



LIGUE VALAISANNE
CONTRE LES TOXICOMANIES



RECHERCHE - EVALUATION LVT

RAPPORT STATISTIQUE

2002

Centres d'Aide et de Prévention

Villa Flora

Foyers des Rives du Rhône

Via Gampel

Annick Clerc Bérood, PhD

Collaboratrice scientifique LVT

Rapport RE/03.01

Mars 2003



CONTENU

<i>Introduction</i>	3
<i>Volume de la clientèle 2002</i>	3
<i>Profil de la clientèle prise en charge en 2002</i>	4
A. Caractéristiques socio-démographiques	4
B. Formation et source de revenu	6
C. Consommations problématiques	7
D. Dépendances	9
E. Expérience de traitement et sevrage avant l'admission	11
F. Suivi médical et status HIV	13
G. Sources de signalement	15
H. Type de suivi ambulatoire	16
<i>Sortie 2002</i>	17
A. Motifs de sortie	17
B. Durée de prise en charge	18
<i>Evolution 1996-2002</i>	19
A. Volume des prises en charge	19
B. Profil des nouvelles admissions	20
Nombre de nouvelles admissions	21
Sexe	22
Age	22
Origine et domicile	23
Formation et source de revenu	25
Substances	27
Sources de signalement	31
Motif de sortie principal	32
<i>Résultats IGT</i>	33
A. Volume de clientèle évaluée	34
B. Problème majeur du client	35
C. Profil de gravité de la clientèle	36
D. Problème des parents	38
<i>Perspectives</i>	40

AVERTISSEMENT

Les chiffres publiés dans ce rapport peuvent ne pas correspondre à ceux publiés antérieurement dans d'autres documents. Chaque année, un certain nombre de formulaires arrivent après la date butoir fixée pour le début des analyses statistiques (en particulier pour les sorties survenant lors de pertes de contact). Ces formulaires ne sont donc pas enregistrés pour l'année considérée, mais interviennent dans les années ultérieures.

INTRODUCTION

Le présent document fournit, sous forme essentiellement descriptive, des informations sur la clientèle de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT). La LVT est l'organe faitier mandaté par l'Etat du Valais responsable de prendre en charge les personnes ayant un problème de consommation de substance psychoactive. La LVT regroupe sous le même toit l'ensemble des services spécialisés en toxicomanie du canton, partagés entre (1) le secteur de prise en charge ambulatoire, organisé selon cinq Centres d'Aide et de Prévention (CAP), répartis sur l'ensemble du territoire valaisan, et (2) le secteur de traitement résidentiel incluant quatre centres résidentiels de traitement de la dépendance, à savoir les deux Foyers des Rives du Rhône spécialisés dans le traitement de la dépendance aux drogues illégales, et les institutions Villa Flora et Via Gampel (anciennement REHA-Zentrum), spécialisées dans le traitement de la dépendance à l'alcool. La LVT a adopté une intégration générale des pratiques, notamment en regroupant toutes les substances psychoactives dans les mêmes services ambulatoires et en regroupant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La LVT, à l'exception de son institution Via Gampel pour la statistique SAKRAM, ne participe à aucune statistique nationale. Cependant elle organise depuis 1994 son propre recueil de données : une feuille statistique d'entrée (regroupant 17 questions) informe notamment sur la situation socio-démographique du client, les consommations problématiques, la source de revenu et le cadre de vie, et une feuille statistique de sortie (regroupant 16 questions) informe entre autres sur les modalités de sortie et l'évolution de l'état du patient.

Le présent rapport synthétise les principales informations récoltées, et pour la première fois, en réunissant l'ensemble des institutions de la LVT dans un seul document. Ce rapport est rédigé en quatre parties. La première partie informe, comme chaque année, sur les prises en charge 2002. Dans un deuxième chapitre, l'évolution des caractéristiques de la clientèle admise dans les services de la LVT pour la période 1996-2002 est présentée. L'évolution des modalités de sorties est également décrite.

La troisième partie contient quelques résultats liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). En effet depuis 2000, la LVT a décidé d'introduire l'IGT comme instrument d'évaluation de sa clientèle à l'admission de ses services. L'IGT est un questionnaire permettant d'évaluer la gravité des problèmes associés à la consommation de substances psychotropes dans les domaines suivants : consommation d'alcool, consommation de drogue, santé physique, emploi et ressources, relations familiales et interpersonnelles, santé psychologique et situation judiciaire. Le questionnaire comprend quelques 120 items. L'IGT est l'adaptation québécoise de l'Addiction Severity Index. Une adaptation de l'IGT au contexte valaisan a été réalisée et validée par l'équipe de recherche-évaluation de la LVT (rapport LVT RE/02.01). Les résultats présentés sont succincts, un rapport complet relatif à l'expérience IGT au sein de la LVT étant en voie de réalisation. La quatrième et dernière partie expose les perspectives liées à l'exploitation de la base de données de la LVT.

VOLUME DE LA CLIENTELE 2002

La Table 1 rapporte les mouvements de clientèle enregistrés dans les services de la LVT durant l'année 2002. 29% des clients suivis en ambulatoire durant 2002 sont des femmes. Aucune différence n'est observée selon les régions. Dans le secteur résidentiel, la part globale des femmes est de 37%.

Les femmes sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes dans les CAP LVT (37 ans contre 38 ans), la différence la plus nette étant dans le Haut-Valais (5 ans, contre 2 ans dans le Bas-Valais ; aucune différence n'est observée entre les sexes dans le Valais-Central). L'inverse est observé dans le secteur résidentiel où les hommes sont en moyenne 2 ans plus jeunes que les femmes (36 ans contre 38 ans). La clientèle la plus jeune est accueillie dans les Foyers FAR/FXB (25 ans pour les hommes et 26 ans pour les femmes), et Via Gampel possède la clientèle la plus âgée (45 ans et 42 ans). A Villa Flora, les moyennes d'âge des hommes et des femmes sont identiques (41 ans).

Table 1. Volume de la clientèle LVT suivie en 2002

	CAP LVT	FAR/FXB	Villa Flora	Via Gampel	Total LVT
Admissions					
Hommes	313	27	48	20	408
Femmes	149	7	31	11	198
Total	462	34	79	31	606
Sorties					
Hommes	324	20	45	16	405
Femmes	139	10	27	14	190
Total	463	30	72	30	595
Prises en charge					
Hommes	891	45	55	28	1019
Femmes	364	19	39	16	438
Total	1255	64	94	44	1457

PROFIL DE LA CLIENTELE PRISE EN CHARGE EN 2002

L'unité d'analyse dans les résultats présentés dans ce chapitre est la prise en charge, incluant toute personne ayant été admise dans un service de la LVT au cours de l'année 2002, toute personne ayant quitté un service de la LVT au cours de l'année 2002, et toute personne ayant été admise dans un service de la LVT avant l'année 2002 et toujours en charge au 31.12.2002.

Les résultats sont présentés séparément pour le secteur ambulatoire et le secteur résidentiel. Pour le secteur ambulatoire les CAP sont regroupés en trois régions : le Bas-Valais réunit les CAP de Monthey et de Martigny, le Valais central regroupe les CAP de Sion et de Sierre et le Haut-Valais est constitué du CAP de Brigue.

Noter que les informations reportées se rapportent aux caractéristiques des clients à l'admission des services de la LVT.

A. Caractéristiques socio-démographiques

Les Tables 2 (secteur ambulatoire) et 3 (secteur résidentiel) reportent les caractéristiques socio-démographiques des clients pris en charge en 2002 au sein de la LVT.

Pratiquement toute la clientèle suivie dans un cadre ambulatoire est domiciliée en Valais. Et près de deux clients sur trois suivis sont valaisans d'origine (64% des hommes et 61% des femmes). La part des clients d'origine valaisanne augmente lorsque l'on passe du Bas-Valais au Haut-Valais (55% chez les hommes et 50% chez les femmes dans le Bas-Valais à 85% chez les hommes et 77% chez les femmes dans le Haut-Valais). Dans le secteur résidentiel, environ 2/3 des clients sont domiciliés en Valais (66% des hommes et 68% des femmes). Cependant une nette différence est observée entre les institutions : FAR/FXB compte 37% de clients domiciliés sur sol valaisan (40% des hommes et 28% des femmes), contre trois-quarts pour Villa Flora (51% et 60%, respectivement) et plus de nonante pour-cent pour Via Gampel (93% et 94%). Il faut noter que ces parts varient des parts fournies par l'analyse des nuitées pour les Foyers FAR/FXB : 46% des nuitées comptabilisées en 2002 ont été produites par des clients domiciliés en Valais.

Concernant l'état civil, la statistique LVT distingue, parmi les personnes mariées, celles et ceux faisant ménage commun de celles et ceux vivant séparément. Les personnes célibataires représentent environ la moitié de la clientèle de la LVT : en ambulatoire, 45% des hommes et 44% des femmes le sont, et on compte 54% et 45% d'hommes et de femmes célibataires en résidentiel. Dans les CAP du Valais-Central, les hommes célibataires sont proportionnellement plus nombreux que les femmes célibataires, alors que dans le Haut-Valais, on observe le phénomène inverse. Avec sa clientèle relativement plus jeune, les Foyers FAR/FXB n'accueillent pratiquement que des personnes célibataires (90% des hommes et 89% des femmes).

Table 2. Caractéristiques socio-démographiques de la clientèle 2002 des CAP (en %)

	Bas-Valais		Valais central		Haut-Valais		Total CAP	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Âge</i>								
< 25 ans	21.9	20.1	19.1	18.1	16.7	34.8	19.9	21.2
25-39 ans	31.7	38.9	39.7	40.0	30.9	26.1	34.6	37.7
40-59 ans	38.5	36.2	34.9	36.8	46.3	34.8	38.6	36.3
> 60 ans	7.9	4.7	6.3	5.2	6.2	4.3	7.0	4.9
<i>Origine</i>								
Valais	55.2	50.0	63.9	67.3	85.0	76.6	64.0	61.3
Suisse	21.2	27.0	17.0	14.1	8.8	19.1	17.3	20.2
Etranger	23.6	23.0	19.1	18.6	6.3	4.3	18.7	18.5
<i>Domicile</i>								
Valais	98.1	98.0	99.7	99.4	96.9	100.0	98.5	98.9
Hors Valais	1.9	2.0	0.3	0.6	3.1	0.0	1.5	1.1
<i>Etat civil</i>								
Célibataire	40.0	42.5	48.8	40.9	50.9	58.3	45.4	44.0
Marié	30.7	23.3	31.3	32.2	28.6	33.3	30.5	28.6
Séparé	10.1	12.3	8.1	7.4	5.6	2.1	8.5	8.7
Divorcé	16.2	15.1	10.9	14.8	13.7	4.2	13.7	13.4
Veuf	3.0	6.8	0.9	4.7	1.2	2.1	1.9	5.2
<i>Cadre de vie</i>								
Indépendant	74.9	73.8	71.0	81.0	79.9	73.9	74.4	76.9
Chez des proches	21.2	20.7	21.0	16.9	18.9	23.9	20.7	19.5
En institution	2.9	4.8	6.7	2.1	1.3	2.2	4.0	3.3
Autre	1.1	0.7	1.3	0.0	0.0	0.0	1.0	0.3

Table 3. Caractéristiques socio-démographiques de la clientèle 2002 des institutions résidentielles (en %)

	FAR/FXB		Villa Flora		Via Gampel		Total Résidentiel	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Âge</i>								
< 25 ans	57.8	57.9	5.5	12.5	7.1	0.0	24.2	20.8
25-39 ans	40.0	36.8	36.4	30.0	10.7	50.0	32.0	36.4
40-59 ans	2.2	5.3	54.5	52.5	82.1	38.9	42.2	37.7
> 60 ans	0.0	0.0	3.6	5.0	0.0	11.1	1.6	5.2
<i>Origine</i>								
Valais	35.6	22.2	50.9	60.0	81.5	83.3	51.9	56.6
Suisse	46.7	55.6	28.1	32.5	11.1	5.6	31.0	31.6
Etranger	17.8	22.2	21.1	7.5	7.4	11.1	17.1	11.8
<i>Domicile</i>								
Valais	39.5	27.8	74.5	75.0	92.9	94.4	66.4	68.4
Hors Valais	60.5	72.2	25.5	25.0	7.1	5.6	33.6	32.8
<i>Etat civil</i>								
Célibataire	90.0	88.9	38.6	32.5	35.7	27.8	54.4	44.7
Marié	0.0	5.6	29.8	25.0	28.6	44.4	20.0	25.0
Séparé	2.5	5.6	10.5	17.5	17.9	22.2	9.6	15.8
Divorcé	5.0	0.0	21.1	17.5	17.9	5.6	15.2	10.5
Veuf	2.5	0.0	0.0	7.5	0.0	0.0	0.8	3.9
<i>Cadre de vie</i>								
Indépendant	38.1	42.1	63.2	80.0	85.2	94.4	59.5	74.0
Chez des proches	35.7	31.6	19.3	15.0	3.7	5.6	21.4	19.7
En institution	23.8	21.1	10.5	5.0	0.0	0.0	12.7	10.9
Autre	2.4	5.3	7.0	0.0	11.1	0.0	6.3	4.4

Les hommes traités dans une institution résidentielle en 2002 sont relativement plus nombreux que les femmes à être divorcés (15% contre 10%). A Villa Flora, la différence est de 4% (21% contre 17%) et à Via Gampel, elle se monte à 12% (18% contre 6%). Si globalement les parts de clients et de clientes divorcés sont égales dans les CAP, des différences peuvent être observées selon les régions.

Les Tables 4 et 5 présentent également les résultats relatifs au cadre de vie. Les clients vivent relativement plus souvent dans un cadre indépendant : environ 3 clients sur 4 en ambulatoire et 2 clients sur 3 en résidentiel. De grandes variations sont à remarquer selon les institutions : avec seulement 38% des hommes et 42% des femmes vivant dans un cadre indépendant, les Foyers FAR/FXB produisent les parts les plus faibles. Cette institution accueille par contre la plus forte part de clients vivant chez des proches (36% des hommes et 32% des femmes contre respectivement 19% et 15% à Villa Flora et 4% et 6% à Via Gampel).

B. Formation et source de revenu

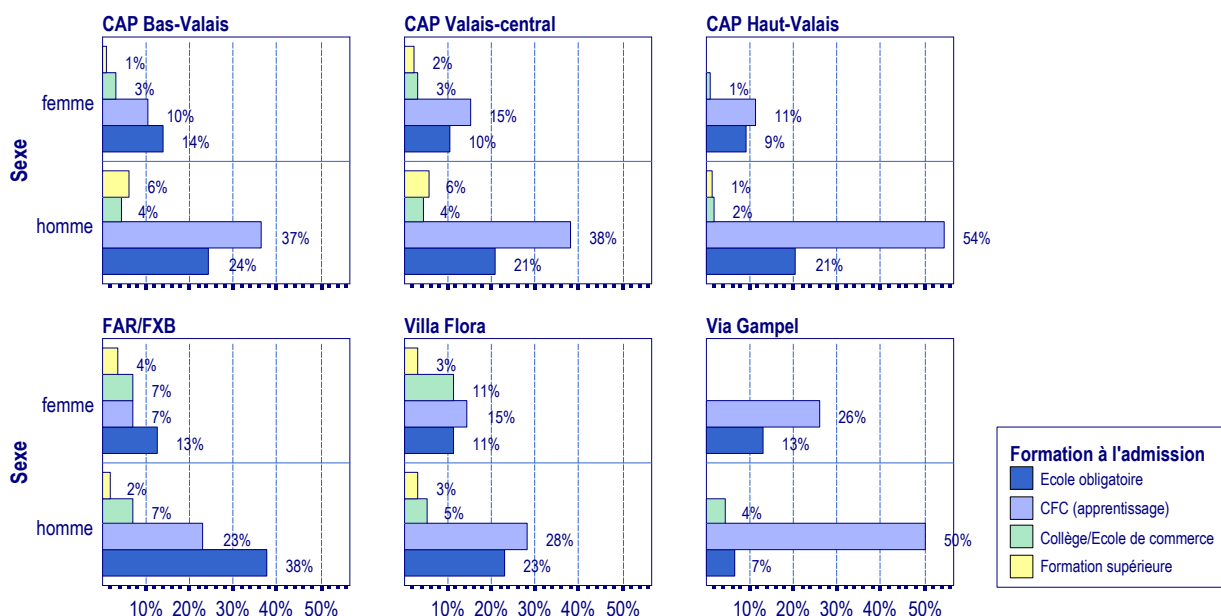
Les graphiques 1 et 2 présentent les données relatives à la formation et à la source de revenu principale des personnes à l'admission des services de la LVT. C'est la formation accomplie la plus élevée qui est saisie par la statistique LVT.

Dans le secteur ambulatoire, l'apprentissage représente la formation la plus répandue (de 52% à 69% chez les hommes et de 36% à 52% chez les femmes, selon la région), suivie de l'école obligatoire (de 27 % à 34% chez les hommes et de 33% à 50% chez les femmes).

Dans le secteur résidentiel, les Foyers FAR/FXB accueillent proportionnellement plus de personnes n'ayant suivi que l'école obligatoire (54% des hommes et 42% des femmes). Villa Flora (47% des hommes et 38% des femmes) et Via Gampel surtout (82% des hommes et 67% des femmes) ont une clientèle ayant accompli un apprentissage.

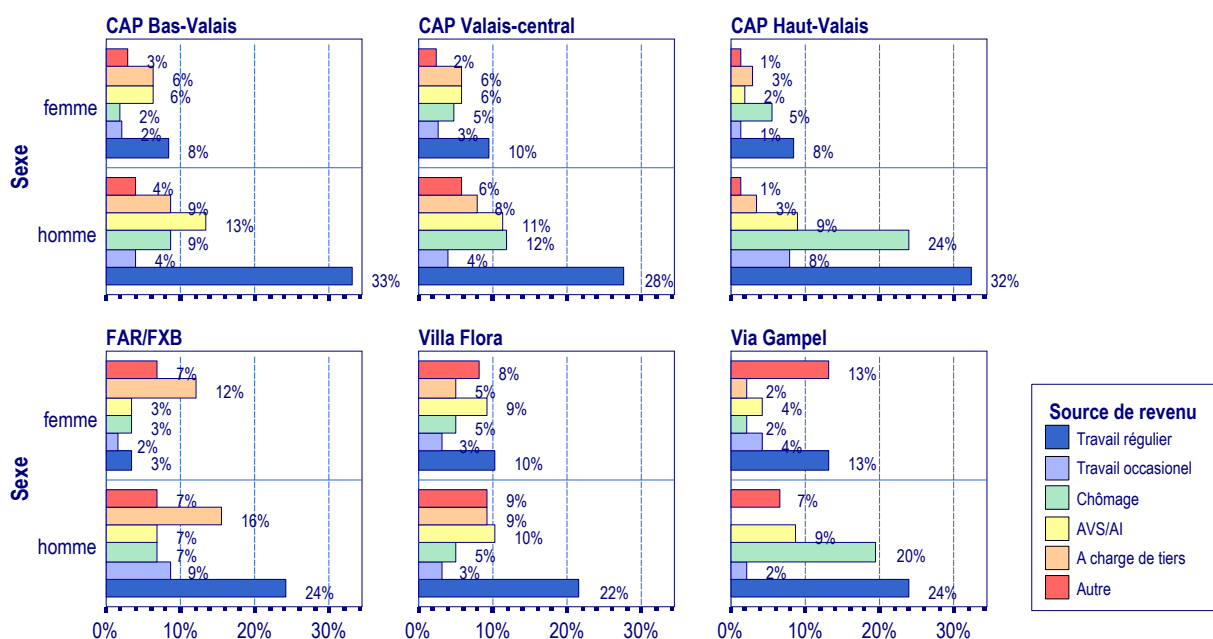
La part des clients et clientes au bénéfice d'une formation supérieure reste marginale, aussi bien dans le secteur ambulatoire que dans le secteur résidentiel.

Graphique 1. Répartition de la clientèle prise en charge en 2002 selon la formation à l'admission



Le travail régulier constitue la source de revenu principale la plus répandue dans la clientèle LVT (graphique 2), aussi bien dans le secteur ambulatoire (parts allant de 40% à 46% chez les hommes et de 29% à 38% chez les femmes) que dans le secteur résidentiel (de 34% à 39% chez les hommes et de 10% à 33% chez les femmes). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être à charge de tiers : 22% contre 12% dans le Bas-Valais, 19% contre 12% dans le Valais-Central, 15% contre 4% dans le Haut-Valais. Dans le secteur résidentiel, les parts sont de 40% contre 23% dans les Foyers FAR/FXB, et 5% contre 0% à Via Gampel. Seule Villa Flora fait exception avec 12% de femmes contre 15% des hommes qui sont à charge de tiers. La sur-représentation des hommes au chômage dans la région du Haut-Valais et dans l'institution Via Gampel (respectivement 31% et 33%, contre 12% dans le Bas-Valais, 18% dans le Valais-Central, 10% dans les Foyers FAR/FXB et 8% à Villa Flora) est à remarquer.

