

Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DU PROJET EVITA

Rapport final

André Jeannin, Françoise Dubois-Arber

Etude financée par : Mandat du 05.02.2009 du Centre de traitement en alcoologie (CTA) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne.

Citation suggérée : Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation du projet EVITA : Rapport final. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de santé, 168).

Remerciements : Cette étude n'aurait pu aboutir sans la collaboration de nombreuses personnes, notamment: les patients qui ont fourni l'information, les membres des binômes en charge des évaluations, Mme Tappy Mori et les autres collaborateurs de la FVA pour d'épineuses questions relatives aux données, M. Falcy pour le développement de la base de données, et le Dr. Berdoz pour le développement du questionnaire. Nous les en remercions chaleureusement.

Date d'édition : Novembre 2010.

Fichier : RdS 168-Evaluation projet Evita-rapport final.doc

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	5
2	Méthode	7
2.1	Dispositif de monitoring	7
2.2	Instruments	7
2.3	Collecte des informations	8
2.4	Analyses	8
2.5	Données	8
3	Résultats au niveau du dispositif EVITA	9
3.1	La participation au monitoring EVITA	9
3.2	Les nouveaux patients et les consultations	10
3.3	Caractéristiques des patients à l'entrée dans le monitoring.....	11
3.3.1	Situation sociale.....	11
3.3.2	Situation alcoolique et consommations	14
3.3.3	Suivi en cours	15
3.4	Les changements dans le recrutement.....	16
4	Situation des patients aux étapes de suivi	17
4.1	Durée du suivi et rétention en traitement.....	17
4.1.1	Durée du suivi	17
4.1.2	La rétention en traitement aux étapes du suivi	18
4.1.3	La rétention en traitement aux étapes du suivi selon la demande initiale	19
4.1.4	La rétention en traitement selon la durée du suivi	20
4.2	Consommation d'alcool.....	22
4.3	Consommation d'autres substances.....	22
4.4	Situation sociale.....	23
4.5	L'évolution de la situation des patients en suivi normal	24
5	L'évaluation EVI et les indications	25
5.1	L'évolution des indications	26
5.2	L'évolution de l'environnement du patient, des rechutes et de la motivation	27
6	Les prises en charge	29
6.1	Les objectifs de traitement	29
6.2	La satisfaction face à la solution décidée.....	29
7	Les indications et les prises en charge.....	31
7.1	Score EVI _{max} d'indication et proposition de prise en charge	32
7.2	Prise en charge proposée et prise en charge décidée	34
7.3	Prise en charge décidée et prise en charge effective.....	36
8	Conclusions	39
9	Liste des tableaux et des graphiques	41

10	Annexe A	Liste des institutions et codage des prises en charge.....	43
11	Annexe B	Monitoring EVITA - Questionnaire d'entrée et état initial	47
12	Annexe C	Monitoring EVITA - Questionnaire de suivi ou intercurrent.....	53

1 INTRODUCTION

Le projet EVITA (EValuation Indication, Traitement ambulatoire, Accompagnement) s'inscrit dans le Plan cantonal d'action Alcool (2007-2012), lui-même en conformité avec le Plan national Alcool (2007-2011). Ce projet est un mandat du Service de la santé publique qui a pour objectif la mise en œuvre et l'évaluation d'un dispositif cantonal d'indication et de suivi (DCIS) constituant une porte d'entrée unique. Le DCIS est constitué d'un partenariat entre la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) et le Centre de traitement en alcoologie (CTA) du CHUV.

C'est l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) qui a été chargée par le CTA, mandant, de l'évaluation du projet EVITA et qui en a rédigé le protocole.

Questions et objectifs de l'évaluation

Les questions d'évaluation suivantes ont été définies^a :

1. Evaluer l'adéquation entre les propositions de traitement et les prestations données
2. Evaluer la rétention des patients dans le système
3. Mettre en évidence les carences de prise en charge

Sur cette base, des objectifs d'évaluation ont été définis. Ils sont indiqués dans le Tableau 1, avec en regard les sections du rapport où se trouve l'information correspondante développée par l'évaluation.

Tableau 1. Objectifs de l'évaluation et localisation de l'information correspondante dans le présent rapport

Objectif de l'évaluation	Information correspondante ou remarque
A. La participation à la définition des objectifs de l'évaluation	Effectué dans le cadre du développement du protocole d'évaluation
B. L'élaboration d'un questionnaire de monitoring initial et de suivi en collaboration avec un membre de l'équipe de projet EVITA	Section 2.2 Instrument Les questionnaires figurent en annexe
C. La définition, avec l'informaticien de la FVA, d'un système de recueil de données, pouvant le cas échéant, être utilisé à long terme si le projet se développe	Toutes les analyses effectuées utilisent l'information recueillie dans cette base de données
D. La proposition d'algorithmes permettant d'attribuer un identifiant aux questionnaires	Cet objectif a été abandonné au profit d'une anonymisation des informations de la base de données pour les analyses
E. L'extraction et l'analyse des données en septembre 07, mars 08 et octobre 08, selon les critères définis, à savoir dans les grandes lignes:	Les extractions ont été effectuées à des dates un peu différentes décidées d'un commun accord avec le mandant
1) profils socio-démographiques	Chap. 3 Résultats au niveau du dispositif EVITA
2) gravité selon la grille EVI (évaluation d'indication)	Chap. 5 L'évaluation EVI et les indications
3) rétention au traitement	Chap. 4 Situation des patients aux étapes du suivi

^a reprises du procès-verbal de la séance du Groupe de travail EVITA du mercredi 24 janvier 2007.

Objectif de l'évaluation	Information correspondante ou remarque
4) Drop outs	Section 3.1 La participation au monitoring EVITA
5) Evolution alcoologique	Section 4.2 Consommation d'alcool Section 4.3 Consommation d'autres substances
6) Adéquation entre le traitement proposé et le traitement suivi	Chap. 5 L'évaluation EVI et les indications Chap. 6 Les prises en charge Chap. 7 Les indications et les prises en charge
7) Carence du réseau en terme d'offres thérapeutiques	Section 7.2 Prise en charge proposée et prise en charge décidée Section 7.3 Prise en charge décidée et prise en charge effective
F. La rédaction d'un rapport intermédiaire à 11 mois sur la phase 2 (fin mars 08) pour permettre au COPIL du projet de se déterminer sur la faisabilité de l'extension et les moyens de pérennisation	Une présentation des résultats de l'évaluation au COPIL du 05.12.2008 a remplacé le rapport intermédiaire
G. La rédaction d'un rapport final au terme du projet (sept 08) répondant aux questions de l'évaluation	Délai reporté suite à la prolongation du contrat

2 MÉTHODE

2.1 DISPOSITIF DE MONITORING

Le monitoring recueille des informations sur l'état des patients à leur entrée dans le dispositif d'indication puis, en principe, à 6, 12, 18 et 24 mois. A l'usage, il s'est révélé que cette périodicité laissait échapper des étapes importantes dans les trajectoires de soin des patients et l'on a décidé d'utiliser le questionnaire de suivi également comme questionnaire intercurrent pour enregistrer les informations les concernant.

2.2 INSTRUMENTS

Le questionnaire d'évaluation a été construit par l'UEPP en collaboration étroite avec le groupe de travail EVITA. Il se présente sous deux formes, un questionnaire d'entrée et d'état initial (voir Annexe A) et un questionnaire de suivi ou intercurrent (voir Annexe B). Les principales informations recueillies par les questionnaires sont indiquées dans le Tableau 2. Toutes les données de consommation sont des informations rapportées. Les questionnaires AUDIT (Alcool Use Disorders Screening Test), ADS (Alcool Dependence Scale) et SIP-2R (Short Inventory of Problems) sont remplis en dehors du monitoring et les scores totaux sont reportés dans les questionnaires d'entrée.

Tableau 2 Informations recueillies par les questionnaires de monitoring EVITA

Moment du recueil	Informations
Seulement à l'entrée	<ul style="list-style-type: none">• informations personnelles : sexe, année de naissance, état civil, etc.• suivi alcoologique en cours à l'entrée dans le dispositif• faits marquants des 12 mois précédant l'entrée: problèmes familiaux, etc.• suivi en cours à l'entrée• commentaire sur le suivi en cours à l'entrée (texte libre éventuel)• scores AUDIT, ADS et SIP-2R (issus d'instruments séparés)
A chaque consultation	<ul style="list-style-type: none">• identifiant du patient• code de participation• date et lieu de la consultation• initiales du binôme• prise en charge décidée à la consultation précédente et prise en charge effective au moment de la consultation, et motifs éventuels de non adéquation• état alcoologique:<ul style="list-style-type: none">○ consommation d'alcool des 30 derniers jours○ autres consommations des 30 derniers jours○ insertion sociale○ sources de revenu• grille EVI• satisfaction quant à la prise en charge• commentaire (texte libre éventuel)

Notes: AUDIT: Alcool Use Disorders Screening Test. ADS - Alcool Dependence Scale. SIP-2R (Short Inventory of Problems).

2.3 COLLECTE DES INFORMATIONS

Les questionnaires sont remplis par le binôme en présence du patient lors de chaque consultation (consultation d'entrée ou de suivi) et sont transmis à la FVA pour contrôle et saisie dans une base de données Access. Les scores AUDIT, ADS et SIP-2R au moment de l'entrée dans le dispositif sont calculés sur la base d'instruments distincts.

2.4 ANALYSES

Nous avons analysé les données de la base Access dans son état à mi-février 2010. Elles concernent l'ensemble des patients et toutes leurs consultations (sauf quelques consultations de la fin de cette période dont les informations étaient encore incomplètes à cette date) durant le projet, soit depuis avril 2007. Les données ont été exportées comme table avec une consultation par ligne (plusieurs lignes par patient) pour être analysées avec les logiciels de statistiques SPSS et Stata.

Etant donné que le monitoring porte sur plusieurs années et concerne des patients qui sont en principe suivis en plusieurs étapes, nous avons privilégié les perspectives transversales dans les analyses. Concernant la situation des patients à leur entrée dans le dispositif EVITA et dans le monitoring, cette perspective transversale constitue une analyse de l'évolution du recrutement. Pour le suivi des patients à partir de leur entrée dans le monitoring à T0, nous présentons des analyses de la situation d'ensemble (moyennes ou pourcentages) aux étapes T0-T6-T12-T24. Nous n'avons pas dans ce rapport analysé les trajectoires individuelles des patients.

Pour l'analyse des relations entre l'indication et la prise en charge proposée, décidée et effective, dont la perspective est différente, ce sont l'ensemble des consultations qui ont été prises en compte.

2.5 DONNÉES

Les données concernent au total 2297 consultations de 759 patients. La présence d'informations incomplètes a conduit à exclure 3 patients (10 consultations au total). Les analyses portent donc sur les 756 patients et 2287 consultations exploitables.

Les données sont dans l'ensemble de bonne qualité et peuvent être exploitées sans problème. Font exception celles qui concernent les scores AUDIT, ADS et SIP-2R, issus d'instruments séparés administrés à l'entrée dans le dispositif, pour lesquelles on trouve plus de 50% de non réponses.

3 RÉSULTATS AU NIVEAU DU DISPOSITIF EVITA

Les sections suivantes présentent la participation au monitoring et l'évolution par année de 2007 à 2010 du dispositif EVITA sur la base des données récoltées pour ce monitoring^b. Cette évolution est analysée sous plusieurs angles: le nombre de nouveaux patients et le nombre de consultations effectuées, les caractéristiques sociodémographiques de ces patients, leur situation en termes de problèmes secondaires à l'alcool dans les 12 mois précédant leur entrée dans le dispositif, leur situation alcoolique et de suivi et prise en charge à l'entrée.

3.1 LA PARTICIPATION AU MONITORING EVITA

La participation des patients au monitoring EVITA est analysée sur la base de la situation à la consultation la plus récente pour chaque patient. Le Tableau 3 résume ces informations. Pour près des deux tiers des 756 patients (62.7%), il s'agit d'une consultation de participation normale (d'entrée, de suivi ou intercurrente). Les refus (de participer au traitement et/ou au monitoring ou de répondre au questionnaire) sont le fait de 35 patients (4.6%), il y a eu 11 décès (1.5%), et 221 patients (29.2%) ont été perdus de vue^c.

L'âge moyen des 754 participants pour lesquels cette information est disponible est de 46.4 ans et la proportion de femmes est de 29.2% (Tableau 4). Par comparaison, les perdus de vue sont un peu plus jeunes (44.6 ans) et en moindre proportion des femmes (25.3%). Par contre, les refusants sont sensiblement plus âgés (55.7 ans) et en plus forte proportion des femmes (40.0%); il en va de même des décédés (56.7 ans, 46.7% de femmes).

Tableau 3. Participation au monitoring: situation des patients au moment de leur consultation la plus récente

Situation	Nombre de patients	%
-1: Inconnue (donnée manquante)	1	0.1
1: Participation normale	474	62.7
2: Refus de poursuivre le traitement et le monitoring	18	2.4
3: Refus de participer au monitoring	12	1.6
4: Refus momentané de répondre au questionnaire	5	0.7
5: Perdu de vue	221	29.2
6: Incapacité de répondre	6	0.8
7: Décès	11	1.5
8: Autres situations	8	1.1
Total	756	100

^b Ceci ne coïncide donc pas exactement avec l'image fournie par les données administratives du projet.

^c Un patient est considéré comme perdu de vue si l'on n'a pas pu le joindre pour agender une consultation de suivi après 3 appels téléphoniques et une lettre.

Tableau 4. Participation au monitoring: caractéristiques des patients selon la situation au moment de leur consultation la plus récente

	Situation de participation					Total
	Normale (1)	Refus (2,3,4)	Perdu de vue (5)	Décès (7)	Autres (-1,6,8)	
Age (années)						
Moyenne	46.7	55.7	44.6	56.7	38.8	46.5
N	472	35	221	11	15	754
Variance	136.632	141.674	161.514	56.451	82.928	149.095
% Femmes	29,3	40.0	25.3	45.5	46.7	29.2

Notes: Les nombres entre parenthèses renvoient aux catégories du Tableau 3. L'information sur l'âge est manquante pour 2 patients.

3.2 LES NOUVEAUX PATIENTS ET LES CONSULTATIONS

On distingue dans ces analyses trois types de consultation. Les consultations d'entrée sont celles effectuées avec les nouveaux patients, les consultations de suivi sont les états de situation effectués pour chaque patient présent après 6, 12, 18 et 24 mois (approximativement) dans le dispositif, et les consultations intercurrentes sont celles effectuées en dehors des consultations de suivi.

Le Tableau 5 présente la distribution des consultations par type et par trimestre et année durant la période sous analyse. Un total de 756 patients a été pris en charge par le monitoring EVITA. Dès le quatrième semestre 2007, chaque trimestre 75 nouveaux patients en moyenne ont été intégrés dans le monitoring, un nombre qui est resté assez stable jusqu'à fin 2009. Avec l'augmentation des consultations de suivi (de 41 en 2007 à 916 en 2009), le nombre total de consultations effectuées dans le dispositif a très fortement augmenté: 186 en 2007, 785 en 2008 et 1217 en 2009.

Tableau 5. Distribution des consultations par type et par trimestre et année

	Année et trimestre de la consultation															Total
	2007 2	2007 3	2007 4	Total 2007	2008 1	2008 2	2008 3	2008 4	Total 2008	2009 1	2009 2	2009 3	2009 4	Total 2009	2010 1	
Entrée	31	39	73	143	87	72	80	76	315	76	78	62	67	283	15	756
Suivi	0	1	40	41	54	116	118	118	406	231	205	227	253	916	84	1447
Intercurrente	0	0	2	2	12	13	21	18	64	10	3	3	2	18	0	84
Total	31	40	115	186	153	201	219	212	785	317	286	292	322	1217	99	2287

Notes: Les nouveaux patients sont représentés par les consultations d'entrée. Le 1er trimestre 2010 est incomplet.

3.3 CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS À L'ENTRÉE DANS LE MONITORING

Nous présentons ici des analyses des caractéristiques des patients à leur entrée dans le monitoring pour chaque année. Les caractéristiques incluses dans la récolte d'information concernent la situation sociale des patients (caractéristiques sociodémographiques, revenu, etc.), les faits marquants des 12 mois précédant l'entrée secondaires à l'alcool, la situation alcoolologique à l'entrée et les consommations (alcool et autres substances). Toutes ces caractéristiques décrivent donc le recrutement des nouveaux patients dans le dispositif et son évolution dans le temps.

