



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

**Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2012.
Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik ; Therapieerfahrung -
Klientencharakteristika und mögliche kumulative Effekte von
Behandlungsepisoden**

Schaaf, Susanne

Other titles: Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie act-info-FOS en 2012. Rapport d'activités et statistiques annuelles globales ; Parcours thérapeutique - caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-79247>
Published Research Report

Originally published at:
Schaaf, Susanne (2013). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2012. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik ; Therapieerfahrung - Klientencharakteristika und mögliche kumulative Effekte von Behandlungsepisoden. Zurich: ISGF.

Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie act-*info*-FOS en 2012

- **Rapport d'activités et statistiques annuelles globales**
- **Parcours thérapeutique – caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement**

Ed. : Service de coordination act-*info*-FOS

Etabli par Susanne Schaaf

avec la collaboration d'Heidi Bolliger et Claudia Arnold

Le projet act-*info*-FOS est financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

No 336/2013



Table des matières

Remerciements.....	5
1 Résumé	6
2 Rapport d'activités 2012	10
2.1 Personnel du Service de coordination act- <i>info</i> -FOS.....	10
2.2 Centres participants	10
2.2.1 Liste des centres ayant participé à act- <i>info</i> -FOS en 2012	10
2.3 Activités du Service de coordination act- <i>info</i> -FOS dans le cadre de la statistique de base	12
2.3.1 Participation dans l'équipe du monitoring national d'aide aux personnes dépendantes act- <i>info</i>	14
2.3.2 Rencontres, rapports et publications.....	14
2.4 Autres projets	16
2.4.1 Autres projets act- <i>info</i> -FOS.....	16
2.4.2 Autres projets globaux.....	17
2.5 Perspectives.....	17
3 Statistiques sur la clientèle act-<i>info</i>-FOS – Méthodologie	19
3.1 Instruments et collecte des données	19
3.2 Règles concernant la protection des données	19
3.3 Saisie électronique et contrôle des données	20
3.4 Préparation des données.....	20
3.5 Echantillons 2012	20
4 Parcours thérapeutique – caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement	21
4.1 Plusieurs épisodes de traitement antérieurs – problématique globalement plus lourde	22
4.2 Plusieurs épisodes de traitement antérieurs– effet de cumul partiel favorisant un résultat positif.....	24
4.3 Résumé et discussion	27
4.4 Complément d'information : clients et clientes avec ou sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (données act- <i>info</i> -FOS)	29

5	Annexe aux tableaux: tableaux des entrées et sorties 2012.....	39
5.1	Tableaux des entrées et des sorties 2012	40

Remerciements

Outil éprouvé de coopération entre les chercheurs et les praticiens, la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie se poursuit sous l'ère *act-info-FOS*. Nous souhaitons remercier ici tous ceux qui font partie de la Ligue *act-info-FOS* et qui ont contribué à la parution du présent rapport :

- les clients et les clientes pour leur disponibilité à répondre aux questions ;
- les collaborateurs et les collaboratrices des établissements thérapeutiques participant au projet *act-info-FOS* pour leur investissement ;
- l'équipe du groupe de coordination *act-info* : Etienne Maffli (SAMBAD), Marina Delgrande Jordan (*act-info-Residalc*), Maria Dickson-Spillmann (HeGeBe) et Urs Künzi (Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone) pour l'excellente collaboration ;
- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en tant que mandataire du projet, ainsi que les responsables à l'OFSP ; plus particulièrement Verena Maag, responsable des projets *act-info* et des tâches y afférentes à l'OFSP, pour son soutien actif et permanent au projet.
- Sylvie Gentizon, pour la traduction en français du présent rapport et Marina Delgrande, Addiction Suisse, pour son aide précieuse.

Service de coordination *act-info-FOS*

1 Résumé

En 2012, la documentation nationale act-*info*-FOS sur la clientèle des établissements thérapeutiques résidentiels s'est poursuivie pour la dixième année consécutive, après avoir existé durant huit ans en tant que Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS). Cette année, 49 établissements thérapeutiques faisaient partie de la Ligue.

Le présent rapport annuel est composé du rapport d'activité du Service de coordination act-*info*-FOS et des statistiques annuelles 2012 sous forme de tableaux commentés. Durant l'année écoulée, 528 admissions et 475 sorties ont été consignées.

Les principaux résultats de 2012 en bref

Sexe	Les femmes constituent 25 % de la clientèle.
Âge	L'âge moyen en début de traitement est de 31 ans.
Nationalité	77 % de la clientèle est de nationalité suisse. La deuxième nationalité la plus représentée est la nationalité italienne, qui représente 5 % des personnes interrogées.
Parcours thérapeutique	Au début du traitement, 91 % de la clientèle a déjà suivi un ou plusieurs traitements : 79 % ont suivi une ou plusieurs cures de sevrage, 61 % ont suivi un traitement en résidentiel, 57 % ont consulté en ambulatoire et 55 % ont pris de la méthadone à titre substitutif.
Substitution	37 % des clients et clientes qui entament le traitement résidentiel suivent un traitement de substitution.
Motif incitant à entamer le traitement	50 % des clients et clientes indiquent comme motif thérapeutique leur volonté d'abstinence et leur souhait de mener une vie exempte de drogues et d'addiction. 18 % désirent une structuration de leur journée pour retrouver un mode de vie réglé et « normal ».
Logement	Durant les 6 mois précédant le début du traitement, 25 % des clients et clientes habitent le plus souvent seuls, 18 % logent chez leurs parents ou chez l'un ou l'autre de leurs parents et 18 % avec leur partenaire (avec ou sans enfants).
Relation de couple et enfants	Avant le début du traitement, 47 % des clients et clientes ne sont pas dans une relation de couple. Les femmes ont plus souvent un partenaire que les hommes, et celles qui ont un partenaire vivent plus souvent que les hommes (39 %) avec un partenaire ayant des problèmes de drogues (64 %). 30 % des clients et clientes sont parents.
Formation	Au moment de leur admission, 43 % des clients et clientes ont terminé un apprentissage.
Revenu et travail	Durant le semestre qui précède le traitement, 43 % des clients et clientes ont pour revenu principal l'aide sociale, 14 % leur propre revenu et 14 % une rente. Avant leur admission, 42 % ne sont pas actifs sur le marché de l'emploi (sans espoir de trouver un emploi, par incapacité de travail ou sans activité professionnelle selon version 3.1), 15 % sont en recherche d'emploi et 23 % ont un emploi.
Dettes	Au moment de leur admission, 23 % des clients et clientes n'ont pas de dettes, 27 % ont des dettes de 25 000 francs et plus.
Condamnation et mesure pénale ou administrative	68 % de la clientèle a déjà fait l'objet d'une condamnation exécutoire, 66 % a déjà été en prison et/ou en détention préventive, ces taux étant plus élevés pour les hommes que pour les femmes (72 % contre 43 %). Le plus souvent, la condamnation sanctionne une infraction à la loi sur les stupéfiants, un délit commis dans le but de se procurer des stupéfiants ou commis sous influence de l'alcool, de drogues ou de médicaments. Pour 23 % des clients et clientes, une mesure judiciaire est à l'origine du traitement.

<p>Consommation : substance et âge</p>	<p>Le <i>problème principal</i> de la clientèle sont les opioïdes pour 37 %, la cocaïne (crack inclus) pour 28 %, l'alcool pour 13 % et le cannabis pour 9 %. Les clients et clientes pour qui le cannabis pose problème sont le groupe le plus jeune : âgés de 22 ans en moyenne au moment de leur admission, ils sont 36 % qui ont 19 ans ou moins. Les clients et clientes pour qui l'alcool est un problème ont 34 ans en moyenne au début du traitement ; cet âge est de 32 ans pour les personnes ayant pour problème principal les opioïdes et pour ceux à qui la cocaïne pose problème. L'âge moyen au début de la consommation régulière est de 19 ans pour les personnes pour qui l'alcool est un problème, de 20 ans pour ceux ayant les opioïdes comme problème principal, de 22 ans pour les personnes pour qui la cocaïne est un problème et de 16 ans pour ceux à qui le cannabis pose problème.</p> <p>Parmi les personnes dont le problème principal est l'alcool, 60 % ont consommé la substance qui leur pose le plus problème chaque jour et 11 % de 4 à 6 jours par semaine au cours des 6 derniers mois. Pour celles confrontées avant tout au problème des opiacés, 56 % ont consommé chaque jour et 11 % de 4 à 6 jours par semaine. Pour celles faisant face surtout à la cocaïne et à ses dérivés, 40 % ont consommé chaque jour et 23 % de 4 à 6 jours par semaine.</p>
<p>Consommation : autres substances problématiques</p>	<p>D'autres substances que la substance la plus problématique sont épineuses pour la clientèle : les personnes confrontées avant tout au problème de <i>l'alcool</i> mentionnent la cocaïne, le cannabis, les benzodiazépines et l'héroïne comme autres substances posant problème. Les clients et clientes qui ont les <i>opioïdes</i> pour problème principal signalent la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis et l'alcool comme autres substances problématiques. Pour les personnes pour qui la <i>cocaïne</i> constitue le problème principal, le cannabis, l'alcool, l'héroïne, les benzodiazépines, les amphétamines ainsi que MDMA et substances similaires sont autant de problèmes supplémentaires. Les clients et clientes pour qui le <i>cannabis</i> est le problème majeur citent comme autres substances problématiques l'alcool et la cocaïne.</p>
<p>Objectif en ce qui concerne la consommation</p>	<p>80 % des clients et clientes visent l'abstinence définitive. Pour 93 % des personnes pour qui le problème principal sont les opiacés, l'objectif en ce qui concerne la consommation est l'abstinence définitive. Il en va de même pour 88 % des personnes avec la cocaïne pour problème principal et pour 56 % de celles pour qui l'alcool pose le principal problème.</p>
<p>Consommation : Comportements liés à l'injection</p>	<p>Parmi les 53 % de clients et clientes qui ont déjà consommé des drogues par injection, 80 % l'ont fait au cours des douze mois précédant le début de la thérapie, et 62 % dans les 30 jours qui précèdent l'admission. Parmi les personnes qui ont déjà consommé par injection, 37 % signalent avoir partagé des seringues ou des aiguilles avec d'autres (prévalence tout au long de la vie). 42 % ont partagé le matériel d'injection au cours des 12 derniers mois. L'âge moyen de la première injection est de 21 ans.</p>
<p>Santé</p>	<p>91 % des clients se sont déjà soumis à un test de dépistage du VIH, 74 % dans les 12 derniers mois, avec un résultat positif dans 4 % des cas. 78 % ont passé un test de dépistage de l'hépatite B, dont 7 % ont donné un résultat positif ; 86 % enfin se sont soumis à un test de dépistage de l'hépatite C, 81 % dans les 12 derniers mois. Le résultat était positif dans 27 % des cas.</p>
<p>Mode de sortie et traitement à la sortie</p>	<p>29 % de la clientèle a achevé le traitement selon les termes convenus <i>sans</i> transfert, 17 % l'a achevé comme prévu pour passer dans un établissement de traitement des addictions. Au total, 46 % a terminé la thérapie comme convenu. Pour 45 % des personnes, le traitement a été interrompu soit par le client soit par l'institution traitante. Parmi les personnes qui passent à un autre suivi, 49 % vont en appartement protégé et 28 % suivent un traitement ambulatoire.</p> <p>Les personnes qui ont achevé le traitement selon les termes convenus (qu'elles passent ou non à un autre suivi) ont suivi un traitement de 477 jours en moyenne, une durée plus</p>

