



LIGUE VALAISANNE
CONTRE LES TOXICOMANIES

INDICE DE GRAVITE D'UNE TOXICOMANIE AU SEIN DE LA LVT ANNEES 2002 A 2007

INTEGRATION DANS LES SERVICES

HISTORIQUE

COUTS INDUITS

FORCES ET FAIBLESSES PERÇUES DE L'IGT

PORTRAIT IGT DE LA CLIENTELE ADMISE

SCORES DE GRAVITE DES PROBLEMES

SCORES COMPOSES ET IMPACT DU TRAITEMENT

THEMES PARTICULIERS

CLIENTELE AVEC DES PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES

MALTRAITANCE – DETRESSE EXISTENTIELLE

CONSOMMATION DANS LE MILIEU DE VIE

DENI ET MOTIVATION

ANNICK CLERC BEROD, PHD

COLLABORATRICE SCIENTIFIQUE LVT

TABLE DES MATIERES

Table des Matières	1
Introduction	4
Historique et intégration dans les services	4
Présentation de l'IGT	5
<i>Qu'est-ce que l'IGT ?</i>	5
<i>Pourquoi l'IGT ?</i>	5
Introduction de l'IGT au sein de la LVT	6
<i>Mise en place de l'IGT</i>	6
Moyens, difficultés et résistances	6
Validité et fiabilité de l'IGT dans le contexte valaisan	7
Intégration de la statistique nationale act-info	7
Complications liées au bilinguisme du canton du Valais	8
<i>Les diverses utilisations de l'IGT au sein de la LVT</i>	8
Utilisation clinique faite par les intervenants et équipes thérapeutiques	8
Utilisation dans une perspective d'orientation dans les services	8
Utilisation de l'IGT comme base de langage commun	9
Utilisation de l'IGT dans une perspective de recherche	9
<i>Dernières perceptions de l'IGT</i>	9
Forces de l'IGT	9
Faiblesses de l'IGT	9
Opportunités liées à l'IGT	10
Menaces liées à l'IGT	10
<i>Coûts induits</i>	11
Coût des formations et réunions d'échanges	11
Coût de l'investissement en temps intervenant-équipe thérapeutique	11
Coût de la gestion, saisie et exploitation spécifique des données	11
Analyses de base du collectif IGT 2002-2007	13
Description du collectif	13
<i>Durée moyenne de passation</i>	14
<i>Représentativité de la clientèle évaluée</i>	14
Caractéristiques sociodémographiques	14
Sources de signalement, consommations problématiques et antécédents de traitement	16
Portrait de la clientèle	17
<i>Description du collectif selon les sept domaines de l'IGT</i>	17
Alcool et drogues	17
Etat médical	20
Relations familiales et interpersonnelles	20
Etat psychologique	22
Emploi et ressources	23
Situation légale	26
Profils de consommation	28
<i>Vécu de consommation</i>	28
Premières consommations et consommations régulières	28
Abstinence	30
<i>Consommation au cours des 30 derniers jours</i>	32
Gravité des problèmes	34

Considérations sur les évaluations de la gravité	34
<i>Profils cliniques de gravité</i>	35
<i>Typologie clinique de la clientèle</i>	37
Caractéristiques principales des groupes retenus	37
Répartition par institution	39
Répartition par sexe	40
Scores composés et impact des prises en charge	42
Analyse des scores composés	42
<i>Résultats bruts</i>	42
<i>Comparaison avec d'autres populations d'alcooliques ou de toxicomanes</i>	43
Impact des traitements	43
<i>Résultats dans les institutions résidentielles</i>	44
<i>Résultats dans le secteur ambulatoire</i>	45
Problématiques spécifiques	47
Clientèle avec des problèmes psychologiques	47
<i>Quelques données épidémiologiques</i>	47
<i>Critères d'identification</i>	47
<i>Volume de la clientèle toxicomanie-santé mentale</i>	48
<i>Caractéristiques de la clientèle toxicomanie-santé mentale</i>	49
Au niveau des sources de signalement	49
Au niveau des consommations et des traitements spécialisés	49
Au niveau du mode de vie et de l'entourage	49
Au niveau des ressources	50
Au niveau des scores composés	50
Au niveau des estimations de gravité faite par l'intervenant	50
Vécu de maltraitance et de détresse existentielle	51
<i>Quelques données de population</i>	51
<i>Volume de la clientèle concernée</i>	51
Maltraitance	52
Détresse existentielle	52
<i>Caractéristiques de la clientèle concernée</i>	52
Historique familial à problèmes et milieu de vie actuel toxicomane	56
<i>Historique familial à problèmes</i>	56
<i>Milieu de vie toxicomane</i>	59
Motivation et déni	62
<i>Volume de la clientèle concernée</i>	62
Conclusion générale	67
Résultats principaux	67
<i>Consommation d'alcool et de drogue</i>	67
<i>Etat de santé physique</i>	67
<i>Relations familiales et interpersonnelles</i>	67
<i>Etat psychologique</i>	68
<i>Situation légale</i>	68
<i>Typologie clinique de la clientèle</i>	69
<i>Motivation au traitement</i>	69
<i>Impact des prises en charge au sein de la LVT</i>	69

Perspectives

	70
<i>Approfondissement de thèmes spécifiques</i>	70
<i>Interpellation des pratiques des intervenants</i>	70
<i>Liens avec les prestations fournies</i>	70
<i>Etude de catamnèse</i>	70

INTRODUCTION

Le présent document dresse le bilan de l'expérience liée à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie au sein des services de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies durant la période 2002-2007, tant du point de vue de la mise en pratique que des résultats numériques et statistiques disponibles.

La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) est l'organisme responsable en Valais de la prise en charge des personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives. Elle est au bénéfice d'une convention de collaboration avec l'Etat du Valais. La LVT regroupe sous le même toit l'ensemble des services en toxicomanies du canton du Valais, partagés entre (1) les services ambulatoires organisés selon cinq Centres d'Aide et de Prévention répartis géographiquement sur l'ensemble du territoire valaisan (Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Brigue), et (2) le secteur de traitement résidentiel incluant quatre institutions résidentielles, à savoir les Foyers des Rives du Rhône à Salvan et à Sion (30 lits), spécialisés dans la prise en charge des problématiques liées aux drogues illégales, la Villa Flora à Sierre (18 lits) et Via Gampel à Gampel (12 lits), spécialisées dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool.

La LVT favorise une approche territoriale et la constitution d'un réseau avec des organismes externes sous forme de conventions de collaboration et de directives. Une intégration générale des pratiques a été adoptée, notamment en regroupant le traitement de toutes les substances psychoactives dans tous les services ambulatoires. L'offre ambulatoire se veut variée, puisqu'elle offre des prestations à seuil bas, à seuil moyen et à seuil haut.

En 2007, la LVT a pris en charge 1733 personnes dans les services ambulatoires et 252 dans les institutions résidentielles. Le nombre de nouvelles admissions pour 2007 se monte à 677 dans le secteur ambulatoire et à 190 dans le secteur résidentiel.

HISTORIQUE ET INTÉGRATION DANS LES SERVICES

A la fin des années 90, un rapport d'expertise du groupe de Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives – Québec (RISQ) a mis en avant les avantages de l'organisation de la LVT, qui représente une opportunité pour développer un réseau de services complémentaires et continus en Valais. L'expertise suggérait cependant des objectifs à moyen terme et à long terme à poursuivre, afin de conduire à une meilleure intégration entre tous les services de la LVT. Aux premières places de ces objectifs se trouvait le développement d'un système d'évaluation de la clientèle pour adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle.

Une évaluation rigoureuse et appropriée de la toxicomanie et des problèmes qui y sont associés était – et est toujours – à l'ordre du jour. La réduction possible des ressources face à l'ampleur du problème et la nécessité imposée de rechercher les solutions les plus efficaces au moindre coût pressaient à évaluer judicieusement sur quoi doit porter l'intervention et comment elle devrait être faite (cette pression existe encore actuellement). La LVT a donc décidé d'introduire dans l'ensemble de ses services un système d'évaluation de la clientèle, car étaient ressentis :

- le besoin d'une évaluation globale et synthétique de la toxicomanie et des problèmes associés dans le contexte d'intervention valaisan ;
- le besoin de tracer un profil relativement complet et valide des clientèles toxicomanes de la LVT et d'effectuer des comparaisons entre des sous-groupes de ces clientèles ou avec d'autres populations.

Il a été décidé que le système d'évaluation de la clientèle de la LVT soit centré sur l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT).

PRESENTATION DE L'IGT

Qu'est-ce que l'IGT ?

L'Addiction Severity Index a été développé par Mc Lellan et al. dès 1980¹, et l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) est la version québécoise de cet instrument, développée et validée par le RISQ². L'IGT est un instrument semi-structuré d'environ 190 questions incluant 60 points objectifs critiques permettant d'évaluer la gravité des problèmes associés à la surconsommation de drogues et d'alcool, et de quantifier le besoin de traitement. Il fournit un profil de gravité pour sept catégories principales de problèmes : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, l'emploi et les ressources, les relations familiales et interpersonnelles, l'état psychologique et la situation judiciaire. Le mode d'administration de l'instrument est l'entretien face à face. En principe, la durée de l'entretien est de 60 minutes.

L'IGT permet d'obtenir deux types de scores dans chacun des sept domaines :

1. Un score de gravité et un score de besoin de traitement, allant de 0 à 9, indiquant respectivement un degré croissant de la gravité des problèmes présents et passés du client, et un degré de nécessité d'une forme quelconque d'intervention.
2. Un score composé, allant de 0 à 1, calculé de façon objective à partir d'une combinaison d'items liés à l'échelle (produit au moyen de formules mathématiques permettant d'assurer une pondération égale des items sélectionnés).

Il faut relever que L'IGT n'est pas un outil de dépistage de première ligne. Son utilisation devrait être envisagée seulement après qu'un premier tri, effectué avec des outils plus légers, ait permis de dépister les personnes aux prises avec des problèmes de surconsommation de substances psychoactives. L'IGT n'est pas non plus un instrument qui permet d'évaluer strictement une dépendance à une substance psychoactive ou de poser un diagnostic.

L'utilisation de l'IGT exige que les intervieweurs soient au bénéfice d'une formation spécifique à l'instrument.

Pourquoi l'IGT ?

L'IGT a été choisi par la LVT car il est un instrument de qualité et répond à l'ensemble des exigences imposées :

1. On y trouve une vision multidimensionnelle de la toxicomanie, car sept sphères de problèmes sont explorées, qui couvrent l'ensemble du champ biopsychosocial. Cette vision correspond à la philosophie générale de prise en charge dans la LVT.
2. L'ensemble des substances psychoactives est couvert par l'instrument, ce qui dans l'approche intégrée des services de la LVT, est essentiel.
3. L'outil est conçu de façon à pouvoir s'appliquer autant dans un contexte clinique que de recherche :
 - **Sur le plan clinique** : il autorise une évaluation de premier niveau de l'ensemble des problèmes qui peuvent être associés à la surconsommation d'alcool et de drogues, et permet l'élaboration d'un plan d'intervention en tenant compte de la gravité des problèmes telle qu'évaluée par l'intervieweur. L'évaluation par le sujet lui-même de la gravité de ses problèmes et de son besoin de traitement dans chacun des domaines abordés, permet notamment d'associer le client au processus de changement qui peut découler de l'évaluation, et d'amorcer un travail sur sa

¹ McLellan A et al. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Diseases, 173 (7), 412-423

² Bergeron J et al. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Montréal : RISQ

motivation. L'IGT permet un premier niveau d'évaluation de la conscience que le répondant a de ses problèmes, ainsi que de ses attentes à l'égard d'un traitement.

- **Sur le plan de la recherche** : il permet de mesurer le changement et d'évaluer ainsi les effets du traitement dans chacun des sept domaines de problème ; le changement est conçu ici comme un continuum et non comme dichotomique. C'est aussi un outil de base que peuvent utiliser les évaluateurs de programme de traitements pour étudier les questions complexes de l'intervention en toxicomanie. Par exemple, quels sont les objectifs raisonnables du traitement (surmonter le déni du toxicomane, réduire ses comportements à risques, pouvoir clarifier sa position au sein de sa famille, ...) ? Quelles sont les méthodes les plus efficaces pour atteindre ces objectifs (la thérapie de groupe, la substitution à la méthadone, l'intervention psychologique individuelle,...) ? Pour une efficacité maximale, comment organiser le temps et les contextes de l'intervention ?

La polyvalence de l'IGT (clinique et recherche) dans la perspective de faciliter la participation et la contribution des milieux d'intervention dans le développement de programmes de recherche est un avantage indéniable.

La LVT a envisagé l'utilisation de l'IGT dans une stratégie globale d'évaluation, tant en clinique qu'en recherche, afin de pouvoir en optimiser le bénéfice. En effet, les efforts qui doivent être consacrés à la formation des intervenants et au maintien de leur expertise, le temps relativement long de passation, l'investissement important requis pour une saisie de données valide sont autant d'éléments à prendre en considération dans une perspective d'efficience.

Finalement, l'IGT s'accompagne d'une version spécifiquement développée pour la clientèle mineure, l'IGT-ado.

INTRODUCTION DE L'IGT AU SEIN DE LA LVT

Mise en place de l'IGT

Moyens, difficultés et résistances

La première étape dans l'introduction de l'instrument au sein de la LVT a été de former tous les intervenants et équipes thérapeutiques à l'utilisation de l'outil. Cette formation, qui se déroule sur deux jours, a été dispensée par un intervenant spécialisé du RISQ en mai 1999. Actuellement, tous les nouveaux intervenants en ambulatoire et membres des équipes thérapeutiques résidentielles en charge de l'IGT bénéficient de cette formation, effectuée depuis par le secteur recherche-évaluation de la LVT.

Afin de maintenir le niveau d'expertise des intervenants dans l'administration de l'instrument, une séance d'échanges sur l'IGT est organisée régulièrement par le secteur recherche-évaluation de la LVT. Réunissant les intervenants du secteur ambulatoire et les personnes en charge de l'instrument dans les institutions résidentielles, elle a pour buts principaux (1) de rappeler quelques consignes quant à l'administration elle-même de l'outil, (2) de conserver une homogénéité dans la façon de coter la gravité des problèmes, (3) d'échanger sur d'éventuelles difficultés rencontrées et (4) d'échanger sur les différentes pratiques et utilisations cliniques de l'instrument. Idéalement, le rythme des réunions devrait être annuel. En fait il s'est ralenti, les dernières réunions remontant à 2004 et 2007. La raison principale à cette situation réside dans le fait que les intervenants et équipes thérapeutiques ont vécu les premières éditions comme une pression supplémentaire de la direction (les réunions se sont trop centrées sur les arguments « pour » ou « contre » l'outil et non sur la possibilité offerte de discuter des difficultés à pratiquer l'outil et à mettre en commun les expériences personnelles). La pression n'est actuellement plus ressentie aussi fortement par les équipes, l'arrivée de nouveaux intervenants sans passé dans l'institution facilitant également sa disparition progressive.

A côté des préoccupations des intervenants, il reste cependant qu'il est absolument indispensable de garder un rythme au moins biennal, afin de pouvoir rappeler les consignes d'administration de l'outil et de garantir la fiabilité du recueil des données, ce qui est fait actuellement. Ce point est essentiel. L'introduction de l'IGT et son maintien à un

niveau d'utilisation cohérent et fiable nécessitent donc un effort constant, de l'énergie et des ressources non négligeables.

L'introduction de l'IGT dans les services de la LVT n'a pas été sans rencontrer des résistances. Ces résistances se sont manifestées sur une période de temps plus ou moins longue, de façon active ou passive, selon les cas. Plusieurs intervenants ont questionné sur la nécessité de procéder à l'implantation d'un tel outil. Certains intervenants ont craint que le cadre imposé par l'outil ne constitue un obstacle à l'alliance thérapeutique et contribue à augmenter l'attrition de la clientèle. D'autres intervenants ont perçu l'IGT uniquement comme un instrument de recherche ou un acte administratif. Selon les attentes face à un outil d'évaluation de premier niveau, pour certains, il allait trop loin (questions sur les abus sexuels par exemple) ou, pour d'autres pas assez (nécessité de disposer d'autres outils d'investigation plus pointus dans certains domaines). Certaines de ces résistances sont encore présentes chez quelques intervenants, mais tendent clairement à diminuer. Dans le secteur ambulatoire, l'appropriation de l'instrument a été et est donc plus ou moins rapide selon les intervenants (les nouveaux arrivants se l'approprient sans trop de difficultés). L'introduction dans le secteur résidentiel a été tributaire de son intégration dans le déroulement du traitement. Le processus d'introduction d'un instrument d'évaluation de l'envergure de l'IGT nécessite du temps, exige le sens du dialogue et de la patience.

Après une période d'essai et d'adaptation, la direction de la LVT a également décidé dès 2001 de rendre obligatoire l'administration de l'IGT à l'admission de ses services. Les situations où l'IGT ne peut être administré sont depuis documentées. Les principaux motifs de non-administration de l'IGT sont des problèmes de compréhension, un problème lié au tabac ou au jeu, la gestion d'une situation de crise ou le fait que l'administration de l'IGT retarde un placement. Le taux de refus formels reste faible. Des résultats chiffrés détaillés sont exposés au chapitre suivant.

Depuis 2003, l'outil est entièrement ou partiellement intégré dans chacun des systèmes de management de la qualité des Centres d'Aide et de Prévention et des institutions résidentielles.

Validité et fiabilité de l'IGT dans le contexte valaisan

L'IGT a dû être adapté au contexte valaisan à plusieurs niveaux (terminologie, code juridique des infractions, catégorisation professionnelle,...). La fiabilité et la validité de l'instrument adapté ont été étudiées de façon scientifique sur le plan valaisan³, et les résultats des analyses ont permis de conclure que la version de l'IGT adaptée au contexte socioculturel du Valais possède de bonnes qualités psychométriques. L'IGT apparaît comme un instrument d'évaluation valide et fiable lorsqu'administré à la population des patients alcooliques et toxicomanes admis dans les services de la LVT, permettant ainsi des comparaisons au niveau national ou international ou des comparaisons transculturelles.

Intégration de la statistique nationale act-info

En 2002, la direction de la LVT a décidé que tous ses services devaient adhérer au futur recueil statistique national harmonisé act-info. Ce recueil, basé sur un questionnaire comprenant un grand nombre d'informations communes avec l'IGT, ajoutait un acte purement administratif conséquent (recueillir ces informations prend au minimum 30 minutes par client) au travail des intervenants et des équipes thérapeutiques. Plutôt donc que d'imposer deux recueils parfois redondants, le secteur recherche-évaluation a été chargé d'intégrer dans l'IGT les informations nécessaires à la statistique nationale act-info, ne se trouvant pas encore dans l'IGT, et proposer un document unique dès l'année 2003. Les questions propres à la version adaptée et validée de l'IGT n'ont pas été touchées. Le travail des équipes et des intervenants en a été considérablement simplifié et allégé.

Des règles d'administration ont simultanément été introduites afin de conserver une homogénéité des pratiques et assurer une fiabilité du profil de la clientèle à l'admission : dans les services ambulatoires, l'évaluation doit être effectuée au plus tard au 3^{ème} entretien, dans les institutions résidentielles, lors de la première semaine du séjour, mais au plus tard au 11^{ème} jour du séjour.

³ Clerc Béro A, Schalbetter P, Moix J-B (2002). *L'indice de Gravité d'une Toxicomanie. Fiabilité et validité auprès de patients alcooliques et toxicomanes du Valais romand*. Rapport interne LVT RE/02.01.

Complications liées au bilinguisme du canton du Valais

La particularité du canton du Valais d'être un canton bilingue français-allemand ajoute malheureusement quelques lourdeurs à la pratique de l'IGT, le contexte d'intervention dans le Haut-Valais différant de celui du Valais romand. L'outil et le manuel d'utilisation ont du être traduits et validés dans le contexte du Haut-Valais, et la formation adaptée. Les réunions d'échanges ne sont pas aussi interactives et dynamiques qu'elles pourraient l'être et la communication des résultats souffre d'inertie.

Les diverses utilisations de l'IGT au sein de la LVT

Utilisation clinique faite par les intervenants et équipes thérapeutiques

Les données recueillies permettent à la majorité des intervenants d'établir objectivement le profil de gravité de la personne, de dégager les forces de la personne et d'inférer les liens entre les sept domaines de problèmes potentiels. En fonction de ces informations, l'intervenant identifie les objectifs possibles à atteindre par la personne et les moyens à utiliser pour les atteindre, il les priorise, les négocie et prévoit un échéancier avec la personne. Mais cette utilisation de l'IGT n'est pas si simple pour certains intervenants, et le besoin de pouvoir disposer d'un document permettant d'établir un plan d'intervention a été ressenti par certains d'entre eux. Grâce au RISQ, un tel document est maintenant disponible⁴. **En outre, depuis 2008, la base informatisée des dossiers des clients suivis en ambulatoire intègre pour chaque domaine de l'IGT, les évaluations de gravité et de besoin de traitement effectuées par les intervenants, ainsi que les objectifs déterminés à atteindre.**

Quelles que soient les difficultés à intégrer les résultats de l'IGT dans le déroulement du traitement, il ne faut pas oublier que faire passer l'IGT est déjà un acte clinique en soi : c'est un bilan pour la personne, une mise à plat de sa situation. L'IGT est en outre une forme de confrontation qui a l'avantage de ne pas être arbitraire, et la maîtrise de l'instrument permet d'aller au-delà de certaines questions (et l'utilisation clinique de l'instrument commence déjà là, avec la relation qui s'installe).

Il faut cependant remarquer que l'instrument a peut-être été surévalué par certains intervenants qui pensaient avoir à disposition un outil « ultime » qui ferait tout et résoudrait tous leurs problèmes. Leur déception a pu provoquer quelque démotivation à utiliser l'outil. Il est essentiel d'être vigilant aux problèmes et doutes des intervenants. Dans l'introduction d'un tel instrument auprès des intervenants et des équipes thérapeutiques, il est nécessaire de rappeler ses propriétés et ses limites. Les réunions d'échanges prennent dans cette perspective toute leur importance.

Actuellement il y a appropriation clinique de l'instrument par une majorité des intervenants et des référents dans les résidentiel.

Utilisation dans une perspective d'orientation dans les services

L'utilisation de l'IGT au sein des services de la LVT n'est pas centrale dans une perspective d'orientation dans les différents services de la LVT. Plusieurs raisons existent à cela :

L'organisation elle-même des services ambulatoires où aucune compétence spécifique à différents types de prise en charge ou aucun traitement spécifique à des groupes de clients prédéterminés n'existe. Chaque intervenant est polyvalent et assume tous les aspects de la prise en charge du client, quel que soit son profil. Il s'appuie au besoin sur les prestations des partenaires du réseau.

Le placement d'un client par un intervenant d'un Centre d'Aide et de Prévention dans un service résidentiel, bien qu'utilisant l'IGT, est également basé sur d'autres critères, tels que des critères de dépendance ou d'abus à la substance psychoactive, de motivation de la personne, ainsi que des ressources de la personne et de son entourage.

⁴ Landry V, Desjardins L, Bastien M-F (2005). *Indice de Gravité d'une Toxicomanie. Guide de pratique clinique*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).

Dans les institutions résidentielles de la LVT, le choix du traitement se fait souvent lors de la pré-admission, et l'utilisation de l'IGT n'est alors pas déterminante. Des réflexions supplémentaires pourraient être encore entreprises afin d'intégrer de façon optimale l'IGT dans le déroulement du traitement.

Utilisation de l'IGT comme base de langage commun

L'articulation et l'organisation des services de la LVT font qu'une partie des clients admis dans les institutions résidentielles ont transité ou transiteront par les services ambulatoires de la LVT. Dans un tel contexte, la circulation de l'information entre les différents partenaires est essentielle. L'utilisation d'un langage commun, basé sur un même outil, permet d'avoir une meilleure compréhension globale de la situation de la personne, d'être plus efficace et d'avoir une meilleure continuité dans les services. Les différentes institutions échangent régulièrement les informations basées sur l'IGT.

Utilisation de l'IGT dans une perspective de recherche

Les premières analyses statistiques liées à l'IGT ont été prometteuses et légitiment la publication du présent rapport. Outre de permettre d'établir des profils de gravité de la clientèle selon les régions ou selon les institutions, selon le sexe ou le problème majeur, elles permettent de mettre en évidence des problématiques spécifiques, telles que l'ampleur des abus sexuels, des conduites suicidaires ou encore des problèmes de consommation des proches. De plus, par exemple, elles permettent de justifier, bien que cela soit a posteriori, l'orientation de certains clients dans un type de programme d'intervention résidentiel.

Une présentation régulière des résultats aux différentes équipes doit permettre d'offrir au terrain un retour de leur investissement, et de les inclure dans un processus d'échanges et de partenariat.

Dernières perceptions de l'IGT

Les dernières réunions d'échanges liées à l'outil IGT ont permis de dégager le sens actuel donné à l'IGT par les intervenants des services ambulatoires de la LVT. Les indications fournies par les intervenants peuvent être groupées en quatre catégories.

Forces de l'IGT

La force principale de l'IGT réside dans sa capacité à récolter un grand nombre d'informations en facilitant leur structuration. Les nombreuses questions posées marquent de l'intérêt pour le client, et les questions intrusives directes permettent d'obtenir parfois des indications difficiles à acquérir autrement. L'outil dégage avec cohérence la situation globale du client (il oblige l'intervenant à adopter une vision globale) et permet de prioriser les attentes de ce dernier. Les synthèses qu'il dégage sont intéressantes et permettent de proposer quelque chose de concret au client. Il crée un impact qui permet au client de prendre conscience de la gravité de sa situation et de faire des liens entre différents domaines qui lui créent problème. L'outil IGT oblige l'intervenant à faire un temps d'arrêt pour prendre une certaine distance avec la demande explicite.

Faiblesses de l'IGT

La principale faiblesse de l'IGT réside dans son aspect clinique jugé trop limité, car il se centre trop sur les problèmes du client et moins sur ses forces et ressources. Il néglige également trop le contexte de la consommation. L'outil, de par sa densité, laisse peu de place pour l'écoute. Il vient parfois trop tôt et va trop loin. Il est également trop long : la volonté de la direction d'adhérer à la statistique nationale dans le domaine des dépendances act-info a allongé quelque peu de temps de passation (bien que pour l'intervenant le travail global a été vraiment allégé : un seul questionnaire au lieu de deux avec beaucoup d'informations redondantes qui pourraient fatiguer et le client et

l'intervenant). Les consignes de passation de l'IGT (fixée au plus tard au 3^{ème} entretien pour le secteur ambulatoire afin d'augmenter la fiabilité du profil de la clientèle à l'admission) sont parfois mal vécues.

Opportunités liées à l'IGT

Les opportunités peuvent être dégagées sur trois niveaux :

- *Au niveau de l'intervenant.* L'opportunité principale, en donnant du sens sur le moment, est de pouvoir formuler un plan d'intervention et de répondre parfois à l'appréhension de l'intervenant sur la structuration de la relation d'aide. Il permet d'infirmer ou de confirmer une impression. Il facilite la communication intra LVT (avec l'adoption d'un langage et de références communes, en facilitant le transfert d'une situation entre collègues ou entres services) et inter LVT (en présentant simplement la situation globale du client et les domaines problématiques). Il permet une aide mutuelle dans la recherche et l'amélioration du sens de l'intervention. Une marge de manœuvre dans la réalisation ou non de l'IGT auprès d'un client peut être possible.
- *Au niveau du client.* En marquant de l'intérêt à son encounter, le client bénéficie au moins de quelque chose de concret. L'outil permet parfois de désamorcer le déni et d'activer la prise de conscience des problèmes. L'outil est positif si le client est motivé et agit sur une base volontaire, en permettant notamment de s'ouvrir face à des questions restées enfouies.
- *Au niveau de l'institution.* L'opportunité principale au niveau de l'institution est l'apporter du crédit à l'intervention. En récoltant des données indispensables et produisant des mesures pertinentes, l'IGT offre à l'institution la possibilité de mettre en avant la qualité de son travail. L'IGT permet finalement de fournir une base de données dense et commune à l'ensemble de ses services.

Menaces liées à l'IGT

Les menaces liées à l'IGT peuvent également être dégagées sur les trois niveaux précédents :

- *Au niveau de l'intervenant.* Plusieurs menaces importantes ont été révélées : soulever les problèmes sans pouvoir les résoudre, valoriser l'outil au détriment de la relation d'aide, avoir des attentes déçues, la difficulté à s'approprier l'IGT réalisé par un autre intervenant, le risque de dénaturer le travail de l'intervenant, le risque de voir l'aspect clinique disparaître et de faire de l'IGT un outil sans suite.
- *Au niveau du client.* Les menaces principales pour le client concernent les attentes déçues du client qui peuvent mettre en péril la relation de confiance avec l'intervenant, ainsi que le faire pour faire qui peut se révéler un obstacle à l'alliance avec l'intervenant (joining). Il faut également éviter que l'intervention ne se limite qu'à l'IGT. Sur le moment, l'IGT ne laisse également que peu de place aux besoins que le client souhaite exprimer. L'aspect intrusif de l'outil peut aussi parfois choquer le client. Un sentiment d'agacement à la passation de l'IGT peut être présent chez les clients peu motivés. Tout le savoir-faire de l'intervenant prend ici une grande importance.
- *Au niveau de l'institution.* Une des menaces majeures réside dans le caractère obligatoire introduit par la LVT : le faire pour faire peut amener à un rejet de l'outil par certains intervenants. D'un autre côté, laisser une marge de manœuvre trop grande aux intervenants pour argumenter les situations où l'IGT ne peut être réalisé peut amener à une baisse progressive du nombre d'IGT remplis et à une perte considérable d'informations. Le collectif évalué risque de ne pas être suffisamment volumineux pour permettre des analyses fiables et valides. Cette menace tend cependant à disparaître, avec le roulement du personnel et l'arrivée de nouveaux intervenants et les exigences intégrées dans certains systèmes de management de la qualité. Une dernière menace, et non des moindres, est une utilisation différenciée de l'outil en fonction des intervenants (présentation de l'outil au client, sens donné à l'outil et aux informations récoltées,...) qui pourrait engendrer la mise en place de systèmes parallèles.

Coûts induits

A côté des bénéfiques recherchés, l'introduction et l'utilisation de routine de l'IGT ne sont pas gratuites pour la LVT. La formation initiale de tous les intervenants, la formation des nouveaux intervenants, la formation continue et les réunions d'échanges, le temps intervenant à passer l'IGT, le temps collaborateur scientifique à gérer la saisie des données, vérifier la qualité des données et exploiter la base de données résultantes ont induit, induisent et induiront des coûts annuels ou ponctuels non marginaux. Il est cependant indispensable de rappeler que la seule participation à la statistique nationale act-info ou à tout autre système d'informations et d'évaluation de la clientèle induirait également des coûts non négligeables.