3.3.1 Situation sociale

La situation sociale et les caractéristiques sociodémographiques des nouveaux patients entrés chaque année dans le dispositif sont indiquées dans le Tableau 6.

A l'entrée dans le monitoring, les nouveaux patients ont environ 45 ans en moyenne, sont pour un tiers des femmes, pour les trois quarts célibataires ou séparés ou divorcés, vivent seuls pour la moitié d'entre eux, ont au moins un enfant à charge pour un tiers d'entre eux et ont pour les trois quarts suivi (mais pas forcément achevé) au moins un apprentissage ou une école professionnelle.

Tant l'âge moyen que la proportion de femmes et le niveau de formation sont relativement stables sur la période. Par contre, la proportion de patients divorcés ou vivant seuls augmente (pour ceux-ci, de 42.0% en 2007 à 55.8% en 2009) tandis que diminue chez les hommes la proportion de ceux ayant un enfant ou plus à charge (de 38.9% en 2007 à 30.6% en 2009).

Tableau 6. Caractéristiques sociodémographiques des patients à leur entrée dans le monitoring, par année

	Année d'entrée				Total (N=756)
	2007 (N=143)	2008 (N=315)	2009 (N=283)	2010 (N=15)	
Age (années)					
moyenne	45.2	45.9	44.9	51.2	45.5
variance	150.9	151.0	142.9	154.2	148.3
% femmes	31.5	25.7	31.8	33.3	29.2
% nationalité suisse	80.4	84.1	74.2	93.3	79.9
Etat civil (%)					
non réponse	2.8	1.9	.7	6.7	1.7
célibataire	25.9	30.8	31.4	26.7	30.0
marié, pacs	36.4	22.2	21.6	20.0	24.6
divorcé, séparé	32.2	42.9	44.5	40.0	41.4
veuf	2.8	2.2	1.8	6.7	2.2
Plus haute formation suivie (%)					
non réponse	5.1	2.6	1.6	0.0	2.6
scolarité obligatoire	25.5	31.2	28.0	20.0	28.8
apprentissage, école professionnelle	55.1	56.0	53.4	70.0	55.1
école technique ou gymnase	9.2	6.8	9.3	0.0	8.0
HES, université	5.1	3.4	7.8	10.0	5.4
Situation relationnelle (%)					
non réponse	2.1	1.3	.4	6.7	1.2
vit seul	42.0	48.6	55.8	26.7	49.6
en couple, sans enfant	21.7	19.7	24.7	26.7	22.1
en famille avec enfant(s)	26.6	13.7	13.8	26.7	16.4
ne sait pas	7.7	16.8	5.3	13.3	10.7
% avec 1 enfant ou plus à charge					
hommes	38.9	33.9	30.6	44.4	33.8
femmes	36.4	33.8	34.4	50.0	34.9
ensemble	38.1	33.9	31.9	46.2	34.1

Note: L'année 2010 est incomplète.

Les indicateurs d'insertion sociale suivants sont fournis dans le Tableau 7: travail, revenu, logement et contacts avec la famille. Dans l'ensemble, à leur entrée dans le dispositif, les patients sont majoritairement sans travail (74.2%), un quart bénéficie du revenu d'insertion (28.4%) et un autre quart de l'AI (21.4%), les trois quarts ont un logement fixe privé (75.7%) ou sont en institution (9.0%) mais 13.4% n'ont pas de logement fixe. Les contacts avec leur famille sont moyens (48.8%) ou mauvais (21.8%) dans les trois quarts des cas.

Il n'y a pas de changements marquants, amélioration ou péjoration sensible, dans l'insertion sociale des nouveaux patients au cours de la période. On peut cependant noter une augmentation de la proportion de ceux qui rapportent de bons contacts avec leur famille, qui passent de 20.3% en 2007 à 38.9% en 2009.

Tableau 7. Insertion sociale à l'entrée dans le monitoring: travail, revenu, logement, contacts avec la famille

% de patients mentionnant :	Année d'entrée				Total (n=756)
	2007 (n=136)	2008 (n=315)	2009 (n=283)	2010 (n=15)	
Travail					
régulier	25.9	18.7	22.3	6.7	21.2
occasionnel	5.6	2.5	1.4	0.0	2.6
sans travail	65.7	76.5	75.3	86.7	74.2
Revenu					
AI	23.1	22.5	20.1	6.7	21.4
AVS	3.5	5.7	4.2	13.3	4.9
revenu d'insertion	24.5	30.8	27.9	26.7	28.4
autres rentes	9.8	14.3	17.7	33.3	15.1
Logement					
fixe privé	76.9	72.4	78.4	80.0	75.7
pas de logement fixe	9.1	14.3	14.8	6.7	13.4
en institution	11.2	11.4	5.3	6.7	9.0
Contacts avec la famille					
bons	20.3	15.2	38.9	40.0	25.5
moyens	51.0	56.5	39.6	40.0	48.8
mauvais	25.2	25.1	17.0	13.3	21.8
non concernés	0.7	0.6	1.8	0.0	1.1

Notes: L'année 2010 est incomplète. Les non réponses ont été omises du tableau. Revenu: chaque source indépendamment des autres.

La fréquence de faits marquants dans les 12 mois précédant l'entrée dans le dispositif, secondaires à la consommation d'alcool, est indiquée dans le Tableau 8. A l'entrée dans le dispositif, les problèmes les plus fréquemment mentionnés concernent la santé (49.1%), les dettes (41.5%), les problèmes professionnels tels que licenciement (34.7%) et les problèmes familiaux tels que violence ou divorce (27.4%). Un peu moins d'un patient sur cinq mentionne un retrait de permis (16.9%) ou d'autres problèmes judiciaires ou avec la police (19.7%). Cette constellation de problèmes des nouveaux patients reste relativement stable durant la période, hormis les problèmes professionnels mentionnés par 29.4% des nouveaux patients en 2007 et 36.7% en 2009.

Tableau 8. Faits marquants (problèmes) des 12 mois précédant l'entrée, secondaires à la consommation d'alcool

% de patients mentionnant des problèmes	Année d'entrée				Total (N=756)
	2007 (N=143)	2008 (N=315)	2009 (N=283)	2010 (N=15)	
familiaux (violence, divorce, etc.)	28.0	27.9	26.9	20.0	27.4
de santé	49.7	46.7	52.7	26.7	49.1
professionnels (licenciement, etc.)	29.4	35.6	36.7	26.7	34.7
dettes	36.4	46.7	38.9	33.3	41.5
retrait de permis	16.1	17.1	17.7	6.7	16.9
autres problèmes judiciaires ou avec la police	23.1	19.4	18.4	20.0	19.7

Note: L'année 2010 est incomplète.

3.3.2 Situation alcoolique et consommations

En moyenne, les nouveaux patients avaient eu 13.3 jours avec abus d'alcool (plus de 5 boissons en une occasion) durant les 30 jours précédant leur entrée dans le dispositif, 2.7 jours avec consommation hors abus et 14.0 jours d'abstinence (Tableau 9). S'il n'apparaît pas de tendance claire entre 2007 et 2009 concernant les jours de consommation et d'abstinence, on note par contre une augmentation régulière du nombre moyen de jours avec abus: 11.4 en 2007, 12.8 en 2008 et 14.5 en 2009.

Tableau 9. Consommation d'alcool durant les 30 jours précédant l'entrée dans le monitoring

Nombre de jours avec:	Année d'entrée				Total (n=734)
	2007 (n=136)	2008 (n=306)	2009 (n=278)	2010 (n=14)	
Abus					
moyenne	11.4	12.8	14.5	20.8	13.3
variance	134.408	134.038	142.517	134.489	139.117
Consommation (hors abus)					
moyenne	4.0	2.1	2.8	1.4	2.7
variance	65.126	34.187	49.471	28.571	45.945
Abstinence					
moyenne	14.3	15.1	12.9	7.8	14.0
variance	133.018	134.260	127.369	117.566	132.309

Notes: L'année 2010 est incomplète. Abus: plus de 5 boissons en une occasion.

Une image synthétique de la situation alcooliques des patients à l'entrée est donnée par le Tableau 10 des scores AUDIT, ADA et SIP-2R des patients à leur entrée dans le monitoring, des données entachées cependant d'une forte proportion de non réponses (plus de 50%). La moyenne des scores à l'entrée pour ces trois instruments augmente de 2007 à 2009: de 21.4 à 25.5 pour AUDIT, de 13.9 à 16.6 pour ADS et de 19.1 à 22.5 pour SIP-2R.

Tableau 10. Scores moyens AUDIT, ADS et SIP-2R des patients à leur entrée dans le monitoring, par année

	Année d'entrée				Total
	2007	2008	2009	2010	
AUDIT					
moyenne	21.4	22.7	25.5	25.5	23.4
N	78	147	120	4	349
variance	67.624	106.175	72.336	163.000	88.286
ADS					
moyenne	13.9	14.7	16.6	9.0	15.1
N	76	147	119	4	346
variance	65.699	81.187	75.127	22.667	76.145
SIP-2R					
moyenne	19.1	19.8	22.5	15.5	20.5
N	76	147	118	4	345
variance	110.106	162.222	122.081	73.667	137.320

Notes: L'année 2010 est incomplète. Les non réponses, exclues du tableau, représentent au total 53.8% pour le score AUDIT, 54.2% pour ADS et 54.4% pour SIP-2R.

La proportion de patients mentionnant la consommation de substances autres que l'alcool – la liste investiguée comprend héroïne, cocaïne, benzodiazépines et cannabis/marijuana - durant les 30 jours précédant leur entrée dans le dispositif est indiquée dans le Tableau 11. Dans l'ensemble, à l'entrée, en plus de l'alcool, plus de la moitié des patients (53.3%) consomment des benzodiazépines prescrites, 13.8% consomment du cannabis, 5.8% de la cocaïne, 2.5% de l'héroïne et 1.7% des benzodiazépines non prescrites. Pour toutes ces substances sans exception, la proportion de patients en mentionnant la consommation a augmenté entre 2007 et 2009. La consommation de cocaïne, par exemple, est passée de 2.8% à 8.5% et celle d'héroïne de 0.7% à 3.2%.

Tableau 11. Consommations de substances en plus de l'alcool durant les 30 jours précédant l'entrée dans le monitoring

% de patients mentionnant :	Année d'entrée				Total (n=756)
	2007 (n=136)	2008 (n=315)	2009 (n=283)	2010 (n=15)	
Héroïne	0.7	2.5	3.2	6.7	2.5
Cocaïne	2.8	5.1	8.5	0.0	5.8
Benzodiazépines					
prescrites	45.5	56.8	53.7	46.7	53.3
non prescrites	1.4	1.3	2.1	6.7	1.7
Cannabis, marijuana	12.6	12.4	16.3	6.7	13.8

Note: L'année 2010 est incomplète.

3.3.3 Suivi en cours

Concernant le suivi alcoologique des patients en cours à leur entrée, le questionnaire de monitoring permettait de mentionner jusqu'à six suivis différents. Ces informations ont été synthétisées pour l'analyse en extrayant le type de suivi alcoologique principal, c'est-à-dire celui correspondant au suivi le plus lourd^d et en distinguant les institutions spécialisées dans le traitement de l'alcoolisme (institutions OH) des autres (Tableau 12).

A leur entrée dans le monitoring, la majorité des patients (57.4% au total) ne bénéficie d'aucun suivi, un peu moins du tiers (30.5%) bénéficie d'un suivi (principalement ambulatoire: 17.7%) par une institution spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, 5.7% bénéficient d'un traitement hospitalier dans une institution non spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, et 3.8% bénéficient d'un autre suivi.

Des changements importants dans cette répartition se manifestent entre 2007 et 2009. La proportion de patients bénéficiant d'un suivi spécialisé OH au moment de l'entrée dans le dispositif augmente fortement, passant de 18.9% en 2007 à 34.9% en 2009, en lien essentiellement avec l'augmentation des suivis OH ambulatoires; la proportion de patients avec un suivi hospitalier non OH diminue, elle, de 14.7% en 2007 à 6.4% en 2009. La proportion de patients sans aucun suivi diminue aussi légèrement, de 60.1% à 54.4%.

^d Dans les cas où, par exemple, un suivi par un médecin ou par un groupe de parole est mentionné conjointement avec un suivi ambulatoire, c'est le suivi ambulatoire qui sera compté comme suivi principal. Cette façon de faire conduit donc à occulter partiellement la fréquence des suivis hors institutions du système de soins, qui n'apparaissent que de manière résiduelle.

Tableau 12. Distribution (%) du type de suivi alcoologique (OH) principal des patients en cours à leur entrée dans le monitoring, par année

Type de suivi principal	Année d'entrée				Total (N=756)
	2007 (N=143)	2008 (N=315)	2009 (N=283)	2010 (N=15)	
Aucun suivi OH	60.1	58.1	54.4	73.3	57.4
Suivi spécialisé OH	18.9	32.8	34.9	13.3	30.5
dont: hospitalier	7.0	6.7	6.7	0.0	6.6
résidentiel	2.1	10.2	4.2	0.0	6.2
ambulatoire	9.8	15.9	24.0	13.3	17.7
Suivi non spécialisé OH	14.7	1.3	6.4	0	5.7
dont: hospitalier	14.7	1.3	6.4	0.0	5.7
résidentiel	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ambulatoire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autres suivis OH	2.1	5.4	3.2	0.0	3.8
Sans information	4.2	2.5	1.1	13.4	2.6
dont: Incapacité ou refus de répondre	0.0	0.3	0.0	6.7	0.3
Refus de participer	1.4	1.6	1.1	6.7	1.5
Perdu de vue	2.8	0.3	0.0	0.0	0.7
Décès	0.0	0.3	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Notes: L'année 2010 est incomplète. Spécialisé OH: institution spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme.

3.4 LES CHANGEMENTS DANS LE RECRUTEMENT

EVITA recrute des patients âgés en moyenne de 45 ans, de sexe masculin pour près des deux tiers, le plus souvent séparés ou divorcés ou vivant seuls, mais dont un tiers ont un enfant à charge. Ces patients vivent pour les trois quarts dans un logement fixe privé; les trois quarts d'entre eux sont sans travail, mais la moitié est au bénéfice de l'AI ou du revenu d'insertion. Près de la moitié mentionnent des problèmes de santé ou de dettes. On ne constate pas d'évolution importante ou systématique durant la période 2007-2009: les nouveaux patients recrutés dans chacune des années présentent dans l'ensemble ces caractéristiques.

Concernant la situation alcoologique et de consommations des patients à l'entrée, on constate des signes concordants de péjoration de la situation à l'entrée des patients recrutés. Les plus notables en sont l'augmentation du nombre de jours d'abus dans le mois précédant l'entrée, la péjoration des scores AUDIT, ADS et SIP-2R, et l'augmentation de la fréquence de consommation de substances autres que l'alcool.

Durant toute la période, plus de la moitié des patients ne bénéficient d'aucun suivi à l'entrée. Cependant, les changements parmi les patients bénéficiant d'un suivi reflètent la péjoration de la situation alcoologique: les patients bénéficiant d'un suivi par une institution spécialisée du domaine alcoologique, notamment un suivi ambulatoire, augmente et concerne plus du tiers des patients en 2009.

4 SITUATION DES PATIENTS AUX ÉTAPES DE SUIVI

La situation des patients aux étapes de monitoring est décrite du point de vue du dispositif EVITA dans son ensemble, c'est à dire en termes de situation moyenne pour l'ensemble des patients présents à chaque étape. L'analyse de la situation à chaque étape porte sur les patients en suivi normal, soit 1694 consultations au total.

A la lecture des analyses qui suivent, on gardera à l'esprit que les données représentent en fait un processus complexe. Il comprend d'une part un effet lié à la durée du suivi du patient dans le dispositif EVITA, des durées qui sont variables et en fait censurées à droite. On peut raisonnablement supposer que cet effet vraisemblable du dispositif est lui-même variable et dépend entre autres des conditions initiales du patient (caractéristiques sociales, type de consommations, etc.). D'autre part, les "sorties" du dispositif (les refus et les perdus de vue) représentent un processus de sélection (vraisemblablement d'auto-sélection) qui constituent un "épuration" du collectif restant pour l'étape suivante. Ces processus rendent très difficile l'interprétation des changements, dont l'analyse nécessiterait une approche par modèles longitudinaux, une question de recherche qui dépasse le mandat de monitoring. Pour ces raisons, on s'est cantonné dans les sections qui suivent à une approche descriptive.

