont extrêmement rares, les produits les plus consommés à cette occasion étant l'héroïne et l'alcool. Il faut toutefois rappeler que dans le cadre de la prise en charge, un contrôle obligatoire est effectué lors des retours de week-end (prise d'urine et alcotest) et qu'une consommation entraînait, jusqu'à la fin de 2001, le renvoi de l'institution. Avec le changement de direction et d'équipe, les contrôles sont toujours aussi systématiques. Toutefois, en cas de consommation de drogue, la personne est mise "au repos" pour deux jours dans une chambre individuelle, après quoi, un travail est fait autour de la rechute. La personne n'est donc plus renvoyée.

Tableau 3.4 Bartimée : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1998-2001)

	1998-2001	
	n	%
Effectifs	76	
Nb femmes	29	33
Age		
Age moyen, médian	28.9	28.0
15 à 20 ans	3	4
21 à 25 ans	15	20
26 à 30 ans	31	41
31 ans et plus	27	36
Logement durant le dernier mois		
Fixe privé	38	67
Institution, prison, hôpital	13	23
Précaire	3	5
SDF	3	5
Missing	19	

	1998-2001	
	n	%
Jours de travail durant les 12 derniers mois		
0 jour	16	39
1-60 jours	11	27
Plus de 60 jours	14	34
Missing	35	
Revenus principaux durant le dernier mois (pl rép. poss.)		
Travail	5	11
Rente (AVS, AI)	4	9
Aide sociale, chômage, bourse	28	60
Revenus illégaux	6	13
Autre (famille, économie, emprunts)	12	26
Missing	29	
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures dont :	30	83
Héroïne	27	75
Cocaïne	21	58
Héroïne et cocaïne	18	50
Benzodiazépines	15	42
Méthadone au noir	11	31
Injection		
Durant le mois (rapporté aux Cdd dans le mois)	23	64
Durant la vie	32	89
Polytoxicomanie		
Toujours, le plus souvent	14	39
Occasionnellement	12	33
Jamais	9	25
Missing pour toutes les données drogues	40	
Partage de seringues		
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	1	4
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	8	25
Condamnation en lien avec la drogue		
Prison	19	25
Procédure en suspens	8	11
Aucune condamnation liée à la drogue	52	68
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	45	59
Traitement de substitution	23	30
Entrée en institution		
Entrée immédiate après sevrage	56	74
Suite à autre résidentiel	18	24
Période essai	64	84

3.3.6 Situation à la sortie de l'institution (questionnaire de sortie, FOS)

Au total, on dispose de 60 questionnaires de sortie soit 79% par rapport aux entrées ce qui est normal du fait que le séjour s'étend sur 12 à 18 mois.

La durée moyenne de séjour est de cinq mois avec un minimum de six jours et une maximum de 19 mois. Pour un peu plus de la moitié des résidents, le mode de sortie était de type « régulier avec ou sans consentement ».

Environ 60% des résidents ont des contacts avec des personnes spécialisées dans le domaine de la dépendance lors de leur sortie ; la majorité ont également des contacts avec d'autres personnes (famille, amis) à ce moment. La très grande majorité des résidents a un programme d'enchaînement à la sortie, le plus souvent il s'agit du passage par un appartement protégé géré par l'institution. De même, pour quitter régulièrement l'appartement protégé la personne devrait, en plus de la condition de travail ou de formation, avoir trouvé un appartement et avoir retrouvé une certaine socialisation à travers sa participation à différentes activités (hobby).

En dehors des appartements protégés, les centres sociaux régionaux ou cantonaux ainsi que des centres de conseils spécialisés dans la toxicomanie sont souvent impliqués dans le suivi de la personne qui quitte l'institution au terme du séjour prévu.

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, un pourcentage important se retrouve au chômage ou sans travail (69%). La famille et les proches sont relativement fortement sollicités puisque pour plus de 20% des ex-résidents ils contribuent à leur revenu et pour un tiers, ils offrent un logement à la sortie. Ces résultats sont particuliers à Bartimée et traduisent la forte implication des familles en cours du séjour des résidents à travers l'approche systémique qui est proposée aux patients.

Tableau 3.5 Bartimée : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998-2001	
Effectifs	n	%
Effectif sortie	60	
Mode de sortie		
Régulier	20	33
Régulier sans consentement	11	18
Irrégulier	14	23
Irrégulier sans consentement	15	25
Transfert	0	0
Décès	0	0
Autres	0	0
Durée du séjour		
Moins de 3 mois	26	43
3-6 mois	13	22
6-12 mois	17	28
12-18 mois	3	5
18-24 mois	1	2
Plus de 24 mois	0	0

	1998-2001	
Contact à la sortie		
Personne spécialisée	35	58
Autres personnes	34	57
Programme d'enchaînement		
Oui	40	67
Type de programme		
Appartement protégé	12	20
Post cure de l'institution	0	0
Centre de conseils en toxicomanie	5	8
Service social	7	12
Autre centre de conseil	8	13
Soins psychiatriques	1	2
Clinique somatique	0	0
Clinique psychiatriques	2	3
Prison	5	8
Autres	0	0
Travail		
Plein temps	3	7
Occasionnel, temps partiel	6	13
En formation	0	0
Chômage	15	33
Rentier	5	11
Sans travail	16	36
Pas d'info	15	
Revenus (pl. rép. possibles)		
Travail	5	8
Famille, proche	14	23
Rente (AVS, AI)	5	8
Aide sociale, chômage, bourse	50	83
Revenus illégaux ou inconnus	4	7
Logement		
Fixe privé	16	31
Institution	17	33
SDF	1	2
Famille	17	33
Inconnu	9	

3.3.7 Collaboration et réseau

L'équipe de Bartimée collabore avec d'autres institutions résidentielles dans et en dehors du canton, avec les médecins, les hôpitaux (psychiatriques), les services placeurs, les offices régionaux de placement (ORP), le patronage, les prisons, ainsi qu'avec des communes ou structures offrant des loisirs, des activités sportives ou culturelles.

Compte tenu de la réorganisation de l'équipe, le prochain objectif concernant le travail avec le réseau est surtout la présentation des changements qui ont eu lieu à Bartimée. Sur cette base, les collaborations pourront être approfondies.

Des collaborations se font par ailleurs avec les services payeurs comme le Service de prévoyance et d'aide sociale (SPAS) Vaud, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), l'Office de liaison inter cantonal et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'institution participe également à la statistique FOS, elle est membre d'associations/commissions d'étude et de réflexion sur la toxicomanie.

3.3.8 Gestion

Tableau 3.6 Bartimée : postes disponibles, 2002

	2002
Equipe d'accompagnement* (socio-éducatif + infirmier)	920
Thérapeute	170
Equipe socio-professionnelle	330
Total médico-social	1420
Gestion	60
Secrétariat	220
Employés d'exploitation	100
Total non médico-social	380
Total général	1800

* L'équipe d'accompagnement se compose pour moitié d'éducateurs et pour moitié d'infirmiers, avec un cahier des charges différent regroupant leurs compétences, et un cahier de fonction commun. Les deux corps de métier travaillent dans la complémentarité.

3.4 LE FOYER-RELAIS A MORGES

3.4.1 Historique et objectifs

Le Foyer-Relais est l'une des structures de l'Association du Relais. Elle propose un encadrement socio-éducatif en internat pouvant se prolonger par un accompagnement en milieu ouvert.

Créé en 1971, le Foyer dispose aujourd'hui de 14 à 17 places et accueille en moyenne une soixantaine de personnes par an. L'internat est ouvert à des adultes, femmes et hommes ainsi qu'à des couples. La durée du séjour se prolonge exceptionnellement au-delà d'un an (séjour moyen de 3 à 6 mois).

Les principaux objectifs poursuivis par le Foyer-Relais sont :

- favoriser le retour à une autonomie de la personne ;
- accompagner la personne en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.

La prise en charge est donc avant tout de nature socio-éducative.

Les personnes qui demandent à être admises au Foyer sont en situation d'exclusion sociale. Les problèmes sociaux qu'elles rencontrent sont complexes et multiples. Il s'agit aussi bien de problèmes de toxico-dépendance que de difficultés existentielles, relationnelles et psychologiques ou liées à des mauvais traitements, mais aussi de difficultés d'insertion professionnelle, financières et judiciaires. Les personnes en traitement de substitution sont également admises au Foyer.

3.4.2 Organisation interne

L'équipe du Foyer-Relais est composée d'une directrice, de sept éducateurs spécialisés à 100%, de trois employé(e)s de maison pour la cuisine (50%) et l'entretien (60%), d'un secrétaire comptable (20%) et de deux postes de veilleur (100%).

Depuis plus d'une année, la durée des séjours va dans le sens d'un allongement, avec des conséquences non négligeables en termes d'accès à la structure. En effet, une liste d'attente a été constituée. Cette situation est préoccupante. Dans la mesure où pour de potentiels résidents ces demandes d'admission relèvent d'une décision qui ne va pas de soi, le fait d'attendre peut être dissuasif.

Parmi les éléments explicatifs de cet allongement des séjours, on peut évoquer des difficultés conjoncturelles d'accès au travail et au logement qui compliquent une sortie du Foyer.

3.4.3 Offres thérapeutiques

L'encadrement proposé est individualisé et s'articule autour de la problématique de la personne et de ses projets. Afin de permettre à la personne d'accéder à une réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que d'acquérir une meilleure qualité de vie, la prise en charge tend à favoriser :

- L'acquisition de moyens permettant de reconquérir une autonomie personnelle, sociale et économique.
- La capacité d'entreprendre les démarches nécessaires à la réalisation de ses projets.
- Les démarches visant à surmonter les problèmes liés à la toxico-dépendance (suivi thérapeutique, traitement à la méthadone, etc.).
- L'apprentissage de la gestion financière ou de ses dossiers administratifs.
- La gestion du temps libre et des loisirs.
- L'analyse et la réflexion par rapport à ses propres comportements et à sa relation à autrui.
- L'élaboration d'une meilleure image de soi.

■ Prise en charge socio-éducative

Dans le cadre du Foyer (Internat), les prestations socio-éducatives prennent différentes formes :

L'action socio-éducative au quotidien : l'intervention socio-éducative s'ancre dans les événements quotidiens qui constituent en quelque sorte un terrain d'apprentissage. Les réactions et attitudes sont alors analysées et constituent un outil permettant d'atteindre progressivement les objectifs fixés.

Les entretiens individualisés et les bilans : les entretiens visent principalement à accompagner le travail sur soi de la personne, à l'accompagner dans ses choix, à la soutenir moralement et psychologiquement, mais aussi à mettre en évidence ses compétences. Il s'agit avant tout de contribuer à favoriser l'acquisition de l'autonomie, la capacité de réflexion, la construction d'une meilleure image de soi, ainsi que l'acquisition d'un équilibre social et personnel.

Quant aux bilans mensuels, ils portent sur le projet initial, les démarches entreprises, les difficultés rencontrées et solutions pour les surmonter, mais également sur la situation actuelle et les objectifs visés, avec des réajustements le cas échéant. Ces bilans sont aussi l'occasion de

"mettre à jour" le contrat en tenant compte de l'évolution de la personne, des compétences ou difficultés mises en évidence ainsi que du contexte socio-économique.

Cinq modules théoriques et pratiques d'apprentissage sont proposés : 1) gestion administrative, 2) recherche d'emploi/" atelier JOB " (Relais-Services " ateliers de travail " ; recherche d'emplois et formation ; chômage et RMR), 3) logement, 4) cuisine, 5) lecture et écriture créatives.

En lien avec la difficulté à trouver un emploi, la gestion du temps libre occupe une place importante dans l'encadrement socio-éducatif. Elle participe notamment à la constitution d'un réseau social. Les activités non-professionnelles peuvent être culturelles ou sportives et se faire de façon individuelle ou en groupe.

A la sortie du Foyer, l'accompagnement socio-éducatif peut se prolonger sous forme d'un suivi post-institutionnel (Spi), qui sera présenté par la suite.

■ Prise en charge spécifique "femmes"

Accueillant un nombre important de femmes, le Foyer-Relais leur propose une offre spécifique tenant compte de leurs besoins. Ainsi, des chambres individuelles sont mises à disposition, elles sont orientées vers des médecins (généraliste et gynécologue) et, tout au long du séjour, tant lors des entretiens que des bilans, l'accent est mis sur leur statut et leur identité de femmes. De même, pour les activités et la recherche d'un emploi, une attention particulière est portée au caractère valorisant de ces activités, ainsi qu'aux compétences et désirs de ces femmes.

■ Prise en charge médicale

Le Foyer-Relais est un lieu ouvert qui propose un accompagnement exclusivement social. Il n'y a pas de médecin ni de psychiatre attitré dans l'équipe, pas plus que de distribution de méthadone. Toutefois, les collaborations s'établissent avec les infrastructures publiques ou privées existantes, notamment dans le cas de résidents qui suivent un traitement de substitution à l'extérieur.

3.4.4 Déroulement du séjour

L'admission est volontaire. Après avoir fait une demande par lettre ou téléphone, la personne est reçue par deux éducateurs pour un entretien où il sera question de ses motivations. La décision est ensuite prise en équipe et le plus souvent dans un bref délai.

Le Relais ne propose pas durant le séjour en internat des étapes ou des phases.

Au moment de l'entrée au Foyer, un contrat individuel, oral ou écrit est établi entre la personne et les éducateurs. Elaboré en fonction de la situation globale de la personne, ainsi que de ses projets, ce contrat est le fil conducteur de la démarche socio-éducatif tout au long du séjour ; il reste néanmoins modifiable et renégociable. Ce contrat fait par la suite l'objet d'ajustements et d'une réactualisation lors des bilans mensuels, en fonction de l'analyse continue de l'évolution, de la transformation ou de l'émergence de nouveaux besoins

Centré sur les projets individuels, l'encadrement socio-éducatif s'adresse à la personne dans sa globalité. L'accent est mis sur la relation de la personne avec l'extérieur de même que sur la confrontation avec les réalités de la société. Ainsi, compte tenu de la problématique et des projets de chacun, des contacts et collaborations sont établis avec la famille, les services sociaux

et administratifs, les représentants du système judiciaire, du domaine médical, mais aussi des services privés ou publics liés au travail.

Considérant que la personne peut prendre en main sa vie, il s'agit moins pour les collaborateurs d'intervenir et de "faire pour", que d'accompagner les résidents dans leur démarche. Dans cette optique, le travail des intervenants consiste donc à offrir aux résidents un "miroir", tant de certains éléments de leur personnalité et des compétences qui peuvent être mobilisées en vue d'une insertion, que des aspects qui pourraient amener des difficultés et des situations de rechute.

■ Suivi Post-Institutionnel

A la sortie du Foyer-Relais, l'accompagnement socio-éducatif peut se poursuivre sous forme d'un suivi post-institutionnel (Spi) si le résident en fait la demande. Le Spi s'inscrit dans la continuité de la prise en charge socio-éducative proposée aux personnes du Foyer.

L'objectif est alors de prolonger l'accompagnement dans les démarches de réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes qui vivent désormais en appartement et d'encourager la poursuite de leur chemin vers une vie plus autonome tant au niveau personnel, professionnel que social.

Dans le cadre du Spi deux appartements sont disponibles et peuvent être sous-loués aux personnes quittant le foyer ; les autres doivent effectuer une recherche, afin de trouver un appartement.

Cette offre de suivi s'adresse en premier lieu aux personnes qui, à l'issue de leur séjour au Foyer, ont acquis une certaine autonomie, la capacité à collaborer ainsi qu'une aptitude relationnelle. Chaque année, cet accompagnement post-institutionnel concerne une trentaine de personnes.

L'admission volontaire nécessite cependant d'en faire la demande. Ensuite, un entretien avec un collaborateur du Spi et du foyer permet de préciser les objectifs et exigences du Spi, les demandes et projets de la personne, ainsi que d'établir un contrat.

Deux travailleurs sociaux, en collaboration avec l'équipe éducative, interviennent en fonction des demandes et des besoins de l'intéressé, qu'il s'agisse de :

- poursuivre des démarches entreprises pendant le séjour au Foyer;
- consolider des acquis;
- assurer un soutien psycho-social;
- accompagner des démarches professionnelles, administratives et de gestion financière;
- assurer le suivi de la relation familiale.

Le suivi consiste en des rencontres, au moins une fois par semaine et en un bilan tous les six mois, pour faire le point sur l'état de la situation. En cas de besoin, des bilans intermédiaires peuvent être demandés.

La durée de la prise en charge est personnalisée, le contrat de base se fait sur une année renouvelable.

3.4.5 Profil de la clientèle à l'entrée (questionnaire d'entrée, FOS)

Au total, 102 personnes (20 et 40 personnes par an en moyenne) ont intégré le Foyer-Relais entre 1998 et 2001, dont 31% sont des femmes. L'âge moyen est de 29,3 ans (médiane à 28,6 ans). La

catégorie des moins de 20 ans est légèrement plus présente que dans les autres structures résidentielles et forme le 13% de la clientèle entre 1998 et 2001.

Un peu plus de 70% des résidents sont de nationalité suisse, très peu ont des enfants. 40% avaient un logement fixe durant le mois précédant l'admission, environ 20% étaient en situation précaire (SDF, chambre, pensions) et 38 % dans une autre institution (institution, prison, hôpital).

La donnée sur le nombre de jours travaillés durant les douze derniers mois indique qu'un peu plus du tiers des résidents a travaillé plus de 60 jours et 13% ont travaillé de 1 à 60 jours. La moitié n'a pas travaillé durant l'année précédant son entrée en institution.

Les principales sources de revenu sont les assurances et aides sociales (57%) ; 11% des résidents déclarent un revenu complémentaire à l'aide sociale (emprunt et/ou revenu illégal). Quatre personnes sont au bénéfice d'une rente AVS ou AI et 15% ont un revenu lié à une activité professionnelle. Huit personnes ont plus de 30'000 fr. de dettes.

Cinquante-deux pour cent des résidents ont consommé des drogues dures le mois précédent leur admission et pour la majorité d'entre eux, ils consomment de l'héroïne et de la cocaïne. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figurent les benzodiazépines (23%), l'alcool (40%) et le cannabis (60%). La méthadone au noir a concerné quant à elle environ 14% des résidents.

Parmi les consommateurs de dd durant le mois précédant l'admission, 66% ont consommé par injection, tandis que 68% déclarent avoir consommé par injection au cours de leur vie. Un tiers environ mentionne une ou plusieurs overdoses durant les 12 mois précédant l'admission. Onze pour cent déclarent consommer toujours ou le plus souvent plusieurs drogues en même temps. Enfin, parmi les personnes s'étant injectées au cours des 12 derniers mois, deux personnes rapportent avoir partagé une seringue usagée durant cette même période.

Au niveau de la santé, on observe une augmentation des résidents déclarant avoir déjà souffert d'une hépatite (59% en 2001). Les données transmises par FOS ne nous permettent malheureusement plus de distinguer selon le type d'hépatites, ni de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées.

Les données concernant l'âge du début de la consommation, selon le produit, sont proches des données vaudoises. D'une manière générale, la consommation d'héroïne commence en moyenne à 19 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail entre 19 et 20 ans.

Tableau 3.7 Le Relais : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1998-2001)

	1998-2001	
	n	%
Effectifs	102	
Nb femmes	32	31
Age		
Age moyen, médian	29,3	28,6
15 à 20 ans	13	13
21 à 25 ans	24	24
26 à 30 ans	21	21
31 à 35 ans	45	43

	1998-2001	
	n	%
Logement durant le dernier mois		
Fixe privé	26	40
Institution. prison, hôpital	25	38
Précaire	8	12
SDF	6	9
Missing	37	
Jours de travail durant les 12 derniers mois		
0 jour	27	51
1-60 jours	7	13
Plus de 60 jours	19	36
Missing	49	
Revenu principal durant le dernier mois (pl. rép. poss.)		
Travail	9	15
Rente (AVS, AI)	4	7
Aide sociale, chômage, bourse	35	57
Revenus illégaux	6	10
Autre (famille, économie, emprunts)	7	11
Missing	41	
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures dont :	29	52
Héroïne	24	43
Cocaïne	25	45
Héroïne et cocaïne	20	36
Benzodiazépines	13	23
Méthadone au noir	8	14
Missing	46	
Injection		
Durant le mois (rapporté aux Cdd durant le mois)	19	66
Durant la vie	39	68
Missing durant la vie	45	
Polytoxicomanie		
Toujours, le plus souvent	5	11
Occasionnellement	11	23
Jamais	31	66
Missing	55	
Partage de seringues		
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	1	5
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	2	8
Condamnation en lien avec la drogue		
Prison	25	33
Procédure en suspens	11	15
Aucune condamnation liée à la drogue	49	65
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	25	33
Traitement de substitution	22	29

	1998-2001	
	n	%
Entrée en institution		
Entrée immédiate après sevrage	20	37
Suite à autre résidentiel	19	35
Missing	48	

Les consommations de drogues lors des sorties régulières ou de fugues sont extrêmement rares, seules des données pour 1998 existent. Les produits les plus consommés lors de ces occasions sont essentiellement le cannabis (50%) suivi de l'héroïne (25%). Aucun contrôle n'est effectué lors des retours de l'extérieur. Si la personne admet une rechute, la situation est discutée et si elle entend poursuivre son projet, elle peut rester. Le fait de cacher une reconsommation traduit une rupture de la relation de confiance et peut amener à une remise en question du contrat.

3.4.6 Situation à la sortie de l'institution (questionnaire de sortie, FOS)

Pour les années 1999 à 2001, aucun questionnaire de sortie n'a été rempli. Il nous est donc extrêmement difficile de nous prononcer sur l'évolution de la situation des personnes à ce moment, ainsi que sur la durée de séjour au Foyer et les modes de sortie. Quelques données complémentaires nous ont été fournies par l'équipe ; elles figurent dans le tableau annuel en annexe.

En 1998, 72% des résidents ont séjourné moins de trois mois dans l'institution et 65 % sont sortis régulièrement. Soixante-sept pour cent des résidents avaient un programme d'enchaînement à la sortie, soit le Spi, soit de contacts avec les services sociaux ou d'autres centres de conseils.

En 2001, 37 personnes ont bénéficié d'un Spi, la plupart étant âgées de 25 à 40 ans (données fournies par un collaborateur).

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, en 1998 40% ont un travail à plein temps ou à temps partiel et 25% bénéficient d'une rente AI. Quarante pour cent ont un logement fixe et quelques uns logent chez de la parenté ou ont trouvé une chambre.

Tableau 3.8 Le Relais : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998

	1998	
	n	%
Effectifs	20	
Effectif sortie	18	90
Mode de sortie		
Régulier	9	50
Régulier sans consentement	3	15
Irrégulier	2	10
Irrégulier sans consentement	4	20
Transfert		
Décès		
Autres		

	1998	
	n	%
Durée du séjour		
Moins de 3 mois	13	72
3-6 mois	4	22
6-12 mois	1	6
12-18 mois		
18-24 mois		
Plus de 24 mois		
Contact à la sortie		
Personne spécialisée	3	15
Autres personnes	3	15
Programme d'enchaînement		
Oui	10	67
Type de programme		
Appartement protégé	0	
Post cure de l'institution	2	
Centre de conseils en toxicomanie	0	
Service social	1	
Autres centres de conseil	3	
Soins psychiatriques		
Clinique somatique		
Clinique psychiatriques		
Prison		
Autre		

Tableau 3.9 Le Relais : situation à la sortie, FOS 1998

	1998	
	n	%
Effectifs		
Effectif sortie	18	90
Travail		
Plein temps	4	20
Occasionnel, temps partiel	4	20
En formation	0	0
Chômage	0	0
Rentier	5	25
Sans travail	0	0
Pas d'info	4	20
Revenu		
Travail	5	25
Famille, proche	3	15
Rente (AVS, AI)	6	30
Aide sociale, chômage, bourse	10	50
Revenus illégaux ou inconnus	2	10

	n	1998 %
Logement		
Fixe privé	8	40
Famille	3	15
Chambre	2	10
Institution	1	5
SDF		
Autre	2	10
Inconnu	2	10
Mode de vie		
Seul	7	35
En couple	2	10
Inconnu	3	15

3.4.7 Collaboration et réseau

Dans la philosophie du Relais, le rôle du Foyer s'inscrit dans l'environnement social, économique et politique. L'encadrement socio-éducatif accorde par conséquent une place centrale à la relation de la personne avec l'extérieur. Ainsi, en fonction de la problématique et des projets des résidents, des contacts et collaborations sont établis non seulement avec la famille, mais également avec toutes les structures et institutions publiques et privées, que ce soit les services sociaux et administratifs, les représentants du système judiciaire, le domaine médical, ainsi que les services privés et publics liés au travail ou encore les personnes travaillant dans le domaine des loisirs. Des synergies sont également établies avec les structures du Relais, comme les milieux ouverts, l'ASEMO ou le Relais 10 qui abordent les problématiques HIV et SIDA.

La prise en charge vise donc à accompagner la personne dans ses démarches en vue de lui permettre de se réapproprier son réseau social.

3.4.8 Gestion

Tableau 3.10 Le Relais : postes disponibles, 2002

	2002
Equipe socio-éducative	700
Gestion	100
Secrétariat	20
Employés d'exploitation	110
Veilleurs	200
Total général	1030

A cela s'ajoute l'administration générale du Relais qui forme un soutien actif, mais dont les postes ne sont pas ventilés en fonction des différentes structures.

3.5 UNITE DE SEVRAGE : LA CALYPSO

3.5.1 Historique et objectifs

L'unité cantonale de sevrage, la Calypso, est rattachée administrativement au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)²⁵. Située sur le site de Cery, elle a ouvert ses portes en janvier 1998 et a pour mission d'accueillir les personnes toxicodépendantes désireuses de et motivées à entamer un sevrage, quelle que soit la substance concernée, à l'exception de l'alcool seul.

Elle entend répondre à une lacune dans le dispositif de prise en charge des patients toxicodépendants dans le canton de Vaud et être un complément fonctionnel aux centres d'accueil et de traitement ouverts depuis 1996.

Jusqu'à présent, les techniques de sevrage ont essentiellement consisté en des méthodes classiques avec des traitements médicamenteux pendant une hospitalisation allant de 10 à 20 jours. Toutefois, dans le cadre d'une recherche entamée en avril 2000, les techniques de sevrage ultracourts (SOUC) avec anesthésie générale ont été appliquées à certains patients, en collaboration avec l'hôpital de St-Loup.

Le sevrage ne se limite pas aux aspects purement pharmacologiques, mais consiste aussi pour l'équipe thérapeutique à entamer avec le patient une réflexion en profondeur. Au cours du séjour, trois dimensions sont abordées au travers de multiples activités : la dimension physique (physiothérapie, piscine, sauna, groupe santé, etc.), la dimension psychologique (un référent par patient, groupe de parole sur l'organisation du séjour, groupe prévention rechute, etc.) et la dimension socio-éducative (projet de réinsertion, repas, loisirs).

En plus du traitement médical lié au sevrage, La Calypso propose un bilan médical à l'entrée et des tests de dépistage pour les hépatites et le VIH. Les vaccins ne sont pas administrés sur place, mais les données pertinentes sur le bilan de santé et le statut vaccinal sont retransmises au médecin traitant.

3.5.2 Organisation interne

Jusqu'au début de l'année 2001, la personne désireuse d'entamer un sevrage à la Calypso se voyait proposer un sevrage total de toutes substances²⁶.

Cette restriction aux patients visant l'abstinence complète, qui devait permettre de diminuer le risque que des personnes toxicodépendantes en traitement incitent d'autres patients à choisir la méthadone plutôt que l'abstinence a été abandonnée au début de 2001. A cette date, l'équipe a défini les « PROSPER », soit les programmes de sevrage personnalisés. Il existe ainsi quatre

²⁵ Sur la plan fonctionnel le CSM et la Calypso forment l'Unité de toxicodépendance rattachée au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) qui, avec le Centre de traitement en alcoologie rattaché au Département universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC), constituent ensemble la Division d'abus de substances du CHUV (DAS).

²⁶ Lors de l'ouverture de La Calypso, si le patient recevait une dose de méthadone importante dans le cadre d'un traitement de substitution, le sevrage n'était pas entrepris. L'équipe s'étant familiarisée avec la pratique du sevrage, ce critère a depuis été abandonné, à la demande des médecins traitants. De plus, la diminution de la méthadone par le médecin traitant pouvait augmenter chez certains patients la consommation d'autres substances avant l'admission à La Calypso. Actuellement, il n'y a donc plus de dose maximale de méthadone à sevrer, les conseils sur la diminution de la dose avant l'admission étant modulés en fonction de la situation particulière de chaque usager.

programmes de sevrage : le premier vise l'abstinence de tout produit à la sortie, méthadone y compris. Le deuxième prévoit le maintien des benzodiazépines sur prescription. Le troisième permet le maintien d'un traitement de substitution à la méthadone, alors que le quatrième prévoit le maintien des benzodiazépines et de la méthadone. Ces programmes ne s'adressent pas forcément à des clientèles différentes, mais sont plutôt une proposition de sevrage par étapes successives, pour les personnes qui ne se sentent pas prêtes à se passer d'un coup d'une aide sous forme de médicaments.

■ Admissions

Afin d'être admis à La Calypso, le candidat doit être motivé, préparé et référé par un intervenant extérieur. Le référent extérieur est requis dans la perspective d'un suivi post-sevrage, mais aussi pour la préparation au sevrage (informations, motivation, etc.). Il est invité à participer au bilan intermédiaire, réalisé au huitième jour du séjour.

Les conditions posées à cet intervenant ont beaucoup évolué : alors qu'il devait auparavant obligatoirement participer à l'entretien de pré-admission avec son client et remplir un long formulaire, qui rendait toute la procédure assez lourde, il suffit actuellement que le patient téléphone, envoie un justificatif de sa demande, ainsi qu'un formulaire d'une page rempli et signé par l'intervenant extérieur. Ces changements entraînent un gain de temps important pour ce dernier.

Le membre de l'équipe qui est présent lors de l'admission du patient devient son référent. Lorsque le référent est l'assistant social ou la psychologue, tous les deux à mi-temps, il y a co-référence. L'importance de la co-référence varie aussi selon la situation et les demandes du patient. De plus, ce dernier peut s'adresser à n'importe quel membre de l'équipe pour une demande particulière. Il y a ainsi un certain échange possible des intervenants. Il semble que l'équipe fonctionne bien et grâce à la mise en place et à la définition de procédures standards pour certaines situations, les infirmiers disposent d'une certaine autonomie, notamment pour surveiller et documenter les effets négatifs liés à la prise de médicaments, etc. Ceci permet de dégager les médecins de tâches de routine, au profit de leur travail de chef de clinique.

