



LIGUE VALAISANNE  
CONTRE LES TOXICOMANIES



RECHERCHE - EVALUATION LVT

# RAPPORT STATISTIQUE DE L'ANNEE 2003

Centres d'Aide et de Prévention  
Villa Flora  
Foyers des Rives du Rhône  
Via Gampel

Annick Clerc Bérood, PhD  
Collaboratrice scientifique LVT

Rapport RE/04.01

Juillet 2004



# CONTENU

---

<i>Introduction</i>	<b>3</b>
<b><i>Première partie : les services ambulatoires</i></b>	<b>3</b>
<i>Volume de la clientèle 2003</i>	<b>3</b>
<b><i>Profil de la clientèle admise en 2003</i></b>	<b>4</b>
A. Caractéristiques socio-démographiques	4
B. Clientèle consultant pour un problème d'une tierce personne	6
C. Consommations problématiques	5
Cocaïne et héroïne et HIV	5
D. Sources de signalement	6
E. Expérience de traitement et sevrage avant l'admission	7
F. Suivi médical	8
G. Résultats liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie	9
Caractéristiques de la clientèle évaluée à l'aide de l'IGT	10
Problème majeur défini par l'IGT	10
Age de 1 <sup>ère</sup> consommation et âge de consommation régulière	11
Modes d'administration principaux	12
Profils de gravité	12
<b><i>Sorties 2003</i></b>	<b>14</b>
A. Motifs de sortie	14
B. Durée du suivi	14
C. Prestations effectuées par les CAP ou par leur entremise	15
D. IGT-abrégé à la sortie	16
<b><i>Deuxième partie : les institutions résidentielles</i></b>	<b>17</b>
<i>Volume de la clientèle 2003</i>	<b>17</b>
<b><i>Profil de la clientèle admise en 2003</i></b>	<b>17</b>
A. Caractéristiques socio-démographiques	18
B. Consommations problématiques	19
C. Sources de signalement	19
D. Expérience de traitement	20
E. Suivi médical	21
F. Traitement envisagé à l'admission	22
G. Résultats liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie	22
Problème majeur défini par l'IGT	23
Age de 1 <sup>ère</sup> consommation et âge de consommation régulière	23
Modes d'administration principaux	24
Profils de gravité	25
<b><i>Sorties 2003</i></b>	<b>26</b>
A. Motifs de sortie	26
B. Durée de séjour	27
C. Transferts effectués à la sortie	27
D. Impact des traitements	28
Caractéristiques des sous-groupes	28
Evolution des scores composés	29
<b><i>Synthèse des principales observations</i></b>	<b>29</b>

## INTRODUCTION

---

Le présent document fournit, sous forme essentiellement descriptive, des informations sur la clientèle des services ambulatoires et résidentiels de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) suivie en 2003. Ces informations sont basées sur des formulaires d'entrée et de sortie qui regroupent l'instrument d'évaluation de la gravité des problèmes liés à la consommation de substances psychotropes, l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), et une grande partie de la nouvelle statistique nationale act-info.

Après l'introduction, le rapport se poursuit en deux parties principales consacrées respectivement au secteur ambulatoire (comprenant les cinq Centres d'Aide et de Prévention (CAP) de Monthey, Martigny, Sion, Sierre et Brigue) et au secteur résidentiel (les deux Foyers des Rives du Rhône à Salvan et à Sion, la Villa Flora à Sierre et Via Gampel à Gampel). Chacune des parties informe sur les caractéristiques de la clientèle admise en 2003, de la clientèle ayant quitté les services en 2003, et sur les résultats liés à l'IGT. Une synthèse des principales observations termine le rapport.

## PREMIERE PARTIE : LES SERVICES AMBULATOIRES

### VOLUME DE LA CLIENTELE 2003

---

La Table 1 rapporte les mouvements de clientèle enregistrés dans les services ambulatoires de la LVT durant l'année 2003. Le Bas-Valais regroupe les CAP de Monthey et de Martigny, le Valais central ceux de Sion et de Sierre et le Haut-Valais n'est constitué que du CAP de Brigue. La prise en charge inclut tout client ayant entamé un suivi durant l'année 2003, tout client ayant terminé un suivi durant l'année 2003 et tout client ayant entamé un suivi avant 2003 et étant toujours suivi au 31.12.2003.

Le volume de la clientèle suivie en 2003 n'a jamais été aussi important depuis que des relevés statistiques ont été introduits au sein de la LVT. Ce résultat est essentiellement dû au Haut-Valais qui a enregistré un nombre d'admissions double de celui enregistré en 2002 (212 contre 126).

Un tiers des prises en charge concerne des femmes (31%, en légère augmentation par rapport à 2002). La part des femmes dans les nouvelles admissions est plus élevée que lors des années précédentes, atteignant 34% (contre 21% en 1999 et 28% en 2001). La féminisation de la nouvelle clientèle est légèrement plus prononcée dans le Haut-Valais. Aucune autre différence n'est observée selon les régions.

**Table 1.** Volume de la clientèle des CAP LVT en 2003

	<i>Bas-Valais</i>	<i>Valais central</i>	<i>Haut-Valais</i>	<i>Total CAP LVT</i>
<b>Admissions</b>				
Hommes	147	163	135	<b>445</b>
Femmes	78	77	77	<b>232</b>
<i>Total</i>	<i>225</i>	<i>240</i>	<i>212</i>	<i>677</i>
<b>Sorties</b>				
Hommes	117	110	109	<b>336</b>
Femmes	55	48	51	<b>154</b>
<i>Total</i>	<i>172</i>	<i>158</i>	<i>160</i>	
<b>Prises en charge</b>				
Hommes	385	395	257	<b>1037</b>
Femmes	176	187	107	<b>470</b>
<i>Total</i>	<i>561</i>	<i>582</i>	<i>364</i>	<i>1507</i>

## PROFIL DE LA CLIENTELE ADMISE EN 2003

L'unité d'analyse dans les résultats présentés dans ce chapitre est l'admission, comprenant toute personne ayant débuté un suivi dans un service ambulatoire de la LVT au cours de l'année 2003. Les informations reportées se rapportent aux caractéristiques des clients à l'admission.

### A. Caractéristiques socio-démographiques

La Table 2 reporte les caractéristiques socio-démographiques des clients admis en 2003 au sein des CAP LVT, par région et selon le sexe. Aucune différence notable n'est observée quant à l'âge des clients, aussi bien selon le sexe que selon les régions. La moyenne d'âge observée à l'admission, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, reste stable au cours des ans. Environ deux-tiers des personnes admises en 2003 sont originaires du Valais (pas de différence entre les sexes), et une augmentation de la part des Valaisans et des Valaisannes est observée lorsque l'on remonte le Rhône. L'état civil le plus prévalent est la personne mariée (avec une différence entre les hommes et les femmes), suivi de la personne célibataire. Le veuvage est proportionnellement plus présent chez les femmes que chez les hommes, avec également une différence observée selon les trois régions.

**Table 2.** Caractéristiques socio-démographiques des admissions dans les CAP en 2003 (en %)

	Bas-Valais		Valais central		Haut-Valais		Total CAP	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Âge</i>								
Moyenne (ans)	38.6	38.7	40.3	39.9	38.3	38.0	39.1	38.9
Moins de 18 ans	6.8	7.8	6.7	5.2	9.0	15.8	7.4	9.0
18-24 ans	17.7	14.3	11.0	14.3	15.0	10.5	14.4	13.3
25-34 ans	16.3	18.2	17.8	15.6	12.0	7.0	15.6	14.2
35-44 ans	21.8	20.8	23.3	23.4	26.3	33.3	23.7	25.1
45-54 ans	25.2	24.7	22.7	27.7	25.6	22.8	24.4	25.1
55 ans et plus	12.2	14.3	18.4	14.3	12.0	10.5	14.4	13.3
<i>Origine</i>								
Valais	50.7	51.9	67.9	64.0	83.5	82.9	66.9	66.2
Suisse	19.2	27.3	17.3	18.7	10.5	9.2	15.9	18.4
Etranger	30.1	20.8	14.8	17.3	6.0	7.9	17.2	15.4
<i>Etat civil</i>								
Célibataire	38.3	23.9	37.7	32.4	44.4	42.4	39.9	32.7
Marié	34.2	42.3	38.4	44.1	30.6	47.0	34.7	44.4
Séparé	11.7	4.2	6.5	4.4	10.2	0.0	9.3	2.9
Divorcé	14.2	16.9	16.7	13.2	12.0	7.6	14.5	12.7
Veuf	1.7	12.7	0.7	5.9	2.8	3.0	1.6	7.3
<i>Cadre de vie</i>								
Indépendant	77.0	80.6	79.3	84.8	76.4	75.4	77.7	80.5
Chez des proches	13.1	6.0	14.1	10.6	13.2	12.3	13.5	9.5
En institution	6.5	11.9	3.7	1.5	6.6	5.3	5.5	6.3
Autre	3.3	1.5	3.0	3.0	3.8	7.0	3.3	3.7
<i>Formation achevée</i>								
Ecole obligatoire	32.4	44.3	25.4	41.5	28.4	36.0	28.7	40.9
Apprentissage, CFC	57.1	49.2	65.8	54.7	63.2	62.0	62.1	54.9
Collège, école commerce	6.7	1.6	4.4	3.7	2.1	0.1	4.5	1.8
Formation supérieure	3.8	4.9	4.4	0.1	6.3	1.9	4.8	2.4
<i>Source de revenu principale</i>								
Travail régulier	52.8	25.4	41.9	21.0	45.4	31.0	46.6	25.7
Travail occasionnel	6.5	11.9	8.8	16.1	5.6	13.8	5.6	13.9
Chômage	13.0	16.4	15.4	19.4	23.1	13.8	23.1	16.6
AVS/AI	15.4	16.4	19.1	29.0	8.3	13.8	14.7	19.8
A charge de tiers	0.8	10.4	0.0	4.8	0.0	13.8	0.3	9.6
Autre	11.4	19.4	14.7	9.7	17.6	13.8	14.4	14.4

Sans surprise, une sur-représentation des personnes ayant uniquement terminé l'école obligatoire est observée chez les femmes. Deux différences entre les deux sexes sont également observées pour la source de revenu principale à l'admission : on rencontre proportionnellement deux fois plus d'hommes que de femmes ayant un travail régulier, et être à la charge de tiers est essentiellement une caractéristique de la clientèle féminine.

### *B. Clientèle consultant pour un problème d'une tierce personne*

Depuis le 01.01.2003, des formulaires d'admission distincts ont été créés pour les personnes débutant un suivi, non pas pour leurs propres problèmes de dépendance, mais pour des problèmes liés à un tiers (proche, etc.). Ces personnes bénéficient de prestations propres à leur situation, qui est en général une situation de co-dépendance.

En 2003, 74 personnes ont été admises pour un problème lié à une tierce personne (10.9% de la clientèle admise ; 3.1% de la clientèle masculine et 26.2% de la clientèle féminine).

Le groupe des clients consultant pour un problème de tiers est principalement constitué de femmes (80.8%). La femme consultant est principalement soit la conjointe (37.3%, qui consultent toutes pour un problème d'alcool de leur conjoint) ou soit la mère (35.6%, qui consultent dans 71.4% des cas pour un problème de cannabis de leur fils ou fille) de la personne ayant une consommation à problème. Ces personnes ont entamé un suivi essentiellement à leur propre initiative (80.5%) ou à l'initiative de leur famille (13.0%).

Le sous-groupe est essentiellement constitué de personnes mariées (68.6%), vivant soit avec le(la) conjoint(e) et les enfants (60.9%) ou avec le(la) conjoint(e) seulement (20.3%).

### *C. Consommations problématiques*

Les paragraphes suivants concernent uniquement les 603 personnes admises en 2003 pour leurs propres problèmes (431 hommes et 172 femmes).

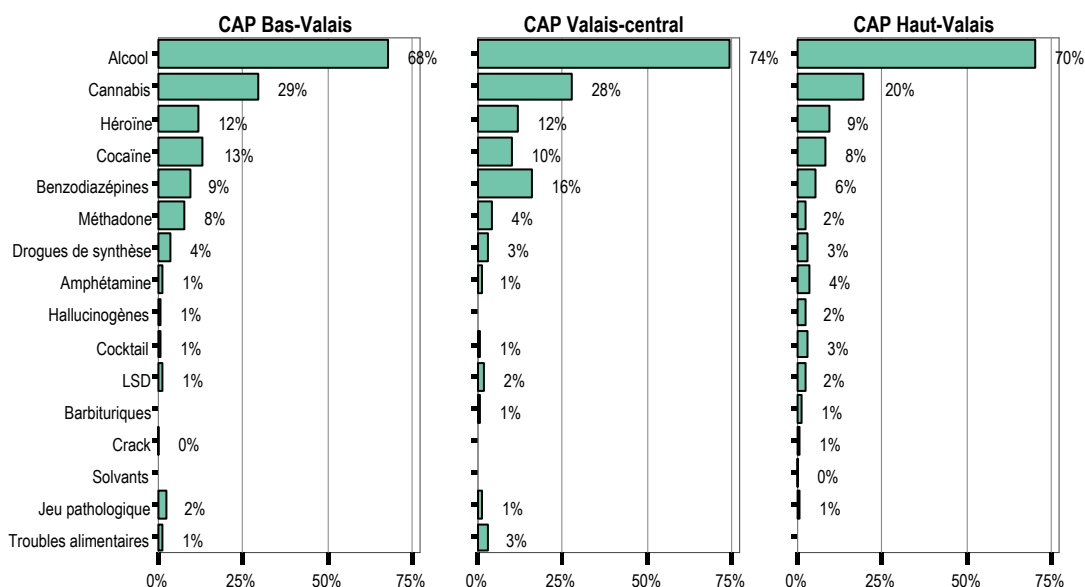
La consommation problématique inclut **tout usage d'une substance posant des problèmes que le client souhaite résoudre**. Plusieurs problèmes pouvant être signalés par client, le nombre total des problèmes signalés pour les 603 admissions s'élève à 918 (627 chez les hommes et 291 chez les femmes), ce qui représente 1.5 problèmes par client en moyenne. Si pour 3.8% des clients, aucun problème n'est signalé, environ un quart des clients (26.4%) présentent au moins deux problèmes (23.0% des hommes et 34.9% des femmes).