4.1 DURÉE DU SUIVI ET RÉTENTION EN TRAITEMENT

4.1.1 Durée du suivi

Le Tableau 13 donne la distribution de la durée de suivi des patients dans le monitoring. Les durées moyenne et médiane de suivi sont de 11.0 mois.

Tableau 13. Distribution de la durée du monitoring par patient (situation à février 2010)

Nombre de mois	Nombre de patients	%	% cumulé
0	145	19.2	19.2
2	1	0.1	19.3
3	1	0.1	19.4
4	1	0.1	19.6
5	54	7.1	26.7
6	81	10.7	37.4
7	31	4.1	41.5
8	2	0.3	41.8
9	1	0.1	41.9
10	6	0.8	42.7
11	55	7.3	50.0
12	99	13.1	63.1
13	24	3.2	66.3
14	1	0.1	66.4
15	3	0.4	66.8
17	50	6.6	73.4
18	72	9.5	82.9
19	15	2.0	84.9
20	3	0.4	85.3
21	4	0.5	85.8
22	10	1.3	87.2
23	44	5.8	93.0
24	46	6.1	99.1
25	5	0.7	99.7
26	1	0.1	99.9
31	1	0.1	100.0
Total	756	100.0	

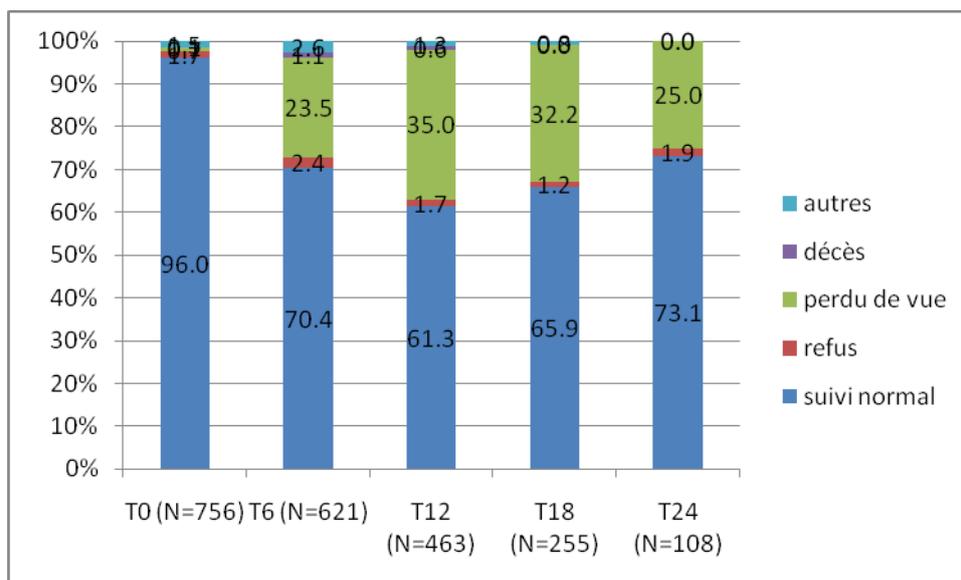
Note: Les patients ayant eu seulement une consultation d'entrée ont un suivi de 0 mois .

4.1.2 La rétention en traitement aux étapes du suivi

L'analyse transversale de la rétention en traitement est basée sur la distribution des situations de participation à chaque étape de suivi pour l'ensemble des patients présents à cette étape (Figure 1). A T0, la proportion de situations de suivi normal est de 96%, les refus représentent 1.7%, les perdus de vue 0.7%, les décès 0.1% et les autres situations 1.5%. La proportion de suivis normaux baisse ensuite jusqu'à T12 (minimum, à 61.3%), tandis que les perdus de vue représentent 35.0% à cette étape. La proportion de suivis normaux remonte ensuite jusqu'à 73.1% et les perdus de vue diminuent jusqu'à 25.0% à T24.

Un des éléments expliquant cette évolution est vraisemblablement un processus de sélection. Au cours du temps, les perdus de vue "sortent du système". Dans la mesure, inconnue ici, dans laquelle ces sorties ne sont pas aléatoires mais sont liées à la capacité de bénéficier de la prise en charge EVITA, on peut s'attendre après un certain temps, ici T12, à voir la proportion de perdus de vue diminuer aux étapes ultérieures.

Figure 1. Rétention en traitement aux étapes du suivi: analyse transversale



4.1.3 La rétention en traitement aux étapes du suivi selon la demande initiale

Le Tableau 14 spécifie les informations de la Figure 1 en distinguant les patients pour lesquels la demande initiale était un traitement résidentiel^e des autres. La rétention en traitement n'apparaît pas différente selon la demande initiale: toutes les différences sont triviales, à l'exception peut-être des proportions de refus et de perdus de vue, qui sont un peu moins élevés lorsque la demande initiale était un traitement résidentiel. Ainsi, à la consultation d'entrée, pour les patients avec une demande initiale de traitement résidentiel, le taux de refus est de 0.4% et celui de perdus de vue de 0.0%, alors que ces taux sont respectivement de 2.5% et 1.1% pour les autres patients. On peut peut-être voir dans cette absence de différence un effet du fonctionnement homogène du dispositif d'indication et de suivi.

^e Correspondant à un score EVI_{max} de 3, c'est-à-dire une indication de traitement résidentiel, lors de la consultation d'entrée.

Tableau 14. Rétention en traitement (distribution en %) aux étapes du suivi selon la demande initiale: analyse transversale

	Etape du suivi				
	T0 (entrée)	T6	T12	T18	T24
Demande initiale: traitement résidentiel*					
Suivi normal	98.2	71.8	60.4	65.8	73.8
Refus	.4	1.6	1.0	.0	2.4
Perdus de vue	.0	22.2	37.1	33.3	23.8
Décès	.0	.8	.0	.0	.0
Autres	1.4	3.6	1.5	.9	.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n=	283	248	202	114	42
Demande initiale: autre					
Suivi normal	94.7	69.4	62.1	66.0	72.7
Refus	2.5	2.9	2.3	2.1	1.5
Perdus de vue	1.1	24.4	33.3	31.2	25.8
Décès	0.2	1.3	1.1	0.0	0.0
Autres	1.5	1.9	1.1	0.7	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n=	473	373	261	141	66
Ensemble					
Suivi normal	96.0	70.4	61.3	65.9	73.1
Refus	1.7	2.4	1.7	1.2	1.9
Perdus de vue	0.7	23.5	35.0	32.2	25.0
Décès	0.1	1.1	0.6	0.0	0.0
Autres	1.5	2.6	1.3	0.8	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n=	756	621	463	255	108

n: nombre de patients. * score EVImax de 3 (indication de traitement résidentiel) lors de la consultation d'entrée.

4.1.4 La rétention en traitement selon la durée du suivi

La rétention en traitement a aussi été calculée pour chaque durée de suivi, soit pour les patients ayant eu un suivi à T0 uniquement (seulement la consultation d'entrée), à T0-T6, à T0-T6-T12, etc. Calculé pour chaque durée de suivi, le taux de rétention est défini comme la proportion de patients en suivi normal à l'étape Tn par rapport à ceux qui étaient en suivi normal à T0. Avec des données parfaites, le taux de rétention devrait donc décroître de façon monotone au cours des étapes de suivi du fait des perdus de vue, des décès, etc. Ce n'est en pratique pas toujours le cas parce que des patients qui avaient refusé de répondre à T0, par exemple, peuvent changer d'avis à une étape ultérieure.

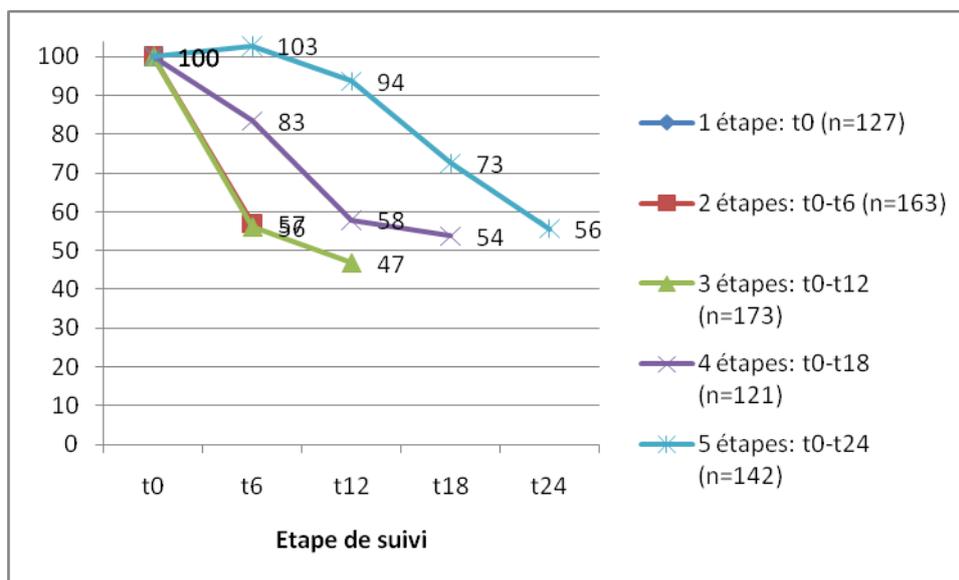
Les informations sont disponibles pour 726 patients au total. Le Tableau 15 donne les effectifs de ces patients en suivi normal à chaque étape en fonction de la durée de leur suivi, et la Figure 2 illustre l'évolution du taux de rétention pour chaque durée de suivi. S'agissant de cette évolution, on constate la décroissance monotone de la proportion de patients en suivi normal au cours des étapes (sauf pour T6 pour les patients ayant un suivi sur 5 étapes). On s'attendrait cependant à ce que les écarts entre les

courbes d'évolution soient faibles, comme c'est le cas pour les suivis sur 2 et 3 étapes dont les courbes sont confondues; certains écarts, par exemple à T12, sont très surprenants^f.

Tableau 15. Rétention en traitement: nombre de patients en suivi normal à chaque étape, selon le nombre d'étapes sur lesquelles ils ont été suivis

Durée du suivi	Etape de suivi				
	T0 (Entrée)	T6	T12	T18	T24
1 étape: T0	127				
2 étapes: T0-T6	163	93			
3 étapes: T0-T12	173	97	81		
4 étapes: T0-T18	121	101	70	65	
5 étapes: T0-T24	142	146	133	103	79
Total	726	437	284	168	79

Figure 2. Taux de rétention en suivi normal à chaque étape selon le nombre d'étapes sur lesquelles ces patients ont été suivis, en pourcent de l'effectif initial



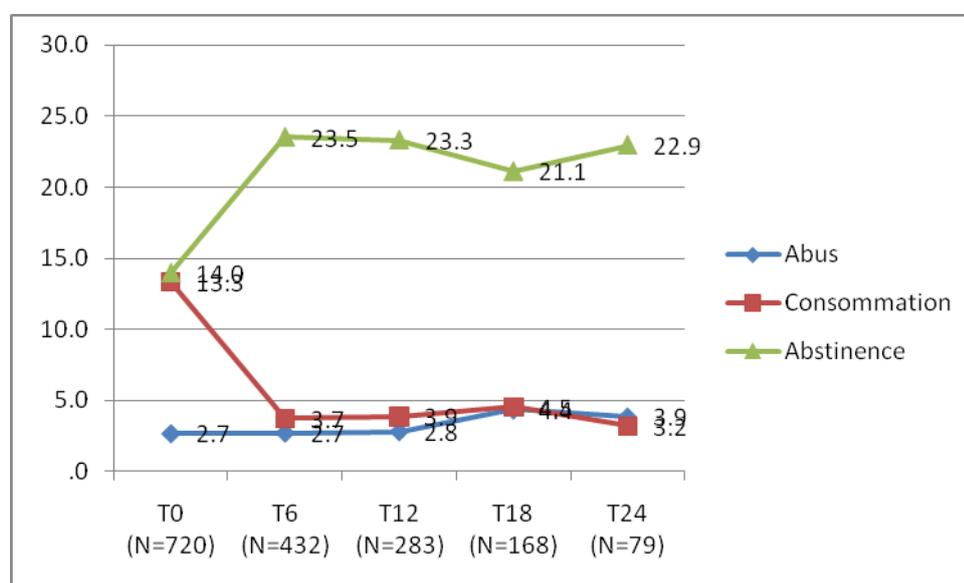
Note: entre parenthèses: effectif initial.

^f Ce sont les durées longues qui sont spéciales, pour des raisons qui ne sont pas claires à ce stade de l'analyse.

4.2 CONSOMMATION D'ALCOOL

La Figure 3 montre la situation à chaque étape de suivi des indicateurs de consommation d'alcool: le nombre moyen de jours avec abus d'alcool (plus de 5 boissons en une occasion), de consommation hors abus et d'abstinence durant les 30 jours précédant la consultation d'étape. Elle fait ressortir que l'entrée dans le dispositif est suivie d'une forte hausse des jours d'abstinence (de 14.0 à T0 à 23.5 à T6) et d'une forte baisse des jours de consommation hors abus (de 13.3 à T0 à 3.7 à T6), le nombre de jours avec abus demeurant lui inchangé à 2.7. Ce seuil passé, il s'instaure ensuite au cours du suivi une situation essentiellement stable.

Figure 3. Nombres moyens de jours avec abus d'alcool, de consommation hors abus et d'abstinence durant les 30 jours précédant la consultation (patients en suivi normal)

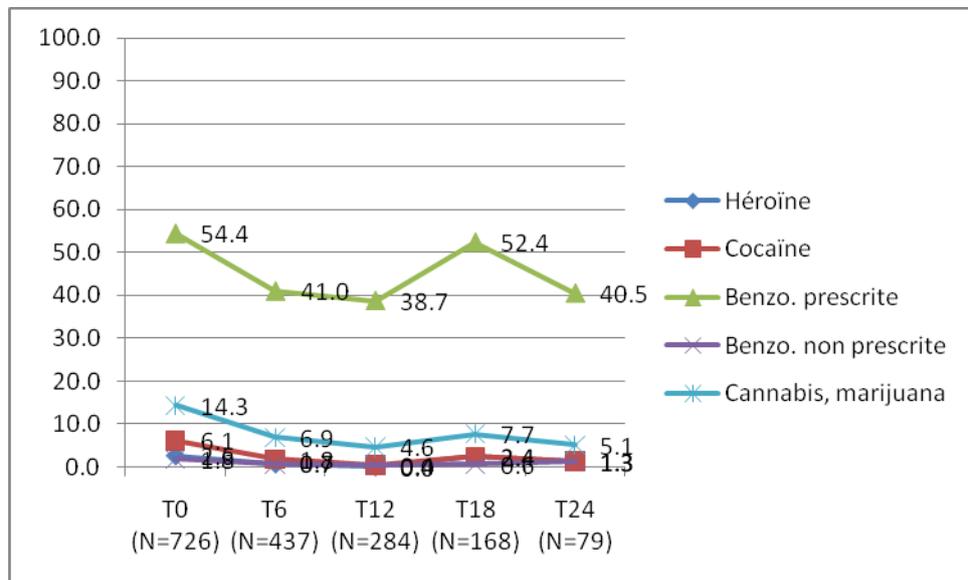


Note: abus: consommation de cinq boissons ou plus en une occasion.

4.3 CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

La Figure 4 montre la proportion de patients à chaque étape de suivi rapportant une consommation de substances (autres que l'alcool) durant les 30 jours précédant la consultation, soit héroïne, cocaïne, cannabis ou marijuana, et benzodiazépines prescrites ou non prescrites. Pour toutes les substances, l'entrée des patients dans le dispositif est suivie dès T6 d'une baisse de la proportion de ceux qui rapportent ces consommations, baisse qui se poursuit jusqu'à T12 mais est suivie d'un rebond à T18.

