



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

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

Year: 2002

**Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001.
Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher
Behandlungserfahrung.**

Schaaf, Susanne ; Reichlin, Marcus ; Hampson, Denise ; Grichting, Esther

Other titles: La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001. Comparison de client(e)s aux parcours thérapeutiques différents.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93137>
Published Research Report
Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Reichlin, Marcus; Hampson, Denise; Grichting, Esther (2002). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001. Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

Institut für Suchtforschung (ISF)
Konradstr. 32
CH-8005 Zürich
Fon 01 448 11 60
Fax 01 448 11 70
Mail info@sf.unizh.ch
Web <http://www.suchtforschung.ch>



Table des matières >>>

La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001

- Rapport d'activité et statistique
annuelle globale
- Comparaison de client(e)s aux
parcours thérapeutiques différents

Ed.: Service de coordination de la Ligue FOS

Etabli par Susanne Schaaf, Marcus Reichlin, Denise Hampson
et Esther Grichting avec la collaboration de Heidi Bolliger

Le projet FOS est financé par l'Office Fédéral de la santé
publique (OFSP)

©

Der ganze Text ist für alle inter-
essierten Personen frei zu-
gänglich. Werden Inhalte ko-
piert, zitiert oder andersweitig
verwendet, so muss ein Verweis
auf die ursprüngliche Quelle
angebracht werden.

F O S
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur
les addictions
Nr. 147

2002



Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	1
FIGURES.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
RESUME	5
1. INTRODUCTION	8
1.1. La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)	8
1.2. Thème central: parcours thérapeutiques	10
2. RAPPORT D'ACTIVITE FOS 2001.....	13
2.1. Personnel du centre de coordination KOFOS	13
2.2. Centres participants	13
2.2.1. Liste des centres ayant participé à la FOS en 2001	14
2.3. Réunions de la Ligue FOS	16
2.4. Autres activités du centre de coordination de la Ligue FOS	16
2.4.1. Rapports et informations	16
2.4.2. Harmonisation des statistiques sur la toxicodépendance – act-info	17
2.4.3. Collaboration sur le plan national.....	17
2.4.4. Travaux réguliers	18
2.5. Projets coordonnés	18
2.5.1. Post-enquête menée auprès de la clientèle des centres résidentiels de traitement .	18
2.5.2. Suivi des clients des centres résidentiels de traitement du Canton de Berne	19
2.5.3. Etude spéciale SCL-90-R	19
2.5.4. Coopération avec la HSA de Berne	20
2.5.5. Coopération avec la Direction de la santé publique du Canton d'Argovie	20
2.5.6. Coopération avec la Direction de la santé publique du Canton du Tessin	20
2.6. Conférences, réunions, cours et publications	21
2.6.1. Conférences	21
2.6.2. Publications	21
2.7. Perspectives	22

3. STATISTIQUES SUR LA CLIENTÈLE DE LA LIGUE POUR L'ÉVALUATION DES TRAITEMENTS RÉSIDENTIELS DE LA TOXICOMANIE FOS	23
3.1. Méthode	23
3.1.1. Instruments et collecte des données	23
3.1.2. Echantillons	24
3.1.3. Codage et contrôle des données, règles en matière de confidentialité des données	25
3.1.4. Traitement électronique des données	26
3.1.5. Contrôles de plausibilité et recodages	26
3.1.6. Points essentiels des statistiques du présent document	27
3.2. Graphiques: parcours thérapeutiques	28
3.2.1. Introduction.....	28
3.2.2. Remarques d'ordre méthodologique	28
3.2.3. Graphiques relatifs aux sorties 2001.....	63
3.2.4. Synthèse et discussion des résultats	67
3.3. Annexe aux tableaux: tableaux des entrées et des sorties 2001	72
3.3.1. Introduction à l'annexe aux tableaux	72
3.3.2. Tableaux des entrées et des sorties 2001	75

Figures

Fig. G1: Répartition des 4 groupes de clients entre 1995 et 2001	31
Fig. G2: Sexe [E1.3]	32
Fig. G3: Âge au début du traitement [E1.2]	33
Fig. G4: Dernier domicile: degré d'urbanisation [E1.6]	34
Fig. G5: début du traitement directement après la cure de sevrage [E1.13]	35
Fig. G6: Modalités d'entrée [E12.7]	36
Fig. G7: Partenaire(s) de logement (12 derniers mois) [E2.2] / partie 1.....	37
Fig. G8: Partenaire(s) de logement (12 derniers mois) [E2.2] / partie 2.....	38
Fig. G9: Nombre de jours de travail (12 derniers mois) [E3.2]	39
Fig. G10: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 1.....	40
Fig. G11: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 2.....	41
Fig. G12: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 3.....	42
Fig. G13: Dépenses pour la consommation de drogues (dernier mois) [E5.1]	43
Fig. G14: Formation scolaire (degré de scolarité le plus élevé) [E4.1].....	44
Fig. G15: Situation professionnelle [E4.2, E4.3]	45
Fig. G16: Séparation des parents ou décès [E6.1, E6.4]	45
Fig. G17: Problèmes dans la famille d'origine [E6.22] / partie 1.....	46
Fig. G18: Problèmes dans la famille d'origine [E6.22] / partie 2.....	47
Fig. G19: Fréquence des contacts avec des amis et consommation de drogues par ces amis-là [E8.1].....	49
Fig. G20: Consommation de drogues (12 derniers mois) [E9.1] / partie 1	50
Fig. G21: Consommation de drogues (12 derniers mois) [E9.1] / partie 2	51
Fig. G22: drogues posant le plus gros problème alcool et héroïne [E9.5A_R2]	52
Fig. G23: Plusieurs drogues le même jour (12 derniers mois) [E9.4]	53
Fig. G24: Âge au début de la consommation quotidienne/régulière [E9.6]	54
Fig. G25: Âge à la première consommation par injection intraveineuse [E9.7]	55
Fig. G26: Laps de temps entre la toute première consommation et la première consommation régulière/journalière d'héroïne [E9.6]	56
Fig. G27: durée de la consommation (héroïne quotidiennement ou presque) [E9.6]	57
Fig. G28: Déjà souffert d'une hépatite? [E10.7.1]	58
Fig. G29: Troubles psychiques avant / après le début de la toxicomanie [E10.10] / partie 1	59
Fig. G30: Troubles psychiques avant / après le début de la toxicomanie [E10.10] / partie 2	60
Fig. G31: Tentatives de suicide avant / après le début de la toxicomanie [E10.11]	61
Fig. G32: Condamnations avant / après le début de la toxicodépendance [E12.1]	62
Fig. G33: Durée totale du séjour [A1.4]	64
Fig. G34: Programme de post-suivi [A1.10]	65
Fig. G35: Conditions de vie matérielles à la sortie ou lors du transfert [A3.4, A3.6, A5.3]	66

Remerciements

La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) constitue une structure précieuse de coopération, qu'il nous tient à cœur de poursuivre et de développer, dans le projet act-info notamment.

Nous souhaitons remercier ici tous ceux qui font partie de la Ligue 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 membres de la ligue FOS et/ou participant au projet FOS/act-info pour leur investissement ;
- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en tant que mandataire du projet, ainsi que les responsables du projet FOS à l'OFSP.
- Sylvie Gentizon, pour la traduction en français du présent rapport.

*Service de coordination de la Ligue pour l'évaluation
des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)*

Résumé

En 2001, la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) a documenté pour toute la Suisse la clientèle des thérapies résidentielles. Le présent rapport présente d'une part les statistiques annuelles, avec le parcours thérapeutique en ligne de mire, d'autre part le rapport d'activité du Centre de coordination KOFOS.

Le KOFOS a réalisé une série de projets spéciaux dans le cadre du modèle à trois niveaux de la FOS : deux études post-enquête et l'étude spéciale SCL-90-R ainsi que des projets menés conjointement avec les cantons de Berne, d'Argovie et du Tessin. Un projet pilote act-info a démarré le 1er juillet 2001 en prévision du lancement du projet proprement dit de statistiques nationales d'aide aux personnes toxicomanes. Ce projet pilote, destiné à tester le questionnaire qui sera utilisé et la praticabilité du processus de collecte des données, regroupe cinq établissements résidentiels de thérapie. Le KOFOS a établi un rapport intermédiaire interne pour évaluer cette phase pilote, qui sera maintenue jusqu'au lancement du projet act-info dans toute la Suisse. Un groupe de travail composé de représentants des 4 groupes tenant des statistiques sur la dépendance et des professionnels externes oeuvre à la mise point d'un système informatisé de saisie des données act-info. Le système, sera développé fin 2002 et lancé en début d'année suivante. La Ligue FOS, grâce à sa structure en réseau, restera un lieu de rencontre et d'échange entre chercheurs et praticiens.

Avec le *parcours thérapeutique* en ligne de mire, les données de personnes ayant suivi des parcours thérapeutiques différents (traitements de substitution ou traitements résidentiels) ont été comparées. Pourquoi une telle thématique ? Elle s'inscrit dans la controverse qui fait actuellement rage autour des programmes de substitution, d'une part, leur légitimité, leur valeur et leur avenir, et les traitements visant à l'abstinence proposés en institution, d'autre part. La comparaison vise notamment à répondre aux questions suivantes: en quoi les clients dont le parcours thérapeutique diffère se distinguent-ils a) dans leur situation personnelle au cours de l'année précédant le début du traitement? au moment où ils quittent l'établissement dans lequel ils ont suivi le traitement? Pour y répondre, les données utilisées sont les suivantes: a) les réponses du questionnaire d'entrée en 2001 et b) les réponses du questionnaire de sortie en 2001, ces derniers s'accompagnant des réponses données aux questionnaires d'entrée correspondants remplis au cours des années précédentes. Les réponses de 659 questionnaires d'entrée et de 730 questionnaires de sortie ont servi de données de base.