Pour les SOUC, l'anesthésie générale se fait à l'hôpital de St-Loup et les patients sont ensuite transférés à La Calypso pour la suite du traitement, incluant le soutien psychosocial. Les résultats de cette première recherche comparative sur les SOUC, versus les sevrages traditionnels, montrent qu'au bout de trois mois, les patients ayant bénéficiés d'un SOUC sont légèrement plus nombreux à ne pas avoir rechuté. Cet avantage se perd à six mois et à une année. Actuellement, l'équipe envisage de poursuivre la recherche sur les SOUC.

3.5.3 Méthode d'évaluation

L'évaluation s'est basée essentiellement sur les données statistiques OPALE; cette source a été cependant complétée par quelques données internes, notamment sur la répartition des sevrages selon les PROSPER, ainsi que sur le taux d'occupation des lits. Des réunions de suivi, organisées une à deux fois par année, ont par ailleurs permis de suivre l'évolution du projet.

3.5.4 Fréquentation de la structure

Pour chaque sevrage effectué à la Calypso, la statistique enregistre deux admissions, la première consiste en une admission ambulatoire durant laquelle l'équipe examine avec le patient la demande et les conditions du sevrage. Lors de l'entrée à proprement parler en sevrage, une nouvelle admission

est codifiée comme hospitalière. Les admissions ambulatoires peuvent de ce fait être légèrement supérieures en nombre du fait que certaines personnes renoncent au dernier moment à se présenter pour le sevrage. La suite de l'analyse et le descriptif du profil de la clientèle se baseront exclusivement sur les admissions hospitalières. Au total, plus de 200 admissions ambulatoires sont enregistrées chaque année. En 2001, elles ont débouché sur 159 admissions hospitalières qui ont concerné 140 personnes différentes.

Tableau 3.11 Nombre total d'admissions et de patients par année, CALYPSO 1999-2001

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Admissions ambulatoires						
Nb d'admissions	237		204		216	
Nb de patients uniquement ambulatoires	46		46		64	
Admissions hospitalières						
Nb d'admissions	225		175		159	
Nb de patients	181		153		140	
% de femmes ¹		29		29		29
Age moyen ¹	29.8		29.6		30.6	
Age médian ¹	29		29		30.5	
Age min-max	18-54		17-46		18-49	

¹ Calculés sur le total de patients

Parmi les personnes qui se présentent à La Calypso, certaines tentent un sevrage plusieurs fois au cours de la même année ; pour cette raison, le nombre de personnes différentes admises durant l'année est inférieur au nombre d'admissions. Entre 1999 et 2001, les 559 admissions hospitalières effectuées correspondent en fait à 418 personnes différentes. Parmi celles-ci, 76% ne se sont présentées qu'une seule fois au cours de la période ; 23% ont tenté deux à trois sevrages et le maximum de sevrage commencé est de six pour une personne.

Si l'on ne retient que l'année 2001, 58% des personnes effectuaient leur premier séjour, pour 33% il s'agissait d'un deuxième séjour, enfin pour 9% c'était le troisième ou le quatrième séjour.

Depuis leur introduction en 2001, l'attrait des différents PROSPER a évolué : alors que dans les six premiers mois de 2001, les sevrages partiels ont été choisis par 5% des patients, entre septembre 2001 et septembre 2002, ils ont concerné plus de 20% de la clientèle de la Calypso.

Tableau 3.12 Importance des différents PROSPER, CALYPSO, 2001-2002 (données internes)

Type de sevrage	Janvier-août 2001	Sept 2001-sept 2002
Prosper 1 : toute substance	95	79
Prosper 2 : toute substance sauf benzodiazépines	1	3
Prosper 3 : toute substance sauf méthadone	4	14
Prosper 4 : toute substance sauf benzodiazépines et méthadone	0	4

Dans le diagnostic, la dépendance aux opiacés est la plus fréquemment mentionnée, pour plus de 95% de la clientèle de la Calypso. Les problèmes liés à la cocaïne augmentent entre 1999 et 2001, et concernent de 18 à 40% des admissions. Les benzodiazépines augmentent plus fortement et sont passés de 12% à 42% des admissions en 2001. Ce diagnostic est, à une exception près, toujours associé à une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne. L'alcool concerne entre 7 à 15% des patients hospitalisés. Au total, quasi toute la clientèle est touchée par une consommation de drogues dures et un bon tiers (37%) consomme à la fois de l'héroïne et de la cocaïne en 2001.

Tableau 3.13 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions hospitalières CALYPSO 1999-2001

Produit impliqué	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Opiacé	222	99	169	97	151	95
Cocaïne	40	18	57	33	63	40
Benzodiazépine	27	12	61	35	66	42
Cannabis	13	6	75	43	53	33
Hallucinogène	0		3	2	0	
Alcool	15	7	28	16	20	13
Multiples produits	0		0		2	1
Total dd opiacé ou cocaïne	223	99	172	98	156	98
Opiacé et cocaïne	39	17	54	31	58	37

Le pourcentage d'admission comportant au moins un diagnostic psychiatrique posé est très variable selon les années, mais s'élève à 28% au maximum en 2000. Les troubles les plus souvent cités sont les troubles de la personnalité et du comportement (7 à 20%). Les troubles de l'humeur ainsi que les troubles psychotiques ou l'anxiété sont mentionnés chez 3 à 8% des admissions.

De l'avis de l'équipe, il s'agit là d'une sous-codification importante des troubles psychiatriques de la clientèle de la Calypso. En effet, 90% des patients se voient attribuer aussi un diagnostic psychiatrique. Toutefois, selon la nature du trouble, le diagnostic n'est pas enregistré, comme par exemple lors de troubles anxieux ou dépressifs. Pour l'équipe, cette comorbidité peut se manifester par des troubles sévères, mais pouvant être traités sans difficulté majeure, en même temps que le traitement de la dépendance, l'important étant avant tout de les traiter.

Tableau 3.14 Diagnostics psychiatriques, ensemble des admissions hospitalières, CALYPSO 1999-2001

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	1	0	49	28	26	16
Diagnostics psychiatriques les plus souvent cités						
Troubles psychotiques	0		2	1	0	
Troubles de l'humeur	0		14	8	13	8
Anxiété, adaptation	0		14	8	5	3
Personnalité et comportement	1	0	35	20	11	7

Il est rare qu'un seul diagnostic figure par admission. Parmi les combinaisons à retenir, on peut mentionner : la consommation conjointe d'opiacés et de cocaïne qui fluctue entre 17 à 37%, la consommation de drogues dures associée à un diagnostic psychiatrique (entre 1% et 27%).

3.5.5 Profil des usagers lors de leur admission

N'est présenté dans ce chapitre que le profil des patients de la CALYPSO présentant un diagnostic pour consommation de drogues dures (opiacés et/ou cocaïne), à partir de la statistique OPALE.

La proportion de femmes à la Calypso est légèrement inférieure à celle généralement présente dans les structures spécialisées dans la prise en charge de personnes toxicodépendantes et s'élève à 29%. Si l'âge moyen reste relativement stable (30 ans), la proportion des personnes de moins de 25 ans diminue au profit de la catégorie des 30 ans et plus. Ces derniers constituent la moitié de la clientèle en 2001.

Tableau 3.15 Profil des patients présentant un diagnostic de dépendance aux drogues dures, CALYPSO 1999-2001

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Nombre de patients	180		150		139	
Femmes	52	29	43	29	39	28
Age						
min-max	18-54		17-46		18-49	
Age moyen		29,8		29,7		30,5
Age médian		29		29,5		30
<=15	0		0		0	
16 à 20 ans	5	3	6	4	3	2
21 à 25 ans	47	26	30	20	27	19
26 à 30 ans	55	31	50	33	40	29
31 à 35 ans	40	22	39	26	39	28
36 ans et plus	33	18	25	17	30	22
Domicile						
SDF	9	8	3	3	4	4
Fixe privé	98	82	106	91	96	89
Institution	13	11	8	7	8	7
Travail						
En formation	5	3	6	4	27	20
Activité professionnelle	35	20	25	17	20	15
Sans activité prof.	138	78	119	79	86	65
Niveau de formation						
Formation obligatoire	79	52	78	62	71	62
Apprentissage	57	37	44	35	32	28
Formation supérieure	17	11	4	3	11	10

La grande majorité de la clientèle de la Calypso a un domicile fixe et 15 à 20% ont une activité professionnelle. En 2001, 20% sont en formation. Par ailleurs, le niveau de formation atteint est faible avec plus de 60% de personnes en 1999 et en 2000 qui ont accompli la formation

obligatoire. Trois à huit pour cent de la clientèle sont sans domicile fixe entre 1999 et 2001 et environ 7% séjournent en institution.

La proportion de patients qui ont été adressés à la Calypso par un médecin installé ou un hôpital a augmenté progressivement et est passée de 47% en 1999, à 75% en 2001. Cette augmentation traduit notamment un abaissement des exigences de la Calypso vis-à-vis des référents extérieurs et surtout une simplification des démarches d'accompagnement à l'entrée qui peut faciliter les collaborations avec les médecins installés (cf. point 3.5.2).

Tableau 3.16 Provenance des patients, CALYPSO 1999-2001

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Nombre total d'admissions dd¹	223		172		156	
Durée des admissions (en jour) moy-med-min-max	9.3-8	2-29	8.7-8	2-23	9.5-10	2-21
Adressé par						
Sans intermédiaire	17	8	5	3	14	10
Médecin ou hôpital	97	47	99	58	105	75
Structures spécialisées drogues dures	91	44	67	39	22	16

¹ Sont considérées comme drogues dures : l'héroïne, la cocaïne et les cocktails.

La durée prévue du sevrage à la Calypso est habituellement de 10 à 20 jours, mais peut varier en fonction de la situation particulière d'un patient et de ses objectifs personnels. Pour les admissions de 1999 à 2001, la durée réelle de séjour a varié de 1 à 29 jours (moyenne = 9 jours ; médiane = 10 jours). Une durée de sept jours est considérée comme nécessaire par l'équipe pour un sevrage physique adéquat. La proportion de sevrages interrompus avant le septième jour est passée de 34 à 26%, entre 1999 et 2001.

Parallèlement à cette relative augmentation de la durée de séjour, le taux d'occupation de la Calypso est passé de 50% environ, durant la première année de fonctionnement (1998), à environ 70% en 2001, malgré la diminution du nombre d'admissions.

■ Prise en charge

Actuellement, l'équipe a développé les sevrages au topiramate²⁷ qui permettent de diminuer les symptômes de manque, les douleurs, les nausées ainsi que l'anxiété.

En plus du sevrage physique, l'équipe essaye de renforcer l'approche motivationnelle avec le patient. L'idée retenue est de définir des niveaux de prise en charge selon l'étape où se trouve le patient et de travailler depuis la réduction des risques jusqu'au projet d'abstinence. L'objectif est que le patient qui entre à la Calypso ressorte en étant allé jusqu'au bout du sevrage pour lequel il est entré et, dans la mesure du possible, qu'il reprenne son projet durant l'hospitalisation, en

²⁷ Le topiramate (Topamax®) est une molécule prévue à l'origine comme anti-diabétique et utilisée ensuite comme anti-épileptique. Le Topamax s'est montré plus efficace que les médicaments classiques tels que la clonidine, pour les sevrages des héroïnomanes et polytoxicomanes. Voir Rapport 2001 Fondation Phénix, <http://www.phenix.ch/french/rapport01>.

visant un seuil plus élevé dans son projet de sevrage. Dans ce sens, l'équipe de la Calypso a développé des procédures standards pour faciliter la progression des patients et tenter de prévenir les abandons de projets.

La Calypso offre également des activités qui visent à réduire les symptômes physiques liés au sevrage (principalement les tensions) de manière à augmenter le confort des patients. Elle souhaite dans ce cadre pouvoir développer une échelle des tensions qui permette ensuite de valider les approches somatiques mises en place (massage, sauna, fauteuil à massage, etc.).

■ Modalité d'arrêt du sevrage

Selon les données d'OPALE, il existe quatre types d'arrêt de traitement : d'un commun accord, à l'initiative du patient, suite à une décision de l'équipe et enfin lors d'une fugue²⁸. La proportion d'admissions dont la sortie a été décidée d'un commun accord a augmenté et concerne presque les deux tiers des patients en 2001. Cette augmentation est corollaire d'une diminution de la proportion des fins de traitement décidées à l'initiative du patient qui est passée de 43 à 22%. Les fugues concernent environ 4 à 8% des admissions.

Dans la statistique interne de la Calypso, le mode de définition est légèrement différent puisque l'on parle de contrat achevé, de départ anticipé (soit à la fin du sevrage physique, au bout de huit à dix jours de séjour), de rupture de contrat, lorsqu'il y a une reconnaissance réciproque de l'incapacité de la structure à satisfaire le patient et enfin de fugues, qui interviennent généralement très rapidement au début du sevrage.

Selon ces définitions, la part de séjours achevés augmente et concerne 76% des admissions entre septembre 2001 et septembre 2002. A noter l'introduction d'un moratoire de deux heures qui est demandé au patient qui souhaite quitter prématurément la Calypso. Ce délai suffit souvent à permettre au patient de revoir sa décision.

L'équipe travaille à l'élaboration d'une définition des indications pour un sevrage avant l'entrée. De cette manière, elle espère pouvoir évaluer de manière standard, lors des pré-admissions, l'opportunité d'entamer un sevrage et sa nature, ceci afin d'éviter des sorties prématurées qui sont fréquentes avec cette population.

Tableau 3.17 Mode de sortie, la Calypso, statistiques internes, 2001-2002

Mode d'arrêt de traitement	Janvier-août 2001		Sept 2001-sept 2002	
	%	n	n	%
Séjour achevé	54	142	142	76
Départ anticipé	14	14	14	7
Rupture de contrat	24	23	23	12
Fugue	8	9	9	5

²⁸ Une fugue est un départ non annoncé et non discuté par le patient.

■ Destination des patients

Par rapport à la situation qui prévalait au moment du dernier rapport d'évaluation, une attention plus grande est accordée aux sorties. Ainsi, en cas de départ prématuré, l'équipe essaye toujours de contacter l'intervenant extérieur en présence du patient. L'idée qu'elle entend par ailleurs développer est celle d'une période de recouvrement entre la fin du séjour à la Calypso et le projet de post-cure, recouvrement qui serait une période de transition durant laquelle l'équipe continue à avoir des nouvelles des patients sortis. Cette manière de procéder permettrait d'intervenir plus rapidement lors d'une rechute, par exemple. Lorsque les patients sont réorientés vers une structure comme le Centre St-Martin, il est plus facile, en raison des contacts étroits entre les deux institutions, de "rejoindre" le patient avant qu'il ne se retrouve en grande crise. Les changements proposés concernent davantage les orientations vers un traitement résidentiel.

En 2001, environ 12% des admissions se terminent par une référence à un centre résidentiel, 6% au centre St-Martin et 20% à d'autres structures de prise en charge de personnes toxicodépendantes. Trente-quatre pour cent sont adressées à un médecin.

3.5.6 Gestion

L'équipe est composée d'un médecin cadre à 50%, de deux postes de médecin assistant à 50%, de 7,5 postes à plein temps d'infirmiers, dont seuls six sont actuellement pourvus, d'un assistant social à 50%, d'un psychologue à 50%, de deux veilleurs de nuit avec une formation d'infirmier et d'un poste de secrétaire à 80%, complété par un emploi ETS à 50%. Un poste supplémentaire de psychologue assistant est financé à 50% par l'argent de la recherche. Toute l'équipe participe cependant à la rédaction d'articles et à la conceptualisation des projets de recherche.

3.6 PRISE EN CHARGE DANS LE SYSTEME CARCERAL VAUDOIS

3.6.1 Introduction

Le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires du canton de Vaud (SMPP) est rattaché au DUMSC²⁹. Il regroupe les services médicaux des cinq prisons du canton (La Tuilière à Lonay, La Croisée à Orbe, Bois-Mermet à Lausanne, EPO à Orbe³⁰ et la prison de Vevey) - impliquant donc différentes modalités d'incarcération (exécution de peine, détention préventive, arrêts, semi-liberté) - ainsi qu'une consultation ambulatoire. L'exercice médical en milieu pénitentiaire obéit aux mêmes règles de confidentialité, de respect du secret médical et du consentement libre et éclairé, qu'à l'extérieur.

La prise en charge des toxicomanes a été définie dans un rapport aux autorités du canton en 1997³¹ et a fait l'objet d'un effort particulier de la part des équipes médicales dans un contexte souvent hostile aux thérapies de substitution. Diverses possibilités de prise en charge ont été développées :

²⁹ DUMSC : Département universitaire de médecine sociale et communautaire.

³⁰ EPO : Etablissements de la Plaine de l'Orbe.

³¹ Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande. Berne : OFSP, Commission de Contrôle de la Recherche sur le SIDA, No 7246. Mars 1999 : 22-3.

- sevrage avec soutien médicamenteux;
- poursuite du traitement si le patient est déjà sous cure de méthadone même si la durée d'incarcération est longue ; cette pratique s'est encore assouplie depuis le précédent rapport³²;
- possibilité de reprise d'un traitement de méthadone en vue de la sortie si les risques de rechute sont importants.

Dès 1997-98, un programme de prévention du SIDA et des hépatites a été progressivement mis en place. Il consiste en la distribution d'une pharmacie personnelle, en principe à tous les détenus, au cours de l'entretien infirmier d'entrée dans la prison (dans la majorité des cas dans les 24 heures suivant l'incarcération). Cette pharmacie personnelle contient un flacon de solution antiseptique (Jodoplex), des tampons de cellulose, de la pommade Vita Merfen, des pansements rapides, des préservatifs, un dépliant explicatif en neuf langues (montrant comment désinfecter du matériel d'injection), mais n'inclut pas de seringue. Le personnel soignant et les surveillants ont reçu une information et une formation concernant les finalités et l'usage de cette pharmacie.

Ce chapitre présente des données issues des statistiques du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires³³ sur la population de toxicomanes incarcérés, leur état de santé et les traitements mis en œuvre.

3.6.2 Activités du service

Les données transmises par le Dr Gravier du SMPP dénombrent les épisodes carcéraux au cours d'une année - un individu pouvant être comptabilisé plusieurs fois s'il a changé de prison ou s'il est sorti, puis à nouveau entré. Les données concernant ces épisodes sont présentées dans le Tableau 3.18, les données par personne figurent en annexe 5.2.4.

Sur l'ensemble des épisodes carcéraux recensés chaque année, environ un quart des épisodes concerne un toxicomane³⁴ (Tableau 3.18). Cette proportion est stable au cours du temps. Ceci représente un total de 593 épisodes de détention en 2001, soit 421 personnes différentes. Ces deux dernières années, on compte 10% à 14% de femmes parmi les toxicomanes incarcérés.

Plus de la moitié des épisodes carcéraux concernant des personnes ayant une anamnèse de toxicomanie a bénéficié soit d'un traitement de méthadone, soit d'un sevrage médicamenteux³⁵. Ainsi en 2001, 185 épisodes se sont accompagnés d'une cure de méthadone dans le cadre de la poursuite d'un traitement ou d'un sevrage dégressif (soit 35% des individus toxicomanes détenus ou 149 personnes différentes). Et 87 épisodes ont été accompagnés d'un traitement de sevrage avec prescription de médicaments en 2001 (ce qui représente 16% des individus toxicomanes détenus, soit 68 personnes différentes).

Devaud C, Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons : entre réalités et contraintes. *Med Hyg* 1999 ; 57 : 2045-9.

³² Une ombre au tableau subsiste encore, les autorités pénitentiaires des EPO maintenant le plafond à douze cures de méthadone simultanées, malgré les demandes réitérées du SMPP pour abolir ce plafond. Le changement de direction des EPO permettra peut-être de reprendre une discussion sur les cures de méthadone suivies dans leur établissement pénitentiaire.

³³ Communiquées par le Dr B. Gravier, que nous remercions.

³⁴ La définition retenue est une dépendance connue, passée ou présente, à l'héroïne ou/et à la cocaïne.

³⁵ Toute personne manifestant des symptômes de sevrage reçoit en principe un traitement (Dr Gravier, communication personnelle).

Tableau 3.18 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : 1997-2001 (Données du Dr Gravier)

	1997		1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total des épisodes carcéraux ¹	2381		2452		2509		2330		2422	
Épisodes carcéraux de toxicomanes ²	564	24	567	23	551	22	540	23	593	24
Nb. de toxicomanes différents ³			445		435		412		421	
Épisodes carcéraux de femmes toxicomanes	92	16	74	13	79	14	73	14	60	10
Traitements de sevrage	145	26	123	22	96	17	110	20	87	15
Traitements méthadone (poursuite de cure ou traitement dégressif)	202	36	196	35	199	36	172	32	185	31
Nombre de visites médicales d'entrée ⁴	1334		1461		1378		1214		1148	
Au moins une consultation médicale ⁵ durant l'année							1646		1453	
Pharmacies personnelles distribuées ⁶	598		589		611		982		1161	

¹ Population globale détenue (présente au 01.01 et entrant dans l'année).

² Nombre d'épisodes carcéraux qui inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogue.

³ Nombre de toxicomanes différents détenus au cours de l'année. Ainsi les détenus ayant changé de prison ou sortis puis entrés à nouveau ont été comptabilisés une seule fois. Inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogue.

⁴ N'inclut pas les entretiens d'entrée faits par les infirmiers, les détenus avec une durée de détention courte (moins de 15 jours) et sans problème de santé manifeste, peuvent ne pas avoir de visite médicale.

⁵ Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation médicale durant l'année.

⁶ Approximatif pour 1997 et 1998 : début progressif de la distribution.

En 2000, une distinction a été introduite concernant les visites médicales : les visites d'entrée ont été distinguées des visites médicales pour des détenus déjà présents au 1^{er} janvier. En 2001, 1148 visites médicales d'entrée ont été effectuées et 1453 détenus ont bénéficié d'au moins une consultation médicale durant l'année.

La distribution de pharmacies personnelles a connu une importante augmentation durant les deux dernières années : en 2000, 982 pharmacies ont été distribuées, 1161 en 2001.

3.6.3 Maladies infectieuses

Il n'y a pas de dépistage systématique des hépatites ou du VIH en prison (celui-ci est cependant proposé au détenu si ce dernier fait état de conduites à risque ou s'il le demande). Une vaccination contre l'hépatite B est aussi proposée, si nécessaire, depuis 1998. Les infections comptabilisées dans le Tableau 3.19 sont celles qui ont été inscrites dans les diagnostics pour les patients qui ont eu une visite médicale dans l'année. Il s'agit donc d'un chiffre plancher.

En 2000, le nombre d'infections au VIH repérées lors des consultations médicales est stable (un peu plus de 20 par année). En ce qui concerne les hépatites, le mode de recueil des diagnostics a été affiné, ce qui peut expliquer certaines variations. On peut toutefois relever que le nombre d'hépatites C chroniques a fortement augmenté en 2000 et 2001 : 79 et 101 ont été diagnostiquées en 2000 et 2001, entre 41 et 49 durant la période 1997-1999.

Tableau 3.19 Diagnostics de maladies infectieuses, SMPP, 1997-2001

Diagnostics	1997	1998	1999	2000	2001
Infection VIH	21	20	21	37	22
Hépatites total	97	125	117	152	164
Dont :					
hépatite B aiguë	13	13	24	32	4
hépatite C aiguë					1
hépatite B chronique	14	13	23	29	43
hépatite C chronique	41	48	49	79	101
hépatite non précisée	29	51	21	12	15

Une étude financée par le FNRS sur l'épidémiologie des maladies infectieuses dans les prisons vaudoises est en cours. Elle poursuit les objectifs suivants :

1. connaître les circonstances dans lesquelles les personnes maintenues en milieu carcéral s'exposent à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH;
2. évaluer le nombre de personnes atteintes par ces maladies;
3. introduire ou améliorer les mesures de prévention qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

Cette étude est constituée d'un questionnaire (portant sur des données épidémiologiques, consommation, prises de risques, etc.) et d'une prise de sang (VIH, HBV, HCV et MST). Les données ont été récoltées entre janvier et juin 2002, avec 352 personnes qui ont accepté de participer. Les données ne sont pas encore disponibles.

4 CENTRES D'ACCUEIL A BAS SEUIL

4.1 METHODE D'EVALUATION

Au cours de la période d'évaluation 2000-2002, cinq centres d'accueil ont été suivis : Entrée de Secours et Zone Bleue (qui avaient déjà fait l'objet des précédents rapports), ACT (qui a été considéré comme centre d'accueil, alors qu'auparavant il était intégré dans les projets de travail de proximité), le Parachute (évaluation interne au cours des deux premières périodes d'évaluation) et enfin le Passage (évaluation en 1998-1999, pour la Ville de Lausanne). Le suivi de cinq structures différentes et surtout l'intégration du Parachute et du Passage ont nécessité un travail important de réflexion et de négociation autour des outils d'évaluation, afin de permettre à la fois une comparaison des données par structure tout en respectant les particularités propres à chaque institution.

Les outils utilisés nous permettent de suivre la fréquentation et le profil des clients de ces structures. Ils permettent également de dresser une évolution des modes de consommation et des produits et fournissent des informations sur l'évolution de la gravité des problèmes liés à la consommation (insertion, santé, prise de risques).

4.1.1 Monitoring

L'évolution du nombre et de la nature des contacts, ainsi que l'utilisation d'un certain nombre de prestations offertes a été relevé à l'aide du monitoring. L'interprétation des données a été faite en considérant les faits ou événements marquants de la vie du centre, tels qu'ils sont restitués par les collaborateurs lors des réunions de suivi.

Le relevé de la fréquentation et des prestations offertes par les structures a pu avoir lieu pour un minimum de trois mois pour chacune des structures, certaines le tenant à jour quotidiennement toute l'année pour bénéficier d'un meilleur aperçu de leurs activités et de leurs fluctuations. Il n'a cependant pas été possible d'obtenir ce relevé pour une période identique pour chacune des structures comme cela a été le cas les années précédentes (dernier trimestre de l'année). Des effets saisonniers pourraient ainsi influencer les résultats et intervenir dans la comparaison entre les structures.

4.1.2 Profil de la clientèle

L'outil développé en 1997 pour les premières demandes d'aide et de prise en charge avait été complété par le suivi de dossier qui permettait de suivre l'évolution des usagers du point de vue de leur consommation et de leur insertion. Cet outil a toutefois été abandonné pour la troisième période de l'évaluation, en raison de la mise sur pied d'un suivi de routine allégé. Seules les premières pages du questionnaire permettant de récolter les informations nécessaires à l'établissement du profil des nouveaux usagers de la structure ont été utilisées en 2000 et 2001.

Ce questionnaire sur la situation à l'entrée, développé avec EdS et ZB, a été étendu à ACT. Pour le Passage, un questionnaire anonyme auto-administré a été proposé aux usagers, dès mai 2002.

Pour le Parachute en 2002 et pour le Passage en 2001, un questionnaire basé sur le "design" des "études Clientèles" auprès des structures à bas seuil a été proposé aux usagers.

4.1.3 Réunions de suivi

Pour chacun des centres d'accueil, deux à trois réunions de suivi ont eu lieu annuellement. Pour le Passage et le Parachute, il s'agissait dans un premier temps de définir les outils d'évaluation employés. Par la suite, ces réunions ont permis de mieux comprendre les spécificités de chacune de ces structures et de leur clientèle.

4.2 ENTREE DE SECOURS (EdS) : REGION MORGES - AUBONNE

4.2.1 Historique et objectifs

Au moment de son ouverture en 1997, EdS avait pour objectif d'être une structure d'accueil, de soutien et d'orientation pouvant être le pont entre la personne consommant des produits stupéfiants, sa famille, son entourage et les institutions médicales et sociales existantes. Ses buts étaient également de développer le travail en réseau, afin de favoriser des prestations de proximité pour les personnes dépendantes et pour leur famille, et de créer, dans la région de Morges - Aubonne, un lieu d'information et de coordination pour les réseaux médicaux et sociaux concernés par la toxicomanie. Plus précisément, les objectifs du centre étaient :

- l'accueil, qui correspond à une phase de discussion, d'entrée en matière plus ou moins informelle ;
- le soutien, qui s'effectue à partir de la demande ou des besoins de la personne. En général, il s'agit de gérer les situations de crise et d'offrir assez rapidement une réponse aux problèmes qui se posent ;
- l'orientation, qui consiste à utiliser au maximum les ressources du réseau pour adresser les usagers à d'autres partenaires ;
- la mobilisation des partenaires extérieurs, de sorte que chacun joue son rôle, que la complémentarité des différentes composantes du réseau soit optimale; cet aspect correspond à une part importante du travail entrepris par EdS.

Le premier rapport d'évaluation confirmait la mise en œuvre de ces missions, tout en mentionnant des liens ténus avec l'équipe de travail de proximité de la région Morges-Aubonne, ainsi qu'une relative sous-utilisation des compétences infirmières des membres de l'équipe. La question de la couverture (problématique) de la région et de la provenance des usagers (essentiellement de la région de Morges) avait également été posée. Le deuxième rapport relevait une bonne utilisation des diverses compétences des membres de l'équipe.

Actuellement, la mise en place et l'accompagnement de projets de vie, ainsi que le soutien psychologique occupent une place centrale. Le soutien offert vise à favoriser l'accès à certaines ressources comme la formation, l'accès au travail, au logement, à débloquer des situations très compliquées et souvent dans l'impasse (par exemple, concernant les caisses maladies), à limiter les dégâts liés à des problèmes financiers (plan de désendettement) et à redonner à l'utilisateur une certaine autonomie.

L'équipe accorde une grande importance à la satisfaction optimale de sa troisième mission à savoir l'orientation. Toutefois, si la volonté d'orienter le plus rapidement possible vers d'autres structures est toujours d'actualité, dans les faits, les interventions sont néanmoins le plus souvent envisagées à moyen terme.

Les usagers peuvent par ailleurs profiter des consultations médicales organisées par des médecins dans les locaux du centre.

4.2.2 Organisation interne et changements

Des modifications d'horaires et d'organisation ont eu lieu durant l'année 2001, suite à la fois au départ d'un ancien collaborateur (poste non repourvu) et au déménagement qui a eu lieu en octobre 2001. Actuellement, EdS est ouvert du lundi au vendredi, de 14 à 19h. La distinction entre accueil formel et informel a été abandonnée en raison de la disposition des nouveaux locaux.

Le fonctionnement de l'équipe est peu sectorisé et chaque membre participe de manière équivalente à la majorité des activités de la structure et aux consultations médicales. Il n'y a pas de référent défini pour chaque usager. Par contre, il est fréquent que les usagers établissent des liens préférentiels avec l'un ou l'autre des membres de l'équipe.