Graphique 2. Répartition de la clientèle prise en charge en 2002 selon la source de revenu à l'admission



C. Consommations problématiques

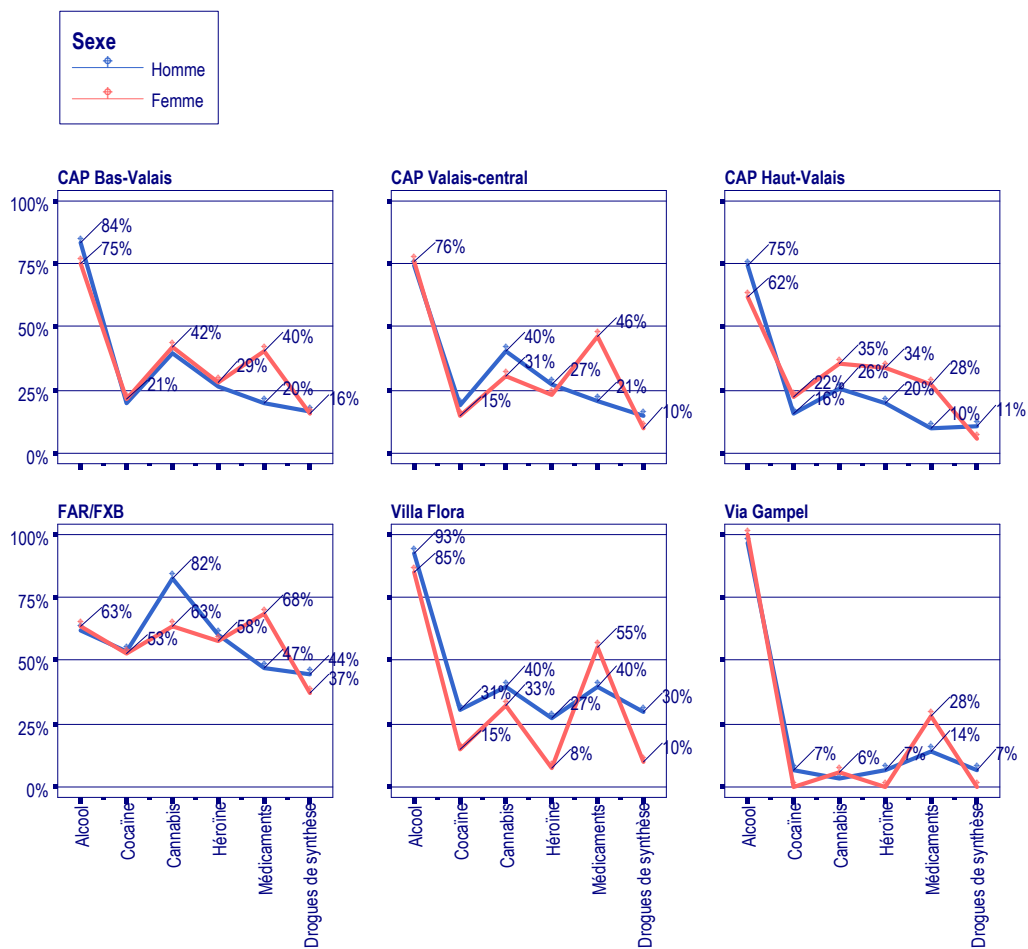
La consommation problématique inclut tout usage posant des problèmes que le client souhaite résoudre. L'information sur la principale substance posant problème n'est pas récoltée par la statistique LVT. Les parts de la clientèle ayant une consommation problématique relative aux six substances principales retenues dans les analyses, à savoir l'alcool, l'héroïne, le cannabis et dérivés, la cocaïne, les médicaments (essentiellement Barbituriques et Benzodiazépines) et les drogues de synthèse sont représentées dans le graphique 3. Précisons que la forme de la courbe n'est pas à interpréter, les points ayant été reliés uniquement pour faciliter la lecture du graphique.

Dans le secteur ambulatoire, le graphique montre que c'est l'alcool qui est la consommation problématique la plus répandue, et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les parts de clients reportant une consommation d'alcool problématique vont de 62% pour les femmes prises en charge dans le Haut-Valais à 84% chez les hommes pris en charge dans le Bas-Valais. Les différences dans les consommations observées entre les trois régions des CAP sont de plusieurs ordres. Dans le Haut-Valais, les parts de consommations problématiques concernant la cocaïne, l'héroïne, le cannabis et les médicaments sont plus élevées chez les

femmes que chez les hommes, alors que dans le Bas-Valais et le Valais-Central, seule la consommation problématique de médicaments est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. La consommation problématique de cannabis est proportionnellement moins fréquente chez les clients admis dans le Haut-Valais : 26%, contre 41% dans le Bas-Valais et 40% dans le Valais-Central.

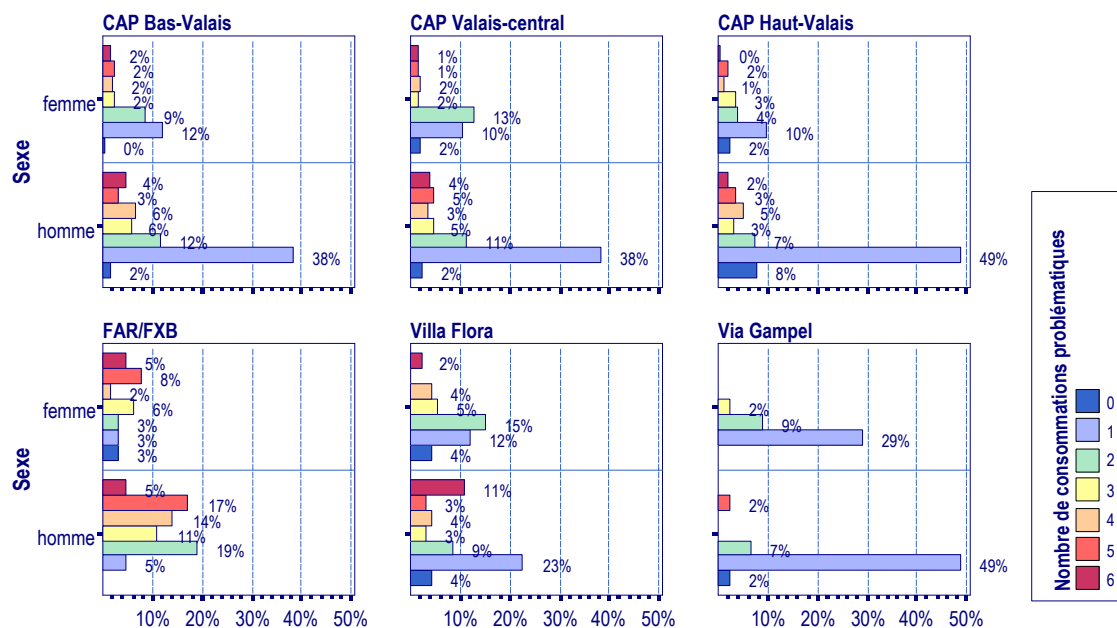
Dans le secteur résidentiel, les spécificités des trois institutions sont révélées par les parts observées : les consommations problématiques d'alcool concernent 93% des hommes et 85% des femmes pris en charge à Villa Flora et près de 100% de la clientèle suivie à Via Gampel. Si Via Gampel se profile très clairement dans une prise en charge des problèmes d'alcool (avec néanmoins une part de femmes avec des problèmes liés à la consommation de médicaments), Villa Flora admet des clients avec des problèmes liés à d'autres substances, puisque chez les hommes les parts de consommation problématique pour les cinq autres substances varient entre 25% et 40%, et chez les femmes deux autres substances sont particulièrement présentes, à savoir les médicaments (55% des prises en charge) et le cannabis (33%). Les Foyers FAR/FXB, spécialisés dans la prise en charge des problèmes de consommation liés aux drogues illégales, accueillent tout de même deux clients sur trois avec un problème de consommation d'alcool. Dans cette institution, chez les hommes, la consommation problématique la plus répandue concerne le cannabis (82%), suivie de l'alcool (62%), de l'héroïne (59%) et de la cocaïne (53%). Chez les femmes, se trouve en première place la consommation problématique de médicaments (68%) suivie de l'alcool et du cannabis (63%), de l'héroïne (58%) et de la cocaïne (53%).

Graphique 3. Part des consommations problématiques liées aux six substances principales retenues.



Le graphique 4 tente de chiffrer la polyconsommation au sein des personnes prises en charge en 2002. Le nombre moyen de consommations problématiques parmi les six types de substances retenues sont de 2.0 pour le secteur ambulatoire (1.9 pour les hommes et 2.1 pour les femmes) et de 2.4 pour le secteur résidentiel (2.5 pour les hommes et 2.2 pour les femmes).

Graphique 4. Nombre de consommations problématiques à l'admission pour les prises en charge 2002



Si la plus grande partie de la clientèle ne connaît qu'une seule consommation problématique à l'admission, les parts des doubles consommations problématiques vont de 9% à 42% chez la femme et de 9% à 17% chez l'homme. La double consommation est proportionnellement plus répandue chez la femme que chez l'homme : elle associe essentiellement l'alcool aux médicaments.

Les parts des clients ayant au moins 4 consommations problématiques ne sont pas marginales, en particulier chez les hommes. Les parts observées chez les hommes sont de 18% pour le Bas-Valais, de 17% pour le Valais-Central et de 13% pour le Haut-Valais. Dans le secteur résidentiel, les Foyers FAR/FXB et Villa Flora sont très concernés par la polyconsommation : 52% des hommes et 48% des femmes pris en charge dans les Foyers FAR/FXB ont 4 ou plus consommations problématiques. Pour Villa Flora, ces parts s'élèvent respectivement à 32% et 14%.

D. Dépendances

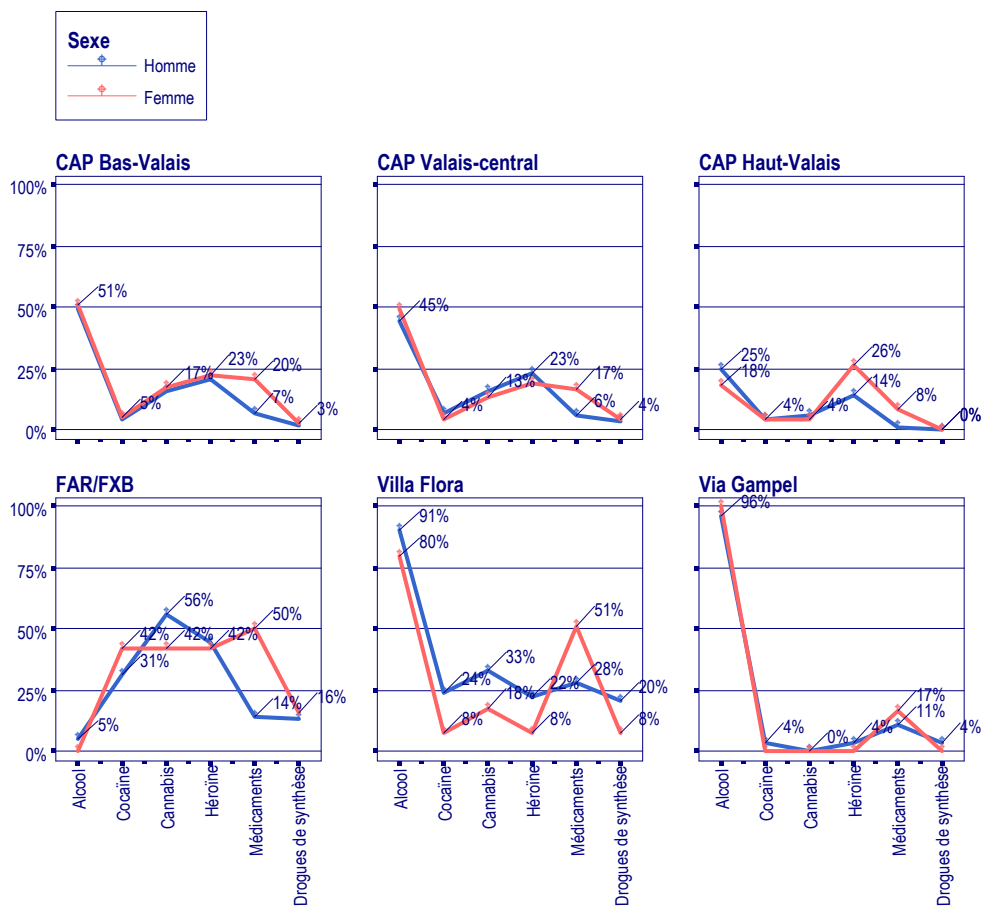
Il est nécessaire d'indiquer que jusqu'à maintenant les critères de dépendance utilisés au sein des services de la LVT ne sont pas homogènes : certains services utilisent le DSM-IV, d'autres le ICD-10 et d'autres encore font appel uniquement à leur sensibilité et expérience professionnelle acquise au cours des ans. Les résultats sont donc à prendre avec précaution. Dès 2003, la LVT a décidé que le diagnostic d'abus d'une substance ou de dépendance à une substance serait posé uniquement à l'aide des critères du DSM-IV.

Le graphique 5 représente les données liées à la dépendance des personnes à l'admission.

Dans le secteur ambulatoire, la dépendance la plus répandue est celle due à l'alcool : environ la moitié des clients des CAP du Bas-Valais et du Valais-central ont une dépendance à l'alcool. Dans le Haut-Valais, la part est réduite de moitié. La deuxième dépendance la plus présente parmi les clients suivis en 2002 est l'héroïne.

Si les parts de clients déclarés dépendants à l'héroïne à l'admission sont comparables entre les deux sexes dans les CAP du Bas-Valais et du Valais-central (entre 20% et 23%), le CAP du Haut-Valais enregistre un écart entre les sexes : 14% des hommes contre 26% des femmes.

Graphique 5. Parts des dépendances liées aux six substances principales



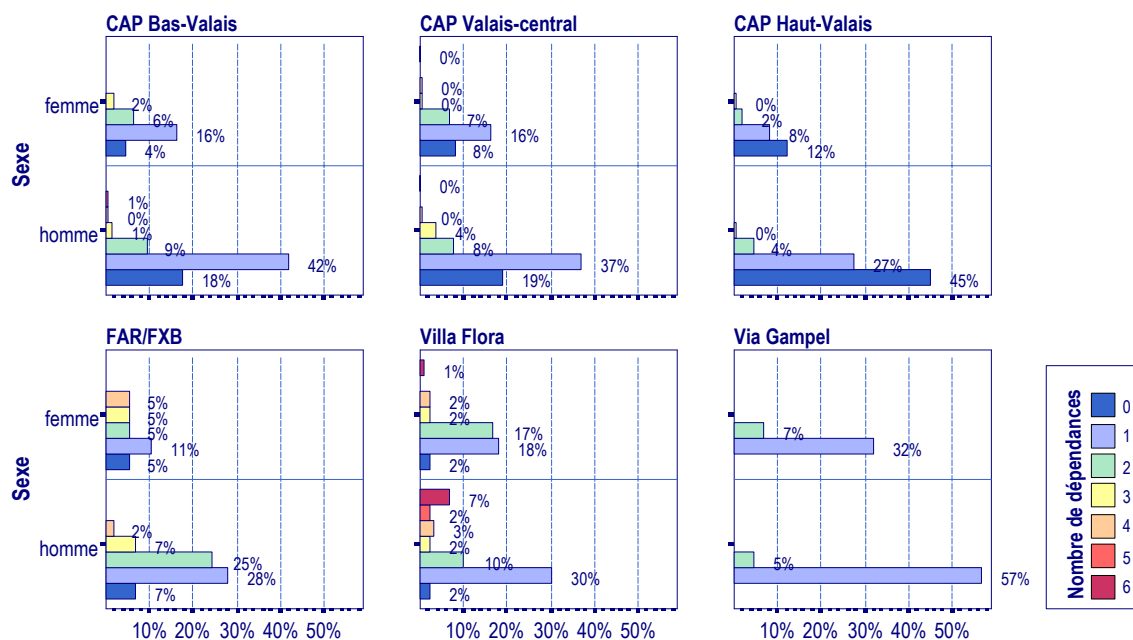
Les résultats illustrent une nouvelle fois la spécificité des institutions résidentielles : la dépendance à l'alcool est quasiment inexistante dans les Foyers FAR/FXB, alors qu'elle accompagne 9 hommes sur 10 et 8 femmes sur 10 à Villa Flora, et pratiquement tous les clients suivis à Via Gampel. Les profils de dépendance sont particulièrement graves dans les Foyers FAR/FXB : chez les hommes, la substance liée à la dépendance la plus répandue est le cannabis (56%), suivie de l'héroïne (42%) et de la cocaïne (31%). Chez les femmes, ce sont les médicaments qui arrivent en tête (50%), suivis, à égalité, de la cocaïne, de l'héroïne et du cannabis (42%). Noter la part non négligeable de personnes déclarées dépendantes aux drogues de synthèse (15% chez les hommes et 16% chez les femmes). A Villa Flora, les parts de dépendance aux substances autres que l'alcool sont plutôt constantes chez l'homme (de 18% pour l'héroïne à 33% pour le cannabis). Chez la femme, seule la dépendance aux médicaments s'élève avec une part de 51%.

La polydépendance est illustrée par le graphique 6. A nouveau, seules les dépendances aux six substances principales alcool, héroïne, cocaïne, cannabis, médicaments et drogues de synthèse sont considérées. Le nombre moyen de dépendances est de 1.0 dans le secteur ambulatoire (0.9 pour les hommes et 1.0 pour les femmes) et de 1.7 dans le secteur résidentiel (1.7 pour les hommes et 1.6 pour les femmes).

Les clients et clientes des services ambulatoires de la LVT sont principalement concernés par la dépendance à une seule substance. Dans le secteur ambulatoire, les parts de personnes dépendantes à 2 substances ou plus vont de 6% à 19% chez les hommes et de 13% à 29% chez les femmes. Dans le secteur résidentiel, les parts

de polydépendance observées dans les Foyers FAR/FXB sont de 49% chez les hommes et de 48% chez les femmes. A Villa Flora et à Via Gampel, ces parts s'élèvent à 42% et 51%, et à 8% et 18% respectivement.

Graphique 6. Part du nombre de dépendance à l'admission aux six substances principales pour les prises en charge 2002



E. Expérience de traitement et sevrage avant l'admission

Une expérience de traitement inclut tout traitement lié au problème de consommation ou de dépendance. Les Tables 4 (clientèle des CAP) et 5 (clientèle des institutions résidentielles) reportent les résultats sur les expériences de traitement de la clientèle prise en charge durant l'année 2002.

Table 4. Part des expériences de traitement de la clientèle 2002 des CAP LVT (en %)

	Bas-Valais		Valais-Central		Haut-Valais		Total CAP	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Jamais traité</i>	48.5	45.0	50.0	46.5	40.3	54.0	47.6	46.9
<i>Traitement ambulatoire</i>								
LVT	35.6	25.8	34.5	34.0	39.4	30.0	35.9	30.0
Non LVT	23.7	31.1	19.5	25.0	28.4	19.6	22.9	26.8
<i>Traitement résidentiel</i>								
LVT	11.1	11.3	13.6	12.2	12.2	4.0	12.3	10.6
Non LVT	13.9	17.9	15.4	23.6	20.2	21.6	15.7	20.9

Près d'une personne sur deux prise en charge en ambulatoire (48% des hommes et 47% des femmes) n'avait connu aucune expérience de traitement lié à un problème de consommation. Les expériences de traitement ambulatoire sont plus fréquentes que les expériences en institution résidentielle.

