

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DU CENTRE DE
COMPETENCES DEPENDANCES AZIMUT,
Septembre 2003 – octobre 2004

Rapport final

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

Etude financée par

Fédération de Soins du Chablais, Aigle
Mandat du 20 novembre 2003

Citation suggérée

Huissoud T, Balthasar H, Dubois-Arber F. Evaluation du centre de compétences dépendances Azimut, septembre 2003 – octobre 2004 : rapport final. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (Raisons de santé, 109).

Référence fichier

Azimut RdS 109 web.doc

TABLE DES MATIERES

1	Synthèse	4
1.1	Type de consommateurs	4
1.2	Prestations	5
1.3	Principales conclusions	6
1.4	Recommandations	7
2	Introduction	8
2.1	Objectifs et questions d'évaluation	8
2.2	Méthode et instruments utilisés	9
3	Présentation du projet Azimut	11
3.1	Historique du projet	11
3.2	Missions du projet	11
3.3	Ressources du projet	12
4	Description de la clientèle	14
4.1	Type de consommateurs	14
4.2	Consommateurs de drogues illégales	16
4.3	Consommateurs d'alcool	21
4.4	Proches	24
5	Interventions dans les domaines socio-éducatif et médical	25
5.1	Période de récolte de données et ajustement de l'outil	25
5.2	Interventions socio-éducatives auprès des usagers	25
5.3	Travail de rue	29
5.4	Domaine médico-psychiatrique	31
5.5	Autres activités	32
6	Conclusions	33
6.1	Mise en œuvre du projet	33
6.2	Clientèle d'Azimut	33
6.3	Conception du projet	33
7	Recommandations	34
8	Annexes	35
8.1	Glossaire du questionnaire d'admission	35
8.2	Feuille « Monitoring Azimut » 2004	36
8.3	Relevé des interventions socio-éducatives	38

1 SYNTHÈSE

Pour le lecteur pressé, nous présentons ici les principaux résultats de l'évaluation. Les objectifs et les questions d'évaluation ainsi que les méthodes utilisées figurent dans la partie Introduction.

1.1 TYPE DE CONSOMMATEURS

Entre les mois de janvier 2003 et avril 2004, 79 personnes ont été suivies par l'équipe d'Azimut. La majorité de ces usagers (53) présentaient une problématique de dépendances aux drogues illégales, parfois aggravée par une dépendance à l'alcool. 16 autres personnes sont venues consulter pour une consommation d'alcool. Enfin, 10 personnes ont demandé de l'aide et des conseils pour la consommation impliquant un tiers : famille ou proche.

1.1.1 Profil des personnes consommant des drogues illégales

En ce qui concerne la consommation de drogues, 36 personnes sur 53 ont consommé des drogues dures^a au cours de leur vie.

25 usagers (47%) consommaient des drogues dures au début de leur prise en charge à Azimut^b. La cocaïne apparaît comme la drogue dure la plus consommée, puisque 23 usagers sur 25 en consommaient. La consommation d'héroïne affectait 12 usagers sur 25. Pour 12 consommateurs actifs de drogues dures, le mode de consommation était l'injection.

La consommation d'ecstasy concerne 6 personnes ; une seule personne consomme régulièrement des amphétamines, du LSD et des champignons. Les autres consommateurs d'amphétamines ou d'ecstasy consomment également de la cocaïne et/ou de l'héroïne.

Onze personnes consultent à Azimut pour une consommation de cannabis, parfois doublée d'une consommation d'alcool. Enfin, pour 5 personnes, la consommation à l'entrée n'a pas été relevée^c.

1.1.2 Prise en charge au centre des personnes consommant des drogues illégales

Pour 42 personnes sur 53 venues consulter, la période d'investigation a abouti à la mise en place d'un suivi dans le cadre d'Azimut. 3 autres personnes ont été orientées durant la période d'investigation : la première vers un sevrage hospitalier, la deuxième vers un suivi ambulatoire auprès d'un autre partenaire du réseau et la dernière vers les établissements psychiatriques valaisans. Pour 3 autres personnes, les premiers contacts ont suffi pour répondre à leur demande.

D'une manière générale, l'équipe relève que très peu d'usagers sont sans attache avec le réseau quand ils viennent consulter à Azimut. Selon les données du questionnaire, 17 usagers sur 53 sont venus consulter par eux-mêmes et aucune personne du réseau socio-sanitaire n'est mentionnée en « amont » de la prise en charge à Azimut. Dans les autres cas, les CSR sont

^a Héroïne et/ou cocaïne.

^b La définition précise est la consommation durant les 30 derniers jours précédant l'admission à Azimut.

^c Usagers arrivés à Azimut avant la mise en place du questionnaire d'entrée.

souvent cités comme intervenant ayant soit orienté la personne, soit favorisé les premiers contacts, de même que les médecins établis.

Pour les trois quarts des personnes suivies à Azimut, une ou plusieurs collaborations sont établies avec des partenaires du réseau de la région. Il s'agit aussi bien de médecins traitants (18 collaborations), que des services sociaux (15 collaborations) ou encore de pharmacies pour la dispensation de méthadone (13 collaborations).

1.1.3 Profil des personnes présentant une dépendance à l'alcool

Parmi les 16 personnes venues consulter pour un problème d'alcool, 12 personnes consommaient lors de leur entrée à Azimut, dont 8 consommaient régulièrement et 2 occasionnellement (données manquantes=2). Les réponses concernant l'âge au début de la consommation régulière d'alcool étaient trop lacunaires pour que cette donnée puisse être interprétée.

1.1.4 Prise en charge au centre des personnes consommant de l'alcool

Pour 13 personnes sur 16 venues consulter à Azimut, la période d'investigation a débouché sur un suivi au centre ; 1 usager a été réorienté vers les établissements psychiatriques valaisans et pour 2 personnes l'information est manquante.

Du point de vue médical, la prise en charge offerte prend la forme d'un suivi psychiatrique pour 10 usagers. Un traitement à l'Antabuse a été initié.

Dans le domaine socio-éducatif, 9 usagers bénéficient d'un suivi ambulatoire ; pour 4 usagers un travail de prévention de la rechute a été mis en place. Des interventions de type prévention tertiaire sont définies pour 3 usagers.

1.2 PRESTATIONS

Les prestations dont ont bénéficié l'ensemble des personnes s'étant adressées à Azimut recouvrent les domaines médicaux et sociaux-éducatifs. Pour la prise en charge socio-éducative, on décompte en moyenne près de 60 entretiens par mois, que ce soit sous forme d'entretien individuel, d'entretien de famille ou encore d'entretien en binôme (2 intervenants présents).

En plus des entretiens, l'équipe socio-éducative fournit une aide lorsqu'un usager (consommateur ou proche) est confronté à des difficultés d'ordre administratif. La démarche administrative peut concerner aussi bien un problème d'assurance, de logement ou de travail, par exemple. Par ailleurs, vu l'organisation de l'équipe et notamment le partage des postes entre plusieurs intervenants, il est nécessaire de procéder à de fréquentes synthèses. On compte environ 170 prestations de type rencontre avec le réseau, aide administrative, maintien du contact ou synthèse par mois.

En ce qui concerne les prestations médicales, les consultations de type « thérapie individuelle » sont les plus fréquentes, soit 171 séances entre les mois de janvier et de juin 2004. Les consultations téléphoniques avec des tiers viennent ensuite et s'élèvent à 88 consultations.

En plus de cette prise en charge de la file active, l'équipe d'Azimut consacre une part de ses ressources à du travail de rue dans les principales communes du district. Lors de leur présence dans la rue ou les lieux publics, les travailleurs sociaux de proximité établissent environ 100 contacts par mois, représentant un collectif estimé de 40-50 jeunes et adultes différents. Lors de ces contacts, les aspects de prévention secondaire (dépistage et suivi psychosocial de prévention) et tertiaire (réduction des risques liés à la consommation) sont essentiels.

Dans le domaine de la prévention primaire, un groupe de prévention réunit les différents travailleurs sociaux d'Azimut, d'Espace prévention et du centre de jeunes de Bex. Des rencontres toutes les 6 à 8 semaines ont eu lieu dès le mois de juin 2002 avec comme objectifs notamment de :

- développer une coordination des programmes de prévention ;
- s'informer sur les lieux et les publics à risques dans la région ;
- mettre sur pied des actions conjointes de prévention.

1.3 PRINCIPALES CONCLUSIONS

Mise en œuvre du projet

- Azimut constitue une expérience pilote dans le sens où elle regroupe sous le même toit à la fois les domaines de l'alcoologie et de la toxicomanie.
- L'ensemble des missions définies dans le projet a été développé.
- Les interventions « hors-murs » constituent une part importante du travail des travailleurs sociaux de proximité.

Clientèle d'Azimut

- La clientèle d'Azimut présente majoritairement des problèmes de dépendance aux drogues illégales.
- Ce groupe d'usagers n'est cependant pas homogène et comporte notamment une clientèle plus jeune qui consulte en raison de la consommation de cannabis.
- Les personnes présentant un problème d'alcool sont relativement peu nombreuses ; toutefois la prise en charge « alcool » a été perturbée en raison de problèmes de ressources humaines liés à l'abandon du projet par l'un des partenaires.
- Pour une grande majorité des personnes qui se sont adressées à Azimut une prise en charge regroupant des aspects médicaux et socio-éducatifs a été mise sur pied.

Conception du projet

- Le projet est ambitieux dans sa conception : offre de prestations médicales et socio-éducatives sous le même toit, prise en charge aussi bien des problématiques liées à l'alcool qu'aux drogues illégales. Toutefois, il est doté de peu de ressources en termes de postes de travail pour effectuer l'ensemble des

missions définies. Par ailleurs, Azimut est rattaché à de nombreux partenaires ce qui présente à la fois des avantages et des inconvénients.

1.4 RECOMMANDATIONS

- L'ouverture du centre de compétences dépendances Azimut a permis de compléter et de renforcer le dispositif de prise en charge des dépendances dans la région du Chablais. Au vu des résultats obtenus, il est important de poursuivre le projet et de pérenniser la structure.
- Au vu des conclusions ci-avant, il nous semblerait important de réévaluer la pertinence du montage du projet, notamment la fragmentation des postes en raison de leur rattachement aux diverses institutions partenaires du projet. En effet les échanges de synthèse semblent nécessiter beaucoup de ressources, peut-être au détriment du suivi et de la prise en charge des usagers.
- L'autre aspect du montage qui devrait être revu est la consolidation de l'engagement des partenaires financiers. Ainsi les problèmes rencontrés pour assurer le volet alcool ont freiné le développement de ce domaine de prise en charge.
- Le travail de communication avec les communes devrait être poursuivi afin d'encourager ces dernières à solliciter le travailleur social de proximité lorsqu'elles se trouvent confrontées à un problème lié à la consommation de produits psychotropes ou souhaitent réfléchir à une action de prévention.

2 INTRODUCTION

Issu du partenariat de 6 institutions réunies sous l'égide de la Fédération de Soins du Chablais, le projet « Centre de compétences dépendances », appelé aussi Azimut, constitue une expérience pilote regroupant dans une seule structure des intervenants spécialisés en alcoologie et en toxicomanies, accessible aussi bien à la population de la région, qu'aux professionnels des domaines social, médico-social et sanitaire.

Le centre a ouvert ses portes en juillet 2002. En juin 2003, la Fédération de Soins du Chablais (FSC) a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) le mandat de suivre la mise en route du projet Azimut, ainsi que d'évaluer les activités menées.