Le fait que le centre se soit implanté dans une région où le réseau de prise en charge est relativement bien étoffé lui a permis de se positionner assez précisément et de ne pas subir de trop fortes attentes de la part des autres intervenants dans le domaine. Ainsi, EdS n'a pas le sentiment que les médecins se déchargent sur la structure, mais l'équipe est toujours attentive à n'envisager le démarrage d'une cure et la stabilisation d'un usager que dans l'attente d'une orientation extérieure. Ces orientations se sont améliorées depuis fin 2001 et l'équipe propose aux médecins un accompagnement parallèle des usagers qui pourraient leur être adressés.

Cependant, l'équipe relève qu'il ne suffit pas de remettre une seule fois les usagers en contact avec leur médecin traitant par exemple lors de l'interruption d'une cure de méthadone, mais que la démarche doit souvent être répétée. L'orientation vers d'autres intervenants dans le domaine de la toxicomanie ne se fait donc pas une fois pour toute et l'équipe est souvent sollicitée pour remettre de "l'huile dans les rouages" entre les personnes dépendantes et le réseau. Cette situation a pour conséquence qu'un usager qui ne fréquente plus le centre depuis longtemps peut revenir à tout moment.

Entrée de Secours, plus que les autres structures évaluées, définit sa mission comme celle d'une plaque tournante dans le dispositif socio-sanitaire existant. Elle reconnaît néanmoins que, par rapport à une première estimation qui stipulait que l'accompagnement ne devait pas excéder quelques mois, certaines situations nécessitent un suivi à plus long terme et que les retours sont relativement fréquents.

L'équipe a conservé la disponibilité pour un travail de proximité auprès des usagers du centre : accompagnement dans les démarches, visites et rencontres dans les lieux qu'ils fréquentent. Le travail de proximité pratiqué avec la "casquette" EdS n'est toutefois pas toujours aisé. Ainsi, selon les intervenants, certaines personnes ne désirent pas être vues en train de discuter avec un membre de l'équipe pour des questions de discrétion.

Actuellement, l'équipe a mis sur pied des mesures de prévention des hépatites B et C et du VIH. Avec les usagers qui fréquentent EdS pour des prestations autres que médicales, l'équipe essaie toujours d'aborder le problème des hépatites et propose aux usagers de discuter avec leur médecin traitant des possibilités de vaccination.

En principe, le champ d'intervention d'EdS touche l'ensemble de la région de Morges-Aubonne. L'une des difficultés principales réside sans doute dans le développement de collaborations en dehors de la proximité immédiate de Morges. Dans les zones rurales, les problèmes de toxicomanie sont encore souvent minimisés ; les autorités ne se sentent pas toujours directement concernées.

S'il est probable que les consommateurs de drogue ont tendance à se retrouver, voire à venir s'établir, dans une zone urbanisée, il n'en demeure pas moins qu'ils sont parfois originaires des villages de la périphérie urbaine. Le traitement des problèmes liés à la toxicomanie implique donc une forme de solidarité entre les différentes composantes de la région et le travail d'information et de motivation des communes de la région à participer à la prise en charge des personnes toxicodépendantes doit être poursuivi.

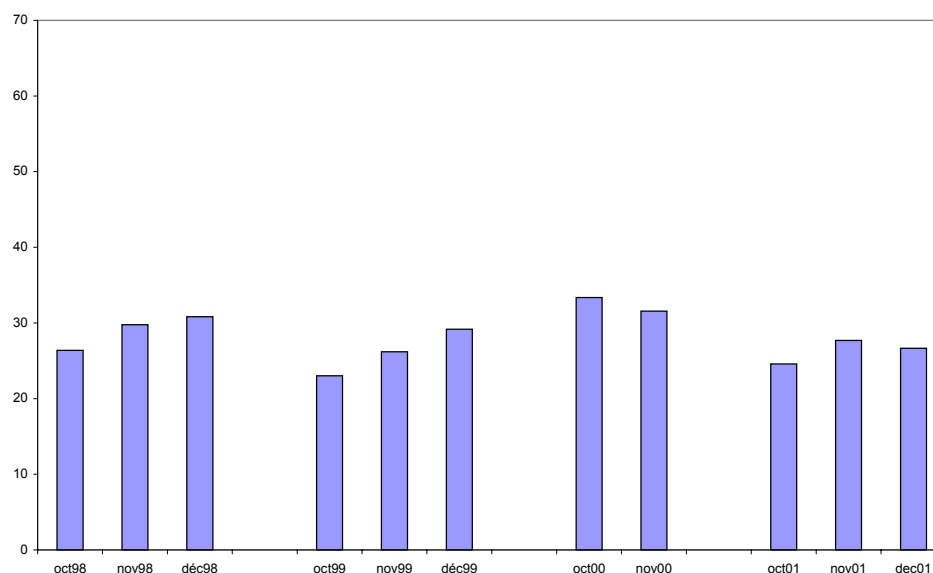
EdS a fait une présentation de la structure dans le cadre de l'association régionale de l'action sociale Morges-Aubonne et a envoyé plusieurs courriers aux communes concernées, demandant une participation financière à raison de 2,40 Fr. par habitant. Suite à ces démarches, la participation des communes augmente chaque année (en moyenne 1,30 Fr par habitant en 2001).

Parmi les usagers arrivés en 2001 à EdS, les données du questionnaire d'entrée indiquent qu'environ 48% des usagers habitent Morges et 17% la région de Morges-Aubonne. Parmi les autres usagers, 15% proviennent de la région de Nyon-Rolle ; un peu plus de 7% sont sans domicile fixe et 6% environ viennent de Lausanne ou Renens. Un usager est frontalier, un habite la région de Cossonay et un autre habite Vevey, mais travail dans la région de Morges.

4.2.3 Fréquentation de la structure EdS

L'analyse des données du monitoring fait apparaître une stabilisation de la fréquentation du centre entre 1998 et 2001. En effet, à la fin de 2001, ce sont toujours entre 25 et 30 personnes qui se rendent quotidiennement dans les locaux de EdS (contre une dizaine à la fin de 1997). Les données du dernier trimestre 2001 ont cependant été récoltées alors que la structure venait de déménager, événement qui a pu influencer la fréquentation pendant un certain temps.

Figure 4.1 EdS : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture¹, 1998-2001



¹ Du lundi au vendredi, à l'exclusion des dimanches durant lesquels la structure ouvrait deux heures de 1997 à 1999.

Le nombre de "nouvelles personnes", c'est-à-dire de personnes qui viennent consulter à EdS sans être déjà connues par un membre de l'équipe, était de 26 durant le dernier trimestre de 2001 (22

nouveaux venus durant les deux derniers mois de 2000). Le nombre total de nouvelles personnes venues présenter une demande à EdS en 2001, et pour lesquelles une feuille de prise en charge a été remplie, était de 95 (114 en 2000).

4.2.4 Profil des usagers au début de l'accompagnement

La principale source de données permettant de dresser le profil de la clientèle de EdS lors de son admission est constituée des questionnaires de prise en charge des usagers remplis depuis 1998 pour chaque nouvel usager. Ils donnent des informations sur les différences pouvant apparaître d'une année à l'autre dans le profil de la nouvelle clientèle.

Au total, 95 feuilles de prise en charge ont été remplies en 2001 et 114 durant l'année 2000. Parmi celles-ci figurent 27 feuilles concernant en premier lieu des demandes émanant de personnes proches de toxicomanes (famille, amis) qui ont été écartées de l'analyse du profil de la clientèle (21 en 2000). En 2001, 15 des personnes, pour lesquelles ce questionnaire a été rempli, étaient déjà venues à EdS dans le cadre de l'accueil et une personne pour faire la lessive.

Le profil des usagers du centre est calculé uniquement sur la base des 68, respectivement 93 usagers consultant pour eux-mêmes. Il donne l'image d'une population composée à 73% d'hommes pour 2001, dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que celui des femmes (âge moyen de 29.6 ans et âge médian à 29.5 ans pour les hommes, respectivement 26 et 23 ans pour les femmes en 2001). Par rapport aux années précédentes, il y a un certain rajeunissement des usagers qui sont 30% à avoir moins de 25 ans en 2001 (14% en 1999). L'âge minimum est de 18 ans.

Onze usagers (17%) étaient sans domicile fixe lors de leur premier contact avec EdS en 2001 (13% en 2000). Le nombre de personnes en institution est relativement élevé : 27% en 2001 et 17% en 2000. En ce qui concerne l'insertion socioprofessionnelle, 41% des usagers ont un travail régulier, 6% sont en formation et 43% sont sans travail (légère amélioration par rapport aux années précédentes). L'équipe ressent un durcissement du marché du logement, ce qui a des répercussions aussi sur les chambres à louer. Auparavant, les chambres les moins confortables connaissaient une rotation de leurs locataires ; actuellement, même ces lieux deviennent des « logements stables ».

Parmi les usagers, 58 (85%) ont consommé des drogues dures au cours de leur vie en 2001 (91% en 2000). Au moment des premiers contacts avec la structure, 42 usagers (62%) de la clientèle 2001 consommaient des dd³⁶ (contre 76% des usagers en 1999). Parmi ceux-ci, 16 consommaient à la fois de l'héroïne et de la cocaïne (23 en 2000), 20 ne consommaient que de l'héroïne et 6 que de la cocaïne. Les consommateurs de drogues dures consomment par ailleurs fréquemment d'autres produits (cannabis, alcool, ecstasy, amphétamines). Douze usagers étaient des anciens consommateurs ne consommant actuellement aucune drogue et venant pour la plupart, chercher des informations diverses et demander une aide administrative. Parmi ces usagers non consommateurs, sept étaient en traitement de substitution.

Pour 2000 et 2001, le pourcentage de personnes polytoxicomanes parmi les consommateurs actifs est élevé : environ 45 à 50% consomment trois produits ou plus, sans compter la méthadone et les benzodiazépines prescrites.

Parmi les consommateurs actifs de dd, 37% consommaient par injection (44% en 2000) et pour 63% de ces usagers il s'agissait d'une consommation quotidienne (60% en 2000). L'âge moyen pour le

³⁶ Héroïne et/ou cocaïne.

début de la consommation de drogues dures est de 20 ans, la durée moyenne de consommation étant en légère diminution : 8.2 ans contre 9.9 ans en 2000 et 10.9 en 1999.

En 2001, sur 42 questionnaires remplis, 17 usagers avaient fait un séjour en prison et 2 avaient une expérience de prostitution (sur 24 questionnaires remplis).

Tableau 4.1 EdS : profil des usagers et consommation, 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs¹	101		96		93		68	
Nb femmes	41	41	30	31	25	27	18	27
Age								
Min-max	18-46		18-49		17-53		18-40	
Age moyen	29.6		31.4		31		28.6	
Age médian	28.0		30.5		30		28.5	
15 à 20 ans	9	5	1	1	6	7	8	12
21 à 25 ans	19	29	12	13	18	21	12	18
26 à 30 ans	19	29	33	35	26	29	21	32
31 ans et plus	24	37	48	51	39	43	25	38
Domicile								
Sans domicile fixe	5	5	9	9	11	13	11	17
Fixe privé	70	77	70	73	64	70	35	56
Institution	16	18	17	18	14	17	17	27
Travail								
Sans travail	41	49	47	49	41	44	29	43
Régulier	32	39	33	34	30	32	28	41
Occasionnel	10	12	7	7	5	5	5	7
En scolarité			2	2	8	9	4	6
Nsp*			7	7	10	10	2	3
Consommation durant la vie			88	92	8		58	85
Consommation dd à l'entrée								
Drogues dures ²	67	67	73	76	59	63	42	62
dont :								
héroïne seule	61		45		32		20	
cocaïne seule	3		2		4		6	
héroïne et cocaïne	3		26		23		16	
Méthadone au noir	6	6	6	7	19	20	11	16
Benzodiazépine au noir	3	3	8	8	24	25	6	9
Nsp*							3	4
Consommation en lien avec un traitement								
Méthadone prescrite							21	36
Benzodiazépines prescrits							4	7
Nb de produits consommés³								
1 produit	61 ⁴	85	34	46	21	33	11	26
2 produits	10	14	17	22	14	22	11	26
3 produits et plus	1	1	24	32	28	44	21	48

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fréquence de consommation dd³								
Quotidienne			38	50	38	60	27	63
Occasionnelle			18	24	15	24	12	28
Nsp*			19	26	10	16	4	9
Mode de consommation dd³								
Injection			26	35	28	44	16	37

* Nsp : ne sait pas.

¹ Les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.) ne sont pas incluses.

² Héroïne, cocaïne.

³ Ces pourcentages sont calculés sur l'ensemble des usagers consommant actuellement des drogues dures.

⁴ En 1998, seules les consommations problématiques étaient relevées, ce qui fausse la comparaison avec les années suivantes.

En 2001, 40% des nouveaux usagers (56% en 2000) ont un médecin traitant et 35% sont suivis par un service social. Parmi les personnes consommatrices de drogues au cours de leur vie, 38 (65%) ont déjà suivi un traitement en rapport avec la toxicodépendance et 36% (21 usagers) sont actuellement en traitement. Parmi les usagers actuellement en traitement de substitution, 57% consomment parallèlement, quotidiennement ou occasionnellement, de l'héroïne et/ou de la cocaïne. Cinquante pour cent des usagers ayant consommé au cours de leur vie ont déjà fait un séjour en foyer résidentiel.

4.2.5 Activités de la structure

Les deux volets de l'activité de EdS, l'accueil d'une part et le suivi, l'orientation et la prévention d'autre part, ne peuvent être évalués de la même manière. Dans les activités liées à l'accueil, les prestations sont davantage collectives et vont être décrites ici. Elles n'ont cependant pas fait l'objet d'un décompte.

Un ensemble d'activités de la structure liées à l'accompagnement individuel a par contre été relevé. Le monitoring nous donne des informations sur cette part des activités de l'équipe pour l'ensemble de la clientèle fréquentant la structure pendant une période donnée, en l'occurrence le dernier trimestre de chaque année.

■ Accueil

Jusqu'en octobre 2001, l'accueil se divisait en deux moments : l'accueil informel et l'accueil individualisé. Le temps d'accueil informel était limité à 3 heures par jour, de 16h à 19h.

Actuellement, en raison de la disposition de nouveaux locaux et de la réduction du personnel (voir organisation interne), l'équipe ne propose plus deux moments distincts pour l'accueil, mais toute personne peut fréquenter le centre pendant les heures d'ouverture sans avoir de demande précise à formuler.

Les prestations de l'accueil sont : collations, écoute, un repas hebdomadaire (supprimé mi 2001), discussion-information. Les contacts qui ont lieu dans le cadre de l'accueil sont l'occasion d'amorcer la relation, de "saisir la balle au bond" pour entreprendre des démarches en donnant de l'information et en motivant la personne à revenir. Pour les premières prises de contact, cela débouche généralement sur des entretiens de suivi où les différents problèmes de l'utilisateur vont

pouvoir être discutés et abordés plus concrètement. L'espace à disposition n'a pas pour fonction d'être un lieu de vie ou un lieu de repos pour les usagers, mais se veut davantage un lieu d'ouverture vers autre chose.

L'équipe a décidé de gérer la diminution des ressources (de 4,7 à 3,8 postes, soit moins 0,9 poste) par la limitation des moments d'accueil informel, en recentrant ses activités sur l'accueil individualisé. Les prestations offertes dans le cadre de cet accompagnement individuel sont intégrées du moins partiellement dans le monitoring.

■ Prestations recensées

Le monitoring n'a pas été tenu tout au long de l'année, mais il nous fournit des éléments de comparaison sur les diverses prestations fournies par le centre durant le dernier trimestre de chaque année (Tableau 4.2). Rappelons le déménagement de EdS dans de « nouveaux locaux provisoires » au cours du mois d'octobre 2001, qui a pu entraîner une diminution du volume de prestations fournies durant cette période.

Les résultats pour 2001 sont assez semblables à ceux de 2000, où on relevait une augmentation des prestations fournies par l'équipe surtout dans les contacts établis à travers le travail de proximité et les démarches d'accompagnement³⁷ à l'extérieur de la structure. On constate cependant que les efforts entrepris durant 2000 pour développer ces prestations, n'ont que partiellement pu être maintenus en 2001 en raison de la diminution des forces de travail de l'équipe³⁸. Le travail de proximité tel qu'il est actuellement pratiqué à EdS, consiste à rencontrer les usagers déjà connus chez eux ou dans les cafés. Ceci permet de dépasser le cadre strict de l'aidant-aidé et de rétablir parfois les liens après une situation de conflit ou de "drop out". Ce n'est toutefois pas tellement une activité qui permet de rencontrer de nouvelles personnes, si ce n'est éventuellement les familiers des usagers qui seraient présents à ce moment-là. Les soins infirmiers et les démarches administratives se sont maintenus à peu près au même niveau que les années précédentes. Cette évolution des prestations correspond à une volonté de l'équipe de sortir du centre pour se rendre à la rencontre des usagers.

La distribution de matériel stérile s'est développée au printemps 2000, suite à une réflexion menée par l'équipe sur le problème de la disponibilité et de la réduction des risques. Jusqu'à fin 1999 en effet, des boîtes 'Flash' étaient en vente à EdS en dehors des heures d'ouverture des pharmacies. Depuis lors, la remise gratuite de matériel d'injection stérile sous forme d'échange (n+2) dans les locaux d'EdS a été instaurée. L'équipe a étendu cette distribution au domicile d'un ou deux usagers³⁹ dont le logement fonctionne comme lieu de consommation collectif. Ces interventions permettent d'amener du matériel stérile autre que les seringues que le locataire n'utilise pas forcément régulièrement pour lui-même. Dans un autre cas, cela permet de reprendre les bacs jaunes de récupération des seringues usagées, dont le transport pose un problème de visibilité à un usager.

³⁷ Ces accompagnements sont toujours liés à un rendez-vous ou à un projet particulier.

³⁸ Diminution liée à des contraintes budgétaires.

³⁹ Seulement si acceptation par l'utilisateur de la visite d'un membre d'EdS.

Tableau 4.2 EdS, moyenne des prestations fournies par mois, dernier trimestre 1997- 2001
(source : monitoring)

Dernier trimestre	Démarche extérieure	Aide administrative	Soin infirmier	Lessive	Contact travail de proximité	Boîtes Flash, seringue ¹
1997	*	16	14	6	*	0
1998	*	42	9	11	*	17
1999	19	63	16	19	14	13
2000	47	54	10	10	34	220
2001	21	47	15	16 ²	25	619

¹ Dès avril 2000, EdS a remis des seringues et non plus des Boîtes Flash.

² Durant le premier mois du monitoring, il y a eu plusieurs jours sans machine, le déménagement de EdS ayant entraîné un certain délai avant l'installation des machines.

* Non comptabilisées

Ces chiffres, qui retracent l'évolution d'une partie de l'activité de Entrée de Secours, ne fournissent qu'une vision quantitative du travail produit. Ils seront repris et rendus plus explicites à travers les résultats de l'évaluation qualitative du travail socio-éducatif, qui permet de mettre en valeur le contenu des diverses prestations offertes aux usagers.

4.2.6 Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif

Le questionnaire rempli pour l'ensemble des nouveaux usagers comporte des informations sur l'accompagnement mis en place par l'équipe de EdS suite aux demandes des usagers. Cet accompagnement peut être regroupé en deux catégories. La première comprend des prestations liées au travail socio-éducatif avec la personne : informations diverses, entretien individuel, aide pour résoudre différents problèmes administratifs, etc. La deuxième catégorie comporte des prestations liées au domaine médical : traitement de la dépendance, consultation des médecins du centre, soins infirmiers ou encore des interventions de liaison.

En 2000, les demandes les plus importantes, lors des premiers contacts avec la structure portent sur de l'information à la fois sur la structure et sur le réseau existant (Tableau 5.11). En 2001, toutefois, ce sont les demandes de traitement de la dépendance et la consultation auprès des médecins d'EdS qui passent en tête. Les aides administratives de toutes sortes sont demandées par environ un tiers des usagers. Le centre est également fortement sollicité pour des interventions de liaison. Enfin, le domaine de l'occupationnel fait l'objet de demandes plus fluctuantes. Parmi les « autres demandes », figurent notamment cinq reprises de distribution de médication, trois demandes de sevrage et deux personnes en rupture avec une institution résidentielle. Notons qu'une seule de ces personnes se présente comme migrant, avec des problèmes liés à son séjour en tant que clandestin en Suisse.

Il s'agit là d'une description de la prise en charge proposée lors des premiers entretiens entre l'utilisateur et l'équipe. Selon l'évolution de la relation et des difficultés rencontrées par l'utilisateur, mais aussi des possibilités d'orientation du moment, cet accompagnement peut se développer ou au contraire se réduire, temporairement ou à plus long terme. Ceci se vérifie spécialement pour la réorientation des cures de méthadone vers les médecins généralistes.

Il ressort de ces chiffres toute l'importance accordée par l'équipe à la transmission de *savoir-faire*, qui doit amener l'utilisateur à pouvoir faire seul certaines démarches administratives (correspondances diverses : assurances, désendettement, déclaration d'impôts, gestion d'un

budget, justice, etc.). Cet apprentissage doit également lui permettre de faire des démarches pour trouver un logement. Il est l'occasion également de travailler la motivation dans le domaine professionnel (trouver un emploi, un stage, rédiger un Curriculum Vitae, des offres d'emploi, etc.) et d'inciter à investir dans le domaine des loisirs, du temps libre.

A travers ce travail sur des problèmes pratiques, l'équipe encourage l'utilisateur à se reprendre en main et tend à favoriser son autonomie, quitte à le "bousculer" un peu.

Fidèle à sa vocation de plaque tournante, l'équipe d'EdS offre un soutien psychologique à l'utilisateur, mais préfère orienter la personne désireuse d'entamer un véritable travail thérapeutique vers un psychologue, plutôt que de prendre en charge elle-même ce traitement. Le travail d'orientation nécessite pour l'équipe une réflexion autour de l'accompagnement : inciter l'utilisateur à faire une démarche, la faire ou ne pas la faire avec lui, la faire pour lui... Autant de possibilités sans qu'une réponse unique puisse être apportée, chaque situation nécessitant une décision propre qui entraînera des conséquences différentes pour l'utilisateur. Ce travail d'orientation n'est pas comptabilisé en soi comme une prestation, car il s'agit davantage pour l'équipe d'une conception de son travail et de son rôle. Pour toutes les rubriques de prestations énoncées dans le tableau ci-dessus, l'orientation pourrait apparaître.

En ce qui concerne les demandes formulées par des proches de personnes toxicodépendantes (soit au total 27 personnes en 2001), les fiches remplies par l'équipe nous donnent les indications suivantes. Deux tiers d'entre elles sont des femmes qui consultent pour leur enfant, 15% des personnes venant en couple et 18% sont des hommes. La majorité a été orientée par un membre de la famille ou un proche. 96% d'entre elles sont demandeurs d'informations diverses en rapport avec la toxicomanie, pour 56% des entretiens de suivis et de soutien individuels sont mis en place et pour un tiers l'équipe organise des entretiens de famille.

4.2.7 Collaboration et issue de l'accompagnement

Le plus souvent la personne dépendante vient à EdS suite à sa connaissance personnelle de la structure (env. 35% des cas en 2001), dans 25% des cas elle a été orientée par des proches ou par la famille. Dans 16% des cas, l'orientation a été faite par un médecin et dans 13% des cas, ce sont les services sociaux qui ont adressé l'utilisateur au centre.

Parmi les usagers pour lesquels des contacts avec le réseau et une ou plusieurs collaborations ont été mis en place lors des premiers contacts avec EdS en 2001, seize ont eu lieu avec un médecin, deux avec un médecin psychiatre, deux avec un service social, vingt-trois avec une institution et une avec une pharmacie. Le Foyer Relais figure neuf fois parmi ces institutions.

Ces chiffres concernent uniquement l'état des contacts et des relations établies au moment de l'arrivée d'un utilisateur à EdS. Par la suite, la collaboration mise en place avec ces différents partenaires du réseau peut prendre des formes variées, de l'accompagnement au premier rendez-vous à des réunions de bilans. Elle dépend à la fois de la situation de l'utilisateur et des possibilités existant à un moment donné dans le réseau.

4.2.8 Prestations dans le cadre de la permanence médicale à EdS

Trois médecins assurent des consultations médicales dans les locaux de EdS deux à trois après-midis par semaine, selon un système de tournus. En moyenne, cette présence médicale est de six heures hebdomadaires. Une personne de l'équipe socio-infirmière prend part aux rendez-vous médicaux.

L'activité des médecins, dans le cadre de ces consultations, consiste essentiellement en un suivi médical des personnes en sevrage ou en traitement de substitution. Les usagers bénéficient à cette occasion d'un bilan de santé. Ils peuvent faire un dépistage du VIH et des hépatites B et C. De plus, la possibilité de se faire vacciner leur est systématiquement offerte. Ils peuvent également demander une consultation pour n'importe quel soin de base pratiqué par un généraliste.

EdS ne répond pas aux demandes de cure dans l'urgence, mais a néanmoins pour principe d'organiser une visite médicale, à laquelle participe un membre de l'équipe, dans un délai de cinq jours maximum depuis la prise de contact. La cure peut commencer dès cette visite. Entre la demande de traitement de l'utilisateur et cette visite médicale, l'équipe d'EdS dresse déjà avec l'utilisateur un premier bilan des éventuelles possibilités de suivre un traitement en dehors de la structure, comme chez un ancien médecin traitant, par exemple. Ils discutent aussi des différentes modalités que peut prendre un traitement de substitution. Par la suite, l'équipe socio-infirmière assure, conjointement avec des pharmacies, la distribution de la médication aux personnes suivies médicalement à EdS, mais également pour quelques autres usagers sur demande d'un médecin extérieur.

Au total le nombre de personnes suivies médicalement au cours de l'année 2001 a augmenté, avec 61 cures de méthadone (49 en 2000) et 14 sevrages ambulatoires (20 en 2000). Par ailleurs, 22 personnes en traitement chez un médecin en cabinet ont reçu leur médication à EdS (15 en 2000).

Après une année 2001 marquée par une augmentation importante des personnes fréquentant EdS pour des raisons médicales et un pic au mois de mai 2001 (trente-huit personnes suivies par les médecins du centre et neuf suivies par des médecins installés), les possibilités d'orientation se sont améliorées à la fin de l'année, suite à l'installation à Morges de trois médecins vers lesquels de nombreuses personnes ont pu être orientées.

4.2.9 Gestion

A la fin 2001, l'équipe de base est composée de deux travailleurs sociaux (180%), dont le responsable du centre, de deux infirmières (130%) et d'une secrétaire (40%) qui assure par ailleurs également tout un ensemble de tâches paramédicales (30%)

Les subventions du canton s'élèvent pour 2001 à 414'600 Fr. Cette même année, les communes de la région ont financé EdS à raison de 66'500 Fr.

Tableau 4.3 EdS : postes disponibles, 2000-2001

Entrée de Secours	2000	2001
	Taux (%)	Taux (%)
Travailleurs sociaux (y compris responsable)	260	180
Personnel para-médical	170	160
Total socio-infirmier	430	340
Secrétaire	40	40
Total administratif	40	40
Total général	470	380

4.3 ZONE BLEUE (ZB) : REGION YVERDON

4.3.1 Historique et objectifs

Le centre Zone Bleue a ouvert ses portes en juin 1997 et a pour objectifs :

- L'accueil : le centre est un lieu d'accès à bas seuil d'exigence destiné en priorité aux usagers de drogues. L'accès est libre et volontaire. Les consommateurs de drogues y sont écoutés. Ce lieu doit être pour eux un carrefour où ils rencontreront des personnes avec lesquelles ils pourront parler de leur quotidien.
- L'orientation et l'accompagnement : l'orientation dans le réseau existant s'effectue en fonction de la problématique de la personne. Les intervenants sont disponibles pour accompagner et soutenir les usagers dans leurs démarches. Ceux-ci pourront être orientés vers une démarche thérapeutique s'ils en font la demande, mais ils pourront aussi faire appel au centre en tout temps pour un accompagnement socio-éducatif pour résoudre les problèmes qu'ils rencontrent.
- La prévention (primaire, secondaire et tertiaire) : différentes mesures visent à prévenir une infection VIH, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles, à informer sur la nocivité des produits consommés. L'accent est également mis sur l'alimentation et les soins de santé primaire.
- La formation : le centre se veut un lieu de référence pour les autres professionnels. Les intervenants devront mettre leurs connaissances au service des personnes soucieuses de prévenir ou de gérer les problèmes de toxicomanie.

Dans cette structure à bas seuil, l'accent est maintenant clairement mis, sur la mission d'accueil avec la mise à disposition d'un espace aménagé de manière très accueillante et offrant différentes possibilités d'occupation (coin lecture, ordinateurs, vidéo, douches, machines à laver le linge) ainsi que la possibilité de se restaurer (bar, repas). Deux intervenants assurent par ailleurs, dans cet espace prévu comme un lieu de resocialisation, une présence continue durant toutes les heures d'ouverture et sont disponibles pour les demandes pouvant être formulées dans ce cadre par les usagers.

Parallèlement à cette activité d'accueil, l'équipe de ZB offre un accompagnement individuel aux usagers qui en font la demande : soutien dans leur réflexion autour de la consommation, entretien individuel ou avec la famille, aide pour la résolution de divers problèmes administratifs. Les actions liées à la réduction des risques ainsi que l'accompagnement dans le dispositif socio-sanitaire restent également prioritaires.

Les usagers de ZB peuvent, à la demande de leur médecin traitant ou sur leur propre initiative, consulter le médecin psychiatre collaborant avec ZB pour les traitements médicaux de la dépendance ou pour une prise en charge de type psychiatrique.

Les actions de prévention dans les écoles n'ont toujours pas pu être développées faute de moyens, par contre l'objectif de formation des partenaires de ZB prend forme à l'occasion des collaborations autour de certains usagers et de situations concrètes.

4.3.2 Organisation interne

Depuis le début de 1998, Zone Bleue connaît une augmentation de sa clientèle. Cette fréquentation croissante est relativement bien gérée par l'équipe qui sait qu'elle a aussi la

possibilité de moduler entre le temps réparti pour l'accueil collectif et celui pour les entretiens individuels, afin de faire face aux demandes des usagers. Le cuisinier du centre a également pris un peu en charge l'accueil et notamment la gestion de la salle quand le reste de l'équipe travaille à l'étage (entretiens individuels, soins, etc.).