Dans le cadre expériences dans des institutions de la LVT, environ un tiers de la clientèle (36% des hommes et 30% des femmes) a déjà été suivie au sein d'un CAP et environ une personne sur dix (12% des hommes et

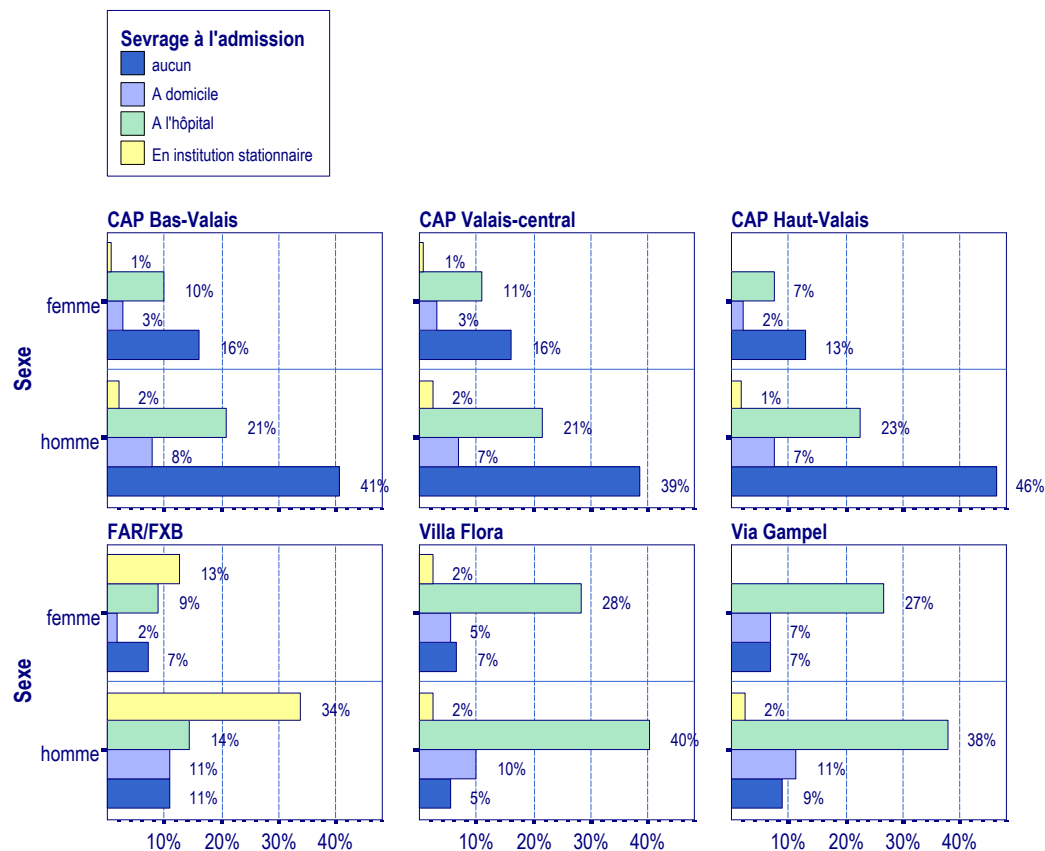
11% des femmes) a déjà séjourné dans une institution de la LVT. Un client sur quatre a déjà été suivi ambulatoirement dans un cadre hors-LVT et un client sur cinq a déjà été pris en charge dans un cadre institutionnel hors LVT. L'expérience de traitement en institution résidentielle s'est donc faite plus fréquemment dans une institution hors LVT que dans une institution LVT.

Les parts observées de personnes jamais traitées sont plus faibles dans le secteur résidentiel que dans le secteur ambulatoire : 18% des hommes et 27% des femmes n'ont jamais connu d'expérience de traitement. Noter qu'à Via Gampel cette part est nulle. Chez les hommes, l'expérience de traitement la plus répandue est la prise en charge en ambulatoire au sein de la LVT (41% pour l'ensemble du secteur), suivie du traitement résidentiel hors institutions LVT (38%). Chez les femmes, c'est le traitement ambulatoire hors LVT qui arrive en tête avec 47%, suivi du traitement résidentiel hors LVT (42%).

Table 5. Part des expériences de traitement de la clientèle 2002 des institutions résidentielles (en%)

	FAR/FXB		Villa Flora		Via Gampel		Total Résidentiel	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Jamais traité</i>	30.2	31.6	18.9	36.8	0.0	0.0	18.5	26.7
<i>Traitement ambulatoire</i>								
LVT	20.5	10.5	51.9	27.0	50.0	55.6	40.5	29.7
Non LVT	38.1	42.1	35.8	30.8	59.3	88.9	41.8	47.4
<i>Traitement résidentiel</i>								
LVT	9.1	10.5	14.8	13.2	35.7	27.8	17.5	16.0
Non LVT	35.6	52.6	27.8	25.0	60.7	66.7	37.8	41.6

Graphique 7. Expérience de sevrage avant l'admission pour la clientèle prise en charge en 2002



Le graphique 7 fournit par institution la répartition de la clientèle, selon l'expérience de sevrage à l'admission. Les clients admis dans les institutions résidentielles sont proportionnellement plus nombreux à être sevrés que les clients admis en ambulatoire.

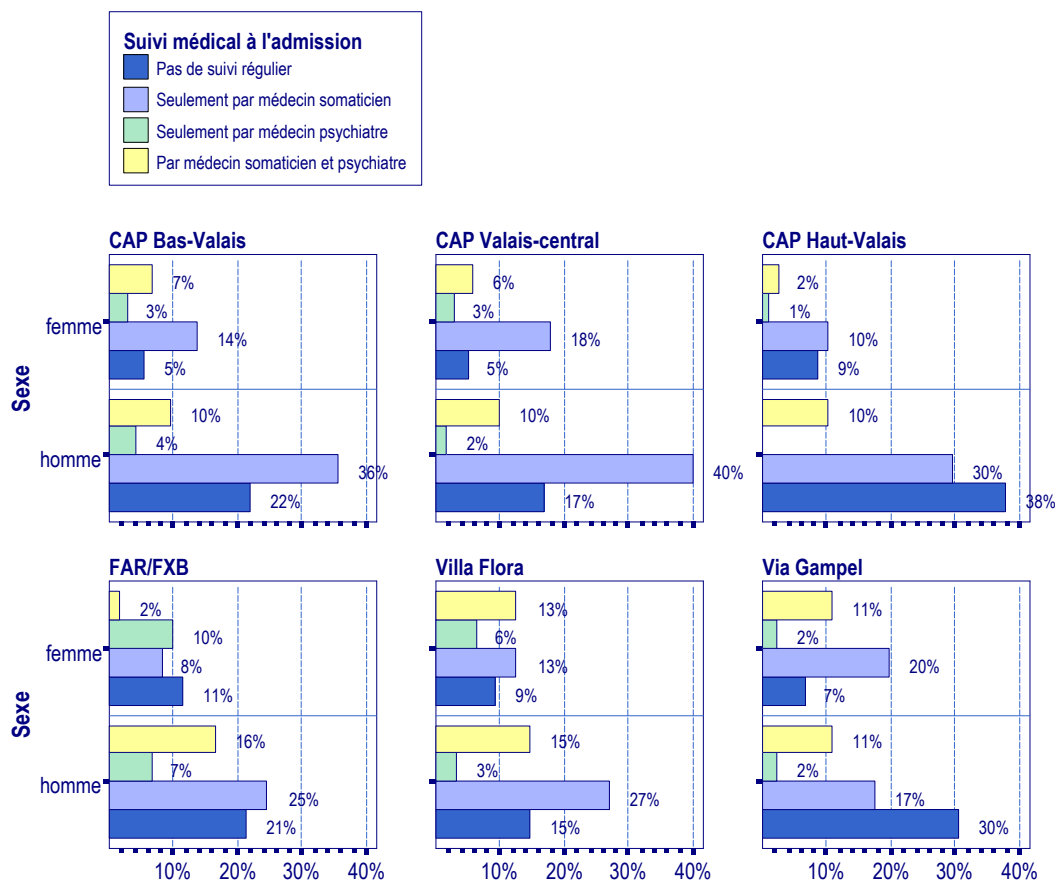
Dans les CAP LVT, les parts respectives des hommes et des femmes sans sevrage à l'admission sont de 59% et 53% pour le Bas-Valais, de 57% et 52% pour le Valais-Central, et de 59% et 60% pour le Haut-Valais. Le sevrage à l'hôpital est beaucoup plus répandu que le sevrage à domicile : chez les hommes, les parts sont de 29% contre 11% dans le Bas-Valais, de 30% contre 10% dans le Valais-Central et de 29% contre 9% dans le Haut-Valais. Chez les femmes, les parts respectives selon les trois régions sont de 34% contre 10%, de 35% contre 10%, et de 32% contre 9%.

Dans le secteur résidentiel, les parts des personnes n'ayant pas vécu de sevrage sont faibles : 16% des hommes et 23% des femmes dans les Foyers FAR/FXB, 9% des hommes et 17% des femmes à Villa Flora, et 15% des hommes et 17% des femmes à Via Gampel. Pour Villa Flora et Via Gampel, le lieu de sevrage le plus répandu est l'hôpital : 75% des hommes et 80% des femmes sevrés suivis à Villa Flora l'ont été dans un cadre hospitalier. Pour Via Gampel, ces parts se montent à 76% et 79% respectivement. Dans les Foyers FAR/FXB, c'est le sevrage en institution stationnaire qui est le plus fréquent. Il représente 59% des sevrages chez les hommes et 54% des sevrages chez les femmes.

F. Suivi médical et status HIV

Le type de suivi médical des clients pris en charge en 2002 est illustré par le graphique 8.

Graphique 8. Répartition de la clientèle prise en charge en 2002 selon le type de suivi médical à l'admission



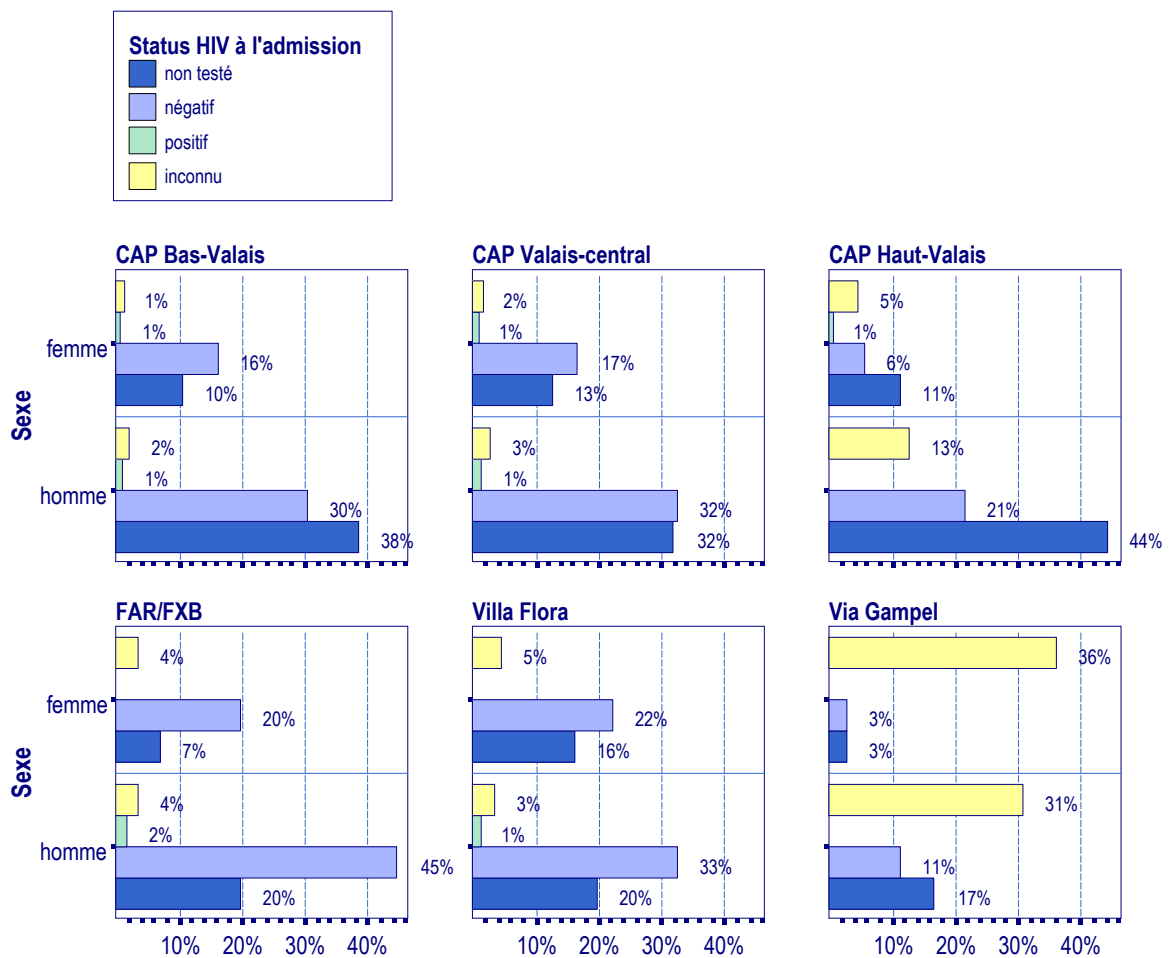
Quatre catégories sont enregistrées par la statistique LVT : l'absence de suivi médical régulier, le suivi médical régulier effectué uniquement par le médecin somaticien, le suivi médical régulier effectué uniquement par le médecin psychiatre, et le suivi médical régulier impliquant les deux types de médecins.

Les parts de clients ne bénéficiant d'aucun suivi médical régulier varie beaucoup selon les régions et selon les institutions résidentielles. De façon générale, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à bénéficier d'un suivi médical régulier. Le suivi médical le plus répandu dans toutes les régions et dans toutes les institutions, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, est le suivi fait uniquement par le médecin somaticien.

Dans le secteur ambulatoire, la part des hommes sans suivi médical régulier est de 31% dans le Bas-Valais, 25% dans le Valais-Central et de 49% dans le Haut-Valais. Chez les femmes, ces parts se montent à 17%, 16% et 41% respectivement.

Dans les Foyers FAR/FXB, 30% des hommes et 35% des femmes ne bénéficient d'aucun suivi médical régulier. Ces parts se montent respectivement à 25% et 22% à Villa Flora, et à 50% et 17% à Via Gampel. Les parts de suivi régulier impliquant à la fois le médecin somaticien et le médecin psychiatre sont les plus grandes chez les femmes accueillies à Villa Flora (32%) et à Via Gampel (27%), et chez les hommes suivis à Villa Flora (25%).

Graphique 9. Répartition de la clientèle prise en charge en 2002 selon le status HIV à l'admission



Les informations liées au status HIV de la personne lors de son admission, illustrées par le graphique 9, montrent que la part des personnes avec un status HIV positif reste faible, puisqu'elle est de 2% dans le Bas-

Valais et le Valais-Central, de 1% dans le Haut-Valais, de 2% dans les Foyers FAR/FXB et de 1% à Villa Flora. La part des status inconnus est particulièrement grande à Via Gampel (86% chez les hommes et 53% chez les femmes).

G. Sources de signalement

Les informations sur les sources de signalement, reportées dans les Tables 6 (prises en charge ambulatoires) et 7 (prises en charge en milieu résidentiel), sont importantes pour la LVT, car elles indiquent comment fonctionne le réseau interne à la LVT et le réseau externe à la LVT. La statistique LVT saisit uniquement la source de signalement principale.

Table 6. Sources de signalement principales de la clientèle 2002 des CAP LVT (en %)

	Bas-Valais		Valais-Central		Haut-Valais		Total CAP	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Personne elle-même	29.8	30.9	28.0	38.2	28.0	29.4	28.8	33.9
Famille/conjoint	13.1	8.1	7.7	5.1	11.0	23.5	10.7	9.0
Employeur/enseign.	1.6	1.3	1.2	0.0	1.2	2.0	1.4	0.8
Services sociaux	3.7	6.0	6.3	4.5	2.4	0.0	4.4	4.5
Médecin/psychiatre	11.8	14.8	6.6	5.8	7.9	9.8	9.1	10.1
Hôpital	19.9	23.5	20.0	25.5	22.6	27.5	20.4	25.0
Services admin./judi.	13.4	6.7	15.8	5.1	4.9	2.0	12.7	5.3
Inst. spéc. toxicom.	4.5	3.4	6.5	9.6	4.3	0.0	5.2	5.6
CAP LVT	0.8	1.3	1.5	1.9	1.8	0.0	1.2	1.4
Autres	1.6	4.0	6.5	4.5	15.9	5.9	6.1	4.5

Pour le secteur ambulatoire, les sources principales sont par ordre d'importance, la personne elle-même (29% des hommes et 34% des femmes prennent eux-mêmes l'initiative d'entrer dans une relation d'aide), l'hôpital (20% des hommes et 25% des femmes), la famille/conjoint (11% des hommes et 9% des femmes), et le médecin ou le psychiatre (9% des hommes et 10% des femmes). Noter que chez les hommes, les services administratifs ou judiciaires constituent la troisième source de signalement (13% des cas signalés). Quelques différences sont à noter selon les régions. On observe par exemple une part relative plus importante de femmes signalées par la famille/conjoint dans le Haut-Valais (23%, contre 5% pour le Valais-Central et 8% pour le Bas-Valais), et une part moins importante des hommes signalés par les services administratifs et judiciaires dans le Haut-Valais (5%, contre 13% dans le Bas-Valais et 16% dans le Valais-Central). Noter également les parts plus importantes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, de personnes signalées par le médecin ou psychiatre dans le Bas-Valais (12% chez les hommes contre 7% dans le Valais-Central et 8% dans le Haut-Valais ; et 15% chez les femmes contre 6% dans le Valais-Central et 10% dans le Haut-Valais).

Table 7. Sources de signalement principales de la clientèle 2002 des institutions résidentielles (en %)

	FAR/FXB		Villa Flora		Via Gampel		Total Résidentiel	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Personne elle-même	46.7	47.4	38.9	42.1	7.1	11.1	34.6	36.0
Famille/conjoint	24.4	21.1	7.4	10.5	7.1	11.1	13.4	13.3
Employeur/enseign.	0.0	0.0	0.0	2.6	7.1	0.0	1.6	1.3
Services sociaux	6.7	5.3	0.0	0.0	7.1	0.0	3.9	1.3
Médecin/psychiatre	4.4	0.0	0.0	7.9	32.1	5.6	8.7	5.3
Hôpital	0.0	0.0	3.7	2.6	10.7	16.7	4.0	5.3
Services admin./judi.	6.7	10.5	5.6	0.0	0.0	11.1	4.7	5.3
Inst. spéc. toxicom.	0.0	5.3	1.9	5.3	3.6	5.6	1.6	5.3
CAP LVT	8.9	5.3	35.2	21.1	25.0	38.9	23.6	21.3
Autres	2.2	5.3	7.4	7.9	0.0	0.0	3.9	5.3

Dans le secteur résidentiel, si la personne elle-même est également la première source de signalement (35% des hommes et 36% des femmes), on observe une grande différence entre les institutions.

Dans les Foyers FAR/FXB, près d'une personne sur deux vient de sa propre initiative (47% des clients). A Villa Flora, 39% des hommes et 42% des femmes commencent leur traitement de leur propre initiative. Ces parts tombent respectivement à 7% et 11% à Via Gampel. Dans cette institution, 32% des hommes sont signalés par le médecin ou le psychiatre, et les CAP LVT signalent 25% des cas chez les hommes et 39% des cas chez les femmes ; l'hôpital constitue la troisième source de signalement (11% des hommes et 17% des femmes). Les CAP LVT interviennent comme deuxième source de signalement à Villa Flora (35% des hommes et 25% des femmes). Dans les Foyers FAR/FXB, c'est la famille ou le conjoint qui constitue la deuxième source de signalement (24% des hommes et 21% des femmes).

