

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

ÉVALUATION DE LA PHASE PILOTE DU DISPOSITIF CANTONAL D'INDICATION ET DE SUIVI DES PERSONNES TOXICODÉPENDANTES (DCIST)

Cédric Gumy, Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber

Raisons de santé 185– Lausanne 2011

Etude financée par : Mandat du 11 juin 2010.

Citation suggérée : Gummy C, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Evaluation de la phase pilote du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi des personnes Toxicodépendantes (DCIST). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2011 (Raisons de santé, 185).

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation.

Date d'édition : Novembre 2011

Nom du dossier : RdS-185 - Evaluation DCIST.docx

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Présentation de la phase pilote du DCIST	5
1.2	Déroulement de l'indication	6
2	Méthode	7
2.1	Monitoring.....	7
2.2	Evaluation.....	8
3	Entretiens avant et après la phase pilote avec les institutions concernées par le DCIST	9
3.1	Entretiens avec les intervenants des centres d'indication avant la phase pilote	9
3.1.1	Description du processus d'indication d'entrée en résidentiel tel que pratiqué avant la mise en place du DCIST	9
3.1.2	Difficultés rencontrées dans l'indication	12
3.1.3	Vision et attentes/craintes par rapport au DCIST.....	13
3.2	Entretiens avec les responsables des ESE avant la phase pilote	13
3.2.1	Profil attendu des usagers selon les différentes ESE	13
3.2.2	Attentes et craintes par rapport au DCIST	14
3.3	Entretiens post-phase pilote avec les intervenants des centres d'indication.....	15
3.3.1	Difficultés rencontrées dans le travail d'indication	16
3.3.2	Bilan général du DCIST au terme de la phase pilote	17
3.4	Entretiens post phase pilote avec les responsables des ESE.....	18
4	Analyse de la fiche administrative, de l'ASI et du SOCRATES	21
4.1	Fiche administrative.....	21
4.2	ASI.....	25
4.2.1	Données de santé et de consommation.....	25
4.2.2	Autres données d'intérêt	25
4.2.3	Lieux d'indication	26
4.2.4	SCORES ASI.....	28
4.3	SOCRATES	32
5	Bilan des outils et du processus.....	35
6	Conclusions et recommandations.....	37
7	ANNEXES	39
7.1	Questionnaire pré-phase pilote	39
7.2	Questionnaire post-phase pilote.....	41
7.3	Prestations de Bartimée, du Relais et du Levant, selon les scores de gravité ASI.....	43
7.4	Liste des personnes interrogées.....	53

1 INTRODUCTION

1.1 PRESENTATION DE LA PHASE PILOTE DU DCIST

Le Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi des personnes Toxicodépendantes (DCIST) s'inscrit dans l'axe numéro 1 de la politique vaudoise concernant la prévention et la lutte contre la toxicodépendance qui vise l'amélioration de l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des usagers ainsi que dans le Plan Stratégique Vaudois 2011 établi dans le cadre de la reprise par le canton de Vaud des tâches de la Confédération. Le DCIST est un processus organisationnel de travail en réseau appuyé sur des outils standardisés d'évaluation des conditions de vie et de consommation des personnes toxicodépendantes qui a pour objectifs :

1. d'ajuster au mieux les prestations proposées au regard des besoins rencontrés par les personnes toxicodépendantes;
2. de développer un réseau de soins coordonné :
 - a. améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes toxicodépendantes;
 - b. favoriser le suivi et le maintien de ces personnes dans le réseau social et médical;
 - c. favoriser le continuum dans la prise en charge médicosociale (des structures généralistes, de première ligne, aux institutions résidentielles spécialisées).

Le DCIST a donc pour but de renforcer le rôle du canton de Vaud dans le pilotage et la planification des prestations dans le domaine de l'aide aux personnes concernées par la toxicodépendance. Il est indiqué et nécessaire pour toute personne souhaitant entrer dans une structure résidentielle pour des problèmes de toxicodépendance, avec ou sans problématique d'alcool associée.

La mise en place du dispositif a été pilotée par les instances suivantes qui se sont réunies à intervalles réguliers : la cellule de projet (les responsables des deux services concernés – SSP et SPAS^a) et le/la chef-fe de projet^b), le groupe de travail (GT) et ses différents sous-groupes et finalement le comité de pilotage (CoPil). Ces deux derniers groupes rassemblaient des professionnels représentatifs des différents secteurs concernés par le DCIST.

La phase pilote du DCIST a duré du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011. L'objectif de cette phase était d'éprouver les outils, la structure ainsi que les procédures élaborées et d'effectuer les ajustements nécessaires.

Durant cette phase pilote, des formations sur la façon d'utiliser les outils du DCIST ont été dispensées aux personnes chargées d'indication dans les structures ou à d'autres collaborateurs intéressés.

Des plateformes d'échange ont réuni les personnes concernées des différentes structures (centres d'indication, établissements socio-éducatifs [ESE]) et les responsables du projet. Ces réunions ont permis de faire émerger et d'échanger les points de vue sur les problèmes rencontrés et de discuter de solutions communes.

^a SSP : Service de la santé publique. SPAS : Service de prévoyance et d'aide sociales.

^b Au début du processus, la gestion était assumée par un homme puis il a été remplacé par une femme à son départ.

1.2 DEROULEMENT DE L'INDICATION

La procédure d'indication était la suivante. Toutes les personnes pour lesquelles il existait un projet de séjour résidentiel spécialisé ou les personnes pour lesquelles il existait une demande d'évaluation multidimensionnelle, ont vu leur situation évaluée au moyen d'outils communs standardisés (voir plus bas) administrés par des collaborateurs des centres d'accueil formés à cette procédure et par une personne externe aux structures dans une des régions (Centre). Ces personnes pouvaient soit se présenter d'elles-mêmes, soit être envoyées par un médecin ou encore être un usager régulier de la structure en question. Nous ne disposons pas de données sur ces proportions. Le réseau vaudois de lutte contre la toxicodépendance a été informé de la nécessité de passer par le DCIST pour toute demande d'entrée en résidentiel et donc d'adresser leurs patients vers l'un des 4 centres d'indication. La deuxième phase de la procédure, l'indication en tant que telle, était effectuée par deux personnes (binôme) en présence de la personne toxicodépendante: le référent réseau de la personne et l'intervenant qui avait appliqué les outils d'évaluation. A la fin de cette entrevue, une décision est prise (indication à un séjour en milieu résidentiel ou non, choix de l'établissement). Cette phase pilote a d'emblée touché l'ensemble du canton de Vaud mais ne concernait que les nouvelles entrées en traitement résidentiel.

Avant l'entretien d'indication l'utilisateur reçoit une fiche d'information (remplie avant l'entretien) décrivant les objectifs, les modalités relatives au DCIST et le monitoring pour obtenir la signature du formulaire de consentement éclairé de l'utilisateur. Dans ce formulaire, l'utilisateur par sa signature, donne son accord pour que ses données anonymisées soient transmises à l'IUMSP. Il accepte en outre d'être sollicité au cours du suivi pour de nouvelles évaluations sur l'évolution de sa situation.

Il est prévu d'effectuer des entretiens de suivi au cours ou à la fin du traitement, 6 mois après le début du séjour dans l'institution résidentielle.

Pendant la phase pilote ont été développés des documents destinés à aider à l'indication

1. Un descriptif des prestations des ESE servant à argumenter et documenter l'indication privilégiée. Il comprend une description générale des ESE parties prenantes du projet d'indication. Le SPAS met à disposition des descriptifs des institutions des deuxième et troisième cercles^c.
2. Une grille d'analyse mettant en relation les prestations proposées par les ESE sur une échelle de gravité de trois points et les scores de l'ASI nécessitant une aide particulière (échelle de 4 à 9) pour aide à l'indication.

^c Pour plus d'explication sur ces cercles, voir à la page 8.

2 METHODE

Nous avons mis en place 2 procédures distinctes d'évaluation:

- a) un monitoring de l'activité du DCIST (suivi de son développement, expertise sur les outils, analyse du profil des patients, etc.).
- b) une évaluation de la pertinence, du fonctionnement et de la satisfaction à l'égard du dispositif pour les parties prenantes (collaborateurs impliqués, instances du projet et usagers^d).

2.1 MONITORING

Nous avons saisi et analysé les données des dossiers du DCIST pour l'ensemble des patients pour qui une procédure a été initiée et qui ont accepté que leurs données anonymisées soient disponibles pour le suivi du DCIST. Ce travail a permis de donner des retours d'information aux responsables du DCIST dans la modification des outils pour les phases ultérieures.

L'analyse des données a porté sur :

1. la fiche administrative d'entrée des patients dans le dispositif qui regroupe les informations nécessaires pour l'octroi de la garantie financière du SPAS et informe, entre autres, sur les données sociodémographiques de l'utilisateur, son réseau de soin, son projet (but, critères pour choisir l'ESE) et l'établissement final retenu. Cette analyse a permis d'identifier les types d'indications faites et le profil sociodémographique des patients entrés dans le dispositif
2. les deux instruments utilisés pour mesurer la sévérité de l'addiction (Addiction Severity Index) et l'échelle de motivation au changement (SOCRATES).
 - L'Addiction Severity Index (ASI) : une version modifiée^e par le GT de l'ASI original a été utilisée. Ce questionnaire permet d'évaluer la gravité des troubles vécus par l'utilisateur et d'estimer son besoin d'aide. Il recouvre les dimensions suivantes : médical-somatique, professionnelle-financière, consommation d'alcool et de drogues, judiciaire, relations familiales et sociales et enfin santé psychique^f.
 - Le SOCRATES : ce questionnaire sert à mesurer la motivation et la préparation au changement^g.

Les dossiers ont été reçus de la cheffe de projet après anonymisation. Seuls les dossiers des personnes ayant accepté le monitoring de l'IUMSP ont été transmis. Sur 92 dossiers en tout, 13 ont été interrompus. Parmi ces 92, 13 également (procédure aboutie ou pas) ont refusé le monitoring. Une saisie des 79 dossiers restants a été effectuée dans le logiciel Epidata. La base de données contenant les 79 dossiers a ensuite été importée dans le logiciel PASW Statistics 18 pour un traitement statistique. Des analyses descriptives sur l'ensemble des données ont été effectuées.

^d A travers l'évaluation de la satisfaction personnelle vis-à-vis de l'indication reportée dans la fiche administrative.

^e Des questions sur la santé ont été rajoutées (VIH, hépatites) et certaines catégories de réponses ont été simplifiées. Les questions d'origine de l'ASI étant utilisées pour calculer les scores globaux de gravité (celles-ci sont entourées d'un rond dans la version utilisée par le DCIST).

^f Un ASI de réévaluation (plus court que l'ASI utilisé en début de procédure) est en test actuellement dans certaines structures.

^g Cet outil est basé sur le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente

2.2 EVALUATION

Avant la mise en place du dispositif :

Nous avons évalué, avant la mise en place du dispositif, les attentes face au DCIST ainsi que les pratiques courantes d'indication et les critères utilisés chez les intervenants désignés dans leur structure comme membre du binôme à l'indication.

Les responsables des 3 structures résidentielles du 1^{er} cercle (Le Levant, Bartimée et Le Relais), soit les ESE résidentiels spécialisés dans les problèmes de toxicodépendance^h, ont été interrogés sur leurs attentes et sur les profils d'usagers les plus à même de bénéficier d'une prise en charge dans leur structure.

A la fin de la phase-pilote :

Les intervenants du DCIST et les responsables des structures ont été réinterrogés à la fin de la phase pilote sur leur expérience (difficultés, changements dans la façon de travailler) et leur satisfaction face à ce dispositif, ainsi que sur d'éventuelles propositions d'aménagement.

Les personnes en charge de l'indication et de l'évaluation dans les centres d'indication (4 centres, 13 personnes) ont été interrogées avant le début de la phase pilote et à la fin de celle-ci (9 personnesⁱ). Elles ont répondu à un certain nombre de questions ouvertes et fermées portant entre autres sur leurs pratiques, leurs expériences, leurs méthodes et outils utilisés dans la tâche d'indication vers le résidentiel. Des questions portant sur leur degré de compétence perçue, de satisfaction en lien avec la tâche visaient à avoir une information plus subjective. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. En général, les entretiens étaient individuels. Dans deux structures, les entretiens ont eu lieu avec plusieurs collaborateurs en même temps, suite à un accord avec le centre d'indication. Les questionnaires pré-phase pilote et post-phase pilote sont disponibles en annexe. Le questionnaire post-phase pilote a été allégé de quelques questions par rapport au questionnaire pré-phase pilote car certaines n'étaient plus pertinentes (p. ex. « Quels outils utilisez-vous ? »).

Les 3 personnes responsables des ESE ont également été interrogées avant (en face-à-face) et après (par téléphone) la phase pilote. Les entretiens pré-phase pilote (enregistrés avec l'accord des participants) portaient sur les craintes et attentes par rapport au DCIST et une description de la population visée était présentée par l'institution. L'entretien successif à la phase pilote, portait sur leur expérience du DCIST et d'éventuelles propositions d'aménagement.

Le contenu de ces entretiens a été retranscrit puis les éléments essentiels ont été reportés au chapitre 3.

Les chapitres suivants présentent les résultats du monitoring et de l'évaluation. Le chapitre 3 porte sur les entretiens menés avant et après la phase pilote avec les personnes responsables d'indication dans les centres d'indication retenus (Centre, Est, Ouest et Nord^j) ainsi que les 3 responsables des établissements socio-éducatifs (ESE) définis comme étant dans le « 1^{er} cercle ».

Le chapitre 4 présente une sélection de données issues des 3 principaux outils du DCIST : fiche administrative, ASI et SOCRATES.

L'ensemble des données de ces 3 documents est disponible dans une annexe technique (disponible sur demande).

^h Le 2^{ème} cercle regroupe les ESE résidentiels spécialisés dans les domaines de l'alcoologie et du handicap psychique. Le 3^{ème} cercle regroupe les ESE extra-cantonaux spécialisés en toxicodépendance.

ⁱ Une personne avait changé d'emploi et les autres n'avaient pas fait d'évaluation pendant la phase pilote.

^j Les structures retenues pour ces 4 zones sont les suivantes ; Centre : Centre Saint-Martin. Ouest : Entrée de secours. Est : UAS, Azimut et ACT. Nord : Zone Bleue.

3 ENTRETIENS AVANT ET APRES LA PHASE PILOTE AVEC LES INSTITUTIONS CONCERNEES PAR LE DCIST

3.1 ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS DES CENTRES D'INDICATION AVANT LA PHASE PILOTE

Treize personnes ont accepté l'entretien pré-phase pilote. La durée moyenne de ces entretiens était d'environ une heure. Les participants ont les caractéristiques suivantes : 6 hommes et 7 femmes, 8 proviennent du milieu socio-éducatif et 5 du milieu médical. Tous ont déjà indiqué des usagers vers le résidentiel. Huit personnes réalisent des entretiens en vue d'une indication en résidentiel entre une fois par semaine et une fois par mois, les autres le font moins souvent. La durée moyenne de ces entretiens d'indication est d'environ trois quarts d'heures. Sept personnes n'utilisent pas d'outil d'indication spécifique et 6 disent en utiliser. En revanche, 10 disent utiliser une forme de routine pour ces entretiens. Une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (pas du tout) à 7 (tout à fait) a été utilisée pour recueillir les réponses aux questions qui suivent. Les intervenants des centres d'indication estiment leur niveau d'expérience^k à 5.9 sur 7. Le sentiment de compétence^l moyen auto-attribué pour cette tâche d'indication vers le résidentiel est également élevé, soit 6.3 sur 7. A la question de savoir si l'indication peut altérer en bien ou en mal les relations avec l'utilisateur, la réponse est moyenne (3.5 sur 7) et les avis sont partagés. On estime tantôt que toute interaction a un effet sur la relation mais aussi que c'est un processus collectif et que la responsabilité est partagée.

Le niveau de satisfaction par rapport à la dernière indication réalisée est élevé (6.1 sur 7). Le sentiment d'avoir maîtrisé son déroulement est à 5.9 et la satisfaction supposée de l'utilisateur est à 6.3. Huit personnes (contre 5) pensent qu'elles ne pourraient pas améliorer cette indication si elles la refaisaient le jour de l'entretien.