Coût des formations et réunions d'échanges

La formation initiale, conduite par un intervenant spécialisé du centre Dollard-Cormier au Québec, a réuni en mai 1999 pratiquement l'ensemble des intervenants et membres des équipes thérapeutiques de la LVT durant deux journées complètes. Vu les bonnes relations existantes entre la LVT et le RISQ, la venue de cet intervenant avait pu être négociée à des tarifs préférentiels. Actuellement, le coût de la venue d'un intervenant spécialisé se monterait à environ Frs 3'000.-

Actuellement, le secteur recherche-évaluation de la LVT est en charge de la formation des nouveaux intervenants à l'IGT, sur le même modèle de formation du RISQ. S'il fallait facturer en interne la prestation de formation, le coût d'une formation s'élèverait à environ Frs 1500.- pour l'implication du secteur recherche évaluation (participation+préparation). Chaque intervenant participant à la formation coûte environ Frs 950.- (coût horaire moyen actuel d'un intervenant, y compris les frais : Frs 57.- ; un intervenant ou membre d'une équipe thérapeutique est salarié selon la classe 14 de l'échelle des salaires de l'Etat du Valais)

Le coût d'une réunion d'échanges est principalement le coût heures intervenants engendré par la participation des intervenants à ces réunions : soit environ Frs 250.- par intervenant pour une réunion durant une demi-journée.

Coût de l'investissement en temps intervenant-équipe thérapeutique

Annuellement, entre 350 et 420 IGT sont réalisés chaque année au sein de l'ensemble des services de la LVT, soit entre 440 et 530 heures-intervenants par année, ce qui correspond à un montant oscillant entre Frs 25'000.- et Frs 30'000.- par année. Cependant ce coût couvre pour la clientèle évaluée celui qui serait engendré par la statistique nationale act-info et le recours à d'autres moyens d'évaluation auxquels les intervenants et équipes thérapeutiques recourraient de toute façon.

Coût de la gestion, saisie et exploitation spécifique des données

La gestion des formulaires, en lien avec la base informatisée de l'ensemble des clients de la LVT est effectuée par le secteur recherche-évaluation de la LVT. Cette gestion devrait obligatoirement se faire, quels que soient les types de formulaires introduits pour la saisie des informations concernant la clientèle.

La saisie des données est effectuée par une personne auxiliaire, payée actuellement au tarif horaire brut moyen de Frs 34.-. Si l'on compte entre 350 et 420 formulaires IGT à saisir par année, au rythme de 4 IGT saisis à l'heure, le montant annuel uniquement dévolu à la saisie des IGT oscille entre Frs 3'000.- et Frs 3'600.-

L'exploitation de base des données se fait annuellement, est et incluse dans les analyses statistiques traditionnelles. Des analyses spécifiques plus complètes, telles que ce rapport, sont faites régulièrement, dont le coût est proportionnel à l'ampleur de la tâche.

- La LVT a choisi l'IGT car il offre une évaluation multidimensionnelle de la toxicomanie et couvre l'ensemble des substances psychoactives
- L'IGT fournit des résultats utiles aussi bien aux intervenants et aux équipes thérapeutiques (recueil complet d'informations, définition et priorisation des objectifs), qu'aux directions de la LVT (élaboration détaillée de profils de la clientèle).
- La fiabilité et la validité de l'instrument adapté au contexte valaisan ont été étudiées de façon scientifique. L'IGT possède de bonnes qualités psychométriques et apparaît comme un instrument d'évaluation valide et fiable lorsqu'administré à la population des patients alcooliques et toxicomanes admis dans les services de la LVT.
- L'utilisation de l'IGT permet d'avoir une base de langage commune à l'ensemble des services de la LVT.
- L'introduction de l'IGT exige que tous les intervenants et équipes thérapeutiques soient formés à l'utilisation de l'outil. La formation, qui se déroule sur deux jours est dispensée actuellement par le secteur recherche-évaluation de la LVT. Une procédure de supervision lors des premières évaluations a été mise en place dans le secteur ambulatoire.
- Afin de maintenir le niveau d'expertise des intervenants dans l'administration de l'instrument, une séance d'échanges sur l'IGT est organisée régulièrement par le secteur recherche-évaluation de la LVT.
- A côté des bénéfices recherchés par un outil tel que l'IGT, son introduction et son utilisation de routine induisent des coûts (formation initiale des nouveaux intervenants, réunions d'échange, temps d'administration de l'IGT, temps de saisie, de gestion et d'exploitation des données). Mais la seule participation à la statistique nationale act-info ou tout autre système d'évaluation induirait également des coûts non négligeables.

ANALYSES DE BASE DU COLLECTIF IGT 2002-2007

L'objectif de ce chapitre est d'exposer des résultats basés sur les données récoltées au sein de la LVT à l'aide de l'IGT durant la période 2002-2007. Outre les analyses classiques liées aux objectifs de l'IGT, le collectif à disposition est suffisamment grand pour permettre de faire des analyses spécifiques. Les analyses effectuées ont donc pour buts

- de fournir une description détaillée et fiable de la clientèle et de ses problèmes à l'admission des services de la LVT, et d'établir si possible des comparaisons intra-LVT ou avec d'autres populations. Les points abordés concernent
 - l'histoire de consommation de la clientèle et les consommations actuelles
 - les antécédents de traitement
 - le portrait de la clientèle selon les sept sphères de problèmes de l'IGT
 - les scores de gravité associés à chaque domaine
 - les scores composés associés à chaque domaine
- d'étudier le volume relatif au sein de la LVT et les caractéristiques de sous-groupes particuliers tels que
 - les clients avec des problèmes psychologiques
 - les clients victimes de maltraitance (abus sexuels)
 - les clients en détresse existentielle (ayant fait une tentative de suicide)
 - les clients avec un environnement familial à problèmes (de consommation, psychologiques)
 - les clients en situation de déni ou non motivés

Les résultats liés aux données de l'IGT-ado, évaluant la clientèle mineure de la LVT, font l'objet d'un rapport séparé⁵.

Avertissement général au lecteur :

Les résultats présentés sont basés sur les données fournies par les clients à leur admission dans les différents services de la LVT, et ce, à un moment donné de leur parcours de prise en charge (première démarche, évaluation, intervention précoce, motivation, traitement même de la dépendance, prévention de la rechute,...). Ils ne peuvent en aucune manière être compris comme des résultats issus d'enquêtes épidémiologiques pour établir une connaissance réelle de l'abus et de la dépendance aux substances psychoactives en Valais. Les informations produites doivent être lues dans leur contexte thérapeutique.

DESCRIPTION DU COLLECTIF

Entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2007, les services de la LVT ont enregistré 5080 admissions. Un grand nombre de clients vérifiait un des critères de non administration de l'IGT, à savoir

- 283 étaient mineurs ;
- 358 étaient des proches (co-dépendants) venus consulter pour un problème concernant une tierce personne ;
- 77 avaient comme problématique principale le tabac, le jeu pathologique ou les troubles alimentaires ;
- 754 étaient venus pour information sans volonté d'entreprendre un suivi ou ont interrompu très prématurément leur suivi (en grande partie après leur premier entretien ou dès les premiers jours de séjour).

Parmi les clients restant, 144 avaient déjà été évalués à l'aide de l'IGT au cours des 30 derniers jours dans un autre service de la LVT. Le collectif satisfaisant a priori aux critères d'administration de l'IGT comprenait donc 3608 clients.

⁵ Schalbetter P (2008). L'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents : bilan de la période 2002-2007. Rapport interne LVT.

Le nombre des clients évalués à l'aide de l'IGT est de 1987, ce qui représente 55.1% de la clientèle cible. Les principaux motifs de non administration de l'IGT sont la gestion d'une situation de crise (N=332, 20.6% des motifs indiqués), les problèmes de compréhension (langue, carence cognitive,...) (N=145, 9.0%), le fait que l'administration de l'IGT retarde un placement (N=135, 8.4%) et la prise en charge de situations de transfert (N=101, 6.3%). La part des refus est faible (N=112, 7.0% des motifs invoqués). Dans 26.8% des situations, un autre motif a été fourni, et dans les situations restantes, rien n'a été indiqué par l'intervenant ou le référent thérapeutique.

Durée moyenne de passation

En principe, l'intervenant note l'heure du début et l'heure de la fin de l'entretien d'évaluation. Ces informations sont disponibles pour 1613 entretiens, soit 81.2% des évaluations.

En moyenne, la durée de passation d'un IGT (rappel : permettant également de satisfaire à la statistique nationale act-info) est de 75 minutes (écart-type : 21 minutes ; médiane : 75 minutes ; minimum : 20 minutes ; maximum : 224 minutes).

Aucune différence n'est à signifier selon le sexe. Selon les institutions, Via Gampel produit la durée moyenne la plus petite (68 minutes ; écart-type : 13 minutes ; médiane : 60 minutes), suivi de Villa Flora (71 minutes ; écart-type : 22 minutes ; médiane : 70 minutes), des CAP LVT (76 minutes ; écart-type : 21 minutes ; médiane : 75 minutes) et des Foyers FAR/FXB (90 minutes ; écart-type : 22 minutes ; médiane : 90 minutes).

La durée moyenne est stable au cours des ans, oscillant entre 74 minutes (2007) et 77 minutes (2002 et 2003).

Représentativité de la clientèle évaluée

Caractéristiques sociodémographiques

La Table 1 résume les caractéristiques socioprofessionnelles du collectif étudié, par institution et par sexe, et les comparent à celle du collectif cible global.

L'âge moyen des clients évalués est de 40.0 ans (sans différences entre les sexes), les 35-44 ans étant les plus représentés. Près de la moitié (43.5%) du collectif n'a jamais été marié, et environ deux clients sur cinq (41.7%) vivent avec leur conjoint(e) et/ou les enfants. Plus d'un quart du collectif (25.5% ; 32.9% chez les femmes contre 23.1% chez les hommes) est sans formation autre que l'école obligatoire. Si plus de la moitié (52.5%, avec une différence entre les hommes et les femmes) des clients ne travaille pas au moment de leur admission, la part des personnes n'ayant pas travaillé durant les trois dernières années est moindre (26.5% avec une nouvelle fois une différence entre les deux sexes). La Table 1 illustre bien les différences observées selon la clientèle admise selon les institutions.

La comparaison des résultats avec ceux fournis par l'ensemble des 3608 clients satisfaisant a priori les critères d'administration de l'IGT, amènent les commentaires principaux suivants :

- Les clients de Villa Flora sont légèrement surreprésentés dans le collectif (17.5% contre 13.3% dans le collectif cible), principalement au détriment des CAP LVT (71.1% contre 77.7%). Cette faible distorsion est due au fait que l'introduction de l'IGT dans le CAP du Haut-Valais a été effective plus tard. Après réflexion et afin de ne pas rendre la présentation des résultats trop lourde, nous avons renoncé à introduire une pondération redressant l'échantillon dans les analyses globales, cette pondération ne modifiant que de façon très modeste les pourcentages présentés ci-après.
- Les femmes sont très légèrement sous-représentées dans le collectif de l'étude (25.8%, contre 27.8% dans la population cible). Le collectif IGT n'est en moyenne guère plus jeune que la population cible (40.0 ans contre 40.9 ans), différence observée essentiellement dans les CAP LVT.

- Globalement, la clientèle incluse dans le collectif étudié partage les mêmes caractéristiques que la clientèle cible sur les variables décrivant l'origine, l'état civil, les conditions de vie, la formation et le type d'emploi (actuel ou durant les trois dernières années).
- Si l'on considère la représentativité de la clientèle évaluée séparément chez les hommes et chez les femmes, la part des femmes ne travaillant pas est légèrement inférieure dans le collectif IGT étudié (59.3% contre 63.2%).

Table 1. Caractéristiques sociodémographiques du collectif évalué, par institution et par sexe, et globalement(en %). Comparaison avec le collectif cible.

	CAP N=1454	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=310	Via Gampel N=111	Hommes N=1474	Femmes N=513	Total N=1987	Cible N=3608
Sexe								
Hommes	74.7	73.2	70.6	78.4	-	-	74.2	72.2
Femmes	25.3	26.8	29.4	21.6	-	-	25.8	27.8
Age								
Moyenne (ans)	39.9	26.0	43.8	44.3	40.0	39.9	40.0	40.9
18-24 ans	15.5	57.7	5.5	3.6	15.0	17.4	15.6	13.8
25-34 ans	21.3	29.7	14.8	11.7	20.5	19.4	20.2	20.0
35-44 ans	26.4	9.0	30.6	35.1	26.9	25.4	26.6	25.8
45-54 ans	21.5	2.7	32.3	33.3	23.0	22.3	22.8	24.2
55 ans et plus	15.3	0.9	16.8	16.2	14.6	15.5	14.8	16.2
Origine								
Valais	60.4	27.9	48.4	75.5	59.8	50.6	57.5	57.7
Suisse	18.9	46.8	32.9	15.5	20.6	28.3	22.5	22.3
Etranger	20.7	25.2	18.7	9.1	19.6	21.2	20.0	20.1
Etat civil								
Célibataire	42.9	86.4	31.2	41.4	43.8	42.5	43.5	43.3
Marié(e)	30.7	8.1	34.1	21.6	30.5	26.2	29.4	29.3
Séparé(e) légalement	7.9	0.0	10.2	5.4	7.4	8.5	7.7	7.4
Divorcé(e)	15.8	3.6	20.0	27.0	16.5	16.3	16.4	16.4
Veuf(ve)	2.7	1.8	4.6	4.5	1.8	6.5	3.0	3.4
Conditions de vie								
Avec le (la) conjoint(e) et/ou les enfants	44.3	9.9	44.4	33.9	39.3	48.5	41.7	41.9
Avec les parents, la famille ou les amis	18.3	41.4	7.2	15.6	18.6	15.0	17.7	15.9
Seul(e)	33.3	19.8	32.2	45.9	34.9	28.3	33.2	34.2
En milieu institutionnel	2.6	23.4	11.8	2.8	4.7	6.7	5.3	5.7
SDF ou sans conditions stables	1.5	5.4	4.3	1.8	2.4	1.4	2.2	2.3
Formation achevée								
Sans formation	25.8	47.3	21.9	10.8	23.1	32.9	25.5	27.5
Apprentissage, école de commerce	58.5	37.5	52.0	76.6	60.7	47.2	57.3	57.1
Maturité, école professionnelle supérieure	11.4	9.8	14.6	8.1	10.8	14.2	11.6	10.4
Formation supérieure	4.3	5.4	11.6	4.5	5.4	5.7	5.5	5.0
Type d'emploi actuel								
Travail à plein temps	35.8	16.1	37.8	45.5	41.2	19.4	35.5	33.3
Travail à temps partiel, travail temporaire	11.7	11.6	12.4	14.5	8.7	21.3	11.9	12.4
Ne travaille pas	52.5	72.3	49.8	40.0	50.1	59.3	52.5	54.4
Type d'emploi durant les 3 dernières années								
Travail à plein temps	52.7	43.2	62.7	65.7	62.9	28.3	53.8	53.6
Travail à temps partiel, travail temporaire	19.0	25.0	21.7	20.0	14.1	35.1	19.7	19.7
N'a pas travaillé	28.3	31.8	15.7	14.3	23.0	36.6	26.5	26.7

- Si l'on considère la représentativité de la clientèle à l'intérieur de chaque institution, on observe que la part des personnes possédant un emploi à plein temps à Via Gampel est plus élevée dans le groupe évalué (45.5% contre 35.9%, au détriment de la part des personnes ne travaillant pas).

Les analyses effectuées permettent de conclure à la bonne représentativité sociodémographique du collectif étudié par rapport au collectif cible total.

Sources de signalement, consommations problématiques et antécédents de traitement

Le collectif IGT est également analysé sous l'angle de sa représentativité selon les sources de signalement, les consommations problématiques et les antécédents de traitement. Les résultats, dont une partie est synthétisée dans la Table 2, amènent les commentaires suivants :

- La clientèle évaluée a été légèrement moins fréquemment signalée par le monde hospitalier que la clientèle cible (18.9% contre 22.6%).
- Globalement, aucune différence notable n'est observée au niveau des principales consommations problématiques saisies à l'admission des services.
- La part observée de la clientèle sans antécédent de traitement est un peu plus élevée dans la clientèle évaluée que dans la clientèle cible (35.1% contre 29.8%).
- Si l'on considère la représentativité du collectif chez les hommes et chez les femmes, on observe que (1) les hommes signalés par le monde hospitalier sont moins présents (16.7% contre 20.5%) ; (2) les hommes sans antécédent de traitement sont légèrement surreprésentés (35.7% contre 29.1%).
- Si l'on considère la représentativité du collectif à l'intérieur de chaque institution, on observe que (1) dans les CAP, les clients signalés par le monde hospitalier sont proportionnellement moins nombreux (22.4% contre 26.3%) ; (2) dans les foyers FAR/FXB, les clients débutant leur séjour à l'initiative des services administratifs ou judiciaires sont sous-représentés (8.7% contre 13.0%).

Les résultats permettent de conclure à la bonne représentativité de notre collectif par rapport à la clientèle cible.

Table 2. Sources de signalement ayant participé au placement ou ayant initié le suivi, consommations problématiques et antécédents de traitement à l'admission (en %) pour le collectif IGT analysé. Plusieurs réponses sont possibles à chaque fois.

	CAP N=1454	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=310	Via Gampel N=111	Hommes N=1474	Femmes N=513	Total N=1987	Cible N=3608
Sources de signalement								
Propre initiative	57.0	67.0	72.2	12.6	56.6	59.1	57.2	52.1
Conjoint(e), famille	9.4	36.6	25.2	9.9	13.2	14.1	13.4	12.4
CAP LVT	0.3	16.5	37.7	58.6	10.0	10.8	10.2	8.7
Médecin, psychiatre	16.9	7.3	31.7	39.4	18.9	22.3	19.8	18.9
Hôpital général, hôpital psychiatrique	22.4	2.1	7.8	18.0	16.7	25.4	18.9	22.6
Services sociaux	6.1	9.7	5.0	6.3	6.5	5.1	6.2	5.5
Services administratifs ou judiciaires	15.8	8.7	2.5	0.0	14.9	5.3	12.5	11.3
ORP	8.0	0.0	1.1	7.2	7.2	4.2	6.5	4.7
Ami(e)s, collègues, connaissances	1.6	2.9	16.4	0.9	3.9	3.6	3.8	2.8
Consommations problématiques								
Alcool	76.3	45.6	91.1	98.2	79.5	73.7	78.1	78.3
Héroïne	12.0	27.2	10.0	4.5	12.4	11.0	12.1	13.2
Cocaïne	12.1	49.5	12.5	7.2	14.5	12.3	13.9	13.5
Méthadone	2.8	14.6	3.1	1.0	3.3	3.7	3.4	4.2
Cannabis	23.2	66.0	13.9	9.0	24.3	20.8	23.4	21.9
Benzodiazépines	7.0	21.4	20.6	8.1	7.0	18.4	9.9	11.1
Drogues de synthèse	3.5	28.2	5.3	1.8	5.3	4.2	5.1	4.2
Amphétamines	2.5	17.5	3.2	2.7	3.6	2.8	3.4	2.9
LSD	1.7	18.8	3.5	3.0	3.1	2.5	3.0	2.3
Traitements antérieurs								
Aucun	43.7	28.2	5.7	9.0	35.7	33.3	35.1	29.8
Ambulatoire LVT	25.2	16.5	34.2	49.5	28.2	25.6	27.6	29.6
Ambulatoire non LVT	14.4	18.4	17.1	42.3	16.0	18.6	16.6	17.7
Résidentiel LVT	7.8	10.7	17.8	17.1	10.2	9.3	10.0	11.8
Résidentiel non LVT	10.2	19.4	21.7	28.8	12.9	15.7	13.6	14.2
Sevrage	20.0	18.4	34.2	40.5	22.3	25.8	23.2	24.4
Groupes d'entraide	7.6	6.8	16.0	1.8	8.1	9.7	8.5	8.3
Traitement de substitution	4.9	8.7	7.1	2.7	5.3	5.5	5.3	6.3
Autre traitement médicamenteux	10.4	19.8	23.5	17.0	12.6	14.8	13.2	12.4

PORTRAIT DE LA CLIENTELE

Description du collectif selon les sept domaines de l'IGT

L'ASI et ses différentes adaptations, dont l'IGT, s'est largement répandu depuis 1980, sur le sol américain et en Europe. Le rapprochement de données descriptives de populations en proie à des consommations problématiques de substances psychoactives pouvant être intéressantes, Grabot et Landry⁶ ont identifié un tronc commun d'items afin de pouvoir comparer des informations provenant de plusieurs centres ou régions. Les items retenus sont ceux établissant les scores composés et ceux dits « critiques » permettant de produire les profils de gravité par les intervenants et les équipes thérapeutiques. Cette sélection permet d'évaluer les profils de gravité et de tracer des portraits des clients. Evidemment, l'interprétation des données dans une perspective de comparaison doit être faite en ayant connaissance du contexte socioculturel et de prise en charge de la toxicomanie dans lequel la population étudiée évolue. Les comparaisons établies doivent également tenir compte des critères de sélection de cette même population.

Les critères de sélection de notre collectif de clients ont été décrits précédemment. Dans les sections suivantes, nous nous proposons de décrire le collectif LVT selon chaque domaine de l'IGT, à l'aide des items présentés par Grabot et Landry.

Alcool et drogues

Les données relatives à la consommation d'alcool et de drogues sont présentées dans les Tables 3 et 4. A chaque fois, les résultats sont présentés par sexe et par service. La consommation d'alcool est qualifiée de « jusqu'à intoxication » lorsqu'il y a 5 consommations ou plus d'alcool en une seule séance de consommation (1 consommation = 1dl vin ou 3dl bière ou 4cl apéritif ou 2cl alcool fort).

Globalement, la consommation la plus importante durant les 30 derniers jours est l'alcool toute utilisation avec 9.1 jours de consommation en moyenne (ce qui n'est pas surprenant vu que plus des trois-quarts du collectif ont une consommation problématique d'alcool à l'admission), suivie de l'alcool jusqu'à intoxication (4.5 jours), des médicaments (4.4 jours pour les antidépresseurs), et du cannabis (3.5 jours). L'héroïne et la cocaïne restent à des niveaux de consommations faibles avec 1.1 jours et 0.7 jours respectivement.

Table 3. Nombre moyen de jours de consommation par produit au cours des 30 derniers jours, pour l'ensemble des clients évalués, par service et par sexe.

	CAP N=1454	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=310	Via Gampel N=111	Hommes N=1474	Femmes N=513	Total N=1987
Alcool toute utilisation	9.1	6.6	8.7	11.9	9.6	7.6	9.1
Alcool jusqu'à intoxication	3.8	4.6	5.8	8.8	4.7	3.9	4.5
Héroïne	1.1	3.6	0.3	0.2	1.0	1.3	1.1
Cocaïne	0.5	4.4	0.3	0.3	0.6	0.9	0.7
Hypnotiques sédatifs tranquillisants	3.2	5.5	7.4	3.2	3.1	6.4	4.0
Antidépresseurs	3.9	6.5	6.8	2.6	3.3	7.6	4.4
Amphétamines	0.1	0.7	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
Cannabis	3.4	11.7	1.8	1.4	3.7	2.9	3.5
Hallucinogènes	0.1	0.5	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Drogues de synthèse	0.1	0.7	0.1	0.9	0.2	0.1	0.2

Si l'on examine la Table 3 selon le sexe, on observe que les hommes ont une consommation d'alcool et de cannabis plus importante que les femmes, et que les femmes ont une consommation de médicaments en moyenne deux fois plus importante que les hommes. Les femmes ont également une consommation légèrement plus importante

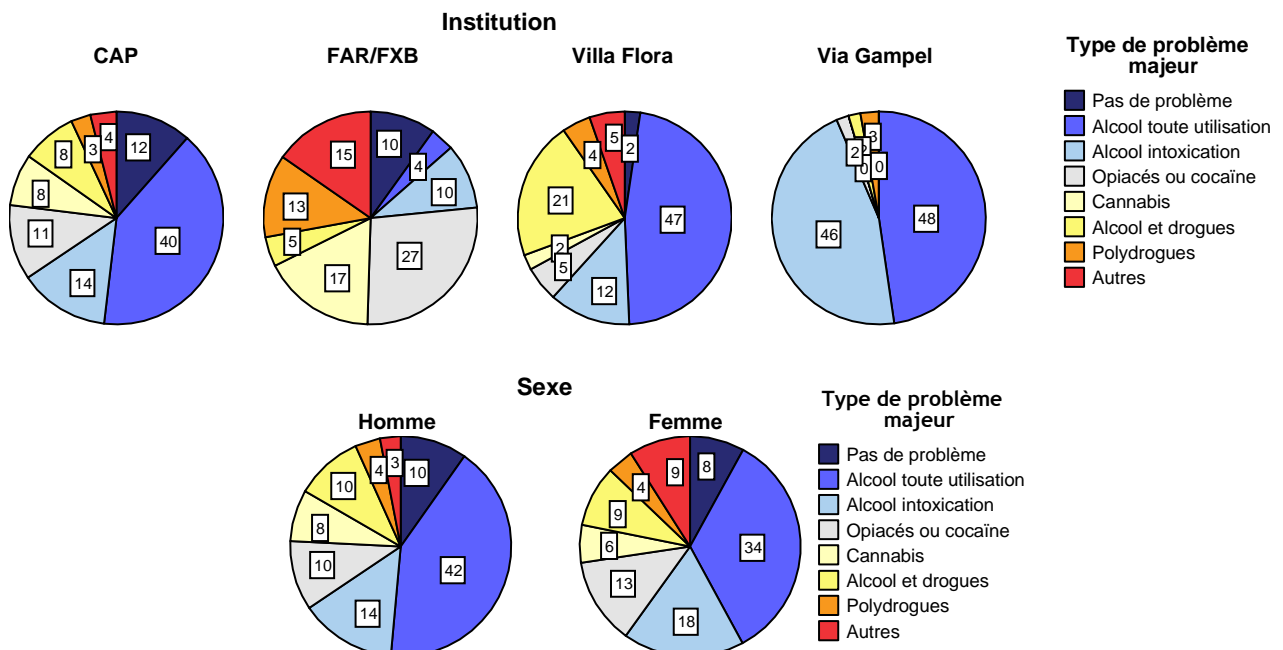
⁶ Grabot D et Landry M. L'ASI/IGT pour l'élaboration d'une base de données interculturelle. *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie*. Les Presses de l'Université de Laval, 1998, pp 131- 152.

d'héroïne, et de cocaïne. Les résultats par service illustrent l'approche intégrée des substances adoptée par les CAP LVT (mis à part les amphétamines, les hallucinogènes et les drogues de synthèse, chaque substance est présente), et la spécificité de chaque institution résidentielle : la prise en charge des problèmes liés à la consommation de drogues illégales pour les foyers FAR/FXB (avec une forte consommation de cannabis, 11.7 jours) et la prise en charge des problèmes liés à la consommation d'alcool et de médicaments pour Villa Flora et Via Gampel.

Sur l'ensemble du collectif, le problème majeur le plus prévalent est l'alcool toute utilisation (40.7%), suivi de l'alcool jusqu'à intoxication (14.8%), des opiacés ou de la cocaïne (10.5%). Le problème majeur est déterminé par l'intervenant en fonction des années d'utilisation des substances, du nombre de traitements spécialisés déjà suivis, du nombre de crises de delirium tremens ou d'overdoses déjà vécus. La polytoxicomanie (plusieurs drogues) ou la double toxicomanie (alcool et drogues) ne sont pas des phénomènes marginaux, puisqu'ils représentent respectivement 9.3% et 4.3% des problèmes majeurs. Le cannabis se situe entre les deux avec 6.8%. La part des clients évalués pour lesquels l'intervenant indique qu'il n'y a pas de problème réel est de 9.1%. La Figure 1 illustre les différences entre les services de la LVT, ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Selon les services, les observations suivantes peuvent être faites :

- Dans les CAP LVT, l'alcool est le problème majeur pour la moitié des clients (alcool toute utilisation : 40.3% et alcool jusqu'à intoxication : 13.7%), le reste étant assez panaché entre les opiacés ou la cocaïne (11.4%), la double toxicomanie (8.3%) et le cannabis (7.8%).
- Les problèmes majeurs liés à la drogue prennent nettement le pas sur ceux liés à l'alcool dans les foyers FAR/FXB. Les opiacés ou la cocaïne et le cannabis jouent les premiers rôles, avec des parts respectives s'élevant à 27.0% et 17.1%. Les clients en proie avec des difficultés impliquant plusieurs drogues représentent plus d'un client sur dix (12.6%). Noter la part non négligeable de clients sans problème majeur réel.

Figure 1. Répartition, selon chaque service et chaque sexe, du type de problème majeur (en %).



- A Villa Flora, le problème majeur est principalement lié à l'alcool (alcool toute utilisation : 47.0% et alcool jusqu'à intoxication : 12.3%) et à la double toxicomanie (pour plus d'un client sur cinq, 21.0%, essentiellement la combinaison d'alcool et de médicaments).

- A Via Gampel, le problème majeur est également essentiellement lié à l'alcool, mais avec un équilibre entre les deux types de problèmes, celui lié à une consommation courante de l'alcool (47.7%) et celui lié à une utilisation jusqu'à intoxication de l'alcool (45.9%).

La principale différence entre les hommes et les femmes réside dans la plus grande part de problèmes majeurs liés à l'alcool toute utilisation chez les hommes (41.6% contre 34.2%), et la part des autres problèmes plus élevée chez les femmes (9.0% contre 3.0%, essentiellement des problèmes incluant uniquement des médicaments).

La Table 4 fournit les résultats de la prévalence sur toute la vie des traitements pour abus d'alcool et de drogues, selon le type de service et selon le sexe. Elle met en avant les éléments suivants :

- Concernant l'abus d'alcool, ce sont les institutions spécialisées qui fournissent la plus grande part de clients ayant vécu au moins un traitement spécialisé (80.7% pour Via Gampel et 72.8% pour Villa Flora). Aucune différence significative entre les hommes et les femmes n'est à noter. Globalement, la moitié (46.1%) a déjà été traitée pour abus d'alcool dans sa vie.
- Concernant l'abus de drogues, ce sont les foyers FAR/FXB qui accueillent la part la plus élevée de clients avec au moins un traitement spécialisé dans leur vie (42.2%). Un cinquième de la clientèle des CAP LVT et de Villa Flora (respectivement 21.0% et 23.0%) a également vécu un traitement pour abus de drogue. Une nouvelle fois, aucune différence n'est à noter entre les hommes et les femmes. Globalement, la part de la clientèle ayant déjà été traitée pour abus de drogues est de 22.1%.

Table 4. Répartition du nombre de traitements sur toute la vie pour abus d'alcool et pour abus de drogue (en %), selon le service et le sexe.