Quatre groupes de clients, aux parcours différents, sont distingués:

- Les clients ayant suivi **uniquement un traitement de substitution**: ces clients ont au moins entamé un traitement de substitution avant le début du traitement résidentiel. Le traitement résidentiel ou le traitement de la toxidépendance en hôpital

psychiatrique leur sont inconnus. La majorité de ces personnes ont entre 25 et 30 ans environ. La drogue qui leur pose le plus grand problème est l'héroïne, puisqu'ils la consomment quotidiennement ou presque, ainsi que des opiacés illégaux et des cocktails, au cours de l'année précédant le début de leur thérapie. La durée de leur traitement est relativement longue, de 12 à 18 mois, et ils passent à un programme de post-suivi.

- Les clients ayant suivi **uniquement un traitement en institution** (dans un établissement d'aide aux toxicodépendants et/ou un hôpital psychiatrique): ces clients n'ont encore jamais suivi de cures de sevrage. Ils sont souvent âgés de 20 à 25 ans grosso modo. Ils consomment plutôt rarement de l'héroïne ou des cocktails et leur consommation régulière de drogue est relativement tardive. La drogue qui leur pose le plus gros problème est l'alcool. La durée moyenne du traitement est de 6 à 12 mois.
- Les clients ayant connu **les deux types de traitement** ont au moins entamé un traitement de substitution et au moins un traitement résidentiel. Ils ont plus souvent que les autres déjà suivi à plusieurs reprises des cures de désintoxication ambulatoires ou résidentielles et ont plus souvent recouru aux aides ambulatoires. L'année précédant le début du traitement, ils ont vécu dans des établissements thérapeutiques toute l'année ou presque plus que les autres groupes. Âgés de 30 ans ou plus, ils sont aux prises avec des problèmes multiples : difficultés psychiques graves dans la famille d'origine, début précoce de la toxicomanie, démêlés avec la justice, toxicomanie ancienne, et la plupart du temps, multiplication des tentatives pour en finir avec la toxicomanie. Leur traitement dure souvent 6 à 12 mois.
- Les clients qui n'ont suivi **ni traitement de substitution ni traitement résidentiel** ont également peu sollicité d'autres aides. Ils ont le plus souvent 19 ans ou moins. Ils présentent une certaine intégration dans le tissu social au cours de l'année qui a précédé l'entrée (appui du réseau social, indépendance financière grâce au travail) et n'ont pas plongé aussi rapidement et profondément dans la toxicodépendance que les clients des autres groupes. La durée de leur traitement est relativement courte (jusqu'à 3 mois) et ils l'interrompent moins fréquemment que les clients des autres groupes.

Ces quatre groupes de clients présentent une répartition intéressante, même en ce qui concerne les années 1995 – 2001. La proportion des personnes qui n'ont connu que le traitement de substitution a diminué progressivement ces dernières années alors que le taux de clients qui n'ont commencé ni traitement résidentiel ni traitement de substitution a augmenté au fil des années bien que l'âge moyen des clients FOS et que la durée de la toxicodépendance n'aient cessé d'augmenter avec le temps. Il y a visiblement un groupe de clients qui sont toxicodépendants depuis longtemps mais qui n'ont pourtant pas sollicité ces aides, et qui sont dans des contextes différents. La proportion des clients ayant suivi uniquement un traitement résidentiel, d'un cinquième environ, est relativement éle-

vée et rappelle que la progression thérapeutique «substitution d'abord – traitement résidentiel orienté vers l'abstinence ensuite» *ne s'applique pas systématiquement*. Ces clients pour divers motifs choisissent de préférence le traitement résidentiel. Le traitement du groupe de clients ayant connu les deux types de traitement et qui sont aux prises avec des problèmes multiples – ces derniers se retrouvent de plus en plus souvent dans les traitements résidentiels – est difficile car ces personnes nécessitent une prise en charge globale et complète. L'influence du parcours thérapeutique antérieur sur le traitement actuel est un phénomène complexe qui fait l'objet d'une controverse scientifique. Une analyse approfondie demande que soient pris en compte non seulement la succession des traitements, leur durée et la signification qu'ils revêtent pour les clients, mais aussi leur réussite, le processus de sélection du traitement et l'adéquation de l'offre avec les besoins des clients. Le fait que les quatre groupes de clients ayant des expériences thérapeutiques et des ressources différentes présentent des taux d'interruption similaires peut être interprété ainsi: il existe un certain ajustement entre les besoins des clients et l'offre de traitement. Les centres réagissent à la situation de chacun avec souplesse. La personnalisation des traitements semble s'être imposée.

1. Introduction

Depuis sept ans, la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) propose une large documentation sur les clients des établissements thérapeutiques résidentiels. En 2001, 73 établissements faisaient partie de la Ligue; des données statistiques portant sur 811 admissions et 767 sorties ont été fournies par 61 établissements.

A un bref chapitre d'introduction sur la Ligue succède la présentation du thème retenu cette année, la comparaison des clients aux parcours thérapeutiques différents. Le rapport d'activité de la FOS pour l'année 2001 (personnel du KOFOS, établissements participants, projets coordonnés, etc.) sera aussi proposé.

Le troisième chapitre, qui présente les statistiques de la clientèle, s'intéressera à la question de savoir s'il existe une corrélation entre le parcours thérapeutique des clients et leurs conditions de vie dans l'année qui précédait le début de leur traitement et leur situation à la fin du traitement. Enfin, le chapitre consacré aux tableaux présente les calculs de fréquence des entrées et des sorties 2001, ventilés par sexe.

Afin que les données des établissements puissent être comparées aux données générales, la statistique annuelle globale et la statistique des institutions FOS ont été ventilées ensemble par rapport aux différentes institutions FOS. La statistique annuelle globale est à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, mandataire du projet, ainsi qu'à toute autre institution ou personne intéressée. A partir du printemps/été 2001, tous les rapports annuels FOS se trouveront sous forme de fichier pdf sur le site de l'ISF (www.suchtforschung.ch).

1.1. La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)

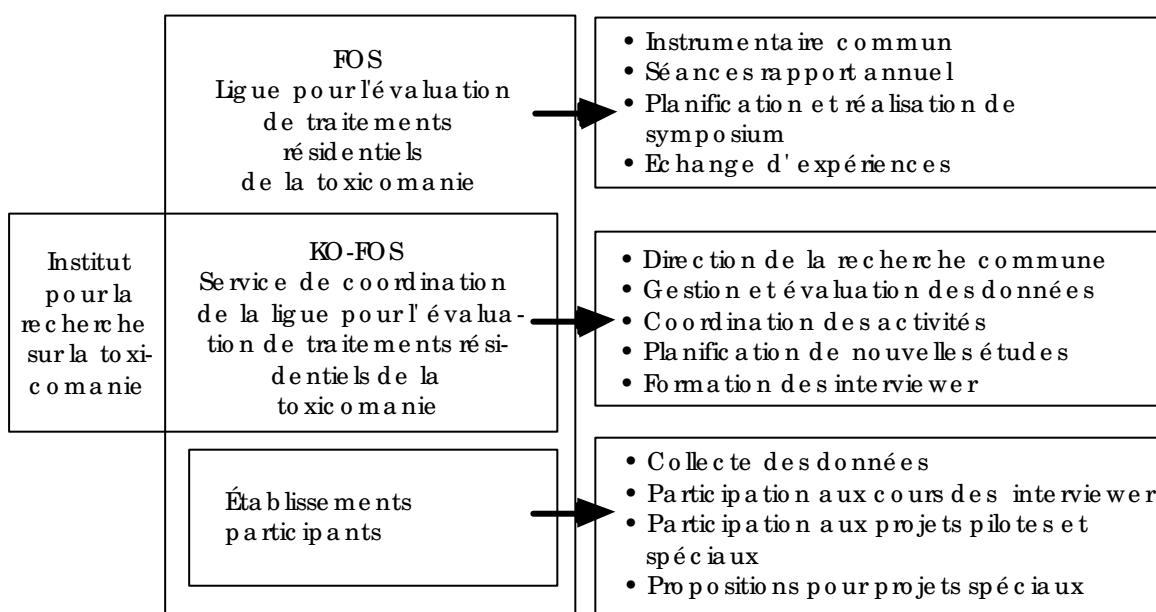
Le projet «Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)» a pour but d'assurer une documentation nationale, en continu, de la clientèle des établissements résidentiels et de l'évaluation du séjour qui y est fait. Des informations sont recueillies au moment de l'admission des clients et au moment de leur sortie, sur des sujets tels que leur situation sociale (logement, travail, origine, relations, etc.), leur consommation de drogues, leur santé ou encore leur situation juridique.

Les relevés nationaux sur la clientèle des établissements de traitement résidentiel des toxicomanies en Suisse sont effectués depuis 1995 à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et dépouillés annuellement; s'ils n'ont couvert en 1995 que la

Suisse alémanique, ils ont été étendus dès l'année suivante à la Suisse romande et au Tessin.

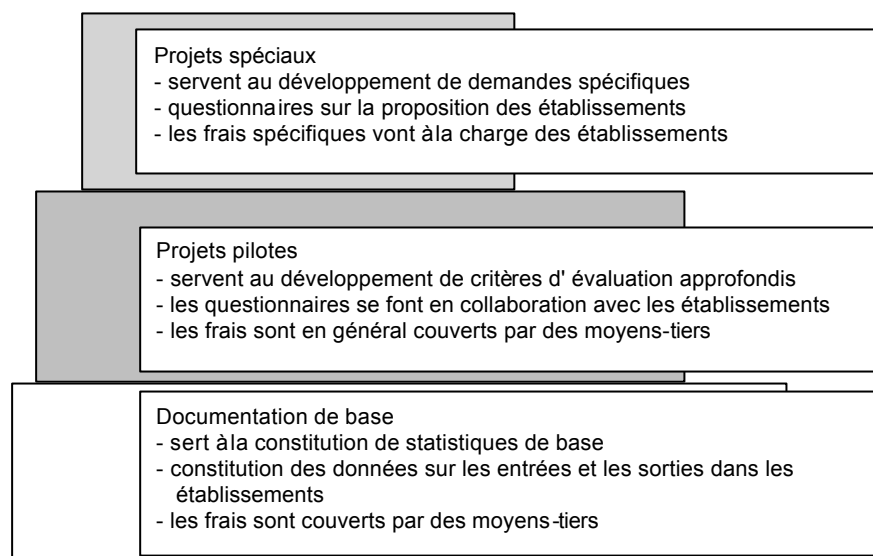
Le but de la Ligue n'est pas seulement de recueillir des données sur les bénéficiaires des thérapies résidentielles et de les rendre accessibles; elle entend aussi contribuer à développer l'évaluation de ces thérapies fondée sur la pratique et ainsi à garantir et à améliorer la qualité de l'offre. Cette démarche implique que l'évaluation puisse se fonder sur la pratique et en collaboration avec les praticiens. D'où l'importance primordiale de la coopération entre les établissements et la Ligue, qui se reflète dans la structure d'organisation de la FOS (voir fig. B1).