2.1 OBJECTIFS ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

L'évaluation de la structure Azimut poursuit quatre objectifs dont découle une série de questions d'évaluation. Ces objectifs et questions ont été discutés lors de l'élaboration du mandat avec les personnes en charge du projet Azimut.

Tableau 2-1 Objectifs et questions d'évaluation

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation
Concevoir et mettre sur pied des outils permettant de suivre les activités de la structure (prise en charge au centre, travail de rue) et de décrire la clientèle.	<ul style="list-style-type: none">• Définition des outils pertinents pour répondre aux questions d'évaluation.• Définition des prestations offertes au centre.
Décrire les usagers bénéficiant des prestations du centre ^a (profil socio-démographique, problèmes rencontrés, produits et modes de consommation, provenance géographique, etc.).	<ul style="list-style-type: none">• Quelle est la provenance des usagers d'Azimut ?• Quelle est leur situation personnelle ?• Quels sont les problèmes rencontrés tant du point de vue de la consommation que de l'insertion sociale ?
Rendre compte des prestations fournies par le centre (volume et type d'interventions, prises en charge proposées, collaborations établies).	<ul style="list-style-type: none">• Quelles sont les interventions fournies par la structure dans les domaines médico-psychiatrique et socio-éducatif ?• Quelles sont les collaborations mises en place avec d'autres intervenants du réseau (médecins, pharmacies, services sociaux) ?
Documenter dans la mesure du possible les (ré)orientations.	<ul style="list-style-type: none">• Quels sont les autres partenaires du réseau avec lesquels les usagers entretiennent des liens ?• Vers quels structures/partenaires sont réorientés les usagers ?

^a A l'exception des usagers rencontrés exclusivement dans le cadre du travail de rue puisque les contacts ayant lieu à ces occasions sont anonymes pour ne pas préteriter l'établissement de la relation et, partant, le travail de prévention lui-même.

2.2 METHODE ET INSTRUMENTS UTILISES

Dans le cadre de la prise en charge ambulatoire mise sur pied par l'équipe d'Azimut, deux types de prestations sont proposés : des prestations socio-éducatives d'une part et des prestations médico-psychiatriques d'autre part. Si ces dernières sont systématiquement saisies à travers la statistique OPALE, un relevé statistique a dû être adapté aux interventions du domaine socio-éducatif. Ces différentes prestations, qui visent les personnes suivies à Azimut, ont pu être données soit au centre, mais, et c'est une spécificité propre à Azimut, également en dehors de ses murs.

Par ailleurs, le projet Azimut comporte une part d'activité sous forme de travail de rue, pour lequel un outil spécifique a été adopté.

Enfin, un questionnaire a été conçu pour décrire la clientèle qui s'est adressée au centre durant la période considérée.

Ainsi, pour répondre aux questions d'évaluation et couvrir tous les champs d'activité de la structure Azimut, les outils suivants ont été utilisés :

- une fiche de monitoring des interventions de type socio-éducatif offertes aux usagers d'Azimut ;
- la statistique OPALE pour le relevé des interventions dans le domaine médical ;
- une fiche de relevé du travail de rue dans les communes ;
- un questionnaire pour le profil des usagers bénéficiant d'un suivi au centre.

2.2.1 Le monitoring des interventions socio-éducatives à l'attention des usagers du centre

Un monitoring des activités socio-éducatives (cf. annexe) a été développé pour saisir les interventions de l'équipe sociale en faveur des usagers du centre, qui peuvent être soit des consommateurs, soit des proches de personnes présentant des problèmes de consommation. Ce monitoring a été tenu quotidiennement depuis octobre 2003. Ce décompte n'est pas rattaché à l'utilisateur qui en bénéficie, mais fournit un total par mois ou une moyenne par jour du nombre et du type de prestations socio-éducatives offertes.

Le monitoring a permis de mesurer le volume des prestations socio-éducatives (offertes au centre et hors les murs) ainsi que leur nature. Les différentes prestations à relever ont été définies avec l'équipe. Les rubriques suivantes ont été remplies : les entretiens en binôme, c'est-à-dire avec la présence conjointe d'un membre de l'équipe médicale et d'un membre de l'équipe socio-éducatif, les entretiens en faveur des usagers consommateurs, les entretiens avec les proches, la transmission d'informations, les aides administratives, les interventions pour maintenir le contact avec des usagers, etc.

Le monitoring comporte enfin une rubrique pour saisir les participations aux commissions et autres groupes de travail, que ce soit avec des professionnels du réseau médico-social ou des partenaires du projet (autorités communales, écoles, etc.).

2.2.2 Le relevé du travail de rue dans les communes

Le travail de rue vise à rencontrer des personnes, jeunes ou adultes dans la rue ou les lieux publics: (gare, parcs publics, établissements publics). Lors de ces rencontres, les éducateurs se présentent, établissent des contacts avec ces personnes, même si celles-ci ne sont pas forcément confrontées à des difficultés. Ils interviennent également selon les opportunités qui se présentent : soucis exprimés, demande d'informations, demandes exprimées par les municipalités du district d'Aigle, etc.

Un outil très simple pour mesurer les contacts établis lors du travail de rue dans les communes a été mis en place : le nombre de contacts établis, ainsi que la commune dans laquelle ils se situaient ont été relevés lors de chaque intervention de travail de rue. Cet outil permet de rendre compte du travail fourni, notamment aux communes qui financent le poste d'éducateur de proximité en toxicomanie.^a

2.2.3 Le questionnaire d'admission

Prévu pour tous les usagers bénéficiant d'une prise en charge (socio-éducative, médicale ou sociale), le questionnaire permet de dresser le profil des personnes suivies au centre, les problématiques rencontrées, ainsi que les principales prestations qui leur sont proposées. Ce questionnaire ne permet cependant pas de faire un suivi de l'usager, mais fournit une description de la clientèle « à l'entrée ». La première page du questionnaire sert également de fiche de première demande et permet ainsi de connaître le nombre total de personnes qui se sont adressées à Azimut, quelle personne/institution les a orientées vers la structure et le motif de leur demande. Le reste du questionnaire est rempli à la fin de la période d'investigation, soit après les 3 à 4 premiers rendez-vous.

Ce questionnaire a été systématiquement utilisé dès le mois d'octobre 2003. Pour avoir une meilleure connaissance de la file active d'Azimut au cours de l'année 2003, nous avons proposé à l'équipe de remplir ce questionnaire a posteriori, à partir des dossiers des usagers pour autant que les données aient été relevées à l'époque des premiers contacts. Ce sont surtout les données sur la consommation qui font défaut pour ces usagers, par contre les variables socio-démographiques ne comptent que peu de données manquantes.

2.2.4 La statistique OPALE

La statistique OPALE est employée uniquement pour mesurer le volume et le type de prestation pour toutes les prises en charge au centre qui relèvent du domaine médico-psychiatrique (suivi psychiatrique ou en binôme).

Enfin, de nombreuses réunions de suivi avec les intervenants ont eu lieu à intervalles réguliers pour la mise en route de l'évaluation et la discussion autour des outils méthodologiques. Ceux-ci ont été testés et des réajustements périodiques ont été introduits pour le monitoring et le questionnaire en fonction du développement du projet et des difficultés rencontrées par l'équipe dans la saisie. Un glossaire des interventions, ainsi qu'un guide sur la manière de consigner les données ont été élaborés (cf. annexe). Ces réunions ont également donné l'occasion de discuter de sujets tels que la collaboration avec le réseau, les relations avec la population locale, les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, etc.

^a Remarque : Ce travail de rue représente une part restreinte du travail des TSP (0,2-0,3 EPT pour cette période).

3 PRESENTATION DU PROJET AZIMUT

3.1 HISTORIQUE DU PROJET

Dès 1996, plusieurs institutions du Chablais vaudois, ainsi que la commission toxicomanie du Chablais et les communes du district d'Aigle ont constaté une carence en matière de prévention et de soins pour les personnes dépendantes de la région^a. Un projet a alors été élaboré par différents partenaires du réseau de soins du Chablais et placé sous l'égide de la Fédération de Soins du Chablais (FSC).

Baptisé Azimut, le projet mis en place présente des aspects novateurs, principalement celui de regrouper sous le même toit des compétences en alcoologie et en toxicomanies. De plus, il présente une composante intercantonale, la région étant à cheval sur les cantons de Vaud et du Valais.

La mission d'Azimut a été définie de la manière suivante^b :

- Le centre a pour but de répondre aux demandes liées à la consommation de produits légaux ou illégaux par une orientation, une prise en charge adaptée ou une action de prévention.
- Il complète en matière de dépendances l'offre de prestations déjà existantes dans le Chablais vaudois et vise à développer l'accessibilité aux soins.

Les partenaires soutenant le projet sont issus du réseau vaudois de soins et de l'action sociale :

- l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS), rattachée à la Fondation de Nant ;
- la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) ;
- la structure Action communautaire et toxicomanie (ACT) ;
- l'Espace prévention (EP) ;
- le Centre social régional (CSR) ;
- l'Unité multidisciplinaire en alcoologie du Chablais (UMAC).

Des contacts ont également lieu avec la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT).

3.2 MISSIONS DU PROJET

Le centre de compétences dépendances Azimut a ouvert ses portes en juillet 2002. Il a pour but de répondre à toute demande d'information ou d'aide liée à la consommation de produits légaux ou illégaux. Il s'adresse ainsi aux consommateurs, mais également aux proches, qu'ils soient des parents, des amis ou des professionnels. Les missions poursuivies par Azimut sont les suivantes :

^a Document de présentation d'Azimut 4.2.2003.

^b Gottraux Xavier, Cornaz Daniel, Rapport sur la prise en charge alcool à Azimut, 2 juillet 2002 – 1^{er} mai 2003. Bex 2003.

- Faciliter le contact, l'orientation et l'accès aux soins pour les personnes souffrant de problèmes de dépendances ou liés à la consommation de produits psychotropes.
- Offrir à ces personnes une prise en charge, un soutien, un traitement médical ou un accompagnement socio-éducatif.
- Conseiller, accompagner et soutenir les proches de personnes présentant des problèmes de consommation de produits psychotropes.
- Prévenir l'aggravation des situations et les rechutes, réduire les risques sanitaires (prévention secondaire et tertiaire).
- Participer aux actions de prévention dans le domaine de l'alcool et de la toxicomanie (prévention primaire) et du sida (transmission sexuelle et par injection de drogues).

3.3 RESSOURCES DU PROJET

Azimut a ses locaux dans l'immeuble du Centre social régional sis à Bex. La réception et une permanence téléphonique sont offertes du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00. Des entretiens sur rendez-vous ont lieu le lundi entre 8h30 et 12h00 et du mardi au vendredi de 8h30 à 12h00, ainsi que de 13h30 à 18h00.

L'équipe regroupe des intervenants provenant de différentes institutions et a été constituée afin de rassembler les différentes compétences nécessaires à la mission du centre. Elle se compose comme suit:

- deux éducateurs de proximité pour la toxicomanie (30 et 50 %), l'un d'eux avec un 50% supplémentaire pour la coordination sociale ;
- deux médecins-psychiatres (40 et 80%), dont un chef de clinique co-responsable de la coordination ;
- une chargée de prévention des dépendances (20%), en poste par ailleurs à Espace Prévention (Aigle) ;
- une conseillère en alcoologie^a (10%) en poste dans la région à la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) ;
- une chargée de prévention de l'alcoolisme^b (10%), en poste également à la FVA ;
- une secrétaire chargée également de la réception (50%).

