



DCISA

**Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en
Addictologie**

Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA)

RAPPORT DE MONITORAGE 2021

Sophie Arnaud, Thibaut Terrettaz

Mandat financé par :

Direction générale de la santé (DGS)

Citation suggérée :

Arnaud S, Terrettaz T. Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) : Rapport de monitoring 2021, REL'IER, 2022.

Remerciements :

Nous tenons ici à remercier Unisanté, et tout particulièrement Michael Amiguet, pour sa disponibilité et son soutien dans le cadre de la production des données statistiques du DCISA.

Date d'édition :

Août 2022

Table des matières

GLOSSAIRE.....	5
1. Principaux éléments issus du monitoring	7
1.1 <i>Caractéristiques des indications</i>	7
1.2 <i>Profil de la population du DCISA</i>	7
2. Détails des activités d'indications et de suivis d'indications	10
2.1 <i>Activités menées par les centres d'indication régionaux (CI)</i>	10
2.1.1 <i>Evolution trimestrielle des indications</i>	11
2.2 <i>Caractéristiques des indications</i>	11
2.2.1 <i>Répartition des indications</i>	11
2.2.2 <i>Contexte de l'indication et critères de choix de l'établissement socio-éducatif (ESE)</i>	12
2.3 <i>Indications suivies d'une entrée en séjour</i>	14
3. Caractéristiques des séjours en 2021	14
3.1 <i>Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2021</i>	15
3.2 <i>Nombre et durée des séjours terminés en 2021</i>	16
3.3 <i>Modalités de fin de séjour et situation des personnes au moment de la sortie</i> .	17
3.3.1 <i>Modalités de fin de séjour</i>	17
3.3.2 <i>Type de suivi mis en place pour les personnes concernées au moment de la sortie</i>	17
3.3.3 <i>Ressources financières et logement des personnes concernées au moment de la sortie</i>	18
4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA.....	19
4.1 <i>Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication)</i>	19
4.1.1 <i>Profil sociodémographique pour la population globale du DCISA</i>	19
4.2 <i>Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI)</i>	20
4.3 <i>Données concernant la Santé physique, les Relations familiales et interpersonnelles et l'Etat psychologique en 2021 (échelles B, C et D de l'ASI)</i>	24
4.3.1 <i>Dépistage et prévalence pour le VIH et les hépatites B et C</i>	24
4.3.2 <i>Hospitalisations et données sur la santé mentale (dimension Etat psychologique de l'ASI)</i>	26
4.4 <i>Profils de gravité (Source : ASI)</i>	29
4.4.1 <i>Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2021</i>	29
4.5 <i>Scores composés (Source : ASI)</i>	32

4.5.1	Évolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE en fonction des dimensions de l'ASI (2021)	32
5.	Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication (Source : Rapport d'indication)	34
5.1	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation d'alcool (N=181)</i>	34
5.2	<i>Buts poursuivis : dimension Consommation de drogues (N=138)</i>	34
5.3	<i>Buts poursuivis : dimension Santé physique (N=198)</i>	34
5.4	<i>Buts poursuivis : dimension Relations familiales et interpersonnelles (N=126)</i>	34
5.5	<i>Buts poursuivis : dimension Etat psychologique (N=211)</i>	34
5.6	<i>Buts poursuivis : dimension Emploi et ressources (N=197)</i>	35
5.7	<i>Buts poursuivis : dimension Situation au niveau de la justice et de l'administration (N=61)</i>	35
6.	Synthèse et pistes de réflexion	36
6.1	<i>Caractéristiques des indications</i>	36
6.2	<i>Profil de la population</i>	36
6.3	<i>Pistes de réflexions</i>	37
7.	Annexes	39

GLOSSAIRE

ASI : Addiction severity index
Bartimée : Fondation Bartimée
CCICp : Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique
CI : Centre d'indication régional
DCISA : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi en addictologie
DCIST : Dispositif Cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale¹
DGS : Direction générale de la santé²
EdS : Association Entrée de Secours
EMS : Etablissement médico-social
EPSM : Etablissement psycho-social médicalisé
ESE : Etablissement socio-éducatif
EVITA : Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique
FEA : Fondation Estérelle-Arcadie
Foyer Relais : Foyer de la Fondation le Relais
FVA : Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
La Clairière : Fondation La Clairière
Le Levant : Fondation du Levant
L'Epi : Fondation l'Epi
Les Olivers : Fondation des Oliviers
SPEN : Service pénitentiaire
UTA : Unités de traitement des addictions
UTAA : Unité de Traitement des Addictions d'Aigle
UTAd : Unité de Traitement des Addictions du Secteur Psychiatrique Nord du CHUV
UTAM : Unité de Traitement des Addictions de Montreux

¹ Depuis le 1^{er} janvier 2019, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) regroupe les prestations administrées auparavant par le Service de la prévoyance et de l'aide sociale (SPAS) et le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH).

² Depuis le 1^{er} janvier 2019, le Service de la santé publique (SSP) est devenu la Direction générale de la santé (DGS).

RAPPORT DE MONITORAGE DU DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI EN ADDICTOLOGIE (DCISA) 2021

Le Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie est issu de la fusion, en 2017, du Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique (EVITA) et du Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST). C'est un dispositif de deuxième ligne qui évalue et oriente les personnes souffrant d'addiction vers l'établissement résidentiel le plus approprié en fonction de leurs besoins. Ce dispositif est piloté par l'Office du médecin cantonal, pour la Direction générale de la santé (DGS), et par le Pôle psychiatrie et addictions de la Direction de l'accompagnement et de l'hébergement (DIRHEB) pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). La coordination opérationnelle du dispositif a été confiée à REL'IER (Fondation Le Relais). Une Directive (Dir. DCISA)³ décrit le champ d'application du DCISA, les procédures applicables ainsi que les rôles et les responsabilités des partenaires concernés. Les données issues du dispositif sont analysées et interprétées par REL'IER, en collaboration avec les partenaires du DCISA et avec le soutien d'Unisanté.

La 5^{ème} année de fonctionnement du DCISA fait l'objet de deux rapports distincts : un rapport de gestion opérationnelle et un rapport de monitoring des données issues du dispositif pour 2021. Le document présenté ici constitue le rapport de monitoring du DCISA.

Un premier chapitre rassemble les principaux éléments issus du monitoring.

Dans les deux chapitres qui suivent sont présentées en détails les caractéristiques des indications réalisées en 2021, ainsi que celles liées aux séjours effectués dans les établissements socio-éducatifs du domaine de l'addiction.

Le quatrième chapitre décrit la population vue en 2021 dans le cadre du DCISA, tant d'un point de vue sociodémographique que de celui du profil des personnes concernées sur le plan physique, psychique et des consommations. Le profil de gravité de la population du DCISA relativement aux sept dimensions de l'*Addiction severity index* (ASI)⁴ ainsi que l'évolution de celui-ci entre l'entrée et la sortie de traitement résidentiel y sont aussi présentés.

Dans le chapitre 5, il est fait état des objectifs des personnes par rapport au séjour résidentiel à venir.

Finalement, un dernier chapitre propose une synthèse des données issues du dispositif et mentionne quelques pistes de réflexions.

³ Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA).

⁴ L'ASI recouvre 7 dimensions relatives à la situation des bénéficiaires, évaluées au moyen de 6 échelles : la consommation d'alcool et de drogues ; la santé physique ; les relations familiales et interpersonnelles ; l'état psychologique ; l'emploi et les ressources ; la situation au niveau de la justice et de l'administration. Pour chaque dimension, il existe une évaluation qualitative nommée profil de gravité. Ce profil de gravité comprend deux indices : celui de la gravité de la situation et celui du besoin additionnel de traitement.

1. Principaux éléments issus du monitoring

1.1 Caractéristiques des indications

Un volume d'indications stable mais plus de prolongations de séjour

Globalement, le nombre total d'actes recensés dans le cadre du DCISA en 2021 est resté stable par rapport aux années précédentes. Dans le détail, on observe une stabilisation du nombre d'indications, après une baisse en 2020, qui pourrait être liée à la crise pandémique. Parallèlement, on relève une augmentation des prolongations de séjour. Les suivis de sortie sont stables en termes de volume. Rapporté au nombre de sorties, on relève qu'aujourd'hui plus de la moitié (56%) sont documentées. Toutefois, seul un tiers (32%) l'est avec un ASI de sortie (vs 46% en 2020 et 62% en 2019).

Une augmentation des indications faites par la région Centre

La région du Centre comptabilise toujours le plus grand nombre d'indications. Cette part a encore augmenté en 2021 (52%). Elle était de 43% en 2020, et de 36% en 2019. En termes de volume, le nombre d'indications faites par le Centre est stable, mais il a diminué dans toutes les autres régions depuis quelques années.

La majorité des orientations concerne les ESE accueillant une population plutôt alcool-dépendante, soit la Fondation Estérelle-Arcadie et la Fondation des Oliviers. Ces ESE sont aussi ceux qui ont la plus grande capacité d'accueil (cf. Chapitre 2.1.1).

Trois quarts des indications sont suivies d'une entrée en séjour

Les trois quarts des indications ont été suivies d'une entrée en ESE, soit 76%. Les raisons de non entrée peuvent être diverses (changement de projet, hospitalisation, projet repris ultérieurement, etc). Sur 59 situations concernées, 11 personnes sont considérées comme perdues de vue (cf. Chapitre 2.5).

Une diminution du délai entre indication et entrée en séjour

Le délai entre l'indication (et non la prise de contact de la personne concernée avec l'ESE indiqué) et l'entrée en séjour a diminué entre 2020 et 2021, passant de 30.5 à 23.5 jours. Il reste toutefois supérieur à celui observé en 2017 (13.3 jours) (cf. Chapitre 3.1).

Une durée de séjour en augmentation

La durée moyenne des séjours terminés en 2021 se situe à 8.5 mois (2020 : 7.8 mois ; 2019 : 6.7 mois ; 2018 : 7.2 mois). Les séjours de moins de 2 mois (34 jours en moyenne) représentent 26% des séjours. Ces séjours ont eu lieu majoritairement à l'Arcadie (42% des sorties pour cet ESE) et à l'Estérelle (29%). Quant aux longs séjours (plus de 18 mois), ils représentent 13% des séjours terminés. Cette proportion s'élevait à 11% en 2020, 9% en 2019 et 2018). Plus du tiers des longs séjours a eu lieu aux Oliviers (cf. Chapitre 3.2).

Des sorties qui restent globalement plutôt planifiées

Les sorties d'ESE se font de manière planifiée dans près de trois quarts des situations (73%). Les sorties non planifiées et sans suivi organisé représentent 10% du total.

Six personnes sur 10 (60%) bénéficient d'un suivi addictologique ambulatoire au moment de la sortie. Cette part était de 58% en 2020 et de 49% en 2019. Par ailleurs, la moitié des personnes, voire plus, a un suivi psychologique ou psychiatrique (50%) et un suivi somatique (59%). (cf. Chapitre 3.3).

1.2 Profil de la population du DCISA

Un âge moyen plus élevé pour les personnes dépendantes à l'alcool

L'âge moyen des personnes vues au moins une fois en 2021 pour une indication est de 43.0 ans. Il était de 43.6 en 2020 et de 45.1 en 2019. On observe que les personnes dépendantes à l'alcool sont plus âgées que les personnes toxicodépendantes, mais l'écart tend à diminuer en regard des années précédentes. Les personnes orientées vers la FEA, les Oliviers ou l'Epi ont une moyenne d'âge d'un peu moins de 10 ans supérieure aux personnes qui sont orientées vers Bartimée ou le Levant.

Un quart de femmes dans le collectif

La proportion de femmes dans la population du DCISA s'élève à 25% en 2021. Cette donnée est comparable à celles de 2018 et 2017. Elle est sensiblement supérieure à celle de 2020.

Le profil sociodémographique des femmes vues dans le cadre du DCISA est proche de la moyenne générale pour le collectif du DCISA. Les femmes sont toutefois plus nombreuses à avoir un logement stable au moment de l'indication, sont proportionnellement plus nombreuses au bénéfice d'une rente AI et sont moins bien formées (cf. Chapitre 4.1.1).

Un profil sociodémographique stable

Globalement, le profil sociodémographique de la population du DCISA est similaire à celui des années précédentes : 76% des personnes rapportent avoir une situation de logement sûre et vivent soit dans leur propre logement, soit chez un proche (78% en 2020, 73% en 2019, 67% en 2018 et 64% en 2017). Néanmoins, 11% des usager·ère·s vivent dans des hébergements d'urgence ou à la rue en 2021 (12% en 2020, 8% en 2019).

Les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 34% de la population du DCISA. Cette part est en diminution depuis 2018 (43%). La deuxième source de financement est constituée des prestations de l'assurance invalidité pour 26%. On relève encore que 12% du collectif n'a aucun revenu (13% en 2020 et 10% en 2019) (cf. Chapitre 4.1.1).

Un peu moins du tiers (30%) du collectif n'a pas achevé de formation de niveau secondaire II : CFC, maturité, formation professionnelle supérieure.

Une diminution des pratiques d'injection

Les substances les plus consommées au cours du dernier mois sont respectivement, l'alcool (74%), le cannabis (31%), la cocaïne (36%) et l'héroïne (15%). Ces données sont très proches de ce que l'on observait les années précédentes, avec toutefois une augmentation de la consommation de cocaïne tant au cours de la vie que du dernier mois. Il faut encore noter un profil de consommation au cours du dernier mois plus contrasté que les années antérieures pour les personnes orientées vers l'Arcadie, l'Estérelle et l'Epi.

L'injection n'est pas le mode de consommation prédominant, quelle que soit la substance considérée. La cocaïne est préférentiellement injectée par 12% des répondants et c'est le cas pour 25% concernant l'héroïne (13% et 19% en 2019). Parmi les personnes ayant déjà consommé par injection, un tiers (35%) a pratiqué l'injection au cours du dernier mois (32% en 2020, 36% en 2019 et 43% en 2017). La quasi-totalité l'a fait sans pratiquer de partage de matériel souillé avec d'autres consommateurs (cf. Chapitre 4.2).

Moins de dépistage de l'hépatite C

En comparaison des années précédentes, la proportion de personnes ayant réalisé un test de dépistage pour l'hépatite C est en diminution, notamment pour les personnes ayant consommé des substances potentiellement injectables (68% vs 75 à 77% les années précédentes). Parallèlement, la déclaration de résultats positifs a augmenté (17% vs 12 à 13%). Cette valeur est plus importante chez les femmes (33%).

Une grande partie du collectif touchée par des troubles psychologiques

Plus de 4 personnes sur 5 (83%) rapportent avoir été pris en charge au moins une fois de manière ambulatoire pour les problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel. Plus de deux tiers des personnes (68%) reçoit une médication correspondante (63% en 2020, 74% en 2019 et 68% en 2017). Les répondant·e·s citent de nombreux troubles psychologiques, parmi lesquels l'anxiété (68%), la dépression (45%), mais aussi des pensées suicidaires (18%). Cinq personnes sur cent (5%) ont tenté de se suicider. Cette dernière valeur était de 3,6% en 2020, 2,3% en 2019 et 6% en 2018. Pour les femmes, les prévalences sont plus importantes, pour la plupart des troubles considérés (cf. Chapitre 4.3.2).

Des profils de gravité en concordance avec les prestations des ESE

En ce qui concerne les profils de gravité, on relève une concordance entre les indices pour lesquels la situation est considérée comme grave et la spécialisation de l'ESE vers lequel les personnes ont été indiquées. Ceci est notamment vrai pour les consommations d'alcool ou de drogues. Toutefois, on

relève une population orientée vers la FEA et l'Epi ayant des profils de consommation un peu plus importants pour les drogues que les années précédentes (cf. Chapitre 4.4)⁵.

Une évolution favorable des scores composés entre le début et la fin du séjour résidentiel

L'évolution des scores composés entre l'entrée et la sortie n'a pu être calculée que pour 44 personnes. Cependant, les résultats ont permis de mettre en évidence une évolution favorable des scores pour chacune des dimensions (cf. Chapitre 4.5).

⁵ Il n'y a pas eu de test de significativité sur les différences observées pour les indices de gravité.

2. Détails des activités d'indications et de suivis d'indications

2.1 Activités menées par les centres d'indication régionaux (CI)

En 2021, 696 actes⁶ sont recensés dans le cadre du DCISA : 248 indications⁷ ont abouti à une orientation en institution résidentielle (Etablissement socio-éducatif (ESE) ou autre) ou en ambulatoire et 14 (5.3%) indications se sont interrompues (Cf. Tableau 1).

Le nombre total d'actes DCISA a augmenté progressivement jusqu'en 2019. On observe une légère baisse en 2020 ; puis, en 2021, un niveau proche de celui des années antérieures.

En 2020, le nombre d'indications avait fortement diminué par rapport à l'année précédente, très certainement en lien avec la pandémie de Covid19. En 2021, il n'y a pas de reprise apparente, le nombre d'indications étant quasi-identique à celui de 2020.

Rapporté au nombre de sortie 2021 (N=198), 56% des sorties sont documentées (vs 54% en 2020 et 42% en 2019) (cf. Chapitre 3.3). Toutefois, la proportion de suivis de fin de séjour complets (à savoir comportant un ASI de sortie) a fortement diminué en 2021 (32%) par rapport à 2020 (46%) et 2019 (62%).

Tableau 1 Total des indications et suivis effectués dans le cadre du DCISA, 2017-2021

	Indications*	Suivi de prolongation du séjour	Suivi de fin du séjour	Processus non aboutis	Total
2017	289	321	11	22	643
2018	284	308	83	23	698
2019	308	284	97	13	702
2020	246	302	111	14	673
2021	248	323	111	14	696

*Les indications comprennent tous les processus d'indications et réorientations engagés (une personne peut avoir plusieurs indications au cours de la même année).

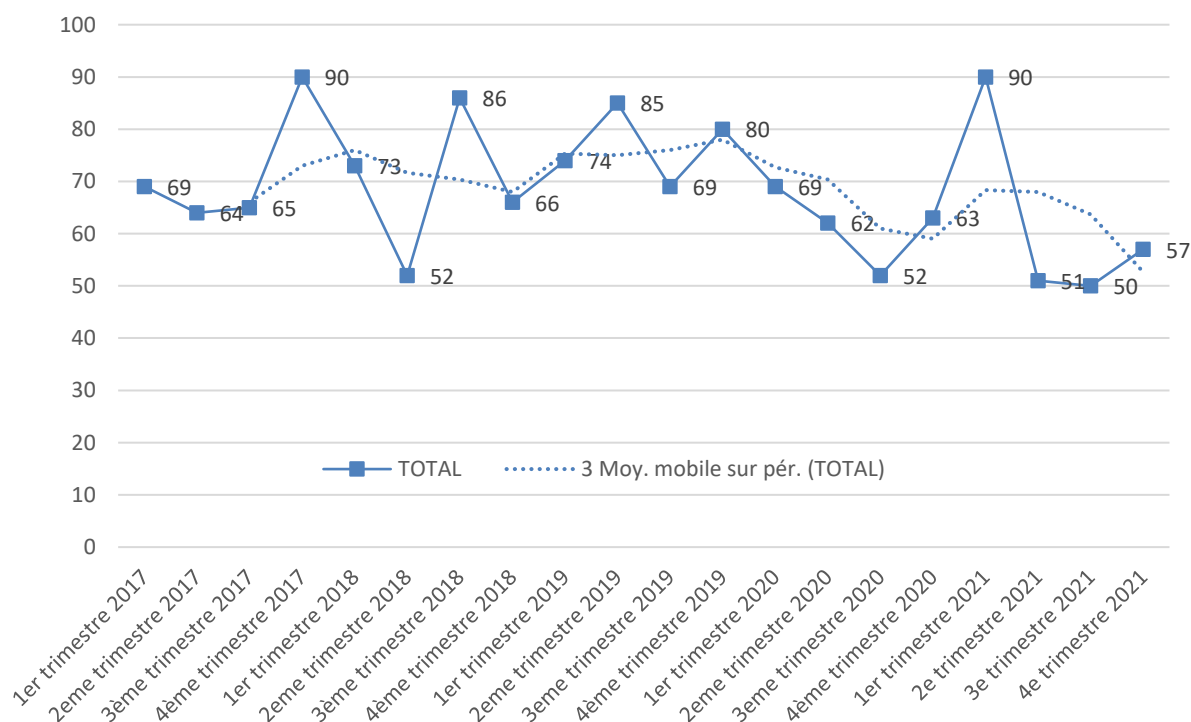
⁶ On considère comme un acte toute activité effectuée dans le cadre du DCISA, selon le processus décrit dans la Directive : indication (aboutie ou non), suivi de prolongation de séjour et suivi de fin de séjour.

⁷ On entend par « indication » tout processus qui aboutit à l'orientation d'une personne vers un établissement socio-éducatif (ESE) ou vers de l'ambulatoire. Sont donc incluses ici les indications et les réorientations d'un ESE vers un autre. Une personne peut avoir plusieurs indications au cours de la même année.

2.1.1 Evolution trimestrielle des indications

Globalement, le nombre d'indications trimestrielles est resté relativement stable, voire en légère augmentation, jusqu'à fin 2019. Depuis, on observe plutôt une diminution progressive du nombre d'indications. Cette évolution est marquée par une diminution importante au cours des trois premiers trimestres 2020, puis un sursaut au premier trimestre 2021 (N=90). Ce pic reflète la situation du Centre et du Nord (cf. Figure 12 en annexe). Pour la suite de l'année, le volume des indications est relativement stable, autour de 53, ce qui est un niveau inférieur à celui de 2020.