Le choix de consacrer des ressources importantes (en termes d'horaire et de personnel) aux activités liées à l'accueil est certainement un facteur explicatif de l'augmentation importante des demandes formulées par les usagers. L'échange d'informations entre personnes fréquentant le milieu de la drogue peut aussi expliquer que la connaissance des prestations offertes par ZB amène une clientèle supplémentaire. Cet afflux de demandes et l'augmentation du volet 'prises en charge' qui va de pair, pourraient conduire l'équipe à redéfinir l'éventail de son offre (davantage centrée sur le produit) et de pratiquer, pour certains aspects de la prise en charge, une réorientation plus marquée vers d'autres partenaires du réseau.

Certaines situations créent cependant parfois des « surcharges temporaires », par exemple lorsque deux ou trois usagers consomment de manière compulsive de la cocaïne, ou lorsqu'un usager nécessite un investissement particulièrement important de l'un ou l'autre des membres de l'équipe pour des raisons de santé, de violence ou lorsqu'un événement particulièrement dur à digérer lui est arrivé.

En plus des tâches d'accueil, de soutien et d'orientation, l'équipe de Zone Bleue continue à assurer un soutien au traitement (travail de motivation notamment) et gère partiellement les rendez-vous avec le médecin psychiatre.

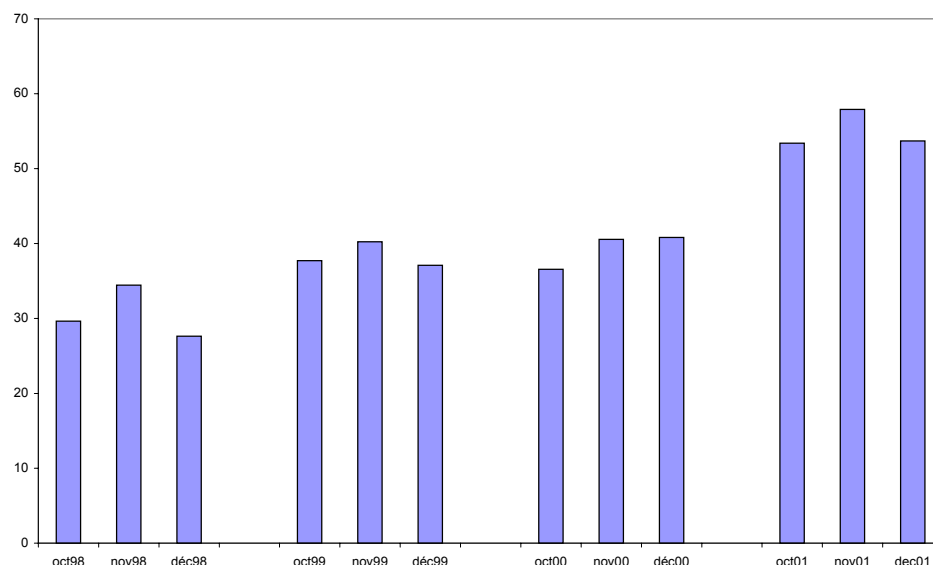
4.3.3 Fréquentation de Zone Bleue

L'analyse des données du monitoring fait apparaître une augmentation de la fréquentation du centre Zone Bleue au cours des années, passant de 35 à 40 personnes en moyenne chaque jour à la fin de 1999, à plus de 50 personnes en moyenne à la fin de 2001. Cette progression est continue depuis l'ouverture du centre (1997) et concerne aussi bien le nombre de personnes non consommatrices accueillies que celui des consommateurs. Ces derniers représentent plus de 90% des visiteurs quotidiens. Quant au dix pour cent restant, il s'agit aussi bien des parents que des intervenants travaillant dans d'autres structures du dispositif socio-sanitaire du canton.

Quatre ans après l'ouverture du centre, les « nouveaux usagers », c'est-à-dire des consommateurs ou des personnes qui sont proches du milieu de la consommation et qui ne sont pas encore connue par les intervenants, sont encore entre 15 et 20 par mois, soit 234 au total. De plus, de nouvelles personnes sont venues consulter pour un membre de la famille ou un proche connaissant des problèmes de toxicomanie (62 nouvelles personnes), ce qui représente une augmentation après la relative accalmie de l'année 2000 (144 nouvelles personnes en 2000). Ces usagers proviennent en majorité de la région d'Yverdon, mais aussi des régions d'Orbe, Grandson, St-Croix ou Payerne.

Depuis l'ouverture, le nombre de personnes ayant bénéficié des services du centre se situe entre 900 et 1000 usagers différents. Ne sont pas compris dans ce total ceux qui ne sont venus que très sporadiquement et pour lesquels aucune ébauche d'accompagnement n'a été mise sur pied.

Figure 4.2 ZB : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture, 1998-2001



4.3.4 Profil des usagers au début de l'accompagnement 2000-2001

Les questionnaires remplis entre 1998 et 2001 sont la principale source de données permettant de dresser le profil de la clientèle de ZB, lors de l'admission. Pour chaque année, il s'agit d'un échantillon d'environ 20 à 25 nouvelles personnes pour lesquelles une série de variables socio-démographiques ont été relevées. De plus, des éléments du parcours de vie, de la situation du point de vue de la consommation, de l'insertion sociale au moment des premiers contacts et les prestations proposées à ce moment ont également été récoltés.

En 2001 et 2000, des données sont disponibles pour respectivement 25 et 22 usagers : entre 40 et 45% sont des femmes, ce qui représente un pourcentage plus élevé que celui généralement trouvé dans ce genre de structures. Les hommes sont toujours légèrement plus âgés que les femmes (26 ans versus 24,8 en 2001 et 22,3 ans en 2000). L'âge moyen de la clientèle reste stable, autour de 25 ans entre 1998 et 2001, par contre la médiane est passée de 25 à 23 ans durant cette période. Dans l'échantillon des nouveaux usagers de 2001, 5 (20%) ont 20 ans ou moins. C'est la seule structure qui présente un âge moyen si bas.

La grande majorité des usagers (91% en 2001 et 77% en 2000) a un domicile fixe privé. Dans l'échantillon de 2001, deux sont sans domicile fixe et aucune personne n'est en institution. Par contre, la situation socioprofessionnelle des usagers s'est détériorée par rapport à 1999 : en 2001, seules deux personnes ont un travail régulier, neuf personnes n'ont pas de travail ; huit personnes mentionnent des occupations occasionnelles. En plus des personnes catégorisées comme étant sans travail, six personnes (24%) sont en cours de formation en 2001.

Dans les échantillons de 2001 et 2000, 84 et 91% des consommateurs ont consommé des drogues dures au cours de leur vie. Au moment de l'entrée dans la structure, la consommation de drogues dures⁴⁰ (dd) concernait 60% des usagers en 2001, 72 % en 2000. Les échantillons comportent également des consommateurs qui, en dehors des médicaments prescrits, consomment des drogues douces uniquement soit neuf en 2001 et quatre en 2000. Parmi ceux-ci, une personne consomme du

⁴⁰ Héroïne et/ou cocaïne.

LSD, des champignons, de l'ecstasy, du cannabis et de l'alcool en 2000 ; pour les autres, il s'agit essentiellement d'une consommation de cannabis et d'alcool, dans quelques cas l'ecstasy est aussi indiquée.

La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est reconnue par onze usagers soit 44% de l'échantillon (idem en 2000). Un usager consomme uniquement de l'héroïne et 3 uniquement de la cocaïne. La consommation d'autres substances (cannabis, alcool, ecstasy) est courante en 2001 et dix usagers sur vingt-cinq reconnaissent consommer cinq produits ou plus. Les prises de risques liées au mélange de ces substances sont aux yeux de l'équipe très préoccupantes⁴¹. Cette consommation semble particulière à ZB ou alors elle n'est pas documentée systématiquement dans les autres structures.

Parmi les consommateurs actuels de dd, la consommation est quotidienne pour quatre usagers ; neuf usagers consomment par injection : l'âge de la première consommation a lieu en moyenne à 17.8 ans. La durée de consommation diminue depuis 1998 mais reste difficilement interprétable en raison d'un nombre relativement élevé de non-réponses (8.6 ans en 2001). Néanmoins, les contacts établis avec de jeunes consommateurs fréquentant des personnes consommatrices de drogues dures, mais qui n'en ont elles-mêmes pas encore consommé, constituent une ouverture dans le sens d'une prise en charge précoce des personnes toxicodépendantes.

Au cours de leur vie, vingt et un usagers (84%) ont consommé des drogues dures, 14 usagers (56%) se sont injectés, six ont fait un séjour en prison (11 données manquantes) et cinq ont recouru à la prostitution (12 données manquantes).

A leur arrivée à ZB, vingt-deux usagers ont un médecin traitant (88%). Neuf sur vingt-cinq usagers (10 sur 22 en 2000) sont en cure de méthadone auprès d'un médecin installé, contre seulement quatre sur dix-neuf en 1999. Pour neuf autres personnes, il est fait mention d'un traitement antérieur. Parmi les personnes qui consomment actuellement des drogues dures, huit sont en traitement (53%) et sept n'ont pas de traitement en cours. Parmi les gens qui ont une expérience de drogues dures au cours de leur vie, quatre personnes sont abstinentes et sans traitement de substitution.

Tableau 4.4 ZB : profil des usagers et consommation au moment de leur admission (échantillon de dossiers, 1998-2001)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs¹	23		19		22		25	
Nb femmes	12	52	8	42	10	45	10	40
Age								
Min-max	16-42		17-34		15-22 ²		14-35	
Age moyen	26.9		24.6		24.4		25.7	
Age médian	26.0		25.0		23.0		23.0	
15 à 20 ans	2	9	5	26	4	18	5	20
21 à 25 ans	5	22	3	16	9	41	9	36
26 à 30 ans	9	39	8	42	5	23	3	12
31 ans et plus	7	30	3	16	4	18	8	32
Domicile								
Sans domicile fixe	3	13	1	6	4	18	2	9

⁴¹ Certains usagers disent consommer de l'héroïne pour rendre supportable la "descente" après une prise d'ecstasy.

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fixe privé	19	83	15	94	17	77	21	91
Institution	1	4	0	0	1	5		
Travail								
Sans travail	12	52	5	26	10	46	9	36
Régulier	2	9	7	37	1	4	2	8
Occasionnel	4	17	2	11	9	41	8	32
En scolarité	5	22	5	26	2	9	6	24
Consommation durant la vie	21	91	13	68	20	91	21	84
Consommation actuelle								
Drogues dures	19	83	12	63	16	72	15	60
Dont :								
Héroïne seule	5		4		2		1	
Cocaïne seule	0		2		2		3	
Héroïne et cocaïne	14		6		12		11	
Méthadone au noir	2	9	2	11	6	27	3	12
Benzodiazépine au noir	10	44	3	16	10	46	8	32
Données manquantes			2	11				
Nb de produits consommés (tous produits)								
1 produit	1	4	1	5	0	0	0	
2 produits	1	4	3	16	2	9	8	32
3 produits et plus	19	83	9	47	19	86	14	64
Fréquence de consommation dd³								
Quotidienne	17	89	6	50	7	41	4	27
Occasionnelle	2	11	6	50	10	59	11	73
Mode de consommation dd³								
Injection	13	68	6	50	7	41	9	60

¹ Les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.) n'ont pas été incluses.

² En raison du grand nombre de données manquantes, l'âge maximum est sous-estimé, de même l'âge moyen et l'âge médian sont calculés à partir de l'âge estimé par l'équipe.

³ Pourcentages calculés sur le total des personnes consommant actuellement des dd.

4.3.5 Activités de la structure

Les deux parties de l'activité de ZB à savoir l'accueil d'une part et le suivi, l'orientation et la prévention d'autre part, ne peuvent être évaluées de la même manière. Dans les activités liées à l'accueil, les prestations sont davantage de l'ordre du collectif : animation, conversations à bâtons rompus (ce qui ne veut pas dire qu'elles portent pour autant sur des sujets futiles), échanges sur le quotidien, etc. Ces différentes activités vont être décrites ici mais n'ont pas fait l'objet d'un décompte, à part les repas.

Les activités relevant d'un accompagnement individuel ont par contre été relevées. Le monitoring donne des informations sur l'ensemble des activités de l'équipe pour toute la clientèle fréquentant la structure pendant une période donnée.

■ Accueil

A ZB, deux personnes à plein temps s'occupent actuellement chaque jour de l'accueil⁴². C'est le lieu où le savoir-être, tant en groupe (règles de la vie à plusieurs, limites, respect d'un contrat, d'un horaire, etc.) qu'individuel (estime de soi, confiance en soi, respect de soi, valorisation des ressources individuelles) est travaillé en interaction avec les autres usagers, en saisissant les opportunités et en profitant de la diversité des apports du groupe. Les usagers peuvent aussi demander à ce moment un entretien individuel sans rendez-vous préalable. Cette organisation nécessite, entre autres, de la part des intervenants souplesse, confiance, remise en question et disponibilité. En d'autres termes, c'est un travail en groupe qui profite de la dynamique des échanges et qui valorise chaque usager à travers ses expériences. Dans ce sens, ZB représente un lieu de vie restructurant par l'accessibilité à un nouveau statut socio-culturel valorisé et un lieu de resocialisation progressive. Si durant l'accueil le savoir-être est beaucoup travaillé, c'est aussi l'occasion d'échanger toutes sortes d'informations et de " trucs " touchant au savoir-faire ou à la prévention. Les repas sont également l'occasion de discuter du mode d'alimentation; ceci est favorisé par la présence régulière d'une diététicienne à midi.

■ Prestations recensées

Depuis l'ouverture du centre, les différents domaines d'activités couverts par les prestations de ZB se sont développés progressivement et ont été intégrés au fur et à mesure dans le monitoring. Les données récoltées dans ce cadre montrent une augmentation continue depuis 1997 et jusqu'en 1999 pour l'ensemble des prestations recensées.

Les résultats de 2000 indiquent une certaine stabilisation, voire diminution, dans le domaine des entretiens, des repas, des soins d'hygiène et de la remise du matériel stérile. Cette diminution correspond à la décision de fermer le centre le vendredi toute la journée durant le dernier trimestre 2000, ceci afin de pouvoir continuer à garantir la présence de deux personnes à l'accueil le reste du temps d'ouverture du centre (cf. le chapitre sur l'organisation interne). Malgré cette fermeture partielle, les soins et les aides administratives ont continué à augmenter durant cette période.

Tableau 4.5 ZB, moyenne des prestations fournies par mois, derniers trimestres 1997-2001
(Source : monitoring)

Dernier trimestre	Entretien usagers ¹	Entretien parents ²	Ori-entation	Aide adm.	Soin infirm.	Repas	Soin hygiène	Seringue	Aiguille
1997	*	30	11	*	*	181	13	670	*
1998	59	42	34	19	*	252	63	3252	*
1999	218	23	25	54	64	383	60	2485	1263
2000	174	19	21	80	80	287	64	1401	1664
2001	312	43	40	148	99	422	110	1556	866

¹ En 1998, seuls les entretiens téléphoniques étaient comptabilisés.

² Y compris les entretiens téléphoniques.

* Ces prestations étaient fournies dès l'ouverture de la structure, mais n'ont été comptabilisées que plus tardivement.

⁴² Les usagers sont accueillis entre 11h et 17h30, du lundi au jeudi et de 11h à 16h le vendredi.

En 2001, tous les domaines ont connu une nouvelle augmentation importante du nombre de prestations relevées. Parmi celles-ci, le nombre de repas servis est passé de 15 à 20 repas en moyenne par jour. Les entretiens avec les usagers sont également une prestation très demandée et on décompte en moyenne une quinzaine d'entretiens par jour durant le dernier trimestre de 2001 (cinq de plus qu'en 1999 durant la même période). Les aides administratives ont triplé également depuis 1999, alors que les soins infirmiers ont presque doublé.

Par contre, la distribution de matériel stérile qui avait pris beaucoup d'importance depuis mi-98 (environ 2500 par mois à la fin de 1999) et l'introduction de la distribution d'aiguilles (mai 1999) ont connu une nette diminution dès la fin de 1999. Ce phénomène se retrouve dans presque toutes les structures accréditées par le canton pour distribuer du matériel d'injection stérile. Durant les six premiers mois de 2002, la distribution est cependant remontée et représente environ 2000 seringues distribuées par mois.

■ Prestations du médecin psychiatre collaborant avec ZB

Bien que le poste de médecin psychiatre consultant à ZB soit rattaché au Centre psychosocial d'Yverdon (CPS), il nous a semblé intéressant de présenter ici un bilan de son activité qui complète l'offre de prestations de l'équipe de ZB.

Entre 1997 et 1999, les prises en charge par le médecin psychiatre sont essentiellement des entretiens de soutien en vue d'une réadaptation bio-psycho-sociale, le plus souvent associés à un traitement de substitution (généralement la méthadone). Les usagers sont vus lors d'entretiens bi-mensuels, l'augmentation de nouvelles situations ne permettant très vite plus les suivis hebdomadaires. La distribution de la méthadone passe par les pharmacies avec lesquelles les contacts sont quasi quotidiens. Les prises en charge psychiatriques sont étroitement corrélées à celles effectuées par l'équipe de ZB et certains entretiens se réalisent conjointement. Suite aux défections lors de rendez-vous posés, le médecin a décidé début 2002 de ne plus fixer de rendez-vous avec les usagers dans le cadre de sa présence à ZB. Par contre, il est à disposition au cours d'une permanence (deux heures tous les 15 jours), qui permet aux usagers de le consulter. D'une manière générale, toutefois, les personnes en cure de méthadone sont suivies au CPS.

Cependant, le rôle joué par le médecin psychiatre s'est modifié avec le temps, dans le sens d'une prise en charge plus ponctuelle qui se concentre davantage maintenant sur l'initialisation rapide de cures (par exemple dans le cas de femmes en début de grossesse), puis sur l'orientation des usagers stabilisés vers un confrère généraliste. Dans ce cadre, les consilium ou avis téléphoniques avec d'autres médecins, le Centre social régional (CSR), les infirmières scolaires ou du centre professionnel, se développent. La formation, par le médecin psychiatre, des médecins assistants et des équipes, dans le but d'améliorer la prise en charge de patients dépendants, s'est poursuivie. Cette fonction est assurée notamment au cours de la permanence du médecin psychiatre à Zone Bleue.

Par ailleurs, le médecin psychiatre, en tant qu'expert pour la PPMT de la région d'Yverdon, s'occupe d'assurer une tâche de conseil et de formation auprès des médecins généralistes.

La place du médecin psychiatrique consultant s'est donc beaucoup modifiée au cours des dernières années : de référent pour les usagers, le médecin est devenu la plaque tournante pour leur orientation et le soutien au réseau.

4.3.6 Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif

L'analyse des données de suivi des usagers montre que l'accompagnement socio-éducatif mis en place par l'équipe de ZB peut être regroupé en deux catégories. La première regroupe des actions relevant de la réduction des risques et de la prévention : information sur la nocivité des produits, sur les risques liés à l'injection, remise de matériel stérile, mais aussi soins infirmiers et démarches santé ("safer sex" par ex.). La deuxième catégorie comporte des prestations liées au soutien psycho-social de la personne : entretien individuel, soutien à l'établissement de projet individuel, soutien au suivi d'un traitement médical (travail sur la dépendance), offre d'un cadre de socialisation. Comme déjà relevé en 1999, cette deuxième catégorie a pris de l'importance ces dernières années. L'équipe interprète ce constat dans le sens où avec le temps et la circulation d'informations entre usagers, ces derniers sont plus au clair sur les prestations qu'ils peuvent recevoir et sont donc davantage demandeurs, que cela soit pour eux ou pour quelqu'un qu'ils amènent dans la structure.

En effet, pour la clientèle qui a débuté un suivi à ZB en 1998, l'accent a été mis sur la réduction des risques. Après un an de suivi, on relevait un développement de la deuxième catégorie de prestations : il y avait en effet une augmentation significative des usagers bénéficiant d'entretiens individuels (19 usagers sur 23 au terme d'un an de suivi), de soutien pour l'établissement d'un projet individuel, qui viennent profiter de l'espace de resocialisation offert par la structure. Pour la clientèle arrivée en 1999 à ZB, les données montrent que le domaine du soutien socio-éducatif est d'emblée fortement développé. Ceci se retrouve en 2000 et 2001, avec un investissement accru de l'équipe dans les domaines du soutien au projet individuel (20 usagers), des entretiens individuels (16 et 19), de l'information (tous les usagers en 2001) et du cadre social-éducatif (16 et 19). Le deuxième volet de prestations, en terme de fréquence, regroupe les interventions de prévention secondaire et tertiaire, les soins infirmiers et le soutien au traitement médical (entre 14 et 19 usagers en profitent dans l'échantillon 2001). Enfin, les différentes prestations de type aide administrative (pour le logement, le travail, etc.) restent assez stables depuis 1999 : entre 4 et 9 usagers y font appel. Dans la mesure où il s'agit souvent de demandes plus ponctuelles, elles sont probablement moins systématiquement relevées par l'équipe.

La plupart du temps l'accompagnement est cependant multiple et regroupe différentes prestations.

La structure de Zone Bleue met ainsi l'accent sur deux éléments importants dans l'accompagnement qui sont ressortis également lors des séances de "brainstorming" : la transmission et l'acquisition des éléments constitutifs du savoir-être et l'acquisition de comportements de prévention. Les objectifs qui sous-tendent ces choix sont : à travers les prestations portant sur le savoir-être, les intervenants visent à favoriser la reconstruction de la personne (estime de soi, confiance en soi), à valoriser ses ressources personnelles et à favoriser une culture du rétablissement (travail sur les relations aux produits, établissement de projet individuel). Le travail sur l'acquisition de comportements visant à la réduction des risques recouvre tout le champ de la prévention secondaire et tertiaire et a pour objectif aussi bien l'amélioration de la santé des usagers consommateurs à travers des conseils en matière de pratiques d'injection sécuritaires (injection versus autre mode de consommation, information sur le réseau veineux), que le maintien de la non-consommation pour des amis/amies de consommateurs ou encore des objectifs plus généraux de santé publique pour l'ensemble de la population (danger et récupération du matériel usagé, vaccination hépatites).

4.3.7 Collaboration

En 2000 et 2001, entre la moitié et deux tiers des usagers arrivent au centre en étant orientés par des proches et 12% par les services sociaux. Les personnes venant par elles-même ou orientées par un médecin représentent des cas isolés.

La collaboration se décide en fonction des situations et des prestations offertes dans le réseau. Il s'agit le plus souvent d'informer et d'orienter l'utilisateur, de prendre un premier rendez-vous en commun et de l'accompagner dans le réseau socio-sanitaire. Plus rarement et à la demande de l'utilisateur et du réseau, ZB peut participer à un travail de suivi en réseau.

Dans l'échantillon de 2001, on relève huit cas de collaboration avec un médecin installé, neuf avec des services sociaux, un avec des pharmacies. La collaboration avec le médecin psychiatre délégué s'est poursuivie et, pour quelques cas, des collaborations avec des institutions ont été établies (la Calypso quatre fois; ou SPJ, Lavi, etc.).

Zone Bleue a par ailleurs développé une forme de collaboration particulière qui est maintenant étendue à trois domaines : l'alimentation, le planning familiale et la prise en charge psychiatrique. Partant du constat que les usagers ont beaucoup de peine à prendre et à se rendre à des rendez-vous, l'équipe a ouvert ses locaux à différents partenaires qui se déplacent ainsi sur le terrain des usagers et mettent leurs compétences à disposition pour une durée définie en collaboration avec l'équipe et en fonction des besoins. Ainsi depuis 2000 une diététicienne vient une à deux fois par mois manger à midi avec les usagers. Une collaboratrice de Profa est présente depuis 2001 une fois par mois à midi avant tout pour faire la connaissance des usagers et pour discuter des problèmes qu'ils ont dans le domaine de la contraception, de la sexualité ou en cas de grossesse. Enfin, la doctoresse psychiatre associée à Zone Bleue a également prévu une plage horaire de 2 à 3 heures deux fois par mois qui permet aux usagers de venir la trouver sans rendez-vous.

Les éléments bénéfiques de cette forme de collaboration où des spécialistes « non liés spécifiquement au domaine de la toxicomanie » se déplacent dans un centre d'accueil, sont relevés dans les trois exemples cités : apprentissage des univers réciproques (aussi bien pour les professionnels que pour les usagers), facilité d'accès pour les usagers, meilleure gestion du temps par rapport à des rendez-vous manqués, dédramatisation d'une approche psychiatrique pour ne citer que les éléments les plus importants.

4.3.8 Gestion

A l'ouverture en 1997, l'équipe de base était composée d'une responsable (80%), d'un éducateur spécialisé (80%), d'une assistante socio-animatrice (80%) et d'un cuisinier (60%). Une personne supplémentaire (infirmier) a été engagée en mars 1998 ainsi qu'un éducateur en formation au printemps 99. Toutefois, après le départ volontaire de ce collaborateur en automne 99, ce poste n'a pas été repourvu. En dépit de ce départ, l'équipe a maintenu ses activités en fonctionnant avec 3,20 équivalent temps plein de postes socio-éducatifs et infirmiers.

Depuis mars 98, Zone Bleue bénéficie d'un poste de secrétariat qui est passé de 30 à 40% en 1999. La dotation en personnel non-éducatif a également été augmentée : plus 5 % pour le cuisinier et plus 10 % (depuis 1997) pour l'entretien des locaux. Au total, il s'agit d'un poste et un quart.

Les subventions du canton s'élèvent en 2001 à 415'000 Fr., ce qui correspond au montant indexé de 1999. Les communes de la région financent à raison d'environ 118'000 Fr. la structure de ZB (contre 22'500 Fr. en 1997 et 88'000 Fr. en 1999). Le maintien des financements et la recherche de fonds et de soutiens financiers réguliers sont des soucis permanents de la direction, qui prennent du temps.

Tableau 4.6 ZB : postes disponibles, 2000-2001

	2000	2001
	Taux (%)	Taux (%)
Responsable	80	80
Educateur spécialisé	80	80
Assistant social	80	80
Infirmier	80	80
Total socio-éducatif	320	320
Secrétaire	40	40
Entretien locaux	20	20
Cuisinier	65	65
Total non socio-éducatif	125	125
Total général	445	445

4.4 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE DE LA RIVIERA (ACT)

4.4.1 Historique et objectifs

La structure de l'Action communautaire toxicomanie (ACT) a pour mission d'assurer une couverture de l'Est vaudois dans le domaine de la prévention des toxicomanies à travers un travail de proximité.

Le projet ACT poursuit quatre objectifs :

- la présence d'intervenants socio-éducatifs sur le terrain,
- l'accompagnement des usagers dans le réseau de prise en charge,
- l'amélioration de la collaboration entre les différents intervenants du domaine de la toxicomanie,
- la prévention, notamment en milieu scolaire.

La priorité de cette association est l'accompagnement de proximité des personnes touchées par la toxicomanie qui favorise leur retour et leur réintégration dans un réseau de soins, ainsi que la réduction des risques liés à la consommation. L'équipe a clairement pour mission prioritaire des interventions dans les domaines de la prévention secondaire et tertiaire.

4.4.2 Organisation interne et changements

L'équipe répartit ses activités en quatre domaines : la permanence pour l'accueil des usagers au centre, l'administration, le travail sur le terrain et la prévention. Entre 1998 et 1999, suite à l'ouverture de l'UAS (1998), une permanence était également assurée dans les locaux de l'UAS tous les matins de 9h00 à 12h00. Toutefois cette organisation a été abandonnée en 2000 (cf. point sur la collaboration).

Différents évènements sont intervenus au cours de l'année 2000, qui a été une période de changements importants pour l'équipe. En premier lieu, le départ d'un collaborateur très actif au niveau du travail de rue, puis celui du directeur de la structure ont amenés une recomposition progressive de l'équipe qui n'a cependant retrouvé, pour différentes raisons, administratives

notamment, un effectif complet qu'en mars 2002. Ces changements de direction et le renouvellement presque total de l'équipe, entre 1999 et 2001, ont amené une réflexion profonde sur le concept de structure d'accueil à bas seuil et sur la place et la fonction de ACT au sein du réseau de prise en charge de la Riviera. Derrière ces changements, il y avait aussi le besoin pour l'équipe d'une clarification de son intervention auprès des usagers toxicomanes. Il en est résulté une définition relativement précise des prestations fournies par la structure, assortie d'une volonté de « professionnalisation » des interventions qui s'est mise en place courant 2001.

Chaque jour, avant l'ouverture de la permanence, l'équipe consacre une heure au journal de bord, ce qui lui permet de discuter des événements de la veille et des éventuelles dispositions à prendre vis-à-vis de certaines situations. La permanence d'accueil, qui occupe au moins deux intervenants, est limitée actuellement à la tranche horaire de 10 à 12h et de 14 à 16h (lundi, mardi, jeudi, vendredi et mercredi après-midi). En dehors de ces heures, un seul intervenant reste disponible au centre, soit pour recevoir l'utilisateur sur rendez-vous, soit pour répondre à un usager qui viendrait avec une demande précise (matériel d'injection, entretien urgent par ex.). Par ailleurs, la permanence à l'UAS a été momentanément abandonnée et les deux équipes sont en train de redéfinir un protocole de collaboration. Ces deux aménagements permettent de libérer des intervenants pour du travail à l'extérieur (travail de proximité, accompagnement, etc.). Depuis mars 2001, un intervenant est devenu le répondant « rue » pour Vevey et la Tour-de-Peilz tandis que, dernièrement, un nouveau collaborateur a été nommé pour le travail de rue à Montreux (ce qui n'avait jamais réellement été développé auparavant).

En 2001, l'équipe a accueilli un nombre important de personnes migrantes et sans papier qui n'avaient pas toujours un problème de toxicodépendance. Suite à cet afflux, le comité de ACT a pris la décision (en avril 2002) de ne plus accepter dans la structure ces personnes, l'équipe devant les réorienter vers d'autres structures (structures orientées vers l'immigration, telles que le Point d'Eau ou la FAREAS). Les activités de l'équipe s'adressent donc depuis lors essentiellement aux personnes toxicodépendantes, bien que les intervenants suivent aussi quelques personnes appartenant au quart-monde ou présentant des troubles psychiatriques. Cette étape d'exclusion d'utilisateurs en état de précarité, dont certains fréquentant le squat ouvert à l'époque, qui pouvaient être considérés comme des personnes à risque du point de vue de la consommation de drogues, a été vécue de manière relativement difficile par l'équipe qui concevait davantage son rôle comme un engagement communautaire.