Le poste de la chargée de prévention FVA est toutefois resté vacant durant plusieurs mois au cours de la période couverte par l'évaluation. De même, l'activité de la conseillère en alcoologie a été suspendue dès mars 2003. Une nouvelle collaboratrice FVA a été engagée à 20% en août 2003 mais a déjà quitté son poste en janvier 2004.

^a Pour la prise en charge de personnes ayant une problématique « alcool » identifiée.

^b Comme appui à la prévention primaire.

L'équipe est donc actuellement composée de 6 personnes représentant 3,2 postes équivalent plein temps, dont 1,2 équivalent plein temps pour les tâches administratives et de coordination.

Un colloque hebdomadaire d'une heure et demie réunit l'équipe pour discuter des questions administratives et de quelques cas cliniques. Un colloque de transmission (une heure) permet d'approfondir un cas et de revoir plus systématiquement les situations suivies à Azimut.

En plus de leur travail dans le cadre d'Azimut, les différents intervenants suivent les activités des institutions auxquelles ils sont rattachés ; certains d'entre eux ont par ailleurs un complément de poste dans le cadre de ces structures.

Le projet a été constitué avec l'appui et la collaboration du Service de la santé publique de l'Etat de Vaud (remarque : ou le DSAS) qui le finance à raison de 50% à travers le Fond d'innovation à la création des réseaux de soins (FIACRE), soit un montant de 167'000 Fr. Les communes du district d'Aigle financent le poste de travailleurs de proximité (81'000 Fr.). Enfin, la Fédération de Soins du Chablais apporte un financement de 86'600 Fr. prélevés sur les cotisations de ses membres^a.

^a Pour plus de détail, voir la fiche de projet avenant 2004 émis par la Fédération de soins du Chablais en annexe.

4 DESCRIPTION DE LA CLIENTELE

La description de la clientèle d'Azimut est tirée du questionnaire d'entrée rempli pour tous les usagers bénéficiant d'une prise en charge (socio-éducative, médicale ou sociale) au centre. Ce questionnaire permet de dresser le profil des personnes suivies, les problématiques rencontrées, ainsi que les principales prestations qui leur sont proposées. Ce questionnaire ne permet cependant pas de faire un suivi de l'usager, mais fournit une description de la clientèle « à l'entrée ».

Le questionnaire d'admission est utilisé à partir du moment où une demande d'aide ou de prise en charge est adressée à l'équipe d'Azimut. Le terme « usager » regroupe non seulement les personnes qui consomment un produit, mais également les proches d'un consommateur (famille, ami) qui peuvent venir demander un soutien ou des informations. Les données du questionnaire concernent directement l'usager demandant de l'aide (consommateur ou proche).

Au total, 79 questionnaires ont été remplis. Ils concernent l'ensemble des personnes ayant consulté au moins une fois entre janvier 2003 et avril 2004.

69 de ces questionnaires concernent des consommateurs, soit de drogues, soit d'alcool, et 10 questionnaires ont été remplis pour des proches de consommateurs. Dans la présentation des résultats, l'analyse du profil des usagers porte uniquement sur les consommateurs ; quant aux proches, ils font l'objet d'une description au point 4.4.

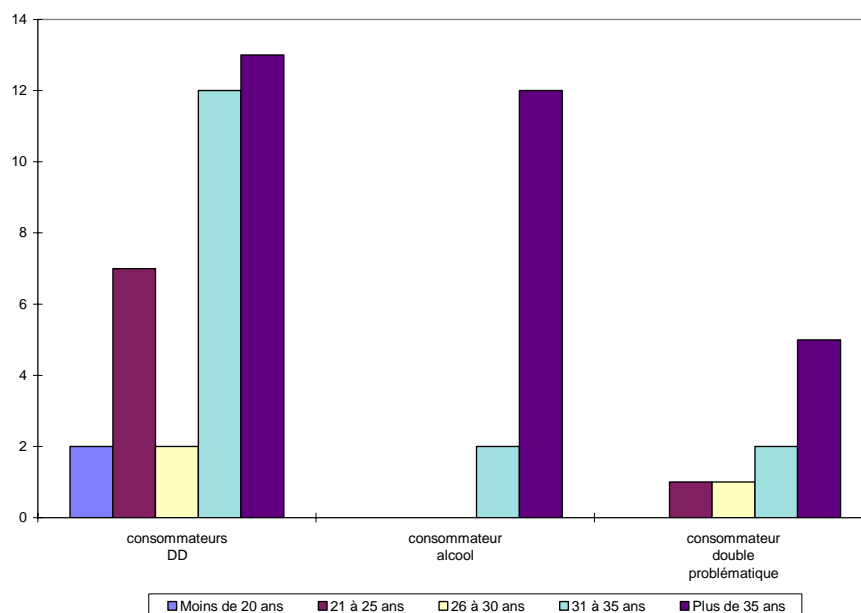
Parmi les 79 usagers (proches et consommateurs) pour lesquels un questionnaire a été rempli, 25% habitent Bex, 20% à Aigle et 16% à Villeneuve. Les autres usagers, soit 33% du collectif, sont domiciliés dans d'autres communes du district d'Aigle. Enfin, une personne vient du Valais.

4.1 TYPE DE CONSOMMATEURS

Les personnes s'étant présentées à Azimut avec un problème de consommation et de dépendance sont au nombre de 69. Pour 44 d'entre elles (64%), la consommation problématique concernait les drogues illégales, pour 16 personnes (23%) l'alcool posait problème, enfin pour 9 personnes (13%) la double problématique était présente.

L'âge moyen de la clientèle consommatrice est de 37 ans, mais une grande différence existe selon le produit consommé. Pour le groupe des personnes dépendantes uniquement à l'alcool, l'âge moyen est plus élevé soit 48.4 ans ; pour les personnes consommant uniquement des drogues illégales, l'âge moyen est nettement plus bas puisqu'il est de 33 ans (cf. Tableau 4-1). Tous les usagers qui ont moins de 30 ans consomment des drogues illégales ; pour deux d'entre eux, il y a également une consommation d'alcool. Par contre, les trois quarts des personnes présentant uniquement une consommation d'alcool ont plus de 35 ans.

Figure 4-1 Nombre d'utilisateurs par classe d'âge selon le type de consommation, janvier 2003 - avril 2004



La proportion de femmes varie peu selon le produit consommé : 38% (n=6) chez les personnes consultant pour un problème d'alcool, versus 32% (n=17) parmi les consommateurs de drogues illégales. Ce pourcentage est similaire à celui généralement relevé dans les structures qui s'occupent de personnes toxicodépendantes.

Tableau 4-1 Données sur l'âge et le sexe selon le type de produit consommé, janvier 2003 - avril 2004

	Consommateurs de drogues illégales		Consommateurs d'alcool		Double problématique	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	44		16		9	
Femmes	14	32	6	38	3	33
Âge moyen	33.0		48.4		35.1	
Âge médian	34.0		50.0		37.0	
Min-max	19-47		33-69		21-44	
Moins de 20 ans	2	5	0		0	
21 à 25 ans	7	16	0		1	11
26 à 30 ans	2	5	0		1	11
31 à 35 ans	12	27	2	13	2	22
Plus de 35 ans	13	30	12	75	5	56

Pour l'analyse plus en détail du profil des usagers et de la prise en charge qui leur est proposée, nous avons distingué deux groupes d'usagers dépendants : d'une part, les personnes présentant une dépendance uniquement liée à l'alcool et, d'autre part, nous avons regroupé les personnes présentant une double dépendance et le groupe de personnes dépendantes de drogues illégales. Chacun de ces groupes fait l'objet d'une présentation distincte.

4.2 CONSOMMATEURS DE DROGUES ILLEGALES

Le groupe des usagers présentant des problèmes liés à la consommation illégale avec ou sans problématique d'alcool est composé de 53 personnes.

4.2.1 Profil des personnes consommant des drogues illégales

Environ 30% des usagers venus consulter à Azimut pour des problèmes liés à la consommation de produits illégaux ont été orientés vers Azimut par un service social et 30% par leur médecin traitant. La Fondation de Nant a orienté environ 11% des usagers, pour le reste, ils sont venus soit de leur propre initiative soit sur le conseil d'un proche ou d'un autre consommateur. Dans les deux tiers des cas, le contact a été effectué par l'utilisateur lui-même. Dans les autres cas, c'est soit le médecin traitant soit un assistant social qui ont effectué la première prise de contact.

Les $\frac{3}{4}$ des usagers habitent dans les communes de Bex, Aigle ou Villeneuve. Un quart (n=13) est domicilié dans d'autres communes du district^a.

Tableau 4-2 Insertion socio-professionnelle, consommateurs de drogues illégales, janvier 2003 - avril 2004

	Consommateurs de drogues illégales	
	n	%
Effectif	53	
Domicile		
Bex	15	28
Aigle	14	26
Villeneuve	10	19
Autres communes du district	13	25
Logement		
Fixe privé	42	80
Sans domicile fixe	5	9
Données manquantes	6	11

^a Pour des raisons de protection de l'anonymat des usagers, les communes de domicile de petite taille ne sont pas nommées.

Consommateurs de drogues illégales		
	n	%
Travail		
Régulier	11	21
Occasionnel	7	13
En formation	4	7
Sans travail	24	46
Données manquantes	7	13

Les deux tiers des usagers sont de nationalité suisse ; 44% sont célibataires et 36% ont un ou plusieurs enfants. La grande majorité a un logement stable (80%, n=42) ; néanmoins, 5 personnes (9%) se déclarent sans domicile fixe. Pour 6 personnes l'indication sur le logement manque. 11 usagers ont un travail régulier et 6 autres un travail occasionnel ; 4 usagers sont en formation (scolarité, apprentissage ou autre formation). Au total 24 usagers, soit 46% sont sans travail.

Le niveau de formation atteint ne dépasse pas la scolarité obligatoire pour 38% des usagers et 21% ont terminé un apprentissage ou une école professionnelle. Une seule personne a un niveau plus élevé. L'information est cependant manquante pour 20 usagers, ce qui rend ces résultats peu fiables.

En ce qui concerne la consommation de drogues, 36 personnes sur 53 ont consommé des drogues dures^a au cours de leur vie. 11 personnes consultent à Azimut pour une consommation de cannabis, parfois doublée d'une consommation d'alcool. Enfin, pour 5 personnes, la consommation à l'entrée n'a pas été relevée^b (cf. Tableau 4-3).

Tableau 4-3 Type de consommateurs de drogues, janvier 2003 - avril 2004

	n	%
Consommateur de drogues dures dans la vie	36	68
<i>Dont : Consommateur actif drogues dures</i>	25	47
<i>Consommateur drogues dures abstinent ou consommation actuelle inconnue^b</i>	11	21
Consommateur cannabis uniquement	11	21
Consommateur de stimulants	1	2
Pas d'indication sur substances consommées	5	9
Total	53	100.0

^a Héroïne et/ou cocaïne.

^b Usagers arrivés à Azimut avant la mise en place du questionnaire d'entrée.

25 usagers (47%) consommaient des drogues dures au début de leur prise en charge à Azimut^a. La cocaïne apparaît comme la drogue dure la plus consommée, puisque 23 usagers sur 25 en consommaient. La consommation d'héroïne affectait 12 usagers sur 25.