Figure 1 Evolution trimestrielle du nombre d'indications, 2017-2021



2.2 Caractéristiques des indications

2.2.1 Répartition des indications

Comme toutes les années précédentes, la région Centre concentre le plus grand nombre d'indications. En 2021, la proportion est supérieure à la moitié (52%, N=129), ce qui représente une nette augmentation par rapport à 2020 (43%) et 2019 (36%). Toutefois, le volume d'indications faites par le Centre est plutôt stable, alors qu'il diminue progressivement dans les autres régions du canton depuis 2019 (cf. Figure 12 en annexe).

En ce qui concerne la région Nord, la proportion d'indications effectuées en 2021 représente un peu moins d'un quart (24%, N=59) du volume total pour 2021 (26% en 2020 et 28% en 2019). Les deux régions de l'Est et de l'Ouest se répartissent le dernier quart des indications (11%, N=26 à l'Ouest et 14%, N=34 à l'Est) (Cf. Tableau 2).

La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) et la Fondation des Oliviers représentent les ESE vers lesquels la majeure partie des indications est faite, soit deux tiers du volume global (66%, N=163 pour les deux). Il faut noter, en 2021, une nette augmentation des indications faites vers le Levant (N=45, soit 18% vs N=21, soit 9% en 2020). Un des éléments qui pourrait expliquer cette situation est le contexte de crise dans lequel certaines institutions vaudoises se sont trouvées en 2021, avec notamment une suspension des admissions pour certaines d'entre elles. La Figure 12 en annexe présente l'évolution trimestrielle des indications effectuées en fonction des ESE indiqués.

Les indications extra-cantoniales ne représentent qu'un très petit volume (N=5, soit 2%) et une seule indication oriente vers des prestations ambulatoires⁸. Ces données sont en diminution par rapport à 2020. Il faut noter que parmi les indications non suivies d'une entrée en séjour (N=59) (cf. Chapitre 2.3), les personnes ont renoncé au séjour résidentiel pour se tourner vers ou poursuivre une prise en charge ambulatoire.

En tenant compte du nombre de lits, la FEA reste l'institution vers laquelle il y a le plus d'orientations (2.2 indications par lit vs 0.7-1.7 pour les autres ESE).

Tableau 2 Répartition des indications et réorientations en fonction du centre d'indication (CI) et de l'établissement socio-éducatif (ESE) indiqué, 2021 (N=248)

Établissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Autres VD*	Extra-canton**	Ambulatoire	Total	
					Arc.	Est.					N	%
Nbre places	24	27	14	77	48		10					
Centre	8	31	3	35	17	25	5	2	2	1	129	52.0
Nord	7	6	-	8	26	6	3	1	2	-	59	23.8
Ouest	2	5	-	5	6	7	1	-	-	-	26	10.5
Est	-	3	-	8	4	16	1	1	1	-	34	13.7
Total	17	45	3	56	53	54	10	4	5	1	248	
%	6.9	18.1	1.2	22.6	21.4	21.8	4.0	1.6	2.0	0.4		100

* Il s'agit d'orientations sur Béthel (2), sur un EPSM (1) et sur La Clairière (1).

** Il s'agit du Foyer André NE (3), des Foyers résidentiels Addiction Valais VS (1) et du Torry FR (1).

2.2.2 Contexte de l'indication et critères de choix de l'établissement socio-éducatif (ESE)

Dans près de deux tiers des situations (62%), l'indication intervient dans le cadre d'un suivi ambulatoire, que ce soit dans le centre d'indication (36%) ou dans un autre centre de traitement (26%) (cf. Figure 2). L'indication fait suite à un sevrage dans 22% des cas et à une suite d'hospitalisations (hors sevrage) dans 11% des situations. Dans 16% des cas, la personne est en situation de crise au moment de l'indication.

Le critère de choix principal pour l'orientation de la personne vers un ESE est le programme proposé par l'ESE concerné (84%). On note que la localisation de l'institution est un critère retenu dans plus de la moitié des indications (53%) (cf. Figure 3)

⁸ La petite proportion d'indications ambulatoires s'explique par le fonctionnement du processus DCISA, qui est un dispositif de 2^{ème} ligne. Il est mis en œuvre au moment où la personne concernée a un besoin de prise en charge accru par rapport à un traitement ambulatoire et/ou à un moment où la personne est motivée pour entreprendre un séjour résidentiel.

Figure 2 Contexte de l'indication, 2021 (N=193) (plusieurs réponses possibles)

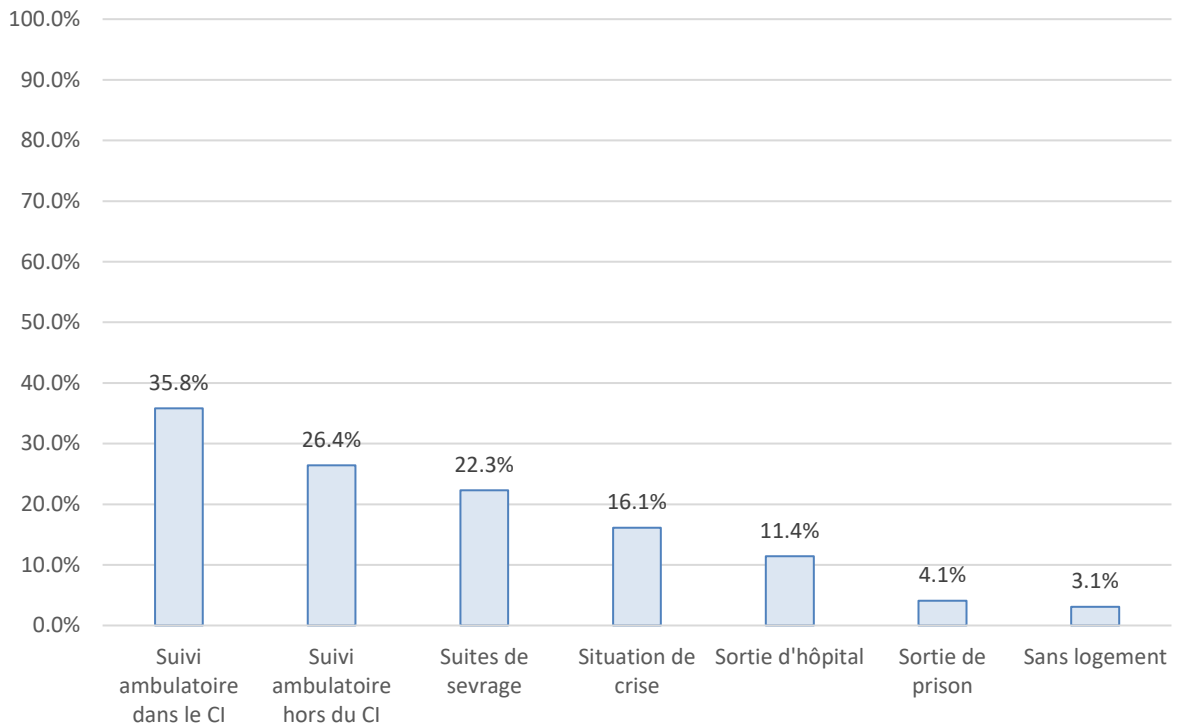
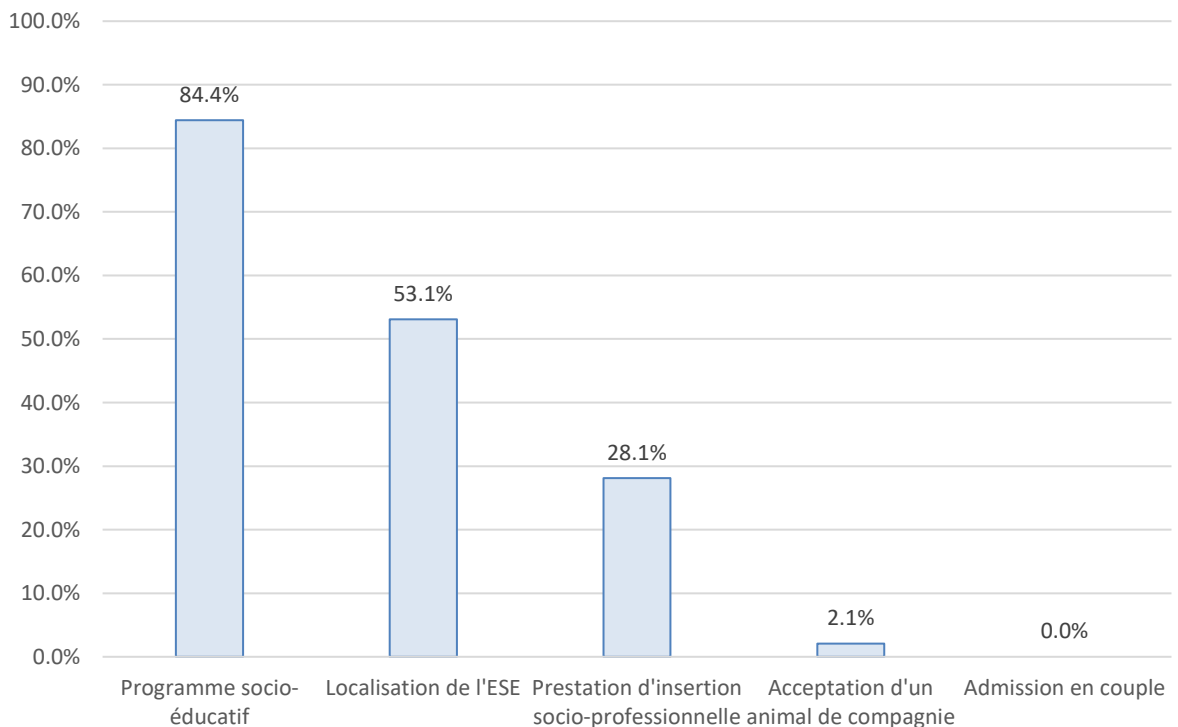


Figure 3 Critères de choix de l'ESE, 2021 (N=192) (plusieurs réponses possibles)



2.3 Indications suivies d'une entrée en séjour

Les raisons pour lesquelles un séjour n'a pas lieu peuvent être diverses, parmi lesquelles une réorientation vers une prise en charge ambulatoire, une hospitalisation, une liste d'attente. La proportion de non-entrées ne traduit pas une proportion de refus de la part de l'ESE en soi, même si le refus est aussi une raison potentielle de non-entrée.

La proportion d'indications réalisées et suivies d'une entrée en séjour a diminué entre 2017 et 2021, passant de 81% à 76%. Cette valeur est toutefois légèrement supérieure à celle de 2020 (73%)⁹.

Tableau 3 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour résidentiel, 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'indications	273	276	294	238	243
Nombre d'indications suivies d'une entrée	221	218	218	173	184
%	81.0	79.0	74.1	72.7	75.7

En chiffres absolus, pour 2021, ce sont 59 indications qui n'ont pas été suivies d'une entrée. Cependant, on peut relever que, dans 11 situations, le CI a revu la personne concernée dans les semaines ou mois qui ont suivi pour une nouvelle indication avec une entrée. Par ailleurs, 22 personnes ont renoncé au projet de résidentiel, avec dans la majorité des cas, une poursuite du suivi en ambulatoire. Pour 8 autres situations, les explications sont diverses : départ à l'étranger, hospitalisation, orientation vers un autre type d'établissement, etc. Onze personnes sont considérées comme perdues de vue par les centres d'indication régionaux. Sur les 7 indications restantes, 3 ont été finalement suivies d'une entrée et il n'y a pas d'informations pour 4.

Tableau 4 Proportion d'indications suivies d'une entrée en séjour en fonction de l'ESE, 2021

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Extra VD	Total
					Arc.	Est.			
Nombre d'indications 2021	17	45	3	56	53	54	10	5	243
Nombre d'indications suivies d'une entrée	14	29	0	47	42	41	8	3	184
%	82.4	64.4	0.0	83.9	79.2	75.9	80.0	60.0	75.7

3. Caractéristiques des séjours en 2021

Concernant les séjours, les données présentées ci-après sont établies sur l'état des entrées et sorties au 4 mars 2022 (données de la Direction générale de la cohésion sociale, DGCS)¹⁰.

L'analyse des caractéristiques des séjours (délai entre indication et entrée, durée du séjour) est faite sur les séjours ayant eu lieu en 2021 et financés par la DGCS (ce qui exclut les séjours effectués sous

⁹ Les pratiques de terrain peuvent aussi avoir une influence sur la proportion d'indications suivies d'une entrée. Si le rapport d'indication est finalisé avant une visite ou la préadmission et que la personne change de projet après celle-ci pour se réorienter vers de l'ambulatoire, l'indication sera comprise comme non suivie d'une indication. En revanche, si le rapport d'indication est finalisé après un contact avec l'ESE et que la personne change de projet pour se réorienter vers de l'ambulatoire, l'indication sera modifiée en conséquence et comptabilisée comme une indication ambulatoire (et non comme une indication vers un ESE non suivie d'une entrée).

¹⁰ La coordination opérationnelle reçoit ces informations par courriel, de manière systématique. Il faut noter qu'il existe un décalage entre la date d'entrée effective et l'annonce de cette entrée à la DGCS (et par conséquent à REL'IER). Ceci est dû au fait que l'ESE doit récolter et compléter avec la personne concernée différents documents, transmis à la DGCS avec la date d'entrée.

mesure pénale). Par ailleurs, les mises à l'abri et les transferts provisoires d'une institution vers une autre ne sont pas consécutifs à des indications et n'ont pas non plus été pris en compte.

3.1 Délai entre l'indication et l'entrée en séjour en 2021¹¹

Le délai entre le moment où l'indication est posée et où la personne entre effectivement en Etablissement socio-éducatif (ESE) peut être très différent selon la situation dans laquelle se trouve la personne et les exigences de l'ESE (création du réseau ambulatoire de la personne, nécessité d'un sevrage, organisation professionnelle, etc.).

En 2021, 209 entrées ont eu lieu dans des ESE vaudois. Ces entrées peuvent être consécutives à des indications faites fin 2020. Parmi ces entrées, 18 sont liées à des transferts provisoires d'un ESE vers un autre et 2 sont le fait de mises à l'abri. Ce sont donc 20 entrées qui ne sont pas consécutives à des indications et pour lesquelles il n'y a donc pas de délai entre indication et entrée. Par ailleurs, nous avons retiré les entrées liées à des mesures pénales (N=2). Le N final est alors de 187.

Des entrées avant l'indication peuvent avoir lieu dans certaines situations, mentionnées dans la Directive DCISA¹² sous le chapitre concernant les processus d'exceptions (pt.8) :

- Situation d'urgence : lorsque la personne est en situation de détresse et nécessite une mise à l'abri, l'ESE peut l'admettre en urgence, ceci par exemple dans un objectif de prévention de la rechute. Le centre d'indication régional (CI) intervient 10 jours après l'entrée si un séjour à plus long terme semble toutefois nécessaire.

Sur les 187 entrées prises en considération ici, 30 ont eu lieu avant l'indication (délai négatif), soit 16%. Ces entrées ont eu lieu essentiellement dans les situations suivantes : sortie de prison (N=8), sortie d'hôpital (N=5) et situation d'urgence (N=3). Il y a aussi eu 4 mises à l'abri qui se sont prolongées et pour lesquelles le DCISA est donc intervenu après une dizaine de jours de séjour. Il peut aussi arriver que le CI ait fait les démarches avec la personne, pris les contacts avec l'ESE, mais que pour des questions organisationnelles les documents n'aient pas pu être finalisés avant l'entrée.

Tableau 5 Délai d'entrée en fonction des ESE, 2021 (et comparaison avec 2019-2020)

	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	FEA		Epi	Extra cantonal	Total 2021	Total 2020	Total 2019
Délai d'entrée 2021 :					Arc.	Est.					
- Moyenne (jour) total (N)	33.5 (15)	20.5 (31)	32.0 (1)	27.0 (47)	12.8 (43)	28.5 (41)	34.1 (7)	1.0 (2)	23.5 (187)	30.5 (186)	21 (206)
- Moyenne (jour) pour délai positif (N)	36.7 (14)	33.4 (23)	32.0 (1)	32.7 (41)	19.4 (33)	32.3 (37)	34.1 (7)	5.0 (1)	30.2 (157)	38.2 (162)	27.6 (177)
- Min-max	-12 ; 85	-41 ; 138	32 ; 32	-18 ; 135	-18 ; 77	-14 ; 91	7 ; 59	-3 ; 5	-18 ; 91		

La durée moyenne globale entre l'indication et l'entrée en ESE est de 23.5 jours. Elle s'élève à 30.2 jours si on ne tient compte que des délais positifs entre l'indication et l'entrée en ESE. Ces résultats sont inférieurs à ceux des années précédentes. Il faut toutefois noter qu'un ESE avait suspendus les admissions au cours au printemps 2020 en lien avec le Covid19 et que parallèlement il y avait des listes d'attente dans d'autres ESE. On peut encore relever que dans 3 situations le délai d'entrée était

¹¹ Il s'agit bien ici du délai entre le jour où l'indication a été posée et celui où la personne entre effectivement en séjour. Il ne s'agit pas du temps écoulé entre la prise de contact avec l'ESE concerné et l'entrée dans cet ESE.

¹² Directive : Organisation et fonctionnement du Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (Dir.DCISA).

supérieur à 3 mois (en moyenne 107 jours). Ces situations sont bien moins nombreuses qu'en 2020, puisqu'elles étaient au nombre de 16.

3.2 Nombre et durée des séjours terminés en 2021

NB : En 2017 et 2018, des séjours de 3 mois et moins étaient considérés comme des courts séjours. Depuis 2019, et pour avoir des données comparables à celles existantes pour les Etablissements psychosociaux médicalisés (EPSM), la durée des séjours dits « courts » est arrêtée à 2 mois et moins.

NB : les mises à l'abri, transferts provisoires et séjours liés à une mesure pénale n'ont pas été pris en compte dans la durée des séjours, étant donné que ce ne sont pas des séjours qui font suite à une indication. Par ailleurs, leurs durées sont souvent extrêmes (très courtes ou très longues) et faussent la moyenne.

Le Tableau 6 présente les durées moyennes des séjours terminés en 2021. On observe un allongement progressif de la durée de séjour moyen depuis 2019.

En 2021, 198 séjours se sont terminés. La durée moyenne de ces séjours est de 8.5 mois, soit plus exactement 255 jours (min-max : 4 jours – 5.5 ans). La médiane se situe à 154 jours (5.1 mois). En 2020, la moyenne se situait à 7.8 mois et la médiane à 4.5 mois (et 6.7 mois et 3.7 mois respectivement pour 2019).

Tableau 6 Nombre et durée des séjours terminés, 2021 (N=198) (et comparaison avec 2019-2020)

Etablissement socio-éducatif	Bartimée	Levant	Relais	Oliviers	Arcadie	Estérelle	Epi	Extra-cantonal*	Total 2021	Total 2020	Total 2019
Sortie (N)	22	29	3	53	38	41	8	4	198	186	211
Durée moyenne de séjour / médiane (en jours)	154 / 113	277 / 206	477/277	318 / 164	149 /73	245 / 164	438 / 489	412 / 436	255 / 154	234	202
Min-max	10-960	20-838	143-1011	4-2002	7-707	10-944	92-849	267-207	4-2002		
Courts séjours (moins de 2 mois)											
Nbre	5	5	-	13	16	12	-	-	51	43	62
% **	22.7	17.2	-	24.5	42.1	29.3	-	-	25.8	23.1	29.4
Durée moyenne de séjour (en jours)	37	36	-	27	35.1	39	-	-	34	33	29
Longs séjours (plus de 18 mois)											
Nbre	1	5	1	9	1	7	2	-	26	20	20
% **	4.5	17.2	33.3	17.0	2.6	17.1	25.0	-	13.1	10.8	9.3
Durée moyenne de séjour (en jours)	960	651	1011	1117	707	700	699	-	857	866	740
Min-max	960	555-838	1011	769-2002	707	547-944	549-849	-	547-2002		

* Pour 2021, il s'agit des foyers résidentiels d'Addiction Valais (3) et du Torry (Fribourg) (1).

** Lecture en colonne : il s'agit de la proportion de séjours par rapport au nombre de séjours terminés pour un ESE donné.

La proportion de courts séjours (2 mois et moins) est d'un peu plus d'un quart (26%). Ces séjours durent en moyenne un mois (34 jours).

C'est à l'Arcadie que la proportion de courts séjours est la plus importante, représentant plus de 4 séjours terminés sur 10 dans cet ESE (42%). Cette proportion se situe autour d'un quart à Bartimée (23%) et aux Oliviers (25%).

Quant aux séjours de plus de 18 mois, ils représentent 13% des séjours terminés en 2021. Leur durée moyenne est de 857 jours (soit 2.4 ans). Ces données augmentent sensiblement au cours des années. Le nombre absolu d'individus concernés est un peu plus important en 2021 (N=26) par rapport aux années précédentes (N=20).

Plus du tiers des longs séjours (35%) a lieu aux Oliviers. Cette proportion était d'un quart en 2020.

3.3 Modalités de fin de séjour et situation des personnes au moment de la sortie

En 2021, 111 sorties¹³ ont été documentées au moyen du formulaire d'indication (56% des sorties 2021 vs 54% en 2020, 42 % en 2019 et 43% en 2018). Dix personnes ont refusé l'utilisation de leurs données à des fins de monitoring. Le N final est donc de 101, soit 51% des sorties 2021. A noter encore que sur ces 101 sorties documentées, un ASI n'a été effectué que pour 58 d'entre elles, soit 29% du total des sorties.