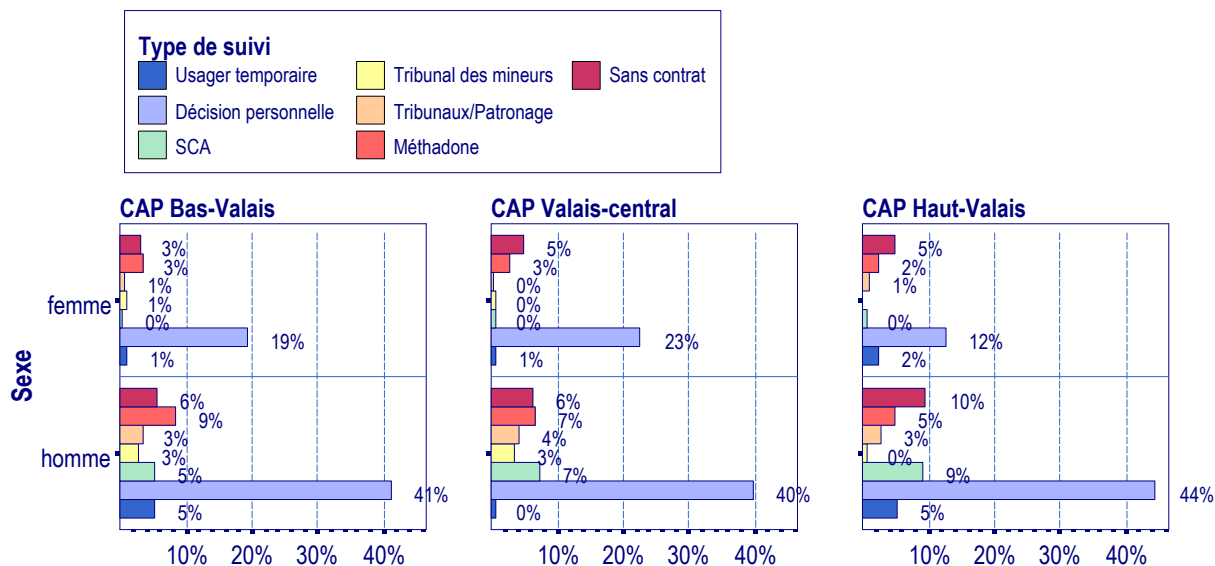
H. Type de suivi ambulatoire

Le graphique 10 informe sur les types de suivis rencontrés dans le secteur ambulatoire. Les usagers temporaires incluent les personnes venues pour information.

Dans les trois régions et pour les deux sexes, la grande majorité des clients sont suivis suite à une décision personnelle, sans intervention d'une instance extérieure. Si le service cantonal de la circulation et de la navigation est à l'origine d'un nombre de suivis non négligeable chez les hommes (7% dans le Bas-Valais, 10% dans le Valais-Central et 12% dans le Haut-Valais), il n'intervient pratiquement pas chez les femmes.

Les parts des contrats méthadone à l'admission vont de 6% chez les hommes du Haut-Valais à 12% chez les hommes du Bas-Valais. Les parts de sans contrat sont plus élevées, puisqu'elles varient entre 11% chez les femmes du Bas-Valais et 23% chez les femmes du Haut-Valais.

Graphique 10. Répartition de la clientèle des CAP selon le type de suivi décidé à l'admission



SORTIES 2002

Le volume des sorties effectuées durant l'année 2002 a déjà été indiqué dans la deuxième section.

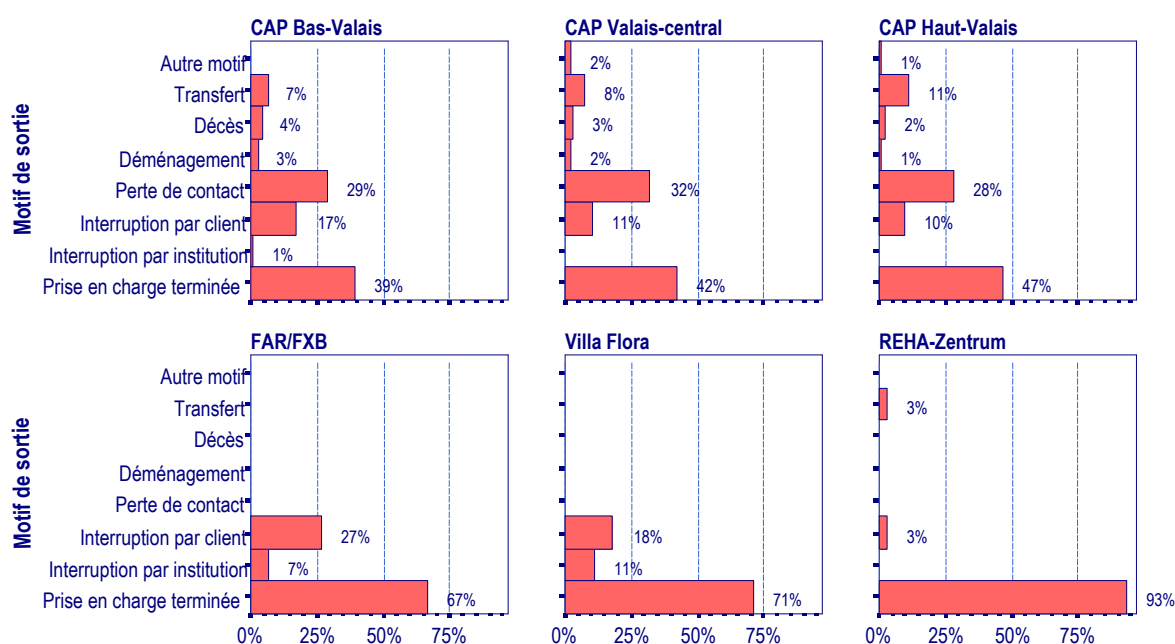
A. Motifs de sortie

Le graphique 11 illustre les fréquences relatives des principales modalités de sorties effectuées en 2002. La part des prises en charge terminées régulièrement est plus faible dans le secteur ambulatoire que dans le secteur résidentiel. Pour les CAP, les valeurs sont de 39% dans le Bas-Valais, de 42% dans le Valais-Central et de 47% dans le Haut-Valais ; pour les institutions résidentielles, ces valeurs sont de 67% pour les Foyers FAR/FXB, de 71% pour Villa Flora et de 93% pour Via Gampel.

Le deuxième motif de sortie pour les institutions résidentielles est l'interruption de traitement avec 34% des traitements interrompus dans les Foyers FAR/FXB (dont 80% le sont par le client) et 29% des traitements entrepris à Villa Flora arrêtés avant terme (dont 62% sur l'initiative du client).

Dans le secteur ambulatoire, la deuxième origine de la sortie est la perte de contact : 29% des prises en charge débutées dans le Bas-Valais se terminent de la sorte. Pour le Valais-Central, cette part se monte à 32% et dans le Haut-Valais à 28%. L'interruption de la prise en charge (essentiellement selon la volonté du client) représente 17% des fins de prises en charge dans le Bas-Valais, 11% dans le Valais-Central et 10% dans le Haut-Valais.

Graphique 11. Répartition des motifs de sortie, par région CAP et par institution



B. Durée de prise en charge

La durée de prise en charge est définie par le nombre de jours séparant le dernier entretien du premier entretien dans le secteur ambulatoire, et par le nombre de jours séparant le dernier jour du premier jour de séjour dans le secteur résidentiel.

Le graphique 12 illustre la distribution empirique de la durée de prise en charge ambulatoire pour les prises en charge terminées régulièrement. La distribution de la durée de prise en charge est typiquement asymétrique avec une queue à droite vers les durées de prise en charge particulièrement longues. On observe que les femmes sont suivies moins longtemps que les hommes.

Les Tables 8 (secteur ambulatoire) et 9 (secteur résidentiel) reportent les principales caractéristiques descriptives des durées de prise en charge, selon trois types de motif de sortie : les prises en charge terminées régulièrement, les prises en charge interrompues aussi bien par le client que par l'institution, et les pertes de contacts pour les CAP LVT. La moyenne tronquée à 5% a été indiquée pour le secteur ambulatoire afin de réduire l'influence des durées de prise en charge particulièrement longues sur la valeur calculée de la moyenne.

Graphique 12. Distribution empirique des durées de prises en charge (en jours) pour les fins de traitement régulières dans les CAP LVT

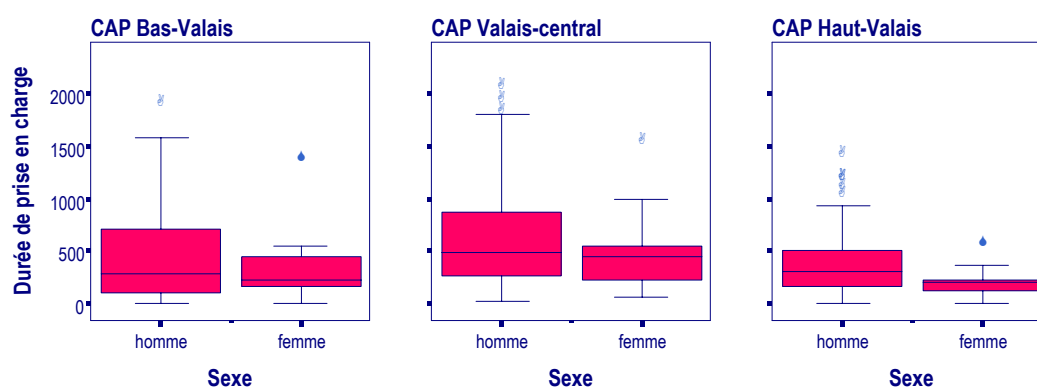


Table 8. Statistiques descriptives de la durée de prise en charge (en jours) pour les traitements terminés en 2002

	Bas-Valais		Valais-Central		Haut-Valais		Total CAP	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Fins régulières</i>								
Moyenne	456.5	346.2	680.9	458.6	411.8	200.0	521.1	378.7
Moyenne tronquée 5%	413.7	308.7	645.5	427.1	384.5	191.0	477.0	343.6
Médiane	275.0	217.0	486.5	436.0	301.1	198.0	355.0	271.5
<i>Interruptions</i>								
Moyenne	493.5	309.6	291.3	512.9	151.0	259.6	387.8	356.5
Médiane	437.0	131.0	233.0	285.0	123.5	84.0	255.0	179.0
<i>Pertes de contact</i>								
Moyenne	520.7	447.8	519.6	481.7	443.1	727.4	503.9	500.2
Médiane	345.0	286.5	443.0	360.0	350.5	559.0	361.0	287.0

Dans le secteur ambulatoire, les femmes sont en moyenne prises en charge moins longtemps que les hommes (379 jours contre 521 jours) lorsque les prises en charge se terminent régulièrement. Leur traitement s'interrompt également plus précocement sur l'ensemble des CAP. De fortes différences selon les régions sont observées. Le Valais-Central produit les durées moyennes les plus longues, et ce pour les deux sexes (hommes : 681 jours contre 457 jours dans le Bas-Valais et 412 jours dans le Haut-Valais ; femmes : 459 jours contre 347 jours dans le Bas-Valais et 200 jours dans le Haut-Valais). Dans le Bas-Valais, les durées des prises en charge interrompues sont en moyenne plus longues de 183 jours chez les hommes (493 jours contre 310

jours chez les femmes). Dans les deux autres régions, ce sont les hommes qui produisent les moyennes les plus basses : 291 jours contre 513 jours dans le Valais-Central (différence de 122 jours) et 151 jours contre 260 jours dans le Haut-Valais (différence de 109 jours). Les pertes de contacts se situent en moyenne après 16.5 mois de suivi, et ce pour les deux sexes.

Contrairement au secteur ambulatoire, les femmes séjournent en institution en moyenne plus longtemps que les hommes, que leur séjour se termine normalement ou qu'il soit interrompu. Les deux institutions spécialisées dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool offrant des traitements à court et moyen terme, alors que les Foyers FAR/FXB proposant plutôt des cures à long terme, il est normal d'observer des différences de durées de séjour moyennes entre les institutions. Les hommes et les femmes ayant terminé leur traitement dans les Foyers FAR/FXB y sont restés quasiment deux ans et trois ans respectivement. Par contre, ceux et celles dont le traitement a été interrompu n'y sont restés que deux mois (75 jours) et un mois (39 jours) respectivement. A Villa Flora, les hommes interrompent leur traitement plus précocement que les femmes (35 jours contre 110 jours).

Table 9. Statistiques descriptives de la durée de prise en charge (en jours) pour les traitements terminés en 2002

	FAR/FXB		Villa Flora		Via Gampel		Total Résidentiel	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<i>Fins régulières</i>								
Moyenne	602.6	1016.7	112.5	103.9	128.1	142.0	170.5	242.8
Médiane	234.0	780.5	76.0	96.5	118.0	112.0	111.5	118.0
<i>Interruptions</i>								
Moyenne	75.0	39.0	35.0	109.7	-	-	46.4	74.3
Médiane	11.0	45.0	28.0	129.0	-	-	28.0	57.5

EVOLUTION 1996-2002

A. Volume des prises en charge

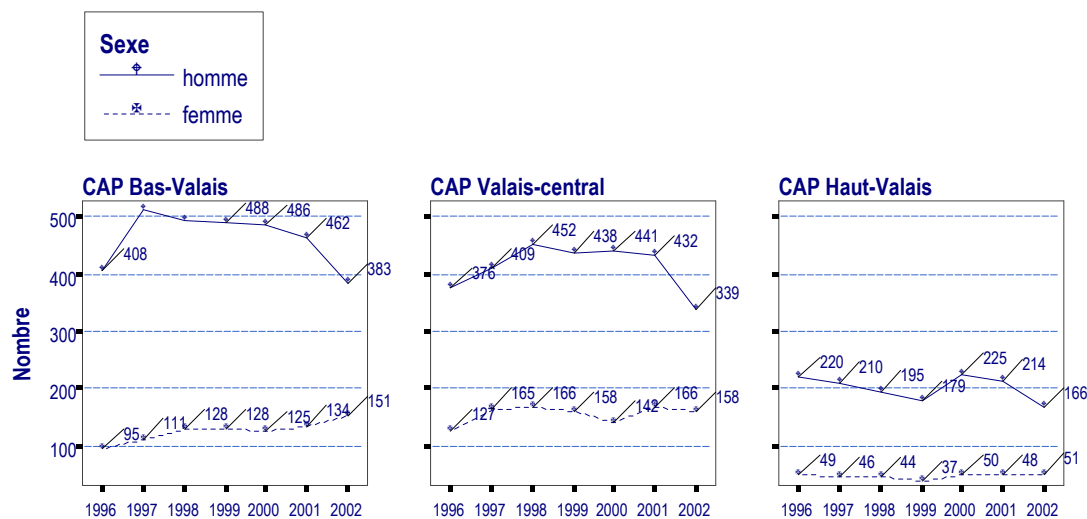
Les graphiques 13 (CAP) et 14 (institutions résidentielles) montrent l'évolution de l'activité des CAP et des institutions résidentielles quantifiée par le nombre de prises en charge effectuées durant une année civile pour les années 1996 à 2002. Rappelons que la prise en charge est définie par toute personne en traitement durant l'année considérée.

Le nombre de personnes suivies en ambulatoire en 2002 est le plus faible depuis 1996. Ce nombre s'explique d'une part, par le nombre de nouvelles admissions plus faible que les autres années (voir section suivante) et d'autre part, par le nettoyage de la base de données statistique en 2001 : les intervenants ont été priés en été 2001 d'examiner chacun de leur dossier encore ouvert et de sortir tout client perdu ou n'ayant visiblement plus besoin de prise en charge. Ainsi en 2001, 666 sorties ont été effectuées dans les CAP contre 584 en 2000 et 510 en 1999.

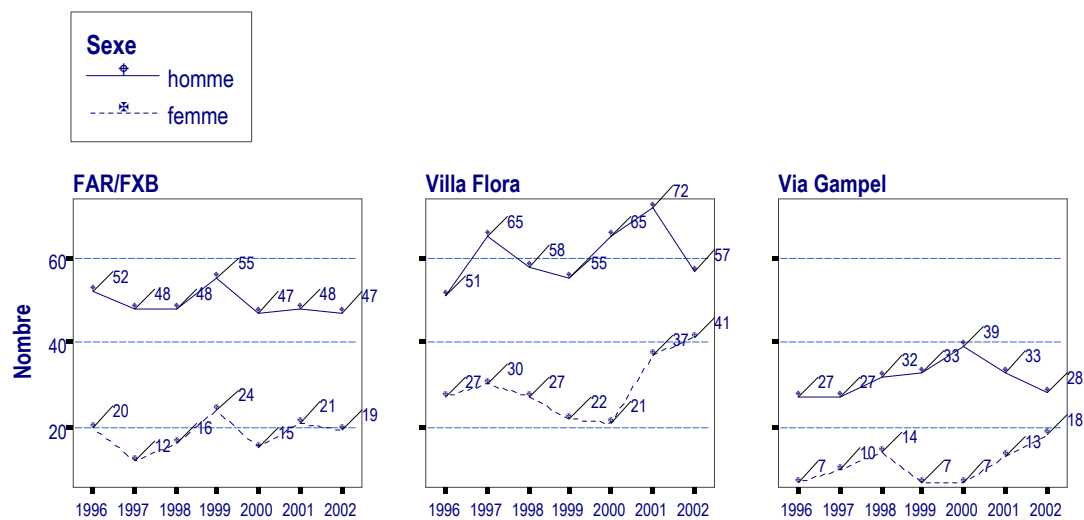
Dans le secteur résidentiel, le nombre de prises en charge dépend du nombre de lits offerts (et occupés) et du type de thérapie offert (court terme, moyen terme ou long terme). Le nombre de prises en charge est donc moins susceptible de varier. Notons cependant les observations suivantes : Villa Flora a connu un creux en 1999 en n'enregistrant que 77 prises en charge et elle a connu un pic en 2001 avec 109 prises en charge. Cette augmentation s'explique par l'accent mis sur le court terme.

La part des femmes suivies à Villa Flora et à Via Gampel est en augmentation depuis 2000. De 24% et 15% respectivement en 2000, les parts sont passées à 42% et 39%.

Graphique 13. Evolution du nombre de prises en charges dans les CAP LVT pour les années 1996 à 2002



Graphique 14. Evolution du nombre de prises en charges dans les institutions résidentielles LVT pour les années 1996 à 2002



B. Profils des nouvelles admissions

Cette section présente brièvement, et de façon essentiellement descriptive, l'évolution des caractéristiques principales de la clientèle nouvellement admise dans les institutions de la LVT durant les années 1996 à 2002. L'unité d'analyse est la nouvelle admission (et non la prise en charge) puisqu'elle rend mieux compte des changements intervenant dans le profil de la clientèle, et que les observations sont indépendantes d'un point de vue statistique.

Les observations portent sur

- les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, origine, domicile, formation et source de revenu principale)
- la consommation (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis, médicaments)
- le fonctionnement du réseau (source principale de signalement)
- les motifs de sortie

Nombre de nouvelles admissions

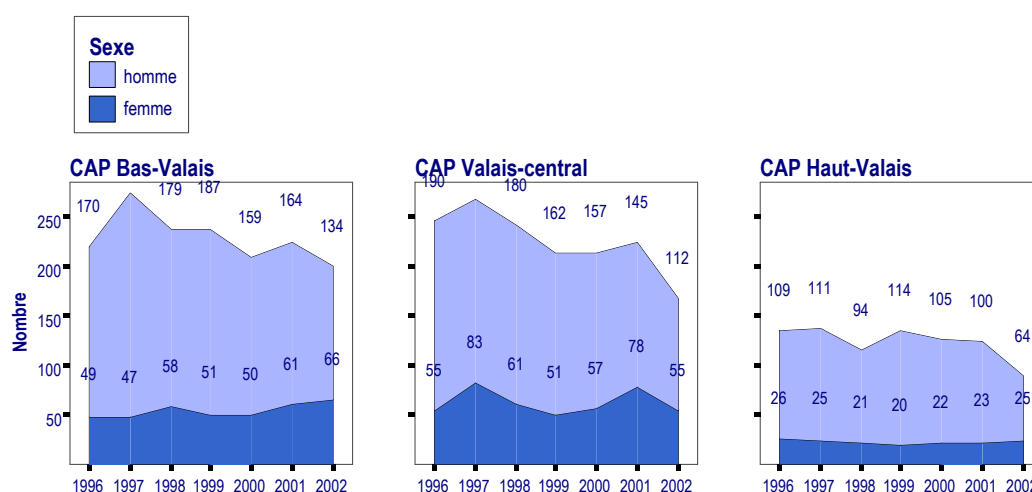
Les graphiques 15 (secteur ambulatoire) et 16 (secteur résidentiel) illustrent selon le sexe, le nombre de nouvelles admissions dans les services de la LVT pour les années 1996 à 2002.

