

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

TOXICOMANIE DANS LE CANTON DE VAUD : PERIODE D'EVALUATION 2002-2004

Cahier 2

*Thérèse Huissoud, Sanda Samitca,
Hugues Balthasar, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996.

Citation suggérée Huissoud T, Samitca S, Balthasar H, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud : quatrième période d'évaluation 2002-2004 (Cahier 2). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (Raisons de Santé, 113).

Groupe de pilotage Monsieur P.Y. Bassin
Madame L. Chinet
Madame N. Christinet
Monsieur le Dr P. Forel
Madame le Dr I. Gothuey
Monsieur le Dr D. Laufer
Monsieur F. Perrinjaquet
Monsieur J.Cl. Pittet
Monsieur E. Toriel (Président)

Remerciements À toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Fichier rds 113.doc

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	4
1 Introduction	5
1.1 Bilan des trois premières périodes de l'évaluation	5
1.2 Période IV : objectifs et methode	6
2 Les centres de traitement ambulatoire	9
2.1 Méthodes d'évaluation	9
2.2 Centre St-Martin (CSM) : Centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour toxicomanes à Lausanne	10
2.3 Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) : (Chablais, Pays-d'Enhaut, Riviera, Lavaux)	22
2.4 Synthèse des centre de traitement ambulatoire	31
3 Centres de traitement résidentiel	34
3.1 Méthodes d'évaluation	34
3.2 Fondation du Levant à Lausanne	35
3.3 Fondation Bartimée à Grandson	44
3.4 Le Foyer-Relais à Morges	54
3.5 Synthèse Résidentiel	62
3.6 Unité de sevrage : la Calypso	63
3.7 Les consommateurs de drogue dans le système carcéral vaudois	67
4 Les centres d'accueil	72
4.1 Méthode	72
4.2 Entrée de secours	73
4.3 Zone bleue (Yverdon)	85
4.4 Travail éducatif de proximité de la Riviera (ACT)	94
4.5 Le Passage	103
4.6 Le Parachute	112
4.7 Synthèse	121
Bibliographie	123
5 Annexes au chapitre 3	124

PRÉAMBULE

Depuis 1996, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** dans le domaine de l'action cantonale contre la toxicomanie, qui se décompose en **trois tâches principales** :

1. Suivre les structures d'accueil et de traitement soutenues par le Conseil d'Etat en utilisant **diverses approches d'évaluation**.
2. Examiner l'atteinte d'**objectifs généraux** retenus par le Conseil d'Etat et les questions d'évaluation qui en découlent, de façon à avoir une vue d'ensemble des problèmes liés à la toxicomanie et guider les intervenants, ainsi que la Commission de prévention et de lutte contre la toxicomanie dans leurs réflexions et leurs actions.
3. Suivre **l'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton.

Le suivi de ce travail est assuré par un groupe de pilotage émanant de la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie, ainsi que d'autres experts. Les différentes questions d'évaluation sont débattues au sein de ce groupe et différents problèmes rencontrés au cours de l'évaluation peuvent ainsi être réglés. Toutefois, l'entière responsabilité du contenu des différents rapports (analyses, conclusions, recommandations) incombe à l'IUMSP.

Pour faciliter l'accès aux résultats principaux sans perdre les informations détaillées pour chacune des structures, les résultats des travaux réalisés durant la période d'évaluation 2002 - 2004 font l'objet de **deux cahiers** distincts :

- **Le premier cahier** commence par un résumé qui présente les conclusions relatives à l'atteinte des objectifs généraux et énonce une série de recommandations générales. Il reprend ensuite l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton puis, de manière synthétique, les données issues du suivi des différentes structures. Deux chapitres traitent de questionnements particuliers : le rôle des pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes, ainsi que la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif.
- **Le présent cahier** présente de manière détaillée les données pour chacune des structures suivies. Ce deuxième cahier est disponible uniquement sous format pdf^a.

^a Pour télécharger cf. www.iumsp.ch.

1 INTRODUCTION

Le Conseil d'Etat a décidé en 1996 de soutenir un ensemble de projets visant à renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge de la toxicomanie dans le canton de Vaud ; parallèlement l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandatée pour évaluer ces nouveaux projets.

Ce mandat d'évaluation comporte différentes périodes. La première, qui a fait l'objet d'un rapport produit fin 1998¹, analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures – partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996 – avec les éléments facilitateurs et les difficultés rencontrées. Une première évaluation de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

Le deuxième rapport produit fin 2000² rendait compte des évolutions intervenues dans les structures du point de vue des objectifs poursuivis, de l'organisation interne, de l'offre de prestations et de la clientèle. Il analysait l'évolution de la situation épidémiologique. De plus, un travail exploratoire était mené sur la définition, le contenu et les possibilités d'évaluation du travail socio-éducatif.

Le troisième rapport portait sur la période 2000-2001³ et se divisait en deux cahiers : le premier reprenait de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures; il présentait l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton et décrivait l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie^a. Le deuxième cahier présentait de manière détaillée les résultats pour chaque type de structures.

En préliminaire à la présentation des axes poursuivis durant la quatrième période, il nous semble important de rappeler les acquis en terme de résultats d'évaluation des trois périodes précédentes.

1.1 BILAN DES TROIS PREMIÈRES PÉRIODES DE L'ÉVALUATION

1.1.1 Évaluation des structures

Les trois premières périodes de l'évaluation ont permis de développer et de mettre en place les différents outils d'évaluation afin de rendre compte de la fréquentation et de l'implantation sur le terrain des nouvelles structures.

Les résultats attestent de la **bonne fréquentation de l'ensemble des structures** soumises à l'évaluation, ainsi que la mise sur pied de processus internes à même de produire **une amélioration de la qualité de la prise en charge** (formation, collaboration, hiérarchisation des objectifs, etc.)

Plus précisément, on relève :

- L'augmentation de la fréquentation des différentes structures mises en place depuis 1996, ainsi que la saturation relative des différentes structures qui fonctionnent depuis plusieurs années selon la capacité prévue lors de leur conception (ou en dessus).
- La diversité des traitements proposés et les prises en charges socio-éducatives ont été documentées, ainsi que les modifications et les priorités d'intervention qui ont pu être définies par les équipes pour faire face à l'augmentation des demandes.
- La mise sur pied de l'évaluation dans deux centres d'accueil de Lausanne, ainsi que dans les structures résidentielles s'est dans l'ensemble bien passée. Toutefois, des délais pour la conception et la mise en œuvre des outils d'évaluation dans les centres d'accueil ont eu pour conséquences que les données ne sont pas toujours disponibles pour les années antérieures à 2002.

^a Les questions transversales traitées dans le chapitre concernent : la consommation (cocaïne / autres produits); la comorbidité psychiatrique; les problèmes liés à l'insertion, la santé.

- En ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de la diversité de la prise en charge, l'évaluation a montré une amélioration liée notamment à l'augmentation des échanges entre centres de traitement ambulatoire et médecins installés (activités de consilium, interventions en cas de crise), mais aussi aux développements de la recherche et à une meilleure connaissance des différents partenaires du réseau. Divers modes de collaboration avec des services généralistes ont vu le jour, qui mériteraient d'être développés.

1.1.2 Volet épidémiologique

Le volet épidémiologique a permis de suivre les principaux indicateurs directs et indirects de la consommation de drogues et des problèmes qui lui sont liés. Dans le premier rapport, une série de tableaux comparatifs ont permis de situer les données cantonales par rapport au reste de la Suisse et par rapport aux autres cantons. Durant la deuxième période, une exploitation plus approfondie des statistiques de traitement (Méthadone et OPALE) a été menée afin d'améliorer le tableau de la situation épidémiologique dans le canton. De plus, une enquête auprès de la clientèle de l'ensemble des structures à bas seuil (SBS) du canton de Vaud a été conduite (en parallèle à une enquête sur l'ensemble de la Suisse).

Les indicateurs à disposition ne permettent cependant pas de dresser un tableau épidémiologique complet. Les lacunes relevées concernent les domaines de la consommation de drogues de synthèse, le rôle des pharmacies notamment dans la remise de matériel stérile. Le profil de la clientèle à l'entrée a été documenté pour chaque structure, cependant il n'y a pas de données récentes permettant une comparaison aux niveaux national et cantonal de la population fréquentant les structures à bas seuil (dernière en date : 2000).

1.2 PÉRIODE IV : OBJECTIFS ET METHODE

Suite aux constats tirés des évaluations des années précédentes, il a été décidé que les ressources attribuées à cette période d'évaluation devaient servir **à compléter les connaissances épidémiologiques** d'une part et, de l'autre, **à investiguer davantage certains aspects de la prise en charge**. En contrepartie, **le suivi des structures** évaluées jusqu'à ce jour **a été espacé et a donné lieu à une récolte d'information en deux ans**.

1.2.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation

Pour l'évaluation de la période 2002-2004, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a conservé le jeu de questions d'évaluation qui s'articulent toujours autour de cinq objectifs :

- augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues,
- améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge,
- améliorer la santé et l'insertion socio-professionnelle des consommateurs,
- contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants,
- renforcer les activités de prévention primaire et secondaire.

Pour chacun de ces objectifs, des questions d'évaluation ont été formulées (cf. Tableau 1.1) résumant les objectifs, questions d'évaluation et méthodes proposées pour y répondre). Les principales modifications apportées à ces questions par rapport à la première période ont été présentées dans le rapport précédent et ne sont pas reprises ici.

Tableau 1.1 Objectifs, questions d'évaluation et outils développés

Objectifs	Questions d'évaluation	Monitoring	Enquête Clientèle	Réunion de suivi	Statistiques
I Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures? 	●			●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la capacité de rétention en traitement ou dans une prise en charge socio-éducative, dans les nouvelles structures? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la demande en aide socio-éducative et en traitement ? 	●			
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures? 	●			●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue le profil de la clientèle des nouvelles structures ? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue la capacité de rétention des traitements à la méthadone dans les nouvelles structures? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue la demande d'aide socio-éducative et de traitement dans les nouvelles structures? 	●			
II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les processus thérapeutiques et socio-éducatifs fonctionnent ? 			●	●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le dispositif régional de prise en charge est-il constitué ? 			●	
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des lacunes dans l'offre ? 			●	
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la qualité de l'aide socio-éducative et des traitements s'améliore ? 				
III Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'état de santé des consommateurs de drogues ? 		●		
	<ul style="list-style-type: none"> • Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ? Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que l'insertion socioprofessionnelle des consommateurs de drogues s'améliore ? 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue la consommation des usagers des nouvelles structures ? 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent? 		●		●
IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'estimation précise du nombre de consommateurs de drogues dépendants ? 				●

1.2.2 Méthode et instruments utilisés dans la IVeme période

■ Suivi des structures

Le suivi de routine de la fréquentation et des activités des structures ne s'est fait **qu'une fois en deux ans** (durant les précédentes périodes d'évaluation, il avait lieu chaque année).

- Monitoring des prestations dans les centres d'accueil (dernier trimestre 2003);
- Les statistiques OPALE-Axia pour les centres ambulatoires et FOS-ACT-Info pour le résidentiel, afin d'analyser les traitements dispensés (données de 2003);
- La répétition de l'enquête clientèle dans les cinq centres d'accueil du canton (mai 2004)^a.

Une réunion annuelle de suivi avec les équipes documente les changements dans les orientations de chaque structure et les difficultés rencontrées.

Tableau 1.2 Méthode : Outils appliqués dans les différentes structures évaluées (2002-2004)

Axes d'évaluation et structures	Outils d'évaluation			
	Monitoring	Enquête clientèle	Réunion de suivi	Statistique
Maintien d'un suivi de routine allégé pour les centres de traitement, les centres d'accueil et l'unité cantonale de sevrage				
Centre St-Martin			●	●
Unité Ambulatoire spécialisée			●	●
la Calypso			●	●
Entrée de Secours	●	●	●	
Zone Bleue	●	●	●	
ACT	●	●	●	
Le Parachute	●	●	●	
Le Passage	●	●	●	
Evaluation des structures résidentielles				
Bartimée			●	●
Le Levant			●	●
Le Relais			●	●

^a La récolte de statistiques sur le profil de la clientèle des structures à l'entrée a été abandonnée (questionnaire d'entrée) et remplacée par une enquête en 2004 auprès de la clientèle des centres d'accueil selon le même design que celui de l'enquête menée en 2000.

2 LES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

Les centres de traitement ambulatoire qui ont fait l'objet d'une évaluation dans le présent rapport sont le Centre Saint-Martin (CSM) et l'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (Chablais, Pays-d'Enhaut, Riviera, Lavaux (UAS)). Ces deux structures ont pour vocation l'accueil, l'orientation et le traitement d'accès facilité pour la population toxicodépendante⁴.

2.1 MÉTHODES D'ÉVALUATION

Concernant les centres de traitement ambulatoire, différentes modifications avaient été apportées en 2000 dans le choix des outils d'évaluation en vue d'alléger le travail d'évaluation tout en garantissant un suivi de routine de la clientèle et des activités des structures.

Deux sources statistiques (OPALE/Axia et méthadone) permettent de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres ainsi que leur fréquentation (description de la clientèle à l'entrée en traitement, dimensions socio-démographiques, durée de suivi, diagnostics). Diverses difficultés ont pourtant rendu le travail de mise à jour et de comparaison entre les structures impossible pour cette période (cf. ci-dessous).

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

2.1.1 Statistique OPALE/Axia

La statistique OPALE regroupe les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception du secteur Est^a. La gestion de cette statistique est conjointe pour les secteurs Nord/Centre/Ouest et permet d'obtenir des informations sur les patients par unité de soins, selon le(s) diagnostic(s) posé(s). Depuis 1997, elle contient une série d'autres variables médico-sociales sur l'insertion sociale des patients, la nature et les modalités du traitement, les réseaux de collaboration dans le système socio-sanitaire.

En 2003, le système informatique Axia a remplacé la statistique OPALE. Des problèmes de ressources humaines attachées à l'extraction et à la production de donnée font que pour 2003 et 2004, les données qui ont pu nous être fournies sont lacunaires. Un nouveau programme d'analyse devrait permettre de remédier à cette situation en 2005.

Vu l'état des données, la statistique OPALE-Axia n'a pas été mise à jour dans ce rapport pour le centre St-Martin. Pour l'UAS, les données proviennent essentiellement de statistiques internes qui reprennent l'essentiel des données OPALE-Axia.

2.1.2 Fichier des personnes en traitement de méthadone

L'introduction du nouveau questionnaire méthadone dès 2000 aurait dû permettre la récolte simplifiée de certains indicateurs (notamment de consommation) qu'il fallait auparavant aller rechercher dans les dossiers des patients. Toutefois, l'état actuel du fichier (voir chapitre 4 du cahier 1) pose un certain nombre de problèmes.

Les données de ce fichier n'ont été utilisées que pour le Centre St-Martin de manière à pouvoir dresser le profil de leurs patients en traitement de substitution.

^a Dans le secteur Est, seule l'UAS remplit la statistique OPALE et de façon indépendante.

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

2.2.1 Historique et objectifs

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

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

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

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

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

De plus en plus, le CSM assure un soutien et un rôle de référent auprès des médecins et des institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes, par exemple en prenant le relais d'un traitement en période de crise, ainsi que par les activités de consilium mais aussi à travers des activités de formation. Ainsi, la mission de recherche et d'enseignement poursuivie par le centre vise entre autres à développer les compétences du réseau et des intervenants extérieurs. Par ailleurs, l'équipe socio-éducative propose des contrats tripartis avec les médecins en cabinet pour aider au cadrage de situations en cabinet.

2.2.2 Organisation interne et changements

La nomination du directeur de centre au poste de vice-recteur de l'Université a amené une réorganisation du centre. Après la mise en place d'un conseil des cadres, la formule actuellement en vigueur est la nomination d'un bureau exécutif réunissant un responsable de chaque profession présente au centre et placé sous la responsabilité d'un médecin.

■ Gestion des demandes

Dans nos précédents rapports, nous mentionnions les différentes mesures qui avaient été mises en place par l'équipe pour gérer l'afflux important de demandes : introduction de trois entretiens préalables à l'entrée en traitement, liste d'attente, critères d'urgence (femmes enceintes, sorties d'hôpitaux et de prison, adolescents à risque et comorbidités somatiques et psychiatriques).

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

Actuellement grâce à l'expérience acquise, le fonctionnement est moins rigide : chaque cas est discuté au colloque clinique du lundi afin d'évaluer la situation de la personne sur cinq dimensions (somatique, psychiatrique, de crise, motivationnelle et ressources disponibles). Les nouvelles situations font ainsi l'objet d'une évaluation globale. Puis, en fonction de la situation et des projets du patient, une prise en charge intégrant le réseau est décidée. Le CSM joue ainsi davantage le rôle d'orientateur dans le réseau. Si le patient est gardé au CSM, la responsabilité de la référence sera discutée et donnée à un des intervenants qui ne sera pas nécessairement la personne qui a vu le patient la première fois mais, idéalement, l'intervenant le plus apte à gérer la prise en charge du patient. Ceci ne peut toutefois pas toujours être respecté en raison de la limite posée quant au nombre de personnes par référent, qui est idéalement de 20 à 25 dossiers, mais le plus souvent de 25 à 30.

Le maintien des critères d'urgence ne permettait pas non plus l'intégration d'une nouvelle clientèle, essentiellement consommatrice de cocaïne et encore relativement intégrée. Ces nouvelles demandes ont conduit le CSM à revoir les conditions d'entrée en traitement, mais également à réfléchir à la prise en charge de ces patients, prise en charge qui reste d'ailleurs partiellement à inventer ou en tout cas à tester (par ex. projet de prise en charge de groupe avec une équipe interdisciplinaire).

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

■ Communication interne

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

Le colloque général interdisciplinaire existe depuis le début, mais depuis 1998^a il a pris une orientation clinique affirmée. A cette occasion, les nouveaux cas et les demandes de prise en charge au Centre St-Martin sont discutés en équipe. La priorité donnée aux discussions de cas constitue un changement de taille, dont la conséquence est une amélioration du travail quotidien, une plus grande cohérence dans le travail d'équipe, ainsi que dans la définition d'une ligne d'intervention.

Dès le 1^{er} septembre 2005, il n'y aura plus de dispensation de méthadone le mardi et le centre fermera à 18h., afin que toute l'équipe puisse participer à un colloque de formation.

La reconnaissance du travail socio-éducatif et de l'expérience acquise dans l'interdisciplinarité social-médicale a entraîné un renforcement du social avec la constitution du poste de "Responsable du service social du DUPA", avec des conséquences à l'interne pour le CSM. Ainsi, globalement l'équipe socio-éducative a une autonomie plus grande et s'affirme davantage. De même, pour l'équipe infirmière, la nomination d'une nouvelle infirmière-chef titulaire a permis à l'équipe de se repositionner et de retrouver un fonctionnement plus harmonieux. Une certaine difficulté, inhérente à la cohabitation entre une culture médicale et psychiatrique et une culture socio-éducative, subsiste puisque le diagnostic doit être intégré par tous afin d'avoir un standard de langage et de transmission des situations au sein de l'institution. Dans le cadre de la mission de formation du centre, le tournus des médecins assistants et autres stagiaires nécessite de répéter régulièrement certains points de fonctionnement du centre parfois au détriment d'un approfondissement des démarches.

■ La dispensation de méthadone

Dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients, un des aspects importants est la salle de traitements et de dispensation de la méthadone. Reconnue comme un lieu central, symbolique, source d'informations importantes, mais aussi de multiples tensions, la dispensation de méthadone a fait l'objet de différents aménagements depuis l'ouverture du centre. Le précédent rapport d'évaluation

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

mentionnait comme principale difficulté le manque de temps à disposition pour chaque patient, compte tenu de l'affluence et de la présence d'une seule, voire de deux personnes au moment de la dispensation des traitements. Actuellement, les changements suivants ont été amenés. Les plages de distribution sont actuellement au nombre de trois pour diminuer l'affluence de patients.

Une permanence a été instaurée dans la salle d'attente durant ces plages horaires dans le but de prévenir la violence, en désamorçant les montées de tensions suffisamment rapidement. L'intervenant présent peut également téléphoner à la police, si le besoin s'en fait ressentir, mais depuis l'instauration de cette permanence, ces appels sont devenus moins fréquents. D'autres problèmes peuvent également être réglés, que ce soit une consommation d'alcool ou le chien d'un usager qui dérange. Depuis l'instauration de ces changements, les situations de conflits ont diminué dans la salle d'attente.

La permanence permet également de suivre les patients peu compliants au traitement et qui n'arrivent pas à se plier aux horaires de rendez-vous. L'intervenant de permanence peut ainsi avoir des mini-entretiens en profitant de la présence du patient dans la salle d'attente. Il peut également gérer les demandes particulières liées à la méthadone (doses supplémentaires pour partir en vacances par ex.) ce qui diminue les interférences dans le local de distribution.

■ Collaborations

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

Dans le cadre de la prise en charge des personnes séropositives au CSM, une étroite collaboration avec Médecine 2 a été développée, notamment à travers la supervision du chef de clinique qui a lieu deux fois par mois.

De son côté, le réseau spécialisé de psychothérapie mis sur pied dans le cadre de l'APsyVA^b, à partir de l'équipe des psychologues du CSM, a été abandonné suite à l'introduction du Tarmed qui pose comme condition au remboursement l'obligation de consulter dans le lieu où a été formulé l'indication médicale.

Au niveau international, un certain nombre de collaborations sont développées notamment en lien avec l'Université de Harvard et celle de Paris, sur l'élaboration de propositions thérapeutiques en fonction de la problématique de toxicodépendance.

De son côté, l'équipe socio-éducative a développé des contacts avec une équipe du Québec, spécialisée dans la prise en charge des adolescents, mais également, localement, avec le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (SUPEA). Un nouveau projet, Départ, est né de la collaboration entre le Centre St-Martin, le SUPEA, l'Unité interdisciplinaire de santé des adolescents, le SPJ et l'AVOP dont l'objectif premier est l'accompagnement du réseau existant et le renforcement des compétences des institutions confrontées au problème de la consommation de substances chez les jeunes. Ce projet peut également être amené à prendre en charge des adolescents et répondre à des questions de parents.

^a Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire.

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

2.2.3 Méthode d'évaluation

Le passage de la statistique OPALE à la statistique Axia pour le centre St-Martin entraîne d'importantes difficultés pour le suivi des données de la structure. Premièrement, il n'a pas été possible d'obtenir une extraction pour 2002 des données OPALE, la demande ayant été formulée au début 2004 et l'ancien fichier étant archivé. D'autre part, les extractions fournies pour 2003 et 2004 sont extrêmement partielles. Ainsi, il n'a pas été possible d'obtenir l'ensemble des variables socio-démographiques traitées au cours des années précédentes (logement, travail) ni la nature du traitement mis en place. Par ailleurs, lors de la comparaison avec les années précédentes, il est apparu une très forte sous-estimation de la clientèle ayant reçu une prestation au cours de l'année. L'extraction donnait ainsi une liste de 220 patients contre environ 480 à 500 au cours des années précédentes. Un contrôle du fichier par la personne en charge de l'extraction a fait apparaître une file active d'au moins 370 patients pour 2004 sans qu'il soit possible d'élucider où se trouvait le problème d'extraction. Pour la présentation du profil des patients du CSM, nous nous sommes donc rabattus sur les données du fichier méthadone de la Santé publique qui nous fournit des données pour l'ensemble des patients suivant un traitement de substitution, soit 272 patients en 2003.

Il n'a pas été possible de compléter ces données pour les personnes ne suivant pas un traitement de substitution au centre St. Martin (dépendance à la cocaïne uniquement ou au jeu, prise en charge psycho-sociale par ex.).

2.2.4 Fréquentation et profil

Une estimation fournie par le CSM retient environ 400 patients différents vus au cours de 2003 (cf. statistique transmise par le CSM), soit une file active comparable à celle des années précédentes. Sur ces 400 patients, 272 ont bénéficié d'un traitement de substitution et les données présentées ici se rapportent à ce sous-groupe de patients.

On observe une hausse de l'âge moyen chez les patients du CSM en traitement de substitution qui atteint 34.3 ans en 2003 (médiane à 34 ans). Les femmes forment un peu plus du tiers de l'effectif.

Tableau 2.1 Nombre total de patients par année, CSM (2001-2003)

	2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%
Nb de patients en traitement de substitution	281		307		272	
% de femmes*		37		34		36
Age moyen*	32.9		33.9		34.3	
Age median*	33		34		34	
Age min-max*	20-52		21-53		22-53	
0 à 20 ans*	3	1	0	0	0	0
21 à 25 ans*	38	14	34	11	25	9
26 à 30 ans*	69	25	67	22	56	21
31 à 35 ans*	69	25	77	25	71	26
36 à 40 ans*	65	23	74	24	68	25
Plus de 40 ans*	37	13	55	18	52	19

* Calculé pour les patients suivant un traitement de substitution

2.2.5 Consommation

Les résultats relatifs à la consommation des différentes substances proviennent de données tirées parfois des questionnaires d'entrée ou des questionnaires de prolongation ou encore de ceux de fin, selon les documents à disposition par patient. Ceci ne permet donc pas d'évaluer l'évolution de la consommation en fonction du stade de traitement du patient, notamment parce qu'il n'est pas possible de reconstituer avec précision la continuité de la prise en charge. Les résultats offrent donc une image générale du problème de consommation parallèle à un traitement.

■ Substances consommées et mode de consommation

L'héroïne était plus fréquemment consommée que la cocaïne en 2001 : 44% contre 30% pour la cocaïne. En 2003 toutefois, c'est l'inverse et la cocaïne est la substance la plus consommée avec 41% des patients en traitement. Les patients consommant à la fois de la cocaïne et de l'héroïne forment un peu plus de 10% de la clientèle en traitement de substitution. L'alcool et le cannabis sont très fréquents également : 40% de consommation d'alcool et 50% pour le cannabis.

Le pourcentage de patients sous méthadone consommant par injection une ou plusieurs drogues reste stable entre 2001 et 2003 contrairement à la tendance observée pour l'ensemble des personnes en traitement de substitution dans le canton chez qui le pourcentage d'injecteurs diminue.

Tableau 2.2 Consommation durant le dernier mois, 2001-2003

	2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	281		307		272	
Consommation par injection	104	37	103	34	97	36
Héroïne	124	44	89	29	51	19
Cocaïne	84	30	103	34	112	41
Héroïne et cocaïne	52	19	46	15	35	13
Méthadone au noir	31	11	40	13	22	8
Benzodiazépine	86	31	92	30	77	28
Alcool	86	31	104	33	109	40
Cannabis	129	46	154	50	136	50

■ Fréquence de consommation d'héroïne

Un pourcentage décroissant de patients consomment quotidiennement ou régulièrement (plusieurs fois par semaine) de l'héroïne, soit 11% en 2003 contre 25% en 2001. Plus de la moitié des patients n'ont pas consommé d'héroïne au cours du mois précédent.

Tableau 2.3 Fréquence de consommation d'héroïne, 2001-2003

2001	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	46	25	53	123	34	281
Total %	16	9	19	44	12	
2002	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	32	26	31	160	58	301
Total %	10	9	10	52	19	
2003	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	16	14	21	152	69	270
Total %	6	5	8	56	25	

■ Fréquence de consommation de cocaïne

Environ 22% des patients en traitement consomment de la cocaïne régulièrement en 2003. L'augmentation de la consommation de cocaïne relevée dans d'autres sources statistiques est également vérifiée parmi la clientèle du centre St-Martin et concernent essentiellement le nombre de consommateurs réguliers, le nombre de consommateurs occasionnels restant stable.

Cette consommation présente cependant un nombre important de non-réponse (environ 20%) et il conviendrait de mieux remplir le questionnaire méthadone (réponse=inconnu si l'équipe ne connaît pas la consommation et non missing).

Tableau 2.4 Fréquence de consommation de cocaïne, 2001-2003

2001	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	6	24	54	133	64	281
Total %	2	9	19	47	23	
2002	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	12	38	53	147	57	301
Total %	4	12	17	48	19	
2003	Quotidienne	2-6 fois semaine	1 fois semaine ou moins	Pas le dernier mois	Inconnu	n
Total	16	43	53	99	61	270
Total %	6	16	19	36	23	

2.2.6 Intégration sociale et santé

■ Etat de santé somatique

Il est demandé au médecin d'apprécier de manière globale l'état de santé somatique de leur patient. L'absence de critères définissant les aspects à considérer pour établir ce jugement rend cette donnée relativement peu objective ; néanmoins elle fournit une perception de la santé générale du patient par son médecin.

L'état de santé somatique relevé par les médecins traitant est considéré comme mauvais pour 18% des patients en 2003. Pour un bon tiers, l'état de santé est considéré comme bon à très bon. Ces chiffres ne varient pas entre 2001 et 2003.

Les femmes en très mauvaise santé sont un peu plus nombreuses, sinon on ne relève pas de différences selon le sexe.

Tableau 2.5 Etat de santé somatique selon le sexe, 2003

	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	281		307		272	
Non réponse	26	10	20	11	6	6
Très mauvais	8	3	1	1	7	7
Mauvais	40	15	25	14	15	16
Moyen	98	36	65	37	33	34
Bon	90	33	59	34	31	32
Très bon	10	4	5	3	5	5

En ce qui concerne la santé des patients en traitement de substitution, près d'un tiers sont positifs pour l'hépatite B et 64% pour l'hépatite C en 2003. Le pourcentage de patients séropositifs pour le VIH s'élève à 20% en 2003, soit une augmentation de 3% par rapport à 2001.

Tableau 2.6 Résultats rapportés par les médecins des sérologies des hépatites B et C et du VIH, 2001-2003

	2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	281		307		272	
Test hépatite B	192	68	228	74	204	75
Hépatite B positif	61	32	67	29	66	32
Test hépatite C	205	73	239	78	211	78
Hépatite C positif	123	60	135	56	135	64
Test VIH	194	69	233	76	211	78
VIH positif	33	17	34	15	43	20

■ Etat de santé psychique

L'état de santé psychique des patients en traitement est jugé comme étant moins bon que l'état de santé somatique. En effet seul 25% des patients a un état de santé psychique jugé bon ou très bon. Pour 17% d'entre eux, la santé psychique est jugée comme étant mauvaise à très mauvaise. Les différences selon le sexe sont peu significatives.

Tableau 2.7 Etat de santé psychique selon le sexe, 2003

	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	281		307		272	
Non réponse	28	10	22	13	6	6
Très mauvais	9	3	5	3	4	4
Mauvais	38	14	22	13	16	17
Moyen	130	48	82	47	48	49
Bon	63	23	40	26	23	24
Très bon	4	2	4	2	0	0

■ Intégration sociale

Il est demandé au médecin d'apprécier le niveau d'intégration sociale de leur patient. L'absence de critères définissant les aspects à considérés pour établir ce jugement rend cette donnée relativement peu objective ; néanmoins elle fournit une perception de la situation sociale générale du patient par son médecin.

Les résultats montrent que 27% des personnes suivant un traitement de substitution sont vue comme étant très faiblement ou faiblement intégrées socialement. On relève une légère dégradation de la situation entre 2001 et 2003. Seulement 22% sont considérés comme étant bien intégrés.

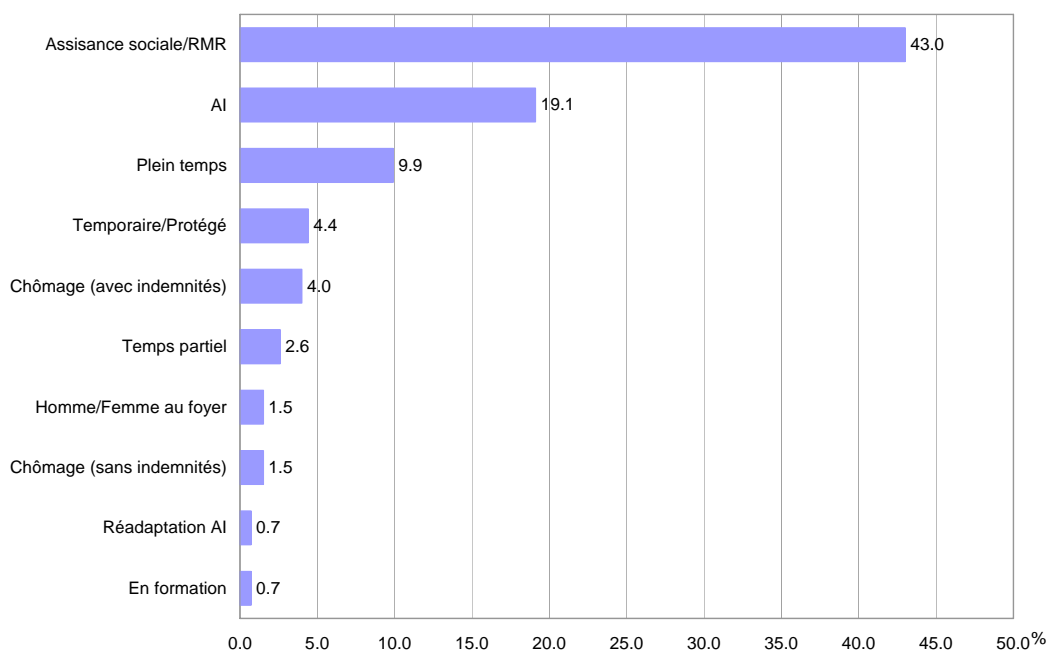
Tableau 2.8 Niveau d'intégration social selon le sexe, 2003

	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	281		307		272	
Non réponse	25	9	16	9	9	9
Très mauvais	18	7	11	6	7	7
Mauvais	53	20	35	20	18	19
Moyen	118	43	75	43	43	44
Bon	53	20	35	20	18	19
Très bon	5	2	3	2	2	2

■ Emploi

La situation du point de vue de l'emploi s'est légèrement dégradée entre 2001 et 2003. Cette dernière année, 10% des personnes en traitement de substitution travaillaient à plein temps et 2.6% avaient un travail à temps partiel ou temporaire (respectivement 16% et 4.6% en 2001). 43% ont comme revenu principal l'aide sociale et 19% bénéficient d'une rente AI.

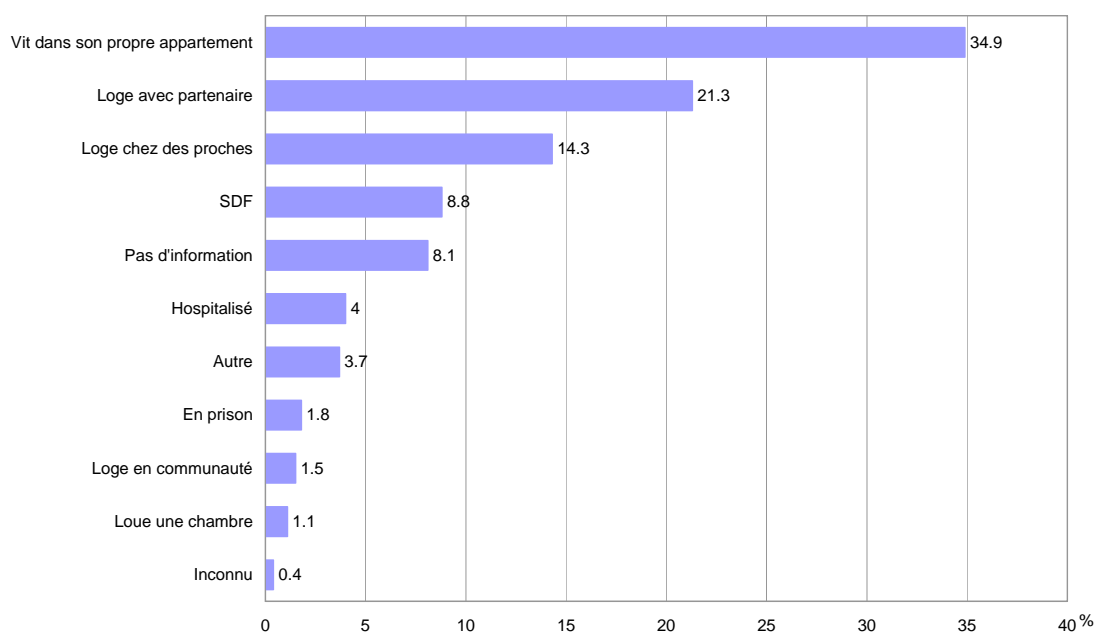
Figure 2.1 Situation en terme d'emploi et de revenu en % (n=272), 2003



■ Logement

Une proportion stable de patients est sans domicile fixe, soit 8.8% en 2003. Les patients vivant dans leur propre logement ou avec leur partenaire ou des proches forment la catégorie la plus fréquente (70%).

Figure 2.2 Type de logement occupé en % (n=272), 2003



2.2.7 Traitement de substitution

■ Dosage de méthadone et mode d'administration

Le dosage moyen de méthadone est de 94mg en 2003 (médiane à 80.0mg). La dose maximale prescrite est de 400mg et la minimale est de 0.75mg. Par rapport aux patients suivant un traitement de substitution auprès d'un médecin installé, ces valeurs sont supérieures (63.8mg en moyenne et médiane à 50mg). 9% des patients reçoivent leur traitement en deux doses quotidiennes et la moitié des patients passent plus de 3 fois par semaine pour prendre leur traitement. Moins d'un tiers des patients en traitement vont chercher leur dose de méthadone en pharmacie et la moitié la prennent au centre. Pour les autres, la donnée est manquante.

Tableau 2.9 Fréquence de passage par semaine pour la remise de méthadone, CSM, 2003

Nb de passage	Nb de patients	
	n	%
1	28	10.3
2	56	20.6
3	32	11.8
4	3	1.1
5	57	21.0
6	30	11.0
7	10	3.7
Total	216	79.4
Missing	56	20.6
Total	272	100.0

Tableau 2.10 Lieu de remise de méthadone, CSM, 2003

Lieu	Nb de patients	
	n	%
Médecin	135	49.6
Pharmacie	79	29.0
Institution	11	4.0
Autre	2	0.7
Total	227	83.5
Missing	45	16.5
Total	272	100.0

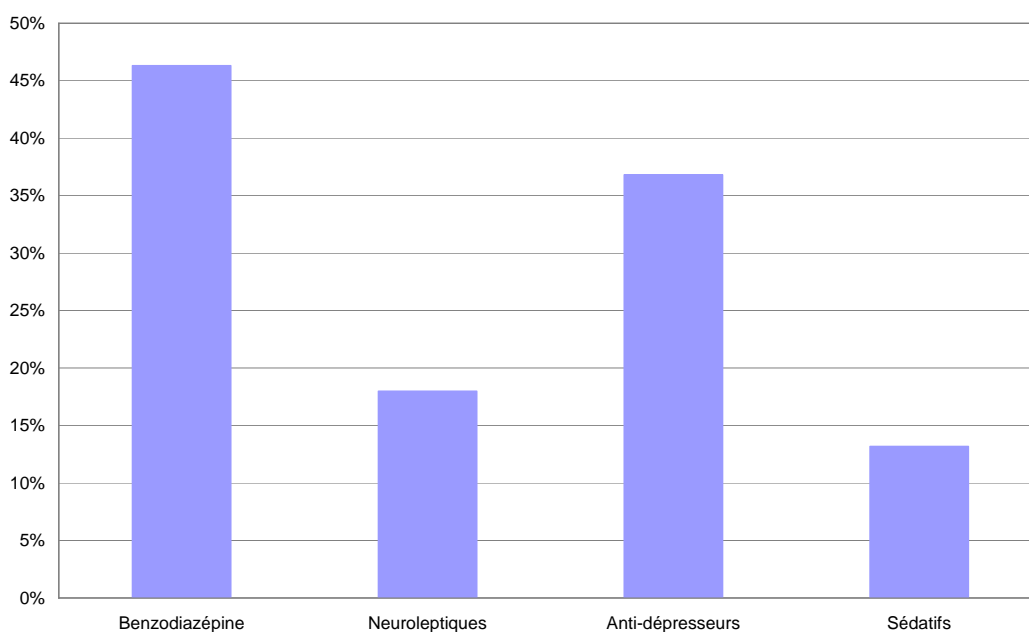
■ Dosage et fréquence de consommation d'héroïne

Parmi les patients pour lesquels une consommation d'héroïne au cours de mois précédent est rapportée, les patients consommant quotidiennement (n=16) reçoivent une dose moyenne de méthadone légèrement inférieure soit 74.6mg au lieu de 94mg (médiane à 67.5 contre 80 pour l'ensemble des patients du centre). De même, les patients ayant consommé entre 2 et 6 fois par semaine (n=12) ont une dose moyenne de 90.3mg. Les patients consommant régulièrement sont toutefois vus plus souvent par semaine soit entre 5 et 6 fois en moyenne.