Parmi ces consommateurs actifs de drogues dures, 10 usagers consommaient à la fois de l'héroïne et de la cocaïne ; 13 personnes ne consommaient que de la cocaïne et 2 autres que de l'héroïne. Parmi les personnes consommant uniquement de la cocaïne, 7 suivent un traitement de substitution. Il ne s'agit donc pas de « purs cocaïnomanes ». Pour les 6 autres, il n'y a pas d'informations pouvant indiquer une consommation d'héroïne au cours de la vie. Ces usagers ne se distinguent toutefois ni par l'âge, ni par le sexe du reste des consommateurs de drogues dures.

Les consommateurs de cannabis ou de stimulants et pour lesquels aucune indication ne permet de conclure à une consommation de drogues dures au cours de la vie sont plus jeunes, avec un âge moyen de 31.6 ans, versus 34.0 pour les usagers ayant consommé des drogues dures. 40 % de ces usagers ont moins de 25 ans, versus 15% chez les consommateurs de drogues dures.

Tableau 4-4 Produits consommés, fréquence et mode de consommation, janvier 2003 - avril 2004

	Consommateurs		Fréquence de consommation		Mode de consommation	
			régulière	occasionnelle	par injection	autre
Produits	n	%	n	n	n	n
Héroïne	12	23	4	6	7	1
Cocaïne	23	43	15	7	11	7
Benzodiazépines au noir	4	8	1	1	1	
Méthadone au noir	3	6	0	3		2
Amphétamine	3	6	1	2		1
LSD	1	2	1			
Champignon	2	4	1	1		
Ecstasy	6	11	2	4		
Cannabis	32	60	25	8		
Alcool	22	42	15	5		

Pour 12 consommateurs actifs de drogues dures, le mode de consommation était l'injection.

La consommation d'ecstasy concerne 6 personnes ; une seule personne consomme régulièrement des amphétamines, du LSD et des champignons. Les autres consommateurs d'amphétamines ou d'ecstasy consomment également de la cocaïne et/ou de l'héroïne.

^a La définition précise est la consommation durant les 30 derniers jours précédant l'admission à Azimut.

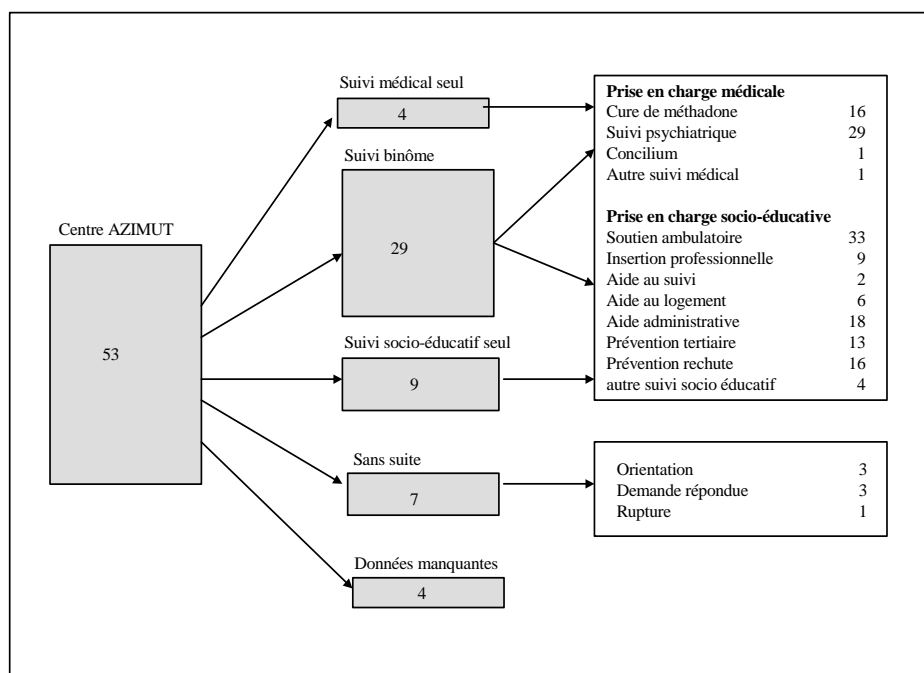
Au total toutefois, le cannabis est le produit le plus consommé et concerne 32 usagers (60%). Enfin la consommation d'alcool est également très répandue et touche 22% des usagers ; on ne sait toutefois pas si cette consommation est problématique. Rappelons que parmi eux, 9 personnes s'étaient présentées à Azimut en déclarant la double problématique, soit alcool et drogues illégales.

4.2.2 Prise en charge au centre des personnes consommant des drogues illégales

Le type de prise en charge à Azimut est généralement défini après une phase d'évaluation basée sur 3 entretiens en binôme, appelée « période d'investigation ». Durant ces premiers entretiens, l'équipe s'efforce d'identifier et d'évaluer les problématiques médicales et sociales présentées par l'utilisateur, ainsi que les facteurs de crise qui l'amènent à chercher de l'aide en ce moment précis, ceci dans le but de définir la réponse la plus à même de répondre à ses difficultés. Dans certains cas, ces premiers contacts suffisent à satisfaire la demande de l'utilisateur ou permettent de l'orienter vers un autre partenaire du réseau. Pour la majorité des usagers toutefois, l'investigation débouche sur une prise en charge au centre.

Pour 42 personnes sur 53 venues consulter, la période d'investigation a abouti à la mise en place d'un suivi dans le cadre d'Azimut (Figure 4-2). Trois autres personnes ont été orientées durant la période d'investigation : la première vers un sevrage hospitalier, la deuxième vers un suivi ambulatoire auprès d'un autre partenaire du réseau et la dernière vers les établissements psychiatriques valaisans. Pour 3 autres personnes, les premiers contacts ont suffi pour répondre à leur demande. Enfin, une personne est considérée comme étant en rupture, c'est à dire qu'elle ne s'est plus présentée aux rendez-vous fixés. Pour 4 personnes, les informations sont manquantes.

Figure 4-2 Prise en charge des personnes consommant des drogues illégales suite à la période d'investigation, janvier 2003 - avril 2004



Parmi les 49 usagers suivis au terme de l'investigation, la prise en charge est assurée en binôme pour 29 d'entre eux. Elle combine donc des aspects médicaux et socio-éducatifs^a. 4 personnes ont un suivi uniquement médical à Azimut, tandis que 9 autres sont suivies seulement par l'équipe socio-éducative.

Les prises en charge établies avec l'équipe médicale sont majoritairement les suivis psychiatriques, incluant ou non un traitement de substitution. Ces suivis, qui s'appuient essentiellement sur des entretiens individuels, voire des entretiens de famille, un travail de réseau et souvent une médication ad hoc, utilisent notamment la dynamique de la relation thérapeutique et le respect du cadre thérapeutique, clairement posé d'entente avec le patient au début du traitement. Ces suivis visent, dans un gradient d'exigence croissant, le maintien du patient dans un système de soins et la limitation des prises de risques, la contention des affects et des agissements débordants, l'abstinence, le traitement des pathologies psychiatriques concomitantes, la compréhension des enjeux intrapsychiques et relationnels sous-jacents à la problématique toxicodépendante.

En ce qui concerne plus particulièrement les traitements de substitution, 13 usagers en bénéficiaient déjà lorsqu'ils se sont présentés à Azimut. Pour 6 d'entre eux, la prescription du traitement de substitution a été reprise par les médecins du centre^b, tandis que pour les 7 autres une collaboration a été établie avec le médecin traitant (sous la forme de suivis psychiatriques parallèles comprenant des entretiens voire une médication supplémentaire, du travail en réseau ou d'aide au suivi). Parmi les autres consommateurs qui n'avaient pas de traitement de substitution à l'entrée, 12 avaient déjà expérimenté antérieurement ce type de traitement. Pour 9 d'entre eux, une nouvelle cure a été démarrée, de même que pour l'usager pour lequel les informations sur les cures actuelles ou antérieures faisaient défaut dans le questionnaire. Au total, 23 usagers suivaient un traitement de substitution. Parmi les 16 traitements de substitution prescrits par les médecins d'Azimut, on s'aperçoit donc que 10 d'entre eux correspondent à de nouveaux traitements alors que pour 6 usagers il s'agit d'un transfert de cure d'un médecin en pratique privée au centre^b.

Le suivi socio-éducatif vise le maintien ou l'amélioration de l'insertion sociale et professionnelle de l'usager. Il vise aussi le maintien du lien, le soutien au quotidien et le renforcement de l'usager dans son traitement. La réduction des risques, l'aide à la survie et l'aide à l'insertion dans la chaîne des soins font également partie des différents aspects de ce suivi.

Un suivi socio-éducatif ambulatoire est mis en place pour presque tous les usagers. Il est assorti dans près de la moitié des cas, d'une aide pour des démarches administratives, plus rarement d'une aide visant l'insertion professionnelle ou pour trouver (ou conserver) un logement. Les interventions de type prévention tertiaire sont également assez régulièrement mises en place. Il s'agit dans ce cas de donner les conseils pour limiter les risques liés à une consommation de produits, par exemple en remettant du matériel stérile pour les personnes consommant par injection ou en parlant des autres modes de consommation. L'équipe intervient également pour prévenir la rechute en soutenant la personne qui a terminé un sevrage ou qui, étant abstinente, traverse une période difficile.

^a Le suivi en binôme peut prendre différentes formes : 1 entretien par mois avec un médecin et 1 avec le travailleur social ou 2 entretiens par mois avec le travailleur social et un bilan toutes les 6 semaines auquel assiste également le médecin. Ce dernier cas de figure peut encore être inversé médecin-travailleur social. Selon les étapes de la prise en charge, l'usager peut aussi avoir des entretiens qui regroupent le médecin et le travailleur social ou des entretiens plus fréquents de l'un des deux.

^b Pour 4 usagers la reprise était liée à l'arrêt de pratiquer du médecin traitant.

4.2.3 Collaborations établies

D'une manière générale, l'équipe relève que très peu d'utilisateurs sont sans attache avec le réseau quand ils viennent consulter à Azimut. Selon les données du questionnaire, 17 utilisateurs sur 53 sont venus consulter par eux-mêmes et aucune personne du réseau socio-sanitaire n'est mentionnée en « amont » de la prise en charge à Azimut. Dans les autres cas, les CSR sont souvent cités comme intervenant ayant soit orienté la personne, soit favorisé les premiers contacts, de même que les médecins établis.

Dans la plupart de ces cas, les intervenants du réseau adressent les consommateurs à Azimut pour une prise en charge complémentaire. Ainsi, pour les consommateurs de drogues dures, un médecin est très souvent présent. Dans ce cas, il continue le plus souvent à suivre son patient, Azimut offrant une prise en charge complémentaire (soit psychiatrique et/ou sociale). Quelques rares traitements ont cependant été repris à Azimut par exemple lorsque les relations entre le médecin et l'utilisateur étaient trop tendues ou en raison de la pathologie psychiatrique présentée par l'utilisateur. Quelques orientations faites par ACT ou l'UAS sont liées à la proximité entre le domicile de l'utilisateur et Azimut.

Pour les trois quarts des personnes suivies à Azimut, une ou plusieurs collaborations sont établies avec des partenaires du réseau de la région. Il s'agit aussi bien de médecins traitants (18 collaborations), que des services sociaux (15 collaborations) ou encore de pharmacies pour la dispensation de méthadone (13 collaborations).