Concernant le fait que le DCIST soit nécessaire, la réponse est légèrement en faveur du DCIST avec une moyenne de 4.6 sur 7 (minimum 2, maximum 6, écart-type, 1.6) (4 étant la réponse neutre). Quant au fait de savoir si les intervenants le souhaitent, le score obtenu est de 4.9 (minimum 1, maximum 6, écart-type 1.4). C'est donc une population qui a une certaine expérience de cette tâche mais qui n'a que peu d'outils et donc vraisemblablement pas une façon de travailler homogène. Les gens perçoivent un niveau de compétence élevé et sont généralement satisfaits de la manière dont les indications se sont passées. Ils sont en léger accord avec le fait que le DCIST soit une nécessité ou que ce soit souhaitable.

3.1.1 Description du processus d'indication d'entrée en résidentiel tel que pratiqué avant la mise en place du DCIST

Les professionnels des centres d'indication ont fait des descriptions variées du processus d'indications qu'ils pratiquaient. La plupart du temps, l'indication suivait le canevas suivant:

- Demande issue de l'utilisateur (parfois proposition émanant de la structure) et si possible formulée à plusieurs reprises.
- Premier entretien (ou davantage) pour évaluer les besoins et souhaits de l'utilisateur ainsi que sa situation addictologique, de vie, etc. Evaluation de la viabilité du projet. Evaluation pour savoir

^k L'expérience est pour nous liée à l'intensité et le nombre d'années de pratique.

^l La perception de sa propre compétence est liée à la capacité à mener à bien les processus d'indication à la satisfaction des parties (délais, qualité de la procédure, communication, résultat final, etc.). On peut avoir réalisé beaucoup d'indications et donc être expérimenté sans forcément être ou se sentir compétent pour cela. La procédure du DCIST était susceptible de modifier le sentiment de compétence des gens, mais plus difficilement le sentiment d'expérience.

si on a plutôt affaire à un problème d'alcool ou de drogues illégales. Prise en considération d'autres solutions thérapeutiques.

- Distribution de matériel d'information sur les ESE vaudois et hors canton si nécessaire.
- Visite d'un ou de plusieurs ESE.
- Débriefing avec la personne concernant cette/ces visite-s et travail de suivi et de motivation et sur la peur du changement.
- Si la personne persiste dans son projet, aide pour les différentes démarches d'admission dans l'ESE retenu : garantie de financement du résidentiel, financement du lieu de vie au moment de l'indication, arrangements concernant les animaux domestiques et les plantes.
- Soutien aux proches, mobilisation du réseau de soin de la personne.
- Selon la situation, contact avec les institutions pour le sevrage avant l'entrée en résidentiel.
- Parfois, accompagnement à l'ESE choisi pour le début du séjour.
- Prévision d'un entretien de réseau à mi-parcours et d'un autre vers la fin pour planifier la suite ou à la sortie si rupture.

Ce processus peut durer quelques jours ou semaines ou plusieurs mois ou années. Ce qui est essentiel pour les intervenants, c'est la motivation de l'utilisateur. C'est lui qui porte son projet avec le soutien de l'institution. L'utilisateur est au centre du projet et ce sont ses intérêts que l'on essaie de défendre.

Si l'on estime que le séjour en milieu résidentiel n'est pas un bon projet pour le moment, on va proposer une autre prise en charge à l'utilisateur. Toutefois, si la personne est vraiment déterminée, il est rare qu'on aille contre sa volonté. On va appuyer la personne dans son projet de changement. Ce processus est une co-construction entre deux partenaires.

Les **domaines investigués** pour faire le travail d'indication - avant l'entrée en vigueur du DCIST - cités par les personnes interrogées sont les suivants, dans l'ordre de fréquence des citations :

1. Le projet, la demande de l'utilisateur : on prend connaissance du projet de l'utilisateur pour estimer s'il est réaliste et s'il suit une certaine logique (par ex. en lien avec un projet d'insertion professionnelle); on s'interroge sur le gain que l'utilisateur pourra retirer du séjour en ESE et quelles sont ses attentes; on s'interroge si le choix de la structure^m est en lien avec le projet de la personne.
2. La situation bio-psycho-sociale : on prend en compte l'état bio-psycho-socialⁿ de l'utilisateur. En entrant la personne doit être « prête » ; les problèmes de santé sont identifiés, en particulier le besoin de traitement (p.ex. hospitalier) ou d'examen préalable (p.ex. tests de dépistage) à l'entrée en ESE.
3. La motivation : critère essentiel et souvent cité.
4. L'état de dépendance de la personne (type, gravité) et la consommation aiguë ou conjointe d'alcool.
5. La précarité / la vulnérabilité: degré de précarité sociale (quantité et qualité des liens avec autrui), matérielle (dettes, logement), relationnelle, professionnelle et la souffrance sociale.
6. Le besoin d'intensification du suivi : on évalue si la situation de l'utilisateur nécessite une prise en charge plus intense de plusieurs semaines dans un paysage de chronicité, sans pour autant

^m En principe, les usagers ont déjà une idée de la structure dans laquelle ils souhaitent entrer.

ⁿ Evaluation de la santé physique, psychologique et de l'état d'insertion sociale de l'utilisateur.

nécessiter une hospitalisation. Pour certains usagers, il peut y avoir besoin d'une étape de stabilisation pour avoir ensuite un logement par exemple.

D'autres domaines ont été mentionnés moins souvent : le besoin d'éloignement, de changement du cadre de vie, le besoin de protection par une mise au vert dans un espace structuré ou la notion de « bon moment » pour une nouvelle étape de vie.

Le degré d'urgence est également un critère pris en compte mais il est complexe. Les intervenants ne sont pas unanimes sur cette question. Certains estiment qu'on ne devrait en principe pas orienter vers le résidentiel une personne dans l'urgence mais cela peut se produire dans certaines conditions.

Parfois, des critères pratiques peuvent entrer en compte (acceptation du chien, règles de la maison convenant à l'usager).

Plus généralement, on estime la capacité de la personne d'assumer ses propres responsabilités, d'être clairvoyante et lucide, et son insertion dans un processus de maturation. Pour les intervenants, la démarche est importante en elle-même, plus que le résultat final (entrée ou non), c'est ce chemin qui fait sens pour la personne. On ne travaille pas dans le but de faire entrer en ESE mais de faire avancer la personne.

Pour quelques personnes, il a été difficile de formuler clairement les **critères d'indication** qu'elles utilisent pour déterminer que le résidentiel serait une bonne solution par rapport aux autres possibilités de traitement. Tous ont pu néanmoins en citer quelques-uns. Certaines personnes ont indiqué un seul critère et d'autres plusieurs. Ces critères ne se distinguent pas nettement des domaines évoqués plus haut.

1. L'état de santé physique et psychique. On oriente vers l'hôpital si des soins sont nécessaires. Si la personne a un certain équilibre, on choisira plutôt l'ambulatoire. S'il y a un grave problème addictif et psychiatrique on envisage les ESE. En substance, le critère serait d'avoir un problème chronique important et suffisamment grave pour ne pas pouvoir être traité en ambulatoire mais pas suffisamment pour justifier une hospitalisation.
2. La vulnérabilité : ont été évoqués comme critères de vulnérabilité le besoin de protection contre la détresse et la vulnérabilité sociale, la désinsertion sociale, la précarité, la marginalité, les relations difficiles avec l'entourage, les problèmes de logement, l'instabilité et les périodes de rechute dangereuses.
3. Le réalisme, le travail sur soi : ce critère implique pour l'usager une vision claire de sa situation, une prise de conscience de son état, qu'il s'interroge sur sa consommation, soit prêt à changer et qu'il ne nie pas ses difficultés.
4. Le besoin d'éloignement : ce critère inclut la nécessité de recentrer, de couper la personne de son milieu, de l'éloigner du produit, de la mettre à l'abri, ce qui n'est pas possible si la personne reste dans son "biotopie". On prend en compte l'incapacité de la personne à se protéger du produit et de ses relations, sa vulnérabilité face au produit et aux dealers. Est inclus dans ce critère l'aspect symbolique de l'entrée à l'« asile ». Pour ceux qui ont un parcours de vie avec de l'internement, de l'incarcération, c'est un critère excluant. On va d'abord miser sur l'ambulatoire.
5. Le bien-fondé de la demande : ce critère interroge les fondements de la demande. Le motif principal doit bien être le sevrage et l'usager être à l'origine principale de la demande. Les motifs plus conjoncturels (saison par exemple) doivent être investigués. La prédominance d'attentes de la part de tiers (justice, famille, soumission à l'autorité) serait un critère négatif (chances de succès plus faibles). Le nombre de tentatives préalables n'est pas un critère de bien-fondé de la demande, bien qu'il soit pris en compte par les intervenants.
6. La motivation et la détermination de l'usager (mesurée par exemple par la volonté de faire des visites d'ESE), ainsi que l'existence d'un projet à terme (par ex. de réinsertion professionnelle), Plus généralement le désir de changement et d'expérimentation hors du contexte habituel.

7. La nécessité d'intensifier ou de changer de prise en charge (par exemple besoin d'un suivi spécifique et pointu) : le fait d'arriver aux limites du suivi ambulatoire pour des raisons d'autonomie insuffisante (consommation ingérable, perte de logement, dégradation progressive de la personne, dépression). Pour l'urgence on oriente vers la Calypso ou d'autres structures hospitalières, pour les situations moins aiguës, on peut orienter vers le résidentiel.
8. L'urgence et la gravité : ce critère est utilisé dans les deux sens extrêmes: l'existence d'un danger de santé grave, d'une mise en danger de soi ou d'autrui du fait de comportements inadaptés, comme l'absence totale d'urgence (décision raisonnée) peuvent être des critères d'indication au résidentiel.

D'autres critères ont été mentionnés, tels la notion du « bon moment » (p.ex. lorsqu'un événement dans les mois précédents a fait basculer quelque chose dans la vie de l'utilisateur et agit comme levier pour changer), l'ultime recours quand l'utilisateur a fait seul beaucoup d'essais non aboutis pour s'en sortir, la conviction de l'intervenant que c'est la bonne solution.

3.1.2 Difficultés rencontrées dans l'indication

Les principales **difficultés** rencontrées par les intervenants se retrouvent dans plusieurs domaines:

1. Difficultés liées à l'utilisateur. L'ambivalence de l'utilisateur face à l'engagement dans un processus de changement est une difficulté importante, qui peut se traduire par une inconstance, l'abandon des démarches, etc. Il est aussi difficile d'avoir une perception claire des représentations et perceptions de l'utilisateur et il faut parfois corriger des préjugés face aux ESE. La motivation de la demande n'est pas non plus facile à apprécier et l'appréciation du degré d'urgence d'entrée en résidentiel peut varier entre l'utilisateur et l'intervenant.
2. Difficultés liées à la tâche. La charge de travail peut être lourde. Le soutien à l'utilisateur dans une période de changements potentiellement chargée d'angoisse représente une grosse charge et une grande disponibilité, pas toujours compatible avec le reste des activités, est nécessaire. Les aspects logistiques et de coordination entre thérapeutes (avoir un objectif commun, parler le même langage à l'utilisateur) sont aussi une charge importante.

La question des limites de la responsabilité intervenant/utilisateur dans l'orientation, et leur responsabilité dans le résultat de la prise en charge. Les intervenants ont le souci que, dorénavant, on mette sur les épaules des personnes qui font l'indication une nouvelle responsabilité. La marge de décision de l'utilisateur est mentionnée : on laisse une certaine liberté à l'utilisateur, on ne le force pas et on ne l'empêche pas, on le met au centre et on essaie de l'aider à avancer. Selon les intervenants, la responsabilité première est celle de l'utilisateur, puis celle de l'ESE, et finalement celle du centre d'indication.

3. Difficultés liées au dispositif existant. L'adéquation entre l'offre et les besoins est mentionnée comme un problème. Le choix est limité, il manque des offres dans les structures. On se dirige plutôt vers une convergence des offres que vers une diversification (exemple : l'art thérapie qui existait à Bartimée mais qui a été arrêtée). Il faudrait une maison avec une meilleure offre pour le domaine de l'occupationnel, de la gestion du temps libre. L'équilibre entre régions et la variété des offres dans les régions sont aussi mentionnés, de même que l'équilibre entre haut et bas seuil. Il y a trop d'institutions haut seuil et pas assez de bas seuil. Les besoins de prise en charge des co-morbidités psychiatriques et des populations vieillissantes sont insuffisamment satisfaits.

Il n'y a pas assez de place en institution. Les structures résidentielles acceptent les gens selon les places disponibles et ajustent leur seuil d'acceptation et de tolérance. Ce qui rend la procédure d'indication plus compliquée.

Le délai pour la procédure peut être long et dépend de plusieurs facteurs y compris le changement d'avis de l'utilisateur. Le temps, le timing pour trouver une place est parfois un problème (lorsque l'utilisateur est prêt et motivé, l'attente est un risque de découragement).

La collaboration entre centres d'indications et ESE est inégale. Dans certains cas l'entrée en ESE représente une coupure avec la prise en charge préalable. Les intervenants souhaiteraient plus de collaboration et pouvoir intervenir dans l'ESE en soutien et en tout cas conserver le réseau de soin.

3.1.3 Vision et attentes/craintes par rapport au DCIST

Les intervenants des centres d'indication ont exprimé des **attentes** face au DCIST. Ils estiment que les outils d'indication doivent non seulement être utiles pour mieux indiquer mais aussi pour vérifier a posteriori l'adéquation de l'indication proposée. Le travail en binôme devrait permettre un regard plus neutre, un regard tiers. Ils espèrent que le processus permettra de renforcer le réseau en mettant en évidence certains manques et validera ce qui est fait actuellement avec l'usager. Il existe un intérêt pour travailler avec des outils formels validés scientifiquement et pour collaborer avec les autres en utilisant un langage commun entre monde médical et social. Le fait de protocoler le travail et de disposer d'une base de données est aussi vu comme positif, comme la possibilité de réévaluer les situations.

Les personnes en charge d'indication soulignent l'importance de se mettre d'accord sur la façon de remplir les questionnaires, de coder les réponses, d'avoir tous les mêmes critères. Certains estiment que l'on pourrait à terme fusionner le DCIST et EVITA.

Les **craintes** à l'égard du DCIST concernent le souci d'alourdir le processus (travail en binôme), sans contrepartie financière, de perdre de la réactivité, et d'augmenter la bureaucratisation, le contrôle sur les institutions qui font l'indication. Les intervenants se demandent si le fait de passer à travers un processus un peu plus lourd (questionnaire assez long, binôme) ne va pas décourager les usagers les plus fragiles et rehausser le seuil d'indication en ESE. Ils craignent aussi de ne plus avoir une marge de manœuvre suffisante ou d'avoir plus de difficulté à justifier certains choix (par exemple nécessité d'une orientation hors canton). Cela touche à la question de la liberté professionnelle et de la liberté du patient : quel sera le respect pour la volonté des parties ?

Les intervenants expriment aussi des soucis en regard de la confidentialité des données : les données du DCIST devraient rester dans les structures d'indication, sauf accord de l'usager pour les transmettre à l'ESE. Certains jugent l'outil très intrusif.

Il existe aussi des craintes de responsabilisation des personnes faisant l'indication en cas d'échec (voir aussi plus haut sur la responsabilité), plus généralement il existe des interrogations sur l'utilisation qui sera faite des données recueillies.

Certains voient dans la mise en place du DCIST un fort aspect symbolique, des enjeux entre médecine et travail social, entre ambulatoire et résidentiel dans un contexte de limitation des dépenses publiques.

En conclusion, l'essentiel des remarques a porté sur les modifications attendues de la façon de travailler et de l'utilisation des nouveaux outils. On craint une charge de travail considérable et on souhaite que la procédure ne freine pas le processus d'entrée en ESE. Des soucis sur le respect de la liberté et de l'autonomie des indiquants et des patients ont aussi été évoqués largement. On insiste sur le fait que le système doit servir au bien de l'usager lequel doit rester au centre du processus.