Figure B1: Vue d'ensemble de l'organisation et des tâches de la Ligue FOS



Pour contribuer à garantir et à améliorer la qualité des traitements offerts et pour mettre en évidence la place des thérapies fondées sur l'abstinence parmi les formules disponibles – eu égard notamment aux problèmes actuels de ressources financières et de structures –, il faut pouvoir en outre combiner les résultats de la documentation sur la clientèle avec ceux de projets d'une portée différente. Le modèle échelonné de la FOS (fig. B2) offre pour ce faire une structure adéquate.

Figure B2: Modèle échelonné de la recherche collective



S'ajoutent à l'échelon de la *documentation de base*, celui des *projets pilotes*, destinés à approfondir certains aspects de l'évaluation, et celui des *projets spéciaux*, qui offrent à certains établissements ou groupes d'établissements la possibilité de procéder à une recherche spécifique. Le rapport d'activité qui suit présente les projets pilotes et les projets spéciaux en cours et montre comment leurs résultats sont combinés avec la documentation de base.

1.2. Thème central: parcours thérapeutiques

Le thème central retenu pour les statistiques de cette année est le parcours thérapeutique des clients, et plus spécifiquement les programmes de substitution et les traitements résidentiels suivis.

Sortir de la toxicodépendance est un processus au cours duquel les phases d'abstinence et d'éloignement alternent avec les phases de consommation et de rapprochement avec le milieu de la drogue. Les phases d'abstinence ou de guérison sont susceptibles de se produire dans un cadre thérapeutique ou non. Les clients se voient offrir une vaste palette d'offres de soutien, auxquelles ils recourent diversement; l'offre va des points de rencontre, au soutien médical, en passant par les contacts sociaux et les structures de jour, sans oublier ni les programmes de substitution plus ou moins stricts offrant ou non un programme relais d'intégration ni les établissements thérapeutiques résidentiels ou partiellement résidentiels offrant un lieu de vie. Ces offres se distinguent de surcroît par la durée du traitement prévue, même si les établissements sont de plus en plus nombreux qui proposent thérapies brèves, phases d'orientation de plusieurs mois ou traitements al-

ternant les phases résidentielles et ambulatoires. Autre distinction, l'importance accordée à l'abstinence. Le traitement résidentiel est désormais souple et ouvert et les clients y viennent avec leur vécu thérapeutique: près des deux tiers de la clientèle FOS a dans son parcours un traitement de substitution et/ ou un traitement résidentiel.

Dans un contexte de pression financière accrue pesant surtout sur les traitements résidentiels, l'OFSP a lancé deux initiatives, portant l'une sur le financement des thérapies résidentielles de la dépendance (FiDe/FiSu) et l'autre, QuaThéDA, sur le développement de la qualité pour les institutions de thérapies résidentielles dans le domaine des dépendances. Ces initiatives visent à poursuivre les démarches de professionnalisation et de qualité dans le traitement de la toxicodépendance. Il n'empêche que la controverse continue pour légitimer un traitement de la toxicodépendance qui serait «juste»: il est reproché aux programmes substitutifs de rendre la dépendance chronique, de favoriser la polytoxicodépendance, de ne donner des résultats qu'apparents ou encore d'avoir une vision mécanique de l'homme. La thérapie visant à l'abstinence se voit elle critiquée pour son coût, son aspect moralisateur et idéologique, ses objectifs pas clairement affichés puisque derrière un discours d'intégration dans la société et de qualité de vie des clients se cacherait la volonté d'abstinence (cf. «abhängigkeiten» 1/2000).

Diverses études ont déjà mis en évidence que les clients suivant divers types de traitement présentent des profils distincts¹. Les statistiques présentées cette année mettent l'accent sur le **parcours thérapeutique de s clients qui ont suivi en 2001 un traitement résidentiel visant l'abstinence**.

L'influence du parcours thérapeutique sur le traitement en cours est un phénomène complexe et l'efficacité combinée de plusieurs thérapies est délicate à interpréter. Les chercheurs s'opposent sur la question de savoir si les traitements suivis précédemment permettent de prédire la réussite du traitement en cours. Si un traitement antérieur pour dépendance aux opiacés permet de prédire la *poursuite* de la consommation de drogue (Brewer et al, 1998²; Moos, 1998³; Zemlin, Herder & Dornbusch, 1999⁴), différentes études mettent en évidence l'effet cumulatif de traitements antérieurs réussis (Stark, 1992⁵;

¹ Cf. point 5.3. Vergleich mit Befunden aus stationären Abstinenzbehandlungen und Substitutionsbehandlungen mit Methadon in: Uchtenhagen A, Gutzwiller F & Dobler-Mikola A (Hrsg). 1997. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich: Institut für Suchtforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

² Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR & Fleming CB (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use and after treatment for opiate addiction. In: addiction, 93(1), 73-92.

³ Moos RH (1998). Understanding the Quality and Outcome of Treatment. In : Substance Use & Misuse, 33(4), 2789-2794.

⁴ Zemlin U, Herder F & Dornbusch P (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. In: Sucht Aktuell, Sonderdruck (2), 1-18.

⁵ Stark, MJ (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. In: Clinical Psychology Review, 12, 93-116.

Condelli & Hubbard, 1994⁶; Hser et al, 1997⁷)⁸. Une analyse approfondie demande que soient pris en compte des aspects importants tels que la succession des traitements et leur durée, leur qualité et leur signification pour les clients, l'offre en traitements, les besoins des clients (demandes, motivation, capacités) ainsi que la réussite du parcours thérapeutique. De plus, ce parcours constitue un facteur parmi tous ceux qui déterminent la réussite d'un traitement. De telles questions pourraient faire l'objet d'une étude spéciale, mais les données y relatives ne sont pas saisies de cette manière dans les statistiques de base de la FOS.

Les données quantitatives portant sur les admissions à des traitements, qui sont à la base de l'évaluation qui suit, offrent néanmoins une synthèse de la fréquence et de l'étendue de la prise en compte de l'offre thérapeutique pour la toxicodépendance. L'expérience ainsi accumulée est mise en regard de la situation du client: nous nous penchons sur la question de savoir, d'abord, en quoi les clients suivant en 2001 une thérapie résidentielle de longue durée se distinguent en terme de parcours thérapeutique; ensuite, en quoi les clients ayant déjà suivi différents types de traitements se distinguent en ce qui concerne leur situation, leurs ressources ou déficits au début de la thérapie, la durée de leur traitement et sa réussite.

En abordant ainsi la problématique des parcours thérapeutiques et de leur effet cumulatif, le présent rapport annuel vise à contribuer, dans le cadre des statistiques de base, à la réflexion sur l'importance du parcours thérapeutique pour le traitement en cours.

⁶ Condelli WS & Hubbard RL (1994). Relationship Between Time Spent in Treatment and Client Outcome from Therapeutic Communities. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 11(1), 25-33.

⁷ 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.

⁸ Pour aller plus loin: Grichting E (2000). Die Bedeutung einer stationären abstinenzorientierten Behandlungsepisode für die Rehabilitation Drogenabhängiger vor dem Hintergrund der individuellen Behandlungsgeschichte. Exposé Dissertation. Internes Papier. Zurich.

2. Rapport d'activité FOS 2001

2.1. Personnel du centre de coordination KOFOS

Au cours de l'année 2001, les personnes suivantes ont pris part aux projets de la FOS ou du centre de coordination KOFOS à l'Institut de recherche sur les addictions (ISF)

Susanne Schaaf, lic. Psychologie: responsable du projet Documentation de base FOS et du projet act-info.

Esther Grichting, lic., ass. sociale dipl.: responsable des projets spéciaux FOS et interlocuteur FOS pour la documentation de base destinée aux institutions de langues française et italienne.

Marcus Reichlin, lic. psychologie, enseignant à l'école primaire: organisation et analyse des données pour la documentation de base FOS et les projets spéciaux FOS.

Denise Hampson, lic. psychologie: organisation et analyse des données pour les projets spéciaux FOS.

Anne-Sophie Nyman, psychologue et psychothérapeute: coordination des entretiens de la post-enquête FOS.

Heidi Bolliger: collaboratrice de projet, secrétariat du centre de coordination KOFOS.

Mark Rhiner, lic. psychologie (collaborateur externe): documentation de la clientèle dans les centres de désintoxication du Canton d'Argovie.

En sa qualité de directeur de recherche, le Professeur Jürgen Rehm est responsable des projets FOS.

2.2. Centres participants

Au cours de l'année sous revue, la FOS a regroupé 73 centres de traitement dans toute la Suisse. 55 d'entre eux se situaient en Suisse alémanique, 14 en Suisse romande et 4 au Tessin. Les analyses s'appuient sur des questionnaires portant sur les clients de 61 centres.

Au cours de l'année 2001, 3 centres ont quitté la Ligue FOS, soit parce qu'ils ont orienté leur offre vers un autre groupe cible, soit parce qu'ils ont fermé. Par ailleurs, aucun nouveau centre n'a rejoint la FOS.

Quatre centres FOS ainsi que deux centres résidentiels de traitement ne faisant pas partie de la FOS ont participé à la phase pilote du projet act-info (qui a débuté le 1^{er} juillet 2001). Les clients admis dans les 4 centres FOS au cours du premier semestre ont été intégrés dans la base de données FOS.