Des collaborations sont également établies, mais moins fréquemment avec des institutions telles que la Fondation de Nant (3 utilisateurs), la Fondation vaudoise de probation (2 utilisateurs), le SPJ (2 personnes également). Sont aussi cités les Rives du Rhône, le Tribunal des mineurs ou encore le CAP. Une collaboration avec la Courte-Echelle à Saxon pour leurs résidents vaudois a également vu le jour au moment où la période d'évaluation prenait fin.

Du point de vue des pharmacies de la région, une enquête menée par l'IUMSP en 2003^a montre qu'elles apprécient la collaboration mise en place avec Azimut autour de la dispensation de méthadone.

4.3 CONSOMMATEURS D'ALCOOL

La prise en charge de situations liées à la consommation d'alcool a subi des fluctuations dès mars 2003, avec la vacance du poste de la chargée de prévention et du retrait des colloques de la conseillère en alcoologie. Le relais a été pris par un médecin d'Azimut durant ces périodes. Il n'y a ainsi pas eu de refus de prises en charge à Azimut, mais une véritable collaboration avec la FVA n'a pas pu avoir lieu en dehors de la période allant d'août 2003 à janvier 2004.

L'analyse du profil des utilisateurs présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool entre janvier 2003 et avril 2004 est basée sur un questionnaire d'entrée et porte sur un collectif de 16 personnes^b.

^a Sanda Samitca, Thérèse Huissoud, Françoise Dubois-Arber Enquête auprès des pharmacies du canton de Vaud – 2003, Quelques résultats, Lausanne 2004.

^b En 2002, l'équipe avait documenté ses interventions en faveur des personnes présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool de la manière suivante^b : 11 demandes sont parvenues à AZIMUT de la part d'utilisateurs ou de proches dont 2 sur orientation médicale (médecin traitant/hôpital), 3 UMAC (Unité multidisciplinaire d'alcoologie du Chablais), 1 sur orientation sociale (CSR) et 5 sans intermédiaires. Parmi ces personnes, 1 seule personne a fait l'objet d'une prise en charge en binôme (Médecin/conseillère en

4.3.1 Profil des personnes présentant une dépendance à l'alcool

Parmi les personnes qui se sont présentées à Azimut avec un problème d'alcool, 8 sur 16 habitent les communes de Bex, Aigle ou Villeneuve et 8 autres sont domiciliées dans d'autres communes du district (cf. Tableau 4-5). 5 d'entre elles ont été orientées vers Azimut par leur médecin traitant. Dans les deux tiers des cas, le contact a été effectué par l'utilisateur lui-même.

Tableau 4-5 Insertion socio-professionnelle, consommateurs d'alcool, janvier 2003 - avril 2004

	Consommateurs d'alcool	
	n	%
Effectif	16	
Domicile		
Bex	1	6
Aigle	4	25
Villeneuve	1	6
Autres communes du district	8	50
Logement		
Fixe privé	12	75
Sans domicile fixe		
Données manquantes	4	25
Travail		
Régulier	6	37
Occasionnel	3	19
En formation	1	6
Sans travail	4	25
Données manquantes	2	13

14 usagers sont de nationalité suisse et 10 ont un ou plusieurs enfants. La grande majorité a un logement stable (75%), mais pour les autres personnes, l'indication manque. La moitié d'entre eux a un travail régulier ou occasionnel. 2 usagers sont en formation (scolarité, apprentissage ou autre formation). Au total, 4 usagers sont sans travail.

L'indication du niveau de formation atteint est remplie de manière trop lacunaire pour que cette variable puisse être interprétée.

Parmi les 16 personnes venues consulter pour un problème d'alcool, 12 personnes consommaient lors de leur entrée à Azimut, dont 8 consommaient régulièrement et 2 occasionnellement (données manquantes=2). Les réponses concernant l'âge au début de la consommation régulière d'alcool étaient trop lacunaires pour que cette donnée puisse être interprétée.

alcoolologie) sur le mode actuellement expérimenté à AZIMUT. 4 ont été suivies par le médecin d'AZIMUT, 2 ont été orientées vers la FVA, 1 orientée vers les Oliviers, 1 personne a été hospitalisée, 2 sans suite.

Une personne avait suivi un traitement à l'Antabuse antérieurement et pour deux personnes ce traitement était en cours. Par ailleurs, 3 personnes avaient déjà fait un séjour de post-cure.

4.3.2 Prise en charge au centre des personnes consommant de l'alcool

Pour 13 personnes sur 16 venues consulter à Azimut, la période d'investigation a débouché sur un suivi au centre ; 1 usager a été réorienté vers les établissements psychiatriques valaisans et pour 2 personnes l'information est manquante (Figure 4-3).

Parmi les 13 personnes suivies, 9 personnes bénéficient d'un suivi en binôme, la partie socio-éducative étant assurée par l'équipe socio-éducative depuis le départ de la conseillère en alcoologie ; 3 personnes d'un suivi uniquement médical et 1 personne d'un suivi uniquement socio-éducatif.

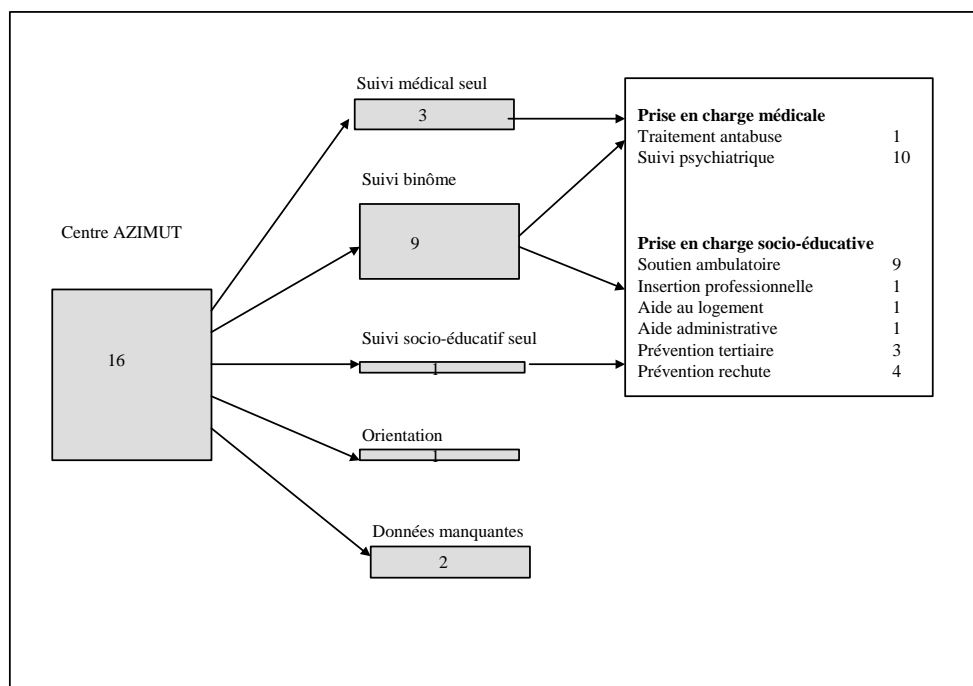
Du point de vue médical, la prise en charge offerte prend la forme d'un suivi psychiatrique pour 10 usagers. Un traitement à l'Antabuse a été initié.

Dans le domaine socio-éducatif, 9 usagers bénéficient d'un suivi ambulatoire ; pour 4 usagers un travail de prévention de la rechute a été mis en place. Des interventions de type prévention tertiaire sont définies pour 3 usagers. Il s'agit par exemple d'assurer la survie de personnes qui sont en rupture sociale, avec coupure d'électricité ou de chauffage, en leur remettant des cartons de nourriture. Ou encore d'éviter qu'une personne qui consomme beaucoup circule encore en vélomoteur (l'autorisation pour conduire d'autres moyens de transport lui ayant été retirée).

Le volume d'activités dans le domaine de la prise en charge de demandes liées à la consommation d'alcool à Azimut est faible, mais s'explique selon l'équipe par les raisons suivantes :

- le faible pourcentage attribué à la conseillère en alcoologie au sein de la structure n'a pas permis de développer avec elle l'investigation et la prise charge en binôme telle qu'expérimentée actuellement à Azimut pour la toxicomanie ;
- la FVA répond dans le chablais vaudois, comme ailleurs, à son mandat d'implantation régionale. Elle est bien identifiée à Bex et les demandes alcool lui sont adressées directement. Peu de demandes arrivent de ce fait directement à Azimut ;
- il n'y a pas eu de prise en charge de type réseau FVA/Azimut au cours de la période couverte par l'évaluation.

Figure 4-3 Prise en charge des personnes présentant un problème d'alcool suite à la période d'investigation, janvier 2003 - avril 2004



4.4 Proches

Azimut offre conseil et soutien aux proches de personnes présentant des problèmes de dépendance : 12 personnes ont profité de ces services entre le mois de janvier 2003 et le début 2004, dont trois couples consultant parce que leur enfant consommait des drogues.

Dans 8 cas sur 10, la demande des proches est une demande d'aide et de conseil ; deux personnes sont venues également chercher de l'information et une avait des questions d'orientation. Parmi les 10 situations, 8 étaient liées à la consommation de drogues illégales par un proche. L'alcool par contre n'a pas été mentionné. Dans 9 cas, le proche a effectué lui-même le contact avec la structure. Pour la plupart, ils n'ont pas été orientés vers la structure par un autre partenaire du réseau, mais avaient déjà la connaissance du centre.

Parmi les proches qui consultent à Azimut, 7 sont des hommes et 5 des femmes. 11 sur 12 ont plus de 30 ans. Un proche est le fils encore mineur d'une personne consommatrice.

Un suivi de type socio-éducatif a été proposé à 9 de ces personnes : pour 8 personnes, il s'agissait d'un soutien ambulatoire, complété parfois par une aide pour des démarches administratives ou pour une insertion professionnelle. Une personne a été réorientée vers un service ambulatoire. Pour deux personnes les premiers contacts ont suffi à répondre à leur demande et il n'y a pas eu de suivi mis en place.

5 INTERVENTIONS DANS LES DOMAINES SOCIO-EDUCATIF ET MEDICAL

Le chapitre précédent a présenté les différents types d'usagers bénéficiant d'une prise en charge à Azimut, et brièvement décrit quelles formes prenaient cette prise en charge. La fiche de monitoring, dont nous présentons ici les résultats, permet de se faire une idée du volume et des prestations socio-éducatives les plus demandées, qui peuvent être fournies aussi bien au centre qu'en dehors des murs (cf. 5.2). Les interventions ayant lieu dans le cadre du travail de rue sont présentées au chapitre 5.3.

Les prestations relevant du domaine médico-psychiatrique sont tirées de la statistique OPALE et figurent au point 5.4.

5.1 PERIODE DE RECOLTE DE DONNEES ET AJUSTEMENT DE L'OUTIL

L'outil du monitoring a été testé durant les mois de septembre à décembre 2003. Suite à cet exercice, une première analyse des données a été faite qui a permis de relever plusieurs difficultés dans la saisie :

- les intervenants ont une compréhension différente selon des définitions de certaines prestations, ce qui a généré des pratiques de comptage qui varient ;
- certaines prestations ne sont pas systématiquement relevées, notamment certaines démarches administratives ayant lieu au cours d'un entretien de soutien ;
- seuls quelques items sont pertinents et utilisés pour décrire le travail hors-murs.