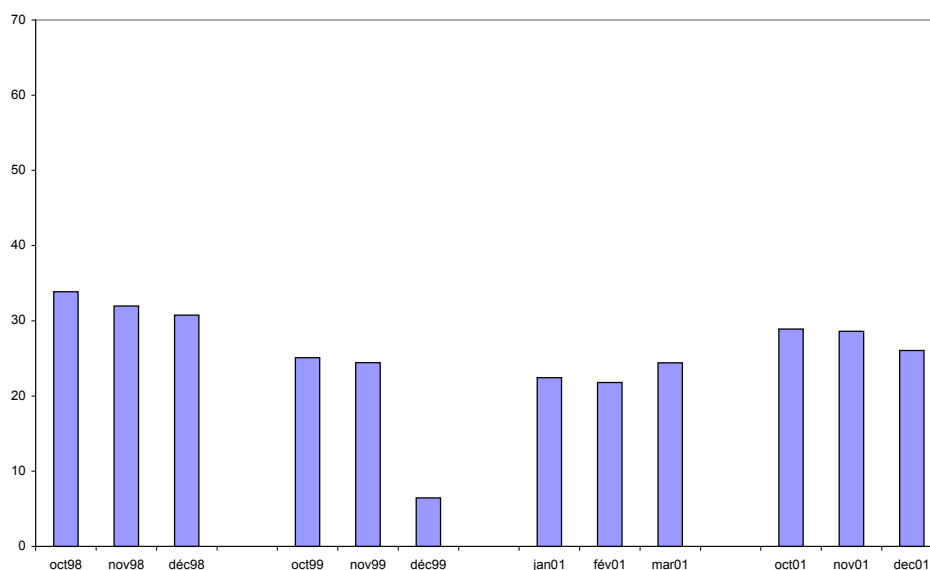
4.4.3 Fréquence des contacts

Le monitoring des contacts a été tenu durant le premier et le dernier trimestre de 2001, ainsi que durant les derniers trimestres pour les données antérieures.

Les changements internes à l'équipe et le fait que l'équipe n'était pas au complet ont amené une diminution du travail de rue entre 1998 et 1999 et, donc de la fréquence des contacts ayant lieu à l'extérieur du centre. Ainsi, l'analyse montre une diminution du nombre de contacts jusqu'à la fin de l'année 1999. En effet, de 30 à 35 contacts journaliers enregistrés par l'équipe durant 1998, on passe à 25 à la fin 1999.

A la fin de 2001, les activités de contact et d'accueil de la structure de ACT avaient cependant repris et en moyenne entre 25 et 30 personnes ont été rencontrées quotidiennement durant l'année 2001.

Figure 4.3 ACT : nombre moyens de contacts par jour, 1998, 1999 et 2001



Depuis début 2001, les changements apportés dans la tenue du monitoring permettent de connaître un peu mieux la fréquentation de ACT. Au total, environ 90 à 100 personnes différentes par mois (usagers ou proches de toxicomanes) utilisent la structure avec une fréquence moyenne de 4 à 5 visites par mois (Tableau 4.7, données disponibles pour les mois de janvier à mars et décembre 2001). En moyenne, 35% des usagers rencontrent l'équipe une fois par mois, 38% entre 2 et 5 fois par mois. Pour environ 5% des usagers (16 personnes), la fréquentation est presque quotidienne.

Tableau 4.7 ACT : fréquence des contacts par personne et par mois, 2001

	Nb pers	Femme	Usagers	Nombre de contact par personne		
	%	%	%	Moyen	Minimum	Maximum
Janvier	90	29	92	4.6	1	23
Février	105	31	97	4	1	21
Mars	90	32	88	5	1	22
Décembre	105	27	88	4.6	1	30

Les contacts ont essentiellement eu lieu au centre (environ 80% des contacts) et il sera intéressant de voir par la suite si le fait de nommer deux répondants « rue » (un pour Vevey-la Tour-de-Peilz et un autre pour Montreux) aura une incidence sur les contacts à l'extérieur.

Les contacts concernent toujours essentiellement des usagers, consommateurs de drogue ou personnes fortement désinsérées, qui représentent environ 90% des personnes rencontrées. Les familles des usagers ne forment que 2 à 4 % des contacts, les contacts interprofessionnels sont très fluctuants et varient entre 1 et 5% des rencontres.

Le monitoring nous informe aussi sur la provenance des usagers fréquentant ACT. Durant le premier trimestre 2001, la répartition était la suivante : Vevey 71%, Montreux 12%, Villeneuve 1%, Haut district 5%, Chablais 3%, autres communes du district 3% et hors district 5%. La

catégorie « hors district » regroupe aussi bien les usagers provenant du reste du canton, d'autres cantons que de l'étranger. Durant l'année 2001, l'équipe a accueilli un nombre croissant de personnes sans papier et le monitoring du dernier trimestre 2001 montre que 5% des personnes accueillies venaient de Pologne.

4.4.4 Profil de la clientèle

L'équipe de ACT ne tient pas de fichiers de ses usagers, cependant un questionnaire regroupant des données socio-démographiques et sur la consommation a été rempli pour la clientèle « régulière ». Au total, 17 questionnaires ont été remplis en 2002. (Vu la petite taille de l'échantillon, seuls les chiffres bruts sont utilisés).

Les données présentées ici ne concernent qu'une partie de la clientèle de ACT en 2002. En effet, l'équipe a jugé difficile de faire passer le questionnaire aux usagers qu'elle rencontre uniquement dans la rue ; ils sont donc sous représentés dans l'échantillon (1 usager). Il ne s'agit pas non plus d'un questionnaire « à l'entrée » et les résultats sont davantage une photo de la clientèle régulière entre mai et juillet 2002. Cet échantillon est constitué de 15 hommes et de 2 femmes, d'un âge moyen de 30 ans (min. 24, max. 42).

Parmi ces usagers, un vit en institution et un autre dans une pension ; tous les autres ont un domicile fixe. L'équipe relève cependant qu'environ 25% des personnes fréquentant ACT ont une situation de logement précaire, soit parce que leur comportement les met en situation difficile avec leur voisinage, soit en raison de difficultés financières qui poussent les régies à s'en débarrasser si l'occasion se présente. Deux usagers avaient un travail occasionnel et un était en formation ; les autres étaient sans travail. Onze personnes sont à l'AI.

Parmi les usagers pour lesquels un questionnaire a été rempli, neuf consomment des drogues dures (trois de l'héroïne seulement, quatre de la cocaïne et deux consomment les deux produits). A une exception près, en plus de ces deux produits, ils consomment deux à cinq autres substances. La consommation de drogues dures est quotidienne pour quatre d'entre eux et occasionnelle pour les cinq autres. Deux seulement s'injectent des produits. Parmi les huit non consommateurs de drogues dures, trois sont totalement abstinentes et cinq consomment d'autres produits : cannabis, alcool, médicaments ou méthadone en cure.

Tableau 4.8 ACT : profil des usagers et consommation, (échantillon 2002)

	2002
Effectifs	17
Nb femmes	2
Age	
Min-max	24-42
Age moyen	30
15 à 20 ans	0
21 à 25 ans	4
26 à 30 ans	3
31 ans et plus	10
Domicile	
SDF	1
Fixe privé	15
Institution	1

	2002
Travail	
Sans travail	15
Régulier	0
Occasionnel	1
En scolarité	1
Consommation actuelle	
Drogues dures	9
Dont :	
Héroïne seule	3
Cocaïne seule	4
Héroïne et cocaïne	2
Méthadone au noir	3
Benzodiazépine au noir	0
Polytoxicomanie	
1 produit	7
2 produits	0
3 produits et plus	10
Fréquence de consommation dd	
Quotidienne	4
Occasionnelle	5
Mode de consommation dd	
Injection	2

Dans l'échantillon, sept usagers sont en traitement de substitution, dont six consomment actuellement des drogues dures. Huit avaient déjà eu un traitement de substitution et douze ont déjà fait un séjour en institution résidentielle. Quinze usagers sont suivis socialement soit par l'AI, soit par des services sociaux régionaux ou le patronage, le service des tutelles ou encore l'ORP. Pour onze d'entre eux ont un médecin traitant et onze également ont un soutien psychologique (intervention d'un professionnel, assistante sociale ou psychothérapeute).

La moitié de l'échantillon a une expérience de séjour en prison et une personne de la prostitution. Enfin, pour deux personnes, on relève un abus sexuel antérieurement.

4.4.5 Activités de la structure

En raison notamment des changements dans l'équipe, le monitoring des prestations et des contacts n'a pas été tenu durant l'année 2000. L'outil a par ailleurs été légèrement modifié pour tenir compte des changements notamment dans l'offre de prestations. Celle-ci étant plus diversifiée par rapport aux années précédentes, une comparaison avec ces dernières n'est pas possible. Les données présentées ici concernent le premier et le dernier trimestre de 2001 et nous permettent de suivre l'évolution de la structure sur une année.

■ Définition des prestations

L'équipe relève différentes prestations qu'elle définit de la manière suivante.

« L'accueil » correspond à l'arrivée dans le centre d'une personne qui ne demande rien. L'équipe lui dit bonjour, établit le contact et vérifie si elle souhaite partager quelque chose. C'est donc un

contact court mais qui offre la possibilité aux usagers d'exprimer leur quotidien ou une demande.

« L'entretien informel » consiste en un entretien avec la personne, mais qui n'a pas lieu suite à un rendez-vous, contrairement à l'entretien de soutien et se passe durant la permanence, souvent alors que 4 à 5 personnes sont présentes dans la pièce. C'est une forme d'entretien qui est très fréquente pour ACT. L'entretien de soutien, par contre, se fait sur rendez-vous, la personne vient pour cela et les interlocuteurs sont seuls dans une pièce.

Les « démarches réseau social, administratif » regroupent toutes les démarches destinées à remplir des formulaires quels qu'ils soient ou à se renseigner sur des questions d'AI ou encore à chercher un emploi ou résoudre un problème de logement. Lorsqu'on accompagne quelqu'un auprès d'un service social la prestation figure sous cet item par contre les aides administratives ou l'aide à la gestion financière forment des rubriques distinctes.

Lorsque l'équipe accompagne quelqu'un chez son médecin il s'agit clairement d'une réunion tripartite avec médecin, mais lorsqu'il s'agit d'un patron ou d'un maître d'apprentissage il n'y a pas encore d'item qui soit complètement satisfaisant. Pour le moment, il figure sous « entretien de soutien », mais il s'agit parfois davantage d'échanges d'informations.

Tableau 4.9 ACT : nombre total de prestations par mois, 2001

	Janv.	Fév.	Mars		Oct.	Nov.	Déc.
Accueil	162	176	110		46	15	7
Entretien informel	46	88	104		213	247	195
Entretien de soutien	57	35	58		54	59	57
Démarche réseau social, administratif	39	22	53		15	36	24
Aide à la gestion financière	4	1	17		13	6	8
Tripartite avec les médecins	1	6	16		4	6	13
Echanges d'informations	72	43	52		46	43	49
Remise de méthadone	42	45	39		28	20	47
Matériel d'injection	23	17	14		37	14	17
Prévention	2	2	1		3	1	4
Animation, activités type cours	1		11			1	5
Douche		1	2		32	46	21
Lessive			6		28	28	17
Repas			5		58	42	53

Les données du monitoring montrent qu'environ un tiers des contacts est constitué de l'accueil et des contacts informels. L'évolution contraire de ces deux rubriques traduit l'évolution de l'équipe dans sa manière d'accueillir les usagers, qui s'est développée de manière à susciter l'envie de discuter chez ces derniers. Probablement que l'expérience acquise par les usagers, suite aux premiers entretiens informels, a également contribué à l'augmentation de leur demande. Fin 2001, il y avait ainsi environ 200 entretiens informels par mois contre une quarantaine en janvier de la même année, alors que l'accueil était passé de 162 à 7 durant la même période.

Les "entretiens de soutien" représentent environ 10% des contacts. Les aides administratives ou à la gestion financières permettent de débroussailler certaines situations avant une reprise de contact avec les services sociaux communaux. Ces prestations alliées à une collaboration croissante avec ces services aboutissent souvent à une meilleure prise en charge sociale des usagers, par exemple lors d'un soutien pour une demande AI.

Avant l'ouverture de l'UAS, ACT avait entrepris de suivre vingt usagers sous méthadone, en collaboration avec les médecins privés. Depuis lors, cette activité s'est réduite progressivement et l'équipe a suivi environ dix personnes en 2001 (pour lesquelles elle gérait la dispensation de méthadone dans ses locaux) et cinq usagers en 2002.

ACT assure également la distribution de matériel, durant les heures d'ouverture de la structure. Elle participe au concept cantonal de distribution. Après une diminution au cours des années 1999 et 2000, la distribution de seringues a augmenté et dépasse légèrement les 6'000 seringues distribuées par an. La distribution de matériel stérile représente entre 5 et 10% des contacts avec les usagers.

En ce qui concerne la prévention, la Commission Prévention Riviera considère ACT comme étant le partenaire dans ce domaine et a décidé de lui donner la priorité pour toutes les interventions en milieu scolaire. Rappelons que les communes de la Riviera financent ACT à raison de 4Fr 50 par habitant. Selon l'estimation de l'équipe, cette tâche de prévention occupe grosso modo le 20% d'un intervenant (sur 500% au total pour la structure). Les interventions liées à la prévention dans les écoles sont au nombre de 1 à 4 par mois.

Durant les mois d'octobre et de novembre, un nombre plus importants de douches et de lessives ont été demandées. Ces demandes étaient liées selon l'équipe à une présence accrue de personnes en situation clandestine.

Fin 2001, l'équipe a mis sur pied une offre de petits repas chauds (à 1 Fr.) pour les personnes dans une situation très précaire. Toutefois, après avoir constaté que ce n'était pas vraiment ces personnes qui bénéficiaient de l'offre, l'équipe a décidé de cesser momentanément la distribution de repas fin mars 2002. Suite à une réflexion sur les besoins de convivialité et de liens sociaux que venaient chercher les usagers lors des repas (et non seulement un besoin alimentaire), des repas plus consistants ont été offerts d'abord une fois par semaine puis, depuis octobre 2002, deux fois par semaine. Au tour des moments de préparation des repas et du rangement de la cuisine, mais aussi durant le repas, les intervenants développent un travail socio-éducatif autour du « vivre ensemble », de l'hygiène, etc.

L'équipe espère aussi démarrer un groupe de parole « femme » et un espace santé en collaboration avec l'UAS et selon les besoins énoncés par les usagères.

4.4.6 Collaboration et réseau

L'ouverture de l'UAS, au début de 1998, a amené des modifications dans l'organisation interne de ACT et dans le paysage socio-sanitaire de la région. Différents modes de collaborations ont été discutés et retenus avant même l'ouverture de l'UAS. Un élément intéressant de ce projet était que ACT assure une permanence dans les locaux de l'UAS. Pour des raisons diverses, ce mode de collaboration n'a pas pu être maintenu et a été suspendu durant l'année 2000. Parmi les raisons invoquées par les équipes, on peut citer une incompréhension des rôles respectifs, des conflits de personnalité, un équilibre difficile à trouver entre l'accueil à seuil bas et des exigences plus fortes par rapport à la poursuite d'un traitement médical, etc. Cette forme de collaboration projetée avec l'UAS a donc été expérimentée durant près de deux ans. Dès 2001, des réunions

d'équipe ont été organisées qui ont permis de revoir les images que chaque équipe se faisait de l'autre et d'identifier les différences. Des réunions de régulation des relations ont abouti à l'élaboration d'un protocole de collaboration. Ce protocole règle le mode d'intervention à respecter dans différents cas de figure, par ex. lorsqu'un usager vient demander une cure à ACT ou que la gestion d'une cure est déléguée à ACT. C'est également le cas autour d'une situation commune lorsque l'usager passe d'une structure à l'autre. Des réflexions sont aussi en cours sur le travail qui pourrait être fait en commun notamment autour de la question de la prévention du Sida. De plus, lorsque la situation l'exige, des suivis conjoints sont toujours organisés, un membre de ACT se déplaçant pour assister à des entretiens de bilan à l'UAS.

Plus rarement, il arrive qu'un membre de l'équipe de ACT suive un usager domicilié dans le Chablais s'il est par ailleurs en traitement à l'UAS. Les intervenants de ACT ne font cependant pas de travail de rue dans cette région. Cette situation s'est légèrement modifiée, puisqu'au printemps 2002, un poste supplémentaire de travailleur de rue (à 80%) a été accordé au centre de compétences du Chablais, financé par ces communes et sur le même modèle que ce qui est mis en place sur la Riviera. Ce dernier a décidé de relier ce poste à ACT, afin que la personne puisse bénéficier des expériences acquises par cette structure et recevoir un appui dans son travail.

Lorsqu'un usager est également suivi par un assistant social d'une commune, des contacts sont établis, si nécessaire. La multiplication des intervenants autour d'un usager entraîne parfois des échanges difficiles, par exemple avec les services sociaux généraux qui ont parfois perçu ACT comme étant trop "pro-usagers", c'est-à-dire trop enclin à adopter le point de vue des usagers. Là aussi, suite aux changements d'équipe, ACT a dû clarifier sa position. Les attentes de chacun vis-à-vis des autres intervenants ont du être expliquées et souvent réajustées pour permettre par la suite une collaboration plus souple. Ce travail de construction des modes de collaboration entre différents acteurs a nécessité la participation de toutes les parties impliquées et a requis de nombreuses heures de travail. Même si avec le temps une relation de confiance a pu être rétablie entre les intervenants, la collaboration peut connaître à tout moment des hauts et des bas.

4.4.7 Gestion

L'équipe d'ACT est formée de 500% de postes d'éducateurs couverts par six personnes.

La subvention du canton se monte à 146'000 Fr. en 2000 et 151'300 Fr. en 2001. Quant aux communes de la région de la Riviera, elles financent les activités de ACT pour un montant de 243'000 Fr. environ (2000), 233'370 Fr. en 2002 et 237'000 Fr. en 1997.

4.5 LE PASSAGE

4.5.1 Historique et objectifs

L'ouverture du Passage, en mai 1999, a permis de compléter le dispositif lausannois en le dotant d'un centre d'accueil de jour à bas-seuil. Les objectifs du Passage⁴³, initialement développés sur la base de l'offre de la Pastorale de Rue⁴⁴, sont les suivants :

- offrir un lieu d'accueil à bas seuil, sans exigence, avec la volonté de travailler avec les compétences des usagers ;
- être une porte d'entrée à bas seuil dans le réseau médico-social ;
- assurer, par une ouverture de 365 jours par an, une continuité rassurante pour la population cible en offrant des prestations sociales, de santé et d'accompagnement socio-éducatif.

Dans cette perspective, l'équipe entend offrir abri et tranquillité, ainsi qu'une écoute active et bienveillante, donnant la possibilité à ceux qui vivent des échecs à répétition de "se dire", de faire le point. Différentes activités sont proposées aux usagers. Elles se déclinent sur plusieurs plans : sanitaire (soins somatiques de base), socio-éducatif et matériel (repas, collations, vêtements) et "occupationnel" (accueil, petits jobs, activités créatives ; mise à disposition de journaux, d'un accès à internet et à une bibliothèque). Le Passage pratique également l'échange de matériel d'injection stérile.

Le principe de base, tel que défini par l'équipe initiale, consiste à offrir un accueil caractérisé par une attitude de respect et de non-jugement ; les visiteurs sont pris en compte "là où ils en sont", sans exigence d'abstinence, dans la confidentialité et le respect de l'anonymat, et dans un souci permanent de réduction des risques et d'aide à la survie.

4.5.2 Organisation interne

Le projet du Passage est né de la conjonction de plusieurs facteurs : la Pastorale de Rue faisait face depuis 1997 à une augmentation importante des demandes ; suite au décès de Mère Sofia, l'Association du même nom, dont fait partie le Parachute, traversait une phase de fragilisation et la municipalité, de son côté, recevait des plaintes - des commerçants de St-Laurent, notamment - concernant la présence de personnes toxicomanes dans la rue. Dans ce contexte, la ville de Lausanne a voulu contribuer de façon plus intensive à la réduction des risques liés à des situations de personnes vivant dans une grande précarité. Elle a alors sollicité les associations oeuvrant dans la domaine pour concevoir un projet susceptible de "soutenir et canaliser" les personnes les plus démunies qui échappent au réseau de soins et "soumises à un constant état de

⁴³ L'activité du centre est placée sous la responsabilité de l'Association pour un Accueil à Bas Seuil (ABS) fondée en juin 1998 et qui regroupe actuellement : la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, le CHUV, l'Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie (AVMCT), le Centre Saint-Martin, le Groupe d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP), la Fédération vaudoise contre l'alcoolisme, l'Association du Relais et la Fondation Mère Sofia.

⁴⁴ La Pastorale de Rue, qui intervient dans les milieux de la rue et de l'extrême précarité, a continué son activité (mais sans l'accueil journalier et la distribution de seringues) parallèlement au Passage. Durant la première année de fonctionnement de ce dernier, une même personne était responsable des deux structures, dans le cadre de deux mi-temps.

stress psychique et physique peu compatible avec l'élaboration d'une démarche thérapeutique et réintégrative"⁴⁵.

Au départ, compte tenu de la genèse et des initiateurs du projet, le Passage a été pensé comme "une deuxième" Pastorale, reprenant ses objectifs en les élargissant. Cependant, cette continuité et une diversité des attentes s'est avérée être un obstacle à la définition d'une ligne d'action et d'intervention. De même, le mandat attribué au Passage par la Ville de Lausanne ne précisait pas clairement la population visée par le projet. Ces ambiguïtés ont entraîné dès la conception du projet un certain nombre de difficultés par la suite.

Durant sa première année d'existence, des conceptions de travail différentes au sein de l'équipe et par rapport à ce qui prévalait à la Pastorale, la composition de l'équipe avec des professionnels nombreux et un groupe plus restreint de bénévoles (en proportions inversées par rapport à l'équipe de la Pastorale), mais aussi la cohabitation entre des milieux différents (usagers de drogues, personnes avec des troubles psychiatriques, quart-monde) ont été à l'origine d'une dynamique très différente de celle de la Pastorale. Ces difficultés ont amené des changements dans l'organisation interne de la structure.

En juillet 2000, des changements au sein de l'équipe et de la direction ont donné lieu à une réorganisation importante et à l'introduction d'un système de direction collégiale tripartite, constituée du médecin et de deux intervenants socio-éducatifs. Cette organisation n'a pas permis de régler les problèmes internes à l'équipe et de mieux gérer son fonctionnement. Elle a subi de nouvelles modifications pour aboutir, dans le courant de l'été 2001, à une direction unique, assumée par une personne à 80%.

Pour le Passage, 2001 a été une année très difficile et, malgré ou en raison de nombreux changements au sein de l'équipe, les tensions se sont exacerbées dès l'été 2001. Suite à la demande, adressée par la direction à la Ville de Lausanne, de préciser quelle population avait droit aux prestations du Passage, le mandant a défini les prestations devant être fournies par l'équipe ainsi que la clientèle visée par le centre, à savoir les personnes concernées par un problème de toxicomanie. Ce important tournant a eu pour conséquences plusieurs démissions d'intervenants qui ne se sont plus « retrouvés » dans la nouvelle conception de la structure.

Suite à ces événements, le comité de l'association ABS a pris les dispositions suivantes : du 15 avril au premier mai 2002, la structure a été fermée pour permettre à l'équipe de mettre en place sa réorientation. Dès le 1^{er} mai, le Passage est devenu un lieu d'accueil destiné aux personnes concernées par des problèmes de toxicodépendance, ou d'abus de substances, les autres usagers devant être réorientés vers d'autres institutions du réseau.

4.5.3 Méthode d'évaluation

La mise en place d'outils d'évaluation s'est avérée très complexe dans le cadre de la structure du Passage. Ce problème qui avait déjà été rencontré lors de l'évaluation demandée par la Ville de Lausanne⁴⁶, s'est maintenu au cours de l'évaluation 2001-2002, mais dès le mois de mai 2002 des esquisses de solutions ont été trouvées.

⁴⁵ Tiré de De Haas J, Monnat M, Gilliard D. ABS - Un lieu d'accueil ouvert tous les jours. Pourquoi, comment, avec qui ... ? Document de présentation.

⁴⁶ Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Evaluation de deux structures à bas seuil de la Ville de Lausanne: le Passage et le Point d'eau. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001. (Raisons de santé; 62).

La mise en place d'une **statistique de la fréquentation de la structure** a été discutée à plusieurs reprises au Passage. Il existe bien un décompte des prestations sanitaires et des repas, celui-ci ne permet toutefois pas d'estimer la fréquentation du Passage. D'autres moyens ont été envisagés, mais ils se sont révélés peu concluants, trop onéreux (installation d'un compteur à la porte) ou trop difficiles à tenir pour l'équipe (comptage des personnes présentes à deux moments dans la journée). La solution retenue en 2000 consiste à relever le prénom ou pseudonyme de chaque personne différente qui entre au Passage durant la journée. Ce relevé a été tenu durant quelques mois, en 2000. De mai à juin 2002, un décompte des usagers présents à midi a été partiellement tenu. Les données disponibles restent donc extrêmement lacunaires.

En ce qui concerne **les prestations**, deux recueils de données de suivi avaient été élaborés avec l'équipe, le premier pour saisir celles concernant le local de soins et le deuxième pour les prestations socio-éducatives. Ce dernier n'a toutefois pas été rempli en 2001, aucune prestation de ce type n'ayant été fournie par l'équipe (cf. 4.5.2 organisation interne). Seules les statistiques des repas, des soins infirmiers et de la distribution de matériel stérile ont été récoltées sur une durée suffisante pour pouvoir être interprétées.

La reconduction de **l'étude auprès de la clientèle**, qui avait été menée en juin 2000, a été acceptée sans difficulté par l'équipe. Celle-ci s'est déroulée à la fin octobre 2001. Entre mai et août 2002, un questionnaire anonyme très simplifié a été proposé aux usagers ce qui a permis de récolter quelques données sur la clientèle du centre. Ceci a permis de dresser le profil de la clientèle avant et après les changements introduits dans l'accueil des usagers (centre ouvert prioritairement, voire exclusivement aux personnes concernées par la toxicodépendances, consommatrices elles-mêmes ou consultant pour un proche ou encore demandeuses d'information) qui sont intervenus en mai 2002. Toutefois, ce questionnaire étant rempli par les usagers et non en face à face, certaines données ne sont pas valides, car les questions n'ont pas toujours été correctement comprises (durée de la consommation notamment).

4.5.4 Fréquentation du Passage

Les données de fréquentation présentées ici proviennent du comptage "manuel" des passagers réalisé par les intervenants en 2000 (été et automne 2000) dans le cadre de l'accueil. Ce relevé des prénoms des "passagers"⁴⁷ fournit une bonne estimation du nombre de personnes fréquentant le Passage ; il ne permet toutefois pas de connaître le nombre de nouveaux usagers. Ces données sont complétées par le décompte des personnes présentes à midi au Passage, durant les mois de mai (dernière semaine) et juin 2002.

Pendant l'été 2000, il y a chaque jour une centaine de personnes en moyenne qui fréquentent le Passage. Plus précisément, entre le mois de juin et la fin du mois d'août 2000 (lors du premier recensement), 443 personnes différentes ont été identifiées par les intervenants (minimum 71 personnes, maximum 139 personnes différentes par jour). On note une augmentation dans les fréquentations lors du deuxième recensement en automne 2000 (du 27 octobre au 26 novembre 2000) : entre 94 et 181 personnes différentes ont été comptées.

Durant les mois de mai (dernière semaine) et juin 2002, un décompte des personnes présentes à midi a été tenu et montre une fréquentation moyenne de 30 à 35 personnes.

⁴⁷ C'est le nom donné aux usagers de la structure.

4.5.5 Profil de la clientèle

Pour esquisser le profil des usagers du Passage, nous avons utilisé principalement deux sources d'information quantitatives : l'enquête auprès des usagers (automne 2001) a repris sous une forme allégée le questionnaire de l'étude « clientèle Vaud 2000 ». Un bref questionnaire anonyme⁴⁸, mis en place par l'équipe dès mai 2002, fournit quelques informations de base sur les usagers toxicomanes après le changement d'orientation de la structure.

La présentation de la clientèle décrit la clientèle présente en 2001, en distinguant les résultats selon le type d'usagers (consommateurs, clandestins, quart-monde). Un deuxième point analyse plus précisément la population toxicomane et les changements qui sont intervenus entre 2001 et 2002 (Tableau 4.12 et chapitre 4.5.6).

■ Caractéristiques socio-démographiques de la clientèle en 2001

Sur 100 personnes abordées en 2001, 71 personnes ont répondu au questionnaire, 29 personnes ont refusé de participer.

En 2000, les résultats avaient été traités en distinguant les non-consommateurs des consommateurs de drogues illégales. En 2001 toutefois, et suite à des discussions avec l'équipe, nous avons voulu affiner notre connaissance de la clientèle du Passage. Nous avons ainsi introduit une question supplémentaire à savoir « Résidez-vous légalement en Suisse ». Au vu des résultats, nous avons distingué trois types d'usagers, soit les consommateurs de drogues, les clandestins et les « autres non consommateurs ».

Les résultats de 2001 sont présentés ci-dessus (Tableau 4.10) en distinguant : les consommateurs de drogues illégales (au moins une fois durant la vie), les clandestins, et un troisième groupe : « les personnes non consommatrices et vivant légalement en Suisse » que l'on pourrait qualifier de quart-monde.

Les consommateurs de drogues illégales

Toutes les personnes ayant consommé au cours de leur vie des drogues dures ont été incluses dans cette catégorie. La clientèle des personnes consommatrices de drogues illégales représente, en 2001, 41% des usagers. Ce groupe d'usagers présente les caractéristiques suivantes : l'âge moyen est de 33 ans (min 21, max 52), avec une absence de personnes de moins de 20 ans. Les données de 2002 montrent un âge moyen identique avec, toutefois, 20% des usagers qui sont âgés de 40 ans ou plus et un maximum de 61 ans. C'est un fait relativement nouveau (du moins dans le canton de Vaud) de trouver des personnes d'un âge aussi élevé dans ce type de structures.

En 2001, 45% des consommateurs de drogues sont sans domicile fixe. En 2002, 58% des personnes ont un appartement, 15% logent chez quelqu'un, 17% se déclarent à la rue et 9% ont comme solution un squatt, un hôtel ou une pension. La proportion de personnes en situation précaire du point de vue du logement s'élève donc approximativement à 42% en 2002.

Proportionnellement, en 2001, les consommateurs de drogues bénéficient de plus d'aide sociale que les autres types d'usagers (55% versus 25% pour l'ensemble de l'échantillon); 7% sont au

⁴⁸ Le nombre de questionnaires remplis par les usagers de mai à fin août 2002 s'élève à 206 personnes différentes. La plupart de ces questionnaires ont été remplis en mai : 146 contre 21 en juin, 28 en juillet et 11 en août.

bénéfice d'un certificat d'apprentissage ou d'un diplôme d'une école professionnelle. Tous résident légalement en Suisse et 14% ont eu recours à la prostitution au cours de leur vie.