Figure 4. Proportions (%) de patients en suivi normal rapportant la consommation de substances (autres que l'alcool) dans les 30 jours précédant la consultation, selon l'étape du suivi



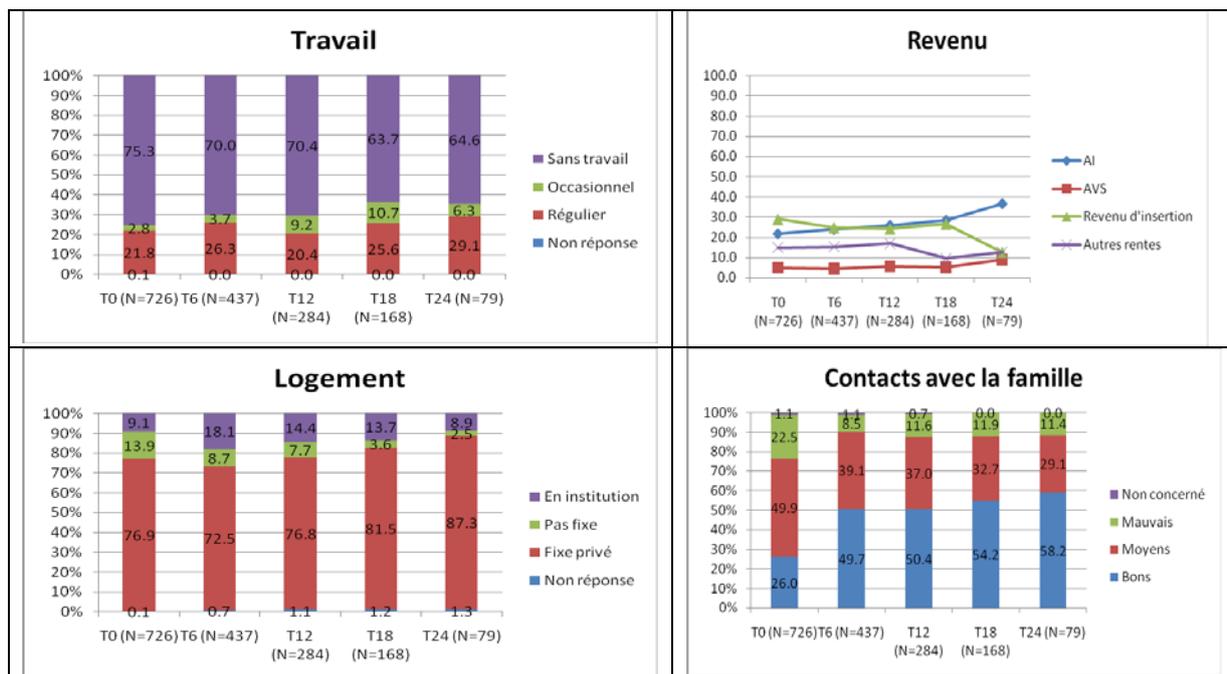
4.4 SITUATION SOCIALE

La Figure 5 montre l'évolution au cours du suivi de la situation des patients en suivi normal en termes d'insertion sociale: travail, revenu, logement et contacts avec la famille. Tous ces aspects montrent une amélioration, parfois sensible, avec la durée du suivi. Ainsi, la proportion de patients avec un travail régulier passe de 21.8% à T0 à 29.1% à T24. On constate pour les revenus une augmentation de la proportion de patients au bénéfice de l'AI et une baisse de ceux au bénéfice du revenu d'insertion (l'augmentation de la proportion de patients au bénéfice de l'AVS est lié à leur vieillissement).

S'agissant du logement, l'évolution suggère un double mouvement. D'une part, la proportion de patients en institution augmente après l'entrée, passant de 9.1% à T0 à 18.1% à T1, mais pour ensuite diminuer régulièrement pour atteindre 8.9% à T24. Parallèlement, la proportion de patients en logement fixe privé augmente au cours du suivi et celle sans logement fixe diminue fortement (de 13.9% à T0 à 2.5% à T24).

Les contacts avec la famille voient une très forte amélioration: la proportion de patients qui les qualifient de "bons" passe de 26.0% à 58.2% entre T0 et T24.

Figure 5. Insertion sociale des patients en suivi normal, selon l'étape du suivi



4.5 L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES PATIENTS EN SUIVI NORMAL

De manière concordante, les indicateurs de la situation des patients aux étapes de suivi montrent une amélioration de cette situation qui s'instaure dès l'entrée dans le dispositif.

S'agissant des consommations, on constate une baisse initiale de la fréquence suivie d'un maintien du nouveau seuil abaissé. L'amélioration concernant la consommation d'alcool consiste en une très forte diminution du nombre de jours avec abus et une augmentation corrélative du nombre de jours avec abstinence. Ce changement positif s'instaure dès l'entrée dans le dispositif et se maintient de manière stable au cours du suivi. La consommation d'autres substances illicites (incluant les benzodiazépines non prescrites) diminue également dès l'entrée dans le dispositif et se maintient de même à un niveau sensiblement plus bas.

L'insertion sociale des patients voit également une amélioration. Les patients avec un travail régulier deviennent proportionnellement plus nombreux, de même que ceux avec un logement fixe privé, parfois après un séjour en institution au début du suivi. Les contacts avec la famille s'améliorent de manière très sensible et continue.

Il faut cependant rester quelque peu prudent face à cette image très favorable. Elle provient d'informations recueillies sur des patients qui sont encore en suivi et dont les durées de suivi sont inégales, donc des données censurées à droite, et comportant une forte composante d'auto-sélection, les perdus de vue étant nombreux.

5 L'ÉVALUATION EVI ET LES INDICATIONS

Lors de la consultation, la grille EVI à 8 dimensions (Tableau 16) est utilisée pour évaluer l'état du patient. Les trois premières dimensions, relatives à l'intoxication alcoolique et aux conditions médicales, émotionnelles, comportementales et cognitives, servent à déterminer l'indication correspondant à l'état du patient. Pour chacune de ces dimensions, le patient reçoit un score sur l'échelle d'indication à 5 niveaux, ordonnés de la prise en charge la plus légère (traitement ambulatoire) à la plus lourde (traitement hospitalier médicalisé intensif). C'est le score maximal (score EVI_{max}) sur ces trois dimensions qui détermine l'indication pour le patient à cette étape de son suivi. Dans les analyses qui suivent, c'est ce score maximal qui est utilisé.

Les autres dimensions de la grille EVI concernent l'environnement des patients, l'occurrence de rechute ou d'usage continu ainsi que la préparation au changement. Elles font également l'objet d'une appréciation (sur une échelle de 1 à 3) lors de la consultation et servent à contextualiser l'indication.

Tableau 16. Dimensions EVI et niveaux d'indication en traitement

Dimensions EVI utilisées pour l'indication (score EVI_{max})	
EVI1	intoxication alcoolique aiguë et/ou syndrome de sevrage
EVI2	conditions et complications médicales
EVI3	conditions et complications émotionnelles, comportementales et cognitives
Niveaux d'indication en traitement pour EVI1-EVI3	
niveau 1	traitement ambulatoire
niveau 2	traitement ambulatoire intensif
niveau 3	traitement résidentiel
niveau 4	traitement hospitalier médicalisé
niveau 5	traitement hospitalier médicalisé intensif
Dimensions de l'environnement du patient	
EVI4	Environnement social: échelle de 1 à 3 (1 est positif)
EVI5	Environnement professionnel: échelle de 1 à 3 (1 est positif)
EVI6	Environnement familial: échelle de 1 à 3 (1 est positif)
Autres dimensions évaluées	
EVI7	Occurrence de rechute ou usage continu d'alcool: échelle de 1 à 3 (1 est positif)
EVI8	Préparation au changement: échelle de 1 à 3 (1 est positif)

Note: le score EVI_{max} déterminant pour l'indication est le maximum du niveau d'indication sur les dimensions EVI1-EVI3.

5.1 L'ÉVOLUTION DES INDICATIONS

L'évolution de l'indication maximale sur les dimensions EVI1 à EVI3 des patients en suivi normal est représentée dans la Figure 6. Elle donne, à chaque étape de suivi pour les patients en suivi normal, la distribution de l'indication EVI maximale, c'est-à-dire le type de prise en charge correspondant à l'état du patient.

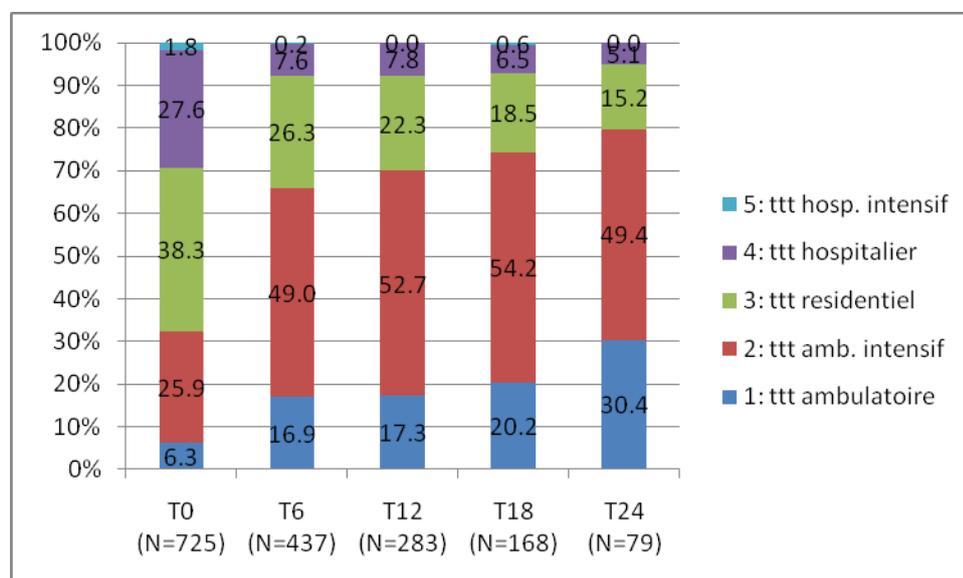
A l'entrée dans le dispositif (T0), les indications de traitement ambulatoire représentent 32.2% du total, les indications de traitement résidentiel représentent 38.3% et les indications de traitement hospitalier 29.4%. A T24, les indications de traitement ambulatoire représentent 79.8% du total, les indications de traitement résidentiel 15.2% et celles de traitement hospitalier 5.1%.

Ce déplacement massif vers des prises en charge ambulatoires, plus légères, comprend plusieurs composantes. On constate tout d'abord une augmentation forte de la proportion de patients avec à T6 une indication de traitement ambulatoire intensif: de 25.9% à T0 à 49.0% à T6. Cette proportion, environ la moitié des indications, reste ensuite constante au cours du suivi, se situant entre 49% et 54%. La proportion d'indications de traitement ambulatoire non intensif augmente, elle, de manière continue au cours du suivi, passant de 6.3% à T0 à 30.4% à T24.

Une deuxième composante est la diminution de la proportion des indications de traitement résidentiel. Cette diminution est continue, mais le plus fort changement se trouve entre T0 (38.3%) et T6 (26.3%).

Enfin, on constate une diminution forte de la proportion d'indications de traitements hospitaliers non intensifs, ici aussi essentiellement entre T0 (27.6%) et T6 (7.6%), suivie ensuite d'une stabilisation de la proportion entre 5 et 8% environ. A un seuil beaucoup plus bas, la proportion d'indications de traitement hospitalier intensif suit le même pattern de baisse entre T0 et T6 suivie d'une stabilisation.

Figure 6. Distribution de l'indication EVI maximale pour les patients en suivi normal



Notes: Indication maximale sur les dimensions EVI1 - EVI3. ttt: traitement. 2 non réponses (0.1% du total) ont été omises du graphique.

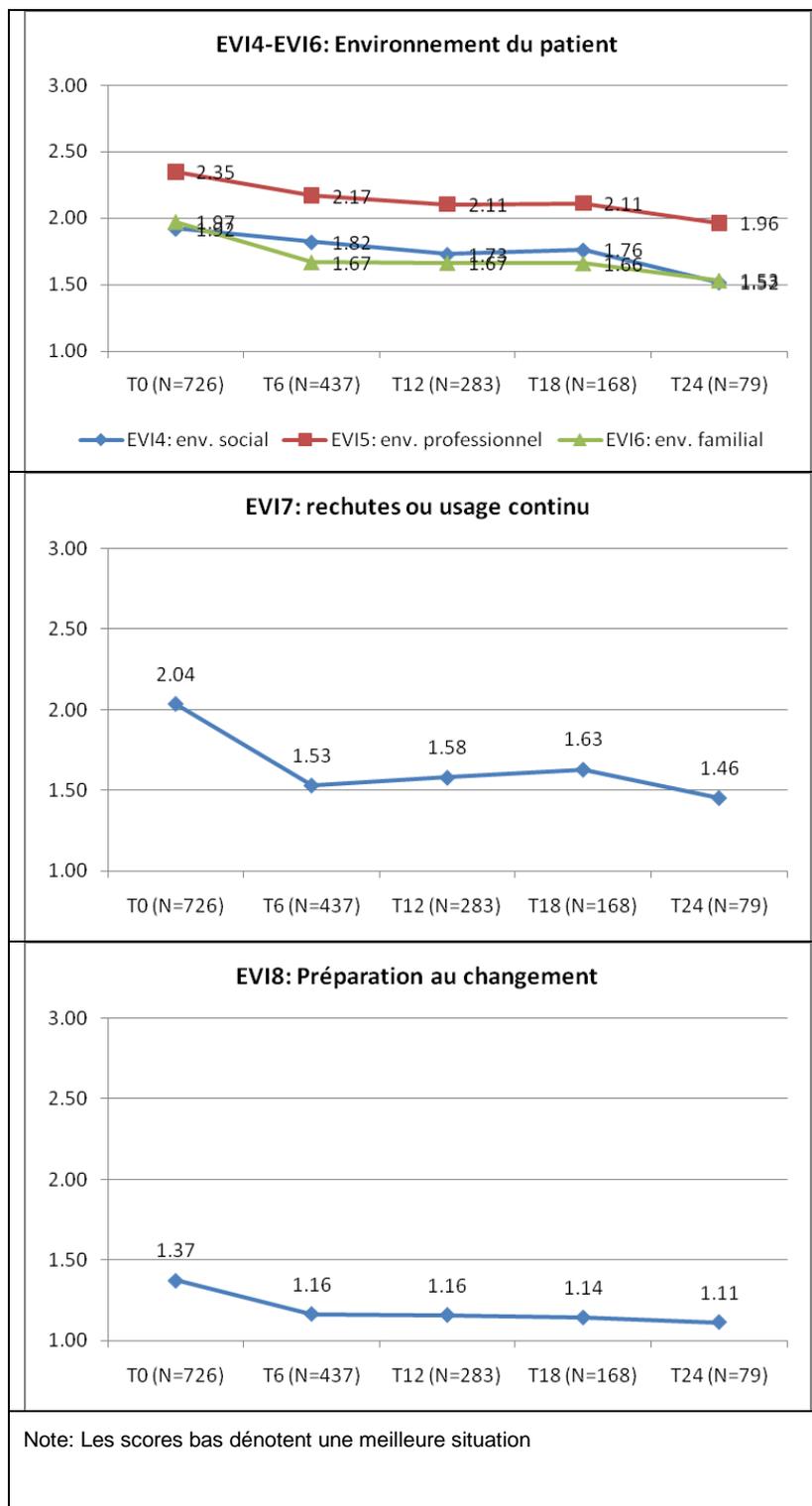
5.2 L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT, DES RECHUTES ET DE LA MOTIVATION

Au cours du suivi, l'environnement des patients en suivi normal connaît une amélioration indiquée par la diminution des scores moyens pour les dimensions d'environnement social, professionnel et familial.

L'amélioration (baisse du score moyen) qui se manifeste pour ce qui concerne les rechutes ou l'usage continu est parallèle à celle relevée plus avant pour l'évolution du nombre de jours d'abus d'alcool: une forte baisse consécutive à l'entrée dans le dispositif entre T0 et T6, suivie d'un plateau par la suite au nouveau niveau.

La motivation des patients, dénotée par le score moyen de préparation au changement, apparaît très bonne dès le départ (score bas) et s'améliore encore dans les étapes subséquentes du suivi.