2.2.1. Liste des centres ayant participé à la FOS en 2001

2.2.1.1. FOS Documentation de base

AG	Institut für Sozialtherapie, Sozialtherapeutische Klinik, 5704 Egliswil
	Inst. für Sozialtherapie, Stiftung, Reha.zentrum Niederlenz, 5702 Niederlenz
	Kaisten, Therapeutische Wohngemeinschaft, 5082 Kaisten
	Stiftung Wendepunkt, Wohngemeinschaft Shalom, 5033 Oftringen
AR	Best Hope, 9104 Waldstatt/Herisau
BE	Aebihus / Maison Blanche, Stiftung, 2533 Evilard/Leubringen
	Arche, Wohngemeinschaft, 3400 Burgdorf
	Chly Linde, Therapeutische Gemeinschaft, 3089 Vorderfultigen
	Oase Brüggbach, Therapeutische Wohngruppe, 3512 Walkringen
	Therapiehaus Längmatt, 4922 Bützberg
	St. Johannsen, Massnahmenzentrum, 2525 Le Landeron
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft zum Schlüssel, 3036 Detligen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Melchenbühl, 3073 Gümligen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Brienzwiler, 3856 Brienzwiler
	Stiftung Terra Vecchia, Familienplätze, 3011 Bern
	Stiftung Hilfe zum Leben, 3006 Bern
	Stiftung Hilfe für Dich, Ther. Gem., 3555 Trubschachen (bis Feb. 2001)
	Stiftung Contact Bern, PRISMA, 3000 Bern
	Rüdli, Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft, 3752 Wimmis
BL	Arxhof, Arbeitserziehungsanstalt, 4435 Niederdorf
	Obere Au, Therapeutische Gemeinschaft, 4438 Langenbruck
	Waldruh, Therapeutische Gemeinschaft, 4461 Böckten
	SPEKTRUM, Kontaktstelle für Familienplatzierungen, 4410 Liestal
	Smaragd, Therapeutische Gemeinschaft, 4153 Reinach
BS	Gatternweg, Therapeutische Gemeinschaft, 4125 Riehen
FR	Foyer Horizon, Fondation Le Tremplin, 1783 Pensier
	Le Radeau, Centre d'Accueil communautaire, 1693 Orsonnens
	Magma, Ther. Wohngemeinschaft, 3210 Kerzers (bis Juni 2001)
GE	CRMT Centre résidentiel à moyen terme, 1226 Thônex
	Le Toulourenc, Communauté thérapeutique, 1256 Troinex

	Maison de Pinchat, 1227 Carouge (bis Dezember 2001)
GL	Fuente Alamo Kontaktstelle, 8750 Glarus
JU	Kleingruppe CTM, Ther. Wohngemeinschaft, 2923 Courtemaiche
LU	Ausserhofmatt (AHM), Therapeutische Gemeinschaft, 6105 Schachen
	Lehn, Therapie- und Bildungswerkstatt, 6012 Obernau/Kriens
	Neuhof, Therapeutische Gemeinschaft, 6020 Emmenbrücke
	Ufwind, 6206 Neuenkirch
NE	Foyer André, 2117 La Côte-aux-Fées
	Pontareuse, Fondation Goéland, 2017 Boudry
SG	IGL Verein Lebensfreude WG Minousch, 9012 St. Gallen
SO	Chratten, Therapeutische Wohngemeinschaft, 4229 Oberbeinwil
	Im Schache, Therapiezentrum, 4543 Deitingen
	Lilith, Teil/stationäre therap. Frauen-Kind Wohngem., 4625 Oberbuchsiten
	Unikat, 4710 Balsthal
TG	Brotegg, Therapeutische Wohngemeinschaft, 8500 Frauenfeld
	Quellenhof, 8674 Dinhard
TI	Bognago, Therapeutische Wohngemeinschaft, 6614 Brissago
	Centro Residenziale a medio termine, 6516 Gerra Piano
	Il Gabbiano, Fondazione, Comunità terapeutica, 6904 Lugano
	Villa Argentina, Centro terapeutico, 6900 Lugano
	Teen Challenge in Svizzera, Com. terapeutica Casa Shalom, 6605 Locarno-Monti
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Bordei, 6657 Palagnedra
VD	Espace Santé, Fondation Bartimée, 1422 Grandson (bis Oktober 2001)
	Fondation Bartimée, 1422 Grandson
	Fondation Le Levant, 1005 Lausanne
	Foyer du Relais, Association du Relais, 1110 Morges
VS	Centre Gai-Matin, 1891 Vérossaz
ZG	Sennhütte, Therapeutische Gemeinschaft, 6300 Zug
ZH	Am Schärme, Therapeutische WG, Stiftung Santa Catarina, 8032 Zürich
	Arche, Therapiegemeinschaft, 8180 Bülach
	Aussenwohngruppe Frankental, 8044 Zürich
	Frankental, Drogenstation, 8049 Zürich
	Freihof Küsnacht, Wohngruppe, 8700 Küsnacht
	Meilestei, 8124 Uessikon bei Maur
	Neuthal, Therapeutische Gemeinschaft, 8344 Bäretswil
	Pro Juventute, DRZ Cugnanello, 8032 Zürich
	Ulmenhof, 8913 Ottenbach
	Start Again, Drogentherapiestation, 8032 Zürich
	Sonnenbühl Klinik, 8311 Brütten

2.2.1.2. act-info (à partir du 1^{er} juillet 2001)

AG	Klinik im Hasel, 5728 Gontenschwil
AR	RehabilitationsZentrum Lutzenberg, 9426 Lutzenberg
BE	Nicht-FOS: Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Saurehorn, 3054 Schüpfen
	Zueflucht, Christlich-therap. Wohngemeinschaft, 3715 Adelboden
SG	Nicht-FOS: Flüeli, Christl.-therap. WG Ausserdorf, 9122 Mogelsberg
SO	Casa Fidelio, 4626 Niederbuchsiten

2.3. Réunions de la Ligue FOS

En 2001, plusieurs réunions ont eu lieu qui ont permis d'échanger expériences et informations.

Réunion Rapport annuel: lors de la réunion consacrée au Rapport annuel, les statistiques annuelles sur les entrées et les sorties 2000 ont été communiquées aux responsables des centres participants. La présentation du Rapport annuel en langue allemande a eu lieu le 22 mars 2001 à Zurich et celle en langue française le 17 mai 2001 à Lausanne et le 7 juin 2001 à Bellinzone pour les centres FOS tessinois.

Symposium: le 26 octobre 2001 s'est tenu à Zurich le XI^e Symposium FOS qui avait pour thème «Ce qui nous aide et nous satisfait, succès thérapeutique et satisfaction de la thérapie du point de vue des clients».

2.4. Autres activités du centre de coordination de la Ligue FOS

2.4.1. Rapports et informations

Rapport annuel 2000: les statistiques annuelles globales et les statistiques spécifiques aux centres ont été élaborées au cours du premier trimestre 2001. Elles avaient pour objectif principal la comparaison des types de consommation observés chez les clients.

Autres rapports: une synthèse des contributions au symposium FOS peut être téléchargée en allemand et en français sur le site www.suchtforschung.ch (FOS, download).

Bulletin d'information: en janvier 2001, un bulletin d'information a été envoyé aux centres FOS de langue allemande.

Circulaire: en décembre 2001, les centres ont été informés par écrit de l'avenir de la Ligue FOS et des prochaines étapes d'act-info.

2.4.2. Harmonisation des statistiques sur la toxicodépendance – act-info

Le projet «Harmonisation des statistiques sur la toxicodépendance» – rebaptisé «act-info» - a été lancé en mai 1999 sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Office fédéral de la statistique. Il a pour objectif l'introduction de statistiques nationales sur la toxicodépendance incluant les données sur les traitements et les clients dans le cadre de l'aide résidentielle ou ambulatoire. Sont prises en considération les drogues légales et illégales ainsi que les dépendances non liées à des produits. Les données permettront de tirer des conclusions épidémiologiques, de planifier les traitements et d'orienter les travaux de recherche.

C'est le 1^{er} juillet 2001 qu'a débuté la phase pilote du projet act-info à laquelle 5 centres de traitement sélectionnés ont participé. En décembre 2001, le KOFOS a rédigé à l'attention de la direction du projet act-info un rapport intermédiaire interne portant sur l'évaluation des expériences faites avec les nouveaux questionnaires et le processus de collecte des données.

Le KOFOS a pris part à des réunions de groupes de travail afin de développer des instruments de travail, de discuter de la méthodologie et des prochaines étapes et de tenir compte des particularités du traitement résidentiel de la toxicodépendance lors de la conception de statistiques de référence d'envergure nationale.

Pour de plus amples informations sur le projet global, consultez le site www.act-info.ch. Des informations sur le projet act-info sont également disponibles à cette adresse www.suchtforschung.ch (> FOS > act-info).

2.4.3. Collaboration sur le plan national

QuaThéDA: le KOFOS, placé sous la houlette du Prof. Martin Sieber de la clinique Forel, a participé, en tant que membre d'un groupe de travail, à l'élaboration d'un questionnaire destiné à évaluer la satisfaction des clients ainsi qu'à la planification de la réalisation et de l'évaluation. A l'automne 2001, une phase pilote a débuté dans 15 centres QuaThéDA.

Le cycle de formation de deux ans destiné aux centres résidentiels de traitement, destiné à les aider à introduire le projet QuaThéDA de développement et de garantie de la qualité dans le traitement de la toxicomanie s'est achevé fin 2001. Le KOFOS a participé à l'animation du groupe chargé de l'élaboration du concept.

Pour de plus amples informations, consultez le site suivant:

<http://www.bag.admin.ch/sucht/praevention/quatheda/f>

KOFOS-COSTE: le KOFOS et la COSTE ont signé une convention de coopération qui a pour objectif l'échange régulier d'informations par écrit et par oral : remise mutuelle de rapports et informations sur les réunions prévues, les projets de recherche prévus, les besoins de recherche actuels, les affaires courantes importantes et les offres de perfectionnement.

Assemblée générale de la Commission «Drogues» du Canton de Zurich: le KOFOS a participé le 5 septembre 2001 à une rencontre interdisciplinaire de la Commission «Drogues» qui avait pour thème la controverse au sujet du traitement de la toxicodépendance. Cette journée avait pour but de permettre à des professionnels d'échanger leurs vues sur les différentes approches en matière de traitement – principalement par rapport au traitement de substitution et au traitement résidentiel visant à l'abstinence – et sur la mise en lumière des sujets de controverse. De nouvelles rencontres sont d'ores et déjà prévues.