■ Autres médicaments prescrits

Les benzodiazépines sont prescrites à plus de 45% des patients en traitement de substitution. Elles sont suivies par les anti-dépresseurs (37%) des patients. Environ 15% des patients reçoivent des neuroleptiques et 12% des sédatifs.

Figure 2.3 Pourcentage de patients recevant d'autres médicaments (n=272), CSM, 2003



2.2.8 Activités du centre

Le CSM propose une prise en charge, allant du bas seuil au haut seuil. Le programme bas-seuil est organisé autour d'un groupe de référents ce qui permet de gérer les cas difficiles à plusieurs, mais également d'avoir plusieurs intervenants qui partagent l'information sur des situations problématiques et qui peuvent répondre quand un problème se présente. La prise en charge des autres patients est plutôt orientée « case management » et pour quelques patients plus avancés des démarches thérapeutiques ont été démarrées.

Depuis 2002, le CSM propose des traitements de l'hépatite C. Les premiers patients ont été intégrés dans une étude multi-centrique et actuellement un peu plus de 20 patients ont reçu un traitement.

Depuis avril 2004, le CSM assure le suivi VIH des patients faisant partie de la file active du CSM qui peuvent difficilement être suivis par des structures habituelles telles que les consultations du service de Médecine 2 ou des médecins infectiologues. Ce suivi comporte des bilans réguliers qui permettent une meilleure réponse au traitement. Actuellement, ce suivi concerne plus de 50 patients dont environ 30 femmes, mais qui ne sont pas tous sous anti-rétroviraux.

L'augmentation des « interventions de crise » reflète une adaptation du CSM à la réalité du monde de la toxicomanie ; il a en effet développé ce mode d'intervention pour faire face aux situations de crise que peut connaître un usager. Le cadre posé par le CSM permet alors de stabiliser la personne avant de pouvoir la réorienter dans le réseau, par exemple chez son médecin.

La salle de traitements et de dispensation de la méthadone est un des aspects importants dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients. La remise de méthadone sera informatisée dès le début 2006.

Un groupe de travail^a a été mis sur pied autour de la comorbidité psychiatrique et pour réfléchir aux alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Après un round de consultation, l'équipe a le sentiment de pouvoir mieux travailler ensemble et de rencontrer une plus grande ouverture chez les psychiatres face aux problèmes de santé communautaire.

Le CSM est toujours en liaison avec la maternité du CHUV et les prisons pour le suivi de certaines situations. Un assistant social assure une liaison active avec le Levant ce qui permet aux intervenants de cette structure de lui signaler les situations présentant un risque de rupture du séjour résidentiel. Un protocole a été établi portant sur la médication, mais aussi sur les cas de fugues.

■ Prise en charge socio-éducative

L'équipe socio-éducative du CSM a dès le départ, été confrontée à la nécessité de définir et de défendre une prise en charge socio-éducative en complément à la prise en charge médicale. Dans une perspective interdisciplinaire, le socio-éducatif est en première ligne, avec les autres corps de métier et commence à développer la notion de comorbidité sociale.

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

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

^a Réunissant des intervenants du CSM, du Département d'Alcoologie, de la section es troubles de la personnalité, de la Calypso

Pour cette équipe, le suivi éducatif et thérapeutique consiste essentiellement à travailler les mécanismes globaux de la dépendance. A partir de là, un projet de vie pourra être élaboré et des objectifs pourront être fixés et évalués périodiquement. Le suivi social correspond pour l'équipe du CSM au développement du savoir-faire chez l'individu et comporte donc les aspects "techniques" liés à la réinsertion (logement, dettes, etc.). Il découle d'un travail préalable sur le savoir-être, mais surtout d'un travail autour de la consommation. Le poids porté sur la continuité du projet de vie implique, notamment lors de l'orientation d'un usager vers d'autres intervenants du dispositif socio-sanitaire, de soutenir les projets de l'usager, d'expliquer et de défendre le trajet déjà parcouru. L'équipe sert dès lors de caution et de "mémoire" de la trajectoire de l'usager. Un travail important est fait pour impliquer ou réimpliquer les autres acteurs du social en redonnant du sens à leur intervention. Il s'agit là d'un nouveau rôle par rapport aux objectifs de départ.

■ PPMT^a

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

■ Formation et recherche

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

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

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

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

2.2.9 Gestion

Depuis son ouverture, l'équipe du CSM est interdisciplinaire, composée de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Un poste supplémentaire d'assistant social a pu être créé en 1998, suite à son financement par la COREL. L'équipe médicale a été redistribuée au sein de l'unité de toxicodépendance, avec la création d'un poste de chef de clinique

^a Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie.

^b Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie.

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

(50%) supplémentaire au CSM en 2002, ainsi que l'octroi d'un deuxième médecin assistant travaillant à 50% au CSM et à 50% à la Calypso. Au total, l'équipe médico-sociale représente un total de 15.2 EPT répartis entre 23 intervenants.

Tableau 2.11 CSM : postes disponibles, 2005

Centre St-Martin 2005	Taux (%)
Médecins somaticiens	210
Médecins psychiatres	200
Soins infirmiers	530
Psychologue	180
Socio-éducatif	400
Total médico-social	1520
Secrétariat	300
Total non médico-social	300
Total général	1820

2.3 UNITÉ AMBULATOIRE SPÉCIALISÉE POUR TOXICODÉPENDANTS (UAS) : (CHABLAIS, PAYS-D'ENHAUT, RIVIERA, LAVAUX)

2.3.1 Historique et objectifs

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

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

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

2.3.2 Organisation interne

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Méthodes d'évaluation

Contrairement aux autres secteurs psychiatriques, l'est vaudois a continué à utiliser la statistique OPAL comme fichier d'enregistrement de ses patients. Ceci permet de suivre sans problème de comparabilité avec les années précédentes les différents indicateurs de la fréquentation et du profil de la clientèle.

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

2.3.4 Fréquentation de la structure

Au cours des années 2002 et 2003, un peu plus de 180 admissions ont été enregistrées annuellement. Une personne pouvant avoir plusieurs admissions au cours d'une même année, ce chiffre correspond à 174 personnes différentes en 2003 (188 personnes pour 193 admissions en 2000).

Pour 2002, on enregistre 35 admissions de patients qui n'avaient encore jamais été pris en charge à l'UAS et 24 pour 2003 (respectivement 57 et 55 en 2000 et 2001). Il y a donc une légère diminution du nombre de premières admissions à l'UAS.

La proportion de femmes parmi l'ensemble des patients admis a diminué et est passée de 34% en 2000 à 29% en 2003. L'âge moyen s'est élevé durant la même période de 30,2 à 32,8 ans (âge médian de 29 à 32 ans).

Tableau 2.12 Nombre total d'admissions et de patients par année, UAS 2000-2003

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions	193		203		183		186	
Nb de patients	188		180		169		174	
% de femmes ¹	64	33	73	36	54	32	50	29
Age moyen¹	30.2		30.7		32.4		32.8	
Age médian¹	29		30		32		32	
Age min-max¹	17-51		15-48		15-49		18-59	

¹ Calculés sur le nombre total de patients

La fiche OPALE de l'UAS permet d'indiquer jusqu'à quatre diagnostics par patient, couvrant le champ de la toxicomanie et les diagnostics les plus fréquents en psychiatrie des adultes.

■ Diagnostics de toxicomanie

Entre 2000 et 2003, on observe les changements suivants quant aux diagnostics de toxicomanie. Les opiacés restent le type de produit le plus fréquemment mentionné dans les diagnostics (80% des cas), mais sont en légère diminution depuis 2000 où ils étaient présents dans 89% des admissions. La cocaïne a par contre suivi l'évolution inverse et figure dans 20% des admissions (4% en 2000). Les benzodiazépines sont restées stables et sont mentionnées dans 5% des admissions en 2003. Le diagnostic « toxicomanie à des produits multiples » a légèrement augmenté et touche 6% des admissions en 2003. De l'avis de l'équipe, la codification « multiples produits » indique en général une consommation conjointe au moins d'héroïne, de cocaïne et de benzodiazépines. Depuis la période d'évaluation 2000-2001, elle a consigné le diagnostic « multiples produits » lorsque soit l'héroïne soit la cocaïne était présente avec une autre substance. Ces cas ont donc été inclus dans l'analyse des personnes consommatrices de DD et dans le total des admissions pour DD. Toutefois, à l'admission les situations de poly-toxicomanie sont souvent sous-estimées par manque de connaissance du patient.

Les produits autres que les opiacés ou la cocaïne ne sont pas systématiquement inclus dans les diagnostics ; selon l'équipe, la consommation de benzodiazépines et de cannabis notamment est beaucoup plus fréquente.

Au total, la consommation de drogues dures (héroïne et/ou cocaïne) figure dans 89% des admissions en 2003. Dans environ 17% des admissions, il y a une toxicomanie conjointe à l'héroïne et à la cocaïne

contre seulement 4% relevée en 2001^a. Seulement 3 admissions ont comme seul produit mentionné le cannabis. La mention de benzodiazépines, à l'exclusion d'une drogue dure, ne concerne également que trois admissions. Enfin, pour 14 admissions, aucune dépendance à une substance n'est indiquée. Dans son rapport d'activité^b, l'UAS mentionne un changements dans sa clientèle avec l'arrivée de « jeunes adultes généralement en grandes difficultés que ce soit sur le plan familial, socio-professionnel ou psychologiques et dont les conduites antisociales sont souvent le dénominateur commun ».

Tableau 2.13 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions UAS 2000-2003

Produit impliqué	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Opiacé	172	89	168	83	150	82	149	80
Cocaïne	7	4	14	7	32	18	38	20
Benzodiazépine	6	3	10	5	8	4	9	5
Cannabis	3	2	1	0	7	4	4	2
Hallucinogène	0	0	1	0	2	1	1	1
Alcool	8	4	6	3	11	6	15	8
Multiples produits	6	3	7	4	12	7	11	6
Total drogues dures opiacé ou cocaïne	173	90	173	85	164	90	166	89
Opiacé et cocaïne	6	3	8	4	30	16	32	17

En 2003, environ 35% des admissions ont pour diagnostic uniquement un problème de toxicomanie. Dans plus de 58% des admissions figurent également un diagnostic psychiatrique et seules 3 à 5% des admissions n'ont qu'un diagnostic psychiatrique de posé.

■ Diagnostics psychiatriques

Le nombre d'admissions comportant moins un diagnostic psychiatrique est de 108 (58%) en 2003 (72% en 2001). Les troubles les plus souvent cités sont les troubles de la personnalité et du comportement (38%), suivis des troubles psychotiques (21%). Les troubles de l'humeur sont mentionnés pour 8% des admissions et ceux liés à l'anxiété pour 2%. Quant au 40% de patients sans diagnostic psychiatrique, il s'agit souvent de diagnostics incertains non codifiés. Cette non-codification des diagnostics incertains est liée à la crainte de l'équipe de « coller » trop rapidement une étiquette à des patients. Une solution serait cependant de noter dans les cas de doute, le diagnostic le moins grave ou le moins stigmatisant.

L'impression de l'équipe est que dans sa clientèle il y a de plus en plus de cas difficiles, présentant une conduite anti-sociale et navigant entre incarcération et soins.

^a A cette époque, pour l'équipe, la cocaïne était vraisemblablement sous-codifiée lors du remplissage du formulaire OPALÉ : le pourcentage indiqué ne reprenait alors que les personnes consommant régulièrement, et de manière importante, de la cocaïne et les consommations occasionnelles ou récréatives n'étaient pas recherchées ou relevées.

^b UAS ; Rapport d'activité 2003, Fondation de Nant, Montreux, février 2004.

Tableau 2.14 Diagnostics psychiatriques, ensemble des admissions, UAS 2000-2003

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Au moins un diagnostic psychiatrique	138	72	148	71	119	65	108	58
Diagnostic psychiatrique								
Troubles psychotiques	41	21	41	20	45	25	39	21
Troubles de l'humeur	9	5	13	6	14	8	15	8
Anxiété, adaptation	5	3	5	3	4	2	3	2
Personnalité et comportement	90	47	95	47	78	43	70	38

2.3.5 Profil des usagers consommateurs lors de leur admission

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

Le nombre de personnes présentant un diagnostic aux drogues dures est resté stable entre 2000 et 2003 passant de 169 à 156 patients. Parmi les patients de 2003, 98 (60%) étaient déjà présents en 2002.

Tableau 2.15 Profil des patients présentant un diagnostic de toxicomanie aux drogues dures, UAS 2000-2003

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	169		158		154		156	
Nb femmes	56	33	51	32	49	32	48	31
Age								
Min-max	17-47		15-48		15-49		18-59	
Age moyen	30		31		32.5		32.9	
Age médian	29		30		32		32	
15 à 20 ans	6	4	9	6	10	7	7	5
21 à 25 ans	34	20	25	16	14	9	20	13
26 à 30 ans	53	31	53	34	35	23	31	20
31 ans à 35 ans	42	25	39	25	45	29	46	30
36 ans et plus	34	20	32	20	50	33	52	33
Travail								
Sans travail	55	48	48	44	20	13	15	10
Régulier	39	34	32	30	23	17	29	19
Occasionnel	0	0	0	0	0		0	
En formation	3	3	9	8	37	24	33	21
Cadre protégé	0	0	0	0	9	6	6	4
Rente	14	12	16	15	0		0	
Travail ménager	2	2	2	2				
Données manquantes	55		50		62	40	72	46

L'âge moyen des patients a augmenté depuis 2000 et atteint 32.9 ans en 2003, avec un minimum de 18 ans en 2003 (15 ans en 2002) et un maximum de 59 ans. La proportion des moins de 30 ans a diminué formant 38% de la clientèle, tandis que les plus de 30 ans dépassent 60% des patients. Le groupe des moins de 20 ans reste cependant stable, traduisant l'arrivées de nouveaux usagers à l'UAS. Le pourcentage de femmes est stable durant l'ensemble de la période et s'élève à 31% en 2003.

Les données telles que collectées par l'UAS ne donnent pas d'indication sur le mode de vie au moment de l'entrée. La seule indication est la provenance à l'admission qui est le domicile pour 88% des personnes, en 2003. Les 12% restant viennent d'hôpitaux, de prison ou d'autres institutions.

L'impression de l'équipe est que la santé sociale des patients de l'UAS se dégrade avec toujours plus de personnes vivant sans ancrage social, sans aide financière et vivant la perte de leur logement. Cette dépréciation va de pair avec une péjoration de leur santé psychique et mentale.

Dans le cadre de la récolte de données sur la clientèle, les rubriques travail, formation et mode de vie ne sont pas saisies à travers la statistique OPALE, mais proviennent du dossier des patients ce qui explique notamment le grand nombre de données manquantes. Il serait cependant judicieux qu'à l'avenir elles soient plus systématiquement remplies pour assurer une meilleure interprétation des données et de leur évolution.

2.3.6 Prise en charge

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

Pour plus de 50% des admissions, le traitement inscrit dans la statistique OPALE est un traitement de substitution^a. Parmi les autres traitements proposés, les investigations et l'évaluation soit psychiatrique, soit pour une cure de méthadone, constituent 27% des interventions en 2003.

L'équipe de l'UAS a élaboré une diversité de prise en charge, en plus du traitement médical de la dépendance, adaptée aux situations des patients suivis. Les traitements proposés sont des traitements psychiatriques ou des psychothérapies. L'UAS a développé un modèle de consultation spécialisée au cabinet du généraliste, permettant un travail conjoint dans des situations lourdes, qui restent ainsi dans le circuit des soins de premier recours. C'est ce que l'équipe a nommé « aide au suivi médical ». Ceci permet aussi de transférer certaines situations cliniques de l'UAS dans le circuit de soins de premier recours.

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

Pour certains patients, la prise en charge proposée consiste uniquement en la prescription d'une cure de méthadone et vise principalement à maintenir le patient dans le dispositif de soins. Pour d'autres, le traitement de substitution peut s'accompagner d'un suivi psychiatrique (entretiens et médication supplémentaire selon les troubles observés), d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui peut être faite avec un infirmier, mais le plus souvent avec un psychologue ou un psychiatre, des

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

approches corporelles telles que des cures PACKS, des massages ou encore une thérapie englobant des proches de l'utilisateur (couple, famille) ou avec le réseau de soins.

Le médecin somaticien délégué par l'hôpital de la Riviera a augmenté son activité et les patients ont bénéficié de bilan somatique extensif et des vaccinations contre les hépatites A et B. Par ailleurs des traitements Interféron-Ribavirine contre l'hépatite C ont été démarrés pour certains patients.

Par rapport à la situation de 2001, le dispositif thérapeutique offert s'est développé, notamment en raison de l'arrivée de jeunes consommateurs, abusant plutôt de drogues de synthèse, de cocaïne d'alcool et de cannabis et pour lesquels un traitement de substitution n'est pas indiqué. Les approches corporelles, la mise sur pied d'un atelier d'art-thérapie et une attention particulière aux familles sont les éléments mis sur pied pour la prise en charge de ces nouvelles situations.

Parmi les usagers s'étant présentés en 2002 et 2003, respectivement 16 et 20 traitements de substitution ont été initiés, soit une légère diminution par rapport aux années antérieures. Le nombre total de patients sous méthadone était de 99 en 2003 ce qui représente 60% de l'ensemble de la file active. Le nombre total de forfaits méthadone facturés a diminué et s'élevait à 2'932 forfaits en 2003 (3874 en 2001).

Le contact avec le pharmacien est l'apanage de l'équipe infirmière et du thérapeute référent du patient. Les questions d'aménagements du cadre thérapeutique relèvent d'entretiens communs réguliers entre le thérapeute référent et l'infirmier référent.

Tableau 2.16 Provenance et nature du traitement, UAS 2000-2003, admissions avec diagnostic dépendance aux drogues dures

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre total d'admissions drogues dures	173		173		164		166	
Adressé par								
Sans intermédiaire	81	47	63	36	55	34	62	37
Famille, proche	15	9	13	8	11	7	11	7
Médecin ou hôpital	71	40	87	50	75	52	70	49
Structures spécialisées dd	6	4	10	6	11	7	11	7
Nature du traitement								
Investigation et évaluation	53	29	56	38	37	27	38	27
Psychothérapie	5	3	5	3	5	4	4	3
Autres traitements psychiatriques	10	6	8	5	1	1	4	3
Traitement psycho-social	1	1	2	1	3	2	3	2
Traitement de substitution	101	58	92	53	103	63	99	60
Sevrage	3	2	1	1	0	0	5	4
Aide au suivi			5	3	6	4	3	2
Continuité des soins			4	2	1	1	0	0

Tableau 2.17 Dispensation de la méthadone, UAS 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Nombre total de « forfaits » méthadone	3867	3874	3287	2935

Un « forfait » correspond à une semaine de dispensation, incluant l'acte infirmier

Alors que le nombre de consultations était stable entre 2000 et 2001, le total des consultations effectuées par l'équipe de l'UAS a fortement augmenté en 2002 et 2003. L'augmentation des consultations « infirmier » est due au fait que dès juillet 2002 les consultations lors du passage pour prendre de la méthadone sont comptabilisées. Depuis 2003, le temps de préparation de la méthadone et des médicaments est également calculé.

En ce qui concerne l'augmentation des consultations médicales, la mise en route de l'armed a obligé les équipes à détailler beaucoup plus leurs prestations. Les prestations de types établissement d'un certificat médical, téléphone à la famille d'un usager, téléphone avec les pharmacies au sujet d'une prise de méthadone, etc., sont dès lors intégrés comme consultations.

Tableau 2.18 Nombre consultations et de ¼ d'heures facturés, 2001-2003

	2001		2002		2003	
	Nombre	Nombre	Somme en ¼ d'heure	Nombre	Somme en ¼ d'heure	
Consultation médecin	*346	448	862	951	1619	
Consultation psychologue	201	211	711	308	1007	
Consultation infirmier	682	4007	4658	7639	8951	
Consultation interdisciplinaire	971	1768	5998	1879	6291	

* Total médecins psychiatriques et médecins somaticiens (266+80)

2.3.7 Mode d'arrêt du traitement

Au total 64 personnes ont arrêté leur prise en charge à l'UAS en 2002 et 63 en 2003. La durée moyenne du suivi est de 15 mois en 2002 et 19 mois en 2003 (cf. Tableau 2.19). Par rapport aux années précédentes, ces résultats sont stables.

Pour près de 20% des cas, le motif d'arrêt de traitement est le terme du traitement sans orientation spécifique ou transfert. Pour 30% des patients, l'arrêt de traitement est lié à un transfert (autres établissements spécialisés dans la toxicomanie, établissement pénitentiaires par exemple) ou à une réorientation des usagers (plus fréquente en 2000 que pour les années suivantes).

Pour environ 30% des sorties, il y a rupture du traitement de la part de l'usager ou l'information est manquante. En 2002, on relève également 3 cas d'expulsions de patients décrétés par l'UAS et 3 décès.

Tableau 2.19 Motif d'arrêt de traitement, 2000-2003

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif	98		62		64		63	
Domicile / Fin du TTT	22	22	10	16	14	22.2	12	18.8
Rupture	14	14	14	22	6	9.5	15	23.4
Transfert établissement toxicomanie	3	3	7	11	6	9.5	7	10.9
Transfert établissement détention	4	4	3	5	3	4.8	2	3.1
Transfert établissement psychiatrique	1	1	2	3	2	3.2	7	10.9
Transfert Interne	2	2	2	2	2	3.2	2	3.1
Transfert structure intermédiaire	0		0		1	1.6	0	
Transfert établissement psychiatrique	0		0		1	1.6	0	
Réorientation	23	24	7	11	3	4.8	4	6.3

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Expulsion (UAS)	2	2	0		3	4.8	1	1.6
Placement institutionnel	0		1	2	1	1.6	0	
Départ à l'étranger	4	4	4	7	2	3.2	1	1.6
Décès	1	1	0		2	3.2	2	3.1
Décès par suicide	0		0		1	1.6	0	
Initiative du patient	4	4	0		0		0	
Autre mode de sortie	11	11	7	11	3	4.8	4	6.3
Sans Information	7	7	5	8	13	20.6	7	10.9

2.3.8 Autres activités

■ Formation

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

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

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

■ PPMT

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

2.3.9 Collaborations

L'ouverture du centre Azimut a permis à l'UAS de transférer quelques patients de la région de Bex vers cette structure. La collaboration entre les deux équipes se traduit notamment par la participation d'un intervenant d'Azimut au colloque de l'UAS et la présentation, ainsi que la discussion de situations cliniques. Les contacts ont aussi permis à l'équipe de l'UAS de réfléchir au pôle éducatif et sur les aspects bénéfiques qu'il peut y avoir lorsqu'une telle offre est disponible dans un centre de soins.

L'équipe est particulièrement en contact avec les assistants sociaux des centres sociaux régionaux ; il lui revient d'articuler (parfois en urgence) le lien et le fonctionnement en réseau avec les assistants sociaux ou avec les travailleurs de proximité et de participer au débroussaillage de situations administratives complexes. Une infirmière (réfèrent SIDA) fait plus spécifiquement le lien avec le médecin-assistant

^a APsyVA : Association des psychologues vaudois concernés par les addictions.

somaticien et s'occupe de programmer les bilans de santé, les tests hépatiques et VIH. Elle a également une activité dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire au sein de l'unité.

2.3.10 Gestion

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

Tableau 2.20 UAS : Postes disponibles, 2001-2003

	2001	2002	2003
	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)
Médecin adjoint	80	80	80
Médecins assistants	70	80	80
Psychologues	110	100	100
Infirmière ICUS	80	80	80
Infirmiers	320	320	320
Total médico-social	660	660	660
Personnel administratif	100	100	100
Personnel de maison	35	35	35
Total non médico-social	135	135	135
Total général	795	795	795

2.4 SYNTHÈSE DES CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

Dès le départ, le Centre Saint-Martin s'est donné pour mission d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale aux patients en situation d'urgence. L'équipe du CSM est pluridisciplinaire, composée de médecins psychiatres et somaticiens, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Son objectif général est d'être une porte d'entrée dans le réseau des différentes structures de prise en charge à seuil d'exigence plus élevé et de favoriser l'accès à un processus d'aide et de thérapie en développant des réponses adaptées à la demande des personnes toxicomanes.

De son côté, l'UAS a pour spécificité de concentrer les ressources à disposition sur la prise en charge et le traitement médico-psychiatrique des personnes toxicodépendantes. Son équipe est composée d'un médecin psychiatre, d'une équipe médico-psychologique et d'une équipe infirmière. Parallèlement, l'équipe, en lien avec le réseau existant, a discuté et défini des modalités de collaboration pour gérer les autres demandes des usagers et surtout les missions d'accueil et de suivi social ou socio-éducatif.

L'UAS a clairement une identité psychiatrique, par son rattachement au secteur psychiatrique public de l'Est Vaudois et par l'expérience en majorité psychiatrique des membres qui composent son équipe (souvent des doubles formations pour les infirmiers, par exemple : médecine somatique et psychiatrie ou santé communautaire et psychiatrie).

Ces deux structures sont considérées dans le réseau de soins comme des centres spécialisés d'appui et de conseil, et toutes deux ont des activités de recherche et de formation auprès des médecins et des intervenants.

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

2.4.1 Principales difficultés

Le CSM a dû faire face en 2004 à plusieurs cas de primo-infections au VIH. Elles concernaient des personnes toxicomanes de longue durée et qui étaient toutes des multi-consommatrices. Du point de vue de la santé, l'équipe a dû hospitaliser plusieurs patients pour des problèmes d'endocardie et des abcès inguinaux liés à des injections répétitives de cocaïne. Ces hospitalisations sont souvent liées à un placement à fin d'assistance et nécessitent une plus grande surveillance et parfois l'appel à la police pour que les patients arrivent à terminer le traitement anti-inflammatoire.

La collaboration entre l'UAS et le travail de proximité de ACT a pris différentes formes. Au départ, la collaboration mise en place par les deux structures consistait en une présence dans les locaux de l'UAS d'un collaborateur de ACT ainsi qu'en des bilans, si la nécessité s'en faisait sentir pour un "patient-usager" commun (ACT/UAS). Ce mode de collaboration s'est très vite retrouvé mis en question du fait des méthodes de travailler très différentes : prise en charge médico-psychiatrique d'un côté, travail de rue et accueil bas seuil de l'autre. Un certain nombre d'incompréhensions réciproques a alors surgi freinant le travail de complémentarité tel qu'il avait été envisagé initialement. Des changements dans l'équipe de ACT ainsi qu'un apprivoisement progressif et réciproque ont permis néanmoins de redéfinir des modes de collaboration, sans toutefois que la permanence de ACT dans les locaux de l'UAS ne reprenne. Actuellement, des échanges ont lieu autour de situations communes, dans le cadre de la campagne contre l'hépatite C ou encore pour des échanges d'informations.

2.4.2 Conclusion

Les deux centres de traitement connaissent une fréquentation stable qui correspond aux objectifs fixés lors de la conception des projets, entre 450 et 500 personnes suivies sur une année pour le CSM et entre 160 et 200 pour l'UAS.

Dans les deux structures, les patients reçus présentent pour 90% un problème de dépendance aux DD. Les patients n'entrant pas dans cette catégorie sont le plus souvent très rapidement orientés vers d'autres intervenants du réseau.

Pour le CSM, on relève un vieillissement de la clientèle, qui présente des problèmes de désinsertion importants tant du point de vue du logement que du travail. La clientèle de l'UAS semble connaître des problèmes un peu moins importants relativement à ces aspects.

Les deux centres de traitement ambulatoire ont de mieux en mieux aménagé leur place au sein du dispositif cantonal. Ils sont clairement identifiés et leurs offres sont connues et sollicitées. Au cours des années, ils ont développé des modes de collaboration tant avec les médecins installés qu'avec les structures bas seuil ou résidentielles, ce qui favorise une prise en charge complémentaire et adaptée à la réalité de chaque patient. Le soutien offert aux autres intervenants (consilium) et les contacts développés favorisent la continuité des traitements : il y a moins de ruptures abruptes et les usagers sont plus rapidement réintégrés dans le dispositif de soins.

Le travail de collaboration et d'échange s'est également étendu à des services non spécialisés dans la toxicomanie comme les services sociaux ou les instances juridiques, pour faciliter l'accès et les relations avec les personnes toxicodépendantes.

L'ouverture du centre Azimut a permis à l'UAS de transférer quelques patients de la région de Bex vers cette structure. La collaboration entre les deux équipes se traduit notamment par la participation d'un intervenant d'Azimut au colloque de l'UAS et la présentation, ainsi que la discussion de situations cliniques. Les contacts ont aussi permis à l'équipe de l'UAS de réfléchir au pôle éducatif et sur les aspects bénéfiques qu'il peut y avoir lorsqu'une telle offre est disponible dans un centre de soins.

Du point de vue des outils d'évaluation, les difficultés rencontrées avec la statistique Axia rendent l'interprétation des résultats pour le CSM difficile et ne fournissent pas un profil de l'ensemble de la clientèle suivie par l'équipe.

2.4.3 Recommandations

Une discussion doit être menée avec les responsables de la statistique Axia, pour savoir dans quelle mesure les extractions pourront être améliorées à l'avenir. Selon les résultats de cette discussion, une réflexion sur d'éventuels outils d'évaluation complémentaire devra avoir lieu.

La violence, qu'elle soit interne ou externe est un problème qu'il importe de prendre en considération et qui sera à résoudre ces prochaines années, dans un souci de sécurité, tant des usagers que des équipes qui travaillent avec eux.

Les deux centres doivent continuer à développer leur travail pour se faire connaître et « utiliser » comme centre spécialisé. Le partage des connaissances dans les domaines médico-psychiatrique et somatique, doit être poursuivi, notamment à l'intention des autres intervenants : médecins généralistes et équipes socio-éducatives.

3 CENTRES DE TRAITEMENT RÉSIDENTIEL

Les trois structures résidentielles du Levant à Lausanne, de la Fondation Bartimée à Grandson et du Foyer-Relais à Morges (voir le cahier annexe pour une présentation détaillée de chaque structure) ont fait l'objet d'un suivi durant cette 4^{ème} période 2002-2004. Dans ce chapitre, nous présentons les données relatives à chacune des structures.

3.1 MÉTHODES D'ÉVALUATION

La récolte d'informations sur la clientèle des structures résidentielles du canton de Vaud s'est faite à l'aide de deux outils. D'une part la statistique FOS devenue ACT-Info en 2003, qui permet de dresser le profil de la clientèle (variables socio-démographiques), mais aussi les liens des résidents avec le produit (type de produit consommé, durée, mode et fréquence de la consommation) et, de l'autre, des réunions de suivi avec les équipes. Ces réunions ont permis d'aborder un certain nombre d'aspects liés à l'évolution de la structure, tant dans son mode de prise en charge, que relativement à son organisation.

3.1.1 Source statistique

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation du traitement résidentiel de la toxicomanie (FOS)^a décrit annuellement la clientèle des centres de traitement résidentiel en Suisse. Les structures résidentielles du canton de Vaud ont intégré la statistique FOS au cours de l'année 1998. Depuis 2003, la statistique FOS a été remplacée par le questionnaire ACT-Info. Ce changement dans la récolte des données des structures résidentielles perturbe bien évidemment l'analyse statistique, toutes les variables n'étant pas systématiquement reprises.

Pour le suivi des institutions, qui couvre les années 2002 et 2003, nous avons choisi de donner une brève description de la clientèle en 2002 d'après la statistique FOS : nombre de personnes entrées en institution, sexe, âge moyen. La description plus détaillée du profil de consommation et des variables socio-démographiques se base sur la statistique ACT-Info.

En raison des ces changements d'outils statistiques, la comparaison entre les différentes années est problématique. Nous ne présenterons des données évolutives que pour les variables pour lesquelles la comparaison ne comporte pas de risque de biais. Les données plus complètes concernant 2002 (FOS) figurent dans les tableaux en annexe, qui reprennent les données par institution depuis 1999.

La statistique ACT-Info est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la toxicomanie. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident. Il contient des informations à la fois sur le mode de sortie du résident et sur un éventuel programme d'enchaînement, ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle prévue pour le résident.

Le profil de l'ensemble de la clientèle des structures résidentielles vaudoises participant à ACT-Info est présenté dans le chapitre épidémiologique du premier cahier.

^a FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

3.2 FONDATION DU LEVANT À LAUSANNE

3.2.1 Historique et objectifs

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

Le centre vise pour ses résidents plus précisément trois grands objectifs :

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

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

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

3.2.2 Organisation interne

Trois maisons accueillent les personnes désireuses d'entamer un séjour résidentiel : la Pichollette, l'Eventail et Couvet. A ces trois lieux de prise en charge s'ajoute le Centre de réinsertion professionnelle (CRP), qui ensemble constituent les centres résidentiels. Ils sont depuis 2002 placés sous l'égide d'un coordinateur résidentiel.

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

Ainsi, sans compter les stagiaires, ces équipes représentent en 2003 12,25 postes à plein temps à la Pichollette, 10,1 à l'Eventail, 7,6 à Couvet et enfin, 4,75 postes d'éducateurs au CRP.

3.2.3 Offres thérapeutiques

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

■ Accueil

- La Pichollette au Mont-sur-Lausanne, est un centre polyvalent qui s'adresse principalement à des parents souhaitant entreprendre une démarche de désintoxication en étant accompagnés de leurs enfants^a. Des accueils à court terme permettent également à des personnes qui ne veulent pas

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

s'engager, qui ne sont pas sûres ou qui sont en attentes d'une rente AI par exemple, de venir pour une durée de séjour de trois mois, renouvelable une fois (6 mois au maximum), dans le but d'établir un bilan de leur situation, ainsi qu'un projet de vie pour la suite. L'objectif est, avant tout, de permettre à la personne de se "réconcilier" avec elle-même et avec les autres, tout en collaborant avec la famille et le réseau. Dans ce but, la prise en charge consiste en un travail thérapeutique sur le déni et la motivation.

- Ces résidents renoncent à toute consommation de drogues durant leur séjour (y compris l'alcool durant le premier mois). Ils conservent cependant les prescriptions de substitution ou médicamenteuses et continuent à être suivis par leur médecin traitant.

■ Abstinence

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

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

Les adolescents qui étaient jusqu'à présent à la Pichollette sont désormais accueillis à Couvet (3-4 places), où ils bénéficient d'un programme adapté.

■ Doubles diagnostics

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

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

3.2.4 Déroulement du séjour

La procédure d'admission est identique pour les trois maisons de traitement et de soins. Elle consiste en un entretien de pré-admission avec le coordinateur résidentiel, les deux directeurs, ainsi que l'adjointe socio-administrative. Ensuite la maison qui semble être la plus adaptée est visitée, avant un second entretien qui a lieu, cette fois, avec le chef de maison.

Un changement important a été introduit depuis 2004. Il consiste à procéder à une réévaluation de la situation tous les trois mois environ. L'adjointe socio-administrative est responsable de cette évaluation, qui doit permettre, le cas échéant, de réorienter la personne vers une maison mieux adaptée à ses besoins.

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

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

un espace de socialisation. La garderie reçoit une dizaine d'enfants par année, pour la plupart en âge préscolaire.

renforcement et de prévention, demande une responsabilisation maximale dans la maison et la poursuite d'un travail personnel.

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

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

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

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

Un second changement important a été introduit dans le déroulement du séjour. Il concerne la sortie et consiste à anticiper cette étape que ce soit à l'aide d'un projet de réinsertion socio-professionnelle ou de contacts avec le réseau ou encore en faisant une demande AI.

■ Centre de réinsertion professionnelle (CRP)

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

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

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

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

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

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

Alors que les deux critères de réinsertion étaient l'autonomie au niveau du logement, ainsi que professionnelle, la Fondation du Levant s'est vue contrainte de diminuer ses exigences compte tenu des

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

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

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

difficultés actuelles croissantes à trouver un logement. Celles-ci conduisent à des situations de chronicisation des séjours dans le centre de réinsertion. La problématique évoluant alors d'un problème de dépendance, à une problématique de type social, ces personnes devenant des cas sociaux.

De plus cette chronicisation dans le résidentiel a des répercussions au niveau de la prise en charge et notamment par rapport à la dynamique de groupe.

3.2.5 Synthèse évolution

Concernant l'organigramme, les centres résidentiels dont les objectifs et les modes de prise en charge n'ont pas fondamentalement changé, se sont dotés d'un coordinateur résidentiel, ainsi que d'une adjointe socio-administrative (associée plus globalement aussi bien au secteur thérapeutique qu'administratif). Cette dernière intervient aussi bien lors des entretiens d'admission, qu'au cours de la prise en charge lors des réévaluations de situations qui désormais se font systématiquement tous les trois mois.

Une des principales évolutions de la situation, qui constitue aussi une difficulté majeure, concerne le logement. Les gérances sont de plus en plus réticentes à entrer en matière avec des "cas sociaux" ou des personnes ayant des dettes, parfois même lorsqu'il y a co-signature du bail avec la Fondation des Amis du Levant. Cette situation a des répercussions sur la prise en charge et entraîne des situations de chronicisation du séjour en résidentiel, limitant aussi les possibilités d'accès à de nouveaux résidents.

Selon les intervenants, le profil des résidents est très fluctuant.

3.2.6 Description de la clientèle : source statistique

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation du traitement résidentiel de la toxicomanie (FOS)^a décrit annuellement la clientèle des centres de traitement résidentiel en Suisse. Les structures résidentielles du canton de Vaud ont intégré la statistique FOS au cours de l'année 1998. Depuis 2003, la statistique FOS a été remplacée par le questionnaire ACT-Info. Ce changement dans la récolte des données des structures résidentielles perturbe bien évidemment l'analyse statistique, toutes les variables n'étant pas systématiquement reprises.

Pour le suivi des institutions, qui couvre les années 2002 et 2003, nous avons choisi de donner une brève description de la clientèle en 2002 d'après la statistique FOS : nombre de personnes entrées en institution, sexe, âge moyen. La description plus détaillée du profil de consommation et des variables socio-démographiques se base sur la statistique ACT-Info.