Figure 7. Evolution des scores moyens EVI4-EVI8 pour les patients en suivi normal, selon l'étape du suivi

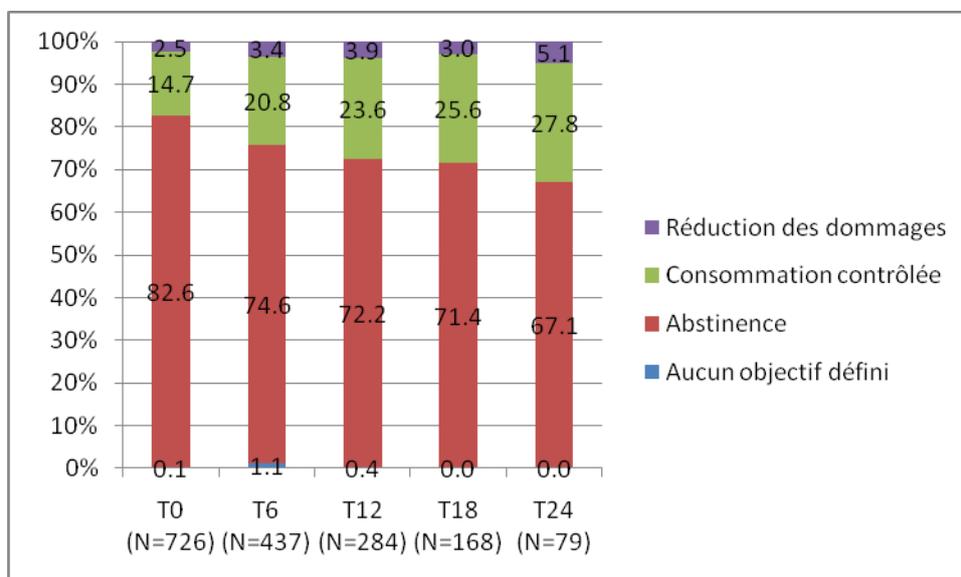


6 LES PRISES EN CHARGE

6.1 LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Un objectif de traitement a été défini lors de pratiquement toutes les consultations au cours du suivi (0.4% de non réponses au total). Si l'abstinence reste l'objectif le plus fréquent tout au long du suivi (Figure 8), sa fréquence diminue sensiblement, passant de 82.6% à T0 à 67.1% à T24, au bénéfice des options moins exigeantes, essentiellement la consommation contrôlée qui passe de 14.7% à T0 à 27.8% à T24; la réduction des dommages passe elle de 2.5% à T0 à 5.1% à T24.

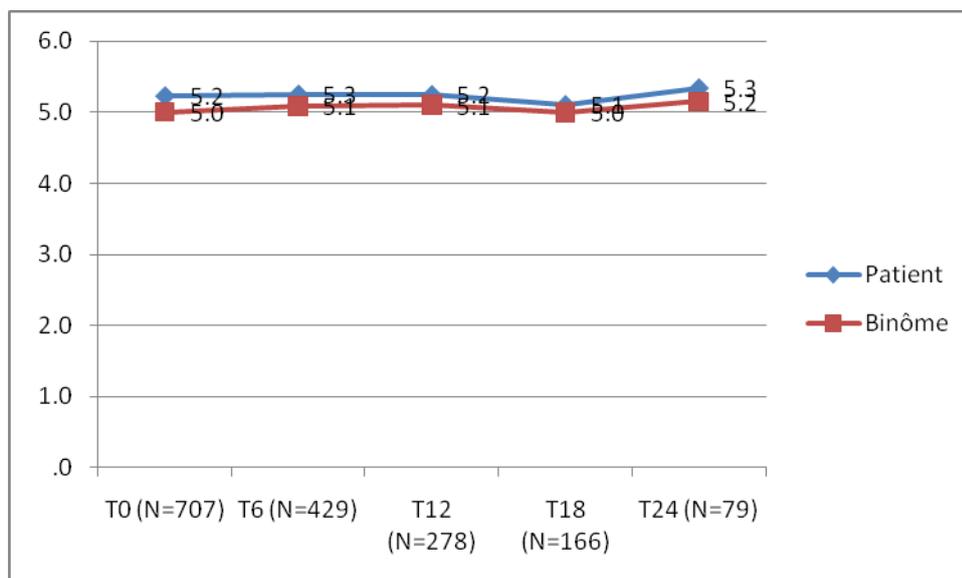
Figure 8. Distribution des objectifs de traitement adoptés lors des consultations des patients en suivi normal



6.2 LA SATISFACTION FACE À LA SOLUTION DÉCIDÉE

Une simple échelle à 7 positions (0: très insatisfait, 6: très satisfait) a été utilisée pour le monitoring de la satisfaction des patients et du binôme. La satisfaction face à la solution décidée en commun, tant des patients que du binôme, est très élevée: plus de 5 sur une échelle de 6 (Figure 9). Cette satisfaction élevée est manifeste dès la première consultation et ne diminue pas au cours du suivi.

Figure 9. Scores de satisfaction des patients en suivi normal et du binôme face à la solution décidée en commun, selon l'étape du suivi



Echelle: 0: très insatisfait, 6: très satisfait.

7 LES INDICATIONS ET LES PRISES EN CHARGE

Ce chapitre est consacré à l'analyse des relations entre les indications et les prises en charge. On peut schématiser ces relations comme un processus à plusieurs étapes, qui prend place à l'intérieur de la consultation (d'une consultation donnée n avec un patient) et qui se poursuit lors de la consultation suivante $n+1$ avec ce patient. Ces étapes, ainsi que la façon dont les données du monitoring ont été utilisées, sont les suivantes:

- **Etape 1 (à la consultation n): établissement de l'indication**
Le binôme établit les scores du patient dans les dimensions de la grille EVI et détermine l'indication sur la base du score EVI_{max} (présenté dans une section précédente). L'information pertinente pour les analyses de ce chapitre est ici ce score EVI_{max}.
- **Etape 2 (à la consultation n): établissement de la proposition de prise en charge**
Sur la base du score EVI_{max}, de son appréciation de l'état du patient et de sa connaissance des offres de suivi disponibles dans le réseau, le binôme établit une ou plusieurs propositions de prise en charge. Au maximum six sont relevées dans le questionnaire de monitoring; c'est la prise en charge proposée la plus lourde qui a été retenue pour les analyses^g.
- **Etape 3 (à la consultation n): décision avec le patient de la prise en charge à retenir**
La ou les proposition(s) de prise en charge est discutée avec le patient; cette discussion aboutit à une décision consensuelle concernant une ou plusieurs prises en charge. Au maximum six sont relevées dans le questionnaire de monitoring; c'est la prise en charge décidée la plus lourde qui a été retenue pour les analyses. Aucune autre information concernant la prise en charge décidée n'est recueillie à cette étape^h.
- **Etape 4 (à la consultation $n+1$): rappel de la prise en charge décidée lors de la consultation précédente**
Au début de la consultation suivante avec le patient (pour autant qu'il ne soit pas perdu de vue), le binôme reporte dans le questionnaire la ou les prises en charge décidées lors de la consultation précédente. Ceci est effectué pour chaque consultation sauf la consultation d'entrée dans le dispositif. Au maximum six prises en charge sont relevées dans le questionnaire de monitoring; c'est la prise en charge décidée antérieurement la plus lourde qui a été retenue pour les analyses.
- **Etape 5 (à la consultation $n+1$): établissement de la situation effective de prise de charge du patient**
Le binôme établit ensuite la situation effective de la ou des prises en charge du patient au moment de cette consultation. Au maximum six sont relevées dans le questionnaire de monitoring; c'est la prise en charge effective la plus lourde qui a été retenue pour les analyses.

Cette spécification des étapes impliquées dans le processus d'indication et de prise en charge permet de préciser trois questions sur lesquelles il est souhaitable de porter un éclairage et qui constituent les thèmes des sections qui suivent:

^g On notera que lors de la complétion des questionnaires de suivi, la mention "aucune prise en charge proposée" est codée si 1) la prise en charge en cours est simplement continuée, ou 2) le binôme prend simplement connaissance de la situation de fait du patient, situation qui peut avoir changé depuis la dernière consultation. Ces consultations avec information incomplète sur la proposition de prise en charge ont été exclues des analyses sur ce sujet.

^h Ainsi, on ignore le genre et la durée des démarches qu'il a fallu accomplir pour mettre en oeuvre la ou les décisions de prise en charge, démarches dont une part - variable - se passe en dehors de et après la consultation.

ⁱ Pour la consultation d'entrée, c'est la situation de suivi antérieure à l'entrée qui est investiguée.

1. l'indication selon le score EVI_{max} résulte-t-elle en une proposition de prise en charge correspondante (étapes 1 et 2)?
2. la prise en charge décidée correspond-elle à la prise en charge proposée (étapes 2 et 3)?
3. lors de la consultation $n+1$, la prise en charge effective à ce moment-là correspond-elle à celle qui avait été décidée lors de la consultation précédente (étapes 4 et 5)?

Comme on le voit, la perspective analytique pertinente ici est basée sur les consultations (et non plus les moments du suivi). Pour cette raison, nous présentons des résultats globaux pour l'ensemble des 1694 consultations de suivi normal pour lesquelles les informations sont disponibles. Les tableaux distinguent entre la zone sanitaire Nord et les autres zones (agrégées), et présentent également la situation pour l'ensemble des consultations retenues.

7.1 SCORE EVI_{MAX} D'INDICATION ET PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

La relation entre le score d'indication EVI_{max} et le type de prise en charge proposée est donnée dans le Tableau 17 pour les 1694 consultations de suivi normal, couvrant l'ensemble de la période, pour lesquelles l'information est disponible.

Tableau 17. Distribution des types de prise en charge proposée, selon le score d'indication EVI_{max} et la zone sanitaire

Score EVI _{max} : indication	Type de la prise en charge proposée									Total	N
	OH hosp.	OH résid.	OH ambul.	Non OH hosp.	Non OH résid.	Non OH ambul.	Cont., aucun	Autres suivis	Interruptions		
Zone Nord											
1:ttt ambul.	0.7	6.7	68.7	1.5	0.0	0.0	17.9	3.0	1.5	100.0	134
2:ttt ambul. intensif	1.7	11.4	71.4	0.7	0.0	0.0	8.3	6.2	0.3	100.0	290
3:ttt résidentiel	2.1	17.8	57.5	3.4	0.0	0.0	6.2	11.6	1.4	100.0	146
4:ttt hosp.	11.6	21.0	44.2	9.4	0.0	0.0	5.8	5.1	2.9	100.0	138
5:ttt hosp. intensif	0.0	40.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	100.0	5
Total	3.5	13.9	62.6	3.1	0.0	0.0	9.1	6.5	1.4	100.0	713
Autres zones											
1:ttt ambul.	0.0	25.8	53.8	1.1	0.0	0.0	12.9	3.2	3.2	100.0	93
2:ttt ambul. intensif	0.5	50.1	35.0	1.3	0.5	0.0	7.7	4.6	0.3	100.0	391
3:ttt résidentiel	3.1	70.5	13.6	2.3	0.6	0.0	3.7	4.2	2.0	100.0	353
4:ttt hosp.	12.9	53.8	12.9	9.1	0.8	0.0	4.5	3.8	2.3	100.0	132
5:ttt hosp. intensif	10.0	70.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	10
Total	3.2	55.9	25.8	2.8	0.5	0.0	6.2	4.2	1.4	100.0	979
Ensemble											
1:ttt ambul.	0.4	14.5	62.6	1.3	0.0	0.0	15.9	3.1	2.2	100.0	227
2:ttt ambul. intensif	1.0	33.6	50.5	1.0	0.3	0.0	7.9	5.3	0.3	100.0	681
3:ttt résidentiel	2.8	55.1	26.5	2.6	0.4	0.0	4.4	6.4	1.8	100.0	499
4:ttt hosp.	12.2	37.0	28.9	9.3	0.4	0.0	5.2	4.4	2.6	100.0	270
5:ttt hosp. intensif	6.7	60.0	20.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	100.0	15
Total	3.3	38.2	41.3	2.9	0.3	0.0	7.4	5.1	1.4	100.0	1692

Base: 1692 consultations de suivi normal (2 consultations sans information sur le score EVI_{max} ont été exclues). OH: institutions spécialisées en traitement alcoolologique. Cont., aucun: continuation de la situation ou aucun suivi proposé (ne sont pas différenciables). Interruptions: évaluations interrompues (inclut 1 consultation avec indication de fin de traitement).

S'agissant de la situation d'ensemble tout d'abord, on constate qu'au total plus de 80% des indications, tous scores EVI_{max} confondus, résultent en une proposition de prise en charge par une institution spécialisée dans le traitement alcoolologique: proposition de prise en charge résidentielle dans 38.2% des cas, ambulatoire 41.3%, hospitalière 3.3% des cas. Les indications de traitement ambulatoire (EVI_{max} = 1) résultent en majorité (62.6%) en une proposition de prise en charge ambulatoire OH, mais aussi en proposition de prise en charge résidentielle OH (14.5%). Pour les indications de traitement ambulatoire intensif (EVI_{max} = 2), ces proportions sont respectivement de 50.5% et 33.6%. Une majorité des indications de traitement résidentiel (EVI_{max} = 3) résultent en une proposition de prise en charge OH résidentielle (55.1%), mais 26.5% d'entre elles résultent en une proposition de prise en charge OH ambulatoire. Seule une minorité des indications de traitement hospitalier (EVI_{max} = 4) et hospitalier intensif (EVI_{max} = 5) résultent en proposition de prise en charge hospitalièreⁱ (spécialisée OH ou non): c'est le cas notamment de 21.5% seulement des 270 indications de traitement hospitalier (EVI_{max} = 4).

La prise en compte de la zone fait apparaître des situations très contrastées. Dans la zone Nord, quelle que soit l'indication, la majorité des propositions concernent des prises en charge OH ambulatoires, à l'exception des indications de traitement hospitalier (EVI_{max} = 4), où il s'agit d'une pluralité, et hospitalier intensif (EVI_{max} = 5), où le nombre d'indications est de 5 seulement.

Dans les autres zones, plus de la moitié des indications de traitement ambulatoire (EVI_{max} = 1) résultent en proposition de prise en charge ambulatoire OH et environ un quart en indication de

ⁱ Ceci paraît surprenant, mais est peut-être lié au fait que les patients entrent dans le dispositif EVITA avec en principe une indication de traitement résidentiel.

traitement résidentiel OH. Pour les indications de traitement ambulatoire intensif (EVI_{max} = 2), ces proportions sont inversées: la moitié des propositions (50.1%) concernent une prise en charge résidentielles OH. Entre 50% et 70% des indications de traitement résidentiel, hospitalier et hospitalier intensif (EVI_{max} 3 à 5) résultent en proposition de prise en charge résidentielle OH.

7.2 PRISE EN CHARGE PROPOSÉE ET PRISE EN CHARGE DÉCIDÉE

Le Tableau 18 donne la distribution des prises en charge résultant de la décision commune du patient et du binôme suite à la prise en charge proposée par ce dernier, pour l'ensemble des 1670 consultations pour lesquelles l'information est disponible (24 consultations interrompues ont été exclues) et par zone sanitaire. Pour 126 propositions (i.e. consultations), notées 'Cont., aucun', l'information disponible ne permet pas de différencier entre une continuation de fait d'un suivi en cours qui ne fait pas l'objet d'une nouvelle proposition et une réelle absence de proposition. On peut cependant penser que la première situation est beaucoup plus fréquente que la seconde.

La caractéristique essentielle qui y apparaît est la très forte adéquation entre la prise en charge proposée par le binôme et celle décidée après discussion avec le patient^k. Dans l'ensemble, entre 67% et 95% des prises en charge proposées résultent en une décision conforme à la proposition. Pour les indications de prise en charge OH résidentielle et ambulatoire, de loin les plus nombreuses, les décisions conformes à la proposition sont, respectivement, de 90.3% et 94.6%. Si l'on tient compte de l'incertitude liée aux propositions notées 'Cont., aucun', ces nombres constituent en fait des planchers. Il n'y a pas de différence notable entre zones sanitaires.

Il existe des limites à l'analyse des motifs pour les différences constatées entre la prise en charge proposée et celle décidée^l. Dans le processus de décision, une ou plusieurs propositions de prise en charge sont faites par le binôme et peuvent être rejetées par le patient, jusqu'à ce qu'une fasse l'objet d'une acceptation consensuelle ou d'un refus. Etant donné que les prises en charges proposées et décidées ont été agrégées en types, il n'est pas possible d'attribuer un motif de différence univoquement à une différence constatée entre les types. Il est cependant possible de compter le nombre total de motifs invoqués pour les différences selon le type de prise en charge proposée. Les motifs pertinents^m sont ici le refus du patient ou des motifs 'Autres' non précisés. Cette information se trouve dans le Tableau 19. Il donne, pour chaque type de prise en charge, le nombre de consultations où une prise en charge de ce type a été proposée, le nombre et le pourcentage de ces consultations où la prise en charge décidée a été différente de celle proposée, et le nombre et pourcentages des refus du patient et des autres motifs.