2.4.4. Travaux réguliers

Les autres tâches du centre de coordination de la Ligue FOS sont les suivantes :

- Enregistrement et codage des questionnaires remplis, organisation de la saisie des données, constitution de l'ensemble des fichiers, etc. Ces tâches doivent désormais aussi être effectuées pour act-info.
- Information, enregistrement et introduction individuelle des centres intéressés.
- Renseignements sur la collecte des données.
- Divers travaux de coordination et de relations publiques.
- Travaux relatifs à des projets coordonnés.

2.5. Projets coordonnés

2.5.1. Post-enquête menée auprès de la clientèle des centres résidentiels de traitement

La post-enquête menée auprès des anciens clients des centres résidentiels de traitement a été poursuivie en 2001 dans le cadre d'un projet spécial FOS et remaniée afin d'être poursuivie à moyen terme. Cette post-enquête a pour but de mieux connaître les condi-

tions de vie des anciens clients une fois leur traitement achevé et de recueillir leur avis rétrospectif sur ce traitement. La collecte des données est effectuée de manière uniforme par la Ligue FOS, les résultats étant transmis aux centres participants dans une évaluation standard annuelle.

Poursuite et fin de la post-enquête sur les sorties 1999: la collecte des données de cette post-enquête s'est achevée fin juillet 2001. Les résultats ont ensuite été transmis aux 29 centres participants.

Refonte de la post-enquête dans le cadre de la FOS: la refonte de la post-enquête a été motivée, d'une part, par la baisse du taux de réponse enregistré ces dernières années et, d'autre part, par l'insuffisance des moyens financiers. Ainsi, il a été décidé, d'entente avec les centres, de réaliser à l'avenir la post-enquête par téléphone et non plus sous forme d'entretiens en tête-à-tête. Les préparatifs de la prochaine campagne de post-enquête ont eu lieu au cours du deuxième semestre (appel d'offres remis aux centres FOS, élaboration d'un questionnaire approprié, mise à disposition des infrastructures, remise à la Commission d'éthique). Cette post-enquête téléphonique portant sur les sorties 2001 a débuté en janvier 2002 et est menée auprès des clients ayant terminé leur traitement depuis un an.

2.5.2. Suivi des clients des centres résidentiels de traitement du Canton de Berne

Un projet de post-enquête prévoyant plusieurs suivis d'anciens clients de centres résidentiels de traitement du Canton de Berne a été lancé en juin 2001 sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne. Les clients qui ont terminé leur traitement en 1998 ou en 1999 et qui ont déjà participé à la post-enquête FOS seront interrogés par téléphone environ trois ans après la fin de leur traitement et lors d'un entretien en tête-à-tête quatre ans après la fin de leur traitement. L'objectif de ces entretiens est de collecter des données utiles pour les centres de traitement sur les évolutions et les changements à long terme après un traitement résidentiel. L'évaluation de ces données prévoit des analyses transversales et longitudinales. Ce projet durera jusqu'en 2004.

2.5.3. Etude spéciale SCL-90-R

La collecte des données effectuée pour l'étude spéciale SCL-90-R à l'aide du questionnaire sur la santé (Symptom Check List de Derogatis) s'est poursuivie en 2001. Le questionnaire SCL-90-R sert à mesurer les désagréments ressentis à l'aide d'une liste de quatre-vingt-dix symptômes physiques et psychiques. Le questionnaire est rempli par les

clients des centres résidentiels de traitement quatre semaines après leur entrée, puis tous les trois mois et enfin lors de leur sortie. L'évaluation porte sur l'état physique et psychique à l'entrée et à la sortie. La collecte régulière des informations permet de prendre en compte aussi celles des personnes qui interrompent leur traitement. Un nombre suffisant de SCL «d'entrée» était déjà disponible en 2000, si bien qu'il n'a pas été nécessaire d'inclure ceux des nouveaux clients arrivés en 2001; Par contre, des SCL «de sortie» ont été collectés. L'évaluation des données prévoit aussi bien des évaluations transversales à l'entrée et à la sortie qu'une évaluation longitudinale des changements intervenus entre l'entrée et la sortie.

2.5.4. Coopération avec la HSA de Berne

En 2001, sous la houlette du Prof. Harald Klingemann, l'Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement de la HSA Bern a lancé un projet du fonds national sur le thème «La perception du temps dans le traitement résidentiel de la toxicomanie». Les centres résidentiels de traitement pour les personnes dépendantes de drogues illicites et de l'alcool intéressés par ce projet sont invités à y participer. Le KOFOS prend part à ce projet en faisant office de trait d'union entre les «données de perception du temps» et les données clients extraites des statistiques de référence.

2.5.5. Coopération avec la Direction de la santé publique du Canton d'Argovie

Toujours en 2001, la Direction de la santé publique du Canton d'Argovie a mandaté l'Institut de recherche sur les addictions pour rédiger une documentation sur la clientèle des centres de désintoxication et des centres résidentiels de traitement. Afin d'éviter le double enregistrement dans la collecte des données, cette documentation s'appuie sur les données FOS. Ces descriptions régulières de clients sont réalisées dans le cadre du controlling cantonal.

2.5.6. Coopération avec la Direction de la santé publique du Canton du Tessin

Fin 2001, la Direction de la santé publique du Canton du Tessin a mandaté la FOS pour qu'elle mette en œuvre un projet complet permettant d'obtenir les bases de la documentation et de la planification de l'aide aux toxicodépendants. Ceci suppose, outre l'évaluation des données existantes (données clients, offre de traitements), un bilan et une ana-

lyse de la situation de l'approvisionnement ainsi qu'un bilan de la collecte des données en cours. Il conviendra de mettre à jour toutes les failles éventuelles. Les centres intéressés pourront participer au projet.

2.6. Conférences, réunions, cours et publications

2.6.1. Conférences

- Grichting, E. Vortrag «Behandlungserfolg stationärer Therapien für Drogenabhängige: FOS-Nachbefragungen». Forum ISF, Zurich, le 2 octobre 2001.
- Grichting, E. Vortrag «Die Therapie im Rückblick - ihre Wirkung aus Sicht der ehemaligen Les clients vor dem Hintergrund der Lebenssituation nach Austritt». Symposium FOS, Zurich, le 26 octobre 2001.
- Grichting, E. Vortrag «FOS – La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie» et «Comparaison de clients qui présentent différents modèles de consommation». Riunione Gruppo Esperti, Bellinzone, le 7 novembre 2001.

2.6.2. Publications

- KOFOS (Hrsg.) (2001). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2000. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Vergleich von Les clients mit unterschiedlichem Konsummuster. Forschungsbericht n° 119. Zurich : Institut de recherche sur les addictions.
- Centre de coordination de la Ligue FOS (Ed.) (2001). La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000. Rapport d'activité et statistique annuelle globale. Comparaison des types de comportement en matière de consommation. Rapport n° 120. Zurich : Institut de recherche sur les addictions.
- Schaaf, Susanne (2001). act-info. Beurteilung der Pilotphase. Einführung von act-info bei ausgewählten Einrichtungen des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie FOS. Interner Zwischenbericht. Zurich : Institut de recherche sur les addictions.

2.7. Perspectives

Les années 2001 et 2002 ont toutes deux été entièrement placées sous le signe du passage de la statistique de base de la Ligue FOS à la statistique nationale harmonisée d'aide aux personnes toxicodépendantes act-info. En juillet 2001 débutait la phase pilote du projet act-info à laquelle prenaient part cinq centres résidentiels de traitement. Le bilan dressé après cette première phase d'un semestre a montré qu'une fois les difficultés de démarrage résolues, les questionnaires act-info étaient faciles et rapides à remplir. Mais étant donné que les phases pilotes des statistiques d'aide aux personnes toxicodépendantes SAMBAD et SAKRAM/CIRSA ne sont pas encore achevées et que l'on attend toujours les expériences et les propositions d'amélioration, la finalisation des instruments de saisie et de la planification de l'évaluation est retardée. L'introduction d'act-info dans tout le pays, qui était initialement prévue à l'été 2002 pour les centres FOS, est repoussée au printemps 2003. Mais dès le 1^{er} janvier 2003, les centres FOS commenceront la collecte des données act-info sur papier. Et jusqu'en mars 2003, tous les centres de traitement ambulatoire et résidentiel passeront progressivement à une saisie informatique. Cette transition sera accompagnée d'une formation à l'utilisation du logiciel eCASE qui a été développé et adapté sur mandat de l'OFSP par la société Infogate et un groupe de travail composé de représentants des 4 groupes tenant des statistiques sur la dépendance. Les questions qui en découlent telles que la propriété et la sécurité des données, les droits d'accès aux données, les prestations fournies par les centres, par l'OFSP et par les chercheurs seront discutées lors des réunions Rapport annuel 2002 et consignées dans les documents correspondants. Le rôle concret du KOFOS par rapport aux statistiques nationales reconnues et au système d'information étendu reste quant à lui à définir. Mais s'appuyant sur des moyens financiers et humains désormais disponibles, le KOFOS s'attachera à effectuer une analyse approfondie de certaines questions choisies. Il a d'ailleurs à sa disposition une banque de données unique composée de toutes les données clients des années 1995 - 2001 provenant de quelque 70 centres. Pour en savoir plus sur l'avancement actuel du projet, consultez le site www.suchtforschung.ch (> FOS > act-info) (en allemand seulement). Des informations sont disponibles en français à cette adresse: www.act-info.ch/

3. Statistiques sur la clientèle de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie FOS

3.1. Méthode

3.1.1. Instruments et collecte des données

La collecte des données faite dans le cadre de la documentation de référence FOS est effectuée au moyen de questionnaires standardisés rédigés en allemand, en français et en italien. Par ailleurs, depuis le 1^{er} juillet 2001, des *versions abrégées* du questionnaire sont utilisées (questionnaire d'entrée: E3.1 et questionnaire de sortie: sortie A3.1) comme suit:

- Questionnaire d'entrée: lors de l'admission du client dans le centre de traitement.
- Questionnaire de sortie: lors de la sortie du client du centre de traitement, c'est-à-dire à la fin du traitement, au moment de son interruption ou encore lors d'un transfert dans un logement hors du centre (appartement protégé).
- Questionnaire de sortie du logement hors du centre: lors de la sortie du logement hors du centre (appartement protégé).