Le graphique 1 illustre la part des différents problèmes répertoriés. Le problème cocktail comprend la consommation simultanée d'héroïne et de cocaïne. Le problème le plus prévalent à l'admission est celui lié à la consommation d'alcool (72.1% des situations), suivi du cannabis (25.2%), de l'héroïne (11.6%), de la cocaïne (11.4%) et des benzodiazépines (11.1%). Pour la 1<sup>ère</sup> fois dans la statistique sont répertoriés les problèmes de dépendance non liés à une substance. La part de ces problèmes reste marginale, en tous cas à l'admission : 1.7% pour le jeu pathologique (1.4% chez les hommes et 2.4% chez les femmes) et 1.7% également pour les troubles alimentaires (0.2% chez les hommes et 5.4% chez les femmes).

Les principales différences entre les trois régions concernent le cannabis (part de problèmes liés à cette substance légèrement inférieure dans le Haut-Valais), la cocaïne (où la part du problème diminue lorsque l'on remonte le Rhône) et les benzodiazépines (pour lesquels le Valais central fournit la part la plus élevée).

La moyenne d'âge des personnes ayant un problème d'alcool à l'admission est de 43.4 ans (contre 26.7 ans pour les personnes sans cette problématique), celle des clients avec un problème de consommation d'héroïne est de 26.9 ans (contre 40.3 ans pour les autres clients), celle des clients admis avec un problème lié à la consommation de cocaïne s'élève à 26.1 ans (contre 40.4 ans pour les clients sans cette problématique) et celle de la clientèle admise pour une consommation problématique de cannabis est de 23.8 ans (contre 43.7 ans pour le reste de la clientèle).

**Graphique 1.** Part des consommations problématiques à l'admission, selon les régions.



### Cocaïne et héroïne et HIV

La consommation de cocaïne et/ou d'héroïne concerne 101 admissions en 2003 partagées entre 69 hommes (16.0% des hommes admis en 2003) et 32 femmes (18.6% des femmes admises en 2003). Dans ce sous-groupe, on observe que 51.1% des hommes et 62.5% des femmes ont une double problématique.

L'information sur l'injection des deux substances est disponible pour 89 personnes (58 hommes et 31 femmes). Plus de la moitié des hommes (55.2%) et près des trois quarts des femmes (71.0%) indiquent qu'ils se sont déjà injectés au cours de leur vie, dont respectivement 53.1% et 85.7% l'ont fait durant les 30 derniers jours. L'âge moyen de la première injection est de 18.7 ans et le nombre moyen d'années d'injections est de 7.3 ans.

Parmi les 74 personnes ayant pu ou ayant accepté de répondre aux questions concernant leur status HIV, 74.3% indiquent avoir déjà effectué un test HIV (66.0% des hommes contre 91.7% des femmes). Le résultat du test s'est révélé positif pour 4 personnes.

### D. Sources de signalement

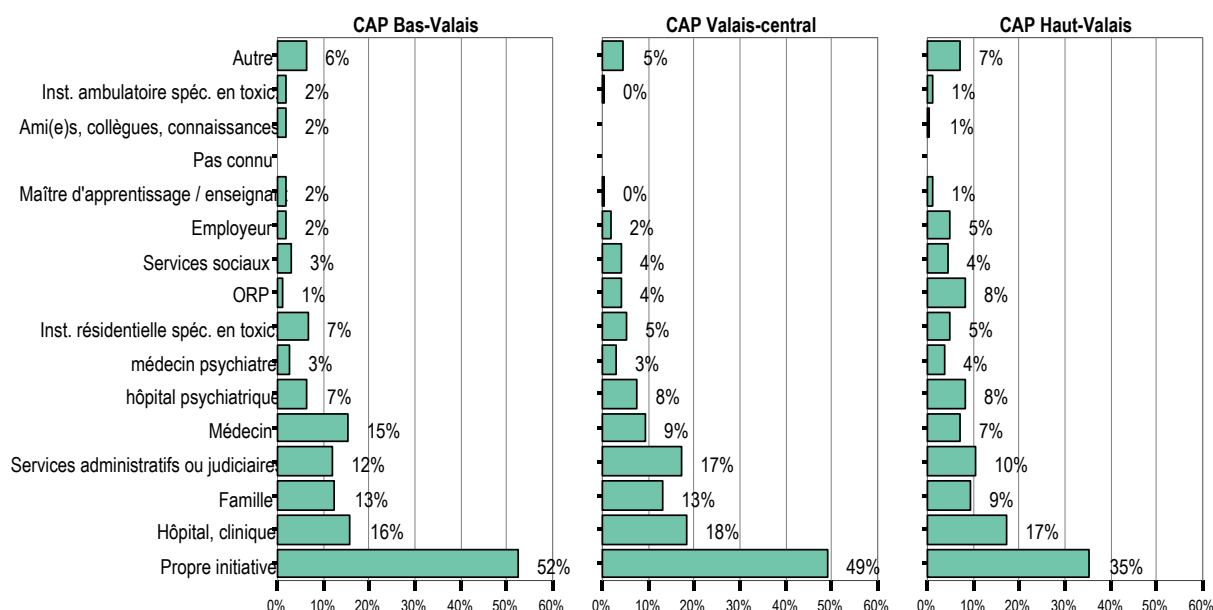
Depuis le 01.01.2003, la statistique de la LVT saisit non seulement la source de signalement principale, mais toutes les sources participant au signalement. Cela permet d'obtenir une image plus précise du travail effectué par le réseau. Le graphique 2 informe sur les parts de chaque source de signalement.

En moyenne, 1.3 sources de signalement interviennent en début du suivi ambulatoire. La propre initiative participe pour près de la moitié des suivis (46.1% ; 45.5% chez les hommes et 47.7% chez les femmes). Le milieu médical (ambulatoire ou hospitalier, généraliste ou psychiatrique) participe également activement à la signalisation de nouvelles situations. La troisième source de signalement est constituée par les services administratifs ou judiciaires (13.4% des nouvelles admissions, avec une différence notable entre les hommes (15.3%) et les femmes (8.7%)). Pour ce type de signalement, les services les plus représentés sont le service de

la circulation et de la navigation (34.8% ; 39.6% chez les hommes et 14.3% chez les femmes) et le tribunal des mineurs (22.3% ; 16.5% chez les hommes et 47.6% chez les femmes). A l'admission, 10.8% de la clientèle (11.2% des hommes et 9.9% des femmes) est sous le coup d'une mesure légale.

Les différences à relever entre les trois régions concernent la plus grande participation des services administratifs et judiciaires dans le Valais-central et celle plus importante des ORP (Offices Régionaux de Placement) dans le Haut-Valais.

**Graphique 2.** Sources de signalement de la clientèle admise en 2003, par région



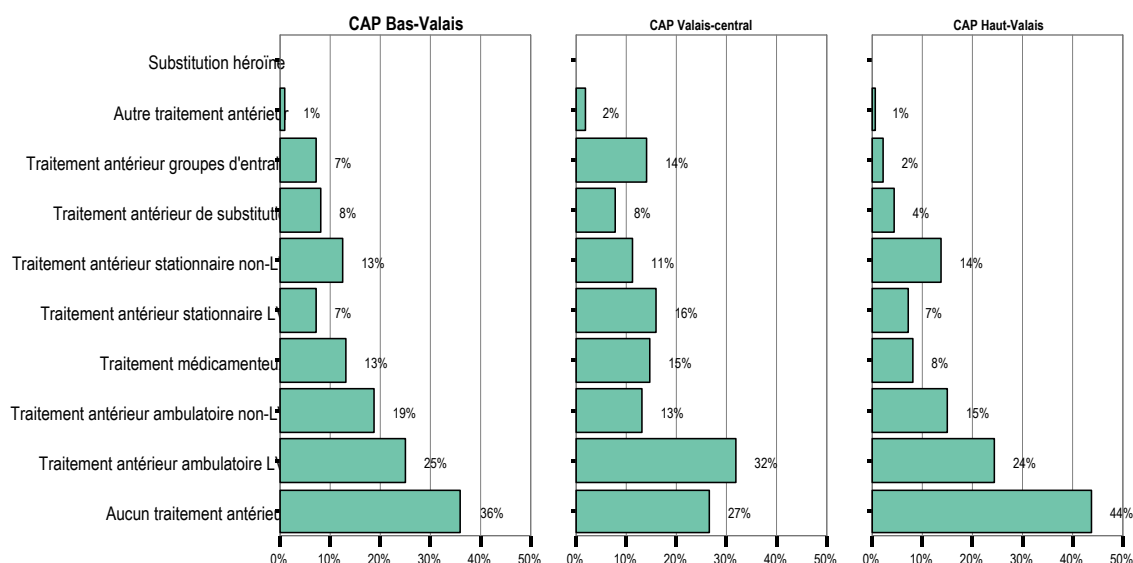
### E. *Expérience de traitement et sevrage avant l'admission*

Une expérience de traitement inclut tout traitement lié au problème de consommation ou de dépendance, interne ou externe aux services de la LVT, et comprend la participation aux groupes d'entraide, les traitements médicamenteux ou de substitution.

Le graphique 3 illustre les parts des différentes expériences de traitement vécues durant la vie, selon les régions. Environ une personne sur trois (35.0%) n'a aucune expérience de traitement à l'admission. Le traitement antérieur le plus fréquent est le traitement ambulatoire dans un service de la LVT (27.2%), suivi d'un traitement ambulatoire non LVT (15.6%). Les traitements de substitution autres que celui lié à la distribution d'héroïne concernent 7.0% des admissions 2003. Les différences les plus marquées entre les trois régions concernent la participation à des groupes d'entraide (14.0% dans le Valais central contre 7.2% dans le Bas-Valais et 2.2% dans le Haut-Valais) et l'expérience d'un traitement antérieur dans une institution stationnaire de la LVT (15.9% dans le Valais central, contre 7.2% pour les deux autres régions).

Noter que un tiers des personnes (aucune différence majeure n'est observée ni entre les sexes, ni entre les trois régions) ont vécu un sevrage juste avant le début de la prise en charge. Le sevrage se déroule dans 80.3% des cas à l'hôpital.

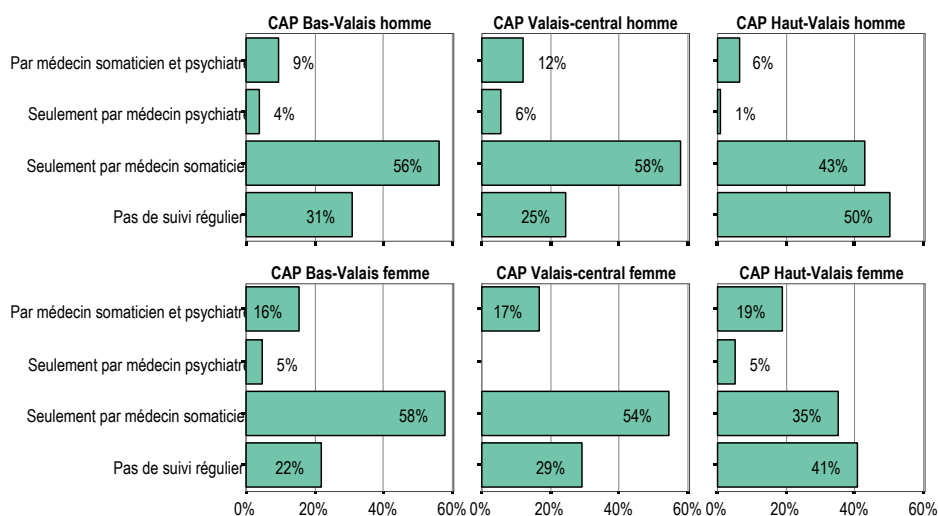
**Graphique 3.** Part des différentes expériences de traitement, selon les régions.



### F. Suivi médical

Le type de suivi médical des clients admis en 2003 est illustré par le graphique 4. Un client sur trois (32.6% ; 34.0% des hommes et 28.9% des femmes) n'ont aucun suivi médical à l'admission, et environ un client sur dix (11.6% ; avec une large différence entre les deux sexes : 9.5% des hommes et 16.8% des femmes) bénéficiaient d'un double suivi – somatique et psychiatrique – à l'admission. Noter la part plus élevée dans le Haut-Valais de personnes n'ayant aucun suivi médical à l'admission, et en lien la part moins élevée de clients bénéficiant seulement d'un suivi somatique.