Un total de 155 différences ont été constatées. Les plus nombreuses concernent les propositions de prise en charge OH résidentielles (63 différences) et OH ambulatoires (38 différences). Pour ces propositions, les motifs de différence sont le refus du patient et d'autres motifs non spécifiés. Les différences attribuables au refus par le patient de la prise en charge proposée sont dans l'ensemble très peu nombreuses:

^k On se rappellera que les prises en charge sont agrégées par type. Il peut donc se faire que dans le processus de décision, une institution particulière soit proposée mais pas retenue. Si elle est remplacée par une autre du même type, qui est acceptée, la consultation sera comptée comme montrant une adéquation entre la proposition et la décision.

^l Ceci concerne donc les situations en dehors des diagonales en gras dans le tableau.

^m Les autres motifs codés dans le questionnaire sont le refus de l'institution et l'absence de résidentiel approprié, tous deux non pertinents ici.

Tableau 18. Distribution des types de prise en charge décidée, selon le le type de la prise en charge proposée et la zone sanitaire

Prise en charge proposée	Prise en charge décidée									Total	N=
	OH hosp.	OH résid.	OH ambul.	Non OH hosp.	Non OH résid.	Non OH ambul.	Cont., aucun	Autres suivis	Pas d'info		
Zone Nord											
OH											
OH hosp.	68.0	0.0	24.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	4.0	100.0	25
OH résid.	0.0	91.9	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	1.0	100.0	99
OH ambul.	0.9	0.4	94.4	0.2	0.0	0.0	1.1	1.8	1.1	100.0	446
Non OH											
Non OH hosp.	0.0	0.0	18.2	68.2	0.0	0.0	0.0	13.6	0.0	100.0	22
Non OH résid.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	89.2	0.0	9.2	100.0	65
Autre suivis	0.0	0.0	4.3	0.0	0.0	2.2	0.0	93.5	0.0	100.0	46
Total	3.0	13.2	62.3	2.3	0.0	0.1	9.0	8.3	1.8	100.0	703
Autres zones											
OH											
OH hosp.	80.6	6.5	12.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	31
OH résid.	0.2	90.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	1.1	100.0	548
OH ambul.	0.0	0.0	94.9	0.0	0.0	0.0	0.4	3.1	1.6	100.0	254
Non OH											
Non OH hosp.	0.0	0.0	22.2	66.7	0.0	0.0	0.0	3.7	7.4	100.0	27
Non OH résid.	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	0.0	0.0	0.0	20.0	100.0	5
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	91.8	1.6	6.6	100.0	61
Autre suivis	0.0	0.0	17.1	2.4	0.0	0.0	0.0	80.5	0.0	100.0	41
Total	2.7	51.2	31.2	2.0	0.4	0.0	6.0	4.8	1.8	100.0	967
Ensemble											
OH											
OH hosp.	75.0	3.6	17.9	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.8	100.0	56
OH résid.	0.2	90.3	7.4	0.0	0.0	0.0	0.2	0.9	1.1	100.0	647
OH ambul.	0.6	0.3	94.6	0.1	0.0	0.0	0.9	2.3	1.3	100.0	700
Non OH											
Non OH hosp.	0.0	0.0	20.4	67.3	0.0	0.0	0.0	8.2	4.1	100.0	49
Non OH résid.	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	0.0	0.0	0.0	20.0	100.0	5
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	90.5	0.8	7.9	100.0	126
Autre suivis	0.0	0.0	10.3	1.1	0.0	1.1	0.0	87.4	0.0	100.0	87
Total	2.8	35.2	44.3	2.1	0.2	0.1	7.2	6.2	1.8	100.0	1670

Base: 1670 consultations de suivi normal où une prise en charge a été proposée (24 consultations interrompues ont été exclues, y compris 1 consultation avec indication de fin de traitement)). En gras, les situations où la prise en charge décidée correspond à la prise en charge proposée. OH: institutions spécialisées en traitement alcoolologique. Cont., aucun: continuation de la situation ou aucun suivi proposé (ne sont pas différenciables).

Tableau 19. Nombre et motifs des différences entre les prises en charge proposées et décidées, selon le type de la prise en charge proposée

Prise en charge proposée	Différences			Motif de la différence			
				Refus du patient		Autres motifs	
	Nombre de propositions	Nombre de différences	% diff.	n	%	n	%
OH							
OH hosp.	56	14	25.0	1	7.1	0	0.0
OH résid.	647	63	9.7	13	20.6	11	17.5
OH ambul.	700	38	5.4	10	26.3	10	26.3
Non OH							
Non OH hosp.	49	16	32.7	0	0.0	0	0.0
Non OH résid.	5	1	20.0	0	0.0	0	0.0
Non OH ambul.	0	-	-	-	-	-	-
Autres							
Cont., aucun	126	12	9.5	0	0.0	0	0.0
Autre suivis	87	11	12.6	0	0.0	2	18.2
Total	1670	155	9.3	24	15.5	23	14.8

Base: 1670 consultations de suivi normal où une prise en charge a été proposée (24 consultations interrompues ont été exclues). % diff.: pourcent de consultation avec une différence entre prise en charge décidée antérieurement et effective. n: nombre de consultations où le motif a été mentionné. %: pourcent de consultations où le motif a été mentionné (base: nombre de différences).

7.3 PRISE EN CHARGE DÉCIDÉE ET PRISE EN CHARGE EFFECTIVE

Trois points sont examinés dans cette section. La première section concerne la représentativité des données utilisées pour évaluer les correspondances entre les prises en charge décidées et effectives. La deuxième section présente et discute cette adéquation et la troisième section analyse les motifs de différences entre les prises en charge proposées et effectives.

Comme mentionné dans l'introduction de ce chapitre, les données concernant la correspondance entre la prise en charge décidée à la consultation n et la prise en charge effective à la consultation $n+1$ sont par force collectées de manière rétrospectiveⁿ au moment de la consultation $n+1$. Les données concernent 968 consultations de suivi normal^o.

Le Tableau 20 donne la correspondance entre les prises en charge décidées et effectives pour les 968 consultations pour lesquelles elle est disponible. Par zone et pour l'ensemble, ce tableau indique pour chaque type de prise en charge décidée antérieurement la distribution de la situation effective au moment de la consultation. Les situations de concordance sont indiquées en gras.

Les différences entre zones sont très faibles, notamment pour les prises en charge OH. Pour l'ensemble des consultations, pour les prises en charge OH décidées antérieurement, on retrouve 82.0% (OH résidentiel) et 84.2% (OH ambulatoire) des patients avec une prise en charge de même type à la consultation suivante. Ces chiffres représentent des planchers, puisque parmi les situations de concordance (68.8% des 80 consultations) codées 'Cont., aucun', une part vraisemblablement importante mais non identifiable concerne en fait des situations de concordance OH résidentiel ou ambulatoire.

ⁿ Pour ce qui concerne la prise en charge décidée.

^o La première consultation de chaque patient ne contient pas d'information rétrospective et est exclue.

Tableau 20. Distribution (%) des types de prise en charge effective au moment de la consultation, selon le type de la prise en charge décidée antérieurement et la zone sanitaire

Prise en charge décidée antérieurement	Prise en charge effective									Total	N=
	OH hosp.	OH résid.	OH ambul.	Non OH hosp.	Non OH résid.	Non OH ambul.	Cont., aucun	Autres suivis	Pas d'info		
Zone Nord											
OH											
OH hosp.	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8
OH résid.	0.0	81.5	3.7	7.4	0.0	0.0	0.0	1.9	5.6	100.0	54
OH ambul.	3.4	0.8	85.2	1.9	0.0	0.0	1.1	1.5	6.1	100.0	264
Non OH											
Non OH hosp.	12.5	0.0	0.0	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	100.0	8
Non OH résid.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	2.4	7.3	4.9	0.0	0.0	65.9	7.3	12.2	100.0	41
Autre suivis	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	90.5	4.8	100.0	21
Pas d'info	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	100.0	3
Total	4.8	12.0	57.6	4.3	0.0	0.0	7.5	7.0	6.8	100.0	399
Autres zones											
OH											
OH hosp.	75.0	12.5	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8
OH résid.	1.0	82.1	5.8	3.6	0.0	0.0	2.3	0.3	4.9	100.0	308
OH ambul.	2.2	1.7	82.6	3.9	0.0	0.0	1.7	3.4	4.5	100.0	178
Non OH											
Non OH hosp.	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	4
Non OH résid.	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	5.1	12.8	0.0	2.6	0.0	71.8	7.7	0.0	100.0	39
Autre suivis	0.0	0.0	16.7	8.3	0.0	0.0	4.2	54.2	16.7	100.0	24
Pas d'info	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	100.0	6
Total	2.3	45.5	31.5	4.4	0.4	0.0	6.9	4.0	5.1	100.0	569
Ensemble											
OH											
OH hosp.	87.5	6.3	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	16
OH résid.	0.8	82.0	5.5	4.1	0.0	0.0	1.9	0.6	5.0	100.0	362
OH ambul.	2.9	1.1	84.2	2.7	0.0	0.0	1.4	2.3	5.4	100.0	442
Non OH											
Non OH hosp.	8.3	0.0	0.0	83.3	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	100.0	12
Non OH résid.	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2
Non OH ambul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autres											
Cont., aucun	0.0	3.8	10.0	2.5	1.3	0.0	68.8	7.5	6.3	100.0	80
Autre suivis	2.2	0.0	8.9	4.4	0.0	0.0	2.2	71.1	11.1	100.0	45
Pas d'info	0.0	11.1	44.4	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	33.3	100.0	9
Total	3.3	31.7	42.3	4.3	0.2	0.0	7.1	5.3	5.8	100.0	968

Base: 968 consultations de suivi normal (étape $n+1$) consécutives à celle où une prise en charge a été décidée. En gras, les situations où la prise en charge effective au moment de la consultation correspond à la prise en charge décidée antérieurement. N=: nombre de consultations.

Le nombre et les motifs des différences sont indiquées dans le Tableau 21. Parmi les 968 consultations pour lesquelles l'information est disponible, la prise en charge effective au moment de la consultation était différente de celle décidée antérieurement au total pour 184 d'entre elles (19.0%). Ces différences trouvent leur origine essentiellement dans les autres motifs non spécifiés (121 mentions) et dans les refus du patient (61 mentions). Les refus de l'institution sont rarement mentionnés (10 mentions) et, pour les prises en charge résidentielles, l'absence de résidentiel approprié n'est jamais mentionné.

S'agissant des prises en charge OH résidentielles et ambulatoires, les plus nombreuses, les motifs mentionnés pour les différences sont le refus du patient et les autres motifs non spécifiés.

Tableau 21. Nombre et motifs des différences entre les prises en charge décidées antérieurement et effectives au moment de la consultation, selon le type de la prise en charge décidée antérieurement

Prise en charge décidée antérieurement	Différences			Motifs des différences							
				Pas de résidentiel approprié		Refus de l'institution		Refus du patient		Autres motifs	
	N	N diff.	% diff.	n	%	n	%	n	%	n	%
OH											
OH hosp.	16	2	12.5			0	0.0	0	0.0	1	50.0
OH résid.	362	65	18.0	0	0.0	10	15.4	20	30.8	37	56.9
OH ambul.	442	70	15.8			0	0.0	33	47.1	38	54.3
Non OH											
Non OH hosp.	12	2	16.7			0	0.0	1	50.0	1	50.0
Non OH résid.	2	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Non OH ambul.	0	0	-			0		0		0	
Autres											
Cont., aucun	80	25	31.3			0	0.0	0	0.0	13	52.0
Autre suivis	45	13	28.9			0	0.0	6	46.2	25	192.3
Info manquante	9	6	66.7			0	0.0	1	16.7	5	83.3
Total	968	184	19.0	0	0.0	10	5.4	61	33.2	121	65.8

Base: 968 consultations de suivi normal (étape $n+1$) consécutives à celle où une prise en charge a été décidée.
N: nombre de consultations (étape $n+1$). N diff.: nombre de consultation avec une différence entre prise en charge décidée antérieurement et effective. % diff.: idem, en %. n: nombre de consultations où le motif a été mentionné.
%: pourcent de consultations où le motif a été mentionné (base: N diff.).

8 CONCLUSIONS

Ce chapitre présente les conclusions les plus pertinentes dans la perspective des questions d'évaluation, auxquelles s'ajoutent quelques remarques concernant des aspects techniques du monitoring.

Adéquation entre les propositions et les prestations

L'appréciation de l'adéquation entre les propositions et les prestations est basée sur l'information fournie par les patients qui participent au dispositif. Les propositions de prise en charge sont basées sur l'évaluation EVI et la connaissance qu'a le binôme de la situation du patient. Dans la très large majorité des cas, 90% ou plus pour les propositions de prise en charge OH résidentielles ou ambulatoires, la prise en charge décidée en commun par le patient et le binôme correspond à celle proposée. Les différences, peu nombreuses, sont rarement dues à un refus du patient.

Lors des consultations subséquentes, une large majorité des patients bénéficient d'un type de prise en charge qui correspond à celui qui avait été décidé à la consultation précédente. C'est le cas notamment de 82% pour les prises en charge OH résidentiel et de 84% pour celles OH ambulatoire.

Cette large adéquation entre les propositions et les prestations est accompagnée d'un fort sentiment de satisfaction avec le processus d'indication, tant chez les patients que chez les binômes. Concomitamment, la consommation d'alcool et des autres substances diminue, surtout au début du processus.

Rétention des patients dans le système

La durée médiane de suivi est de 11 mois (état à février 2010). A chaque étape du suivi, une très faible proportion de patients, stable à 2% ou moins, refusent de participer. La proportion de patients en suivi normal, par rapport à l'effectif initial, est de près de 55% pour les durées de suivi les plus longues (suivi sur 18 et 24 mois).

Les circonstances et raisons du retrait du dispositif des patients perdus de vue n'ont pas été analysées pour eux-mêmes dans la présente évaluation. Une telle étude nécessiterait de recontacter - tâche difficile - ces patients. Parallèlement, ou alternativement, une analyse des caractéristiques sociodémographiques des patients aux différentes étapes de suivi pourrait contribuer à mettre en lumière un éventuel processus de sélection.

Carences de prise en charge

L'analyse des carences de prise en charge, dans la perspective du présent rapport, s'est basée sur les motifs de différences entre, d'une part, la prise en charge proposée et celle décidée, et d'autre part, entre la prise en charge décidée antérieurement et celle effective au moment de la consultation. Dans la première de ces deux situations, concernant prises en charge proposées et décidées, les différences sont peu nombreuses (9% des consultations) et une minorité d'entre elles ont pour motif un refus du patient. Dans la seconde situation, concernant prises en charge décidées antérieurement et effectives, les différences concernent 19% des consultations. Les motifs invoqués renvoient au refus du patient ou à d'autres motifs non spécifiés, mais jamais à l'absence de résidentiel approprié et presque jamais à un refus de l'institution. Du point de vue institutionnel du dispositif EVITA, on ne constate donc pas l'existence de carences de prise en charge.

Aspects techniques du monitoring

En l'état actuel, la gestion des données du monitoring au niveau de la FVA est séparée de la gestion des données des patients, et les analyses sont basées sur des extractions périodiques de ces données. Ce dispositif est lourd et lent. Il serait souhaitable d'intégrer ces bases de données et de transformer et simplifier les analyses (celles du présent rapport) en en faisant un instrument de type 'tableaux de bord' mis à jour très fréquemment et facilement, et produisant des informations au niveau dispositif (EVITA dans son ensemble) et au niveau patient (sous la forme de feuille de patient récapitulant graphiquement la trajectoire du patient).

De l'avis des intervenants, la procédure d'évaluation lors de la consultation est lourde et chronophage. L'existence d'une feuille de patient contribuerait à justifier cet effort et pourrait s'avérer utile également du point de vue de la prise en charge dans la perspective EVITA qui met l'accent sur la motivation et l'établissement de consensus entre patients et soignants.