On observe dans le secteur ambulatoire une baisse relativement importante des nouvelles admissions pour l'année 2002 (456 nouvelles admissions contre 571 pour l'année 2001 et 550 pour l'année 2000, année qui avait jusque là enregistré le nombre le plus faible). Cette baisse peut être expliquée par les quatre hypothèses suivantes :

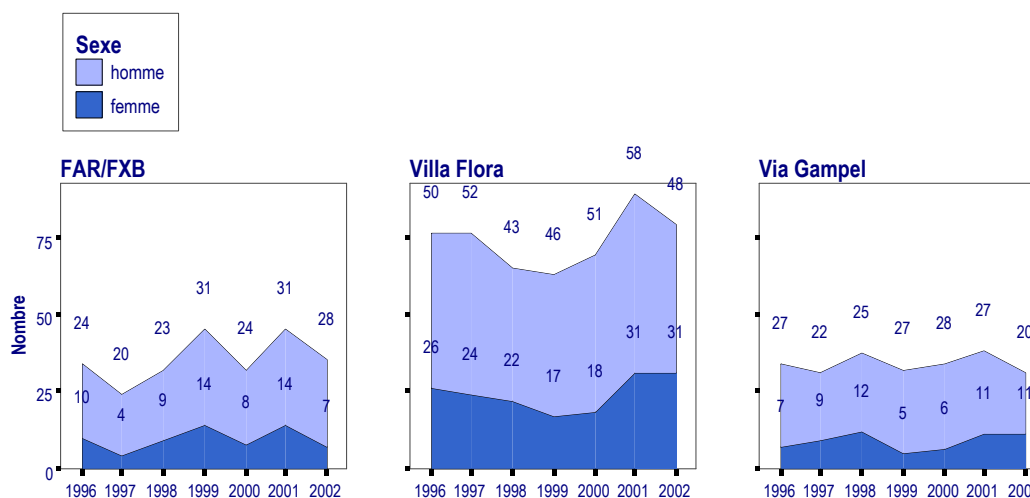
- l'introduction du système de management de la qualité a produit un processus d'admission rigoureusement décrit et qui, par exemple, définit un critère fixe pour enregistrer dans la statistique une nouvelle personne : le client est officiellement enregistré seulement si un premier entretien face-à-face s'est déroulé.
- Le système de management de la qualité fixe de nouvelles règles concernant la présence dans les bureaux et la permanence téléphonique dans les services.
- l'introduction du système de management de la qualité, ainsi que d'un nouvel outil informatique a affecté la disponibilité des intervenants.
- Différents changements conséquents au niveau du personnel sont intervenus

Avant de tirer des conclusions définitives sur les raisons de cette baisse, il est sage d'attendre les chiffres pour 2003 et même 2004 : ils permettront d'indiquer si cette baisse n'est que momentanée ou si le phénomène semble se confirmer, et que d'autres raisons sont à l'origine de cette observation.

Graphique 15. Evolution du nombre de nouvelles admissions dans les CAP LVT pour les années 1996 à 2002



Graphique 16. Evolution du nombre de nouvelles admissions dans les institutions résidentielles pour la période 1996-2002



Dans le secteur résidentiel, le nombre de nouvelles admissions reste globalement assez stable (entre 130 et 145), à l'exception de l'année 2001 où les institutions résidentielles ont enregistré un pic avec 172 nouvelles admissions.

Sexe

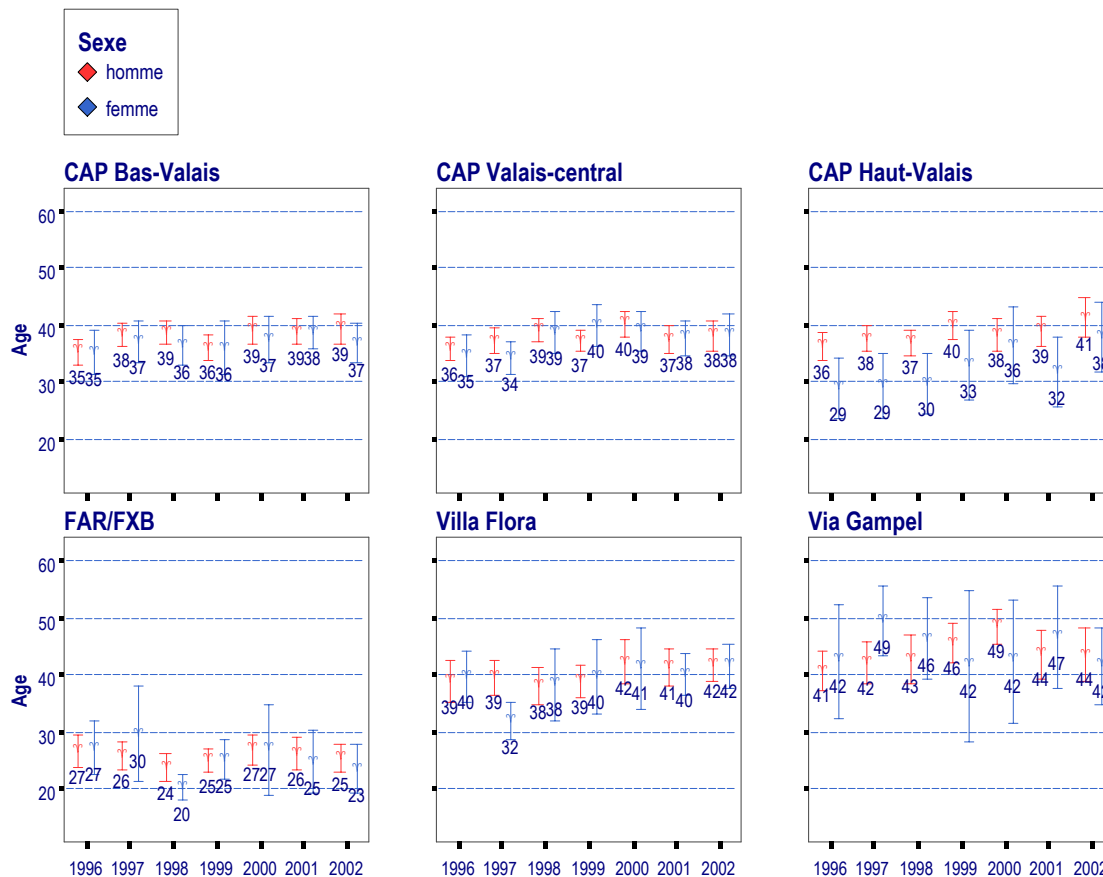
Pour l'ensemble des nouvelles admissions enregistrées entre 1996 et 2002, la part des femmes est de 24% dans le secteur ambulatoire et de 30% dans le secteur résidentiel. Les graphiques 15 (pour les CAP LVT) et 16 (pour les institutions résidentielles) illustrent les variations des parts de femmes dans la nouvelle clientèle admise dans les services de la LVT. Dans le secteur ambulatoire, si la représentation des femmes était assez stable pour les années 1996 à 2000 (entre 21% et 24%), une augmentation pour les années 2001 et 2002 est observée où les parts des femmes se montent respectivement à 28% et 32%. Pour le secteur résidentiel, les aires indiquent que les années 1999 et 2000 ont enregistré proportionnellement moins de femmes (parts de 26% et 24% respectivement). Pour les autres années, ces parts sont proches ou supérieures à 30%, avec la plus forte représentation en 2002 avec 34% de femmes.

Age

Le graphique 17 illustre pour chaque CAP et chaque institution l'évolution de la moyenne d'âge pour les femmes et pour les hommes. Le graphique 18 reporte lui la répartition de la clientèle admise selon cinq catégories d'âge.

On peut observer une faible tendance au vieillissement de la population admise dans les services ambulatoires de la LVT, et ce dans les trois régions et pour les deux sexes. Dans le Bas-Valais, d'une moyenne d'âge de 35 ans chez les femmes et chez les hommes en 1996, on est passé à 39 ans et 37 ans respectivement en 2002. Dans le Valais-Central, les valeurs de 1996 sont de 26 ans chez les hommes et de 35 ans chez les femmes et celles de 2002 sont de 38 ans pour les deux sexes. Dans le Haut-Valais, l'augmentation entre 1996 et 2002 est de 5 ans chez les hommes (de 36 ans à 41 ans) et de 9 ans chez les femmes (de 29 ans à 38 ans). Dans le secteur résidentiel, on remarque un très léger vieillissement de la clientèle admise uniquement à Villa Flora (et ce pour les deux sexes). Les variations à Via Gampel et dans les Foyers FAR/FXB sont plus aléatoires.

Graphique 17. Evolution de l'âge de nouvelles admissions dans les services LVT pour les années 1996 à 2002



Le vieillissement de la clientèle admise dans les CAP peut être également remarqué dans le graphique 18 : en 1996, les clients de plus de 40 ans représentaient 33% de la nouvelle clientèle du Bas-Valais, alors qu'en 2002 ils représentent 47% (+14%). Pour le Valais-Central et le Haut-Valais, les parts respectives sont de 32% et 40% (+8%) et de 33% et 52% (+19%).

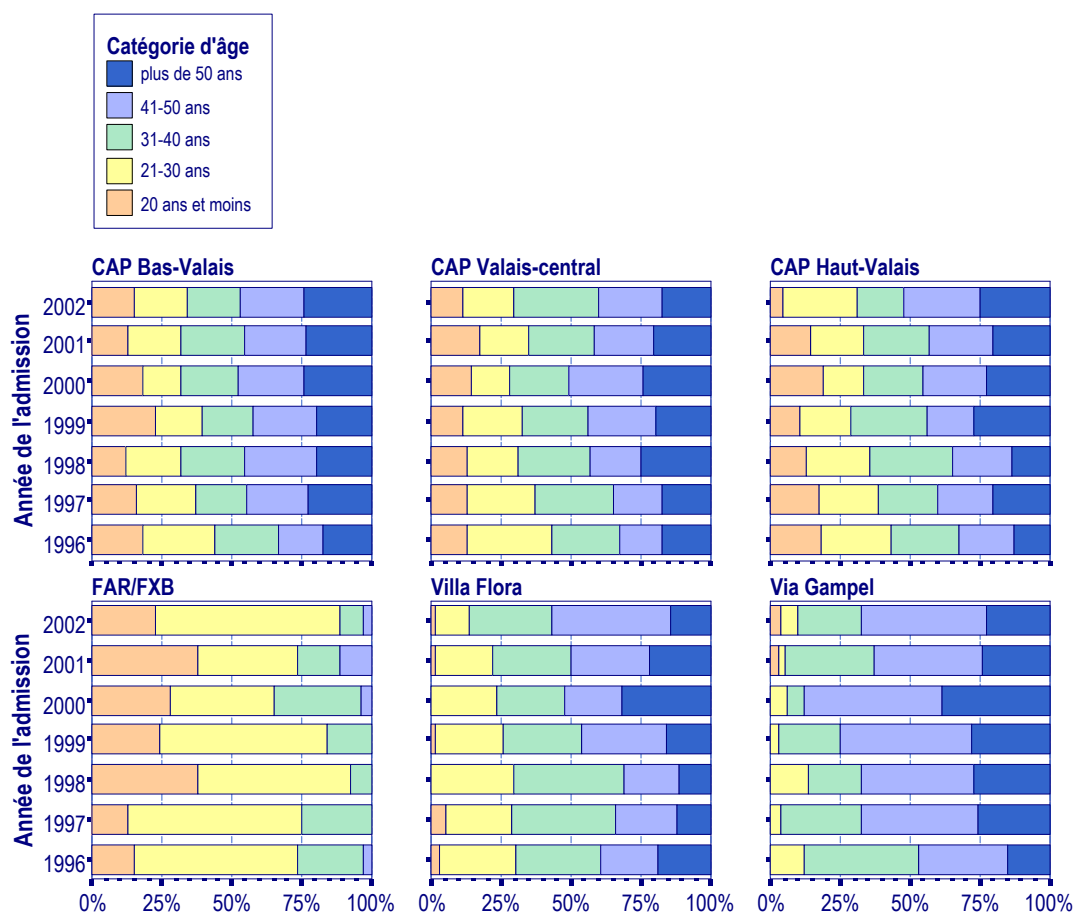
A Villa Flora, la diminution relative constante au cours des ans de la catégorie des 30 ans et moins (de 30% en 1996, on est passé à 13% en 2002) explique le léger vieillissement observé de la clientèle admise dans cette institution.

Origine et domicile

L'évolution des caractéristiques liées à l'origine et au canton de domicile de la clientèle admise est illustrée par les graphiques 19 et 20, pour le secteur ambulatoire et le secteur résidentiel respectivement. Le graphique concernant le lieu de domicile ne reporte que la situation pour les institutions résidentielles, car le canton de domicile des clients admis dans les CAP est essentiellement le canton du Valais.

Graphique 18. Evolution de la répartition des catégories d'âge des nouvelles admissions dans les services LVT pour les



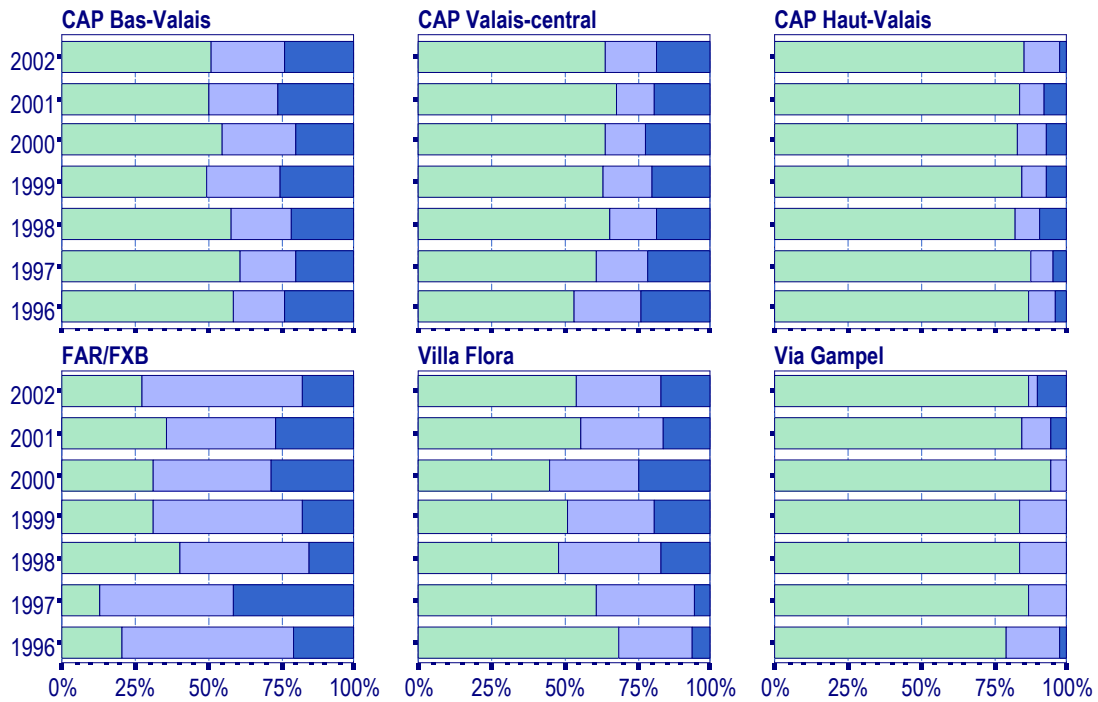
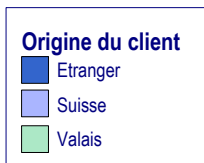


Pour l'ensemble des nouvelles admissions de 1996 à 2002 en ambulatoire, 55% des personnes accueillies dans le Bas-Valais sont originaires du Valais. Pour le Valais-Central et le Haut-Valais, cette part se monte à 62% et 85% respectivement. Aucune tendance significative n'est observée au cours des ans : les parts varient entre 49% et 61% dans le Bas-Valais, entre 53% et 68% dans le Valais-Central, et entre 82% et 87% dans le Haut-Valais.

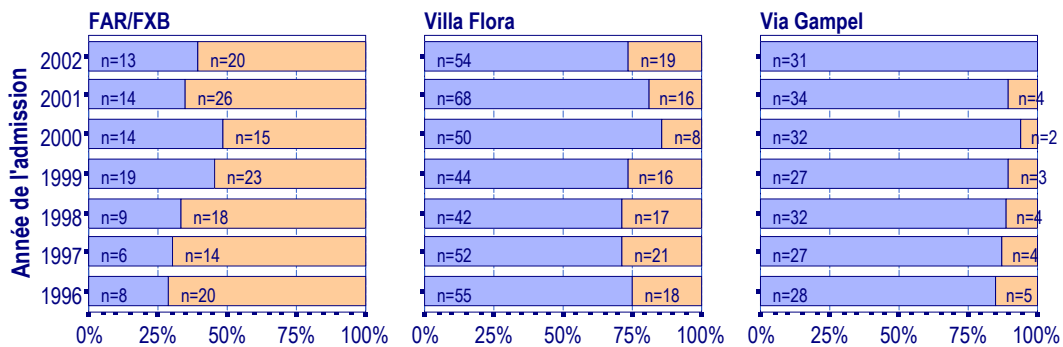
On observe des variations légèrement plus importantes dans le secteur résidentiel. Pour les Foyers FAR/FXB, les parts varient entre 12% en 1997 et 41% en 1998 (part globale pour la période 1996-2002 : 29%). Pour Villa Flora, la part minimale a été observée en 2000 (45%) et la part maximale en 1996 (68%), avec une part globale pour la période 1996-2002 de 55%. A Via Gampel, la valeur minimale est de 79%, la valeur maximale de 94%, et la valeur globale de 86%.

Les parts de clients admis dans les CAP LVT qui ne sont pas domiciliés dans le canton du Valais sont marginales et varient très peu. Pour la période 1996-2002, la valeur globale observée est de 12% dans le Bas-Valais (valeur minimale : 0% en 1998 et valeur maximale : 3% en 2002) ; elle est de 1% dans le Valais-Central (1% en 1999 et 2% en 1997) et de 4% dans le Haut-Valais (1% en 2002 et 6% en 2000).

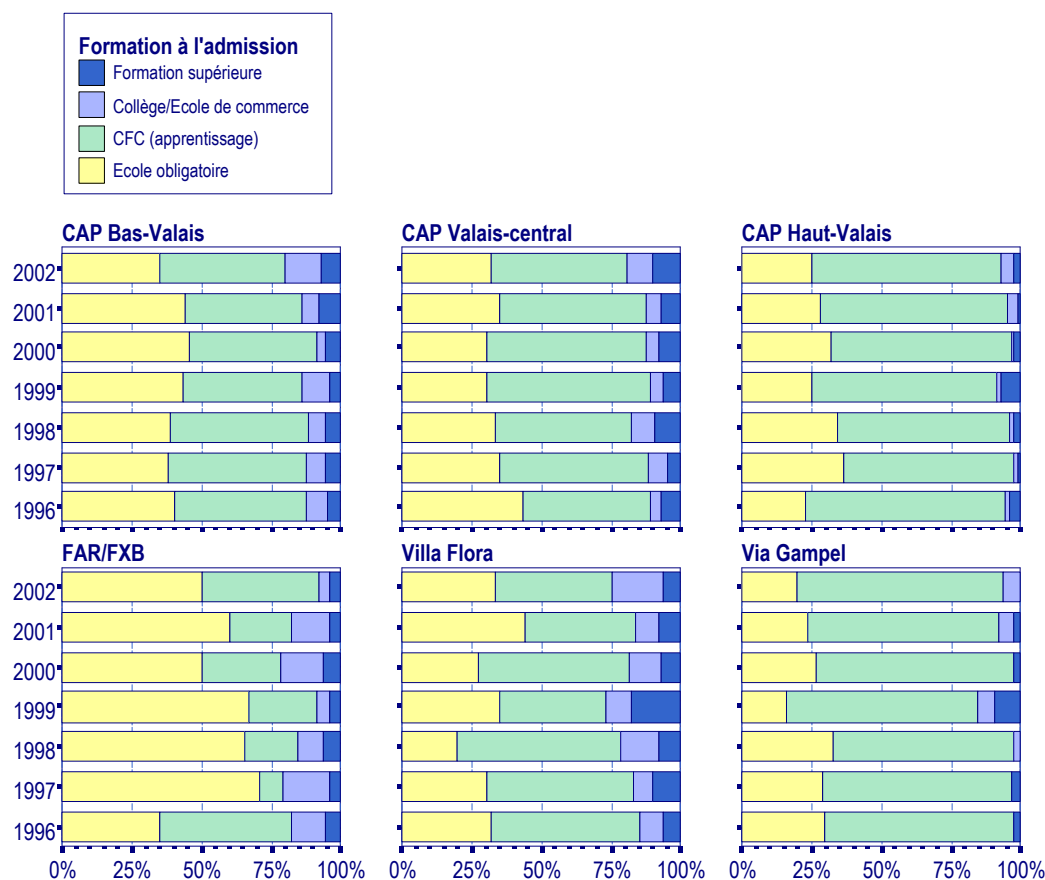
Graphique 19. Evolution de la répartition des origines des nouvelles admissions dans les services LVT pour les années 1996 à 2002



Graphique 20. Evolution de la part des clients domiciliés en Valais dans les institutions résidentielles pour les années 1996 à 2002



Graphique 21. Evolution de la formation des clients nouvellement admis pour les années 1996 à 2002



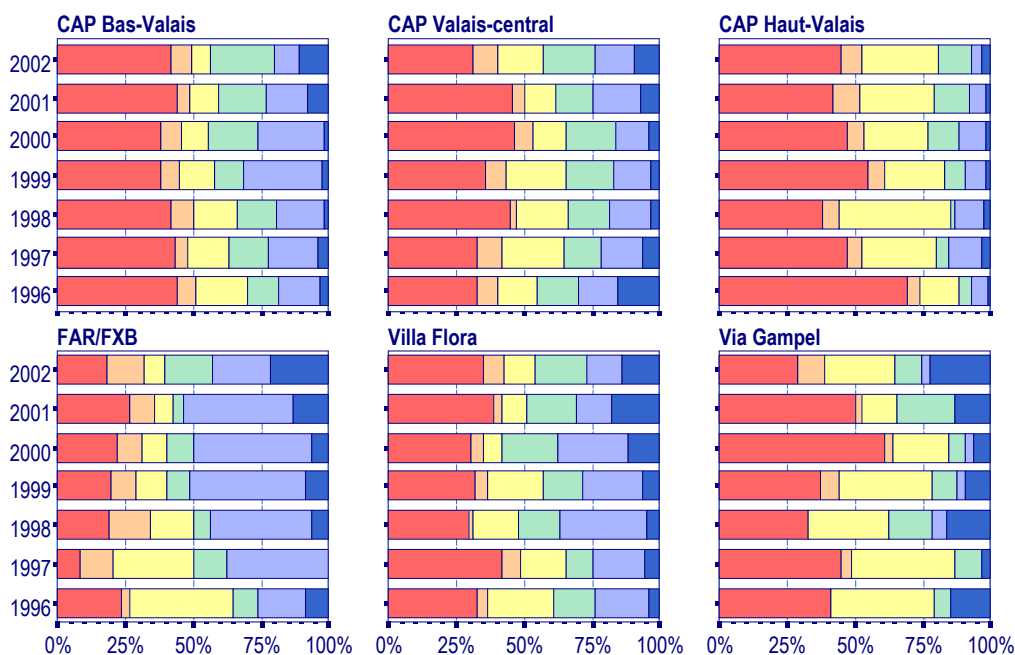
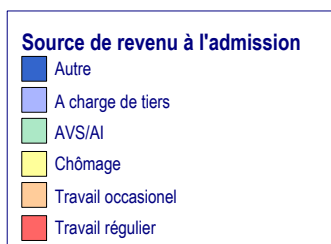
Dans le secteur résidentiel, ce sont les Foyers FAR/FXB qui présentent la plus faible part de clients domiciliés en Valais : 38% pour l'ensemble de la période 1996-2002, avec un maximum de 48% en 2000 et un minimum de 29% en 1996. Environ trois-quarts des clients admis à Villa Flora pour la période 1996-2002 sont domiciliés en Valais (76%). Le minimum a été atteint en 1997 et 1998 avec 71% des nouveaux clients domiciliés en Valais et le maximum en 2000 avec 86% de clients domiciliés en Valais. La part des clients domiciliés en Valais a été en constante augmentation à Via Gampel de 1996 (85%) à 2000 (94%). L'ensemble des clients admis dans cette institution en 2002 sont domiciliés en Valais.