3.3.1 Modalités de fin de séjour

N.B : Les résultats ci-dessous se rapportent aux différentes modalités de sortie proposées dans le rapport d'indication¹⁴ que les intervenant-e-s peuvent cocher, et non sur le suivi réellement effectué après la sortie.

Dans près de trois quarts des situations (73%), la fin de séjour s'est déroulée de manière régulière selon le retour des intervenant-e-s. Cela représente une augmentation par rapport à l'année précédente (60%). Toutefois, cette valeur est similaire à celle de 2019 (73%). Les sorties non planifiées représentent quant à elles un peu moins du quart des sorties (22%). Parmi celles-ci, dix (10%) ont eu lieu sans qu'un suivi ait pu se mettre en place (cf. Figure 14 en annexe). Ce résultat est stable par rapport à 2020 (12%), mais représente une augmentation par rapport à 2019 (5%).

3.3.2 Type de suivi mis en place pour les personnes concernées au moment de la sortie

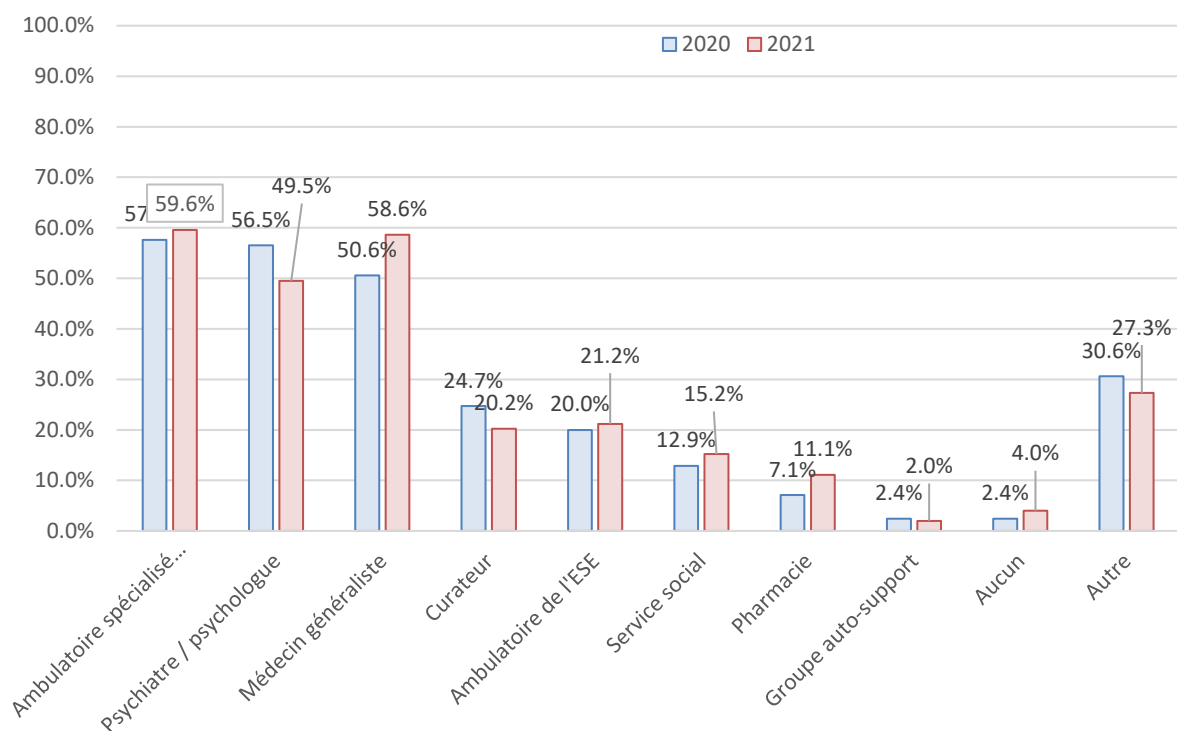
Au moment de la sortie, le suivi mis en place est souvent le fait d'un réseau de différent-e-s professionnel-le-s. Les données montrent que, pour la moitié du collectif, il y a un suivi psychiatrique (50% vs 57% en 2020 et 52% en 2019) et pour plus de la moitié un suivi médical somatique (59%). Par ailleurs, six personnes sur dix (60%) poursuivent une prise en charge auprès d'une institution ambulatoire spécialisée en addictologie. Cette dernière donnée est stable par rapport à 2020 mais en augmentation par rapport à 2019 (49%). Un cinquième des personnes (21%) bénéficie d'un suivi ambulatoire proposé par l'ESE dans lequel elles résidaient. On relève une forte diminution des personnes qui disent avoir un-e curateur-trice au moment de la sortie (20% en 2021 vs 55% en 2020). Finalement, 4% des personnes n'ont aucun suivi prévu à la sortie, ce qui représente presque un doublement par rapport à 2019 (cf. Figure 4).

A noter que le formulaire utilisé permet de rapporter le suivi mis en place et prévu par les intervenant-e-s au moment de la sortie. La réalité et l'intensité de ces suivis ne sont pas vérifiées par la suite.

¹³ Cette donnée est légèrement différente de celle présentée au chapitre 2.1 pour la raison suivante : ici, les données sont arrêtées au 31.01.21 pour analyse. En revanche, les données d'indication ont été relevées au 08.03.2021. Dans ce laps de temps, dix suivis de fin de séjour sont parvenus à la coordination opérationnelle.

¹⁴ Les catégories possibles sont : sortie régulière ; sortie non planifiée demandée par les professionnel-le-s AVEC suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par les professionnel-le-s SANS suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par la personne concernée AVEC suivi organisé ; sortie non planifiée demandée par la personne concernée SANS suivi organisé ; hospitalisation ; incarcération ; autre.

Figure 4 Suivi mis en place au moment de la sortie, 2020 (N=85) et 2021 (N=99)
(plusieurs réponses possibles)



3.3.3 Ressources financières et logement des personnes concernées au moment de la sortie

Au moment de la sortie, plus des $\frac{3}{4}$ des personnes (78%) peuvent compter sur un logement stable, que ce soit leur propre logement ou chez des proches. Ce résultat est supérieur à celui de 2020 (68%), mais proche de celui de 2019 (77%). Concernant les personnes sans domicile fixe au moment de la sortie, on observe une valeur supérieure (3%) en 2021 à celle des années 2020 et 2018 (1%). Elle était de 5% en 2019. Près d'une personne sur dix (9%) est logée dans un hôtel à la sortie de l'ESE. 1% des personnes quitte un ESE dans le cadre d'une hospitalisation. Ce résultat diminue par rapport aux années précédentes (2% en 2020, 6% en 2019 et 2018).

En ce qui concerne le revenu principal au moment de la sortie, un peu moins de quatre personnes sur dix (39%) a essentiellement le RI comme ressource financière. Cette proportion varie fortement d'une année à l'autre (45% en 2020, 36% en 2019, 54% en 2018). La part des personnes au bénéfice d'une rente AI au moment de la sortie (28%) est supérieure à celle de 2020 (23%). Une personne sur dix (10%) a pu conserver un emploi, et donc un salaire, au cours de son séjour. Il faut encore noter que 7 personnes (7%) ne peuvent compter sur aucune ressource financière à la sortie du séjour en ESE (cf. Tableau 10 en annexe).

4. Caractéristiques des personnes vues dans le cadre du DCISA

La cinquième année de fonctionnement du DCISA, les intervenant-e-s du dispositif ont vu 386¹⁵ personnes différentes, dont 156 nouvellement intégrées.

Les données présentées ci-après concernent les personnes vues au moins une fois en 2021 pour une indication dans le cadre du DCISA¹⁶, que le processus d'indication ait abouti ou non, et qui ont donné leur accord pour l'utilisation de leurs données à des fins de monitoring (N= 213). 27 personnes, soit 11% (contre 12% en 2020 et 6.9% en 2019), n'ont pas donné cet accord. Pour les personnes vues plusieurs fois pour une indication en 2021, les données prises en compte sont celles de la 1^{ère} occurrence.

Le N total peut varier et être légèrement inférieur pour certaines questions en fonction des non-réponses.

4.1 Profil sociodémographique (source : Rapport d'indication)

4.1.1 Profil sociodémographique pour la population globale du DCISA

L'âge moyen de la population concernée est de 43.0 ans (médiane : 42 ans). On relève un léger rajeunissement du collectif du DCISA. L'âge moyen était de 43.6 en 2020, 45.1 en 2019, 44.1 en 2018 et 43.7 en 2017. La différence d'âge moyen observée pour les personnes orientées vers des institutions accueillant une population ayant plutôt une problématique alcool (Epi, FEA et Oliviers) par rapport aux personnes orientées vers des institutions accueillant des personnes avec une problématique de toxicodépendance (Levant et Bartimée) tend à s'amoinrir par rapport aux années précédentes. On relève encore une population plus jeune (28.3 ans) pour le Foyer Relais¹⁷, bien que la moyenne pour cette institution soit plus élevée que les années précédentes (21.3 en 2020 et 22.5 en 2019).

La proportion de femmes est de 25%, mais elle varie fortement selon les institutions (entre 11% et 45%) (cf. Tableau 7). Cette proportion est similaire aux années précédentes, alors qu'elle était de 22% en 2020, 29% en 2019 et 25% en 2018 et 2017.

Tableau 7 Age et sexe des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021* (N=213)

	Bartimée (N=14)	Levant (N=37)		Relais (N=3)	Oliviers (N=38)	FEA (N=92)		Epi (N=10)	Moyenne (N=213)
		CASA (N=18)	CTR (N=19)			Arcadie (N=47)	Estérelle (N=45)		
Age moyen	39.1	37.9		28.3	41.4	46.8		46.1	43.0
		39.7	36.2			49.8	43.7		
% femmes	14.3	10.8		0.0	8.0	40.2		30.0	24.9
		16.7	5.3			44.7	35.6		

* Le tableau ne montre pas les données pour les autres ESE du canton, ainsi que les ESE extra-cantonaux. Ils sont cependant pris en compte dans la colonne indiquant la moyenne.

Les données sociodémographiques pour la population du DCISA sont très proches de celles des années précédentes, à quelques exceptions près (cf. Tableau 11 en annexe).

En 2021, deux tiers des personnes (66%) sont suisses. Cette proportion est similaire à celle de 2019, alors qu'elle était de 10 points supérieure en 2020 (76% en 2020, 66% en 2019, 69% en 2018 et 71%

¹⁵ Il s'agit ici de toutes les personnes qui ont eu au moins un contact avec le DCISA pour une indication au cours de l'année 2019, indépendamment du fait qu'elles aient donné leur accord ou non pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques.

¹⁶ Les données ne reflètent la situation que des personnes ayant passé par le dispositif d'indication vaudois et non la population globale des résident-e-s des ESE. En effet, il peut y avoir des résident-e-s qui proviennent d'autres cantons, que ce soit sur mesure pénale ou pour un séjour volontaire. Par ailleurs, pour le foyer de la Fondation le Relais, il peut encore y avoir des résident-e-s vaudois-es, mais n'ayant pas passé par le DCISA.

¹⁷ Pour le foyer du Relais, l'âge moyen des personnes passées par le DCISA n'est pas représentatif de celui des résident-e-s globalement, étant donné que la plupart d'entre eux et elles est entrée par un autre biais que celui du DCISA.

en 2017). Un tiers des personnes (33%) est parent d'enfant(s) mineur(s). C'était le cas pour un quart du collectif les années précédentes.

Un peu moins d'un tiers des personnes (30%) n'a pas de titre de formation secondaire II (AFP, CFC, diplôme, maturité), mais uniquement un niveau de formation élémentaire, ou pas de scolarité menée à terme. Cette proportion est légèrement supérieure à celle de 2020 (27%), mais globalement elle a diminué progressivement depuis 2017 (36%).

En 2021, près des deux tiers des personnes (64%) ont leur propre logement au moment de l'indication et 12% sont logées de manière stable chez des amis ou dans la famille. La proportion de personnes ayant un logement stable s'élève alors à 76%. Cette donnée est relativement stable par rapport à 2020 (78%). Elle est toutefois plus élevée que les années antérieures (73% en 2019, 67% en 2018 et 64% en 2017). Les personnes qui se déclarent SDF (11%) présentent une valeur comparable à celle de 2020 (12%). Les personnes à l'hôtel au moment de l'indication sont au nombre de 4 (2%).

Comme les années précédentes, les ressources financières sont constituées essentiellement par le revenu d'insertion (RI) (34%) et des prestations de l'assurance invalidité (AI) (26%). La part des personnes à l'AI augmente sensiblement depuis 2017 (19% en 2017, 22% en 2018, 25% en 2019 et en 2020). Il faut noter que 8 personnes (4%) déclarent l'APG comme source de revenu et 7 personnes l'AVS (4%). Ces éléments de figuraient pas en l'état les années précédentes¹⁸. Finalement, les personnes ne déclarant aucun revenu représentent 12% de l'effectif. Cette part augmente sensiblement au cours des années (9% en 2017, 8% en 2018, 10% en 2019 et 13% en 2020).

Un quart des personnes est au bénéfice d'une curatelle (24%) et 4% des personnes sont placées à des fins d'assistance. La valeur de ce dernier indicateur est légèrement inférieure à celles des années précédentes (6% en 2020, et 7% en 2019 et 2018). Toutefois, la majorité des personnes (70%) n'est pas concernée par une mesure civile.

Une brève analyse du profil sociodémographique de la population féminine du DCISA montre quelques différences par rapport la moyenne pour la population du DCISA, notamment en ce qui concerne le logement, les sources de revenu et la formation (Cf. Tableau 18 en annexe). On relève une proportion plus élevée de personnes qui a un logement stable (82% vs 76%), alors que les personnes sans domicile fixe représentent une proportion comparable (10% vs 11%). Pour ce qui est des sources de revenu, les femmes sont beaucoup plus nombreuses proportionnellement à être au bénéfice de l'AI (40% vs 26% pour le collectif). Finalement, elles sont aussi plus nombreuses à ne pas avoir de formation de type secondaire II (40% vs 30% pour le collectif).

4.2 Caractéristiques de consommation (échelle A de l'ASI)

L'alcool est la substance la plus consommée à vie (96% pour alcool et 76% pour alcool jusqu'à intoxication) (cf. Figure 5). Sept personnes sur dix (70%) rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ensuite, vient la cocaïne avec 63%. L'héroïne concerne plus du tiers du collectif (37%). Ces chiffres sont similaires à ceux des quatre années précédentes, avec une exception pour la cocaïne. On observe une augmentation de sa consommation, tant au cours de la vie (63% en 2021 vs 54% en 2020) que du dernier mois (36% en 2021 vs 28% en 2020).

Les principales substances consommées au cours du dernier mois avant l'indication sont l'alcool (74%), le cannabis (31%), la cocaïne (36%) et l'héroïne (15%). En 2021, on peut noter que la FEA ou l'Epi ont accueilli une population avec un profil de multi-consommation plus marqué que les années précédentes, même si globalement c'est la problématique de la consommation d'alcool qui a favorisé l'orientation des personnes indiquées vers ces institutions (cf. Figure 6, Tableau 14 et Tableau 15 en annexe).

¹⁸ Depuis 2021, il est possible de préciser une assurance perte de gains (APG) ou l'assurance vieillesse et survivants (AVS) comme source de revenu. Antérieurement, ces éléments apparaissaient sous l'item « Autre ».

Figure 5 Prévalences de consommation au cours de la vie / du dernier mois pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (N=212)

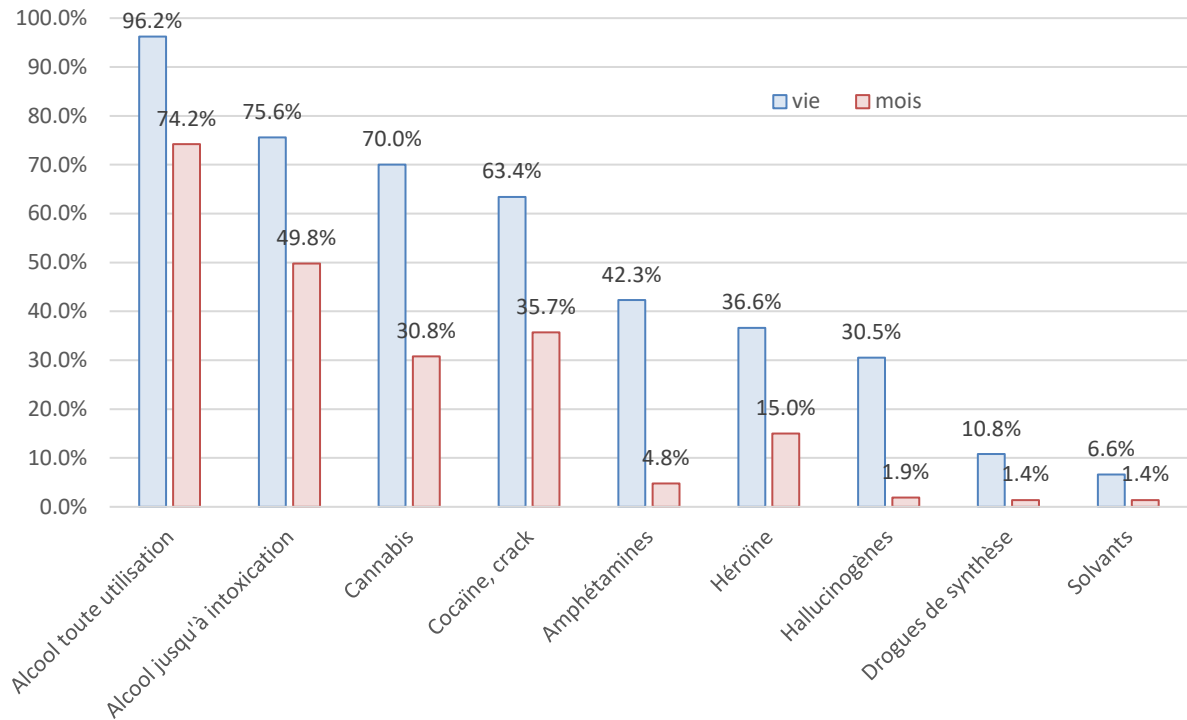
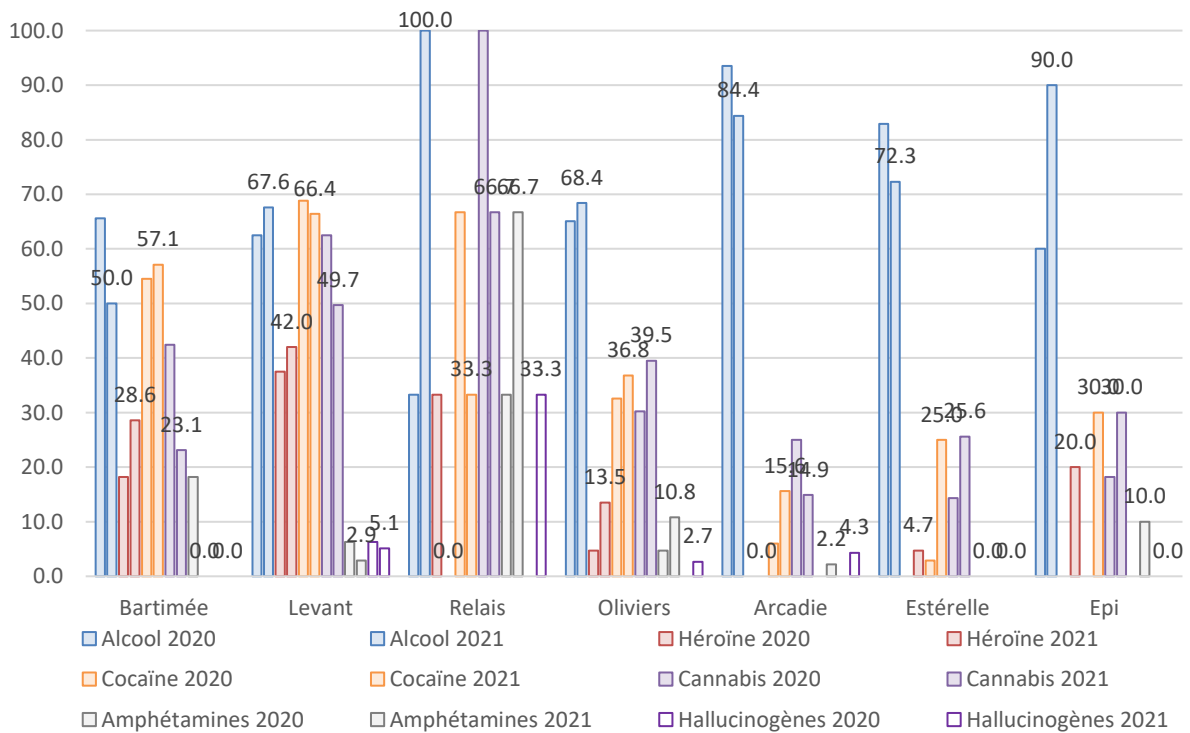


Figure 6 Prévalences de consommation au cours du dernier mois, selon les ESE. Comparaison 2020-2021



L'injection n'est pas le mode de consommation prédominant, quelle que soit la substance concernée. Les personnes rapportent essentiellement sniffer la cocaïne (50%) et fumer l'héroïne (47%). L'injection de ces deux substances concerne 12% de l'effectif pour la cocaïne et 25% pour l'héroïne (cf. Figure 15 en annexe). Les données pour l'héroïne sont supérieures à celles de 2020 (19%). Il faut encore noter que la proportion de personnes qui dit fumer la cocaïne a passé de 19% en 2018 à 35% en 2021.