	longue que pour les personnes dont le traitement a été interrompu (161 jours) ; 37 % des clients et clientes ont suivi un traitement de substitution pendant leur traitement résidentiel, de manière significativement plus fréquente chez les femmes, qui sont 51 % dans ce cas de figure, que chez les hommes (33 %). Pour 54 % des clients et clientes, un suivi postcure était prévu, le plus souvent sous forme de consultations dans des centres de conseil pour les problèmes liés aux drogues, des services de postcure et d'appartement protégé.
Logement après la sortie	A leur sortie, 30 % des clients vivent seuls, 19 % logent chez leurs parents ou chez l'un de leurs parents ; 12 % vivent dans un centre de traitement ou un foyer, 11 % avec leur partenaire (avec ou sans enfants) et 11 % également avec des amis ou amies ; 55 % enfin sont logés de manière stable.
Source de revenu après la sortie	Après leur sortie, 54 % des personnes ont pour source de revenu principale l'aide sociale, 19 % leur propre revenu et 13 % une rente. Une différence très significative apparaît en corrélation avec le mode de sortie : à leur sortie, 31 % des personnes ayant achevé leur traitement vivent principalement de leur propre activité lucrative, contre 5 % de celles dont le traitement a été interrompu.
Travail après la sortie	Après leur sortie, 36 % des clients et clientes ne sont pas actifs sur le marché de l'emploi (sans la catégorie de la recherche d'emploi, y compris les catégories détention préventive, prison, clinique, institution, aide sociale) et 23 % ont un emploi. Ils sont 28 % en recherche d'emploi et 7 % en formation. La clientèle dont le traitement s'est terminé comme prévu est active sur le marché de l'emploi de façon significativement plus fréquente que celle dont la thérapie a été interrompue (taux respectifs de 36 % et 10 %).
Mesures, procédures en cours et décisions à la sortie	Une mesure pénale ou administrative, telle que l'exécution d'une peine suspendue, une tutelle, une curatelle et assistance de probation, attend 30 % des clients et clientes à leur sortie. Pour 16 %, une procédure les attend, le plus souvent en raison d'infractions à la loi sur les stupéfiants, de vols, d'infractions à la loi sur la circulation routière ou de délits avec violence. Pour 23 %, une décision devient exécutoire : transfert ou retour en détention, poursuite d'une mesure pénale ou administrative, traitement psychothérapeutique ambulatoire.
Consommation avant la sortie	80 % des clients et clientes dont le problème principal est l'alcool ont consommé la substance la plus problématique pour eux au cours des 30 jours qui précèdent leur sortie ; il en va de même pour 51 % des clients et clientes pour qui le problème principal est les opiacés et pour 69 % des clients et clientes pour qui le problème principal est la cocaïne et ses dérivés. Toutefois, la consommation quotidienne ou de 4 à 6 jours par semaine concerne un pourcentage très faible des clients et clientes. De façon prévisible, les personnes dont le traitement se termine comme convenu ont consommé significativement moins souvent de substances que celles dont le traitement s'est interrompu.
Pronostic à la sortie	Pour 38 % des clients et clientes, un pronostic bon à très bon est établi au moment de leur sortie en ce qui concerne leur problème d'addiction.

Thème prioritaire : le parcours thérapeutique

Le chapitre 4 est consacré à l'effet de traitements antérieurs suivis par des personnes dépendantes des opioïdes ou de la cocaïne sur les résultats ultérieurs (du traitement de référence). Une recherche de littérature a été réalisée qui devait permettre d'évaluer si la clientèle qui a déjà suivi des traitements présente des caractéristiques particulières et si ces traitements – les personnes dépendantes aux opiacés ont souvent un long historique thérapeutique – ont un effet de cumul sur les changements futurs dans la vie des personnes concernées. L'examen des étu-

des sélectionnées montre que les personnes ayant déjà été traitées par le passé se distinguent par un fardeau de problèmes plus lourd dans différents domaines de l'existence et par le fait que cette multiplicité de problèmes mène apparemment à une perception plus grande de ceux-ci, à un besoin accru de prise en charge thérapeutique et, en conséquence, à un parcours thérapeutique plus long. Par ailleurs, cette clientèle confrontée à une problématique multiple suit plus souvent des traitements résidentiels et accepte mieux la thérapie. Pour ce qui est d'un effet de cumul des épisodes de traitement, les travaux de recherche présentent des conclusions divergentes : alors que certaines études concluent au cumul des bénéfices au fil des épisodes de traitement, d'autres constatent qu'un long historique thérapeutique va plutôt de pair avec un résultat négatif, étant donné que les personnes ayant suivi plusieurs traitements présentent souvent une problématique d'addiction plus complexe, c'est-à-dire qu'elles présentent des caractéristiques qui entravent les résultats thérapeutiques. Tous les auteurs s'accordent sur le fait que pour mieux comprendre à l'avenir le lien entre historique de traitement et résultats et, donc, pour la conception des thérapies, la poursuite de travaux de recherche mettant en évidence de façon plus différenciée les diverses facettes des parcours thérapeutiques s'avère nécessaire.

En 2012, le Service de coordination act-*info*-FOS, a de nouveau travaillé dans le cadre de l'équipe du projet de statistiques nationales d'aide aux personnes dépendantes act-*info*, une équipe qui vise à améliorer la diffusion des résultats des travaux de monitoring, des produits, et du potentiel d'utilisation d'act-*info*. La révision complète des instruments d'enquête s'est également achevée en 2012, ce qui a permis d'employer les nouvelles versions en juillet 2012. La transition s'est parfaitement déroulée.

Perspectives : le Service de coordination act-*info*-FOS poursuivra son action dans le cadre du projet global act-*info* ainsi que sa participation au développement du système de monitoring national act-*info*. Ces travaux ciblent une meilleure utilisation d'act-*info* et de ses produits par l'OFSP et par les cantons intéressés. act-*info* poursuit sa collaboration avec le Monitoring suisse des addictions pour permettre l'exploitation des synergies et pour éviter les travaux réalisés à double. Il est aussi prévu de poursuivre la publication annuelle de l'infolettre « Éclairages » d'act-*info*. Les publications de cette série figurant à l'adresse suivante :

www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03295/index.html?lang=fr

2 Rapport d'activités 2012

2.1 Personnel du Service de coordination act-info-FOS

Au cours de l'année 2012, les personnes suivantes ont pris part aux projets act-info-FOS ou du Service de coordination act-info-FOS à l'Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF) :

- Susanne Schaaf, lic. psychologie : responsable du projet Documentation de base act-info-FOS, directrice de recherche dans le domaine des traitements résidentiels de la toxicomanie
- Heidi Bolliger : collaboratrice de projet, secrétariat du Service de coordination act-info-FOS.

2.2 Centres participants

En 2012, 49 établissements faisaient partie d'act-info-FOS : 37 de Suisse alémanique (dont un situé au Tessin), 9 de Suisse romande (dont un établissement germanophone dans le canton du Jura) et 3 centres italophones dans le canton du Tessin. Parmi ces centres, 46 ont donné des questionnaires de la clientèle pour évaluation. En 2012, deux établissements ont été fermés et un a rejoint la Ligue. Deux n'en font désormais plus partie car leur offre ne s'adresse plus à la clientèle qui a des problèmes d'addiction.

2.2.1 Liste des centres ayant participé à act-info-FOS en 2012

AG	Institut für Sozialtherapie, Sozialtherapeutische Klinik, 5704 Egliswil
	Inst. für Sozialtherapie, Stiftung, Reha.zentrum Niederlenz, 5702 Niederlenz
	Klinik im Hasel, 5728 Gontenschwil
	Stiftung Wendepunkt, Wohngemeinschaft Shalom, 5033 Oftringen
AR	Best Hope, 9104 Waldstatt/Herisau
	RehabilitationsZentrum Lutzenberg, 9426 Lutzenberg
BE	Chly Linde, Therapeutische Gemeinschaft, 3089 Vorderfultigen
	PRISMA, Suchttherapie in Gastfamilien des Contact Netz, 3000 Berne (jusqu'au 31.12.12)
	Projekt Alp, Familienplatzierung, Münsingen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Bordei, 6657 Palagnedra (TI)
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Brienzwiler, 3856 Brienzwiler
	Stiftung Terra Vecchia, Kehrsatz, 3122 Kehrsatz (jusqu'au 30.6.12)
	Stiftung Terra Vecchia, Familienplätze, 3011 Berne
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Melchenbühl, 3073 Gümligen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Saurenhorn, 3054 Schüpfen
	suchttherapiebärn (anciennement : Stiftung Hilfe zum Leben), 3006 Berne

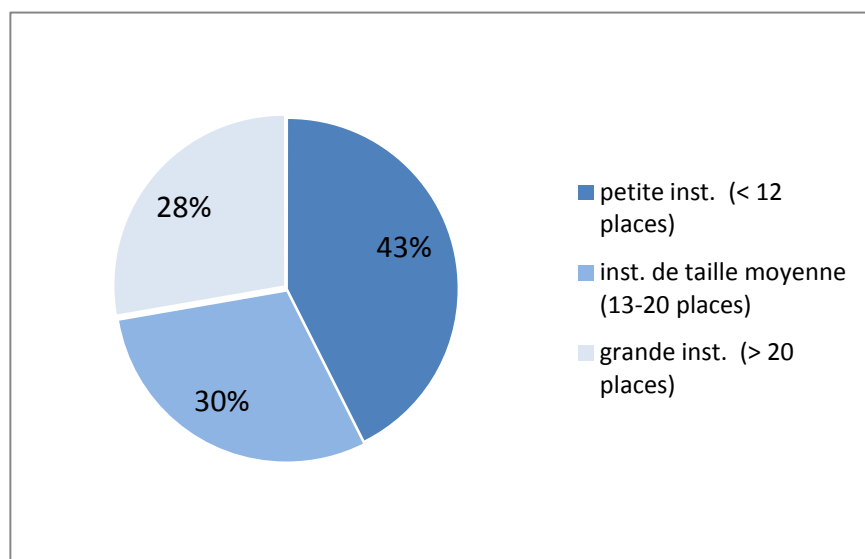
BE (suite)	Zueflucht, Christlich-therap. Wohngemeinschaft, 3715 Adelboden (jusqu'au 31.7.12)
BL	Rütihus Krisenstation Wohnheim, 4402 Frenkendorf (à partir du 1.7.2012)
FR	Foyer Horizon, Fondation Le Tremplin, 1783 Pensier
	Le Radeau, Centre d'Accueil communautaire, 1693 Orsonnens
JU	Clos-Henri, Centre de traitement pour personnes dépendantes, 2714 Le Prédame
LU	Aussenwohngruppe DFI, 6003 Lucerne
	Ausserhofmatt (AHM), Therapeutische Gemeinschaft, 6105 Schachen
	Familienplätze Luzern DFI, 6003 Luzern
	Lehn, Behandlungs- et Bildungswerkstatt, 6012 Obernau/Kriens
	Novizonte (anciennement Neuhof), Therapeutische Gemeinschaft, 6020 Emmenbrücke
	Ufwind, 6206 Neuenkirch
NE	Foyer André, 2117 La Côte-aux-Fées
SO	Casa Fidelio, 4626 Niederbuchsiten
	Chratten, Therapeutische Wohngemeinschaft, 4229 Oberbeinwil
	Lilith, Teil/stationäre therap. Frauen-Kind Wohngem., 4625 Oberbuchsiten
TI	Centro Residenziale a medio termine, 6516 Gerra Piano
	Il Gabbiano, Fondazione, Comunità terapeutica, 6904 Lugano
	Villa Argentina, Centro terapeutico, 6900 Lugano
VD	Fondation Bartimée, 1422 Grandson
	Fondation Le Levant (Couvet, Pichollette), 1005 Lausanne
	Foyer du Relais, Association du Relais, 1110 Morges
VS	Foyer Rives du Rhône (via LVT), 1951 Sion
	CAAD (anciennement : Courte Echelle), 1907 Saxon
ZG	Sennhütte, Therapeutische Gemeinschaft, 6300 Zoug
ZH	Arche, Behandlungsgemeinschaft, 8180 Bülach
	Suchtbehandlung Frankental, Stationäre Behandlung, 8049 Zurich
	Freihof Küsnacht, Wohngruppe, 8700 Küsnacht
	Meilestei, 8124 Uessikon bei Maur
	Neuthal, Therapeutische Gemeinschaft, 8344 Bäretswil
	Quellenhof, 8546 Gundetswil
	Rehazentrum Sunedörfli, 8816 Hirzel
	start again, Zentrum für Suchtbehandlung, 8032 Zürich
	Ulmenhof, 8913 Ottenbach

Au cours de la période sous revue, le Service de coordination act-info-FOS a reçu des « Données relatives à l'institution » actualisées (questionnaire sur les institutions, version 3.1) concernant 47 des 49 centres de traitement : 57 % (27) sont des centres de traitement résidentiel traitant exclusivement des problèmes liés aux substances *illégal*es, 11 % (5) accueillent des clients et

clientes dont les problèmes sont liés à tout type de substance, 23 % (11) traitent des problèmes de *dépendance* divers (liés ou non à des substances) et 9 % (4) traitent des problèmes de dépendance tout en assurant d'autres fonctions.