En raison de ces changements d'outils statistiques, la comparaison entre les différentes années est problématique. Nous ne présenterons des données évolutives que pour les variables pour lesquelles la comparaison ne comporte pas de risque de biais. Les données plus complètes concernant 2002 (FOS) figurent dans les tableaux en annexe, qui reprennent les données par institution depuis 1999.

La statistique ACT-Info est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la toxicomanie. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident. Il contient des informations à la fois sur le mode de sortie du résident et sur un éventuel programme d'enchaînement, ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle prévue pour le résident.

3.2.7 Profil de la clientèle à l'entrée (FOS 1999-2002, ACT-Info, 2003)

Environ 60 à 70 personnes par année ont intégré l'une ou l'autre des maisons du Levant entre 1998 et 2003, dont environ un tiers de femmes. L'âge moyen augmente légèrement au cours de cette période et est passé

^a FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

de 28 à 30.6 ans (médiane à 31 ans), ce qui correspond à la tendance de l'ensemble des institutions résidentielles vaudoises.

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

Tableau 3.1 Le Levant : profil des entrées, FOS-ACT-Info 1998-2003

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	66		71		71		34		65	
Nb femmes	22	33	25	35	22	31	10	29	27	42
Age										
Age moyen	27.7		28.8		29.5		29.8		30.6	
Age médian	27.5		28.0		28.0		30.0		31.0	
15 à 20 ans	8	12	3	4	2	3	2	6	2	3
21 à 25 ans	15	23	22	31	17	24	4	12	12	18
26 à 30 ans	26	39	20	28	24	33	14	41	18	28
31 à 35 ans	11	17	16	23	13	18	11	32	20	31
36 ans et plus	6	9	10	14	15	21	3	9	13	20

■ Insertion

60% des résidents avaient un logement fixe durant les 6 mois précédant l'admission en 2003 et 31% ont séjourné principalement à l'hôpital, en institution ou en prison. Environ 9% des résidents étaient sans domicile fixe avant l'entrée au Levant^a.

En ce qui concerne le travail, 15% des résidents avaient un travail à plein temps ou à temps partiel au cours des 6 mois précédant l'admission.

Les principales sources de revenu sont les assurances et les aides sociales qui augmentent au cours de la période, partant de 23% en 1999 pour atteindre 63% en 2003. 21% des résidents ont une rente AVS ou AI, ce qui est un peu plus que le pourcentage de l'ensemble de la population en séjour résidentiel dans le canton (15%). Il n'est plus possible de connaître les sources de revenus complémentaires, seul le revenu principal nous ayant été transmis. Les revenus illégaux sont ainsi quasi inexistantes par rapport aux années précédentes qui incluaient les revenus complémentaires.

■ Consommation

Alors que l'on notait globalement une diminution de la consommation de drogues dures entre 1999 et 2001, les chiffres sont à la hausse depuis 2002. En effet, on relève en 1999, 82% de consommateurs de drogues dures durant le mois précédant l'admission ; pourcentage qui passe à 59% en 2001, puis à 70% en 2002 et atteint 94% en 2003. Le pourcentage de consommateurs d'héroïne durant le mois, qui était de 59% en 1999 et 2000, diminue à 39% en 2001 puis reste relativement stable : 35% en 2003. La consommation de cocaïne qui était passée de 74% en 1999 à 61% en 2000 pour atteindre 48% en 2001 est remontée en 2003 au niveau de 1999 et concerne 74% des résidents. Parallèlement, la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est passée de 52 à 27% entre 1999 et 2001 avant de remonter à 45% en 2003. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figurent les benzodiazépines (28%), l'alcool (25%) et le cannabis (43%).

^a Les données qui permettaient de définir une situation de logement précaire n'existent plus dans ACT-Info.

La proportion de consommateurs s'étant injectés au cours de leur vie indique une légère diminution allant de 94% en 1998, à 85% des résidents en 2003. Le pourcentage d'usagers rapportant avoir consommé par injection durant le mois précédant l'admission (rapporté au nombre de consommateurs ayant consommé des dd durant la même période) a fortement chuté : 90% en 2001 à 38% en 2003.

Les données concernant l'âge du début de la consommation selon le produit sont proches de la moyenne vaudoise : la consommation d'héroïne commence en moyenne à 18 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail vers 19 ans.

La statistique ACT-Info ne contient plus d'information concernant les prises de risques. En effet, le nombre d'overdoses durant les 12 mois précédant l'admission n'est plus relevé et les questions sur le taux de partage de seringues ou de transmission de seringues usagées ne figurent plus dans le questionnaire d'entrée.

■ Santé et traitement

Au niveau de la santé, 37% des résidents déclarent avoir déjà souffert d'une hépatite. Les données transmises par ACT-Info ne nous permettent cependant pas de distinguer selon le type d'hépatite ni de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées. 88% des résidents ont déjà fait un test VIH. Parmi eux 8% déclarent un résultat positif en 2003.

Deux tiers des résidents suivent un traitement de substitution parallèlement à leur séjour en résidentiel.

77% des résidents ont déjà bénéficié d'un traitement de substitution à la méthadone au cours de leur vie, 57% d'un séjour résidentiel et 52% d'un sevrage. Seuls 6% des résidents n'avaient suivi aucun traitement pour leur toxicomanie avant l'entrée au Levant. Pour 20% des résidents, l'entrée en résidentiel fait suite à des mesures pénales.

En 2003, deux tiers des résidents a déjà été condamné : 51% pour motif de consommation et de détention de drogues et 41% pour commerce et importation de produits.

Tableau 3.2 Le Levant, Profil de la clientèle, ACT-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectifs	65	
Logement		
Fixe privé	39	60
Institution, prison, hôpital	20	31
SDF	6	9
Statut prof durant les 6 derniers mois		
Plein temps	6	9
Temps partiel	4	6
Travail occasionnel	4	6
Sans travail mais en recherche	7	11
Sans travail et sans recherche	42	65
Revenu principal durant le dernier mois		
Travail	2	3
Rente (AVS, AI)	14	21
Aide sociale, chômage, bourse	41	63
Revenus illégaux	5	7
Autres (famille, économie, emprunts)	3	5

	2003	
	n	%
Drogues dures durant la vie		
Drogues dures durant la vie	62	95
Héroïne	38	58
Cocaïne	51	78
Cocktail	5	8
Somnifère (Benzodiazépine)	29	45
Stimulants	20	31
Hallucinogènes	12	18
Héroïne et cocaïne	29	45
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures durant le mois	61	94
Héroïne	23	35
Cocaïne	48	74
Cocktail	1	1
Somnifères (Benzodiazépine)	18	28
Stimulants	5	8
Hallucinogènes	1	1
Héroïne et cocaïne	29	45
Injection		
Durant la vie	55	85
Durant le mois (rapporté aux Cdd dans le mois)	23	38
Age consommation		
Age consommation héroïne	17.8	
Age consommation cocaïne	19.6	
Age 1 ^{ère} injection	21.0	
VIH		
Personnes testées	63	97
Test VIH positif	6	9
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	4	6
Traitement de substitution	50	77
Séjour résidentiel	37	57
Sevrage	34	52
Traitement en cours		
Traitement de substitution (méthadone ou autre)	44	67
Entrée institution		
Suite à mesures pénales	13	20
Condamnation en lien avec la drogue		
Condamnation	45	69
Condamnation pour consommation, détention	33	51
Condamnation pour commerce, importation	27	41

3.2.8 Situation à la sortie de l'institution (ACT-Info, 2003)

Pour l'année 2003, 60 questionnaires de sortie ont été saisis.

La durée moyenne de séjour est proche de 13 mois avec un minimum de 30 jours et un maximum de 3 ans et demi. Ceci correspond à un rallongement de la durée moyenne de séjour qui était de 10 mois environ au cours des années précédentes. 38% des résidents ont une fin imprévue de séjour. Parmi les autres, 33% terminent leur séjour et aucun transfert n'est prévu vers d'autres structures de prise en charge ou de soutien. Pour 29% des résidents sortant, un transfert est établi, le plus souvent sous la forme d'un traitement de substitution (12%). Pour les autres, il peut s'agir d'une hospitalisation, de l'entrée en prison pour effectuer une peine, d'un suivi de type ambulatoire. Une personne quitte le Levant pour commencer un traitement de prescription d'héroïne.

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, les données montrent une proportion de résidents ayant un travail à plein temps ou temporaire de 20%. Le nombre de personnes se retrouvant au chômage est de 3%. 45% des résidents sont au bénéfice de l'aide sociale à leur sortie et 3% d'une rente AI.

65% des résidents avaient un logement fixe privé lors de leur départ de l'institution et 10% avaient le projet d'aller dans une institution. 5% n'avaient pas de solution de logement en vue (SDF) et pour 20% l'information était manquante.

La famille et les proches sont peu sollicités, puisque pour 2% au maximum des ex-résidents ils contribuent à leur revenu.

Avant leur sortie, environ 40% des résidents étaient abstinentes de tous produits ; 35% avaient consommé de la cocaïne, 17% de l'héroïne. Pour 35% le mode de consommation était l'injection.

Tableau 3.3 Le Levant : sortie et situation à la sortie, ACT-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectif		
Effectif de sortie	60	
Mode de sortie		
Comme convenu et sans transfert	20	33
Vers prescription héroïne	1	2
Vers traitement substitution	8	12
Vers traitement résidentiel	2	3
Vers suivi ambulatoire	2	3
Vers hospitalisation	2	3
Vers détention	1	2
Fin imprévue	23	38
Décès	1	2
Pas connu	0	0
Fin imprévue		
Dans le 1 ^{er} tiers	9	39
Dans le 2 ^{ème} tiers	7	30
Dans le 3 ^{ème} tiers	7	30

	2003	
	n	%
Durée du séjour (en mois)		
Moyenne		13.4
Min		1
Max		43
Consommation durant les 30 jours précédant la sortie*		
Héroïne	10	17
Cocaïne	21	35
Benzodiazépines	5	8
Alcool	8	13
Cannabis	18	30
Injection au cours des 30 derniers jours	21	35
Abstinent	25	42
Revenus		
Salaire	12	20
Rente (AVS, AI)	2	3
Aide sociale	27	45
Chômage	2	3
Famille, proche	1	2
Missing	16	27
Logement		
Fixe privé	39	65
Institution	6	10
SDF	3	5
Missing	12	20

3.2.9 Collaboration avec le réseau

La Fondation du Levant a créé plusieurs structures internes (le CRP, PuissanceL, le CAP) proposant des prolongements possibles et des compléments à son offre résidentielle. Elle a ainsi eu tendance à fonctionner de manière plus autonome par rapport au réseau. Mais une des priorités de la nouvelle direction a été d'améliorer cette collaboration avec le réseau au sens large et pas seulement celui spécifique à la toxicomanie. Désormais ces collaborations existent et le secteur résidentiel du Levant y a trouvé sa place.

La collaboration avec les hôpitaux psychiatriques s'est également améliorée, donnant lieu à la mise sur pieds de séjours de décharge (3-4 jours) pour les résidents de l'Eventail, ce qui permet de soulager une équipe très sollicitée et confrontée à une tension importante.

3.2.10 Gestion

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

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

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

Tableau 3.4 Le Levant : postes disponibles, 2004

	La Pichollette	L'Eventail	Couvet	CRP	Total
Chef de maison	100	100	100	100	400
Equipe socio-éducative	750	400	400	200	1750
Infirmière (santé)	100	100	0	0	200
Maître socio-professionnel	100	100	0	0	200
Equipe théâtre			100		100
Veilleur	125	200	125	125	550
Total médico-social	1175	900	725	425	2200
Secrétariat	50	50	0	0	100
Cuisine	50	60	60	0	170
Total non médico-social	100	110	60	0	270
					34,7 EPT*

* Equivalents plein temps

3.3 FONDATION BARTIMÉE À GRANDSON

3.3.1 Historique et objectifs

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

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

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

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

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

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

3.3.2 Organisation interne

L'équipe de Bartimée se compose actuellement de 17,9 postes qui se répartissent de la manière suivante en fonction des disciplines : 9,21 postes pour l'accompagnement (le poste du directeur correspond à 41% d'accompagnement et 59% de gestion) ; 1,7 postes pour les thérapeutes (un psychologue à 50% et

une thérapeute de famille à 20%) ; 3,3 postes de moniteurs socio-professionnels et 2,19 postes d'administratif.

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

3.3.3 Offre thérapeutique

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

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

■ Travail sur l'insertion sociale et la réinsertion professionnelle

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

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

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

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

Dès l'automne 2004 un nouveau projet, appelé "*Starting prof*" a vu le jour. Elaboré en collaboration avec Intégration pour tous (IPT), les offices régionaux de placement (ORP), les lieux de formation, ce projet consiste à évaluer les compétences et aptitudes professionnelles des résidents par rapport aux demandes de l'économie privée. L'objectif est de favoriser une coordination des liens avec l'extérieur, en mettant à disposition des places de stage, ainsi qu'en facilitant l'accessibilité à des cours de remise à niveau, notamment.

Dans ce cadre, il importe que le travail soit davantage défini en fonction d'une progression des exigences et des compétences requises pour un travail à l'extérieur. A l'issue de la formation, un diagnostic professionnel sera posé qui viendra compléter les évaluations thérapeutiques et éducatives également réalisées. Le diagnostic permettra d'indiquer ou non l'adéquation d'une demande de réinsertion professionnelle, AI ou la rente.

Une distinction est faite entre la réinsertion professionnelle et l'insertion sociale. En effet, il ne suffit pas pour les résidents d'acquérir des compétences professionnelles, mais il importe également que l'accent soit mis sur la socialisation de la personne. Le fait d'être inséré dans la société ne se fait pas uniquement par le travail, mais aussi grâce à la capacité de la personne à vivre avec les autres. C'est dans

cette perspective que s'est constituée en 2003 une association qui utilise les compétences des résidents et dont la première réalisation a consisté à mettre sur pied un projet à l'occasion de la fête de la musique. Ce dernier a été réalisé par les résidents en collaboration avec les intervenants.

■ Accompagnement

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

- **La référence** – dans le but d'améliorer les contacts avec les résidents et de garantir une cohérence de l'ensemble de la démarche thérapeutique, chaque usager se voit proposer un référent et un co-référent lors de son admission. Ainsi, les accompagnants référents assurent un suivi personnalisé, fournissant appui, conseils et orientation au résident. L'intervention des référents repose, de même que l'ensemble de la prise en charge, sur les approches développementale et systémique, en vue d'élaborer de nouvelles bases de communication avec l'entourage du résident.
- **Groupe prévention rechute** – il s'agit d'un groupe de parole hebdomadaire, obligatoire y compris pour les personnes en ETEX^b, animé par le directeur de Bartimée. C'est l'occasion pour chacun de partager ses expériences d'abstinence, d'analyser les difficultés et réussites respectives.
- **Groupe femmes** – ce groupe, réservé aux femmes, propose une approche spécifique des problèmes de dépendance féminine. Un groupe de parole, ainsi que des activités thérapeutiques, de loisirs et esthétiques sont offerts dans ce cadre aux résidentes.

■ Prise en charge de développement personnel

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

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

- **La psychothérapie** : sur le principe du non-jugement et de la sécurité, la psychothérapie a pour but une réflexion sur les mécanismes qui ont amené la personne à devenir dépendante. C'est l'occasion pour le résident de travailler sur la dépendance, sur son comportement et ses émotions dans l'objectif d'intégrer une vision plus réaliste de ses fonctionnements, d'acquérir une position plus responsable par rapport à ses actes et d'intérioriser une structure cadre afin de développer des capacités à accepter des frustrations. De façon complémentaire, la thérapie de groupe permet un travail spécifique sur les réactions au regard des autres, ainsi que sur le sentiment de honte.
- **Entretiens de famille** – ces entretiens réunissent la personne en cure, sa famille (conjoint, enfants, fratrie ou toute personne vivant sous le même toit), le référent ainsi qu'un thérapeute de famille. Ces entretiens, de type systémique, permettent d'aborder et de travailler sur les relations et interactions dans la famille. Un suivi régulier avec la famille est mis en place. Ces entretiens ont des buts multiples : il s'agit non seulement de soutenir la personne en cure et sa famille dans l'histoire de la dépendance, de créer une alliance avec la famille et le patient pour soutenir le processus d'évolution, mais aussi de confronter les représentations familiales à la réalité de la maladie, de mettre en

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

^b Etape dite de la Transition vers l'extérieur.

évidence les ressources et potentialités de la famille, ou encore de consolider les relations et actions entre le réseau thérapeutique de la personne soignée et sa famille^a.

3.3.4 Déroulement du séjour

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

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

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

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

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

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

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

Chaque étape se termine par une évaluation, selon la nouvelle formule en accord avec *starting prof*, à laquelle participent le résident, son référent ainsi que le responsable du travail d'atelier. Le directeur prend connaissance de toutes les évaluations et en approuve la rédaction si celle-ci est conforme.

■ La transition vers l'extérieur (Etex)

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

^a Pour atteindre ces objectifs, plusieurs outils sont mobilisés. Parmi ceux-ci des entretiens réguliers basés sur une réflexion en équipe de l'évolution de la personne et de sa famille ; un travail sur le génogramme, mais aussi une attitude empathique, tolérante et de soutien, ainsi que le rappel des objectifs à atteindre. Les entretiens regroupant des proches permettent de travailler sur les angoisses, le manque de dialogue, la co-dépendance, ainsi que sur les ruptures en vue de réaménager des relations acceptables pour chacun. Un travail sur l'histoire et le rôle du résident au sein de sa famille est également réalisé.

^b Etex pour Concept étape extérieure.

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

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

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

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

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

3.3.5 Synthèse évolution

Il faut relever que, compte tenu des difficultés croissantes à trouver un logement, cette exigence à satisfaire pour pouvoir entreprendre la phase de transition vers l'extérieur a dû être assouplie, afin de permettre aux résidents de poursuivre leur parcours de prise en charge. Mais il en résulte aussi une tendance à la prolongation des séjours. Quant au travail, tous n'en ont pas à la sortie, mais comme nous l'avons évoqué précédemment, différents dispositifs sont envisagés pour faciliter une réinsertion professionnelle et sociale.

La Fondation entame une restructuration en douceur, déclenchée entre autre par les restrictions budgétaires et le retrait de l'OFAS dans le subventionnement de l'institution, mais aussi en rapport avec son souci d'adapter le concept aux réalités et selon des critères d'efficacité.

3.3.6 Description de la clientèle : source statistique

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation du traitement résidentiel de la toxicomanie (FOS)^b décrit annuellement la clientèle des centres de traitement résidentiel en Suisse. Les structures résidentielles du canton de Vaud ont intégré la statistique FOS au cours de l'année 1998. Depuis 2003, la statistique FOS a été remplacée par le questionnaire ACT-Info. Ce changement dans la récolte des données des structures résidentielles perturbe bien évidemment l'analyse statistique, toutes les variables n'étant pas systématiquement reprises.

Pour le suivi des institutions, qui couvre les années 2002 et 2003, nous avons choisi de donner une brève description de la clientèle en 2002 d'après la statistique FOS : nombre de personnes entrées en institution, sexe, âge moyen. La description plus détaillée du profil de consommation et des variables socio-démographiques se base sur la statistique ACT-Info.

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

^b FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

En raison des ces changements d'outils statistiques, la comparaison entre les différentes années est problématique. Nous ne présenterons des données évolutives que pour les variables pour lesquelles la comparaison ne comporte pas de risque de biais. Les données plus complètes concernant 2002 (FOS) figurent dans les tableaux en annexe, qui reprennent les données par institution depuis 1999.

La statistique ACT-Info est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la toxicomanie. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident. Il contient des informations à la fois sur le mode de sortie du résident et sur un éventuel programme d'enchaînement, ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle prévue pour le résident.

3.3.7 Profil de la clientèle à l'entrée (FOS 1999-2002, ACT-Info 2003)

■ Insertion

Au total, environ 16 à 18 personnes par an ont intégré Bartimée entre 1998 et 2003. Seules 21% sont des femmes en 2003. L'âge moyen augmente progressivement de 29 ans à 31 ans au cours de la période (médiane à 30 ans), avec une classe de 26 à 30 ans qui représente entre 40% et 50% de la clientèle.

Tableau 3.5 Bartimée : profil des résidents lors de leur entrée, 1999-2003

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	17		16		34		12		18	
Nb femmes	4	24	5	31	10	29	3	25	4	22
Age										
Age moyen	28.9		28.8		29.4		27.8		31.1	
Age médian	28		28		28		28		30.0	
15 à 20 ans	1	6	1	6	0	0	1	8	0	0
21 à 25 ans	3	18	2	12	8	24	2	17	1	6
26 à 30 ans	6	36	8	49	13	38	6	50	8	44
31 à 35 ans	5	30	3	19	8	24	3	25	5	28
36 ans et plus	2	12	2	12	5	15	0	0	4	22

Septante pour cent des résidents sont de nationalité suisse et 20 % ont des enfants. 67% d'entre eux ont eu un logement fixe durant les 6 mois précédents l'admission en 2003. Environ 6% étaient sans domicile fixe en 2003. La comparaison avec les années précédentes n'est cependant pas possible. En effet, la variable incluait les personnes en situation précaire entre 1999 et 2001.

11% avaient un travail à temps complet et 6% un travail occasionnel au cours des 6 mois précédant l'admission. Les principales sources de revenu sont les assurances et aides sociales (71%) ; une personne est au bénéfice d'une rente AVS ou AI et 6% ont un revenu lié à une activité professionnelle.

■ Consommation

Au total, plus de 90% des résidents ont consommé des drogues dures le mois précédant leur admission. Les données disponibles montrent une proportion plus ou moins équivalente de consommateurs de cocaïne (61%) et de consommateurs d'héroïne (67%). 7% ont consommé des cocktails durant la même période. Au

total, 83% consomment les deux substances. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figurent les benzodiazépines (56%), l'alcool (33%) et le cannabis (28%).

Parmi les consommateurs de dd durant le mois précédant l'admission, 65% ont consommé par injection (89% des résidents ont consommé par injection au cours de leur vie).

Les données concernant l'âge du début de la consommation selon le produit sont inférieures aux données vaudoises. Toutefois, concernant l'âge du début de la consommation de la cocaïne, seules 4 personnes ont donné une réponse. La consommation d'héroïne commence en moyenne à 18 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail vers 17 ans.

La statistique ACT-Info ne contient plus d'information concernant les prises de risques. En effet, le nombre d'overdoses durant les 12 mois précédant l'admission n'est plus relevé et les questions sur le taux de partage de seringues ou de transmission de seringues usagées ne figurent plus dans le questionnaire d'entrée.

■ Santé et traitement

Au niveau de la santé, environ 50% des résidents déclarent avoir déjà souffert d'une hépatite. Les données transmises par ACT-Info ne nous permettent malheureusement pas de distinguer selon le type d'hépatites et de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées. Parmi les personnes ayant fait le test VIH, aucune n'est séropositive.

Tableau 3.6 Bartimée, profil de la clientèle, ACT-Info 2003

	2003	
	n	%
Effectifs	18	
Logement durant le dernier mois		
Fixe privé	12	67
Institution, prison, hôpital	3	17
SDF	1	6
Missing	2	11
Statut prof durant les 6 derniers mois		
Plein temps	2	11
Temps partiel	0	0
Travail occasionnel	1	6
Sans travail mais en recherche	3	17
Sans travail et sans recherche	9	50
Missing	2	11
Revenu principal durant le dernier mois		
Travail	1	6
Rente (AVS, AI)	1	6
Aide sociale, chômage, bourse	11	71
Revenus illégaux	0	0
Autre (famille, économie, emprunts)	2	11
Missing	1	6
Drogues dures durant la vie		
Drogues dures durant la vie	18	100
Héroïne	15	83
Cocaïne	17	94

	2003	
	n	%
Cocktail	7	39
Somnifère (Benzodiazépine)	10	56
Stimulants	11	61
Hallucinogènes	3	17
Héroïne et cocaïne	15	83
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures durant le mois	17	94
Héroïne	12	67
Cocaïne	11	61
Cocktail	7	39
Somnifères (Benzodiazépine)	6	33
Stimulants	2	11
Hallucinogènes	0	0
Héroïne et cocaïne	15	83
Injection		
Durant la vie	16	89
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de drogues dures dans le mois)	11	65
Age consommation		
Age consommation héroïne	18.0	
Age consommation cocaïne	16.7	
Age 1 ^{ère} injection	20.4	
VIH		
Personnes testées	18	100
Test VIH positif	0	0
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	1	6
Traitement de substitution	14	78
Séjour résidentiel	10	56
Sevrage	12	67
Traitement en cours		
Traitement de substitution (méthadone ou autre)	2	12
Entrée institution		
Suite à mesures pénales	2	11
Condamnation en lien avec la drogue		
Condamnation	10	67
Condamnation pour consommation, détention	7	39
Condamnation pour commerce, importation	5	28

3.3.8 Situation à la sortie de l'institution (ACT-Info, 2003)

Un questionnaire de sortie a été rempli pour 11 résidents de Bartimée en 2003.

La durée moyenne de séjour est de 1 an, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 22 mois. Par rapport aux chiffres des années précédentes, ces résultats montrent un allongement de la durée de séjour.

Un peu plus d'un tiers des résidents vont en appartement protégé à leur sortie. La même proportion interrompt son séjour de manière imprévue et le dernier tiers est orienté vers un suivi ambulatoire.

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, un pourcentage important se retrouve à l'aide sociale (73%). Seuls 18% envisagent un revenu lié à une activité professionnelle.

73% ont en vue un logement fixe privé, souvent en ménage avec les parents. 18% vont résider en institution.

Concernant la consommation durant le mois précédant la sortie, 18% sont abstinents de tous produits. Pour une bonne moitié, l'alcool est mentionné comme produit posant problème. 27% ont consommé de l'héroïne et le même pourcentage a consommé de la cocaïne. Dans 18% des cas, cette consommation s'est faite par injection.

Tableau 3.7 Bartimée : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, ACT-Info 2003

Effectif	2003	
	n	%
Effectif de sortie	11	
Mode de sortie		
Comme convenu et sans transfert		
Vers prescription héroïne		
Vers traitement substitution		
Vers traitement résidentiel		
Vers suivi ambulatoire	3	27
Vers hospitalisation		
Vers détention		
Fin imprévue	4	36
Décès		
Appartement protégé	4	36
Fin imprévue		
Dans le 1 ^{er} tiers	3	75
Dans le 2 ^{ème} tiers	1	25
Dans le 3 ^{ème} tiers		
Missing		
Durée du séjour (en mois)		
Moyenne		12
Min		3
Max		22
Consommation durant les 30 jours précédant la sortie		
Héroïne	3	27
Cocaïne	3	27
Benzodiazépines	1	9
Alcool	6	55
Cannabis	2	18
Injection au cours des 30 derniers jours	2	18

	2003	
Effectif	n	%
Abstinent	2	18
Revenus		
Salaire	2	18
Rente (AVS, AI)		
Aide sociale	8	73
Chômage		
Famille, proche		
Missing	1	9
Logement		
Fixe privé	8	73
Institution	2	18
SDF		
Missing	1	9

3.3.9 Collaboration et réseau

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

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

Un effort particulier a été mis sur les collaborations avec le réseau. Des contacts avec les services ambulatoires notamment ont été pris afin de faire connaître les activités de la Fondation. L'équipe de Bartimée a fait passer en 2003 au sein du réseau un questionnaire de satisfaction. Il en est ressorti un certain nombre de critiques adressées à la Fondation, qui semblent être le résultat de visions contrastées de la prise en charge entre le secteur ambulatoire et celui résidentiel. Suite à ce constat, une réflexion sur des interventions susceptibles d'être menées conjointement, ainsi que sur les modalités de collaborer est en cours.

3.3.10 Gestion

Tableau 3.8 Bartimée : postes disponibles, 2003

	2003
Équipe d'accompagnement (socio-éducatif + infirmier)	811
Thérapeute	170
Equipe socio-professionnelle	330
Total médico-social	1311
Administratif	140
Total non médico-social	140
Total général	1451

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

3.4 LE FOYER-RELAIS À MORGES

3.4.1 Historique et objectifs

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

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

Les principaux objectifs poursuivis par le Foyer-Relais sont :

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

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

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

3.4.2 Organisation interne

L'équipe du Foyer-Relais est composée d'une directrice, de six éducateurs spécialisés à 100%, de trois employé(e)s de maison pour la cuisine (60%) et l'entretien (50%) et de deux postes de veilleur (200%). Le Spi dispose quant à lui de deux intervenants pour un 170%.

3.4.3 Offres thérapeutiques

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

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

■ Prise en charge socio-éducative

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

- L'action socio-éducative au quotidien : l'intervention socio-éducative s'ancre dans les événements quotidiens qui constituent en quelque sorte un terrain d'apprentissage. Les réactions et attitudes sont alors analysées et constituent un outil permettant d'atteindre progressivement les objectifs fixés.
- Les entretiens individualisés et les bilans : les entretiens visent principalement à accompagner le travail sur soi de la personne, à l'accompagner dans ses choix, à la soutenir moralement et psychologiquement, mais aussi à mettre en évidence ses compétences. Il s'agit avant tout de contribuer à favoriser l'acquisition de l'autonomie, la capacité de réflexion, la construction d'une meilleure image de soi, ainsi que l'acquisition d'un équilibre social et personnel.
- Quant aux bilans mensuels, ils portent sur le projet initial, les démarches entreprises, les difficultés rencontrées et solutions pour les surmonter, mais également sur la situation actuelle et les objectifs visés, avec des réajustements le cas échéant. Ces bilans sont aussi l'occasion de "mettre à jour" le contrat en tenant compte de l'évolution de la personne, des compétences ou difficultés mises en évidence ainsi que du contexte socio-économique.
- Cinq modules théoriques et pratiques d'apprentissage sont proposés : 1) gestion administrative, 2) recherche d'emploi/" atelier JOB " (Relais-Services " ateliers de travail " ; recherche d'emplois et formation ; chômage et RMR), 3) logement, 4) cuisine, 5) lecture et écriture créatives.

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

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

■ Prise en charge spécifique "femmes"

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

■ Prise en charge médicale

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

3.4.4 Déroutement du séjour

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

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

Au moment de l'entrée au Foyer, un contrat individuel, oral ou écrit est établi entre la personne et les éducateurs. Elaboré en fonction de la situation globale de la personne, ainsi que de ses projets, ce contrat est le fil conducteur de la démarche socio-éducative tout au long du séjour ; il reste néanmoins

modifiable et renégociable. Ce contrat fait par la suite l'objet d'ajustements et d'une réactualisation lors des bilans mensuels, en fonction de l'analyse continue de l'évolution, de la transformation ou de l'émergence de nouveaux besoins.

Centré sur les projets individuels, l'encadrement socio-éducatif s'adresse à la personne dans sa globalité. L'accent est mis sur la relation de la personne avec l'extérieur de même que sur la confrontation avec les réalités de la société. Ainsi, compte tenu de la problématique et des projets de chacun, des contacts et collaborations sont établis avec la famille, les services sociaux et administratifs, les représentants du système judiciaire, du domaine médical, mais aussi des services privés ou publics liés au travail.

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

■ Suivi post-institutionnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.5 Synthèse évolutions

Depuis plus d'une année, la durée des séjours va dans le sens d'un allongement, avec des répercussions non négligeables à la fois pour les résidents et la structure. En effet, les difficultés à trouver un logement sont pour les résidents une source de démotivation et d'angoisses, un stress supplémentaire. Par ailleurs, ces difficultés ont pour conséquence de prolonger la durée du séjour en résidentiel, qui a

débouché sur la constitution d'une liste d'attente. Cette situation est préoccupante, d'autant plus que pour de potentiels résidents, une demande d'admission relève d'une décision qui ne va pas de soi et le fait de devoir attendre peut avoir un effet dissuasif.

Parmi les éléments explicatifs de cet allongement des séjours, ce sont principalement les difficultés conjoncturelles et structurelles d'accès au travail et au logement qui sont évoquées comme obstacles à une sortie du Foyer. Dans le contexte de pénurie du logement, les résidents cumulent les handicaps ayant souvent de poursuites, un travail temporaire et pas de salaire fixe.

3.4.6 Description de la clientèle : source statistique

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation du traitement résidentiel de la toxicomanie (FOS)^a décrit annuellement la clientèle des centres de traitement résidentiel en Suisse. Les structures résidentielles du canton de Vaud ont intégré la statistique FOS au cours de l'année 1998. Depuis 2003, la statistique FOS a été remplacée par le questionnaire ACT-Info. Ce changement dans la récolte des données des structures résidentielles perturbe bien évidemment l'analyse statistique, toutes les variables n'étant pas systématiquement reprises.

Pour le suivi des institutions, qui couvre les années 2002 et 2003, nous avons choisi de donner une brève description de la clientèle en 2002 d'après la statistique FOS : nombre de personnes entrées en institution, sexe, âge moyen. La description plus détaillée du profil de consommation et des variables socio-démographiques se base sur la statistique ACT-Info.

En raison des ces changements d'outils statistiques, la comparaison entre les différentes années est problématique. Nous ne présenterons des données évolutives que pour les variables pour lesquelles la comparaison ne comporte pas de risque de biais. Les données plus complètes concernant 2002 (FOS) figurent dans les tableaux en annexe, qui reprennent les données par institution depuis 1999.

La statistique ACT-Info est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la toxicomanie. Le deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident. Il contient des informations à la fois sur le mode de sortie du résident et sur un éventuel programme d'enchaînement, ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle prévue pour le résident.

3.4.7 Profil de la clientèle à l'entrée (FOS 1999-2002, ACT-Info 2003)

■ Insertion

Au total, entre 20 et 40 personnes par an en moyenne ont intégré le Foyer-Relais entre 1998 et 2003. La proportion de femmes a diminué et s'élevait à 21% en 2003. L'âge moyen augmente progressivement et était de 31.6 ans (médiane à 31 ans) en 2003.

Un peu plus de 70% des résidents sont de nationalité suisse, très peu ont des enfants. 41% avaient un logement fixe durant les 6 mois précédant l'admission, environ 14% étaient sans domicile fixe et 28 % vivaient dans une institution (institution, prison, hôpital).

20% des résidents avaient un travail à temps plein temps ou à temps partiel avant leur entrée en institution. 21% ont eu plusieurs occupations durant les 6 mois précédant leur entrée. Les principales sources de revenu sont les assurances et les aides sociales que touchent 72% des résidents ; deux personnes sont au bénéfice d'une rente AVS ou AI et 10% tirent leur revenu principal d'une activité professionnelle.

^a FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

Tableau 3.9 Le Relais : profil des résidents lors de leur entrée, 1999-2003

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	20		18		27		37		29	
Nb femmes	3	15	6	33	11	41	12	32	6	21
Age										
Age moyen	31.5		28.8		28.1		29.2		31.6	
Age médian	28.0		28.5		28.0		30.0		31.0	
15 à 20 ans	2	10	2	11	5	19	4	11	1	3
21 à 25 ans	5	25	4	22	7	25	8	22	3	10
26 à 30 ans	4	20	5	28	4	15	8	22	8	28
31 à 35 ans	3	15	6	33	8	30	10	27	9	31
36 ans et plus	6	30	1	6	3	11	7	19	8	28

■ Consommation

En 2003, 79% des résidents ont consommé des drogues dures le mois précédant leur admission : 28% de l'héroïne, 55% de la cocaïne, 17% des cocktails. Pour 48% des résidents, il y a eu consommation et de cocaïne et d'héroïne. Parmi les autres substances relativement fréquemment mentionnées, figurent les benzodiazépines (38%), l'alcool (24%) et le cannabis (21%).

Parmi les consommateurs de dd durant le mois précédant l'admission, 39% ont consommé par injection, tandis que 62% déclarent avoir consommé par injection au cours de leur vie.

Les données concernant l'âge du début de la consommation, selon le produit, sont légèrement inférieures aux données vaudoises. D'une manière générale, la consommation d'héroïne commence en moyenne à 16.5 ans et celle de cocaïne, de crack ou de cocktail vers 17-18 ans.

La statistique ACT-Info ne contient plus d'information concernant les prises de risques. En effet, le nombre d'overdoses durant les 12 mois précédant l'admission n'est plus relevé et les questions sur le taux de partage de seringues ou de transmission de seringues usagées ne figurent plus dans le questionnaire d'entrée.

■ Santé et traitement

Au niveau de la santé, on observe une forte diminution des résidents déclarant avoir déjà souffert d'une hépatite (18% en 2003 et 59% en 2001), mais pour beaucoup de résidents, les données sont manquantes. Les données tirées d'ACT-Info ne nous permettent malheureusement pas de distinguer selon le type d'hépatites, ni de connaître la proportion de personnes qui auraient été vaccinées. La séroprévalence au VIH s'élève à 10% chez les personnes testées.

Tableau 3.10 Le Relais : profil de la clientèle, ACT-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectifs	29	
Logement durant le dernier mois		
Fixe privé	12	41
Institution, prison, hôpital	8	28
SDF	4	14
Missing	5	17

	2003	
	n	%
Statut prof durant les 6 derniers mois		
Plein temps	3	10
Temps partiel	3	10
Travail occasionnel	6	21
Sans travail mais en recherche	4	14
Sans travail et sans recherche	10	34
Missing	2	7
Revenu principal durant le dernier mois		
Travail	3	10
Rente (AVS, AI)	2	7
Aide sociale, chômage, bourse	21	72
Revenus illégaux	0	0
Autre (famille, économie, emprunts)	0	0
Missing	3	10
Drogues dures durant la vie		
Drogues dures durant la vie	24	83
Héroïne	15	52
Cocaïne	18	62
Cocktail	7	24
Somnifères (Benzodiazépine)	18	62
Stimulants	4	14
Hallucinogènes	1	3
Héroïne et cocaïne	14	48
Drogues dures durant le mois		
Drogues dures durant le mois	23	79
Héroïne	8	28
Cocaïne	16	55
Cocktail	5	17
Somnifères (Benzodiazépine)	11	38
Stimulants	1	3
Hallucinogènes	0	0
Héroïne et cocaïne	14	48
Injection		
Durant la vie	21	41
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de drogues dures dans le mois)	9	39
Age consommation		
Age consommation héroïne	16.5	
Age consommation cocaïne	17.6	
Age 1 ^{ère} injection	21.3	
VIH		
Personnes testées	18	62
Test VIH positif	3	10

	2003	
	n	%
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	2	6
Traitement de substitution	24	82
Séjour résidentiel	22	76
Sevrage	16	55
Traitement en cours		
Traitement de substitution (méthadone ou autre)	23	79
Entrée institution		
Suite à mesures pénales	2	7
Condamnation en lien avec la drogue		
Condamnation	15	52
Condamnation pour consommation, détention	11	38
Condamnation pour commerce, importation	11	38

3.4.8 Situation à la sortie de l'institution (ACT-Info, 2003)

21 questionnaires de sortie ont été remplis en 2003. Un tiers des sorties se sont déroulées conformément à ce qui avait été prévu avec l'utilisateur ; 62% des séjours ont été interrompus de manière imprévue. Les interruptions ont eu lieu principalement dans les deux premiers tiers du séjour.