3.2 ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES DES ESE AVANT LA PHASE PILOTE

3.2.1 Profil attendu des usagers selon les différentes ESE

A Bartimée, on estime que ceux qui y réussissent sont ceux qui ont pris conscience de leurs troubles fonctionnels (qui ont fait le deuil d'une vie normale, indépendante), qui ont déjà une certaine réflexion par rapport à la consommation de substances et qui ont un état de santé relativement préservé. L'institution apporte un bénéfice particulier aux personnes qui souhaitent une mise au vert et un éloignement des zones de deal, ce que Bartimée offre étant un lieu passablement reculé. Il y a différents

seuils d'accès et peu de gens à l'AI. Les usagers ont une potentialité de se réinsérer professionnellement. On prend les gens pour du long terme, qui veulent faire un travail sur eux-mêmes (il y a beaucoup de psychothérapies), se donner du temps, accepter l'introspection et qui ont en général déjà tout essayé.

Au Levant, on estime que la population d'usagers est devenue plus difficile à prendre en charge qu'il y a quelques années. Le Levant a des offres particulières, *Casa* offre un seuil adapté à des populations qui ne peuvent être prises en charge dans les institutions à seuil haut. Le *CTR* est une offre à plus haut seuil, qui peut néanmoins accueillir des personnes « irrattrapables ». On garde les gens, il y a eu un assouplissement par rapport à des périodes antérieures, mais on préserve quand même la communauté. Les approches ont été personnalisées.

Le Relais s'adresse à ceux dont la dépendance est à peu près stable et qui veulent travailler, qui ont un projet d'insertion professionnelle et qui souhaitent démarrer directement dans ce processus. Les gens sont libres de travailler où ils le souhaitent. Il n'y a pas de thérapie de groupe. Les usagers sont libres de sortir de la structure mais avec certaines limites. Le cadre est à géométrie variable.

3.2.2 Attentes et craintes par rapport au DCIST

Les 3 responsables des ESE interrogés attendent passablement de cette nouvelle approche scientifique qui devrait permettre de mieux documenter les parcours des usagers avec des outils standardisés pour une pratique commune. Le choix des outils est salué, car ils sont largement utilisés ailleurs et ont démontré leur utilité. Les professionnels espèrent que la procédure permettra de montrer des progrès chez les usagers même s'ils rechutent et estiment aussi qu'il est nécessaire de cesser de se focaliser sur le « taux de réussite » qui, à leurs yeux n'a pas de sens dans le domaine de la toxicodépendance.

Le DCIST devrait aussi permettre de décharger les ESE d'une certaine responsabilité lors de l'acceptation de nouveaux usagers. Les responsables des ESE souhaitent que les outils se révèlent vraiment utiles, qu'on ne les utilise pas juste pour justifier son travail mais qu'on puisse améliorer le suivi et les connaissances sur la population des personnes toxicodépendantes. Une amélioration du travail en réseau et la modération d'une certaine compétition existante entre les ESE sont espérées. On souhaite aussi avoir une réponse aux éventuels changements à apporter dans le résidentiel et l'identification des lacunes dans le réseau.

Le travail d'évaluation, la recherche scientifique externe est également souhaitée. On souhaite la généralisation de pratiques basées sur la clinique. On vise un réseau coordonné avec de bonnes collaborations, voire des échanges entre employés à but de perfectionnement et d'interconnaissance. On espère que le DCIST permettra d'améliorer l'orientation des personnes, de limiter les arrêts ou réorientations de séjours et qu'il facilitera le *case management* (prise en charge individualisée).

Les craintes portent sur le fait que cette approche scientifique puisse s'interposer entre l'intervenant et l'utilisateur et que le système soit lourd. Les responsables des ESE craignent de perdre trop de temps en pré-admission et que des gens potentiellement motivés abandonnent en cours de route à cause d'une procédure trop longue ou trop pénible. Le temps va probablement apaiser ces craintes. Le DCIST risque aussi de mettre en cause la place de l'intervenant dans la relation avec l'utilisateur. Il peut remettre en cause la capacité des centres d'indication à faire certains diagnostics, donnant trop de poids aux résultats issus des outils par rapport aux autres dimensions.

Des craintes de doublons avec EVITA sont exprimées et des clarifications souhaitées sur qui fera la réévaluation à 6 mois.

3.3 ENTRETIENS POST-PHASE PILOTE AVEC LES INTERVENANTS DES CENTRES D'INDICATION

Neuf personnes ont été revues après la phase pilote. Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes. Les participants ont les caractéristiques suivantes : 3 hommes et 6 femmes, 6 proviennent du milieu socio-éducatif et 3 du milieu médical. Ils estiment leur niveau d'expérience à 4.6 (contre 5.9 en pré-phase pilote) sur l'échelle de type Likert en 7 points présentée plus haut. 5 personnes réalisent des entretiens d'évaluation entre une fois par semaine et une fois par mois (les autres les font moins souvent). La durée moyenne estimée de ces entretiens a plus que doublé passant de 45 minutes environ à plus de 100 minutes. Le sentiment de compétence pour cette tâche est en légère baisse (5.8 contre 6.3 en pré-phase pilote). A la question de savoir si l'indication peut altérer en bien ou en mal les relations avec l'utilisateur, la réponse est stable (3.8 sur 7). Le niveau de satisfaction par rapport à la dernière indication réalisée n'a pas évolué (6.2 sur 7). Le sentiment d'avoir maîtrisé son déroulement est à 5.9 et la satisfaction supposée de l'utilisateur est à 6.5 (pas de changement marqué par rapport au premier entretien). 4 personnes (contre 5) pensent qu'elles ne pourraient pas améliorer cette indication si elles la refaisaient le jour de l'entretien. Concernant le fait que ce DCIST soit nécessaire et souhaitable, la réponse reste plutôt favorable avec une moyenne de 4.8 pour les deux questions (minimum 2, maximum 7, écart-type 1.6 pour nécessaire et minimum 2, maximum 7, écart-type 1.8 pour souhaitable).

Ces données n'ont pas de validité statistique incontestable. Toutefois, les légères baisses des sentiments de compétence et d'expérience concordent avec ce que certains intervenants nous ont confié oralement. Il est possible que cette nouvelle procédure ait fragilisé certains intervenants. Cela ne s'est toutefois pas répercuté sur les autres mesures comme la satisfaction par rapport à la dernière indication ou l'attitude par rapport au DCIST. Il est probable, par exemple, que l'ASI ait mis en évidence des champs qui n'étaient pas investigués par le passé, révélant certaines lacunes dans le travail d'indication antérieur.

Les **critères d'indication** mentionnés après la phase pilote sont référencés ci-dessous. Moins de critères ont été évoqués qu'avant la phase pilote.

1. Evaluation de l'état bio-psycho-social de l'utilisateur: comme auparavant, on prend en compte l'évaluation de l'état psychologique et somatique de la personne, son état de détresse et la gravité de la dépendance pour voir s'il nécessite une indication à un traitement en milieu résidentiel. On évalue la gravité de la situation addictive et s'il y a une comorbidité psychiatrique, un besoin d'accompagnement de la situation psychique après le sevrage pour envisager une entrée en ESE (éléments favorables à une indication en ESE).
2. La motivation de l'utilisateur (citée à plusieurs reprises), son insistance, sa détermination restent des facteurs d'indication positive importants. On prête attention au désir de la personne et à sa réflexion sur sa situation, au fait qu'elle ait un projet et un désir de faire quelque chose même si elle ne sait pas comment.
3. Péjoration sévère de la situation nécessitant une intensification du suivi. On pense au résidentiel lorsque la personne n'arrive plus à se gérer, qu'il y a une perte du contrôle de soi et une mise en danger de soi. Lorsqu'il y a une urgence socio-sanitaire et psychiatrique et le besoin d'un traitement thérapeutique soutenu. De même, lorsque l'évaluation clinique montre qu'il faut une intensification du traitement sur un mode de gestion des rythmes de vie, de la protection et de l'occupation (lorsque l'ambulatoire n'est plus suffisant pour cela).
4. Besoin d'éloignement, de mise au vert : volonté de s'éloigner du produit (en particulier des tentations en milieu urbain) et le besoin de changer de milieu, de se mettre au vert.
5. La vulnérabilité : personne sans domicile depuis longtemps (pas une perte de logement temporaire) ou sans ressources (dans tous les sens du terme). Une désocialisation avec d'autres difficultés associées et le besoin d'un cadre éducatif sont aussi des critères d'indication positifs.

6. Echec du traitement ambulatoire, échec d'une première tentative avec accompagnement.
7. Formulation claire d'un projet et adéquation du projet avec l'offre thérapeutique de l'institution souhaitée.

3.3.1 Difficultés rencontrées dans le travail d'indication

Certaines difficultés sont associées au changement dans l'organisation et la nature du travail suite au changement de procédure. Pour certains, il est pénible de ne pas approfondir un sujet soulevé par une question jugée intrusive par le professionnel pendant la passation des instruments, en sachant que cela ne sera pas forcément repris par la suite. En effet, le DCIST pose pour la première fois beaucoup de questions importantes pour l'utilisateur, ce qui prend du temps et demande une relation, relation qui n'est pas souhaitée dans le cadre de l'évaluation. Il y a des questions qui ne sont pas anodines et qui nécessitent un minimum d'accompagnement qui – du point de vue de ceux qui font l'évaluation - ne sont pas de l'ordre de l'indication et cela dérange, il y a une gêne, que l'on connaisse ou pas la personne (p. ex. questions sur les maltraitances).

Une certaine frustration découle du double rôle perçu d'intervenant et de personne chargée de l'évaluation.

A plusieurs reprises, des soucis relatifs à la coordination du binôme ont été évoqués : il est difficile de se coordonner avec le réseau si la demande est urgente (« dans les 3 jours »). Le DCIST prend du temps, il faut accorder les disponibilités. Cela oblige parfois à déplacer d'autres rendez-vous. Difficulté aussi dans la coordination entre les différents acteurs (thérapeutes et la patientèle). On a toujours beaucoup de demandes urgentes alors que cela ne devrait pas être le cas. Cela reste compliqué à organiser et cela ne s'est pas arrangé par rapport à avant.

Difficulté aussi d'accorder les points de vue entre le social et le médical. C'est un exercice intéressant mais c'est un enjeu qui n'existait pas auparavant. Il existe des approches différentes pour faire l'indication, ce qui est positif mais demande à chacun de faire un pas vers l'autre.

Certains ont évoqué avoir été confrontés aussi aux fausses croyances de l'utilisateur par rapport au DCIST malgré la présence d'une feuille d'information et de recueil de consentement (croyance qu'on est obligé d'aller jusqu'au bout du DCIST, qu'on est pénalisé si on abandonne en cours de route).

La discrédence existant parfois entre les niveaux de l'ASI (sévérité de l'addiction) et le discours de l'utilisateur a été évoquée.

Certains ont eu le sentiment de faire un travail inutile lorsque l'indication et un travail important avaient déjà été faits avant par une autre structure, non habilitée formellement à le faire. On n'allait pas ensuite orienter l'utilisateur ailleurs. Il y a donc nécessité d'une meilleure coordination à faire avec les structures « intermédiaires ».

Avec le DCIST apparaît ou devient plus visible la question de la bonne institution pour la personne. Il y a une nouvelle responsabilité dans le choix de l'institution avec la peur de se tromper d'institution alors que les intervenants ressentent l'importance de la rencontre humaine pour que ça marche et pensent que cela peut se passer n'importe où.

Lourdeur de la procédure: certains intervenants rapportent qu'il a été parfois ardu de remplir le questionnaire qui est long et pénible selon les usagers alors que, selon eux, on n'aurait pas besoin d'autant de questions pour faire l'évaluation. Le temps nécessaire pour les déplacements et le travail administratif est aussi une charge.

La contrainte institutionnelle est parfois mal vécue, de même le fait que l'acte d'indication soit concentré sur quelques personnes (formées) qui doivent ensuite assumer le processus sans les autres. La paperasse du DCIST fait peur, c'est une première barrière qui retient à faire l'indication. Dans certains cas le processus d'indication a été très long (3-4 heures).

Des lacunes dans l'offre résidentielle font que l'on choisit parfois la moins mal adaptée.

Le manque de concertation et de réflexion en commun entre les personnes chargées d'indication a été parfois souligné.

3.3.2 Bilan général du DCIST au terme de la phase pilote

Les personnes interrogées craignaient un alourdissement de la procédure. Il y a eu un temps d'adaptation nécessaire chez les personnes chargées d'indication pour faire passer les outils et une routinisation pour éviter d'avoir le nez dans le questionnaire. Les premières investigations ont pris beaucoup de temps. Les usagers les trouvaient parfois trop longues et se plaignaient. Les usagers ont eu parfois des difficultés à répondre au SOCRATES. Mais, en pratiquant on s'approprie l'outil, qui a pris peu à peu moins de place pour venir en second. La durée de passation a diminué parfois de moitié par rapport au début et la coordination, au fil des rencontres, est devenue plus fluide.

Il y avait une crainte que le passage par le DCIST, par sa longueur, n'empêche des entrées en résidentiel. Les intervenants ont fait en sorte que cela n'arrive pas pour cette raison-là et un bon rythme a pu être suivi. Il y a eu moins d'entrées en résidentiel et ceci serait dû, selon les intervenants, à un meilleur filtre des entrées mal construites. La perception est que l'on gagnera quelque chose si on voit qu'il y a moins de séjour interrompus précocement. Certains intervenants reconnaissent l'utilité d'une étape supplémentaire dans la décision pour un traitement coûteux.

Avantages du DCIST : les intervenants estiment que les outils permettent de faire une bonne « photo » de la situation de l'utilisateur. Les outils sont évalués comme bons voire excellents. Le processus actuel a des avantages, par exemple, le fait d'entrer dans un circuit où il faut rendre des comptes et prendre davantage position. Les outils permettent de faire un profil de la population qui sera utile pour le réseau. C'est aussi une « photo » nécessaire pour les usagers (certains en ont même demandé une copie). Le bilan avec l'ASI a l'avantage de mettre les choses au clair pour tous les protagonistes et de poser une base de comparaison. Les outils apportent un canevas, et une amélioration de l'objectivité du processus.

La mise en place du DCIST s'est faite avec souplesse (certaines procédures assouplies ou certaines exceptions tolérées) et cela est apprécié.

L'aspect de la standardisation du processus est apprécié, de même qu'un travail en réseau plus intensif ne serait-ce qu'à travers les plates-formes.

La collaboration avec les ESE se passe généralement bien, l'information sur les prestations des institutions s'est améliorée.

L'obligation de collaborer avec les autres institutions demande du travail mais est intéressante. L'approche médicale attentive à la problématique psychique est intéressante.

Une personne a trouvé intéressant de faire des indications en prison et pense que cela a fait du bien à l'une des personnes rencontrées. Elle n'a pas eu de pression de la part des avocats ni eu de problème particulier. Elle estime que c'est une aide précieuse que l'on peut apporter à des gens qui en ont besoin et qu'il serait préjudiciable pour ces personnes d'y renoncer. Deux autres personnes ne partagent pas cet avis et craignent le mélange entre les impératifs de la clinique, du SPAS et les pressions en lien avec la justice, et questionnent la motivation du détenu.

Limites ou points négatifs: certains trouvent que le DCIST est une machine trop lourde, que l'ASI n'est pas essentiel pour l'indication.

Le sentiment de compétence par rapport à l'indication a baissé chez deux personnes, qui se demandent si elles répondent bien aux attentes. Elles trouvent difficile de percevoir la motivation de l'utilisateur et de prévoir les réussites et les échecs.

Le travail en réseau demande du temps et est jugé par certains utopique, voire dépourvu de sens dans certaines situations.

Il y a un questionnement sur la subjectivité de l'indication, l'homogénéité de l'indication (des cotations) entre les divers intervenants. Etre à deux est utile mais l'indication devrait pouvoir être faite par une personne quand cela favorise le planning et l'avancement du dossier.