Dans 30 % des institutions (14), il est possible de suivre un traitement de sevrage complet ou partiel. Parmi les établissements, 43 % comportent jusqu'à 12 places (20), 30 % entre 13 et 20 places (14) et 28 % plus de 20 places (13) (illustration 1).

Illustration 1 : Ventilation en fonction du nombre de places de l'institution



Somme différente de 100 % en raison de l'arrondissement

2.3 Activités du Service de coordination act-info-FOS dans le cadre de la statistique de base

En 2012, les activités principales du Service de coordination act-info-FOS auront été la participation aux travaux de l'équipe du projet de système de monitoring national act-info (2.3.1) ainsi que des rencontres, rapports et publications (cf. chap. 2.3.2). Etant donné que quelques institutions continuent à collecter leurs données sur papier, les travaux de routine tels que l'enregistrement et le codage des questionnaires remplis ainsi que l'organisation de la saisie des données sont restés des tâches centrales. Enfin, dans le cadre des statistiques de base, il a également fallu assurer l'apurement des données, la coordination de toutes les activités au sein d'act-info-FOS et la communication des renseignements concernant le recueil des données et les rapports.

Un important travail mené par le Service de coordination act-info-FOS a consisté à *achever la préparation des nouvelles versions (4.0) des questionnaires*, qui sont employées depuis le 1^{er} juillet 2012 par les établissements act-info-FOS. Des précisions ont été apportées en se basant sur les adaptations opérées sur le questionnaire européen TDI, sur les commentaires des institutions FOS et sur ceux des autres secteurs de traitement, ainsi qu'en tenant compte des changements

intervenues dans le domaine (par exemple modifications législatives, arrivée de nouveaux produits sur le marché). Un changement majeur concerne l'usage des substances psychotropes, qui est désormais documenté de manière plus détaillée (fréquence de la consommation, « polytoxicomanie ») - ce qui va améliorer l'impact des résultats. Pour un certain nombre de questions, des options de réponses ont été ajoutées alors que d'autres questions ont été supprimées. La question sur les « formations achevées » a également été précisée (voir manuel act-info-FOS). La transition s'est parfaitement déroulée. Le Service de coordination remercie vivement les établissements pour leur participation à ce processus.

L'année écoulée avait également pour objectif *l'augmentation du taux de couverture* des centres considérés comme appartenant au groupe cible de la Ligue d'évaluation des traitements résidentiels act-info-FOS. D'abord, des centres membres de la Ligue qui ne fournissaient pas régulièrement de données relatives à leur clientèle ont été contactés pour connaître leurs motifs et pour discuter des possibilités d'une participation régulière. Ensuite, des centres qui avaient par le passé participé à la Ligue avant de la quitter ont été contactés afin d'examiner si leur participation était à nouveau envisageable. Enfin, la participation a été proposée à d'éventuels nouveaux centres qui, d'après leur présentation sur leur site, appartenaient au groupe cible de la Ligue.

Établissements (état au 25 janvier 2013)	Nombre d'établissements
Groupe des établissements déjà membres d'act-info-FOS	
Établissements act-info-FOS qui fournissent régulièrement des données (sans les trois établissements fermés en 2012 ni les deux établissements qui se sont réorientés en 2012)	45
Groupe des établissements anciennement membres d'act-info-FOS	
Établissements anciennement membres d'act-info-FOS avec profil adapté qui se montrent intéressés à une participation et seront recontactés en 2012/2013	6
Établissements anciennement membres d'act-info-FOS avec profil adapté qui n'ont pas donné suite à de multiples prises de contact ou qui ont clairement décliné une participation	4
Groupe des établissements nouveaux pour act-info-FOS	
Nouveaux établissements avec profil adapté qui sont désormais membres	1
Nouveaux établissements avec profil adapté dont la participation est refusée	2
Total des établissements résidentiels de traitement des addictions	58
Nombre d'établissements participants (sans les institutions intéressées et membres potentiels)	46

Actuellement, 46 établissements participent à la Ligue (état : janvier 2013), ce qui correspond à un taux de couverture de 79 %. En admettant la future participation des six établissements intéressés et qui seront recontactés durant le prochain semestre dans ce but, le nombre

d'établissements participant à *act-info-FOS* se monterait à 52 institutions, un chiffre qui correspondrait à un taux de couverture de 90 %.

2.3.1 Participation dans l'équipe du monitoring national d'aide aux personnes dépendantes *act-info*

L'équipe du projet de statistiques nationales d'aide aux personnes dépendantes *act-info*¹, à laquelle appartient la direction du projet *act-info-FOS*, a terminé l'évaluation complète des données *act-info* 2011 au cours de l'année de référence. Le rapport *act-info* 2011 peut être commandé gratuitement en version reliée, ou téléchargé sous

www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03295/index.html?lang=fr

2.3.2 Rencontres, rapports et publications

Réunion consacrée au rapport annuel

La réunion consacrée au rapport annuel *act-info-FOS* s'est tenue à Zurich le 23 octobre 2012. Son thème était : « La famille d'origine, ressource et hypothèque ». La psychothérapeute Gabriela Gnam a entamé son exposé en comparant la famille d'origine à une paire de lunettes à travers laquelle nous voyons le monde. Cette famille peut aussi être un cadre qui offre un appui, un parachute qui protège du pire, ou une prison aux structures prédéfinies et aux abus de pouvoirs familiaux, qui ont pour conséquence que l'on agit encore et toujours selon les mêmes schémas, sans prendre conscience de ces derniers, ni sans souhaiter agir de telle manière. Elle a poursuivi en constatant le lien étroit qui relie souvent les problèmes de dépendance et les relations nouées dans la famille d'origine, d'où l'importance thérapeutique d'aborder cette thématique dans le traitement résidentiel des addictions. Non pas, a-t-elle souligné, pour « régler ses comptes avec une famille mauvaise », mais avant tout pour mener un travail lié aux ressources, avec le potentiel de la famille d'origine. Des approches de thérapie systémique orientées sur les ressources (tels que les concepts de la « famille intérieure » et de « l'équipe interne ») particulièrement utiles, puisqu'elles se prêtent notamment au travail résidentiel de traitement des addictions, ont ensuite été présentées et explicitées par des exemples de cas. La réunion était articulée autour de trois axes, que trois orateurs compétents et chevronnés ont approfondis dans leurs contributions :

¹ *act-info* comprend les domaines partiels suivants : traitements résidentiels des dépendances à l'alcool et aux médicaments (*act-info-Residalc* : Marina Delgrande Jordan) ; traitements résidentiels des dépendances aux drogues illégales (*act-info-FOS* : Susanne Schaaf) ; aide psycho-sociale ambulatoire en cas de problèmes de dépendance (*SAMBAD* : Etienne Maffli) ; statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone (Urs Künzi) ; traitements avec prescription d'héroïne (*HeGeBe* : Maria Dickson-Spillmann). Pour plus d'informations sur le projet global *act-info* : www.act-info.ch ou www.isgf.ch (>*act-info-FOS*).

- Le travail thérapeutique avec la « famille intérieure » et « l'équipe interne » : Gabriela Gnam, docteur en psychologie, psychothérapeute systémique au Drop-In de Zurich et au Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen de la clinique universitaire psychiatrique de Zurich
- Le travail thérapeutique qui intègre les membres de la famille : Kurt Roth, éducateur spécialisé HES, psychothérapeute, Sozialmanager FH Aarau, animateur socioculturel et directeur Stiftung für Sozialtherapie.
- Les conséquences d'expériences défavorables du lien et le travail thérapeutique avec des clients et clientes traumatisés : Nicole Schmid, lic. en psychologie, psychologue et psychothérapeute spécialisée dans le traitement hypnosystémique portant sur les traumatismes et les schémas, directrice du service Thérapie & Intégration du centre de traitement des dépendances, Frankental

La documentation de la rencontre est disponible (en allemand) pour téléchargement à l'adresse : www.isgf.ch/fileadmin/downloads/FOS_Tagungsband_2012.pdf

Rapports et publications :

- Schaaf S (2012). Nachbefragung der Klienten und Klientinnen in stationärer Suchttherapie Drogen Forum Innerschweiz. Auswertungen des Erhebungsjahres 2011. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 310.
- Schaaf S & Grichting E (2012). Nachbefragung der Klienten und Klientinnen in stationärer Suchttherapie im Kanton Bern. Auswertungen des dritten Erhebungsjahres 2011 (inkl. Vergleich zu den Vorjahren 2009 und 2010). Schlussbericht. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 311.
- Schaaf S (2012). Mitarbeiterzufriedenheit und Burnout in der Suchthilfe QuaTheTeam-58: Erhebung Stichwoche 12. bis 16. März 2012, Stiftung Best Hope, Therapiezentrum Nieschberg. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 312.
- Schaaf S & Grichting E (2012). Gesamtbericht. zehnte Stichtagserhebung zur Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie QuaTheSI-I-40, 5.-9. März 2012, für Einrichtungen zur Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen und Alkohol. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 315.
- Schaaf S & Grichting E (2012). Rapport général. Dixième enquête de satisfaction des clientes et des clients d'institutions du domaine des dépendances QuaTheSI-I-40, 5-9 mars 2012 destiné aux institutions accueillant des personnes dépendantes des drogues illégales et de l'alcool. Zurich: ISGF. Rapport no 316.
- Schaaf S (2012). Befragung zur Organisationskultur der Aargauischen Stiftung Suchthilfe ags bei Mitarbeitenden der ags. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 318.
- Schaaf S (2012). Enquête de satisfaction et épuisement des collaborateurs/collaboratrices QuaTheTeam-58. Enquête du 3 au 14 septembre 2012, Fondation Estérelle-Arcadie. Zurich: ISGF. Rapport no 322.

Schaaf S & Grichting E (2012). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie *act-info-FOS* im Jahr 2011. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Problemsubstanzen. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 323.

Schaaf S & Grichting E (2012). Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie *act-info-FOS* en 2011. Rapport d'activités et statistiques annuelles globales. Substances problématiques. Zurich: ISGF. Rapport no 324.

Schaaf S (2012). Herkunftsfamilie als Ressource und Hypothek. Ressourcenorientierte Ansätze zur Auseinandersetzung mit der Familiengeschichte; Annäherung an die Herkunftsfamilie und notwendige Abgrenzung. Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie *act-info-FOS* am 23. Oktober 2012 in Zürich. Zürich: ISGF. Bericht Nr. 325.

2.4 Autres projets

En 2012, le Service de coordination *act-info-FOS* s'est engagé dans d'autres projets, parfois coordonnés avec *act-info-FOS* et parfois distincts, mais qui étaient exclusivement ou essentiellement liés au domaine de l'aide en matière de dépendance dispensée dans le secteur résidentiel.

2.4.1 Autres projets *act-info-FOS*

Documentation de la clientèle des centres de désintoxication dans le canton d'Argovie : la description de la clientèle des centres de sevrage du canton d'Argovie, effectuée dans le cadre du controlling cantonal, a également été réalisée en 2012. Comme les années précédentes, les données ont été saisies en ligne au moyen d'un questionnaire court et compatible avec *act-info*. L'évaluation des données a été remise tous les trimestres au mandant.

Petits projets et mandats de conseil donnés par des institutions ou des cantons : en 2012, diverses institutions et autorités nous ont mandatés pour un conseil ou une position ou dans le cadre d'un petit projet, le plus souvent pour évaluer de manière ciblée des données existantes (pour des évaluations pluriannuelles par exemple). Des évaluations ne sont remises à des autorités qu'avec l'accord des institutions concernées pour l'exploitation des données.