Formation et source de revenu

Les graphiques 22 et 23 montrent l'évolution des parts relatives des différentes catégories de formation et de source de revenu. Les deux graphiques appellent peu de commentaires, car soit une relative stabilité est observée au cours des ans, soit les variations observées ne dégagent aucune tendance.

Cependant on observe une légère augmentation de la représentation des clients ayant accompli un apprentissage dans les Foyers FAR/FXB (au détriment de la part des clients ayant suivi uniquement l'école obligatoire). Concernant la source de revenu principale, la part des clients admis au bénéfice de l'assurance AVS ou AI a augmenté dans les CAP LVT (de 11% en 1996 à 20% en 2002). Dans les Foyers FAR/FXB, la part des clients au chômage au moment de leur admission a fortement diminué au cours des ans (de 38% en 1996 à 7% en 2002). Dans une moindre mesure, le phénomène est également observé à Villa Flora.

Graphique 22. Evolution de la source de revenu principale des clients nouvellement admis pour les années 1996 à 2002

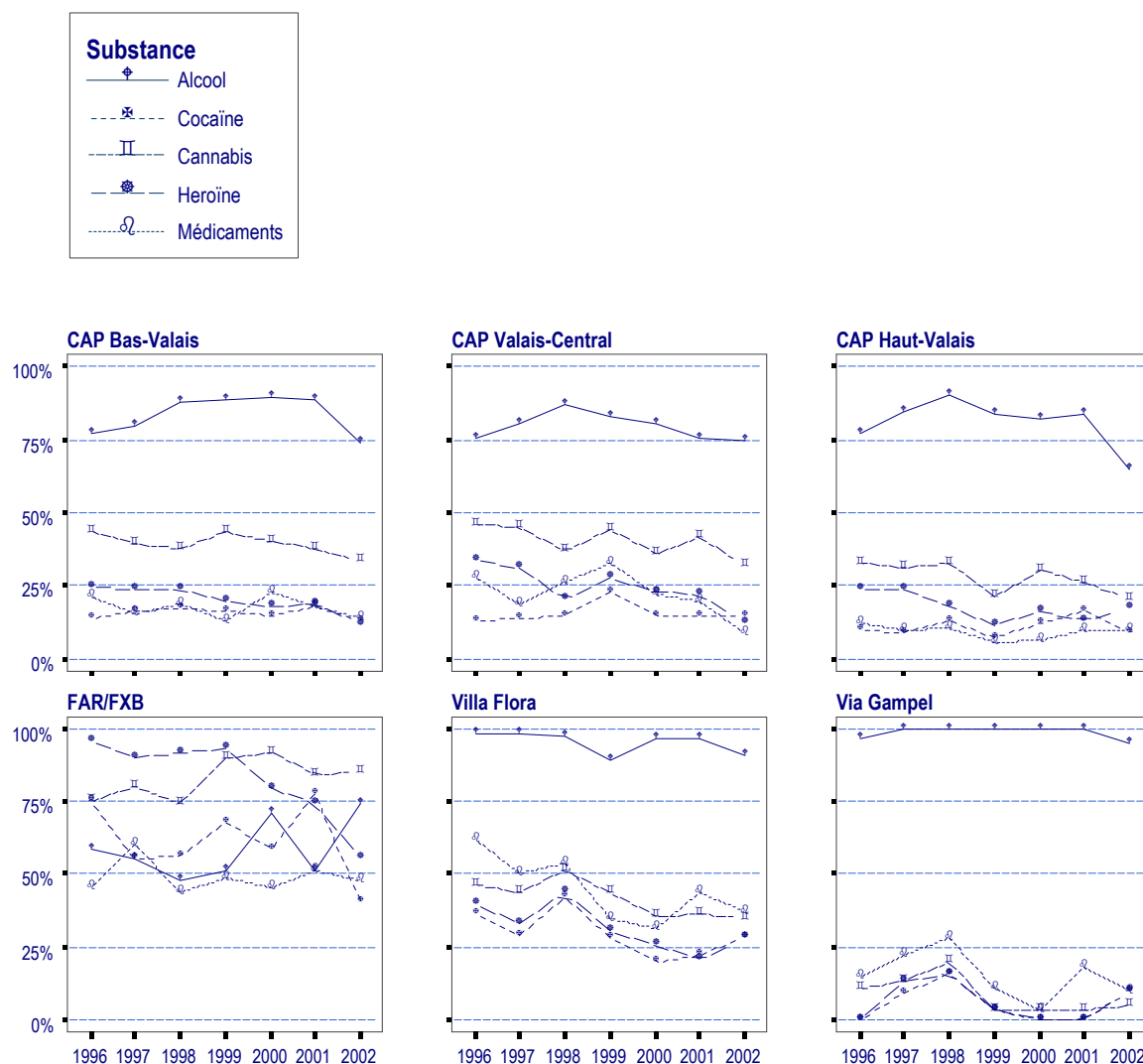


Substances

Les graphiques 23 à 25 illustrent pour chaque institution l'évolution, chez les hommes et chez les femmes séparément, des parts de consommations problématiques et des parts de dépendance pour les cinq substances alcool, cocaïne, cannabis, héroïne et médicaments.

Pour les hommes nouvellement admis dans les CAP LVT, l'alcool constitue année après année la substance problématique la plus répandue (parts variant entre 74% et 90% pour le Bas-Valais, entre 74% et 87% pour le Valais-Central et entre 65% et 90% pour le Haut-Valais). Le cannabis vient en deuxième position dans chaque région, bien que les parts diminuent faiblement au cours des ans (entre 34% et 44% pour le Bas-Valais, entre 32% et 46% pour le Valais-Central et entre 20% et 33% pour le Haut-Valais). Le fait le plus intéressant est la diminution quasi constante de la part de consommation problématique d'héroïne : la part est passée de 25% en 1996 à 12% en 2002 dans le Bas-Valais, de 34% à 13% dans le Valais-Central, et de 24% à 18% dans le Haut-Valais. Noter cependant que dans cette dernière région, la part s'est stabilisée autour de 15% depuis 1999.

Graphique 23. Evolution des parts de consommations problématiques pour les années 1996 à 2002 chez les hommes

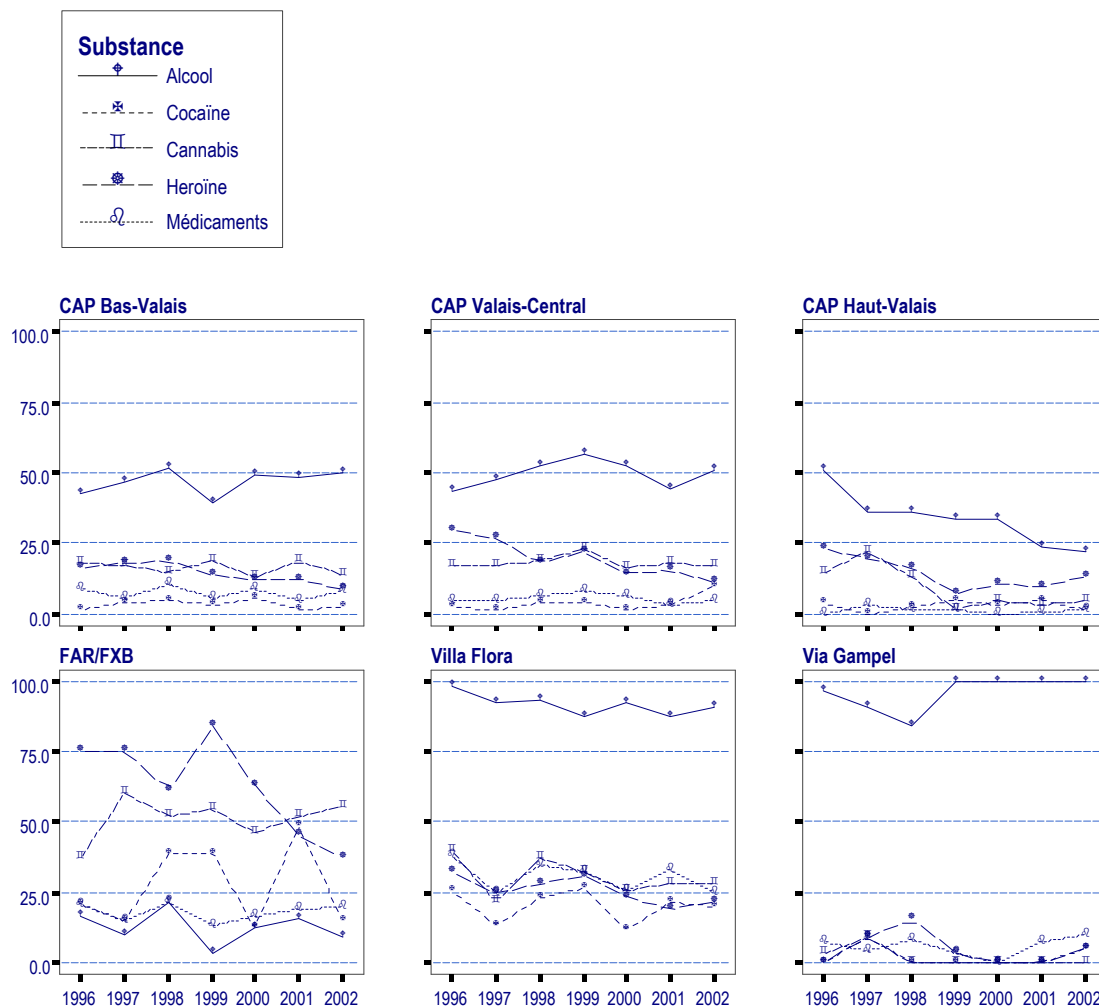


Dans le secteur résidentiel, les fluctuations des parts de consommations problématiques non liées à l'alcool à Via Gampel sont assez aléatoires. Villa Flora semble se recentrer sur une clientèle masculine avec uniquement l'alcool comme problème. Concernant les Foyers FAR/FXB, les problèmes de consommation d'héroïne n'accompagnent plus que 56% des nouvelles admissions en 2002 contre 96% en 1996. Le cannabis arrive désormais en tête des substances posant problème. Noter que la cocaïne, après avoir produit un pic en 2001 (avec 77% d'hommes admis avec cette substance problématique) est retombée à 41% en 2002.

L'évolution des parts de clients avec une dépendance à l'alcool à l'admission montre que dans les CAP, la dépendance à l'alcool est la plus prévalente. Si les parts observées sont stables pour les régions du Bas-Valais et du Valais-Central (environ entre 40% et 50%), on observe une diminution constante dans le Haut-Valais (de 50% en 1996, on est passé à 22% en 2002). Les parts de dépendance liées à l'héroïne ont diminué au cours des dernières années dans le Bas-Valais (de 17% en 1996 à 7% en 2002) et le Valais-Central (de 29% à 12%). Dans le Haut-Valais, après une baisse jusqu'en 1999, la part de dépendance liée à l'héroïne s'est stabilisée autour de 10%.

Dans le secteur résidentiel, notons les parts assez constantes (autour de 25%) de dépendance hors alcool à Villa Flora et les parts de dépendance hors alcool marginales à Via Gampel. Pour les Foyers FAR/FXB, on observe la forte chute de la dépendance liée à l'héroïne (de 84% en 1999, valeur maximale observée, on est tombé à 37% en 2002, valeur minimale).

Graphique 24. Evolution des parts de dépendance pour les années 1996 à 2002 chez les hommes



Chez les femmes admises dans les CAP, l'alcool constitue également le problème le plus prévalent pour l'ensemble de la période 1996-2002. Des différences entre les régions sont à noter. Le Bas-Valais a connu en 2000 une forte augmentation des parts des femmes admises avec une consommation problématique liée soit à l'alcool, soit aux médicaments soit au cannabis. Dans cette région, la part des femmes avec une consommation problématique d'héroïne à l'admission a connu un creux en 1999 (10%), mais s'est stabilisée depuis autour de 20%.

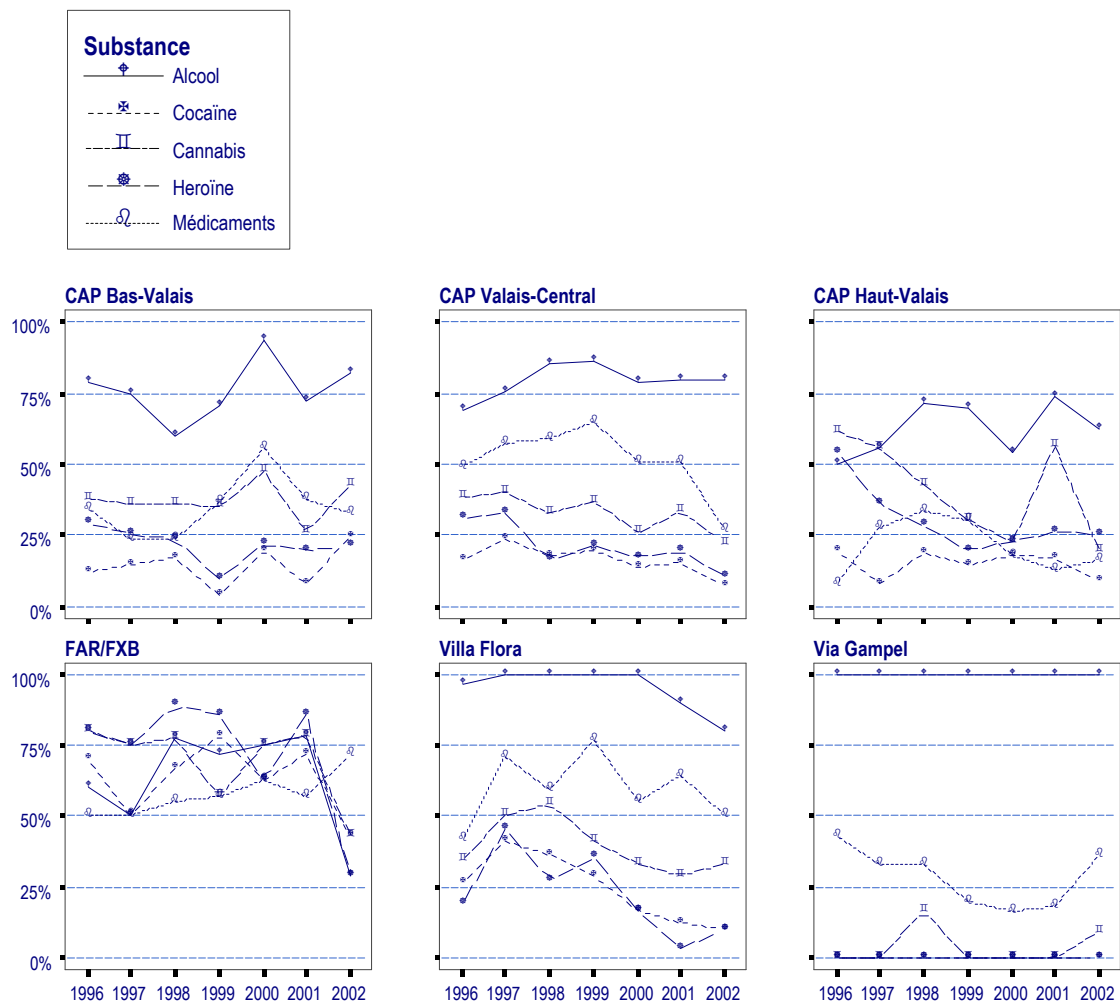
Dans le Valais-Central, si les médicaments viennent nettement en tête pour les années 1996 à 2001, la part de leur consommation problématique à l'admission a chuté en 2002. Les parts des femmes admises dans cette région qui ont une consommation problématique soit de cannabis, soit d'héroïne ou soit de cocaïne à l'admission sont en légère diminution : de 31% en 1996 à 11% en 2002 pour l'héroïne, de 38% à 22% pour le cannabis et de 16% à 8% pour la cocaïne. Dans le Haut-Valais, la part de consommation problématique de cannabis à l'admission est en constante diminution de 1996 à 2000. Cette part a fortement augmenté en 2001

(57%) pour retrouver le niveau de 20% en 2002. Comme pour les hommes, la part de consommation problématique d'héroïne a constamment diminué de 1996 (54%) à 1999 (20%), et s'est stabilisée depuis.

Dans les Foyers FAR/FXB, on remarque que les parts de consommations problématiques sont plus élevées que chez les hommes. En outre la part de consommation problématique d'héroïne ne diminue fortement que de 2001 à 2002 (de 86% à 27%).