	CAP LVT N=1378	FAR/FXB N=109	Villa Flora N=300	Via Gampel N=107	Hommes N=1413	Femmes N=494	Total N=1907
Nombre de traitements sur toute la vie pour abus d'alcool							
Aucun traitement	60.8	74.3	27.2	19.3	53.6	54.7	53.9
Au moins un traitement	39.2	25.7	72.8	80.7	46.4	45.3	46.1
Nombre de traitements sur toute la vie pour abus de drogue							
Aucun traitement	70.9	57.8	77.0	86.9	78.6	75.7	77.9
Au moins un traitement	21.0	42.2	23.0	13.1	21.4	24.3	22.1

Même si a priori la drogue coûte plus cher que l'alcool, vu la plus forte prévalence des problèmes majeurs liés à l'alcool dans le collectif, la clientèle dépense en moyenne plus d'argent pour l'alcool que pour la drogue (Table 5). Les différences entre les services sont ici marquées. Les clients des FAR/FXB sont ceux qui ont le plus dépensé, avec en moyenne Frs 700.- pour la drogue et Frs 114.- pour l'alcool. La dépense des clients de Via Gampel pour l'alcool est aussi conséquente, avec Frs 494.- en moyenne au cours du mois précédent. Dans les CAP LVT un équilibre existe entre les dépenses liées à l'alcool et celles liées aux drogues. La Table 5 montre également que les hommes dépensent en moyenne plus d'argent que les femmes pour l'achat d'alcool et/ou de drogues (globalement Frs 386.- contre Frs 289.-).

Table 5. Somme d'argent moyenne dépensée au cours des 30 derniers jours pour de l'alcool et de la drogue (en francs)

	CAP LVT N=1355	FAR/FXB N=107	Villa Flora N=293	Via Gampel N=101	Hommes N=1385	Femmes N=471	Total N=1856
Alcool	165	114	292	494	232	88	196
Drogue	143	700	110	74	154	201	166

Etat médical

La Table 6 fournit les résultats liés aux indicateurs de santé physique. L'état de santé physique semble plus détérioré chez les femmes que chez les hommes, avec des valeurs des indicateurs systématiquement plus élevées. Les femmes reportent notamment plus fréquemment souffrir d'un problème chronique de santé physique qui continue de perturber leur vie (qui les limitent dans leurs activités ou nécessitent des soins réguliers, 39.0% contre 27.1%).

La clientèle la moins péjorée sur le plan physique est celle des foyers FAR/FXB, ce qui est probablement lié au fait que cette clientèle est de loin la plus jeune du collectif. Noter également le nombre moyen très élevé d'hospitalisations sur toute la vie de la clientèle évaluée à Via Gampel : cette moyenne est due à une très petite part de la clientèle qui a vécu un nombre exceptionnellement élevé d'hospitalisations.

Table 6. Indicateurs de l'état de santé physique de la clientèle évaluée

	CAP LVT N=1351	FAR/FXB N=109	Villa Flora N=306	Via Gampel N=105	Hommes N=1393	Femmes N=478	Total N=1871
Nombre moyen d'hospitalisations pour raisons médicales sur toute la vie	3.8	3.4	4.0	10.7	3.9	5.1	4.2
Nombre moyen de jours avec problèmes médicaux au cours des 30 derniers jours	7.3	6.4	8.6	7.3	6.7	9.8	7.5
Part (en %) des clients avec un problème chronique de santé qui continue de perturber leur vie	30.8	30.4	28.4	27.3	27.1	39.0	30.1
Part (en %) des clients prenant régulièrement des médicaments prescrits pour des raisons médicales	25.7	8.9	24.3	22.0	22.3	30.2	24.3

Relations familiales et interpersonnelles

La Figure 2 illustre les conditions de vie des clients à leur admission, informations déjà été présentées et commentées dans le chapitre précédent.

Les informations liées au tissu social sont complétées dans la Table 7 qui reporte le nombre d'amis intimes. Près d'un client sur cinq (17.8%) indique n'avoir aucun ami intime. Selon le service, la part va de 11.7% dans les foyers FAR/FXB et à 25.0% à Via Gampel. Aucune différence nette entre les hommes et les femmes n'est à noter.

La Table 7 présente également les données relatives aux relations familiales et sociales.

La famille constitue la source de conflit la plus présente, d'abord avec la fratrie puis avec le père et/ou la mère, et ce, aussi bien sur toute la vie que sur les 30 derniers jours. Le conjoint vient en 4^{ème} position. Le milieu professionnel constitue une source de conflit grave non négligeable, du moins sur la vie, puisque 21.8% des clients ayant eu des collègues ont vécu de telles situations au moins une fois. En moyenne, les clients ont vécu, durant les 30 derniers jours, 3.7 jours de conflits graves avec leur famille, et 1.6 jours de conflits graves avec d'autres personnes.

Des différences entre les hommes et les femmes peuvent être observées, puisque les femmes reportent plus fréquemment l'existence de conflits graves avec leur entourage, que ce soit avec la famille ou d'autres personnes, que ce soit durant toute la vie ou seulement sur les 30 derniers jours. La différence est la plus nette pour les conflits avec la mère et ceux avec la fratrie. Les femmes reportent en moyenne un jour de conflit supplémentaire au cours des 30 derniers jours (avec la famille ou avec d'autres personnes).

Les clients des foyers FAR/FXB sont ceux qui vivent le plus fréquemment des situations conflictuelles graves avec leur entourage, la famille y jouant le rôle principal. Si les situations conflictuelles semblent globalement être moins fréquentes à Via Gampel sur toute la vie, ce n'est plus le cas lorsque l'on considère la période des 30 derniers jours. Cette situation est reflétée par le nombre moyen de jours parmi les 30 derniers jours au cours desquels le client a eu des conflits graves avec sa famille : 5.5 jours (comme dans les foyers FAR/FXB) contre 4.4 à Villa Flora et 3.1 dans les CAP LVT.

Figure 2. Répartition, selon le sexe et le service, des conditions de vie de la clientèle évaluée (en %).

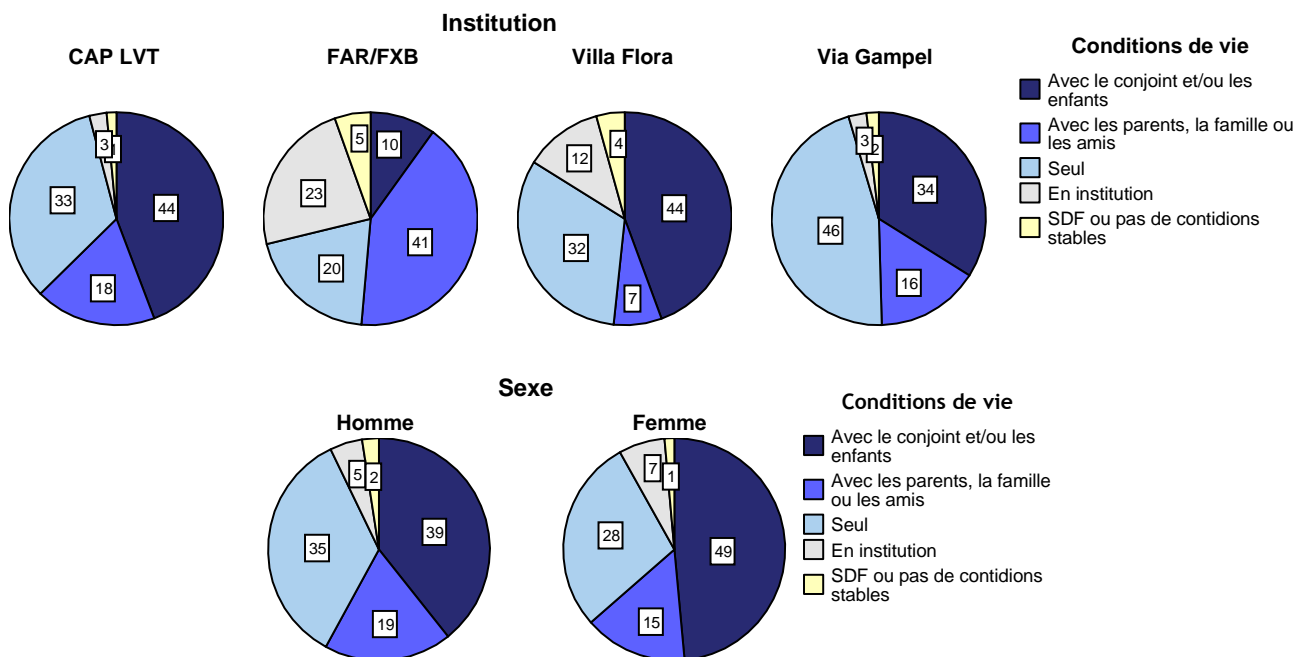


Table 7. Conflits graves avec l'entourage, au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours (au cas où un tel entourage existe), et existence d'amis intimes.

	CAP LVT N=1357	FAR/FXB N=110	Villa Flora N=298	Via Gampel N=92	Hommes N=1375	Femmes N=482	Total N=1857
Existence de conflits graves sur toute la vie avec :							
Mère	34.8	64.8	43.4	31.7	33.8	49.8	38.0
Père	37.8	64.5	40.7	44.9	38.6	45.0	40.3
Frère / sœur	44.5	72.1	50.0	35.7	43.7	55.9	46.9
Conjoint(e)	22.6	28.6	24.5	14.3	20.4	29.2	22.8
Amis intimes	17.8	32.4	18.3	2.1	17.1	23.5	18.7
Voisins	9.1	16.3	8.8	0.0	9.2	9.7	9.3
Collègues	18.6	34.8	26.2	12.0	21.8	21.8	21.8
Existence de conflits graves au cours des 30 derniers jours avec :							
Mère	13.8	24.8	20.3	5.9	13.1	21.7	15.3
Père	16.8	21.1	16.1	25.0	15.6	21.7	17.2
Frère / sœur	26.6	34.1	29.4	33.3	25.4	34.7	27.9
Conjoint(e)	14.2	0.0	15.6	20.7	11.9	21.9	14.6
Amis intimes	5.8	17.2	5.1	2.0	5.3	10.4	6.6
Voisins	1.7	5.7	3.1	0.0	2.1	3.0	2.4
Collègues	5.6	8.3	4.3	7.4	5.6	5.0	5.5
Nombre de jours parmi les 30 derniers jours au cours desquels le client a eu des conflits graves							
Avec la famille	3.1	6.3	4.4	5.5	3.4	4.5	3.7
Avec d'autres personnes	1.4	4.0	1.8	1.5	1.5	2.1	1.6
Nombre d'amis intimes							
Part des clients déclarant n'en avoir aucun	17.2	11.7	20.5	25.0	18.2	16.8	17.8

Etat psychologique

La Table 8 donne un aperçu de l'état psychologique de la clientèle évaluée, selon le service et selon le sexe. Pour l'ensemble du collectif, la dépression grave, l'anxiété ou la présence de tensions graves sont les troubles psychologiques les plus présents (respectivement 53.9% et 54.6% sur toute la vie, et 38.2% et 27.5% dans les 30 derniers jours). Au cours de leur vie, deux clients sur cinq (40.5%) ont déjà eu de fortes pensées suicidaires, et environ un sur quatre a déjà fait une tentative de suicide (23.1%). Ces parts se montent à respectivement 14.9% et 3.6% pour les 30 derniers jours. Un tiers du collectif (30.9%) a déjà souffert de troubles cognitifs (troubles graves de concentration, mémorisation, compréhension). Cette part ne baisse que peu si la période des 30 derniers jours est considérée (24.6%).

La part des clients ayant déjà bénéficié au cours de leur vie d'un traitement hospitalier pour des troubles psychologiques se monte à 32.3%, et celle des clients ayant déjà été traités de façon ambulatoire de 46.3%. En moyenne, les membres du collectif analysé ont éprouvé pendant au moins un jour sur trois des problèmes psychologiques ou émotionnels au cours des 30 derniers jours.

Table 8. Prises en charge sur toute la vie et durant les 30 derniers jours pour raisons psychologiques, et prévalence de vie et durant les 30 derniers jours de troubles psychologiques

	CAP LVT N=1384	FAR/FXB N=111	Villa Flora N=303	Via Gampel N=109	Hommes N=1419	Femmes N=488	Total N=1907
Psychopathologie sur toute la vie (d'après le client)							
Dépression grave*	53.3	64.9	54.6	45.9	47.8	71.2	53.9
Anxiété ou tensions graves*	52.8	68.2	61.6	42.2	49.8	68.4	54.6
Hallucinations	10.1	25.0	10.2	7.9	10.0	13.5	10.9
Troubles cognitifs*	28.9	55.4	30.3	31.8	28.7	37.4	30.9
Violence	35.5	63.4	47.2	22.4	38.6	37.7	38.4
Fortes pensées suicidaires (avec scénario)	37.2	65.2	51.0	25.9	37.1	50.2	40.5
Tentatives de suicide	20.2	43.8	29.5	19.4	19.1	34.8	23.1
Médicament prescrit pour raisons psychologiques	47.3	63.4	65.0	35.8	43.5	70.9	50.5
Psychopathologie au cours des 30 derniers jours (d'après le client)							
Dépression grave	27.0	29.1	22.8	44.9	23.9	37.8	27.5
Anxiété ou tensions graves	35.9	42.7	47.0	38.3	34.0	50.2	38.2
Hallucinations	2.9	9.0	2.7	5.0	2.9	4.5	3.3
Troubles cognitifs	21.8	37.3	28.9	35.8	23.3	28.3	24.6
Violence	9.4	27.0	12.9	11.3	10.7	12.2	11.1
Fortes pensées suicidaires (avec scénario)	13.2	27.3	17.5	16.8	13.3	19.6	14.9
Tentatives de suicide	3.0	10.0	3.3	4.7	2.9	5.6	3.6
Médicament prescrit pour raisons psychologiques	36.0	39.6	50.5	34.3	32.1	57.1	38.5
Traitements pour raisons psychologiques sur toute la vie							
Au moins une hospitalisation	29.4	55.9	37.8	29.0	28.1	44.4	32.3
Au moins une prise en charge ambulatoire	44.3	73.6	53.4	24.3	42.2	58.3	46.3
Journées avec problèmes psychologiques							
Nombre moyen durant les 30 derniers jours	8.7	15.9	14.0	12.8	9.0	13.8	10.2

* dans la vie, pendant au moins 2 semaines

L'analyse des résultats selon le sexe appelle les commentaires suivants :

- Pour pratiquement l'ensemble des troubles, les femmes produisent des valeurs plus élevées que les hommes, que ce soit sur toute la vie ou durant les 30 derniers jours.
- Plus de la moitié des femmes (50.2% contre 34.0% pour les hommes) reporte avoir souffert d'anxiété ou de tensions graves au cours des 30 derniers jours et plus d'un tiers (37.8% contre 23.9% pour les hommes) a vécu une dépression grave durant le mois précédant l'interview.

- Une femme sur cinq a élaboré au cours des 30 derniers jours un scénario pour se suicider (19.6% contre 13.3% pour les hommes) et deux fois plus de femmes ont tenté de se suicider au cours des 30 derniers jours (5.6% contre 2.9% chez les hommes).
- Au cours de leur vie, les femmes ont été hospitalisées pour un problème psychologique une fois et demie plus souvent que les hommes (44.4% contre 28.1%).
- Les femmes ont éprouvé des problèmes psychologiques ou émotionnels pendant 14 jours en moyenne (environ 1 jour sur 2) au cours des 30 derniers jours (hommes : 9 jours, soit un jour sur trois).

Selon les services de la LVT, les observations suivantes peuvent être faites :

- C'est la clientèle des Foyers FAR/FXB qui est la plus atteinte sur le plan psychologique. La prévalence sur toute la vie de chaque trouble est très forte, et près d'un client sur deux (43.8%) a déjà fait une tentative de suicide durant sa vie. Un client sur dix a fait une tentative de suicide au cours des 30 derniers jours. Plus d'un client sur quatre (27.0%) a eu de la peine à maîtriser un comportement violent durant le mois précédent l'admission. Malgré la jeunesse de sa clientèle, les Foyers FAR/FXB connaissent les plus hautes prévalences de vie de traitement (hospitalier ou ambulatoire) pour des problèmes psychologiques.
- Les clients de Via Gampel dépassent les clients des Foyers FAR/FXB en ce qui concerne la prévalence de dépression au cours des 30 derniers jours. Villa Flora compte la plus grande part de clients ayant un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours.
- Le nombre moyen de jours durant lesquels les clients ont éprouvé des problèmes psychologiques ou émotionnels au cours du mois précédant va de 9 jours pour les CAP LVT à 16 jours pour les Foyers FAR/FXB, les institutions spécialisées dans la prise en charge de l'alcool étant en position intermédiaire avec 13 jours et 14 jours environ.

Emploi et ressources

La situation de la clientèle au niveau de l'emploi et des ressources est résumée à l'aide des Figures 3 à 5 et de la Table 9.

Un quart de la clientèle (25.6% ; hommes : 23.1% et femmes : 32.9%) est sans formation et environ la moitié (57.3% ; hommes : 60.7% et femmes : 47.2%) a effectué un apprentissage ou une école de commerce. Près de la moitié de la clientèle évaluée dans les Foyers FAR/FXB est sans formation (47.3%). Cette part est d'environ un quart dans les CAP LVT et à Villa Flora (respectivement 25.8% et 21.9%) pour tomber à 10.8% à Via Gampel. Dans cette dernière institution, plus des trois-quarts de la clientèle (76.6%) ont terminé un apprentissage ou une école de commerce. La part des formations supérieures est la plus élevée à Villa Flora (11.6%, contre 4.3% à 5.4% pour les autres institutions).

Une détérioration de la situation professionnelle au cours des trois dernières années de la vie des clients peut être observée sur les Figures 3 et 4, puisque si plus de la moitié de la clientèle (53.6%) occupait habituellement un emploi à plein temps durant les trois dernières années, la part tombe à un tiers (33.3%) lorsque la situation actuelle est considérée. Cette évolution est particulièrement marquée chez les hommes : si durant les trois dernières années, 62.9% d'entre eux avaient un poste à plein temps (et 23.0% ne travaillaient habituellement pas), ils ne sont plus que 41.2% dans cette situation au moment de l'évaluation (et 50.1% d'entre eux ne travaillent pas). Cette évolution peut être également observée dans chacun des services de la LVT, où les différences négatives des parts de la clientèle travaillant à plein temps obtenues entre les périodes vont de 16.9% pour les CAP LVT à 27.2% pour les foyers FAR/FXB.

Figure 3. Plus haut niveau de formation achevé de la clientèle évaluée (en %), selon le service et le sexe

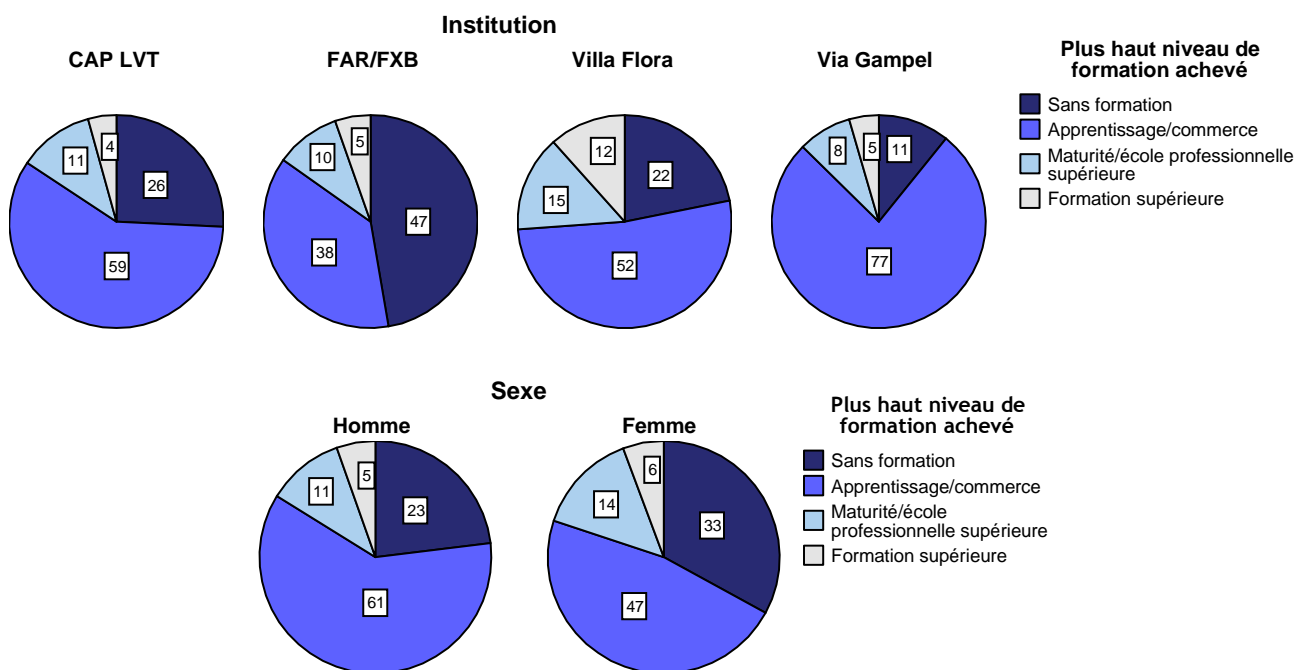
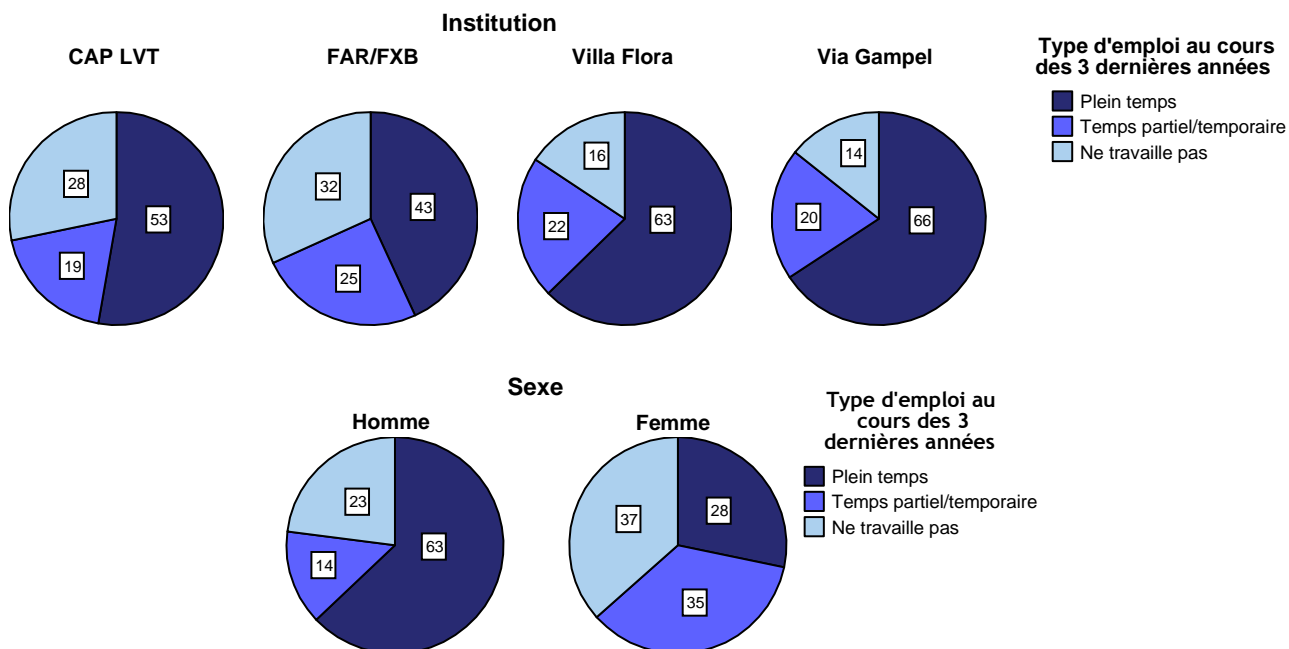


Figure 4. Type d'emploi habituel au cours des 3 dernières années de la clientèle évaluée, selon le service et le sexe (en %)



La situation actuelle sur le plan de l'emploi peut être aussi évaluée par le nombre de jours de travail payés au cours du dernier mois, ainsi que le nombre de jours consacrés à la recherche d'un emploi (Table 9). Globalement, plus d'un client sur deux (57.3%) n'a eu aucun jour payé, et environ un tiers (3.8%) a eu plus de 10 jours payés. La part des hommes avec plus de 10 jours payés est supérieure à celle des femmes (42.5% contre 32.0%). Les Foyers FAR/FXB fournissent la part des clients ayant eu plus de 10 jours payés la plus faible (17.1%). Près d'un client sur

cinq (19.6%) a consacré plus de 10 jours avec des problèmes d'emploi ou à rechercher un emploi, les clients des CAP LVT et de Via Gampel étant les plus concernés à ce niveau.

Figure 5. Type d'emploi actuel de la clientèle évaluée (répartition en %), selon le type de service et le sexe.

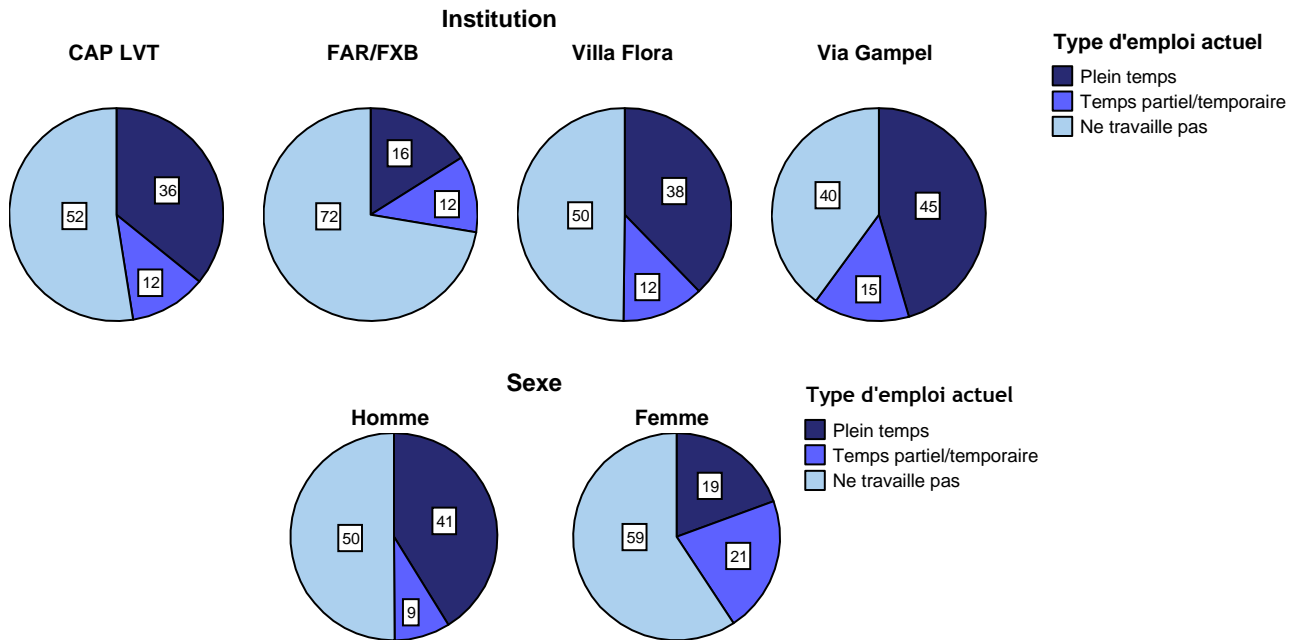


Table 9. Indicateurs liés à l'emploi et aux ressources de la clientèle évaluée

	CAP LVT N=1370	FAR/FXB N=110	Villa Flora N=299	Via Gampel N=108	Hommes N=1403	Femmes N=484	Total N=1887
Revenu moyen par type de source (en Frs)							
Emploi (revenu net)	1567	558	1674	1507	1767	790	1515
Chômage	306	171	208	80	287	226	271
Aide sociale	87	223	204	28	111	109	110
Rente (AVS, AI, LPP, SUVA)	328	142	418	96	285	426	321
Conjoint(e)	189	74	129	0	127	267	162
Famille	54	251	108	51	78	62	74
Illégal	3	239	0	0	19	6	16
Nombre de jours payés au cours des 30 derniers jours (%)							
Aucun	55.7	75.7	59.2	53.3	55.4	62.9	57.3
1 à 10	2.6	7.2	3.4	0.0	2.1	5.1	2.9
11 à 30	41.6	17.1	37.4	46.7	42.5	32.0	39.8
Nombre de jours avec problèmes d'emploi ou de recherche d'un emploi au cours des 30 derniers jours (%)							
Aucun	69.4	83.6	81.0	76.1	71.3	75.4	72.4
1 à 10	9.0	10.0	3.3	6.4	8.2	7.6	8.1
11 à 30	21.6	6.4	15.7	17.4	20.5	16.9	19.6
Nombre de personnes à la charge du client							
Aucune	58.8	96.0	54.1	41.4	55.0	71.5	59.2
Permis de conduire valide actuellement							
Oui	55.7	40.4	61.1	55.1	54.4	59.4	55.7

Si l'on considère l'ensemble des sources de revenu indiqués dans la Table 9, un client a disposé en moyenne de Frs 2'469.- le mois précédent l'admission, les hommes plus que les femmes (Frs 2'674.- contre Frs 1'886.-). L'emploi reste la source de revenu principale de la clientèle avec un revenu moyen avoisinant les Frs 1'500.-, les femmes et les clients des Foyers FAR/FXB ayant les plus faibles revenus moyens. Le chômage constitue la deuxième source de revenu, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le revenu net moyen obtenu par les clients des Foyers FAR/FXB au travers des sources illégales est au même niveau que ceux obtenus par le chômage, la famille ou l'aide sociale.

Près de trois clients sur cinq (59.2%) n'ont aucune personne à charge. Si pratiquement tout le collectif des Foyers FAR/FXB n'a aucune personne à charge, trois clients de Via Gampel sur cinq (58.6%) ont au moins une personne à charge. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (45.0% contre 28.5%) à devoir prendre en charge financièrement au moins une personne.

Situation légale

Les données concernant la situation légale des répondants sont présentées dans la Table 10. Environ une personne sur neuf (15.9%) a déjà été emprisonnée dans sa vie. Une grande différence entre les deux sexes est observée puisque cette part est cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (19.9% contre 4.5%). A part la très faible proportion d'emprisonnement parmi les clients de Via Gampel (3.6%), aucune différence nette n'est à observé selon les services.

Plus d'une admission sur dix (12.5%) dans les Foyers FAR/FXB a été provoquée ou suggérée par le système judiciaire. Cette part est de 7.8% dans les CAP LVT, et est encore inférieure pour les institutions résidentielles spécialisées dans la dépendance à l'alcool. En lien avec le revenu substantiel provenant de sources illégales pour les clients des Foyers FAR/FXB, le nombre moyens de jours au cours du mois précédent consacrés par ces clients à une activité illégale en vue d'en tirer profit est nettement le plus élevé (3.4 jours).