L'injection de substances psychotropes au cours de la vie concerne un cinquième (19%) du collectif (cf. Tableau 8). Si l'on ne prend en compte que les personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie une substance potentiellement injectable (héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse), la proportion d'injecteurs au cours de la vie s'élève à 29%. Cette valeur est proche de celles des années précédentes (33% en 2020 et 30% en 2019).

Parmi les personnes concernées par l'injection, 54% l'ont pratiquée au cours des 12 derniers mois et 35% au cours du dernier mois. Ces données sont comparables à celles de 2020, mais font état d'une nette diminution de la pratique d'injection récente par rapport aux années antérieures (53% et 32% respectivement en 2020 ; 62% et 46% en 2019 et 60% et 43% en 2017). La grosse majorité des personnes ayant eu une pratique active d'injection récente l'a fait sans partager de matériel souillé avec d'autres personnes (91% parmi les injecteurs au cours de la dernière année et 92% parmi les injecteurs au cours du dernier mois).

La principale substance posant problème est la consommation d'alcool et de drogues conjointement (30%) ainsi que l'alcool comme seule substance (26%). Pour une personne sur dix (10%), il s'agit de la cocaïne ou de la consommation de multiples drogues (cf. Tableau 16 en annexe).

Quant à la multi-consommation au cours du dernier mois, elle se situe à 67%, ce qui représente une augmentation importante par rapport à 2020 (57%). Cette proportion avait fortement diminué depuis 2017 (72%).

En ce qui concerne certaines conséquences directes de consommation, 11% des personnes déclarent avoir eu un delirium tremens au cours du dernier mois et 11% une surdose¹⁹. Si l'on restreint les populations aux consommateurs et consommatrices concerné·e·s, les prévalences s'élèvent alors à 11 et 15% respectivement (cf. Tableau 16 en annexe). Toutefois le nombre absolu de personnes (N) est relativement stable par rapport aux deux années précédentes (20 individus en 2021 vs 24 en 2020 et 23 en 2019). Il était beaucoup plus élevé auparavant (40 en 2018 et 34 en 2017). Le nombre moyen de delirium tremens est de 0.2 pour l'ensemble du collectif et de 0.3 pour les personnes concernées ; le nombre moyen de surdoses est de 0.5 pour l'ensemble du collectif et de 0.7 pour les personnes concernées. Les médianes se situent toutes à 0.

¹⁹ Selon l'ASI, une surdose (*overdose*) est considérée comme telle lorsqu'il y a eu besoin de l'intervention d'un tiers pour réanimer la personne.

Tableau 8 Fréquence et modalités de l'injection pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2017-2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prévalence de l'injection au cours de la vie	247		243		260		193		209	
	61	25	51	21	45	17.3	39	20.2	40	19.1
Prévalence de l'injection au cours de la vie chez les personnes ayant consommé au moins une fois une substance potentiellement injectable*	156		153		152		114		139	
	61	39	49	32	45	29.6	38	33.3	40	28.8
Age de la première injection	59		50		43		37		39	
Moyenne (en années)		24		23		23.1		24.3		24.3
Médiane (en années)		22		21		23		22		23
Injection au cours des 12 derniers mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	60		51		45		38		39	
Personnes ayant injecté au cours des 12 derniers mois parmi les injecteurs à vie	36	60	26	51	28	62.2	20	52.6	21	53.8
<i>Sans échanges</i>	31	86	19	73	26	92.9	16	80.0	19	90.5
<i>Avec quelques échanges</i>	4	11	7	27	2	7.1	3	15.0	2	9.5
<i>Avec fréquents échanges</i>	1	3	0	0	0	0	1	5.0	0	0.0
Injection au cours du dernier mois chez les personnes qui ont déjà consommé par injection	58		21		44		38		37	
Personnes ayant injecté au cours du dernier mois parmi les injecteurs à vie	25	43	18	35	20	45.5	12	31.6	13	35.1
<i>Sans échanges</i>	24	96	16	89	20	100	9	75.0	12	92.3
<i>Avec quelques échanges</i>	1	4	4	4	0	0	3	25.0	1	7.7
<i>Avec fréquents échanges</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0

* Pour créer cet indicateur, nous nous sommes appuyés sur les personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines ou des drogues de synthèse. Nous avons volontairement exclu les personnes ayant consommé des somnifères, étant donné que nous aurions alors pris en compte très certainement beaucoup de personnes n'ayant consommé que de l'alcool et des médicaments.

4.3 Données concernant la Santé physique, les Relations familiales et interpersonnelles et l'Etat psychologique en 2021 (échelles B, C et D de l'ASI)

L'ASI permet de faire un bilan de l'état psychologique de la personne, mais il ne permet pas d'établir un diagnostic psychiatrique. De la même manière, les données somatiques telles que le dépistage des hépatites ou du VIH ne sont pas le résultat de sérologies effectuées dans le cadre du DCISA. L'ASI s'appuie uniquement sur des éléments rapportés par les personnes (données déclaratives).

4.3.1 Dépistage et prévalence pour le VIH et les hépatites B et C

Globalement, le taux de dépistage au cours de la vie pour le VIH est plus élevé (74%) que pour les hépatites B (55%) et C (54%). Les personnes consommatrices de drogues illégales ont, quant à elles, des taux de dépistage plus importants (VIH : 87% ; VHB : 69% ; VHC : 68%) et ces dépistages sont plus récents. Ces données sont globalement inférieures à celles des trois années précédentes (cf. Tableau 9).

Les résultats rapportés pour le dernier test effectué pour l'hépatite C montrent une plus grande prévalence de tests positifs chez les personnes consommant des drogues illégales (16.5%) que pour le collectif (14.8%). Pour ce qui est du VIH ou de l'hépatite B, on observe la situation inverse (2.5% vs 3.3% pour le VIH, 2.2% vs 2.8% pour le VHB) (cf. Tableau 9). Par rapport à 2020, on observe une diminution des résultats positifs pour le VIH chez les personnes consommatrices de substances illégales. En revanche, la proportion de tests positifs est plus importante en 2021 pour le VHC, tant pour le collectif que pour les personnes consommatrices de drogues illégales.

Globalement, les données relatives aux femmes montrent qu'elles sont moins nombreuses à être testées pour le VIH et le VHC. Toutefois, si l'on se concentre sur les personnes potentiellement concernées par l'injection, on relève que les femmes sont proportionnellement plus testées que le collectif du DCISA, quel que soit le type de virus considéré. On observe encore que les résultats du dernier test pour le VIH et le VHC présentent un taux de positivité plus important pour les femmes que pour la population vue dans le cadre du DCISA (9.4% (collectif femmes) et 9.5% (personnes consommatrices de drogues illégales femmes) pour le VIH vs 3.3% (collectif DCISA) et 2.5% (personnes consommatrices de drogues illégales DCISA) ; et 24.0% et 33.3% pour le VHC vs 15% et 17%) (cf. Tableau 18 en annexe).

Tableau 9 Données concernant le dépistage du VIH, VHC et VHB des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2018-2021

	2018		2019		2020		2021	
	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues	Total de l'effectif	Personnes consommatrices de drogues
Dépistage VIH	N = 243	N =154	N=260	N=153	N=193	N=114	N=209	N=139
Test au cours de la vie	81.1%	92.9%	79.2%	93.5%	74.6%	88.6%	73.7%	87.1%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	38	26.4	43	26.1	44.2	30.3	35.6	30.2
Résultat :	N = 195	N = 141	N=201	N=139	N=145	N=103	N=151	N=120
Prévalence de résultats positifs	5.1%	7.1%	8.5%	11.5%	3.4%	3.9%	3.3%	2.5%
Dépistage VHC	N =243	N = 154	N=260	N=153	N=193	N=114	N=208	N=138
Test au cours de la vie	59.3%	77.3%	58.8%	77.1%	54.4%	74.6%	53.8%	68.1%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	27.8	25.3	24.9	20.0	24.1	20.5	24.7	22.8
Résultat :	N = 140	N = 115	N=151	N=114	N=106	N=85	N=108	N=91
Prévalence de résultats positifs	18.6%	21.7%	9.3%	12.3%	10.4%	12.9%	14.8%	16.5%
Dépistage VHB	N = 243	N = 154	N=259	N=152	N=192	N=113	N=208	N=138
Test au cours de la vie	65.8%	81.2%	66.0%	82.2%	58.9%	73.5%	54.8%	68.8%
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne	31.6	27.2	34.3	22.9	36.7	26.7	30.7	28.9
Résultat :	N = 150	N = 141	N=170	N=123	N=113	N=84	N=106	N=90
Prévalence de résultats positifs	0.7%	0%	2.9%	1.6%	5.3%	6%	2.8%	2.2%

4.3.2 Hospitalisations et données sur la santé mentale (dimension *Etat psychologique* de l'ASI)

En moyenne, le nombre d'hospitalisations au cours de la vie pour un problème de santé physique se situe à 3.3 (médiane : 2)²⁰. Le nombre d'hospitalisations est inférieur en ce qui concerne les hospitalisations pour un problème psychologique ou émotionnel (moyenne : 2.2 ; médiane : 1). Cependant, plus d'une personne sur deux (54%) a été hospitalisée au moins une fois dans sa vie pour un problème psychologique ou émotionnel (cf. Tableau 17 en annexe). Globalement, la moyenne des hospitalisations (somatique ou psychiatrique) diminue depuis 2017.

Il faut noter que les femmes rapportent un nombre moyen d'hospitalisations supérieur à la moyenne pour un problème psychologique (2.9 vs 2.2 pour le collectif) (cf. Tableau 18 en annexe).

83% du collectif DCISA ont eu recours à une prise en charge ambulatoire pour leurs problèmes psychologiques ou émotionnels. Le nombre moyen de ces prises en charge est de 2.5 (médiane : 2). La moyenne des prises en charge ambulatoires augmente légèrement depuis 2018.

Un peu plus des deux-tiers des personnes (68%) ont reçu une médication au cours du dernier mois pour un problème lié à leur état psychologique ou émotionnel.

Plus de la moitié des personnes vues a déclaré avoir souffert de tels problèmes durant au moins 20 jours le mois précédant l'entrevue (moyenne : 18 jours). Ce dernier élément est stable au cours des années.

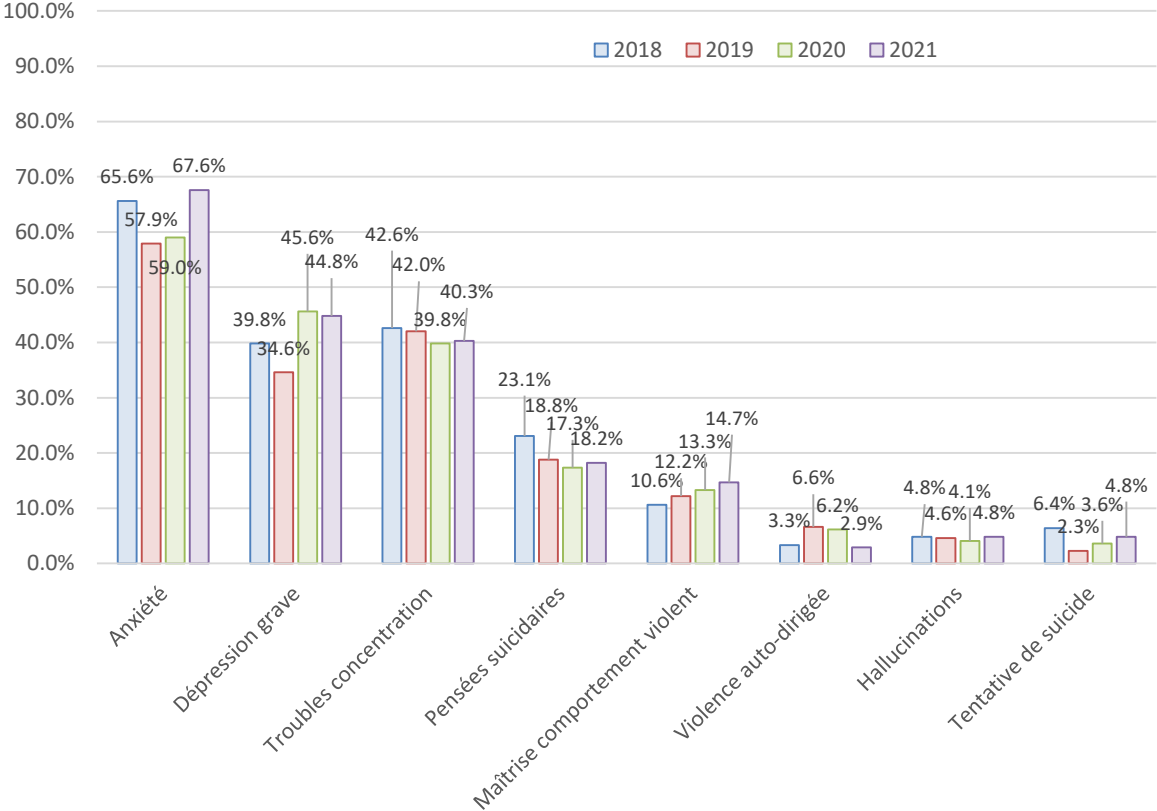
Les prévalences, au cours du dernier mois, de troubles psychologiques ou émotionnels rapportés par les personnes concernées sont relativement proches de celles observées en 2020, à l'exception de l'anxiété, de la maîtrise des comportements violents et des tentatives de suicide (cf. Figure 7).

En 2021, 68% des personnes estiment souffrir d'anxiété (vs 59% en 2020 et 58% en 2019), 45% de dépression grave. Quatre répondant-e-s sur dix (40%) font état de troubles de la concentration et près d'une personne sur cinq (18%) exprime avoir eu des pensées suicidaires. Concernant la difficulté à maîtriser des comportements violents, on observe une progression continue depuis 2018, passant de 11% à 15%. Finalement, les personnes déclarant avoir attenté à leur vie augmentent progressivement depuis 2019 (2% en 2019, 4% en 2020 et 5% en 2021). Cette proportion avait toutefois presque diminué de deux tiers entre 2018 et 2019, passant de 6% à 2%.

Les femmes vues dans le cadre du DCISA (N=50) présentent des troubles psychologiques ou émotionnels plus importants que la moyenne du collectif, sur la plupart des items pris en compte. En effet, 59% disent souffrir de dépression grave et 22% ont eu des pensées suicidaires. Elles sont 8% à diriger de la violence contre elles-mêmes et 4% (N=2) ont fait une tentative de suicide au cours du dernier mois (cf. Tableau 18 en annexe).

²⁰ Les moyennes et les médianes concernant les données sur la santé physique et psychologique prennent en compte toutes les réponses, dont celles des personnes n'étant pas concernées (réponse égale à 0) et celles ayant un chiffre très élevé (réponse égale à 98). C'est pourquoi, la médiane informe plus justement de la réalité, car l'importance des chiffres élevés est nuancée.

Figure 7 Troubles psychologiques ou émotionnels, au cours du dernier mois, rapportés par les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2018 - 2021



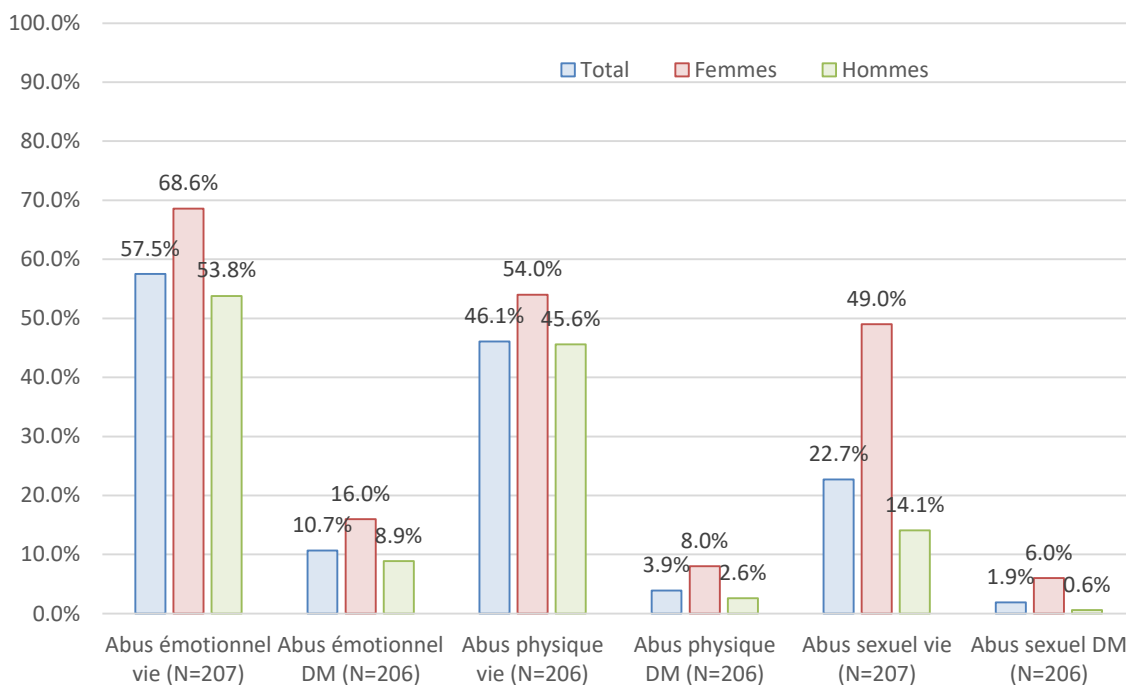
La Figure 8 décrit les abus émotionnels, physiques et sexuels subis. Par abus émotionnel, on entend principalement les cas d'abus se manifestant par de la violence verbale.

Plus de la moitié des personnes répondantes (58%) rapporte avoir été abusée émotionnellement au cours de sa vie. Près d'une personne sur deux a subi des abus physiques (46%) et près d'un quart (23%) rapporte avoir été victime d'abus sexuels. Ces prévalences sont proches de celles observées en 2020, avec toutefois une augmentation pour les abus émotionnels (52%, 45% et 24% pour les abus émotionnels, physiques et sexuels respectivement en 2020).

Pour ce qui est des abus au cours des 30 derniers jours, les prévalences sont similaires à celles de 2020 pour ce qui est des abus émotionnels et physiques. En revanche, on observe une augmentation de la proportion globale des abus sexuels, passant de 0.5 à 1.9%. Ce résultat est le reflet de ce qui se passe chez les femmes, la prévalence passant de 0 à 6%.

Les femmes sont beaucoup plus concernées que les hommes pour les trois formes d'abus au cours de la vie, notamment pour les abus sexuels. La situation est la même pour les prévalences au cours du dernier mois.

Figure 8 Abus au cours de la vie / du dernier mois pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (N=207)



Ne sait pas ou refus						
2.8%	2.9%	2.4%	2.4%	6.8%	4.9%	
Données manquantes						
2.8%	3.3%	3.3%	3.3%	2.8%	3.3%	

NB : Le taux de non-réponses pour la partie du questionnaire centrée sur les abus est légèrement plus élevé que pour les autres questions, mais reste faible étant donné la sensibilité de ces questions. La proportion s'élève à 6% pour les abus émotionnels et 6% pour les abus physiques. On relève 10% de non-réponses pour l'abus sexuel, dont 7% qui ne savent pas ou refusent de répondre. Ces taux de non-réponse sont inférieurs à ceux observés les années précédentes.

4.4 Profils de gravité (Source : ASI)

L'ASI recouvre 7 dimensions relatives à la situation des bénéficiaires, évaluées au moyen de 6 échelles :

- *La consommation d'alcool et de drogues* (Echelle A).
- *La santé physique* (Echelle B).
- *Les relations familiales et interpersonnelles* (Echelle C).
- *L'état psychologique* (Echelle D).
- *L'emploi et les ressources* (Echelle E).
- *La situation au niveau de la justice et de l'administration* (Echelle F).

Pour chaque dimension, il existe une évaluation qualitative nommée profil de gravité. Ce profil de gravité comprend deux indices : celui de la gravité de la situation et celui du besoin additionnel de traitement.

L'évaluateur inscrit un indice de gravité et de besoin additionnel sur une échelle de 0 à 9, en prenant en considération les réponses données par le ou la bénéficiaire, sa propre appréciation, et ajuste l'indice en fonction de l'appréciation de la gravité ou du besoin additionnel de traitement estimé par la personne elle-même.

Les indices se répartissent toutefois en 5 catégories de gravité :

- 0-1 : pas de problème
- 2-3 : problème léger
- 4-5 : problème modéré
- 6-7 : problème important
- 8-9 : problème extrême

L'évolution de l'indice n'est donc pas linéaire. Dans les chapitres qui suivent, les indices ont alors été recodés sur une échelle de 0 à 4. Plus le profil est élevé, plus la personne concernée rencontre des problèmes relatifs à la dimension en question.

L'indice de gravité permet aussi d'apprécier si la personne concernée et l'intervenant·e ont la même évaluation de la situation ou si au contraire la personne sous-estime ou surestime la gravité du problème²¹. Pour cette analyse, on utilise l'échelle de 0 à 9 pour les indices de gravité.

4.4.1 Indices de gravité : résultats pour les personnes vues au moins une fois en 2021

Les indices de gravité des personnes varient selon les ESE vers lesquels elles ont été indiquées (cf. Figure 9 et Figure 10).