9 LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1.	Objectifs de l'évaluation et localisation de l'information correspondante dans le présent rapport.....	5
Tableau 2	Informations recueillies par les questionnaires de monitoring EVITA.....	7
Tableau 3.	Participation au monitoring: situation des patients au moment de leur consultation la plus récente.....	9
Tableau 4.	Participation au monitoring: caractéristiques des patients selon la situation au moment de leur consultation la plus récente.....	10
Tableau 5.	Distribution des consultations par type et par trimestre et année.....	10
Tableau 6.	Caractéristiques sociodémographiques des patients à leur entrée dans le monitoring, par année.....	12
Tableau 7.	Insertion sociale à l'entrée dans le monitoring: travail, revenu, logement, contacts avec la famille.....	13
Tableau 8.	Faits marquants (problèmes) des 12 mois précédant l'entrée, secondaires à la consommation d'alcool.....	13
Tableau 9.	Consommation d'alcool durant les 30 jours précédant l'entrée dans le monitoring.....	14
Tableau 10.	Scores moyens AUDIT, ADS et SIP-2R des patients à leur entrée dans le monitoring, par année.....	14
Tableau 11.	Consommations de substances en plus de l'alcool durant les 30 jours précédant l'entrée dans le monitoring.....	15
Tableau 12.	Distribution (%) du type de suivi alcoologique (OH) principal des patients en cours à leur entrée dans le monitoring, par année.....	16
Tableau 13.	Distribution de la durée du monitoring par patient (situation à février 2010).....	18
Tableau 14.	Rétention en traitement (distribution en %) aux étapes du suivi selon la demande initiale: analyse transversale.....	20
Tableau 15.	Rétention en traitement: nombre de patients en suivi normal à chaque étape, selon le nombre d'étapes sur lesquelles ils ont été suivis.....	21
Tableau 16.	Dimensions EVI et niveaux d'indication en traitement.....	25
Tableau 17.	Distribution des types de prise en charge proposée, selon le score d'indication EVI _{max} et la zone sanitaire.....	33
Tableau 18.	Distribution des types de prise en charge décidée, selon le type de la prise en charge proposée et la zone sanitaire.....	35

Tableau 19.	Nombre et motifs des différences entre les prises en charge proposées et décidées, selon le type de la prise en charge proposée.....	36
Tableau 20.	Distribution (%) des types de prise en charge effective au moment de la consultation, selon le type de la prise en charge décidée antérieurement et la zone sanitaire.....	37
Tableau 21.	Nombre et motifs des différences entre les prises en charge décidées antérieurement et effectives au moment de la consultation, selon le type de la prise en charge décidée antérieurement	38
Tableau 22.	Liste des institutions, de leur type de prise en charge et de la zone	43
Tableau 23.	Codage des types de prise en charge.....	45
Figure 1.	Rétention en traitement aux étapes du suivi: analyse transversale	19
Figure 2.	Taux de rétention en suivi normal à chaque étape selon le nombre d'étapes sur lesquelles ces patients ont été suivis, en pourcent de l'effectif initial	21
Figure 3.	Nombres moyens de jours avec abus d'alcool, de consommation hors abus et d'abstinence durant les 30 jours précédant la consultation (patients en suivi normal)	22
Figure 4.	Proportions (%) de patients en suivi normal rapportant la consommation de substances (autres que l'alcool) dans les 30 jours précédant la consultation, selon l'étape du suivi	23
Figure 5.	Insertion sociale des patients en suivi normal, selon l'étape du suivi.....	24
Figure 6.	Distribution de l'indication EVI maximale pour les patients en suivi normal.....	26
Figure 7.	Evolution des scores moyens EVI4-EVI8 pour les patients en suivi normal, selon l'étape du suivi	28
Figure 8.	Distribution des objectifs de traitement adoptés lors des consultations des patients en suivi normal.....	29
Figure 9.	Scores de satisfaction des patients en suivi normal et du binôme face à la solution décidée en commun, selon l'étape du suivi.....	30

10 ANNEXE A

LISTE DES INSTITUTIONS ET CODAGE DES PRISES EN CHARGE

Tableau 22. Liste des institutions, de leur type de prise en charge et de la zone

Code Lieu	Lieu	Code tt	Prise en charge	Region
1	FVA Nord	1	Ambulatoire OH	1:Nord
2	FVA Est	1	Ambulatoire OH	2:Est
3	FVA Centre	1	Ambulatoire OH	3:Centre
4	FVA Ouest	1	Ambulatoire OH	4:Ouest
5	CTA consultation ambulatoire	1	Ambulatoire OH	3:Centre
6	Epi	11	Résidentiel OH	1:Nord
7	Esterelle	11	Résidentiel OH	1:Nord
8	Arcadie	11	Résidentiel OH	2:Est
9	Oliviers	11	Résidentiel OH	3:Centre
10	AA	5	Gr. d'entraide OH	5:Partout, inclassable
11	Croix bleue	5	Gr. d'entraide OH	5:Partout, inclassable
12	USE-CTA	1	Ambulatoire OH	5:Partout, inclassable
13	Tamaris	7	Hosp. psycho-somat. OH	3:Centre
14	Medecin traitant	1	Ambulatoire OH	5:Partout, inclassable
15	Fondation Bartimee	11	Résidentiel OH	1:Nord
16	Prisons	2	Autres	5:Partout, inclassable
17	Domicile	2	Autres	5:Partout, inclassable
18	N hôpital PSY Yverdon Nord	6	Hosp. psy	1:Nord
19	N EHNV - site de St-Loup	8	Hosp. somatique	1:Nord
20	N EHNV - site de la Vallee	8	Hosp. somatique	1:Nord
21	N EHNV - site d'Yverdon	8	Hosp. somatique	1:Nord
22	N centre de soin de Ste-Croix	8	Hosp. somatique	1:Nord
23	N hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	8	Hosp. somatique	1:Nord
24	N hôpital intercantonal de la Broye, Estavayer	8	Hosp. somatique	1:Nord
25	N UPA Yverdon	9	Psy. ambulatoire OH	1:Nord
26	N UPA Payerne	9	Psy. ambulatoire OH	1:Nord
27	N Foyer de la Thiele, Yverdon	11	Résidentiel OH	1:Nord
28	N Foyer du Mujon (APSIP), Yverdon	10	Psy. Résidentiel OH	1:Nord
29	N Maison d'Accueil L'Abbaye, L'Abbaye	2	Autres	1:Nord
30	E hôpital Nant	6	Hosp. psy	2:Est
31	E hôpital Nant UNITE RESID	6	Hosp. psy	2:Est
32	E hôpital Nant URT, La Tour-de-Peilz	6	Hosp. psy	2:Est
33	E Clinique Bon-Port Biotonus, Territet-Veytaux	3	Clinique privée	2:Est
34	E Clinique la Prairie, Clarens	3	Clinique privée	2:Est
35	E hôpital du Chablais, site d'Aigle	8	Hosp. somatique	2:Est

Code Lieu	Lieu	Code ttt	Prise en charge	Region
36	E hôpital du pays d'Enhaut	8	Hosp. somatique	2:Est
37	E hôpital du Chablais, site de Monthey	8	Hosp. somatique	2:Est
38	E hôpital Riviera, site de la Providence	8	Hosp. somatique	2:Est
39	E hôpital Riviera, site de Montreux	8	Hosp. somatique	2:Est
40	E hôpital Riviera, site du Samaritain	8	Hosp. somatique	2:Est
41	E Laclinic Pfulg, Territet-Veytaux	3	Clinique privée	2:Est
42	E Azimut	1	Ambulatoire OH	2:Est
43	E UAS-Fondation Nant	1	Ambulatoire OH	2:Est
44	E Grand-Chene ambulatoire Nant	14	Psy. ambulatoire	2:Est
45	E Hôpital d'Aigle	8	Hosp. somatique	2:Est
46	E Clinique de Mirmont	3	Clinique privée	2:Est
47	E Hôpital de Mottex	8	Hosp. somatique	2:Est
48	Policlinique pschiatrique Aigle Chablais	14	Psy. ambulatoire	2:Est
49	E Clairiere, Chamby	12	Résidentiel tox.	2:Est
50	E Chalet de l'Entraide, Leysin	15	EMS psy Résidentiel	2:Est
51	C hôpital CHUV Cery	6	Hosp. psy	3:Centre
52	C SUPAA, Prilly	14	Psy. ambulatoire	3:Centre
53	C CHUV, Lausanne (sauf CTA)	8	Hosp. somatique	3:Centre
54	C Clinique Bois-Cerf, Lausanne	3	Clinique privée	3:Centre
55	C Clinique Cecil, Lausanne	3	Clinique privée	3:Centre
56	C Clinique de la Source, Lausanne	3	Clinique privée	3:Centre
57	C Clinique de Montchoisi, Lausanne	3	Clinique privée	3:Centre
58	C Clinique de la Metairie, Nyon	4	Clinique privée spécialisée OH	4:Ouest
59	C Clinique de Longeraie, lausanne	8	Hosp. somatique	3:Centre
60	C hôpital de l'enfance, Lausanne	8	Hosp. somatique	3:Centre
61	C hôpital ophtalmique, Lausanne	8	Hosp. somatique	3:Centre
62	C hôpital orthopédique, Lausanne	8	Hosp. somatique	3:Centre
63	C Le Levant, Lausanne	12	Résidentiel tox.	3:Centre
64	C Armée du Salut: La Résidence, Lausanne	11	Résidentiel OH	3:Centre
65	C Armée du Salut: Foyer Féminin, Lausanne	11	Résidentiel OH	3:Centre
66	C Foyer des Lys, Lausanne	11	Résidentiel OH	3:Centre
67	C La Maison de Rovereaz, Lausanne	11	Résidentiel OH	3:Centre
68	W hôpital Gimel Ouest	17	Hôpital psychogériatrique	3:Centre
69	W hôpital Prangins Ouest	6	Hosp. psy	4:Ouest
70	W Clinique de Genolier	3	Clinique privée	4:Ouest
71	W Clinique de la Lignière, Gland	3	Clinique privée	4:Ouest
72	W Clinique de la Metairie	16	Clinique privée spécialisée	4:Ouest
73	W EHC - hôpital de Morges	8	Hosp. somatique	4:Ouest
74	W GHOL - hôpital de Nyon	8	Hosp. somatique	4:Ouest
75	W Relais, Morges	12	Résidentiel tox.	4:Ouest
76	E PPEV Clarens	14	Psy. ambulatoire	2:Est
77	Hors canton	2	Autres	5:Partout, inclassable
99	Autres	2	Autres	5:Partout, inclassable
78	Téléphone	2	Autres	5:Partout, inclassable
79	Médecin psychiatre	2	Autres	5:Partout, inclassable

Code Lieu	Lieu	Code tt	Prise en charge	Region
80	Psychologue	2	Autres	5:Partout, inclassable
81	Oliviers ambulatoire	1	Ambulatoire OH	3:Centre
82	Arcadie ambulatoire	1	Ambulatoire OH	2:Est
83	Estérelle ambulatoire	1	Ambulatoire OH	1:Nord
84	Licorne	2	Autre	1:Nord

Tableau 23. Codage des types de prise en charge

Code	Type de prise en charge	Code tt	Prise en charge
1	1:OH:Hospitalier	7	7:Hosp. psycho-somat. OH
2	2:non OH:Hospitalier	6	6:Hosp. psy
		8	8:Hosp. somatique
3	3:OH: Résidentiel	10	10:Psy. résidentiel OH'
		11	11:Residentiel OH
4	4:non OH: Résidentiel	12	12:Résidentiel tox.
		15	15:EMS psy résidentiel
5	5:OH:Ambulatoire	1	1:Ambulatoire OH
		9	9:Psy. ambulatoire OH
6	6:non OH:Ambulatoire	14	14:Psy. ambulatoire
7	7:Autres	2	2:Autres
		3	3:Clinique privée
		4	4:Clinique privée spécialisée OH
		5	5:Gr. d'entraide OH
		13	13:Somatique résidentiel OH
		16	16:Clinique privée spécialisée
		17	17:Hôpital psychogériatrique

11 ANNEXE B
MONITORING EVITA - QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE ET ÉTAT
INITIAL

Monitoring EVITA - QUESTIONNAIRE ENTREE ET ETAT INITIAL

Les instructions se trouvent en page 4 et 5

Consultation : Entrée et état initial	A1. Date (j/m/a) ____ / ____ / ____
A2a. Nom patient: _____	
A2b. Prénom: _____	A3. Initiales binôme: ____ / ____
A4. Lieu de consultation: _____	
A4a. Si autre: Lequel ? _____	
A0. Participation: _____	
A0a. Si autre: Préciser: _____	

Codes du lieu de consultation: voir liste page 4.

Codes de participation: 1: normal, 2: Refus de poursuivre le traitement et le monitoring, 3: Refus de participer au monitoring (en cours ou au début), 4: Refus momentané de répondre à ce questionnaire, 5: Perdu de vue, 6: Incapacité de répondre, 7: Décès, 8: Autre.

A. ENTREE DANS LE DISPOSITIF

Caractéristiques du patient

A5. Sexe	<input type="checkbox"/> ₁ homme	<input type="checkbox"/> ₂ femme
A6. Date de naissance	____ / ____ / 19____ (0 si inconnu)	
A7. Nationalité	<input type="checkbox"/> ₁ suisse	<input type="checkbox"/> ₂ étranger <input type="checkbox"/> ₉ nsp
A8. Etat civil	<input type="checkbox"/> ₁ célibataire	<input type="checkbox"/> ₂ marié/pacs <input type="checkbox"/> ₃ séparé/divorcé <input type="checkbox"/> ₄ veuf <input type="checkbox"/> ₉ nsp
A9. Situation relationnelle	<input type="checkbox"/> ₁ vit seul	<input type="checkbox"/> ₂ vit en couple sans enfant <input type="checkbox"/> ₃ vit en famille avec enfant(s) <input type="checkbox"/> ₉ nsp
A10. Nombre d'enfants financièrement à charge :	_____ (99 si inconnu)	
A11. Plus haute école ou formation suivie	<input type="checkbox"/> ₁ scolarité obligatoire	<input type="checkbox"/> ₂ apprentissage ou école professionnelle <input type="checkbox"/> ₃ école technique ou gymnase <input type="checkbox"/> ₄ université, poly ou HES <input type="checkbox"/> ₉ nsp

Suivi alcoologique en cours à l'entrée dans le dispositif

(Indiquer toutes les institutions concernées, maximum 5. Voir liste p. 4)

		Début du suivi (mm/aa)
Institution 1	A12a	_____ / _____
Institution 2	A12b	_____ / _____
Institution 3	A12c	_____ / _____
Institution 4	A12d	_____ / _____
Institution 5	A12e	_____ / _____
Aucun suivi à l'entrée	A12f	<input type="checkbox"/>

A13. Commentaires sur suivi en cours à l'entrée : _____

Faits marquants des 12 mois précédant l'entrée (secondaires à la consommation d'alcool)

	oui	non	nsp
A14a. Problèmes familiaux (violences, divorce)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14b. Problèmes de santé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14c. Problèmes professionnels (licenciement, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14d. Dettes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14e. Retrait de permis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14f. Autres problèmes judiciaires ou avec la police	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14f1. <i>Si autres: Préciser:</i> _____			
A14g. Autres événements significatifs tels que deuil, déménagement, migration	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
A14g1. <i>Si autres: Préciser :</i> _____			

Scores (99 si manquant)

AUDIT: _____ /40	ADS: _____ /47	SIP-2R: _____ /45
------------------	----------------	-------------------

B. ETAT INITIAL

Consommation d'alcool durant les 30 derniers jours (99 si inconnu)

B1. Nombre de jours avec consommation	_____
B2. Nombre de jours avec abus de consommation (plus de 5 boissons)	_____
B3. Nombre de jours avec abstinence	_____

Autres consommations des 30 derniers jours

	oui	non	nsp
B4. Héroïne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B5. Cocaïne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B6a. Benzodiazépines prescrites	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B6b. Benzodiazépines non prescrites	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B7. Cannabis / Marijuana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

Insertion sociale

B8. Travail	<input type="checkbox"/> ₁ régulier	<input type="checkbox"/> ₂ occasionnel	<input type="checkbox"/> ₃ sans	<input type="checkbox"/> ₉ nsp	
B9. Logement	<input type="checkbox"/> ₁ fixe privé	<input type="checkbox"/> ₂ pas fixe	<input type="checkbox"/> ₃ en institution	<input type="checkbox"/> ₉ nsp	
B10. Contacts avec la famille	<input type="checkbox"/> ₁ bons	<input type="checkbox"/> ₂ moyens	<input type="checkbox"/> ₃ mauvais	<input type="checkbox"/> ₄ non concerné	<input type="checkbox"/> ₉ nsp

Autres sources de revenu

	oui	non	nsp
B11. AI	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B12. AVS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B13. Revenu d'insertion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B14. Autre(s) rente(s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

Grille EVI		Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Niveau V
<i>Entourer le niveau pour chacun des critères</i>		Traitement ambulatoire	Traitement ambulatoire intensif	Traitement résidentiel	Traitement hospitalier médicalisé	Traitement hospitalier médicalisé intensif
BEV11:	Intoxication alcoolique aiguë et/ou syndrome de sevrage	1	2	3	4	5
BEV12:	Conditions et complications médicales	1	2	3	4	5
BEV13:	Conditions et complications émotionnelles, comportementales et cognitives	1	2	3	4	5
BEV14:	Environnement social	1	2	3		
BEV15:	Environnement professionnel	1	2	3		
BEV16:	Environnement familial	1	2	3		
BEV17:	Rechute, usage continu.....	1	2	3		
BEV18:	Préparation au changement.....	1	2	3		

Objectif défini (*un seul choix possible*)

1. Abstinence..... ₁
2. Consommation contrôlée
3. Réduction dommages..... ₁

Prise en charge (lieu de traitement) proposée et décidée (<i>indiquer le code de toutes les prises en charge proposées et décidées. Indiquer le motif de différence au niveau de la ligne 'Proposée'</i>)	Lieux proposés	Lieux décidés	Motifs si différences
Prise en charge 1.....	_____	_____	_____
Prise en charge 2.....	_____	_____	_____
Prise en charge 3.....	_____	_____	_____
Prise en charge 4.....	_____	_____	_____
Prise en charge 5.....	_____	_____	_____
Prise en charge 6.....	_____	_____	_____
Aucune	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	

Codes Lieux de la prise en charges : voir liste page 4 et 5

Codes Motifs: 1. Pas de résidentiel approprié, 2. Refus du patient, 3. Refus de l'institution, 4. Autres.