Table 10. Indicateurs liés à la situation légale de la clientèle évaluée

	CAP LVT N=1406	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=305	Via Gampel N=109	Hommes N=1437	Femmes N=495	Total N=1932
Admission provoquée ou suggérée par le système judiciaire							
Oui	7.8	12.5	2.6	5.5	8.6	2.8	7.1
Emprisonnement							
Jamais	83.4	86.5	82.5	96.4	80.1	95.5	84.1
Au moins une fois	16.6	13.5	17.5	3.6	19.9	4.5	15.9
Activité illégale en vue d'en tirer profit							
Nombre de jours moyen au cours du dernier mois	0.2	3.4	0.3	0.0	0.4	0.3	0.4

- Près de 2000 clients ont été évalués à l'aide de l'IGT à l'admission des services de la LVT entre 2002 et 2007.
- L'âge moyen est de 40.0 ans, les 35-44 ans étant les plus représentés. Deux clients sur cinq vivent avec leur conjoint(e) et/ou les enfants. Un quart du collectif est sans formation autre que l'école obligatoire. Si plus de la moitié des clients ne travaille pas au moment de leur admission, la part des personnes n'ayant jamais travaillé est d'un quart.
- Le problème majeur le plus prévalent est l'alcool toute utilisation (40.7%), suivi de l'alcool jusqu'à intoxication (14.8%), des opiacés ou de la cocaïne (10.5%).
- Plus de la moitié a déjà été traitée pour abus d'alcool dans sa vie, et un cinquième pour abus de drogues.
- Même si a priori la drogue coûte plus cher que l'alcool, vu la plus forte prévalence des problèmes majeurs liés à l'alcool dans le collectif, la clientèle dépense en moyenne plus d'argent pour l'alcool que pour la drogue (196.- contre 166.-)
- 3 clients sur 10 reportent souffrir d'un problème chronique de santé physique qui continue de perturber leur vie, les femmes plus fréquemment que les hommes
- La famille constitue la source de conflit la plus présente, d'abord avec la fratrie puis avec le père, avec la mère, et ensuite avec le conjoints, et ce, aussi bien sur toute la vie que sur les 30 derniers jours. En moyenne les clients déclarent avoir connu 4 jours de conflit grave avec leur famille au cours des 30 dernier jours, les femmes reportant en moyenne un jour de conflit supplémentaire.
- Environ client sur cinq déclare n'avoir aucun(e) ami(e) intime.
- La dépression grave, l'anxiété ou la présence de tensions gaves sont les troubles psychologiques les plus présents (respectivement 53.9% et 54.6% sur toute la vie, et 27.5% et 38.2% dans les 30 derniers jours). Au cours de leur vie, plus de deux clients sur cinq (40.5%) ont déjà eu de fortes pensées suicidaires, et environ un quart a déjà fait une tentative de suicide (23.1%). Ces parts se montent à respectivement 14.9% et 3.6% pour les 30 derniers jours.
- Un quart de la clientèle (hommes : 23.1% et femmes : 32.9%) est sans formation et la moitié (hommes : 60.7% et femmes : 47.2%) a effectué un apprentissage ou une école de commerce. Une détérioration de la situation professionnelle au cours des trois dernières années de la vie des clients est observée.
- L'emploi reste la source de revenu principale de la clientèle avec un revenu moyen avoisinant les Frs 1500.-. Le chômage constitue la deuxième source de revenu, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
- Environ une personne sur neuf a déjà été emprisonnée dans sa vie (part est cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes).

PROFILS DE CONSOMMATION

La présente section a pour but de mieux cerner les vécus de consommation, ainsi que la consommation durant les 30 jours précédant l'admission.

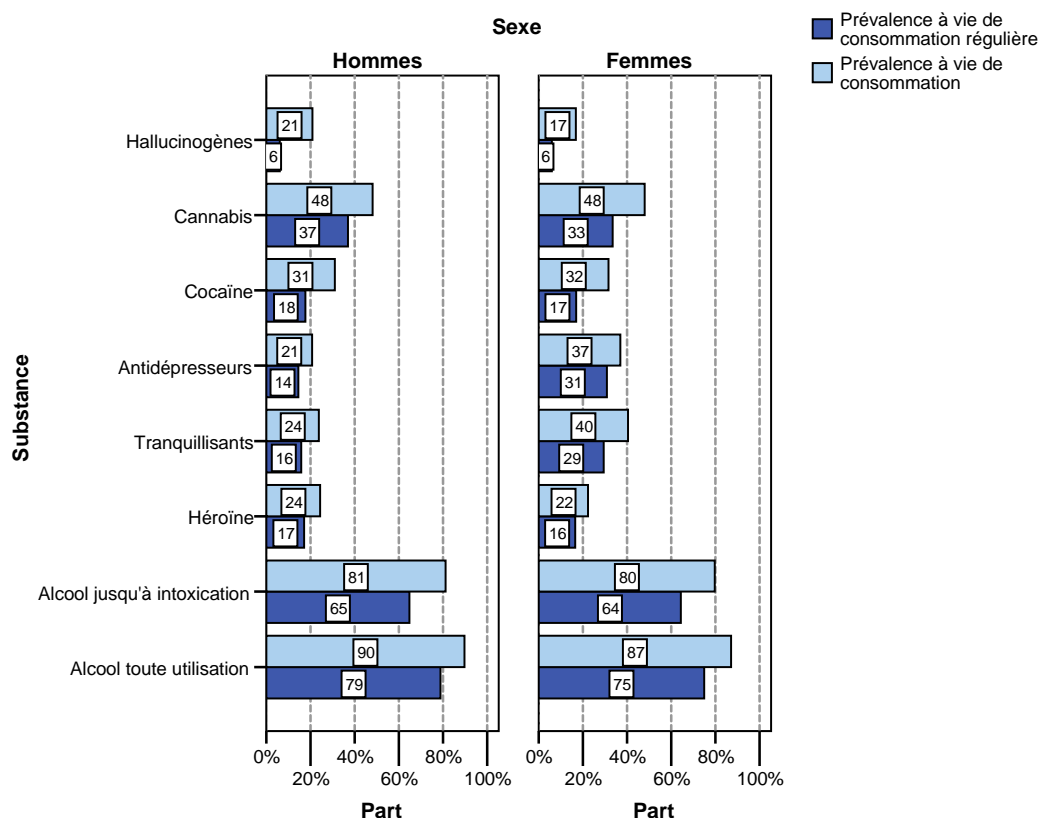
Vécu de consommation

Premières consommations et consommations régulières

La Figure 6 produit les prévalences à vie de consommation et de consommation régulière pour les principales substances investiguées par l'IGT.

Une substance a été consommée régulièrement si elle a été consommée au moins 3 fois par semaine pendant un mois au moins, ou si elle a été consommée intensivement deux jours par semaine pendant un mois au moins.

Figure 6. Prévalence à vie de consommation et de consommation régulière pour les substances principales, selon le sexe (en %).



Pour l'ensemble du collectif, l'alcool est la substance la plus prévalente sur la vie (89.0% pour l'alcool toute utilisation et 80.7% pour l'alcool jusqu'à intoxication), sans différence entre les deux sexes. Viennent ensuite le cannabis avec 48.0% et la cocaïne avec 31.1% (également sans différence entre les hommes et les femmes), puis les tranquillisants (28.1%) et les antidépresseurs (24.8%) où les parts des femmes sont supérieures.

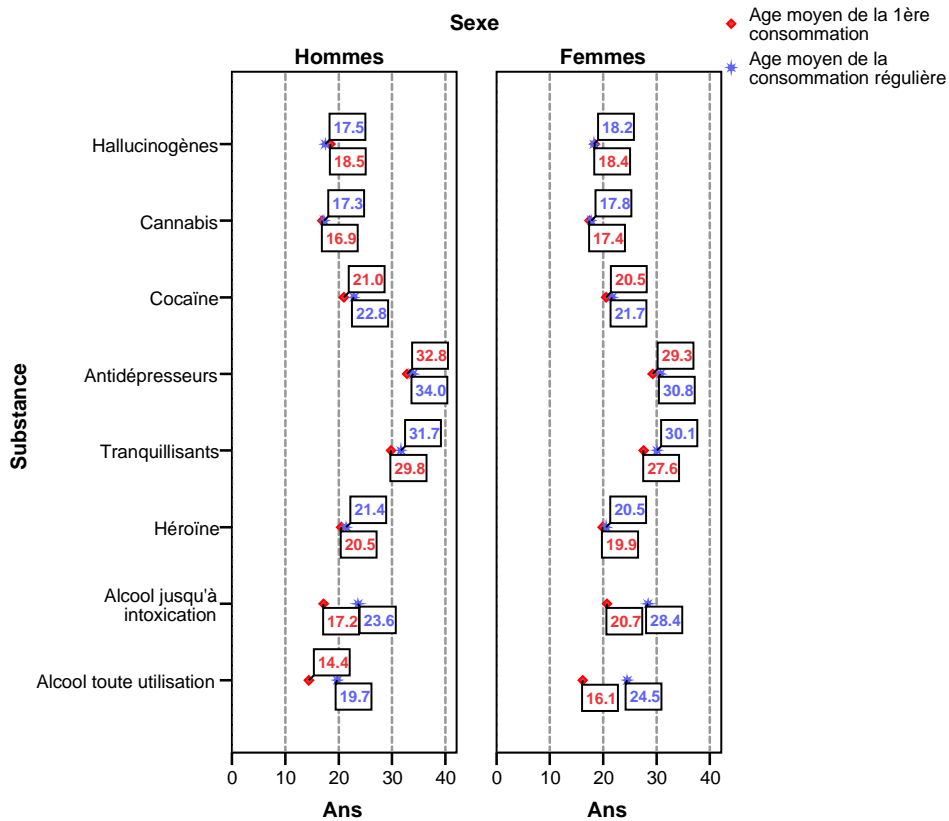
L'ordre des substances est similaire en ce qui concerne la prévalence de vie de consommation régulière. Les différences relatives les plus marquées entre la prévalence de vie de consommation et la prévalence de vie de

consommation régulière concernent les hallucinogènes (diminution relative de 69.0%), la cocaïne (moins 43.7%), les tranquillisants (moins 31.3%), l'héroïne (moins 29.0%) et le cannabis (moins 25.2%).

La Figure 7 révèle les âges moyens de première consommation et de consommation régulière pour les principales substances considérées. Pour le calcul de ces âges moyens, seuls les clients ayant respectivement consommé au moins une fois, et ceux ayant consommé au moins une fois régulièrement sont pris en compte.

La substance consommée en premier dans la vie est l'alcool toute utilisation (14.8 ans ; hommes : 14.4 ans et femmes 16.0 ans), suivie du cannabis (17.1 ans ; sans différence réelle entre les deux sexes), l'alcool jusqu'à intoxication (18.1 ans ; 17.2 ans pour les hommes et 20.7 ans pour les femmes), les hallucinogènes (18.5 ans pour les deux sexes), l'héroïne (20.3 ans ; 20.5 ans pour les hommes et 19.9 ans pour les femmes) et la cocaïne (20.8 ans ; pas de différence réelle entre les deux sexes). L'âge relativement élevé de la première consommation de cannabis vient du fait que le collectif investigué est un collectif d'adultes, les clients adolescents (venant eux essentiellement pour un problème lié à la consommation de cannabis) étant évalués à l'aide de l'IGT-ado et donc non considérés ici.

Figure 7. Ages moyens (en années) de première consommation et de début de consommation régulière



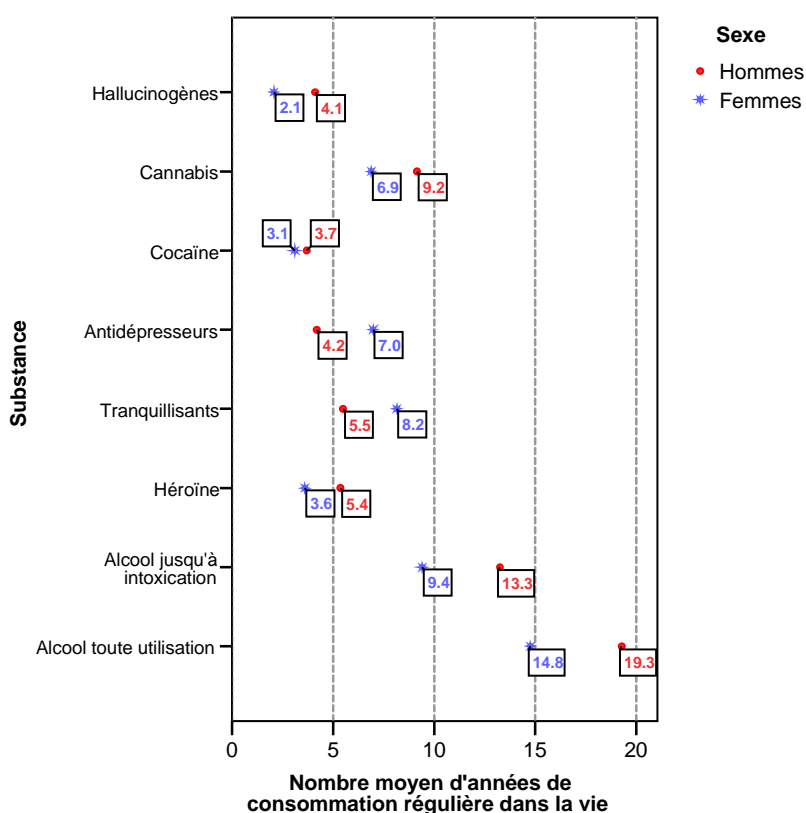
Lorsqu'il y a consommation régulière d'une substance, ce sont le cannabis (17.4 ans) et les hallucinogènes (17.7 ans) qui viennent le plus vite dans la vie, suivis de l'alcool toute utilisation (20.9 ans), de l'héroïne (21.2 ans) et de la cocaïne (22.6 ans). Plusieurs observations peuvent être faites :

- Pour chacune des substances, les âges moyens de première consommation sont similaires que l'on considère le sous-groupe des personnes ayant consommé au moins une fois ou si l'on se restreint au sous-groupe des personnes ayant consommé de manière régulière au moins une fois, à l'exception du cannabis où les personnes ayant passé à une consommation régulière ont en moyenne un âge d'initiation inférieur de 18 mois à celui observé dans le collectif de l'ensemble des initiés (15.7 ans contre 17.1 ans)

- L'alcool est la substance où le temps séparant l'âge de première consommation et l'âge d'entrée en consommation régulière est le plus grand (entre 6 et 7 années en moyenne). Pour l'héroïne et la cocaïne, l'entrée en consommation régulière est respectivement 1 année et 2 années postérieure à l'entrée en consommation.

La Figure 8 illustre selon le sexe, le nombre moyen d'années de consommation régulière (pour les clients ayant consommé régulièrement au moins une fois dans leur vie). La substance la plus longtemps consommée régulièrement est une nouvelle fois l'alcool (18.2 ans pour l'alcool utilisation et 12.3 ans pour l'alcool jusqu'à intoxication), suivie du cannabis (8.6 ans), des tranquillisants (6.5 ans), des barbituriques (5.5 ans), et des antidépresseurs (5.4 ans). Les différences entre les deux sexes sont nettes en ce qui concerne l'alcool, les médicaments et l'héroïne.

Figure 8. Nombre moyen d'années de consommation régulière des principales substances de l'IGT

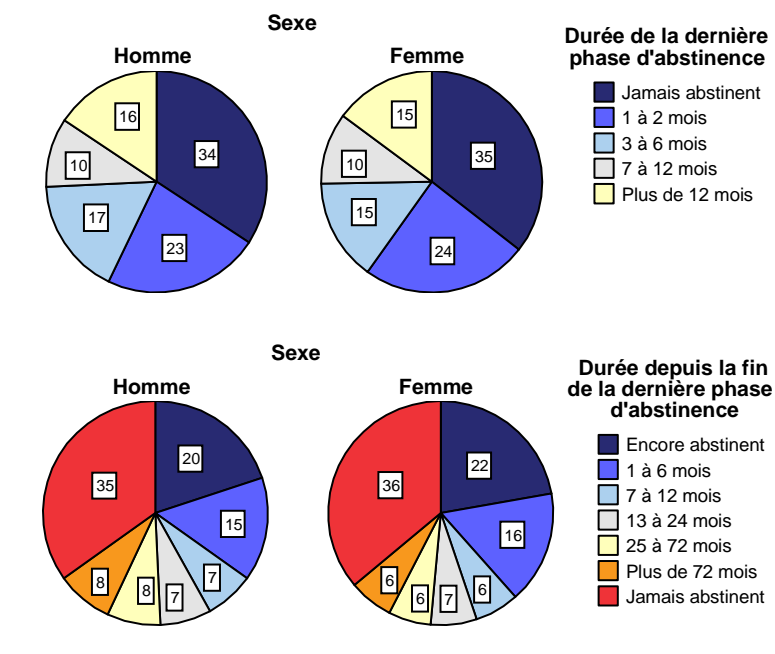


Abstinence

La Figure 9 informe sur la dernière période d'abstinence pour la substance posant le problème majeur (durée de la dernière période d'abstinence et durée depuis la fin de la période d'abstinence), selon le sexe. La Table 11 fournit les mêmes informations selon la nature du problème majeur indiqué par l'intervenant.

Plus d'un tiers du collectif (34.6%) indique n'avoir jamais été abstinent par rapport à la substance posant le problème majeur, et pour environ un quart des personnes (23.3%) la durée de la dernière abstinence n'a pas excédé deux mois. A l'autre bout du spectre, environ une personne sur six (15.4%) a vécu une période d'abstinence de durée excédant 12 mois. Aucune différence n'est à noter entre les deux sexes. Parmi les personnes ayant été au moins une fois abstinentes, une personne sur trois (32.1%) est encore abstinente au moment de l'évaluation, mais deux sur cinq (44.5%) ne le sont plus depuis 6 mois au moins ; une sur cinq (29.9%) n'est plus abstinente depuis au moins 2 ans et 11.8% depuis au moins 6 ans. Aucune différence n'est à noter selon le sexe.

Figure 9. Répartition du collectif selon la durée de la dernière phase d'abstinence et selon la durée depuis la fin de la dernière phase d'abstinence (en %), selon le sexe.



Si l'on examine les résultats selon le type de problème majeur, les observations suivantes peuvent être faites :

- Le cannabis fournit la plus grande part de personnes jamais abstinentes du produit (47.3%), et les opiacés et/ou la cocaïne la part la plus faible (28.4%).
- Les opiacés et/ou la cocaïne fournissent la part de personnes encore abstinentes la plus élevée (27.9%) et la double toxicomanie alcool-drogue la part la plus faible (14.4%).
- Les périodes de dernière abstinence sont les plus longues pour l'alcool jusqu'à intoxication, les opiacés et/ou cocaïne où près d'un quart des clients concernés a connu plus de 12 mois d'abstinence.

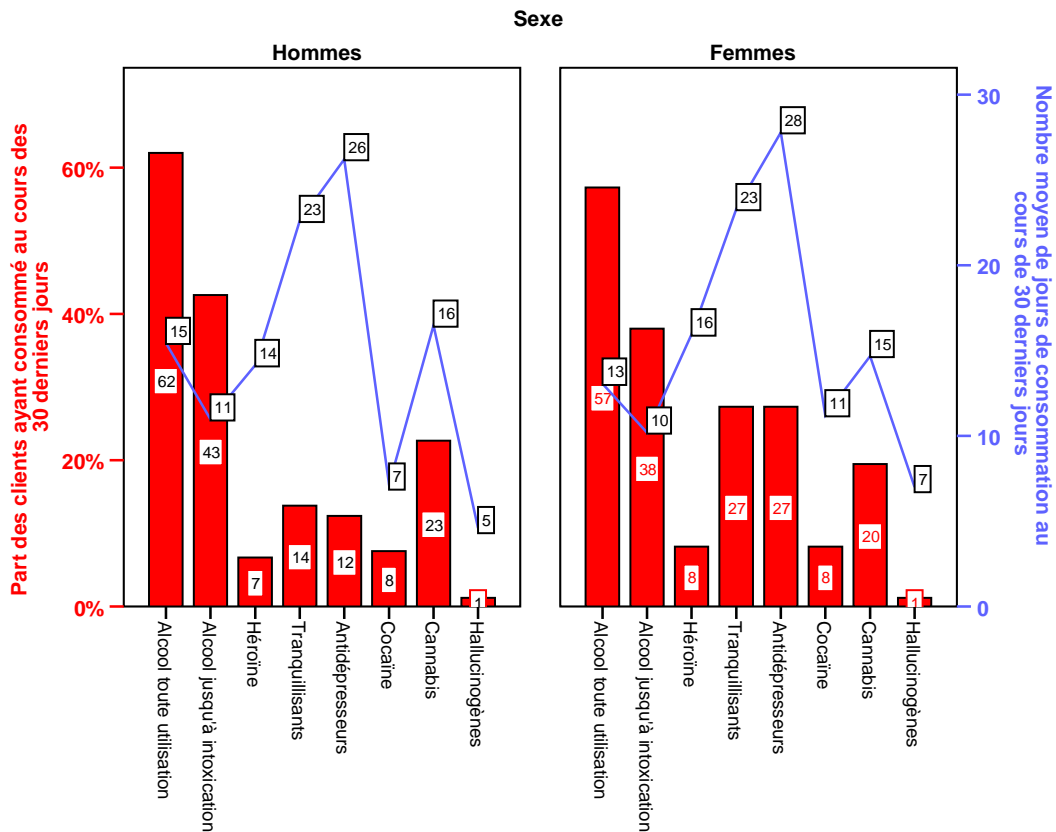
Table 11. Répartition de la durée de la dernière période d'abstinence et de la durée depuis la fin de la période d'abstinence, selon le problème majeur (en %)

	Alcool toute utilisation N=735	Alcool jusqu'à intoxication N=282	Opiacés et/ou cocaïne N=204	Cannabis N=131	Alcool et drogues N=181	Polydrogues N=67	Autre N=84	Tous N=1684
Durée de la dernière phase d'abstinence								
Jamais abstinent	31.4	31.9	28.4	47.3	40.9	38.8	48.8	34.6
1 à 2 mois	27.2	21.3	19.6	24.4	19.9	17.9	14.3	23.3
3 à 6 mois	17.4	16.3	17.6	11.5	15.5	17.9	15.5	16.5
7 à 12 mois	10.6	6.7	11.8	12.2	12.2	11.9	6.0	10.2
Plus de 12 mois	13.3	23.8	22.5	4.6	11.6	13.4	15.5	15.4
Durée depuis la dernière phase d'abstinence								
Encore abstinent	23.1	17.6	28.4	19.6	14.4	21.5	13.9	21.0
1 à 6 mois	16.0	15.4	19.4	7.7	15.5	11.8	13.3	15.3
7 à 12 mois	7.9	3.6	9.0	6.9	6.1	2.9	9.6	6.9
13 à 24 mois	7.9	5.7	6.5	8.5	7.7	7.4	4.8	7.2
25 à 72 mois	7.7	7.5	6.5	6.2	6.6	10.3	6.0	7.3
Plus de 72 mois	6.0	18.3	2.0	3.8	8.8	7.4	3.6	7.7
Jamais abstinent	31.4	31.9	28.4	47.3	40.9	38.8	48.8	34.6

Consommation au cours des 30 derniers jours

La Figure 10 illustre, selon les principales substances saisies par l'IGT, la part du collectif ayant consommé au cours de 30 derniers jours, et pour ceux l'ayant fait, le nombre moyen de jours de consommation.

Figure 10. Part du collectif ayant consommé les substances principales au cours des 30 derniers jours (en %), et nombre moyen de jours de consommation au cours des 30 derniers jours (pour les clients ayant consommé la substance au cours des 30 derniers jours)



Une nouvelle fois, l'alcool vient en première place des substances consommées (60.8% pour l'alcool toute utilisation et 41.4% pour l'alcool jusqu'à intoxication), suivie du cannabis (21.9%) et des médicaments (17.3% pour les tranquillisants et 16.2% pour les antidépresseurs). La cocaïne devance de peu l'héroïne (respectivement 7.7% et 7.1%).

Lorsque la substance a été consommée au cours des 30 derniers jours, ce sont les médicaments qui sont le plus fréquemment consommés (durant 26.9 jours en moyenne pour les antidépresseurs et 22.9 jours pour les tranquillisants). Le cannabis a été consommé en moyenne durant 16.1 jours et l'héroïne durant 14.7 jours. La cocaïne est derrière avec 8.3 jours.

Les différences entre les hommes et les femmes concernent les parts de consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs, deux fois plus élevées chez les femmes.

- Pour l'ensemble du collectif l'alcool est la substance la plus prévalente sur la vie (90.0% pour l'alcool toute utilisation et 82.3% pour l'alcool jusqu'à intoxication), suivi le cannabis avec 48.1% et la cocaïne avec 30.5%, puis les tranquillisants (29.9%) et les antidépresseurs (26.3%) où les parts des femmes sont supérieures. L'ordre des substances est similaire en ce qui concerne la prévalence de vie de consommation régulière.
- La première substance consommée dans la vie est l'alcool toute utilisation (14.8 ans), suivie du cannabis (17.1 ans), l'alcool jusqu'à intoxication (18.1 ans), les hallucinogènes (18.5 ans), l'héroïne (20.3 ans) et la cocaïne (20.8 ans).
- Lorsqu'il y a consommation régulière d'une substance, ce sont le cannabis (17.4 ans) et les hallucinogènes (17.7 ans) qui viennent le plus vite, suivis de l'alcool toute utilisation (20.9 ans), de l'héroïne (21.2 ans) et de la cocaïne (22.6 ans).
- Plus d'un tiers du collectif (34.6%) indique n'avoir jamais été abstinent par rapport à la substance posant le problème majeur, et pour environ un quart des personnes (23.3%) la durée de la dernière abstinence n'a pas excédé deux mois.
- Parmi les personnes ayant été au moins une fois abstinentes, une personne sur trois (32.1%) est encore abstinente au moment de l'évaluation, mais deux sur cinq (44.5%) ne le sont plus depuis 6 mois au moins. Une sur quatre (29.9%) n'est plus abstinente depuis au moins 3 ans et 11.8% depuis au moins 6 ans. Aucune différence n'est à noter selon le sexe.
- Le cannabis fournit la plus grande part de personnes jamais abstinentes du produit (47.3%), et les opiacés et/ou la cocaïne la part la plus faible (28.4%). Les opiacés et/ou la cocaïne fournissent la part de personnes encore abstinentes la plus élevée (28.4%) et la double toxicomanie alcool-drogue la part la plus faible (14.4%). Les périodes de dernière abstinence sont les plus longues pour l'alcool jusqu'à intoxication, les opiacés et/ou cocaïne où près d'un quart des clients concernés a connu plus de 12 mois d'abstinence.
- Lorsque la substance a été consommée au cours des 30 derniers jours, ce sont les médicaments qui sont le plus consommés (durant 26.9 jours en moyenne pour les antidépresseurs et 22.9 jours pour les tranquillisants). Le cannabis a été consommé en moyenne durant 16.1 jours et l'héroïne durant 14.7 jours. La cocaïne est derrière avec 8.3 jours.

GRAVITE DES PROBLEMES

CONSIDERATIONS SUR LES EVALUATIONS DE LA GRAVITE

Pour rappel, les estimations de gravité sont établies par l'intervenant. Ces scores de gravité, allant de 0 à 9, indiquent un degré croissant de la gravité des problèmes présents et passés de la personne.

Cet indice, très utile du point de vue clinique, permet d'établir un profil de sévérité de la clientèle, basé non seulement sur des informations portant sur les 30 derniers jours, comme c'est le cas pour les scores composés, mais également sur la vie de la personne. S'il n'a pas la même fiabilité statistique que le score composé, il permet cependant de pouvoir établir un portrait de la clientèle pouvant être utilisé à des fins d'épidémiologie clinique.

Table 12. Effectifs et *parts relatives (en %)* des catégories de gravité de problème par domaine, par institution, par sexe et globalement.