Les personnes orientées vers des ESE qui accompagnent traditionnellement des personnes ayant des problèmes d'alcool ont des profils plus élevés sur cette dimension (3.0 pour l'Estérelle, 2.8 pour l'Arcadie et 3.4 pour l'Epi ; moyenne 2.4). Les personnes orientées vers le Levant et vers Bartimée ont des valeurs bien au-dessus de la moyenne (1.6) sur la dimension *Consommation de drogues*, respectivement 2.8 et 2.6. A noter que, pour les Oliviers, la valeur est proche de la moyenne (1.8).

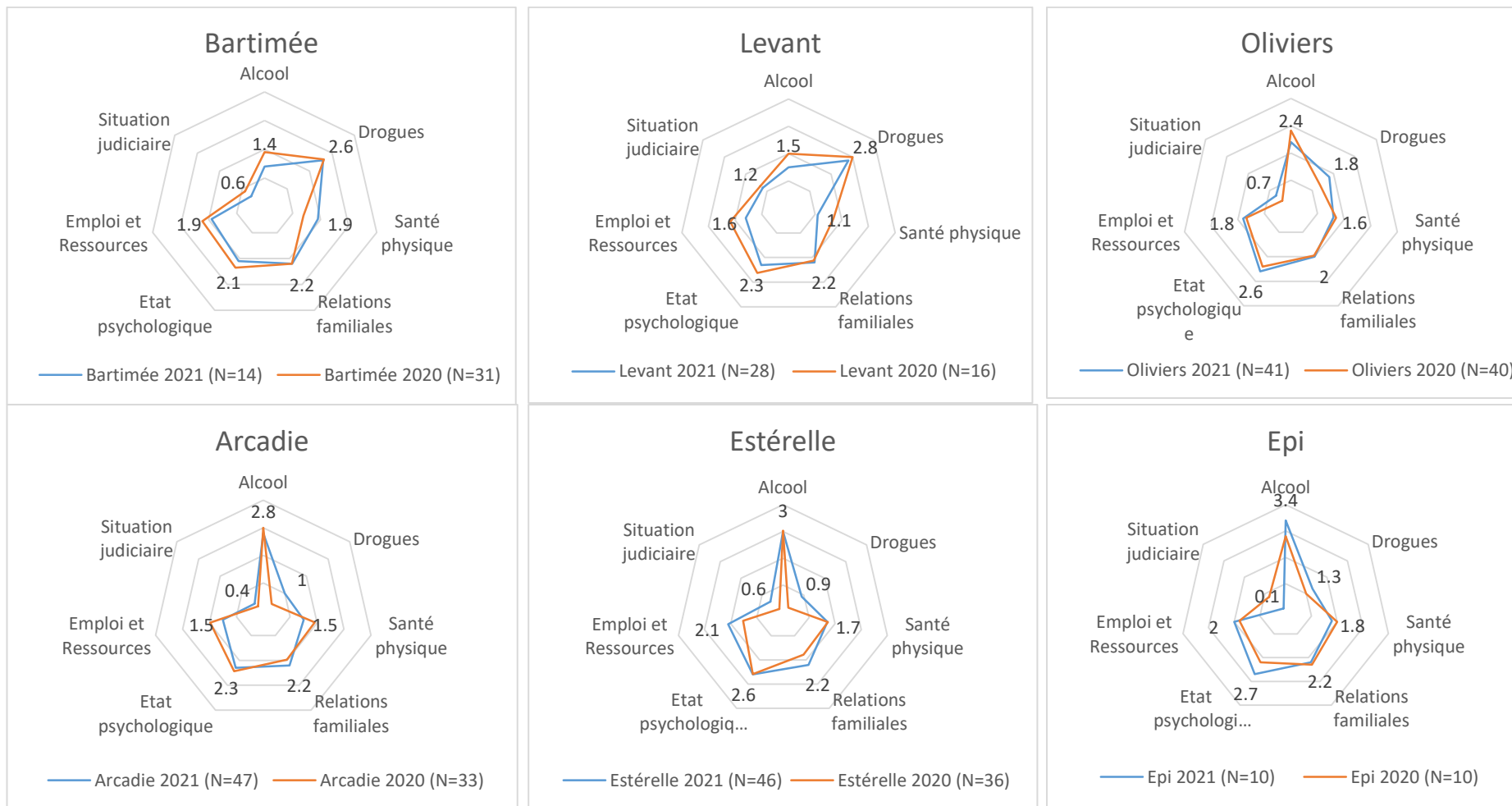
De manière générale, on observe une stabilité des indices de gravité entre 2020 et 2021 (et même depuis 2019), pour toutes les dimensions concernées²², avec toutefois une légère augmentation pour les dimensions *Consommation de drogues* (1.4 en 2020) et *Relations familiales* (2.0 en 2020).

On relève encore que la population orientée vers l'Arcadie et l'Estérelle, et dans une moindre mesure vers les Oliviers, présente un indice de gravité pour la dimension *Consommation de drogues* plus important en 2021 que pour toutes les années précédentes (cf. Figure 9 et Tableau 19 en annexe). Ce constat rejoint celui fait concernant la consommation au cours du dernier mois des personnes accueillies dans ces établissements (cf. Chapitre 4.2).

²¹ L'intervenant évalue la gravité selon une échelle à 5 échelons : s'il évalue la situation non problématique, il va poser une fourchette 0-1 ; s'il évalue le problème léger, il mettra 2-3 ; pour un problème moyen, une fourchette 4-5 ; pour un problème considérable, une fourchette 6-7 ; et une fourchette 8-9 pour un problème extrême. Dans un deuxième temps, il va ajuster l'indice en fonction de l'auto-évaluation faite par la personne concernée. A savoir qu'il va prendre la partie basse de sa fourchette (le chiffre pair) si la personne trouve que le problème est inexistant ou peu grave, voire moyen ; et il va prendre la partie haute de sa fourchette (le chiffre impair) si la personne estime que son problème est considérable ou extrême. Par exemple, pour la dimension *Alcool* : si l'intervenant estime le problème considérable (6-7) mais que pour la personne il n'y a pas de problème, l'intervenant va poser un indice de 6. Dans ce cas, le fait d'avoir un chiffre pair nous indique que la personne est dans le déni ou du moins sous-estime la situation.

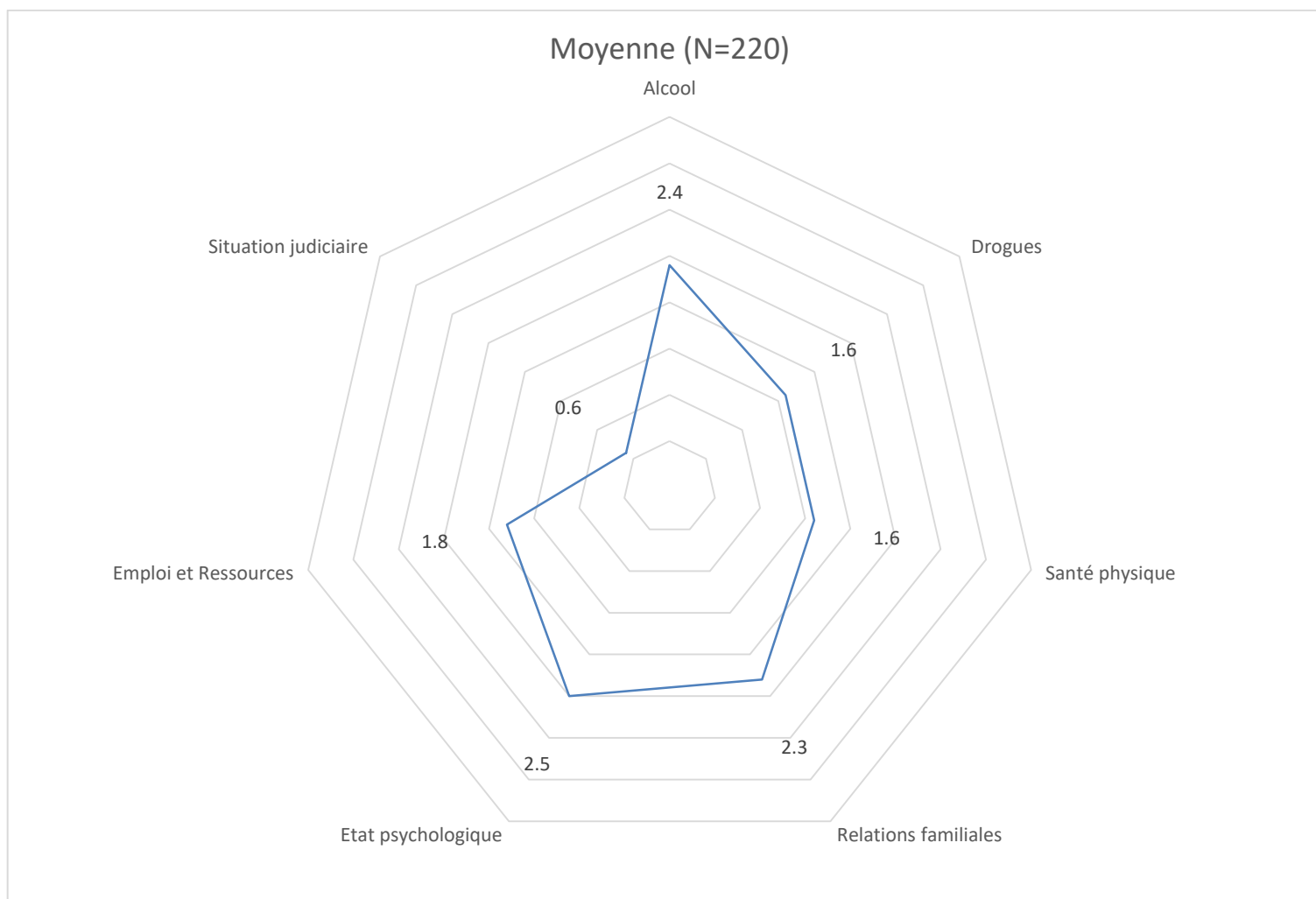
²² La significativité de ces différences n'a pas été testée.

Figure 9 Profils de gravité des personnes vues au moins une fois pour une indication en fonction des ESE, 2020-2021 (échelle allant de 0 à 4)



NB : Les résultats pour le foyer du Relais ne figurent pas dans ce graphique. En effet, le N étant de 2, les résultats sont peu représentatifs.

Figure 10 Profil de gravité moyen des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (échelle allant de 0 à 4) (N=220)



L'indice de gravité permet aussi d'apprécier si la personne concernée et l'intervenant·e ont la même évaluation de la situation ou si au contraire la personne sous-estime ou surestime la gravité du problème (voir plus haut).

En ce qui concerne la dimension *Consommation d'alcool*, on observe que, dans près de deux tiers des situations (64%), le problème est considéré comme considérable ou extrême (indices 6 à 9). Or, on relève que, si dans la grande majorité des cas (71%) la personne concernée et l'intervenant·e ont une appréciation identique de la situation, pour 29% des situations, la personne sous-estime le problème.

Pour la dimension *Consommation de drogues*, un quart des personnes (26%) sous-estime la gravité de la situation. Cette proportion est de 32% pour la dimension *Santé physique* et de 18% pour la dimension *Etat psychologique*.

On observe encore que, lorsque le problème est plutôt estimé léger ou modéré, les appréciations des deux parties sont beaucoup plus consensuelles (96% pour la dimension *Consommation de drogues* et 93% pour les dimensions *Consommation d'alcool* et *Situation au niveau de la justice*).

4.5 Scores composés (Source : ASI)

L'ASI permet de dresser une évaluation qualitative de la gravité des situations en tenant compte de la perception subjective de la personne concernée (cf. Chapitre 4.4). Les indices de gravité ne peuvent pas être utilisés de manière fiable pour mesurer une évolution. C'est pourquoi, une deuxième échelle a été développée, s'appuyant sur la somme de questions objectives (événements) à l'intérieur d'une dimension de l'ASI. Plusieurs questions dans chaque dimension ont été sélectionnées. Pour les sélectionner, une méthode empirique, mettant ensemble les questions de chaque dimension pouvant montrer le changement et ayant un lien entre elles, a été développée et testée statistiquement. Ensuite, les items sélectionnés dans chaque dimension ont fait l'objet d'un calcul mathématique (algorithme) pour leur donner un poids équivalent. Une formule différente dans chaque dimension en fonction des items sélectionnés donne un résultat nommé score composé. Le score composé donne une valeur située entre 0 et 1. Plus le résultat est proche de 1, plus le problème est conséquent dans la dimension étudiée. Il faut noter que les dimensions ne sont pas constituées des mêmes items et ne peuvent donc pas être comparées entre elles. Ce qui rend le score intéressant est le fait de pouvoir le comparer entre différents groupes de personnes, ou de manière longitudinale à des périodes différentes²³.

4.5.1 Évolution des scores entre l'indication et la sortie d'ESE en fonction des dimensions de l'ASI (2021)

Comme mentionné ci-dessus, l'intérêt du score composé est de pouvoir comparer l'évolution de celui-ci à différents moments du parcours d'une personne ou d'un collectif de personnes. La Figure 11 montre l'évolution des scores pour chacune des dimensions entre l'indication et la sortie d'ESE, ceci pour l'entier de la population du DCISA²⁴. Il est possible que les résultats pour l'évolution du score soient un peu surestimés, étant donné que les personnes qui sortent, par exemple de manière abrupte, ne sont souvent pas vues pour une réévaluation de sortie.

On observe une évolution très nettement favorable entre l'indication et la sortie pour la dimension *Consommation d'alcool* (-0.34) (Cf. Figure 11)

Pour ce qui est de la dimension *Consommation de Drogues*, on observe une évolution favorable de -0.07.

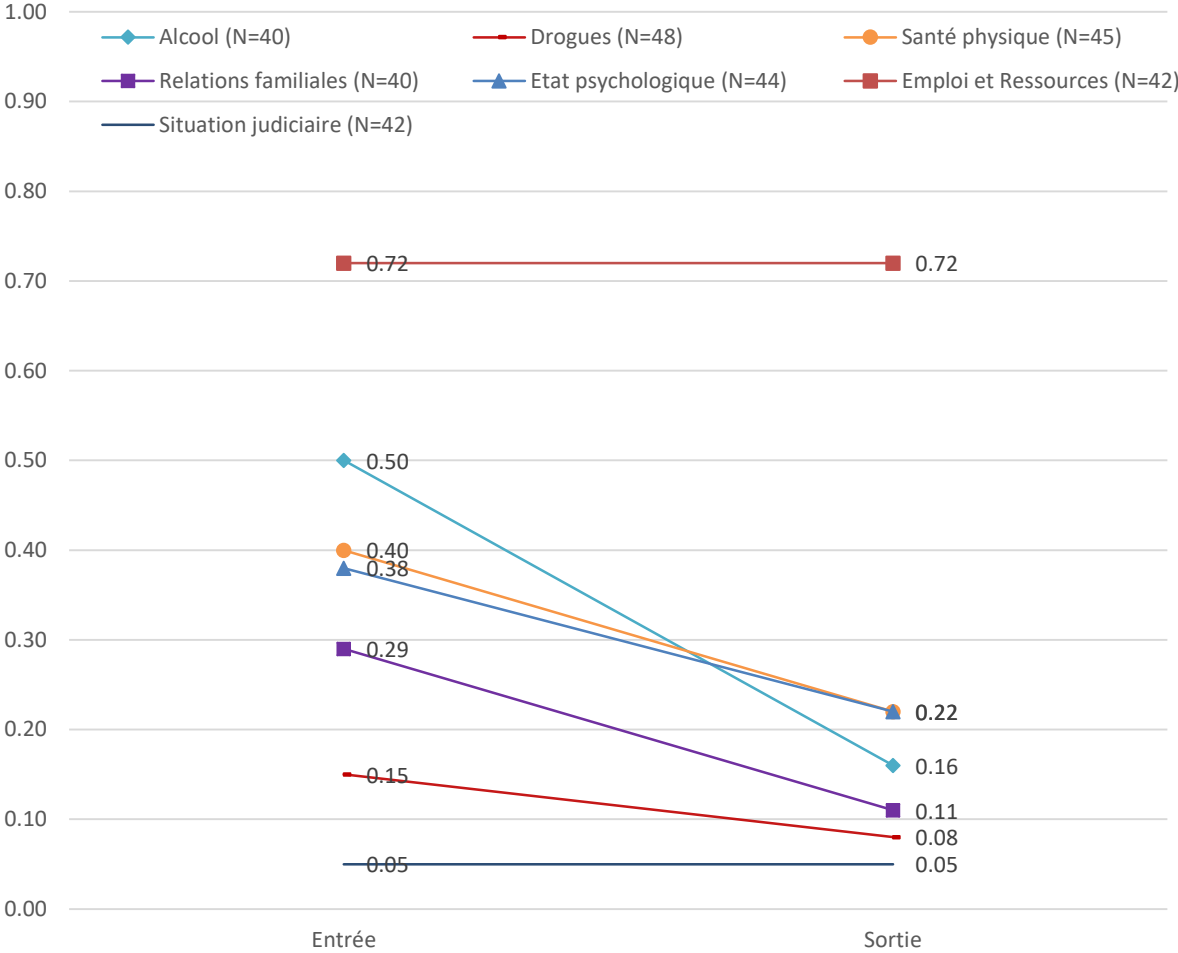
En ce qui concerne la dimension *Etat psychologique*, l'évolution entre l'indication et l'entrée est de -0.17. Lorsque l'on regarde la dimension *Relations familiales*, on relève une évolution de -0.18. La *Santé physique* est une dimension pour laquelle on observe une évolution de -0.18.

Les deux dernières dimensions de l'*Emploi / Ressources* et la *Situation au niveau de la justice* ont des évolutions nulles (-0.00).

²³ Peggy L. McGahan, Jeffrey A. Griffith, Richard Parente et A. Thomas McLellann, *Composite Scores Manual*, Treatment Research Institute Philadelphia, PA, 1986.

²⁴ Le N est constitué des personnes pour lesquelles il y a une indication et une sortie documentées au moyen de l'ASI, et qui ont donné leur accord pour l'utilisation de leurs données à des fins statistiques. Par ailleurs, des données manquantes influencent encore le N final. En 2021, il varie entre 40 et 48 selon les dimensions.

Figure 11 Différences de scores composés entre le moment de l'indication et la sortie d'ESE, 2021 (N=40 à 48 selon la dimension)



5. Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication (Source : Rapport d'indication)

Le rapport d'indication contient une section relative aux buts / objectifs poursuivis par la personne concernée au moment de sa demande de séjour résidentiel, et ceci pour chacune des dimensions de l'ASI. Les réponses ne sont pas exclusives entre elles.

Le calcul des proportions est basé sur un N qui fait abstraction des réponses « non concerné ». Le N est donc différent pour chacune des dimensions.

5.1 Buts poursuivis : dimension *Consommation d'alcool* (N=181)

Plus de la moitié du collectif (52%) souhaite initier une abstinence et quatre personnes sur dix (41%) visent à la maintenir. Parallèlement, 16% des personnes concernées visent plutôt une consommation contrôlée. Cette dernière proportion a diminué de presque trois fois par rapport à 2020 (42%). Elle s'élevait à 22% en 2019 (cf. Figure 16 en annexe).

5.2 Buts poursuivis : dimension *Consommation de drogues* (N=138)

La demande première pour les personnes consommant des drogues vise l'abstinence (48%), et dans une moindre mesure, du maintien de celle-ci (26%). Un peu moins d'un tiers des personnes (29%) a plutôt pour objectif de diminuer sa consommation (Cf. Figure 17 en annexe).

Les substances visées par l'abstinence, lorsqu'elles sont mentionnées, concernent en premier lieu la cocaïne (N=14). L'héroïne est mentionnée six fois et le cannabis une fois. Lorsque plusieurs substances ont été citées (N=6), la cocaïne est pratiquement citée dans tous les cas (N=5). En ce qui concerne la diminution ou le contrôle de la consommation, seule l'héroïne a été mentionnée, et ce deux fois.

5.3 Buts poursuivis : dimension *Santé physique* (N=198)

En ce qui concerne la santé physique, les deux objectifs principaux mentionnés par les personnes concernées relèvent de l'hygiène de vie (60%) et de l'activité physique (54%) (cf. Figure 18 en annexe). La moitié du collectif a déjà un suivi en place qu'elle souhaite poursuivre. Cinq personnes (3%) expriment l'envie d'initier un traitement, notamment pour l'hépatite C. Parmi les citations nommées sous l'item *Autre* (N=13), on retrouve 3 fois celle d'être en bonne santé de manière globale.

5.4 Buts poursuivis : dimension *Relations familiales et interpersonnelles* (N=126)

En ce qui concerne les relations sociales, deux tiers du collectif (68%, N=85) souhaitent clarifier ses choix et ses attentes vis-à-vis de leurs proches. Il faut toutefois noter que pour 17 personnes (soit 20% des mentions) il s'agit de maintenir ou de renouer les liens (cf. Figure 19 en annexe). Quatre personnes sur dix (40%) ressentent le besoin de créer ou de recréer un réseau social.

Il faut noter que plusieurs mentions faites dans la catégorie *Autre* (14%, N=18) évoquent le besoin de rassurer l'entourage (N=5) ou de prendre plus d'autonomie (N=2).