**Graphique 4.** Répartition de la clientèle admise en 2003 selon le type de suivi médical à l'admission, par région et sexe





## G. Résultats liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie

Depuis 2001, les services de la LVT ont introduit à l'admission l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) pour adultes et l'IGT-ado, son pendant pour les adolescents (les clients âgés de moins de 18 ans), afin de pouvoir notamment établir un profil précis de la clientèle. En ambulatoire, l'évaluation au travers de l'IGT doit intervenir dans les trois premiers entretiens que l'intervenant a avec le client.

En 2003, 44.4% des clients venant consulter pour leurs propres problèmes ont été évalués (224 clients avec l'IGT et 44 clients avec l'IGT-ado). Une différence entre les trois régions est observée puisque cette part s'élève à 56.4% dans le Bas-Valais, à 46.0% dans le Valais central et à 29.8% dans le Haut-Valais. La très faible part d'admissions évaluées à l'aide de l'IGT ou l'IGT-ado dans le Haut-Valais est à mettre principalement sur le fait que le processus d'introduction de l'IGT dans le Haut-Valais n'a débuté que courant 2002 : la traduction et l'adaptation de l'instrument en allemand, ainsi que la formation des intervenants, à effectuer aussi en allemand, et le temps nécessaire à l'adaptation des intervenants à l'outil sont les raisons de ce décalage avec la partie romande du canton. En 2004, la part dans le Haut-Valais devrait se rapprocher passablement de celles observées dans les deux autres régions. La différence entre le Bas-Valais et le Valais central réside principalement dans le fait que des changements de personnel sont intervenus dans la deuxième région : le fait que les nouveaux intervenants doivent être formés à l'outil (deux jours de formation) et doivent apprendre à le maîtriser (effectuer 10 IGT avant d'être jugé opérationnel) induisent forcément une baisse du nombre de nouveaux clients évalués à l'aide de cet outil.

Une documentation des motifs de non-administration de l'IGT est tenue (N=299 motifs ont été indiqués, Table 3). L'analyse des motifs montre que 12.8% de la clientèle admise en 2003 est venue pour information ou temporairement (une ou deux fois), sans volonté d'entreprendre un véritable suivi. Si l'on fait abstraction de cette clientèle, où une évaluation au travers de l'IGT n'a que peu de sens clinique ou ne peut avoir lieu faute de temps, la part des admissions avec une évaluation IGT augmente jusqu'à 51.0% (64.3% dans le Bas-Valais, 50.3% dans le Valais central et 37.1% dans le Haut-Valais). Noter que seuls 23 refus formels ont été enregistrés, ce qui indique que l'outil IGT, présenté de façon adéquate, est très bien accepté par le client.

**Table 3.** Répartition (en %) des 299 motifs indiqués pour l'absence d'évaluation IGT à l'admission

	<i>Bas-Valais</i>	<i>Valais central</i>	<i>Haut-Valais</i>	<i>Total</i>
Le client vient pour information	30.1	16.7	31.5	<b>25.7</b>
Gestion d'une situation de crise	3.6	13.9	25.9	<b>15.4</b>
L'administration de l'IGT retarde un placement	7.3	16.7	10.2	<b>11.7</b>
Refus formel	7.2	12.0	3.7	<b>7.7</b>
Situation de transfert	7.2	6.5	5.6	<b>6.4</b>
Problèmes de compréhension (langue, cognition,...)	6.0	8.3	4.6	<b>6.3</b>
L'IGT a déjà été administré dans un autre service LVT	2.4	2.8	8.3	<b>4.7</b>
Le problème du client est le tabac ou les troubles alimentaires ou le jeu pathologique	3.6	2.8	4.6	<b>3.7</b>
Autre motif	35.5	20.4	5.6	<b>18.4</b>

A moyen terme, si les analyses pour 2004 indiquent encore une fois un poids non négligeable de la catégorie « Autre motif », une exploration détaillée de cette rubrique devra être entreprise pour comprendre ce qu'elle contient.

Si le formulaire d'admission contenant l'IGT ne peut être complété, seules des informations fiables liées à la statistique nationale act-info de base sont récoltées par les intervenants.

## Caractéristiques de la clientèle évaluée à l'aide de l'IGT

Le présent paragraphe informe sur les caractéristiques du sous-groupe constitué par les 224 clients adultes évalués à l'aide de l'IGT. Le sous-groupe ne présente pas de différence majeure avec l'ensemble du collectif admis en 2003.

L'âge moyen est de 40.4 ans et l'âge médian de 40.0 ans (pas de différence entre les deux sexes). Un quart du sous-groupe est constitué de femmes (24.6%) et deux tiers sont originaires du Valais (67.4%).

Les catégories de l'état civil indiquent que 37.6% sont célibataires, 35.3% sont mariées, 13.8% sont divorcées, 11.0% sont séparés légalement et 2.3% sont veufs.

Plus d'un client du sous-groupe sur cinq (80.3%) vivent de façon indépendante, 15.6% vivent chez des proches et 1.4% vivent dans une institution. Les personnes restantes (2.7%) évoluent dans un autre cadre de vie.

Plus d'un quart des clients (28.9%) n'ont accompli que l'école obligatoire, 60.9% ont terminé un apprentissage, 7.1% ont achevé une formation au collège ou dans une école de commerce et 3.0% ont accompli une formation supérieure.

La source de revenu principale prépondérante est le travail régulier pour 35.3% des membres du groupe, 7.9% travaillent occasionnellement, 26.5% sont au chômage, 13.5% sont rentiers AVS/AI, 1.8% sont à charge de tiers, 9.6% ont une autre source de revenu (essentiellement à l'assurance ou au bénéfice de l'aide sociale) et 6.6% sont sans activité lucrative ou au foyer.

Les substances problématiques principales concernent l'alcool pour 79.0% des clients évalués, le cannabis (21.4%), la cocaïne (11.6%), l'héroïne (10.7%), les benzodiazépines (9.8%), les amphétamines (3.6%), les hallucinogènes (2.2%) et les barbituriques (0.9%).

### Problème majeur défini par l'IGT

Le problème majeur défini par l'IGT est la substance principale d'abus, déterminée en fonction des années d'utilisation, du nombre de traitements, du nombre de crises de delirium tremens ou d'overdoses. Contrairement aux consommations problématiques, **c'est l'intervenant et non le client qui détermine le problème majeur.**

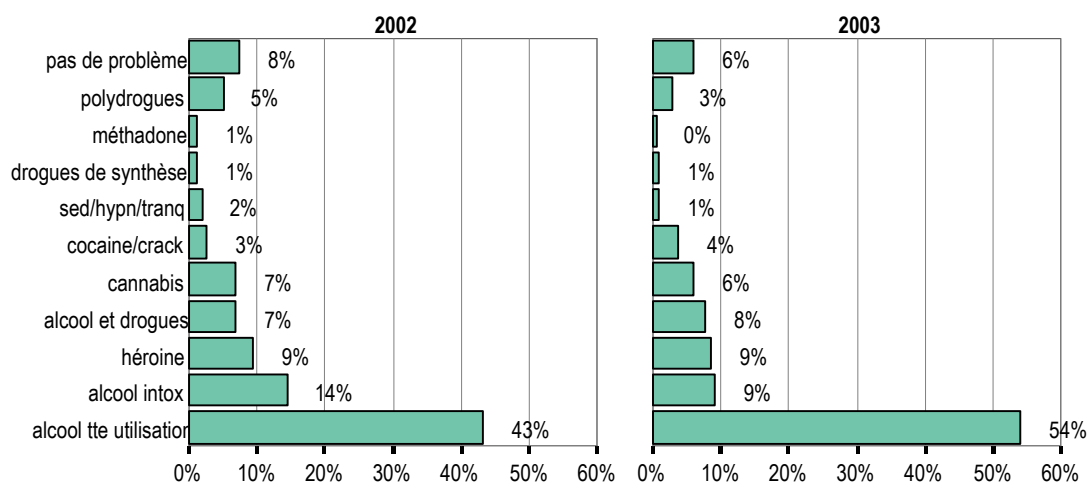
Si le client fait régulièrement usage de plus d'une drogue, le problème majeur poly drogues est indiqué, et si le client abuse d'alcool et d'une ou plusieurs drogues, le problème alcool et drogues est mentionné.

Les catégories de médicaments (« barbituriques » et « autres sédatifs, hypnotiques, tranquillisants ») sont considérées comme des drogues. L'IGT distingue l'alcool toute utilisation, qui désigne toute consommation d'alcool, peu importe la quantité et qu'elle soit accompagnée ou non d'intoxication, et l'alcool jusqu'à intoxication qui correspond à ressentir les effets de l'alcool ou à consommer 5 consommations d'alcool en une seule séance ou dans un court laps de temps.

Le graphique 5 illustre la répartition des problèmes majeurs indiqués pour l'année 2003, mise en perspective avec celle de l'année 2002. La situation est restée assez semblable, à l'exception d'une légère augmentation du problème lié à la consommation d'alcool toute utilisation par rapport à la consommation d'alcool jusqu'à intoxication.

Il n'existe que peu de différence entre les sexes, si ce n'est chez les femmes une part observée légèrement moins élevée de problèmes d'alcool toute utilisation (48.1% contre 56.3% chez les hommes), et une part légèrement plus élevée de problèmes alcool et drogues (9.3% contre 7.5% chez les hommes).

**Graphique 5.** Part des problèmes majeurs définis par l'IGT, pour 2002 et 2003



### Age de première consommation et âge de consommation régulière

La Table 4 informe sur la consommation des principales substances. Les informations portent sur la consommation au cours des 30 derniers jours, l'âge de première consommation, la part des clients ayant au moins une fois consommé de façon régulière, l'âge de la première consommation régulière et le nombre d'années que la substance a été utilisée de manière régulière. La consommation régulière implique une consommation intervenant au moins trois fois par semaine pendant au moins un mois ou une consommation intensive de deux jours par semaine.

La substance la plus consommée au cours des 30 derniers jours est l'alcool, suivie du cannabis. Environ la moitié de la clientèle a consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie. La part des clients ayant déjà consommé de la cocaïne dans la vie est plus élevée que celle de ceux ayant déjà consommé de l'héroïne.

Il est intéressant de noter que pour l'alcool, la différence entre l'âge de 1<sup>ère</sup> consommation régulière et celui de la 1<sup>ère</sup> consommation est de plus de cinq ans, alors que cette différence n'excède pas l'année pour les trois drogues.

**Table 4.** Informations sur la consommation des principales substances

	<i>Nombre de jours durant les 30 derniers jours</i>	<i>Part ayant consommé au moins une fois</i>	<i>Age 1<sup>ère</sup> consommation</i>	<i>Part avec consommation régulière</i>	<i>Age 1<sup>ère</sup> consommation régulière</i>
Alcool toute utilisation	11.0	92.4	15.4	83.5	20.7
Alcool jusqu'à intoxication	4.7	90.2	19.3	74.1	25.3
Héroïne	1.0	22.8	19.5	16.5	20.0
Cocaïne	0.5	27.2	20.7	14.3	21.7
Cannabis	4.0	49.1	17.8	32.6	18.0

## Modes d'administration principaux des substances consommées

Le mode d'administration indiqué est le mode d'administration habituel ou le plus récent. Si le client a l'habitude d'employer deux modes d'administration de façon égale, le mode le plus grave est indiqué.

La Table 5 informe pour trois substances le mode d'administration usuel du client. Plus d'un client sur trois (38.3%) consommant de l'héroïne et près d'un client sur quatre (23.6%) consommant de la cocaïne le font habituellement par voie intraveineuse.

**Table 5.** Répartition des modes d'administration principaux de l'héroïne, la cocaïne et du cannabis (en %)

	Oral	Nasal	Fumé	Injecté non-iv	Injecté iv
Héroïne (N=47)	-	21.3	23.5	17.0	38.3
Cocaïne (N=55)	-	45.4	14.6	16.4	23.6
Cannabis (N=103)	16.5	0.0	83.5	-	-

## Profils de gravité

Le profil de la gravité de la clientèle est produit à l'aide des moyennes des évaluations de gravité. L'évaluation de la gravité pour chacun des sept domaines de l'IGT (alcool, drogue, santé physique, état psychologique, relations familiales et interpersonnelles, emploi et ressources, situation judiciaire) est basée seulement sur les réponses à des questions objectives et subjectives limitées au domaine considéré, et non sur des informations extérieures obtenues en dehors de l'entretien dévolu à l'IGT.