Post-enquête menée auprès de la clientèle des centres de traitement résidentiel du canton de Berne – suivi de 12 mois : d'une durée de trois ans, cette post-enquête est un projet du groupe de travail du traitement des addictions et de réhabilitation bernois BeAK, de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne et de l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF). Initiée par le groupe de travail BeAK, cette post-enquête vise à appréhender la situation des clients et clientes 12 mois après leur sortie d'un traitement résidentiel. Les résultats présentent, aux institutions comme à la Direction de la santé publique, des bases de réflexion autour de la qualité des résultats et leur inscription dans la durée. L'étude, qui s'est terminée en 2012, est disponible (en allemand) pour téléchargement à l'adresse :

www.bernerarbeitskreis.ch/fileadmin/dateien_inhalt/Schlussbericht_NB_Bern_2009-2011_03052012.pdf

La revue « SozialAktuell » (numéro de janvier 2013) a publié un article sur cette étude, intitulé « Nach der Therapie fassen viele wieder Tritt. Ergebnisse einer Studie zur Wirkung der stationären Suchttherapie » (pp. 33-34, en allemand). L'article est disponible pour téléchargement à l'adresse : www.bernerarbeitskreis.ch/fileadmin/dateien_inhalt/Sozial_Aktuell.pdf

2.4.2 Autres projets globaux

Enquête relative à la satisfaction de la clientèle en traitement résidentiel de la toxicomanie QuaTheSI-I-40 : la 10^e enquête QuaTheSI-I-40 relative à la satisfaction de la clientèle des centres de traitement résidentiels de la toxicomanie s'est déroulée du 5 au 9 mars 2012. Elle a eu lieu dans 61 institutions et l'évaluation se base sur 1034 questionnaires valablement remplis. Les établissements ont reçu un rapport confidentiel d'institution contenant les données de leur clientèle, des résultats qui peuvent être comparés avec ceux du groupe de référence (regroupement des institutions selon les traitements offerts: drogues ou alcool respectivement). Les valeurs de satisfaction sont, de manière générale, élevées. La prochaine évaluation QuaTheSI des traitements résidentiels est prévue au printemps 2014. Le rapport général QuaTheSI-I-40 (juin 2012) est disponible pour téléchargement à l'adresse : <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=12>

QuaTheTeam-58 - Enquête de satisfaction des collaborateurs et collaboratrices : en 2012, trois institutions ont procédé à une enquête de satisfaction QuaTheTeam-58 auprès de leurs collaborateurs pour en confier l'évaluation à l'ISGF. Ce questionnaire QuaTheTeam-58 (« Questionnaire : satisfaction et épuisement des collaborateurs d'établissements d'aide aux personnes dépendantes ») est par ailleurs fréquemment employé par des établissements à l'étranger. Pour plus d'informations, se reporter au site : <http://www.suchtforschung.ch/index.php?id=59&uid=38>

2.5 Perspectives

Dans le cadre du projet global *act-info*, le Service de coordination *act-info*-FOS continuera d'être intégré à l'équipe de projet et de participer au développement du système de monitoring national. Il est notamment prévu de publier la prochaine édition de l'infolettre annuelle « Éclairages » d'*act-info* consacrée à un sujet d'actualité sur les dépendances et d'assurer la poursuite de l'ensemble du projet.

L'année prochaine, un groupe pilote interne de l'OFSP analysera en détail le système de monitoring *act-info*, ses produits et son potentiel de diffusion à plus large échelle. Le groupe de coordination *act-info* examine également la possibilité de procéder à des recensements complets sur le plan cantonal.

Au niveau d'act-info-FOS, la poursuite de la statistique partielle sur les thérapies résidentielles est garantie et les résultats des recherches sont présentés lors de plusieurs rencontres.

De plus, des analyses spécifiques sont effectuées à la demande d'institutions de thérapie (p. ex. comparaison pluriannuelle du profil de la clientèle d'une institution, complétée par une enquête supplémentaire de catamnèse) et des réflexions sont engagées sur une utilisation plus large des données d'act-info-FOS.

3 Statistiques sur la clientèle act-info-FOS – Méthodologie

La Ligue act-info-FOS produit une documentation nationale, en continu, de la clientèle des établissements thérapeutiques résidentiels et de l'évaluation du séjour qui y est fait. Pour ce faire, des informations sont recueillies au moment de l'admission de la clientèle et au moment de leur sortie, sur des sujets tels que leur situation sociale (logement, travail, etc.), leur consommation de drogues, leur santé ou encore leur situation juridique.

Ces relevés nationaux sur la clientèle des établissements de traitement résidentiel des toxicomanies en Suisse sont effectués depuis 1995 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et dépouillés annuellement. Depuis le 1^{er} janvier 2003, act-info-FOS emploie les questionnaires act-info.

3.1 Instruments et collecte des données

Jusqu'au 30 juin 2012, les données ont été recueillies au moyen des questionnaires standard act-info, disponibles en allemand, français et italien (questionnaire d'entrée E3.1 et questionnaire de sortie A3.1). Depuis le 1^{er} juillet 2012, les données sont recueillies au moyen des versions révisées 4.0 et 4.1. Le questionnaire de sortie est rempli dès lors qu'un client ou une cliente cesse la thérapie, selon les termes convenus ou non, qu'il passe à un autre traitement ou qu'il s'installe en appartement protégé. La collecte des questionnaires se fait dans les centres participant à l'enquête act-info-FOS. Le client est interrogé par un collaborateur du centre de traitement, si possible dans les deux premières semaines qui suivent son admission. Le questionnaire de sortie est également rempli par un membre de l'équipe, mais pas forcément dans le cadre d'une enquête auprès de la clientèle. En effet, en raison des sorties non prévues (interruptions), cela s'avère souvent impossible. Les personnes participant à la recherche disposent d'un manuel et de l'appui téléphonique du Service de coordination act-info-FOS..

3.2 Règles concernant la protection des données

Dans le cadre du projet global act-info, la protection des données est garantie par un procédé de chiffrement multiple élaboré selon les standards de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans un premier temps, les différents établissements thérapeutiques attribuent un code personnel à chaque client selon des règles uniformes. Ce code, qui se compose de quatre lettres, accompagne les données qui sont transmises à l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF). Un deuxième chiffrement intervient au niveau de l'ISGF, avant que les données de base ne soient intégrées sous forme totalement anonymisée dans la base de données nationale de l'OFSP. Chaque série de données est automatiquement chiffrée à l'aide du code personnel ainsi que d'autres données par un système à double clé (clé personnelle de 16 caractères et clé de session de 256 caractères). Un troisième chiffrement, réalisé au moyen d'une clé annuelle, est effectué à l'OFSP dans la base de données nationale.

L'utilisation de la base de données de l'ISGF, qui rassemble les variables du noyau et des modules, est réservée au Service de coordination act-info-FOS. Les objectifs convenus doivent être respectés et la protection des données est garantie, conformément à la législation. Toute tierce personne (canton, autres instituts de recherche) qui souhaite obtenir un accès à cette banque de données doit effectuer une demande préalable en ce sens et obtenir l'accord des institutions concernées.

3.3 Saisie électronique et contrôle des données

En 2012, 35 institutions ont saisi leurs données en ligne, totalisant ainsi une majorité de questionnaires (76 %). Ceux qui ont été adressés au Service de coordination act-info-FOS sous forme papier ont été saisis informatiquement à l'aide du logiciel DataPool par une société extérieure.

La saisie des données avec le logiciel DataPool, qui constitue en même temps une banque de données centrale d'administration et d'enregistrement des épisodes de traitement, s'accompagne de premiers contrôles (p. ex. pas de réponses multiples aux questions simples, vérification des données de base d'un épisode de traitement à l'ouverture du questionnaire). Le logiciel DataPool procède à d'autres vérifications de routine qui permettent de s'assurer de la cohérence et de l'exhaustivité des réponses données aux questions-clés.

3.4 Préparation des données

Grâce aux procédures de contrôle intégrées dans DataPool, les données sont de grande qualité avant même leur transfert dans le programme SPSS. Là où cela était nécessaire, des vérifications de plausibilité supplémentaires ont été effectuées et les réponses manquantes ou non valables définies (*missing data*). Enfin, les recodages nécessaires au chapitre consacré aux tableaux ont été entrepris.

3.5 Echantillons 2012

Les données ont été collectées régulièrement auprès de tous les clients et clientes entrés et sortis des centres act-info-FOS. L'évaluation 2012 se base sur 528 questionnaires d'entrée et 475 questionnaires de sortie. Près des deux tiers proviennent de Suisse alémanique, un petit tiers de Suisse romande et les autres d'institutions italophones du canton du Tessin (tableau 1).

Tableau 1 : Base de données pour le rapport annuel 2012

Région linguistique	ENTREES 2012		SORTIES 2012	
	N	%	N	%
Suisse alémanique *	299	57%	305	64%
Suisse romande	156	30%	131	28%
Suisse italienne *	73	14%	39	8%
TOTAL Suisse	528	101%**	475	100%

*Les centres de langue allemande se trouvant au Tessin sont comptabilisés ici avec la Suisse alémanique.

** Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

4 Parcours thérapeutique – caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement

Cette année, le thème prioritaire porte sur l'influence que le parcours thérapeutique antérieur des personnes dépendantes des opioïdes ou de la cocaïne peuvent avoir sur leurs traitements thérapeutiques ultérieurs et sur le résultat obtenu par ces personnes. Les clients et clientes des institutions FOS ont souvent suivi un parcours thérapeutique dans différents settings; c'est ce qu'indiquent 91 % des personnes à leur entrée : 79 % ont suivi une ou plusieurs cures de sevrage, 61 % ont consulté en ambulatoire, 57 % ont suivi un traitement résidentiel, 55 % un traitement à base de méthadone (plusieurs réponses possibles).

Le domaine du traitement résidentiel des dépendances subit depuis des années une grosse pression (situation financière tendue, exigences croissantes, nécessité de raccourcir la durée des traitements, etc.) et la question de l'efficacité (effet « tourniquet ») resp. du rapport prix/prestation de cette offre est sans cesse relancée. La recherche a suffisamment attesté qu'un traitement de longue durée, achevé comme prévu et suivi d'un accompagnement approprié, mène à un résultat positif, en particulier chez les clients et clientes connaissant des difficultés multiples. De même, on sait que la sortie de la dépendance ou guérison de l'état de dépendance n'est pas un phénomène linéaire mais peut davantage être décrite comme un processus dynamique, où se succèdent des épisodes de consommation, des phases d'abstinence et de nouvelles périodes de consommation. Au fil de ce parcours se succèdent des épisodes de traitement de durée variable dans des settings différents, au cours desquels les clients et clientes acquièrent diverses compétences (p. ex. en communication, en stratégies de coping (c'est-à-dire d'ajustement face aux problèmes) pour faire face), qu'ils peuvent utiliser comme appui dans leurs traitements ultérieurs (effet de cumul).

Les questions qui se posent en lien avec les traitements déjà suivis et qui sont examinées plus en détail dans ce chapitre – en s'appuyant sur une recherche dans la littérature – sont les suivantes :

Les épisodes thérapeutiques antérieurs ont-ils un effet de cumul, au sens où les clients et clientes peuvent s'appuyer, dans des séjours thérapeutiques postérieurs, sur des connaissances (p. ex. introspection, repérage et compréhension de schémas de comportement) et des aptitudes appropriées (p. ex. aptitude au travail) acquises grâce à des thérapies antérieures ?

Si oui, les expériences thérapeutiques antérieures pourraient-elles être vues comme une variable prédictive d'un résultat (positif) à l'issue de séjours thérapeutiques ultérieurs ?

La recherche s'intéresse également à d'éventuelles différences systématiques qui distingueraient les clients et clientes ayant déjà suivi un parcours thérapeutique de celles et ceux qui n'ont jamais suivi de traitement .