Sur la base de ces observations, les fiches de monitoring ont été légèrement modifiées et les consignes pour l'inscription des données ont été précisées. Ceci a amené une harmonisation de la compréhension des différents items.

La version définitive du monitoring est tenue depuis le premier avril 2004. Les résultats présentés dans ce rapport couvrent cependant les mois de novembre 2003 à octobre 2004.

5.2 INTERVENTIONS SOCIO-EDUCATIVES AUPRES DES USAGERS

Les prestations dans le domaine socio-éducatif proposées par Azimut sont de nature diverse et peuvent être fournies aussi bien au centre que lors de contacts avec les usagers à l'extérieur du centre.

Les interventions auprès des usagers ou de leurs proches ayant lieu à l'extérieur du centre sont relevées à l'aide du monitoring, en précisant que l'intervention a eu lieu « hors-murs ». Ces interventions peuvent avoir lieu aussi bien à Bex, que dans une autre commune du district. C'est souvent le lieu de domicile de l'utilisateur et sa situation particulière qui déterminent si de telles situations sont souhaitables.

Dans la présentation qui suit, nous avons fait le choix de présenter les données totales en précisant cependant pour chaque type de prestation, la proportion faite au centre et à l'extérieur.

5.2.1 Entretiens

Au cours de l'activité de l'équipe dans le cadre du centre, les entretiens constituent la majeure partie des interventions. Différents types d'entretiens ont été décomptés.

Entretien consommateur :

Il s'agit d'entretien, que ce soit en face à face ou par téléphone, entre un intervenant socio-éducatif et une personne présentant un problème de consommation (passé ou présent). Ce type d'interventions se répartit en deux sous-catégories, selon que l'entretien a eu lieu au centre ou hors murs. C'est la catégorie d'entretiens la plus fréquente puisqu'on dénombre entre 30 et 40 entretiens de ce type par mois, qui se répartissent de manière équitable entre le centre et l'extérieur. Cette prestation était légèrement plus fréquente au cours des deux derniers mois, soit septembre et octobre 2004.

Tableau 5-1 Principales prestations par mois, de novembre 2003 à octobre 2004

	Entretiens				Autres prestations		
	consom- mateur	binôme	proche	réseau	démarches administratives	contact	synthèse
novembre	29	21	7	21	20	27	44
décembre	23	20	6	18	40	41	36
janvier	43	20	6	11	36	47	41
février	26	14	2	19	64	79	22
mars	37	12	2	20	39	67	36
avril	25	17	3	16	3	46	55
mai	36	30	0	20	14	68	63
juin	26	28	1	10	6	91	71
juillet	39	18	0	12	3	81	97
août	32	26	3	7	3	83	94
septembre	50	15	11	18	8	116	102
octobre	45	21	6	13	4	94	124

Entretien en binôme

L'entretien en binôme est effectué conjointement par un médecin et un travailleur social. Le médecin s'attache aux aspects psychopathologiques et thérapeutiques, alors que le travailleur social est plutôt attentif à la situation psychosociale de l'utilisateur ainsi qu'à ses démarches.. L'un et l'autre sont attentifs aux difficultés rencontrées par l'utilisateur et au contexte psychique et relationnel dans lequel se place la rencontre. L'entretien en binôme permet une approche intégrée de la situation de l'utilisateur. Cette prestation a été plus importante durant les mois de mai et de juin, soit environ une trentaine d'entretiens par mois. Ces fluctuations peuvent être partiellement expliquées par une augmentation de nouveaux usagers qui sont alors vus en binôme durant les trois premiers entretiens de la période d'investigation.

Entretien proche :

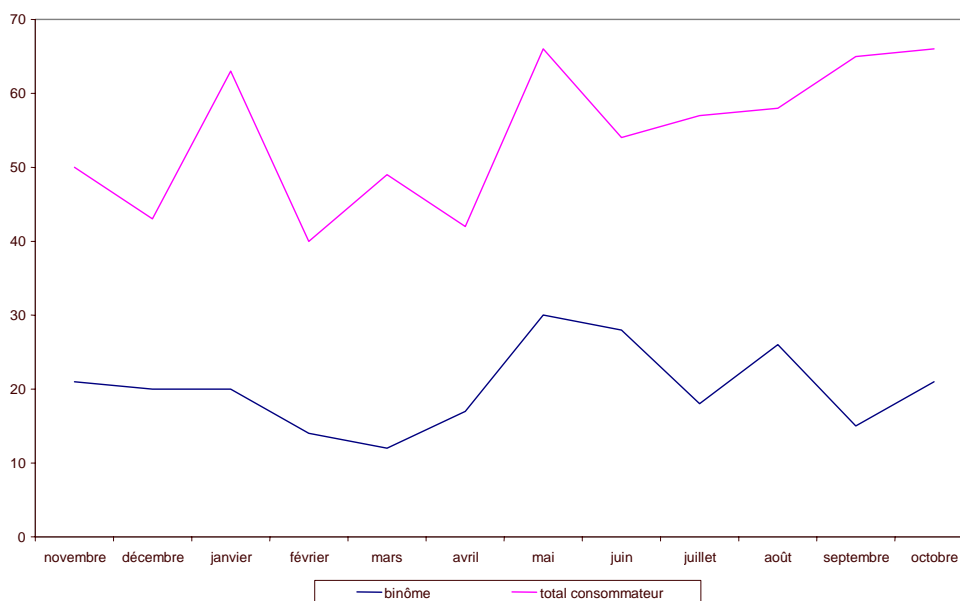
L'entretien proche est la rencontre entre un intervenant et une personne qui consulte parce qu'un de ses proches présente un problème de consommation (avéré ou supposé par la personne qui consulte), indépendamment du fait de savoir si l'utilisateur est client ou non d'Azimut. Cette rubrique regroupe les entretiens de famille, c'est-à-dire les entretiens où sont présents à la fois un usager, un proche et un intervenant.

Ces entretiens sont peu nombreux et en relative diminution entre les mois de novembre 2003 et juin 2004. On en décompte 5 en moyenne par mois. Durant le mois de septembre 2004 toutefois, le nombre d'entretiens avec un proche a augmenté.

Entretien réseau :

L'entretien avec le réseau relevé dans le monitoring a pour sujet la prise en charge d'un client d'Azimut. Ces entretiens reflètent les nombreuses collaborations mises en place autour des usagers d'Azimut. Entre 10 et 20 entretiens de ce type ont lieu chaque mois. Pour la moitié, ces entretiens ont lieu à Azimut et pour l'autre moitié, les intervenants se déplacent à l'extérieur. La proximité géographique des autres membres du réseau facilite grandement les échanges, même à l'extérieur des murs.

Figure 5-1 Nombre d'entretiens avec des usagers, total et binôme, novembre 2003-octobre 2004



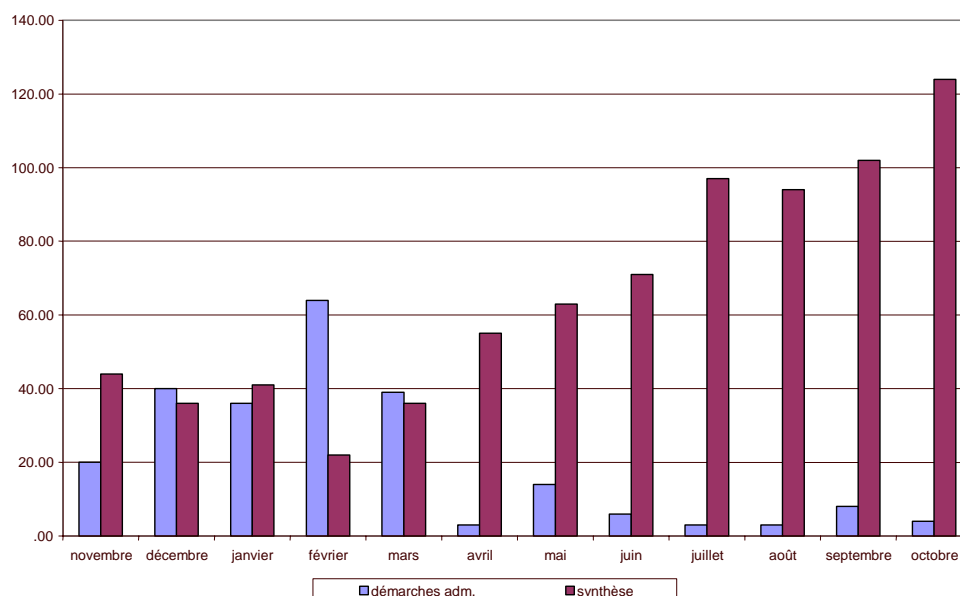
5.2.2 Autres interventions

En plus des entretiens, l'équipe socio-éducative fournit une aide lorsqu'un usager (consommateur ou proche) est confronté à des difficultés d'ordre administratif. La **démarche administrative** peut concerner aussi bien un problème d'assurance, de logement ou de travail, par exemple. Lorsque la démarche a lieu dans la rue ou à l'extérieur du centre, ces démarches ont été comptabilisées sous « prestation travail de proximité ».

Vu l'organisation de l'équipe et notamment le partage des postes entre plusieurs intervenants, il est nécessaire de procéder à de fréquentes **synthèses**. Celles-ci ont été définies comme un moment pris par deux intervenants ou plus pour faire le point sur une situation et prendre une décision par rapport à la prise en charge de l'utilisateur. Les synthèses peuvent avoir lieu aussi bien entre intervenants d'Azimut, que dans le cadre des collaborations mises en place autour des usagers.

Au cours de la période observée, la manière de comptabiliser ces interventions a varié. De novembre à mars, un certain nombre de rencontres de synthèse (voir ci-dessous) ont été comptabilisées sous la rubrique « démarches administratives ». Dès avril 2004, un ajustement de la manière de saisir les données entre les intervenants sociaux a provoqué la diminution du nombre de démarches administratives relevées. Cette diminution s'est accompagnée d'un accroissement du nombre de synthèses (cf. Figure 5-2).

Figure 5-2 Variation du nombre mensuel de démarches administratives et de synthèse, novembre 2003 à octobre 2004



En raison du type de clientèle, l'équipe a développé différentes stratégies visant au **maintien du contact** avec les usagers. Les démarches entreprises dans ce cadre peuvent être un coup de téléphone, l'envoi d'une lettre ou lorsque les intervenants se déplacent pour prendre des nouvelles d'un usager qui ne donne plus signe de vie. Lorsque la démarche a lieu dans la rue ou à l'extérieur du centre, l'intervention a de nouveau été comptabilisée sous « prestation travail de proximité ». Ces interventions de l'équipe sont très nombreuses puisque que l'on en comptabilise en moyenne 60 par mois. De plus, elles ont tendance à augmenter au cours des derniers mois de 2004.

Pour avoir une meilleure appréciation du travail effectué avec les usagers en dehors du centre, sans pour autant alourdir trop l'outil de monitoring, il a été décidé avec l'équipe de créer une rubrique des prestations fournies en dehors du centre, à l'exception des entretiens. Ainsi, toutes les autres formes d'interventions ayant eu lieu à l'extérieur du centre ont été regroupées sous l'item « **travail de proximité** », que les prestations fournies à cette occasion soient de

type « accompagnement », « maintien du contact », « aide administrative » ou encore la rencontre de proches de consommateurs.