On signale encore des cas où l'on n'a pas forcément reçu un feedback de l'ESE suite à une indication réalisée. La personne a « disparu » dans le résidentiel puis l'a quitté. La communication avec le résidentiel est encore à améliorer. Une fois en institution, on perd le contact avec l'usager, on ne sait pas comment tout cela est repris en institution.

Les cas de poly-toxicomanie posent des problèmes d'indication selon la prédominance du type d'addiction.

Développements futurs souhaités, suggestions : plusieurs personnes ont évoqué le désir et l'intérêt de pouvoir suivre la trajectoire des personnes indiquées. On ne souhaite pas les perdre de vue et on évoque l'importance du suivi à 6 mois. On est curieux de voir dans quelques temps ce que sont devenues les personnes en termes de développement par rapport aux prédictions. Cela pourrait donner des indications sur l'utilité de la procédure.

Il est proposé de faire un bilan à 3-4 ans, de ressortir les indications et voir ce que sont devenus les patients.

On souhaite que soit menée une réflexion sur un système de *patient-treatment matching*, un ensemble de critères permettant d'orienter en fonction des scores et caractéristiques du patient recueillis lors de l'indication.

Il est souhaitable d'avoir une brochure ou une documentation pour les institutions et les médecins privés qui sont un peu en marge du DCIST de même que d'améliorer la communication large autour du DCIST.

On estime qu'un rapprochement avec EVITA ferait sens, voire qu'ils devraient être fusionnés au plus vite dans un souci de rationalisation et d'économie, avec un seul binôme capable de faire les deux types d'indications.

Les avis sont partagés sur l'idée de confier à une seule personne externe les indications de toutes les structures. Pour une personne, cela serait une perte et un danger de tout centraliser et pour une autre on aurait l'avantage d'avoir un suivi homogène de cette population, on pourrait créer un poste pour prendre en charge toutes les évaluations et réévaluations comme on l'a fait pour EVITA. La tâche peut devenir passionnante s'il n'y a pas le problème de la double casquette intervenant et évaluateur.

Autres remarques : on a soulevé la question de l'obéissance de l'usager dans un processus où l'acceptation de la procédure du DCIST est obligatoire pour accéder au résidentiel. De plus, lors d'un désaccord entre les indiquants et un usager, la question du pouvoir peut émerger et poser problème. Quelle est la liberté qui reste à l'usager ?

3.4 ENTRETIENS POST PHASE PILOTE AVEC LES RESPONSABLES DES ESE

Expérience et satisfaction : les ESE sont satisfaits qu'un tel dispositif soit mis sur pied car pour certains il était attendu depuis longtemps. Cela permet de répartir une responsabilité que portait jadis l'ESE tout seul. Il n'y a pas eu de situation de conflits entre l'avis du réseau et le résultat du DCIST concernant le devenir d'un usager.

On se réjouit d'avoir une procédure unifiée permettant de faire un suivi cohérent. Il reste toutefois un souci de ne pas trop alourdir le système.

Il reste un peu de flottement autour de la procédure de réévaluation (à 6 mois) et il faudrait que l'on définisse clairement qui fait quoi et dans quels délais. Les ESE s'en occupent mais un peu par défaut.

Le choix de l'ASI est salué car c'est la meilleure grille qui existe depuis longtemps. On a l'espoir que l'on puisse mieux suivre les résidents sur la durée et de pouvoir accumuler des éléments sur la pertinence de l'indication en résidentiel. Les ESE souhaitent que cela permette d'atténuer les questionnements sur les taux de réussite, en montrant que certaines dimensions peuvent évoluer indépendamment l'une de l'autre et mettre en évidence certains progrès sans se laisser aveugler par d'autres dimensions qui n'évoluent pas.

Au départ, les ESE avaient quelques craintes (finalement infondées) concernant la pression économique que le DCIST aurait pu exercer sur les ESE mais, avec l'expérience, on estime qu'il a surtout permis d'avoir un réseau mieux coordonné ce qui est une avancée majeure. On reste toutefois dans un système de concurrence entre les ESE, ce qui n'est pas idéal. Il faudrait arriver à aller tous dans le même sens, à être un seul réseau.

Autre méfiance du départ, on craignait qu'une procédure plus exigeante ne décourage des usagers et qu'ils renoncent à faire une demande ou abandonnent en cours de route, problème d'autant plus aigu qu'avec la toxicomanie les durées de séjour peuvent être très courtes. Avoir une évaluation à 6 mois, indépendamment du lieu où se trouve l'utilisateur, est aussi considéré comme une avancée majeure. Il est souhaité que la réévaluation faite dans le cadre du DCIST et le bilan élargi fait par l'ESE restent proches l'un de l'autre (dans la même semaine) pour éviter d'avoir des objectifs différents. Il faut que ça soit bien coordonné.

Concernant la coordination avec les prisons et la question des visites que les ESE peuvent faire avec certains détenus, on considère que ce n'est pas un travail à double. On fait un premier contact, puis on attend l'évaluation du DCIST pour continuer ou pas la procédure et le DCIST a souvent été réalisé assez vite.

Dans une structure, on a observé une diminution du nombre de personnes toxicodépendantes accueillies depuis l'entrée en vigueur du DCIST, ce qui interpelle. On est passé d'environ 30% à 5% de personnes toxicomanes accueillies. L'amélioration de la connaissance de l'offre de cette institution auprès des centres d'indication permettrait peut-être d'inverser cette tendance.

Aménagements proposés : A Bartimée on pense que cela aurait du sens que le résidentiel s'occupe de la planification des réévaluations à 6 mois car c'est le centre de la prise en charge.

4 ANALYSE DE LA FICHE ADMINISTRATIVE, DE L'ASI ET DU SOCRATES

La cheffe de projet du DCIST nous a transmis 79 dossiers de personnes ayant accepté le monitoring de l'IUMSP. L'intégralité de la fiche administrative et de l'ASI ainsi que les scores globaux du SOCRATES ont été saisis pour analyse. Le Tableau 1 présente les statistiques des dossiers achevés et interrompus en fonction du centre d'indication (régions nord, sud, est et ouest).

Tableau 1 Nombre de dossiers DCIST achevés et interrompus par centre d'indication

	DCIST achevés	DCIST interrompus	Total	%
DCIST Centre	35	8	43	47
DCIST Est	5	0	5	5
DCIST Nord	18	5	23	25
DCIST Ouest	21	0	21	23
Total	79	13	92	100

Ce sont les données de la direction du projet qui contiennent les personnes qui ont refusé le monitoring de l'IUMSP. Par hasard, nous avons également 79 dossiers mais les 13 personnes manquantes représentent les personnes ayant refusé le monitoring (cf. Tableau 2).

Tableau 2 Nombre de dossiers DCIST pris en compte pour le monitoring IUMSP par centre d'indication

	DCIST pour monitoring IUMSP	%
DCIST Centre	38	48
DCIST Est	4	5
DCIST Nord	17	25
DCIST Ouest	20	22
Total	79	100

En tout ce sont 11 personnes différentes qui ont rempli la partie d'évaluation du DCIST et également 11 personnes différentes qui ont participé à l'indication.

4.1 FICHE ADMINISTRATIVE

Le Tableau 3 présente quelques données sociodémographiques des 79 personnes passées par le DCIST qui ont accepté le monitoring de l'IUMSP. Les pourcentages sont calculés sur la totalité des réponses disponibles (sans prendre en compte les non réponses, lesquelles sont peu nombreuses pour ces variables). L'âge moyen des femmes est un peu plus bas que celui des hommes, soit 29.3 (min 19, max 43) versus 31.7 (min 19, max 49).

Pour 3 personnes, l'ASI n'a pas été rempli ainsi que le SOCRATES, et une personne a répondu à l'ASI mais pas au SOCRATES.

Tableau 3 Données sociodémographiques des 79 usagers ayant accepté le monitoring de l'IUMSP (phase pilote du DCIST du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011)

	(n=79)	(%)
Sexe *		
Hommes	60	76.0
Femmes	19	24.0
Âge moyen (en années)	31.2 (19-49)	
Etat civil		
Célibataire	66	84.0
Marié	5	6.3
Divorcé	4	5.1
Veuf	2	2.5
Séparé	2	2.5
Pays d'origine		
Suisse	57*	72.2
Autre	21	27.8
Mesures tutélaires		
Sans tutelle ni curatelle	61	78.2
Tutelle	11	14.1
Curatelle	6	7.7
Type de logement		
Logement propre	20	26.3
Logement chez des proches	25	32.9
Logement de secours - sdf	18	23.7
Autre	13	17.1
Situation financière**		
Revenu d'insertion	42	53.2
Rente AI	10	12.7
Salaire	10	12.7
Chômage	3	3.8
Autre	20	25.3

* Comprend les binationaux.

** Plusieurs réponses possibles. Les pourcentages sont calculés sur 79 répondants alors qu'il y a 85 réponses en tout. A lire ; 53% des personnes ont mentionné le revenu d'insertion comme source de revenu.

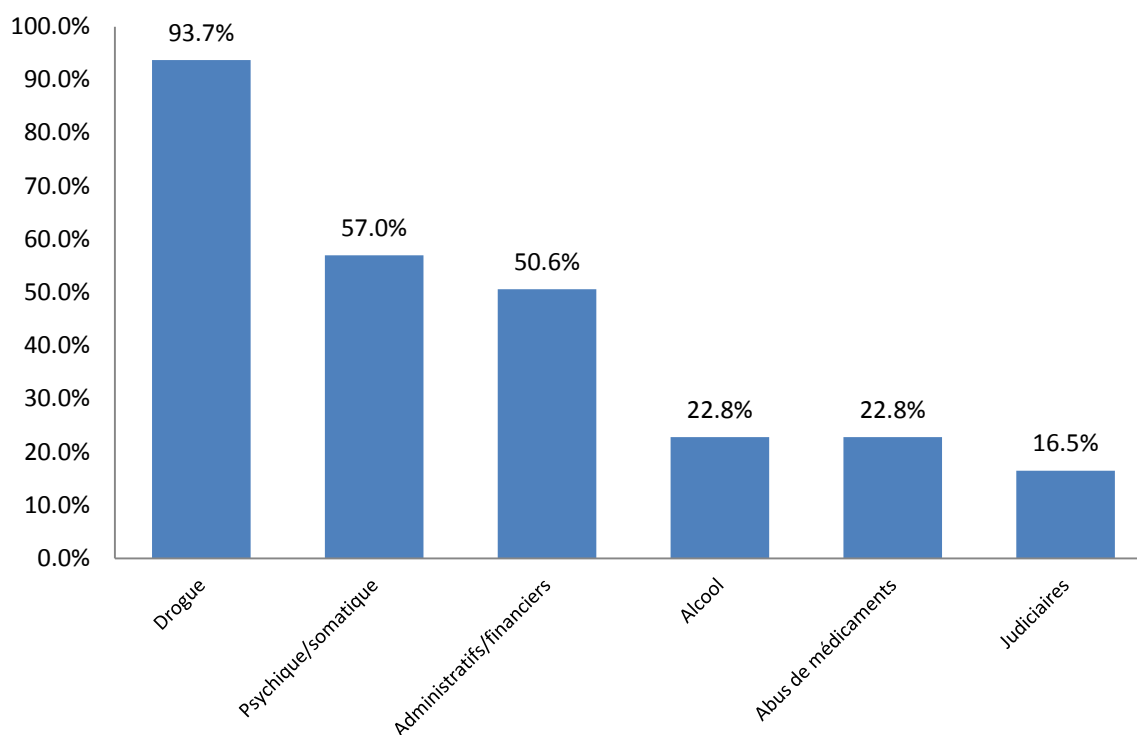
La majorité des personnes est célibataire (84.0%) et 72.2% sont d'origine suisse. Plus des ¾ sont sans mesures tutélaires (78.2%), 14.1% sont sous tutelle et 7.7% sous curatelle. Presque un quart vit dans un logement de secours ou sans domicile fixe et plus de la moitié est au bénéfice d'un revenu minimal d'insertion.

Le nombre moyen de séjours résidentiels pour des problèmes de drogue s'élève à 1.2 par personne ce qui signifie qu'en moyenne, on a eu en tout cas un séjour par le passé. Toutefois, certaines personnes ont fait plusieurs traitements et d'autres n'en ont jamais fait. Le pourcentage de personnes ayant déjà fait un tel séjour s'élève à 58.0%, 3.8% ont fait 6 séjours résidentiels et 24.1% un séjour.

En ce qui concerne le nombre moyen de TBS (traitement basé sur la substitution) suivis par le passé, le chiffre est de 0.8 en ambulatoire et 0.4 en résidentiel. Si l'on regarde la proportion de personnes concernées, 51.9% ont eu au moins un TBS en ambulatoire au cours de la vie. Cette proportion descend à 27.8% concernant les TBS en milieu résidentiel.

La Figure 1 présente, par ordre décroissant, les demandes et besoins d'aide pour des problèmes tels qu'évoqués^o et compilés dans la fiche administrative: 93.7% des personnes ont un problème de drogue, 57.0% des problèmes de santé psychique et/ou somatiques, 50.6% ont des problèmes administratifs, financiers ou de logement, 22.8% ont un problème d'alcool, 22.8% mentionnent un problème d'abus de médicaments, et 16.5% ont des problèmes judiciaires. Il faut relever que la majorité des cas présente au moins deux types de problème de manière concomitante.

Figure 1 Proportion des demandes et besoins d'aide pour des problèmes



^o Il est difficile de savoir si ce sont les problèmes évoqués par les usagers ou ceux relevés par l'évaluateur. Ce point mériterait d'être clarifié dans une nouvelle version de la fiche administrative.

A la question de l'évaluation du projet de l'utilisateur par l'équipe d'indication, nous relevons tout d'abord que plus de 20% de non réponses sont constatées pour les trois réponses figurant dans la fiche administrative. Les réponses consistaient en une échelle de 0 à 9, le 0 correspond à pas du tout et le 9 à tout à fait. Les moyennes à ces trois réponses sont élevées et se situent entre 7.8 (le projet de l'utilisateur est cohérent par rapport à la situation et le patient évalue sa situation avec lucidité) à 8.1 (l'utilisateur explique clairement son projet et donne envie de le soutenir). Il y a toutefois certaines personnes qui ont des scores relativement bas (entre 4 et 5). Dans la nouvelle version de la fiche administrative, cette question avec 3 réponses a été remplacée par une question (7.4) dont l'intitulé est le suivant : Dans quelle mesure l'indication est cohérente par rapport aux buts exposés par l'utilisateur (échelle de 0 à 9).

Parmi les éléments qui ont déterminé le choix de l'établissement socio-éducatif (ESE), on trouve en premier lieu, le programme socio-éducatif et thérapeutique de la dépendance pour 60.8% des personnes. Pour 43.0%, le programme d'insertion socioprofessionnelle et pour 27.8% le suivi médical somatique et/ou le suivi psychiatrique/psychologique. 7.6% des personnes désirent faire une demande d'admission en couple. La situation géographique joue un rôle dans 24.1% des cas avec par ordre décroissant les raisons suivantes : la proximité est importante pour 12.7% des personnes, l'éloignement pour 7.6% des personnes, la localisation rurale pour 7.6%, la localisation urbaine pour 5.1%, et le fait qu'un animal soit accepté pour 5.1%.

Dans 32.9% des cas, l'orientation résidentielle s'inscrit dans un contexte de crise et/ou d'urgence, et dans 22.8% cela est aussi partiellement le cas. Seulement 19.0% des cas ne relèvent pas d'une situation d'urgence. Relevons aussi dans le cadre de cette question, une proportion relativement élevée de non réponses (25.3%). Les raisons signalées pour le contexte de crise et/ou d'urgence sont les suivantes par ordre décroissant : 17.7% de mise en danger aggravé de soi et/ou d'autrui, 16.5% de sortie d'hôpital, 15.2% sans logement de secours, ou vit dans la rue, de même pour la famille ou l'entourage en crise, 11.4% suite à une sortie de prison, 6.3% en raison d'un programme dans un établissement socio-éducatif interrompu, et dans 1.3% (un cas) en raison d'employeurs. Pour les six personnes qui avaient répondu une autre raison : il s'agissait des suites d'un accident de voiture, d'une agression, du fait que la personne serait bientôt sans travail et logement, de l'absence de revenu, de la prison préventive, d'un logement à l'hôtel et de tensions familiales liés au logement dans la famille.