L'évaluation se fait en deux étapes. Lors de la première étape, l'intervenant choisit une des cinq catégories suivantes : 0-1 pas de problème réel, 1-2 léger problème, 4-5 problème moyen, 6-7 problème considérable, 8-9 problème extrême. Lors de la deuxième étape, l'intervenant retient, dans la fourchette des scores choisis, une des deux cotes en se servant uniquement de l'évaluation subjective de l'utilisateur dans le domaine :

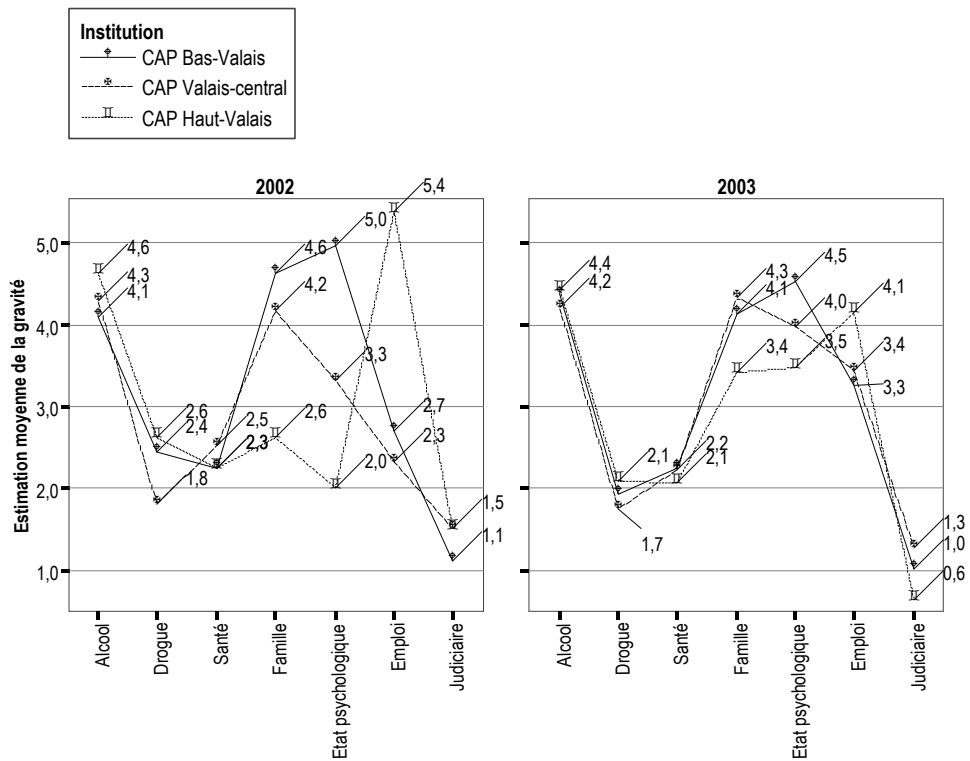
- Si l'utilisateur considère le problème considérable et pense qu'un traitement est important (valeur de 3 ou 4 sur l'échelle d'évaluation subjective du problème par l'utilisateur), l'intervenant choisit le chiffre le plus haut dans la fourchette retenue).
- Si l'utilisateur considère le problème comme moins grave et pense que le traitement est moins nécessaire (0 à 2 sur l'échelle d'évaluation), l'intervenant choisit le chiffre inférieur.

Les graphiques 6 et 7 montrent les valeurs moyennes des estimations obtenues, selon la région et selon le sexe. La forme des courbes n'est pas à interpréter, les points ayant été reliés uniquement pour faciliter la lecture du graphique. L'IGT n'ayant été introduit dans le Haut-Valais qu'en 2002, il est nécessaire de prendre les résultats de cette région avec précaution pour cette année.

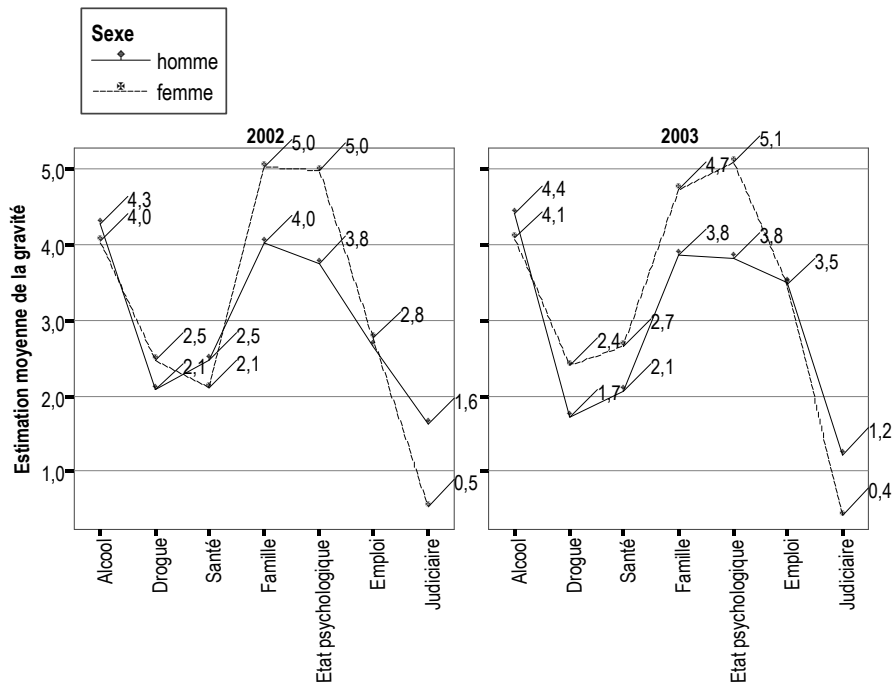
Pour 2003, les profils produits pour les trois régions sont assez semblables (graphique 6). Noter cependant que pour l'échelle des relations familiales et interpersonnelles et pour l'échelle emploi et ressources, le Haut-Valais se distingue des deux autres régions (gravité moins élevée pour le premier domaine et gravité plus élevée pour le deuxième). Pour le domaine de l'état psychologique, les trois régions fournissent un score de gravité moyen allant de 3.5 à 4.5.

Le graphique 7 montre que globalement, aussi bien pour l'année 2002 que pour l'année 2003, les femmes produisent des scores de gravité plus élevés que les hommes, en particulier pour l'échelle des relations familiales et interpersonnelles et pour l'échelle de l'état psychologique. Le seul domaine où les hommes ont une gravité nettement plus élevée et celui lié à la situation judiciaire. Deux différences sont à noter entre 2002 et 2003 : en 2003, les femmes produisent une gravité moyenne plus élevée que les hommes sur l'échelle des problèmes de santé physique (alors qu'en 2002, c'était l'inverse), et surtout, et ce pour les deux sexes, la gravité des problèmes liés à l'emploi et aux ressources a augmenté de façon non négligeable.

**Graphique 6.** Profil de gravité de la clientèle CAP 2003 évaluée à l'aide de l'IGT, selon la région. Comparaison avec l'année 2002 (attention : prendre avec précaution les résultats du Haut-Valais pour 2002).

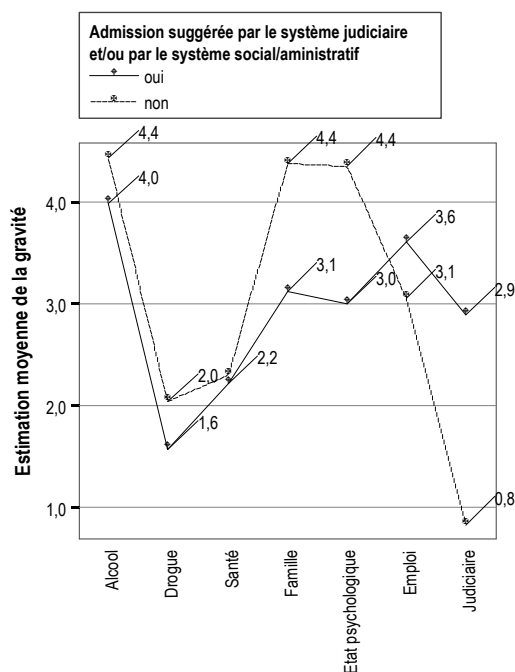


**Graphique 7.** Profil de gravité de la clientèle CAP 2003 évaluée à l'aide de l'IGT, selon le sexe. Comparaison avec l'année 2002.



Le graphique 8 illustre la différence des profils de gravité selon le fait que l'admission du client ait été ou non suggérée par le système judiciaire, social ou administratif (44 clients avec une admission suggérée et 173 clients sans). Si, sans surprise, les clients admis suite à une pression du système révèlent un score de gravité plus élevé sur l'échelle judiciaire, ils montrent une gravité moins élevée dans la sphère des problèmes familiaux et interpersonnels et dans celle des problèmes d'emploi et de ressources.

**Graphique 8.** Profil de gravité de la clientèle CAP 2003 évaluée à l'aide de l'IGT, selon l'expérience de traitement et selon l'incitation du suivi par le système judiciaire ou le système social/administratif



## SORTIES 2003

Le volume des sorties effectuées durant l'année 2003 est de 490 (Table 1). L'unité d'analyse de ce chapitre inclut toute personne ayant terminé de façon régulière ou non sa prise en charge en 2003.

### A. Motifs de sortie

La Table 6 reporte selon le sexe la répartition du motif principal de fin de prise en charge. Deux clients sur cinq (41.7%) terminent de façon régulière leur prise en charge. Les pertes de contact constituent près du tiers des motifs de fin de suivi (32.9%) et les interruptions, aussi bien par le client que par l'institution, représentent 16.2% des motifs de sortie en 2003. Si la Table 6 met en évidence des différences entre les régions, la seule différence qui est observée entre les deux sexes concerne la part légèrement plus élevée de pertes de contact chez les femmes (37.1% contre 31.0% chez les hommes). Noter que les chiffres observés pour l'année 2003 ne diffèrent pas de façon significative de ceux de l'année 2002.

**Table 6.** Répartition (en %) des motifs principaux de sortie en 2003

	<i>Bas-Valais</i>	<i>Valais central</i>	<i>Haut-Valais</i>	<i>Total</i>
Fin régulière	41.2	29.4	53.8	<b>41.7</b>
Interruption	23.0	7.5	17.6	<b>16.2</b>
Perte de contact	25.9	48.8	25.1	<b>32.9</b>
Décès	2.4	5.7	1.2	<b>3.0</b>
Déménagement	5.3	2.5	2.3	<b>3.4</b>
Autre motif	2.4	6.2	0.0	<b>2.8</b>

### *B. Durée du suivi*

La durée de prise en charge est définie par le nombre de jours séparant le dernier entretien du premier entretien, augmenté de 1.

En moyenne, la durée d'un suivi dans un service ambulatoire de la LVT s'élève à 420 jours (médiane : 225 jours). Une nette différence est observée entre les trois régions, puisque dans le Haut-Valais, la durée moyenne est de 255 jours (médiane : 143 jours) contre 461 jours pour le Bas-Valais (médiane : 239 jours) et 557 jours pour le Valais central (médiane : 289 jours). Les femmes sont en moyenne suivies moins longtemps que les hommes : 279 jours (médiane : 153 jours) contre 484 jours (médiane : 259 jours).

Selon le motif principal de sortie, la durée moyenne du suivi s'élève à 389 jours (médiane : 202 jours) pour les fins régulières, à 229 jours lorsque le suivi est interrompu, et à 506 jours (médiane : 333 jours) lors d'une perte de contact.

Noter que, en moyenne, un client bénéficie de 13 contacts personnels lors de son suivi ambulatoire.

### *C. Prestations effectuées par les CAP ou par leur entremise*

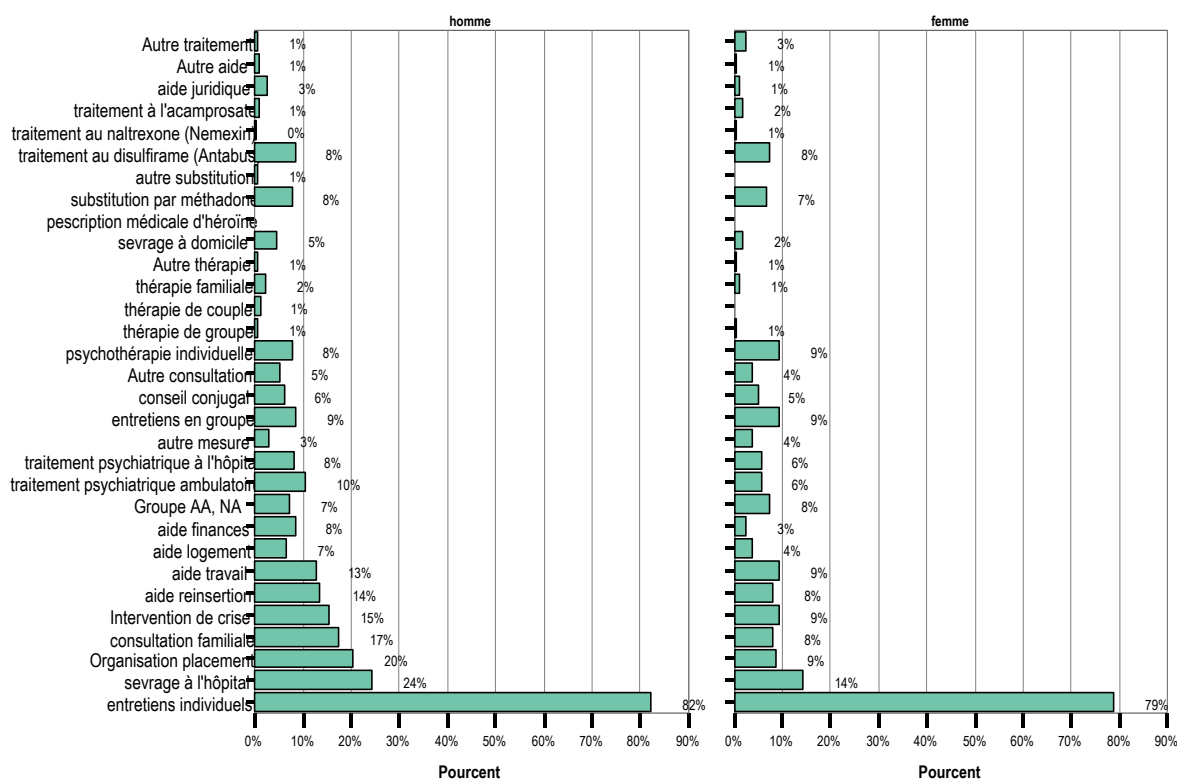
Le graphique 9 illustre les parts des types d'interventions directes ou indirectes effectuées par les CAP. On observe que les hommes reçoivent en moyenne un nombre plus grand de prestations que les femmes.