5.5 Buts poursuivis : dimension *Etat psychologique* (N=211)

Pour ce qui est de la dimension *Etat psychologique*, près de deux tiers des personnes (63%) souhaitent travailler à leur bien-être (y compris estime de soi, confiance, identification de ses forces et faiblesses) et la moitié (51%) souhaite travailler la gestion de ses émotions. Près d'un tiers du collectif (30%) aimerait surtout faire une pause et stabiliser son état psychologique. Concernant un suivi psychologique, 30% auraient besoin d'en mettre en place (ou d'en réactiver un) et plus de la moitié (55%) a un suivi qu'elle souhaite poursuivre (cf. Figure 20 en annexe).

5.6 Buts poursuivis : dimension *Emploi et ressources* (N=197)

Dans le domaine de l'emploi et des ressources, près d'une personne sur deux (49%) souhaite trouver une activité professionnelle ou suivre une formation. Un peu plus d'une personne sur six (6.6%) a un emploi (qu'elle désire conserver) au moment de la demande d'indication (cf. Figure 21 en annexe).

On observe, comme les années précédentes, une part importante de personnes (41%) qui évoque le besoin de mettre en place des activités socialisantes, par exemple des activités de bénévolat.

La question du logement préoccupe plus de la moitié du collectif, que ce soit l'objectif de trouver un logement ou un lieu de vie (38%) ou celui de pouvoir conserver son logement (23%). Quant aux questions administratives, elles sont mentionnées par plus du tiers des personnes (36%).

5.7 Buts poursuivis : dimension *Situation au niveau de la justice et de l'administration* (N=61)

Pour ce qui est de la dimension concernant la situation judiciaire de la personne, le principal objectif des personnes concernées est de respecter les exigences inhérentes au statut judiciaire (43%). Puis, 34% des personnes disent avoir pour objectif de récupérer leur permis de conduire (cf. Figure 22 en annexe).

Dans la catégorie *Autre* (31%, N=21), on retrouve une grande diversité d'objectifs cités, parmi lesquels mettre à jour sa situation au niveau juridique plus globalement (N=9).

6. Synthèse et pistes de réflexion

2021 est la cinquième année de fonctionnement du DCISA. Elle a été marquée par des situations particulières dans certains établissements socio-éducatifs (ESE) qui ont dû suspendre leurs admissions momentanément. Ceci a eu des incidences sur les indications effectuées par les centres d'indications régionaux (CI), limitant les possibilités d'orientation et occasionnant peut-être des orientations par défaut. Certains indicateurs ont été affectés, comme par exemple la proportion d'indications faites vers certains ESE ou celles suivies d'une entrée en séjour.

Les pistes de réflexions évoquées ici s'appuient sur les données statistiques, les réflexions amenées dans la plateforme de coordination et lors de rencontres avec les partenaires.

6.1 Caractéristiques des indications

La région Centre est celle qui comptabilise le plus grand nombre d'indications, ce qui est le cas depuis le début du dispositif, voire des dispositifs antérieurs qu'étaient le DCIST et EVITA. Si ce volume est stable par rapport à 2020, l'année 2021 est toutefois marquée par une augmentation des indications effectuées par le Centre. Cette situation reflète la diminution des indications faites dans les régions périphériques.

La majorité des indications orientent les personnes vers des ESE accueillant une population plutôt alcool-dépendante, soit la Fondation Estérelle-Arcadie et la Fondation des Oliviers. On note encore que la plupart des indications sont faites dans le cadre d'un suivi ambulatoire. Toutefois, les indications qui font suite à un séjour hospitalier sont non négligeables.

La majorité des indications sont suivies d'une entrée en séjour. Parmi les raisons des non-entrées, on retrouve essentiellement une réorientation vers un projet ambulatoire. Les situations pour lesquelles le contact a été perdu sont relativement peu nombreuses et les refus de la part des ESE sont anecdotiques. Il faut encore relever que le délai moyen entre l'indication et l'entrée en séjour se situe à 3 semaines. Ce délai peut être influencé par le contexte de l'indication et les conditions d'admission des ESE.

Depuis quelques années, on observe une augmentation régulière de la durée des séjours. Ce résultat est en partie lié à un nombre plus important que les années précédentes de longs séjours (définis comme étant de plus de 18 mois). Les courts séjours (2 mois et moins) sont plutôt stables.

Les séjours se terminent pour la grande majorité de manière planifiée. Toutefois, une personne sur dix sort sans qu'un suivi ait pu être organisé. Quand il y a un réseau à la sortie, il s'agit essentiellement de l'ambulatoire spécialisé en addictologie, de médecins psychiatres et/ou de somaticiens.

6.2 Profil de la population

Le profil sociodémographique de la population vue dans le cadre du DCISA évolue peu au cours des années. L'âge moyen a légèrement diminué au cours des 3 dernières années (43 ans en 2021). En ce qui concerne les données de logement et de revenus, les personnes ont majoritairement un logement stable et sont au bénéfice du RI. Cette proportion a cependant un peu diminué alors que les personnes au bénéfice de l'AI ont un peu augmenté. On relève encore que les personnes ayant un salaire ou recevant des APG représentent 15%. Les $\frac{3}{4}$ du collectif sont des hommes.

En termes de consommation récente (au cours du dernier mois), on relève une augmentation de la consommation de cocaïne. Cette substance est principalement sniffée même si on note une augmentation des personnes qui disent fumer la cocaïne. L'injection n'est jamais le mode de consommation prédominant, quelle que soit la substance considérée. Depuis 2017, la prévalence de l'injection a globalement diminué. La quasi-totalité des répondant·e·s déclare pratiquer l'injection avec du matériel propre.

La substance la plus souvent citée comme étant problématique est l'alcool, avec une augmentation de la proportion pour l'alcool consommé jusqu'à intoxication. Parmi les personnes orientées vers des institutions prenant en charge une population avec plutôt une problématique liée à l'alcool, on observe un profil de consommation au cours du dernier mois plus contrasté que les années précédentes, avec plus de poly-consommation.

Du point de vue de la santé, les taux de dépistage pour le VIH et les hépatites B et C diminuent progressivement depuis 2017, tant dans le collectif que pour les personnes consommant des substances potentiellement injectables. Les prévalences de positivité du dernier test ont diminué pour le VIH et le VHB, alors qu'elles ont augmenté pour le VHC. C

Concernant la santé psychique, les répondant.e-s citent notamment l'anxiété et la dépression. Des pensées suicidaires sont rapportées par près d'un cinquième du collectif. Il faut encore noter que les femmes semblent plus concernées par des troubles psychologiques. Plus de 4 personnes sur 5 ont eu recours à une prise en charge ambulatoire pour des problèmes d'ordre psychologiques ou émotionnels et plus des deux tiers ont eu une médication prescrite récemment (dernier mois).

Sur la base du profil de gravité établi avec l'ASI, on relève une concordance entre les indices pour lesquels la situation est considérée comme grave et la spécialisation identifiée de l'ESE vers lequel les personnes ont été orientées, notamment en ce qui concerne les consommations, alcool ou drogues.

Quant aux scores composés, ils permettent de mettre en évidence une évolution très favorable pour la consommation d'alcool et favorable pour la santé physique et psychique ainsi que pour la consommation de drogues et les relations sociales.

6.3 Pistes de réflexions

Indications et entrées en séjour

Le délai entre l'indication et l'entrée peut être expliqué par de nombreux facteurs, parmi lesquels on peut citer le traitement d'aspects administratifs, des besoins de sevrage ou une ambivalence de la personne concernée. Il peut aussi y avoir des listes d'attente dans certains ESE. La question de la gestion de ces listes d'attente pourrait être reprise dans le cadre d'un groupe de travail au sein du DCISA.

Séjours

Les statistiques mettent en évidence une augmentation des longs séjours. Parallèlement, les centres d'indication se trouvent parfois confrontés à des prolongations de séjours pour lesquels les objectifs ne sont plus cohérents avec les missions d'un établissement socio-éducatif. Si certains facteurs bloquants sont connus, comme le problème de logement à la sortie, il pourrait être intéressant de documenter le profil des personnes qui restent en ESE, afin d'identifier s'il y a d'autres facteurs notables.

La situation peut être similaire dans le milieu hospitalier. Un tiers des indications ont lieu dans ce cadre, qu'il s'agisse d'une suite de sevrage ou non. Selon le contexte, les personnes n'ont pas de solution à la sortie de l'hôpital et un séjour en ESE peut apparaître comme une solution parmi d'autres. Une réflexion devrait être menée autour de ces situations pour tenter de mieux y répondre.

Accès au séjour

Les statistiques montrent que les principales sources de revenus des personnes vues par le DCISA sont le RI et l'AI. Les personnes au bénéfice d'un salaire ou de l'APG sont relativement peu nombreuses. Une des lectures possibles de ce résultat est que l'accès à un séjour est peu aisé pour les personnes ayant encore un revenu, étant donné qu'elles devront participer financièrement à leurs frais de séjour. Une réflexion devrait être menée à ce sujet pour améliorer l'accès aux soins de ces personnes.

Indices de gravité et orientation

On relève une concordance entre le profil de gravité des personnes sur la dimension de la consommation et les prestations des ESE vers lesquels ces personnes sont orientées. Ainsi, les personnes dont l'alcool est la substance posant un problème majeur sont indiquées vers la FEA ou les Oliviers, et les personnes avec une consommation de drogue plus marquées sont orientées vers le Levant ou Bartimée. Les prestations spécifiques des ESE semblent donc bien identifiées en ce qui concerne la consommation. Il serait intéressant de vérifier cette concordance pour d'autres critères d'indication, et, au besoin, favoriser la connaissance des prestations des ESE par les intervenant.e-s des centres d'indications.

Hépatite C

On observe une diminution du dépistage de l'hépatite C dans le collectif DCISA. Or, un séjour en ESE peut être une opportunité pour initier (et terminer) un traitement. Il serait intéressant de proposer une campagne d'encouragement au dépistage, parallèlement aux campagnes Hépatite C menées annuellement dans le cadre du Programme cantonal de Réduction des Risques.

ANNEXES

7. Annexes

Figure 12 Evolution trimestrielle des indications par Centre d'indication régional, 2017-2021

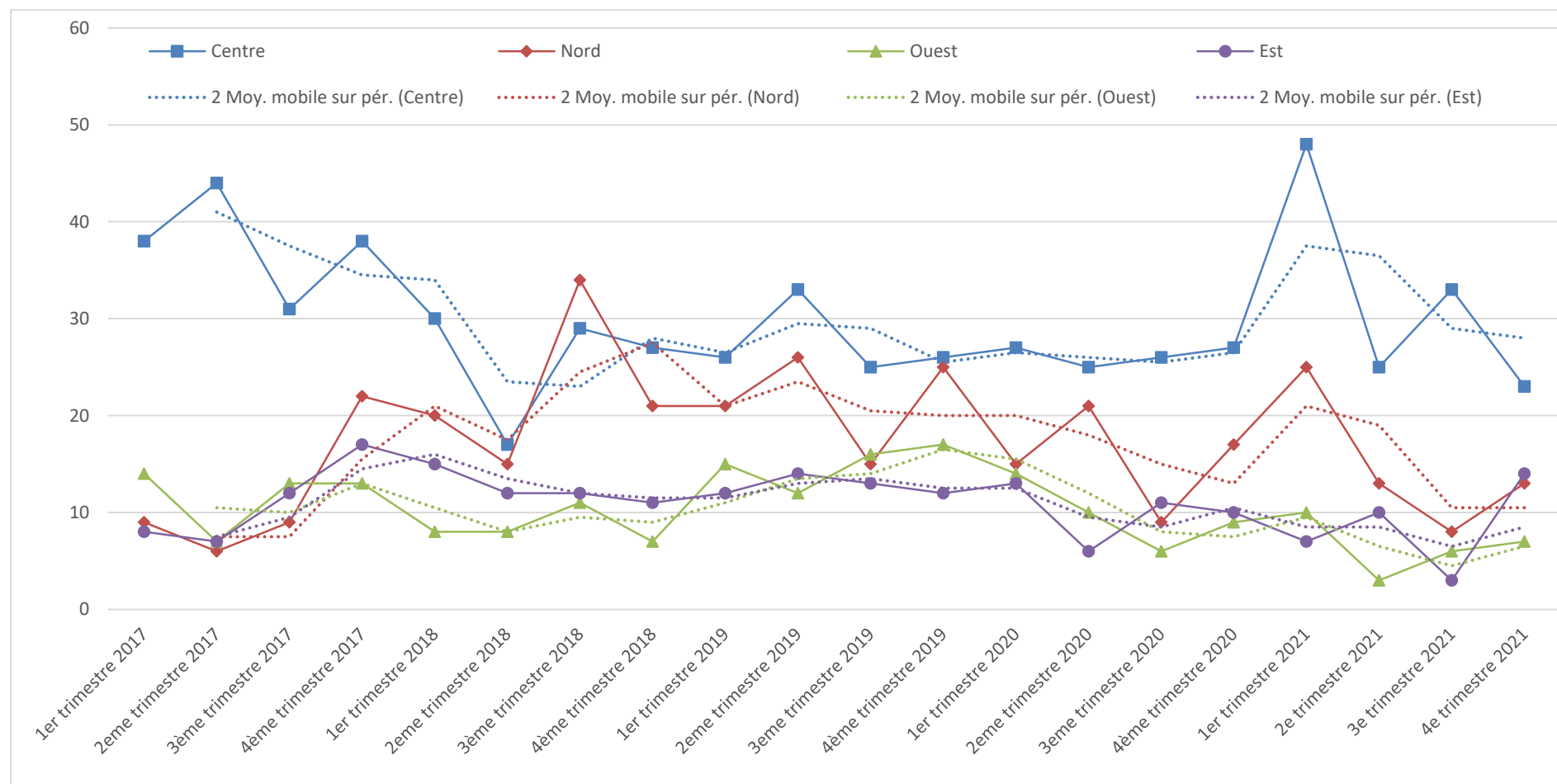


Figure 13 Evolution trimestrielle des indications faites vers Bartimée, le Levant, les Oliviers, la FEA et l'Epi, 2017-2021

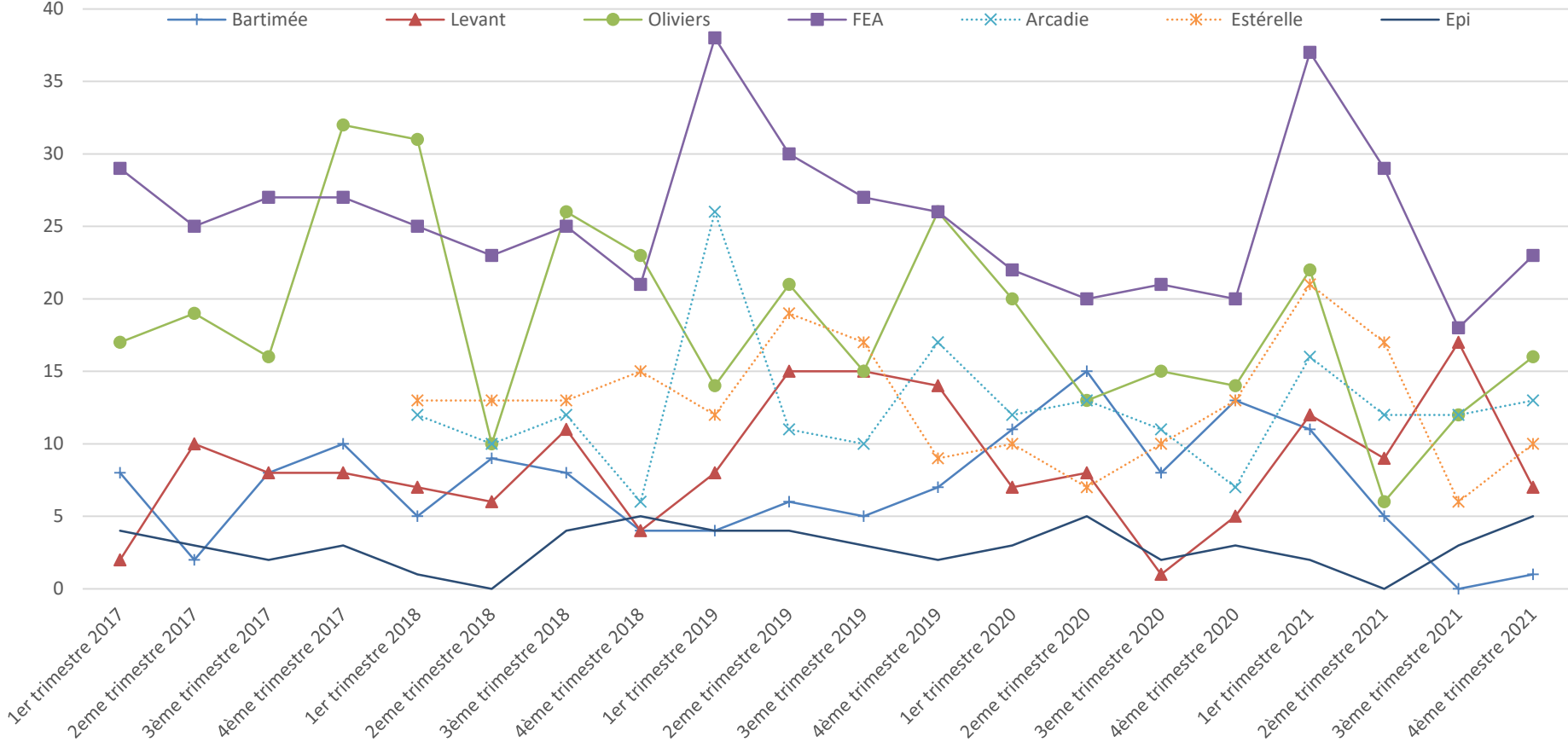


Figure 14 Raison principale de la fin du séjour pour les séjours terminés en 2021 (N=99)

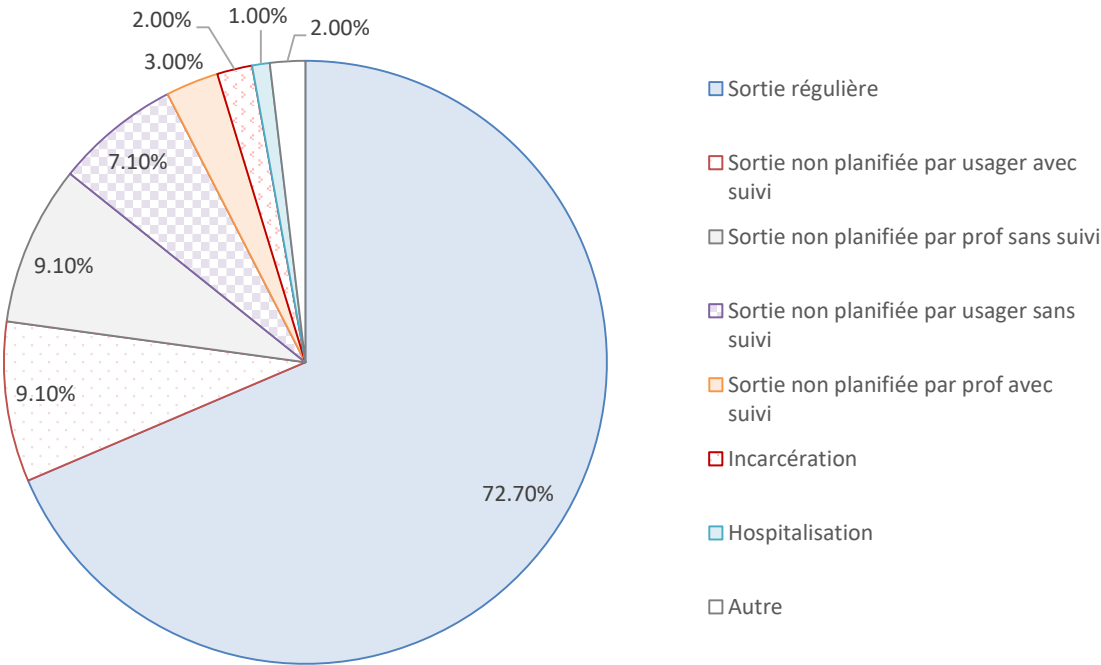


Tableau 10 Type de revenu et de logement au moment de la sortie pour les personnes sorties d'ESE, 2018-2021

	2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Type de logement	94		81		91		100	
Propre logement	55	58.5	56	69.1	48	52.7	68	68.0
Stable dans la famille, proches	10	10.6	6	7.4	13	14.3	10	10.0
Sans domicile fixe	1	1.1	4	4.9	1	1.1	3	3.0
Hôtel	4	4.3	2	2.5	8	4.4	9	9.0
ESE spécialisé dans l'addiction	2	2.1	0	0.0	4	3.3	0	0.0
EPSM	3	3.2	2	2.5	3	3.3	1	1.0
Logement de transition de l'ESE	5	5.3	3	3.7	3	5.5	0	0.0
Autre logement accompagné	4	4.3	2	2.5	5	2.2	2	2.0
Hôpital	6	6.4	5	6.2	2	2.2	1	1.0
Prison	2	2.1	0	0.0	2	2.2	2	2.0
Autre	2	2.1	1	1.2	2	2.2	4	4.1
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	92		80		86		97	
Salaire	9	9.8	12	15.0	8	9.3	9	9.5
Chômage	2	2.2	4	5.0	2	2.3	2	2.1
AI	13	14.1	19	23.8	20	23.3	27	27.8
RI	50	54.3	29	36.3	39	45.3	38	39.2
AVS							nd	nd
APG							nd	nd
Aucune	7	7.6	3	3.8	8	9.3	7	7.4
Autre	14	15.2	19	23.8	11	12.8	20	20.6