Aucune indication extra-cantonale n'a été faite. Il semble toutefois nécessaire de garder cette question dans la fiche administrative car il est possible que des indications extra-cantoniales aient lieu dans le futur.

Des 79 personnes pour qui nous avons des données de la fiche administrative, 65 personnes ont eu une indication vers un ESE. Pour les 14 personnes pour qui une indication vers une structure résidentielle n'a pas été retenue, la principale raison est celle de la poursuite d'un traitement ambulatoire. Parmi les établissements indiqués, pour 35.4% des personnes le choix s'est porté sur Bartimée, 32.3% sur le Levant, y compris 4.6% sur la Pichollette (3 cas) et 1.5% sur Casa (1 cas), 20.0% sur Les Oliviers et 10.8% sur Le Relais. Pour une personne, soit 1.5% l'établissement retenu était La Croisée de Joux. Pour 17.8% des personnes il n'y avait pas d'informations disponibles, ce qui correspond aux personnes pour qui une indication n'a pas pu avoir lieu. Relevons encore que dans seulement 29.1% des cas une date d'admission figurait sur la fiche administrative.

La durée de séjour prévue est de 6 mois pour 46.8% des cas, de 3 mois pour 11.4% des cas, de 12 mois pour 5.1% et de 4 ou 8 mois respectivement pour 2 personnes.

La question de l'évaluation de l'indication par l'utilisateur et l'équipe du DCIST comportait une échelle de satisfaction allant de 0 (pas du tout satisfait) à 6 (très satisfait de l'indication). Pour les 54 personnes pour qui une information était disponible (NR : 31.6%), la grande majorité des usagers ont répondu 6 (59.3%) ou 5 (35.2%), seulement 3.7% ont répondu 4 et 1.9% ont répondu 3. Pour l'équipe du DCIST, 55.6% ont répondu 6, 40.7% ont répondu 5 et 3.7% le score de 4. Là-aussi le taux de non réponses (NR) était de 31.6%.

Pour la satisfaction exprimée par l'utilisateur concernant l'indication, nous avons cherché à mesurer son niveau selon deux variables. La première était le fait d'avoir été indiqué ou pas vers un ESE.

Malheureusement, il n'y a aucune réponse lorsque l'évaluation n'a pas débouché sur une indication en ESE. Pour avoir cette intéressante information, il faudrait modifier les consignes de remplissage du questionnaire ou rappeler aux personnes chargées d'indication que cette question doit être posée quelque soit l'issue de la procédure. Nous avons également croisé la satisfaction avec le fait d'avoir été indiqué par une personne d'un centre d'indication ou par la personne externe responsable des indications du Centre (Centre St-Martin). Le niveau de satisfaction pour une indication réalisée par la personne externe est de 5.0 sur 6 et la moyenne pour les autres indications est de 5.6 sur 6. Le niveau de satisfaction est donc très élevé dans les deux situations. Il nous est toutefois difficile de commenter cette différence dans la mesure où nous ignorons si la satisfaction exprimée se réfère au résultat de l'évaluation ou au processus. De même, cette différence peut résulter de la familiarité avec les personnes des centres d'indication ou du temps de passation plus long. Une étude plus détaillée avec des questions complémentaires nous semblerait nécessaire pour tirer une quelconque conclusion de ce résultat.

4.2 ASI

Pour 3 personnes, l'ASI et le SOCRATES n'ont pas été remplis, et une personne a répondu à l'ASI mais pas au SOCRATES. Les analyses faites sur l'ASI portent donc sur un échantillon de 76 personnes.

L'ASI regroupe un nombre important de variables qu'il n'est pas possible de toutes présenter dans ce rapport. Nous nous centrerons donc sur quelques données sélectionnées jugées comme particulièrement pertinentes ou éclairantes sur les conditions de vie et de santé de cette population. L'ensemble des variables présentées sous forme d'une analyse descriptive simple figure dans l'annexe technique.

4.2.1 Données de santé et de consommation

La proportion de personnes ayant au moins une fois injecté des drogues au cours de la vie s'élève à 61.8%, 22.4% se sont injectés durant les 30 derniers jours, 81.6% ont consommé au moins une fois de l'héroïne au cours de la vie et 90.8% de la cocaïne. Au cours du dernier mois, 57.9% ont consommé de l'héroïne et la même proportion soit 57.9% a consommé de la cocaïne.

En ce qui concerne l'hépatite B, 71.1% ont été testés au cours de leur vie, 46.1% au cours des 12 derniers mois, et 35.5% sont vaccinés contre l'hépatite B. Pour l'hépatite C, 72.4% ont été testés au cours de leur vie, 46.1% au cours des 12 derniers mois, et 27.6% sont porteurs du virus de l'hépatite C. Deux personnes disent avoir eu ou sont en traitement par de l'Interféron. Pour le VIH, 85.5% ont été testés au cours de leur vie, 51.3% au cours des 12 derniers mois et 7.9% sont VIH-positifs (6 personnes). Parmi ces six personnes, 5 sont suivies pour leur séropositivité et 4 sont au bénéfice d'un traitement antirétroviral.

Les problèmes de santé physique chroniques sont relativement fréquents et ont été rapportés par 40.8% des personnes, avec 23.7% qui prennent régulièrement des médicaments pour ce type de problème.

4.2.2 Autres données d'intérêt

Une proportion importante a vécu seule durant les 12 derniers mois (32.9%). Une minorité se dit insatisfait par le mode vie actuelle (17.7%). Une faible proportion vit avec une personne consommant des drogues illégales (17.7%) ou avec quelqu'un ayant un problème d'alcool (10.1%).

Une proportion importante rapporte avoir eu des périodes importantes pendant lesquelles ils ont eu de sérieux problèmes avec leur mère (57.0%) ou leur père (55.7%) durant leur vie. De même une proportion non négligeable signale le même type de problèmes au cours du dernier mois (22.8% avec

leur mère et 17.7% avec leur père). De plus 19.0% rapportent avoir été victimes d'abus sexuels durant leur vie, 20.3% ont été victimes de violence physique et 50.6% de violence verbale au cours de leur vie.

La majorité a des dettes, soit 78.9% de l'effectif. Lors du dernier mois, la dépense moyenne pour l'achat de drogues illégales s'élevait à 754 frs. La consommation de drogues illégales était considérée comme problématique chaque jour pour 22 personnes (28.9%), pour 3 personnes la consommation d'alcool était estimée comme étant problématique quotidiennement (3.9%). Par ailleurs, 65.8% disaient avoir déjà eu une condamnation pénale et 28.9% étaient actuellement en attente d'une condamnation pénale.

4.2.3 Lieux d'indication

Le Tableau 4 présente, par centre, la proportion des indications vers une structure résidentielle. Les proportions les plus élevées sont indiquées en jaune. Par exemple, pour la région Nord, parmi les 17 indications faites, 47.1% ont été indiquées à Bartimée. Pour la région Ouest sur les 18 indications faites, 41.2% sont adressées au Levant.

Tableau 4 Pourcentage d'indication par rapport à l'ESE indiqué

	Bartimée (n=23)	Le Levant (n=17)	Le Relais (n=7)	Les Oliviers (n=13)
Centre (n=26)	43.5%	30.4%	8.7%	17.4%
Est (n=4)	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%
Nord (n=17)	47.1%	11.8%	5.9%	35.3%
Ouest (n=18)	23.5%	41.2%	23.5%	11.8%

Le Tableau 5 présente le profil des usagers en fonction de la structure indiquée. Malgré la taille limitée des échantillons, on constate des différences importantes en termes de profil. La proportion la plus élevée de femmes se trouve à Bartimée, puis au Levant. Les Oliviers et Le Relais n'ayant accueilli que des hommes. La proportion la plus élevée de personnes ayant un salaire est de 30.8% parmi les personnes indiquées pour Les Oliviers.

Tableau 5 Variables sociodémographiques, de consommation et de santé par type de structure

Variables	Bartimée (n=23)	Le Levant (n=17)	Le Relais (n=7)	Les Oliviers (n=13)
Homme	47.8%	70.6%	100.0%	100.0%
Femme	52.2%	29.4%	0.0%	0.0%
Age moyen en années (min-max)	30.2 (20-41)	32.0 (19-43)	30.1 (19-49)	32.3 (23-46)
Mesures tutélaires				
Sans tutelle, ni curatelle	87.0%	70.6%	85.7%	91.7%
Tutelle	8.7%	11.8%	0.0%	0.0%
Curatelle	4.3%	17.6%	14.3%	8.3%
Type de logement				
Logement propre	18.2%	29.4%	0.0%	50.0%
Logement chez des proches	45.5%	23.5%	50.0%	25.0%
Logement de secours - sdf	22.7%	29.4%	33.3%	16.7%
Autre	13.6%	17.7%	16.7%	8.3%
Situation financière				

Variables	Bartimée (n=23)	Le Levant (n=17)	Le Relais (n=7)	Les Oliviers (n=13)
Revenu d'insertion	56.5%	58.8%	71.4%	30.8%
Rente AI	17.4%	17.6%	0.0%	0.0%
Salaire	8.7%	17.6%	0.0%	30.8%
Chômage	0.0%	0.0%	14.3%	7.7%
Autre	26.1%	5.9%	14.3%	23.1%
Type de problèmes				
Drogue	100.0%	88.2%	85.7%	100.0%
Alcool	13.0%	29.4%	28.6%	30.8%
Abus de médicaments	26.1%	11.7%	28.6%	30.8%
Professionnels - formations	47.8%	41.2%	85.7%	84.6%
Administratifs - Financiers	47.8%	58.8%	85.7%	61.5%
Judiciaires	4.3%	17.6%	14.3%	46.2%
Orientation contexte d'urgence/crise				
Oui	36.4%	43.8%	40.0%	63.6%
Partiellement	40.9%	25.0%	40.0%	18.2%
Non	22.7%	31.3%	20.0%	18.2%
Injection à vie	62.5%	68.8%	71.4%	61.5%
Consommation d'héroïne				
A vie	91.3%	70.6%	85.7%	84.6%
Quotidienne (30 derniers jours)	31.6%	14.3%	0.0%	36.4%
Injection à vie*	58.8%	77.8%	75.0%	54.5%
* Parmi les consommateurs à vie				
Consommation de cocaïne				
A vie	91.3%	100.0%	85.7%	92.3%
Quotidienne (30 derniers jours)	15.0%	18.8%	0.0%	16.7%
Injection à vie*	53.3%	69.2%	66.7%	66.7%
* Parmi les consommateurs à vie				
Consommation d'alcool				
A vie	95.5%	82.4%	100.0%	92.3%
Quotidienne (30 derniers jours)	10.0%	28.6%	28.6%	9.1%
Consommation de benzodiazépines				
A vie	91.3%	68.8%	85.7%	76.9%
Quotidienne (30 derniers jours)	52.4%	50.0%	66.7%	40.0%
Injection à vie*	45.5%	20.0%	50.0%	0.0%
* Parmi les consommateurs à vie				
Test VIH positif	9.5%	14.3%	0.0%	18.2%
Hépatite C positif	31.6%	33.3%	50.0%	44.4%
Hépatite B positif	0.0%	23.1%	16.7%	10.0%

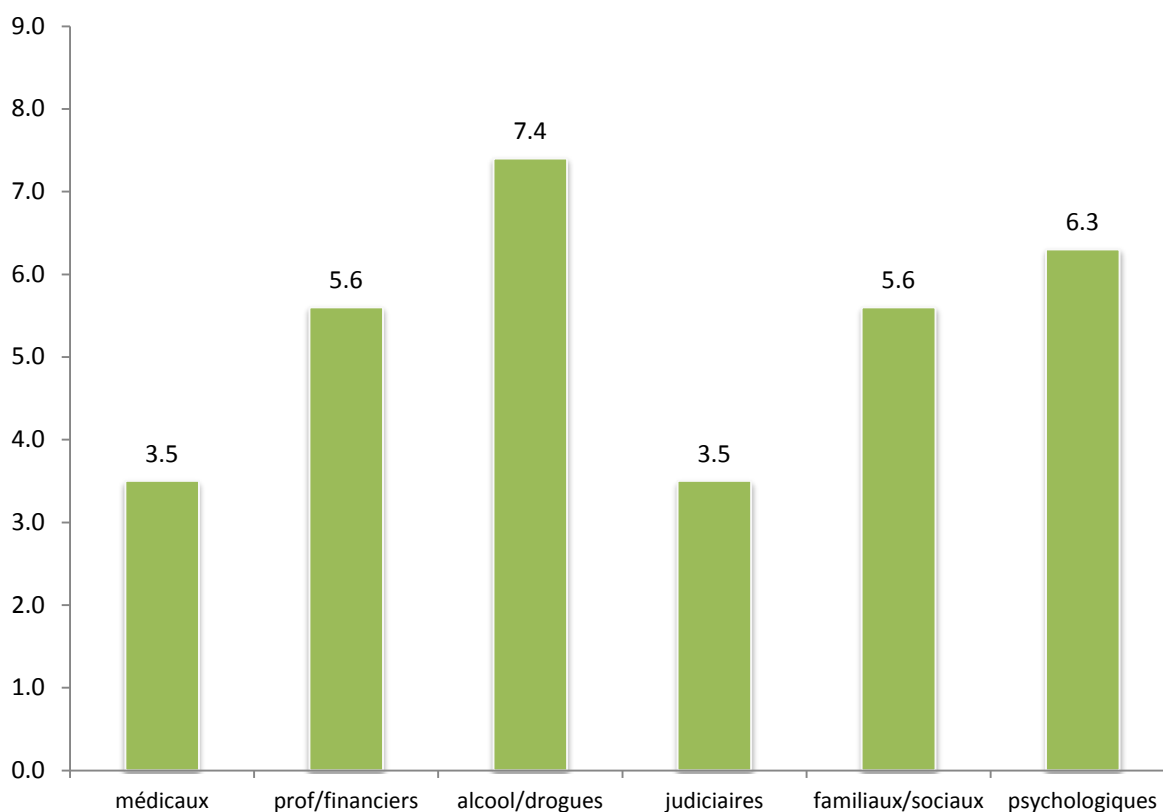
En ce qui concerne la consommation quotidienne actuelle d'héroïne et/ou de cocaïne, les personnes adressées au Relais n'en consomment pas du tout, alors qu'environ un tiers des personnes adressées à Bartimée ou aux Oliviers en consommaient quotidiennement au moment de l'évaluation. La

proportion la plus élevée de personnes pour qui l'orientation s'est faite dans un contexte d'urgence/crise se trouve aux Oliviers (63.6%).

4.2.4 SCORES ASI

La Figure 2 présente les scores globaux moyens de gravité des domaines de l'ASI. Cette échelle va de 0 à 9^P, et est cotée par l'évaluateur à l'issue de l'entretien en se basant sur la description des symptômes de l'utilisateur, de sa condition actuelle et sur l'estimation subjective de ses problèmes et de ses besoins de traitement dans chaque domaine.