	CAP	FAR/FXB	Villa Flora	Via Gampel	Hommes	Femmes	Total
Alcool							
Pas de problème réel	318 22.6	44 39.6	11 3.6	0 0.0	258 18.0	115 23.2	373 19.3
Léger problème	176 12.5	13 11.7	6 2.0	1 0.9	156 10.9	41 8.3	197 10.2
Problème moyen	394 28.0	26 23.4	45 14.8	3 2.7	348 24.3	119 24.0	467 24.2
Problème considérable	436 31.0	19 17.1	134 44.1	83 75.5	504 35.1	166 33.5	670 34.7
Problème extrême	83 5.9	9 8.1	108 35.5	23 20.9	168 11.7	55 11.1	223 11.6
Drogue							
Pas de problème réel	869 62.7	6 5.4	180 59.2	95 86.4	872 61.5	275 56.1	1147 60.1
Léger problème	82 5.9	6 5.4	19 6.3	2 1.8	81 5.7	29 5.9	110 5.8
Problème moyen	155 11.2	7 6.3	19 6.3	4 3.6	132 9.3	53 10.8	185 9.7
Problème considérable	227 16.4	47 42.3	35 11.5	2 1.8	229 16.1	82 16.7	311 16.3
Problème extrême	53 3.8	45 40.5	51 16.8	7 6.4	105 7.4	51 10.4	156 8.2
Santé physique							
Pas de problème réel	656 46.9	37 33.0	172 56.8	12 10.9	676 47.2	201 40.8	877 45.6
Léger problème	304 21.7	26 23.2	52 17.2	24 21.8	303 21.2	102 20.7	405 21.0
Problème moyen	264 18.9	37 33.0	45 14.9	43 39.1	272 19.0	117 23.7	389 20.2
Problème considérable	156 11.1	10 8.9	25 8.3	28 25.5	155 10.8	64 13.0	219 11.4
Problème extrême	20 1.4	2 1.8	9 3.0	2 2.7	25 1.7	9 1.8	34 1.8
Relations familiales et interpersonnelles							
Pas de problème réel	283 20.7	1 0.9	41 13.7	9 8.3	279 19.9	54 11.2	333 17.7
Léger problème	252 18.4	5 4.6	39 13.0	12 11.1	239 17.1	69 14.3	308 16.3
Problème moyen	406 29.7	20 18.3	78 26.0	31 28.7	404 28.8	131 27.1	535 28.4
Problème considérable	378 27.6	52 47.7	102 34.0	52 48.1	401 28.6	183 37.8	584 31.0
Problème extrême	50 3.7	31 28.4	40 13.3	4 3.7	78 5.6	47 9.7	125 6.6
Etat psychologique							
Pas de problème réel	331 23.7	7 6.4	47 15.5	12 10.8	340 23.9	54 11.0	394 20.6
Léger problème	246 17.6	4 3.7	44 14.5	15 13.5	251 17.6	58 11.8	309 16.1
Problème moyen	379 27.2	19 17.4	90 29.7	22 19.8	375 26.4	135 27.4	510 26.6
Problème considérable	346 24.8	54 49.5	97 32.0	54 48.6	366 25.7	186 37.8	552 28.8
Problème extrême	92 6.6	25 22.9	25 8.3	8 7.2	91 6.4	59 12.0	150 7.8
Emploi et ressources							
Pas de problème réel	514 36.7	10 8.9	116 38.2	5 4.6	475 33.2	169 34.3	644 33.5
Léger problème	218 15.6	22 19.6	39 12.8	13 12.0	219 15.3	73 14.8	292 15.2
Problème moyen	313 22.4	38 33.9	64 21.1	16 14.8	306 21.4	125 25.4	431 22.4
Problème considérable	304 21.7	38 33.9	56 18.4	67 62.0	358 25.0	106 21.5	464 24.1
Problème extrême	51 3.6	4 3.6	29 9.5	7 6.5	72 5.0	19 3.9	91 4.7
Situation judiciaire							
Pas de problème réel	1001 71.0	73 65.8	235 77.3	84 78.5	963 67.2	427 86.3	1390 72.1
Léger problème	145 10.3	15 13.5	23 7.6	5 4.7	155 10.8	33 6.7	188 9.7
Problème moyen	167 11.9	15 13.5	25 8.2	2 1.9	185 12.9	25 5.1	210 10.9
Problème considérable	76 5.4	8 7.2	13 4.3	13 12.1	102 7.1	8 1.6	110 5.7
Problème extrême	20 1.4	0 0.0	8 2.6	3 2.8	29 2.0	2 0.4	31 1.6

L'interprétation des scores au niveau clinique peut être la suivante :

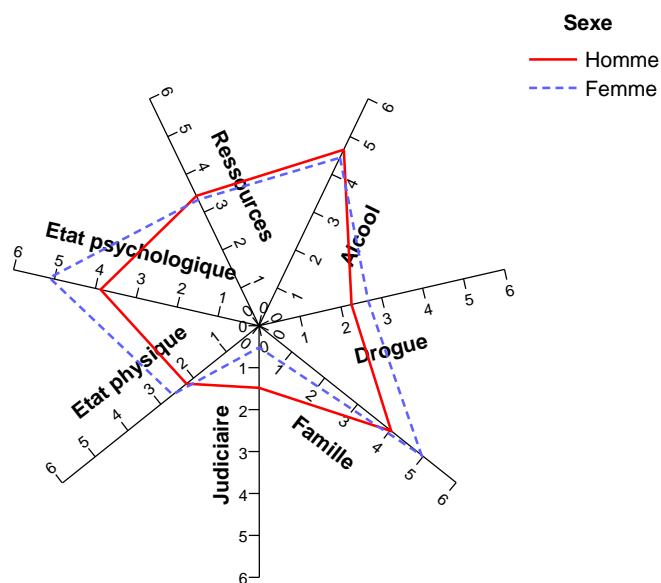
- Scores 0 et 1 : pas de problème réel
- Scores 2 et 3 : léger problème
- Scores 4 et 5 : problème moyen
- Scores 6 et 7 : problème considérable
- Scores 8 et 9 : problème extrême

La Table 12 reporte de façon brute les effectifs et parts relatives des catégories de gravité pour chacun des domaines de l'IGT, par service, par sexe et pour l'ensemble du collectif. Dans les services ambulatoires, si les parts relatives de clients ayant des problèmes considérables ou extrêmes dans chaque domaine investigué par l'IGT restent en général plus faibles que dans les institutions résidentielles, elles conduisent néanmoins à un volume important de clients.

Profils cliniques de gravité

Les Figures 11 à 13 illustrent les profils de gravité obtenus sur le collectif retenu (se basant sur les moyennes des scores de chaque domaine), respectivement selon le sexe, l'institution et le type de problème majeur.

Figure 11. Profil de gravité du collectif analysé, selon le sexe



Sur l'ensemble du collectif, le domaine *alcool* fournit la gravité moyenne la plus élevée (4.5), suivi des domaines *relations familiales et interpersonnelles* (4.2) et *état psychologique* (4.1). La gravité des problèmes liés à *l'emploi et ressources* est intermédiaire (3.4), devant les domaines *drogue* (2.3) et *état de santé physique* (2.2). Le domaine *légal* fournit la valeur moyenne la plus basse (1.2).

Selon le sexe, les femmes fournissent des valeurs plus élevées pour les domaines *état psychologique* (5.0 contre 3.8 pour les hommes) et *famille et relations interpersonnelles* (4.9 contre 4.0). Les hommes connaissent une gravité plus élevée dans le domaine *légal* (1.5 contre 0.5).

Figure 12. Profil de gravité du collectif analysé, selon le l'institution

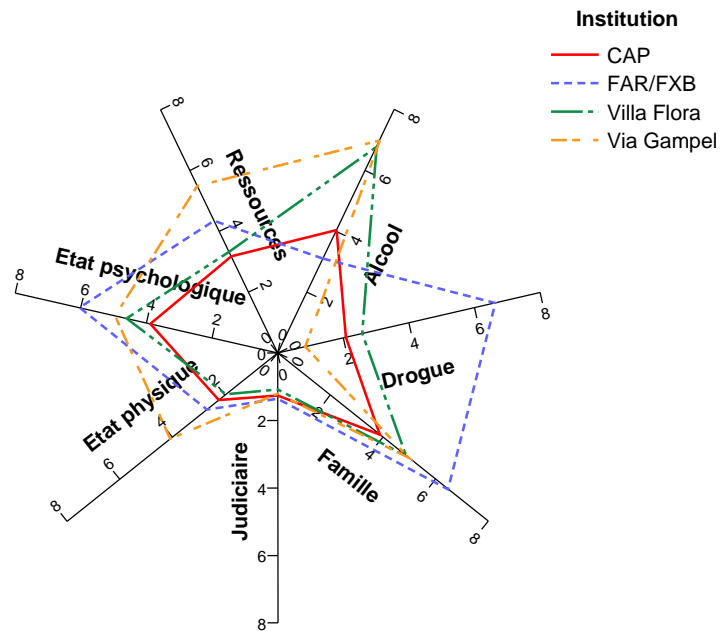
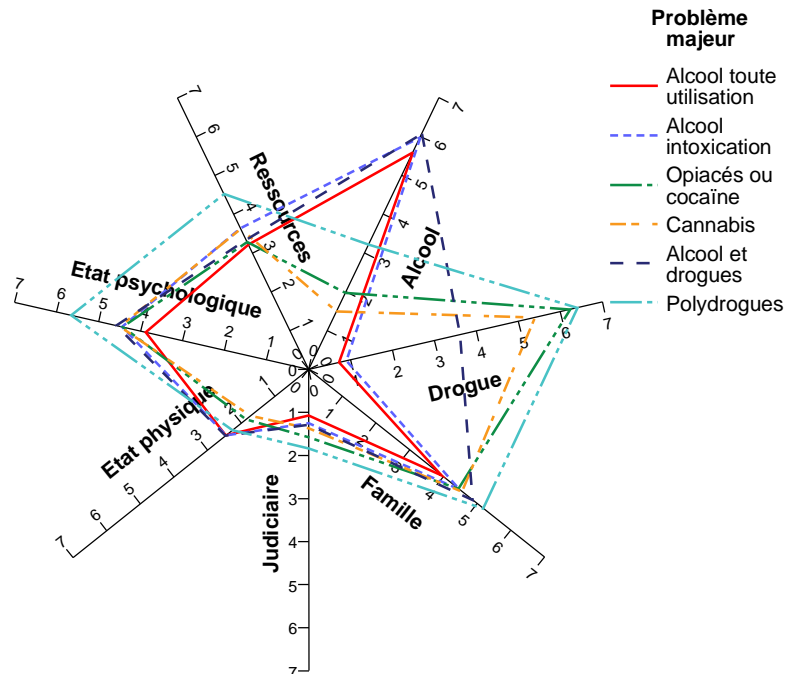


Figure 13. Profil de gravité du collectif analysé, selon les types principaux de problème majeur



Les profils de gravité rendent compte de la spécialisation des institutions résidentielles : Villa Flora et Via Gampel produisent les gravités moyennes les plus élevées pour le domaine *alcool* (respectivement 6.7 et 7.0, Villa Flora s'ouvrant plus aux autres toxicomanies avec une gravité moyenne de 2.6 pour le domaine *drogue* contre 0.9 pour Via Gampel), et les Foyers FAR/FXB pour le domaine *drogue* (6.6). Les CAP LVT, pratiquant une approche intégrée des

substances, produit une gravité moyenne du domaine *alcool* de 4.0 et une gravité moyenne du domaine *drogue* de 2.0. Via Gampel accueille la clientèle la plus atteinte sur le plan de la *santé physique* (4.1) et sur le plan de *l'emploi et des ressources* (5.5). La clientèle des Foyers FAR/FXB est la plus péjorée sur le plan des *relations familiales et interpersonnelles* (6.5) et sur celui de *l'état psychologique* (6.1).

Lorsque l'on considère le type de problème majeur, les problèmes liés à alcool fournissent sans surprise la gravité la plus élevée pour le domaine *alcool* (respectivement 5.5 pour l'alcool toute utilisation et 6.0 pour l'alcool jusqu'à intoxication), et les problèmes de consommation de drogue la gravité la plus élevée pour le domaine *drogue* (respectivement 6.3 pour polydrogues, 6.1 pour opiacés ou cocaïne et 5.4 pour cannabis).

Le problème majeur lié à la consommation de plusieurs drogues est celui qui engendre les valeurs moyennes les plus élevées pour les domaines *état psychologique* (5.6), *relations familiales et interpersonnelles* (5.2), et *emploi et ressources* (4.4). Le problème alcool toute utilisation est celui qui, globalement, engendre le profil le moins sévère.

Typologie clinique de la clientèle

Basé sur les estimations de gravité établies par les intervenants, le but de cette section est de dégager une typologie de la clientèle de la LVT, c'est-à-dire une description de la clientèle basée sur la construction de groupes homogènes sur le plan de la gravité. Cette analyse permet d'élargir la perspective du profil de gravité qui, en se basant sur des moyennes, écrase les différences existantes entre groupes d'individus. Elle ne prétend pas établir une vérité absolue, mais simplement décrire autrement le collectif évalué.

La méthode de classification a été appliquée sur les variables d'estimation recodées : 0,1 = 1 (pas de problème réel) ; 2,3 = 2 (léger problème) ; 4,5 = 3 (problème moyen) ; 6,7 = 4 (problème considérable) et 8,9 = 5 (problème extrême). La classification retenue est celle produisant cinq groupes de clients. Les effectifs des groupes obtenus sont relativement bien équilibrés.

Caractéristiques principales des groupes retenus

La Table 13 reporte les caractéristiques des groupes résultants par ordre de gravité de la situation, et les Figures 14 et 15 illustrent la fréquence relative de chaque groupe selon les institutions et selon le sexe.

- Le Groupe 1 comprend les clients dont seule la situation au niveau de la consommation d'alcool est touchée, les autres domaines de l'IGT étant en moyenne épargnés. Les clients de ce groupe :
 - sont relativement plus nombreux à être signalés par les services administratifs ou judiciaires, particulièrement le service cantonal de la circulation et de la navigation, et par l'office régional de placement ;
 - ont relativement plus souvent un travail à plein temps ;
 - n'ont en général pas de problème majeur réel ou alors l'alcool toute utilisation comme problème majeur ;
 - vivent plus souvent avec le conjoint et/ou les enfants.
- Le Groupe 2 inclut les clients où les problèmes de consommation *d'alcool* s'accompagnent de problèmes importants, dans les domaines des *relations familiales et interpersonnelles* et de *l'état psychologique*. Les domaines de *l'emploi et des ressources* et de la *santé physique* commencent à être touchés. Les aspects principaux caractérisant les membres de ce groupe sont :
 - une surreprésentation des clients signalés par l'employeur et par l'ORP ;
 - le problème majeur alcool toute utilisation est surreprésenté ;
 - les clients sont relativement plus nombreux à avoir déjà suivi un traitement spécialisé pour abus d'alcool sur toute la vie ;

- o les clients vivent plus fréquemment avec leur conjoint et/ou les enfants.

Table 13. Typologie de la clientèle selon les évaluations de gravité faites par les intervenants. Description selon la qualification générale des problèmes pour chacun des sept domaines de l'IGT (N=1795 clients avec l'ensemble des 7 estimations de la gravité). Les valeurs en rouge représentent respectivement les valeurs moyenne et médiane observées des estimations de gravité à l'intérieur de chaque groupe.

	<i>Alcool</i>	<i>Drogue</i>	<i>Santé physique</i>	<i>Relations familiales</i>	<i>Etat psychologique</i>	<i>Emploi et ressources</i>	<i>Situation légale</i>
Groupe 1 N=441	Aucun à considérable 3.3 ; 4	Aucun 0.9 ; 0	Aucun ou léger 1.0 ; 0	Aucun ou léger 1.3 ; 0	Aucun ou léger 1.1 ; 0	Aucun à moyen 1.8 ; 0	Aucun 1.0 ; 0
Groupe 2 N=353	Moyen ou considérable 5.9 ; 6	Aucun 0.5 ; 0	Aucun à considérable 2.9 ; 2	Moyen ou considérable 4.9 ; 5	Moyen ou considérable 4.7 ; 5	Aucun ou léger 0.7 ; 0	Aucun 0.8 ; 0
Groupe 3 N=455	Moyen à extrême 6.3 ; 6	Aucun 0.2 ; 0	Aucun à considérable 3.2 ; 3	Moyen ou considérable 5.2 ; 6	Moyen ou considérable 5.1 ; 5	Moyen ou considérable 5.9 ; 6	Aucun 1.0 ; 0
Groupe 4 N=304	Aucun ou léger 1.0 ; 0	Moyen à extrême 6.3 ; 7	Aucun à moyen 1.9 ; 2	Moyen ou considérable 5.1 ; 5	Moyen ou considérable 5.1 ; 5	Léger à considérable 3.7 ; 4	Aucun à moyen 1.5 ; 0
Groupe 5 N=242	Moyen à extrême 6.3 ; 6	Considérable ou extrême 6.8 ; 7	Aucun à considérable 2.8 ; 2	Moyen à extrême 5.8 ; 6	Moyen à extrême 6.1 ; 6	Moyen ou considérable 5.0 ; 5	Aucun à considérable 2.3 ; 2

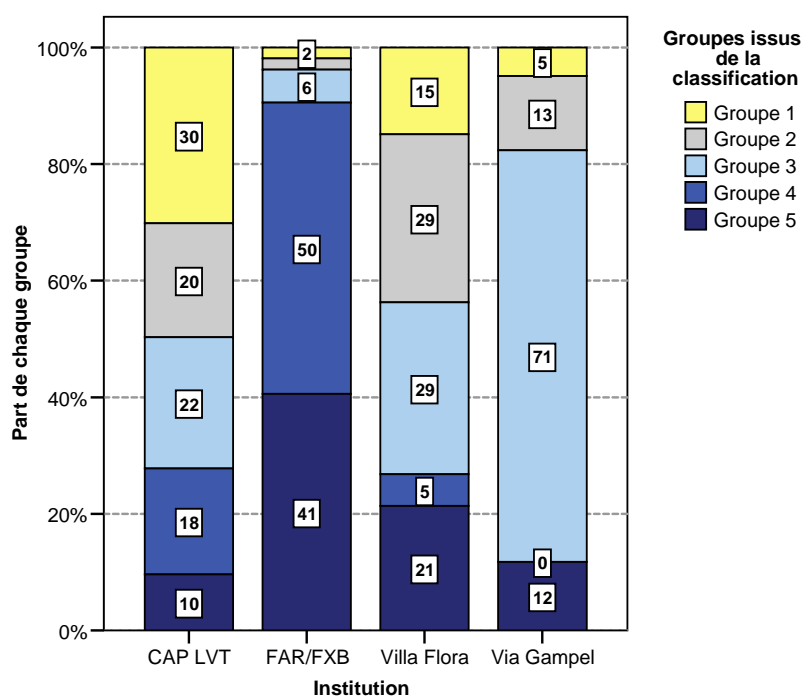
- Le Groupe 3 est caractérisé par de grands problèmes de consommation d'alcool. L'association avec la gravité des problèmes élevée observée dans les domaines des *relations familiales et interpersonnelles*, de *l'emploi et ressources*, de *l'état psychologique* est manifeste. Concernant l'état de santé physique, le spectre de la gravité des problèmes s'étend jusqu'à considérable. Les membres de ce groupe se distinguent de la façon suivante :
 - o ils sont relativement plus nombreux à avoir été signalés par une institution spécialisée ambulatoire (cela est à mettre sur le fait que les membres de ce groupe forment une grande part de la clientèle de Villa Flora et de Via Gampel, voir Figure 14), ainsi que par le monde hospitalier ;
 - o les clients ayant obtenu un diplôme de maturité ou d'une école professionnelle supérieure sont surreprésentés ;
 - o ils sont relativement moins nombreux à avoir un travail à plein temps ;
 - o le problème majeur alcool jusqu'à intoxication est relativement plus fréquent dans ce groupe ;
 - o les clients sont relativement plus nombreux à avoir déjà suivi un traitement spécialisé pour abus d'alcool sur toute la vie ;
 - o les clients de ce groupe ont eu relativement plus fréquemment un traitement pour un problème psychologique (que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier).
- Le Groupe 4 englobe les clients n'ayant pas de problème réel de consommation d'alcool, mais ayant des problèmes liés à la consommation de drogues importants. Le premier domaine problématique associé est *l'état psychologique*, le domaine des *relations familiales et interpersonnelles* se révélant également gravement atteint. Les signes distinctifs principaux du groupe sont les suivants :
 - o les personnes viennent relativement plus fréquemment sur leur propre initiative ;
 - o les problèmes majeurs *opiacés et/ou cocaïne, cannabis* sont surreprésentés ;
 - o les membres du groupe sont relativement plus nombreux à avoir suivi durant leur vie un traitement spécialisé pour abus de drogues ;
 - o l'admission a été plus souvent imposée par le système judiciaire ;

- les clients du groupe vivent relativement plus souvent avec les parents, la famille ou les amis.
- Le Groupe 5 renferme les clients ayant un problème *d'alcool et/ou de drogue* considérable ou extrême. C'est clairement le groupe le plus atteint dans les autres domaines de l'IGT, où la situation de *l'état psychologique, des relations familiales et interpersonnelles* et de *l'emploi et des ressources* sont considérablement ou même extrêmement graves. Les clients de ce groupe sont les plus atteints sur le plan *judiciaire*. Ils se distinguent aussi de la façon suivante :
 - la propre initiative et la famille et/ou le conjoint sont le plus souvent à l'origine du début du suivi ;
 - ils sont relativement plus fréquemment sans formation ;
 - les clients qui ne travaillent pas sont surreprésentés ;
 - les problèmes majeurs *cannabis, alcool et drogues, polydrogues* sont relativement plus nombreux ;
 - ils sont relativement plus nombreux à avoir suivi durant leur vie un traitement spécialisé pour abus de drogues ;
 - ils vivent relativement plus souvent avec les parents, la famille ou les amis ou alors sont plus fréquemment sans domicile fixe ;
 - ils ont eu relativement plus fréquemment un traitement pour un problème psychologique (que ce soit en ambulatoire ou en milieu hospitalier).

Répartition par institution

La Figure 14 illustre l'importance de chacun des groupes dans chaque service de la LVT. Les CAP LVT accueillent tout le spectre de la clientèle, de celle ayant uniquement un problème lié à l'alcool avec des problématiques associées inexistantes ou très légères, à celle ayant un problème de consommation d'alcool et/ou de drogue extrême accompagné d'autres problématiques considérables.

Figure 14. Importance relative (en %) de chaque groupe dans les institutions de la LVT



Ce panachage de la clientèle existe également à Villa Flora, avec cependant un décalage des parts relatives vers les groupes où la gravité des problématiques est plus grande.

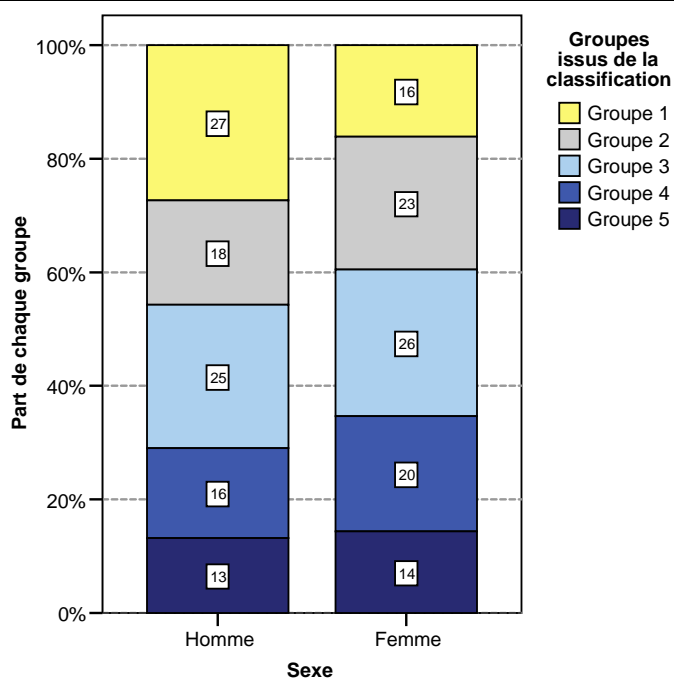
La clientèle accueillie à Via Gampel est principalement composée du groupe 2 où la gravité de la problématique de consommation d'alcool est au moins moyenne et où la gravité des problèmes liés à la famille, l'emploi et à l'état psychologique est très prononcée.

La clientèle de Foyers de Rives du Rhône, comprend des parts des groupes 1, 2 et 3 marginales, contrairement à celle du groupe 5 qui représente deux cinquièmes de la clientèle adulte accueillie.

Répartition par sexe

La Figure 15 représente les résultats obtenus selon le sexe. Si la part des groupes 2, 3 et 4 est assez similaire parmi les hommes et parmi les femmes, la présence du groupe 1 est pratiquement deux fois moins importante chez les femmes que chez les hommes, équilibrant une surreprésentation des groupes 3 et 4 chez les femmes.

Figure 15. Importance relative (en %) de chaque groupe chez les hommes et chez les femmes



■ Sur l'ensemble du collectif, le domaine *alcool* fournit la gravité moyenne la plus élevée, suivi des domaines *relations familiales et interpersonnelles* et *état psychologique*. La gravité des problèmes liés à *l'emploi et ressources* est intermédiaire, devant les domaines *drogue* et *état de santé physique*. Le domaine *légal* fournit la valeur moyenne la plus basse.

■ Selon le sexe, les femmes fournissent des valeurs plus élevées pour les domaines *état psychologique* et *famille et relations interpersonnelles*. Les hommes connaissent une gravité clairement plus élevée dans le domaine *légal*.

■ Villa Flora et Via Gampel produisent les gravités moyennes les plus élevées pour le domaine *alcool* (respectivement 6.7 et 7.0), et les Foyers FAR/FXB pour le domaine *drogue* (6.6).

■ Les CAP LVT, pratiquant une approche intégrée des substances, produit une gravité moyenne du domaine *alcool* de 4.0 et une gravité moyenne du domaine *drogue* de 2.0.

■ Via Gampel accueille la clientèle la plus atteinte sur le plan de la santé physique et sur le plan de l'emploi et des ressources. La clientèle des Foyers FAR/FXB est la plus péjorée sur le plan des relations familiales et interpersonnelles et sur celui de l'état psychologique.

■ Les problèmes de consommation d'alcool fournissent la gravité la plus élevée pour le domaine alcool et les problèmes de consommation de drogue la gravité la plus élevée pour le domaine. Le problème majeur lié à la consommation de plusieurs drogues est celui qui engendre les valeurs moyennes les plus élevées pour les domaines état psychologique, relations familiales et interpersonnelles, et emploi et ressources. Le problème alcool toute utilisation est celui qui, globalement, engendre le profil le moins sévère.

■ Cinq groupes de clients homogènes du point de vue de la gravité peuvent être dégagés :

Groupe 1 : clients dont seule la situation au niveau de la consommation d'alcool est touchée.

Groupe 2 : clients où la gravité des problèmes d'alcool s'accompagne en premier lieu de problèmes dans les domaines des relations familiales et interpersonnelles et des ressources et de l'état psychologique.

Groupe 3 : clients avec des problèmes d'alcool considérables, où l'association avec une gravité élevée de problèmes dans les domaines des relations familiales et interpersonnelles, de l'emploi et des ressources et de l'état psychologique est manifeste. Les problèmes de santé physique peuvent être considérables.

Groupe 4 : clients sans problème réel d'alcool, mais avec des problèmes de drogues moyens ou considérables associés à une gravité égale dans les domaines de l'état psychologique et des relations familiales et interpersonnelles.

Groupe 5 : clients ayant un problème d'alcool et/ou de drogue considérable ou extrême, avec une situation de l'état psychologique et celle des relations familiales et interpersonnelles considérablement ou même extrêmement grave. Les problèmes dans le domaine de l'emploi et des ressources sont moyens ou considérables. Les clients de ce groupe peuvent être également bien atteints dans leur santé physique, et avoir des problèmes judiciaires considérables.

SCORES COMPOSES ET IMPACT DES PRISES EN CHARGE

Pour rappel, les scores composés sont calculés de façon totalement objective, pour chaque domaine de problèmes, à partir d'une combinaison des réponses données à des items appartenant à chaque échelle. Ces items ont été choisis pour leur capacité à rendre compte des changements survenus entre deux périodes données de trente jours et parce qu'ils sont les plus fiables pour donner une estimation générale actuelle de la gravité des problèmes. Les scores composés sont calculés en effectuant une moyenne pondérée des valeurs prises par les items retenus, et produisent une valeur entre 0 et 1.

ANALYSE DES SCORES COMPOSES

Résultats bruts

La Table 14 reporte les scores composés obtenus par sexe, par institution et par type principal de problème majeur. Pour chaque échelle et chaque facteur, un ordre des catégories a été indiqué selon l'ordre inverse des scores (un rang moins élevé est associé à une gravité pour grande). Et afin d'obtenir un portrait global de la situation selon ces trois facteurs, les rangs moyens (sur l'ensemble des 7 domaines) associés à chaque catégorie ont été produits.

Table 14. Scores composés pour chaque domaine de l'IGT, par sexe, par institution et par type principal de problème majeur. L'indice bleu indique pour chaque facteur considéré, le rang de chacune des catégories par ordre décroissant de gravité (un rang inférieur indique une gravité supérieure), et ce à l'intérieur de chaque domaine de l'IGT. Le rang moyen reporte la moyenne sur tous les domaines des rangs ainsi obtenus (somme des rangs divisée par 7).

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire	Rang moyen
Sexe								
Hommes	0.30 ¹	0.07 ²	0.20 ²	0.24 ²	0.21 ²	0.52 ²	0.11 ¹	1.7
Femmes	0.27 ²	0.09 ¹	0.27 ¹	0.29 ¹	0.31 ¹	0.54 ¹	0.04 ²	1.2
Institution								
CAP LVT	0.27 ³	0.07 ²	0.21 ³	0.23 ⁴	0.21 ⁴	0.51 ³	0.09 ³	3.1
FAR/FXB	0.19 ⁴	0.19 ¹	0.19 ⁴	0.34 ¹	0.33 ¹	0.76 ¹	0.16 ¹	1.8
Villa Flora	0.39 ²	0.07 ²	0.24 ²	0.29 ³	0.29 ²	0.48 ⁴	0.10 ²	2.4
Via Gampel	0.53 ¹	0.04 ⁴	0.29 ¹	0.31 ²	0.29 ²	0.54 ²	0.05 ⁴	2.4
Type de problème majeur								
Pas de problème	0.18 ⁵	0.02 ⁷	0.20 ⁴	0.19 ⁷	0.13 ⁷	0.49 ⁶	0.10 ⁴	5.7
Alcool toute utilisation	0.37 ³	0.03 ⁶	0.23 ²	0.25 ⁵	0.23 ⁵	0.50 ⁵	0.06 ⁶	4.6
Alcool jusqu'à intoxication	0.38 ²	0.04 ⁵	0.24 ¹	0.26 ⁴	0.26 ³	0.47 ⁷	0.05 ⁷	4.1
Opiacés ou cocaïne	0.14 ⁶	0.22 ¹	0.15 ⁷	0.27 ³	0.24 ⁴	0.56 ⁴	0.14 ²	3.9
Cannabis	0.12 ⁷	0.16 ³	0.19 ⁶	0.25 ⁵	0.23 ⁵	0.62 ¹	0.11 ³	4.3
Alcool et drogue	0.39 ¹	0.11 ⁴	0.23 ²	0.28 ²	0.29 ²	0.59 ²	0.08 ⁵	2.6
Polydrogues	0.19 ⁴	0.22 ¹	0.20 ⁴	0.32 ¹	0.34 ¹	0.59 ²	0.16 ¹	2.0

Les commentaires suivants peuvent être faits :

- Les femmes cumulent le plus grand nombre de scores composés moyens élevés (5 sur 7), elles n'arrivent après les hommes que pour la consommation d'alcool et la situation légale.
- Les clients des Foyers FAR/FXB, à l'exception de la consommation d'alcool et de la santé physique où ils occupent le dernier rang, produisent les scores les plus élevés. Le calcul des rangs moyens montre la progression suivante : les clients des Foyers FAR/FXB ont la gravité globale la plus élevée avec un rang moyen de 1.8, puis viennent ceux de Via Gampel et de Villa Flora avec 2.4, et finalement ceux des CAP LVT arrivent à un rang moyen de 3.1. Si l'on compare les deux institutions résidentielles spécialisées dans la prise en charge

des problèmes liés à la consommation d'alcool, Via Gampel arrive avant Villa Flora pour tous les domaines, à l'exception de la consommation de drogues et la situation judiciaire.

- Le calcul des rangs moyens selon le problème principal montre la progression suivante : le problème *polydrogues* arrive en tête de gravité (rang moyen de 2.0), suivi de *alcool et drogue* (2.6), des *opiacés ou de la cocaïne*, de *alcool jusqu'à intoxication* et du *cannabis* (avec respectivement 3.9, 4.1 et 4.3). L'*alcool jusqu'à intoxication* produit ainsi une situation globale similaire à celle associée à un problème lié à une seule drogue. Le problème *polydrogues* arrive au premier rang pour la consommation de drogue, les relations familiales et l'état psychique. L'*alcool jusqu'à intoxication* occupe la première place pour la santé physique.

Comparaison avec d'autres populations d'alcooliques ou de toxicomanes

La Table 15 compare les scores composés obtenus avec ceux obtenus dans deux autres études^{7 8}.

Le collectif LVT produit le score composé de l'échelle *alcool* le plus bas. Les résultats indiquent que les moyennes des scores composés des clients LVT sont comparables à celles obtenues dans le collectif de Daeppen et al. pour les échelles *santé physique*, *emploi et ressources* et *état psychologique*, et sont comparables à celles obtenues dans le groupe de Landry et al. pour les échelles *drogue*, *légal* et *famille et relations interpersonnelles*.