La principale prestation offerte par les CAP est constituée par les entretiens individuels, suivie de l'organisation d'un sevrage à l'hôpital et de l'organisation d'un placement dans une institution résidentielle spécialisée. La consultation familiale et l'intervention de crise prennent également une place importante dans l'activité des intervenants des CAP.

Un deuxième bloc de prestations est constitué par l'organisation d'aides spécifiques telles que l'aide à la réinsertion, l'aide au travail, l'aide au logement et l'aide aux finances.

Noter que depuis le 01.01.2003, la saisie informatique des prestations effectuées pour chaque client suivi a été rendue obligatoire au sein des CAP LVT : le nombre d'heures de chaque classe de prestations est ainsi disponible. Il est prévu qu'à moyen terme une analyse statistique rigoureuse des ces données soit entreprise afin de pouvoir mieux cerner en quoi consiste réellement une prise en charge ambulatoire et ce que représente une exposition au traitement au sein des services ambulatoires de la LVT.

**Graphique 9.** Prestations fournies par les CAP LVT ou par leur entremise lors d'un suivi, selon le sexe du client



#### D. IGT-abrégé à la sortie

L'outil IGT est accompagné d'une version réduite, l'IGT-abrégé, comprenant essentiellement un sous-groupe de questions de l'IGT portant sur les 30 derniers jours de la vie du client. Ces questions, correctement pondérées et additionnées, permettent pour chaque domaine, de produire un score (appelé score composé) entre 0 et 1. L'évolution des scores composés entre deux temps de passation permet de rendre compte de l'impact d'une prise en charge, les items figurant dans la composition des scores ayant été choisis pour leur capacité à mettre en évidence un tel impact.

La direction de la LVT a décidé au 01.01.2003 d'introduire à la sortie de l'ensemble de ses services la version abrégée de l'IGT afin de tenter de décrire l'impact des traitements. Malheureusement, si cela fonctionnait bien dans les institutions résidentielles (voir dans la deuxième partie ci-après), cela est beaucoup plus difficile à mettre en pratique dans le secteur ambulatoire pour deux raisons principales

1. la difficulté, pour l'intervenant, à déclencher le processus de sortie d'un client
2. les parts élevées d'interruptions de prise en charge ou de pertes de contact lors d'un suivi (en lien souvent avec le point 1 ci-dessus).

Le résultat est qu'en 2003, seuls 9.0% des sorties ont été évaluées à l'aide de l'IGT-abrégé, ce qui est clairement insuffisant. Cela démontre que la voie choisie pour évaluer l'impact d'une prise en charge dans le secteur ambulatoire était mauvaise. La mesure de l'efficacité des prestations ambulatoires est cependant



nécessaire, car exigée par le système de management de la qualité en vigueur dans les CAP. C'est pourquoi, une réflexion va être entreprise de suite afin de rechercher un outil de mesure qui permette de produire, pour le plus grand nombre de clients suivis, des indicateurs simples et objectifs de l'évolution de la situation du client.

## DEUXIEME PARTIE :

### LES INSTITUTIONS RESIDENTIELLES

#### VOLUME DE LA CLIENTELE 2003

La Table 7 rapporte les mouvements de clientèle enregistrés dans les institutions résidentielles de la LVT durant l'année 2003. FAR/FXB regroupe le Foyer des Rives du Rhône de Sion et le Foyer François-Xavier Bagnoud de Salvan.

La prise en charge inclut tout client ayant entamé un suivi durant l'année 2003, tout client ayant terminé un suivi durant l'année 2003 et tout client ayant entamé un suivi avant 2003 et étant toujours suivi au 31.12.2003. Les institutions ont traité 54 femmes en 2003, ce qui représentent 24.9% des clients, les Foyers FAR/FXB produisant la part la plus petite.

**Table 7.** Volume de la clientèle des institutions résidentielles en 2003

	<i>FAR/FXB</i>	<i>Villa Flora</i>	<i>Via Gampel</i>	<i>Total Foyers</i>
<b>Admissions</b>				
Hommes	26	66	26	118
Femmes	5	19	9	33
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>85</i>	<i>35</i>	<i>151</i>
<b>Sorties</b>				
Hommes	27	60	30	117
Femmes	4	24	9	37
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>84</i>	<i>39</i>	<i>154</i>
<b>Prises en charge</b>				
Hommes	53	74	36	163
Femmes	14	27	13	54
<i>Total</i>	<i>67</i>	<i>101</i>	<i>49</i>	<i>217</i>

#### PROFIL DE LA CLIENTELE ADMISE EN 2003

L'unité d'analyse dans les résultats présentés dans ce chapitre est l'admission, comprenant toute personne ayant débuté un traitement dans une institution résidentielle de la LVT au cours de l'année 2003.

De façon générale, les résultats sont présentés pour chacune des institution séparément.

## A. Caractéristiques socio-démographiques

La Table 8 reporte les caractéristiques socio-démographiques des clients admis en 2003 au sein des foyers de la LVT, par institution. Des différences notables existent entre les clientèles des trois institutions.

La clientèle admise en 2003 dans les foyers FAR/FXB, spécialisés dans le traitement de la dépendance aux drogues illégales, se démarque nettement de celle des deux autres institutions, spécialisées dans le traitement de la dépendance à l'alcool: les clients sont nettement plus jeunes, plus fréquemment masculins, sont essentiellement célibataires, vivent en majorité chez des proches, sont moins bien formés sur le plan professionnel et sont le plus souvent à charge de tiers. La part des clients originaires du Valais se monte à 29.0% et la part des clients domiciliés en Valais au moment de leur admission est de 53.3%.

**Table 8.** Caractéristiques socio-démographiques des admissions dans les institutions résidentielles en 2003 (en %)

	FAR/FXB	Villa Flora	Via Gampel	Total Foyers
<i>Sexe</i>				
Hommes	83.9	77.6	74.3	78.1
Femmes	16.1	22.4	25.7	21.9
<i>Âge</i>				
Moyenne	23.5	44.5	47.1	40.7
Moins de 18 ans	14.8	0.0	0.0	2.7
18-24 ans	40.7	6.0	0.0	11.0
25-34 ans	40.7	17.9	8.6	19.9
35-44 ans	3.7	17.9	40.0	20.5
45-54 ans	0.0	41.7	25.7	30.1
55 ans et plus	0.0	16.7	25.7	15.8
<i>Origine</i>				
Valais	29.0	48.2	74.3	50.3
Suisse	35.5	36.5	14.3	31.1
Etranger	35.5	15.3	11.4	18.5
<i>Etat civil</i>				
Célibataire	96.4	32.0	44.1	48.2
Marié	3.6	29.3	32.4	24.8
Séparé	0.0	10.7	8.8	8.0
Divorcé	0.0	21.3	11.8	14.6
Veuf	0.0	6.5	2.9	4.4
<i>Cadre de vie</i>				
Indépendant	3.6	80.0	88.6	66.7
Chez des proches	53.6	13.3	5.7	19.6
En institution	17.9	1.3	0.0	4.3
Autre	25.0	5.3	5.7	9.4
<i>Formation achevée</i>				
Ecole obligatoire	48.1	24.6	21.4	29.2
Apprentissage, CFC	44.4	63.1	71.4	60.8
Collège, école commerce	7.4	6.2	0.0	5.0
Formation supérieure	0.0	6.2	7.1	5.0
<i>Source de revenu principale</i>				
Travail régulier	21.4	28.8	48.6	32.4
Travail occasionnel	3.6	12.3	14.3	11.0
Chômage	0.0	15.1	8.6	10.3
AVS/AI	7.1	19.2	14.3	15.4
A charge de tiers	57.1	8.2	2.9	16.8
Autre	10.8	16.5	11.4	14.1

La clientèle de Villa Flora et celle de Via Gampel se différencient principalement sur la source de revenu principale (les clients de Via Gampel sont relativement plus fréquemment au bénéfice d'un travail régulier et ceux de Villa Flora se trouvent relativement plus fréquemment au chômage ou au bénéfice d'une rente

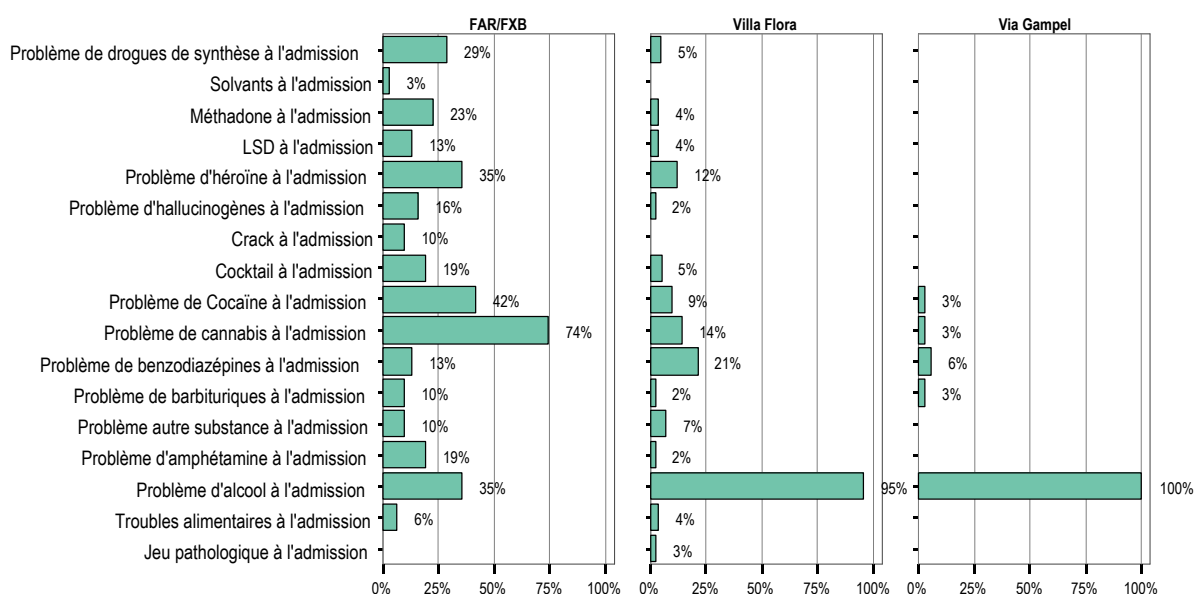
AVS/AI). Noter également que l'on trouve une plus grande proportion de clients d'origine valaisanne à Via Gampel (74.3% contre 48.2% à Villa Flora). Il en est de même pour les parts des clients domiciliés en Valais au moment de l'admission (97.0% à Via Gampel contre 87.2% à Villa Flora).

## B. Consommations problématiques

Comme pour les services ambulatoires, la consommation problématique inclut tout usage d'une substance posant des problèmes que le client souhaite résoudre, et plusieurs problèmes peuvent être signalés par le client.

Le graphique 10 révèle clairement les orientations des institutions. Si Via Gampel est essentiellement axée sur la problématique liée à l'alcool, Villa Flora est concernée pour une part moins marginale par une poly toxicomanie de sa clientèle (due en premier lieu à la double problématique alcool-médicaments) : en moyenne, un client compte 1.9 problèmes à l'admission de Villa Flora, contre 1.1 à l'admission de Via Gampel. Les Foyers FAR/FXB accueillent une clientèle marquée par la poly toxicomanie, avec 3.6 problèmes par client en moyenne. La substance problématique la plus prévalente dans ces foyers est le cannabis, suivie de la cocaïne, de l'héroïne, de l'alcool et des drogues de synthèse.

**Graphique 10.** Part des consommations problématiques à l'admission, selon les trois institutions.



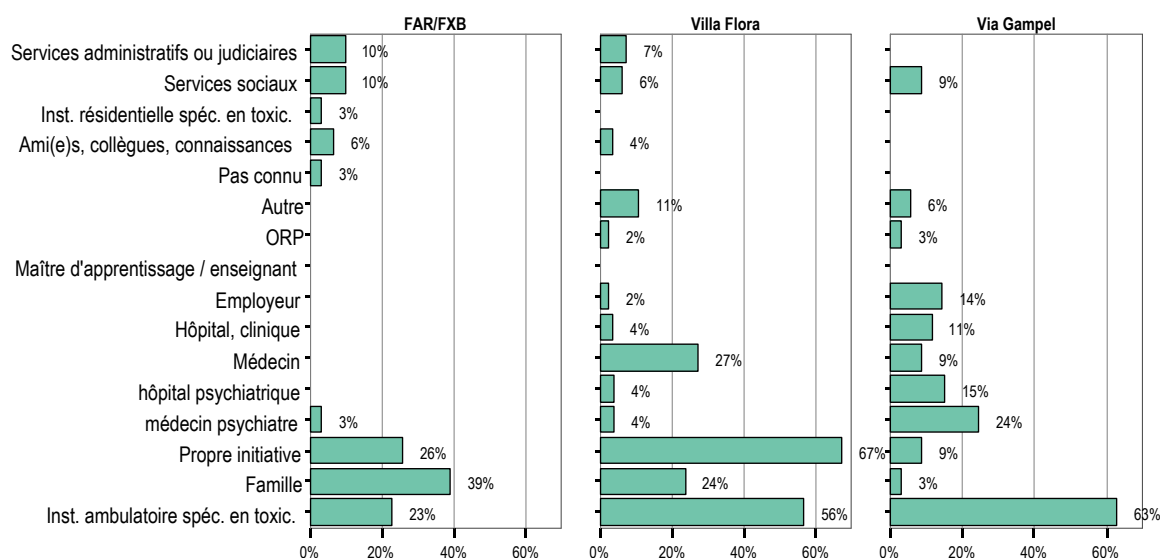
## C. Sources de signalement

Comme pour le domaine ambulatoire, la statistique de la LVT saisit, depuis le 01.01.2003, non seulement la source de signalement principale, mais toutes les sources participant au signalement. Cela permet d'obtenir une image plus précise du travail effectué par le réseau. Le graphique 11 informe sur la part de chaque source de signalement pour chaque institution séparément.