Figure 2 Scores moyens de gravité ASI (0-9)

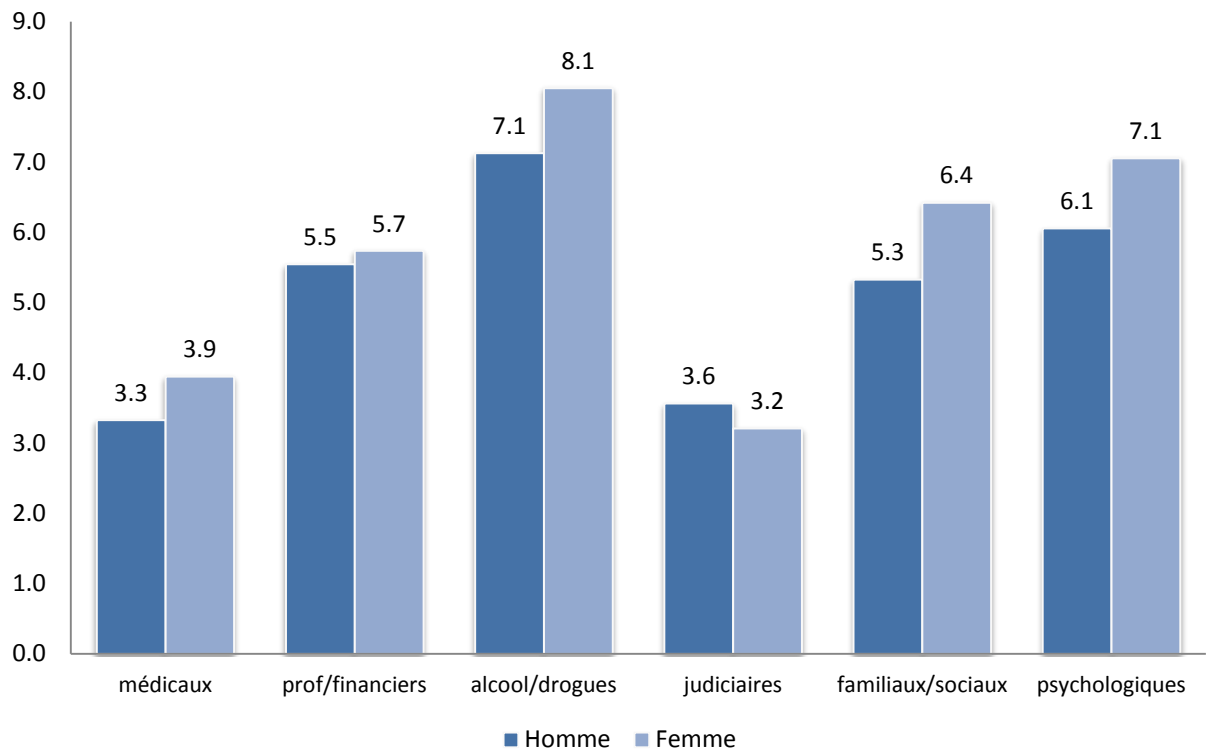


C'est la dimension de la dépendance à l'alcool et aux drogues qui ressort comme la plus importante (7.4 sur 9). Ce sont ensuite les problèmes psychologiques qui sont mis en évidence (6.3) puis ex æquo, les problèmes financiers/professionnels et familiaux/sociaux à 5.6. Finalement, on trouve les dimensions médicales et judiciaires, toutes deux à 3.5 sur l'échelle de gravité. Ces résultats confortent l'attention à porter sur la question de la comorbidité psychiatrique.

La Figure 3 présente les scores moyens de l'ASI par sexe. On constate que les femmes ont des scores moyens plus élevés que les hommes pour toutes les dimensions, sauf pour la dimension judiciaire. Les scores pour la dimension alcool/drogues et pour la dimension des problèmes psychologiques sont particulièrement élevés.

^P 0 signifie qu'aucun traitement n'est nécessaire, 9 signifie que le traitement apparaît indispensable dans une situation de danger pour la vie.

Figure 3 Scores moyens de gravité ASI par sexe



Les Figure 4 et Figure 5 présentent les scores moyens de l'ASI par rapport aux institutions indiquées. Nous n'avons retenu pour cette analyse que les 4 principales institutions. Il est intéressant de relever que certains scores sont très différents d'une institution à l'autre.

La Figure 6 montre les scores ASI pour trois grandes catégories d'âge. On constate que le score moyen pour la dimension des problèmes médicaux tend à augmenter avec l'âge. Par contre les scores pour les problèmes professionnels/financiers, judiciaires et psychologiques tendent à diminuer. Les autres scores montrent des valeurs moyennes relativement comparables.

Pour les 10 personnes qui n'ont pas eu d'indication vers une structure résidentielle, les scores moyens de l'ASI sont très proches de celles qui ont été adressées à un ESE.

Figure 4 Scores moyens de gravité ASI par institution indiquée

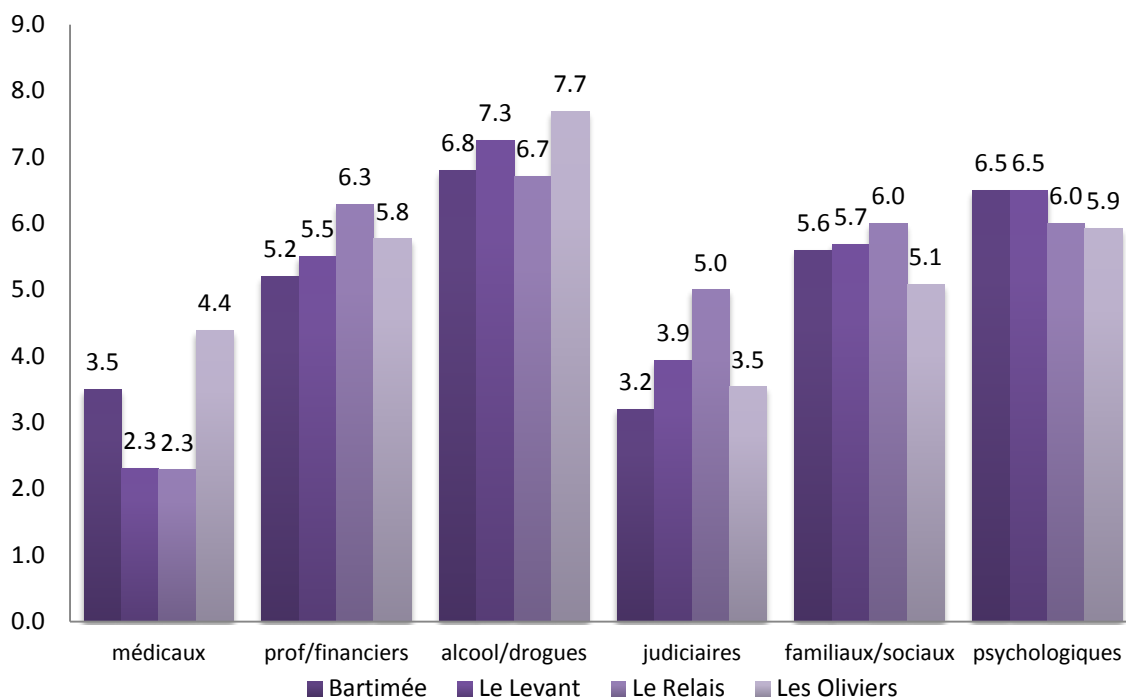


Figure 5 Scores moyens de gravité ASI par institution indiquée

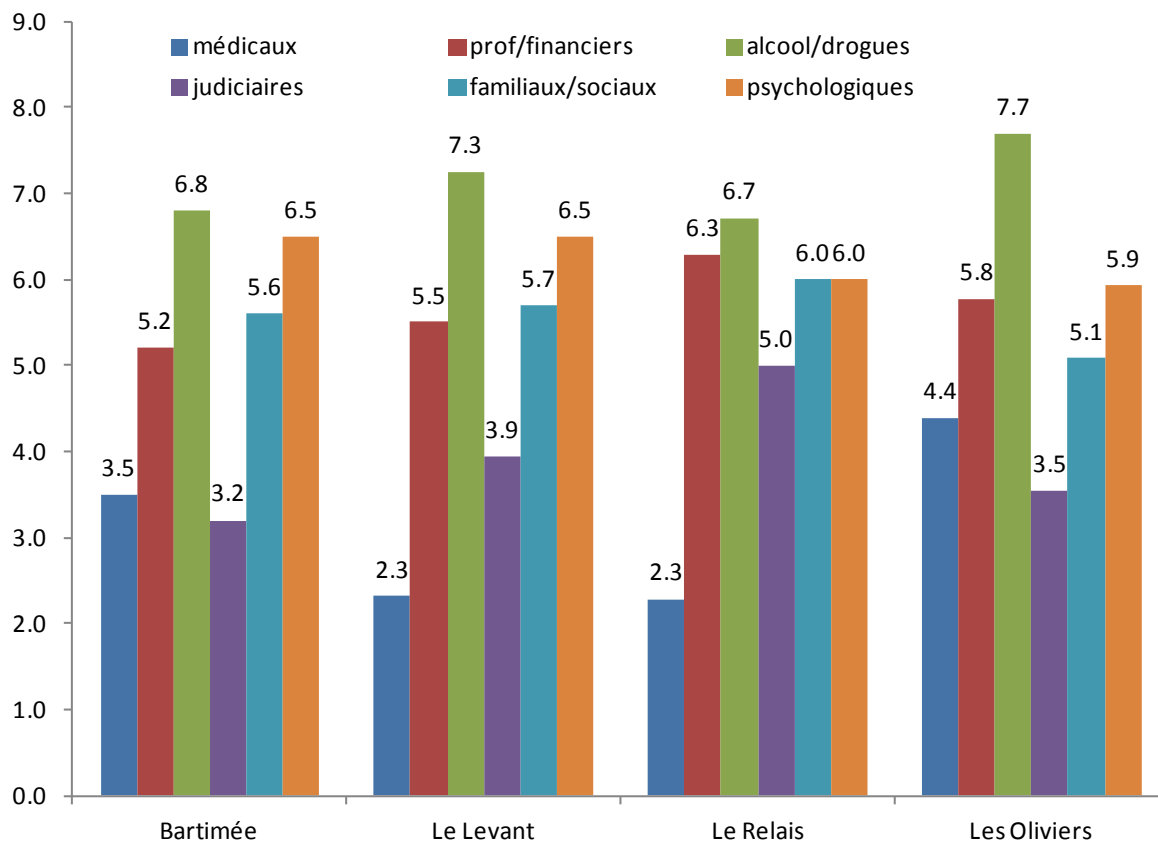
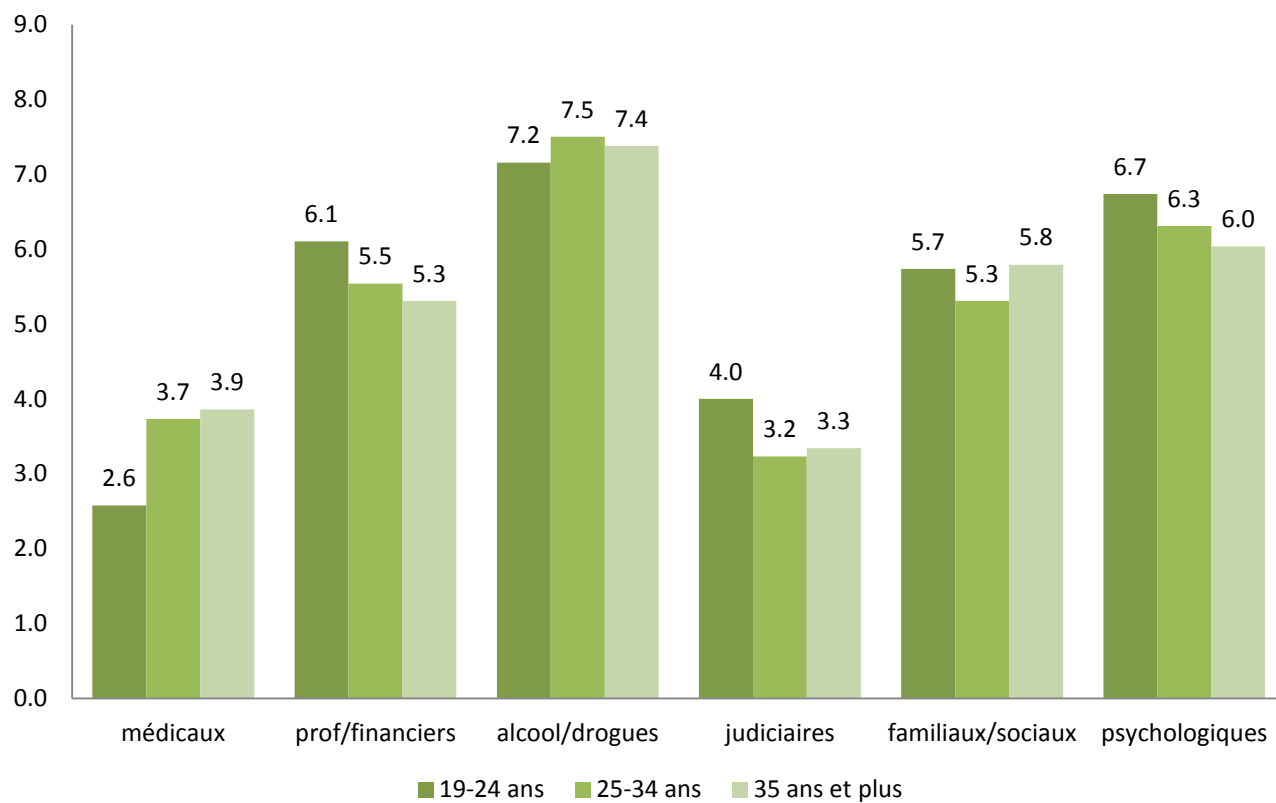


Figure 6 Scores moyens de gravité ASI par catégorie d'âge



4.3 SOCRATES

L'échelle de motivation au changement SOCRATES⁹ a pour objectif de mesurer la volonté de changement de l'utilisateur en se basant sur 3 dimensions que sont la reconnaissance, l'ambivalence et le passage à l'action. Ces trois dimensions sont issues du modèle transthéorique du changement de Prochaska & Di Clemente (1982). Cette échelle de mesure des stades de préparation au changement et des besoins de traitement permet d'identifier à quel stade du changement se situe l'utilisateur. Le score situe l'utilisateur sur un rang relatif par rapport à une population déjà en traitement présentant des comportements addictifs.

La dimension de la reconnaissance porte sur le fait que les personnes reconnaissent (score haut) ou non (score bas) avoir un problème de drogue. La dimension de l'ambivalence lorsque le score est élevé correspond à des personnes qui se demandent quelque fois si elles contrôlent leur consommation, si elles abusent et si elles causent des dommages aux autres. À l'inverse un score bas d'ambivalence, correspond à des personnes qui ne se questionnent pas, ne se demandent pas si elles abusent de substances. Ce bas score peut signifier soit qu'elles savent qu'elles abusent de substances (haut score de reconnaissance) soit qu'elles pensent ne pas avoir de problèmes de drogues (bas score de reconnaissance). Pour le passage à l'action, un score haut correspond à des changements en cours dans la consommation, et un score bas au fait que les personnes ne sont pas en train de modifier leur consommation.

Le Tableau 6 montre la correspondance entre les scores et les niveaux (haut/bas) sur les 3 dimensions.

Tableau 6 Fiche de profil, tiré *Guidelines for interpretation of SOCRATES-8 scores* – document non publié

Scores (en percentile)	Reconnaissance	Ambivalence	Passage à l'action
90 Très haut		19-20	39-40
80		18	37-38
70 Haut	35	17	36
60	34	16	34-35
50 Moyen	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 Bas	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 Très bas	7-26	4-8	8-25

Les résultats présentés ci-dessous portent sur l'analyse d'un échantillon de 74 personnes (5 personnes n'ayant pas rempli de SOCRATES). Relevons que 10 fiches du SOCRATES ne contenaient pas le calcul des scores alors que toutes les données étaient inscrites. De même la date de la passation était souvent manquante.

Les usagers ont eu les scores moyens suivants : Concernant la dimension de reconnaissance, 39.2% ont eu un score haut (maximum possible: 35) et 24.3% un score bas ou très bas (30 et inférieur). Pour ce qui est de l'ambivalence, 47.3% ont eu un score haut ou très haut (16 et plus) et 25.7% un score bas ou

⁹ Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness

très bas (13 et moins). Pour la dimension du passage à l'action, 50.0% ont eu un score haut à très haut (34 et plus) et 25.7% un score bas à très bas (30 et moins). Ils se trouvent donc principalement dans la partie haute des échelles. Signalons toutefois qu'une partie non négligeable obtient des scores bas (autour de 25% en moyenne). Une réflexion avec les usagers concernés par les scores bas devrait être menée lors des indications.

Le Tableau 7 présente les résultats des scores du SOCRATES en fonction de l'ESE indiquée. Les personnes indiquées à Bartimée et aux Oliviers présentent les proportions de score haut de reconnaissance les plus élevées. Il en va de même pour les scores d'ambivalence et pour les scores de passage à l'action.