Pour répondre à ces questions, on a effectué une vaste recherche dans la littérature présente dans différentes banques de données internationales (PsycARTICLES, PsycInfo, PsyJournals, PsyBooks, PubMed, Medline, Science Direct, scholar.google) et directement dans les revues spécialisées de langue allemande *Suchttherapie*, *Suchtmedizin*, *Sucht aktuell*, *Sucht* et *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*. La recherche d'articles s'est faite avec les mots-clés suivants (en anglais et en allemand) : residential treatment / inpatient treatment; opiate / morphine / morphia / heroine / opium / opioïd / cocaine ; prior treatment / treatment repeater / treatment history / treatment-experienced.

4.1 Plusieurs épisodes de traitement antérieurs – problématique globalement plus lourde

Une série d'études a porté sur les variables prédictives susceptibles d'annoncer une future abstinence², en analysant la variable « traitements reçus précédemment ». Aux cours des travaux, il est toujours apparu que les personnes ayant suivi plusieurs épisodes de prise en charge présentent au début du traitement de référence (soit l'épisode thérapeutique auquel se réfèrent les mesures), par rapport à celles qui sont traitées pour la première fois, *une problématique plus lourde à de nombreux égards* : comparées aux personnes qui n'ont jamais suivi de traitement auparavant, les personnes qui en ont déjà suivi au moins un sont en moyenne plus âgées, présentent une problématique plus lourde liée aux substances (consommation plus fréquente et incluant plus souvent aussi la cocaïne et les opioïdes) ainsi qu'une occurrence plus forte de problèmes psychiques (SCL, IGT), mentionnent davantage des problèmes familiaux et sociaux et sont plus fréquemment au chômage (Cacciola et al. 2005 et 2009 ; Claus et al. 1999 ; Neale et al. 2007 ; Rash et al. 2008 ; Sears et al. 2002). Elles admettent davantage la nécessité de traitement, montrent une motivation plus forte à changer et sont plus largement représentées en thérapie résidentielle (Cacciola et al. 2009 ; Claus et al. 1999). Les résultats des différentes études sont présentés dans le tableau 2.

Le fait d'avoir déjà une expérience thérapeutique semble donc être une caractéristique de clients et clientes plus âgés, confrontés à une problématique multiple, ou alors la problématique multiple est corrélée à une perception plus aigüe des problèmes et à une plus grande nécessité de traitement, et donc liée aussi à un historique de traitement de plus grande ampleur.

² Bien que la thérapie résidentielle moderne des addictions ne vise de loin plus le seul objectif de l'abstinence et se préoccupe aussi d'intégration et d'une vie que les clients et clientes puissent le plus possible déterminer eux-mêmes en recourant à l'*abstinence comme instrument*, la consommation de drogues ou l'abstinence reste toujours un indicateur de résultat très courant dans la recherche sur les dépendances.

Tab. 2 : Caractéristiques des clients et clientes ayant suivi un parcours thérapeutique

Les clients et clientes AYANT déjà suivi un parcours thérapeutique (comparés aux personnes en premier traitement) ...	Source (par ordre alphabétique des auteurs)
<p>... sont souvent plus âgés au début du traitement, et majoritairement de sexe masculin.</p> <p>... présentent un moins bon niveau de formation et une situation de travail instable (chômage).</p> <p>... présentent davantage de problèmes familiaux et psychiques.</p> <p>... évaluent leur problème de consommation de substance comme étant plus grave, la principale substance posant problème est plutôt la cocaïne / le crack, l'alcool et l'héroïne.</p> <p>... présentent, tant au début du traitement qu'au suivi à 6 mois, des problèmes de drogue plus marqués.</p> <p>... se montrent plus conscients de leur problème de comportement de consommation, admettent davantage la nécessité de traitement et montrent une motivation plus forte à changer que les personnes n'ayant encore suivi aucun traitement.</p> <p>... présentent davantage de caractéristiques qui nuisent au succès de la thérapie (tout en ayant une plus forte motivation à suivre le traitement).</p>	<p>CACCIOLA et al. (2005) ont comparé les résultats de traitement entre le groupe de la clientèle traitée pour la première fois et le groupe ayant déjà suivi un parcours thérapeutique (traitement ambulatoire, à base de méthadone, thérapie résidentielle de courte ou de longue durée). Des comparaisons portant sur les caractéristiques des personnes à l'entrée et sur le résultat atteint à différents moments après la sortie (6, 12, 24, 30 mois) ont été faites entre des personnes suivant un premier traitement et d'autres en ayant déjà suivis ; des variables prédictives du résultat ont été identifiées. (voir aussi le tab. 3) (N=1'380)</p>
<p>... présentent une consommation de substance plus forte à leur entrée.</p> <p>... sont plutôt traités en thérapie résidentielle.</p> <p>... présentent, en traitement résidentiel (attention particulière accordée à ce setting de traitement dans l'étude), une problématique liée à l'alcool et aux drogues plus marquée (fréquence de consommation, nuisances découlant de la drogue) que les personnes qui suivent leur premier ou leur deuxième traitement.</p> <p>... présentent, en traitement résidentiel, davantage de problèmes médicaux ou psychiatriques, familiaux ou sociaux, que les personnes suivant leur premier ou leur deuxième traitement.</p> <p>... présentent une acceptation du traitement proportionnelle au nombre d'épisodes de traitement qu'ils ont déjà suivis.</p>	<p>Dans une autre étude, CACCIOLA et al. (2009) ont examiné la corrélation entre l'historique de traitement et le résultat de la thérapie (voir aussi le tab. 3). Les résultats qui se rapportent aux caractéristiques de la clientèle <i>avant</i> le traitement de référence sont présentés dans la colonne de gauche. (N=2'439 ; dont 1'544 en thérapie résidentielle des addictions, soit 64 %)</p>
<p>... présentent plus souvent des problèmes considérables d'abus de substances.</p> <p>... présentent en outre des problèmes psychiatriques plus marqués (troubles psychotiques, troubles bipolaires, dépression). (Il n'apparaît pas clairement si la clientèle ayant déjà suivi un parcours thérapeutique souffrait déjà d'atteintes psychiatriques plus lourdes en commençant le traitement de référence ou si elle a développé plus de problèmes au fil du temps ; les deux évolutions coexistent probablement).</p> <p>... présentent de plus gros problèmes dans plusieurs</p>	<p>CLAUS et al. (1999) ont examiné à la lumière des historiques de traitement les profils de clients et de clientes ayant déjà suivi un parcours thérapeutique et d'autres en premier traitement. Pour cela, différents instruments d'enquête sur la santé et sur la qualité de vie ont été utilisés : IGT, BPRS (échelle de graduation psychiatrique), EGF (évaluation globale du fonctionnement), QOL (Quality of Life), SCL (Symptom Checklist-98), RTC (Readiness to Change Questionnaire). (N=7'092)</p>

<p>domaines de leur vie (IGT). ... présentent un moins bon niveau de fonctionnement (échelle EGF). ... présentent une plus grande disposition à changer (RTC) malgré la problématique plus lourde.</p>	
<p>... sont davantage représentés en thérapie résidentielle que dans d'autres settings. ... sont, en thérapie résidentielle, plus souvent au chômage, la substance la plus consommée est la cocaïne ; la consommation d'héroïne est plus fréquente que dans le groupe ambulatoire.</p>	<p>GRELLA et al. (1999) ont examiné la relation entre les caractéristiques de la clientèle avant le début de la thérapie, le taux de rétention et le résultat du traitement pour les clients jeunes et les clients âgés de DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study). (N=1'122 ; dont 551 en thérapie résidentielle de longue durée, soit 49 %).</p>
<p>... sont plus âgés. ... présentent des troubles plus marqués en lien avec les substances alcool et cocaïne. ... présentent de plus grandes difficultés d'intégration dans le monde du travail.</p>	<p>RASH et al. (2008) ont examiné l'effet d'épisodes de traitement antérieurs sur le résultat en comparant le groupe des personnes dépendantes de la cocaïne en traitement ambulatoire standard à des personnes dépendantes de la cocaïne en traitement ambulatoire combiné au « contingency management » (gestion des risques en situation imprévue, gestion des urgences). (voir aussi le tab. 3) (N=393)</p>
<p>... se distinguent plutôt par une consommation d'héroïne ... sont plus souvent consommateurs par injection (prévalence vie-entière). ... ont atteint un meilleur niveau de formation. (les groupes ne présentent pas de différence à l'entrée en ce qui concerne la gravité des difficultés rencontrées, mesurée selon IGT, BDI, BSI et Social Support Instruments)</p>	<p>SEARS et al. (2002) ont examiné les différences entre les clients et clientes en premier traitement et celles et ceux ayant déjà suivi un ou plusieurs épisodes de traitement, d'abord à leur admission au traitement de référence puis au moment des suivis à 1 et 12 mois. (voir aussi le tab. 3) (N=451)</p>

4.2 Plusieurs épisodes de traitement antérieurs – effet de cumul partiel favorisant un résultat positif

Après avoir constaté que la clientèle ayant déjà suivi un parcours thérapeutique présente plus souvent des atteintes multiples et a donc sollicité davantage de traitements, il convient de se demander dans quelle mesure ce parcours thérapeutique antérieur a un lien avec un futur résultat positif. Alors que les caractéristiques des clients et clientes en début de traitement sont relativement bien étudiées, les études consacrées à l'effet d'épisodes de traitement antérieurs sur le résultat des traitements suivants sont assez rares, ce qui n'est sans doute pas sans rapport avec les difficultés méthodologiques générales inhérentes à la problématique.

Des projets traitant cette problématique arrivent à des résultats différents.

L'étude de Cacciola et al. (2005) a montré que chez les personnes ayant déjà suivi un traitement, qui se distinguent par des difficultés multiples – et présentent donc des conditions initiales plus difficiles en début de thérapie de référence –, le résultat à long terme est meilleur que chez les personnes suivant leur premier traitement pour autant que le résultat à court terme (suivi à 6 mois) ait déjà été positif. Ces résultats positifs à long terme relativement meilleurs pour les clients et clientes ayant suivi avec succès un ou plusieurs traitements antérieurs alimentent,

selon Cacciola et al. (2005), la conviction que le bénéfice d'un traitement se cumule au fil des épisodes thérapeutiques. Les auteurs soulignent toutefois aussi que la réduction significative du problème lié à une substance est une tendance qui s'observe pour les clients et clientes présentant des résultats positifs à court terme aussi bien dans le groupe de clientèle en premier traitement que dans celui des personnes ayant déjà suivi un ou plusieurs épisodes thérapeutiques, mais que cette réduction s'atténue au fil du temps.

La possibilité que les traitements aient un effet de cumul, prenant place par étapes au fil de plusieurs épisodes thérapeutiques est également constatée par Hser et al. dans un compte rendu de recherches plus ancien (1997). En supposant que les traitements peuvent avoir un effet de cumul au fil du temps, Grella et al. (1999) relèvent eux aussi dans leur étude que les épisodes thérapeutiques antérieurs ont un effet indirect sur la réduction de la consommation de drogue. Mais ils constatent aussi que la succession d'épisodes de traitement nuit au fil du temps au sentiment d'auto-efficacité face au comportement de consommation (une variable prédictive importante pour l'abstinence), surtout chez les clients et clientes les plus âgés.

Dans leur travail de revue sur 69 études, Brewer et al. (1998) arrivent à la conclusion que les variables présentant à long terme un lien avec l'abstinence sont rares. Pour la dépendance aux opioïdes, le parcours thérapeutique antérieur est apparu dans la méta-analyse comme étant une variable prédictive de résultat négatif voire de poursuite de la consommation. L'étude de Darke et al. (2005) aboutit à un résultat partiellement analogue : la persistance de l'abstinence d'opioïdes à la suite d'un traitement réussi va de pair avec l'absence de parcours thérapeutique antérieur (au traitement de référence) – du moins lorsque plusieurs épisodes de traitement cumulés ont aussi été sollicités durant la période de suivi, ce qui semble contribuer à stabiliser la phase d'abstinence.