En moyenne, les résidents ont séjourné entre 4 et 5 mois dans l'institution avec un minimum de 3 jours et un maximum de près de 14 mois.

Tableau 3.11 Le Relais : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, ACT-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectif		
Effectif de sortie	21	
Mode de sortie		
Comme convenu et sans transfert	7	33
Vers prescription héroïne	1	5
Vers traitement substitution		
Vers traitement résidentiel		
Vers suivi ambulatoire		
Vers hospitalisation		
Vers détention		
Fin imprévue	13	62
Décès		
Pas connu		
Fin imprévue		
Dans le 1 ^{er} tiers	5	42
Dans le 2 ^{ème} tiers	6	50
Dans le 3 ^{ème} tiers	1	8
Missing	1	8

	2003	
	n	%
Durée du séjour (en mois)		
Moyenne		4.5
Min		0
Max		13
Consommation durant les 30 jours précédant la sortie		
Héroïne	3	14
Cocaïne	4	19
Benzodiazépines	5	24
Alcool	5	24
Cannabis	5	24
Injection au cours des 30 derniers jours	3	14
Abstinents missing	21	
Revenus		
Salaire	1	5
Rente (AVS, AI)	1	5
Aide sociale	17	81
Chômage		
Famille, proche		
Missing	2	9
Logement		
Fixe privé	6	29
Institution	2	9
SDF	3	14
Missing	10	48

Si l'on regarde les données concernant les conditions de logement et les activités professionnelles pour les personnes quittant l'institution, 5% ont un travail à plein temps ou à temps partiel et 5% bénéficient d'une rente AI. La majorité (81%) sont à l'aide sociale. 29% ont en vue un logement fixe, 9% vont en institution et 14 sont sans domicile fixe.

Pour 14% des ex-résidents, il y a eu une consommation d'héroïne au cours du mois précédant la sortie et pour 19% une consommation de cocaïne. Pour 14%, le mode de consommation était l'injection. La question sur l'abstinence à tous produits n'a pas été remplie (missing=21).

3.4.9 Collaboration et réseau

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

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

Ainsi dans les situations de couples qui attendent un enfant, qui tendent actuellement à se multiplier, le Foyer organise des réunions de réseau.

3.4.10 Gestion

Tableau 3.12 Le Relais : postes disponibles, 2003

	2003
Equipe socio-éducative	600
Direction	80
Employés d'exploitation	110
Veilleurs	200
Total général	990

A cela s'ajoutent les postes de direction/comptabilité/secrétariat, ventilés sur l'ensemble des structures de l'Association par des clés péréquatives.

3.5 SYNTHÈSE RÉSIDENTIEL

3.5.1 Conclusions

Les trois institutions suivies offrent des possibilités de prise en charge résidentielle diversifiées, avec le choix de l'abstinence ou du maintien d'un traitement de substitution.

Elles travaillent toutes avec la gestion du quotidien comme premier outil d'ancrage social. Par la suite, chacune propose divers outils thérapeutiques : entretiens individuels, approche systémique, groupe femme, expression artistique, prévention rechute, etc.

La prise en charge peut être très protectrice avec des phases excluant tout contact avec l'extérieur ou plus ouvertes. De même, les différentes prestations (médicales ou visant la réinsertion) peuvent être fournies soit en interne (médecin rattaché à l'institution par exemple) ou en collaboration avec différents partenaires extérieurs à l'institution (médecins généralistes).

L'âge moyen des résidents augmente et passe de 29 à 31 ans entre 2001 et 2003. Un pourcentage important est sans travail et dans une situation de logement précaire le mois précédant l'admission. Le séjour en institution permet surtout une amélioration de la situation professionnelle à la sortie. Par contre, de grandes difficultés existent pour trouver un logement fixe à la sortie.

La transition entre une prise en charge résidentielle et la vie extérieure reste une étape délicate malgré l'accompagnement ambulatoire proposé par les trois structures à la fin du séjour.

Environ la moitié des séjours se termine par une interruption prématurée et dans ces cas il y a des risques importants de rechute dans la consommation. Il existe à ce jour peu de possibilités pour rentrer en contact avec ces personnes. Elles retournent le plus souvent au bout de quelque temps dans des centres d'accueil, parfois après des prises de risques considérables liées à une période d'abstinence.

Du point de vue des outils d'évaluation, le passage de la statistique FOS à ACT-Info a entraîné la suppression de données importantes du point de vue épidémiologique, notamment la prise de risque liée au partage des seringues, mais également les informations sur la prévalence des hépatites B et C ne sont plus disponibles.

Il n'y a actuellement aucun suivi du devenir des usagers après leur séjour en institution résidentielle mis à part lorsqu'un suivi ambulatoire est demandé par les résidents.

Enfin, il faut noter que les structures résidentielles sont dans une situation d'incertitude en ce qui concerne leur financement.

3.5.2 Recommandations

Une réflexion doit être menée sur les interruptions de séjour en vue de définir un moyen de limiter, ainsi que de prévenir les risques encourus par la personne qui quitte de cette manière une institution. Des modalités de collaborations devraient être développées avec les autres intervenants, notamment ceux du bas seuil face à ce problème.

Pour faciliter la transition vers la vie à l'extérieur, les équipes doivent renforcer leurs collaborations avec des services sociaux généralistes et des associations de type Sport'ouverte etc. pour encourager une resocialisation des résidents tout en maintenant pendant un certain temps un suivi ambulatoire.

3.6 UNITÉ DE SEVRAGE : LA CALYPSO

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

De par son rattachement au DUPA, la Calypso remplit également une mission universitaire de formation et de recherche.

3.6.1 Offre thérapeutique

Depuis 2001, il existe quatre programmes de sevrage : le premier vise l'abstinence de tout produit à la sortie, méthadone y compris. Le deuxième prévoit le maintien des benzodiazépines sur prescription. Le troisième permet le maintien d'un traitement de substitution à la méthadone, alors que le quatrième prévoit le maintien des benzodiazépines et de la méthadone. Ces programmes, appelés PROSPER^b, ne s'adressent pas forcément à des clientèles différentes, mais sont plutôt une proposition de sevrage par étapes successives, pour les personnes qui ne se sentent pas prêtes à se passer d'un coup d'une aide sous forme de médicaments.

Les techniques de sevrage consistent essentiellement en des méthodes classiques avec des traitements médicamenteux pendant une hospitalisation allant de 10 à 20 jours^c.

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

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

^b Les PROSPER sont 4 PROgrammes de Sevrage PERsonnalisés.

^c Dans le cadre d'une recherche entamée en avril 2000, les techniques de sevrage ultracourt (SOUC) avec anesthésie générale ont été appliquées à certains patients, en collaboration avec l'hôpital de St-Loup. Actuellement cette technique a été abandonnée.

parole sur l'organisation du séjour, groupe prévention rechute, etc.) et la dimension socio-éducative (projet de réinsertion, repas, loisirs).

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

■ Pré-admissions

En vue de consolider la prise en charge et les chances de réussite des sevrages, la Calypso a développé la préparation à l'hospitalisation. Le patient peut ainsi être vu entre 1 et 5 fois pour discuter et améliorer son projet. Cela peut aussi être l'occasion d'entretien avec le réseau ou la famille. Environ 20% des patients de la Calypso profitent de cette pré-admission étendue. De l'avis de l'équipe, ce passage permet aux patients de mieux tenir le coup durant le sevrage et également d'améliorer le projet à la sortie.

■ Post sevrage

L'équipe offre également une possibilité de suivi ambulatoire post-sevrage. Il s'agit essentiellement d'une prévention de la rechute qui sert surtout pour les patients dont le projet à la sortie est un peu léger. Ce suivi peut durer quelques semaines, voir quelques mois et prendre éventuellement la forme d'une thérapie. Environ 10% des patients demandent ce suivi.

3.6.2 Organisation interne

Le membre de l'équipe qui est présent lors de l'admission du patient devient son référent. Lorsque le référent est l'assistant social ou la psychologue, tous les deux à mi-temps, il y a co-référence. L'importance de la co-référence varie aussi selon la situation et les demandes du patient. De plus, ce dernier peut s'adresser à n'importe quel membre de l'équipe pour une demande particulière. Il y a ainsi un certain échange possible des intervenants.

Il semble que l'équipe fonctionne bien et grâce à la mise en place et à la définition de procédures standard pour certaines situations, les infirmiers disposent d'une certaine autonomie, notamment pour surveiller et documenter les effets négatifs liés à la prise de médicaments, etc. Ceci permet de dégager les médecins de tâches de routine, au profit de leur travail de chef de clinique.

Les Soucs ont été abandonnés car si les catamnèses avaient fait apparaître de légers avantages à 3 mois chez les patients ayant bénéficié de ce type de sevrage, ces avantages se perdent à 6 mois. La méthode des Soucs étant à la fois plus chère et plus risquée, il n'y avait pas de réels avantages à poursuivre l'expérience.

3.6.3 Méthode d'évaluation

Durant les années précédentes, l'évaluation s'est basée essentiellement sur les données statistiques OPAL; complétées par quelques données internes, notamment sur la répartition des sevrages selon les PROSPER, ainsi que sur le taux d'occupation des lits. Avec l'introduction de la statistique Axia, il a été très difficile d'obtenir des données pour l'année 2003, dont les résultats doivent être considérés avec prudence. Un certain nombre de résultats nous ont par ailleurs été transmis par l'équipe pour le premier trimestre 2004.

Des réunions de suivi, organisées une à deux fois par année, ont par ailleurs permis de suivre l'évolution du projet.

3.6.4 Fréquentation de la structure

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

sevrage. Lors de l'entrée à proprement parler en sevrage, une nouvelle admission est codifiée comme hospitalière. Les admissions ambulatoires peuvent de ce fait être légèrement supérieures en nombre du fait que certaines personnes renoncent au dernier moment à se présenter pour le sevrage. La suite de l'analyse et le descriptif du profil de la clientèle se baseront exclusivement sur les admissions hospitalières. Au total, plus de 200 admissions ambulatoires sont enregistrées chaque année. En 2001, elles ont débouché sur 159 admissions hospitalières qui ont concerné 140 personnes différentes. Les données sont manquantes pour 2002. Pour 2003, l'extraction Axia indique 87 admissions et 104 pour 2004 ce qui semble une forte sous-évaluation. En effet, les statistiques internes produites par la Calypso font état de 98 admissions pour les 6 premiers mois de 2004.

L'âge moyen des personnes entamant un sevrage augmente et était de 33 ans en 2004 (30 ans en 2000). La proportion de femmes reste stable, elle est de 30% en 2004.

Tableau 3.13 Nombre total d'admissions et de patients par année, la Calypso 1999-2004

	1999		2000		2001		2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Admissions ambulatoires								
Nb d'admissions	237		204		216			
Nb de patients uniquement ambulatoires	46		46		64			
Admissions hospitalières								
Nb d'admissions	225		175		159		98	
Nb de patients	181		153		140			
% de femmes ¹		29		29		29		30
Age moyen ¹	29.8		29.6		30.6		33	
Age médian ¹	29		29		30.5			
Age min-max	18-54		17-46		18-49		18-50	

¹ Calculés sur le total de patients

Depuis leur introduction en 2001, l'attrait des différents PROSPER a évolué : dans les six premiers mois de 2001, les sevrages partiels ont été choisis par 5% des patients, entre septembre 2001 et septembre 2002, ils ont concerné plus de 20% de la clientèle de la Calypso. Cette évolution s'est poursuivie avec 32% de patients ayant fait un sevrage partiel au cours des 6 premiers mois de 2004.

Tableau 3.14 Type de sevrages suivis, la Calypso 2001-2004

Type de sevrage	Janvier 2001-août 2001	Sept 2001-sept 2002	Janvier 2004-juin 2004
Prosper 1 : toute substance	95	79	68
Prosper 2 : toute substance sauf benzodiazépines	1	3	10
Prosper 3 : toute substance sauf méthadone	4	14	13
Prosper 4 : toute substance sauf benzodiazépines et méthadone	0	4	9

Dans le diagnostic, la dépendance aux opiacés est présente pour 91% de la clientèle de la Calypso en 2004. Les problèmes liés à la cocaïne augmentent entre 1999 et 2004 et concernent 56% des admissions en 2004. Les benzodiazépines augmentent également et sont passées de 12% à 53% des admissions en 2004. Ce diagnostic est, à quelques exceptions près, toujours associé à une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne. Le diagnostic de dépendance à l'alcool devient aussi plus fréquent et concerne 20% des patients hospitalisés. Au total, quasi toute la clientèle est touchée par une consommation de drogues dures. Il n'est pas possible d'estimer pour 2004 les personnes qui consomment à la fois de l'héroïne et de la cocaïne, mais elles formaient un bon tiers de la clientèle (37%) en 2001.

Tableau 3.15 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions hospitalières CALYPSO 1999-2004

Produit impliqué	1999		2000		2001		2004	
	n	%	n	%	n	%	*n	%
Opiacé	222	99	169	97	151	95	89	91
Cocaïne	40	18	57	33	63	40	55	56
Benzodiazépine	27	12	61	35	66	42	52	53
Cannabis	13	6	75	43	53	33	47	48
Hallucinogène	0		3	2	0		4	4
Alcool	15	7	28	16	20	13	20	20
Multiplés produits	0		0		2	1		
Total drogues dures opiacé ou cocaïne	223	99	172	98	156	98		
Opiacé et cocaïne	39	17	54	31	58	37		

* 6 premiers mois de 2004

3.6.5 Déroulement du séjour et sortie

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

Parallèlement à cette relative augmentation de la durée de séjour, le taux d'occupation de la Calypso est passé de 50% environ, durant la première année de fonctionnement (1998), à un peu plus de 70% en 2004, malgré la diminution du nombre d'admissions.

■ Modalité d'arrêt du sevrage

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

Selon ces définitions, la part de séjours achevés augmente et concerne 81% des admissions entre janvier et mars 2004. À noter l'introduction d'un moratoire de deux heures qui est demandé au patient qui souhaite quitter prématurément la Calypso. Ce délai suffit souvent à permettre au patient de revoir sa décision.

Tableau 3.16 Mode de sortie, la Calypso, statistiques internes, 2001-2004

Mode d'arrêt de traitement	Janvier-août 2001	Sept 2001-sept 2002		Janvier-mars 2004	
	%	n	%	n	%
Séjour achevé	54	142	76	38	81
Départ anticipé	14	14	7	6	13
Rupture de contrat	24	23	12	3	6
Fugue	8	9	5	0	0

■ Destination des patients

Pour les 6 premiers mois de 2004, environ 31% des admissions se terminent par une référence à un centre résidentiel (12% en 2001) et 69% des patients regagnent leur domicile. 17% profitent d'un suivi ambulatoire à la Calypso et 46% d'une autre forme de suivi ambulatoire.

3.7 LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DANS LE SYSTÈME CARCÉRAL VAUDOIS

3.7.1 Introduction

Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du canton de Vaud est rattaché au Département Psychiatrique du CHUV depuis le 1er janvier 2004 dont il constitue une Unité de base. Il assure les services médicaux et psychiatriques pour l'ensemble des prisons du canton (La Tuilière à Lonay, La Croisée à Orbe, Bois-Mermet à Lausanne, EPO à Orbe^a et la prison de Vevey) impliquant donc différentes modalités d'incarcération (exécution de peine, détention préventive, arrêts, semi-liberté), ainsi qu'une consultation ambulatoire. Le SMPP assure aussi le suivi psychiatrique des patients bénéficiant d'une cure de méthadone à L'Eventail, une des maisons résidentielles de la Fondation du Levant.

Le SMPP est indépendant des directions des établissements pénitentiaires et du Service pénitencier. L'exercice médical en milieu pénitentiaire obéit aux mêmes règles de confidentialité, de respect du secret médical et du consentement libre et éclairé, qu'à l'extérieur. Le principe d'équivalence des soins avec un suivi médical à l'extérieur est acquis pour tout détenu, quel que soit le régime de détention ou sa pathologie (Directives de l'ASSM, 2003). Ce principe doit toutefois tenir compte des réalités carcérales.

3.7.2 Prise en charge proposée

La prise en charge des problèmes de dépendance a été définie dans un rapport aux autorités du canton en 1997^{5,6} et a fait l'objet d'un effort particulier de la part des équipes médicales dans un contexte souvent hostile aux thérapies de substitution. Il a notamment fallu que « le monde pénitentiaire accepte que les thérapies de maintenance font maintenant parties, sans restriction, des stratégies thérapeutiques unanimement reconnues par la communauté médicale »⁷.

Actuellement diverses possibilités de prise en charge sont possibles :

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

^a EPO : Etablissement de la Plaine de l'Orbe.

^b Le plafond à 12 cures de méthadone simultanées exigé par les autorités pénitentiaires des EPO a été aboli.

Le sevrage d'un traitement de substitution n'est effectué qu'à la demande du patient et n'est plus proposé en cas de prolongation prévisible de l'incarcération comme c'était le cas auparavant. Le sevrage est surtout envisagé lorsque le patient demande un régime de fin de peine dans un centre résidentiel axé sur l'abstinence. Dans ce cas, un programme de sevrage est élaboré, mais exécuté de manière préférentielle à la Calypso à l'issue de la détention.

Lors d'une détention préventive, les patients incarcérés font l'objet d'un examen lors de leur arrivée en prison pour dresser un premier bilan des risques d'état de manque. La poursuite d'un traitement de substitution est reconduite par le médecin du SMPP après confirmation par le médecin prescripteur. En l'absence de confirmation, l'arrivant reçoit en attendant une partie de la dose qu'il déclare recevoir. En cas d'absence de traitement de substitution, le patient recevra un traitement de sevrage adapté.

Dans le cas d'une exécution de peine (EPO), le SMPP essaye d'organiser une consultation avant l'incarcération pour préparer le suivi médical en prison. Cette consultation permet selon le SMPP d'évaluer la compatibilité de l'état de santé du condamné avec la détention, de mieux répondre à ses besoins et de préserver une cohérence thérapeutique. Cette rencontre permet aussi de dédramatiser parfois l'incarcération et de prévenir les surconsommations avant l'entrée en prison. La poursuite du traitement en EPO fait l'objet de deux contrats: un médical et un interdisciplinaire incluant les secteurs médical, social et de la sécurité, dont le patient est cosignataire^a.

La dose de produit de substitution peut être augmentée pour répondre à la demande du patient ou prévenir une surconsommation de stupéfiants. Les médicaments sont distribués quotidiennement par les infirmiers. La méthadone est fournie sous forme de sirop à 0,25%. En cas de prescription de benzodiazépines, les médicaments à courte demie-vie sont remplacés par des benzodiazépines à longue demie-vie pour éviter les risques de trafic de substances.

Enfin, il est possible de débiter un traitement de substitution dans le cadre d'une détention préventive en fonction de l'évaluation de la situation du patient et notamment des risques de consommation lors de la sortie. Il faut rappeler que lors d'une détention préventive, la date de libération n'est pas connue et peut intervenir sans que le SMPP en soit informé. Il ne peut donc pas toujours anticiper la sortie d'un prévenu et en informer son répondant médical. Le centre St-Martin accueille toutefois de manière prioritaire les détenus libérés qui ont besoin de poursuivre leur traitement. Dans le cas d'une exécution de peine, la libération d'un condamné est préparée par l'équipe médicale en lien avec le réseau médical et social.^b

Dès 1997-1998, un programme de prévention du sida et des hépatites a été progressivement mis en place. Il consiste en la distribution d'une pharmacie personnelle, en principe à tous les détenus, au cours de l'entretien infirmier d'entrée dans la prison (dans la majorité des cas dans les 24 heures suivant l'incarcération). Cette pharmacie personnelle contient un flacon de solution antiseptique, des tampons de cellulose, de la pommade cicatrisante, des pansements rapides, des préservatifs, un dépliant explicatif en 9 langues (montrant comment désinfecter du matériel d'injection). Le personnel soignant et les surveillants ont reçu une information et une formation concernant les finalités et l'usage de cette pharmacie. Les seringues stériles ne sont toutefois toujours pas distribuées ou échangées dans les prisons vaudoises à la différence d'autres prisons suisses (cantons de Berne et de Genève). Comme le relèvent les professionnels du SMPP, «les contraintes carcérales, la juxtaposition et parfois la contradiction des règles qui régissent l'activité professionnelle des divers partenaires en présence rendent parfois difficiles l'appréhension de la problématique de la santé et la clarification des paramètres en jeu. La politique de réduction des risques en milieu pénitentiaire et la remise de matériel d'injection est une illustration du conflit entre respect du principe d'équivalence et respect des politiques pénitentiaires et pénales »⁸. Ce point reste donc l'objet d'un débat important.

^a Ce contrat précise notamment le rôle de chaque intervenant et les attitudes en cas de consommation illicite.

^b Pour plus de détail sur les différences entre les prises en charge en détention préventive ou en EPO voir⁷.

3.7.3 Activités du service

Ce chapitre présente des données issues des statistiques du SMPP^a sur la population de toxicomanes incarcérés, leur état de santé et les traitements mis en œuvre.

Les données présentées ici (Tableau 3.17) sont des données individualisées et ne représentent pas l'ensemble des épisodes carcéraux au cours d'une année - un individu pouvant être comptabilisé plusieurs fois s'il a changé de prison ou s'il est sorti puis entré à nouveau.

Tableau 3.17 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : 1998-2003*

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de détenus ¹	2043		2085		1899		1957		1941		2037	
Nombre de visites médicales d'entrée	1461		1378		1214		1148		1229		1273	
Au moins une consultation médicale ² durant l'année	0		0		1646		1453		1510		1553	
Pharmacies personnelles distribuées	589		611		982		1161		1480		1677	
Nombre de toxicomanes ³	445	22	435	21	348	18	421	22	492	25	485	24
Nombre de femmes	64	14	69	16	64	18	53	13	46	9	55	11
Nombre de patients sous méthadone	152	34	161	37	131	38	149	35	121	25	157	32
Nombre de sevrages médicamenteux	98	22	81	19	92	26	68	16	49	10	79	16

* Données transmises par le Dr B. Gravier

¹ Population globale détenue (présents au 01.01 et entrants dans l'année)

² Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation médicale durant l'année, n'inclut pas les entretiens d'entrée faits par les infirmiers, les détenus avec une durée de détention courte (moins de 15 jours) et sans problème de santé manifeste, peuvent ne pas avoir de visite médicale

³ Inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogues

La proportion de toxicomanes est stable au cours du temps : environ un quart des personnes incarcérées (485 en 2003) chaque année est ou a été un toxicomane^b. Ces deux dernières années, on compte environ 10% de femmes parmi les toxicomanes incarcérés.

Près de la moitié des personnes ayant une anamnèse de toxicomanie ont bénéficié soit d'un traitement de méthadone, soit d'un sevrage médicamenteux^c. Ainsi, en 2003, 157 personnes différentes ont reçu en milieu carcéral de la méthadone (dans le cadre de la poursuite d'un traitement ou d'un sevrage régressif), ce qui représente 32% des individus toxicomanes détenus. Et 79 personnes différentes ont bénéficié d'un traitement de sevrage avec prescription de médicaments en 2003, ce qui représente 16% des individus toxicomanes détenus.

^a Communiquées par le Dr B. Gravier que nous remercions.

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

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

3.7.4 État de santé

En 2000, une distinction a été introduite concernant les visites médicales : les visites d'entrée ont été distinguées des visites médicales pour des détenus déjà présents au 1^{er} janvier. Ainsi, en 2003, 1273 personnes incarcérées ont bénéficié d'une visite médicale d'entrée et 1553 ont bénéficié d'au moins une consultation au cours de l'année.

La distribution de pharmacies personnelles a connu une importante augmentation durant les deux dernières années : en 2000, 982 pharmacies ont été distribuées, contre 1677 en 2003. Ces pharmacies ne contiennent toutefois pas de matériel d'injection stérile.

■ Maladies infectieuses

Il n'y a pas de dépistage systématique des hépatites ou du VIH en prison (celui-ci est cependant proposé au détenu si ce dernier fait état de conduites à risque ou s'il le demande). Une vaccination contre l'hépatite B est aussi proposée si nécessaire depuis 1998. Les infections comptabilisées dans le Tableau 3.18 sont celles qui ont été inscrites dans les diagnostics pour les patients qui ont eu un suivi médical dans l'année. Il s'agit donc d'un chiffre plancher.

En 2000, le nombre d'infection au VIH repéré lors des consultations médicales a augmenté : il est passé de 20-21 entre 1997-1999 à 37 en 2000, puis il est redescendu à 22 en 2001, avant de remonter à 36 en 2003. En ce qui concerne les hépatites, le mode de recueil des diagnostics a été affiné, ce qui peut expliquer certaines variations. On peut toutefois relever que le nombre d'hépatite C chronique a fortement augmenté en 2000 et 2003 : 79 et 114 hépatites C chroniques ont été diagnostiquées en 2000 et 2003, alors qu'ils en avaient entre 41 et 49 durant la période 1997-1999.

Tableau 3.18 Diagnostics somatiques par année : patients suivis dans le cadre des consultations des généralistes et internistes, 1997-2003 (source SMPP)

Maladies infectieuses	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Infection asymptomatique par le VIH	21	20	21	37	22	31	36
Maladies dues au VIH					7	13	11
Hépatites							
Hépatite B aiguë	13	13	24	32	4	1	
Autres hépatites virales aiguës (hépatite C)					1	2	1
Hépatite B chronique	14	13	23	29	43	47	47
Hépatite C chronique	41	48	49	79	101	97	114
Hépatite (non précisé)	29	51	21	12	15	5	8

Une étude financée par le Fond national suisse de la recherche scientifique (FNRS) sur l'épidémiologie des maladies infectieuses dans les prisons vaudoises est en cours. Elle poursuit les objectifs suivants :

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

Dans le cadre de cette recherche, une enquête sérologique a été menée auprès de détenus des prisons vaudoises^a. Cette étude est constituée d'un questionnaire (portant sur des données épidémiologiques, consommation, prises de risques, etc.) et d'une prise de sang (VIH, HBV, HCV et MST). Les données ont été récoltées de janvier à juin 2002. 352 personnes ont accepté de participer : parmi elles, 162 personnes sont incarcérées pour un motif en lien avec la drogue (48%). La prévalence VIH pour l'ensemble des personnes interrogées est de 1.1%, de 28.8% pour l'hépatite B et de 8.8 pour l'hépatite C.

^a Epidémiologie et préventions des infections dans les prisons de Suisse romande, 2^{ème} phase. La récolte des données s'est déroulée de janvier à juin 2002. L'étude EPIPS a été présentée à 490 personnes détenues. Parmi elles, 352 ont accepté de participer.

4 LES CENTRES D'ACCUEIL

4.1 MÉTHODE

Au cours de la période d'évaluation 2002-2004, cinq centres d'accueil ont été suivis : Entrée de Secours, Zone Bleue, ACT, Le Parachute (évaluation interne au cours des deux premières périodes d'évaluation) et enfin le Passage.

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

4.1.1 Monitoring

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

Le relevé de la fréquentation et des prestations offertes par les structures a pu avoir lieu pour un minimum de trois mois pour chacune des structures, certaines le tenant à jour quotidiennement toute l'année pour bénéficier d'un meilleur aperçu de leurs activités et de leurs fluctuations.

4.1.2 Clientèle

Lors des précédents rapports d'évaluation, le profil de la clientèle des centres d'accueil était relevé au moyen d'un questionnaire rempli au moment de « l'admission » dans la structure, soit pour l'ensemble des nouveaux usagers arrivant au cours de l'année (EdS), soit pour un échantillon constitué durant une période déterminée (ZB). De grandes différences existaient entre les structures sur la manière d'appliquer cet outil et, dans certaines, il n'était pas utilisé (Parachute) ou que pour quelques usagers (ACT). Enfin, au Passage, le questionnaire appliqué depuis mai 2002 ne comprenait de loin pas l'ensemble des données nécessaires à l'évaluation.

Pour la période d'évaluation 2002-2004, il a été décidé de dresser le profil de la clientèle sur la base du questionnaire « clientèle 2000 », soit un questionnaire qui avait été appliqué en 2000 dans l'ensemble des SBS du canton et de Suisse. La méthode est alors de prendre une « photographie » de la clientèle présente dans les structures durant une semaine. Ceci présente l'avantage d'avoir des données évolutives par structure et pour l'ensemble du canton tout en assurant une collecte de variables comparables sur l'ensemble de la clientèle des SBS.

Ce questionnaire a été proposé à toutes les personnes utilisant les SBS du canton participant à l'évaluation^a par des enquêteurs externes aux équipes en place (recrutés et supervisés par l'IUMSP) durant la semaine du 10 au 14 mai 2004.

La présentation des résultats est organisée de la manière suivante :

- profil de l'ensemble de la clientèle : données socio-démographiques, % de consommateurs de drogues dures dans la vie ;
- pour la clientèle ayant consommé des dd durant la vie : profil de consommation ;
- pour la clientèle ayant consommé des dd durant la vie : indicateurs de prise de risque et santé.

^a Le Passage, Le Parachute, ACT, EdS, ZB.

4.1.3 Réunions de suivi

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

4.2 ENTRÉE DE SECOURS

Entrée de Secours (EdS) a vu le jour en 1997. Située à Morges, cette structure répond aux besoins de l'Ouest vaudois. Elle a pour vocation d'être un lieu d'accueil, de soutien et d'orientation pour les personnes toxicodépendantes et leurs proches. Elle est également un espace d'information et de coordination pour les réseaux médicaux et sociaux concernés par la toxicomanie. Plus précisément, les objectifs du centre consistent dans :

- l'accueil, qui correspond à une phase de discussion, d'entrée en matière plus ou moins informelle ;
- le soutien, qui s'effectue à partir de la demande ou des besoins de la personne. Il s'agit de gérer les situations de crise et d'offrir assez rapidement une réponse aux problèmes qui se posent. Il s'agit aussi d'accompagner l'utilisateur dans ses démarches de changement grâce à un soutien social et/ou médical individualisé ;
- l'orientation, qui consiste à utiliser au maximum les ressources du réseau pour aiguiller les usagers vers d'autres partenaires ;
- la mobilisation des partenaires extérieurs, de sorte que chacun joue son rôle et que la complémentarité des différentes composantes du réseau soit optimale ;
- la gestion de cures de méthadone par le suivi médical et psycho-social de personnes en sevrage, en début de substitution ou dont la cure est trop difficile à gérer pour un médecin en cabinet.

Ce chapitre a pour objectif de mettre à jour les données relatives aux activités du centre et au profil de ses nouveaux usagers en 2003.

4.2.1 Sources des données

Les données proviennent de trois sources. L'une consiste dans le monitoring des activités de la structure (fréquentation de la structure et comptage de certaines prestations), qui n'est pas tenu tout au long de l'année, mais uniquement au dernier trimestre (octobre, novembre, décembre). L'autre est le questionnaire de l'enquête Clientèle, qui fournit des données sur le profil de la clientèle vue à EdS durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Exceptionnellement dans cette structure, un questionnaire à l'entrée a été rempli. Il s'agit du questionnaire que l'équipe administre à chaque nouvel usager tout au long de l'année (il est également utilisé avec les proches des personnes toxicodépendantes, mais pas intégralement). Ce questionnaire fournit des données socio-démographiques, des informations sur la problématique personnelle des usagers (consommation de drogues), les prestations sollicitées et les collaborations établies en rapport avec la première demande (travail en réseau)^a.

^a Bien que dans le cadre de la présente évaluation l'enquête clientèle fournisse les informations souhaitées concernant le profil des usagers des structures à bas seuil d'accès du canton et remplace de ce fait l'analyse des questionnaires à l'entrée, EdS a tout de même souhaité poursuivre la collecte de données. Les résultats de ces analyses sont intégrés dans ce chapitre.

4.2.2 Fréquentation de la structure

Entre 2002 et 2003, le niveau de fréquentation de la structure a légèrement augmenté. On observe un pic de fréquentation au mois d'octobre avec plus de 700 visites (Figure 4.1). Depuis 2001, le nombre moyen de visites par jour oscille entre 25 et 31 et demeure, de ce fait, relativement stable.

Figure 4.1 Nombre de personnes par mois, derniers trimestres 1998-2003

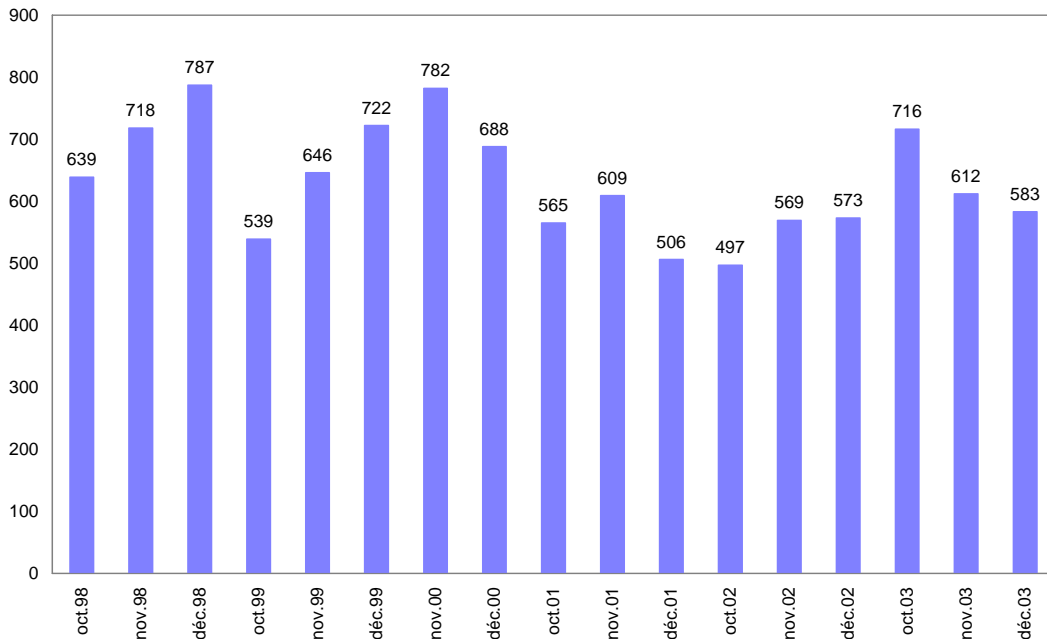
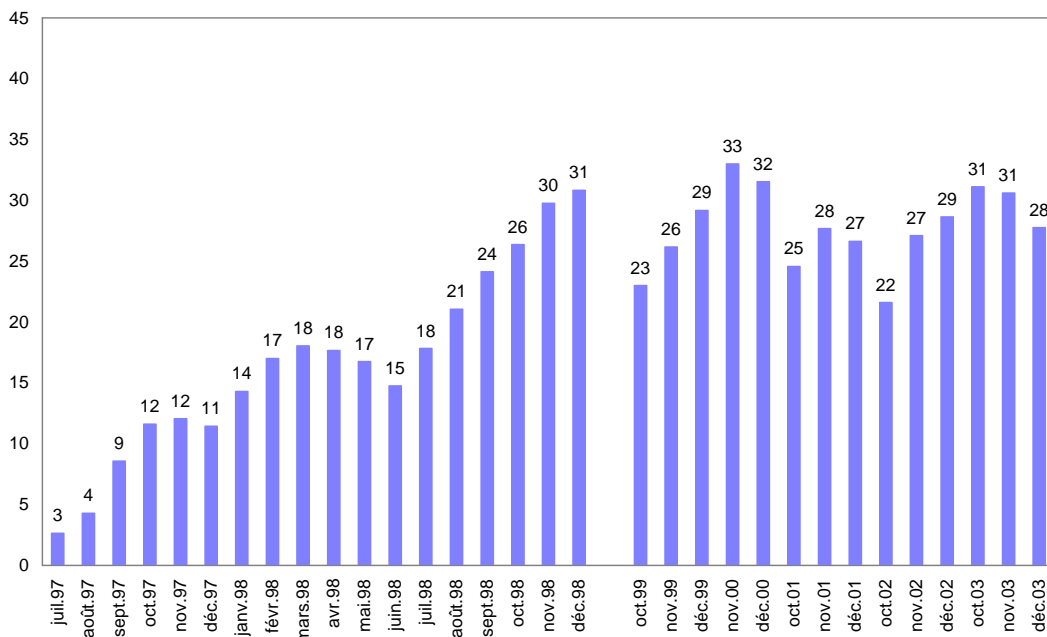


Figure 4.2 Nombre moyen de personnes par jour d'ouverture, 1997-2003



4.2.3 Profil clientèle mai 2004

Au total, 28 personnes ont été sollicitées par les enquêteurs durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Parmi elles, 3 personnes ont refusé de remplir le questionnaire. C'est donc sur un total de 25 questionnaires valables qu'est calculé le profil de la clientèle 2004 (25 questionnaires en 2000).

■ Indicateurs socio-démographiques

L'âge moyen de la clientèle d'Entrée de Secours augmente entre 2000 et 2004 ; il est proche de celui de l'ensemble de la clientèle des SBS du canton en 2004 (34,1 contre 33,8). Le pourcentage de femmes fréquentant la structure est également plus élevé en 2004 (32% en 2000, versus 48% en 2004) et dépasse la moyenne de l'ensemble de la clientèle des SBS du canton.

Tableau 4.1 Caractéristiques socio-démographiques 2000-2004 et total canton 2004, ensemble de la clientèle

	EdS 2000		EdS 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	25		25		194	
Nb femmes	8	32	12	48	52	27
Age						
Min-max	25-53		20-50		17-62	
Age moyen	31.6		34.1		33.8	
Age médian	30		34.0		34.0	
15 à 20 ans	0	0	1	4	9	5
21 à 25 ans	4	16	2	8	26	13
26 à 30 ans	9	36	4	16	35	18
31 ans et plus	12	48	18	72	124	64
Enfant			6	24	45	23
Domicile						
Sans domicile fixe	1	4	1	4	36	19
Fixe privé	18	72	20	80	144	74
Institution	5	20	3	12	12	6
Autre	1	4	1	4	2	1
Travail						
Sans travail	12	48	16	63	139	71
Régulier	11	44	7	29	23	12
Occasionnel	2	8	2	8	32	17
Autre revenu						
Aide sociale	10	40	14	58	89	46
Assurances	8	32	9	38	57	30
Revenus illégaux	0	0	3	13	19	10
Prostitution	0	0	0		7	4
Formation						
Scolarité obligatoire	6	24	7	28	73	39
Apprentissage, école professionnelle	16	64	16	64	90	48
Maturité, école professionnelle supérieure	3	12	2	8	26	14

Près des deux tiers des usagers ont un certificat d'apprentissage (64% en 2004), soit plus que la proportion atteinte par l'ensemble de la clientèle du canton. La part de la clientèle n'ayant effectué que la scolarité obligatoire est stable (28% en 2004), soit légèrement moins que pour l'ensemble de la clientèle des SBS.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe ne change pas significativement au cours du temps (72% en 2000 et 80% en 2004). L'enquête 2004 présente un peu moins de personnes vivant en institution dans le canton (12%), ce qui est légèrement supérieur au résultat pour l'ensemble du canton.