Tableau 7 Scores SOCRATES par type d'institution indiquée

	Bartimée (n=23)	Le Levant (n=17)	Le Relais (n=7)	Les Oliviers (n=13)
Scores reconnaissance				
Haut	54.5%	35.3%	28.6%	53.8%
Moyen	31.8%	47.1%	28.6%	15.4%
Très bas à bas	13.6%	17.6%	42.9%	30.8%
Scores ambivalence				
Haut	59.1%	41.2%	14.3%	61.5%
Moyen	13.6%	35.3%	42.9%	23.1%
Très bas à bas	27.3%	23.5%	42.9%	15.4%
Scores passage à l'action				
Haut à très haut	72.7%	35.3%	28.6%	69.2%
Moyen	13.6%	29.4%	28.6%	15.4%
Très bas à bas	13.6%	35.3%	42.9%	15.4%

5 BILAN DES OUTILS ET DU PROCESSUS

Les outils utilisés lors de la phase pilote ont connu différentes modifications par la suite. C'est surtout la fiche administrative qui a été passablement modifiée et simplifiée, en fonction des réponses observées jusqu'ici et aussi pour limiter les questions aux données qu'on ne peut pas obtenir facilement par ailleurs.

Il serait utile de faire figurer sur la fiche administrative les résultats des scores de l'ASI et du SOCRATES, pour avoir sur un document toute l'information disponible de manière synthétique.

L'ASI d'origine a été complété par des questions dans le domaine de la santé et certaines variables ont été raccourcies. Les questions servant à construire les scores de l'ASI ont été maintenues et sont entourées par un cercle dans l'outil utilisé pour l'évaluation. Une version raccourcie pour la réévaluation a été développée et est en cours de test. Des remarques et suggestions ont été faites par l'IUMSP au moment de modifier ces outils et nous avons également été conviés au sous-groupe de travail « outils ».

Globalement, ces outils ont été plutôt bien acceptés par les personnes en charge de l'évaluation et de l'indication de même que par les usagers. Les taux de non réponse et de refus de réponse sont modestes. Il est vrai qu'il y avait obligation d'accepter les outils par les usagers pour entrer dans le processus. Il y a également eu un taux de refus non négligeable du monitoring IUMSP^r. Toutefois, selon les retours qui nous sont parvenus, les usagers ont assez bien accepté l'ASI, parfois moins bien le SOCRATES. Les intervenants aussi ont apprécié l'outil et l'ont trouvé utile. Le remplissage des questionnaires est bon et s'est amélioré au fil du temps.

La plupart des personnes en charge de l'indication ont souligné que, malgré des difficultés initiales, le temps de passation a fortement baissé par la suite en lien avec une familiarisation avec les outils.

Il reste que la passation de ces outils a été longue et parfois ardue. Une réflexion sur l'utilité de récolter toutes ces données s'impose et il convient de réfléchir à un usage possible à des fins de recherche et d'information pour le réseau de prise en charge. Plusieurs intervenants ont soutenu que ces outils n'étaient pas nécessaires pour faire l'indication. Il serait au moins judicieux de les utiliser dans le but de mieux étudier les trajectoires et conditions de vie des usagers.

En ce qui concerne le processus du DCIST proprement dit, les craintes initiales ont été atténuées par l'expérience. Le travail en binôme a demandé passablement d'organisation et n'a parfois pas été chose aisée à mettre en place, surtout lorsque la demande de l'utilisateur avait un fort degré d'urgence. Ces collaborations ont toutefois été jugées enrichissantes par les protagonistes. De plus, le fait de travailler en binôme améliore l'interconnaissance des intervenants et le fonctionnement du travail en réseau (aucun problème n'a été signalé au niveau du travail en binôme).

Il reste une question en suspens autour des différences entre la personne engagée au centre d'indication du Centre et les autres personnes en charge d'indication. Cette personne est extérieure à la structure et a assumé environ 40% des évaluations qui nous ont été transmises. Elle arrivait, semble-t-il, plus facilement à prendre une posture d'indicatrice, n'étant pas proche ou ne connaissant pas les usagers personnellement. De plus, le temps de passation était annoncé plus court que celui des autres personnes en charge d'indication. Nous n'avons pas pu, dans les données disponibles, mettre en évidence des différences entre les indications réalisées par cette personne et les autres personnes en charge d'indication. Parmi les personnes que nous avons interrogées^s, certaines se sont exprimées

^r Comme l'acceptation de ce monitoring n'était pas impérative, il est possible que les usagers aient exploité cette brèche pour retrouver un sentiment de liberté.

^s Cette question ne figurait pas dans la grille d'entretien et était abordée au cas par cas. Tous ne se sont donc pas exprimés sur la question.

favorablement et d'autres défavorablement concernant l'intérêt de confier à une seule personne la totalité des évaluations du canton, y voyant des avantages et des inconvénients.

Au niveau du suivi des trajectoires et des scores de gravité ASI, nous n'avons pas pu prendre en compte les premières réévaluations à 6 mois pour des raisons de calendrier. Cela reste une tâche à accomplir. Il faudra donc vérifier si l'évolution des scores d'ASI et la variation des réponses aux questions contenues dans l'outil de réévaluation et la répétition du SOCRATES sont des instruments pertinents pour mesurer les changements survenus après 6 mois, 12 mois, etc. A savoir est-ce que les changements mesurés par les scores ASI et SOCRATES correspondent au type d'indication posée.

En raison des échantillons relativement petits, il semble nécessaire de poursuivre le monitoring afin d'affiner les analyses des données sur le moyen et long terme comme cela a été fait pour EVITA. Ces analyses devraient permettre de mieux déterminer quelles sont les dimensions les plus pertinentes à suivre régulièrement et devraient aussi permettre de simplifier les outils d'évaluation et d'indication.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La mise en place du DCIST a suscité un certain nombre de craintes initiales. Principalement, on craignait une surcharge de travail en raison de la passation de longs questionnaires et de la nécessité de former un binôme pour l'indication. On craignait également que la procédure ne ralentisse voire empêche certaines entrées en résidentiel. Des craintes concernant l'autonomie des personnes en charge de l'indication et des craintes concernant une volonté de rationaliser et contrôler le travail d'indication vers le résidentiel ont aussi été exprimées.

Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont souligné que la réforme a été menée avec souplesse. Le DCIST n'a pas créé de problèmes majeurs dans l'indication des usagers vers les 4 principaux ESE. La collaboration entre les structures a été améliorée, même si, de part et d'autre, on appelle à l'améliorer encore.

Une surcharge de travail supportable a été observée mais la procédure est devenue plus fluide au fil du temps. Les personnes en charge de l'indication, de même que les responsables des ESE, jugent les outils favorablement mais certains estiment qu'ils ne sont pas vraiment nécessaires pour leur travail d'évaluation et d'indication. L'intérêt que l'on pourrait en retirer serait de faire de la recherche ou du monitoring à l'aide de ces données, car certaines questions n'ont de sens qu'en cas d'éventuelles recherches scientifiques ou en cas de suivi de cette population. On salue l'idée d'évaluer les trajectoires des gens et soulignant qu'on sait peu de choses sur cette population.

Les usagers ont globalement bien accepté les outils mais les passations ont parfois été très longues et pénibles et dans ce cas il a été nécessaire de faire plus d'une séance pour remplir les questionnaires.

Il n'est pas possible à l'heure actuelle d'évaluer si les outils et la procédure sont un gain significatif pour améliorer le travail d'indication. Les données dont nous disposons permettent de dresser un bilan quantitatif de cet exercice mais sans pouvoir répondre à certaines questions importantes. En effet, le lien entre les réponses aux questionnaires et le choix final de la structure est peu explicite. On ignore selon quel critère on devrait orienter une personne vers telle ou telle structure. De plus, nous pensons que ces critères auraient dû être l'objet d'une discussion au sein des institutions concernées pour définir quel profil d'utilisateur bénéficie au mieux d'une prise en charge dans l'une ou l'autre des structures. Nos analyses mettent en évidence que les centres d'indication ont souvent indiqué leurs patients de préférence dans des structures proches géographiquement, sans entrer dans un jugement sur la pertinence de ce choix.

La connaissance personnelle de l'utilisateur et sa volonté propre restent des critères essentiels. Tout au plus peut-on estimer que le personnel des centres d'indication a eu avec ces nouveaux outils (questionnaire et travail en binôme) de nouveaux éléments pour choisir et justifier le choix d'une indication vers le résidentiel. En revanche, les données, bien que modestes, supportent l'idée que les personnes entrées dans le processus sont dans une situation qui justifie une entrée en résidentiel. Les scores de gravité ASI montrent un niveau élevé de gravité pour la consommation de substance, les troubles psychologiques et les difficultés sociales et familiales. Il faudrait toutefois pouvoir comparer cette population avec une population analogue pour laquelle un séjour résidentiel n'a pas été indiqué ou n'est pas jugé adéquat, pour voir si l'on trouve des différences.

Toutefois, les personnes interrogées soulignent l'avantage d'avoir une procédure unifiée, homogène et des outils valides scientifiquement. La nécessité d'une homogénéisation de la procédure n'est pas remise en cause, au contraire. Tout le monde semble s'accorder pour dire qu'il faut améliorer le travail en réseau, que c'est nécessaire et souhaitable. Le DCIST semble avoir amélioré cela mais aussi compliqué certaines tâches comme l'organisation des binômes ou la nécessité de mobiliser le réseau plus large de l'utilisateur.

Il y a d'assez grandes disparités entre les structures selon leur taille, leur clientèle, le nombre de personnes en charge d'indication, etc. Certaines structures ont indiqué essentiellement des gens connus

de longue date et ailleurs on a eu un afflux de personnes nouvelles. Cette donnée peut expliquer l'expérience variable que les uns et les autres ont pu faire de ce processus (charge de travail, difficulté à distinguer les rôles d'intervenants et de personnes en charge de l'indication, etc.).

Une grande partie des personnes interrogées, que ce soit dans les centres d'indication ou dans les ESE, ont insisté sur la nécessité de ne pas alourdir le processus. Les outils sont longs et demandent de gros efforts pour la passation. Certains intervenants chargés d'indication soulignent que, malgré leur intérêt, certaines questions ne servent en rien la cause de l'indication et que leur utilité ne concernerait que le champ de la recherche ou du monitoring.

Les plateformes (séances qui réunissaient le personnel des centres d'indication et les responsables des ESE) ont été un outil utile pour impliquer les gens et faire émerger les difficultés. Il est essentiel de continuer à impliquer les acteurs dans le processus et de faire émerger des indicateurs plus précis permettant de choisir la meilleure structure pour tel ou tel type d'utilisateur.

Dans le but d'améliorer le suivi de toute personne aux prises avec des problèmes de toxicodépendance et dans l'intérêt de la prise en charge des usagers, il serait souhaitable d'étendre, dans la mesure du possible, la passation périodique de ces outils aux autres populations concernées par la toxicodépendance. Cela permettrait d'établir un bilan dans le parcours de l'utilisateur et de confronter certains objectifs à la réalité, d'avoir un suivi, une sorte de dossier qui informe sur des aspects importants de la situation de l'utilisateur (situation de logement, dépistages, etc.) lequel permettrait aussi de comparer les sous-groupes d'utilisateurs (par exemple : utilisateur ayant fait appel au résidentiel vs utilisateur traité uniquement en ambulatoire).

Certaines suggestions ont été évoquées : la question du rapprochement avec EVITA est souhaitée. Certaines personnes interrogées (ESE et centres d'indication) demandent aussi à ce qu'une information plus large soit faite concernant le DCIST auprès des médecins et des diverses institutions des cercles plus élargis. Ces différents sujets sont actuellement traités par la direction du projet.

7 ANNEXES

7.1 QUESTIONNAIRE PRE-PHASE PILOTE

Données sociodémographiques

1. Profession _____
2. Formation _____
3. Sexe ₁ homme ₂ femme

Historique d'indication

4. Avez-vous déjà fait de l'indication? ₁ oui ₂ non
5. Quelle expérience estimez-vous avoir de ce processus ?
pas du tout expérimenté ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait expérimenté -2
nc
6. Combien d'entretiens d'indication avez-vous mené dans votre carrière ?
Estimez _____ -2 nc
7. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous mené des entretiens avec des usagers pour une entrée en résidentiel ?
₁ 1/sem et + ₂ ≤ 1/sem et ≥ 1/mois ₃ ≤ 1/mois et ≥ 1/an ₄ 1/an et – -2 nc

Déroulement d'une indication

8. Quelle est la durée moyenne de ces entretiens ?
Estimez _____
9. Utilisez-vous un outil (grille, questionnaire) et si oui lequel/lesquels ?
₁ non ₂ oui _____
10. Utilisez-vous une méthode, routine ? si oui, laquelle ?
₁ non ₂ oui _____
11. Décrivez sommairement comment se passe ce processus d'indication d'entrée en résidentiel tel que vous le pratiquez actuellement ?
12. Quels sont les **critères** que vous utilisez actuellement ? Listez du plus important au moins important. (*pour moi : psychosociaux, santé, motivation, ASI, demande de l'utilisateur ?*) (blanc = nc)
13. Quels critères utilisez-vous pour dire que le résidentiel serait une bonne solution par rapport aux autres possibilités de traitement ? Listez du plus important au moins important. (blanc = nc)
14. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour faire une indication ?
 - a. Difficultés liées à l'utilisateur (*distinguer la réalité des propos, communication*)
 - b. Difficultés liées à la tâche (*ardu d'évaluer la motivation d'une personne*)
 - c. Difficultés liées à vous-même (*peur de se tromper, poids d'une mauvaise décision*)
 - d. Difficultés liées à d'éventuelles lacunes dans le dispositif (*trouver une place, correspondance avec les attentes*).
15. Dans quelle mesure vous sentez-vous actuellement compétent-e pour cette tâche d'indication ?

- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
16. Dans quelle mesure estimez-vous que l'acte d'indiquer vers le résidentiel peut altérer (positivement ou négativement) vos relations avec les usagers ?
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
17. Concernant la **dernière indication réalisée** (*laisser se remémorer voir en parler en quelques mots pour savoir de quelle interaction la personne parle*) :
- a. Dans quelle mesure en êtes-vous satisfait?
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
- b. Dans quelle mesure avez-vous eu le sentiment de maîtriser son déroulement?
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
- c. Selon vous, l'usager a-t-il été satisfait du résultat ?
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
- d. Avec du recul, pensez-vous que cette indication pourrait être améliorée (si vous la refaisiez aujourd'hui) et si oui comment ?
- ₁ non ₂ oui _____

Attentes vis-à-vis de la formation et du DCIS-tox

18. Quelle est votre vision du DCIS-tox et de la formation que vous allez suivre ?
19. Qu'attendez-vous principalement de cette formation ?
- a. Pour vous-même
- b. Pour l'indication en général
17. Qu'attendez-vous principalement du DCIS-tox?
- a. Pour vous-même
- b. Pour l'indication en général
1. Dans quelle mesure estimez-vous qu'une structuration-formalisation du processus d'indication soit
- a. nécessaire ? (il le faut, c'est utile)
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait
- b. Souhaitable ? (on le souhaite, c'est bienvenu)
- pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

7.2 QUESTIONNAIRE POST-PHASE PILOTE

Historique d'indication

1. Quelle expérience estimez-vous avoir du processus d'indication ?

pas du tout expérimenté ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait expérimenté ₋₂

2. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous mené des entretiens avec des usagers pour une entrée en résidentiel ?

₁ 1/sem et + ₂ ≤ 1/sem et ≥1/mois ₃ ≤ 1/mois et ≥1/an ₄ 1/an et – ₋₂

Déroulement d'une indication

3. Quelle est la durée moyenne de ces entretiens ?

Estimez _____

4. Quels critères utilisez-vous pour dire que le résidentiel serait une bonne solution par rapport aux autres possibilités de traitement ? Listez du plus important au moins important. (blanc = nc)

5. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour faire une indication ?

e. Difficultés liées à l'usager (*distinguer la réalité des propos, communication*)

f. Difficultés liées à la tâche (*ardu d'évaluer la motivation d'une personne*)

g. Difficultés liées à vous-même (*peur de se tromper, poids d'une mauvaise décision*)

h. Difficultés liées à d'éventuelles lacunes dans le dispositif (*trouver une place, correspondance avec les attentes*).