Pour les personnes consommatrices de drogues, leur contact avec le Passage remonte pour un tiers d'entre elles à son ouverture et en tout 50% des consommateurs fréquentent le Passage depuis plus d'un an. En ce qui concerne la fréquence des visites durant le dernier mois, les personnes consommatrices sont un peu plus nombreuses à passer tous les jours (55%), toutefois, la très forte majorité des usagers (toutes catégories confondues) passe au minimum une à deux fois par semaine.

Les clandestins

Cette catégorie regroupe toutes les personnes séjournant illégalement en Suisse. En sont donc exclus les étrangers ayant un permis valable (B ou C, ainsi qu'un demandeur d'asile ayant sa demande en cours de traitement) qui ont été intégrés dans la troisième catégorie. Aucune des personnes incluses dans cette catégorie n'a d'expérience de toxicomanie (drogues dures). Au total, cette catégorie regroupe 20 usagers, soit 28% de la clientèle en 2001.

Tableau 4.10 Clientèle du Passage selon les types d'usagers, automne 2001

	Total 2001		Consommateurs		Clandestins		Autres non consommateurs	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	71		29	41	20	28	21	29
nb femmes	10	14	5		5		0	
Age								
min-max	12-74		21-52		12-74		17-64	
Age moyen	34.4		33.1		33		38	
Age médian	33		33		31.5		39	
15 à 20 ans	5	7	0	0	3	15	2	9
21 à 25 ans	8	11	4	14	2	10	1	5
26 à 30 ans	13	18	6	21	3	15	4	19
31 à 35 ans	14	20	7	24	5	25	2	9
36 à 40 ans	16	23	9	31	4	20	3	14
Plus de 40 ans	15	21	3	10	3	15	9	43
Domicile								
SDF	38	54	13	45	18	90	6	29
Fixe privé	30	42	13	45	2	10	15	71
Institution	3	4	3	10	0	0	0	0
Source de revenus								
Travail	24	34	8	28	9	45	7	33
Aide sociale	18	25	16	55	0	0	2	9
Assurance	10	14	3	10	0	0	7	33
Revenus illégaux	2	3	1	3	1	5	0	0
Prostitution	1	1	1	3	0	0	0	0
Manche	2	3	0	0	1	5	1	5
Autres revenus	4	6	0	0	4	20	0	0
Formation								
Scol. obligatoire	20	28	7	24	8	40	5	24
Apprentissage, école prof.	38	54	21	72	8	40	9	43
Maturité, école prof, uni.	13	18	1	3	4	20	7	33

	Total 2001		Consommateurs		Clandestins		Autres non consommateurs	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfants								
Avec enfant	29	41	12	41	7	35	10	48
Consommation dd à vie	29	41	29	100	0	0	0	0
Légalement en Suisse								
Oui	49	69	29	100	0	0	21	100
Non	20	28	0	0	19	95	0	0
Sans réponse	2	3	0	0	1	5	0	0
Prostitution vie								
Oui	5	7	4	14	1	5	0	0
Non	64	90	25	86	19	95	20	95
Sans réponse	2	3	0	0	0	0	1	5

Le groupe des clandestins a également un âge moyen de 33 ans avec toutefois un âge médian de 31.5 ans. La proportion de SDF est la plus importante dans cette catégorie d'usagers et s'élève à 90% des clandestins. Ils étaient toutefois 45% à avoir un revenu lié à un travail durant le mois précédent l'enquête. 20% ont un revenu complémentaire via leur famille ou un proche. Les données sur la formation sont pratiquement identiques à celles de l'ensemble de l'échantillon. Une seule personne a une expérience de prostitution au cours de sa vie.

Les clandestins sont pour la plupart nouvellement arrivés au Passage : pour six, la fréquentation ne dépasse pas un mois.

Les autres non-consommateurs

Cette catégorie regroupe des populations présentant différentes problématiques et représente 29% de la clientèle en 2001. Elle est composée de personnes ayant peu de moyens financiers, âgés (43% ont plus de 40 ans) ou jeunes (deux ont moins de 20 ans), étrangères ou suisses, la plupart du temps isolées. Certaines évoquent des problèmes d'alcool (récents ou anciens) ou se sont retrouvés à la rue suite à une dispute conjugale. Seuls 29% sont sans domicile fixe. Un tiers a un travail régulier ou occasionnel, un autre tiers bénéficie de revenus liés à une assurance (chômage, AVS, AI). Toutes sont légalement en Suisse et aucune n'a consommé de drogues dures durant sa vie.

■ Etat de santé selon le type d'usager, 2001

Les résultats portant sur la santé montrent aussi des résultats très différents selon la clientèle du Passage. C'est principalement entre le type de consommateurs et celui des clandestins que les plus fortes différences apparaissent. Les premiers sont en général très au courant des tests effectués et des résultats. Ils sont aussi beaucoup plus nombreux à avoir fait un test de dépistage. Ainsi, concernant le VIH, 97% des personnes toxicomanes ont fait un test, dont la très grande majorité (86%) entre 2000 et 2001, alors que seul un quart du groupe des clandestins a passé le test. La moitié des autres usagers non consommateur a fait le test. Au total, parmi les personnes ayant fait un test et ayant répondu à la question, seules deux personnes consommatrices sont séropositives.

En ce qui concerne les hépatites, la même différence se retrouve avec trois-quart des personnes consommatrices qui ont fait un test contre, 10 à 20 % pour les deux autres types de passagers. Vingt-trois pour cent des usagers toxicomanes sont porteurs de l'hépatite B et 48% ont une hépatite C. Seuls 17% des usagers consommateurs ont été vaccinés contre l'hépatite B et très peu ont pu nous dire le nombre de doses reçues.

Tableau 4.11 Le Passage, tests VIH et hépatites selon les types d'usagers, 2001

	Total		Consommateurs		Clandestins		Autres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	71		29	41	20	28	21	29
Test VIH								
Oui	44	62	28	97	5	25	11	52
Non	25	35	0	0	15	75	10	48
Nsp*	2	3	1	3	0	0	0	0
Résultats VIH								
Séropositif	2	5	2	7	0	0	0	0
Séronégatif	40	10	25	89	4	80	11	100
Nsp*, non réponse	2	5	1	4	1	20	0	0
Missing	27		1		15		10	
Test hépatite B								
Oui	31	44	22	76	3	15	6	29
Non	34	48	3	10	17	85	14	67
Nsp*	6	8	4	14	0	0	1	5
Résultats HB								
Positif	5	16	5	23	0	0	0	0
Négatif	23	74	14	64	3	100	6	100
Nsp*	3	10	3	14	0	0	0	0
Missing	40		7		17		15	
Test hépatite C								
Oui	29	40	23	79	2	10	4	19
Non	35	49	3	10	18	90	14	67
Nsp*	7	10	3	10	0	0	3	14
Résultats HC								
Positif	11	38	11	48	0	0	0	0
Négatif	17	59	11	48	2	100	4	100
Nsp*	1	3	1	4	0	0	0	0
Missing	42		6		18		17	

* Nsp : ne sait pas

4.5.6 Evolution de la consommation de drogues illégales 2001-2002

En raison du changement d'orientation de la structure intervenu en mai 2002, le questionnaire de 2002 s'adressait uniquement à des usagers ayant ou ayant eu une expérience de toxicomanie, ou concernés par la consommation chez un proche. Parmi les 206 personnes ayant répondu, 174 au moins (85%) ont consommé des drogues dures au cours de leur vie. Selon les données

d'enquête 2001, 29 (41%) personnes interrogées au Passage, durant la période d'enquête 2001, ont une histoire de consommation de drogues illégales. Cette évolution est l'illustration du changement de cap de la structure et sa spécialisation en faveur des personnes toxicomanes.

Les usagers consomment des drogues dures depuis en moyenne 14.9 ans en 2001 (11.4 ans en 2002⁴⁹). Septante deux pour cent d'entre eux ont consommé au moins une fois dans leur vie par injection.

Parmi les personnes ayant consommé des dd au moins une fois durant leur vie, 67% en 2002 et 79% en 2001, avaient consommé durant le mois précédent l'enquête⁵⁰. Quarante pour cent des consommateurs actifs avaient consommé de l'héroïne (58% en 2001) et 53% de la cocaïne (58% en 2001) ; 56% ont consommé des benzodiazépines et 79% de la méthadone, sans qu'il soit clairement possible de définir les consommateurs de méthadone au noir et ceux qui reçoivent une prescription. Le pourcentage d'usagers ayant consommé de l'héroïne et de la cocaïne durant le dernier mois a diminué sensiblement depuis 2000 avec respectivement 69%, puis 55% et enfin 27% en 2002. Treize pour cent ne consomment que de la cocaïne et 10% que de l'héroïne. En 2002, toutefois, on retrouve quand même 14% d'usagers qui consomment des médicaments et/ou de la méthadone en plus de la cocaïne. Enfin, vingt-cinq usagers (12%) déclarent consommer de tout et 12% ne consomment que du cannabis.

La fréquence de consommation durant le mois précédent l'enquête est, en 2001, quotidienne pour treize personnes (72%) et occasionnelle pour cinq personnes.

Les trois quarts des consommateurs actifs (78% en 2001 et 77% en 2002) consomment les produits par voie intraveineuse (86% en 2000). En 2001, cinq des personnes ayant consommé par injection durant le dernier mois ont fait leur dernière injection dans un lieu public et trois pensaient également pratiquer leur prochaine injection dans ces conditions.

Un usager a fait mention de l'utilisation d'un appartement privé comme « local d'injection ». La question était reprise un peu différemment en 2002. Elle fournit les résultats suivants : 55% des injecteurs consomment chez eux, 8% s'injectent dans la rue ou utilisent les toilettes publiques. Enfin, 17% déclarent s'injecter « partout où ils le peuvent ». Deux usagers utilisent un appartement privé.

En 2001, un tiers des usagers consommant par injection estime l'état de leurs veines comme étant mauvais.

Tableau 4.12 Le Passage, consommation de drogues, 2001-2002

	2001		2002	
	n	%	n	%
Effectif des consommateurs	29		206	
Indicateurs de consommation sur la vie				
Drogues dures vie ¹	29	100	174	85
Age dd	018			
Durée dd	14.9		11.4	
Injection vie	21	72		
Age injection	22			

⁴⁹ Cette dernière donnée est peu fiable en raison du libellé de la question : « Depuis ... ans ? »

⁵⁰ Appelés ci-après « consommateur actif ».

	2001		2002	
	n	%	n	%
Prison	18	64		
Prostitution	4	14		
Consommation de dd durant le dernier mois				
Drogues dures	18	62	139	67
Fréquence de consommation dd²				
Quotidienne	13	72	26 ³	67 ³
Occasionnelle	5	28	13 ³	33 ³
Mode de consommation²				
Injection	14	78	107	77
Produits				
Héroïne	14	78	83	40
Cocaïne	14	78	109	53
Héroïne et coke	10	55	56	27
Benzodiazépine	16	88	56	27
Méthadone au noir	2	11	79	38
En traitement de substitution	17	59	17 ³	44 ³
Traitement antérieur	2	7		

¹ Sont considérées comme drogues dures : l'héroïne, la cocaïne et les cocktails (dd).

² Les pourcentages sont calculés par rapport à l'ensemble des personnes ayant consommé durant le dernier mois.

³ Il s'agit de résultats partiels, qui ne concernent que les usagers ayant rempli le questionnaire après sa modification, en juillet 2002, soit au total 39 usagers.

Enfin, en 2001, plus de la moitié des personnes ayant consommé au cours de leur vie suit un traitement de substitution (17 sur 29 personnes) et deux personnes ont suivi un traitement antérieurement. Parmi les personnes actuellement en traitement, 16 ont consommé durant le mois précédant l'enquête. En 2002, les données existent pour les usagers ayant rempli le questionnaire depuis le mois de juillet (n=39). Parmi ceux-ci, 44% sont en traitement de substitution. Pour l'ensemble des usagers de 2002, on peut quand même relever que 76% déclarent avoir un médecin et 69% ont des contacts avec un assistant social.

Tableau 4.13 Le Passage, conditions d'injection, 2001

	2001	
	n	%
Consommateurs dd durant le dernier mois	18	
Lieu de la dernière injection		
Domicile, lieu privé	10	63
Lieu public	5	31
« Local d'injection »	1	6
Lieu de la prochaine injection		
Domicile, lieu privé	9	69
Lieu public	3	23
« Local d'injection »	1	6

Nb moyen d'injections le dernier jour de consommation	2.7	
Etat des veines		
Bon	7	39
Moyen	5	28
Mauvais	6	33

4.5.7 Activités de la structure

■ Accueil

Durant les heures d'ouverture, deux ou trois intervenants s'occupent chaque jour de l'accueil. L'espace à disposition est un lieu de vie et de repos pour les usagers qui peuvent venir sans avoir de demandes précises et bénéficier de certaines prestations telles que : repas, écoute, discussion - information.

Tel que défini par les intervenants du Passage, l'**accueil** est caractérisé par "une attitude de respect et de non-jugement, ainsi que par la prise en compte des visiteurs là où ils en sont sans exigence d'abstinence, dans un souci permanent de réduction des risques et d'aide à la survie"⁵¹. L'accueil est à bas-seuil d'accès, mais il y a un certain nombre d'exigences à respecter : pas de violence (physique ou verbale), pas de trafic ni de consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments.

Dans les activités liées à l'accueil, les prestations sont davantage d'ordre collectif : animation, conversation à bâtons rompus, échanges sur le quotidien, etc. Cela permet de favoriser le partage entre les personnes, de créer un environnement familial, ainsi que de valoriser les ressources de chacun. Dans cette perspective, la participation des usagers à la vie de la structure est encouragée, notamment dans le cadre des "petits jobs".

Pour les intervenants, "Etre à l'accueil", c'est être présent dans la salle commune, être disponible pour répondre aux sollicitations des usagers, qu'elles soient ponctuelles ou demandant une prise en charge plus longue, comme par exemple lors d'un entretien individuel. Ce sont rarement les intervenants qui s'adressent ou sollicitent directement un usager, tout au plus pour prendre de ses nouvelles ou s'informer de la suite d'une démarche entreprise.

Un groupe de discussion pour les usagers - "Forum" - est organisé le mardi après-midi sur un thème proposé par un usager ou un intervenant, qu'ils animent conjointement. Actuellement un canevas de sujets est présenté par l'équipe et complété par les usagers; parmi les derniers sujets traités figure le problème du logement.

C'est également dans le cadre de l'accueil que les usagers ont la possibilité de prendre **un repas**. Des repas chauds sont servis tous les jours à midi (week-end compris) au prix de 2 Fr (contre 4 Fr auparavant). Ils peuvent également être donnés en échange d'un travail effectué ("petit job").

Depuis son ouverture, la structure a servi entre 500 et 700 repas par mois. Le nombre moyen de repas servis par jour a progressivement augmenté de 18 repas (début de l'année 2000) à environ 26 repas par jour d'ouverture, jusqu'en septembre 2001. Par la suite ce nombre a diminué et depuis le changement d'orientation de la structure (mai 2002), il est de 20 repas par jour en

⁵¹ Repris du "Dossier de présentation de la structure" selon le canevas fourni par Rel'ier en avril 2000, p. 1.

moyenne. Ces chiffres semblent à nouveau liés à une phase de redémarrage du Passage, l'équipe annonce une cinquantaine de repas par jour, en octobre 2002.

Jusqu'au milieu de l'année 2000, la majorité des repas était payée cash par les visiteurs, mais un nombre important (entre 160 et 298 par mois ; c'est-à-dire cinq à neuf par jour) était également distribué en contrepartie d'une tâche (petit job). Dès septembre 2000, on observe un rapprochement entre les courbes de repas payés et les repas contre une tâche et dès avril 2001, le nombre de repas contre tâche dépasse celui des repas payés.

En plus des repas de midi, le Passage offre tous les matins, dès l'ouverture, un petit-déjeuner (pain, beurre et confiture) et dans l'après-midi une collation⁵² (bircher, tartines). Les boissons (thé, café, sirop) sont disponibles à volonté toute la journée.

Plusieurs fois par semaine, de la nourriture (les restes de la cuisine ou certains invendus) est également mise à disposition des usagers qui peuvent se servir⁵³.

■ L'offre socio-éducative

Si, dans le projet de base, les usagers du Passage peuvent théoriquement bénéficier d'aide et d'accompagnement individuel, ceux-ci n'ont pas été développés en 2001 et 2002.

Suite aux difficultés rencontrées dans l'organisation de l'équipe et au recentrage des activités du centre en faveur des personnes concernées par la toxicomanie, durant l'automne 2002 l'équipe espère arriver à mieux formuler la nature de l'offre socio-éducative qu'elle entend proposer.

L'équipe propose souvent un soutien aux droits et devoirs des usagers, ainsi qu'une mise en relation avec le réseau, notamment à travers un travail de médiation avec les services sociaux, sans pour autant les comptabiliser systématiquement. De plus, elle est extrêmement sollicitée dans le domaine de la recherche de logement et de toute forme d'hébergement provisoire.

■ L'offre sanitaire

Dans le projet initial du Passage, les usagers ont accès à des prestations sanitaires de proximité pour les soins somatiques primaires ainsi que dans des situations d'urgence. Un "local de soins", séparé de la salle principale du Passage, est réservé à cet effet. Ce local, auquel seuls les intervenants du Passage ont accès, est équipé d'une table d'examen et de matériel médical de base (stéthoscope, otoscope, sphygmomanomètre, etc.).

Entre octobre 2001 et fin septembre 2002, le Passage n'a plus offert de soins aux usagers, en raison de l'absence de personnel infirmier. Dès octobre 2002, ces prestations devraient toutefois redémarrer suite à l'engagement de personnel infirmier (un infirmier à 80% dès le premier octobre 2002 et recherche d'une femme pour compléter l'équipe à 80% également).

Les prestations offertes, de janvier à septembre 2001, sont de trois types :

- Les **soins somatiques** de base qui comprennent des changements de pansement, la prise de la température, des inhalations, des bains de pieds, etc..

⁵² Pour les collations, le Passage est approvisionné par la CARL et bénéficie de donations (les invendus souvent des boulangeries).

⁵³ Les cornets de survie avec un contenu précis, tels que proposés par la Pastorale de Rue ont été supprimés suite au constat que certaines denrées distribuées ne pouvaient être consommées sans préparation et finissaient par être jetées.

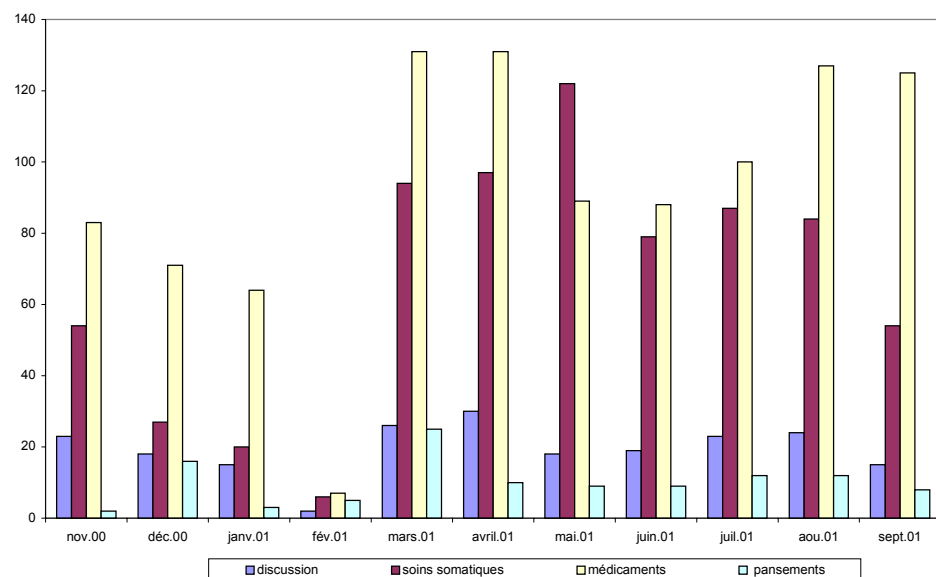
- La **dispensation de médicaments** de deux types, les "autorisés" et ceux sur délégation médicale, tous entreposés dans le local de soins. Sont dit "autorisés" les médicaments disponibles dans toute pharmacie sans ordonnance (ex. aspirine). Ils peuvent être dispensés par l'ensemble de l'équipe. Les médicaments "sur délégation médicale", en principe à l'usage exclusif du médecin et des infirmiers, comprennent des médicaments permettant d'effectuer certains soins médicaux de première ligne pour des affections courantes, tels que des abcès, par exemple, pour lesquelles les toxicomanes ne consultent pas nécessairement les services de santé usuels, à moins de complications graves.
- **L'information** sur les problèmes de santé ou les services disponibles. Elle peut être transmise pendant une entrevue dans le "local de soins", mais également de manière informelle, dans la grande salle.

Une faible proportion du nombre total de personnes fréquentant le Passage a recours aux prestations sanitaires. Sur la période durant laquelle le monitoring a été tenu, le nombre de personnes vues au local sanitaire a varié entre zéro et huit personnes par jour (moyenne 5,6 ; maximum 18 personnes par jour). Il est clair que les changements apportés par l'équipe dans son organisation interne, notamment l'absence pendant de longues périodes d'une personne au poste d'infirmier, la rotation dans le personnel infirmier (trois personnes différentes en trois ans) ou la décision de fermer le local ont eu des influences négatives sur la fréquentation du local.

Durant cette période, les contacts dans le local sanitaire sont effectués plus fréquemment par l'équipe médicale que par l'équipe d'intervenants (respectivement 62% et 38% des contacts).

La clientèle du Passage requiert des prestations variées et le local sanitaire est utilisé pour différentes fonctions (Figure 4.4). De novembre 2000 à septembre 2001, près de la moitié (49%) des prestations recensées par le monitoring ont trait à la distribution de médicaments. Les autres prestations relevées sont les soins somatiques (35% des prestations recensées), l'information/discussion sur la santé ou des maladies particulières (10%) et enfin les pansements (5%).

Figure 4.4 Nombre et répartition des prestations "sanitaires" par mois (novembre 2000 à septembre 2001)



■ L'échange de matériel d'injection stérile

Le Passage fait partie des institutions autorisées par le Médecin cantonal à remettre du matériel d'injection contre échange et tient une statistique sur les seringues distribuées et sur le nombre de personnes /passages ayant fait une demande de matériel d'injection. Pour l'année 1999, après une augmentation progressive les six premiers mois, il y a une période d'intensification des demandes entre novembre 1999 et mars 2000, avec comme point culminant le mois de décembre 1999 (26'300 seringues distribuées).

Dès le mois d'avril 2000, on constate une forte diminution du nombre de seringues distribuées. Cette diminution s'est poursuivie tout au long de l'année 2001, durant laquelle, seulement 10 à 11'000 seringues ont été distribuées en moyenne par mois, soit 120'795 au total. Le nombre de contacts pour du matériel d'injection est par contre resté relativement stable depuis août 2000, ce qui semble indiquer une diminution du nombre de seringues remises par contact. A relever que, selon l'équipe, l'introduction, en mai 2001, de la pratique de l'échange de seringues en lieu et place de la distribution pourrait avoir eu une influence sur la diminution du nombre de seringues distribuées. La diminution est cependant antérieure à l'introduction de l'échange.

4.5.8 Gestion

Depuis octobre 2002, l'équipe est presque au complet, un poste d'infirmière à 80% reste à pourvoir. Neuf personnes comptabilisant un 740% environ se répartissent en trois secteurs distincts - le secteur sanitaire, le secteur socio-éducatif et l'intendance. D'une manière générale, chaque intervenant pratique l'accueil, puis selon sa spécialisation, privilégie les soins ou le suivi socio-éducatif. Il n'y a pas de postes strictement dévolus aux tâches d'intendance ou de secrétariat, chacun assumant à tour de rôle ces activités.

Pour la mise sur pied et la réorganisation du volet sanitaire, un poste à 20% sur 6 mois a été octroyé au Passage.

Au total, le Passage bénéficie de subventions de la commune de Lausanne pour un montant d'environ 970'000 Fr. (chiffres de 2001), quelques dons complétant cette enveloppe. Le canton ne subventionne pas cette structure.

4.6 LE PARACHUTE

4.6.1 Historique et objectifs

Créé par Mère Sofia en 1991, Le Parachute est le seul lieu d'accueil et d'hébergement pour personnes marginalisées, ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours par an du canton de Vaud. Depuis 1997, il est soutenu par un financement cantonal.

Le Parachute a une double vocation : l'accueil d'une part, pratiqué sans discrimination et, d'autre part, l'hébergement des jeunes à risques de dépendance ou de délinquance.

Les objectifs du Parachute sont les suivants :

- offrir sans discrimination, à toute personne dans le besoin, un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation où l'on peut se restaurer et entretenir son hygiène corporelle (accueil des usagers).
- offrir aux jeunes de 15-25 ans en rupture et aux personnes désinsérées, la possibilité de "faire une pause", en leur proposant un lieu de vie adapté à leur situation. Dans un cadre familial, ils peuvent alors élaborer, en étant soutenus et encadrés, un projet personnel pour leur avenir (hébergement des habitants).

Dans le cadre de l'hébergement, le Parachute se profile comme une structure résidentielle intermédiaire, jouant le rôle de passerelle pour des personnes qui ne pourraient pas passer directement de la rue à une structure médicalisée ou résidentielle, ou encore à un logement individuel. Il offre également une possibilité d'hébergement d'urgence.

L'accueil offre aux usagers la possibilité de se retrouver, de se reposer au chaud nuit et jour, de prendre une douche ou de profiter des machines à laver le linge.

Dans le cadre de l'accueil, les intervenants informent et orientent chaque personne selon ses besoins spécifiques. Des activités culturelles sont également organisées régulièrement.

4.6.2 Organisation interne

Un processus de professionnalisation des employés a été initié et dans cette perspective, un programme de formation continue (dix demi-journées) a commencé durant l'été 1999 et s'est poursuivi jusqu'en juin 2000. De plus, chaque intervenant bénéficie d'une supervision individuelle, assurée par une personne de son choix, sur la base d'une liste de superviseurs fournie par l'EESP⁵⁴ de Lausanne, soit en fonction d'une expérience pratique de supervision dans le domaine des dépendances.

Actuellement la répartition du personnel est la suivante :

Douze intervenants sociaux (équivalant à 6,5 postes à plein-temps) assurent à tour de rôle l'accueil et le suivi des usagers et habitants du Parachute. Un des intervenants bénéficie d'un 30% de son temps pour faire la passerelle avec l'association Sport'ouverte. Cet effectif est complété par un directeur (plein-temps). Pour le Parachute, l'année 1998 a été marquée par un ensemble de restructurations concernant l'organisation et le fonctionnement de la maison.

Ces changements, liés à l'augmentation du nombre de résidents et aux modifications dans la population des usagers et des habitants, ont porté sur un renforcement des contacts inter-

⁵⁴ Ecole sociale et pédagogique de Lausanne.

institutionnels (en particulier avec les services de l'Etat : SPJ, Patronage, SPAS, services sociaux de la ville). Initiés dès 1998, ces contacts avec le réseau se sont intensifiés en 1999, et ont également favorisé une meilleure connaissance des structures locales et par la même occasion une meilleure identification et connaissance du Parachute par les interlocuteurs du réseau social.

Le travail en réseau est mis sur pied autour de situations d'usagers ou d'habitants. Le parachute participe aussi au Dispositif seuil bas mis en place par la Ville de Lausanne.

Face à l'afflux de personnes, l'équipe a décidé de fermer chaque jour l'accueil durant deux périodes de deux heures, soit de 10 à 12h et de 17 à 19h. Ces pauses permettent à l'intervenant de se consacrer aux tâches administratives et d'intendances, ainsi qu'à des entretiens auprès des habitants (entretien approfondi, bilan sur leur projet, etc.).

4.6.3 Méthodes d'évaluation

Durant les deux premières périodes de l'évaluation, les résultats ont été tirés de l'évaluation interne (auto-évaluation) de la structure, ainsi que de ses rapports annuels d'activité ; ces informations ont été complétées par des échanges téléphoniques, quand cela était nécessaire. Pour la troisième période, le Conseil d'Etat a souhaité, en juin 2001, que le Parachute soit considéré comme les autres structures pratiquant l'accueil à bas-seuil et soumis à une évaluation externe.

Le Parachute tenait déjà un décompte des usagers et des habitants : repas, nuitées, etc. Toutefois dans le cadre de l'évaluation externe, différents outils ont été discutés avec l'équipe et mis sur pied en 2002, de manière à uniformiser la collecte de données avec les autres centres à bas-seuil.

Pour les années 2000 et 2001, les données sur le nombre de contact, de repas et de nuitée sont encore tirées des rapports d'activité de la structure. Le monitoring de la fréquentation et des prestations socio-éducatives offertes par l'équipe a été systématiquement tenu dès juin 2002.

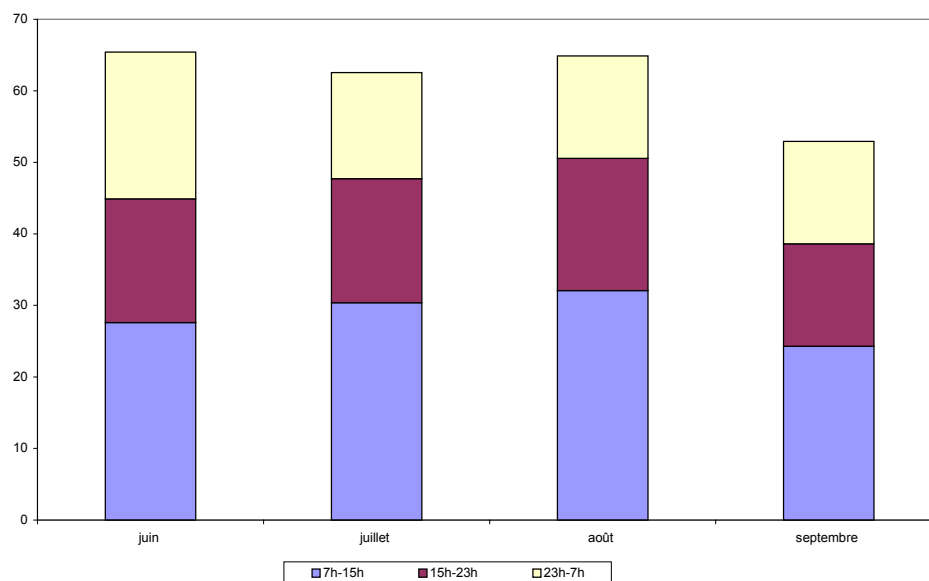
Pour dresser le profil de la clientèle, une étude sous forme de questionnaire aux usagers a eu lieu à deux moments (automne 2001 et septembre 2002). Lors de la première édition, le taux de refus a été élevé. Parmi les raisons de refus, un nombre important de personnes indiquaient qu'elles avaient déjà rempli le questionnaire deux semaines auparavant au Passage. Parmi les autres cas de refus, on trouve à la fois des clandestins qui ont peur de décrire leur situation, mais aussi quelques cas de personnes trop marginalisées, ou ayant des problèmes psychiatriques (ce qui rend les contacts très difficiles). En 2002, la même enquête, avec un questionnaire plus adapté à la clientèle, a été mieux accueillie. Ce sont ces résultats qui sont présentés dans ce rapport.