Les fréquences des entrées et des sorties enregistrées en 2001 (voir les tableaux) sont basées sur la version abrégée du questionnaire. Cette année, les graphiques comparent les clients ayant connu des parcours thérapeutiques différents.

La collecte des questionnaires se fait dans les centres participant à l'enquête 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 n'est pas rempli avec le client. C'est en effet le collaborateur de contact qui s'en charge une fois le client parti. De plus, cette opération ne s'inscrit pas forcément dans le cadre d'une enquête menée auprès des clients car cela s'avère souvent impossible en raison des sorties irrégulières (interruptions du traitement).

Les données sur la clientèle reposent donc sur les indications données par la personne interrogée (à son entrée) et sur les informations données par l'équipe (après la sortie du client).

Afin de garantir une collecte de données homogène et fiable par les chercheurs des centres de traitement, le Centre de coordination de la FOS leur a régulièrement proposé jusqu'en 2000 des formations à l'entretien. Mais pour des raisons de coûts et du fait de l'introduction prochaine d'act-info, ce service d'aide a été réduit à une simple hot line téléphonique. Soulignons également que la marche à suivre dans la préparation des dossiers des clients en traitement résidentiel mise à disposition par le KOFOS peut toujours être utilisée comme outil d'aide.

3.1.2. Echantillons

Les données ont été collectées régulièrement auprès de tous les clients entrés et sortis des centres, une version abrégée des questionnaires ayant été utilisée à partir du 1^{er} juillet 2001. Le tableau suivant a été élaboré à partir des informations sur la situation des centres de traitement, en fonction de leur région linguistique et du nombre de réponses obtenues (si seules les pages 1 à 3 du questionnaire ont été remplies = «Seulement les données de base»): Pour une plus grande clarté, les entrées et les sorties enregistrées dans le cadre du projet act-info sont indiquées, bien qu'elles n'aient pas été prises en compte dans l'évaluation des données FOS 2001.

Tab. M1 : Base de données pour le Rapport annuel 2001

Nombre de réponses ----- Région linguistique	ENTRÉES			SORTIES		
	Seulement les données de base	Toutes les données	Total	Seulement les données de base	Toutes les données	Total
Suisse alémanique*	75	464	539	33	511	544
Suisse romande	38	165	203	3	147	150
Suisse italienne *	3	66	69	1	72	73
TOTAL FOS Suisse	116	695	811	37	730	767
act-info dès le 1 ^{er} juillet 2001		46	46		59	59
TOTAL FOS et act-info Suisse		741	857		789	826

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

Ce sont les données sur les clients de 61 centres (48 situés en Suisse alémanique, 9 en Suisse romande et 4 en Suisse italienne) qui ont constitué la base de données du Rapport annuel 2001. 811 questionnaires d'entrée ont été enregistrés en 2001, soit 22 de moins que l'année précédente. Mais si l'on tient compte des entrées act-info saisies séparément, 24 questionnaires d'entrée supplémentaires ont été enregistrés par rapport à l'année précédente. De plus, avec 767 sorties en 2001, il y a eu 30 sorties supplémentaires saisies par rapport à 2000. Mais comment doit-on interpréter ces chiffres dans le contexte d'un recul du nombre des résidents ? Il est intéressant de noter que la variation observée ne s'explique pas par une durée plus courte des séjours et donc par des changements intempestifs de traitement par les clients de l'année 2001, comme le prouve la comparaison avec les chiffres de l'année 2000. En fait, bien que certains des centres de petite à moyenne taille aient enregistré un plus grand nombre d'entrées, les variations résultent principalement du fait qu'un certain nombre de centres FOS, qui n'avaient pas envoyé de questionnaires l'an dernier, ont réintégré la Ligue FOS.

Par ailleurs, 14% des questionnaires d'entrée (n=116) ne contiennent que les données de base sur les clients, notamment parce qu'il n'est pas possible d'effectuer une enquête plus approfondie lorsque les séjours durent seulement quelques jours.

Enfin, si l'on inclut toutes les données récoltées depuis 1995 dans le cadre de la FOS, la base de données compte aujourd'hui 5 923 questionnaires d'entrée. Précisons qu'à partir du 2^e semestre 2001, seules les variables des versions abrégées des questionnaires ont été enregistrées. On compte enfin 4 908 sorties enregistrées pour lesquelles seule la version abrégée du questionnaire a été utilisée à partir du 1^{er} juillet 2001.

Dans les tableaux, l'évaluation des questions socio-démographiques prend en considération la totalité des questionnaires, même ceux qui ne contiennent que les données de base; Par contre, l'analyse de toutes les autres questions ne s'appuie que sur les questionnaires remplis de manière plus complète. Enfin, dans les graphiques, seuls les questionnaires remplis de manière complète ont été pris en considération pour les évaluations.

3.1.3. Codage et contrôle des données, règles en matière de confidentialité des données

Les questionnaires remplis ont été renvoyés au Centre de coordination KOFOS sur une période d'environ 3 mois. Par la suite, ils ont été codés, c'est-à-dire préparés en vue de la saisie des données.

Afin de garantir la confidentialité des données, les questionnaires remplis ont été adressés au Centre de coordination KOFOS sous forme anonyme. La mise en évidence des admissions multiples dans un centre résidentiel de traitement se fait grâce à un code personnel composé de la première lettre du prénom, de la deuxième lettre du nom de famille et de la date de naissance de la personne interrogée. Ce «numéro d'identification» est en-

registré dans un fichier séparé, accessible seulement au moyen d'un mot de passe. Enfin, la page du questionnaire où ce numéro est inscrit est détachée par le KOFOS avant la saisie des données et conservée séparément.

Conformément à la convention contractuelle signée par la FOS et les centres partenaires, l'anonymat des centres où les clients sont interrogés est lui aussi garanti. Ainsi, aucune des données spécifiques au centre faisant l'objet d'une évaluation n'est transmise à des tiers sans l'accord exprès du centre concerné.

La même méthode est appliquée pour les questionnaires act-info.

3.1.4. Traitement électronique des données

Après le codage des questionnaires par le KOFOS, la saisie informatique des données a été faite par une société tierce au moyen du masque de saisie *File Maker Pro*; certaines de ces données ont été directement saisies à l'ISF. Les données saisies informatiquement ont par la suite été importées dans le programme statistique SPSS pour y suivre un nouveau traitement. Après l'élaboration des statistiques annuelles, les données sont intégrées à celles des statistiques des années précédentes et enregistrées dans un fichier global qui constitue la base des analyses approfondies.

3.1.5. Contrôles de plausibilité et recodages

Un premier contrôle de plausibilité des données est effectué au moment du codage des questionnaires, un deuxième contrôle basé sur les vérifications des informations quantitatives ayant lieu au moment de l'entrée des données dans le programme statistique SPSS. La procédure est la suivante:

- Dans un premier temps, les données enregistrées dans le SPSS sont contrôlées pour déceler des «erreurs grossières» ou d'éventuelles erreurs de saisie. Les données sont ensuite vérifiées par rapport à leur plausibilité et les corrections nécessaires réalisées. Une attention particulière est accordée aux «questions filtres».
- Dans un deuxième temps, les données manquantes (Missing Data) sont définies qui regroupent les informations manquantes ainsi que toutes les questions auxquelles les clients interrogés n'ont pas voulu ou pas pu répondre. Nous indiquons la rubrique «Missing Data» seulement si des données manquent.

Cette année encore, la mise à disposition dans les temps des statistiques annuelles était une priorité de l'analyse des données. De plus, les contrôles de plausibilité usuels ayant été effectués comme décrit précédemment, il ne devrait pas y avoir d'erreur majeure.

- Les recodages nécessaires à la réalisation des tableaux et des graphiques ont été effectués après l'achèvement des contrôles de plausibilité.

Lors des recodages, une attention particulière a été portée à ce que les tableaux et les graphiques reprennent les mêmes catégories que les questionnaires. Pour ce faire, d'importants changements ont été effectués pour les variables suivantes:

- L'année de naissance a été convertie en «âge». Tous les âges ont été regroupés dans la catégorie «Moins de 18 ans» ou dans la catégorie «Plus de 30 ans».
- Le degré d'urbanisation du dernier domicile a été déterminé sur la base du code postal.
- Sur la base de la situation scolaire actuelle, une variable du niveau scolaire le plus élevé jamais atteint a été établie et représentée sous forme de tableau.
- Les données sur la consommation d'alcool - nombre de verres d'alcool et de jours de la semaine où de l'alcool est consommé - ont été rassemblées dans les tableaux et ne forment qu'une seule variable. Les catégories «Pas de consommation d'alcool» et «Consommation d'alcool occasionnelle» correspondent aux critères de gravité de la consommation d'alcool tels que définis dans le questionnaire de l'EuropASI.

Enfin, dans un souci de clarté, certaines questions ont été classées par catégories dans les tableaux. Ces recodages sont reconnaissables aux labels des catégories correspondants. Afin de résumer l'essentiel des informations de manière claire, des recodages plus détaillés ont été faits pour certaines variables des graphiques.

3.1.6. Points essentiels des statistiques du présent document

Les statistiques annuelles de la FOS se composent de graphiques et de tableaux qui permettent d'étudier certains aspects de manière très détaillée. Tandis que les graphiques permettent d'approfondir une question spécifique, les tableaux présentent à l'inverse les données de la manière la plus globale possible.

Les graphiques mettent cette année l'accent sur la comparaison entre les différents parcours thérapeutiques des clients, c'est-à-dire entre ceux qui ont connu uniquement les traitements de substitution, seulement les traitements résidentiels, les deux ou aucun. Les graphiques représentent, d'une part, le profil social des clients qui avaient déjà suivi un traitement avant d'en commencer un nouveau en 2001, et d'autre part, leur situation à la fin de ce nouveau traitement.