Table 15. Comparaisons des moyennes des scores composés du collectif LVT et de celles obtenues dans les études de Landry et al. et de Daeppen et al.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Collectif LVT (Suisse, 1987 sujets, alcool + drogue)	0.29	0.08	0.22	0.25	0.24	0.52	0.09
Landry et al. (Québec, 300 sujets, alcool + drogue)	0.41	0.17	0.19	0.30	0.36	0.63	0.11
Daeppen et al. (Suisse, 100 sujets, alcool)	0.52	-	0.39	0.32	0.26	0.59	0.06

IMPACT DES TRAITEMENTS

La question « Quel traitement, pour quel patient, pour quels résultats et à quel coût ? » est devenue centrale au sein de la LVT depuis la fin des années 1990. Les sections précédentes indiquent clairement que l'introduction de l'IGT à l'admission de ses services fournit déjà à la LVT une description détaillée des profils de sa clientèle, et permet donc de répondre de façon très complète à la partie « Quel patient ? ».

L'IGT s'accompagne d'une version abrégée, regroupant essentiellement les items portant sur les 30 derniers jours de la vie du client, et qui permet d'obtenir les scores composés dans chaque domaine. Cette version courte a également été introduite à la sortie des services de la LVT, mais seulement dès l'année 2003. Avec cette introduction, l'intention principale de la LVT était de tenter de fournir une mesure de l'impact des traitements, et ce non seulement en fonction de la consommation d'alcool et/ou de drogues, mais aussi au niveau de l'état de santé physique, des relations familiales et interpersonnelles, de l'état psychologique, de l'emploi et les ressources, et de la situation judiciaire du client. La mesure de l'impact peut être faite en considérant l'évolution, pour chaque domaine, des scores

⁷ Landry M, Guyon L, Beauvais B. Evolution du profil biopsychosocial de la clientèle de toxicomanes en réadaptation à Domrémy-Montréal entre 1991 et 1995. RISQ (Québec), 1997.

⁸ Daeppen, JB, Burnand B, Schnyder C, Bonjour M., Pecoud A, Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. J Stud Alcohol. 57(6): 585-590, 1996.

composés entre l'admission et la sortie, ce de façon continue et non en terme dichotomique d'échec ou réussite. Cette démarche devrait permettre d'apporter des éléments de réponse à la partie « Pour quels résultats ? ».

Résultats dans les institutions résidentielles

La démarche fournit des résultats probants dans le secteur résidentiel, présentés dans cette section.

a) Collectif analysé

Comme l'introduction des différents outils liés à l'IGT n'a pas été opérée à la même date, les critères d'inclusion dans le collectif cible pour l'analyse de l'impact du traitement résidentiel sont ici différents et visent à obtenir un collectif cohérent. Ils sont les suivants :

- Avoir commencé son traitement durant la période 2003-2006 ;
- avoir terminé son traitement durant la période 2003-2006 ;
- avoir terminé régulièrement son traitement ;
- être au bénéfice d'une évaluation IGT à l'admission ou motif de non administration non précisé ou manquant ;
- être au bénéfice d'une évaluation de l'IGT abrégé à la sortie ou motif de non administration non précisé ou manquant.

La Table 16 reporte les volumes du collectif potentiel et de celui de la clientèle possédant à la fois une évaluation à l'admission à l'aide de l'IGT et une évaluation à la sortie à l'aide de l'IGT abrégé. Globalement, l'impact des traitements peut être évalué sur 222 clients en institution résidentielle, ce qui représente une part de 61.0% de la clientèle cible.

La part résultante est à la Villa Flora inférieure à celles obtenues dans les Foyers FAR/FXB et à Via Gampel : en 2006, un nombre exceptionnel de mouvements de la clientèle conjugué à une baisse extraordinaire de l'encadrement professionnel (congé maladie prolongés, congé maternité) a limité la disponibilité des ressources et entravé les évaluations IGT à l'admission et à la sortie (pour cette année particulière, la part n'est que de 20.0% alors qu'elle se situe entre 60.7% et 72.4% pour les autres années).

Table 16. Collectif cible et collectif possédant à la fois les formulaires IGT et IGT abrégé respectivement à l'admission et à la sortie

	FAR/FXB	Villa Flora	Via Gampel	Hommes	Femmes	Total
Nombre de clients potentiels	25	255	84	271	93	364
Nombre de clients avec l'IGT à l'admission	22	180	71	210	63	273
Nombre de clients avec l'IGT abrégé à la sortie	24	169	72	198	67	265
Nombre de clients avec l'IGT à l'admission et l'IGT abrégé à la sortie	21	137	64	172	50	222
Part des clients avec l'IGT à l'admission et l'IGT abrégé à la sortie	84.0%	53.7%	76.2%	63.5%	53.8%	61.0%

La Table 17 fournit l'évolution moyenne des scores composés de l'IGT entre l'admission et la sortie (pour chaque client : score composé calculé à l'admission moins le score composé calculé à la sortie), globalement pour le secteur résidentiel, puis selon le sexe, l'institution et la catégorie du problème majeur à l'admission.

Les domaines *Alcool*, *Etat psychologique*, *Santé physique*, et *Relations familiales et interpersonnelles* produisent les améliorations les plus marquées. Si globalement les femmes s'améliorent plus que les hommes, elles s'améliorent vraiment plus que les hommes dans le domaine de *l'état psychologique*, et légèrement plus au niveau de la consommation *d'alcool*.

En tenant compte de l'ensemble des sept domaines, les trois institutions produisent des impacts de la même importance. Les deux institutions spécialisées dans la prise en charge des problèmes liés à l'alcool fournissent les améliorations les plus marquées dans les domaines de la consommation d'alcool (avec une amélioration plus marquée à Via Gampel) et de l'état psychologique. Les domaines de la santé physique et des relations familiales et interpersonnelles s'améliorent en moyenne de façon comparable dans les deux institutions. L'impact du traitement dans les Foyers des Rives du Rhône est clairement observé dans les domaines de la consommation de drogue, de l'état psychologique et des relations familiales et interpersonnelles.

Selon le type de problème majeur, les problèmes englobant l'alcool et ceux englobant les drogues fournissent les évolutions positives les plus marquées dans les domaines associés. L'amélioration sur l'échelle de la santé physique est la plus grande pour l'alcool jusqu'à intoxication. Les traitements ont un plus grand impact dans les domaines relations familiales et interpersonnelles et état psychologique pour les problèmes majeurs alcool jusqu'à intoxication et une ou plusieurs drogues.

Ces observations sont très utiles : ils montrent que les thérapies résidentielles offertes au sein de la LVT améliorent de façon significative la situation de la clientèle terminant régulièrement son séjour, non seulement en termes de consommation, mais aussi dans les autres dimensions bio-psycho-sociales. Les résultats restent cependant limités à l'impact du traitement à très court terme. C'est pourquoi, pour tenter d'étudier les effets des prestations résidentielles à plus long terme, une étude de catamnèse à 1 an, 3 ans et 5 ans, également basée sur l'IGT, a été lancée au sein de Via Gampel et Villa Flora en 2007, et dans les Foyers des Rives du Rhône dès 2008. La population d'étude est l'ensemble des clients sortis de la Villa Flora ou de Via Gampel depuis le 1er janvier 2007, et l'ensemble des clients sortis des Foyers des Rives du Rhône depuis le 1^{er} janvier 2008, ayant donné leur accord à être recontactés 1 an après leur sortie de l'institution. L'étude se veut une étude en flux tendu : il s'agit de récolter systématiquement et régulièrement dans le temps des informations pour chaque client consentant. Pour Villa Flora et Via Gampel, les premiers résultats sur le devenir des clients une année après leur sortie devraient paraître au printemps 2009.

Table 17. Evolution des scores composés pour chaque domaine de l'IGT, par sexe, par institution et par type principal de problème majeur. L'indice bleu indique pour chaque facteur considéré, le rang de chacune des catégories par ordre d'amélioration (un rang inférieur indique une amélioration supérieure), et ce à l'intérieur de chaque domaine de l'IGT. Le rang moyen reporte la moyenne sur tous les domaines des rangs ainsi obtenus (somme des rangs divisée par 7).

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire	Rang moyen
Sexe								
Hommes	-0.25 ²	-0.04 ²	-0.10 ²	-0.10 ²	-0.13 ²	-0.01 ¹	-0.02 ¹	1.7
Femmes	-0.29 ¹	-0.07 ¹	-0.11 ¹	-0.11 ¹	-0.22 ¹	0.01 ²	0.01 ²	1.3
Institution								
FAR/FXB	-0.09 ³	-0.17 ¹	-0.07 ³	-0.12 ¹	-0.18 ¹	0.04 ³	-0.03 ¹	1.9
Villa Flora	-0.26 ²	-0.05 ²	-0.10 ²	-0.10 ³	-0.14 ³	-0.02 ¹	-0.02 ²	2.1
Via Gampel	-0.36 ¹	-0.01 ³	-0.11 ¹	-0.11 ²	-0.15 ²	0.02 ²	-0.01 ³	2.0
Type de problème majeur								
Alcool toute utilisation	-0.28 ³	-0.01 ⁴	-0.09 ³	-0.07 ⁴	-0.12 ⁴	-0.01 ³	0.01 ⁴	3.6
Alcool jusqu'à intoxication	-0.31 ²	-0.02 ³	-0.13 ¹	-0.13 ²	-0.19 ²	0.07 ⁴	-0.02 ³	2.4
Une ou plusieurs drogues	-0.04 ⁴	-0.15 ¹	-0.07 ⁴	-0.19 ¹	-0.21 ¹	-0.02 ²	-0.04 ¹	2.0
Alcool et drogues	-0.34 ¹	-0.08 ²	-0.10 ²	-0.08 ³	-0.18 ³	-0.05 ¹	-0.03 ²	2.0
Tous	-0.26	-0.05	-0.10	-0.10	-0.15	-0.01	-0.01	-

Résultats dans le secteur ambulatoire

Sur l'ensemble des 1454 clients du collectif IGT en ambulatoire, 962 ont terminé leur suivi (492 étaient encore suivis au 31.12.2007). Parmi ces clients, seuls 159 ont bénéficié d'une évaluation à l'aide de l'IGT abrégé à la sortie. Dans le secteur ambulatoire, la démarche tentant de mesurer l'effet des prestations à l'aide de l'évolution des scores composés de l'IGT entre l'admission et la sortie n'a donc pas fourni les résultats escomptés. La raison essentielle réside dans les parts élevées de pertes de contacts et d'interruptions de suivis (respectivement 31% et 15% pour les

suivies terminés entre 2005 et 2007), ne permettant pas d'obtenir les données nécessaires à la production des scores composés. Mais même s'ils ne sont pas représentatifs, la Table 18 reporte les résultats liés à l'impact d'une prise en charge ambulatoire pour ce collectif restreint, selon le sexe et selon le type de problème majeur. Ils montrent une amélioration nette de la situation de la clientèle dans plusieurs domaines.

Table 18. Evolution des scores composés pour chaque domaine de l'IGT, par sexe et par type principal de problème majeur. L'indice bleu indique pour chaque facteur considéré, le rang de chacune des catégories par ordre décroissant d'amélioration (un rang inférieur indique une amélioration supérieure), et ce à l'intérieur de chaque domaine de l'IGT. Le rang moyen reporte la moyenne sur tous les domaines des rangs ainsi obtenus (somme des rangs divisée par 7).

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire	Rang moyen
Sexe								
Hommes	-0.14 ¹	-0.03 ²	-0.04 ¹	-0.11 ²	-0.08 ²	-0.15 ¹	-0.09 ¹	1.4
Femmes	-0.13 ²	-0.04 ¹	-0.01 ²	-0.14 ¹	-0.17 ¹	-0.04 ²	-0.05 ²	1.6
Type de problème majeur								
Alcool toute utilisation	-0.20 ¹	-0.01 ⁴	-0.01 ⁴	-0.12 ²	-0.16 ¹	-0.16 ²	-0.11 ¹	2.1
Alcool jusqu'à intoxication	-0.17 ²	-0.02 ³	-0.12 ²	-0.20 ¹	-0.11 ²	-0.03 ³	-0.05 ²	2.1
Une ou plusieurs drogues	-0.01 ⁴	-0.12 ¹	-0.03 ³	-0.10 ³	-0.06 ³	0.02 ⁴	-0.04 ³	3.0
Alcool et drogues	-0.11 ³	-0.04 ²	-0.16 ¹	-0.02 ⁴	-0.01 ⁴	-0.18 ¹	-0.00 ⁴	2.7
Tous	-0.14	-0.03	-0.03	-0.12	-0.11	-0.12	-0.08	-

Il a été décidé depuis de réorienter la mesure des effets des prestations ambulatoires selon deux axes, à savoir (1) un axe subjectif (clinique) basé sur l'évolution entre l'admission et la sortie des évaluations faites par l'intervenant de la gravité des problèmes du client et surtout de son besoin de traitement dans chacun des domaines de l'IGT, et (2) un axe objectif centré sur l'évolution des scores composés entre l'admission et 12 mois de suivi (sur le collectif restreint des clients encore suivis 12 mois après l'admission). Cette démarche sera mise en place dès janvier 2008, et fournira ses premiers résultats courant 2010.

POINTS FORTS

- Les femmes cumulent le plus grand nombre de scores composés moyens élevés (5 sur 7), elles n'arrivent après les hommes que pour la consommation d'alcool et la situation légale.
- Le problème *polydrogues* arrive en tête de gravité, suivi de *alcool et drogue*, des *opiacés ou de la cocaïne*, de *alcool jusqu'à intoxication* et du *cannabis* (les trois problèmes au même niveau). L'*alcool jusqu'à intoxication* produit ainsi une situation globale similaire à celle associée à un problème lié à une seule drogue. Le problème *polydrogues* arrive au premier rang pour la consommation de drogue, les relations familiales et l'état psychique. L'*alcool jusqu'à intoxication* occupe la première place pour la consommation d'alcool et la santé physique.
- Dans les institutions résidentielles, l'impact du traitement entre l'admission et la sortie est significatif dans tous les domaines, mais en particulier dans les domaines Alcool, Etat psychologique, Santé physique, et Relations familiales et interpersonnelles produisent les améliorations les plus marquées. Si les femmes s'améliorent globalement plus que les hommes, elles s'améliorent vraiment plus que les hommes dans le domaine de l'état psychologique, et légèrement plus au niveau de la consommation d'alcool. Dans l'ambulatoire, les résultats obtenus, même s'ils ne peuvent être reportés qu'à une petite fraction de la clientèle, montrent un impact réel de l'accompagnement.

POINTS FORTS

PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES

L'objectif de ce chapitre est d'étudier de manière plus approfondie des sous-groupes de clientèle caractérisée par une problématique spécifique. Le choix, forcément limité et subjectif, s'est porté sur la clientèle avec une double problématique toxicomanie-santé mentale, sur la problématique de la maltraitance et celle de la détresse existentielle, sur la clientèle avec un environnement familial à problèmes, et sur la clientèle avec déni.

CLIENTELE AVEC DES PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES

Il s'agit dans cette section d'estimer, au sein de la clientèle admise dans les services de la LVT, le volume de la clientèle concernée par la double problématique toxicomanie-troubles psychologiques durant les années 2002 à 2007.

Quelques données épidémiologiques

Le phénomène de la double problématique toxicomanie-troubles mentaux est reconnu. La dernière étude américaine nationale sur la santé et l'utilisation de drogues (2006)⁹ montre par exemple que parmi les adultes âgés de 18 ans et plus et avec une détresse psychologique sérieuse (DPS), 22% étaient dépendants ou abusaient de drogues illégales ou d'alcool (parmi les adultes sans DPS, la part était de 8%). Lorsque l'on considérait un épisode dépressif majeur (EDM) dans l'année écoulée, les parts respectives dans les populations avec et sans EDM se montaient à 28% et 13%.

Au Québec, la comorbidité serait présente dans 30% à 50% des cas en milieu psychiatrique, dans 2% à 8% de ceux des centres publics pour alcooliques et toxicomanes, et dans 25% des cas des services de désintoxication en milieu hospitalier¹⁰.

Selon Régier et al¹¹, pour les sujets présentant un abus ou une dépendance à l'alcool, la part de comorbidité avec un trouble mental était de 37% (population générale : 23%), et pour ceux ayant un trouble lié à une autre drogue, elle était de 53%.

En Valais, selon le dernier rapport de la statistique des hôpitaux psychiatriques¹², 207 (17.5% des hospitalisations) et 258 (19.8%) patients adultes ont été admis en 2004 et 2005 respectivement avec un diagnostic principal CIM-10 « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». Si les diagnostics secondaires sont considérés, les nombres de diagnostics liés à l'utilisation de substances psychoactives s'élèvent à 484 (20.0% de l'ensemble des diagnostics) et 503 (20.9%) respectivement.

Critères d'identification

Afin de desservir au mieux les clients aux prises avec une double problématique toxicomanie-santé mentale, le centre public de réadaptation Domrémy-Montréal (Québec, Canada) a dressé le portrait clinique de la clientèle spécifique toxicomanie-trouble mentaux (ou toxicomanie-santé mentale) et a développé une grille de dépistage

⁹ Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health : National Findings. Substance abuse and mental health services administration (2007)

¹⁰ Chassé B et al. (1999). Intervention auprès d'adultes ayant une double problématique de troubles mentaux sévères et persistants et d'abus de substances : un projet pilote. Psychotropes Vol 7 n°1.

¹¹ Régier Da et al. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Catchment Area (ECA) study. JAMA, 264: 2511-2528.

¹² Lüthi JC et al. (2007). Statistiques des hôpitaux : pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et psychogériatrie – Année 2004-2005. Observatoire valaisan de la santé.

basée sur l'IGT. Le développement de cette grille est le résultat d'une démarche rigoureuse ayant fait appel à des cliniciens et des psychologues et s'aidant des critères de diagnostic du DSM¹³.

Les critères appliqués pour identifier dans notre collectif la clientèle ayant une comorbidité psychologique sont donc ceux développés par le centre de Domrémy-Montréal. Ils comprennent deux groupes de conditions : une condition de base et des conditions complémentaires, à savoir :

Condition de base

IGT - état psychologique :

Présence dans la vie d'au moins quatre natures de problèmes psychologiques en considérant les questions : dépression grave, anxiété et tension grave, hallucinations, difficultés de concentration, idées suicidaires, tentatives suicidaires, médications pour problèmes psychologiques

Et au moins une des conditions suivantes

Conditions complémentaires

IGT – état psychologique

Avoir été traité au moins une fois, pour des problèmes psychologiques ou émotionnels, dans un hôpital

IGT – drogues/alcool

Au cours des 30 derniers jours, avoir consommé pendant plus de 10 jours un des produits suivants : sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, antipsychotiques, antidépresseurs, lithium

IGT – relations familiales/interpersonnelles

Avoir vécu seul(e) durant les trois dernières années

IGT – état psychologique

Profil de gravité plus grand que 5

Volume de la clientèle toxicomanie-santé mentale

Sur les 1971 clients ayant été évalués à l'aide de l'IGT et pour lesquels l'information nécessaire à l'application des critères d'identification est disponible, 602 sont concernés par la double problématique, ce qui représente une part de 30.5% (Table 19). Pour information, l'application de ces critères sur les 1500 dossiers disponibles dans le centre Domrémy-Montréal en 1999 a produit un volume de 23% de la clientèle totale.

L'observation des parts selon les années montre que dans les CAP la part a tendance à diminuer au cours des ans. Dans les institutions résidentielles, si aucune tendance claire ne se dégage, il est à noter que 2006 fournit les parts les plus basses, avec une chute assez nette entre 2005 et 2006.

La Table 19 montre que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir d'une double problématique toxicomanie-santé mentale (46.2%, ce qui représente près d'une femme admise sur deux, contre 25.2% chez les hommes).

¹³ L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie, ASI/IGT. Collection Toxicomanies, RISQ (1998).

Table 19. Part de la clientèle concernée par une double problématique toxicomanie-santé mentale, selon l'institution et selon le sexe, par année (en %)

Année	CAP LVT N=1442	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=307	Via Gampel N=110	Hommes N=1462	Femmes N=509	Total N=1971
2002	33.1	58.8	39.2	11.1	25.5	57.1	37.5
2003	35.4	67.4	32.7	22.7	31.4	50.0	35.8
2004	26.9	58.8	33.3	20.0	21.5	53.4	29.1
2005	28.1	57.9	44.0	21.1	27.3	48.9	33.1
2006	25.1	39.1	28.6	13.3	22.6	34.0	25.7
2007	22.9	57.9	48.8	20.0	23.7	37.2	26.6
Période 2002-2007	27.9	55.4	38.0	19.1	25.2	46.2	30.5

Caractéristiques de la clientèle toxicomanie-santé mentale

Le groupe des clients présentant une double problématique se distingue principalement du groupe des autres clients sur les points suivants :

Au niveau des sources de signalement

- Les signalements par le monde hospitalier (et donc l'hôpital psychiatrique) sont quelque deux fois plus nombreux dans ce groupe : 25.8% contre 16.0%.
- Les services administratifs ou judiciaires participent moins fréquemment au signalement de clients avec une double problématique (7.2% contre 14.8%).
- L'employeur et les ORP sont relativement moins souvent à l'origine d'un traitement ou d'un suivi (respectivement 1.1% contre 5.3% et 2.5% contre 8.0%).

Au niveau des consommations et des traitements spécialisés

- Les consommations problématiques de cocaïne à l'admission sont environ deux fois plus fréquentes dans ce groupe : 18.8% contre 11.9%.
- La part des consommations problématiques de cannabis est presque deux fois plus importante : 31.9% contre 19.6%.
- La part des clients avec une consommation problématique de benzodiazépines à l'admission est quatre fois plus importante (20.6% contre 5.3%). Ce résultat est à mettre en relation avec la surreprésentation des femmes dans ce groupe.
- Les clients de ce groupe sont relativement plus nombreux à avoir déjà suivi un traitement spécialisé pour abus d'alcool (55.8% contre 42.8%) ou un traitement spécialisé pour abus de drogue (32.4% contre 17.4%).

Au niveau du mode de vie et de l'entourage

- On trouve dans ce groupe proportionnellement plus de clients ne vivant pas en couple au moment de l'admission : 66.6% contre 59.0%.
- Pratiquement deux fois plus de clients sont en situation de logement précaire (11.0% contre 7.6%).
- On trouve légèrement plus de clients qui vivent avec quelqu'un qui a des problèmes d'alcool (11.4% contre 6.7%) ou qui vivent avec une personne qui fait un usage non médical de drogues ou de médicaments (11.2% contre 6.2%).

Au niveau des ressources

- Seule une personne sur cinq (20.5%) du groupe travaille à plein temps (42.1% chez les personnes sans une double problématique) et environ deux-tiers (65.5%) ne travaillent pas (46.2% parmi les personnes sans une double problématique).
- Au cours des trois dernières années, 41.0% des clients n'ont pas travaillé (contre 22.8% parmi les personnes sans double problématique).

Au niveau des scores composés

La Table 20 reporte les scores composés obtenus par sous-groupe, pour l'ensemble du collectif et pour chaque sexe séparément. Pour l'ensemble du collectif, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ à l'exception du domaine *légal*. Lorsque l'on se restreint aux hommes, toutes les différences observées sont statistiquement significatives, et lorsque seulement le collectif des femmes est investigué, les différences pour les domaines *alcool*, *emploi et ressources* et *situation judiciaire* disparaissent.

Table 20. Scores composés produits sur chaque échelle, par sous-groupe avec ou sans la double problématique toxicomanie-santé mentale, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Légal
Hommes							
Sans troubles mentaux	0.28	0.06	0.17	0.21	0.14	0.51	0.10
Avec troubles mentaux	0.33	0.10	0.28	0.31	0.40	0.55	0.13
Femmes							
Sans troubles mentaux	0.26	0.07	0.21	0.26	0.20	0.53	0.05
Avec troubles mentaux	0.29	0.12	0.33	0.32	0.44	0.55	0.05
Tous							
Sans troubles mentaux	0.28	0.06	0.18	0.22	0.15	0.51	0.09
Avec troubles mentaux	0.32	0.11	0.30	0.32	0.42	0.55	0.09

Au niveau des estimations de gravité faite par l'intervenant

La Table 21 reporte les évaluations de gravité moyennes obtenues par sous-groupe, pour l'ensemble du collectif et pour chaque sexe séparément. Comme pour les scores composés, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ (Test non-paramétrique de Mann-Whitney), à l'exception du domaine *légal*. Lorsque l'on se restreint aux hommes, toutes les différences observées sont statistiquement significatives, et lorsque seulement le collectif des femmes est investigué, les différences pour les domaines *alcool* et *situation judiciaire* disparaissent.

Table 21. Estimation de gravité pour chaque échelle, par sous-groupe avec ou sans la double problématique toxicomanie-santé mentale, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Légal
Hommes							
Sans troubles mentaux	4.4	1.9	2.0	3.6	3.1	3.1	1.3
Avec troubles mentaux	5.0	3.0	2.6	5.2	5.8	4.2	1.8
Femmes							
Sans troubles mentaux	4.2	1.9	2.1	4.4	4.0	2.9	0.5
Avec troubles mentaux	4.5	3.4	3.0	5.5	6.2	3.6	0.5
Tous							
Sans troubles mentaux	4.4	1.9	2.1	3.7	3.3	3.1	1.2
Avec troubles mentaux	4.8	3.2	2.8	5.3	6.0	4.0	1.3

- Environ un tiers des clients (30.5%) est concerné par la double problématique toxicomanie santé-mentale.
- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir d'une double problématique toxicomanie-santé mentale (46.2%, ce qui représente près d'une femme sur deux, contre 25.2% chez les hommes, globalement).
- Les consommations problématiques de cocaïne à l'admission sont environ deux fois plus fréquentes dans le groupe toxicomanie-santé mentale : 18.8% contre 11.9%. La part des consommations problématiques de cannabis y est presque deux fois plus importante : 31.9% contre 19.6%.
- Pratiquement deux fois plus de clients sont en situation de logement précaire (11.0% contre 7.6%)
- Au cours des trois dernières années, 41.0% des clients n'ont pas travaillé (contre 22.8% parmi les personnes sans double problématique).
- Pour l'ensemble du collectif, le groupe toxicomanie-santé mentale produit des scores composés statistiquement significativement plus élevés dans tous les domaines à l'exception du domaine *légal*. Lorsque l'on se restreint aux hommes, toutes les différences observées sont statistiquement significatives, et lorsque seulement le collectif des femmes est investigué, les différences pour les domaines *alcool, emploi et ressources* et *situation judiciaire* disparaissent. Les résultats sont similaires lorsque les évaluations de gravités sont considérées.

VECU DE MALTRAITANCE ET DE DETRESSE EXISTENTIELLE

La deuxième problématique spécifique étudiée concerne la maltraitance (abus sexuels) et la détresse existentielle (tentatives de suicides). Les prévalences observées dans la clientèle LVT sont présentées et mises en corrélation avec d'autres caractéristiques, telles que la double problématique toxicomanie-santé mentale abordée dans la section précédente.

Quelques données de population

En Valais, le taux standardisé de suicides pour 100'000 habitants en 2005 est de 26.3 (Suisse : 15.0)¹⁴, ce qui représente environ 70 suicides. D'après des données relatives à certains pays, le taux de tentatives de suicide serait jusqu'à 20 fois supérieur au taux de suicide. Pour le Valais, cela représenterait annuellement environ 525 tentatives de suicides pour 100'000 habitants. Le trouble mental qui conduit le plus souvent au suicide est la dépression. Le suicide est en outre souvent lié à l'utilisation de substances par l'intéressé, il a été établi que la majeure partie des suicides avait un lien avec l'alcool¹⁵.

Volume de la clientèle concernée

La Table 22 reporte les prévalences de vie d'abus sexuels et de tentatives de suicide par année, selon l'institution et selon le sexe.

¹⁴ Office Fédéral de la Statistique. Statistiques sur le suicide. Neuchâtel

¹⁵ Rossow et al. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men; differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94(8), 1199-1207.

Maltraitance

- Sur l'ensemble du collectif, 15.5% des clients ont été abusés sexuellement au cours de leur vie (7.3% des hommes et 39.6% des femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 0.9% (0.3% pour les hommes et 2.7% pour les femmes).
- Environ un tiers (32.2%) du groupe des personnes avec une double problématique toxicomanie-santé mentale a été victime d'un abus sexuel au cours de sa vie (contre 8.6% pour le reste du collectif).

Détresse existentielle

- Un client sur quatre (23.1%) a déjà tenté de se suicider au cours de sa vie (19.1% chez les hommes et 34.8% chez les femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 3.6% (2.7% pour les hommes et 6.1% pour les femmes).
- Plus de la moitié des personnes du groupe toxicomanie-santé mentale a tenté au moins une fois de se suicider dans la vie (55.6% contre 8.2% dans le reste du collectif).