Concernant le travail de proximité, les changements dans la manière de saisir ont été appliqués dès le mois d'avril. Les chiffres à disposition datent donc de cette période. Depuis lors, on enregistre entre 5 et 10 interventions de ce type par mois. Il est encore un peu tôt pour savoir comment pourrait se développer cette prestation.

5.3 TRAVAIL DE RUE

Une deuxième feuille de monitoring est utilisée uniquement dans le cadre du **travail de rue** : il s'agit de relever le nombre de personnes rencontrées par jour, en spécifiant la commune où ont eu lieu ces contacts.

Le travail de rue vise à rencontrer des personnes, jeunes ou adultes sur leurs lieux de réunion : la gare ou le parc public sont les endroits type qu'investissent les intervenants socio-éducatifs. Ils ne sont évidemment pas toujours accueillis de la même manière et au fil du temps, ainsi que des groupes présents, la situation peut évoluer. Il semble que, sous cet aspect, rien ne soit jamais réellement acquis. Ainsi à Bex, où le contact établi semblait bon, un changement dans la composition du groupe, mais également le déplacement du lieu de rencontre suite à la rénovation du parc public, ont rendu les contacts beaucoup plus difficiles. Les intervenants relèvent la nécessité d'être très réguliers dans leur présence pour être plus facilement acceptés sur les lieux de ralliement. Pour l'équipe, cela signifie aussi que les intervenants doivent faire un travail d'exploration pour découvrir les endroits de rencontre.

Lors de ces contacts, les aspects de prévention secondaire (dépistage et suivi psychosocial de prévention) et tertiaire (réduction des risques liés à la consommation) sont essentiels. Pour les intervenants, il s'agit d'un travail basé sur les opportunités offertes lors des rencontres et adapté à la situation de ou des personnes rencontrées.

Tableau 5-2 Nombre de contacts de rue par commune et par mois

	mois	Bex	Villeneuve	Total	nb. jours	Aigle
2003	juillet	12	14	26		
	août	36		36	4	
	septembre	27	36	63	10	
	octobre	18	48	70	9	
	novembre	35	45	93	13	
	décembre	32	39	71	10	
2004	janvier	16	44	61	12	20*
	février	34	58	92	10	20*
	mars	15	100	115	10	20*
	avril	27	38	65	8	20*
	mai	42	36	79	11	20*

mois	Bex	Villeneuve	Total	nb. jours	Aigle
juin	87	91	178	13	20*
juillet	46	37	83	13	22
août	32	17	49	12	19
septembre**	7	0	7	12	27
octobre	20	42	62	11	23

* Ces chiffres correspondent aux contacts de rue de la travailleuse sociale de proximité dans son temps de travail pour Espace-Prévention. Les 20% de travail qu'elle doit à Azimut sont regroupés sur les communes de Villeneuve et Bex pour des raisons de coordination.

** Vacances d'une intervenante

Le travail de rue, qui, rappelons-le, correspond à environ 0.3 poste de travail dans le projet Azimut, s'effectue essentiellement à Villeneuve, Bex et Aigle (cf. Tableau 5-2). Les personnes rencontrées dans ces agglomérations proviennent également des communes avoisinantes. Dans les autres communes du district, les intervenants se déplacent sur demande pour évaluer des situations et pour des actions ponctuelles ciblées. Malgré une présentation du travail d'Azimut aux municipalités du district, l'équipe considère que ces dernières ne font encore que peu appel à elle.

Le nombre de contacts par mois est très fluctuant. Ces variations expriment bien la difficulté principale du travail de rue dans lequel il s'agit de rencontrer des personnes sans fixer de rendez-vous. Ainsi certaines sorties sur le terrain peuvent se solder par zéro rencontre. En moyenne toutefois, les éducateurs d'Azimut rencontrent entre 8 et 12 personnes, essentiellement des jeunes au cours de leur présence sur le terrain. Ce nombre est un peu plus élevé à Villeneuve qu'à Bex.

L'équipe a fait une estimation du nombre de jeunes différents vus au cours de ces contacts.

Pour Villeneuve, il s'agit d'une trentaine de jeunes, dont une dizaine de filles. L'âge moyen est de 17 ans et peu d'entre eux ont plus de 20 ans. Un pourcentage important d'entre eux est en apprentissage et semble assez fier de travailler et d'être inséré professionnellement. Une grande partie de ces jeunes montre un fort intérêt à la mise en place d'un centre de rencontres. L'aspect assez dynamique de ce groupe constitue également du point de vue des travailleurs de rue un cadre pour ceux qui parmi eux sont en rupture scolaire. Plusieurs jeunes semblent cependant à risque de décrochage.

Pour Bex, il est plus difficile pour l'équipe d'estimer le nombre de personnes vues au cours du travail de rue, en raison des changements tant dans la composition du groupe principal de jeunes que de leurs lieux de rencontre. Actuellement, ce groupe comporterait une dizaine de jeunes, vivant des situations relativement problématiques, parfois violents ou en tout cas plus « durs » que l'année passée et avec qui le contact est assez difficile.

A Aigle, les contacts avec les jeunes ont lieu en grande partie au local de jeunes « Clin d'œil » que la travailleuse de proximité a beaucoup investi en début d'année. Le deuxième lieu de rencontre est la gare et le parc où se trouvent des groupes plus marginaux. Ces contacts devraient encore être développés de l'avis des intervenants.

5.4 DOMAINE MEDICO-PSYCHIATRIQUE

Les résultats de la statistique OPALE présentés ici recouvrent la période allant du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2004. La fiche OPALE est tenue par les médecins travaillant à Azimut et comporte à la fois une description des patients^a et un relevé des différentes prestations et consultations effectuées dans le domaine médico-psychiatrique.

Avec l'introduction du Tarmed, la description des prestations a changé et ne permet pas une comparaison par type de consultations entre 2003 et 2004. En ce qui concerne le nombre total de consultations effectuées il diminue légèrement : 1032 en 2003 pour 417 durant les 6 premiers mois de 2004.

La ventilation par type de consultation est présentée dans le Tableau 5-3 pour l'année 2004 uniquement.

Les consultations de type « thérapie individuelle » sont les plus fréquentes, soit 171 séances entre les mois de janvier et de juin 2004 (première séance et suivantes). A noter qu'elles incluent un certain nombre d'entretiens de famille et d'entretiens de réseau, que le système de relevé des prestations ne permet pas de distinguer des entretiens individuels au sens strict.. Les consultations téléphoniques avec des tiers viennent ensuite et s'élèvent à 88 consultations. Les consultations d'urgence sont peu fréquentes (environ 1 par mois) et concernent majoritairement des patients déjà suivis au centre. Enfin, les médecins du centre ont également des contacts fréquents avec les pharmaciens autour de la médication et des traitements de substitution.

Tableau 5-3 Type de consultations médico-psychiatriques, janvier à juin 2004

Libellé	Quantité	total 1/4hs
Consultation/thérapie individuelle (1ère séance)	19	75.0
Consultation/thérapie individuelle (2ème séance et suivantes)	152	569.3
Consultation/thérapie individuelle à l'extérieur (2ème séance et suivantes)	32	101.3
Psychothérapie individuelle	18	57.3
Consultation d'urgence lu-ve 7h-19h / sa 7h-12h (patient déjà suivi)	6	6.7
Consultation d'urgence lu-ve 7h-19h / sa 7h-12h (patient inconnu)	1	4.0
Consultation téléphonique avec le patient	41	19.0
Consultation téléphonique avec tiers	88	37.7
Consultation avec tiers	1	1.3
Consultation assistance pharmacie	59	21.7
Total	417	898

^a Vu l'existence du questionnaire d'entrée administré à chaque usager d'Azimut, la statistique OPALE n'est utilisée dans le cadre de l'évaluation que pour le relevé des prestations.

5.5 AUTRES ACTIVITES

En plus des prestations adressées spécifiquement à un usager, l'équipe participe à différentes **réunions et commissions** qui ont également été relevées dans la fiche de monitoring : participation à des séances, colloques, formations sans lien direct avec un client d'Azimut. Les téléphones avec des intervenants du réseau qui ne concernent pas directement une prise en charge sont également notés sous cette rubrique.

Vu le rattachement des différents membres de l'équipe à des institutions partenaires d'Azimut, ce type d'interventions est fréquent : entre 10 à 12 réunions par mois.

5.5.1 Domaine de la prévention primaire

Du fait des liens entre Azimut et l'Espace prévention, un groupe de prévention a été constitué très rapidement après le démarrage du projet. Il réunit les différents travailleurs sociaux d'Azimut, d'Espace prévention et du centre de jeunes de Bex. Des rencontres toutes les 6 à 8 semaines ont eu lieu dès le mois de juin 2002 avec comme objectifs de :

- développer une coordination des programmes de prévention ;
- s'informer sur les lieux et les publics à risques dans la région ;
- mettre sur pied des actions conjointes de prévention ;
- analyser et évaluer les actions menées, les problèmes rencontrés ;
- réfléchir aux enjeux actuels de la prévention (ex : dépénalisation du cannabis, cohérence des messages, etc.).

Dans le domaine de l'alcoologie, la chargée de prévention de la FVA a participé aux séances du groupe et contribué au développement de cette plate-forme de collaboration. Depuis mars 2003, le département prévention de la FVA se tient à la disposition d'Azimut pour toute action de prévention, mais n'est plus directement partie prenante de ce groupe de prévention.

Les principales actions auxquelles Azimut a participé sont :

- les journées sida du 1^{er} décembre ;
- 3 interventions sur demande des écoles autour du thème du sida ;
- la Fête du quartier de la Planchette à Aigle ;
- les Journées solidarité avec les personnes concernées par les problèmes d'alcool, comprenant notamment l'organisation d'une table ronde avec les entrepreneurs sur le thème des problèmes liés à la consommation d'alcool au travail ;
- le Bex-Rock festival en juin 2004.

6 CONCLUSIONS

6.1 MISE EN ŒUVRE DU PROJET

- Azimut constitue une expérience pilote dans le sens où elle regroupe sous le même toit à la fois les domaines de l'alcoologie et de la toxicomanie.
- L'ensemble des missions définies dans le projet a été développé.
- Les interventions « hors-murs » constituent une part importante du travail des travailleurs sociaux de proximité. Celles-ci concernent essentiellement le suivi individuel des personnes prises en charge à Azimut. Le travail de rue n'a pu être développé que très ponctuellement à Bex, Villeneuve et Aigle pour des questions de dotation de personnel.
- L'équipe est engagée dans une réflexion sur sa pratique qui lui permet de porter un regard critique sur ses modes d'intervention et de faire évoluer le projet

6.2 CLIENTELE D'AZIMUT

- La clientèle d'Azimut présente majoritairement des problèmes de dépendance aux drogues illégales.
- Ce groupe d'usagers n'est cependant pas homogène et comporte notamment une clientèle plus jeune qui consulte en raison de la consommation de cannabis.
- Les personnes présentant un problème d'alcool sont relativement peu nombreuses ; toutefois la prise en charge « alcool » a été perturbée en raison de problèmes de ressources humaines.
- Pour une grande majorité des personnes qui se sont adressées à Azimut une prise en charge regroupant des aspects médicaux et socio-éducatifs a été mise sur pied.