En moyenne, 1.2 sources de signalement participent au placement dans les Foyers FAR/FXB, 2.2 sources interviennent dans le placement à Villa Flora et 1.7 pour le placement à Via Gampel.

La famille et la propre initiative participent le plus aux placements dans les Foyers FAR/FXB, avec une participation respective à 38.7% et 25.8% des placements. Les CAP LVT (institution ambulatoire spécialisée en toxicomanie) interviennent dans 22.6% des situations. Les Foyers FAR/FXB sont les institutions pour lesquelles les services administratifs ou judiciaires ou les services sociaux interviennent le plus lors de placements (9.7% pour chaque type de service).

**Graphique 11.** Sources de signalement de la clientèle admise dans le secteur résidentiel en 2003, par institution



A Villa Flora, les deux premières instances de signalement sont la propre initiative (67.1%) et les CAP LVT (56.5%). Le médecin généraliste intervient également avec une participation à 27.1% des placements effectués en 2003.

A Via Gampel, ce sont surtout les CAP LVT (avec 62.9%) et le milieu médical, principalement le milieu médical psychiatrique (le médecin psychiatre participe à 24.2% des placements et l'hôpital psychiatrique à 15.2%) qui signalent les clients. Noter que c'est à Via Gampel que l'on observe la plus grande part d'admissions où l'employeur intervient (14.3% contre 2.4% à Villa Flora et 0.0% dans les Foyers FAR/FXB).

#### D. Expérience de traitement

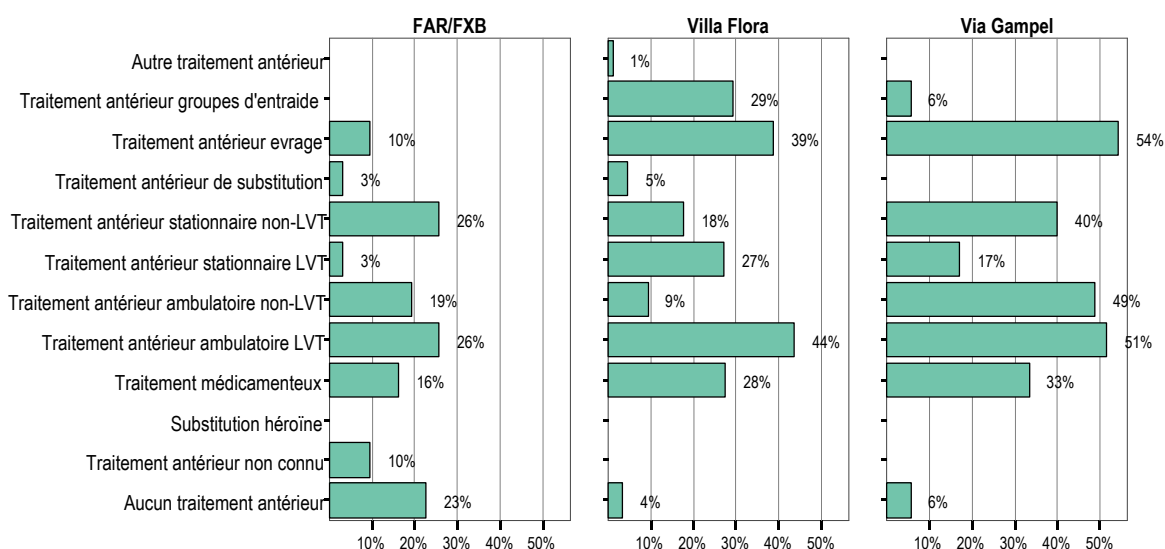
Une expérience de traitement inclut tout traitement lié au problème de consommation ou de dépendance, interne ou externe aux services de la LVT et comprend la participation aux groupes d'entraide, les traitements médicamenteux ou de substitution et les sevrages.

Le graphique 12 illustre les parts des différentes expériences de traitement vécues durant la vie, selon les trois institutions. La clientèle des Foyers FAR/FXB étant nettement plus jeune que la clientèle des deux autres institutions, il apparaît que cette clientèle a moins vécu d'expérience de traitement : en moyenne, on y compte 1.4 expériences de traitement durant la vie par client contre 2.0 expériences pour les clients admis à Villa Flora et 2.6 pour ceux accueillis à Via Gampel. Plus d'un cinquième des clients admis à FAR/FXB indiquent n'avoir connu aucune expérience de traitement (22.6%, contre 3.5% à Villa Flora et 5.7% à Via Gampel).

Les expériences de traitement les plus prévalentes parmi la clientèle admise en 2003 dans les Foyers FAR/FXB concernent le traitement ambulatoire LVT (25.8%), le traitement stationnaire dans une institution n'appartenant pas à la LVT (25.8% également) et le traitement ambulatoire non LVT (19.4%). A Villa Flora,

c'est le traitement ambulatoire dans un CAP LVT qui vient en tête (43.5%), suivi de l'expérience d'un sevrage (38.8%) et de la participation à un groupe d'entraide de type AA ou NA (29.4%). L'expérience de sevrage est la plus présente parmi la clientèle de Via Gampel (54.3%), suivie des traitements de type ambulatoire (51.4% pour ceux effectués dans un CAP LVT et 48.6% pour ceux effectués dans un service n'appartenant pas à la LVT).

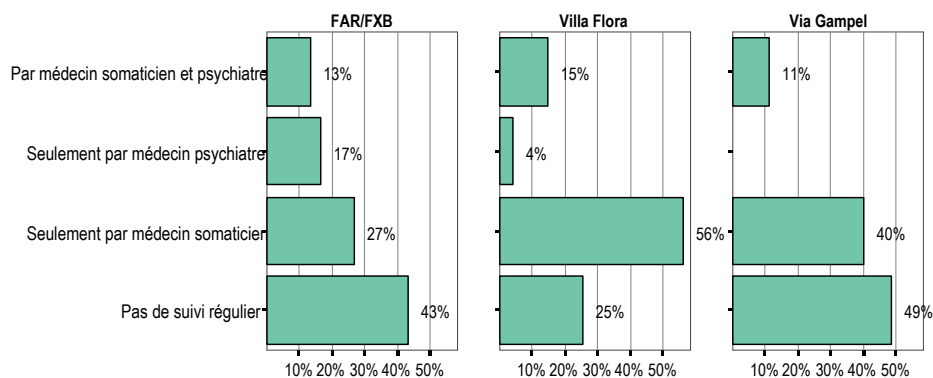
**Graphique 12.** Part des différentes expériences de traitement dans la vie, selon les institutions



### E. Suivi médical

Le type de suivi médical des clients admis en 2003 est illustré par le graphique 13. La part des clients étant suivis aussi bien par un médecin généraliste que par un médecin psychiatre est semblable dans les trois institutions. Villa Flora fournit la plus faible part de clients ne bénéficiant d'aucun suivi médical régulier.

**Graphique 13.** Répartition de la clientèle admise en 2003 selon le type de suivi médical à l'admission, par institution



## F. Traitement envisagé à l'admission

La Table 9 informe pour chacune des trois institutions l'orientation de la clientèle dans les différents types de traitement offerts.

La thérapie offerte dans les Foyers FAR/FXB, basée sur l'abstinence totale, se découpe en trois parties, le seuil I, le seuil II et le seuil III, selon le nombre d'épreuves que le client choisit de franchir. Le client ne peut passer au seuil supérieur avant d'avoir accompli le seuil inférieur et d'avoir franchi l'épreuve le clôturant. A priori, la durée de chaque seuil est de huit mois. Une personne s'engageant pour l'ensemble des trois seuils doit s'attendre à séjourner vingt-quatre mois dans l'institution. Le client pouvant bénéficier d'une période d'essai de trois semaines avant la signature du contrat thérapeutique, l'engagement pour l'un ou l'autre seuil peut se faire au terme de cette période. C'est pourquoi la part des clients où l'engagement dans une thérapie plus ou moins longue n'est pas encore déterminé à l'admission est assez importante (46.6%). Noter que lorsque l'information est connue, le client s'engage pour le seuil I ou pour les seuils I+II+III, l'engagement intermédiaire restant marginal.

La thérapie offerte par Villa Flora s'inspire de la thérapie en douze étapes des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes. Assurés par une équipe pluridisciplinaire, deux traitements sont offerts : le premier, intensif, dure de 5 à 8 semaines (court terme) et le second dure de 8 semaines à 9 mois (moyen terme). Deux tiers des clients (65.8%) sont orientés vers un traitement à court terme et un tiers (32.9%) vers un traitement à moyen terme.

Via Gampel offre une thérapie dont le but est de trouver un nouvel équilibre corporel, psychologique et relationnel sain. Deux types de programmes sont également offerts, le programme standard et le programme limité où les objectifs à atteindre pour la personne admise sont limités par rapport au programme standard. Moins de dix pour cent (8.6%) de la clientèle a dû être dirigée vers un programme limité.

<b>FAR/FXB</b>				
	Seuil I	Seuil I+II	Seuil I+II+III	Pas déterminé (période d'essai)
	26.7	3.3	23.3	46.6
<b>Villa Flora</b>				
	Court terme	Moyen terme	Pas déterminé	
	65.8	32.9	1.3	
<b>Via Gampel</b>				
	Standard	Limité		
	91.4	8.6		

## G. Résultats liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie

Depuis 2002, les institutions résidentielles de la LVT ont introduit systématiquement à l'admission l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) pour adultes et l'IGT-ado, son pendant pour les adolescents (les clients âgés de moins de 18 ans), afin de pouvoir notamment établir un profil précis de la clientèle.

En 2003, 65.6% des clients admis dans un centre stationnaire ont été évalués (96 clients avec l'IGT et 3 clients avec l'IGT-ado), sans différence entre les trois institutions. Les principaux motifs spécifiés pour la non administration de l'IGT sont le fait que l'IGT a déjà été administré dans une autre institution de la LVT (28.6%), le fait que le client a été admis pour information (période d'essai) (21.4%) et les problèmes de compréhension (9.5%).

Les résultats présentés dans les paragraphes suivants concernent les 96 personnes adultes évaluées à l'admission des institutions résidentielles de la LVT (17 clients pour les Foyers FAR/FXB, 57 clients pour Villa Flora et 22 clients pour Via Gampel).

### Problème majeur défini par l'IGT

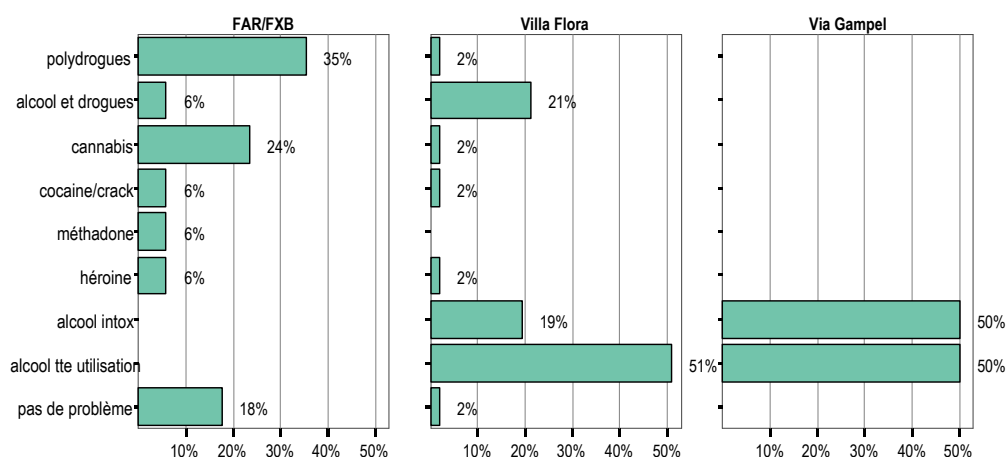
On rappelle que le problème majeur défini par l'IGT est la substance principale d'abus, déterminée en fonction des années d'utilisation, du nombre de traitements, du nombre de crises de delirium tremens ou d'overdose. Si le client fait régulièrement usage de plus d'une drogue, le problème majeur poly drogues est indiqué, et si le client abuse d'alcool et d'une ou plusieurs drogues, le problème alcool et drogues est mentionné. Les catégories de médicaments (« barbituriques » et « autres sédatifs, hypnotiques, tranquillisants ») sont considérées comme des drogues. L'IGT distingue l'alcool toute utilisation, qui désigne toute consommation d'alcool, peu importe la quantité et qu'elle soit accompagnée ou non d'intoxication, et l'alcool jusqu'à intoxication qui correspond à ressentir les effets de l'alcool ou à consommer 5 consommations d'alcool en une seule séance ou dans un court laps de temps.