Table 22. Part de la clientèle concernée par un vécu d'abus sexuels ou de tentatives de suicide dans toute la vie, selon l'institution et selon le sexe, par année (en %)

Année	CAP LVT N=1369	FAR/FXB N=112	Villa Flora N=305	Via Gampel N=108	Hommes N=1409	Femmes N=485	Total N=1894
Abus sexuels							
2002	17.0	11.8	33.3	14.3	6.7	48.6	20.1
2003	16.3	17.6	19.3	12.5	9.4	41.4	16.7
2004	10.8	42.9	16.7	18.8	6.9	36.9	13.8
2005	14.8	27.8	21.9	14.3	9.1	38.6	13.3
2006	13.6	33.3	22.2	0.0	7.1	39.5	15.7
2007	8.9	27.8	18.8	16.7	5.1	33.3	10.0
2002-2007	13.1	26.7	22.1	13.8	7.3	39.6	15.5
Tentatives de suicide							
2002	25.0	47.1	31.4	0.0	17.9	42.5	27.1
2003	23.3	50.0	24.6	18.2	21.7	33.3	24.5
2004	17.8	50.0	37.5	30.0	19.4	37.1	23.6
2005	24.9	42.1	25.3	10.5	21.7	35.6	25.5
2006	18.4	36.4	26.3	21.4	16.3	32.2	20.6
2007	15.5	42.1	36.1	25.0	16.7	28.7	19.3
2002-2007	20.2	43.8	29.5	19.4	19.1	34.8	23.1

Caractéristiques de la clientèle concernée

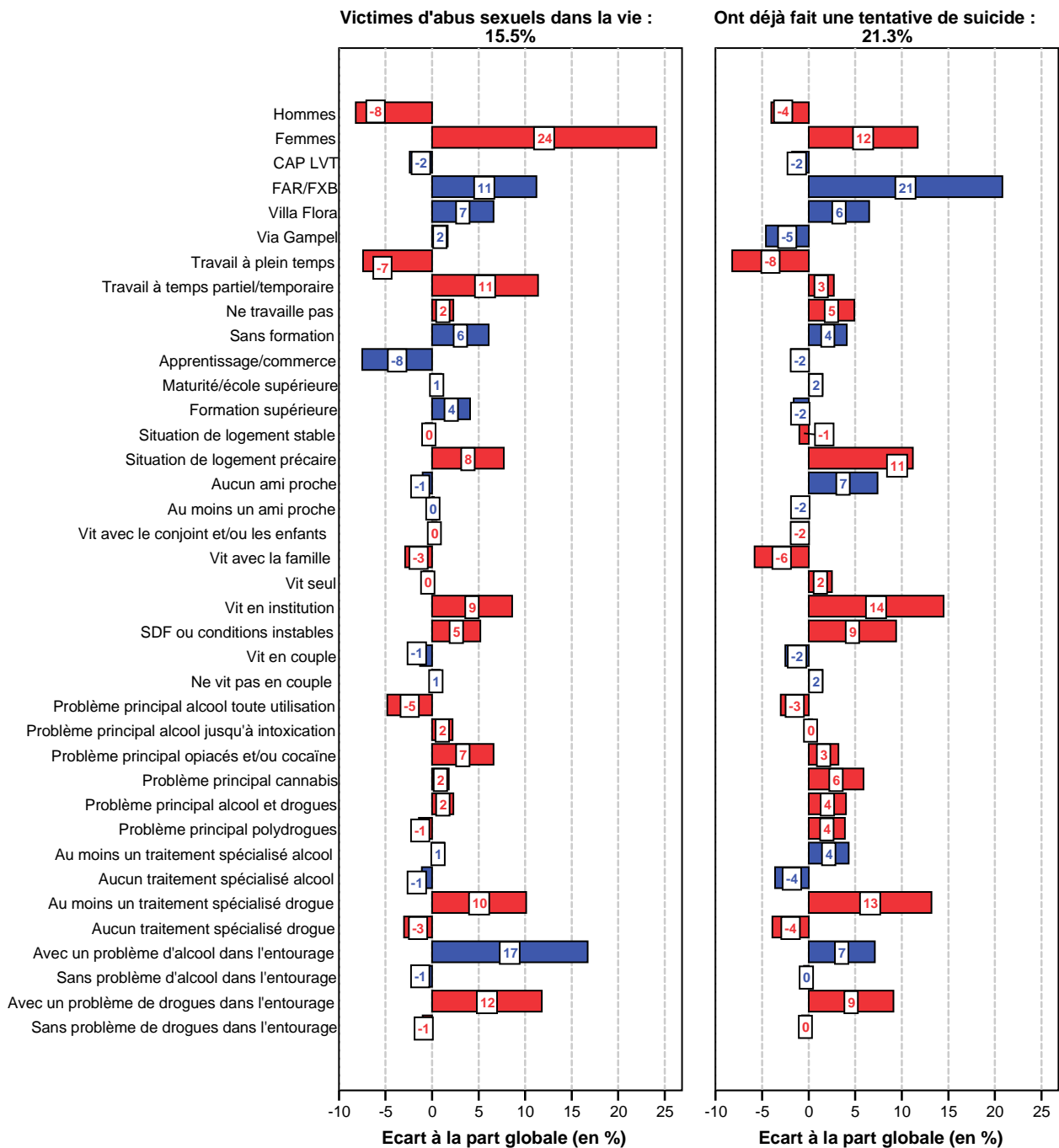
La Figure 16 illustre les parts observées dans des sous-groupes particuliers, en les représentant selon les écarts à la part observée dans l'ensemble du collectif.

Elle appelle les principaux commentaires suivants :

- Les femmes ont été plus fréquemment victimes d'abus sexuels dans la vie et ont tenté plus fréquemment de se suicider.
- Les clients accueillis dans les Foyers FAR/FXB et ceux admis à la Villa Flora sont proportionnellement plus nombreux à avoir subi un abus sexuel dans la vie (respectivement +11.2% et +6.6% par rapport à la part moyenne observée). C'est également le cas pour la problématique des tentatives de suicide (respectivement +20.8% et +6.5% par rapport à la part globale).

- Les clients venant entres autres sur leur propre initiative sont relativement plus nombreux à avoir subi un abus sexuel dans leur vie (17.1% contre 12.0% pour le reste du collectif) ou à avoir tenté de se suicider (24.6% contre 20.3%).

Figure 16. Ecart aux parts globales de clients victimes d'abus sexuel et de clients ayant déjà fait une tentative de suicide, des parts observées dans des sous-groupes décrits par des caractéristiques particulières. Par exemple, chez les personnes travaillant à plein temps, la part de celles ayant déjà tenté de se suicider est inférieure de 8% à la part observée dans l'ensemble du collectif.



- Le vécu d'abus sexuel ou l'existence d'une tentative de suicide sont associés au fait de vivre avec quelqu'un qui a des problèmes d'alcool ou qui fait un usage problématique de drogues ou de médicaments.

- Les clients ayant déjà été traités pour abus de drogue dans leur vie ont été plus fréquemment abusés sexuellement dans leur vie (+10.1% par rapport à la part moyenne). Ceux ayant déjà été traités pour abus d'alcool ou pour abus de drogue dans leur vie ont plus fréquemment fait une tentative de suicide (27.4% contre 19.5% pour l'alcool et 36.4% contre 19.3% pour la drogue).
- Les clients qui ont un problème de cocaïne ou un problème de cannabis à l'admission sont relativement plus nombreux à avoir vécu un abus sexuel (respectivement 22.4% contre 13.8% et 21.7% contre 12.9%) ou à avoir tenté de se suicider (34.6% contre 20.8% pour la cocaïne et 32.2% contre 19.8% pour le cannabis).
- On trouve proportionnellement plus de personnes abusées parmi les clients en situation de logement précaire (+7.7% par rapport à la part globale) ou parmi les clients sans formation (+6.1%). Cette différence existe également pour la problématique des tentatives de suicide (34.2% contre 22.0%).
- Les personnes déclarant n'avoir pas d'amis intimes sont relativement plus nombreuses à avoir tenté de se suicider (30.8% contre 21.8%).

Les Tables 23 et 24 reportent les scores composés moyens obtenus par sous-groupe, pour l'ensemble du collectif et pour chaque sexe séparément. Lorsque l'on considère les abus sexuels dans la vie pour l'ensemble du collectif, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ (Test non-paramétrique de Mann-Whitney), à l'exception des domaines *alcool* et *légal*. Les résultats sont similaires lorsque l'on se restreint aux hommes ; lorsque seul le collectif des femmes est considéré, la différence statistiquement significative pour le domaine *emploi et ressources* disparaît.

Table 23. Scores composés produits sur chaque échelle, par sous-groupe avec ou sans la problématique des abus sexuels dans la vie, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Hommes							
Sans abus sexuel	0.30	0.07	0.19	0.23	0.20	0.51	0.11
Avec abus sexuel	0.32	0.12	0.28	0.32	0.34	0.60	0.14
Femmes							
Sans abus sexuel	0.25	0.08	0.22	0.26	0.26	0.53	0.04
Avec abus sexuel	0.30	0.12	0.33	0.32	0.38	0.56	0.06
Tous							
Sans abus sexuel	0.29	0.07	0.20	0.23	0.21	0.52	0.08
Avec abus sexuel	0.31	0.12	0.31	0.32	0.37	0.57	0.10

Table 24. Scores composés produits sur chaque échelle, par sous-groupe avec ou sans tentative de suicide au cours de la vie, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Hommes							
Sans tentative de suicide	0.30	0.07	0.19	0.22	0.18	0.51	0.10
Avec tentative de suicide	0.32	0.10	0.24	0.30	0.33	0.57	0.14
Femmes							
Sans tentative de suicide	0.27	0.09	0.24	0.26	0.27	0.51	0.04
Avec tentative de suicide	0.29	0.11	0.29	0.33	0.41	0.56	0.06
Tous							
Sans tentative de suicide	0.29	0.07	0.20	0.23	0.20	0.51	0.09
Avec tentative de suicide	0.31	0.11	0.26	0.31	0.36	0.57	0.11

Lorsque l'on considère la problématique du suicide pour l'ensemble du collectif, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ (Test non-paramétrique de Mann-Whitney), à l'exception des domaines *alcool* et *légal*. La différence dans le domaine *légal* devient statistiquement significative dans le sous-groupe des hommes, tandis que chez les femmes, seules les différences dans les domaines *drogue*, *relations familiales et interpersonnelles* et *état psychique* restent statistiquement significatives.

La Table 25 reporte les évaluations de gravité moyennes obtenues par sous-groupe, pour l'ensemble du collectif et pour chaque sexe séparément.

Pour l'ensemble du collectif, lorsque la problématique des abus sexuels est considérée, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ (Test non-paramétrique de Mann-Whitney), à l'exception des domaines *alcool* et *légal*. Lorsque l'on se restreint aux hommes, la signification statistique s'efface également dans les domaines *santé physique* ; lorsque seul le collectif des femmes est considéré, la différence statistiquement significative pour le domaine *emploi et ressources* disparaît.

Table 25. Estimation de gravité moyenne pour chaque échelle, par sous-groupe avec ou sans la problématique des abus sexuels, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Hommes							
Sans abus sexuel	4.51	2.14	2.09	3.93	3.72	3.29	1.48
Avec abus sexuel	4.92	3.98	2.54	5.22	5.13	4.07	1.74
Femmes							
Sans abus sexuel	4.03	2.41	2.18	4.54	4.49	3.00	0.50
Avec abus sexuel	4.58	3.20	2.99	5.43	5.68	3.40	0.55
Tous							
Sans abus sexuel	4.42	2.19	2.11	4.04	3.85	3.24	1.31
Avec abus sexuel	4.70	3.48	2.83	5.36	5.48	3.64	1.28

Les résultats sont un peu différents pour la problématique du suicide (Table 26). Pour l'ensemble du collectif, les différences sont toutes statistiquement significativement différentes au niveau $p < 0.05$ (Test non-paramétrique de Mann-Whitney). Les résultats sont les mêmes lorsque l'on se restreint aux hommes ; lorsque seul le collectif des femmes est considéré, les différences statistiquement significatives pour les domaines *alcool*, *emploi et ressources* et *légal* disparaissent.

Table 26. Estimation de gravité moyenne pour chaque échelle, par sous-groupe avec ou tentative de suicide dans la vie, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Hommes							
Sans tentative de suicide	4.48	2.00	2.11	3.75	3.50	3.23	1.33
Avec tentative de suicide	5.04	3.23	2.45	5.13	5.15	4.17	1.92
Femmes							
Sans tentative de suicide	4.31	2.32	2.40	4.50	4.48	3.09	0.51
Avec tentative de suicide	4.42	3.37	2.81	5.57	6.08	3.47	0.55
Tous							
Sans tentative de suicide	4.44	2.07	2.17	3.91	3.71	3.20	1.15
Avec tentative de suicide	4.81	3.29	2.59	5.30	5.51	3.90	1.40

- Globalement, 15.5% des clients ont été abusés sexuellement au cours de leur vie (7.3% des hommes et 39.6% des femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 0.9% (0.3% pour les hommes et 2.7% pour les femmes).
- Globalement, 23.1% des clients ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie (19.1% des hommes et 34.8% des femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 3.6% (2.7% pour les hommes et 6.1% pour les femmes).
- Les clients venant entres autres sur leur propre initiative sont relativement plus nombreux à avoir subi un abus sexuel dans leur vie (17.1% contre 12.0%) ou à avoir tenté de se suicider (24.6% contre 20.3%).
- Les clients qui ont un problème de cocaïne ou un problème de cannabis à l'admission sont relativement plus nombreux à avoir vécu un abus sexuel (respectivement 22.4% contre 13.8% et 21.7% contre 12.9%) ou à avoir tenté de se suicider (34.6% contre 20.8% pour la cocaïne et 32.2% contre 19.8% pour le cannabis).
- Les personnes déclarant n'avoir pas d'amis intimes sont relativement plus nombreuses à avoir tenté de se suicider (30.8% contre 21.8%).
- Pour tous les domaines de l'IGT, à l'exception des domaines *alcool* et *légal*, les clients ayant subi un abus sexuel dans la vie produisent des scores composés statistiquement significativement plus élevés.
- Pour tous les domaines de l'IGT, à l'exception des domaines *alcool* et *légal*, les clients ayant déjà tenté de se suicider dans la vie produisent des scores composés statistiquement significativement plus élevés.

HISTORIQUE FAMILIAL A PROBLEMES ET MILIEU DE VIE ACTUEL TOXICOMANE

L'objectif de cette section est d'évaluer les associations entre les caractéristiques de la clientèle et (1) l'existence (actuelle ou passée) de problèmes de consommation ou psychologiques dans la famille et (2) la prévalence de consommation problématique dans le milieu de vie où évolue la personne.

Historique familial à problèmes

Les questions de l'IGT sur l'histoire familiale tentent d'observer les relations possibles avec un historique de problèmes psychiatriques ou d'abus d'alcool et/ou de drogues. L'information est donnée par le client lui-même. Il n'est pas nécessaire qu'un diagnostic ait été posé ; toutefois, le problème doit avoir été suffisamment grave pour qu'un traitement soit indiqué (que le traitement ait eu lieu ou non).

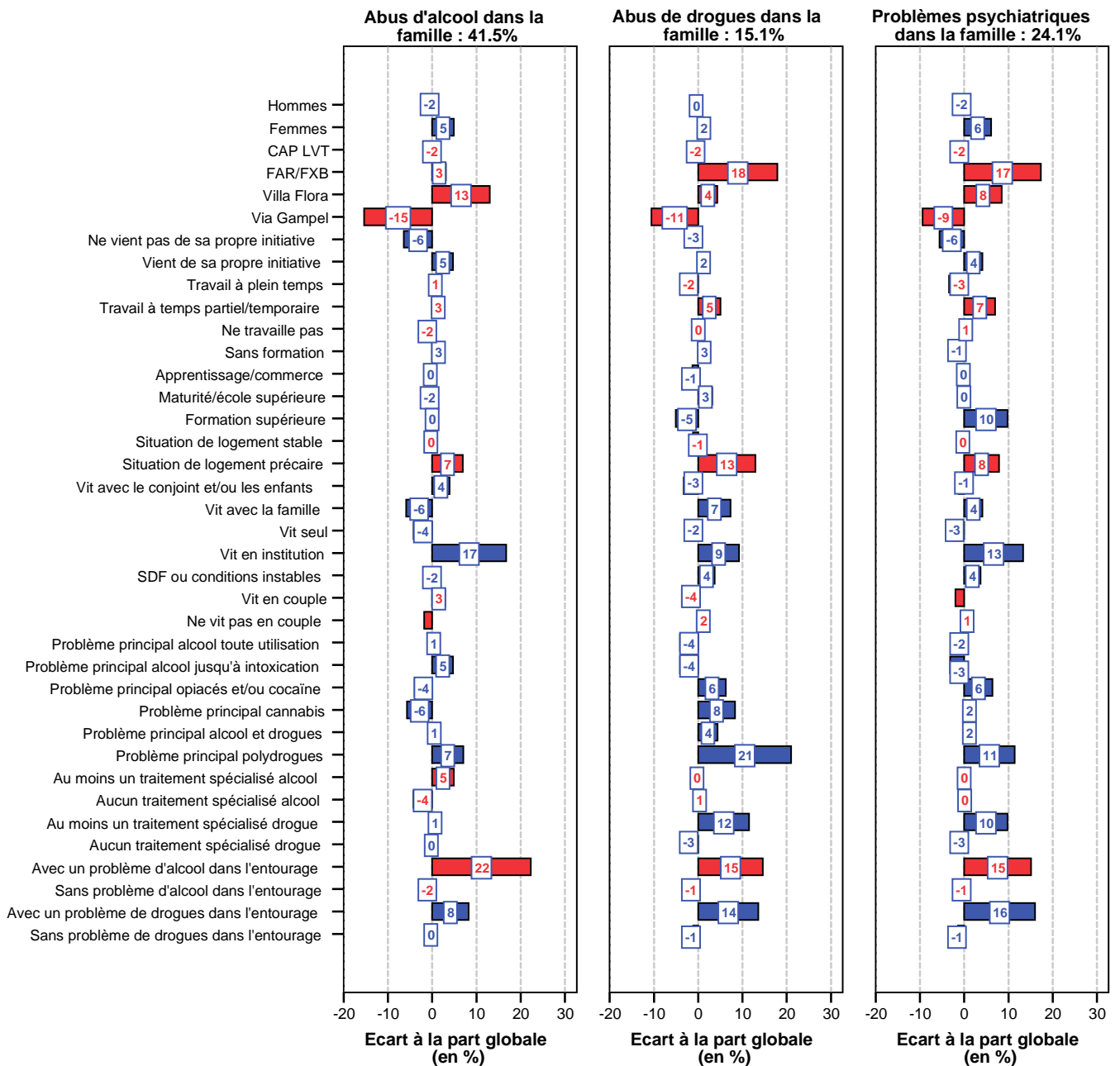
La famille concerne le père (biologique ou adoptif), la mère (biologique ou adoptive), le ou les frères, et la ou les sœurs. Trois sous-groupes de clients sont évalués :

- Le sous-groupe **famille avec abus d'alcool**. Il est constitué de l'ensemble des clients qui ont déclaré que leur père et/ou leur mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leurs sœurs a eu des problèmes avec l'alcool.
- Le sous-groupe **famille avec abus de drogue**. Il est constitué de l'ensemble des clients qui ont déclaré que leur père et/ou leur mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leurs sœurs a eu des problèmes avec des drogues.

- Le sous-groupe **famille avec troubles psychiatriques**. Il est constitué de l'ensemble des clients qui ont déclaré que leur père et/ou leur mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leurs sœurs a eu des problèmes psychiatriques.

Noter que les trois groupes de clients ne sont pas disjoints, des clients pouvant par exemple avoir un vécu familial d'abus d'alcool et un vécu familial de troubles psychiatriques. Relativement à l'ensemble du collectif, le sous-groupe **famille avec abus d'alcool** représente 41.5% des clients, le sous-groupe **famille avec abus de drogue**, 15.1%, et le sous-groupe **famille avec troubles psychiatriques**, 24.1%. La Figure 17 illustre les principales caractéristiques de chacun des sous-groupes, en représentant les écarts à la part globale pour les catégories de facteurs considérés.

Figure 17. Ecart aux parts globales d'abus d'alcool dans la famille, d'abus de drogue dans la famille et de problèmes psychiatriques dans la famille, des parts observées dans des sous-groupes décrits par des caractéristiques particulières. Par exemple, chez les personnes en situation de logement précaire, la part des clients avec un historique d'abus de drogue dans la famille est supérieure de 13% à la part observée dans l'ensemble du collectif.



Elle appelle les principaux commentaires suivants :

- Parmi les femmes, les histoires familiales à problèmes sont proportionnellement plus nombreuses que la moyenne (46.5% pour les problèmes avec l'alcool, 17.6% pour les problèmes avec la drogue et 30.7% pour les problèmes psychiatriques).
- Les deux institutions spécialisées dans la prise en charge des abus d'alcool sont différentes : les histoires familiales à problèmes sont plus présentes parmi les clients de Villa Flora (54.5% pour les abus d'alcool, 19.4% pour les abus de drogues et 33.2% pour les problèmes psychiatriques), alors qu'elles sont sous-représentées chez les clients de Via Gampel (respectivement 26.1%, 4.5% et 15.3%).
- La clientèle des Foyers FAR/FXB accueille une clientèle où les problèmes familiaux d'abus de drogue sont relativement bien plus fréquents que la moyenne (33.0%).
- Si les clients avec une consommation problématique d'alcool à l'admission ne sont pas relativement plus nombreux à avoir un historique d'abus d'alcool dans la famille, les consommateurs problématiques de drogues, fournissent des parts d'historiques d'abus de drogues plus élevées : 22.5% pour les consommateurs problématiques d'héroïne, 28.6% pour la cocaïne et 26.4% pour le cannabis.
- Les historiques familiaux de problèmes psychiatriques sont plus fréquents parmi les clients ayant une consommation problématique d'héroïne (+7% par rapport à la part moyenne globale), de cocaïne (+12%), de cannabis (+9%) et de benzodiazépines (+14%).
- Parmi les clients ayant vécu un abus sexuel, la prévalence de chaque historique de problème est plus élevée que dans l'ensemble du collectif : +19% pour les problèmes psychiatriques, +14% pour les problèmes d'alcool et +9% pour les problèmes de drogue.
- Les historiques de problèmes familiaux sont proportionnellement plus nombreux parmi les clients ayant déjà fait une tentative de suicide dans leur vie : les parts observées sont de 54.0% pour les problèmes d'alcool, de 36.8% pour les problèmes psychiatriques, et 22.0% pour les problèmes de drogues.

La Table 27 fournit les scores composés moyens observés dans chacun des trois sous-groupes et dans le reste du collectif.

Le vécu de problèmes d'alcool chez les parents ou dans la fratrie n'est pas associé à la gravité des problèmes. Les clients ayant vécu avec des parents ou des frères et sœurs en proie avec des problèmes de drogues produisent des scores moyens plus élevés sur les échelles *relations familiales et interpersonnelles*, *état psychologique*, *situation légale* et *drogue* (ces différences sont statistiquement significatives au niveau $p < 0.05$, test de rang Mann-Whitney). Les mêmes différences peuvent être observées entre les scores produits par les clients ayant vécu avec des parents ou des frères et sœurs en proie avec des problèmes psychiatriques et ceux observés dans le reste du collectif.

Table 27. Scores composés produits sur chaque échelle, par les sous-groupes avec ou sans un vécu de problématiques spécifiques, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Abus d'alcool dans la famille							
Sous-groupe AVEC ce vécu	0.32	0.08	0.23	0.27	0.27	0.50	0.09
Sous-groupe SANS ce vécu	0.27	0.08	0.21	0.23	0.21	0.54	0.09
Abus de drogues dans la famille							
Sous-groupe AVEC ce vécu	0.31	0.12	0.21	0.32	0.30	0.56	0.12
Sous-groupe SANS ce vécu	0.29	0.07	0.22	0.24	0.22	0.52	0.08
Problèmes psychiatriques dans la famille							
Sous-groupe AVEC ce vécu	0.32	0.10	0.24	0.31	0.31	0.54	0.10
Sous-groupe SANS ce vécu	0.28	0.07	0.21	0.23	0.21	0.52	0.09

Milieu de vie toxicomane

La question de la toxicomanie dans le milieu de vie cherche à voir si les clients peuvent actuellement ou à la sortie de leur traitement compter ou non sur un véritable soutien dans l'endroit immédiat où ils vivent. L'objectif de cette section est de voir si l'absence ou la présence de ce soutien est plus forte parmi certains sous-groupes de clients.

Deux sous-groupes de clients sont évalués,

- Le sous-groupe **milieu avec alcool**. Il est constitué de l'ensemble des clients ayant indiqué qu'une personne faisant actuellement un usage régulier et problématique d'alcool se trouve dans leur milieu de vie.
- Le sous-groupe **milieu avec drogue**. Il est constitué de l'ensemble des clients ayant indiqué qu'une personne dans leur entourage immédiat consomme la moindre drogue, peu importe que cet usage soit problématique ou non.

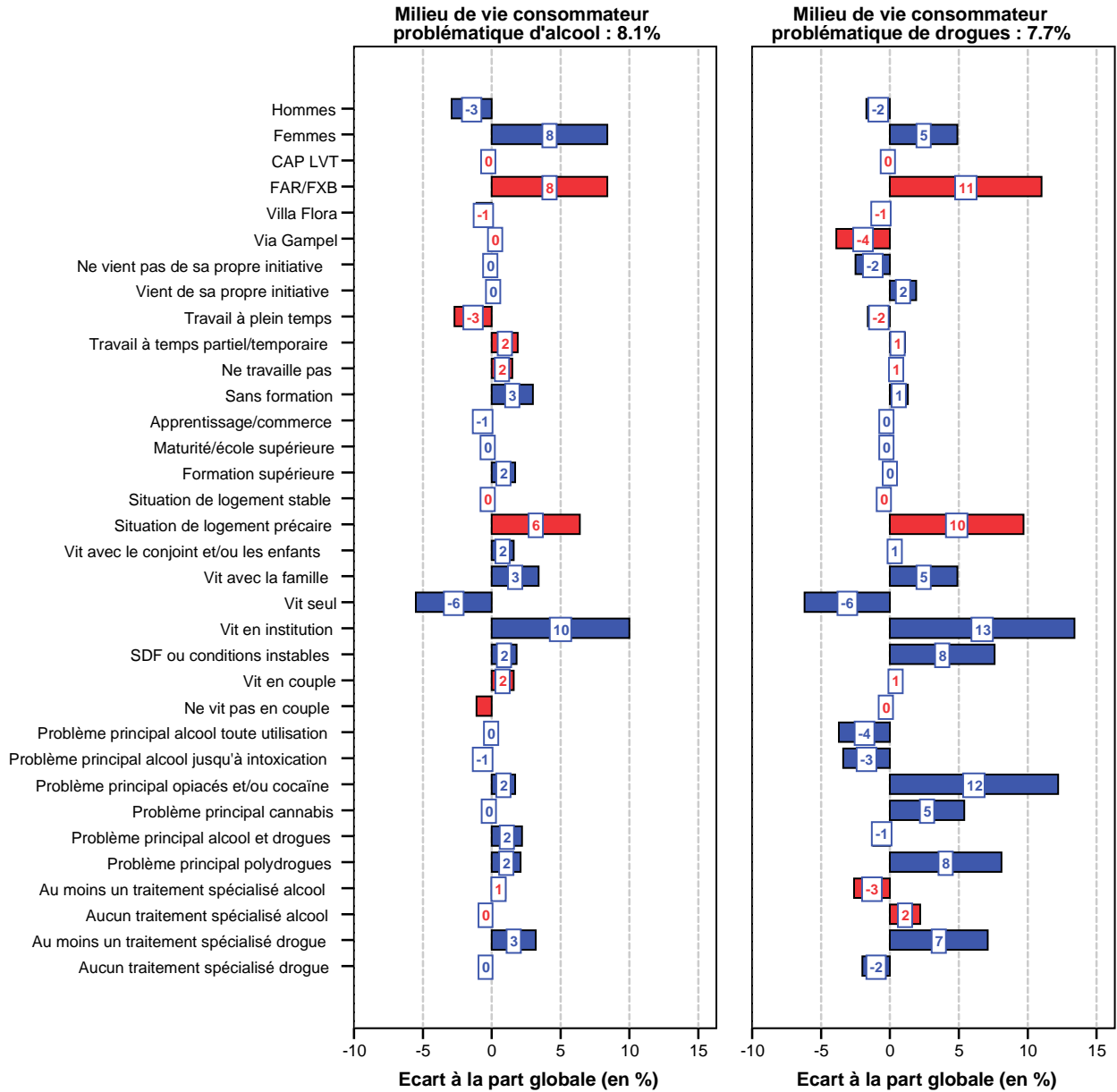
Relativement à l'ensemble du collectif, le sous-groupe **milieu avec alcool** représente 8.1 % des clients, le sous-groupe **milieu avec drogue** 7.7 %.

La Figure 18 illustre les principales caractéristiques de chacun des sous-groupes, en représentant les écarts à la part observée dans l'ensemble du collectif, pour des catégories de facteurs particuliers.

Elle appelle les principaux commentaires suivants :

- Les femmes admises vivent plus fréquemment avec une personne qui a un problème d'alcool ou qui consomme de la drogue : respectivement 16.5% (trois fois plus fréquemment que les hommes) et 12.6% (deux fois plus fréquemment que les hommes).
- Les clients accueillis dans les Foyers FAR/FXB sont proportionnellement plus nombreux à ne pas bénéficier d'un milieu de vie sans problème d'alcool ou sans consommation de drogues (respectivement +8.4% et +11.0% que les parts moyennes observées).
- Les clients qui ont un problème de drogue illégale à l'admission sont relativement plus nombreux à vivre dans un milieu où de la drogue est consommée : +8.0% chez les clients avec un problème d'héroïne à l'admission, +9.6% chez les clients avec un problème de cocaïne à l'admission, et +5.5% chez les clients avec un problème de cannabis à l'admission.
- Les personnes ayant déjà été traitées pour abus de drogues sont relativement plus nombreuses à vivre dans un milieu où existe un problème d'alcool (11.2%) ou où de la drogue est consommée (14.8%).
- Les clients ayant vécu un abus sexuel dans leur vie sont proportionnellement plus nombreuses à vivre avec une personne qui fait un usage problématique d'alcool (17.0%) ou avec une personne qui consomme une drogue (14.0%).
- Les clients en situation de logement précaire vivent plus fréquemment avec une personne qui a une consommation problématique d'alcool (14.6%) ou avec une personne qui consomme de la drogue (17.3%).

Figure 18. Ecart aux parts globales de clients avec un milieu de vie avec une consommation problématique d'alcool et de clients avec un milieu de vie avec une consommation problématique de drogues, des parts observées dans des sous-groupes décrits par des caractéristiques particulières. Par exemple, chez les personnes dont le problème principal est les opiacés et/ou la cocaïne, la part des clients étant dans un milieu de vie où existent des consommateurs de drogue à problème est supérieure de 12% à la part observée dans l'ensemble du collectif.



La Table 28 fournit les scores composés moyens observés dans chacun des deux sous-groupes et dans le reste du collectif. Les clients vivant avec une personne qui a un problème d'alcool produisent des scores en moyenne plus élevés sur toutes les échelles à l'exception de l'échelle *alcool* et de l'échelle *situation légale* (différences statistiquement significatives au niveau $p < 0.05$, test de rang Mann-Whitney).

Les clients vivant avec une personne qui consomme de la drogue fournissent des scores composés moyens plus élevés pour les domaines *drogue*, *relations familiales et interpersonnelles* et *état psychique*, et un score moyen moins élevé pour le domaine *alcool* (différences statistiquement significatives au niveau $p < 0.05$, test de rang Mann-Whitney).

Table 28. Scores composés produits sur chaque échelle, par les sous-groupes avec ou non un milieu de vie toxicomane, selon le sexe.