La part des usagers d'EdS ayant un travail régulier a diminué entre les deux enquêtes (44% en 2000 et 29% en 2004) tout en restant supérieure à celle de la clientèle de l'ensemble des SBS. La proportion de personnes disposant d'un revenu occasionnel est restée stable durant la période. Une proportion croissante des usagers bénéficie d'une aide sociale 58% en 2004. La proportion des bénéficiaires d'assurances n'a par contre pas changé (38% en 2004). Parmi les autres sources de revenu citées, la prostitution n'est mentionnée que par une personne ; quant aux revenus illégaux, ils ont augmenté entre 2000 et 2004 (0% en 2000 et 13% en 2004).

Parmi la clientèle d'EdS, 100% des usagers ont consommé des drogues dures durant leur vie et ceci lors des deux enquêtes.

Tableau 4.2 Profil de consommation 2000-2004, et total canton, ensemble des consommateurs

	EdS 2000		EdS 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	25		25		194	
Drogues dures vie	25	100	25	100	157	81
Héroïne vie	25	100	24	96	133	69
Cocaïne vie	25	100	23	92	149	77
Benzodiazépine vie	17	68	19	76	105	54
Cocktail vie			18	72	95	49
Mélange vie			9	36	59	30

■ Consommation de drogues

Les indicateurs de consommation pour EdS sont plus bas que ceux de l'ensemble du canton (cf. Tableau 4.3). En effet, on compte 48% de consommateurs de drogues dures durant le dernier mois en 2004, soit 12 personnes (62% pour l'ensemble du canton). 6 d'entre elles sont des consommateurs réguliers d'héroïne et 3 de cocaïne. 9 sur 18 ont consommé par injection durant les 6 derniers mois ; le nombre moyen d'injection au cours de la semaine précédant l'enquête est en moyenne de 5.2 injections, soit moins que pour l'ensemble du canton (9.8).

Sept consommateurs ont consommé à la fois de l'héroïne et de la cocaïne au cours du dernier mois.

Parmi les usagers d'EdS, plus des 3/4 suivent un traitement à la méthadone, depuis en moyenne 45 mois (min. 1 mois, max. 152 mois). Le dosage moyen est de 45 cc/ml par jour.

Tableau 4.3 Mode de consommation et fréquence, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	EdS 2000		EdS 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	25		25		157	
Injection (% sur drogues dures vie)						
Injecteurs durant la vie	21	84	18	72	108	69
Injecteurs 6 derniers mois	12	48	9	36	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine	0.9		5.2		9.8	
Consommation DD mois	11	44	12	48	98	62
Consommation régulière	6	24	10	40	82	52
Consommateurs réguliers héroïne	3	12	6	24	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne	0	0	3	12	37	24
Consommateurs réguliers cocktail	0	0	0	0	4	3
Consommateurs réguliers benzodiazépine	3	12	7	28	46	29
Modèle consommation (% sur consommateurs dernier mois)						
Consommateurs héroïne seule	8	73	2	17	13	13
Consommateurs cocaïne seule	2	18	3	25	46	47
Multiconsommateurs	1	4	7	58	39	40
Traitement						
En traitement méthadone	17	68	19	76	79	50
Dose moyenne/jour (en ml)	33		45		40	
Durée moyenne (en mois)	33		54		52	

■ Prise de risques et état de santé

Concernant le partage de matériel stérile, aucune des personnes ayant consommé par injection au cours des 6 derniers mois n'a utilisé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre et une seule a donné une seringue après l'avoir utilisée.

Les autres prises de risques liées à l'injection sont peu nombreuses : 1 à 2 personnes ont partagé d'autres matériels servant à l'injection.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont légèrement évolué au cours du temps. La majorité des consommateurs de drogue se protègent dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (67% en 2004). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (13% en 2004). Ce taux de protection est faible sachant que 80% d'entre eux avaient un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure. Enfin, seulement 24% des usagers ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (39% pour le total du canton).

Concernant le VIH, une personne sur 23 testées était séropositive.

Tableau 4.4 Prise de risques EdS et total cantonal, 2000-2004, consommateurs de drogues dures vie

	EdS 2000		EdS 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommateurs drogues dures vie	25		25		157	
PARTAGE DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	3/12	25	0	0	20/67	30
DON DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	2/12	17	1	11	13/67	20
UTILISATION DU PRÉSÉRATIF**						
Partenaire(s) stable(s)	15	60	15	60	86	55
Partenaire stable						
Toujours utilisé préservatif	4	27	2	13	19/86	22
Jamais utilisé préservatif	9	36	11	73	46/89	53
Partenaire non-consommateur	9	60	12	80	45/86	52
Partenaire(s) occasionnel(s)	8	32	6	24	52	33
Toujours utilisé préservatif	6	75	4	67	34/53	65
Jamais utilisé préservatif	1	13	1	17	8/53	15
UTILISATION DU PRÉSÉRATIF						
Durant dernier rapport sexuel	10	40	6	24	60/157	39
TEST VIH						
Consommateurs testés	23	92	23	92	141	90
Séropositifs parmi les testés	1	4	1	4	14	10
OVERDOSES						
Ayant eu une overdose	11	44	12	48	72	46
Nombre moyen d'overdoses	3.6		3.8		6.6	

* Rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

** Rapporté aux personnes ayant un partenaire stable/occasionnel

4.2.4 Données du questionnaire à l'entrée

Comme on l'a mentionné ci-dessus, la principale source de données permettant de dresser le profil de la clientèle de EdS lors de son admission est constituée des questionnaires de prise en charge des usagers remplis depuis 1998 pour chaque nouvel usager. Ils donnent des informations sur les différences pouvant apparaître d'une année à l'autre dans le profil des nouveaux usagers. Le Tableau 4.6 résume les résultats des analyses réalisées depuis 1999.

■ Profil des usagers

Au total 86 questionnaires de premières demandes ont été remplis en 2003. Cinquante-huit demandes concernent des personnes toxicodépendantes (67%), 23 des proches ou des membres de la famille de personnes toxicodépendantes (27%), 5 ont été remplis pour des personnes présentant d'autres problèmes (6%). Comme les années précédentes, le profil est calculé sur l'ensemble des usagers à l'exception des personnes consultant pour un proche. Deux individus ont été exclus de l'analyse en raison d'informations par trop lacunaires (questionnaire quasiment vierge). L'analyse qui suit porte sur un collectif de 61 personnes.

En 2003, un quart des personnes pour lesquelles ce questionnaire a été rempli, étaient déjà venues à EdS. Les 15 personnes en question avaient toutes déjà été reçues dans le cadre de l'accueil. Parmi elles, quatre y avaient fait leur lessive et trois étaient venues chercher du matériel d'injection.

■ Caractéristiques socio-démographiques

Comme dans les années précédentes, la clientèle est majoritairement composée d'hommes (2003 : 70%). La moyenne d'âge est de 31 ans, avec une majorité d'individus de plus de 25 ans (82%). Le nombre de personnes de moins de 20 ans fréquentant la structure est resté stable (moins de 10 situations).

Le nombre de personnes sans logement fixe a diminué en 2003 (2002 : 12 ; 2003 : 8), tandis que le nombre de personnes en institution a augmenté (2002 : 14 ; 2003 : 19). La part des personnes en logement fixe et privé est, quant à elle, restée stable en 2003 (environ 50% des situations). On rappellera néanmoins qu'elle était nettement plus élevée en 1999 et 2000 (70% environ).

S'agissant de l'activité des usagers, on constate une nette augmentation des personnes sans travail. Leur effectif est passé de 32 (50%) à 45 (74%) entre 2002 et 2003. La part des personnes ayant un travail régulier a brutalement chuté, passant de 31% à 12%. La part des personnes travaillant occasionnellement a également diminué.

D'une manière générale, ces différents indicateurs socio-démographiques révèlent une certaine péjoration des conditions de vie des nouveaux usagers.

■ Provenance des usagers

Comme le montre le tableau ci-dessous, la majorité des usagers est domiciliée à Morges ou dans la région morgienne (57%). En 2003, on observe une augmentation du nombre de personnes vivant à Nyon ou dans la région nyonnaise, ainsi qu'une diminution du nombre de personnes vivant dans la région morgienne (2002 : 62%).

Tableau 4.5 Répartition des usagers d'EdS selon leur domicile (2002, 2003)

	2002		2003	
	n	%	n	%
Morges	25	39	27	44
Région morgienne ¹	15	23	8	13
Nyon et région nyonnaise ²	13	20	17	28
Ailleurs VD	3	5	5	8
Hors canton de VD	1	2	3	5
Sans domicile fixe	5	8	1	2
NSP	2	3		

¹ District d'Aubonne et district de Morges sauf Morges, Bussigny, Chavannes, Ecublens, Villars-Ste Croix (mais avec Allaman)

² District de Nyon et district de Rolle (sans Allaman)

■ Caractéristiques de la clientèle par rapport à la consommation de drogues

Par rapport aux deux années précédentes, la part des personnes ayant déjà consommé des drogues dures au cours de la vie a augmenté en 2003 (2001 : 85% ; 2002 : 83% ; 2003 : 93%).

En 2003, à leur entrée dans la structure, 40 usagers (66%) consomment des drogues dures, soit un pourcentage en légère augmentation par rapport aux deux années précédentes. Parmi ces personnes, 21 consomment à la fois de l'héroïne et de la cocaïne. La méthadone ou des benzodiazépines au noir sont consommés par un même nombre de personnes (3); 9 personnes consomment de l'héroïne seule et 7 autres de la cocaïne. Tous produits confondus, l'héroïne et la cocaïne restent – avec le cannabis – les substances les plus consommées par la clientèle d'EdS (environ 50% de la clientèle).

En 2003, la polytoxicomanie reste importante, puisque 62% des consommateurs actifs (70% en 2001) consomment trois produits ou plus au moment de leur première demande à EdS. La part des usagers ne consommant qu'un seul produit a nettement diminué depuis 1999: elle est passée de 46% en 1999 à 8% en 2003.

Parmi les usagers de drogues dures, la fréquence de consommation semble s'être 'ralentie' en 2003. Entre 2000 et 2002, environ 60% des consommateurs actifs avaient une consommation quotidienne, contre 45% en 2003. La part des consommateurs occasionnels a par conséquent augmenté (2002 : 31% ; 2003 : 43%).

Quant au mode de consommation, on observe en 2003 une diminution de l'injection par rapport à 2002 (48% versus 74%). Le taux de 2003 reste néanmoins supérieur à ceux enregistrés entre 1999 et 2001 (entre 35 et 45%).

L'âge moyen à la première consommation de drogues dures est resté relativement stable : environ 20 ans. En revanche, on observe une hausse tendancielle de la prévalence de l'injection au cours de la vie (1999 : 38% ; 2003 : 56%). La durée moyenne de la problématique en matière de consommation de drogues dures a légèrement augmenté par rapport aux années précédentes et se situe en 2003 à 11,2 ans.

Tableau 4.6 Caractéristiques des nouveaux usagers d'EdS (1999-2003)

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs¹	96		93		68		64		61	
Nb femmes	30	31	25	27	18	27	23	36	18	30
Age										
Min-max	18-49		17-53		19-40		17-46		17-47	
Age moyen	31.4		31		28.6		29.7		31.1	
Age médian	30.5		30		28.5		29.5		31	
15 à 20 ans	1	1	6	7	8	12	6	9	6	10
21 à 25 ans	12	13	18	21	12	18	10	16	4	8
26 à 30 ans	33	35	26	29	21	32	16	25	16	28
31 ans et plus	48	51	39	43	25	38	32	50	32	54
Domicile										
Sans domicile fixe	9	9	11	13	11	17	12	20	7	13
Fixe privé	70	73	64	70	35	56	33	56	30	49
Institution	17	18	14	17	17	27	14	24	19	33
NSP									3	5
Travail										
Sans travail	47	49	41	44	29	43	32	50	45	74
Régulier	33	34	30	32	28	41	20	31	7	12
Occasionnel	7	7	5	5	5	7	7	11	4	7
En scolarité	2	2	8	9	4	6	1	2		
Missing	7	7	10	10	2	3	4	6	5	8
Consommation durant la vie	88	92	85	91	58	85	53	83	57	93

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consommation drogues dures à l'entrée										
Drogues dures ²	75	78	63	67	43	63	39	61	40	66
Dont : héroïne seule	45		32		20		10		9	
cocaïne seule	2		4		6		5		7	
héroïne et cocaïne	26		23		16		20		21	
Autres produits (m ou b)	2		4		1		4		3	
Non consommation drogues dures	13	14	24	25	12	18	11	17	21	33
Nsp					3	4	3	5		
Produit										
Héroïne	71	74	55	59	36	53	30	47	30	49
Cocaïne	28	29	27	29	22	32	25	39	28	46
Benzodiazépine au noir	8	8	24	25	6	9	12	19	12	20
Méthadone au noir	6	7	19	20	11	16	14	22	12	20
Cannabis	10	10	32	34	14	21	18	28	30	49
Ecstasy	2	2	5	5	7	10	4	6	5	8
Alcool ³	20	21	16	17	5	7	10	16	12	20
Champignon	1	1	0		1	1	1	2		
LSD			0		1	1	1	2	2	3
Amphétamine			1	1	3	4	2	3	4	7
Nb de produits consommés⁴										
1 produit	34	46	21	33	11	26	6	15	3	8
2 produits	17	22	14	22	11	26	6	15	12	30
3 produits et plus	24	32	28	44	21	48	27	70	25	62
Fréquence de consommation DD⁴										
Quotidienne	38	50	38	60	27	63	24	62	18	45
Occasionnelle	18	24	15	24	12	28	12	31	17	43
Nsp	19	26	10	16	4	9	3	8	5	12
Mode de consommation DD⁴										
Injection	26	35	28	44	16	37	29	74	19	48
Autres indicateurs										
Age 1 ^{ère} consommation DD	20.7		20.0		20.1		19.4		20.0	
Durée consommation DD	10.9		9.9		8.2		10.1		11.2	
Injection (durant la vie) ⁵	36	38	44	47	30	44	36	56	34	56 ⁶
Prison ⁵	28	29	20	22	17	25	20	31	30	49 ⁶
Prostitution ⁵	6	6	1	1	2	3	4	6	1 ⁷	2 ^{6,7}

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

² Héroïne, cocaïne, méthadone ou benzodiazépines au noir

³ Seule la consommation d'alcool posant problème est relevée

⁴ Ces pourcentages sont calculés sur l'ensemble des usagers consommant des drogues dures

⁵ Pour ces questions, l'équipe ne connaît pas toujours l'information, ainsi le nombre de données manquantes se situe entre 35 et 40%. Les données fournies représentent donc un nombre minimum de personnes touchées par la problématique

⁶ Les non réponses sont comprises dans le dénominateur

⁷ La question n'est généralement pas posée aux usagers

4.2.5 Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif

A l'instar des données démographiques, les premières demandes des nouveaux usagers sont consignées dans le questionnaire d'entrée. L'évolution du contenu des demandes entre 2000 et 2003 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Parmi les 14 prestations répertoriées, le traitement médical de la dépendance est celle qui est le plus fréquemment sollicitée lors des premiers contacts. Elle représente un peu plus de 70% des demandes des nouveaux usagers en 2003, contre 46% en 2000. Depuis 2000, on constate également une forte augmentation des demandes de consultations médicales, d'entretiens individuels et de soutiens psychologiques, ainsi que d'interventions de liaison. En 2003, ces différentes prestations concernent plus de deux tiers des nouveaux usagers de la structure. On notera ici que parmi les 'autres' prestations sollicitées, deux consistaient dans des contrôles d'urine.

En ce qui concerne les demandes formulées par des proches de personnes toxicodépendantes (23 personnes en 2003), les fiches remplies par l'équipe nous donnent les indications suivantes. Plus de deux tiers des proches sont des femmes (elles sont parfois accompagnées de leur conjoint) ; 40% ont été orientés par un membre de la famille, 13% par un médecin. La demande d'information est le principal motif de la visite (96%). Viennent ensuite les entretiens individuels (n=15) et les entretiens de famille (n=15), les interventions de liaison (n=8), l'aide au logement (n=1) et la consultation du médecin EdS (n=1).

Tableau 4.7 Prestations proposées suite aux premières demandes des nouveaux usagers arrivés au cours de l'année (2000-2003)

Effectifs	2000		2001		2002		2003	
	n=93	%	n=66	%	n=64	%	n=61	%
Prestations proposées*								
Traitement méd. de dépendance	43	46	39	59	39	61	44	72
Informations diverses	52	56	20	30	36	56	39	64
Consultation médecins EdS	30	32	31	47	31	48	40	66
Aide administrative en général	10	11	13	20	4	6		
Entretiens individuels et soutien psychologique	12	13	14	21	19	30	39	64
Intervention de liaison	18	19	17	26	21	48	38	63
Aide administrative pour du logement	11	12	2	3	6	9	5	8
Gestion du temps de loisirs	7	7	1	2	2	3	6	10
Soins infirmiers	5	5	2	3	2	3	1	2
Suivi post sevrage	1	1	2	3	0	0	0	0
Entretiens famille	4	4	1	2	5	8	4	7
Aide administrative pour du travail	6	6	6	9	6	9	6	10
Gestion financière	3	3	1	2	0	0	3	5
Autres	27	29	18	27	6	9	7	11

* Plusieurs demandes possibles par usager

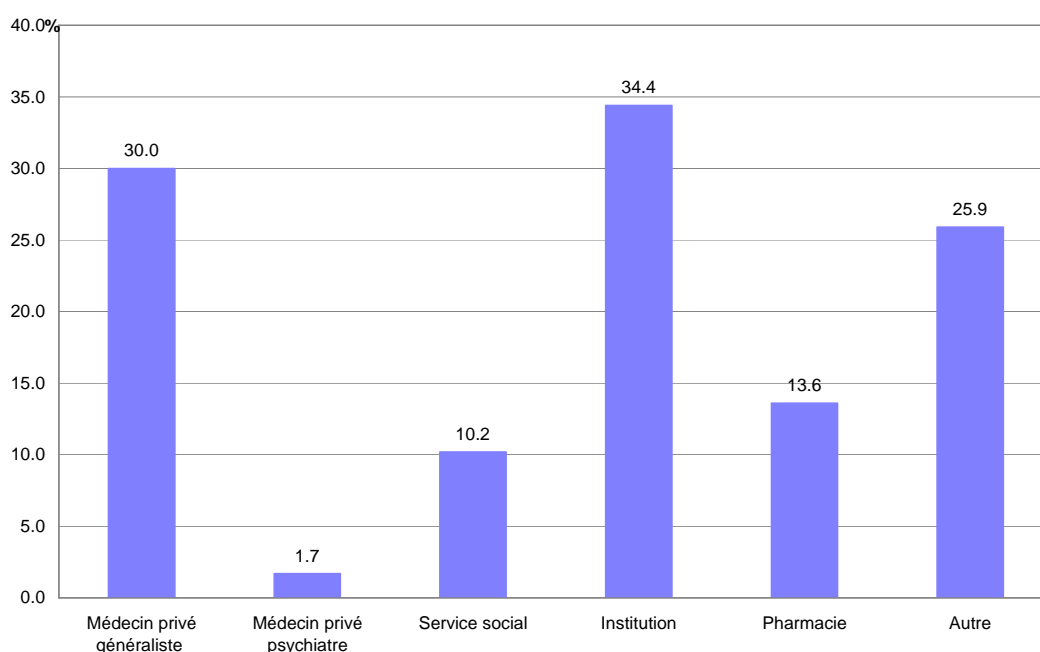
4.2.6 Orientations et collaborations établies

D'une manière générale, les personnes dépendantes ont pris un premier contact avec le centre à la suite d'aiguillages opérés par d'autres acteurs du secteur socio-sanitaire du canton ou de la région. Il arrive

fréquemment, cependant, que les usagers se soient rendus à EdS sur leur propre initiative (dans 15% des situations en 2003, contre 35% en 2001). Les proches (13%), les services sociaux (15% ; 28% si l'on ajoute l'association du Relais), les institutions hospitalières (9%) et les services pénitentiaires (7%) constituent les principaux 'aiguilleurs'.

Le graphique ci-dessous donne la fréquence des collaborations établies avec différents acteurs du réseau socio-sanitaire en rapport avec la première demande. Les collaborations avec les institutions spécialisées dans le traitement de la toxicomanie et les médecins privés généralistes sont les plus fréquentes. On note également que, parmi les 61 nouveaux usagers de 2003, 19 n'ont fait l'objet d'aucune collaboration (31%), 22 d'une seule collaboration (36%) et 20 de trois collaborations ou plus (33%).

Figure 4.3 Collaborations établies en 2003 en rapport avec la première demande (nouveaux usagers)



4.2.7 Activités de la structure (monitoring)

Depuis le début du suivi, le monitoring des activités de la structure n'est tenu que durant le dernier trimestre de l'année en cause. Cette procédure nous permet de retracer l'évolution d'une partie de l'activité de la structure. En 2003, suite à un changement des fiches de monitoring, le nombre de prestations consignées a diminué. Les lessives et les contacts de proximité ne sont plus recensés. En revanche, les entretiens sont désormais décomptés. Ils représentent la prestation la plus importante de la structure.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les démarches d'accompagnement à l'extérieur de la structure ont augmenté en 2003 (environ 40 démarches par mois en 2003, contre une trentaine en 2002). Leur nombre reste inférieur à celui enregistré en 2000 (près d'une cinquantaine de démarches). Le nombre d'aides administratives a peu évolué et ne semble pas s'inscrire dans une tendance particulière depuis le début du suivi. De même, le nombre mensuel de soins infirmiers est resté globalement stable.

Tableau 4.8 Monitoring des activités d'EdS (somme par mois) au dernier trimestre (1997-2003)

Mois	Entretiens	Démarches extérieures	Aide administrative	Soin infirmier	Lessive	Contacts travail de proximité	Boîtes flash, ¹ seringues ¹
Octobre 97	*	*	10	11	6	*	0
Novembre 97	*	*	14	13	10	*	0
Décembre 97	*	*	25	18	3	*	0
Octobre 98	*	*	54	9	12	*	1
Novembre 98	*	*	32	8	8	*	19
Décembre 98	*	*	40	10	14	*	31
Octobre 99	*	16	76	19	11	11	10
Novembre 99	*	18	50	19	23	17	17
Décembre 99	*	23	64	10	22	13	12
Novembre 00	*	48	65	9	10	28	
Décembre 00	*	45	43	10	10	40	
Octobre 01	*	23	37	16	13	33	704
Novembre 01	*	24	67	22	15	25	817
Décembre 01	*	16	38	8	19	17	337
Octobre 02	*	26	46	17	18	17	235
Novembre 02	*	31	28	29	17	31	312
Décembre 02	*	27	23	23	24	19	419
Octobre 03	127	40	39	32	*	*	318
Novembre 03	116	40	30	15	*	*	258
Décembre 03	105	38	18	17	*	*	501

¹ Dès avril 2000, EdS a remis des seringues et non plus des boîtes flash

* Non comptabilisé

4.2.8 Organisation interne et changements

Actuellement, EdS est ouvert du lundi au vendredi de 14h. à 19h. La distinction entre accueil formel et informel a été abandonnée en raison de la disposition des locaux (mais sera reprise après le déménagement, à fin 2004).

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

L'activité principale des collaborateurs du centre est le suivi socio-médical de personnes en traitement de substitution ou en sevrage (en 2003, près de 90 personnes différentes sont venues prendre leur traitement médical à Entrée de Secours pendant toute ou partie de l'année). Une part importante de l'activité du personnel du centre consiste en un travail de soutien et de motivation à travers des entretiens individuels.

Entrée de Secours collabore depuis de nombreuses années avec les mêmes médecins consultants, ce qui a permis de mettre en place une collaboration interdisciplinaire bien rôdée.

L'engagement, à 60 %, d'un collaborateur social formé en thérapie cognitive et comportementale a permis de renforcer le suivi psycho-social par des entretiens de thérapie brève. L'élévation de la dotation en personnel a permis aussi d'augmenter le travail de proximité auprès des usagers du centre : accompagnement dans les démarches, visites à domicile, ... Cependant, des choix devant être faits dans l'utilisation du temps de l'équipe, la présence ponctuelle dans des lieux publics a diminué ces dernières années. En outre, la dotation actuelle en personnel ne pourra pas être maintenue au-delà de la fin de l'année 2004, pour des raisons budgétaires.

Le champ d'intervention d'EdS touche l'ensemble de l'Ouest vaudois. L'une des difficultés principales réside sans doute dans le développement des collaborations en dehors de la proximité immédiate de Morges. S'il est probable que les consommateurs de drogues ont tendance à se retrouver, voire à venir s'établir, dans une zone urbanisée, il n'en demeure pas moins qu'ils sont parfois originaires des villages de la périphérie urbaine. Le traitement des problèmes liés à la toxicomanie implique donc une forme de solidarité entre les différentes composantes de la région et le travail d'information et de motivation des communes de la région à participer à la prise en charge des personnes toxicodépendantes se poursuit.

Parmi les usagers arrivés en 2003 à EdS, les données du questionnaire d'entrée indiquent que plus de la moitié habite la région Morges-Aubonne, 30 % habitant la région Nyon-Rolle.

4.2.9 Gestion

A la fin de 2003, l'équipe de base est composée de trois travailleurs sociaux (210%), dont le responsable du centre, de deux infirmières (à 150%) et d'une secrétaire-assistante médicale (80%).

Les subventions du canton s'élèvent en 2003 à 428'087 Fr. Cette même année, les communes de la région ont financé EdS à raison de 75'063.40 Fr.

Tableau 4.9 EdS : Postes disponibles, 2002-2003

Entrée de Secours	2002	2003
	Taux	Taux
Educateur spécialisé (y compris responsable)	150%	210%
Infirmier + secrétaire- assistante médicale	230%	230%
Total équipe socio-infirmière	380%	440%
Médecins consultants	~ 15%	~ 15%
Total général au 31.12.2003	395%	455%

4.3 ZONE BLEUE (YVERDON)

Le centre Zone Bleue (ci-après : ZB) a ouvert ses portes en juin 1997 et a pour objectifs :

- L'accueil : le centre est un lieu d'accès à bas seuil d'exigence destiné en priorité aux usagers de drogues. L'accès est libre et volontaire. Les consommateurs de drogues y sont écoutés. Ce lieu doit être pour eux un carrefour où ils rencontreront des personnes avec lesquelles ils pourront parler de leur quotidien.
- L'orientation et l'accompagnement : l'orientation dans le réseau existant s'effectue en fonction de la problématique de la personne. Les intervenants sont disponibles pour accompagner et soutenir les usagers dans leurs démarches. Ceux-ci pourront être orientés vers une démarche thérapeutique s'ils

en font la demande, mais ils pourront aussi faire appel au centre en tout temps pour un accompagnement socio-éducatif, afin de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent.

- La prévention (primaire, secondaire et tertiaire) : différentes mesures visent à prévenir une infection VIH, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'à informer sur la nocivité des produits consommés. L'accent est également mis sur l'alimentation et les soins de santé primaire.
- La formation : le centre se veut un lieu de référence pour les autres professionnels. Les intervenants devront mettre leurs connaissances au service des personnes soucieuses de prévenir ou de gérer les problèmes de toxicomanie.

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

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

Les usagers de ZB peuvent, à la demande de leur médecin traitant ou sur leur propre initiative, consulter le médecin psychiatre collaborant avec ZB (lors des heures de permanence dans la structure) pour des renseignements sur les traitements médicaux de la dépendance ou sur une prise en charge de type psychiatrique. Ce dernier ne fait toutefois plus de prescription de méthadone ni de réel suivi thérapeutique à ZB. Son activité est essentiellement de faire le lien avec les médecins traitants.

4.3.1 Sources des données

Les données proviennent de deux sources. L'une consiste dans le monitoring des activités de la structure (fréquentation de la structure et comptage de certaines prestations). Celui-ci est tenu tout au long de l'année, contrairement à d'autres structures. Le questionnaire de l'enquête Clientèle fournit des données sur le profil de la clientèle vue à Zone Bleue durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Ce questionnaire fournit des données socio-démographiques et des informations sur la problématique personnelle des usagers : consommation de drogues, état de santé.

4.3.2 Fréquentation de Zone bleue

Depuis son ouverture, la fréquentation de ZB fait l'objet d'un suivi journalier. Celui-ci porte aussi bien sur les consommateurs de drogues que sur des personnes non-consommatrices (parents, amis, enfants ou autres intervenants du réseau). Les usagers (consommateurs actifs, abstinents ou personnes fréquentant la zone) représentent plus de 90% des personnes fréquentant la structure (2003 : 93%). Les familles ou les enfants, ainsi que les intervenants du réseau forment environ 10% des visiteurs.

Comme le montre la Figure 4.4, la fréquentation de Zone bleue a continuellement augmenté depuis son ouverture en juillet 1997 jusqu'au dernier trimestre 2001. En novembre 2001, la structure a reçu en moyenne une cinquantaine d'usagers par jour. La fréquentation du centre a ensuite diminué. En décembre 2003, une moyenne de 40 usagers fréquentent Zone bleue quotidiennement.

Figure 4.4 Fréquentation de Zone bleue de 1997 à 2003

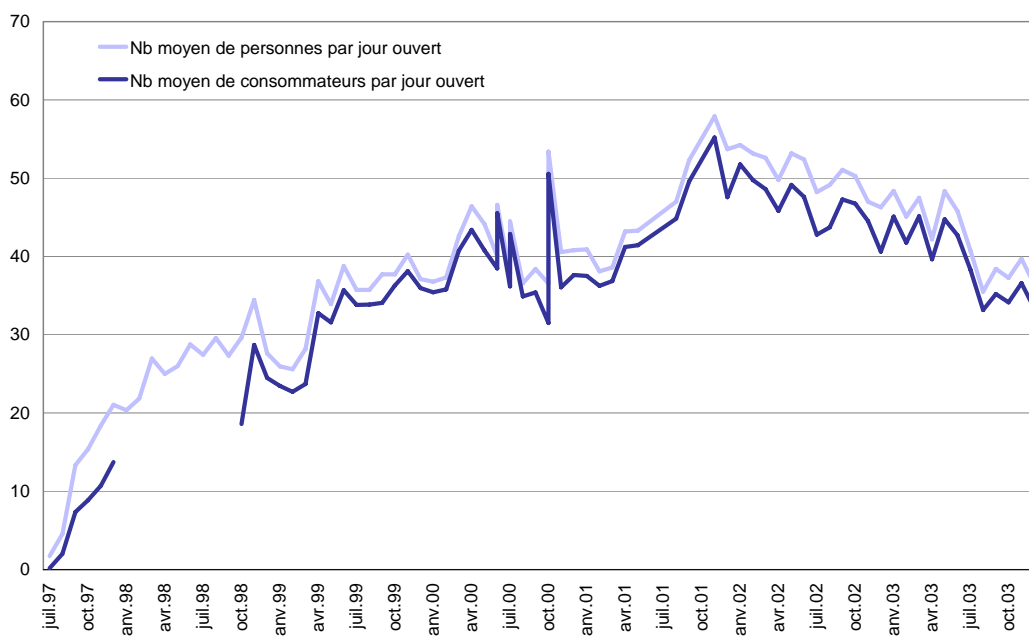
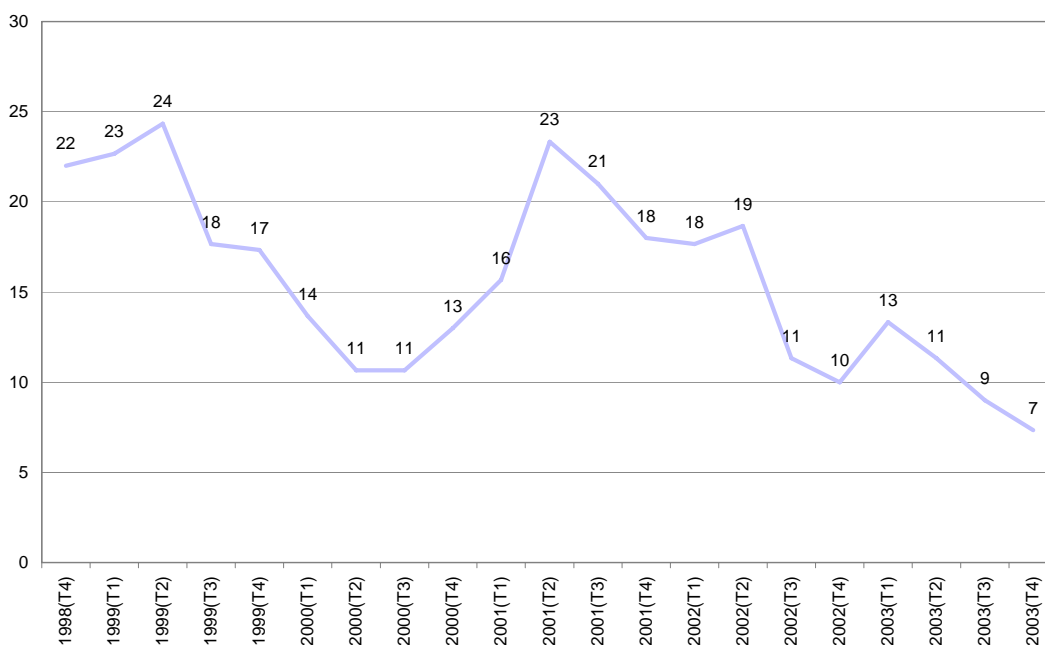


Figure 4.5 Evolution du nombre mensuel moyen de nouveaux usagers par trimestres (1998-2003)



Au cours des deux dernières années (2002-2003), le nombre de nouveaux usagers (c'est-à-dire des consommateurs ou des personnes qui sont proches du milieu de la consommation et qui ne sont pas encore connues par les intervenants) a également diminué. En 2001, la structure accueillait jusqu'à 23 nouveaux usagers par mois, soit un nombre équivalent à celui observé 18 mois après l'ouverture de la structure (fréquence maximale). A partir du dernier trimestre 2001, la fréquence des nouvelles

situations a continuellement baissé. Au dernier trimestre 2003, la structure a accueilli en moyenne 7 nouvelles personnes par mois. Parallèlement, on observe une baisse du nombre de ‘nouvelles personnes’ venues consulter pour un membre de la famille ou un proche connaissant des problèmes de toxicomanie (2001 : 62 ; 2003 : 33).

Selon les intervenants, plusieurs facteurs sont susceptibles d’expliquer cette tendance à la baisse (fréquentation et nouveaux usagers) : d’une part l’intensification de la répression du trafic de drogues semble provoquer une mobilité plus importante des personnes toxicomanes vers les centres urbains de plus grande importance ; d’autre part, l’entrée en cure d’un certain nombre de consommateurs (avec un possible effet d’entraînement). Les intervenants estiment cependant que le niveau actuel de fréquentation du centre correspond à la taille d’Yverdon.

Parmi les faits marquants de la période d’intérêt (2002/2003), on note une diminution de la consommation d’héroïne et, parallèlement, une augmentation de la consommation de cocaïne. D’une manière générale, la consommation de cocaïne n’est pas perçue comme problématique par ses usagers (c’est-à-dire comme un produit entraînant une dépendance). Le sentiment de dépendance est en revanche beaucoup plus affirmé pour les autres substances (héroïne et anxiolytiques). On note également qu’en raison de la plus forte répression, les dealers n’hésitent pas à vendre leurs produits directement au domicile des consommateurs.

4.3.3 Profil de la clientèle mai 2004

Au total, 45 personnes ont été sollicitées par les enquêteurs durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Parmi elles, 8 personnes ont refusé de remplir le questionnaire. C’est donc sur un total de 37 questionnaires valables qu’est calculé le profil de l’ensemble de la clientèle 2004 (33 questionnaires en 2000).

■ Indicateurs socio-démographiques

L’âge moyen de la clientèle de Zone Bleue a augmenté entre 2000 et 2004, mais reste moins élevé que pour l’ensemble de la clientèle des SBS du canton en 2004 (30,8 contre 33,8). C’est la valeur la plus basse de l’ensemble des structures considérées. Durant la même période, le pourcentage de femmes a augmenté (27% en 2000, versus 46% en 2004), dépassant ainsi les proportions de l’ensemble du canton. Toutefois ce résultat est à nuancer : si l’on regarde les données tenues quotidiennement par l’équipe le pourcentage de femmes reste autour de 32% pour 2003.

Tableau 4.10 Caractéristiques socio-démographiques 2000-2004 et total canton 2004, ensemble de la clientèle

	ZB 2000		ZB 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	33		37		194	
Nb femmes	9	27	17	46	52	27
Age						
Min-max	15-40		20-57		17-62	
Age moyen	26.6		30.8		33.8	
Age médian	26		29.0		34.0	
15 à 20 ans	5	15	1	3	9	5
21 à 25 ans	9	27	7	19	26	13
26 à 30 ans	12	36	14	38	35	18
31 ans et plus	7	21	15	40	124	64
Enfant			8	22	45	23

	ZB 2000		ZB 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Domicile						
Sans domicile fixe	0		2	5	36	19
Fixe privé	31	94	34	92	144	74
Institution	1	3	1	3	12	6
Autre	1	3	0		2	1
Travail						
Sans travail	2	67	26	78	139	71
Régulier	8	24	5	13	23	12
Occasionnel	3	9	3	8	32	17
Autre revenu						
Aide sociale	16	49	24	65	89	46
Assurances	8	24	8	22	57	30
Revenus illégaux	7	21	2	5	19	10
Prostitution	1	3	0		7	4
Formation						
Scolarité obligatoire	14	45	12	34	73	39
Apprentissage, école professionnelle	14	45	19	54	90	48
Maturité, école professionnelle supérieure	3	10	4	11	26	14

Un peu plus de la moitié des usagers ont un certificat d'apprentissage (54% en 2004) ; une part décroissante de la clientèle n'a effectué que la scolarité obligatoire (45% en 2000 et 34% en 2004). Le pourcentage de personne ayant une formation supérieure reste stable : 11% en 2004.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est stable au cours du temps (94% en 2000 et 92% en 2004). Deux personnes se déclarent sans domicile fixe en 2004.

Tableau 4.11 Profil de consommation 2000-2004 et total canton, ensemble des consommateurs

	ZB 2000		ZB 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	33		37		194	
Drogues dures vie	27	82	34	92	157	81
Héroïne vie	25	76	29	78	133	69
Cocaïne vie	27	82	32	86	149	77
Benzodiazépine vie	17	52	24	65	105	54
Cocktail vie			22	60	95	49
Mélange vie			14	38	59	30

Le pourcentage d'usagers travaillant régulièrement a diminué durant la période (24% en 2000, versus 13% en 2004) tandis que la proportion de personnes disposant d'un revenu occasionnel restait stable. Les deux tiers des usagers bénéficient d'une aide sociale (65% en 2004) ce qui représente une augmentation par rapport à la situation en 2000. La proportion des bénéficiaires d'assurances sociales est restée stable : 22% en 2004. Parmi les autres sources de revenu citées, les revenus illégaux ont

diminué entre 2000 et 2004 (21% en 2000 et 5% en 2004). La prostitution qui était mentionnée par 3 personnes en 2000 n'apparaît plus en 2004 dans les sources de revenus.

Parmi la clientèle de Zone Bleue, 92% des usagers ont consommé des drogues dures durant leur vie, soit une augmentation par rapport à l'enquête 2000 (82%).

■ Consommation de drogues

Parmi les consommateurs de drogues dures fréquentant Zone Bleue, 59% ont consommé par injection au cours de leur vie, soit une diminution par rapport à l'enquête 2000 (74%). La prévalence au cours de la vie de consommation de cocaïne est légèrement plus élevée que pour l'héroïne : 82% versus 76%. Quant au mode de consommation, 41% (14 personnes) ont consommé par injection au cours des 6 derniers mois.