Les tableaux sont divisés en trois colonnes, la première représentant exclusivement les femmes, la deuxième les hommes et la troisième le total, soit l'échantillon complet. Mais dans un souci de clarté, il arrive que trois tableaux distincts soient présentés. Enfin, en

raison du manque de place, lorsqu'une même question se rapportait à la fois aux «12 derniers mois» et aux «30 derniers jours» avant le sevrage, nous n'avons fait figurer que les fréquences enregistrées pour la période «12 derniers mois».

3.2. Graphiques: parcours thérapeutiques

3.2.1. Introduction

Les clients sont répartis en quatre groupes en fonction des traitements suivis au cours de l'année qui précédait le début de leur traitement et comparés les uns aux autres en fonction de leurs caractéristiques au début du traitement et de leur situation à la fin du traitement. Il en découle les questions suivantes:

1. Existe-t-il une corrélation entre le *parcours thérapeutique* (1. traitement de substitution uniquement, 2. traitement résidentiel de la toxicodépendance dans un centre de désintoxication et en hôpital psychiatrique, 3. les deux, 4. ni l'un ni l'autre) des clients et leurs caractéristiques socio-démographiques, leur situation sociale et sanitaire ou leur consommation de drogue au début de leur traitement résidentiel?
2. Existe-t-il une corrélation entre le *parcours thérapeutique* des clients et leur situation à la fin du traitement (durée du séjour, conditions de sortie, intégration)?

Les graphiques et tableaux des chapitres suivants répondent à toutes ces questions.

3.2.2. Remarques d'ordre méthodologique

Les résultats suivants se basent a) sur les données d'entrées et de sorties collectées en 2001 et b) sur les données des entrées enregistrées les années précédentes (de 1997 à 2001) et qui ont donné lieu à des sorties en 2001. En ce qui concerne les méthodes de collecte, de dépouillement et d'analyse, reportez-vous à la section 3.1 du présent rapport.

Les résultats présentés graphiquement relèvent de la statistique descriptive (fréquences, tableaux croisés). Les calculs reflètent la répartition des différentes caractéristiques des clients et les différences entre les groupes.

La définition des types de parcours thérapeutiques se base sur l'ensemble de variables «Traitements et suivis psychologiques antérieurs dus à une dépendance aux drogues dures ou à l'alcool» (e11.1). C'est le nombre de fois où le patient a débuté un traitement qui a été pris en compte parce que ce critère, contrairement aux traitements et suivis psychologiques terminés de manière régulière, est pertinent pour un très grand nombre de

clients, ce qui permet d'en inclure un maximum dans l'évaluation. Mais il convient de définir plus précisément les «début de traitement».

Le parcours thérapeutique inclut:

- *Les programmes de substitution* (méthadone, héroïne; e11.1D/E) et
- *Les séjours résidentiels* (centre de désintoxication, hôpital psychiatrique; e11.1G/I).

Les centres résidentiels de traitement et les hôpitaux psychiatriques proposant des traitements de la toxicodépendance ont été réunis dans un même groupe. Pour vérifier l'homogénéité de ce groupe de clients – les personnes ayant connu les hôpitaux psychiatriques pourraient avoir une position à part –, ils ont été subdivisés en trois *sous-groupes*: sur les 129 personnes ayant déjà effectué un séjour thérapeutique, 60% n'ont connu «qu'un traitement résidentiel», 24% n'ont connu que l'«hôpital psychiatrique» et 16% ont expérimenté «les deux». La comparaison de ces trois sous-groupes n'a pas mis en évidence de différence significative au niveau de certaines variables socio-démographiques et relatives à la consommation. Des différences sont cependant apparues au niveau des atteintes psychiques antérieures au début de la toxicodépendance – les clients ayant suivi un traitement résidentiel et ayant séjourné en hôpital psychiatrique étaient particulièrement souvent sujets à des dépressions et des états d'angoisse avant de devenir toxicodépendants. Mais comme il s'agit là d'un groupe relativement petit, ces personnes ont été intégrées à la catégorie supérieure «Traitement résidentiel uniquement».

Les cures de désintoxication n'ont pas été prises en compte pour la définition des types (ambulatoire et résidentiel, volontaire ou imposé; e11.1A-C) car la grande majorité des clients qui suivent actuellement un traitement de la toxicodépendance visant à l'abstinence ont expérimenté un sevrage de tout produit ou à un sevrage avec un produit de substitution. Le recours aux aides ambulatoires existantes (Drop-In/ centre d'accueil, soutien psychologique; e11.1F/J/K/L) n'a pas non plus été pris en compte dans les statistiques, même si ce critère aurait pu être un indicateur de l'intégration du patient dans le réseau d'aide aux toxicodépendants. Malgré la controverse qui fait actuellement rage autour des traitements substitutifs et des traitements résidentiels à long terme visant à l'abstinence, la définition des types est basée sur ces deux offres. Mais s'il s'avérait qu'un groupe bien précis de clients choisit très souvent les offres ambulatoires, nous le signalerions. Enfin, les catégories «soins de jour», «autres hôpitaux» et «autres» ont pu être exclues car elles ne concernaient qu'un nombre infime de clients.

La partie des graphiques est plus courte que l'année dernière pour la simple et bonne raison que ce sont les données de la version abrégée du questionnaire qui ont été prises en compte dans l'évaluation.

Pour faciliter la lecture des graphiques: Nous avons indiqué dans chaque graphique le nombre de données prises en compte dans l'évaluation, «n» désignant le nombre total de cas et/ou de réponses pris en considération, ainsi que le nombre de «md» (missing data; réponse manquante) pour chaque question. L'abréviation «md» n'apparaît dans les gra-

phiques que là où l'on a pu constater que des données manquaient. L'analyse des données prend en compte deux dimensions statistiques: la significativité et le coefficient de contingence de Cramer (V de Cramer). Toutes les significativités, qui sont basées sur des tableaux croisés, sont indiquées dans les graphiques: $p < 0,05 = *$; $p < 0,01 = **$; $p < 0,001 = ***$. La non-significativité d'une corrélation est signalée par l'abréviation "ns".

3.2.2.1. Présentation des quatre types de parcours thérapeutique

Les évaluations qui suivent sont basées sur 615 entrées et 730 sorties (voir point 3.2.3. pour des explications sur les données de sortie). Les sorties sont documentées de façon complète, et des indications concernant le parcours thérapeutique précédent le début de traitement sont obligatoires.

Les types de parcours thérapeutiques se réfèrent aux traitements suivis ou non dans les 12 mois précédant le début de la cure de sevrage. En voici une description:

1. Substitution uniquement (N= 150, 24%)

Avant le début du traitement actuel, les clients de ce groupe avaient déjà suivi au moins un traitement de substitution (méthadone, héroïne), mais jamais de traitement résidentiel dans un centre de désintoxication ou un hôpital psychiatrique (pour toxicodépendance). 59% d'entre eux ont entamé une fois un programme de substitution, 34% plusieurs fois. 7% des clients ont connu une ou plusieurs fois un traitement avec prescription d'héroïne. Dans la suite des explications et dans les illustrations, ce groupe est appelé «seulement substitution».

2. Traitement résidentiel uniquement (N= 129, 21%)

Avant leur entrée, les clients de ce groupe avaient séjourné au moins une fois dans un centre de traitement résidentiel de la toxicodépendance ou un hôpital psychiatrique, mais n'ont pas suivi de programme de substitution. 50% d'entre eux ont entamé une fois un traitement résidentiel, 26% plusieurs fois. 21% des clients ont déjà suivi une cure de sevrage en hôpital psychiatrique, 19% plusieurs fois. Dans la suite des explications et dans les illustrations, ce groupe est appelé «seulement résidentiel».

3. Substitution et traitement résidentiel - les deux (N=209, 34%)

Les clients de ce groupe ont débuté au moins une fois un traitement résidentiel dans un centre de désintoxication ou un hôpital psychiatrique et participé au moins une fois à un programme de substitution. 47% d'entre eux ont entamé une fois un programme de substitution, 52% plusieurs fois. Ils sont 44% à avoir entamé un programme de substitution, et 39% à plusieurs reprises. Dans la suite des explications et dans les illustrations, ce groupe est appelé «les deux».

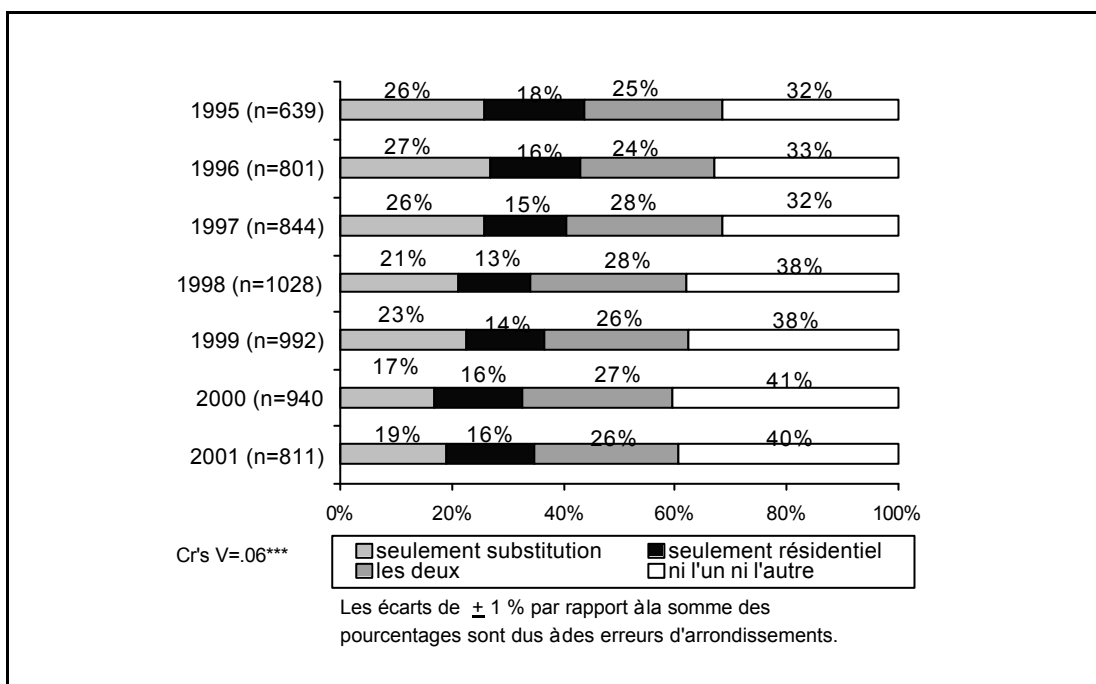
Par rapport aux autres groupes de clients, ces personnes ont, pour une grande partie, tenté à plusieurs reprises des sevrages en ambulatoire ou en traitement résidentiel et ont eu très souvent recours aux aides ambulatoires proposées aux toxicodépendants. Ces clients ont suivi un parcours thérapeutique exhaustif.