6. Dans quelle mesure vous sentez-vous actuellement compétent-e pour cette tâche d'indication ?

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

7. Dans quelle mesure estimez-vous que l'acte d'indiquer vers le résidentiel peut altérer (positivement ou négativement) vos relations avec les usagers ?

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

8. Concernant la **dernière indication réalisée** (*laisser se remémorer voir en parler en quelques mots pour savoir de quelle interaction la personne parle*) :

e. Dans quelle mesure en êtes-vous satisfait?

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

f. Dans quelle mesure avez-vous eu le sentiment de maîtriser son déroulement?

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

g. Selon vous, l'usager a-t-il été satisfait du résultat ?

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

h. Avec du recul, pensez-vous que cette indication pourrait être améliorée (si vous la refaisiez aujourd'hui) et si oui comment ?

₁ non ₂ oui _____

Attentes et bilan concernant le DCIS-tox

9. Quelle est votre bilan et quelles sont vos attentes par rapport au DCIS-tox?
2. Dans quelle mesure estimez-vous qu'une structuration-formalisation du processus d'indication soit

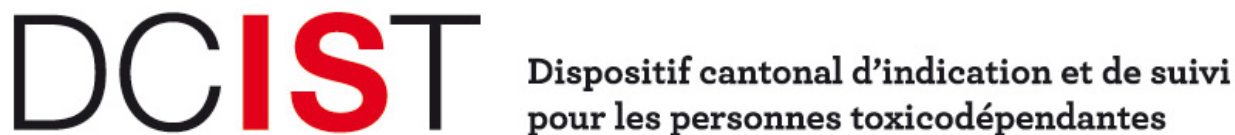
c. nécessaire ? (il le faut, c'est utile)

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

d. Souhaitable ? (on le souhaite, c'est bienvenu)

pas du tout ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ tout à fait

7.3 PRESTATIONS DE BARTIMEE, DU RELAIS ET DU LEVANT, SELON LES SCORES DE GRAVITE ASI



Grille des prestations des ESE avec correspondance des scores ASI

La grille des prestations des ESE avec la correspondance des scores ASI constitue un outil DCIST propre à l'indication. Présentant les différentes prestations entrant dans le cadre d'une prise en charge par une structure spécialisée dans le domaine de la toxicodépendance, cet outil permet une mise en regard des scores obtenus par l'ASI et les prestations spécifiques des ESE.

L'indice de sévérité allant de 0 à 3 n'étant pas considéré comme nécessitant une aide particulière ou une prise en charge par un ESE, seuls les indices de sévérité de 4 à 9 sont mis en lien avec les différentes prestations des ESE.

Le tableau se lit en fonction des différents statuts mis en évidence par l'ASI et relève ainsi les problèmes médicaux, professionnels, administratifs et financiers, judiciaires, familiaux/sociaux, psychologique et la consommation de drogue/alcool. Selon la gravité établie par l'ASI sur ces statuts, les croix désignent les prestations offertes par l'ESE.

La gravité de la consommation doit être considérée conjointement au degré de motivation à changer sa consommation établi par le Socrates. L'ASI et le Socrates permettent donc de déterminer le type et le niveau d'aide requis et de choisir l'ESE le plus approprié.

Des informations relatives aux critères d'admission, de non entrée en matière et aux comportements menant à des ruptures de séjours sont précisées pour chacun des ESE.

1. Gravité et type de problèmes auxquels la structure peut répondre

Type de prestations	0	1	2	3			
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)	<input checked="" type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)	<input type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)			
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)	<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel			
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> problèmes légers (appui administratif à disposition)	<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal			
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles	<input checked="" type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)	<input type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,			
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLAFa, art 59)			
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement...) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à extérieur de l'institution.	<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement...) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.	<input checked="" type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement.) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.			
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire)	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent			
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

2. Critères :

2. a Admission :

- Motivation à l'apprentissage de conduites non-addictives ;
- Ouverture à l'utilisation des outils et espaces thérapeutiques ;
- Projet de stabilisation de personnes consommatrices de toxiques, en vue d'une évaluation-orientation ;
- Objectifs d'intégration citoyenne, sociale et professionnelle.

2. b Non entrée en matière :

- Problèmes judiciaires liées à des délits d'ordres sexuels qui rendent problématique l'exercice de la vie communautaire ;
- En cas de symptomatologie psychiatrique floride positive ou négative, l'admission doit être reportée.

3. Critères menant à des ruptures de séjour :

- Introduction de toxiques ou d'alcool (inclus médicaments prescrits) au sein de l'institution ;
- Menaces répétées de violence à l'encontre des résidents ou collaborateurs ;
- Passages à l'acte de violence (hétéro et auto agressions) sans possibilité de réparation éducative ;
- Désengagement volontaire dans la démarche (après bilan de réseau).

4. Remarques (par exemple d'autres spécificités de l'institution qui ne seraient pas répertoriées dans la fiche Infodrog) :

- Suivi psychothérapeutique intégré à l'ensemble de la prise en charge ;
- Accompagnement dans des activités citoyennes; insertion dans la vie associative.

Foyer Relais

1. Gravité et type de problèmes auxquels la structure peut répondre

Type de prestations	0	1		2		3	
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)	<input checked="" type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)		<input type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)		
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)	<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel		
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers (appui administratif à disposition)	<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal		
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles	<input type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)		<input type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,		
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLafa, art 59) Art 60 : oui Plafa : au cas par cas Art 59 : non		
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à extérieur de l'institution.	<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.		<input checked="" type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement.) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.		
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire) Note : se fait à travers le travail en réseau avec les partenaires spécialisés de la région		<input type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent		
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

2. Critères :

2. a Admission :

- Etre majeur et volontaire ;
- Avoir un permis de séjour valable pour les personnes étrangères ;
- Etre dans une attitude de changement permettant de mettre en place un projet de réinsertion socioprofessionnelle réaliste et réalisable ;
- Etre en mesure de reprendre rapidement une activité à temps partiel (si nécessaire dans le cadre des Entreprises d'insertion de la Fondation) ;
- Avoir besoin d'un soutien intensif en milieu résidentiel en vue de la mise en place de ses projets de réinsertion ;
- Etre suffisamment stabilisé sur le plan de la dépendance.

2. b Non entrée en matière :

- Ne pas remplir les critères figurant ci-dessus ;
- Problèmes judiciaires liés à des délits d'ordre sexuel ;
- Présenter une grande fragilité sur le plan psychiatrique nécessitant un suivi intensif ou empêchant la mise en place d'un projet de réinsertion socioprofessionnelle.

3. Critères menant à des ruptures de séjour :

Au Foyer Relais, on parle plutôt de fin de prise en charge prématurée, c'est-à-dire avant que le résident n'ait mis en place ses projets de réinsertion. Ce mode de faire, permet de préparer la sortie avec le résident et le réseau.

- Violence physique entraînant un dépôt de plainte de la part du collaborateur, voire de la direction de la Fondation est le seul motif de rupture ;
- Lors de rechutes de la consommation, refus d'entrer en matière pour une intensification du suivi médical ;
- Problèmes répétés et avérés de comportement du résident ayant un impact majeur sur la dynamique du groupe de résidents et ceci dans un souci de préserver le groupe de 15 résidents.

4. Remarques (par exemple d'autres spécificités de l'institution qui ne seraient répertoriées dans la fiche Infodrog) :

Le Foyer Relais accueille des jeunes adultes et des adultes en grande difficulté psychosociale, la dépendance étant une difficulté parmi d'autres. Le Foyer accueille donc également des personnes qui ne rencontrent pas de problème de dépendance.

1. Gravité et type de problèmes auxquels les Terrasses, programme d'insertion/réadaptation, peut répondre

Type de prestations	0	1	2	3			
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)	<input type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)	<input type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)			
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)	<input type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel			
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> problèmes légers (appui administratif à disposition)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif	<input type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal			
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles	<input type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)	<input type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,			
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLAFA, art 59)			
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à extérieur de l'institution.	<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement...) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.	<input type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement.) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.			
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire)	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent			
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

2. Gravité et type de problèmes auxquels la Maison 159, programme seuil adapté, peut répondre

Type de prestations	0	1		2		3	
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)		<input checked="" type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)		<input type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)	
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)		<input type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel	
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> problèmes légers (appui administratif à disposition)		<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal	
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles		<input checked="" type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)		<input type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,	
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)		<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLAFa, art 59)	
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à l'extérieur de l'institution.		<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.		<input checked="" type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement.) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.	
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire)		<input type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent	
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

3. Gravité et type de problèmes auxquels la Pichollette, programme double diagnostic, (prochainement regroupé à la Maison 159), peut répondre

Type de prestations	0	1		2		3	
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)		<input checked="" type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)		<input type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)	
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)		<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel	
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> problèmes légers (appui administratif à disposition)		<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal	
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles		<input type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)		<input checked="" type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,	
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)		<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLAFA, art 59)	
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à extérieur de l'institution.		<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.		<input checked="" type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.	
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)		<input type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent	
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

4. Gravité et type de problèmes auxquels le Soleil Levant, centre d'accueil médicalisé, peut répondre

Type de prestations	0	1		2		3	
Problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes somatiques légers, médication simple remise en pharmacie (médecin de référence requis sur demande ou pour des consultations)		<input type="checkbox"/> Comorbidités somatiques (HIV, HCV, ..) stabilisées avec suivi à extérieur, médecin disponible pour des problèmes de santé intercurrents, gestion de la médication dans la structure, (infirmiers dans la structure)		<input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge des comorbidités somatiques (mise en route de traitement HIV, de traitement hépatite chronique...) traitements complexes délégués par hôpital (perfusion,...) (infirmiers et médecins dans la structure)	
Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes légers à moyens (formation professionnelle existante et sans emploi depuis peu)		<input type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui spécialisé (sans formation certifiante, mais, avec de l'aide, apte au placement ou à la formation)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant un emploi en ateliers protégés ou poste occupationnel	
Problèmes administratifs et financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> problèmes légers (appui administratif à disposition)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes importants stabilisés nécessitant un appui pour maintenir les démarches entreprises et pour apprendre à gérer de manière autonome ses revenus et son dossier administratif		<input type="checkbox"/> Problèmes aigus nécessitant une intervention pour clarifier la situation, puis entreprendre les démarches nécessaires à défaut d'un représentant légal	
Consommation de drogue/d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> situation stabilisée avec volonté de sortir du contexte de vie lié à la drogue consommations occasionnelles		<input checked="" type="checkbox"/> Situation instable, fréquentes rechutes, avec demande d'aide pour viser une stabilisation (dépendance aux produits sans mises en danger)		<input type="checkbox"/> Situation critique avec demande d'aide ambivalente, prises de risques majeures liées à la consommation,	
Problèmes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires (C ou P) sans contrainte légale (antécédents judiciaires, instruction, attente de jugement, libération conditionnelle...)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte légale ambulatoire (Art 63, FVP, tutelle)		<input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires avec contrainte institutionnelle (Art 60, PLAF, art 59)	
Problèmes familiaux/sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appui dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Appui dans la remise en lien avec le réseau primaire et /ou secondaire. Démarches à extérieur de l'institution.		<input type="checkbox"/> Suivi dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Suivi dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire Démarches à l'externe de l'institution.		<input checked="" type="checkbox"/> Encadrement dans un ou plusieurs domaines de la vie sociale (formation, travail, logement..) Encadrement dans la reconstruction d'un réseau primaire et /ou secondaire, (thérapie, entretiens de famille, droit de visite accompagnée.) Démarches à l'interne de l'institution.	
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficultés nécessitant un appui (entretiens de type thérapeutique par une équipe socio-éducative qualifiée)		<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes psychologiques sévères mais stabilisés nécessitant un appui thérapeutique spécialisé (suivis psychothérapeutiques et médication par une équipe multidisciplinaire)		<input type="checkbox"/> Problèmes de santé psychique sévères non stabilisés (décompensations, situations de crise) nécessitant un encadrement médico-psycho-social conséquent	
Gravité selon l'ASI	0-3	4	5	6	7	8	9

5. Critères :

5. a Admission :

- L'admission peut se faire suite à une demande volontaire ou découler de l'application d'une mesure, soit au sens des articles 58 à 60 du CP, soit au sens d'une privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) ;
- Avoir un permis de séjour valable pour les personnes étrangères ;
- Pour le soleil Levant, l'admission fait suite à une demande médicale ;
- Admission UDD la Pichollette : Patients - Usagers souffrant d'une grande fragilité psychique conjointement à un problème de dépendance (double diagnostic) ;
- Admission Maison 159 : Personnes toxicodépendantes stabilisées psychiquement, ayant besoin d'un lieu de vie sécurisant et d'un soutien à la mise en place de leur projet de vie (insertion, réinsertion, réadaptation) ;
- Personnes toxicodépendantes fragiles psychiquement et socialement ;
- Jeunes adultes (18-25 ans) souffrant déjà de dépendance et en difficultés sociales ;
- Admission Terrasses : Personnes toxicodépendantes stabilisées psychiquement et ayant pris de la distance avec les substances psychotropes souhaitant poursuivre leur projet dans un lieu de vie adapté et sécurisé leur permettant de préparer la sortie de la Fondation ;
- Admission Soleil Levant : Personnes souffrant d'hépatites virales et/ou du VIH nécessitant des soins somatiques et/ou palliatifs ainsi qu'un lieu de vie.

5. b Non entrée en matière :

- Ne pas remplir les critères figurant ci-dessus (admission) ;
- Antécédents de violence et de comportements inadéquats au sein de l'institution.

6. Critères menant à des ruptures de séjour :

- Aucune violence n'est autorisée au sein des lieux d'accueil de la Fondation du Levant, qu'elle soit verbale ou physique, effective (agression/...) ou annoncée (menace/...), dirigée contre une personne (quelle qu'elle soit) ou contre un objet (bris de matériel, vols/...) ; Toute forme de violence peut entraîner une dénonciation à l'autorité pénale, en sus de la mesure prise relativement à la thérapie elle-même ;
- L'introduction et/ou la consommation dans les murs de la Fondation de tout produit stupéfiant, médicament ne faisant pas l'objet d'une prescription médicale en vigueur, ou d'alcool est interdite ;
- Aucun autre acte pouvant compromettre la sécurité des résidents, équipes et/ou bâtiments et matériels de la Fondation du Levant n'est autorisé (comportement entraînant un risque incendiaire notamment).

7. Remarques (par exemple d'autres spécificités de l'institution qui ne seraient répertoriées dans la fiche Infodrog) :

- Le secteur réinsertion et ateliers « Puissance L » s'occupe plus particulièrement des chômeurs et est subventionné par le service de l'emploi ;
- Un nombre toujours plus important de résidents internes aux centres résidentiels de la FDL y ont toutefois accès ;
- Nous pourrions développer des prestations spécifiques à l'avenir avec le réseau concernant ce secteur.

7.4 LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Centres d'indication

Anne Bissig (EDS - Entrée De Secours)

Patrick Dolt (ACT - Action Communautaire et Toxicomanie)

Cédric Fazan (ACT - Action Communautaire et Toxicomanie)

Laurent Grassart (UAS - Unité Ambulatoire Spécialisée)

Carole Isoz (ZB - Zone Bleue)

Mirta Kuhn Zolecio (ACT - Action Communautaire et Toxicomanie)

Martine Monnat (CSM - Centre Saint-Martin)

José Oberson (ZB - Zone Bleue)

Christel Richoz (ACT - Action Communautaire et Toxicomanie)

Patricia Vergères (EDS - Entrée De Secours)

Nevena Vlajic (UAS - Unité Ambulatoire Spécialisée)

David Knobel (CSM - Centre Saint-Martin)

Fabien Porchet (Centre Saint-Martin)

Etablissements socioéducatifs

Bruno Boudier (Bartimée)

Nathalie Christinet (Le Relais)

Renaud Stachel (Le Levant)

Lausanne, novembre 2011