4.6.4 Fréquentation du Parachute

Le rapport d'activités du Parachute relevait environ 20'000 visites d'usagers en 1999. Ce chiffre a augmenté en 2000 et 2001, années pour lesquelles on estime à 24'000 le nombre de visiteurs, soit environ 65 personnes par jour. Selon l'équipe, cette fréquentation atteint les limites matérielles que la maison peut offrir.

Les chiffres du monitoring tenu en 2002 indiquent également une fréquentation moyenne de 50 à 60 personnes par jour (24h), selon les mois. La majorité des contacts ont lieu pendant la première tranche horaire (7h à 15 h) où en moyenne 25 à plus de 30 personnes sont vues. De 15h à 23h et durant la nuit, le nombre de personnes oscille entre 15 et 20 pour chacune de ces tranches horaires.

Figure 4.5 Le Parachute : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture et selon la tranche horaire, juin -septembre 2002



4.6.5 Profil des usagers 2002

Ces dernières années, l'équipe du Parachute a constaté une augmentation progressive de l'âge de ses usagers, se situant selon son estimation au-dessus de 25 ans. Cette situation s'accompagne du constat d'une désinsertion plus longue que dans le passé. Les situations auxquelles le Parachute est confronté sont alors d'autant plus complexes et difficiles à traiter.

Les problématiques rencontrées sont la polytoxicomanie, les fugues, les problèmes psychologiques et psychiatriques, le chômage, etc. Dans de nombreux cas, les problèmes s'additionnent rendant plus délicats l'approche et le travail de réinsertion. Parmi les usagers fréquentant le Parachute, environ un tiers a une problématique en lien avec la consommation de drogues. Le nombre de personnes sans papiers est cependant très fluctuant : en 1999, elles représentaient environ 10% de la clientèle contre un tiers en 2000 et 2001. Probablement lié à la restructuration du Passage, leur proportion est plus élevée durant l'été 2002, période où elles constituent approximativement la moitié de la clientèle de Parachute.

La cohabitation de groupes ayant des problématiques différentes nécessite une attention constante de la part des intervenants pour limiter les frictions et rappeler les valeurs de tolérance.

Les données suivantes sont tirées de l'enquête menée auprès des usagers en septembre 2002. Les résultats sont donnés pour l'ensemble des personnes interrogées, mais également en distinguant leur problématique. Nous avons fait le choix, vu le cadre de l'évaluation, de considérer la toxicomanie comme le premier facteur discriminant de la clientèle du Parachute. Ainsi, une personne en situation régulière qui consomme ou a consommé des dd sera incluse dans la présentation qui suit dans le groupe « toxicomane ». Le deuxième groupe, soit celui des « migrants », est composé des personnes de nationalité étrangère (indifféremment de leur statut) ne consommant pas de dd.

Au total, 19 personnes ont répondu au questionnaire et 19 ont refusé. Parmi celles-ci on trouve légèrement plus de personnes appartenant à la catégorie « migrants » (12 usagers sur 19, soit 63%

des refus) et la moyenne d'âge est légèrement plus élevée (32 ans). Les personnes migrantes ayant refusé de répondre provenaient pour sept d'entre elles d'Afrique du Nord, trois provenaient d'Amérique latine et trois autres des pays de l'Est. Dans ces trois derniers cas, le refus était lié à un problème de compréhension du français. Parmi les autres personnes ayant refusé de répondre figurent cinq usagers toxicomanes et deux personnes présentant des troubles psychiatriques.

Pour les usagers ayant accepté de répondre au questionnaire, le groupe des personnes ayant déjà consommé des drogues dures au cours de leur vie forme un peu plus de la moitié de l'échantillon. La catégorie « migrant » regroupe à la fois des étrangers sans papier, des requérants d'asile ou des personnes avec permis mais fortement désinsérées. Les résultats qui suivent sont donnés pour l'ensemble de l'échantillon interrogé et les variations entre les deux catégories ne sont énoncées que si elles paraissent significatives.

La proportion de femmes s'élève à 16% et l'âge moyen de la clientèle est de 31 ans. Le groupe des migrants est un peu plus âgé (32 ans contre 30 pour les personnes consommatrices) et ne comporte aucune femme.

Trente deux pour cent des usagers ont un logement fixe, la moitié se déclare dans la rue ou utilisent des institutions comme le Sleep In ou la Marmotte. Enfin, 16% logent chez des amis. Au total, ce sont les deux tiers des usagers qui vivent une situation de précarité du point de vue du logement. Les personnes consommatrices sont proportionnellement un peu plus nombreuses (40%) à disposer d'un logement fixe privé.

En ce qui concerne le travail, un tiers travaille régulièrement ou occasionnellement et deux tiers des usagers sont sans activité. Les sources de revenus sont pour cinq d'entre eux l'AI, deux bénéficient de l'assistance sociale, enfin trois ont d'autres sources de revenus (famille pour deux d'entre eux et musique de rue pour le troisième). Au total, cinq usagers sur dix-neuf (26%) déclarent n'avoir aucun revenu. Les personnes migrantes sont plus nombreuses (quatre) à bénéficier d'un travail, le plus souvent occasionnel. Ne pouvant le plus souvent pas avoir accès à une aide sociale en raison de l'absence de papier, elles sont aussi plus souvent sans revenu (quatre).

L'échantillon récolté comporte seize personnes de nationalité étrangère, dont dix sont originaires d'Afrique du Nord, quatre d'Europe, un des pays de l'Est et un des Etats-Unis. Deux questions supplémentaires étaient posées pour mieux apprécier leur situation. La première considérait leur statut de séjour et la deuxième la durée de leur séjour en Suisse. Quarante-quatre pour cent des étrangers présents ont un permis de séjour; 38% sont sans papier et vivent clandestinement en Suisse. Une personne a un statut de requérant et une autre de « requérant débouté ». Enfin, un homme se présente comme étudiant. La durée de séjour est extrêmement variable, mais permet de catégoriser trois groupes d'étrangers représentant chacun un tiers de cette clientèle : cinq usagers sont présents depuis dix ans ou plus (trois d'entre eux sont nés en Suisse), six usagers sont en Suisse depuis un à quatre ans, enfin cinq étrangers sont là depuis en moyenne six mois seulement.

Parmi les personnes de nationalité étrangère, sept ont déjà consommé des dd au cours de leur vie et sont donc rattachées à ce type d'usagers dans le tableau ci-dessous. Six d'entre elles possèdent une autorisation de séjour valable⁵⁵ et une seule est sans papier. Leur durée de séjour en Suisse est en moyenne plus longue.

⁵⁵ Selon leurs déclarations, cinq ont un permis de séjour (dont trois sont nés en Suisse) et un est étudiant.

Du point de vue de la santé, deux tiers des usagers ont fait un test Sida ; pour deux personnes sur treize, le résultat est positif. La moitié des usagers a fait un test pour les hépatites B et C avec comme résultat une personne positive pour l'hépatite B et cinq pour l'hépatite C (soit 46% des personnes testées). Six personnes sont par ailleurs vaccinées pour l'hépatite B. La proportion de personnes testées est plus importante chez les toxico-dépendantes que chez les migrants.

Tableau 4.14 Le Parachute : caractéristiques socio-démographiques des usagers selon le type, enquête 2002

	Ensemble de l'échantillon		Consommateur	Migrant
	n	%	n	n
Effectif	19		10	9
Femmes	3	16	3	0
Age moyen	31		30	32
Logement				
Logement fixe privé	6	32	4	2
Institution	6	32	2	4
Amis	3	16	2	1
SDF	4	21	2	2
Travail				
Régulier	1	5		1
Occasionnel	5	26	2	3
Sans travail	13	68	8	5
Revenu (pl. réponses possibles)				
Travail	6	32	2	4
Chômage, AI, Assurance sociale	7	37	6	1
Autre	3	16	3	
Sans revenu	5	26	1	4
Nationalité				
Suisse	3	16	3	
Afrique du Nord	10	54	2	8
Europe	4	21	4	
Pays de l'Est	1	5		1
USA	1	5	1	
Statut				
Avec permis	7	37	5	2
Requérant	1	5		1
Requérant débouté	1	5		1
Sans papier	6	32	1	5
Etudiant	1	5	1	0
Santé				
Test Sida	13	68	8	5
Séropositif	2	15	2	
Test hépatite B	10	53	6	4
Hépatite B positif	1	10	1	
Test hépatite C	11	58	7	4
Hépatite C positif	5	46	3	2

En ce qui concerne la consommation de drogue, un peu plus de la moitié des usagers ayant répondu au questionnaire a consommé des dd au cours de sa vie. Parmi les consommateurs de dd durant la vie, près des deux tiers sont des consommateurs actuellement actifs d'héroïne et/ou de cocaïne. La moitié d'entre eux prend en plus des benzodiazépines.

La consommation de DD est plus fréquemment occasionnelle. Quatre usagers parmi les consommateurs actifs injectent le produit et consomment à l'extérieur (rue, parc, toilettes, etc.). L'âge moyen de la première consommation de dd est de 19 ans et la durée de consommation est de 12 ans en moyenne.

Tableau 4.15 Le Parachute, données sur la consommation, enquête 2002

	Consommateurs
	n
Effectif	10
Consommation dd durant la vie	10
Consommation actuelle de dd	6
Héroïne	4
Cocaïne	5
Benzodiazépines	3
Cannabis	7
Alcool	2
Mode de consommation dd	
Injection	4
Fréquence de consommation dd	
Quotidienne	2
Occasionnelle	4
Nb de produits consommés (tout produit)	
1 produit	5
2 produits	1
3 produits et plus	4
Autres indicateurs	
Age dd	19 ans
Durée dd	12 ans

4.6.6 Profil des habitants 2000-2001

En tant que lieu d'hébergement, le Parachute dispose de 6 chambres individuelles, pour des séjours d'une semaine à 6 mois et d'une chambre de dépannage (hébergement d'urgence).

■ Hébergement

Les habitants sont les personnes faisant une demande d'hébergement pour une durée de plus d'une semaine, et dont le séjour est lié à la définition et à la réalisation d'un projet personnel ; ce dernier fait ensuite l'objet de l'établissement d'un contrat.

La prise en charge des habitants implique la nomination d'une personne de référence au sein de l'équipe. Avec l'accord de l'habitant, le référent prendra contact et travaillera avec le réseau de ce dernier, tout en effectuant un suivi régulier de l'habitant. La situation de ce dernier est par ailleurs discutée en colloque et réévaluée chaque semaine.

En 2001, 58 personnes ont été admises comme habitants (60 en 2000). La majorité des demandes provient de personnes toxicodépendantes (64% en 2001), un peu plus du quart est en but à des problèmes d'insertion (pas d'accès au logement par exemple) et quelques cas concernent des mineurs (avec ou sans problématique de dépendance) ou des personnes ayant un problème psychiatrique.

L'âge moyen des habitants est de 25 ans et les femmes constituent 20 à 25 % de ceux-ci.

Tableau 4.16 Le Parachute, habitants selon la problématique principale, 2000-2001

	2000		2001	
	n	%	n	%
Effectif total	60		58	
Toxicomanie	33	55	37	64
Cas psychiatriques	6	10	4	7
Mineurs	5	8	2	3
Problème d'insertion	16	27	15	26

La durée de séjour est en moyenne de 2 semaines, avec toutefois quelques personnes qui restent plus d'un mois (22%). En 2001, il s'agissait uniquement de personnes toxicomanes. Huitante-cinq pour cent des échecs par rapport au projet initial ont lieu dans les deux premières semaines du séjour et concernent majoritairement des personnes toxicomanes. Dans plusieurs cas, il s'agissait de personnes ayant consommé des drogues à l'intérieur du Parachute.

Tableau 4.17 Durée du séjour en fonction de la problématique, 2001

Nb. de semaines	1	2	3	4	5	6	7	8+
Effectif total	15	15	6	9	4	3	3	3
Toxicomanie	5	6	4	9	4	3	3	3
Cas psychiatriques	1	3						
Mineurs	2							
Problème d'insertion	7	6	2					

Durant le séjour, la demande la plus fréquente chez les personnes toxicomanes est la recherche de lieu de cure ou de suivi post-cure. Dans ce cas, la prise en charge visera à vérifier la motivation de la personne ainsi qu'une aide pour prendre contact et visiter les différents foyers résidentiels existants.

Vient ensuite la demande de logement, qui forme la demande la plus importante pour les personnes avec une problématique sociale. En effet, les personnes présentant des défauts de solvabilité ont de plus en plus de peine à accéder à un logement, qu'elles aient ou non un problème de dépendance.

D'une part, le marché du logement est très tendu à Lausanne, d'autre part, il semble que le système de garantie offert par les services publics soit de plus en plus critiqué par les régies qui préfèrent louer à d'autres personnes présentant de bonnes garanties.

Un autre objet de la demande des personnes hébergées au Parachute est le souhait d'un lieu d'habitat temporaire pour faire une pause et réfléchir à sa situation. Le plus souvent ces personnes sont en rupture avec leur environnement familial et ont besoin d'aide pour se reconstruire, voire renouer les liens rompus. Cette demande concerne aussi bien les personnes toxicodépendantes que les personnes ayant une problématique sociale. Pour les mineurs, l'hébergement temporaire est la seule forme de projet acceptée, le Parachute n'intervenant que sous forme de dépannage.

■ Hébergement d'urgence

Les personnes sans papier ne peuvent pas bénéficier d'un hébergement en tant qu'« habitant », car un projet ne peut être développé sans permis de séjour. Par contre, ils peuvent avoir recours à un « hébergement d'urgence » pour une nuit, dans les cas de situations de détresse. Ils peuvent aussi avoir accès à l'accueil durant la nuit, ce qui leur permet d'être au chaud, mais sans possibilité réelle de dormir. La solution de l'hébergement d'urgence n'est offerte que si le SleepIn et la Marmotte sont complets (vérification téléphonique par l'intervenant). Au total, en 2001, 342 hébergements d'urgence ont été octroyés, concernant 218 personnes différentes (268 en 2000, pour 173 personnes différentes).

Les résultats du monitoring tenu entre mi-juin et septembre 2002 indiquent une dizaine d'hébergements d'urgence par mois et une douzaine de demandes refusées. Parmi les raisons invoquées : la place parfois, des situations où la personne n'est pas en situation de "détresse", ou lorsqu'elle a épuisé ses nuits au SleepIn et à la Marmotte. En revanche, la personne est hébergée si elle est nouvelle et ne connaît pas le réseau, ou si son état de santé et de fatigue le nécessite. Ces données, récoltées en été, sont certainement sujettes à des variations saisonnières.

4.6.7 Activités de la structure d'accueil

■ Accueil

Une majorité de personnes viennent au Parachute aux heures de repas et, selon les estimations des intervenants, seule une personne sur deux sollicite un autre service (demande de conseils ou assistance administrative).

Quant aux visites nocturnes elles sont le plus souvent liées à la recherche d'une écoute et d'un abri contre le froid, lorsque le SleepIn et la Marmotte sont complets.

■ Prestations recensées

Différentes rubriques incluses dans le monitoring de 2002 permettent de décrire les prestations offertes dans le cadre du Parachute : repas, entretien avec les usagers ou avec les habitants, discussion informelle, soins, travail avec le réseau et respect du cadre socio-éducatif ont été notamment relevés durant l'été.

Les repas : toute personne a la possibilité de prendre un repas par jour au Parachute. Ces repas sont gratuits, toutefois un paiement est exigé sous forme d'un acte contribuant au bon fonctionnement de la structure⁵⁶.

En moyenne 20 repas ont été servis par jour, soit plus de 2000 repas en trois mois et demi. Par rapport aux années précédentes, cette diminution s'explique par le fait que l'équipe comptait initialement les repas y compris les petits-déjeuners et les soupers; or, les repas du soir sont réservés pour les habitants depuis mai 2002.

Discussion accueil : L'accueil est le lieu privilégié surtout durant la nuit pour des discussions informelles avec les personnes présentes. Plus d'une douzaine de discussions sont ainsi relevées en moyenne par jour, toutefois ce chiffre représente une sous-évaluation dans la mesure où certains intervenants n'avaient pas bien enregistré la consigne et n'ont noté que les discussions menées lorsque qu'une nouvelle personne ne connaissant pas encore le Parachute arrivait.

Entretien : l'organisation du Parachute et les ressources à sa disposition (une personne seule pour l'accueil) laissent peu de temps disponible pour un travail plus individuel avec les usagers. Malgré cela, entre huit et dix entretiens ont lieu en moyenne chaque jour avec les habitants ou les usagers. Deux à trois entretiens supplémentaires se font par téléphone et deux à trois autres concernent le réseau (ceux-ci sont le plus souvent, mais pas exclusivement, effectués par le directeur).

Soins : les prestations offertes par la Parachute sont essentiellement des pansements et la remise de certains médicaments, principalement de l'aspirine. En moyenne, deux à trois personnes demandent soit un pansement soit un médicament, par jour.

Tableau 4.18 Le Parachute : prestations fournies par mois, de juin à septembre 2002

	Juin*	Juillet	Août	Septembre
Contacts personnes	1123	1639	1757	1296
Contacts consommateurs	185	300	254	239
Repas	381	590	719	509
Entretiens	96	178	169	150
Entretiens téléphoniques	40	69	57	89
Réseau	33	50	66	70
Accompagnements extérieurs	2	6	9	12
Discussion accueil	210	363	394	343
Médicaments	25	62	66	36
Pansements	15	39	16	14
Hébergements d'urgence	10	10	16	6
Hébergements refusés	6	11	10	18
Rappel du cadre	263	348	244	206
Gestion de la violence	16	13	10	22

* Le monitoring a été tenu depuis le 11 juin seulement (soit durant 20 jours), ce qui explique les résultats légèrement inférieurs.

⁵⁶ La question des repas payants est récurrente dans le discours des autorités, qui évoquent notamment le fait que les usagers bénéficiant de l'aide sociale disposent d'un revenu. Cependant pour l'équipe du Parachute, soutenue par le Comité de la Fondation, le paiement des repas ne peut être envisagé.

Rappel du cadre et gestion de la violence : l'équipe intervient en moyenne une dizaine de fois par jour pour rappeler les règles du Parachute, notamment le fait qu'on ne peut pas dormir au salon, mais aussi par rapport aux demandes d'aides pour les rangements et nettoyages de la cuisine. Elle est aussi confrontée régulièrement à des moments de fortes tensions et doit intervenir pour gérer ces situations de conflits (entre 10 à 20 interventions par mois).

Prestations sanitaires et d'hygiène : le Parachute met à disposition une salle de bain et une machine à laver le linge qui sont largement utilisées (1999 : 1500 bains et douches ; 700 machines de linge). L'ouverture du Point d'Eau, en 1999, a permis d'orienter certains usagers vers cette structure. Toutefois, en 2001, la salle de bain a été fermée durant une longue période en raison de travaux. Ces données n'ont pas été incluses dans le monitoring, même si ces services sont à nouveau à disposition des usagers.

4.6.8 Gestion

Pour assurer sa mission, le Parachute employait à la fin de l'année 2001, quatorze personnes, qui représentait 6,5 postes à temps plein, auxquels s'ajoute le poste de directeur (100%).

Jusqu'en février 2000, il y avait un poste de secrétaire à mi-temps ; actuellement une secrétaire en emploi temporaire subventionné vient soulager la charge administrative.

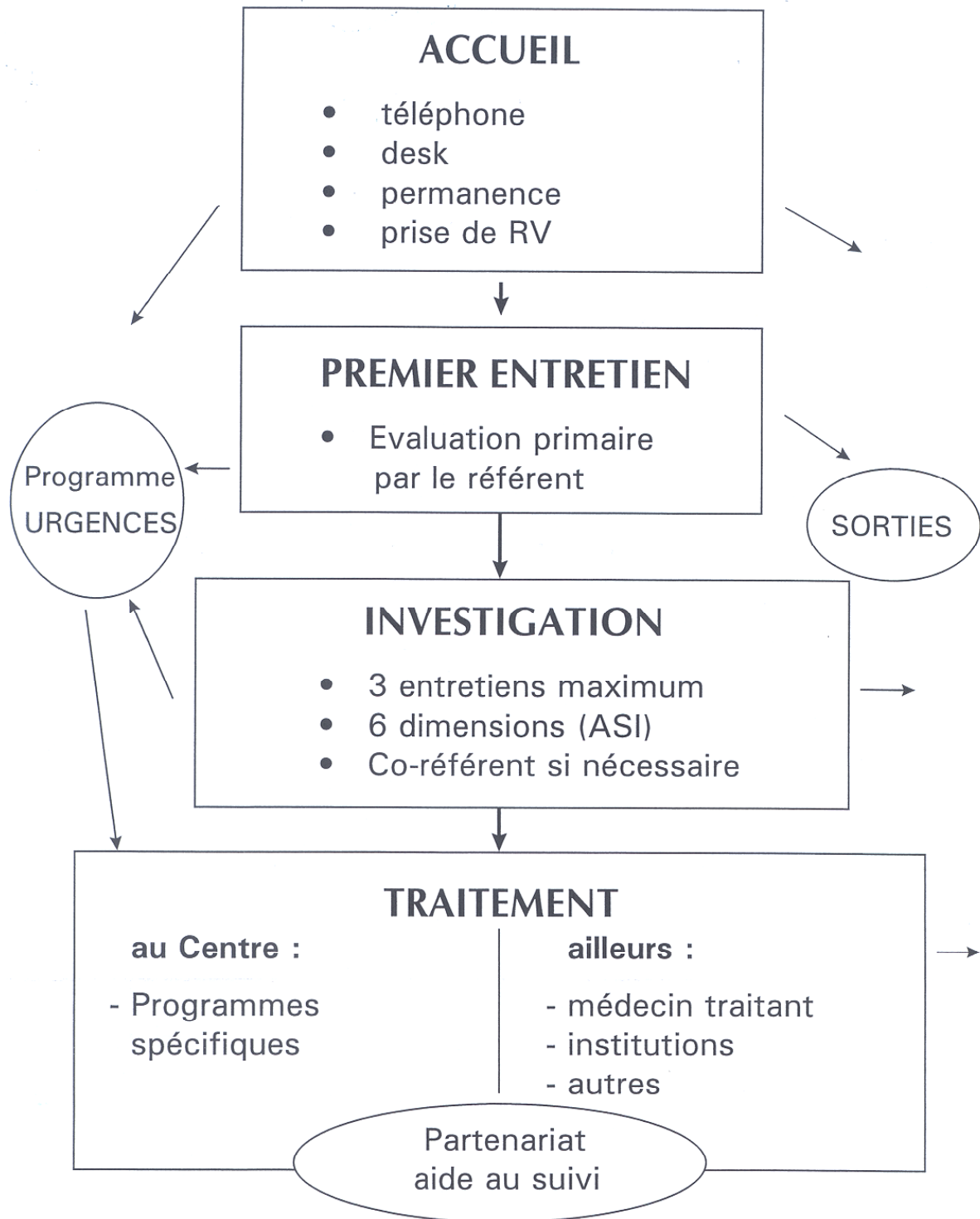
Tout comme les autres projets de la Fondation Mère Sofia, le Parachute est confronté à d'importantes difficultés financières. Celles-ci sont en partie liées au processus de professionnalisation qui s'est renforcé depuis 1998 et entraîne des frais supplémentaires (les salaires et charges sociales s'élèvent à 625'418 Fr. en 1999 ; 602'199 Fr. en 2000 et 548'562 Fr. en 2001).

5 ANNEXES

5.1 ANNEXES AU CHAPITRE 2

5.1.1 Centre St Martin

ALGORITHME SAINT MARTIN



LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____ Sexe: _____
Date passation: _____ Interviewer: _____

I. Dimension somatique

- 1 Bon état général , sérologies négatives (HIV, hépatites B,C)
- 2 Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués
- 3 Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués
- 4 SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère

II. Dimension psychiatrique

- 1 Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV
- 2 Diagnostic sur Axe II du DSM IV (trouble de la personnalité), polytoxicomanie
- 3 Diagnostic syndromique-Axe I DSM IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)
- 4 Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants

III. Dimension motivationnelle

- 1 Patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement
- 2 Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement
- 3 Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement.
- 4 Patient oppositionnel, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement

IV. Dimension crise

- 1 Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif
- 2 Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant
- 3 Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel
- 4 violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient

V. Dimension ressources

- 1 Salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active
- 2 Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle
- 3 Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la "zone"
- 4 SDF, marginalisation totale, délinquance violente

LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)

Présentation

La population alcoolo- et toxicodépendante est très hétérogène. Elle présente une grande diversité de problèmes médico-psycho-sociaux à des degrés d'intensité variable, rendant l'investigation difficile chez des patients plus ou moins motivés et à différents degrés de crise.

Il existe plusieurs instruments de mesure de l'addiction, mais ils contiennent rarement toutes les dimensions pertinentes, notamment de manière transthéorique (p.ex. motivationnel et systémique). De plus, il s'agit d'instruments de recherche nécessitant une formation et prenant du temps.

C'est pourquoi nous avons développé ce profil multidimensionnel de l'addiction, destiné à faciliter l'investigation et l'évaluation clinique des intervenants de terrain, notamment des médecins de premier recours. Ce profil tente de faire succinctement la synthèse des différentes approches (somatique, psychiatrique, motivationnelle, crise, ressources) utiles à un traitement en réseau multidisciplinaire. Le profil permet aussi de définir des priorités dans la prise en soins.

Comment répondre ?

Les questions au recto portent sur l'évaluation de la gravité des problèmes de votre patient dans 5 dimensions. Pour répondre à ces questions, il faut utiliser les scores permettant de coder chaque dimension en 4 degrés de gravité. Les descriptions cliniques sont données à titre d'exemple, choisissez le degré de gravité qui se rapproche le plus de votre patient. 1=pas de problème, 2=quelques problèmes, 3=sérieux problème, 4=problème majeur.

Exemples

Somatique :

Un polytoxicomane avec une sérologie positive pour l'hépatite C ne sera codé « 3 » que si l'hépatite est symptomatique ou implique une limitation du fonctionnement du patient.

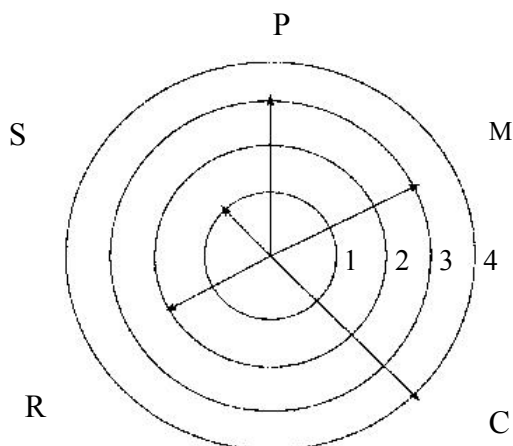
Psychiatrique :

La plupart des patients addictifs présentant un trouble de la personnalité, on code « 2 » si ce trouble est présent ;

on code « 3 » si une symptomatologie manifeste se surajoute (trouble anxieux, trouble dépressif) ;

on code « 4 » si la même situation se complique d'un risque suicidaire.