Deux tiers des consommateurs de drogues dures (22 personnes) ont consommé durant le mois précédant l'enquête et pour 16 d'entre eux cette consommation a été régulière (plusieurs fois par semaine). La moitié des consommateurs durant le dernier mois ont consommé seulement de la cocaïne, 4 uniquement de l'héroïne. Enfin la multiconsommation a touché 7 personnes.

Près de la moitié des consommateurs suivent un traitement de substitution (16 sur 34), d'une durée moyenne de 52 mois. La moyenne de la dose quotidienne de méthadone est de 28 cc/ml ce qui semble peu par rapport à la moyenne pour l'ensemble du canton (40 cc/ml).

Tableau 4.12 Mode de consommation et fréquence, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	Zb 2000		Zb 2004		Total	2004
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	27		34		157	
Injection (% sur drogues dures vie)						
Injecteurs durant la vie	20	74	20	59	108	69
Injecteurs durant les 6 derniers mois	16	59	14	41	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine	20.8		3.8			9.8
Consommation durant dernier mois (% sur drogues dures vie)						
Consommation de drogues dures	16	59	22	65	98	62
Consommation régulière	15	56	16	47	82	52
Consommateurs réguliers héroïne	12	44	6	18	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne	8	30	7	21	37	24
Consommateurs réguliers cocktail	8	30	0	0	4	3
Consommateurs réguliers benzodiazépine	3	11	6	18	46	29
Modèle consommation (% sur consommation durant le dernier mois)						
Consommation héroïne seule	2	13	4	18	13	13
Consommation cocaïne seule	2	13	11	50	46	47
Multiconsommateurs*	12	75	7	32	39	40
Traitement						
En traitement méthadone	16	59	16	47	79	50
Dose moyenne/jour (en ml)	29		28		40	
Durée moyenne (en mois)	21		52		53	

* Héroïne et cocaïne

■ Prises de risques et santé

Parmi les personnes ayant consommé par injection au cours des 6 derniers mois, 3 (sur 14) ont partagé leur seringue et une personne en a donné une. Environ un tiers des injecteurs a partagé soit la cuillère, soit le même filtre ou encore l'eau et le coton.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont légèrement évolué au cours du temps. 24 usagers ont un partenaire stable. Lors des relations avec ce dernier, seule une minorité (22%) utilise systématiquement un préservatif. Ce taux de protection est faible sachant que 50% d'entre eux en 2004 ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure. Par contre, la majorité des consommateurs de drogue se protège dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (60% en 2004). Enfin, seulement 32% des usagers de ZB ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Aucune des personnes testées n'était séropositive en 2004.

Tableau 4.13 Prise de risques, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	ZB 2000		ZB 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommateurs drogues dures vie ¹	27		34		157	
PARTAGE DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	2/16	13	3	21	20/67	30
DON DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	3/16	19	1	7	13/67	20
UTILISATION DU PRÉSERVATIF**						
Partenaire(s) stable(s)	15	56	24	71	86	55
Toujours utilisé préservatif	4	27	5	22	19/86	22
Jamais utilisé préservatif	10	37	13	57	46/89	53
Partenaire non-consommateur	12	80	12	50	45/86	52
Partenaire(s) occasionnel(s)	9	33	10	29	52	33
Toujours utilisé préservatif	6	67	6	60	34/53	65
Jamais utilisé préservatif	1	11	1	10	8/53	15
UTILISATION DU PRÉSERVATIF						
Durant dernier rapport sexuel	14	52	11	32	60/157	39
TEST VIH						
Consommateurs testés	21	78	31	91	141	90
Séropositifs parmi les testés	1	5	0	0	14	10
OVERDOSES						
Ayant eu une overdose	14	52	15	44	72	46
Nombre moyen d'overdoses	3.1		3.6		6.6	

¹ Héroïne et cocaïne

* Rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

** Rapporté aux personnes ayant un partenaire stable/occasionnel

4.3.4 Activités de la structure

Les différents domaines d'activités de ZB ont été développés progressivement et intégrés au fur et à mesure dans le monitoring. Le tableau ci-dessous examine l'évolution du nombre de prestations fournies par l'équipe ZB depuis son ouverture (au cours du dernier trimestre de chaque année).

Tableau 4.14 ZB, moyenne des prestations fournies par mois, derniers trimestres 1997-2003
(Source : monitoring)

Dernier trimestre	Entretien usagers ^{1,2}	Entretien parents ²	Orientation	Aide administrative	Soin infirmier	Repas	Soin hygiène	Seringues	Aiguille
1997	*	30	11	*	*	181	13	670	*
1998	59	42	34	19	*	252	63	3252	*
1999	218	23	25	54	64	383	60	2485	1263
2000	174	19	21	80	80	287	64	1401	1664
2001	312	43	40	148	99	422	110	1556	866
2002	233	24	35	114	73	400	79	1292	-
2003	202	23	21	116	45	334	58	1085	-

¹ En 1998, seuls les entretiens téléphoniques étaient comptabilisés

² Y compris les entretiens téléphoniques

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

Le volume des prestations a fortement augmenté au cours des premières années d'existence de la structure jusqu'en 2001, année durant laquelle toutes les prestations ont atteint un volume maximal. A cette époque, l'équipe réfléchissait à l'opportunité de redéfinir son éventail de prestations afin de faire face à l'afflux de nouvelles demandes induites notamment par l'augmentation de la fréquentation. Cette dernière s'étant stabilisée, le volume des différentes prestations est revenu en 2002 plus ou moins à celui de l'année 2000. Ainsi, après avoir atteint un pic en 2001, le nombre d'entretiens effectués avec les usagers s'est stabilisé à un niveau légèrement inférieur (un peu plus de 200 par mois). L'équipe a relevé que la moitié de ces entretiens sont menés avec une femme alors même qu'elles ne représentent qu'un tiers environ des usagers de ZB. Quant au nombre moyen d'entretiens effectués avec les proches, il s'élève à une vingtaine d'entretiens par mois en 2003.

Si l'on fait abstraction des résultats de 2001, on constate une augmentation des aides administratives (plus de 110 par mois en 2002 et 2003) et des repas (entre 300 et 400 par mois). Les soins infirmiers ou relatifs à l'hygiène restent relativement stables autour de 60. La diminution du nombre de seringues distribuées, déjà perceptible en 1999, s'est poursuivie. Cette tendance est en partie liée à l'entrée en cure d'un certain nombre de consommateurs, toutefois, les intervenants soupçonnent également un changement problématique des pratiques de consommation : la réutilisation de sa seringue usagée lors de consommation de cocaïne.

Il est important de souligner ici que la diminution entre 2001 et 2002 du nombre de prestations fournies masque des changements qualitatifs en matière de prise en charge. Les intervenants n'ont ainsi pas le sentiment d'une baisse d'activité. Ils observent plutôt une intensification de la prise en charge, laquelle est à mettre en relation avec la trajectoire des consommateurs, dont certains fréquentent la structure depuis longtemps. Les mères consommatrices qui viennent avec leurs enfants (parfois bébés)

ou les femmes enceintes sont par exemple plus nombreuses qu'auparavant (actuellement une dizaine), les enfants nécessitant une attention accrue des intervenants. Ceci pose également la question du type d'accompagnement à mettre en place pour ces mères toxicomanes. On note également une évolution dans la prise en charge de certains problèmes, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle (contraception, IVG, viols). Les intervenants relèvent enfin que, sur le plan du logement, la situation s'est nettement péjorée. Les expulsions sont plus nombreuses et la recherche d'appartements devient de plus en plus compliquée.

4.3.5 Gestion

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

Depuis mars 98, Zone Bleue bénéficie d'un poste de secrétariat, qui est passé de 30 à 40% en 1999. La dotation en personnel non-éducatif a également été augmentée : plus 5 % pour le cuisinier et plus 10 % (depuis 1997) pour l'entretien des locaux. Au total, il s'agit d'un poste et un tiers depuis 2002. L'équipe est composée depuis mi-2003 de 2 éducateurs (dont 1 avec le poste de direction), d'un assistant social, d'une infirmière. Le poste de direction constitue environ un 0.3% de poste, le reste de l'activité de l'éducateur (50%) étant consacré au travail d'accueil et de terrain.

Les subventions du canton s'élèvent en 2001 à 415'000 Fr., ce qui correspond au montant indexé de 1999. Les communes de la région financent à raison d'environ 115'000 Fr. la structure de ZB (contre 22'500 Fr. en 1997 et 88'000 Fr. en 1999). Le maintien des financements et la recherche de fonds et de soutiens financiers réguliers sont des soucis permanents de la direction, qui prennent du temps.

Tableau 4.15 ZB : postes disponibles, 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)	Taux (%)
Responsable	80	80	80	80
Educateur spécialisé	80	80	80	80
Assistant social	80	80	80	80
Infirmier	80	80	80	80
Total socio-éducatif	320	320	320	320
Secrétaire	40	40	40	40
Entretien des locaux	20	20	30	30
Cuisinier	65	65	65	65
Total non socio-éducatif	125	125	135	135
Total général	445	445	455	455

Tableau 4.16 Subventions 2002-2003

	2002	2003
Canton	421'500	429'00
Communes	102'000	115'000

4.4 TRAVAIL ÉDUCATIF DE PROXIMITÉ DE LA RIVIERA (ACT)

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

Le projet ACT poursuit quatre objectifs :

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

La priorité de cette association est l'accompagnement de proximité des personnes touchées par la toxicomanie qui favorise leur retour et leur réinsertion dans un réseau de soins, ainsi que la réduction des risques liés à la consommation. Les interventions dans les domaines de la prévention secondaire et tertiaire font partie de ses missions prioritaires.

4.4.1 Sources des données

Les données présentées ci-dessous ont été récoltées par les collaborateurs de la structure. Il ne s'agit pas de données individuelles, mais de données organisées par prestation (ci-après : contact ; un contact pouvant déboucher sur plusieurs prestations). De 1998 à 2001, le monitoring des contacts a été tenu durant le premier et/ou le dernier trimestre. En 2002, l'équipe a recueilli les informations durant 7 mois et a recensé 4416 contacts^a. En 2003, le recueil s'est généralisé à tous les jours d'ouverture de la structure (10'080 contacts). Afin de préserver la comparabilité des données d'une année à l'autre, les analyses présentées ci-dessous ne portent que sur les trois derniers mois de l'année.

Les données de monitoring sont complétées par les résultats de l'enquête Clientèle menée du 10 au 14 mai 2004 dans la structure.

4.4.2 Fréquence des contacts

Après avoir diminué entre 1998 et 1999 (en raison d'un manque de personnel), le nombre moyen de contact par jour a continuellement augmenté entre 2001 et 2003. A la fin de l'année 2003, l'équipe a recensé, en moyenne, 34 contacts par jour, soit une fréquence identique à celle enregistrée au dernier trimestre de 1998.

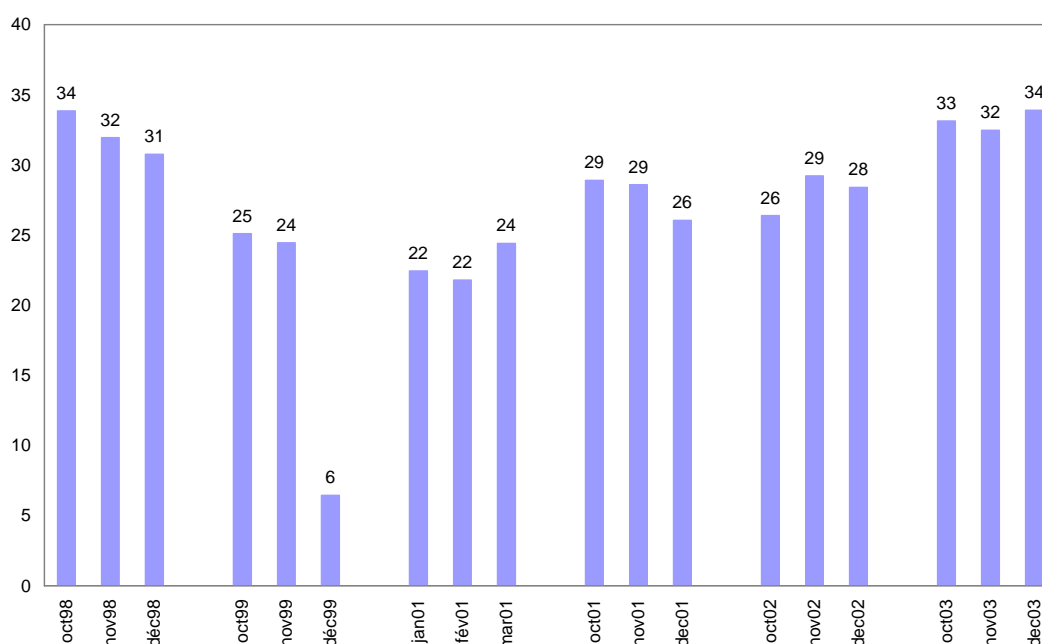
Les personnes toxicodépendantes sont à l'origine d'un peu moins de 85% des contacts (2002 : 84% ; 2003 : 82%). Viennent ensuite les professionnels (2002 : 12% ; 2003 : 16%) et les membres de la famille et les proches avec moins de 5% des contacts (2002 : 3% ; 2003 : 2%). A ces contacts s'ajoutent les interventions de prévention auprès de groupes de jeunes (classes) : 12 en 2002 et 18 en 2003.

L'agrégation des données par usager (toxicodépendant) donne une image plus précise de la fréquentation de la structure. Au dernier trimestre 2003, la structure a reçu 224 personnes différentes, un nombre légèrement supérieur à celui du dernier trimestre 2002 (213 personnes). Comme le montre le tableau ci-dessous, celle-ci reçoit entre 90 et 110 personnes différentes^b par mois. En 2003, près d'un usager sur trois est une femme (34%). La fréquentation des femmes a ainsi sensiblement augmenté depuis 2001 (29%).

^a Le comptage des contacts durant ces 7 mois est présumé exhaustif.

^b Personnes identifiées par l'équipe grâce à un prénom ou un pseudonyme.

Figure 4.6 ACT : nombre moyen de contacts par jour (1998-99 ; 2001-03)



Le nombre moyen de contacts par usager a légèrement augmenté entre 2001 et 2003. Il est passé de 4,6 en janvier 2001 à 7 en décembre 2003. Le nombre médian de contacts par personne a également augmenté passant de 2 contacts en 2002 à 3 en 2003 (dernier trimestre). Cette augmentation est particulièrement perceptible chez les femmes, qui malgré cette augmentation, font moins souvent appel à la structure que les hommes : le nombre médian de contact par tête s'élève à 3 pour les hommes (2002 : 3) contre 2,5 pour les femmes (2002 : 2). A ce titre, les intervenants observent que les femmes tendent à être plus autonomes que les hommes dans la gestion de leurs problèmes.

Tableau 4.17 ACT : fréquence des contacts par personne, par sexe et par mois

		n	% femmes	Nombre de contacts par personne	
				Moyenne	Minimum-maximum
2001	Janvier	90	29	4,6	1-23
	Mars	90	32	5	1-22
	Décembre	105	27	4,6	1-30
2002	Octobre	89	29	6,6	1-51
	Novembre	91	27	5,9	1-42
	Décembre	71	30	6,6	1-46
2003	Octobre	113	28	6,8	1-53
	Novembre	96	30	6,2	1-40
	Décembre	92	34	7	1-40

On ne dispose malheureusement pas de données précises sur la fréquence et le profil des nouveaux contacts. D'après les observations des intervenants, ces nouveaux contacts sont en augmentation. Il s'agirait principalement de femmes (comme l'atteste par ailleurs les données présentées ci-dessus), de

jeunes en rupture et de personnes sans domicile fixe. S'agissant des jeunes, l'équipe observe qu'ils ne consomment pas forcément des drogues dures, mais évoluent dans un environnement 'à risque'. La plupart d'entre eux n'ont pas trouvé de place d'apprentissage à la fin de la scolarité obligatoire et sont en phase de désinsertion sociale avancée.

4.4.3 Profil de la clientèle mai 2004

Au total, 30 personnes ont été sollicitées par les enquêteurs durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Parmi elles, 6 personnes ont refusé de remplir le questionnaire. C'est donc sur un total de 24 questionnaires valables qu'est calculé le profil de l'ensemble de la clientèle 2004 (23 questionnaires en 2000).

■ Indicateurs socio-démographiques

L'âge moyen de la clientèle de ACT a augmenté entre 2000 et 2004, mais reste moins élevé que celui de l'ensemble de la clientèle des SBS (31,8 contre 33,8). Durant la même période, le pourcentage de femmes fréquentant ACT a augmenté, passant de 22 à 42% et est donc supérieur à celui de l'ensemble de la clientèle du canton.

Tableau 4.18 Caractéristiques socio-démographiques 2000-2004 et total canton 2004, ensemble de la clientèle

	ACT 2000		ACT 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	23		24		194	
Nb femmes	5	22	10	42	52	27
Age						
Min-max	16-39		19-44		17-62	
Age moyen	27.5		31.8		33.8	
Age médian	28		31.5		34.0	
15 à 20 ans	3	13	1	4	9	5
21 à 25 ans	4	17	5	21	26	13
26 à 30 ans	9	39	4	17	35	18
31 ans et plus	7	30	14	58	124	64
Enfant			8	33	45	23
Domicile						
Sans domicile fixe	1	5	1	4	36	19
Fixe privé	19	90	23	96	144	74
Institution	0		0		12	6
Autre	1	5	0		2	1
Travail						
Sans travail	18	78	19	79	139	71
Régulier	4	17	1	4	23	12
Occasionnel	1	4	4	17	32	17
Autre revenu						
Aide sociale	14	61	13	54	89	46
Assurances	5	22	10	42	57	30
Revenus illégaux	4	17	3	13	19	10
Prostitution	0	0	2	8	7	4

	ACT 2000		ACT 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Formation						
Scolarité obligatoire	13	56	7	29	73	39
Apprentissage, école professionnelle	8	35	14	58	90	48
Maturité, école professionnelle supérieure	2	9	3	13	26	14

Les usagers d'ACT ont un niveau de formation plus élevé en 2004 : plus de la moitié des consommateurs ont un certificat d'apprentissage (35% en 2000 et 58% en 2004) et une part décroissante de la clientèle n'a effectué que la scolarité obligatoire (56% en 2000 et 29% en 2004). Le pourcentage de personnes ayant une formation supérieure reste stable.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est stable au cours du temps et plus élevée que pour l'ensemble du canton (90% en 2000 et 96% en 2004). Il n'y a pas de personnes qui déclarent vivre en institution.

Durant la période considérée, le nombre de personnes disposant d'un revenu régulier diminue (17% en 2000 et 4% en 2004). Ceci est compensé par l'augmentation de la proportion de personnes disposant d'un revenu occasionnel. Environ la moitié bénéficie d'une aide sociale 54% en 2004. La proportion des bénéficiaires d'assurances a augmenté entre la première et la deuxième enquête : 22% en 2000 et 42% en 2004. Parmi les autres sources de revenu citées, la prostitution concerne deux personnes en 2004. Les revenus illégaux restent stables (13% en 2004).

Parmi la clientèle de ACT, 96% des usagers ont consommé des drogues dures durant leur vie, soit une faible augmentation par rapport à l'enquête 2000.

Tableau 4.19 Profil de consommation 2000-2004 et total canton, ensemble des consommateurs

	ACT 2000		ACT 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	23		24		194	
Drogues dures vie	21	91	23	96	157	81
Héroïne vie	20	87	22	92	133	69
Cocaïne vie	20	87	23	96	149	77
Benzodiazépine vie	13	57	16	67	105	54
Cocktail vie			16	67	95	49
Mélange vie			11	46	59	30

■ Consommation de drogues

La majorité des consommateurs de drogues dures fréquentant ACT se sont injectés des drogues au cours de leur vie. 11 sur 23 ont consommé par injection au cours des 6 derniers mois et 16 sur 23 ont consommé des drogues dures au cours du dernier mois, dont 14 ont consommé plusieurs fois par semaine.

Les consommateurs réguliers de cocaïne sont un peu plus nombreux. 11 consommateurs sur 16 n'ont consommé que de la cocaïne.

Tableau 4.20 Mode de consommation et fréquence, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	ACT 2000		ACT 2004		Total	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommateurs de drogues dures	21		23		157	
Injection (% sur drogues dures vie)						
Injecteurs durant la vie	18	86	19	83	108	69
Injecteurs 6 derniers mois	13	62	11	50	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine	1.7		6.2		9.8	
Consommation durant dernier mois (% sur drogues dures vie)						
Consommation de drogues dures	9	43	16	70	98	62
Consommation régulière	6	29	14	61	82	52
Consommateurs réguliers héroïne	3	14	2	9	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne	1	5	6	26	37	24
Consommateurs réguliers cocktail	0		0	0	4	3
Consommateurs réguliers benzodiazépine	3	14	11	48	46	29
Modèle consommation (% sur consommation dernier mois)						
Consommation héroïne seule	2	22	2	12	13	13
Consommation cocaïne seule	1	11	11	69	46	47
Multiconsommateurs*	6	67	3	19	39	40
Traitement						
En traitement méthadone	13	62	17	74	79	50
Dose moyenne/jour (en ml)	29		43		40	
Durée moyenne (en mois)	20		50		53	

* Héroïne et cocaïne

Parmi les usagers de ACT, près des 3/4 suivent un traitement à la méthadone. La durée moyenne du traitement est de 50 mois, avec une dose moyenne de 43 cc/ml par jour.

■ Prises de risque et état de santé

Le partage de seringue usagée durant les 6 derniers mois a concerné 4 usagers sur 11 et ils ont été 5 à donner leurs seringues durant la même période.

D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues : 9 injecteurs sur 11 ont partagé la cuillère ainsi que le même filtre avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête. 4 injecteurs ont puisé dans la même eau et 4 ont partagé le coton.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle se sont légèrement péjorés au cours du temps. Parmi les usagers ayant eu des relations avec des partenaires occasionnels, la moitié des consommateurs de drogue se protègent régulièrement (55% en 2000). De plus, seule une minorité très petite utilise systématiquement un préservatif avec le partenaire stable (6% en 2004, versus 23% en 2000). Ce taux de protection est faible sachant que 33% d'entre eux en 2004 ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure. Enfin, seulement 27% des usagers ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (39% pour le total du canton).

Un usager sur 25 personnes testées est séropositif pour le VIH.

Tableau 4.21 Prise de risque, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	ACT 2000		ACT 2004		Total	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommation drogues dures vie ¹	21		23		157	
PARTAGE DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	5/13	39	4	36	20/67	30
DON DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	2/13	15	5	46	13/67	20
UTILISATION DU PRÉSERVATIF **						
Partenaire(s) stable(s)	13	62	18	78	86	55
Toujours utilisé préservatif	3	23	1	6	19/86	22
Jamais utilisé préservatif	4	31	9	50	46/89	53
Partenaire non consommateur	4	67	6	33	45/86	52
Partenaire(s) occasionnel(s)	11	52	6	27	52	33
Toujours utilisé préservatif	6	55	3	50	34/53	65
Jamais utilisé préservatif	4	36	2	33	8/53	15
UTILISATION DU PRÉSERVATIF						
Durant dernier rapport sexuel	11	58	6	27	60/157	39
TEST VIH						
Consommateurs testés	20	95	21	91	141	90
Séropositifs parmi les testés	1	5	1	5	14	10
OVERDOSES						
Ayant eu une overdose	14	67	14	61	72	46
Nombre moyen d'overdoses	4.2		4.6		6.6	

¹ Héroïne et cocaïne

* Rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

** Rapporté aux personnes ayant un partenaire stable/occasionnel

4.4.4 Provenance des usagers

La répartition des usagers selon la provenance s'est sensiblement modifiée entre 2001 et 2003^a. On observe une nette diminution des usagers habitant Vevey. Ceux-ci représentaient plus de deux tiers de la clientèle au premier trimestre 2001, contre 46% au dernier trimestre 2003 (49% en 2002). Ils restent néanmoins les plus représentés au sein de la clientèle. La part des habitants de Montreux a, quant à elle, augmenté entre 2001 (12%) et 2003 (21%). Cette augmentation est vraisemblablement liée au travail de rue réalisé par un intervenant d'ACT dans cette ville. Quant aux usagers des autres communes, leur répartition, en 2003, est la suivante : Villeneuve 2%, Haut-district 2%, Chablais 8%, autres communes du district 13%, hors district^b 7%. Ces pourcentages sont restés relativement stables. Enfin, entre 2002 et 2003, deux à trois personnes sont déclarées sans domicile.

^a Si la répartition des usagers selon leur provenance s'est modifiée entre 2001 et 2002, elle est restée stable en 2003.

^b La catégorie 'hors-district' regroupe aussi bien les usagers provenant du reste du canton que les usagers d'autres cantons ou étrangers.

4.4.5 Activités de la structure

Le tableau décrit ci-dessous l'évolution des différentes prestations de la structure.

Tableau 4.22 Nombre total de prestations par mois 2001-2003 (dernier trimestre, ACT^{eurs} uniquement)

	2001	2002	2003
Informel	655	735	807
Accueil	68	115	169
Entretien soutien	170	118	319
Entretien famille		7	2
Entretien couple		10	15
Tripartite avec les médecins ou autre prof.	23	14	14
Démarche avec réseau administratif	75	107	154
Prévention	8		4
Douches	99	9	10
Repas	153	92	103
Remise de méthadone	95	112	52
Lessive	73	23	35
Aide à la gestion financière	27	90	25
Soins, santé		4	8
Echange d'informations	138	76	129
Matériel stérile	68	70	103
Animation, activité de type cours	6	6	63
Total	1658	1588	2012

Le nombre total de prestations recensées a augmenté de 27% en 2003. C'est dans le cadre d'entretiens informels ou de soutien ainsi que dans le cadre d'échanges d'informations que la structure répond le plus fréquemment à la demande des usagers. Comme le montre le tableau ci-dessus, les entretiens informels représentent environ 40% du nombre total de prestations fournies aux derniers trimestres 2002 et 2003, contre un tiers en 2001. En 2003, les entretiens de soutien constituent plus de 15% du total des prestations fournies. Cette proportion est deux fois plus élevée que celles relevées les deux années précédentes. Au titre des principales évolutions, on note aussi la diminution, en 2003, de la remise de méthadone. Cette évolution correspond au souhait de la structure de préserver son caractère 'bas-seuil'.

Par rapport à 2001, le nombre de douches a considérablement baissé. Cette diminution tient à l'absence de clandestins dans la file active à partir de 2002. Il est néanmoins très probable que cette prestation soit sous-enregistrée. La fréquence des douches (sollicitées par les usagers ou demandées à ces derniers par les intervenants) s'élèverait à 2 à 3 par semaine.

Le nombre d'animations ou d'activités de type 'cours' a beaucoup augmenté, passant de 7 au dernier trimestre 2002 à 66 au dernier trimestre 2003. Cette évolution correspond en partie à la mise en place de séances d'information / prévention à destination des usagers sur les hépatites. Ces séances ont lieu tous les 15 jours. Cette rubrique regroupe également les coups de mains des usagers au fonctionnement de la structure (par exemple, pour les repas).

Durant ses heures d'ouverture, ACT assure la distribution de matériel stérile. Elle participe au programme cantonal de remise de matériel. Après une diminution au cours des années 1999 et 2000, la distribution de seringues a augmenté et dépasse les 6000 seringues distribuées par année. Cette activité représente 4% des contacts avec les usagers.

En plus des prestations à l'intention des consommateurs de drogues, les prestations sollicitées par des membres de la famille ou des proches consistent essentiellement dans entretiens avec les intervenants de la structure. En 2002 (n=44) et en 2003 (n=61), les entretiens informels et les échanges d'informations représentent entre 50 et 55% des contacts. Un peu plus de 20% des contacts consistent dans des entretiens de soutien. D'une année à l'autre, on observe des changements au niveau de l'accueil (2002 : 7% ; 2003 : 18%) et des entretiens de famille (2002 : 18% ; 2003 : 3%).

En 2003 (dernier trimestre), 72% des contacts avec les usagers toxicodépendants ont eu lieu au centre et 25% ont eu lieu dans la rue, contre seulement 12% en 2002. Aussi, en 2003, les interventions sur le terrain sont-elles devenues plus nombreuses. Les interventions dans d'autres lieux (appartement, hôpital, école, téléphone, institutions) sont marginales. S'agissant des proches, les lieux de contacts sont plus diversifiés : 31% se font au centre (2002 : 39%), 25% par téléphone (34%) et 36% dans la rue (25%). D'une manière générale, par rapport à 2002, les intervenants ont diversifié leur aire d'intervention dans le sens d'une plus grande proximité avec le public-cible (usagers et proches).

Depuis deux ans, l'équipe de ACT a décidé de porter une attention particulière aux femmes. Il en résulte actuellement une collaboration avec Profa sur le modèle déjà mis en place à Zone Bleue, soit une présence d'une consultante de Profa à ACT 3 à 4 fois par année. Par ailleurs, des moments « femmes » ont été organisés sous la forme de rencontres à midi réunissant des usagères de ACT et des usagères de l'UAS. Toutefois, il est apparu que ces dernières n'avaient pas les mêmes attentes et besoins et que certaines étaient trop fragiles notamment des femmes qui visaient l'abstinence. Par ailleurs, le fait de devoir laisser son compagnon sur le pas de la porte n'était pas toujours bien vécu. Ces rencontres (6 au total) ont donc pris fin ; malgré tout, des effets inattendus ont été relevés par l'équipe. Ainsi, les femmes ont tendance à rester plus longtemps au centre alors qu'auparavant elles venaient juste bénéficier d'une prestation et repartaient. Le climat s'est aussi modifié : la violence a diminué et une dynamique de groupe s'est installée permettant un partage d'expérience au cours de discussions spontanées.

Une autre nouveauté est la mise à disposition par un grand magasin de Vevey des invendus alimentaires. Cette disponibilité d'aliments mis à la disposition des usagers amène aussi d'autres populations (famille/étrangers) qui sont souvent envoyés par des personnes toxicodépendantes. Cette distribution permet également de toucher une autre population de consommateurs, plus insérés et qui n'étaient pas assez intéressés auparavant pour venir au centre.

■ Travail de rue

Depuis les prémices d'ACT, le travail de rue fait partie des axes socio-éducatifs de l'institution et répond aux objectifs de prévention et de réduction des risques. Le travail de rue est considéré comme un moyen complémentaire à l'accueil au centre pour remplir le mandat essentiel des deux éducateurs qui consiste à créer ou recréer du lien social et à représenter les personnes en difficulté.

Il s'agit ainsi pour les professionnels de rejoindre la population en situation de précarité voire d'exclusion sociale dans les lieux où elle se trouve. Ce mouvement, inverse à celui du Centre, permet d'être aux premières lignes des problèmes sociaux et sanitaires des personnes fragilisées et particulièrement des toxicomanes. Cette dynamique est possible à travers l'identification de l'éducateur de rue. Il agit comme un repère et offre une écoute active. Il est perçu par les bénéficiaires de prestations comme une interface et une personne capable de les orienter en fonction de leurs demandes. Le travail de rue permet d'atteindre les personnes en difficulté même quand elles n'ont pas la force de pousser la porte des institutions de prise en charge.

Les éducateurs ont également un rôle de régulateur dans les lieux identifiés « à risques » des communes de deux districts de Vevey et Montreux. Ils remplissent la fonction d'interface, de facilitateur entre les protagonistes en présence. Dans ce cadre, ils sont en lien avec les personnes en rupture sociale et avec les différents protagonistes de la vie sociale de la Riviera. Ils collaborent avec les représentants de la

police, les commerçants et entretiennent un partenariat productif avec les professionnels de la santé, du judiciaire et du social (infirmière scolaire ou en milieu hospitalier, médecin traitant, pharmacien, juge, avocat, animateur jeunesse, enseignant, médiateur scolaire, animateur santé, conseillère école-famille, etc.).

Les deux collaborateurs d'ACT sont également actifs dans plusieurs commissions et groupes de recherche :

- **Groupe « Jeunes en rupture »** – plateforme régionale de professionnels des milieux économiques, judiciaires, politiques et sociaux visant la prise en compte des jeunes de 14 à 25 ans en situation de rupture (familiale, professionnelle, économique et/ou sociale, etc.).
- **Table ronde** – commission montreusienne mixte et pluridisciplinaire de réflexion et de proposition, de formation et de coordination des différents organismes actifs au niveau de la jeunesse.
- **Groupe Guidance** – groupe issu de la Table Ronde. Il est un organe consultatif montreusien des représentants des milieux politiques, économiques, judiciaires et sociaux, chargé d'intervenir dans le cadre des problèmes liés à la jeunesse.
- **Commission de Prévention Riviera** – rassemble les professionnels et les élus locaux autour des questions en lien avec la prévention et la sécurité pour l'ensemble des communes de la Riviera.
- **Groupe Hors murs** – rassemblement romand des travailleurs de proximité.
- **Groupe Travail Social de Proximité** – groupe vaudois des travailleurs en milieu ouvert.
- **Groupe de réduction des risques** – plate forme professionnelle romande animée par le GREAT.

4.4.6 Organisation interne et changements

L'équipe répartit ses activités en quatre domaines : la permanence pour l'accueil des usagers au centre, l'administration, le travail sur le terrain et la prévention. Chaque jour, avant l'ouverture de la permanence, l'équipe consacre une heure au journal de bord, ce qui lui permet de discuter des événements de la veille et des éventuelles dispositions à prendre vis-à-vis de certaines situations. La permanence d'accueil, qui occupe au moins deux intervenants, a lieu durant la tranche horaire de 10 à 12h et de 14 à 16h. En dehors de ces heures, un seul intervenant reste disponible au centre, soit pour recevoir l'utilisateur sur rendez-vous, soit pour répondre à un usager qui viendrait avec une demande précise (matériel d'injection, entretien urgent par ex.).

ACT consacre un 0.9 EPT des postes d'éducateurs au travail de rue réparti ainsi : pour Vevey, 22 heures hebdomadaires (50%) et 16 heures pour Montreux (40%). L'éducateur de rue, appelé dans leur charte Travailleur Social Hors Murs (TSHM), s'efforce, dans la mesure du possible, d'adapter ses horaires de manière à être disponible et atteignable. Environ un tiers des contacts se font dans la rue.

Durant la précédente période d'évaluation, on relevait les changements de direction et le renouvellement presque total de l'équipe, entre 1999 et 2001, ainsi que la réflexion entreprise sur le concept de structure d'accueil à bas seuil et sur la place de ACT au sein du réseau de prise en charge de la Riviera. Derrière ces changements, il y avait aussi le besoin pour l'équipe d'une clarification de son intervention auprès des usagers toxicomanes. Il en était résulté une définition relativement précise des prestations fournies par la structure, assortie d'une volonté de « professionnalisation » des interventions qui s'est mise en place courant 2001. Au cours de l'année 2004, il y a eu un nouveau changement de direction, le nouveau directeur étant entré en fonction au 1^{er} novembre. L'équipe a toutefois dû fonctionner sans direction durant 4 mois, soit de juillet à octobre 2004.

4.4.7 Gestion

L'équipe d'ACT est formée de 500% de postes couverts par 6 personnes. Les postes éducatifs ont été, à la demande de deux éducateurs diminués de deux fois 10%. Quant au poste de direction, il est passé de 80% à 100% avec l'entrée en fonction d'un nouveau directeur en novembre 2004.

Concernant les subventions de ACT, elles figurent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4.23 Subventions 2002-2004

	2002	2003	2004
Bilan total	690'493	632'074	
Subventions fédérales	150'194	151'245	144'000
Subventions cantonales	153'800	156'568	157'445
Subventions communales district de Vevey	230'033	237'809	246'781

4.5 LE PASSAGE

Géré par l'Association pour un accueil à Bas Seuil, le Passage a ouvert ses portes en 1999. S'adressant dans un premier temps à toute personne en situation de précarité, il a rapidement accueilli une population fortement marginalisée, mais également très hétérogène. En accord avec les autorités municipales, à partir du 1^{er} mai 2001, le Passage a limité son intervention aux seules personnes présentant une problématique de dépendance associée à un processus de marginalisation ou d'exclusion. Ce faisant, chaque nouvelle situation donne lieu à un bref entretien au cours duquel les éducateurs de la structure décident de la prise en charge ou de la (ré)orientation des personnes en cause. A ce titre, la consommation de substance(s), ainsi que son incidence sur la vie quotidienne de l'individu constituent les principaux critères d'admission^a. A noter également que les mineurs ne sont pas autorisés à fréquenter le centre.

4.5.1 Organisation interne

Suite à d'importants dysfonctionnements, le Passage a fermé ses portes entre le 1^{er} et le 16 août 2004 et l'équipe a été fortement remaniée. En raison de démissions et de licenciements, l'équipe est actuellement incomplète et un horaire réduit a été établi, soit : lundi, mardi, mercredi et vendredi de 10h à 16h ; jeudi de 13h à 16h ; samedi et dimanche de 10h à 14h.

Une restructuration des activités en 4 secteurs a été introduite et un cahier des charges pour chacun de ces secteurs a été défini.

- L'accueil : chaque personne entrant au Passage fait l'objet d'un accueil individualisé. S'il s'agit d'une première visite, un entretien a lieu avec la personne (cf. ci-dessus). L'intervenant en charge de l'accueil gère également la douche et les WC, tient la statistique de fréquentation et surveille la terrasse.
- Le réfectoire : le rôle de l'intervenant responsable du réfectoire est d'être présent auprès des usagers, que ce soit pour de l'écoute ou des discussions. Il gère également l'ordre et la propreté du réfectoire et surveille la terrasse en lien avec la personne à l'accueil.
- L'échange de matériel stérile d'injection : ce poste est tenu principalement par du personnel infirmier pour autant que le tournus hebdomadaire le permette. La distribution de matériel s'accompagne de messages de prévention des maladies transmissibles et les usagers sont sensibilisés à la récupération du matériel stérile. Ce secteur d'activité comprend également l'offre de premiers soins : contrôle du système veineux, soins de base si nécessaires, orientation vers un médecin ou un

^a L'usage de substances à des fins strictement récréatives (par ex : cannabis) ne débouche pas forcément sur une prise en charge si l'équipe constate, par ailleurs, une bonne insertion sociale.

service médical au besoin. L'intervenant en place s'occupe également de la distribution des cornets alimentaires et surveille la place devant le Passage.

- La cuisine : le Passage offre des petits déjeuners entre 10h00 et 11h15. Un repas payant (2 Fr.) est servi entre 12h30 et 13h15. Des biscuits ou gâteaux sont préparés pour la collation de l'après-midi. La personne en poste de la cuisine assure la préparation de ces différentes collations en collaboration avec des usagers. Elle prépare également les cornets alimentaires et gère la vaisselle et les poubelles. Elle tient les statistiques du nombre de repas.

Le responsable de chaque secteur gère les petits jobs qui sont en lien avec son secteur d'activité. Ces jobs sont rémunérés soit par de l'argent (sur une base de 20 Fr. de l'heure), soit par des bons repas. Au total, sept petits jobs sont offerts par jour et deux fois par semaine un job de ramassage de seringues est également organisé.