B16. Commentaire sur la prise en charge:

Satisfaction face à la solution décidée : (*Echelle: 0 = très insatisfait, 6 = très satisfait*)

B17a. Patient	0	1	2	3	4	5	6
B17b. Binôme	0	1	2	3	4	5	6

B18. Commentaire général :**INSTRUCTIONS**

Ce questionnaire doit être rempli après la consultation par le binôme qui l'a effectuée puis retourné à l'adresse indiquée.

Consultation: indiquer la date dans tous les cas. **Commentaires:** à n'insérer que si absolument nécessaire

Suivi alcoolologique en cours à l'entrée dans le dispositif: noter seulement le(s) suivi(s) effectivement en cours au moment de la consultation, pas les suivis terminés.

Abbreviations. nsp: ne sait pas, sans indication, non réponse. jj/mm/aa: jours/mois/année.

Tableau 1. Liste des lieux et institutions avec leurs codes et le type de traitement ou prise en charge (état au 20.02.2008)

Lieu	Code	Traitement	Lieu	Code	Traitement
FVA Nord	1	Ambulatoire OH	E hôpital Riviera, site du Samaritain	40	Hosp. somatique
FVA Est	2	Ambulatoire OH	E Laclinic Pfulg, Territet-Veytaux	41	Clinique privée
FVA Centre	3	Ambulatoire OH	E Azimut	42	Ambulatoire OH
FVA Ouest	4	Ambulatoire OH	E UAS-Fondation Nant	43	Ambulatoire OH
CTA consultation ambulatoire	5	Ambulatoire OH	E Grand-Chêne ambulatoire Nant	44	Psy. ambulatoire
Epi	6	Résidentiel OH	E Hôpital d'Aigle	45	Hosp. somatique
Estérelle	7	Résidentiel OH	E Clinique de Mirmont	46	Clinique privée
Arcadie	8	Résidentiel OH	E Hôpital de Mottex	47	Hosp. somatique
Oliviers	9	Résidentiel OH	Policlinique psychiatrique Aigle Chablais	48	Ambulatoire
AA	10	Gr. d'entraide OH	E Clairière, Chamby	49	Résidentiel tox.
Croix bleue	11	Gr. d'entraide OH	E Chalet de l'Entraide, Leysin	50	EMS psy résidentiel
USE-CTA	12	Ambulatoire OH	C hôpital CHUV Cery	51	Hosp. psy.
Tamaris	13	Hosp. psycho-somat. OH	C SUPAA, Prilly	52	Ambulatoire
Médecin traitant	14	Ambulatoire OH	C CHUV, Lausanne (sauf CTA)	53	Hosp. somatique
Fondation Bartimée	15	Résidentiel OH	C Clinique Bois-Cerf, Lausanne	54	Clinique privée
Prisons	16	Autres	C Clinique Cécil, Lausanne	55	Clinique privée
Domicile	17	Autres	C Clinique de la Source, Lausanne	56	Clinique privée
N hôpital PSY Yverdon Nord	18	Hosp. psychiatrique	C Clinique de Montchoisi, Lausanne	57	Clinique privée
N EHNV - site de St-Loup	19	Hosp. somatique	C Clinique de la Métairie, Nyon	58	Clinique privée spécialisée
N EHNV - site de la Vallée	20	Hosp. somatique	C Clinique de Longeraie, lausanne	59	Hosp. somatique
N EHNV - site d'Yverdon	21	Hosp. somatique	C hôpital de l'enfance, Lausanne	60	Hosp. somatique
N centre de soin de Ste-Croix	22	Hosp. somatique	C hôpital ophtalmique, Lausanne	61	Hosp. somatique
N hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	23	Hosp. somatique	C hôpital orthopédique, Lausanne	62	Hosp. somatique
N hôpital intercantonal de la Broye, Estavayer	24	Hosp. somatique	C Le Levant, Lausanne	63	Résidentiel tox.
N UPA Yverdon	25	Psy. ambulatoire OH	C Armée du Salut: La Résidence, Lausanne	64	Résidentiel
N UPA Payerne	26	Psy. ambulatoire OH	C Armée du Salut: Foyer Féminin, Lausanne	65	Résidentiel

12 ANNEXE C
MONITORING EVITA - QUESTIONNAIRE DE SUIVI OU
INTERCURRENT

Monitoring EVITA - QUESTIONNAIRE DE SUIVI OU INTERCURRENT

Les instructions se trouvent en page 4 et 5

Consultation : Suivi 6 12 18 24 mois / intercurrent	A1. Date (j/m/a) ____ / ____ / ____
A2a. Nom patient: _____	
A2b. Prénom: _____	
A6. Date de naissance ____ / ____ / 19 ____ (0 si inconnu)	A3. Initiales binôme: ____ / ____
A4. Lieu de consultation :..... _____	
A4a. Si autre : Lequel ? _____	
A0. Participation : _____	
A0a : Si autre : Préciser _____	

Code du lieu de consultation : voir liste pages 4 et 5.

Code de participation : 1 : normal, 2 : Refus de poursuivre le traitement et le monitoring, 3 : Refus de participer au monitoring (en cours ou au début), 4 : Refus momentané de répondre à ce questionnaire, 5 : Perdu de vue, 6 : Incapacité de répondre, 7 : Décès, 8 : Autre.

ETAT AU SUIVI OU INTERCURRENT

Prise en charge (PC) décidée lors de l'évaluation précédente et effective <i>(indiquer le code de toutes les prises en charge proposées et décidées. Indiquer le motif de différence au niveau de la ligne « décidée »)</i>	Décidées	Effectives	16e. Motifs si différences
Prise en charge 1.....	_____	_____	_____
Prise en charge 2.....	_____	_____	_____
Prise en charge 3.....	_____	_____	_____
Prise en charge 4.....	_____	_____	_____
Prise en charge 5.....	_____	_____	_____
Prise en charge 6.....	_____	_____	_____
15. Aucune	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	_____

Codes : Lieux de prise en charge voir liste pages 4-5.

Codes: Motifs: 1. Pas de résidentiel approprié, 2. Refus du patient. 3. Refus de l'institution. 4. Autres..

B16. Commentaire sur la prise en charge:

Consommation d'alcool durant les 30 derniers jours (99 si inconnu)

1. Nombre de jours avec consommation	_____
2. Nombre de jours avec abus de consommation (plus de 5 boissons)	_____
3. Nombre de jours avec abstinence	_____

Autres consommations des 30 derniers jours

	oui	non	nsp
B4. Héroïne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B5. Cocaïne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B6a. Benzodiazépines prescrites	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B6b. Benzodiazépines non prescrites	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
B7. Cannabis / Marijuana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

Insertion sociale

8. Travail	<input type="checkbox"/> ₁ régulier	<input type="checkbox"/> ₂ occasionnel	<input type="checkbox"/> ₃ sans	<input type="checkbox"/> ₉ nsp	
9. Logement	<input type="checkbox"/> ₁ fixe privé	<input type="checkbox"/> ₂ pas fixe	<input type="checkbox"/> ₃ en institution	<input type="checkbox"/> ₉ nsp	
10. Contacts avec la famille	<input type="checkbox"/> ₁ bons	<input type="checkbox"/> ₂ moyens	<input type="checkbox"/> ₃ mauvais	<input type="checkbox"/> ₄ non concerné	<input type="checkbox"/> ₉ nsp

Autres sources de revenu

	oui	non	nsp
11. AI	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
12. AVS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
13. Revenu d'insertion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
14. Autre(s) rente(s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

Grille EVI		Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Niveau V
<i>Entourer le niveau pour chacun des critères</i>						
		Traitement ambulatoire	Traitement ambulatoire intensif	Traitement résidentiel	Traitement hospitalier médicalisé	Traitement hospitalier médicalisé intensif
EVI1:	Intoxication alcoolique aiguë et/ou syndrome de sevrage	1	2	3	4	5
EVI2:	Conditions et complications médicales	1	2	3	4	5
EVI3:	Conditions et complications émotionnelles, comportementales et cognitives	1	2	3	4	5
EVI4:	Environnement social	1	2	3		
EVI5:	Environnement professionnel	1	2	3		
EVI6:	Environnement familial	1	2	3		
EVI7:	Rechute, usage continu.....	1	2	3		
EVI8:	Préparation au changement	1	2	3		

Objectif défini (un seul choix possible)			
1. Abstinence.....	<input type="checkbox"/>	1	
2. Consommation contrôlée	<input type="checkbox"/>	1	
3. Réduction dommages.....	<input type="checkbox"/>	1	
Prise en charge (lieu de traitement) proposée et décidée (indiquer le code de toutes les prises en charge proposées et décidées, indiquer le motif de différence au niveau de la ligne « proposée »)	Proposées	Décidées	16e. Motifs si différences
Prise en charge 1	_____	_____	_____
Prise en charge 2	_____	_____	_____
Prise en charge 3	_____	_____	_____
Prise en charge 4	_____	_____	_____
Prise en charge 5	_____	_____	_____
Prise en charge 6	_____	_____	_____
15. Aucune	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Codes : Lieux de la prise en charge, voir liste pages 4 et 5.

Codes: Motifs: 1. Pas de résidentiel approprié, 2. Refus du patient. 3. Refus de l'institution. 4. Autres.

16. Commentaire sur la prise en charge:

Satisfaction face à la solution décidée:

17a. Patient	0	1	2	3	4	5	6
17b. Binôme	0	1	2	3	4	5	6

Echelle: 0 = très insatisfait, 6 = très satisfait

18. Commentaire général :

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire doit être rempli après la consultation par le binôme qui l'a effectuée puis retourné à l'adresse indiquée.

Consultation: Indiquer la date dans tous les cas. **Commentaires:** à n'insérer que si absolument nécessaire.

Suivi alcoologique en cours à l'entrée dans le dispositif: Noter seulement le(s) suivi(s) effectivement en cours au moment de la consultation, pas les suivis terminés.

Abbreviations. nsp: ne sait pas, sans indication, non réponse. jj/mm/aa: jours/mois/année.

Tableau 1. Liste des lieux et institutions avec leurs codes et le type de traitement ou prise en charge (état au 20.02.2008)

Lieu	Code	Traitement	Lieu	Code	Traitement
FVA Nord	1	Ambulatoire OH	E hôpital Riviera, site du Samaritain	40	Hosp. somatique
FVA Est	2	Ambulatoire OH	E Laclinic Pfulg, Territet-Veytaux	41	Clinique privée
FVA Centre	3	Ambulatoire OH	E Azimut	42	Ambulatoire OH
FVA Ouest	4	Ambulatoire OH	E UAS-Fondation Nant	43	Ambulatoire OH
CTA consultation ambulatoire	5	Ambulatoire OH	E Grand-Chêne ambulatoire Nant	44	Psy. ambulatoire
Epi	6	Résidentiel OH	E Hôpital d'Aigle	45	Hosp. somatique
Estérelle	7	Résidentiel OH	E Clinique de Mirmont	46	Clinique privée
Arcadie	8	Résidentiel OH	E Hôpital de Mottex	47	Hosp. somatique
Oliviers	9	Résidentiel OH	Policlinique psychiatrique Aigle Chablais	48	Ambulatoire
AA	10	Gr. d'entraide OH	E Clairière, Chamby	49	Résidentiel tox.
Croix bleue	11	Gr. d'entraide OH	E Chalet de l'Entraide, Leysin	50	EMS psy résidentiel
USE-CTA	12	Ambulatoire OH	C hôpital CHUV Cery	51	Hosp. psy.
Tamaris	13	Hosp. psycho-somat. OH	C SUPAA, Prilly	52	Ambulatoire
Médecin traitant	14	Ambulatoire OH	C CHUV, Lausanne (sauf CTA)	53	Hosp. somatique
Fondation Bartimée	15	Résidentiel OH	C Clinique Bois-Cerf, Lausanne	54	Clinique privée
Prisons	16	Autres	C Clinique Cécil, Lausanne	55	Clinique privée
Domicile	17	Autres	C Clinique de la Source, Lausanne	56	Clinique privée
N hôpital PSY Yverdon Nord	18	Hosp. psychiatrique	C Clinique de Montchoisi, Lausanne	57	Clinique privée
N EHNV - site de St-Loup	19	Hosp. somatique	C Clinique de la Métairie, Nyon	58	Clinique privée spécialisée
N EHNV - site de la Vallée	20	Hosp. somatique	C Clinique de Longeraie, lausanne	59	Hosp. somatique
N EHNV - site d'Yverdon	21	Hosp. somatique	C hôpital de l'enfance, Lausanne	60	Hosp. somatique
N centre de soin de Ste-Croix	22	Hosp. somatique	C hôpital ophtalmique, Lausanne	61	Hosp. somatique
N hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	23	Hosp. somatique	C hôpital orthopédique, Lausanne	62	Hosp. somatique
N hôpital intercantonal de la Broye, Estavayer	24	Hosp. somatique	C Le Levant, Lausanne	63	Résidentiel tox.
N UPA Yverdon	25	Psy. ambulatoire OH	C Armée du Salut: La Résidence, Lausanne	64	Résidentiel
N UPA Payerne	26	Psy. ambulatoire OH	C Armée du Salut: Foyer Féminin, Lausanne	65	Résidentiel
N Foyer de la Thièle, Yverdon	27	Résidentiel OH	C Foyer des Lys, Lausanne	66	Résidentiel
N Foyer du Mujon (APSIP), Yverdon	28	Psy. résidentiel OH	C La Maison de Rovéréaz, Lausanne	67	Résidentiel
N Maison d'Accueil L'Abbaye, L'Abbaye	29	Autres	W hôpital Gimel Ouest	68	Somatique résidentiel
E hôpital Nant	30	Hosp. psy	W hôpital Prangins Ouest	69	Psy. résidentiel

Lieu	Code	Traitement	Lieu	Code	Traitement
E hôpital Nant UNITE RESID	31	Hosp. psy	W Clinique de Genolier	70	Clinique privée
E hôpital Nant URT, La Tour-de-Peilz	32	Hosp. psy	W Clinique de la Lignière, Gland	71	Clinique privée
E Clinique Bon-Port Bionus, Territet-Veytaux	33	Clinique privée	W Clinique de la Métairie	72	Clinique privée spécialisée
E Clinique la Prairie, Clarens	34	Clinique privée	W EHC - hôpital de Morges	73	Hosp. somatique
E hôpital du Chablais, site d'Aigle	35	Hosp. somatique	W GHOL - hôpital de Nyon	74	Hosp. somatique
E hôpital du pays d'Enhaut	36	Hosp. somatique	W Relais, Morges	75	Résidentiel tox.
E hôpital du Chablais, site d'e Monthey	37	Hosp. somatique	E PPEV Clarens	76	Psy. ambulatoire
E hôpital Riviera, site de la Providence	38	Hosp. somatique	Hors canton	77	Autres
E hôpital Riviera, site de Montreux	39	Hosp. somatique	Téléphone	78	Autres
			Autres	99	Autres

Pour Contact : Mme Nicole Tappy Mori, FVA Lausanne. 021 648 78 21