	Alcool	Drogue	Santé physique	Famille	Etat psychique	Emploi et ressources	Situation judiciaire
Milieu de vie avec problème d'alcool							
oui	0.33	0.10	0.28	0.37	0.33	0.62	0.11
non	0.29	0.08	0.21	0.24	0.23	0.52	0.09
Milieu de vie avec consommation de drogue							
oui	0.22	0.17	0.21	0.29	0.29	0.55	0.12
non	0.30	0.07	0.22	0.24	0.23	0.52	0.09

POINTS FORTS

- Globalement, relativement à l'ensemble du collectif, le sous-groupe des clients déclarant que leur famille proche a eu des problèmes d'abus d'alcool représente 41.5% des clients, le sous-groupe des clients déclarant que leur famille proche a eu des problèmes d'abus de drogue 15.1%, et le sous-groupe des clients déclarant que leur famille proche a eu des problèmes psychiatriques, 24.1%.
- Parmi les femmes, les histoires familiales à problèmes sont proportionnellement plus nombreuses que la moyenne (46.5% pour les problèmes avec l'alcool. 17.6% pour les problèmes avec la drogue et 30.7% pour les problèmes psychiatriques).
- Les historiques familiaux de problèmes psychiatriques sont plus fréquents parmi les clients ayant une consommation problématique d'héroïne (+7% par rapport à la part moyenne globale), de cocaïne (+12%), de cannabis (+9%) et de benzodiazépines (+14%).
- Les clients ayant vécu avec des parents ou des frères et sœurs en proie avec des problèmes de drogues produisent des scores moyens plus élevés sur les échelles *relations familiales et interpersonnelles*, *état psychologique*, *situation légale* et *drogue*. Les mêmes différences peuvent être observées entre les scores produits par les clients ayant vécu avec des parents ou des frères et sœurs en proie avec des problèmes psychiatriques et ceux observés dans le reste du collectif.
- Globalement, relativement à l'ensemble du collectif, le sous-groupe des clients vivant dans un milieu avec problèmes d'alcool représente 8.1 % des clients, le sous-groupe des clients vivant dans un milieu avec problèmes drogue 7.7 %.
- Les femmes vivent plus fréquemment avec une personne qui a un problème d'alcool ou qui consomme de la drogue : respectivement 16.5% (trois fois plus fréquemment que les hommes) et 12.6% (deux fois plus fréquemment que les hommes)
- Les clients qui ont un problème de drogue illégale à l'admission sont relativement plus nombreux à vivre dans un milieu où de la drogue est consommée : +8.0% chez les clients avec un problème d'héroïne à l'admission, +9.6% chez les clients avec un problème de cocaïne à l'admission, et +5.5% chez les clients avec un problème de cannabis à l'admission.

Les clients vivant avec une personne qui a un problème d'alcool produisent des scores en moyenne plus élevés sur toutes les échelles à l'exception de l'échelle *alcool* et de l'échelle *situation légale*

Les clients vivant avec une personne qui consomme de la drogue fournissent des scores composés moyens plus élevés pour les domaines *drogue*, *relations familiales* et *interpersonnelles* et *état psychique*

POINTS FORTS

MOTIVATION ET DENI

Un des facteurs en partie associé à l'échec d'un suivi ou d'un traitement est l'absence de motivation du client à entrer en traitement. La littérature spécialisée suggère que le traitement est important seulement pour les patients qui sont prêts ou pour le moins un peu motivés à le recevoir.

L'objectif de cette section est d'évaluer la part de la clientèle accueillie dans les services de la LVT motivée à des degrés divers à entrer dans une démarche thérapeutique. La motivation peut être conceptualisée et mesurée de plusieurs façons. Suivant Shen et al.¹⁶, l'IGT peut être utilisé dans une perspective de disposition au changement. Dans chacune des aires de problème abordé par l'IGT, les clients fournissent une évaluation subjective de la gravité de leurs problèmes et une évaluation subjective de l'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes. Pour définir l'indication de la motivation du client au traitement, les réponses à ces deux questions sont utilisées afin d'établir deux catégories de clients :

- Les clients **pas du tout motivés au traitement**, identifiés par leurs réponses « Pas du tout perturbé ou préoccupé par les problèmes » et « Pas du tout important d'avoir un traitement ». Dans la littérature du stade de changement, ce groupe pourrait être considéré comme un groupe de pré-contempteurs.
- Les clients **motivés à des degrés divers**, identifiés par leur réponses « Peu à extrêmement perturbé ou préoccupé » ou « Peu important à extrêmement important d'avoir un traitement ».

En plus de Shen et al., les sous-groupes des clients **pas du tout motivés au traitement** ont été dans ce travail scindés en deux autres sous-groupes : (1) les clients pour lesquels l'intervenant a jugé le problème non réel ou léger et le traitement non indiqué ou pas indispensable, et (2) les clients pour lesquels l'intervenant a jugé la gravité du problème moyenne à considérable ou posait une indication à suivre un traitement. Cette dernière catégorie essaie ainsi de mettre en évidence les clients dans une situation de déni de problèmes réels ou de besoin d'aide, et est indiquée par la suite par **en situation de déni**.

Volume de la clientèle concernée

Globalement, les parts relatives des clients motivés à entrer dans une démarche thérapeutique sont de 60.8% pour le domaine *alcool*, 29.1% pour la *drogue*, 63.2% pour *l'emploi et les ressources*, 59.9% pour les *relations familiales et interpersonnelles*, 47.2% pour la *santé physique*, 62.1% pour *l'état psychologique* et 23.8% pour la *situation judiciaire*.

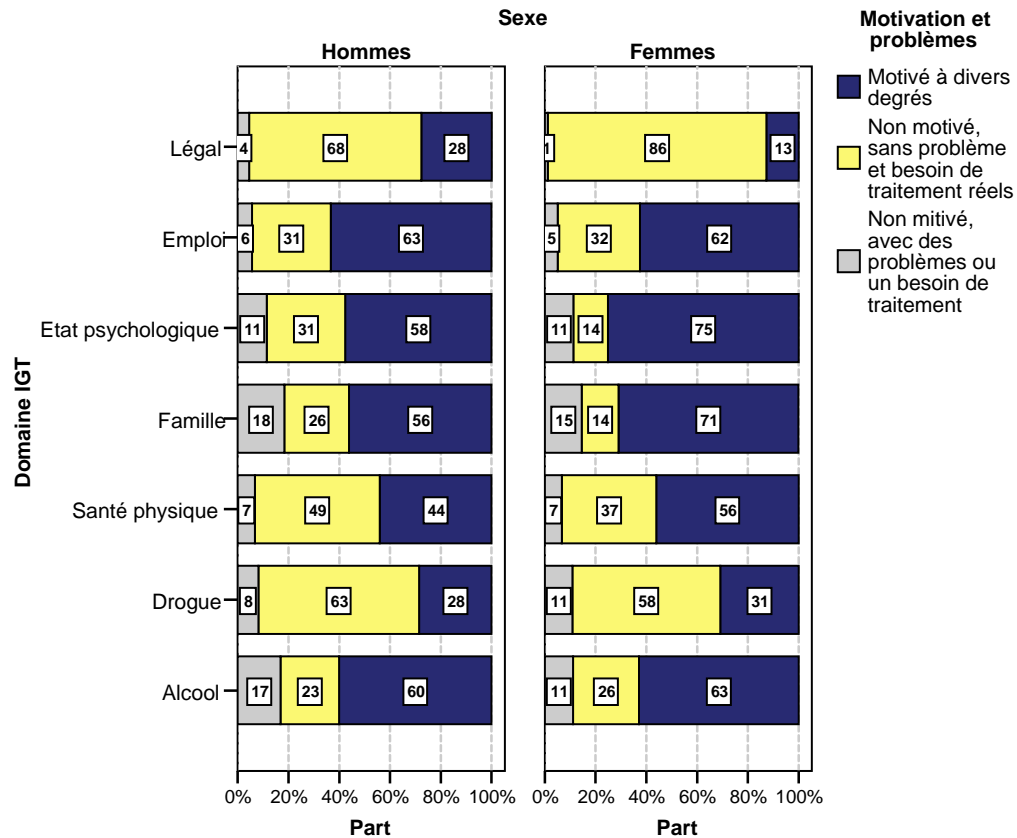
Pour chaque domaine, parmi la clientèle restante, i.e. **pas du tout motivée au traitement**

- 39.5% de la clientèle non motivée au traitement d'alcool sont **en situation de déni**.
- 12.4% de la clientèle non motivée au traitement de drogues sont **en situation de déni**.
- 12.7% de la clientèle non motivée au traitement sur la santé physique sont **en situation de déni**.
- 43.3% de la clientèle non motivée au traitement sur le plan des relations familiales et interpersonnelles sont **en situation de déni**.
- 29.8% de la clientèle non motivée au traitement psychologique sont **en situation de déni**.
- 14.9% de la clientèle non motivée au traitement sur le plan de l'emploi et des ressources sont **en situation de déni**.
- 4.7% de la clientèle non motivée au traitement sur le plan judiciaire sont **en situation de déni**.

¹⁶ Shen Q et al. (2000). Client's Perceived Need of Treatment and its Impact on Outcome. Substance Abuse, Vol. 21, No. 3, 179-191.

La Figure 19 illustre les parts observées pour chacune des échelles de l'IGT selon le sexe, et la Figure 20 selon l'institution.

Figure 19. Part (en %) des niveaux de motivation selon chaque domaine de l'IGT, chez les hommes et chez les femmes



Les principales différences à relever selon le sexe sont les suivantes :

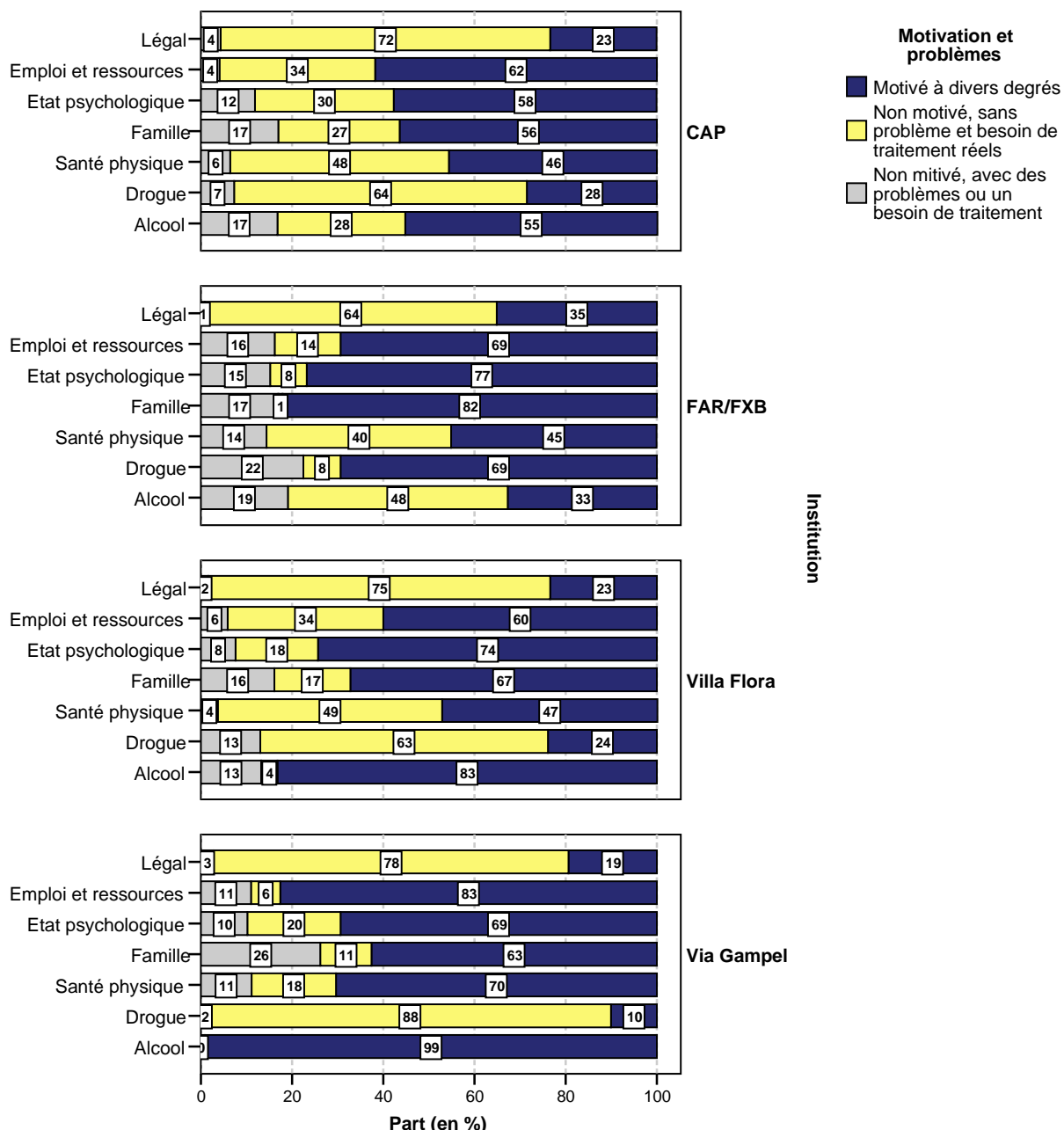
- Il y a relativement plus d'hommes **en situation de déni** dans le domaine *alcool* (16.9% contre 11.1% chez les femmes).
- Les femmes sont relativement plus nombreuses à être motivées à entrer dans un traitement médical (56.1% contre 44.1%) ou un traitement psychologique (70.9% contre 56.2%).
- Les hommes sont relativement plus nombreux à être motivés à entrer dans un traitement judiciaire (27.8% contre 12.7%).

Les principales différences à relever selon l'institution sont les suivantes :

- Sur le domaine alcool, pratiquement tous les clients de Via Gampel sont motivés à entrer en traitement. La part des clients **en situation de déni** est la plus élevée dans les Foyers FAR/FXB (19.1%). Si l'on se restreint au collectif des clients non motivés, Villa Flora fournit la part de clients **en situation de déni** la plus élevée (78.6% ; 37.5% pour les CAP LVT).
- Les FAR/FXB fournissent la plus grande part de clients motivés à entrer dans une démarche thérapeutique dans le domaine des drogues (69.4%). Parmi la clientèle non motivée des foyers, 73.5% a des problèmes et/ou un besoin de traitement.
- Via Gampel produit la part de clients motivés à entreprendre un traitement sur le plan de la santé physique la plus élevée (70.4%, les autres institutions restant à des parts inférieures à 50%. Parmi la clientèle non motivée,

Via Gampel produit cependant la part la plus élevée de clients ayant des problèmes et/ou un besoin de traitement (37.5%).

Figure 20. Part (en %) des niveaux de motivation selon chaque domaine de l'IGT, par institution



- Le domaine des relations familiales et interpersonnelles, si l'on se restreint au collectif des clients non motivés, fournit pour toutes les institutions des parts élevées de clients ayant des problèmes et/ou un besoin de traitement (94.7% pour les Foyers FAR/FXB ; 70.0% pour Via Gampel, 49.0% pour Villa Flora et 39.0% pour les CAP).
- Les Foyers FAR/FXB produisent la part la plus élevée de clients non motivés à entrer dans un traitement psychologique et ayant des problèmes et/ou un besoin de traitement (15.2%, soit 65.5% de la clientèle non motivée), suivie des CAP (11.9%, 28.1% de la clientèle non motivée), de Via Gampel (10.2%, 33.3% de la clientèle non motivée) et de Villa Flora (7.6%, 29.6% de la clientèle non motivée).

- Sur le domaine de l'emploi et des ressources, les Foyers FAR/FXB produisent également la part la plus élevée de clients non motivés à entrer dans un traitement et ayant des problèmes et/ou un besoin de traitement (16.2%, soit 52.9% de la clientèle non motivée), suivie ici de Via Gampel (11.0%, 63.2% de la clientèle non motivée), de Villa Flora (5.9%, 14.8% de la clientèle non motivée) et des CAP LVT (4.1%, 10.7% de la clientèle non motivée).

La Table 29 illustre, pour les tous les domaines à l'exception du domaine légal, le fait que les clients motivés à divers degrés, ont réellement plus de problèmes dans leur vie que le reste du collectif. Elle montre également que le groupe des clients non motivés mais ayant des problèmes et/ou un besoin de traitement ont peut-être des problèmes moins présents que dans le collectif des clients motivés, mais néanmoins réels. Ce groupe semble bel et bien constitué de clients en situation de déni de leurs problèmes passés et/ou actuels.

On peut finalement noter que la recherche de Shen et al. conclut en outre que la motivation du client à entrer en traitement est en fait due principalement à la reconnaissance des ses problèmes récents, et non de ceux sur la vie, ce qui est reconnu par les cliniciens. Elle confirme également que la motivation du client fait une différence significative dans le résultat du traitement dans tous les domaines de problèmes.

Table 29. Sévérités de problèmes actuels et dans la vie et histoire des traitements selon la motivation au traitement

	Non motivé, sans problème ni besoin	Non motivé, avec problèmes et/ou besoin	Motivé à divers degrés
Alcool			
Années toute utilisation	6.4	15.6	17.1
Nombre de jours toute utilisation 30 derniers jours	5.1	8.8	11.0
Années jusqu'à intoxication	2.4	8.6	10.2
Nombre de jours jusqu'à intoxication	0.5	2.6	6.6
Nombre de traitements antérieurs	0.14	0.38	0.61
Score composé alcool	0.07	0.12	0.44
Drogue			
Années héroïne	0.2	1.3	2.3
Nombre de jours héroïne 30 derniers jours	0.0	0.4	3.7
Années cocaïne	0.1	1.3	1.6
Nombre de jours cocaïne 30 derniers jours	0.1	0.2	2.2
Années cannabis	1.0	6.2	7.0
Nombre de jours cannabis 30 derniers jours	0.3	6.3	10.0
Nombre de traitements antérieurs	0.05	0.37	0.55
Score composé drogue	0.02	0.07	0.21
Santé physique			
Nombre d'hospitalisations dans la vie	2.9	3.6	6.4
Part avec une médication régulière	12.0%	24.4%	36.0%
Part avec un problème de santé chronique	12.3%	32.3%	46.6%
Score composé santé physique	0.01	0.01	0.46
Relations familiales et interpersonnelles			
Part avec des conflits graves avec la mère	19.1%	36.1%	45.2%
Part avec des conflits graves avec le père	19.8%	34.3%	48.2%
Part avec des conflits graves avec les frères	13.6%	24.5%	28.7%
Part avec des conflits graves avec les sœurs	12.7%	17.1%	25.6%
Part avec des conflits graves avec le conjoint	31.1%	44.4%	58.9%
Score composé relations familiales et interp.	0.05	0.10	0.36
Emploi et ressources			
Part avec plus de 10 jours de problèmes d'emploi	1.2%	6.9%	29.9%
Score composé emploi et ressources	0.41	0.56	0.58
Etat psychologique			
Nombre d'hospitalisations dans la vie	0.4	0.6	1.3
Part avec une médication dans les 30 derniers jours	11.0%	21.0%	53.9%
Part avec une médication sur la vie	23.6%	42.9%	63.7%
Score composé état psychologique	0.02	0.07	0.36

POINTS FORTS

- Globalement, les parts relatives des clients motivés à entrer dans une démarche thérapeutique sont de 60.8% pour le domaine *alcool*, 29.1% pour la *drogue*, 63.2% pour *l'emploi et les ressources*, 59.9% pour les *relations familiales et interpersonnelles*, 47.2% pour la *santé physique*, 62.1% pour l'*état psychologique* et 23.8% pour la *situation judiciaire*.
- 39.5% de la clientèle non motivée au traitement d'alcool ont des problèmes d'alcool moyens à considérable ou un besoin de traitement avéré
- 12.4% de la clientèle non motivée au traitement de drogues ont des problèmes de drogues moyens à considérable ou un besoin de traitement avéré
- 43.3% de la clientèle non motivée au traitement sur le plan des relations familiales et interpersonnelles ont des problèmes de relations familiales et interpersonnelles moyens à considérable ou un besoin de traitement avéré.
- 29.8% de la clientèle non motivée au traitement psychologique ont des problèmes sur le plan de l'état psychologique moyens à considérable ou un besoin de traitement avéré.

POINTS FORTS

CONCLUSION GENERALE

Depuis 2001, la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies a introduit au sein de l'ensemble de ses services l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie afin principalement de fournir un portrait détaillé de sa clientèle à l'admission.

Cette démarche, en dépit de quelques difficultés et résistances initiales, fournit les résultats escomptés. L'IGT, actuellement bien ancré dans les pratiques des intervenants, permet à la LVT de disposer d'une banque de données sur sa clientèle couvrant l'ensemble des champs bio-psycho-sociaux liés aux problématiques de la consommation de substances psycho-actives : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, les relations familiales et interpersonnelles, l'état de santé psychologique, l'emploi et les ressources, et finalement la situation judiciaire. Le présent rapport contient, sous forme de bilan, les principaux résultats de la clientèle évaluée entre le 1.1.2002 et le 31.12.2007, à savoir 1987 clients (soit 55% de la clientèle répondant a priori aux critères d'administration de l'IGT).

RESULTATS PRINCIPAUX

Consommation d'alcool et de drogue

Sur l'ensemble du collectif, le problème majeur le plus prévalent est l'alcool toute utilisation (40.7%), suivi de l'alcool jusqu'à intoxication (14.8%), des opiacés ou de la cocaïne (10.5%). La polytoxicomanie (plusieurs drogues) représente 9.3% des problèmes majeurs et la double toxicomanie (alcool et drogues), 4.3%.

La substance consommée en premier dans la vie est l'alcool toute utilisation (dès 14.8 ans en moyenne), suivie du cannabis (17.1 ans), de l'alcool jusqu'à intoxication (18.1 ans), des hallucinogènes (18.5 ans), de l'héroïne (20.3 ans) et de la cocaïne (20.8 ans). Lorsqu'il y a consommation régulière d'une substance, ce sont le cannabis (dès 17.4 ans en moyenne) et les hallucinogènes (17.7 ans) qui viennent le plus tôt dans la vie, suivis de l'alcool toute utilisation (20.9 ans), de l'héroïne (21.2 ans) et de la cocaïne (22.6 ans).

Le nombre moyen d'années de consommation régulière avant l'admission (pour les clients ayant au moins une fois consommé régulièrement dans leur vie) est de 18.2 années pour l'alcool toute utilisation, 12.3 années pour l'alcool jusqu'à intoxication, 8.6 années pour le cannabis, 6.5 années pour les tranquillisants et 5.5 années pour les barbituriques.

Près de la moitié des clients a déjà vécu dans sa vie un traitement spécialisé pour abus d'alcool (46.1%) et environ un cinquième pour abus de drogues (22.1%).

Etat de santé physique

L'état de santé physique semble plus détérioré chez les femmes que chez les hommes : 39.0% d'entre elles reportent souffrir d'un problème chronique de santé qui continue de perturber leur vie (27.1% chez les hommes). Au cours des 30 jours précédant l'évaluation, les femmes déclarent avoir connu en moyenne 9.8 jours avec des problèmes médicaux (6.7 jours en moyenne pour les hommes).

Relations familiales et interpersonnelles

La famille constitue la source de conflit la plus présente, d'abord avec la fratrie, puis avec le père et/ou la mère, et ce, aussi bien sur toute la vie que sur les 30 derniers jours.

En moyenne, les clients ont vécu 3.7 jours de conflits graves avec leur famille, et 1.6 jours de conflits graves avec d'autres personnes.

Les femmes reportent plus fréquemment que les hommes l'existence de conflits graves avec leur entourage, que ce soit avec leur famille ou avec d'autres personnes, que ce soit durant toute la vie ou seulement sur les 30 derniers jours.

Historique familial à problèmes

Relativement à l'ensemble du collectif, 41.5% des clients ont déclaré que leur père et/ou mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leur sœurs a eu des problèmes avec l'alcool, 15.1% des clients ont déclaré que leur père et/ou mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leur sœurs a eu des problèmes avec la drogue, et 24.1% des clients ont déclaré que leur père et/ou mère et/ou un de leurs frères et/ou une de leur sœurs a eu des problèmes psychiatriques.

Milieu de vie toxicomane

Relativement à l'ensemble du collectif, 8.1% des clients ont indiqué qu'une personne de leur entourage fait actuellement un usage régulier et problématique d'alcool, et 7.7% des clients ont indiqué qu'une personne de leur entourage consomme la moindre drogue.

Maltraitance

Sur l'ensemble du collectif, 15.5% des clients déclarent avoir été abusés sexuellement au cours de leur vie (7.3% des hommes et 39.6% des femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 0.9% (0.3% pour les hommes et 2.7% pour les femmes).

Etat psychologique

L'anxiété ou les tensions graves (54.6% au cours de la vie et 38.2% au cours des 30 derniers jours), la dépression grave (respectivement 53.9% et 27.5%) sont les troubles les plus présents.

Pour l'ensemble des troubles psychologiques considérés, les femmes produisent des parts systématiquement plus élevées que les hommes, que ce soit sur toute la vie ou durant les 30 derniers jours.

Près de la moitié de la clientèle a déjà été traitée en ambulatoire pour des problèmes psychologiques (46.3% ; 58.3% des femmes et 42.2% des hommes), et près d'un tiers a déjà été hospitalisée pour des problèmes psychologiques (32.3% ; 44.4% des femmes et 28.1% des hommes).

Comorbidé toxicomanie-santé mentale

L'IGT peut être utilisé pour identifier la clientèle ayant une comorbidité psychologique. Un tiers de la clientèle (30.5% ; 25.2% des hommes et 46.2% des femmes) est concerné par la double problématique toxicomanie-santé mentale.

Détresse existentielle

Un client sur quatre (23.1%) a déjà tenté de se suicider au cours de sa vie (19.1% des hommes et 34.8% des femmes). Sur les 30 derniers jours, la part globale s'élève à 3.6% (2.7% chez les hommes et 6.1% chez les femmes).

Situation légale

Pour l'ensemble du collectif, 7.1% des admissions ont été provoquées ou suggérées par le système judiciaire (8.6% pour les hommes et 2.8% pour les femmes).

Une personne sur neuf (15.9%) a déjà été emprisonnée dans sa vie (19.9% des hommes et 4.5% des femmes).

Typologie clinique de la clientèle

Sur la base d'items objectifs critiques, les intervenants peuvent produire pour chaque domaine une estimation de gravité des problèmes du client (score de gravité allant de 0 – pas de problème réel –, à 9 – problème extrême –). Une classification clinique de la clientèle, basée sur les estimations de gravité établies par les intervenants peut être établie. Cinq groupes, homogènes sur le plan de la gravité des problèmes, ont été dégagés :

- **Groupe 1 (24.6%)** : clients dont seule la situation au niveau de la consommation d'alcool est touchée, les autres domaines de l'IGT étant en moyenne épargnés.
- **Groupe 2 (19.7%)** : clients où la gravité des problèmes d'alcool s'accompagne en premier lieu de problèmes dans les domaines des relations familiales et interpersonnelles, de l'emploi et des ressources et de l'état psychologique.
- **Groupe 3 (25.7%)** : clients avec des problèmes d'alcool considérables, où l'association avec une gravité élevée de problèmes dans les domaines des relations familiales et interpersonnelles, de l'emploi et des ressources et de l'état psychologique est manifeste. Les problèmes de santé physique peuvent être considérables.
- **Groupe 4 (16.9%)** : clients sans problème réel d'alcool, mais avec des problèmes de drogues moyens ou considérables associés à une gravité égale dans les domaines de l'état psychologique et des relations familiales et interpersonnelles.
- **Groupe 5 (13.5%)** : clients ayant un problème d'alcool et/ou de drogue considérable ou extrême, avec une situation de l'état psychologique et celle des relations familiales et interpersonnelles considérablement ou même extrêmement grave. Les problèmes dans le domaine de l'emploi et des ressources sont moyens ou considérables. Les clients de ce groupe peuvent être également bien atteints dans leur santé physique, et avoir des problèmes judiciaires considérables.

Motivation au traitement

L'IGT peut être utilisé dans une perspective de disposition au changement. Les résultats suivants sont obtenus :

- 39.5% des clients non motivés à un traitement pour un problème de consommation d'alcool sont en situation de déni
- 12.4% des clients non motivés à un traitement pour un problème de consommation de drogue sont en situation de déni
- 12.7% des clients non motivés à un traitement pour un problème de santé physique sont en situation de déni
- 43.3% des clients non motivés à un traitement pour un problème de relations familiales et interpersonnelles sont en situation de déni
- 29.8% des clients non motivés à un traitement pour un problème de santé psychologique sont en situation de déni
- 14.9% des clients non motivés à un traitement pour un problème d'emploi et de ressources sont en situation de déni

Impact des prises en charge au sein de la LVT

L'IGT permet d'établir des scores composés, calculés de façon totalement objective, à partir d'une combinaison des réponses données à des items appartenant à chaque domaine. Ces items ont été choisis pour leur capacité à rendre compte des changements survenus entre deux périodes données de trente jours. Ils permettent ainsi d'introduire une mesure de l'impact des traitements, en considérant l'évolution des scores entre l'admission et la sortie.

Dans les institutions résidentielles de la LVT, l'impact du traitement pour les clients terminant régulièrement leur prise en charge, est significatif dans tous les domaines, mais plus particulièrement dans les domaines de la consommation d'alcool, de l'état psychologique, de la santé physique et des relations familiales et interpersonnelles. Si les femmes s'améliorent globalement plus que les hommes, elles s'améliorent vraiment plus que les hommes dans le domaine de l'état psychologique.

Dans l'ambulatoire, même s'ils ne portent que sur une petite partie de la clientèle, les résultats obtenus montrent un impact réel de l'accompagnement.

PERSPECTIVES

Approfondissement de thèmes spécifiques

Le présent rapport étudie de manière plus détaillée certaines thématiques liées aux caractéristiques de la clientèle de la LVT. Certains résultats intéressants mériteraient cependant des analyses encore plus fouillées, comme par exemple, la clientèle toxicomanie-santé mentale, la clientèle en détresse existentielle ou encore la motivation au traitement. Ces analyses seront entreprises prochainement.

Interpellation des pratiques des intervenants

Outre une diffusion large d'une version brève de ce rapport aux services étatiques, à l'ensemble des organismes collaborant avec la LVT, aux instituts de recherche, et aux services spécialisés dans la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives, les résultats produits vont être mis à disposition de l'ensemble des intervenants et équipes thérapeutiques de la LVT.

Une communication directe avec les équipes est souhaitée, sous forme de présentations avec pour objectif principal de susciter des échanges sur la relation entre les problèmes que les intervenants doivent résoudre sur le terrain et les particularités de la clientèle décrites par les données. Ce travail de transfert des connaissances est entrepris de suite.

Liens avec les prestations fournies

Dans le secteur ambulatoire, toutes les prestations fournies aux clients par les intervenants sont saisies informatiquement. Ainsi, pour chaque client suivi, il est possible d'obtenir l'exposition au traitement et le coût de suivi engendré. Il est prévu de lier ces données de prestations aux données fournies par l'IGT afin, par exemple, de caractériser les clients qui nécessitent la mobilisation de ressources importantes.

Etude de catamnèse

En 2007 pour le secteur résidentiel alcool et en 2008 pour le secteur résidentiel drogue, une étude de suivi de la clientèle a été mise sur pied : il s'agit d'établir le devenir de la clientèle une année, trois ans et cinq ans après leur sortie d'institution. L'IGT et sa version abrégée servent de pierres angulaires dans le recueil des données. Des premiers résultats concernant la situation de la clientèle une année après leur sortie de Villa Flora et de Via Gampel seront disponibles le printemps 2009.