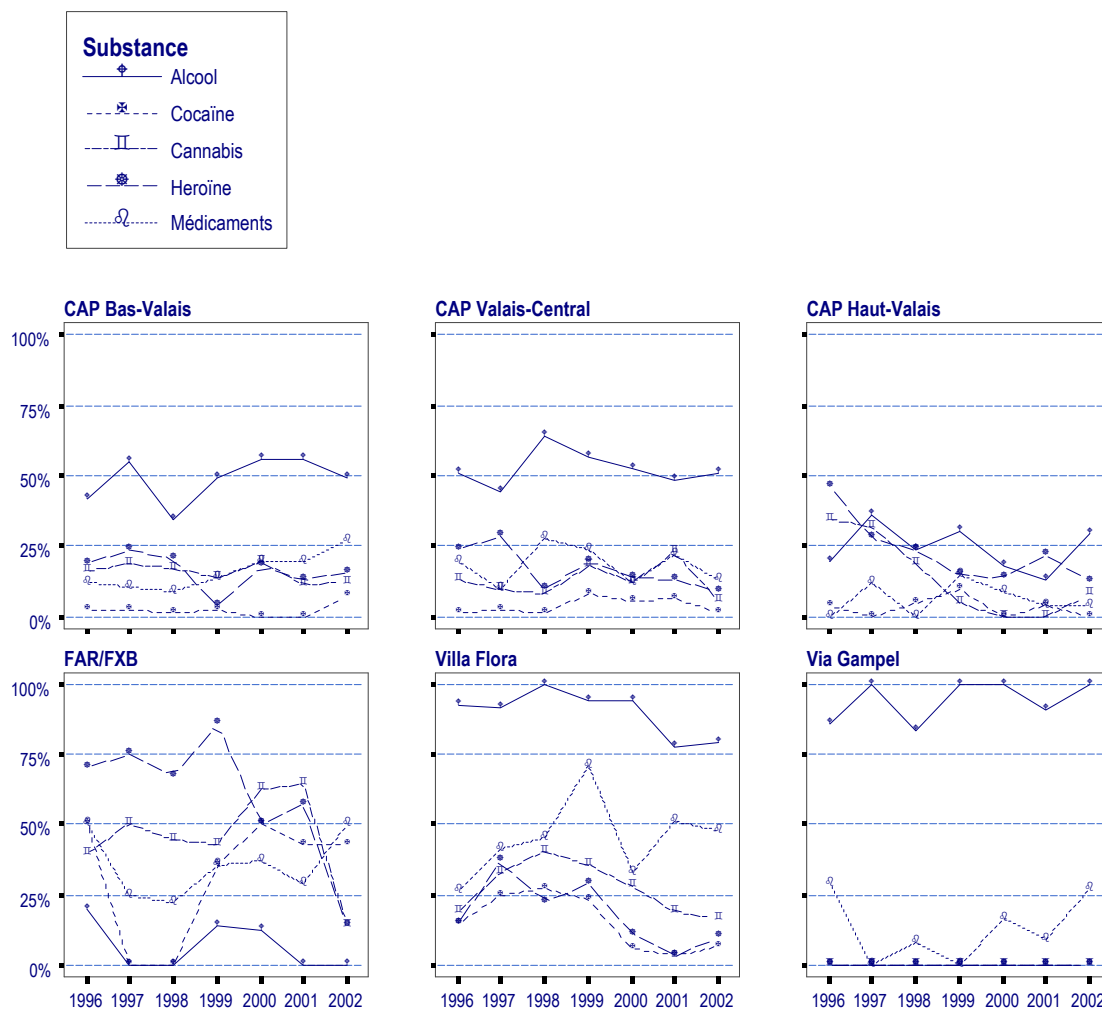
A Villa Flora et à Via Gampel, les médicaments constituent année après année la deuxième consommation problématique des femmes.

Graphique 25. Evolution des parts de consommations problématiques pour les années 1996 à 2002 chez les femmes



Le graphique 26 montre que, contrairement aux deux autres régions, l'alcool ne se détache pas des autres substances dans le Haut-Valais.

Graphique 26. Evolution des parts de dépendance pour les années 1996 à 2002 chez les femmes



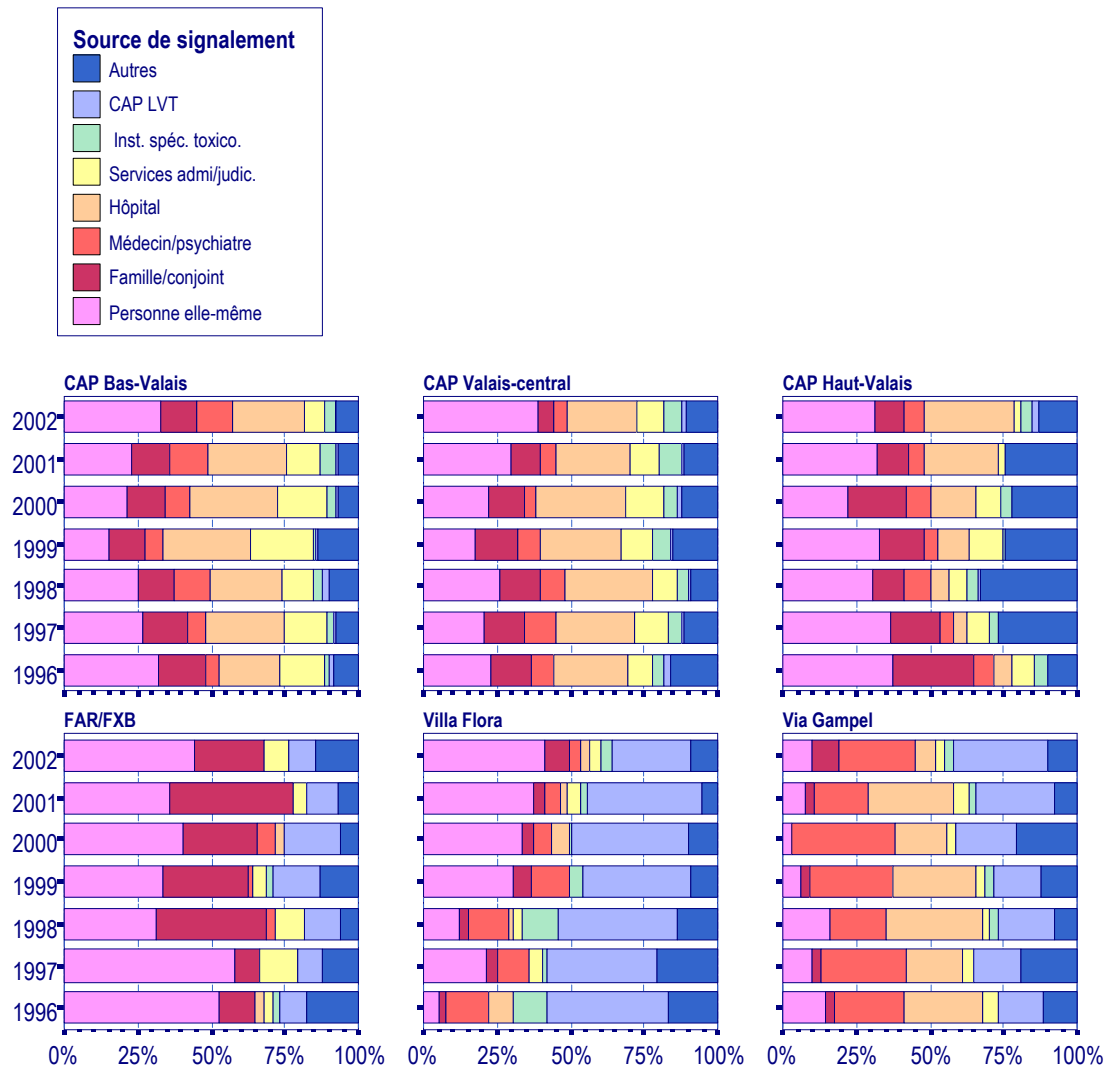
Sources de signalement

Le graphique 27 montre que pour l'ensemble de la période considérée, la clientèle des CAP est principalement signalée soit par elle-même soit par l'hôpital.

Entre 1996 et 2002, la part de la clientèle signalée par elle-même varie entre 16% en 1999 et 32% en 2002 pour le Bas-Valais, entre 17% en 1999 et 39% en 2002 dans le Valais-Central et entre 22% en 2000 et 37% en 1996. La part des signalements par l'hôpital varie elle entre 20% en 1996 et 30% en 2002 pour le Bas-Valais, entre 24% en 2002 et 30% en 1998 dans le Valais-Central et entre 4% en 1997 et 31% en 2002. Dans cette région, la part des signalements dus à l'hôpital est en constante augmentation depuis 1997.

Signalons dans le secteur résidentiel, l'augmentation au cours des dernières années de la part relative de personnes signalées par elles-mêmes à Villa Flora (de 12% en 1998 à 41% en 2002).

Graphique 27. Evolution des parts relatives des différentes sources de signalement de 1996 à 2002

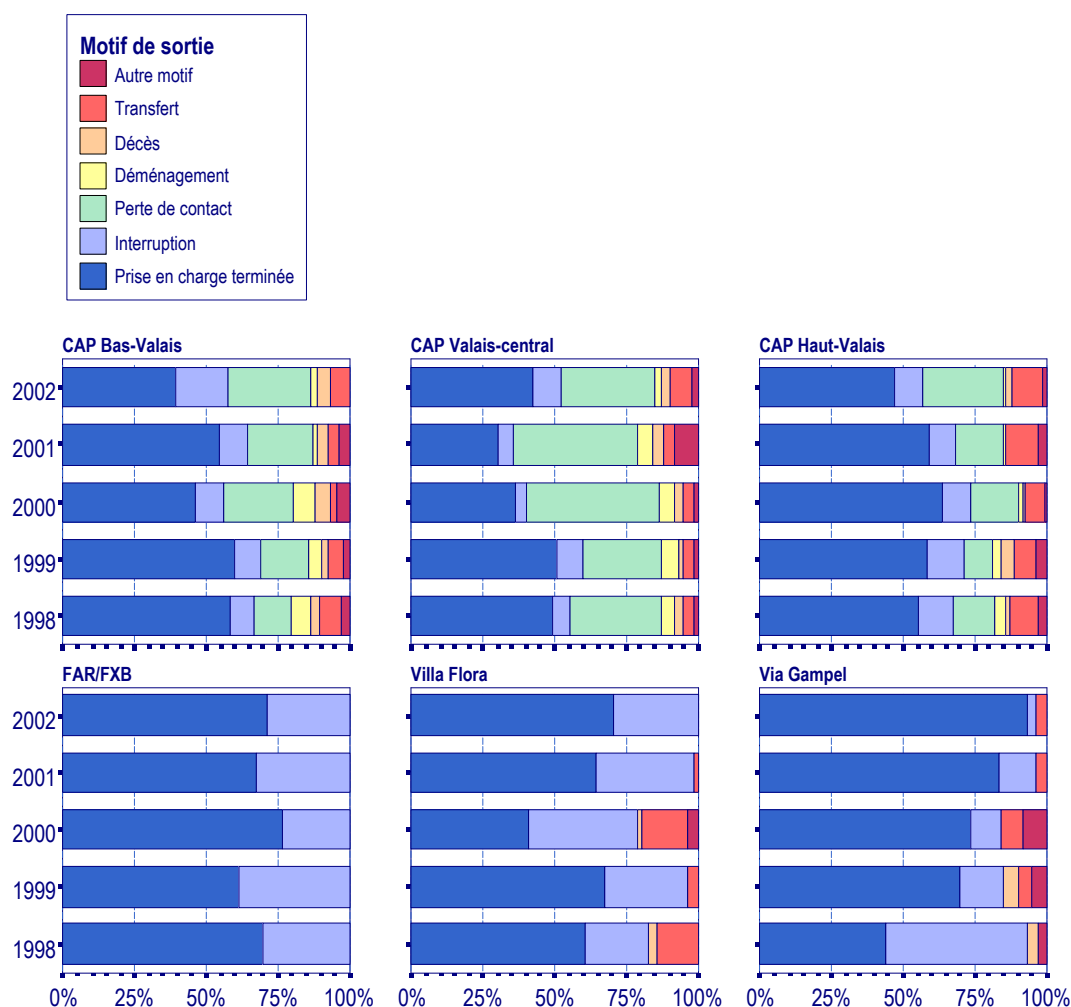


Motif de sortie principal

Pour l'observation de l'évolution du motif principal de sortie, pour des raisons de fiabilité des données dans les institutions, seules les années 1998 à 2002 sont considérées. En outre, les catégories *interruption par le client* et *interruption par l'institution* ont été regroupées, et la catégorie *déménagement* a été placée dans *autres*.

On observe une augmentation relative des pertes de contacts dans le Bas-Valais principalement au détriment de la fin de prise en charge régulière. Dans les Foyers FAR/FXB, la part de traitements interrompus est relativement stable au cours des ans (variation entre 24% et 39%). A Via Gampel, la part relative des fins régulières a constamment augmenté (44% en 1998 à 90% en 2002).

Graphique 28. Evolution des parts relatives des différents motifs de sortie pour les années 1996 à 2002 chez les femmes



RESULTATS IGT

Le propos de cette section est de présenter très brièvement des résultats descriptifs liés à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Un rapport complet sur l'expérience IGT au sein de la LVT sortira à l'automne 2003.

L'IGT est la version québécoise de l'Addiction Severity Index (ASI) développé par Mc Lellan et al. en 1980. Une version adaptée au contexte valaisan a été développée et validée.

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 : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, l'emploi et les ressources, les relations familiales et sociales, 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 varie entre 60 minutes et 90

minutes. Dans les CAP LVT, l'administration de l'instrument se fait au plus tard au 3^{ème} entretien et dans les institutions résidentielles avant le 11^{ème} jour de séjour.

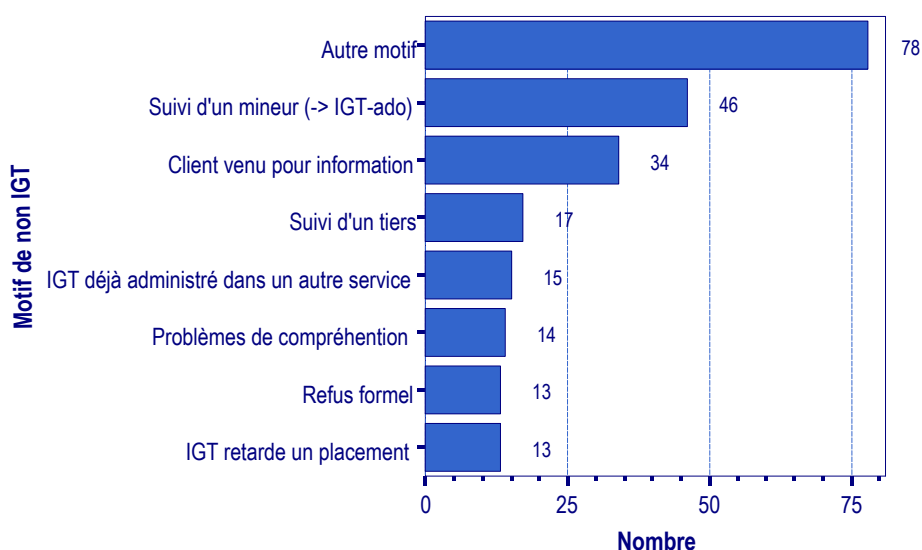
L'IGT peut être utilisé à des fins cliniques et à des fins de recherche. Dans le cadre d'une utilisation clinique, l'IGT fournit un score de gravité allant de 0 à 9 indiquant un degré croissant de la gravité des problèmes présents et passés du client. En dégagant une compréhension dynamique des problèmes du client et en identifiant des objectifs spécifiques à atteindre dans chaque sphère de problèmes, l'IGT peut être utilisé dans le cadre d'élaboration d'un programme d'intervention. Sur le plan de la recherche, l'IGT fournit, pour chaque domaine, un score composé allant de 0 à 1 calculé de façon objective à partir d'une combinaison d'items appartenant à chacune des échelles. Ces items ont été choisis pour leur aptitude à rendre compte des changements survenus dans la période de trente jours qui précèdent l'entretien et parce qu'ils sont les plus fiables pour donner une estimation générale de la gravité des problèmes présentés dans chacun des domaines visés.

Le processus d'introduction de l'IGT à l'admission des services de la LVT a débuté au printemps 2000 et concerné les services situés dans le Valais romand. Dès le mois de mai 2000, les CAP du Bas-Valais et du Valais-Central avaient pour consigne de tenter d'évaluer toute nouvelle admission à l'aide de l'IGT et les institutions résidentielles des Foyers FAR/FXB et de Villa Flora d'intégrer l'évaluation IGT dans leurs procédures d'admission des clients. Depuis l'automne 2002, les services du Haut-Valais (CAP de Brigue et Via Gampel) administrent également la version allemande de l'IGT (une étude de validation des propriétés psychométriques de cet outil en allemand sera entreprise dès 2004). Les intervenants pratiquant l'IGT doivent être au bénéfice d'une formation spécifique à l'instrument de deux jours, dispensée par Jean-Bernard Moix, collaborateur scientifique à la LVT.

A. Volume de la clientèle évaluée

L'apprentissage d'un outil tel que l'IGT passe par une adaptation des pratiques et de l'approche clinique pour les intervenants et équipes thérapeutiques de la LVT, et prend donc du temps. C'est pourquoi la part des nouvelles admissions évaluées à l'aide de l'IGT pour les années 2001 et 2002 ne se monte qu'à 34%. Cependant, cette part a fortement augmenté entre 2001 (22%) et 2002 (48%) pour atteindre même 65% pour le dernier trimestre 2002.

Graphique 29. Principaux motifs de l'absence d'évaluation IGT à l'admission



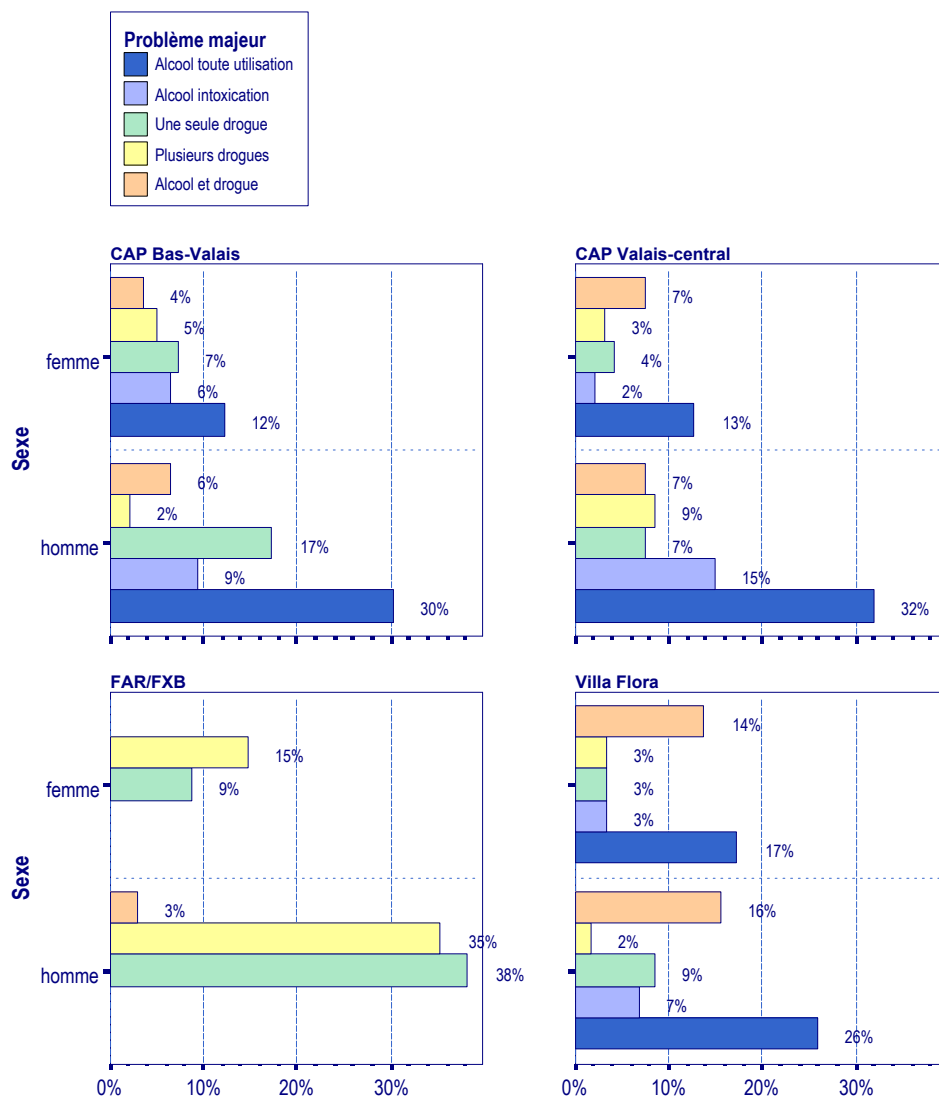
Il est évident que toutes les nouvelles situations ne peuvent être évaluées à l'aide de l'IGT (personnes venant pour information, clients venant pour un problème concernant une tierce personne, problème de compréhension,...), et une documentation des raisons de l'absence de l'IGT à l'admission a été introduite. Le graphique 29 reporte la répartition des 230 motifs répertoriés pour les années 2001 et 2002.