4.5.2 Sources des données

Pour les années 2002-2003 – A partir du 1^{er} mai 2002, les données de monitoring du Passage nous renseignent sur l'admission de nouveaux usagers, ainsi que sur l'aiguillage des personnes non admises. En revanche, on ne dispose toujours pas de données (2002-2003) sur la fréquentation de la structure^a. Parmi les prestations ayant fait l'objet d'un comptage journalier, figurent uniquement les repas (gratuit ou payant), ainsi que l'échange de matériel stérile d'injection.

Pour l'année 2004 – Les données de l'enquête Clientèle permettent de dresser le profil des usagers ayant fréquenté le centre durant la semaine du 10 au 15 mai 2004.

Suite à la restructuration du Passage, différentes statistiques ont été mises en place, notamment le décompte du nombre de contact par jour^b. Ces statistiques ont été intégrées au présent rapport en complément aux données de 2002-2003.

4.5.3 Fréquentation du passage

■ Nouveaux usagers

Le tableau ci-dessous examine la fréquence des nouveaux contacts établis au Passage entre mai 2002 et décembre 2003. Le nombre de nouveaux usagers relevé en mai 2002 est particulièrement élevé, parce que tous les usagers de la structure ont été recensés. Par conséquent, la valeur mesurée au mois de mai donne plutôt une indication de la 'file active' du Passage que des nouveaux usagers.

Aussi bien en 2002 qu'en 2003, la structure a accepté de donner suite à environ 75% des nouveaux contacts ; les personnes non admises ont été orientées vers d'autres structures. En 2003, le Passage a admis, en moyenne, 12 nouveaux usagers par mois contre 20 de juin à décembre 2002. Le nombre des personnes résidant à l'extérieur de Lausanne paraît avoir sensiblement augmenté. On ne dispose malheureusement pas d'indication plus précise quant à la provenance de ces usagers.

Le pourcentage de femmes parmi les nouveaux usagers a diminué entre 2002 et 2003, passant de 24% à 19%. A ce titre, les intervenants constatent que la fréquentation du centre par les femmes dépend beaucoup du comportement des hommes : l'agressivité (notamment verbale) de ces derniers auraient un impact très négatif sur la fréquentation féminine.

^a Un comptage du nombre d'usagers présents dans la structure à différents moments de la journée est actuellement pratiqué afin de remédier à cette lacune.

^b Toute personne se présentant à l'accueil est comptée. Si une personne s'absente pendant plus d'une heure et revient au Passage, elle est comptée une deuxième fois, raison pour laquelle les chiffres présentés parlent d'un nombre de contact et non de personnes.

En 2004, la statistique des nouveaux usagers indique un peu plus de 30 situations nouvelles pour les mois de septembre et d'octobre, avec un pourcentage de femmes qui s'élève à 27%. Il faudra voir par la suite comment évolue cette donnée.

Tableau 4.24 Le Passage : nouveaux usagers (mai 2002 – décembre 2003)

		Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
2002	Contacts					238	38	35	21	19	24	26	20	421
	Admis					178	25	31	13	17	18	20	13	315
	% Femmes					26	24	23	0	35	17	15	38	24.4
	% Hors Lausanne					19	40	42	31	47	28	50	46	28.3
	Orientés					60	13	4	8	2	6	6	7	106
	% Femmes					17	23	75	38	50	33	17	29	23.6
	% Hors Lausanne					35	46	0	38	0	0	33	57	34
2003	Contacts	16	11	13	15	26	27	15	22	21	14	13	20	213
	Admis	12	7	7	12	22	19	9	19	11	11	11	14	154
	% Femmes	0	29	29	25	14	21	11	21	18	27	18	21	18.8
	% Hors Lausanne	17	71	43	25	64	37	56	53	73	36	64	43	48.1
	Orientés	4	4	6	3	4	8	6	3	10	3	2	6	59
	% Femmes	0	25	17	33	25	25	0	33	10	33	0	0	15.3
	% Hors Lausanne	75	25	67	33	75	88	50	0	60	33	50	67	57.6

■ Fréquentation quotidienne

En 2004, la fréquentation moyenne du centre durant les mois d'août à octobre a été de 70 contacts quotidiens environ. Les samedi et dimanche sont relativement moins fréquentés, peut-être en raison d'une durée d'ouverture plus restreinte.

La proportion de femmes est faible (20%) malgré le changement de climat amené par la restructuration et notamment la baisse de la violence et des tensions.

Tableau 4.25 Nombre moyen de contacts par jour, août-octobre 2004

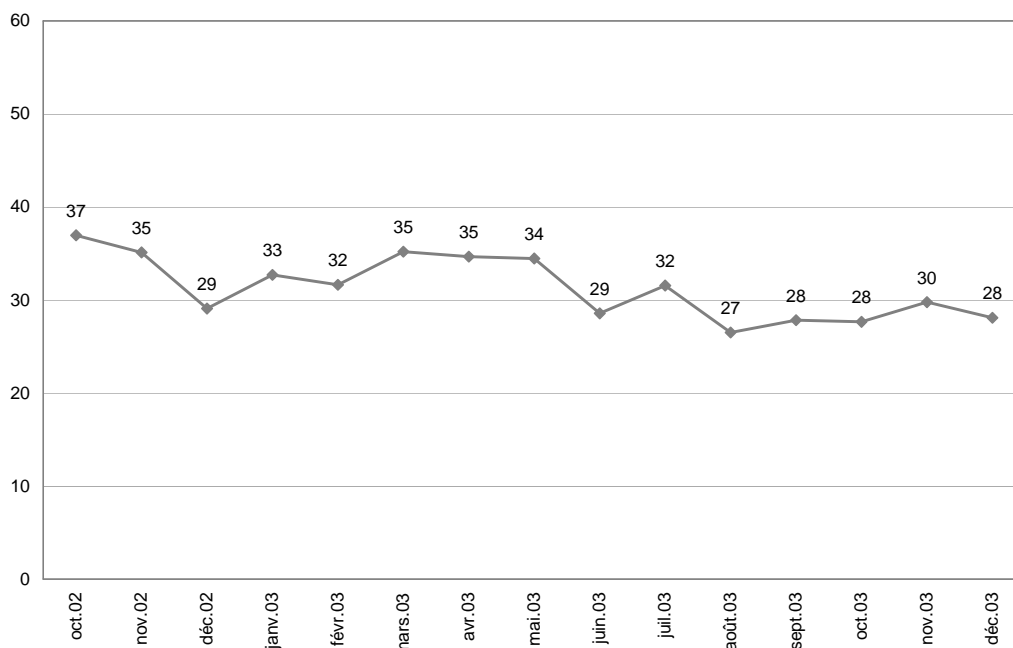
	Hommes	Femmes	Total contacts	% de femmes
Août	59	15	74	20
Septembre	56	14	70	20
Octobre	56	12	69	18

A partir du mois d'octobre 2002, la structure a entrepris de compter le nombre d'usagers présents dans les locaux à une heure fixe de la journée (12h30 ; 12h45 à partir de juin 2003^a). Les résultats de ce

^a A partir de juin 2003, ces observations ont été réalisées à trois moments distincts de la journée : à 10h00, à 12h45 et à 15h30. Suite à ce changement, la qualité des données semble avoir diminué, les données manquantes étant sensiblement plus nombreuses qu'auparavant.

comptage sont présentés dans la figure ci-dessous. Le nombre moyen de personnes présentes au moment des décomptes est resté relativement stable, bien qu'on puisse noter une légère diminution dès juin 2003. Celle-ci peut être liée au changement de l'heure à laquelle l'observation est effectuée.

Figure 4.7 Nombre moyen d'utilisateurs présents au Passage à 12h30 (octobre 2002 – mai 2003) et à 12h45 (juin 2003 – décembre 2003) par jour d'ouverture de la structure



4.5.4 Profil de la clientèle mai 2004

Au total, 76 personnes ont été sollicitées par les enquêteurs durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Parmi elles, 9 personnes ont refusé de remplir le questionnaire et sur les 67 questionnaires remplis, un a été considéré comme non-fiable. C'est donc sur un total de 66 questionnaires valables qu'est calculé le profil de l'ensemble de la clientèle 2004 (72 questionnaires en 2000).

■ Indicateurs socio-démographiques

L'âge moyen de la clientèle du Passage est resté relativement stable entre 2000 et 2004 et est légèrement plus élevé que pour l'ensemble de la clientèle des SBS du canton en 2004 (35,4 contre 33,8) ; l'âge médian a par contre augmenté de 33 à 36,5 ans (cf. Tableau 4.26). Durant la même période, le pourcentage de femmes fréquentant le Passage a diminué (32% en 2000, versus 18% en 2004). Cette évolution présente la tendance inverse de celle relevée dans les SBS situées en dehors de Lausanne.

Près de la moitié des consommateurs ont un certificat d'apprentissage (46% en 2000 et 43% en 2004), une part croissante de la clientèle n'a effectué que la scolarité obligatoire (29% en 2000 et 46% en 2004), soit légèrement plus que pour l'ensemble de la clientèle des SBS.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est stable au cours du temps (72% en 2000 et 76% en 2004). L'enquête 2004 présente davantage de personnes vivant en institution dans le canton (6%) qu'au Passage (3%), cette tendance s'observe essentiellement à EdS à Morges.

Tableau 4.26 Caractéristiques socio-démographiques 2000-2004 et total 2004, ensemble de la clientèle Le Passage

	2000		2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	72		66		194	
Nb femmes	23	32	12	18	52	27
Age						
Min-max	19-80		19-59		17-62	
Age moyen	35.0		35.4		33.8	
Age médian	33		36.5		34.0	
15 à 20 ans	2	3	2	3	9	5
21 à 25 ans	8	11	9	14	26	13
26 à 30 ans	14	19	6	9	35	18
31 ans et plus	48	67	19	24	124	64
Enfant			16	24	45	23
Domicile						
Sans domicile fixe	16	22	13	20	36	19
Fixe privé	52	72	50	76	144	74
Institution	1	1	2	3	12	6
Autre	3	4	1	2	2	1
Travail						
Sans travail	50	70	51	77	139	71
Régulier	6	8	5	8	23	12
Occasionnel	16	22	10	15	32	17
Autre revenu						
Aide sociale	27	38	30	46	89	46
Assurances	32	44	23	35	57	30
Revenus illégaux	6	8	10	15	19	10
Prostitution	5	7	3	5	7	4
Formation						
Scolarité obligatoire	21	29	30	46	73	39
Apprentissage, école professionnelle	33	46	28	43	90	48
Maturité, école professionnelle supérieure	18	25	7	11	26	14

Peu de clients du Passage disposent d'un revenu régulier (8% en 2000 et 2004) et la proportion de personnes disposant d'un revenu occasionnel diminue durant la période. Pour ces deux formes de revenus, ils sont un peu moins nombreux au Passage que pour l'ensemble du canton. Environ la moitié des usagers bénéficie d'une aide sociale 46% en 2004. La proportion des bénéficiaires d'assurances a diminué légèrement entre la première et la deuxième enquête : 44% en 2000 et 35% en 2004. Parmi les autres sources de revenu citées, les revenus illégaux ont augmenté entre 2000 et 2004 (8% en 2000 et 15% en 2004). Les revenus liés à la prostitution restent stables (7% en 2000 et 5% en 2004).

Parmi la clientèle du Passage, 92% des usagers ont consommé des drogues dures durant leur vie, soit une augmentation par rapport à l'enquête 2000. Rappelons que depuis la structure a connu un changement de concept qui se traduit par une orientation relativement stricte en faveur des personnes consommatrices de drogues. La prévalence de la consommation de la cocaïne est en 2004 nettement

supérieure à celle de l'héroïne : 91% des usagers ont consommé de la cocaïne au cours de leur vie contre 79% de l'héroïne.

Tableau 4.27 Profil de consommation 2000-2004 et total canton, ensemble des consommateurs du Passage

	Le Passage 2000		Le Passage 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	72		66		194	
Drogues dures vie	46	64	61	92	157	81
Héroïne vie	44	61	52	79	133	69
Cocaïne vie	44	63	60	91	149	77
Benzodiazépine vie	31	43	38	58	105	54
Cocktail vie			37	56	95	49
Mélange vie			24	36	59	30

■ Consommation de drogues

Les indicateurs de consommation sont relativement stables au cours du temps, pour la clientèle du Passage. En effet, on compte 69% de consommateurs de drogues dures durant le dernier mois en 2004 versus 63% en 2000. La moitié a consommé par injection durant les 6 derniers mois (49% en 2004 et 50% en 2000) ; toutefois, le nombre moyen d'injection au cours de la semaine précédant l'enquête a pratiquement doublé et s'élève 15.7 injections en moyenne (8.6 en 2000). Durant cette semaine, certains intervenants ont relevé une arrivée importante de cocaïne sur le marché.

Tableau 4.28 Mode de consommation et fréquence, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	Le Passage 2000		Le Passage 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommateurs de drogues dures	46		61		157	
Injection (% sur drogues dures vie)						
Injecteurs durant la vie	37	80	47	77	108	69
Injecteurs 6 derniers mois	23	50	30	49	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine	8.6		15.7			9.8
Consommation durant dernier mois (% sur drogues dures vie)						
Consommation mois	29	63	42	69	98	62
Consommation régulière	21	46	37	61	82	52
Consommateurs réguliers héroïne	15	33	13	21	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne	9	20	21	34	37	24
Consommateurs réguliers cocktail	4	9	4	7	4	3
Consommateurs réguliers benzodiazépine	9	20	18	30	46	29

	Le Passage 2000		Le Passage 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Modèle consommation (% sur consommation dernier mois)						
Consommateurs héroïne seule	2	7	5	12	13	13
Consommateurs cocaïne seule	7	24	17	40	46	47
Multiconsommateurs	20	69	20	48	39	40
Traitement						
En traitement méthadone	20	44	25	41	79	50
Dose moyenne/jour (en ml)	28		42.8		40	
Durée moyenne (en mois)	61.5		50		53	

La proportion des consommateurs actifs du Passage qui sont multiconsommateurs de drogues dures^a a diminué entre 2000 et 2004 (69% en 2000 et 48% en 2004). La consommation d'héroïne seule est relativement stable : 7 % en 2000 et 12% en 2004. Quant à la consommation de cocaïne seule, elle semble devenir une pratique un peu plus fréquente : 24% de consommation de cocaïne seule en 2000 et 40% en 2004.

La cocaïne devient ainsi la substance consommée le plus régulièrement^b, consommation qui concerne 34% des consommateurs actifs en 2004. Le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne est par contre plus faible : seulement 21% consommaient plusieurs fois par semaine de l'héroïne et 7% du cocktail en 2004, respectivement 33% et 9%, en 2000.

Parmi les clients du Passage, environ 40% suivent un traitement à la méthadone. La durée du traitement est relativement plus faible en 2004 qu'en 2000 et la dose moyenne est de 50 cc/ml.

Tous les indicateurs concernant la consommation en 2004 chez la clientèle du Passage sont légèrement péjorés si on les compare à ceux calculés pour l'ensemble du canton.

■ Prises de risque et état de santé

Le partage de seringues usagées durant les 6 derniers mois concernait 4 injecteurs sur 23 injecteurs actifs en 2000, il s'est élevé depuis. Treize injecteurs sur 30 rapportaient avoir partagé leurs seringues en 2004. Ce taux est supérieur à la moyenne du canton qui est de 30% en 2004 (20 usagers sur 67). Le don de seringues usagées durant les 6 derniers mois a également progressé entre 2000 et 2004 et concernait 6 usagers contre 2 en 2000.

D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues : 56% des injecteurs du Passage de l'enquête 2004 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, 50% ont utilisé le même filtre, 33% ont puisé dans la même eau et enfin 40% ont partagé le coton.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont légèrement évolué au cours du temps. La majorité des consommateurs de drogue se protègent dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (73% en 2004). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (35% en 2004). Ce taux de protection est faible sachant que 54% d'entre eux en 2004 ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure. Enfin, seulement 28% des usagers du Passage ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (39% pour le total du canton).

^a Multiconsommateurs = consommateurs d'héroïne et de cocaïne en même temps (cocktail) ou séparément.

^b Consommation régulière = plusieurs fois par semaine.

Tableau 4.29 Prise de risque, 2000-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	Le Passage 2000		Le Passage 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs consommation drogues dures vie	46		61		157	
PARTAGE DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	4/23	17	13	43	20/67	30
DON DE SERINGUE USAGÉE*						
Durant les 6 derniers mois	2/23	9	6	21	13/67	20
UTILISATION DU PRÉSERVATIF**						
Partenaire(s) stable(s)	27	59	26	43	86	55
Toujours utilisé préservatif	9	33	9	35	19/86	22
Jamais utilisé préservatif	10	37	13	50	46/89	53
Partenaire non consommateur	19	70	14	54	45/86	52
Partenaire(s) occasionnel(s)	21	46	26	43	52	33
Toujours utilisé préservatif	15	71	19	73	34/53	65
Jamais utilisé préservatif	1	2	8	8	8/53	15
UTILISATION DU PRÉSERVATIF						
Durant dernier rapport sexuel	26	58	17	28	60/157	39
TEST VIH						
Consommateurs testés	43	94	56	93	141	90
Séropositifs parmi les testés	6	12	9	16	14	10
OVERDOSES						
Ayant eu une overdose	22	48	26	43	72	46
Nombre moyen d'overdoses	4.2		11.4		6.6	

* Rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

** Rapporté aux personnes ayant un partenaire stable/occasionnel

4.5.5 Activités de la structure

En 2002 et en 2003, seuls les repas et l'échange de matériel d'injection stérile ont fait l'objet d'un suivi statistique régulier.

Les prestations sanitaires, quant à elles, n'ont pas fait l'objet d'un monitoring, mais plutôt d'un carnet de bord à l'usage exclusif du personnel infirmier. Depuis la restructuration de 2004, les soins infirmiers ont été comptabilisés et figurent ci-après.

On ne dispose donc pas de données sur les prestations socio-éducatives. Tant que l'équipe n'est pas complétée, ces prestations ne peuvent que très partiellement être offertes.

Les repas – Le Passage sert des repas chauds tous les jours à midi, sauf le jeudi où a lieu une collation à la fin du colloque de l'équipe.

Entre 2001 et 2003, le nombre de repas servis a diminué de 27%, passant de 9013 couverts (environ 25 par jour) à 6550 (environ 18 par jour). En revanche, la part relative des repas servis contre une mini-prestation a augmenté de 10 points, passant de 43% à 53%.

La diminution du nombre de repas servis interpelle dans la mesure où elle n'a pas été ressentie par les intervenants, qui, au contraire, avaient l'impression d'une augmentation. Il est possible que tous les repas n'aient pas été comptabilisés, mais cela n'a pas été vérifié.

En 2004, les statistiques des mois d'août à octobre indiquent toujours une moyenne d'environ 20 repas par jour. Les femmes sont un peu plus nombreuses à profiter de cette prestation en comparaison avec les résultats de la fréquentation féminine puisque entre 26 à 33% des repas sont commandés par des femmes.

Environ 15 à 20 personnes viennent chaque jour s'approvisionner en cornets alimentaires (août à octobre 2004). Chaque personne peut prendre entre 1 et 3 cornets selon la composition du ménage. Au total, 490 cornets ont été distribués à 427 personnes durant le mois d'octobre. Cette activité est toutefois dépendante des produits livrés par la Carl qui centralise la récupération des produits et organise leur répartition entre les différentes structures lausannoises actives dans ce secteur.

Tableau 4.30 Nombre moyen de repas servis par jour (2001-2003)

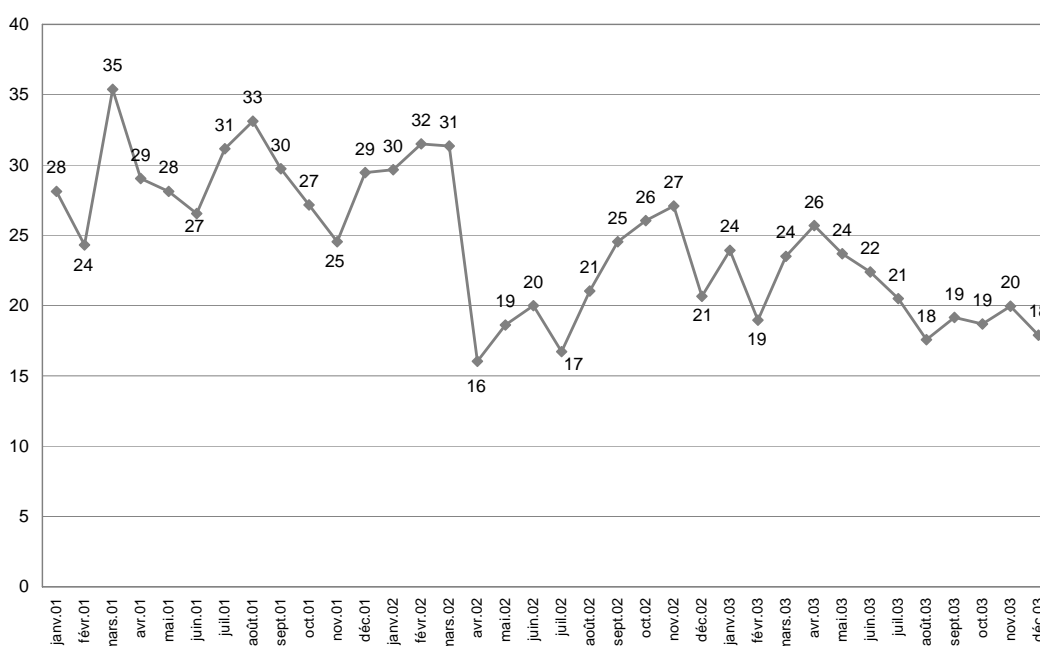


Tableau 4.31 Nombre moyen de repas servis par jour, août-octobre 2004

Repas	Hommes	Femmes	Total	% de repas femmes
Août	15	5	20	26
Septembre	17	8	25	33
Octobre	18	6	24	27

Tableau 4.32 Nombre moyen de personnes venant prendre des cornets alimentaires par jour, août-octobre 2004

Cornet	Hommes	Femmes	Total	% de cornet femmes
Août	13	4	19	22
Septembre	12	3	15	21
Octobre	13	3	16	20

Les activités dans le secteur infirmier ont été comptabilisées à partir du 16 août 2004. Depuis lors, on constate une augmentation de la demande concernant aussi bien l'information que des soins ou des médicaments.

Les médicaments distribués sont uniquement des produits ne demandant pas une ordonnance. Dans le cadre d'une collaboration avec le CIM, une remise de médicaments à des usagers suivis par le CIM peut être organisée au Passage.

Tableau 4.33 Nombre total de prestations infirmières par mois, août-octobre 2004

Soins	Infos santé	Soins somatiques	Médicaments	Set pansements
Août	69	20	40	5
Septembre	116	35	89	21
Octobre	143	47	114	14

4.6 LE PARACHUTE

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

Le Parachute a une double vocation : l'accueil d'une part, pratiqué sans discrimination et, d'autre part, l'hébergement de jeunes adultes présentant un problème de dépendance et/ou de désinsertion, voire d'exclusion (clandestins).

Les objectifs du Parachute sont les suivants :

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

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

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

Dans le cadre de l'accueil, les intervenants informent et orientent chaque personne selon ses besoins spécifiques. Des activités culturelles sont également organisées régulièrement. Depuis janvier 2003, des civilistes (une à deux personnes) et des travailleurs subventionnés par l'assurance-chômage sont venus renforcer l'équipe du Parachute, notamment au niveau des tâches logistiques et administratives.

4.6.1 Sources des données

Les données de monitoring ont été récoltées par le personnel de la structure, ainsi que par son directeur. Elles sont réparties selon trois tranches horaire : 7h – 15h ; 15 –23h ; 23h –7h. En 2002, les données ont été récoltées durant l'été (juin – septembre). En 2003, elles ont été recueillies au cours du

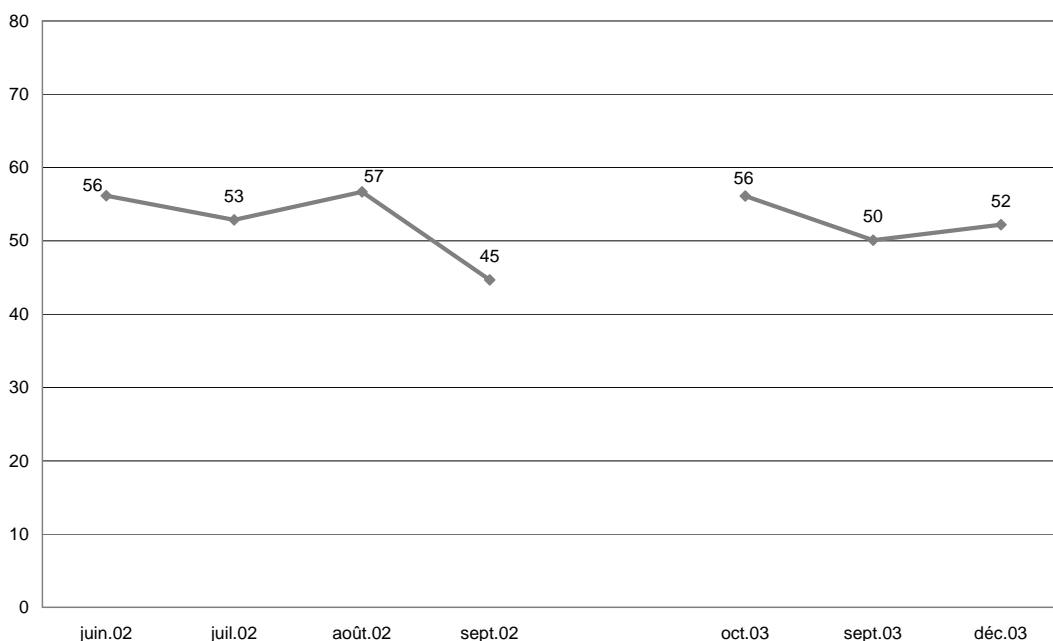
dernier trimestre (octobre – décembre). Compte tenu des possibles variations saisonnières, elles ne sont pas forcément comparables.

Comme pour les autres centres d'accueil à bas-seuil, la clientèle est décrite sur la base des questionnaires remplis par les usagers durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. A ces données s'ajoutent celles décrivant les caractéristiques des personnes hébergées par la structure, tirées du rapport d'activité de la Fondation Mère Sofia.

4.6.2 Fréquentation du Parachute

Le niveau de fréquentation de la structure semble être resté stable d'une période d'observation à l'autre. En 2002, la structure accueillait entre 50 et 60 personnes par jour. On observe une fréquentation identique au dernier trimestre 2003 (Figure 4.8). Les personnes identifiées comme toxicodépendantes représentent une partie seulement de la clientèle. En 2003, le nombre moyen de consommateurs reçus par jour se situe entre 5 et 10 (entre 10% et 20% de la clientèle).

Figure 4.8 Nombre moyen de personnes par jour d'ouverture (juillet- septembre 2002 – octobre-décembre 2003)



En 2002, la majorité des contacts avaient lieu pendant la première tranche horaire (en moyenne, 25 à 30 personnes reçues). De 15h à 23h et durant la nuit, le nombre de personnes reçues oscillait entre 15 et 20 pour chacune des deux tranches. En 2003, on constate une diminution du nombre de personnes reçues lors de la première tranche horaire, principalement au cours des deux derniers mois. Cette diminution peut être imputée à des changements organisationnels. (Dans le but de mieux encadrer les habitants, l'accueil ferme le matin de 10h30 à 12h30 et le soir de 17h00 à 20h00.) La fréquentation de la structure au cours de la nuit est, quant à elle, restée stable.

En 2003, le mois de novembre a été marqué par la célébration du ramadan, jeûne ayant entraîné une légère baisse de la fréquentation et des prestations fournies.

Tableau 4.34 Le Parachute : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture et selon la tranche horaire, dernier trimestre 2003

Tranche horaire	Moyenne par jour	
	Personnes	Consommateurs
Octobre	56.1	9
7h – 15h	28.5	3.1
15h – 23h	15.5	3
23h – 7h	12.2	3
Novembre	50.1	8.6
7h – 15h	18.8	3.9
15h – 23h	19.1	2.8
23h – 7h	12.2	2
Décembre	52.5	5.5
7h – 15h	19.1	3.5
15h – 23h	21.0	1.2
23h – 7h	12.4	0.7

4.6.3 Profil de la clientèle mai 2004

Au total, 60 personnes ont été sollicitées par les enquêteurs durant la semaine du 10 au 14 mai 2004. Parmi elles, 16 personnes ont refusé de remplir le questionnaire et sur les 44 questionnaires remplis, deux ont été considérés comme non-fiables. C'est donc sur un total de 42 questionnaires valables qu'est calculé le profil de l'ensemble de la clientèle 2004. Le Parachute n'avait pas été inclus dans l'enquête de 2000. Lorsqu'elles existent nous donnons des données récoltées en 2002 au cours d'une mini-enquête ayant eu lieu dans cette structure (19 questionnaires en 2002).

■ Indicateurs socio-démographiques

L'âge moyen de la clientèle du Parachute a légèrement augmenté entre 2002 et 2004 et est légèrement plus élevé que pour l'ensemble de la clientèle des SBS du canton en 2004 (34,8 contre 33,8). Le pourcentage de femmes fréquentant Le Parachute est très faible (2% en 2004) ce qui est essentiellement dû à la présence de migrants fréquentant la structure.

Un tiers des usagers a un certificat d'apprentissage, la part de la clientèle n'ayant effectué que la scolarité obligatoire (43% en 2004) est proche de celle de l'ensemble de la clientèle des SBS. Un pourcentage plus important de personne a une formation supérieure : 25% en 2004 contre 14% pour l'ensemble du canton.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est nettement inférieur au Parachute que dans les autres structures à bas seuil : 41% en 2004. 45% sont sans domicile fixe et 14% sont des personnes vivant en institution.

Les usagers du Parachute sont relativement plus nombreux à déclarer un revenu à temps complet ou un revenu occasionnel 43% versus 29% pour l'ensemble du canton. Pour les autres formes de revenus, ils sont un peu moins nombreux à bénéficier d'une aide sociale (19% en 2004) ou d'assurances (17% en 2004). Parmi les autres sources de revenu citées, les revenus illégaux sont déclarés par une personne en 2004 et la prostitution par deux personnes.

Tableau 4.35 Caractéristiques socio-démographiques 2002-2004 et total 2004, ensemble de la clientèle

	Le Parachute 2002		Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	19		42		194	
Nb femmes	3		1	2	52	27
Age						
Min-max	20-51		17-62		17-62	
Age moyen	31		34.8		33.8	
Age médian	30		34.5		34.0	
15 à 20 ans	1		4	9	9	5
21 à 25 ans	3		3	7	26	13
26 à 30 ans	8		7	17	35	18
31 ans et plus	7		28	67	124	64
Enfant			7	17	45	23
Domicile						
Sans domicile fixe	7		19	45	36	19
Fixe privé	6		17	41	144	74
Institution	6		6	14	12	6
Autre	0		0		2	1
Travail						
Sans travail	13		24	57	139	71
Régulier	1		5	12	23	12
Occasionnel	5		13	31	32	17
Autre revenu						
Aide sociale			8	19	89	46
Assurances			7	17	57	30
Revenus illégaux			1	2	19	10
Prostitution			2	5	7	4
Formation						
Scolarité obligatoire			17	43	73	39
Apprentissage, école professionnelle			13	32	90	48
Maturité, école professionnelle supérieure			10	25	26	14

Parmi la clientèle du Parachute, 33% des usagers ont consommé des drogues dures durant leur vie.

Tableau 4.36 Profil de consommation 2002-2004 et total canton, ensemble de la clientèle

	Le Parachute 2002		Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectif total	19		42		194	
Drogues dures vie	10		14	33	157	81
Héroïne vie	4		6	14	133	69
Cocaïne vie	5		11	26	149	77
Benzodiazépine vie	3		8	19	105	54
Cocktail vie			2	5	95	49
Mélange vie			1	2	59	30

■ Consommation de drogues

L'effectif des consommateurs de drogues dures étant petit, les résultats relatifs à la consommation doivent être pris avec circonspection. 4 usagers ont consommé par injection au cours de leur vie et 3 durant les 6 derniers mois. Le nombre moyen d'injection durant la semaine précédant l'enquête est plus faible que la moyenne du canton (3 injections en moyenne). 6 consommateurs sur 14 ont consommé des drogues dures durant le dernier mois. Parmi eux, 5 ont consommé plusieurs fois par semaine des drogues dures.

Tableau 4.37 Mode de consommation et fréquence, 2002-2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	Le Parachute 2002		Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs¹	10		14		157	
Injection (% sur drogues dures vie)						
Injecteurs durant la vie	4		4	29	108	69
Injection durant les 6 derniers mois			3	21	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine			3.0			9.8
Consommation durant dernier mois (% sur drogues dures vie)						
Consommation de drogues dures	6		6	43	98	62
Consommation régulière	2		5	36	82	52
Consommateurs réguliers héroïne			2	14	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne			3	21	37	24
Consommateurs réguliers cocktail			0	0	4	3
Consommateurs réguliers benzodiazépine			4	29	46	29
Modèle consommation (% sur consommation dernier mois)						
Consommation héroïne seule			0	0	13	13
Consommation cocaïne seule			4	29	46	47
Multiconsommateurs*	5		2	14	39	40

	Le Parachute 2002		Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%
Traitement						
En traitement méthadone			2	14	79	50
Dose moyenne/jour (en mg)			39		40	
Durée moyenne (en mois)			14		53	

¹ Consommateurs de drogues dures

* Héroïne et cocaïne

Quatre consommateurs ont consommé uniquement de la cocaïne et deux de l'héroïne et de la cocaïne.

Parmi les clients du Parachute, deux suivent un traitement à la méthadone.

■ Prise de risque et état de santé

Aucune des trois personnes ayant consommé par injection au cours du dernier mois n'a partagé ou donné sa seringue. Le partage d'autre matériel ne concerne qu'un usager.

Il n'y a pas de données évolutives des différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle au Parachute. En 2004, les taux de protection sont proches de ceux du canton.

Enfin concernant le VIH, 3 personnes sur 10 testées sont séropositives.

Tableau 4.38 Prise de risque en 2004 et total canton, consommateurs de drogues dures vie

	Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%
Effectifs consommateurs drogues dures vie ¹	14		157	
PARTAGE DE SERINGUE USAGÉE*				
Durant les 6 derniers mois	0	0	20/67	30
DON DE SERINGUE USAGÉE*				
Durant les 6 derniers mois	0	0	13/67	20
UTILISATION DU PRÉSERVATIF**				
Partenaire(s) stable(s)	3	21	86	55
Toujours utilisé préservatif	2	67	19/86	22
Jamais utilisé préservatif	0	0	46/89	53
Partenaire non consommateur	1	33	45/86	52
Partenaire(s) occasionnel(s)	4	29	52	33
Toujours utilisé préservatif	2	50	34/53	65
Jamais utilisé préservatif	2	50	8/53	15
UTILISATION DU PRÉSERVATIF				
Durant dernier rapport sexuel	6	43	60/157	39

	Le Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%
TEST VIH				
Consommateurs testés	10	71	141	90
Séropositifs parmi les testés	3	30	14	10
OVERDOSES				
Ayant eu une overdose	5	36	72	46
Nombre moyen d'overdoses	1.8		6.6	

Note : Les questions n'ont pas été posées en 2002

¹ Héroïne et cocaïne

* Rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

** Rapporté aux personnes ayant un partenaire stable/occasionnel

4.6.4 Profil des habitants

En tant que lieu d'hébergement, Le Parachute dispose de 6 chambres individuelles, pour des séjours d'une semaine à 6 mois et d'une chambre de dépannage (hébergement d'urgence). Les habitants sont les personnes faisant une demande d'hébergement pour une durée de plus d'une semaine et dont le séjour est lié à la définition et à la réalisation d'un projet personnel ; ce dernier fait ensuite l'objet de l'établissement d'un contrat.

En 2003, 31 personnes (dont 9 femmes) ont été admises comme habitants (33 en 2002). Plus de deux tiers des demandes provient de personnes toxicodépendantes, près d'un quart n'ont pas de problème de dépendance mais sont en difficulté sur le plan de leur insertion sociale (pas d'accès au logement par exemple). Plus rares sont les cas concernant des mineurs (avec ou sans problématique de dépendance) ou des personnes ayant un problème psychiatrique.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre d'habitants a diminué de moitié entre 2000-1 et 2002-3. Cette diminution tient principalement à une plus grande rigueur dans la sélection des demandes, et ce dans le but d'augmenter les chances de succès pour les usagers en ce qui concerne la réalisation de leur projet personnel (démarches entreprises, vérification de la motivation, etc.).

Tableau 4.39 Le Parachute, habitants selon la problématique principale, 2000-2001

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif total	60		58		33		31	
Toxicomanie	33	55	37	64	22	67	21	68
Cas psychiatriques	6	10	4	7	2	6	1	3
Mineurs	5	8	2	3	2	6		
Problème d'insertion	16	27	15	26	7	21	9	29

D'une manière générale, le logement constitue la demande principale des habitants du Parachute, y compris pour les toxicomanes. En effet, les personnes présentant des défauts de solvabilité ont de plus en plus de peine à accéder à un logement, qu'elles aient ou non un problème de dépendance. Le marché du logement reste très tendu à Lausanne. Malgré les garanties délivrées par les services publics (régimes d'assistance), les

régies préfèrent louer à des personnes présentant de meilleures garanties. On note cependant que parmi les 31 personnes hébergées en 2003, 9 ont trouvé un logement au terme de leur séjour.

La recherche d'un lieu de cure est un autre motif d'hébergement au Parachute pour des personnes toxicomanes (visite des lieux de cure ou de post-cure). Ce type de projet échoue cependant fréquemment.

Un autre objet de la demande des personnes hébergées au Parachute est le souhait d'un lieu d'habitat temporaire pour faire une pause et réfléchir à sa situation. Le plus souvent ces personnes sont en rupture avec leur environnement familial et ont besoin d'aide pour se reconstruire, voire renouer les liens rompus. Cette demande concerne aussi bien les personnes toxicodépendantes que les personnes ayant une problématique sociale. Pour les mineurs, l'hébergement temporaire est la seule forme de projet acceptée, Le Parachute n'intervenant que sous forme de dépannage. En 2002 et 2003, aucun mineur n'a été hébergé en tant qu'habitant.

Les séjours d'une durée supérieure à un mois (5 semaines et plus) tendent à augmenter. Ceux-ci représentaient 22% en 2001 contre 45% en 2002 et 61% en 2003.

Tableau 4.40 Durée du séjour en fonction de la problématique, 2003

Semaines	2001			2002			2003		
	1	2 à 4	5+	1	2 à 4	5+	1	2 à 4	5+
Effectif total	15	30	13	2	16	15	6	6	19
Toxicomanie	5	19	13	2	7	15	5	4	12
Cas psychiatriques	1	3		2			1		
Mineurs	2								
Problèmes d'insertion	7	8		7			2	7	

4.6.5 Activités de la structure d'accueil

Différentes rubriques du monitoring permettent de décrire les prestations offertes par Le Parachute : repas, entretiens avec les usagers ou avec les habitants, discussions informelles, soins, travail avec le réseau et respect du cadre socio-éducatif sont autant de prestations ayant fait l'objet d'un recensement durant quelques mois en 2002 et 2003. Les données ainsi récoltées sont présentées dans le Tableau 4.41.