Rapid Addiction Profile



5.2 ANNEXES AU CHAPITRE 3

5.2.1 Le Levant

Tableau 5.1 Le Levant : profil des entrées, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	31		66		71		71	
Nb femmes	8	26	22	33	25	35	22	31
Age								
Age moyen	28.1		27.7		28.8		29.5	
Age médian	28.0		27.5		28.0		28.0	
15 à 20 ans	3	10	8	12	3	4	2	3
21 à 25 ans	7	12	15	23	22	31	17	24
26 à 30 ans	14	24	26	39	20	28	24	33
31 à 35 ans	2	6	11	17	16	23	13	18
36 ans et plus	5	16	6	9	10	14	15	21
Nationalité								
Suisse	22	71	51	77	50	70	48	67
Enfant								
Oui	8	26	13	20	21	30	21	30
Logement								
Fixe privé	16	52	39	59	39	55	39	55
Chambre	1	3	4	6	9	13	6	9
Institution	0	0	1	2	0	0	3	4
Prison, hôpital	10	32	13	20	15	21	16	23
SDF	1	3	6	9	7	10	4	6
Autre, multiple	3	10	3	5	1	1	3	4
Jour de travail durant les 12 derniers mois								
0 jour	17	55	40	61	47	66	46	65
1-60 jours	7	23	3	5	9	13	1	1
Plus de 60 jours	6	20	22	33	12	17	21	30
Travail durant le dernier mois								
Plein temps	2	7	1	2	3	4	3	4
Occasionnel, temps partiel	0	0	2	3	0	0	5	7
En formation	0	0	2	3	0	0	0	0
Chômage	2	7	7	11	12	17	2	3
Rentier	5	16	3	5	4	6	5	7
Autres, sans travail	22	71	51	77	52	73	56	79
Revenu durant le dernier mois (pl rép. possibles)								
Travail	0	0	6	9	1	1	5	7
Famille, proche	5	16	6	9	2	3	1	1
Rente (AVS, AI)	3	10	5	8	3	4	3	4
Aide sociale, chômage, bourse	7	23	21	32	29	41	32	45
Economie	3	10	1	2	0	0	4	6
Emprunts	3	10	18	27	21	30	4	6
Revenus illégaux	9	29	8	12	13	18	21	30

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dettes								
Aucune	9	29	12	18	11	16	19	27
Jusqu'à 5'000	5	16	10	15	10	14	10	14
5'000 à 15'000	4	13	16	24	12	17	8	11
15'000 à 30'000	5	16	11	17	16	23	18	25
30'000 à 50'000	2	7	2	3	8	11	8	11
Plus de 50'000	1	3	10	15	8	11	5	7
Nsp*	5	16	4	6	5	7	3	4
Dépenses pour consommation durant le dernier mois								
Aucune	8	26	14	21	21	30	24	34
Jusqu'à 1000 Fr	12	39	22	33	23	32	20	28
1000 à 5000 Fr	4	13	15	23	20	28	10	14
Plus de 5000 Fr	4	13	12	18	5	5	12	17
Nsp*	3	10	1	2	1	1	5	7
Produits consommés								
Alcool	6	20	23	35	31	44	18	25
Amphétamine	6	19	15	23	10	14	12	17
Analgésique	5	15	8	12	9	12	4	5
Dormitif	14	45	22	33	26	37	19	27
Tranquillisant	6	19	16	24	18	25	7	10
Cannabis	12	39	44	67	40	56	41	44
Codéine	2	6	6	9	3	4	2	3
Hallucinogènes	4	13	8	12	6	8	3	4
Héroïne	19	62	39	59	42	59	27	39
Autres opiacés	1	3	7	11	1	1	1	1
Méthadone au noir	13	42	17	26	10	14	8	11
Cocaïne	15	48	49	74	43	61	34	48
Crack free base	5	16	9	14	4	6	8	11
Cocktails	7	23	25	38	24	34	15	21
Substances à sniffer	0	0	4	6	4	6	1	1
Drogue design	0	0	2	3	0	0	2	3
Drogue dure durant le mois	22	71	54	82	50	70	42	59
Dont : Héroïne	19	61	39	59	42	59	27	38
Cocaïne	15	48	49	74	43	61	34	48
Héroïne et cocaïne	12	39	34	52	35	49	19	27
Injection								
Durant le mois (rapporté aux Cdd dans le mois)	17	77	47	87	42	84	38	90
Durant la vie	29	94	60	91	63	89	61	86
Overdose durant les 12 derniers mois								
Oui	8	39	33	53	25	41	16	22
Polytoxicomanie								
Toujours, le plus souvent	5	16	40	61	42	59	15	21
Occasionnellement	9	29	12	18	6	8	18	25
Jamais	15	48	10	15	20	28	35	49
Partage de seringues								
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	4	24	8	17	5	12	3	8

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	9	29	17	26	10	14	11	16
Santé								
Test VIH	30	97	59	89	67	94	69	97
Résultat VIH positif	3	10	6	10	5	7	9	13
Déjà souffert d'une hépatite	11	36	42	64	34	48	44	62
Tentative de suicide dernier mois	2	7	4	6	5	7	3	4
Traitement antérieur								
Aucun traitement indiqué	3	10	3	5	9	13	4	6
Traitement de substitution	22	71	44	67	41	58	37	52
Entrée institution								
Entrée immédiate après sevrage	19	63	43	65	29	41	19	27
Suite à autre résidentiel	6	19	16	24	22	31	35	49
Période essai	0	0	0	0	11	15	3	4
Condamnation en lien avec la drogue								
Prison	26	84	13	20	32	45	47	66
Procédure en suspens	9	29	36	55	26	37	23	32
Aucune condamnation liée à la drogue	7	23	5	8	17	24	16	23
Condition d'admission								
Volontaire	21	68	47	71	49	69	55	78
Involontaire	10	32	18	27	21	30	16	22

* Nsp : ne sait pas

Tableau 5.2 Le Levant : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	31		66		71		71	
Effectif sortie	31	100	65	99	55	78	16	23
Date de sortie								
1998	2	7	0	0	0	0	0	0
1999	15	48	24	36				
2000	12	49	26	39	27	38		
2001	2	7	15	23	28	39	16	23
Non sortie	0	0	1	2	13	23	55	77
Mode de sortie								
Régulier	16	52	29	45	16	29	3	19
Régulier sans consentement	0	0	3	5	4	7	3	19
Irrégulier	7	23	10	15	5	9	0	0
Irrégulier sans consentement	6	19	18	28	27	49	9	56
Transfert	0	0	0	0	1	2	1	6
Décès	1	3	1	2	2	4	0	0
Autres	1	3	0	0	0	0	0	0
Durée du séjour								
Moins de 3 mois	4	13	11	17	11	20	6	38
3-6 mois	2	7	11	17	14	26	6	38
6-12 mois	7	23	14	22	16	29	4	25

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
12-18 mois	5	16	19	29	13	24		
18-24 mois	11	36	5	8	1	2		
Plus de 24 mois	2	7	5	8				
Contact à la sortie								
Personne spécialisée	18	58	33	51	24	44	10	63
Autres personnes	5	16	4	6	0	0	1	6
Programme d'enchaînement								
Oui	17	55	38	58	27	49	10	63
Non	11	36	13	20	9	16	2	12
Quel programme								
Appartement protégé	0		0		0		0	
Post-cure de l'institution	15		18		8		2	
Centre de conseils en toxicomanie	1		2		4		1	
Service social	0		2		0		0	
Autres centres de conseils	0		1		2		0	
Soins psychiatrique								
Clinique somatique	0		1		1		1	
Clinique psychiatrique	1		1		2		0	
Prison	0		1		0		0	
Autre	0		1		0		0	
Travail								
Plein temps	10	32	18	27	8	15	2	13
Occasionnel, temps partiel	5	16	2	6	1	2	0	0
En formation	4	13	3	5	3	5	0	0
Chômage	0	0	3	5	4	7	2	13
Rentier	6	19	5	8	0	0	0	0
Sans travail	2	7	8	12	15	28	3	19
Pas d'info	6	19	24	37	22	40	9	56
Revenu								
Travail	15	48	20	31	9	16	2	13
Famille, proche	1	3	5	8	0	0	0	0
Rente (AVS, A)I	8	26	7	11	3	6	2	13
Aide sociale, chômage, bourse	2	6	13	20	24	44	6	38
Revenus illégaux ou inconnus	6	7	23	35	18	33	6	38
Logement								
Fixe privé	16	52	22	34	17	31	2	13
Parenté	3	10	7	11	2	4	2	13
Chambre	3	10	2	3	0	0	1	6
Institution	3	10	5	8	2	4	1	6
SDF	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	2	3	3	5	0	0
Inconnu	4	13	25	38	30	55	10	63
Mode de vie								
Seul	12	39	15	23	8	15	1	6
En couple	5	16	10	15	12	22	1	6
Inconnu	6	19	25	39	27	49	11	69

5.2.2 Bartimée

Tableau 5.3 Bartimée : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1998-2001)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34	
Nb femmes	3	33	4	24	5	31	10	29
Age								
Age moyen	27.3		28.9		28.8		29.4	
Age médian	27		28		28		28	
15 à 20 ans	1	11	1	6	1	6	0	0
21 à 25 ans	2	22	3	18	2	12	8	24
26 à 30 ans	4	44	6	36	8	49	13	38
31 à 35 ans	2	22	5	30	3	19	8	24
36 ans et plus	0	0	2	12	2	12	5	15
Nationalité								
Suisse	7	78	13	77	10	63	22	65
Enfant								
Oui	1	11	5	30	3	19	6	18
Logement durant le dernier mois								
Fixe privé	6	75	9	75	12	75	11	52
Chambre	1	13	0	0	0	0	0	0
Institution	0	0	2	17	2	12	3	14
Prison, hôpital	0	0	0	0	1	6	5	24
SDF	0	0	1	8	0	0	2	10
Autre, multiple	1	13	0	0	1	6	0	0
Missing	1		5		0		13	
Jours de travail durant les 12 derniers mois								
0 jour	1	14	6	60	4	27	5	56
1-60 jours	2	29	1	10	6	40	2	22
Plus de 60 jours	4	57	3	30	5	33	2	22
Missing	2		7		1		25	
Travail durant le dernier mois								
Plein temps	1	11	0	0	3	19	2	17
Occasionnel, temps partiel	1	11	0	0	0	0	0	0
En formation	0	0	0	0	0	0	0	0
Chômage	1	11	0	0	1	6	1	8
Rentier	1	11	1	11	2	13	1	8
Institution	0	0	0	0	0	0	2	17
Autres (en voyage, au foyer,...)	0	0	1	11	3	19	0	0
Sans travail ²	5	55	7	78	7	42	6	50
Données manquantes	0		8		0		22	
Revenu principal durant le dernier mois (pl. rép. possibles)								
Travail	0	0	0	0	2	15	3	19
Famille, proche	0	0	0	0	0	0	2	13
Rente (AVS, AI)	1	14	1	9	2	15	0	0
Aide sociale, chômage, bourse	5	71	8	73	7	53	8	50

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Economie	0	0	0	0	0	0	0	0
Emprunts	2	28	3	27	3	23	2	13
Revenus illégaux	1	14	2	18	2	15	1	6
Missing	2		6		3		18	
Dettes								
Aucune	0	0	1	8	2	13	0	0
Jusqu'à 5'000	2	29	2	17	3	20	2	13
5'000 à 15'000	1	14	1	8	3	20	3	20
15'000 à 30'000	2	29	2	17	1	6	3	20
30'000 à 50'000	0	0	1	8	2	13	3	20
Plus de 50'000	2	29	0	0	4	27	3	20
Ne sait pas	0	0	5	42	0	0	1	7
Missing	2		5		1		19	

Tableau 5.4 Bartimée : données autour de la consommation, FOS, 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34	
Dépenses pour consommation durant le dernier mois*								
Aucune	1	14	2	17	1	6	5	42
Jusqu'à 1000 fr.	4	57	3	24	4	25	2	17
1000 à 5000 fr.	1	14	1	8	7	44	0	0
Plus de 5000 fr.	1	14	1	8	2	13	2	17
Ne sait pas	0	0	5	42	2	13	3	24
Missing	2		5		0		22	
Produit consommé durant le dernier mois*								
alcool	4	57	4	44	8	57	3	50
Amphétamine	1	14	1	11	5	36	3	50
Analgésique	1	14	2	22	3	21	1	17
Dormitif	1	14	4	44	7	50	3	50
Tranquillisant	3	43	1	11	6	43	4	67
Cannabis	3	43	5	56	10	71	5	83
Codéine	1	14	0	0	1	7	1	17
Hallucinogènes	1	14	1	11	4	29	3	50
Héroïne	5	71	7	78	11	78	4	67
Autres opiacés	0	0	0	0	2	14	2	33
Méthadone au noir	2	29	1	11	4	29	4	67
Cocaïne	1	14	5	56	10	71	5	83
Crack free base	0	0	0	0	3	21	2	33
Cocktails	1	14	2	22	8	57	4	67
Substances à sniffer	0	0	1	11	1	7	3	50
Drogue design	1	14	0	0	4	29	1	17
Missing	2		8		2		28	
Drogues dures durant le mois*								
Drogue dure dont :	5	71	8	89	12	85	5	83
Héroïne	5	71	7	78	11	78	4	67
Cocaïne	1	14	5	56	10	71	5	83

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Héroïne et cocaïne	1	14	4	44	9	64	4	67
Missing	2		8		2		28	
Injection*								
Durant le mois (rapporté aux Cdd ds le mois)	4	57	7	78	9	64	3	50
Durant la vie	6	86	9	100	12	86	5	83
Missing	2		8		2		28	
Overdose durant les 12 derniers mois*								
Oui	3	43	5	56	5	36	3	50
Missing	2		8		2		28	
Polytoxicomanie*								
Toujours, le plus souvent	1	14	2	22	7	50	4	67
Occasionnellement	3	43	3	33	5	36	1	17
Jamais	3	43	3	33	2	14	1	17
Missing	2		8		2		28	
Partage de seringues								
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	0	0	0	0	1	11	0	0
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	1	20	2	29	4	40	1	25
Santé								
Test VIH	6	67	9	53	14	88	5	15
Résultat VIH positif	0	0	0	0	2	13	0	0
Déjà souffert d'une hépatite*	2	29	7	70	10	71	3	50
Missing	2		7		2		28	
Tentative de suicide dernier mois	0	0	1	6	0	0	0	0
Traitement antérieur								
Aucun traitement indiqué	3	33	10	59	3	19	29	85
Tt de substitution	4	44	7	41	10	63	2	6
Entrée en institution								
Entrée immédiate après sevrage	5	56	13	76	11	69	27	79
Suite à autre résidentiel	1	11	3	18	7	44	7	21
Période essai	9	100	17	100	13	81	25	74
Condamnation en lien avec la drogue								
Prison	2	22	4	24	10	63	3	9
Procédure en suspens	1	11	2	12	2	13	3	9
Aucune condamnation liée à la drogue	6	67	12	71	6	38	28	82
Condition d'admission*								
Volontaire	7	100	10	83	12	86	16	94
Involontaire	0	0	2	17	2	14	1	6
Missing	2		5		2		17	

* Le pourcentage est calculé sans les données manquantes (missing).

Tableau 5.5 Bartimée : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	9		17		16		34	
Effectif sortie	4	44	17	100	13	81	26	77
Date de sortie								
1998	4	44						
1999			11	65				
2000			6	35	7	44		
2001					3	38	26	77
Non sortie	5	56	0	0	3	19	8	24
Mode de sortie*								
Régulier	1	25	6	35	7	54	6	23
Régulier sans consentement	0	0	4	24	1	8	6	23
Irrégulier	1	25	4	24	4	31	5	19
Irrégulier sans consentement	2	50	3	18	1	8	9	35
Transfert	0	0	0	0	0	0	0	0
Décès	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0
Durée du séjour*								
Moins de 3 mois	1	25	8	47	2	15	15	58
3-6 mois	2	50	1	6	4	31	6	23
6-12 mois	1	25	6	35	5	39	5	19
12-18 mois			1	6	2	15		
18-24 mois			1	6				
Plus de 24 mois								
Contact à la sortie*								
Personne spécialisée	0	0	10	59	8	62	17	65
Autre personne	2	50	6	35	9	69	17	65
Programme d'enchaînement*								
Oui	3	75	12	86	9	90	16	84
Quel programme								
Appartement protégé	1		4		4		3	
Post-cure de l'institution								
Centre de conseils en toxicomanie			1		1		3	
Service social	1		1		2		3	
Autre centre de conseil	1		2		1		4	
Soins psychiatriques			1					
Clinique somatique								
Clinique psychiatriques			1				1	
Prison			2		1		2	
Autre								

* Pourcentage calculé sur la base du total de questionnaires de sortie.

Tableau 5.6 Bartimée : situation à la sortie, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34	
Effectif sortie	4	44	17	100	13	81	26	77
Travail								
Plein temps	0	0	1	6	0	0	2	8
Occasionnel, temps partiel	1	25	3	18	1	8	1	4
En formation	0	0	0	0	0	0	0	0
Chômage	0	0	1	6	6	46	8	31
Rentier	0	0	0	0	3	23	2	8
Sans travail	1	25	8	47	3	23	6	23
Pas d'info	2	50	4	24	1	8	8	31
Revenu (pl. rép. possibles)								
Travail	0	0	2	12	1	8	2	8
Famille, proche	1	25	3	18	3	23	7	27
Rente (AVS, AI)	0	0	1	6	2	15	2	8
Aide sociale, chômage, bourse	3	75	15	88	10	77	22	85
Revenus illégaux ou inconnus	1	25	2	12	0	0	1	4
Logement								
Fixe privé	2	50	6	43	4	23	4	20
Dans la parenté	1	25	2	14	3	23	9	45
Chambre	0	0	0	0	0	0	2	10
Institution	0	0	6	43	6	46	5	25
SDF	1	25	0	0	0	0	0	0
Autre								
Inconnu			3				6	
Mode de vie								
Seul	2	50	5	29	7	54	1	4
En couple	0	0	2	12	3	23	6	23
Inconnu	1	25	3	18	1	8	8	31

5.2.3 Le Relais

Tableau 5.7 Le Relais : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1998-2001)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	20		18		27		37	
Nb femmes	3	15	6	33	11	41	12	32
Age								
Age moyen	31.5		28.8		28.1		29.2	
Age médian	28.0		28.5		28.0		30.0	
15 à 20 ans	2	10	2	11	5	19	4	11
21 à 25 ans	5	25	4	22	7	25	8	22
26 à 30 ans	4	20	5	28	4	15	8	22
31 à 35 ans	3	15	6	33	8	30	10	27
36 ans et plus	6	30	1	6	3	11	7	19
Nationalité								
Suisse	14	70	15	83	21	78	29	78
Enfant								
Oui	4	20	3	17	0	0	2	5
Logement durant le dernier mois*								
Fixe privé	9	56	8	44			9	29
Chambre	2	13	1	6			4	13
Institution	1	6	2	11			9	29
Prison, hôpital	4	25	4	22			5	16
SDF	0	0	3	17			3	10
Autre, multiple	0	0	0	0			1	3
Missing	4		0		27		6	
Jour de travail durant les 12 derniers mois*								
0 jour	5	36	12	71			10	45
1-60 jours	3	21	3	18			1	5
Plus de 60 jours	6	43	2	12			11	50
Missing	6		1		27		15	
Travail durant le dernier mois*								
Plein temps	4	27	0	0			5	22
Occasionnel, temps partiel	3	20	0	0			1	4
En formation	2	13	1	6			1	4
Chômage	1	6	3	18			0	0
Rentier	0	0	3	18			3	13
Autres, sans travail	5	33	10	59			13	57
Missing	5		1		27		14	
Revenu principal durant le dernier mois (pl. rép. poss.)*								
Travail	4	25	0	0			5	19
Famille, proche	3	19	1	6			0	0
Rente (AVS, AI)	0	0	2	11			2	7
Aide sociale, chômage, bourse	8	50	10	56			17	63
Economie	0	0	1	6			0	0
Emprunts	1	6	1	6			0	0
Revenus illégaux	0	0	3	17			3	11
Missing	4		0		27		10	

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dettes*								
Aucune	6	40	2	11			4	17
Jusqu'à 5'000	3	20	8	45			8	35
5'000 à 15'000	1	7	2	11			1	4
15'000 à 30'000	0	0	2	11			1	4
30'000 à 50'000	2	13	1	6			0	0
Plus de 50'000	2	13	2	12			1	4
Ne sait pas	1	7	1	6			8	35
Missing	5		0		27		14	
Dépenses pour consommation durant le dernier mois*								
Aucune	10	78	5	29			3	19
Jusqu'à 1000 fr.	1	7	10	58			1	6
1000 à 5000 fr.	1	7	0	0			1	6
Plus de 5000 fr.	0	0	1	6			0	0
Ne sait pas	2	14	1	6			11	69
Missing	6		1		27		21	
Produit consommé durant le dernier mois*								
Alcool	5	42	7	44			7	25
Amphétamine	3	25	1	6			0	0
Analgésique	3	25	2	13			2	7
Dormitif	3	25	7	44			3	11
Tranquillisant	1	8	7	44			3	11
Cannabis	6	50	13	81			10	36
Codéine	0	0	0	0			0	0
Hallucinogènes	2	17	3	19			0	0
Héroïne	5	42	11	69			8	29
Autres opiacés	1	8	2	13			0	0
Méthadone au noir	3	25	5	31			0	0
Cocaïne	5	42	11	69			9	32
Crack free base	0	0	3	19			0	0
Cocktails	1	8	8	50			2	7
Substances à sniffer	0	0	0	0			0	0
Drogue design	0	0	0	0			0	0
Missing	8		2		27		9	
Drogues dures durant le mois*								
Drogues dures dont :	5	42	12	75			12	43
Héroïne	5	42	11	69			8	29
Cocaïne	5	42	11	69			9	32
Héroïne et cocaïne	5	42	10	63			5	18
Missing	8		2		27		9	
Injection								
Durant le mois (rapporté aux Cdd durant le mois)	3	60	11	92			5	42
Durant la vie	10	53	14	93			15	65
Missing durant la vie	1		3				14	
Overdose durant les 12 derniers mois*								
Oui	1	7	9	53			5	22
Missing	5		1		27		14	

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Polytoxicomanie*								
Toujours, le plus souvent	1	8	4	25			0	0
Occasionnellement	1	8	7	44			3	16
jamais	10	84	5	31			16	84
Missing	8		2		27		18	
Partage de seringues								
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	0	0	1	9			0	0
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	0	0	2	18			0	0
Santé								
Test VIH	11	55	13	72			26	70
Résultat VIH positif	1	9	1	8			4	15
Déjà souffert d'une hépatite	7	44	8	47			17	59
Missing hépatite	4		1		27		8	
Tentative de suicide dernier mois	0	0	1	6			0	0
Traitement antérieur								
Aucun traitement indiqué	10	50	7	39			8	22
Tt de substitution	1	5	6	33			15	40
Entrée en institution								
Entrée immédiate après sevrage	4	50	6	55			10	30
Suite à autre résidentiel	0	0	5	45			14	42
Missing	12		5		27		4	
Condamnation en lien avec la drogue								
Prison	8	40	10	56			7	19
Procédure en suspens	4	20	6	33			1	3
Aucune condamnation liée à la drogue	12	60	7	39			30	81
Condition d'admission								
Volontaire	15	94	18	100	27	100	29	100
Involontaire	1	6	0	0			0	0
Missing	2		0				8	

* Le pourcentage est calculé sans les données manquantes (missing).

Tableau 5.8 Le Relais : Sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999*		2000*		2001*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	20		18		27		37	
Effectif sortie	18	90	18	100	20	74	20	54
Date de sortie								
1998	18							
1999			1					
2000								
2001							1	
Non sorti, missing	2	10	17	94	27	100	36	97
Mode de sortie*								
Régulier	9	50	2	11	4	16		
Régulier sans consentement	3	15			4	16		
Irrégulier	2	10			5	20		
Irrégulier sans consentement	4	20			2	8		
Transfert								
Décès					5			
Autres								
Durée du séjour*								
Moins de 3 mois	13	72	5	28	5	25	6	30
3-6 mois	4	22	7	39	8	40	6	30
6-12 mois	1	6	6	33	7	35	8	40
12-18 mois								
18-24 mois								
Plus de 24 mois								
Contact à la sortie*								
Personne spécialisée	3	15						
Autres personnes	3	15						
Programme d'enchaînement*								
Oui	10	67						
Quel programme								
Appartement protégé	0							
Post-cure de l'institution	2							
Centre de conseils en toxicomanie	0							
Service social	1							
Autres centres de conseil	3							
Soins psychiatrique								
Clinique somatique								
Clinique psychiatrique								
Prison								
Autre								

* Les données des sorties pour les années 1999 à 2001 nous ont été fournies après coup par l'équipe du Relais pour compléter les données manquantes de FOS

Tableau 5.9 Le Relais : Situation à la sortie, FOS 1998-2001

	1998		1999*		2000*		2001*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	20		18		27		37	
Effectif sortie	18	90	18	100	18	74	20	54
Travail								
Plein temps	4	20	2	11	3	17	3	15
Occasionnel, temps partiel	4	20	2	11	2	11	6	30
En formation	0	0	0	0	1	6	0	0
Chômage	0	0	1	6	4	22	8	40
Rentier	5	25	2	11	6	33	0	0
Sans travail	0	0	6	33	0	0	3	15
Pas d'info	4	20	5	17	2	11	0	0
Revenu								
Travail	5	25	2	11	3	17	3	15
Famille, proche	3	15	0	0	4	22	3	15
Rente (AVS, AI)	6	30	2	11	6	33	6	30
Aide sociale, chômage, bourse	10	50	4	22	5	28	5	25
Revenus illégaux ou inconnus	2	10	10	56	0	0	4	20
Logement								
Fixe privé	8	40	2	11	4	22	4	20
Dans la parenté	3	15	0	0	4	22	6	30
Chambre	2	10	2	11	0	0	0	0
Institution	1	5	0	0	0	0	0	0
SDF			0	0	0	0	0	0
Autre	2	10	0	0	0	0	0	0
Inconnu	2	10	14	78	10	56	12	60
Mode de vie								
Seul	7	35	10	56	6	33	6	30
En couple	2	10	4	22	7	39	4	20
Inconnu	3	15	4	22	5	28	10	50

* Les données des sorties pour les années 1999 à 2001 nous ont été fournies après coup par l'équipe du Relais pour compléter les données manquantes de FOS

5.2.4 Prise en charge en milieu carcéral

Tableau 5.10 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : données par personne 1998-2001*

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total des épisodes carcéraux ¹	2452		2509		2330		2422	
Nb. de personnes différentes détenues ²	2043		2085		1899		1957	
Nombre de toxicomanes ³	445	22	435	21	412	22	421	22
Nombre de femmes	64	14	69	16	64	16	53	13
Traitements de sevrage	98	22	81	19	92	22	68	16
Traitements méthadone poursuite de cure ou traitement dégressif	152	34	161	38	131	32	149	35

* Données transmises par le Dr B. Gravier.

¹ Population globale détenue (présente au 01.01 et entrant dans l'année).

² Nombre de personnes différentes détenues au cours de l'année. Ainsi les détenus ayant changé de prison, ou sortis puis réentrés ont été comptabilisés une seule fois. Dans la suite du tableau, les % entre () se rapportent aux personnes toxicomanes détenues.

³ Inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogues.

5.3 ANNEXES AU CHAPITRE 4

5.3.1 Entrée de Secours

Tableau 5.11 EdS : 1998-2001, prestations fournies au moment de la première demande de nouveaux usagers arrivés au cours de l'année (pour 1998 et 1999, échantillon de 20 personnes)

	1998	1999	2000		2001	
			n	%	n	%
Effectifs	20	20	93		68	
Prestations fournies¹						
Traitement méd. de dépendance	14	16	43	46	41	60
Informations diverses	12	19	52	56	20	29
Consultation médecins EdS	11	14	30	32	31	46
Aide administrative en général	7	4	10	11	13	19
Entretiens individuels et soutien psychologique	4	6	12	13	14	21
Intervention de liaison	2	9	18	19	18	26
Aide administrative pour du logement.	2	4	11	12	3	4
Gestion du temps de loisirs	1	6	7	7	1	2
Soins infirmiers	0	1	5	5	2	3
Suivi post-sevrage	0	1	1	1	2	3
Entretiens famille	0	1	4	4	1	2
Aide administrative pour du travail	0	3	6	6	6	9
Gestion financière	0	2	3	3	1	2
Autres	1	6	27	29	18	26

¹ Plusieurs prestations possibles par usager.

5.3.2 Zone Bleue

Tableau 5.12 ZB : prestations proposées, 1998-2001 (échantillon de quatre cohortes)

Prestations proposées	1998	1999	2000	2001
	n=23	n=19	n=22	n=25
Effectif				
Informations diverses	20	17	20	25
Prév. tertiaire (HIV, hép. overdose)	18	14	13	19
Prév. risques secondaires (info produits)	17	14	12	14
Soins infirmiers	16	10	14	17
Démarches santé, y.c safer sex	16	13	9	14
Matériel d'injection	14	5	4	7
Entretiens individuels	11	15	19	16
Soutien à l'établissement de projet individuel	11	15	20	20
Soutien TTT médical	9	7	12	14
Repas	8	13	16	14
Cadre éducatif et social	6	13	19	16
Autre aide administrative	6	12	14	9
Accompagnement extérieur	5	6	10	8
Hygiène corporelle et lessive	5	9	5	4
Entretiens famille	2	7	7	6
Aide par rapport au logement	2	4	4	3
Gestion du temps de loisirs	2	2	9	9
Aide par rapport au travail	1	7	9	5
Autre	1	7	3	6
Prév. primaire (expérimentation de la consommation) ¹			6	5

¹ Nouvelle rubrique en 2000, pas de données pour 1998-1999.

5.3.3 Le Passage

Figure 5.1 Le Passage : nombre de repas servis par mois (janvier 2000-août 2002)

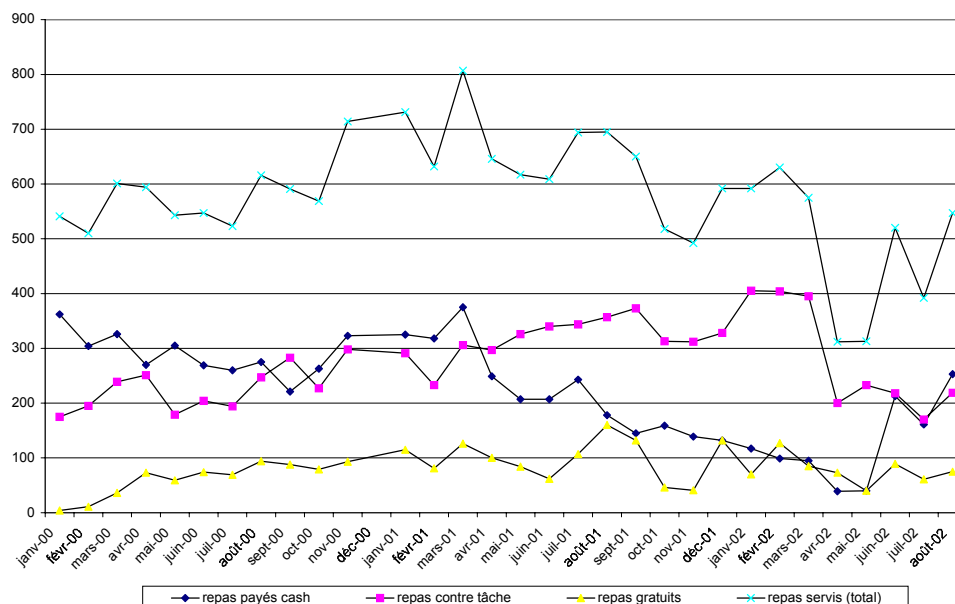


Tableau 5.13 : Le Passage : consommation de drogues, 2000-2001-2002

	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	72		71		206	
Dont consommateur dd ¹	46	64	29	41	174	85
Autre consommation					33	15
Indicateurs de consommation sur la vie						
Drogues dures vie	46	100	29	100	174	85
Age dd	19		18			
Durée dd	13.5		14.9		11.4	
Injection vie	37	51	21	72		
Age injection			22			
Prison	22	48	18	64		
Prostitution	5	11	4	14		
Consommation de dd durant le dernier mois						
Drogues dures	29	63	18	62	139	67
Non consommation dd	17	37	11	38	67	33
Fréquence de consommation dd²						
Quotidienne	12		13	72	26 ³	67 ³
Occasionnelle	17		5	28	13 ³	33 ³
Mode de consommation²						
Injection	25	86	14	78	107	77
Autre	4	14	9	22	32	23

	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Produit						
Héroïne	22	76	14	78	83	40
Cocaïne	26	90	14	78	109	53
Héroïne et coke	20	69	10	55	56	27
Benzodiazépine	21	72	16	88	56	27
Méthadone au noir			2	11	79	38
En traitement de substitution	20	43	17	59	17 ³	44 ³
Traitement antérieur			2	7		

¹ Sont considérées comme drogues dures : l'héroïne, la cocaïne et les cocktail (dd).

² Les pourcentages sont calculés par rapport à l'ensemble des personnes ayant consommé durant le dernier mois.

³ Il s'agit de résultats partiels, qui ne concernent que les usagers ayant rempli le questionnaire après sa modification, en juillet 2002, soit au total 39 usagers.

Figure 5.2 Evolution du nombre de seringues distribuées et du nombre de passages pour matériel d'injection par mois (mai 1999-mars 2002)