Tableau 11 Caractéristiques sociodémographiques générales des personnes vues pour une indication, 2017-2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Etat civil	243		239		257		194		209	
Célibataire	126	52	120	50	123	47.9	108	55.7	130	62.2
Marié/e	26	11	31	13	24	9.3	23	11.9	21	10.0
Séparé-e, divorcé-e	86	35	85	36	106	41.2	62	32.0	57	27.3
Veuf-ve	5	2	3	1	4	1.6	1	0.5	1	0.4
Nationalité	242		249		259		195		205	
Suisse	172	71	172	69	170	65.6	149	76.4	136	66.3
Etrangère	70	29	77	31	89	34.4	46	23.6	69	33.7
Type de logement	245		240		258		192		205	
Propre logement	128	52	125	52	153	59.3	122	63.5	132	64.4
Stable dans la famille, proches	29	12	36	15	36	14.0	27	14.1	24	11.7
Sans domicile fixe	34	14	33	14	20	7.8	22	11.5	23	11.2
ESE ou EMS	20	8	19	8	19	7.4	13	6.8	15	7.3
Hôtel	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2.0
Hôpital	24	10	8	3	16	6.2	3	1.6	-	-
Prison	1	0	2	1	1	0.4	0	0.0	-	-
Autre	9	4	17	7	13	5.0	5	2.6	7	3.4
Parent d'enfants mineurs	240		238		255		199		211	
Oui	78	33	62	26	64	25.0	49	24.6	70	33.1
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	242		242		257				208	
Sans titre secondaire II	90	36	80	33	84	32.8	52	26.9	62	29.8
Aucune scolarité menée à terme	16	6	13	5	11	4.3	11	5.7	12	5.8
Scolarité obligatoire	71	29	62	26	70	27.2	38	19.7	50	24.0
Formation de transition	3	1	5	2	3	1.2	3	1.6	0	0

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avec titre secondaire II	157	64	155	64	164	67.2	141	73.1	146	70.2
Apprentissage, école professionnelle	106	43	102	42	104	40.5	98	50.8	87	41.8
Maturité, diplôme d'études secondaires supérieures	13	5	16	7	12	4.7	12	6.2	15	7.2
Formation professionnelle supérieure	13	5	12	5	13	5.1	8	4.1	13	6.3
Haute école	13	5	15	6	11	4.3	7	3.6	6	2.3
Université	11	5	10	4	24	9.3	8	4.1	19	9.1
Autre formation	1	0	7	3	8	3.1	8	4.1	6	2.9
Source de revenu (plusieurs réponses possibles)	243		240		257		197		213	
Salaire	20	8	24	10	33	12.8	18	9.1	23	11.0
Chômage	12	5	9	4	13	5.0	14	7.1	15	7.2
AI	46	19	53	22	65	25.2	49	24.9	54	26.0
RI	116	48	104	43	86	33.3	66	33.5	71	34.0
APG									8	3.8
AVS									7	3.5
Aucune	23	9	20	8	26	10.1	25	12.7	25	12.0
Autre	39	16	47	20	51	19.8	39	19.8	0	0.0
Mesure civile (plusieurs réponses possibles)	232		237		257		194		207	
Plafa (placement à des fins d'assistance)	14	6	16	7	19	7.4	12	6.2	8	3.9
Curatelle	53	23	59	25	69	26.8	56	28.6	50	24.2
Aucune	165	71	167	71	171	66.5	123	62.8	144	69.2

Tableau 12 Type de logement par ESE pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (en %, N=205)

	Bartimée (N=14)	Levant (N=35)	Relais (N=3)	Oliviers (N=37)	Arcadie (N=45)	Estérelle (n=45)	Epi (N=10)	Autres (N=2)	Moyenne (N=205)
Propre	35.7	40.0	66.7	54.1	82.2	82.2	90.0	50.0	64.4
Stable	21.4	17.1	33.3	16.2	6.7	6.7	0.0	50.0	11.7
SDF	28.6	14.3	0.0	13.5	4.4	8.9	10.0	0.0	11.2
ESE/EMS	14.3	14.3	0.0	10.8	2.2	2.2	0.0	0.0	7.3
Hôtel	0.0	5.7	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Autre	0.0	8.6	0.0	2.7	4.4	0.0	0.0	0.0	3.4

Tableau 13 Type de revenu des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (en %, N=213)

	Bartimée (N=14)	Levant (N=16)		Relais (N=3)	Oliviers (N=38)	Arcadie (N=47)	Estérelle (N=45)	Epi (N=10)	Autres (N=1)	Moyenne (N=213)
		CASA (N=18)	CTR (N=19)							
Salaire	14.3	5.6	10.5	0.0	10.8	20.0	6.7	20.0	0.0	11.0
Chômage	21.4	0	15.8	0.0	5.4	6.8	6.7	0.0	100.0	7.2
AI	14.3	38.9	15.8	66.6	29.7	27.3	22.2	0.0	0.0	26.0
RI	21.4	33.3	47.4	0.0	27.0	17.8	51.1	60.0	0.0	34.0
APG	7.1	5.6	0.0	0.0	2.7	0.0	8.9	0	0.0	3.8
AVS	0.0	0.0	0.0	0.0	8.1	8.9	0	0	0.0	3.5
Aucune	14.3	11.1	10.5	0.0	10.8	15.6	11.1	10.0	0.0	12.0
Autre	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Tableau 14 Prévalence de consommation au cours de la vie, en fonction des ESE, pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (en %, N=212)

	Bartimée (N=14)	Levant (N=37)		Relais (N=3)	Oliviers (N=38)	Arcadie (N=47)	Estérelle (N=45)	Epi (N=10)	Moyenne (N=212)
		CASA (N=18)	CTR (N=19)						
Alcool toute utilisation	100.0	88.9	89.5	100.0	94.7	95.7	100.0	100.0	96.2
Alcool jusqu'à intoxication	50.0	83.3	52.6	100.0	76.3	76.6	88.9	70.0	75.6
Héroïne	35.7	83.3	52.6	0.0	42.1	10.6	26.7	50.0	36.6
Cocaïne, crack	85.7	83.3	100.0	66.7	65.8	34.0	60.0	60.0	63.4
Cannabis	85.7	83.3	94.7	100.0	68.4	55.3	68.9	70.0	70.0
Amphétamines	78.6	61.1	68.4	66.7	42.1	23.4	33.3	30.0	42.3
Hallucinogènes	57.1	50.0	52.6	33.3	28.9	12.8	22.2	30.0	30.5
Drogues de synthèse	0.0	16.7	15.8	0.0	15.8	6.4	17.8	0.0	10.8
Solvants	7.1	5.6	10.5	33.3	10.5	4.3	4.4	0.0	6.6

Tableau 15 Prévalence de consommation au cours des 30 derniers jours, en fonction des ESE, pour les personnes vues au moins une fois pour une indication, 2021 (en %, N=212)

	Bartimée (N=14)	Levant (N=45)		Relais (N=3)	Oliviers (N=38)	Arcadie (N=47)	Estérelle (N=45)	Epi (N=10)	Moyenne (N=212)
		CASA (N=18)	CTR (N=19)						
Alcool toute utilisation	50.0	66.7	68.4	100.0	68.4	84.4	72.3	90.0	74.2
Alcool jusqu'à intoxication	21.4	26.7	31.6	33.3	44.7	62.2	68.3	40.0	49.8
Héroïne	28.6	52.9	31.6	0.0	13.5	0.0	4.7	20.0	15.0
Cocaïne, crack	57.1	58.8	73.7	33.3	36.8	15.6	25.0	30.0	35.7
Cannabis	23.1	61.1	38.9	66.7	39.5	14.9	25.6	30.0	30.8
Amphétamines	0	5.9	0.0	66.7	10.8	2.2	0.0	10.0	4.8
Hallucinogènes	0.0	0.0	10.5	33.3	2.6	4.3	0.0	0.0	1.9
Drogues de synthèse	0.0	0.0	5.3	0.0	5.3	2.1	0.0	0.0	1.4
Solvants	0.0	0.0	5.3	33.3	2.6	0.0	0.0	0.0	1.4

Figure 15 Mode de consommation prédominant, 2021 (N=205)

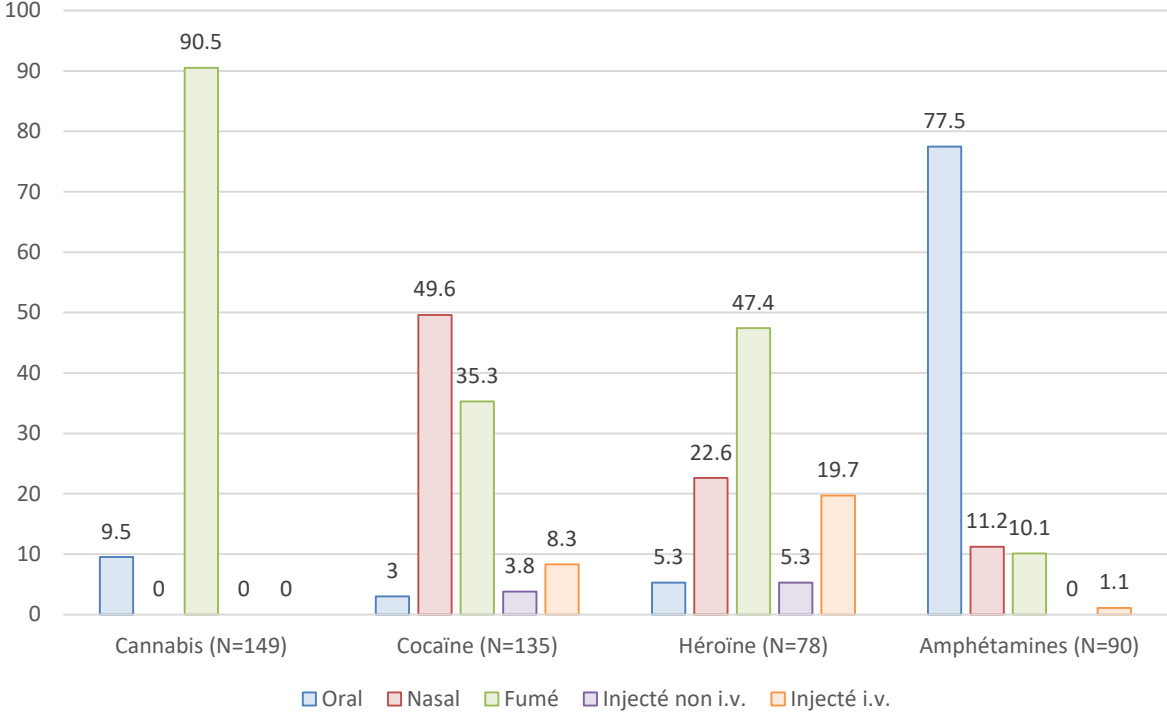


Tableau 16 Substance posant problème, multi-consommation et conséquences de la consommation pour les personnes vues au moins une fois pour une indication dans l'année, 2017- 2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Substance(s) posant un problème majeur			243		260		192		206	
Alcool toute utilisation	-	-	98	40	93	35.8	57	29.7	53	25.7
Alcool et drogues	-	-	67	28	71	27.3	58	30.2	62	30.1
Cocaïne	-	-	25	10	33	12.7	20	10.4	21	10.2
Multiples drogues	-	-	18	7	18	6.9	20	10.4	21	10.2
Alcool jusqu'à intoxication	-	-	14	6	19	7.3	22	11.5	32	15.5
Héroïne	-	-	6	3	9	3.5	6	3.1	7	3.4
Cannabis	-	-	5	2	4	1.5	1	0.5	5	2.4
Amphétamines	-	-	4	2	3	1.2	1	0.5	2	1.0
Prévalence de la multi-consommation au cours du dernier mois	246		250		263		192		208	
	177	72	171	69	173	65.8	109	56.8	140	67.3
Prévalence du delirium tremens au cours du dernier mois (collectif)	246		241		255		187		205	
	38	15	27	11	28	11.0	26	13.9	23	11.2
Moyenne								0.4		0.2
Médiane								0.0		0.0
Chez consommateurs d'alcool jusqu'à intoxication	-		213		198		149		156	
	-	-	26	12	26	13.1	25	16.8	17	10.9
Moyenne								0.5		0.3
Médiane								0.0		0.0
Prévalence de la surdose au cours du dernier mois (collectif)	241		243		248		182		194	
	34	14	40	17	23	9.3	24	13.2	21	10.8
Moyenne								0.4		0.5
Médiane								0.0		0.0
Chez consommateurs héroïne, cocaïne, amphétamines, drogues de synthèse	-		153		145		111		134	
	-	-	37	24	23	15.5	24	21.6	20	14.9
Moyenne								0.7		0.7
Médiane								0.0		0.0

Tableau 17 Données concernant la santé physique et l'état psychologique des personnes vues au moins une fois pour une indication, 2017-2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	237		238		250		186		205	
Moyenne : totale		4.3		4.6		4.1		4.2		3.3
Moins de 30 ans		-		2.3		1.8		3.1		1.8
Entre 30 et 60 ans		-		4.9		4.4		4.5		3.6
60 ans et plus		-		6		4.5		3.5		2.9
Médiane : totale		2		3		2		2		2
Moins de 30 ans		-		1		1		2		1
Entre 30 et 60 ans		-		3		2		2		2
60 ans et plus		-		4		4		3.5		2
Personnes hospitalisées pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	132 (N=242)	55	123 (N=234)	53	128 (N=248)	51.6	107 (N=191)	56.0	108 (N=202)	53.5
Nombre d'hospitalisations par personne										
Moyenne		3.4		2.2		2.6		2.4		2.2
Médiane		1		1		1		1		1
Personnes prises en charge en ambulatoire pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	181 (N=243)	75	172 (N=233)	74	193 (N=249)	77.5	146 (N=188)	77.7	164 (N=198)	82.8
Nombre de prise en charge ambulatoire par personne										
Moyenne		2.2		1.8		2.1		1.9		2.5
Médiane		1		1		1		1		2
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	243		244		260		194		198	
Moyenne		16.8		17.6		17.6		18.0		18.0
Médiane		15		20		20		20		20
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	168 (N=243)	68	185 (N=248)	75	192 (N=260)	73.8	122 (N=195)	62.6	142 (N=208)	68.2

Tableau 18 Données sociodémographiques et de santé, indices de gravité et score concernant les femmes, 2021 (N=50)

	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Données sociodémographiques	74		45		50	
Nationalité						
Suisse	50	67.6	35	77.7	35	71.4
Etrangère	24	32.4	10	22.2	14	28.6
Type de logement	75		45		50	
Propre logement	51	68.0	37	82.2	36	72.0
Stable dans la famille, proches	6	8.0	3	6.7	5	10.0
Sans domicile fixe	3	4.0	2	4.4	5	10.0
ESE ou EMS	6	8.0	2	4.4	3	6.0
Hôtel	-	-	-	-	0	0.0
Hôpital	7	9.3	0	0	-	-
Prison	1	1.3	0	0	-	-
Autre	1	1.3	1	2.2	1	2.0
Parent d'enfants mineurs	75		45		49	
Oui	24	32.4	9	20.0	18	36.7
Niveau d'étude (dernière formation achevée)	72		44		48	
Sans titre secondaire II	22	30.6	13	29.5	19	39.6
Source de revenu (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	75		43		49	
Salaire	8	10.7	3	7.0	5	10.2
Chômage	3	4.0	2	4.7	2	4.2
AI	28	37.3	10	23.3	19	39.6
RI	19	25.3	15	34.9	15	30.6
Aucune	7	9.3	6	14.0	4	8.2
Autre	15	20.0	13	30.2	4	8.2
Données de santé physique et de l'état psychologique						
Dépistage VIH	75 / 38		44 / 21		48 / 23	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	57 / 36	76.0 / 94.7	29 / 17	65.9 / 81.0	33 / 21	68.8 / 91.3
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne / médiane (personnes ayant injecté)		28.6 / 11		35.2 / 4		30.1 / 6
Résultat :						
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	7 / 6	12.5 / 17.1	0 / 0	0 / 0	3 / 2	9.4 / 9.5
Dépistage VHC	75 / 38		44 / 21		48 / 25	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	38 / 29	50.7 / 76.3	19 / 14	43.2 / 66.7	25 / 18	52.1 / 78.3
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne (personnes ayant injecté)		26.8 / 9		11.9 / 3		24.0 / 9
Résultat :						

	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	3 / 3	8.1 / 11.1	1 / 1	5.2 / 7.1	6 / 6	24.0 / 33.3
Dépistage VHB	74 / 37		44 / 21		48 / 23	
Test au cours de la vie (collectif / personne ayant injecté)	45 / 29	60.8 / 78.4	22 / 13	50.0 / 61.9	22 / 16	45.8 / 69.6
Durée (mois) depuis le dernier test en moyenne (personnes ayant injecté)		32.6 / nd		12.3 / 3		39.0 / 12
Résultat						
Prévalence de résultats positifs (collectif / personne ayant injecté)	2 / 0	4.4 / 0.0	1 / 1	4.3 / 7.1	0 / 0	0.0 / 0.0
Nombre d'hospitalisations par personne pour un problème de santé physique durant la vie	73		43		47	
Moyenne		3.1		3.5		2.9
Médiane		2		3		2
Nombre d'hospitalisations pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	69		44		46	
Moyenne		4.6		2.2		2.9
Médiane		2		1		1
Nombre de prises en charge en ambulatoire pour un problème psychologique ou émotionnel durant la vie	70		43		45	
Moyenne		2.8		2.2		2.8
Médiane		1		2		2
Nombre de jours avec problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois par personne	73		45		45	
Moyenne		19.0		20.3		17.8
Médiane				30		15
Médication prescrite pour problème psychologique ou émotionnel durant le dernier mois	58	81	32	71.1	39	78.0
Troubles psychologiques ou émotionnels au cours du dernier mois						
Anxiété	48	66.7	30	66.7	32	65.3
Troubles de la concentration	30	40.5	25	55.6	17	34.0
Dépression grave	30	42.0	23	51.1	29	59.2
Pensées suicidaires	15	20.3	11	24.4	11	22.0
Difficulté à maîtriser un comportement violent	12	16.2	8	17.8	11	22.0
Violence auto-dirigée	8	11.0	5	11.4	4	8.3
Hallucinations	6	8.2	3	6.7	2	4.1
Tentative de suicide	2	2.7	2	4.4	2	4.1
Indices de gravité						
Dimension <i>Consommation d'alcool</i>		2.3		2.7		2.9
Dimension <i>Consommation de drogues</i>		1.4		0.9		1.2
Dimension <i>Santé physique</i>		1.4		1.6		1.9
Dimension <i>Relations familiales</i>		2.2		2.0		2.6
Dimension <i>Etat psychologique</i>		2.5		2.5		2.6
Dimension <i>Emploi et ressources</i>		1.6		1.8		1.6

	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Dimension <i>Situation judiciaire</i>		0.4		0.3		0.4
Scores (<i>indication (évolution)</i>)						
Dimension <i>Consommation d'alcool</i>	(8)	0.57 (-0.52)	(8)	0.29 (-0.22)	(13)	0.57 (-0.38)
Dimension <i>Consommation de drogues</i>	(14)	0.10 (-0.02)	(11)	0.11 (-0.02)	(16)	0.19 (-0.04)
Dimension <i>Santé physique</i>	(13)	0.32 (-0.13)	(11)	0.28 (-0.00)	(15)	0.38 (-0.18)
Dimension <i>Relations familiales</i>	(10)	0.33 (-0.17)	(10)	0.29 (-0.15)	(15)	0.34 (-0.17)
Dimension <i>Etat psychologique</i>	(13)	0.52 (-0.25)	(11)	0.38 (-0.15)	(15)	0.43 (-0.19)
Dimension <i>Emploi et ressources</i>	(12)	0.75 (-0.00)	(10)	0.84 (-0.04)	(16)	0.81 (-0.00)
Dimension <i>Situation judiciaire</i>	(13)	0.07 (-0.07)	(10)	0.09 (0.01)	(14)	0.01 (0.03)

Tableau 19 Indices de gravité comparés en fonction des ESE, 2018-2021

Année 20..	Bartimée				Levant				Relais				Oliviers				Arcadie				Estérelle				Epi				Total						
	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20	21	18	19	20
N	22	21	31	14	24	44	16	28	4	2	5	3	76	61	40	41	43	58	33	47	42	52	36	46	9	10	10	10	250	275	199	220			
Alcool	1.4	1.5	1.9	1.4	1.1	1.3	2.0	1.5	3.0	2.0	0.4	1.3	2.8	2.3	2.8	2.4	3.2	2.9	3.0	2.8	3.4	3.2	3.0	3.0	2.4	2.8	2.8	3.4	2.5	2.4	2.5	2.4			
Drogue	2.7	2.9	2.6	2.6	2.7	2.7	3.0	2.8	0.8	2.5	2.8	1.3	1.3	1.5	1.4	1.8	0.4	0.5	0.4	1.0	0.6	0.5	0.3	0.9	1.8	1.8	1.0	1.3	1.3	1.4	1.4	1.6			
Santé physique	1.3	1.5	1.4	1.9	1.8	1.4	1.7	1.1	1.5	1.0	0.0	0.3	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.9	1.5	1.8	1.1	1.7	1.7	1.6	1.9	2.0	1.8	1.6	1.4	1.6	1.6			
Relations familiales	2.3	2.0	2.2	2.2	1.8	2.0	2.1	2.2	3.3	2.0	2.6	2.0	2.1	2.0	2.0	2.0	1.9	1.8	2.0	2.2	2.6	1.7	1.8	2.2	2.3	2.2	2.3	2.2	2.2	2.0	2.0	2.3			
Etat psychologique	2.4	2.4	2.4	2.1	2.4	2.6	2.6	2.3	2.5	3.0	3.0	2.3	2.6	2.4	2.4	2.6	2.5	2.2	2.4	2.3	3.0	2.6	2.6	2.6	2.1	2.4	2.2	2.7	2.6	2.5	2.5	2.5			
Emploi / ressources	2.5	1.9	2.2	1.9	1.9	1.7	2.2	1.6	3.3	3.0	1.2	2.0	2.2	1.9	1.7	1.8	1.8	1.8	2.0	1.5	2.0	1.5	1.5	2.1	1.8	2.3	1.8	2.0	2.0	1.8	1.8	1.8			
Situation judiciaire	1.2	0.7	0.9	0.6	0.9	1.2	1.3	1.2	0.8	0.0	1.0	0.3	0.7	1.0	0.4	0.7	0.3	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	0.2	0.6	0.2	0.5	0.8	0.1	0.5	0.6	0.5	0.6			

NB : Les données pour l'année du rapport (2021) sont en gras lorsqu'elles sont supérieures à la moyenne.