Dans leur analyse d'ensemble sur les variables prédictives du résultat à attendre de traitements de la dépendance à l'alcool, Adamson et al. (2009) ont passé en revue au total 51 études. Même si cette importante méta-analyse ne porte pas sur les thérapies liées aux drogues mais sur le traitement de la dépendance à l'alcool, ses résultats sont intéressants : dans 15 des 51 études, la variable « parcours thérapeutique » a été examinée en tant que variable prédictive. Selon 4 de ces 15 études, un parcours thérapeutique moindre est prédictif d'un meilleur résultat, et selon une étude, c'est – à l'inverse – un parcours thérapeutique plus étoffé qui annonce une meilleure issue. Dans une étude, l'achèvement régulier des épisodes thérapeutiques précédents ressort comme une donnée prédictive déterminante pour un résultat ultérieur positif. Les résultats des études sont présentés dans le tableau 3.

Tab. 3 : Résultats pour la clientèle ayant déjà suivi un parcours thérapeutique

Les clients et clientes AYANT déjà suivi un parcours thérapeutique (comparés aux personnes en premier traitement) ...	Source (par ordre alphabétique des auteurs)
... présentent, en cas de parcours thérapeutique spécifique de la dépendance aux opioïdes, une plus grande persistance de la consommation de drogues après le traitement.	Dans leur méta-analyse, BREWER et al. (1998) s'intéressent aux données prédictives d'une consommation persistante de drogues durant et après un traitement destiné à la clientèle dépendante des opioïdes. Au

	total, 69 études ont été analysées. Le travail montre que, pour la plupart, les variables collectées relatives à la clientèle ne présentent qu'un lien faible avec l'abstinence sur le long terme. Néanmoins, 10 variables ont été dégagées pour leur rapport significatif avec la consommation de drogue pendant et après le traitement (résultat négatif) et présentent un caractère prédictif, notamment les traitements antérieurs pour la dépendance aux opioïdes, ainsi qu'une courte durée de traitement et la sortie prématurée d'une thérapie.
... montrent plutôt plus souvent, après un bon résultat initial à 6 mois (condition), un bon résultat global à chaque sondage ultérieur (suivi à 12, 14 et 30 mois) que la clientèle n'ayant jamais été prise en charge auparavant (non significatif). (Les personnes n'ayant jamais été prise en charge auparavant présentent un risque supérieur de résultat ultérieur plus faible malgré un bon résultat initial).	CACCIOLA et al. (2005) ont comparé les personnes en premier traitement et celles ayant déjà un parcours thérapeutique du point de vue de leurs caractéristiques à l'admission et du résultat à différents moments après la sortie (6, 12, 24, 30 mois). (N=1'380)
... présentent, en traitement résidentiel, un niveau de difficultés plus grave tant à l'admission qu'au moment du suivi, essentiellement en rapport avec leur consommation d'alcool et de drogue et dans le domaine psychiatrique. ... atteignent plus rarement un résultat de suivi positif d'un niveau comparable à celui des personnes ayant un parcours thérapeutique moindre, même s'ils retiennent du traitement un bénéfice utile substantiel pour eux-mêmes. ... en traitement résidentiel, restent nettement plus longtemps en thérapie que les personnes en traitement résidentiel qui suivent leur premier traitement.	CACCIOLA et al. (2009) ont à nouveau examiné dans une étude ultérieure la corrélation entre les historiques de traitement et les résultats des thérapies. Ils ont cherché à voir si un lien apparaissait entre des épisodes de traitement antérieurs ayant été achevés comme prévu et le mode de sortie ainsi que le résultat à 6 mois. (N= 2'429)
... présentent, lorsque leur historique de traitement est plus court, un plus grand sentiment d'auto-efficacité pour éviter la consommation de substance (en particulier chez les clients et clientes plus âgés en traitement résidentiel). L'auto-efficacité est une variable prédictive importante d'un résultat positif.	GRELLA et al. (1999) ont examiné les caractéristiques des clients à leur admission, le taux de rétention et les résultats atteints par les jeunes adultes et les adultes plus âgés en traitement ambulatoire et résidentiel de la dépendance. L'historique thérapeutique a été établi par trois indicateurs : 1) nombre de traitements antérieurs à l'entrée dans DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study), 2) nombre de semaines passées en traitement auparavant, représentant la durée totale de séjour de tous les épisodes précédents, et 3) nombre d'années sur lesquelles s'étend l'historique de traitement, soit la différence entre l'âge au moment de la première admission et l'âge à l'entrée dans DATOS.
... présentent plutôt un résultat négatif. ...ont toutefois davantage tendance à présenter, en cas de thérapie unique et de taux de rétention supérieur, un comportement d'abstinence que les personnes en premier traitement.	HSER et al. (1999a) ont examiné la clientèle dépendante de la cocaïne ayant déjà un important parcours thérapeutique et suivant son premier traitement répertorié dans DATOS. (N= 789)
... présentent – malgré des perspectives de traitement moins favorables – une probabilité d'atteindre l'abstinence similaire à celles de la clientèle en premier traitement, dans la mesure où ils restent assez longtemps en traitement résidentiel.	HSER et al. (1999b) ont également examiné les caractéristiques des personnes et des traitements pour la clientèle dépendante de la cocaïne en traitement résidentiel, à leur entrée (dans le traitement de référence de DATOS) et au suivi à 12 mois.

	(N=507)
... présentent un meilleur taux de rétention lorsqu'ils sont traités en ambulatoire et selon l'approche de thérapie comportementale de contingency management (gestion des risques en situations imprévues, gestion des urgences et des crises).	RASH et al. (2008) ont comparé l'effet de différentes approches thérapeutiques ambulatoires destinées aux personnes dépendantes de la cocaïne avec et sans traitement antérieur. (N=393)
... ont suivi plutôt un traitement résidentiel. ... présentent, sur l'ensemble de la période d'observation (suivis à 1 et 12 mois), à l'instar de la clientèle en premier traitement, une diminution significative de l'ampleur des difficultés dans les domaines du travail, de la situation juridique, de la consommation de substance et des problèmes sociaux (IGT) ainsi qu'en matière de dépression et de symptômes psychiatriques (BDI, BSI). ... se montrent plus enclins à suivre la thérapie.	SEARS et al. (2002) ont comparé des clients et clientes en premier traitement et ayant déjà suivi plusieurs traitements, notamment du point de vue du résultat au moment des suivis à 1 et 12 mois. (N=451)

Limites méthodologiques

Dans leurs publications, les auteurs indiquent déjà eux-mêmes les limites de leurs études. Cacciola et al. (2009), par exemple, mentionnent que leur étude n'est qu'une analyse secondaire d'études sur les résultats des thérapies (et non d'études menées sous contrôle et incluant l'aspect aléatoire). Quelles qu'elles soient, les conclusions tirées de cette étude ne peuvent, selon les auteurs, qu'être provisoires. De plus, le domaine « parcours thérapeutique » a souvent été saisi par une seule variable, qui ne reflète bien sûr pas la totalité de l'historique de traitement sous toutes ses facettes (p. ex. Sears et al., 2002). La question est également débattue de savoir dans quelle mesure une cure de sevrage somatique doit être considérée comme un traitement à proprement parler voire comme une expérience thérapeutique (Sears et al., 2002). Selon que la cure de sevrage somatique est comptée ou non comme un traitement, la part des clients et clientes ayant déjà suivi au moins un traitement varie considérablement dans les différentes études. En outre, il est souligné que la fiabilité des données fournies par les personnes elles-mêmes sur leur parcours thérapeutique peut représenter une limite méthodologique, bien que des études plus anciennes tendent plutôt à confirmer la validité de ces données.

4.3 Résumé et discussion

De manière synthétique, l'on peut répondre aux questions posées au début de la présente analyse à propos de la corrélation entre le parcours thérapeutique antérieur et un résultat ultérieur, en soulignant qu'il faut également prendre en compte les problèmes rencontrés par les clients et les clientes (gravité de l'addiction ; difficultés psychiques, familiales et sociales, etc.) car ils ont une incidence sur la situation en tant que variable médiatrice³. En d'autres termes, les clients et clientes en proie à des difficultés multiples suivent en règle générale, par nécessité, davantage de traitements et plus fréquemment des traitements résidentiels. Mais si certaines études

³ Une variable médiatrice (difficultés multiples des clients et clientes) est une variable tierce par laquelle une variable prédictive (parcours thérapeutique antérieur) influe sur une variable-critère (résultat).

confirment dans les grandes lignes le principe selon lequel les traitements suivis dans le passé peuvent avoir un impact positif sur le résultat thérapeutique ultérieur – et selon lequel les bénéfices thérapeutiques s'accumulent au fil des traitements successifs – d'autres rejettent ce principe. Sur ce point, la recherche ne fournit pas de vision uniforme. Cette disparité de vues découle peut-être des différences au niveau des caractéristiques des clients et clientes ou des modalités de traitement, ou encore du fait que les variables relatives au résultat n'ont pas été fixées de la même manière dans les différentes études.

Quoi qu'il en soit, certaines études confirment que la clientèle ressent une amélioration dans différents domaines de la vie quel que soit le parcours thérapeutique (surtout lorsque les traitements sont menés à bien), et ce d'autant plus qu'une série d'autres facteurs jouent un rôle déterminant (auto-efficacité par exemple). Ceux et celles qui sont confrontés à des problèmes multiples acceptent mieux les traitements, ce qui donne un point d'appui au personnel soignant, tandis que ceux et celles qui n'ont jamais suivi de traitement doivent d'abord être encouragés à se laisser soigner. D'après Claus et al. (2009), la prise de conscience de difficultés croissantes et d'une baisse de la qualité de la vie en raison de problèmes liés à des drogues accroît la lucidité et l'ambivalence de l'intéressé par rapport à son problème d'addiction, ce qui l'encourage davantage à changer. Grella et al. (1999) recommandent de mettre au point des approches thérapeutiques spécifiques permettant d'améliorer de manière ciblée l'auto-efficacité chez les clients et clientes qui ont connu plusieurs épisodes thérapeutiques, car il s'agit là d'une variable prédictive essentielle des progrès réalisés.

Des recherches différenciées approfondies sur les parcours thérapeutiques qui prennent en compte les différentes facettes des traitements suivis (caractère récent ou non, intensité, nombre total de journées de traitement, objectif, etc.) devraient permettre d'éclairer les corrélations entre les épisodes thérapeutiques antérieurs, le processus thérapeutique et le résultat des traitements. Ces recherches pourraient également préciser le rôle des cures de sevrage somatiques. En l'occurrence, il serait intéressant de comparer les deux groupes (« personnes confrontées à des difficultés multiples ayant suivi de nombreux traitements » et « personnes confrontées à des difficultés multiples ayant un parcours thérapeutique limité »). Sears et al. (2002) attirent en outre l'attention sur la nécessité de s'intéresser, dans les recherches futures, aux différences régionales, à savoir à l'accès limité à certaines offres thérapeutiques dans certaines régions (obstacles au traitement).

Une meilleure compréhension de la corrélation entre un parcours thérapeutique antérieur et le résultat devrait permettre de mieux cerner le rôle du parcours thérapeutique antérieur et de lutter contre le préjugé invoquant le phénomène du tourniquet (ou contre les effets « tourniquet » si le phénomène existe réellement). Comme le soulignent Cacciola et al. (2009), la recherche sur ce sujet peut apporter des informations précieuses pour l'organisation des traitements, les méthodes et les objectifs, même s'il convient de souligner que le parcours thérapeutique n'est pas un facteur suffisamment fort s'agissant du résultat pour déterminer à lui seul les recommandations thérapeutiques.

Littérature

Adamson SJ, Sellman JD & Frampton CM (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75-86.

Cacciola JS, Dugosh K, Foltz C, Leahy P & Stevens R (2005). Treatment outcomes: First time versus treatment-experienced clients. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 (suppl 1), 13-22.

Cacciola JS, Leggett Dugosh K & Camilleri AC (2009). Treatment History: Relationship to Treatment Outcomes. In: *Substance Use & Misuse*, 44, 305-321.

Claus RE, Kelley Mannen R & Schicht WW (1999). Treatment career snapshots: Profiles of first treatment and previous treatment clients. In: *Addictive Behaviors*, 24(4), 471-479.

Grella CE, Hser YI, Joshi V & Anglin MD (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 151-166.

Hser YI, Anglin MD, Grella C, Longshore D & Prendergast ML (1997). Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.