La catégorie la plus prépondérante (34%) est celle des autres motifs et comprend principalement le manque de temps (pour Villa Flora essentiellement : l'offre d'un séjour à court terme (5 semaines à 9 semaines) a rendu difficile l'intégration de l'outil dans l'organisation du séjour), le jeu pathologique, et l'interruption de la prise en charge. Les clients mineurs (20%) et ceux venant pour information (15%) constituent ensuite les catégories les plus représentées. Précisons que les clients mineurs sont évalués alors avec une version de l'IGT spécialement développée au Québec (Landry et al.) et conçue pour les moins de 18 ans, l'IGT-ado. Il est à noter la faible part de refus formels qui ne constituent que 6% des motifs de non-évaluation.

B. Problème majeur du client

L'IGT saisit la substance posant le problème majeur du client (graphique 30).

Graphique 30. Répartition des clients selon le problème majeur à l'admission par institution, selon le sexe



L'indication est basée en premier lieu sur l'évaluation de l'intervenant. Le problème majeur peut être constitué de plusieurs drogues (polydrogues) ou d'une double toxicomanie (alcool et drogue). Les médicaments entrent dans la catégorie des drogues. En outre, l'IGT distingue entre l'usage d'alcool toute utilisation et l'usage d'alcool jusqu'à intoxication. Le graphique 30 informe sur la répartition des clients selon le problème majeur regroupé en 5 catégories.

L'alcool constitue le problème majeur prépondérant à l'admission des CAP : 57% dans le Bas-Valais (59% chez les hommes et 53% chez les femmes), 62% dans le Valais-Central (66% chez les hommes et 52% chez les femmes). Dans le secteur résidentiel, seule Villa Flora recense l'alcool comme problème majeur avec 53% des admissions (55% chez les hommes et 50% chez les femmes). On observe que parmi les problèmes majeurs liés à l'alcool, la part des problèmes liés à sa consommation jusqu'à intoxication se monte à 26% dans le Bas-Valais (23% chez les hommes et 33% chez les femmes), à 27% dans le Valais-Central (32% chez les hommes et 13% chez les femmes), et à 19% à Villa Flora (21% chez les hommes et 15% chez les femmes).

La part des clients avec une seule drogue comme problème majeur est plus élevée dans le Bas-Valais que dans le Valais-Central (24% contre 11%). Le Valais-Central compte proportionnellement plus d'hommes avec la consommation de plusieurs drogues comme problème majeur que le Bas-Valais (13% contre 3%). La double toxicomanie représente 10% des problèmes majeurs du Bas-Valais (9% chez les hommes et 12% chez les femmes) et 14% des problèmes majeurs du Valais-Central (10% chez les hommes et 24% chez les femmes).

Dans le secteur résidentiel, les problèmes majeurs les plus présents chez les clients des Foyers FAR/FXB sont équilibrés entre l'usage d'une seule drogue (47%) et l'usage de plusieurs drogues (50%). A Villa Flora, la double toxicomanie représente 30% des problèmes majeurs (27% chez les hommes et 35% chez les femmes).

C. Profil de gravité de la clientèle

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 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'usager dans le domaine :

- Si l'usager 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'usager), l'intervenant choisit le chiffre le plus haut dans la fourchette retenue).
- Si l'usager 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.

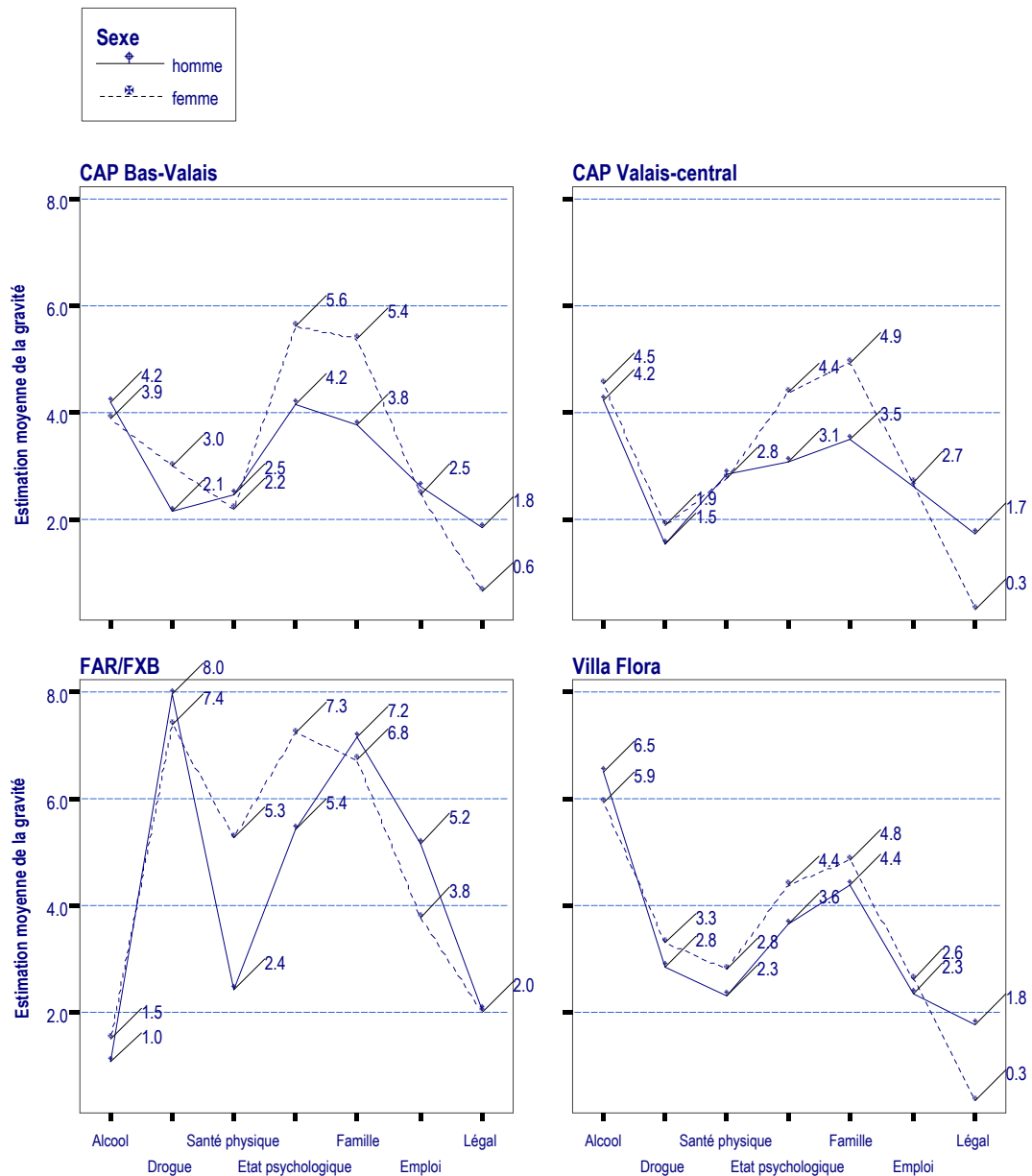
Le graphique 31 montre pour chaque sexe les valeurs moyennes des estimations obtenues. La forme des courbes n'est pas à interpréter, les points ayant été reliés uniquement pour faciliter la lecture du graphique.

Dans les CAP, les domaines produisant les valeurs les plus élevées, aussi bien chez les hommes que chez les femmes sont la consommation d'alcool, l'état psychologique et les relations familiales et interpersonnelles. Le domaine fournissant le score le plus faible est l'échelle judiciaire. Si la gravité des problèmes d'alcool, de santé physique et d'emploi/ressources est égale entre les deux sexes, on observe que les femmes produisent des scores moyens plus élevés dans les domaines état psychologique (5.6 contre 4.2 dans le Bas-Valais et 4.4 contre 3.1 dans le Valais-Central) et relations familiales et interpersonnelles (5.4 contre 3.8 dans le Bas-Valais et 4.9 contre 3.5 dans le Valais-Central). Les hommes, par contre, produisent une moyenne plus élevée dans le domaine légal (1.8 contre 0.6 dans le Bas-Valais et 1.7 contre 0.3 dans le Valais-Central).

Dans le secteur résidentiel, les Foyers FAR/FXB produisent les valeurs moyennes les plus élevées, à l'exception du domaine alcool. Noter les valeurs élevées dans le domaine état psychologique (5.4 chez les hommes et 7.3 chez les femmes) et dans le domaine des relations familiales et interpersonnelles (7.2 pour les hommes et 6.8 pour les femmes). La gravité des problèmes de santé physique élevée chez les femmes (5.3 contre 2.4 chez les hommes) est à remarquer.

A Villa Flora, les problèmes les plus graves, après la consommation d'alcool, sont liés aux relations familiales et interpersonnelles (4.4 chez les hommes et 4.8 chez les femmes) et à l'état psychologique (3.6 chez les hommes et 4.4 chez les femmes). Dans cette institution, à l'exception du domaine légal, les hommes et les femmes présentent des profils de gravité proches.

Graphique 31. Valeurs moyennes des évaluations de la gravité des problèmes selon le sexe, pour chaque institution



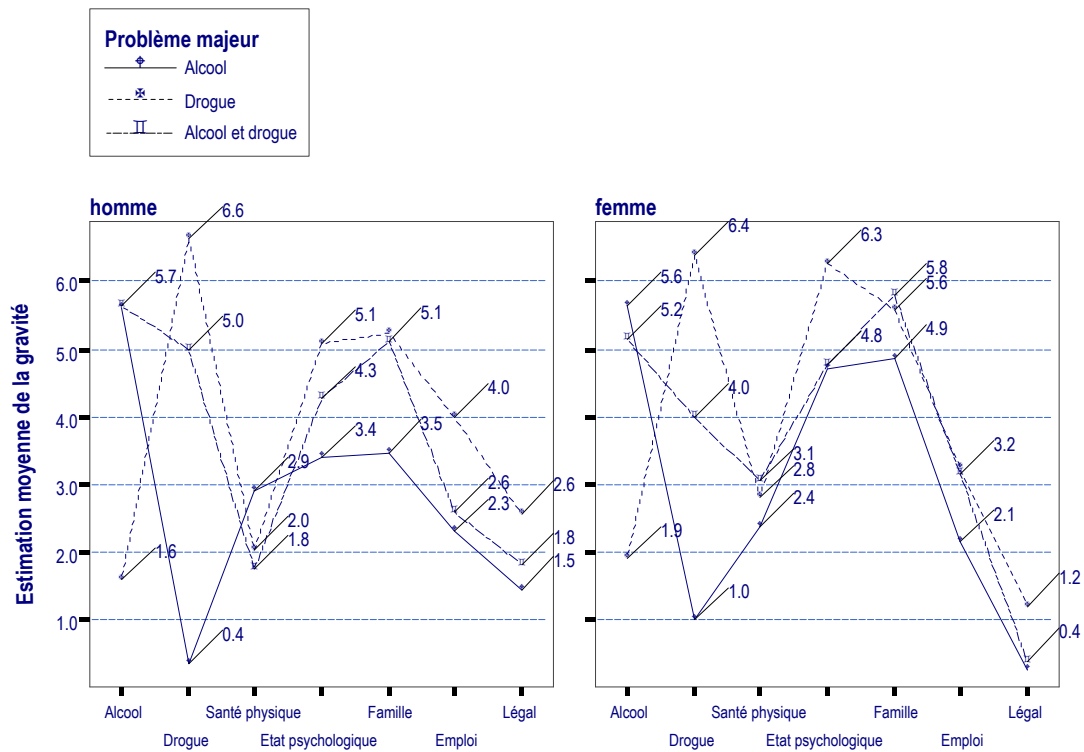
Le graphique 32 permet d'examiner le profil de gravité selon le problème majeur du client. Le problème majeur du client a été regroupé en trois catégories : *alcool* (qui fusionne alcool toute utilisation et alcool jusqu'à intoxication), *drogue* (qui fusionne toutes les drogues et la catégorie polydrogue) et *alcool et drogue* qui contient la double toxicomanie.

Naturellement les clients *alcool* et les clients *drogue* produisent les gravités moyennes les plus élevées dans les domaines alcool et drogue respectivement. Si la gravité des problèmes des clients *alcool et drogue* rejoint celle des clients *alcool* dans le domaine alcool, elle est inférieure à celle des clients *drogue* dans le domaine drogue.

Chez les hommes, les clients *drogue* fournissent les valeurs les plus élevées dans les quatre domaines état psychologique, relations familiales et interpersonnelles, emploi/ressources et légal. Dans ces quatre domaines, les clients *alcool* fournissent les valeurs les plus basses. Ce sont les clients *alcool* qui semblent le plus atteint dans leur santé physique (score de 2.9 contre 2.0 pour les clients *drogue* et 1.8 pour les clients *alcool et drogue*).

Chez les femmes, les clientes *drogue* se distinguent particulièrement dans le domaine état psychologique (score moyen de 6.3 contre 4,8 pour les deux autres types de clientèle). Contrairement aux hommes, les clientes *alcool* ont un score de gravité moyen plus faible que les autres clientes sur l'échelle santé physique.

Graphique 32. Valeurs moyennes des évaluations de la gravité des problèmes selon le problème majeur du client



D. Problème des parents

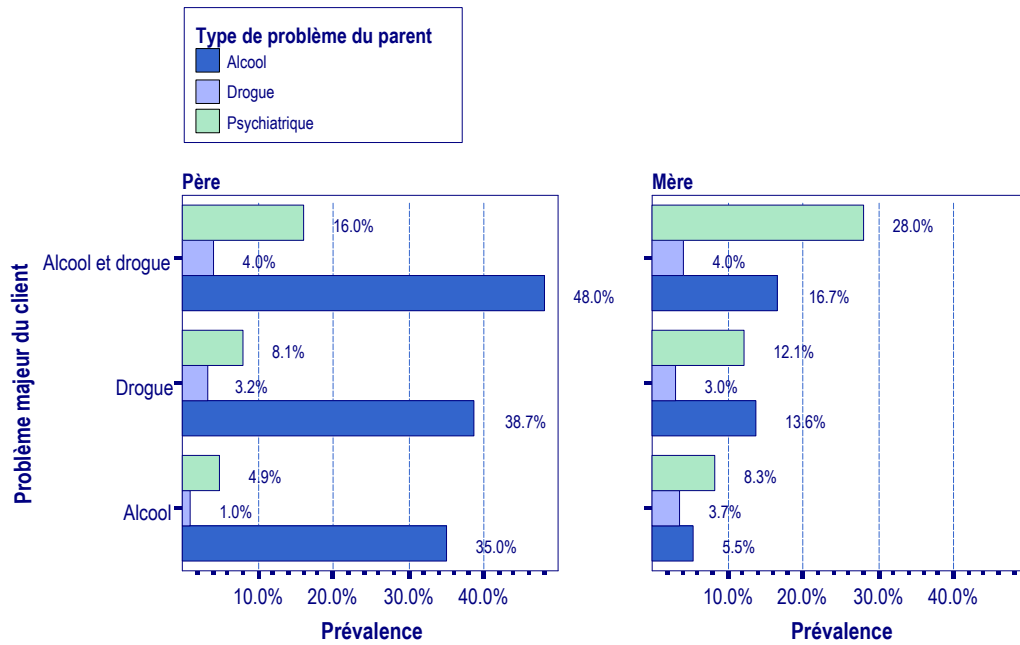
En guise d'illustration des exploitations descriptives possibles des données liées à l'IGT, cette section présente brièvement des informations sur les problèmes des parents des clients (i.e. du père ou de la mère). Les figures 33 (pour les hommes) et 34 (pour les femmes) reportent la répartition de la clientèle selon le type de problème (passé ou présent) rencontré chez le père biologique ou chez la mère biologique du client. Les problèmes considérés sont les problèmes avec l'alcool, les problèmes avec la drogue et les problèmes psychiatriques.

Chez les hommes, le problème du père le plus prévalent est le problème avec l'alcool (35% pour les clients *alcool* à 48% pour les clients *alcool et drogue*). La part des problèmes psychiatriques chez les pères des clients *alcool et drogue* est trois fois (3.3) plus élevée que celle des clients *alcool*. Le problème de la mère le plus prévalent est le problème d'ordre psychiatrique. Cette part se monte à 8% chez le client *alcool* (1.7 fois plus élevée que celle du père), à 12% chez le client *drogue* (1.5 fois plus grande que celle du père), et à 28% chez le client *alcool et drogue* (1.8 fois plus grande que celle du père).

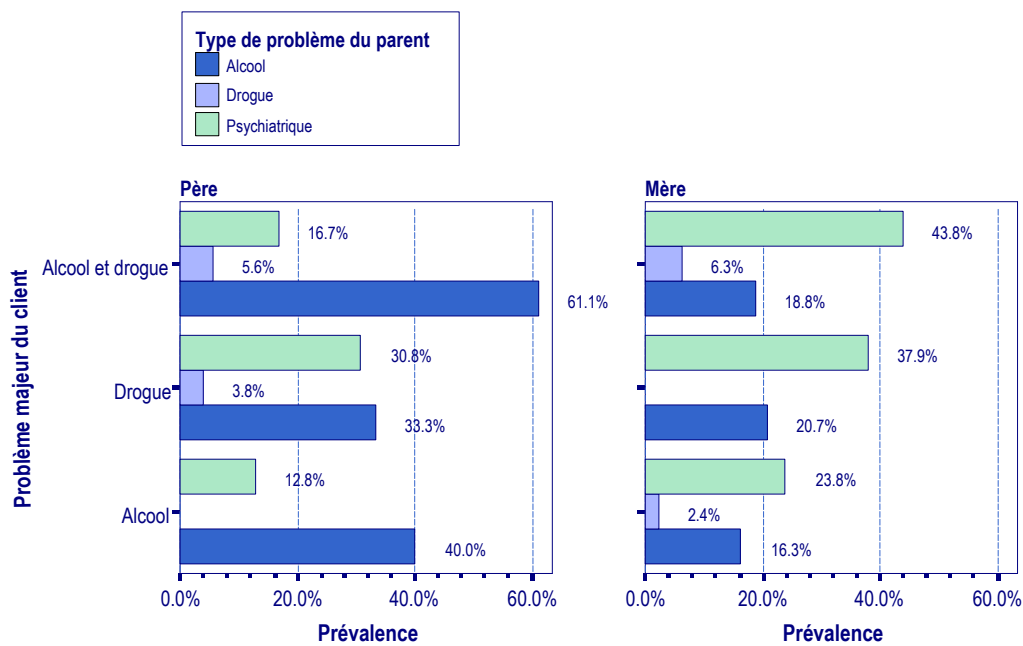
Pour les femmes, les parts de problèmes psychiatriques chez le père et chez la mère sont plus élevées que chez les hommes. Chez les pères, la part est multipliée par 2.6 pour les clientes *alcool* (13% contre 5%), par 3.8

pour les clientes *drogue*. Chez les mères, la part est multipliée par 2.9 pour les clientes *alcool* (24% contre 8%), par 3.1 (38% contre 12%) pour les clientes *drogue* et par 1.6 pour les clientes *alcool et drogue* (44% contre 28%).

Graphique 33. Prévalence dans la clientèle masculine des problèmes actuels ou passés chez le père ou la mère



Graphique 34. Prévalence dans la clientèle féminine des problèmes actuels ou passés chez le père ou la mère



PERSPECTIVES

Depuis le 1^{er} janvier 2003, la LVT a fusionné l'ensemble de ses recueils statistiques et d'évaluation dans un seul outil. Cet outil, constitué d'un formulaire d'entrée et d'un formulaire de sortie, permet

1. d'établir une continuité dans l'exploitation des données statistiques de la LVT depuis 1994
2. d'intégrer l'instrument d'évaluation IGT ou IGT-ado
3. de s'harmoniser avec la future statistique nationale sur les dépendances act-info

Cette fusion doit permettre de faciliter le travail des intervenants et des équipes thérapeutiques afin d'obtenir des données fiables et complètes.

A l'avenir, l'exploitation de l'ensemble des données récoltées ne devra pas se limiter à de simples descriptions de la clientèle. À côté des résultats annuels traditionnels, le secteur recherche-évaluation de la LVT désire exploiter au mieux le potentiel fourni par les données liées à l'IGT, et développer des projets de recherche répondant aux questions et besoins issus de la direction de la LVT, de la direction des différentes institutions et des intervenants sur le terrain, comme par exemple l'évaluation du profil de la gravité des problèmes pour différents types de clientèle ou l'évaluation de l'impact des prises en charge et des traitements sur des profils définis de la clientèle. Les résultats de ces exploitations spécifiques augmenteront la pertinence et l'utilité des rapports publiés. Dans le développement de ces projets, le secteur recherche-évaluation de la LVT souhaite pouvoir établir des collaborations avec d'autres institutions ou instituts de recherche afin de maximiser la mise à profit des informations récoltées.