Figure 16 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Consommation d'alcool*, 2021 (N=181) (plusieurs réponses possibles)

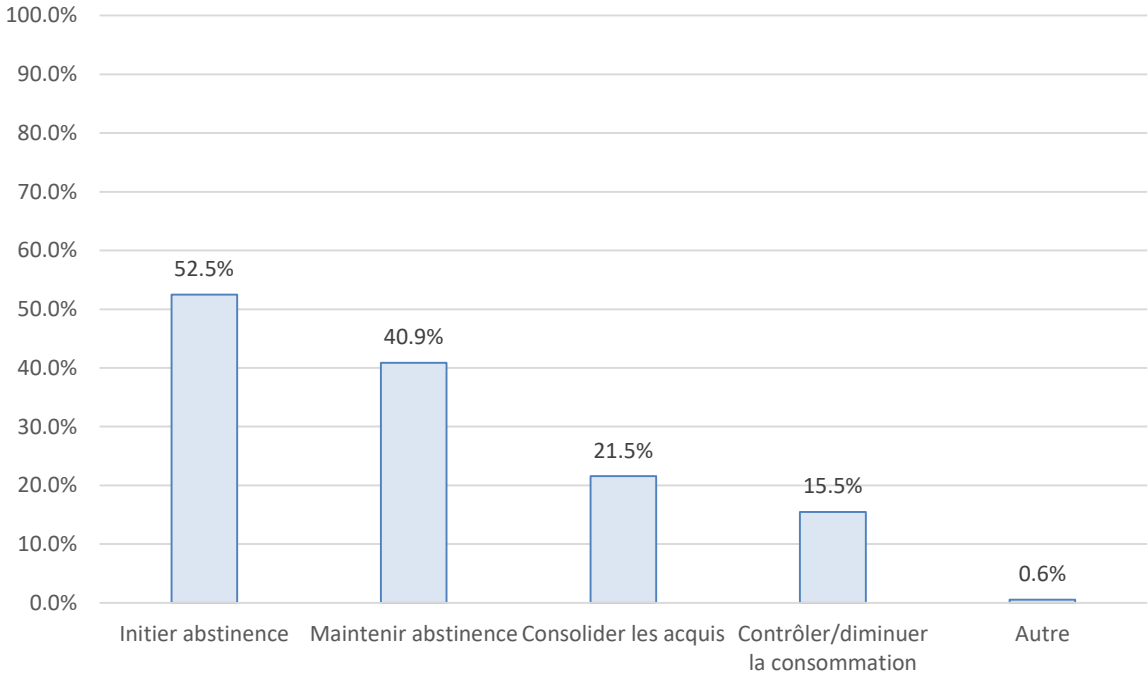


Figure 17 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Consommation de drogues*, 2021 (N=138) (plusieurs réponses possibles)

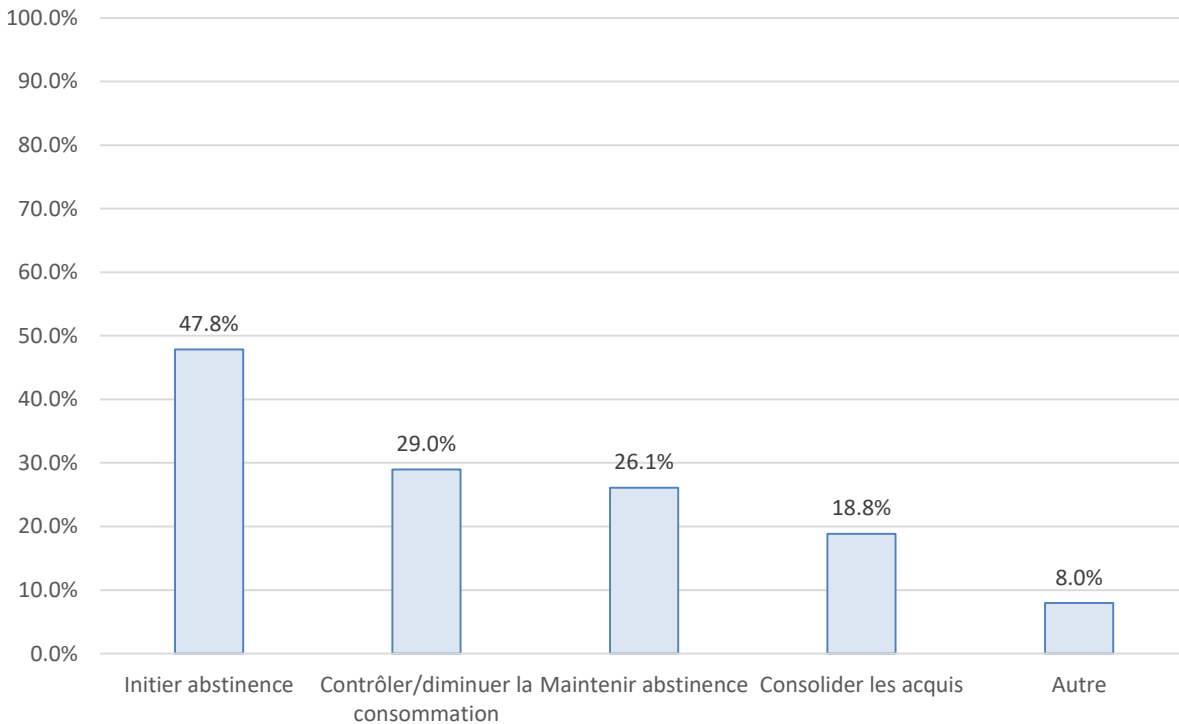


Figure 18 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Santé physique*, 2021 (N=198) (plusieurs réponses possibles)

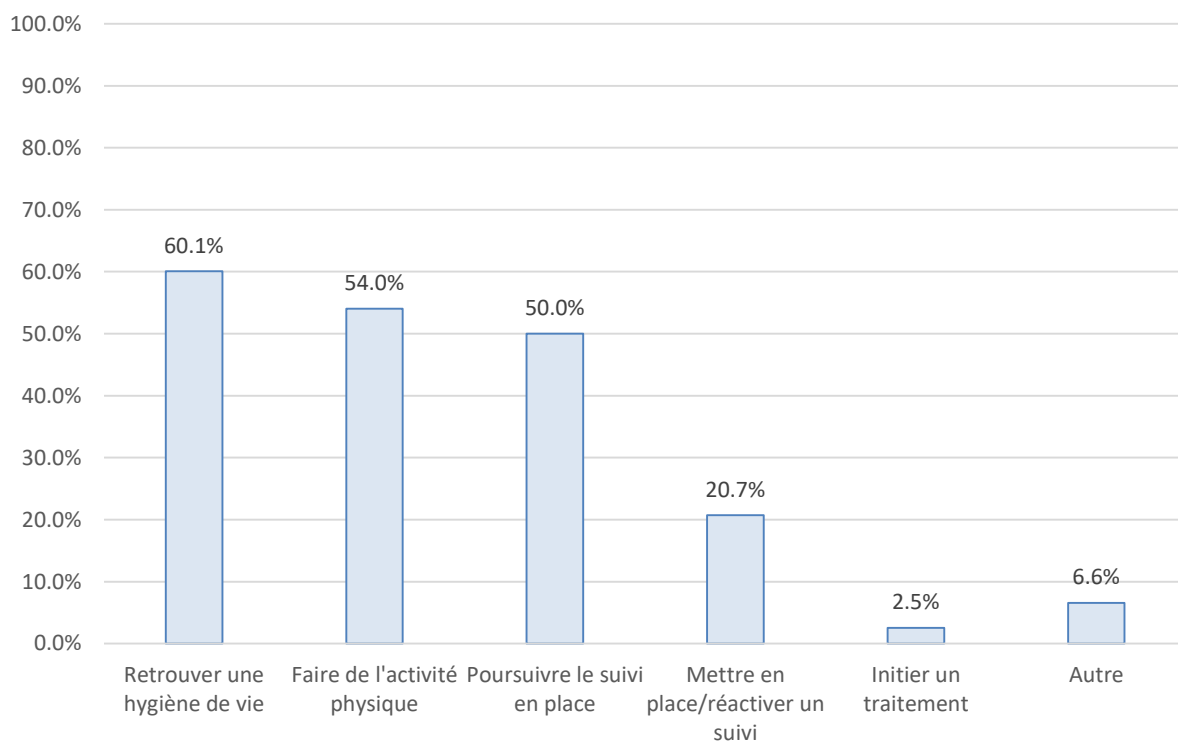


Figure 19 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Relations familiales et interpersonnelles*, 2021 (N=126) (plusieurs réponses possibles)

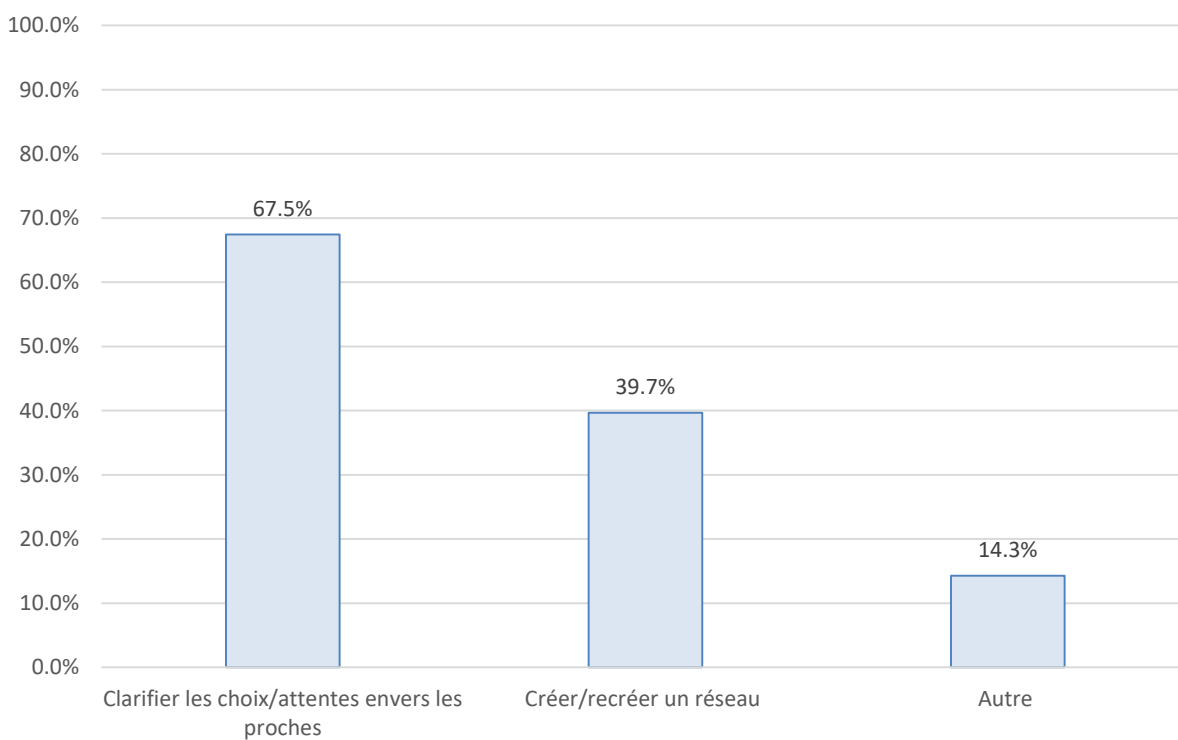


Figure 20 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Etat psychologique*, 2021 (N=211) (plusieurs réponses possibles)

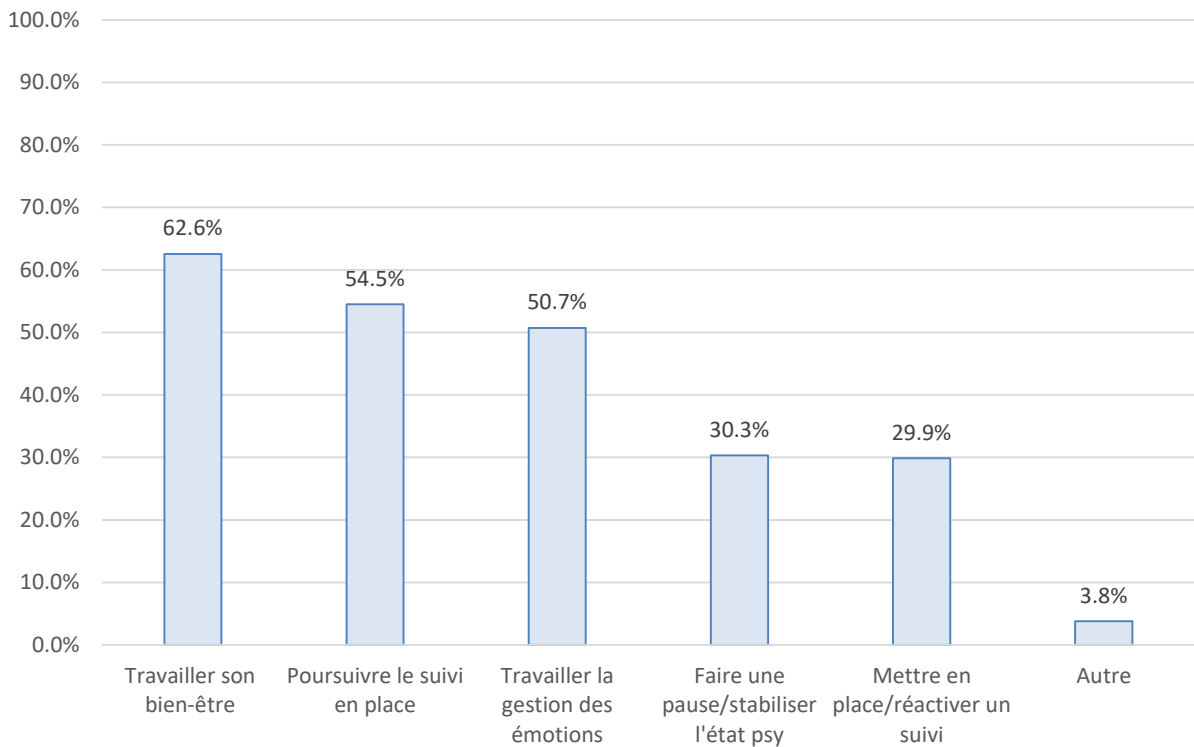


Figure 21 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Emploi et des ressources*, 2021 (N=197) (plusieurs réponses possibles)

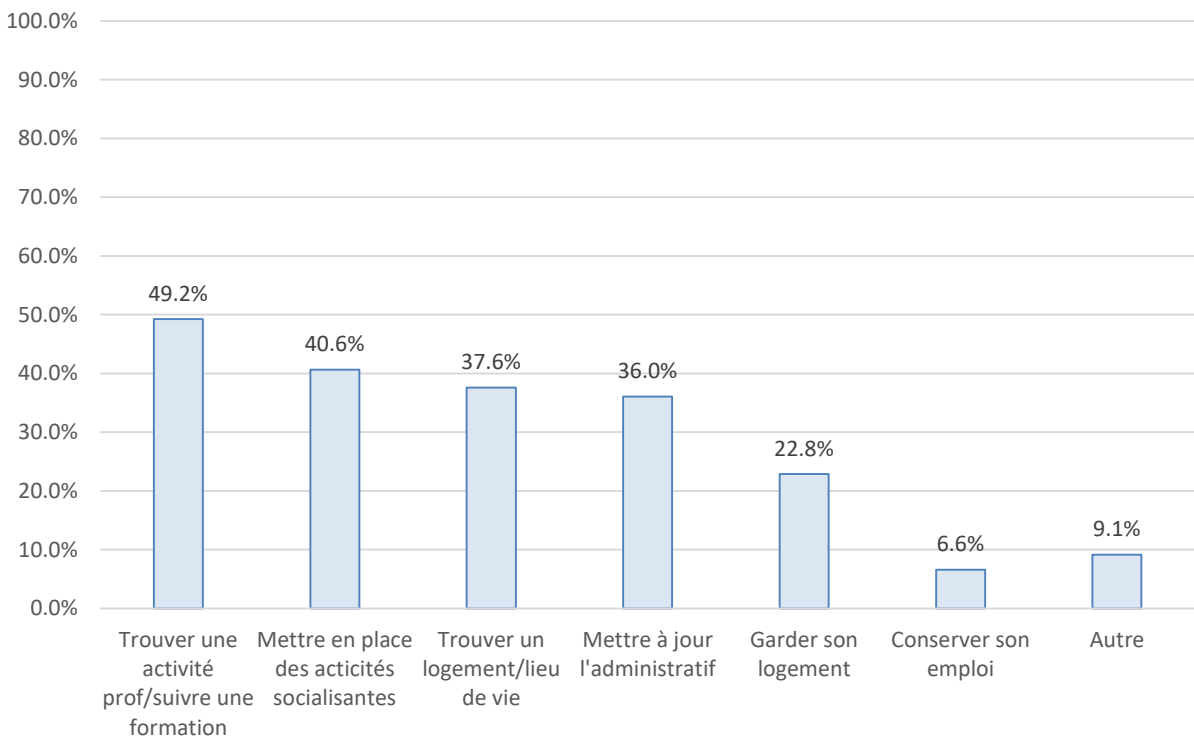
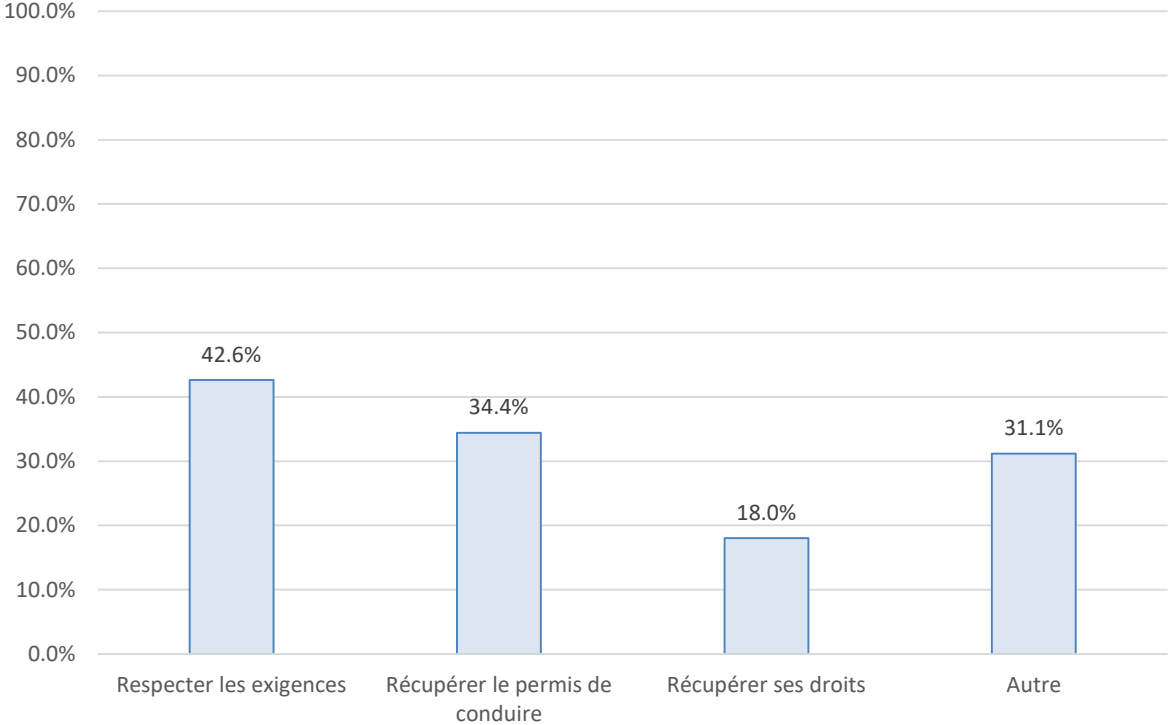


Figure 22 Buts poursuivis par la personne concernée au moment de l'indication : dimension *Situation au niveau de la Justice et de l'administration*, 2021 (N=61) (plusieurs réponses possibles)





Rue Enning 1
1003 Lausanne
T 021 323 60 58
relier.relais.ch