Hser YI, Grella C, Chou CP & Anglin MD (1998). Relationships Between Drug Treatment Careers and Outcomes: Findings From the National Drug Treatment Outcome Study. In: *Evaluation Review*, 22(4), 496-519.

Hser YI, Grella CE, Hsieh SC, Anglin MD & Brown BS (1999a). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 137-150.

Hser YI, Joshi V, Anglin MD & Fletcher B (1999b). Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. In: *American Journal of Public Health*, 89(5), 666-671.

Neale J, Robertson M & Bloor M (2007). "Treatment experiences" and "treatment naïve" drug agency clients compared. In: *International Journal of Drug Policy*, 18(6), 486-493.

Rash CJ, Alessi SM & Petry NM (2008). Contingency Management is Efficacious for Cocaine Abusers with Prior Treatment Attempts. In: *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(6), 547-554.

Schütz CG, Rapiti E, Vlahov D & Anthony JC (1994). Suspected determinants of enrollment into detoxification and methadone maintenance treatment among injecting drug users. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 36(2), 129-138.

Sears C, Davis T & Guydish J (2002). Effects of treatment history and centralized intake on drug treatment outcomes. In: *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 87-95.

4.4 Complément d'information : clients et clientes avec ou sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (données act-info-FOS)

Ce chapitre s'intéresse de plus près à la question de l'expérience thérapeutique à l'aune des données act-info-FOS 2012. De manière générale, 91 % de la clientèle en traitement résidentiel

avait déjà suivi un traitement. Il n'est dès lors pas pertinent de comparer le groupe qui a déjà suivi un traitement et celui qui n'en a jamais suivi, même si tel était le point de départ de la majorité des études susmentionnées. L'évaluation des données act-*info*-FOS se concentre dès lors sur les groupes de clientes et clients avec et sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (variable vneb060f). La présente évaluation compare ces deux groupes l'un avec l'autre (sans analyser les effets du traitement). Les tableaux qui présentent la ventilation des fréquences des différents résultats se trouvent à la fin du présent chapitre.

Nous nous sommes intéressés aux deux questions suivantes :

- Les personnes qui ont déjà bénéficié d'un traitement résidentiel pour leur addiction se différencient-elles de celles qui n'en ont jamais bénéficié du point de vue de certaines caractéristiques sélectionnées ?
- Les personnes qui ont déjà bénéficié d'un traitement résidentiel pour leur addiction se différencient-elles de celles qui n'en ont jamais bénéficié du point de vue du mode de sortie ?

Parmi les clients et clientes qui ont entamé un traitement en 2012, 49 % avaient déjà bénéficié d'un ou de plusieurs traitements résidentiels lors de leur admission, et 51 % n'avaient pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel (tab. 4). Dans le groupe des clients et clientes qui sont sortis en 2012, 46 % avaient déjà suivi un traitement résidentiel pour leur addiction, et 54 % n'en avaient jamais suivi précédemment (pourcentages exprimés par rapport au nombre de personnes qui avaient entamé le traitement en question - tab. 5).

Tab. 4 : Clients et clientes avec ou sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel : ENTRÉES 2012 (vneb060f)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	190	49,2 %	64	49,2 %	254	49,2 %
Absence d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel	196	50,8 %	66	50,8 %	262	50,8 %
Total	386	100,0 %	130	100,0 %	516	100,0 %
Missing	10		2		12	

Tab. 5 : Clients et clientes avec ou sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel : SORTIES 2012 (vneb060f)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	159	46,1 %	46	47,4 %	205	46,4 %
Absence d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel	186	53,9 %	51	52,6 %	237	53,6 %
Total	345	100,0 %	97	100,0 %	442	100,0 %
Missing	21		12		33	

Résultats significatifs : problèmes multiples et parcours thérapeutique

Le tableau 6 présente les résultats au regard desquels les deux groupes de clients et clientes (personnes ayant déjà suivi au moins un traitement et personnes qui n'en ont jamais suivi) se différencient significativement.

L'évaluation de ces résultats montre que les personnes qui ont connu des épisodes antérieurs de traitement résidentiel (EATR) se distinguent clairement de celles qui n'ont pas ces antécédents par le caractère plus problématique de leur situation de départ : ces personnes sont moins nombreuses à gagner leur vie pour subvenir à leurs besoins avant leur admission, ont plus souvent fait l'objet de condamnations définitives, indiquent plus fréquemment que les opiacés constituent leur principal problème, souffrent plus fréquemment de « polytoxicomanie », sont plus nombreuses à s'être un jour injecté une substance illégale, se sont plus souvent soumises à un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C, et ont plus souvent obtenu un résultat positif à ce test.

Par ailleurs, le groupe avec EATR qui a achevé un traitement en 2012 (qui ne correspond pas à celui des clients et clientes qui ont entamé un traitement en 2012), a plus souvent recours à une rente pour subvenir à ses besoins, était plus lourdement endetté, et faisait plus souvent face à des problèmes d'alcoolisme à la sortie. Chose intéressante, nous n'avons pas constaté de différence entre les deux groupes s'agissant du mode de sortie (sortie normale ou interruption), de la durée du séjour, des épisodes de rechute, ou des pronostics par rapport à la consommation de substances. Les personnes avec EATR ont donc poursuivi leur traitement pendant des périodes similaires, et le pourcentage de ceux et celles qui ont achevé leur traitement était analogue à celui enregistré pour le groupe des clients et clientes sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel, ce qui doit être vu comme un élément positif.

Tab. 6 : Caractéristiques de la clientèle ayant des épisodes antérieurs de traitement résidentiel

ENTRÉES en 2012	
Les personnes avec EATR sont en moyenne plus âgées	Avec un âge moyen de 33 ans, les personnes avec EATR sont significativement plus âgées lors de leur admission que les personnes qui n'ont pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel, qui sont âgées de 29 ans en moyenne ($p < 0.000$).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses dans les établissements tessinois	Les personnes avec EATR représentent 64 % des effectifs dans les établissements du canton du Tessin, une proportion significativement plus importante que dans les établissements de Suisse alémanique (48 %) et de Suisse romande (45 % ; $Cr's V = .13$, $p < .05$).
Les personnes avec EATR ont suivi davantage de traitements de manière générale et ont connu différentes modalités de traitement	Au total, 99 % des personnes avec EATR ont un parcours thérapeutique (traitements résidentiels d'addictions non compris), contre 78 % chez les personnes qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel ($Cr's V = .33$, $p < .000$).
	41 % des personnes avec EATR ont déjà fait plus de trois tentatives de sevrage, alors que ce n'est le cas que pour 17 % des personnes qui n'ont pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel ($Cr's V = .42$, $p < .000$).
	65 % des personnes avec EATR ont déjà bénéficié d'un ou de plusieurs traitements de substitution, alors que ce n'est le cas que pour 42 % des personnes qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel ($Cr's V = .24$, $p < .000$).

	<p>20 % des personnes avec EATR ont déjà essayé de traiter leur addiction avec d'autres médicaments, tandis que ce n'est le cas que pour 5 % des personnes qui ont un parcours résidentiel vierge (Cr's V=.22, p<.000).</p> <p>62 % des personnes avec EATR ont déjà bénéficié de conseils ambulatoires, contre 42 % chez les personnes qui n'ont pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel (Cr's V=.20, p<.000).</p>
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à entamer un traitement sur recommandation d'un spécialiste en addictions	Au total, 27 % des personnes avec EATR ont été adressés à un établissement de traitement des dépendances par une instance spécialisée dans les problèmes d'addiction, alors que ce n'est le cas que pour 19 % de ceux et celles qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel (Cr's V=.15, p<.05).
Les personnes avec EATR sont moins nombreuses à percevoir eux-mêmes un revenu avant leur admission	Seuls 8 % des personnes avec EATR subvenaient à leurs besoins grâce à leur revenu pendant le semestre qui précédait leur admission, soit une proportion significativement moindre que pour les personnes dont le parcours thérapeutique résidentiel était vierge (19 % ; Cr's V=.11, p<.05).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à avoir fait l'objet de condamnations définitives	Quelque 74 % des personnes avec EATR ont un jour fait l'objet d'une condamnation définitive, soit significativement plus que chez les personnes sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (61 % ; Cr' V=14, p<.001). L'on ne distingue en revanche aucune différence s'agissant de l'existence d'une mesure pénale ou administrative dans le cadre de laquelle le traitement en question a été ordonné.
Chez les personnes avec EATR, les opiacés constituent plus souvent le problème principal et l'addiction est plus souvent liée à plusieurs substances (« polytoxicomanie »)	Quelque 42 % des personnes avec EATR ont indiqué que les opiacés constituaient le principal problème pour eux, soit significativement plus que chez les personnes qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel (32 % ; Cr' V=10, p<.05).
	Chez 61 % des personnes avec EATR, l'on a constaté des troubles liés à l'utilisation de substances multiples selon la classification CIM-10 (« polytoxicomanie »), alors que ce n'est le cas que pour 48 % des personnes qui n'ont pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel (Cr's V=.13, p<.05). En revanche, aucune différence n'a été observée au niveau de la fréquence à laquelle la principale substance problématique avait été consommée pendant les 30 derniers jours précédant l'admission.
	Quelque 86 % des personnes avec EATR visent l'abstinence définitive (objectif de consommation), soit significativement plus que chez les personnes dont le parcours thérapeutique résidentiel était vierge (72 % ; Cr' V=17, p<.01).
	Quelque 63 % des personnes avec EATR se sont déjà injecté une substance illégale (prévalence sur la vie entière), soit significativement plus que chez les personnes sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (43 % ; Cr' V=21, p<.000). L'on ne distingue toutefois aucune différence au niveau des pratiques d'injection pendant les 12 derniers mois et les 30 derniers jours qui ont précédé l'admission, ainsi qu'au niveau de l'échange des seringues.
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à s'être soumises à un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C, et affichent plus souvent un résultat positif pour ces tests, s'agissant tant du VIH que du VHC.	Quelque 97 % des personnes avec EATR se sont soumis à un test de dépistage du VIH, soit significativement plus que chez les personnes dont le parcours thérapeutique résidentiel était vierge (84 % ; Cr' V=23, p<.000).
	Le résultat du test de dépistage du VIH était positif chez 6 % des personnes avec EATR, un pourcentage significativement plus élevé que chez les personnes qui n'avaient jamais suivi de traitement résidentiel (2 % ; Cr' V=12, p<.05). Aucune différence n'apparaît en revanche lorsqu'on s'intéresse au moment où le résultat de l'analyse a été positif pour la première fois (avant ou pendant les 12 derniers mois qui ont précédé l'admission).
	Quelque 93 % des personnes avec EATR se sont soumis à un test de dépistage de l'hépatite C, soit significativement plus que chez les personnes sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel (79 % ; Cr' V=20, p<.000).

	Le résultat du test de dépistage du VHC était positif chez 6 % des personnes avec EATR, un pourcentage significativement plus élevé que chez les personnes dont le parcours thérapeutique résidentiel était vierge (21 % ; Cr' V=12, p<.05). Aucune différence n'apparaît en revanche lorsqu'on s'intéresse au moment où le résultat de l'analyse a été positif pour la première fois (avant ou pendant les 12 derniers mois qui ont précédé l'admission).
SORTIES en 2012	
Les personnes avec EATR sont en moyenne plus âgées	Âgées de 34 ans en moyenne, les personnes avec EATR sont significativement plus âgées lors de leur sortie que les personnes qui n'ont pas d'épisodes antérieurs de traitement résidentiel et dont l'âge moyen est de 29 ans (p<000).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses dans les établissements tessinois	Les personnes avec EATR représentent 61 % des effectifs dans les établissements du canton du Tessin, une proportion significativement plus importante que dans les établissements en Suisse alémanique (48 %) et en Suisse romande (38 % ; Cr's V=.13, p<.05).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à avoir recours à une rente pour subvenir à leurs besoins	Quelque 17 % des personnes avec EATR ont recours à une rente pour subvenir à leurs besoins, soit significativement plus que chez les personnes qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel (10 % ; Cr' V=11, p<.05).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à être lourdement endettées	Quelque 16 % des personnes avec EATR sont lourdement endettées (plus de 50 000 francs), soit significativement plus que chez les clients et clientes dont le parcours thérapeutique résidentiel était vierge (6 % ; Cr's V=.19, p<.05).
Les personnes avec EATR sont plus nombreuses à souffrir d'alcoolisme mais n'ont pas de problème avec le cannabis	Pour 71 % des personnes avec EATR, l'alcool pose un problème lors de la sortie, alors que ce n'est le cas que pour 59 % des personnes sans épisodes antérieurs de traitement résidentiel – indépendamment de la substance réellement consommée (Cr's V=.14, p<.05). Le cannabis ne pose un problème que pour 30 % des personnes avec EATR, soit significativement moins que chez les personnes qui n'ont jamais suivi de traitement résidentiel (50 %) – indépendamment de la substance réellement consommée (Cr's V=.21, p<.001). Aucune différence n'apparaît toutefois entre les deux groupes de clients et clientes au niveau des substances problématiques que sont les opiacés et la cocaïne.