Le graphique 14 illustre la répartition des problèmes majeurs indiqués pour l'année 2003. Globalement, par rapport à 2002, la situation est restée assez semblable, à l'exception d'une légère augmentation du problème lié à la consommation d'alcool toute utilisation par rapport à la consommation d'alcool jusqu'à intoxication. Le problème majeur défini par l'IGT fait ressortir la spécificité de chaque institution.

Les foyers FAR/FXB accueillent une clientèle où la consommation de plusieurs drogues constitue en soi un problème très présent. Le cannabis représente près d'un quart des problèmes majeurs en lien avec la jeunesse de la clientèle admise.

Si les problèmes majeurs de la clientèle de Via Gampel ne concernent que l'alcool (avec une égale répartition avec les deux types de consommation), Villa Flora accueille une part non négligeable de double problématique alcool et drogues (en fait essentiellement alcool et médicaments).

**Graphique 14.** Répartition des problèmes majeurs définis par l'IGT à l'admission, par institution



### Age de première consommation et âge de consommation régulière

La Table 10 renseigne sur la consommation des principales substances. Les informations portent sur la consommation au cours des 30 derniers jours, l'âge de première consommation, la part des clients ayant au

moins une fois consommé de façon régulière, l'âge de la première consommation régulière et le nombre d'années que la substance a été utilisée de manière régulière. La consommation régulière implique une consommation intervenant au moins trois fois par semaine pendant au moins un mois ou une consommation intensive de deux jours par semaine.

**Table 10.** Consommation et âge de consommation des principales substances des institutions

	<i>30 derniers jours</i>	<i>Part ayant consommé au moins une fois</i>	<i>Age 1<sup>ère</sup> consommation</i>	<i>Part avec consommation régulière</i>	<i>Age 1<sup>ère</sup> consommation régulière</i>
<b><i>FAR/FXB</i></b>					
Alcool toute utilisation	5.3	35.3	13.3	29.4	18.4
Alcool jusqu'à intoxication	3.1	52.9	14.3	41.2	14.6
Héroïne	4.1	35.3	18.2	35.3	20.3
Cocaïne	6.1	52.9	18.9	23.5	21.2
Cannabis	12.9	100.0	15.2	76.5	16.0
<b><i>Villa Flora</i></b>					
Alcool toute utilisation	8.4	98.2	13.6	98.2	20.2
Alcool jusqu'à intoxication	6.6	84.2	16.5	84.2	26.2
Antidépresseurs	5.8	38.6	36.0	38.6	38.2
Cannabis	1.4	38.6	17.6	24.6	16.0
<b><i>Via Gampel</i></b>					
Alcool toute utilisation	11.9	100.0	17.1	100.0	19.2
Alcool jusqu'à intoxication	10.3	90.9	16.5	90.9	28.9

Dans les foyers FAR/FXB, la substance la plus consommée durant les 30 jours précédant l'admission est le cannabis (près de 13 jours en moyenne pour les 17 clients évalués), suivie de la cocaïne (plus de 6 jours). Pour le cannabis, l'âge de consommation régulière suit de très près l'âge de première consommation. Le début de la consommation des drogues dites dures se situe après 18 ans.

A Villa Flora et à Via Gampel, l'âge de consommation régulière d'alcool toute utilisation précède celui de la consommation régulière d'alcool jusqu'à intoxication de 6.0 ans et de 9.7 ans respectivement.

### **Modes d'administration principaux des substances consommées**

Le mode d'administration indiqué est le mode d'administration habituel ou le plus récent. Si le client a l'habitude d'employer deux modes d'administration de façon égale, le mode le plus grave est indiqué.

La Table 11 informe pour trois substances le mode d'administration usuel du client. Plus d'un client sur trois (35.5%) consommant de l'héroïne et plus d'un client sur quatre (27.3%) consommant de la cocaïne le font principalement par voie intraveineuse.

**Table 11.** Répartition des modes d'administration principaux de l'héroïne, la cocaïne et du cannabis (en %)

	Oral	Nasal	Fumé	Injecté non-iv	Injecté iv
Héroïne (N=20)	-	10.0	30.0	25.0	35.0
Cocaïne (N=22)	9.1	45.5	4.5	13.6	27.3
Cannabis (N=38)	2.6	-	87.4	-	-



## Profils de gravité

Comme pour les résultats des clients admis dans les services ambulatoires de la LVT, le profil de la gravité de la clientèle est produit à l'aide des moyennes des évaluations de gravité (l'échelle de cotation va de 0 à 9, se rapporter au paragraphe adéquat de la première partie pour des informations liées à l'évaluation de la gravité).

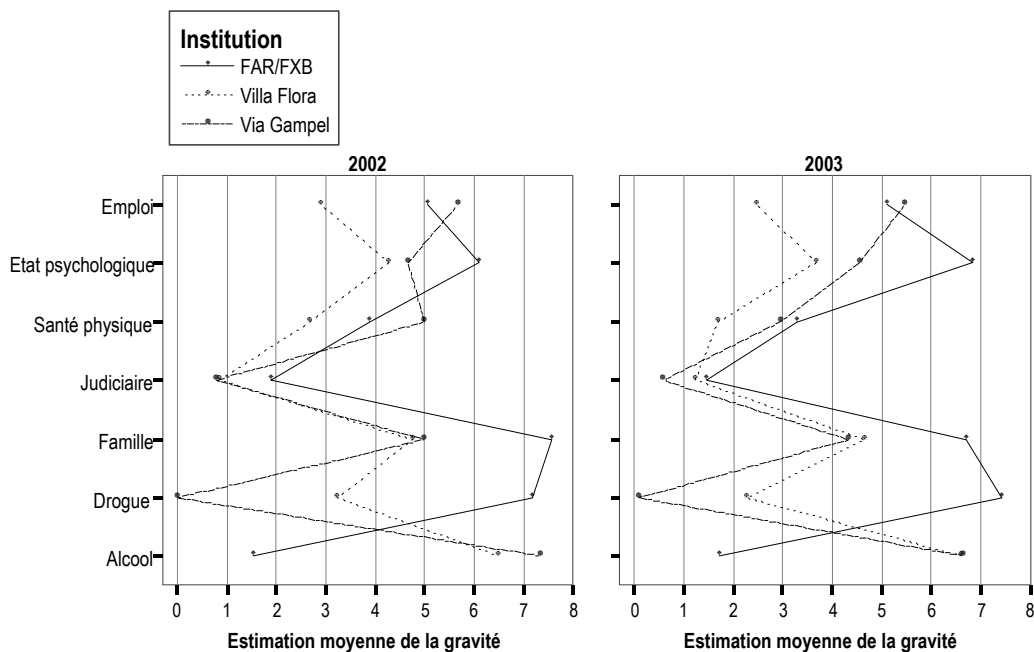
Le graphique 15 montre les valeurs moyennes des estimations obtenues par institution pour l'année 2002 et l'année 2003 (rappel : la forme des courbes n'est pas à interpréter, les points ayant été reliés uniquement pour faciliter la lecture du graphique).

De façon générale, les Foyers FAR/FXB accueillent la clientèle avec le profil le plus grave. Dans ces foyers, la sphère de problèmes produisant la gravité la plus élevée en 2003 est la consommation de drogues (gravité moyenne de 7.4), suivie de la sphère de problèmes liée à l'état psychologique (6.8), du domaine des relations familiales et interpersonnelles (6.7) et de la situation de l'emploi et des ressources (5.1). Par rapport à 2002, la clientèle 2003 produit un score de gravité plus élevé pour l'état psychologique (6.1 en 2002), et un score moins élevé dans le domaine des relations familiales et interpersonnelles (7.6 en 2002).

A Villa Flora vient en tête en 2003 la gravité des problèmes de la consommation d'alcool (6.6, semblable à 2002), suivie de celle des problèmes de relations familiales et interpersonnelles (4.6) et de l'état psychologique (3.7). A l'exception de l'échelle de la consommation d'alcool et celle de la situation judiciaire, les scores de gravité observés pour l'année 2003 sont moins élevés que ceux observés en 2002. Noter que, contrairement à Via Gampel, Villa Flora produit un score de gravité sur l'échelle drogue significativement non nul.

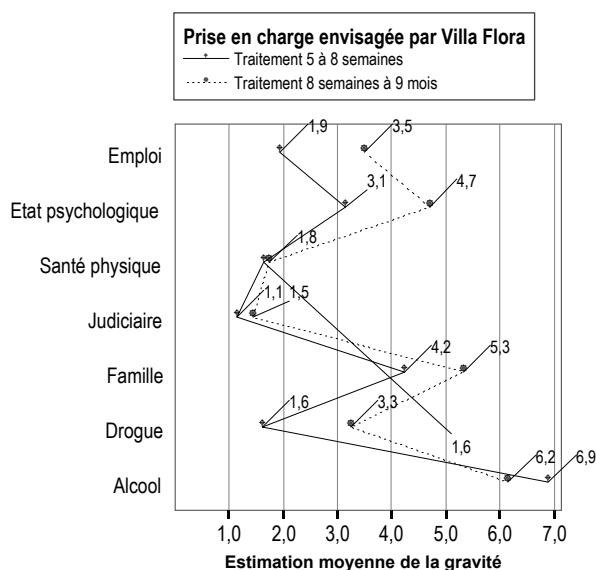
Sans surprise, à Via Gampel, la gravité des problèmes de consommation d'alcool est la plus élevée (6.6), suivie de celle des problèmes de l'emploi et des ressources (5.5), de celle de l'état psychologique (4.5) et de celle liées aux relations familiales et interpersonnelles (4.3). Le profil de gravité observé en 2003 est très semblable à celui observé en 2002. Notons tout de même deux différences : le score de gravité de la consommation d'alcool (7.3 en 2002) et celui de l'état de santé physique (5.0 en 2002) sont inférieurs.

**Graphique 15.** Profil de gravité de la clientèle institutionnelle. Comparaison avec l'année 2002.



Le graphique 16 dessine le profil de gravité de la clientèle accueillie à Villa Flora, selon le type de traitement envisagé à l'admission (court terme, N=36 et moyen terme, N=20). Les clients orientés vers un traitement plus long révèlent à l'admission des scores de gravité plus élevés dans les domaines de l'état psychologique (4.7 contre 3.1 pour les clients orientés vers un traitement à court terme), de l'emploi et des ressources (3.5 contre 1.9), de la consommation de drogues (3.3 contre 1.6) et des relations familiales et interpersonnelles (5.3 contre 4.2).

**Graphique 16.** Profil de gravité de la clientèle admise à Villa Flora, selon le type de traitement envisagé



## SORTIES 2003

Le volume des sorties effectuées dans les institutions résidentielles de la LVT durant l'année 2003 est de 154 (Table 7). L'unité d'analyse de ce chapitre inclut toute personne ayant terminé de façon régulière ou non son traitement résidentiel en 2003.

### A. Motifs de sortie

La Table 12 reporte selon l'institution la répartition du motif principal de fin de prise en charge. Globalement, sur l'ensemble des institutions résidentielles LVT, trois clients sur quatre (73.4%) terminent leur traitement de façon régulière.

Pour les Foyers FAR/FXB, une différence a été faite entre les interruptions survenant durant les trois seuils de la thérapie et celles survenant durant la phase d'essai des trois semaines avant la signature du contrat thérapeutique : 55.0% des interruptions surviennent durant cette phase. Les interruptions intervenant en cours de thérapie, surviennent essentiellement après avoir accompli le seuil I. Les fins régulières se produisent pour 40.0% après avoir effectué les seuils I+II et pour 60.0% après avoir effectué la thérapie complète (i.e. seuils I+II+III).

A Villa Flora, parmi les clients ayant terminé régulièrement leur traitement, 57.9% ont accompli un traitement à court terme et 42.1% ont accompli un traitement à moyen terme. Parmi les clients ayant terminé

régulièrement leur traitement à court terme, seuls 3.0% avaient opté à l'admission pour un traitement à moyen terme. Parmi les clients ayant terminé régulièrement leur traitement à moyen terme, 50.0% d'entre eux s'étaient engagés à l'admission dans un traitement à court terme. Les interruptions de traitement se produisent équitablement durant les deux types de traitement offerts.

Pour Via Gampel, les fins régulières concernent pour 88.9% le programme standard et pour 11.1% le programme limité. Les interruptions ne sont survenues que lors du suivi du programme standard.

**Table 12.** Répartition (en %) des motifs principaux de sortie en 2003

	<i>FAR/FXB</i>	<i>Villa Flora</i>	<i>Via Gampel</i>	<i>Total</i>
Fin régulière	37.5	78.0	92.3	<b>73.4</b>
Interruption	28.1	19.6	7.7	<b>18.4</b>
Interruption phase d'essai	34.4	-	-	<b>7.1</b>
Autre motif	0.0	2.4	0.0	<b>1.2</b>

### B. Durée de séjour

La durée du séjour est définie par le nombre de jours séparant la date du dernier jour du séjour et la date du premier jour du séjour, augmenté de 1. La Table 13 reporte les durées de séjour moyennes pour chaque institution et selon les modalités de fin de traitement.