6.3 CONCEPTION DU PROJET

- Le projet est ambitieux dans sa conception : offre de prestations médicales et socio-éducatives sous le même toit, prise en charge aussi bien des problématiques liées à l'alcool qu'aux drogues illégales. Toutefois, il est doté de peu de ressources en terme de postes de travail pour effectuer l'ensemble des missions définies.
- Azimut est rattaché à de nombreux partenaires ce qui présente à la fois des avantages :
 - bon ancrage dans le dispositif existant ;
 - collaborations facilitées ;

- meilleure transmission des informations entre structures.
- et des inconvénients :
 - lorsqu'un partenaire se retire, le montage entier est fragilisé ce qui s'est vu notamment dans le volet alcool de la prise en charge ;
 - les postes de travail sont répartis entre de nombreux intervenants afin de représenter les différents partenaires. Ceci induit des temps de travail parfois très partiels qui nécessitent des temps de synthèse et de mise en commun plus importants.

7 RECOMMANDATIONS

- L'ouverture du centre de compétences dépendances Azimut a permis de compléter et de renforcer le dispositif de prise en charge des dépendances dans la région du Chablais. Au vu des résultats obtenus, il est important de poursuivre le projet et de pérenniser la structure.
- Au vu des conclusions ci-avant, il nous semblerait important de réévaluer la pertinence du montage du projet, notamment la fragmentation des postes en raison de leur rattachement aux diverses institutions partenaires du projet. En effet les échanges de synthèse semblent nécessiter beaucoup de ressources, peut-être au détriment du suivi et de la prise en charge des usagers.
- L'autre aspect du montage qui devrait être revu est la consolidation de l'engagement des partenaires financiers. Ainsi les problèmes rencontrés pour assurer le volet alcool ont freiné le développement de ce domaine de prise en charge.
- Le travail de communication avec les communes devrait être poursuivi afin d'encourager ces dernières à solliciter le travailleur social de proximité lorsqu'elles se trouvent confrontées à un problème lié à la consommation de produits psychotropes ou souhaitent réfléchir à une action de prévention.

8 ANNEXES

8.1 GLOSSAIRE DU QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Usager	Toute personne qui consomme un produit ou proche d'un consommateur (famille, ami) et qui s'adresse à AZIMUT avec une demande.
Aide	Toute demande d'assistance et de soin autre que les rubriques suivantes.
Remarques	<i>Ce terme regroupe tout à la fois les demandes de traitement, d'accompagnement, de soutien pour un usager. Il est volontairement vague dans la mesure où la demande l'est également et se précise lors des premiers entretiens. Il donne lieu généralement à une investigation en binôme, une orientation ou une prise en charge.</i>
Aide au suivi	Demande d'un professionnel en charge d'un usager qui désire un apport socio-éducatif complémentaire à sa prise en charge.
Remarques	<i>Ce terme ne recoupe pas la notion médicale d'"aide au suivi" qui signifie davantage une supervision médicale spécialisée d'un médecin envers un collègue en charge d'un usager.</i>
Transmission	Demande d'un professionnel désireux de nous transmettre la prise en charge d'un usager qu'il a eue jusqu'alors.
Remarques	<i>La transmission fait l'objet d'une procédure particulière explicitée dans les procédures.</i>
Conseil	Toute demande d'aide ponctuelle émanant d'un usager ou d'un professionnel.
Remarques	<i>Le conseil est donné par la personne de l'équipe qui accueille la demande ou celle la mieux placée. Il ne donne généralement pas lieu à une investigation en binôme.</i>
Orientation	Toute demande visant explicitement à la prise en charge par une institution spécialisée.
Remarques	<i>Cette demande est évaluée par la personne de l'équipe qui la reçoit. Cette dernière peut décider d'y répondre seule si le cas est simple ou solliciter une investigation pour obtenir une indication.</i>
Concilium	Rapport à l'intention d'un médecin concernant une personne qu'il suit et pour laquelle il a demandé un avis au spécialiste (les entretiens n'ont lieu que dans le but d'établir ce rapport et il n'y a pas de prise en charge).

8.2 FEUILLE « MONITORING AZIMUT » 2004

Cette feuille (cf. Tableau 8-1) doit permettre de décrire un certain nombre de prestations assurées par Azimut. Il s'agit **uniquement des prestations données par l'équipe socio-éducative**, dans la mesure où les médecins remplissent la statistique OPALE pour le relevé de leurs interventions.

L'objectif est de suivre l'évolution de ces activités (perspective temporelle). Autrement dit, on doit pouvoir se faire une idée des prestations qui répondent à des besoins, voire de mettre en évidence l'évolution de ceux-ci.

L'interprétation de ces données se fera aussi en considérant les faits ou événements marquants de la vie du centre, tels qu'ils pourront être restitués par ses collaborateurs (réunions régulières).

En principe, le décompte des activités est effectué **quotidiennement**. Bien sûr, ce recueil de données sera d'autant plus fiable et utile qu'il sera rigoureux. La procédure exacte est à déterminer par Azimut (aspects pratiques : qui se charge du relevé ? où laisse-t-on ces feuilles ?). Une procédure adéquate de notre point de vue consiste à demander aux collaborateurs présents dans le centre de consacrer deux minutes en fin de journée pour noter leurs prestations, de préférence sur la même feuille pour l'ensemble de l'équipe socio-éducative. Si un moment de réunion est prévu quotidiennement pour « faire le point », cela peut aussi être l'occasion de remplir le monitoring.

Cette fiche compte le nombre de fois où un événement se produit dans la journée, sans considération du temps qui y est consacré. Cette limite de l'outil de monitoring sera partiellement dépassée par le commentaire descriptif qu'il s'agira de discuter avec l'ensemble de l'équipe lors de la présentation des résultats. De même, la variété de contenu que peuvent représenter certaines rubriques sera également documentée à cette occasion.

Monitoring des interventions

Le relevé de **chaque jour comporte 1 seule ligne (version d'avril 2004)** qui permet le relevé des prestations fournies au **centre et à l'extérieur des murs** (dans la rue, chez un usager, dans un café, etc.). Les prestations relevées à l'extérieur sont réduites à « entretien consom. HM », « réseau HM » et « prestation travail de proximité ». **Le fait de cocher cette colonne est exclusif** et on ne rajoutera pas une coche par ex sous démarche administrative.

Définition des rubriques et manière de compter :

Entretien consommateur : le nombre d'entretiens, que ce soit en face à face ou par téléphone, entre un intervenant et une personne présentant un problème de consommation (passé ou présent) : colonne AZ = l'entretien a eu lieu à Azimut, col. HM = la rencontre a eu lieu à l'extérieur du centre.

Entretien proche : le nombre d'entretiens, que ce soit en face à face ou par téléphone, entre un intervenant et une personne qui consulte parce qu'un de ses proches présente un problème de consommation (avéré ou projeté par la personne qui consulte), indépendamment de savoir si l'utilisateur est client ou non d'Azimut. Lorsque l'entretien a lieu dans la rue ou à l'extérieur du centre, il faut cocher « prestation travail de proximité » (exclusivement).

Entretien de famille : La rubrique entretien de famille est supprimée dans cette version et il convient de cocher la rubrique « entretien proche ».

Entretien en binôme : le nombre d'entretiens qui regroupe deux intervenants d'Azimut et une personne présentant un problème de consommation (passé ou présent) ou un proche.

Entretien réseau AZ : le nombre d'entretiens, que ce soit en face à face ou par téléphone, entre un intervenant d'azimut et un membre du réseau **qui a pour sujet la prise en charge d'un client** d'Azimut. Colonne AZ = l'entretien a eu lieu à Azimut.

Réseau HM : toute rencontre avec le réseau, que ce soit autour ou non d'un usager, qui a eu lieu à l'extérieur du centre.

Prestation travail de proximité : regroupe toutes les interventions ayant eu lieu à l'extérieur du centre de type : accompagnement, maintien du contact lorsque l'intervenant se déplace chez quelqu'un, aide administrative ayant lieu à l'extérieur, ou encore la rencontre de proches de consommateurs.

Démarche administrative : le nombre de fois où un intervenant accomplit avec ou pour (?) un client une démarche administrative (assurance, logement, travail, etc). Lorsque la démarche a lieu dans la rue ou à l'extérieur du centre, il faut cocher « prestation travail de proximité » (exclusivement).

Maintien du contact : Démarches entreprises (téléphone, lettre ...) par les intervenants pour prendre des nouvelles d'un usager qui ne donne plus signe de vie. Lorsque la démarche a lieu dans la rue ou à l'extérieur du centre, il faut cocher « prestation travail de proximité » (exclusivement).

Synthèse : le nombre de moment pris par deux intervenants ou plus pour faire le point sur une situation et prendre une décision par rapport à la prise en charge.

Réunions, commissions : participation à des séances, colloques, formations sans lien direct avec un client d'Azimut. Les téléphones avec des intervenants du réseau qui ne concernent pas directement une prise en charge sont également notés sous cette rubrique.

Monitoring du travail de rue

Une deuxième feuille sert uniquement à relever le nombre de contacts effectués dans le cadre du **travail de rue** en spécifiant la commune où ont eu lieu ces contacts.

Définition des rubriques et manière de compter :

Jour	Mois	Année	Commune	Nb de contact

Contacts de rue : il s'agit de relever le nombre de personnes rencontrées par jour et par commune dans le cadre du travail de rue.

Ex de situation : l'intervenant croise deux personnes qu'il salue et avec qui il échange deux trois mots : ce sont deux personnes rencontrées, indépendamment de l'importance de l'échange.

Autre cas de figure : 8 personnes sont ensemble lorsque l'intervenant arrive, le chiffre relevé est 8, même si l'intervenant s'adresse plus spécifiquement à une ou deux personnes. Si deux personnes se rajoutent en cours de discussion, il faut compter 10 personnes.

Si une personne est vue le matin et à nouveau dans l'après-midi, on la compte deux fois.

8.3 RELEVÉ DES INTERVENTIONS SOCIO-EDUCATIVES

Tableau 8-1 Grille de relevé des interventions socio-éducatives

Mois	Année	Entretien consom-AZ	Entretien consom HM	Entretien proche	Entretien binôme	entretien réseau	Réseau hm	Prestation 'travail de proximité'	Démarche adm.	Maintien contact	Synthèse	Réunions commission

Tableau 8-2 Relevé des interventions socio-éducatives, novembre 2003 à juin 2004

		Entretien consomma- teur	Entretien proche	Entretien binôme	Entretien famille	Entretien réseau	Accom- pagnement	Démarches administra- tives	Maintien contact	Synthèse	Travail proximité	Réunion commission	Nb. jours
Intra-muros	novembre	17	6	21	1	19	2	16	27	43		7	18
	décembre	12	8	20	0	8	0	41	41	37		6	17
	janvier	20	4	20	0	10	0	36	47	43		5	17
	février	10	4	14	0	17	0	64	79	22		6	15
	mars	19	2	12	0	8	0	39	67	36		10	16
	avril	14	3	17	0	6	0	3	46	55		7	15
	mai	17	0	30	0	10	0	14	68	63		11	19
	juin	13	1	28	0	3	0	6	91	71		12	14
Extra-muros	novembre	13	0			6	0	4	0	0		4	18
	décembre	12	0			10	0	0	0	0		4	17
	janvier	23	2			1	1	1	0	4	1	3	17
	février	16	0			2					4		15
	mars	18	0			12					0		16
	avril	11	0			10					2		15
	mai	19	0			10					11		19
	juin	13	0			7					8		14