Annexe : ventilation des fréquences des résultats significatifs

ENTRÉES 2012

Âge	Moyenne	Médiane	N	Déviations standard
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	33,25	33,00	254	8,543
Aucun	28,73	27,00	262	8,507
Total	30,95	30,00	516	8,812

Parcours thérapeutique – caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement

Région	Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	138	47,6 %	69	45,1 %	47	64,4 %	254	49,2 %
Aucun	152	52,4 %	84	54,9 %	26	35,6 %	262	50,8 %
Total	290	100,0 %	153	100,0 %	73	100,0 %	516	100,0 %

Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel, de manière générale (traitements résidentiels non compris)						
Non	3	1,2 %	55	22,0 %	58	11,5 %
Oui	251	98,8 %	195	78,0 %	446	88,5 %
Total	254	100,0 %	250	100,0 %	504	100,0 %

Cures de sevrage	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Jamais	13	5,3 %	72	31,4 %	85	18,0 %
Une fois	40	16,5 %	63	27,5 %	103	21,8 %
Deux ou trois fois	90	37,0 %	56	24,5 %	146	30,9 %
Plus de trois fois	100	41,2 %	38	16,6 %	138	29,2 %
Total	243	100,0 %	229	100,0 %	472	99,9* %

* Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

Traitements de substitution	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	88	34,6 %	153	58,4 %	241	46,7 %
Oui	166	65,4 %	109	41,6 %	275	53,3 %
Total	254	100,0 %	262	100,0 %	516	100,0 %

Autres traitements médicamenteux des addictions	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	203	79,9 %	248	94,7 %	451	87,4 %
Oui	51	20,1 %	14	5,3 %	65	12,6 %
Total	254	100,0 %	262	100,0 %	516	100,0 %

Conseils / traitements ambulatoires	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	96	37,8 %	152	58,0 %	248	48,1 %
Oui	158	62,2 %	110	42,0 %	268	51,9 %
Total	254	100,0 %	262	100,0 %	516	100,0 %

Instance ayant adressé la personne à l'établissement de traitement	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Instance ayant adressé la personne à l'établissement ou ayant joué le rôle d'intermédiaire						
Condamnations, mesures pénales, autorités judiciaires, police	41	16,3 %	47	19,0 %	88	17,6 %
Établissement spécialisé dans les problèmes d'addiction	67	26,7 %	46	18,5 %	113	22,6 %
Services sanitaires, médicaux ou sociaux, cabinets médicaux	26	10,4 %	40	16,1 %	66	13,2 %
Établissements de formation et d'éducation ; autres	10	4,0 %	19	7,7 %	29	5,8 %
Aucune instance / personne spécialisée impliquée : initiative de l'intéressé, de la famille, des amis, etc.	107	42,6 %	96	38,7 %	203	40,7 %
Total	251	100,0 %	248	100,0 %	499	99,9* %

* Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

Moyens de subsistance (6 mois avant l'admission)	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Revenu propre	19	8,0 %	47	19,4 %	66	13,8 %
Autre source de revenus	219	92,0 %	195	80,6 %	414	86,3 %
Total	238	100,0 %	242	100,0 %	480	100,0 %

Condamnations	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ayant un jour fait l'objet d'une condamnation définitive avant l'admission						
Non	60	25,6 %	91	38,7 %	151	32,2 %
Oui	174	74,4 %	144	61,3 %	318	67,8 %
Total	234	100,0 %	235	100,0 %	469	100,0 %

Principal problème : opiacés	Épisodes antérieurs de traitement rési- dentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Opiacés	102	41,5 %	80	32,0 %	182	36,7 %
Autre	144	58,5 %	170	68,0 %	314	63,3 %
Total	246	100,0 %	250	100,0 %	496	100,0 %

Existence de troubles liés à l'utilisation de substances multiples selon la CIM-10 (« poly- toxicomanie » ; ques- tion uniquement dans la version 4.0)	Épisodes antérieurs de traitement rési- dentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	88	61,1 %	62	48,4 %	150	55,1 %
Non	56	38,9 %	66	51,6 %	122	44,9 %
Total	144	100,0 %	128	100,0 %	272	100,0 %

Objectif de consom- mation pour la principale substance probléma- tique (question unique- ment dans la version 4.0)	Épisodes antérieurs de traitement rési- dentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abstinence définitive	131	86,2 %	97	72,4 %	228	79,7 %
Autre objectif	21	13,8 %	37	27,6 %	58	20,3 %
Total	152	100,0 %	134	100,0 %	286	100,0 %

Injection un jour d'une substance illégale (pré- valence sur la vie entiè- re)	Épisodes antérieurs de traitement rési- dentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Une fois au moins	149	63,4 %	101	43,0 %	250	53,2 %
Jamais	86	36,6 %	134	57,0 %	220	46,8 %
Total	235	100,0 %	235	100,0 %	470	100,0 %

Test de dépistage du VIH réalisé (prévalence sur la vie entière)	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	229	97,0 %	188	83,9 %	417	90,7 %
Non	7	3,0 %	36	16,1 %	43	9,3 %
Total	236	100,0 %	224	100,0 %	460	100,0 %

Résultat du test VIH	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Positif	14	6,4 %	3	1,6 %	17	4,3 %
Négatif	204	93,6 %	179	98,4 %	383	95,8 %
Total	218	100,0 %	182	100,0 %	400	100,1* %

* Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

Test de dépistage de l'hépatite C réalisé (prévalence sur la vie entière)	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	210	92,9 %	161	78,9 %	371	86,3 %
Non	16	7,1 %	43	21,1 %	59	13,7 %
Total	226	100,0 %	204	100,0 %	430	100,0 %

Résultat du test de dépistage de l'hépatite C	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Positif	60	31,3 %	31	20,9 %	91	26,8 %
Négatif	132	68,8 %	117	79,1 %	249	73,2 %
Total	192	100,1* %	148	100,0 %	340	100,0 %

* Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

SORTIES 2012

Âge	Moyenne	Médiane	N	Déviation standard
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	33,88	33,00	205	8,009
Aucun	29,18	28,00	237	8,299
Total	31,36	30,00	442	8,487

Parcours thérapeutique – caractéristiques de la clientèle et possible effet de cumul des épisodes de traitement

Région	Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Épisodes antérieurs de traitement résidentiel	134	48,2 %	48	38,1 %	23	60,5 %	205	46,4 %
Aucun	144	51,8 %	78	61,9 %	15	39,5 %	237	53,6 %
Total	278	100,0 %	126	100,0 %	38	100,0 %	442	100,0 %

Subsistance grâce à une rente	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rente (AI, AVS, autre)	31	16,8%	19	9,5%	50	13,0%
Autre	154	83,2%	182	90,5%	336	87,0%
Total	185	100,0%	201	100,0%	386	100,0%

Dettes	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dettes pour un montant inconnu	19	12,8 %	19	11,3 %	38	12,0 %
Aucune dette	30	20,3 %	50	29,8 %	80	25,3 %
Jusqu'à 10 000 francs	32	21,6 %	44	26,2 %	76	24,1 %
Entre 10 001 et 50 000 francs	43	29,1 %	45	26,8 %	88	27,8 %
Entre 50 001 et 100 000 francs - ou plus	24	16,2 %	10	6,0 %	34	10,8 %
Total	148	100,0 %	168	100,1 %*	316	100,0 %

* Total non égal à 100 % en raison de l'arrondissement

Substances problématiques lors de la sortie : alcool	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Problème d'alcoolisme						
Oui	105	71,4 %	93	58,5 %	198	64,7 %
Non	42	28,6 %	66	41,5 %	108	35,3 %
Total	147	100,0 %	159	100,0 %	306	100,0 %

Substances problématiques lors de la sortie : cannabis	Épisodes antérieurs de traitement résidentiel		Aucun		Total	
	N	%	N	%	N	%
Problème lié au cannabis						
Oui	39	29,8 %	75	50,0 %	114	40,6 %
Non	92	70,2 %	75	50,0 %	167	59,4 %
Total	131	100,0 %	150	100,0 %	281	100,0 %

5 Annexe aux tableaux: tableaux des entrées et sorties 2012

Le chapitre des tableaux comprend les chiffres correspondant à la plupart des questions des questionnaires d'entrée et de sortie se rapportant aux données 2012, ventilés par sexe. Les numéros indiqués entre parenthèses dans les titres des tableaux renvoient aux questions des questionnaires d'entrée et de sortie (version E/A3.1 et version E/A4.0).

Les réponses aux différentes questions sont indiquées dans les tableaux en chiffres absolus et en chiffres relatifs. Des données sur les valeurs statistiques existent en partie : Cramer's V et niveaux de signification correspondants : $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**), $p < 0.001$ (***)).

Ci-dessous, quelques notions aidant la lecture :

- **Total** : le nombre de cas. Ce nombre n'est pas toujours identique au total des entrées ou des sorties, puisque par exemple, certaines questions ne sont pertinentes que pour une partie des personnes interviewées.
- **Missing** : par rapport au total des personnes pour lesquelles il existe des données, le missing donne le nombre de cas (personnes) pour lesquels il n'existe pas de réponse valable ou pas de réponse du tout.
- **Nombre de personnes** : dans une question avec réponses multiples, il est indiqué le nombre de personnes qui ont donné des réponses (possibilité de plusieurs réponses par personne).
- **Réponses** : dans une question avec réponses multiples, on est intéressé de savoir comment les différentes rubriques d'une question ont été nommées.
- **Réponses %** : dans une question avec réponses multiples, on indique les parts de pourcentage par rubrique par rapport au total de toutes les réponses.
- **Personnes %** : dans une question avec réponses multiples, on indique les parts de pourcentage par rubrique par rapport au nombre de personnes qui ont donné des réponses. Ces parts de pourcentage sont généralement plus élevées que pour les réponses %, car les réponses % comprennent des réponses multiples.
- **Moyenne (valeur moyenne)** : moyenne arithmétique (moyenne) des valeurs visant une certaine rubrique (par ex. durée de séjour moyenne).
- **Standard deviation (déviat ion standard)** : mesure pour la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus petit est l'écart standard, plus grande est l'homogénéité des réponses par rapport à la moyenne. Par conséquent, l'échantillon de réponse est d'autant plus hétérogène que l'écart standard est plus grand.
- **Médiane** : valeur des réponses à une certaine catégorie qui se trouve au milieu (50 % des personnes interviewées ont des valeurs plus élevées, 50 % plus basses).
- **Percentiles (quartile)** : le percentile 25 désigne la valeur par rapport à laquelle 25 % des personnes ont une valeur plus basse et 75 % des personnes une valeur plus élevée ; le percentile 75 désigne la valeur par rapport à laquelle 25 % des personnes ont une valeur plus élevée et 75 % des personnes plus basse.

5.1 Tableaux des entrées et des sorties 2012

Tableaux des entrées 2012	1
0 Données relatives aux clients et clientes	1
A Cadre de la prise en charge.....	6
B Données sociodémographiques.....	12
C Consommations et dépendance.....	26
D Santé.....	52
 Tableaux des sorties 2012	 1
0 Données relatives aux clients et clientes	1
A Cadre de la prise en charge.....	4
B Données sociodémographiques.....	15
C Consommations et dépendances.....	21
D Pronostic	40