En moyenne, dans les Foyers FAR/FXB, les clients ayant accompli régulièrement le seuil I de la thérapie ont séjourné 316 jours, ceux ayant terminé régulièrement les seuils I+II, 589 jours, et ceux étant allés au bout des seuils I+II+III, 1052 jours.

A Villa Flora, les clients ayant terminé régulièrement un traitement à court terme ont séjourné 44 jours dans l'institution et ceux ayant terminé régulièrement un traitement à moyen terme, 121 jours.

**Table 13.** Durées moyenne séjours (en jours) dans les institutions résidentielles de la LVT pour les clients sortis en 2003

	<i>FAR/FXB</i>	<i>Villa Flora</i>	<i>Via Gampel</i>
Fin régulière	798	89	113
Interruption	108	44	41
Interruption phase d'essai	6	-	-
<i>Total</i>	<i>346</i>	<i>80</i>	<i>107</i>

### C. Transfert effectués à la sortie

La Table 14 informe sur l'orientation des clients à la sortie, et ce pour toutes les sorties effectuées et pour celles terminant un traitement de façon régulière.

Dans les Foyers FAR/FXB, environ 2 sorties sur 5 (37.5%) se font sans transfert. En cas de transfert, l'orientation principale est constituée par une institution ambulatoire. Toutes les sorties terminant un traitement régulièrement sont sans transfert.

A la sortie de Villa Flora, les clients sont principalement pris en charge par les services ambulatoires de la LVT et participent à un groupe d'entraide. Noter que parmi les trois institutions résidentielles de la LVT, seule Villa Flora utilise cette dernière orientation.

A Via Gampel, l'orientation à la sortie se fait essentiellement vers un service ambulatoire de la LVT.

**Table 14.** Part (en %) des principaux transferts effectués lors des sorties de 2003 (plusieurs transferts possibles)

	<i>FAR/FXB</i>	<i>Villa Flora</i>	<i>Via Gampel</i>
<b><i>Pour toutes les sorties</i></b>			
Pas de transfert	40.6	33.3	18.5
CAP LVT	9.4	58.3	69.2
Autre institution ambulatoire	28.1	9.5	17.9
Groupe AA ou NA	0.0	66.7	0.0
Praticien privé	0.0	35.7	15.4
Autre transfert	21.9	7.1	12.8
<b><i>Pour les fins régulières</i></b>			
Pas de transfert	100.0	22.2	20.8
CAP LVT	0.0	67.2	66.7
Autre institution ambulatoire	0.0	10.9	16.7
Groupe AA ou NA	0.0	81.3	0.0
Praticien privé	0.0	40.6	13.9
Autre transfert	0.0	6.3	13.9

#### D. Impact des traitements

L'outil IGT est accompagné d'une version réduite, l'IGT-abrégé, comprenant essentiellement un sous-groupe de questions de l'IGT portant sur les 30 derniers jours de la vie du client, et permettant de produire pour chaque domaine un score (appelé score composé) entre 0 et 1. L'évolution de ces scores entre deux temps de passation permet de rendre compte de l'impact d'une prise en charge, les items figurant dans la composition des scores ayant été choisis pour leur capacité à mettre en évidence un tel impact. La direction de la LVT a décidé au 01.01.2003 d'introduire à la sortie de l'ensemble de ses services la version abrégée de l'IGT afin de tenter de décrire l'impact des traitements.

En 2003, 60.8% des sorties ont été évaluées à l'aide de l'IGT-abrégé : 30.0% pour les Foyers FAR/FXB, 72.8% à Villa Flora, 59.9% à Via Gampel. La part augmente à 77.6% pour les sorties régulières. La raison principale de non évaluation à l'aide de l'IGT abrégé est l'interruption de traitement.

A Villa Flora, 45 clients sortis en 2003 et évalués à l'aide de l'IGT abrégé avaient bénéficié d'une évaluation avec l'IGT à l'admission. A Via Gampel, 20 clients sont dans cette situation. Pour ces deux sous-groupes, l'évolution des scores composés a été étudiée. Les analyses de ce paragraphe ne concernent que ces deux institutions, car le collectif concerné dans les Foyers FAR/FXB est nettement insuffisant.

#### Caractéristiques des sous-groupes

Le groupe des 45 clients de Villa Flora pour lesquels l'impact du traitement peut être évalué est constitué d'hommes pour 71.1%. Plus de la moitié des clients sont originaires du Valais (51.1%) et un tiers est Suisse d'origine (33.3%). Quatre clients sur cinq (82.2%) sont domiciliés en Valais. Le sous-groupe est constitué de 28.9% de célibataires, de 35.6% de personnes mariées vivant avec leur conjoint et de 20.0% de personnes divorcées. Les clients vivent essentiellement dans un cadre indépendant (86.7%) ou chez des proches (11.1%). Un quart des personnes retenues n'ont accompli que l'école obligatoire (23.3%) et près de deux tiers ont terminé un apprentissage (62.8%). Les sources de revenu principales sont le travail régulier (29.5%), la rente AVS/AI (20.5%) ou les indemnités de chômage (15.9%). Les parts des consommations problématiques sont de 88.9% pour l'alcool, 13.3% pour les benzodiazépines, 8.9% pour le cannabis et 6.7% pour le cannabis et pour l'héroïne. Deux clients sur trois (58.1%) ont accompli un traitement à court terme.

Le groupe des 20 clients de Via Gampel pour lesquels l'impact du traitement peut être évalué comprend 70.0% d'hommes. Deux-tiers des clients sont originaires du Valais (65.0%) et neuf clients sur dix (90.0%) sont domiciliés en Valais. Le sous-groupe est constitué de 25.0% de célibataires, de 40.0% de personnes

mariées vivant avec leur conjoint et de 25.0% de personnes divorcées. Les clients vivent essentiellement dans un cadre indépendant (90.0%). Un cinquième (21.1%) des personnes retenues n'ont accompli que l'école obligatoire et près de trois quarts ont terminé un apprentissage (73.7%). Les sources de revenu principales sont le travail régulier (45.0%), le travail occasionnel (25.0%) et les indemnités de chômage (15.0%). Les parts des consommations problématiques sont de 95.0% pour l'alcool et de 10.0% pour les barbituriques.

### Evolution des scores composés

La Table 15 reporte pour les deux institutions les scores composés obtenus à l'admission et à la sortie, ainsi que l'évolution des scores. A Villa Flora, le traitement a un impact dans les domaines liés à la consommation d'alcool, à la santé physique et à l'état psychologique. A Via Gampel, les domaines liés à la consommation d'alcool, à l'état psychologique et à la famille et aux relations interpersonnelles produisent les évolutions positives les plus marquées.

**Table 15.** Scores composés à l'admission et à la sortie de Villa Flora et de Via Gampel

	Villa Flora			Via Gampel		
	<i>Admission</i>	<i>Sortie</i>	<i>Différence</i>	<i>Admission</i>	<i>Sortie</i>	<i>Différence</i>
Alcool	0.38	0.13	<b>-0.25</b>	0.57	0.22	<b>-0.35</b>
Drogue	0.06	0.02	-0.04	0.03	0.02	-0.01
Santé physique	0.24	0.14	<b>-0.10</b>	0.39	0.40	0.01
Etat psychologique	0.22	0.12	<b>-0.10</b>	0.37	0.17	<b>-0.20</b>
Emploi et ressources	0.32	0.38	0.06	0.31	0.33	0.02
Famille et relations interpersonnelles	0.26	0.22	-0.04	0.34	0.14	<b>-0.20</b>
Situation judiciaire	0.07	0.10	0.03	0.06	0.07	0.01

## SYNTHESE DES PRINCIPALES OBSERVATIONS

### SECTEUR AMBULATOIRE

- Le volume de la clientèle suivie dans les CAP LVT en 2003 n'a jamais été aussi important : 1507 personnes ont été accompagnées durant l'année.
- Près de 700 personnes ont été admises dans un service ambulatoire en 2003. La part des femmes admises augmente constamment depuis cinq ans : 21% en 1999, 28% en 2001 et 34% en 2003.
- En moyenne, 1.3 sources de signalement initient un suivi ambulatoire. La propre initiative, le milieu médical et les services administratifs ou judiciaires constituent les principales sources de signalement.
- Environ un client sur dix admis en 2003 (plus d'une femme sur quatre) est venu consulter pour un problème de consommation lié à une tierce personne. Les clients venant consulter pour un problème de tiers sont principalement des conjointes (qui viennent pour un problème de consommation d'alcool de leur conjoint) et des mères (qui viennent pour un problème de consommation de cannabis de leur fils ou fille).
- Le problème le plus prévalent à l'admission est celui lié à la consommation d'alcool (72%), suivi du cannabis (25%), de l'héroïne (12%), de la cocaïne (11%) et des benzodiazépines (11%).
- La consommation de cocaïne et/ou d'héroïne concerne 101 admissions en 2003 (69 hommes et 32 femmes).

- Les problèmes de dépendance non liés à une substance tels que le jeu pathologique ou les troubles alimentaires restent marginaux à l'admission des CAP LVT (moins de 2% pour chaque problème).
- Environ la moitié des clients admis dans un CAP LVT ont été évalués à l'aide de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT).
- Basé sur l'IGT, les femmes produisent des scores de gravité plus élevés que les hommes, spécialement dans l'échelle des relations familiales et interpersonnelles et dans l'échelle de l'état psychologique.
- Aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la gravité des problèmes liés à l'emploi et aux ressources a augmenté en 2003.
- Près de 500 personnes ont terminé leur suivi ambulatoire en 2003 : 42% des prises en charge se sont terminées régulièrement, 33% se sont soldées par une perte de contact et 16% ont été interrompues.
- La durée moyenne d'un suivi ambulatoire terminé en 2003 a été de 420 jours.
- En moyenne les clients ont bénéficié de 13 contacts personnels avec l'intervenant durant leur suivi.

## SECTEUR RESIDENTIEL

---

- Le volume de la clientèle traitée dans une institution résidentielle de la LVT a été très important : en 2003, 67 personnes ont séjourné dans les Foyers FAR/FXB, 101 personnes à Villa Flora et 49 personnes à Via Gampel.
- La part des clients domiciliés en Valais au moment de leur admission est de 53% pour les Foyers FAR/FXB, 87% pour Villa Flora et 97% pour Via Gampel.
- En regard de la clientèle admise à Villa Flora et à Via Gampel, les clients des Foyers FAR/FXB sont nettement plus jeunes, plus fréquemment masculins et célibataires, vivent plus souvent chez des proches et sont moins bien formés sur le plan professionnel.
- En moyenne, 1.2 sources de signalement participent à un placement dans les Foyers FAR/FXB (principalement la famille et la propre initiative), 2.2 sources interviennent dans un placement à Villa Flora (principalement les CAP LVT, la propre initiative et le médecin généraliste), et 1.7 sources signalent les placements à Via Gampel (principalement les CAP LVT et le milieu médical psychiatrique).
- Via Gampel est essentiellement axée sur la problématique liée à l'alcool (100% des admissions en 2003 sont concernées par cette problématique) et seule une part marginale de la clientèle est concernée par une autre substance.
- Villa Flora accueille plus fréquemment que Via Gampel des problèmes liés à d'autres substances que l'alcool (21% de problèmes liés aux benzodiazépines, 14% au cannabis et 12% à l'héroïne).
- Dans les Foyers FAR/FXB, trois quarts des clients admis étaient concernés par une consommation problématique de cannabis, deux tiers par une consommation problématique de cocaïne et un tiers par une consommation problématique d'héroïne.
- Environ deux tiers des clients admis dans une institution résidentielle LVT ont été évalués à l'aide de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), sans différence entre les trois institutions. Le principal motif d'absence d'évaluation est le fait que l'IGT a déjà été administré dans une autre institution de la LVT.
- Les Foyers FAR/FXB accueillent la clientèle avec le profil le plus grave. La gravité des problèmes liés à l'état psychologique et celle des problèmes liés aux relations familiales et interpersonnelles sont très élevées et viennent juste après celle des problèmes liés à la consommation de drogues.

- A Villa Flora, la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool précède celle des problèmes de relations familiales et interpersonnelles et celle des problèmes liés à l'état psychologique. Dans cette institution, les clients orientés vers un traitement à moyen terme présentent un profil plus grave que ceux orientés vers un traitement à court terme.
- A Via Gampel, la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool est semblable à celle observée à Villa Flora. Elle précède celle des problèmes liés à l'emploi et aux ressources et celle des problèmes liés à l'état psychologique.
- Environ trois quarts des traitements achevés en 2003 se sont terminés de façon régulière (37% pour les Foyers FAR/FXB, 78% pour Villa Flora et 92% pour Via Gampel).
- La durée moyenne des séjours terminés en 2003 est de 346 jours dans les Foyers FAR/FXB, 80 jours à Villa Flora et 107 jours à Via Gampel.
- A l'aide de l'IGT et de l'IGT abrégé, l'impact des traitements effectués à Villa Flora et à Via Gampel a pu être évalué. A Villa Flora, un impact du traitement est observé dans les domaines liés à la consommation d'alcool, à la santé physique et à l'état psychologique. A Via Gampel, un impact du traitement est observé dans les domaines liés à la consommation d'alcool, à l'état psychologique et à la famille et aux relations interpersonnelles.