Les repas – Au dernier trimestre 2003, on constate que Le Parachute a servi entre 20 et 30 par jour. Cette moyenne est légèrement supérieure à celle calculée pour les mois d'été 2002, tout comme le nombre total de repas servis. L'allongement et la segmentation de l'horaire des repas pourraient expliquer cette augmentation (11h00-12h00 : habitants / 12h00-13h00 : non-habitants).

Dans l'optique de lutter contre les automatismes, les intervenants ont limité, dès le mois de décembre 2003, le nombre de repas servis par personne : un usager ne peut désormais solliciter qu'un repas tous les deux jours. Malgré cette restriction, les intervenants observent que le nombre de repas servis n'a pas diminué de façon substantielle. Au contraire, le nombre de bénéficiaires serait en augmentation.

Entretiens – En moyenne, six à sept entretiens par jour sont réalisés avec des habitants ou des usagers. Cette fréquence est à nouveau proche de celle mesurée en 2002. A cela s'ajoute 3 à 5 entretiens téléphoniques par jour.

Discussion accueil – Entre 2002 et 2003, on observe une diminution de la fréquence des discussions à l'accueil. Plus d'une douzaine de discussions étaient recensées par jour en 2002 ; on en compte moins d'une dizaine en 2003. Il est possible que la période de ramadan soit à l'origine de cette diminution ou que cette prestation ait été sous-enregistrée.

Soins – Pansements et médicaments (le plus souvent de l'aspirine) constituent les principaux soins délivrés par la structure. Cela concerne, en moyenne, moins de quatre personnes par jour.

Hébergement d'urgence – L'hébergement d'urgence n'est octroyé que si le SleepIn et la Marmotte sont complets (vérification téléphonique par l'intervenant) ou lorsque la personne qui en fait la demande est sévèrement épuisée. En 2003, 152 hébergements d'urgence ont été accordés contre 138 en 2002 et 342 en 2001. La forte diminution des hébergements d'urgence, entre 2001 et 2002, s'explique principalement par un durcissement des conditions d'accès.

Rappel du cadre et gestion de la violence – On observe une diminution de la fréquence des interventions de l'équipe en ce qui concerne le respect des règles du Parachute. En 2002, l'équipe intervenait en moyenne une dizaine de fois par jour. En 2003, cette fréquence a quasiment diminué de moitié. L'engagement de civilistes et de 'chômeurs subventionnés' expliquerait cette diminution. La présence de ces nouveaux acteurs participe en effet à l'encadrement de la violence dans le sens d'un plus grand contrôle social. Les intervenants observent également une plus grande implication des usagers par rapport à la gestion collective de la violence. On observe malgré tout une augmentation de la gravité des actes de violence : une intervenante a notamment été durement frappée au visage (coup de poing) par un usager en 2003. La péjoration des situations individuelles et le désespoir qui en découle sont considérés comme des facteurs d'aggravation de la violence.

Tableau 4.41 Le Parachute : prestations fournies par mois, 3^{ème} trimestre 2002 ; dernier trimestre 2003

	2002			2003		
	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Contactés personnes	1639	1757	1296	1740	1503	1628
Contactés consommateurs	300	254	239	280	259	169
Repas	590	719	509	888	634	769
Entretiens ¹	178	169	150	207	221	229
Entretiens téléphoniques	69	57	89	107	76	27
Réseau ²	50	66	70	56	57	28
Accompagnements extérieurs	6	9	12	19	34	18
Discussion accueil	363	394	343	186	125	129
Médicaments	62	66	36	115	43	36
Pansements	39	16	14	8	5	5
Hébergements d'urgence	10	16	6	12	14	13
Hébergements refusés	11	10	18	12	14	3
Rappel du cadre	348	244	206	184	74	50
Gestion de la violence	13	10	22	9	10	3

¹ Somme de tous les entretiens sauf entretiens téléphoniques

² Réseau : demande et réponse

4.6.6 Gestion

Pour assurer sa mission, Le Parachute employait à la fin de l'année 2004, 14 personnes, qui représentait 6,5 postes à temps plein, auxquels s'ajoutent le poste de directeur (100% : 70% de direction du Parachute et 30% comme adjoint à la direction de la Fondation Mère Sofia).

Chaque intervenant bénéficie d'une supervision individuelle, assurée par une personne de son choix, sur la base d'une liste de superviseurs fournie par l'EESP^a de Lausanne, soit en fonction d'une expérience pratique de supervision dans le domaine des dépendances.

^a Ecole sociale et pédagogique de Lausanne.

Actuellement la répartition du personnel est la suivante :

Douze intervenants sociaux (équivalant à 6,5 postes à plein-temps) assurent à tour de rôle l'accueil et le suivi des usagers et habitants du Parachute. Un des intervenants bénéficie d'un 30% de son temps pour faire la passerelle avec l'association Sport'ouverte. Cet effectif est complété par un directeur (plein-temps). Jusqu'en février 2000, il y avait un poste de secrétaire à mi-temps; actuellement une secrétaire en emploi temporaire subventionné vient soulager la charge administrative.

Tout comme les autres projets de la Fondation Mère Sofia, Le Parachute est confronté à d'importantes difficultés financières. Ces problèmes financiers sont en partie liés au processus de professionnalisation qui s'est renforcé depuis 1998 et entraîne des frais supplémentaires (les salaires et charges sociales s'élèvent à 535'2358 Fr. en 2000; 485'020 Fr. en 2001, 521'602 Fr. en 2002 et 485'013 Fr. en 2003). On constate que les coûts sont maintenus à un volume constant depuis 2000.

4.7 SYNTHÈSE

Les centres d'accueil qui ont fait l'objet d'un suivi au cours de cette période d'évaluation sont Entrée de Secours à Morges (EdS), Zone bleue (ZB) à Yverdon, Action Communautaire Toxicomanie (ACT) à Vevey, ainsi que le Passage et Le Parachute à Lausanne (voir le cahier annexe pour une présentation détaillée de chaque structure). Dans ce chapitre, nous mettons en perspective ces cinq structures et les prestations qu'elles proposent, en montrant leurs spécificités, ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent.

ZB, EdS et ACT desservent des régions, alors que le Passage et Le Parachute sont des structures lausannoises, ce qui détermine des variations quant à la provenance des usagers, mais également quant au financement et à la participation des communes environnantes.

4.7.1 Objectifs

Au-delà de leurs spécificités, qui seront précisées par la suite, ces structures ont pour objectif d'offrir un accueil à des personnes toxicodépendantes. Le Passage, depuis le 1^{er} mai 2002, est devenu un lieu d'accueil destiné spécifiquement aux personnes concernées par des problèmes de toxicodépendance ou d'abus de substance, les autres usagers étant réorientés vers d'autres institutions du réseau. Le Parachute est la seule structure qui s'adresse à toute personne dans le besoin, offrant un lieu d'accueil et d'hébergement. C'est également la seule structure ouverte en permanence (24H/24) et ceci tous les jours de la semaine.

Ces structures sont des lieux d'écoute et de parole, mais aussi d'orientation et de soutien; des nuances et variations existent toutefois dans la façon dont ces objectifs sont formulés, ainsi que dans les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

4.7.2 Conclusion

Les centres d'accueil connaissent une fréquentation stable et continuent de recevoir de nouveaux usagers, toxicomanes, qu'ils ne connaissaient pas encore, mais leur nombre diminue.

À l'exception du Parachute qui a toujours eu une orientation large, toutes les structures se consacrent spécifiquement à la toxicodépendance.

Dans tous les centres, on observe un vieillissement de la clientèle. À ZB et ACT, l'âge moyen reste toutefois inférieur à la moyenne cantonale. Les structures lausannoises présentent une faible proportion de femmes.

La clientèle rencontre d'importants problèmes sociaux tant du point de vue du logement que de l'insertion professionnelle. De l'avis des équipes, le problème du logement augmente ce qui mobilise des ressources pour aider les personnes à retrouver un logement, conserver un appartement, etc.

Concernant la consommation, l'étude Clientèle montre que des types de consommateurs très différents se retrouvent dans les mêmes structures (Raisons de santé 112^o). Ce mélange de types de consommateurs au sein des mêmes structures nécessite une réflexion sur les différenciations à apporter aux interventions selon la phase de consommation dans laquelle ils se trouvent, notamment en ce qui concerne les messages de prévention et de réduction des risques.

Les équipes sont confrontées à des moments de surcharge liés souvent à une consommation momentanée de cocaïne chez quelques usagers, mais aussi dus aux tensions et violences provoquées par des usagers présentant des troubles psychiatriques. La gestion de l'accueil est dans ce cas très délicate et exige beaucoup de ressources.

Les prestations proposées se sont étoffées surtout à ACT qui rejoint maintenant EdS et ZB du point de vue de l'offre de prestations. La prise en charge offerte dans les centres évolue avec le développement de relation de confiance entre intervenants et usagers. Ainsi, avec certains usagers l'objectif de créer le lien est atteint ce qui ouvre la relation sur un travail plus en profondeur sur la personne et ses objectifs. Certains intervenants se demandent si cette évolution ne freine pas l'attractivité des SBS pour les consommateurs les plus marginalisés.

L'apparition de clandestins présentant des problèmes de dépendance n'a que peu été évoquée par les équipes.

4.7.3 Recommandations

Les centres d'accueil jouent un rôle important dans la prise en charge socio-éducative et le suivi de personnes toxicodépendantes. Actuellement, la couverture du canton n'est cependant pas entièrement assurée, notamment dans la région de Nyon et de la Broye, qui ne bénéficient pas de structure de réduction des risques.

Les équipes doivent pouvoir garder de la disponibilité pour gérer les moments de crises et de surcharge temporaires si elles veulent pourvoir maintenir la pratique de l'accueil.

Au vu des demandes de prise en charge et d'aide formulées par les usagers à la plupart des centres d'accueil, le Passage doit absolument développer son offre de prestations.

Les équipes doivent rester attentives à toujours favoriser l'accès de leur structure à la population toxicomane très marginalisée. Une réflexion sur d'éventuelles populations cachées de personnes consommatrices devrait avoir lieu, de même qu'il conviendrait de prospecter si possible la problématique des appartements pouvant servir de lieux de rassemblement et de consommation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 20a).
- 2 Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud: deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 63).
- 3 Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud, phase III de l'évaluation, 2000-2002: cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 86).
- 4 Huissoud T, Balthasar H, Dubois-Arber F. Evaluation du centre de compétences en dépendance Azimut. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé 109). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 5 Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande: rapport concernant la première phase de l'étude. Lausanne: Office fédéral de la santé publique; Commission de contrôle et de recherche sur le sida; 1999.
- 6 Devaud C, Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons: entre réalités et contraintes. *Med Hyg (Geneve)* 1999;57:2045-9.
- 7 Benmebarek M, Delessert D, Gravier B. Prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes dans le système pénitencier vaudois. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:419-23.
- 8 Iten A, Gravier B, Elger B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. *Med Hyg (Geneve)* 2003;2435:928-35.
- 9 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004, Cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 112).

5 ANNEXES AU CHAPITRE 3

5.1.1 Données 1999 – 2002, Le Levant

Tableau 5.1 Le Levant : profil des entrées, FOS 1998-2002

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	31		66		71		71		34	
Nb femmes	8	26	22	33	25	35	22	31	10	29
Age										
Age moyen	28.1		27.7		28.8		29.5		29.8	
Age médian	28.0		27.5		28.0		28.0		30.0	
15 à 20 ans	3	10	8	12	3	4	2	3	2	6
21 à 25 ans	7	12	15	23	22	31	17	24	4	12
26 à 30 ans	14	24	26	39	20	28	24	33	14	41
31 à 35 ans	2	6	11	17	16	23	13	18	11	32
36 ans et plus	5	16	6	9	10	14	15	21	3	9
Nationalité										
Suisse	22	71	51	77	50	70	48	67	22	65
Enfant										
Oui	8	26	13	20	21	30	21	30	13	38
Logement										
Fixe privé	16	52	39	59	39	55	39	55	18	53
Chambre	1	3	4	6	9	13	6	9	6	18
Institution	0	0	1	2	0	0	3	4	1	3
Prison, hôpital	10	32	13	20	15	21	16	23	8	24
SDF	1	3	6	9	7	10	4	6	1	3
Autre, multiple	3	10	3	5	1	1	3	4	1	3
Jour de travail durant les 12 derniers mois										
0 jour	17	55	40	61	47	66	46	65	20	59
1-60 jours	7	23	3	5	9	13	1	1	4	12
Plus de 60 jours	6	20	22	33	12	17	21	30	10	29
Travail durant le dernier mois										
Plein temps	2	7	1	2	3	4	3	4	2	6
Occasionnel, temps partiel	0	0	2	3	0	0	5	7	3	9
En formation	0	0	2	3	0	0	0	0	1	3
Chômage	2	7	7	11	12	17	2	3	3	9
Rentier	5	16	3	5	4	6	5	7	2	6
Autres, sans travail	22	71	51	77	52	73	56	79	21	62
Revenu durant le dernier mois (plusieurs réponses possibles)										
Travail	0	0	6	9	1	1	5	7	5	15
Famille, proche	5	16	6	9	2	3	1	1	1	3
Rente (AVS, AI)	3	10	5	8	3	4	3	4	1	3
Aide sociale, chômage, bourse	7	23	21	32	29	41	32	45	22	65
Economie	3	10	1	2	0	0	4	6	1	3
Emprunts	3	10	18	27	21	30	4	6	3	9
Revenus illégaux	9	29	8	12	13	18	21	30	1	3

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dettes										
Aucune	9	29	12	18	11	16	19	27	3	9
Jusqu'à 5'000	5	16	10	15	10	14	10	14	5	15
5'000 à 15'000	4	13	16	24	12	17	8	11	10	29
15'000 à 30'000	5	16	11	17	16	23	18	25	6	18
30'000 à 50'000	2	7	2	3	8	11	8	11	4	12
Plus de 50'000	1	3	10	15	8	11	5	7	4	12
Nsp*	5	16	4	6	5	7	3	4	2	6
Dépenses pour consommation durant le dernier mois										
Aucune	8	26	14	21	21	30	24	34	11	32
Jusqu'à 1000 Fr.	12	39	22	33	23	32	20	28	14	41
1000 à 5000 Fr.	4	13	15	23	20	28	10	14	7	21
Plus de 5000 Fr.	4	13	12	18	5	5	12	17	2	6
Nsp*	3	10	1	2	1	1	5	7	0	
Produits consommés										
Alcool	6	20	23	35	31	44	18	25	9	27
Amphétamine	6	19	15	23	10	14	12	17	5	15
Analgésique	5	15	8	12	9	12	4	5	7	21
Dormitif	14	45	22	33	26	37	19	27	18	53
Tranquillisant	6	19	16	24	18	25	7	10	10	29
Cannabis	12	39	44	67	40	56	41	44	18	53
Codéine	2	6	6	9	3	4	2	3	0	
Hallucinogènes	4	13	8	12	6	8	3	4	3	9
Héroïne	19	62	39	59	42	59	27	39	17	50
Autres opiacés	1	3	7	11	1	1	1	1	1	3
Méthadone au noir	13	42	17	26	10	14	8	11	19	59
Cocaïne	15	48	49	74	43	61	34	48	21	62
Crack free base	5	16	9	14	4	6	8	11	2	6
Cocktails	7	23	25	38	24	34	15	21	9	27
Substances à sniffer	0	0	4	6	4	6	1	1	5	15
Droque design	0	0	2	3	0	0	2	3	1	3
Droque dure durant le mois	22	71	54	82	50	70	42	59	26	77
Dont : Héroïne	19	61	39	59	42	59	27	38	17	50
Cocaïne	15	48	49	74	43	61	34	48	21	62
Héroïne et cocaïne	12	39	34	52	35	49	19	27	12	35
Injection										
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de drogues dures dans le mois)	30	77	47	87	42	84	38	30	23	68
Durant la vie	29	94	60	91	63	89	61	86	33	97
Overdose durant les 12 derniers mois										
Oui	8	39	33	53	25	41	16	22	7	21
Polytoxicomanie										
Toujours, le plus souvent	5	16	40	61	42	59	15	21	19	57
Occasionnellement	9	29	12	18	6	8	18	25	7	20
Jamais	15	48	10	15	20	28	35	49	8	24

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Partage de seringues										
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	4	24	8	17	5	12	3	8	4	17
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	9	29	17	26	10	14	11	16	10	30
Santé										
Test VIH	30	97	59	89	67	94	69	97	33	97
Résultat VIH positif	3	10	6	10	5	7	9	13	5	15
Déjà souffert d'une hépatite	11	36	42	64	34	48	44	62	26	77
Tentative de suicide dernier mois	2	7	4	6	5	7	3	4	2	6
Traitement antérieur										
Aucun traitement indiqué	3	10	3	5	9	13	4	6		
Traitement de substitution	22	71	44	67	41	58	37	52	19	56
Entrée institution										
Entrée immédiate après sevrage	19	63	43	65	29	41	19	27		
Suite à autre résidentiel	6	19	16	24	22	31	35	49		
Période essai	0	0	0	0	11	15	3	4		
Condamnation en lien avec la drogue										
Prison	26	84	13	20	32	45	47	66	26	77
Procédure en suspens	9	29	36	55	26	37	23	32	14	41
Aucune condamnation liée à la drogue	7	23	5	8	17	24	16	23	7	21
Condition d'admission										
Volontaire	21	68	47	71	49	69	55	78	23	68
Involontaire	10	32	18	27	21	30	16	22	10	29

* Nsp : ne sait pas

Tableau 5.2 Le Levant : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Effectifs	31		66		71		71		
Effectif sortie	31	100	65	99	55	78	16	23	
Date de sortie									
1998	2	7	0	0	0	0	0	0	
1999	15	48	24	36					
2000	12	49	26	39	27	38			
2001	2	7	15	23	28	39	16	23	
Non sortie	0	0	1	2	13	23	55	77	
Mode de sortie									
Régulier	16	52	29	45	16	29	3	19	
Régulier sans consentement	0	0	3	5	4	7	3	19	
Irrégulier	7	23	10	15	5	9	0	0	
Irrégulier sans consentement	6	19	18	28	27	49	9	56	
Transfert	0	0	0	0	1	2	1	6	
Décès	1	3	1	2	2	4	0	0	
Autres	1	3	0	0	0	0	0	0	

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Durée du séjour								
Moins de 3 mois	4	13	11	17	11	20	6	38
3-6 mois	2	7	11	17	14	26	6	38
6-12 mois	7	23	14	22	16	29	4	25
12-18 mois	5	16	19	29	13	24		
18-24 mois	11	36	5	8	1	2		
Plus de 24 mois	2	7	5	8				
Contact à la sortie								
Personne spécialisée	18	58	33	51	24	44	10	63
Autres personnes	5	16	4	6	0	0	1	6
Programme d'enchaînement								
Oui	17	55	38	58	27	49	10	63
Non	11	36	13	20	9	16	2	12
Quel programme								
Appartement protégé	0		0		0		0	
Post-cure de l'institution	15		18		8		2	
Centre de conseils en toxicomanie	1		2		4		1	
Service social	0		2		0		0	
Autres centres de conseils	0		1		2		0	
Soins psychiatrique								
Clinique somatique	0		1		1		1	
Clinique psychiatrique	1		1		2		0	
Prison	0		1		0		0	
Autre	0		1		0		0	
Travail								
Plein temps	10	32	18	27	8	15	2	13
Occasionnel, temps partiel	5	16	2	6	1	2	0	0
En formation	4	13	3	5	3	5	0	0
Chômage	0	0	3	5	4	7	2	13
Rentier	6	19	5	8	0	0	0	0
Sans travail	2	7	8	12	15	28	3	19
Pas d'info	6	19	24	37	22	40	9	56
Revenu								
Travail	15	48	20	31	9	16	2	13
Famille, proche	1	3	5	8	0	0	0	0
Rente (AVS, A)I	8	26	7	11	3	6	2	13
Aide sociale, chômage, bourse	2	6	13	20	24	44	6	38
Revenus illégaux ou inconnus	6	7	23	35	18	33	6	38
Logement								
Fixe privé	16	52	22	34	17	31	2	13
Parenté	3	10	7	11	2	4	2	13
Chambre	3	10	2	3	0	0	1	6
Institution	3	10	5	8	2	4	1	6
SDF	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre	0	0	2	3	3	5	0	0
Inconnu	4	13	25	38	30	55	10	63
Mode de vie								
Seul	12	39	15	23	8	15	1	6
En couple	5	16	10	15	12	22	1	6
Inconnu	6	19	25	39	27	49	11	69

5.1.2 Données 1999 – 2002, Bartimée

Tableau 5.3 Bartimée : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1998-2002)

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34		12	
Nb femmes	3	33	4	24	5	31	10	29	3	25
Age										
Age moyen	27.3		28.9		28.8		29.4		27.8	
Age médian	27		28		28		28		28	
15 à 20 ans	1	11	1	6	1	6	0	0	1	8
21 à 25 ans	2	22	3	18	2	12	8	24	2	17
26 à 30 ans	4	44	6	36	8	49	13	38	6	50
31 à 35 ans	2	22	5	30	3	19	8	24	3	25
36 ans et plus	0	0	2	12	2	12	5	15	0	
Nationalité										
Suisse	7	78	13	77	10	63	22	65	8	67
Enfant										
Oui	1	11	5	30	3	19	6	18	1	8
Logement durant le dernier mois										
Fixe privé	6	75	9	75	12	75	11	52	7	58
Chambre	1	13	0	0	0	0	0	0	1	8
Institution	0	0	2	17	2	12	3	14	2	16
Prison, hôpital	0	0	0	0	1	6	5	24	1	8
SDF	0	0	1	8	0	0	2	10	1	8
Autre, multiple	1	13	0	0	1	6	0	0	0	
Missing	1		5		0		13		0	
Jours de travail durant les 12 derniers mois										
0 jour	1	14	6	60	4	27	5	56	1	8
1-60 jours	2	29	1	10	6	40	2	22	0	
Plus de 60 jours	4	57	3	30	5	33	2	22	9	75
Missing	2		7		1		25		2	16
Travail durant le dernier mois										
Plein temps	1	11	0	0	3	19	2	17	1	8
Occasionnel, temps partiel	1	11	0	0	0	0	0	0	0	
En formation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Chômage	1	11	0	0	1	6	1	8	2	17
Rentier	1	11	1	11	2	13	1	8	2	17
Institution	0	0	0	0	0	0	2	17	0	
Autres (en voyage, au foyer, ...)	0	0	1	11	3	19	0	0	0	
Sans travail	5	55	7	78	7	42	6	50	5	42
Données manquantes	0		8		0		22			
Revenu principal durant le dernier mois (plusieurs réponses possibles)										
Travail	0	0	0	0	2	15	3	19	2	17
Famille, proche	0	0	0	0	0	0	2	13	2	17
Rente (AVS, AI)	1	14	1	9	2	15	0	0	0	
Aide sociale, chômage, bourse	5	71	8	73	7	53	8	50	5	42
Economie	0	0	0	0	0	0	0	0	2	17
Emprunts	2	28	3	27	3	23	2	13		
Revenus illégaux	1	14	2	18	2	15	1	6	1	8
Missing	2		6		3		18		0	

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dettes										
Aucune	0	0	1	8	2	13	0	0	2	17
Jusqu'à 5'000	2	29	2	17	3	20	2	13	1	8
5'000 à 15'000	1	14	1	8	3	20	3	20	3	25
15'000 à 30'000	2	29	2	17	1	6	3	20	4	33
30'000 à 50'000	0	0	1	8	2	13	3	20	2	17
Plus de 50'000	2	29	0	0	4	27	3	20	0	
Ne sait pas	0	0	5	42	0	0	1	7	0	
Missing	2		5		1		19		0	

Tableau 5.4 Bartimée : données autour de la consommation, FOS, 1998-2002

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34		12	
Dépenses pour consommation durant le dernier mois*										
Aucune	1	14	2	17	1	6	5	42	2	17
Jusqu'à 1000 fr.	4	57	3	24	4	25	2	17	4	33
1000 à 5000 fr.	1	14	1	8	7	44	0	0	4	33
Plus de 5000 fr.	1	14	1	8	2	13	2	17	2	17
Ne sait pas	0	0	5	42	2	13	3	24	0	
Missing	2		5		0		22		0	
Produit consommé durant le dernier mois*										
Alcool	4	57	4	44	8	57	3	50	5	41
Amphétamine	1	14	1	11	5	36	3	50	5	41
Analgésique	1	14	2	22	3	21	1	17	2	17
Dormitif	1	14	4	44	7	50	3	50	3	25
Tranquillisant	3	43	1	11	6	43	4	67	2	17
Cannabis	3	43	5	56	10	71	5	83	6	50
Codéine	1	14	0	0	1	7	1	17	0	
Hallucinogènes	1	14	1	11	4	29	3	50	0	
Héroïne	5	71	7	78	11	78	4	67	10	83
Autres opiacés	0	0	0	0	2	14	2	33	0	
Méthadone au noir	2	29	1	11	4	29	4	67	3	25
Cocaïne	1	14	5	56	10	71	5	83	7	58
Crack free base	0	0	0	0	3	21	2	33	2	17
Cocktails	1	14	2	22	8	57	4	67	3	25
Substances à sniffer	0	0	1	11	1	7	3	50	1	8
Drogue design	1	14	0	0	4	29	1	17	0	
Missing	2		8		2		28		0	
Drogues dures durant le mois*										
Drogue dure dont :	5	71	8	89	12	85	5	83	10	83
Héroïne	5	71	7	78	11	78	4	67	10	83
Cocaïne	1	14	5	56	10	71	5	83	7	58
Héroïne et cocaïne	1	14	4	44	9	64	4	67	7	58
Missing	2		8		2		28		0	

	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Injection*										
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de drogues dures dans le mois)	4	57	7	78	9	64	3	50	4	33
Durant la vie	6	86	9	100	12	86	5	83	9	75
Missing	2		8		2		28		0	
Overdose durant les 12 derniers mois*										
Oui	3	43	5	56	5	36	3	50	4	34
Missing	2		8		2		28		1	
Polytoxicomanie*										
Toujours, le plus souvent	1	14	2	22	7	50	4	67	4	33
Occasionnellement	3	43	3	33	5	36	1	17	5	42
Jamais	3	43	3	33	2	14	1	17	2	17
Missing	2		8		2		28		1	
Partage de seringues										
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	0	0	0	0	1	11	0	0	1	25
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	1	20	2	29	4	40	1	25	2	22
Santé										
Test VIH	6	67	9	53	14	88	5	15	11	92
Résultat VIH positif	0	0	0	0	2	13	0	0	0	
Déjà souffert d'une hépatite*	2	29	7	70	10	71	3	50	5	42
Missing	2		7		2		28		2	
Tentative de suicide dernier mois	0	0	1	6	0	0	0	0	0	
Traitement antérieur										
Aucun traitement indiqué	3	33	10	59	3	19	29	85		
Tt de substitution	4	44	7	41	10	63	2	6	6	50
Entrée en institution										
Entrée immédiate après sevrage	5	56	13	76	11	69	27	79		
Suite à autre résidentiel	1	11	3	18	7	44	7	21		
Période essai	9	100	17	100	13	81	25	74		
Condamnation en lien avec la drogue										
Prison	2	22	4	24	10	63	3	9	7	58
Procédure en suspens	1	11	2	12	2	13	3	9	4	33
Aucune condamnation liée à la drogue	6	67	12	71	6	38	28	82	5	42
Condition d'admission*										
Volontaire	7	100	10	83	12	86	16	94	10	83
Involontaire	0	0	2	17	2	14	1	6	0	
Missing	2		5		2		17		2	

* Le pourcentage est calculé sans les données manquantes (missing)

Tableau 5.5 Bartimée : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34	
Effectif sortie	4	44	17	100	13	81	26	77
Date de sortie								
1998	4	44						
1999			11	65				
2000			6	35	7	44		
2001					3	38	26	77
Non sortie	5	56	0	0	3	19	8	24
Mode de sortie*								
Régulier	1	25	6	35	7	54	6	23
Régulier sans consentement	0	0	4	24	1	8	6	23
Irrégulier	1	25	4	24	4	31	5	19
Irrégulier sans consentement	2	50	3	18	1	8	9	35
Transfert	0	0	0	0	0	0	0	0
Décès	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0
Durée du séjour*								
Moins de 3 mois	1	25	8	47	2	15	15	58
3-6 mois	2	50	1	6	4	31	6	23
6-12 mois	1	25	6	35	5	39	5	19
12-18 mois			1	6	2	15		
18-24 mois			1	6				
Plus de 24 mois								
Contact à la sortie*								
Personne spécialisée	0	0	10	59	8	62	17	65
Autre personne	2	50	6	35	9	69	17	65
Programme d'enchaînement*								
Oui	3	75	12	86	9	90	16	84
Quel programme								
Appartement protégé	1		4		4		3	
Post-cure de l'institution								
Centre de conseils en toxicomanie			1		1		3	
Service social	1		1		2		3	
Autre centre de conseil	1		2		1		4	
Soins psychiatriques			1					
Clinique somatique								
Clinique psychiatriques			1				1	
Prison			2		1		2	
Autre								

* Pourcentage calculé sur la base du total de questionnaires de sortie

Tableau 5.6 Bartimée : situation à la sortie, FOS 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	9		17		16		34	
Effectif sortie	4	44	17	100	13	81	26	77
Travail								
Plein temps	0	0	1	6	0	0	2	8
Occasionnel, temps partiel	1	25	3	18	1	8	1	4
En formation	0	0	0	0	0	0	0	0
Chômage	0	0	1	6	6	46	8	31
Rentier	0	0	0	0	3	23	2	8
Sans travail	1	25	8	47	3	23	6	23
Pas d'information	2	50	4	24	1	8	8	31
Revenu (plusieurs réponses possibles)								
Travail	0	0	2	12	1	8	2	8
Famille, proche	1	25	3	18	3	23	7	27
Rente (AVS, AI)	0	0	1	6	2	15	2	8
Aide sociale, chômage, bourse	3	75	15	88	10	77	22	85
Revenus illégaux ou inconnus	1	25	2	12	0	0	1	4
Logement								
Fixe privé	2	50	6	43	4	23	4	20
Dans la parenté	1	25	2	14	3	23	9	45
Chambre	0	0	0	0	0	0	2	10
Institution	0	0	6	43	6	46	5	25
SDF	1	25	0	0	0	0	0	0
Autre								
Inconnu			3				6	
Mode de vie								
Seul	2	50	5	29	7	54	1	4
En couple	0	0	2	12	3	23	6	23
Inconnu	1	25	3	18	1	8	8	31

5.1.3 Données 1999 – 2002, Le Relais

Tableau 5.7 Le Relais : profil des résidents lors de leur entrée, (FOS, 1999-2002)

	1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	20		18		27		37	
Nb femmes	3	15	6	33	11	41	12	32
Age								
Age moyen	31.5		28.8		28.1		29.2	
Age médian	28.0		28.5		28.0		30.0	
15 à 20 ans	2	10	2	11	5	19	4	11
21 à 25 ans	5	25	4	22	7	25	8	22
26 à 30 ans	4	20	5	28	4	15	8	22
31 à 35 ans	3	15	6	33	8	30	10	27
36 ans et plus	6	30	1	6	3	11	7	19
Nationalité								
Suisse	14	70	15	83	21	78	29	78
Enfant								
Oui	4	20	3	17	0	0	2	5
Logement durant le dernier mois*								
Fixe privé	9	56	8	44			9	29
Chambre	2	13	1	6			4	13
Institution	1	6	2	11			9	29
Prison, hôpital	4	25	4	22			5	16
SDF	0	0	3	17			3	10
Autre, multiple	0	0	0	0			1	3
Missing	4		0		27		6	
Jour de travail durant les 12 derniers mois*								
0 jour	5	36	12	71			10	45
1-60 jours	3	21	3	18			1	5
Plus de 60 jours	6	43	2	12			11	50
Missing	6		1		27		15	
Travail durant le dernier mois*								
Plein temps	4	27	0	0			5	22
Occasionnel, temps partiel	3	20	0	0			1	4
En formation	2	13	1	6			1	4
Chômage	1	6	3	18			0	0
Rentier	0	0	3	18			3	13
Autres, sans travail	5	33	10	59			13	57
Missing	5		1		27		14	
Revenu principal durant le dernier mois (plusieurs réponses possibles)*								
Travail	4	25	0	0			5	19
Famille, proche	3	19	1	6			0	0
Rente (AVS, AI)	0	0	2	11			2	7
Aide sociale, chômage, bourse	8	50	10	56			17	63
Economie	0	0	1	6			0	0
Emprunts	1	6	1	6			0	0
Revenus illégaux	0	0	3	17			3	11
Missing	4		0		27		10	

	1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dettes*		4						
Aucune	6	40	2	11			4	17
Jusqu'à 5'000	3	20	8	45			8	35
5'000 à 15'000	1	7	2	11			1	4
15'000 à 30'000	0	0	2	11			1	4
30'000 à 50'000	2	13	1	6			0	0
Plus de 50'000	2	13	2	12			1	4
Ne sait pas	1	7	1	6			8	35
Missing	5		0		27		14	
Dépenses pour consommation durant le dernier mois*								
Aucune	10	78	5	29			3	19
Jusqu'à 1000 fr.	1	7	10	58			1	6
1000 à 5000 fr.	1	7	0	0			1	6
Plus de 5000 fr.	0	0	1	6			0	0
Ne sait pas	2	14	1	6			11	69
Missing	6		1		27		21	
Produit consommé durant le dernier mois*								
Alcool	5	42	7	44			7	25
Amphétamine	3	25	1	6			0	0
Analgésique	3	25	2	13			2	7
Dormitif	3	25	7	44			3	11
Tranquillisant	1	8	7	44			3	11
Cannabis	6	50	13	81			10	36
Codéine	0	0	0	0			0	0
Hallucinogènes	2	17	3	19			0	0
Héroïne	5	42	11	69			8	29
Autres opiacés	1	8	2	13			0	0
Méthadone au noir	3	25	5	31			0	0
Cocaïne	5	42	11	69			9	32
Crack free base	0	0	3	19			0	0
Cocktails	1	8	8	50			2	7
Substances à sniffer	0	0	0	0			0	0
Drogue design	0	0	0	0			0	0
Missing	8		2		27		9	
Drogues dures durant le mois*								
Drogues dures dont :	5	42	12	75			12	43
Héroïne	5	42	11	69			8	29
Cocaïne	5	42	11	69			9	32
Héroïne et cocaïne	5	42	10	63			5	18
Missing	8		2		27		9	
Injection								
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de drogues dures durant le mois)	3	60	11	92			5	42
Durant la vie	10	53	14	93			15	65
Missing durant la vie	1		3				14	
Overdose durant les 12 derniers mois*								
Oui	1	7	9	53			5	22
Missing	5		1		27		14	

	1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Polytoxicomanie*								
Toujours, le plus souvent	1	8	4	25			0	0
Occasionnellement	1	8	7	44			3	16
Jamais	10	84	5	31			16	84
Missing	8		2		27		18	
Partage de seringues								
Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	0	0	1	9			0	0
Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	0	0	2	18			0	0
Santé								
Test VIH	11	55	13	72			26	70
Résultat VIH positif	1	9	1	8			4	15
Déjà souffert d'une hépatite	7	44	8	47			17	59
Missing hépatite	4		1		27		8	
Tentative de suicide dernier mois	0	0	1	6			0	0
Traitement antérieur								
Aucun traitement indiqué	10	50	7	39			8	22
Tt de substitution	1	5	6	33			15	40
Entrée en institution								
Entrée immédiate après sevrage	4	50	6	55			10	30
Suite à autre résidentiel	0	0	5	45			14	42
Missing	12		5		27		4	
Condamnation en lien avec la drogue								
Prison	8	40	10	56			7	19
Procédure en suspens	4	20	6	33			1	3
Aucune condamnation liée à la drogue	12	60	7	39			30	81
Condition d'admission								
Volontaire	15	94	18	100	27	100	29	100
Involontaire	1	6	0	0			0	0
Missing	2		0				8	

* Le pourcentage est calculé sans les données manquantes (missing)

Tableau 5.8 Le Relais : sortie et situation à la sortie, selon l'année d'entrée, FOS 1998-2001

	1998		1999*		2000*		2001*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	20		18		27		37	
Effectif sortie	18	90	18	100	20	74	20	54
Date de sortie								
1998	18							
1999			1					
2000								
2001							1	
Non sorti, missing	2	10	17	94	27	100	36	97
Mode de sortie**								
Régulier	9	50	2	11	4	16		
Régulier sans consentement	3	15			4	16		
Irrégulier	2	10			5	20		
Irrégulier sans consentement	4	20			2	8		
Transfert								
Décès					5			
Autres								
Durée du séjour**								
Moins de 3 mois	13	72	5	28	5	25	6	30
3-6 mois	4	22	7	39	8	40	6	30
6-12 mois	1	6	6	33	7	35	8	40
12-18 mois								
18-24 mois								
Plus de 24 mois								
Contact à la sortie**								
Personne spécialisée	3	15						
Autres personnes	3	15						
Programme d'enchaînement**								
Oui	10	67						
Quel programme								
Appartement protégé	0							
Post-cure de l'institution	2							
Centre de conseils en toxicomanie	0							
Service social	1							
Autres centres de conseil	3							
Soins psychiatrique								
Clinique somatique								
Clinique psychiatrique								
Prison								
Autre								

* Les données des sorties pour les années 1999 à 2001 nous ont été fournies après coup par l'équipe du Relais pour compléter les données manquantes de FOS

** Le pourcentage est calculé sans les données manquantes (missing)

Tableau 5.9 Le Relais : Situation à la sortie, FOS 1998-2001

	1998		1999*		2000*		2001*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	20		18		27		37	
Effectif sortie	18	90	18	100	18	74	20	54
Travail								
Plein temps	4	20	2	11	3	17	3	15
Occasionnel, temps partiel	4	20	2	11	2	11	6	30
En formation	0	0	0	0	1	6	0	0
Chômage	0	0	1	6	4	22	8	40
Rentier	5	25	2	11	6	33	0	0
Sans travail	0	0	6	33	0	0	3	15
Pas d'info	4	20	5	17	2	11	0	0
Revenu								
Travail	5	25	2	11	3	17	3	15
Famille, proche	3	15	0	0	4	22	3	15
Rente (AVS, AI)	6	30	2	11	6	33	6	30
Aide sociale, chômage, bourse	10	50	4	22	5	28	5	25
Revenus illégaux ou inconnus	2	10	10	56	0	0	4	20
Logement								
Fixe privé	8	40	2	11	4	22	4	20
Dans la parenté	3	15	0	0	4	22	6	30
Chambre	2	10	2	11	0	0	0	0
Institution	1	5	0	0	0	0	0	0
SDF			0	0	0	0	0	0
Autre	2	10	0	0	0	0	0	0
Inconnu	2	10	14	78	10	56	12	60
Mode de vie								
Seul	7	35	10	56	6	33	6	30
En couple	2	10	4	22	7	39	4	20
Inconnu	3	15	4	22	5	28	10	50

* Les données des sorties pour les années 1999 à 2001 nous ont été fournies après coup par l'équipe du Relais pour compléter les données manquantes de FOS