4. Ni substitution ni traitement résidentiel - ni l'un ni l'autre (N=127, 21%)

Les clients de ce groupe n'ont suivi ni traitement résidentiel en centre de désintoxication ou en hôpital psychiatrique ni programme de substitution. Dans les explications et illustrations qui suivent, ce groupe est désigné par «ni l'un, ni l'autre». Ces clients n'ont également eu que très rarement recours à des aides ambulatoires.

Une comparaison de la pondération des quatre groupes de clients dans les rapports de la Ligue FOS 1995 à 2001 fait apparaître que le groupe de clients «*Substitution uniquement*» était relativement important par rapport au nombre total de clients en 1996 et 1997 et qu'il a significativement diminué les deux dernières années (Fig. G1, V de Cramer=.06***). La pondération du groupe «ni substitution, ni traitement résidentiel» a par contre crû en continu, atteignant 40%.

Fig. G1: Répartition des 4 groupes de clients entre 1995 et 2001

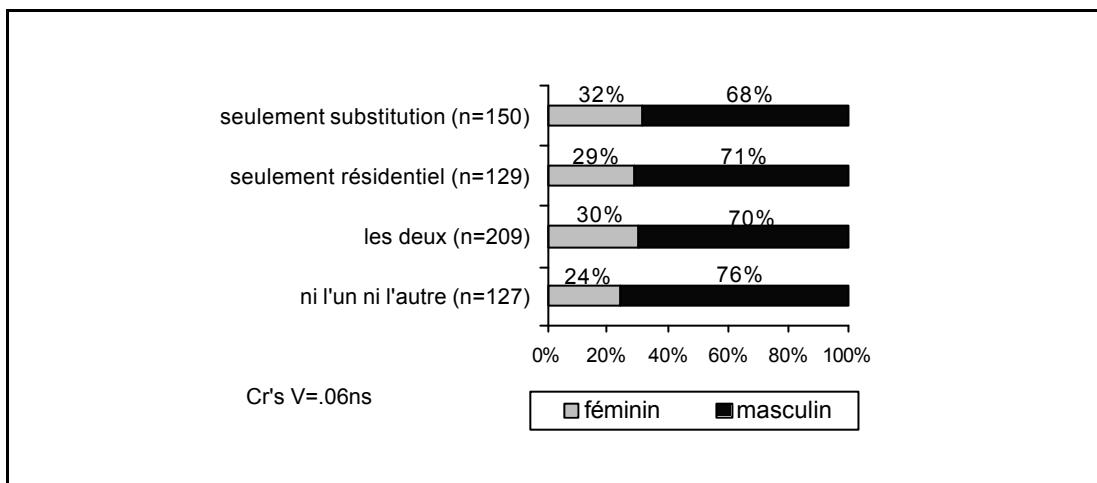


3.2.2.2. Données de base socio-démographiques

Sexe

Les quatre catégories de parcours thérapeutiques comptent toutes entre un tiers et un quart de femmes environ, une proportion qui est toutefois légèrement inférieure au sein du groupe «ni substitution, ni traitement résidentiel» (24 %) qu'au sein des autres groupes (Fig. G2).

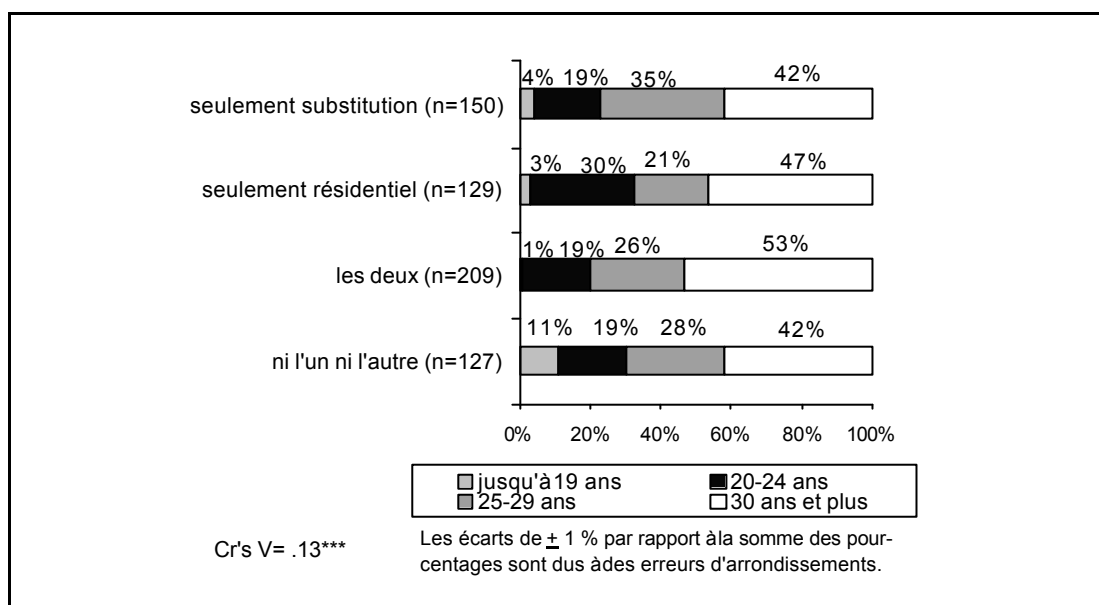
Fig. G2: Sexe [E1.3]



Âge au début du traitement

A peine la moitié de la clientèle FOS est âgée de 30 ans ou plus au début du traitement. Conformément aux prévisions, les quatre groupes présentent des différences significatives du point de vue de l'âge: le groupe «seulement substitution» se distingue par un pourcentage élevé de personnes entre 25 et 29 ans, tandis que dans le groupe «seulement résidentiel», ce sont les 20-24 ans qui sont les mieux représentés. Les clients qui ont déjà suivi les deux types traitements sont plus nombreux à être âgés de plus de 30 ans, alors que ceux qui n'en ont jamais suivi ont beaucoup plus souvent 19 ans ou moins au début du traitement. (Fig. G3; V de Cramer=.13***).

Fig. G3: Âge au début du traitement [E1.2]



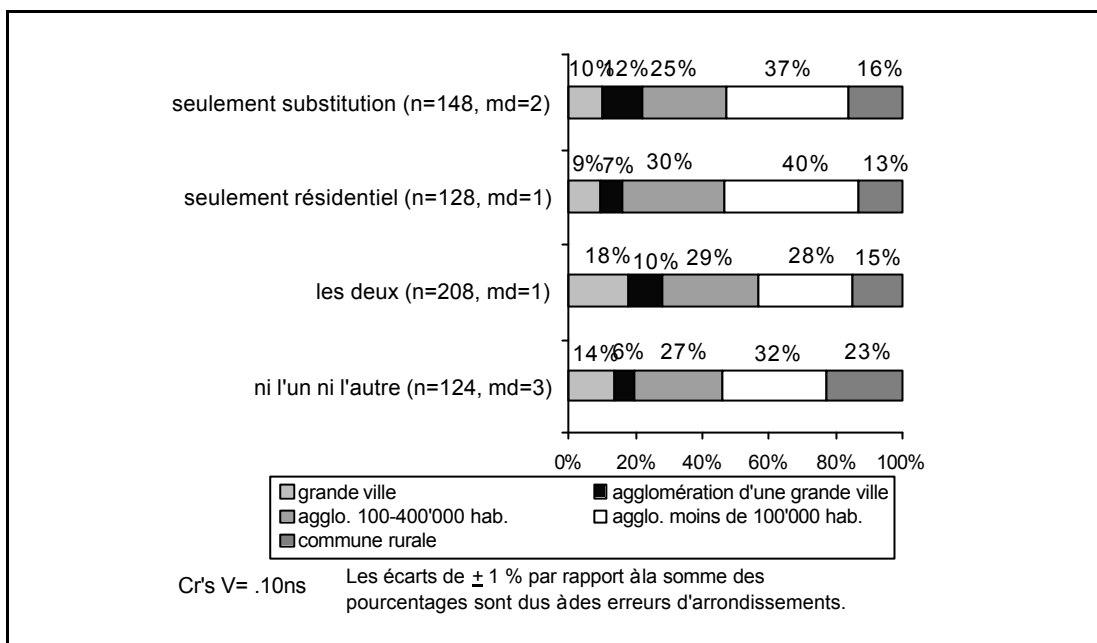
Dernier domicile

Des catégories décrivant le degré d'urbanisation du dernier domicile du client avant le début de son traitement ont été créées.⁹ Si les quatre groupes de clients ne présentent pas de différences significatives, il apparaît que le dernier domicile d'une part plus élevée des

⁹ Cette année également, les calculs relatifs à ces informations ont été réalisés par le Dr Matthias Bopp de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich.

personnes ayant suivi les deux traitements tendait à être situé dans une grande ville (Fig. G4).

Fig. G4: Dernier domicile: degré d'urbanisation [E1.6]



Nationalité

Les groupes ne diffèrent pas du point de vue de la proportion de personnes étrangères. Le pourcentage moyen est de 22%. Il n'existe pas non plus de différence en ce qui concerne le pourcentage de personnes dont l'un des parents ou les deux parents sont d'origine étrangère. 36% des personnes ont un père étranger et 36% également ont une mère étrangère.

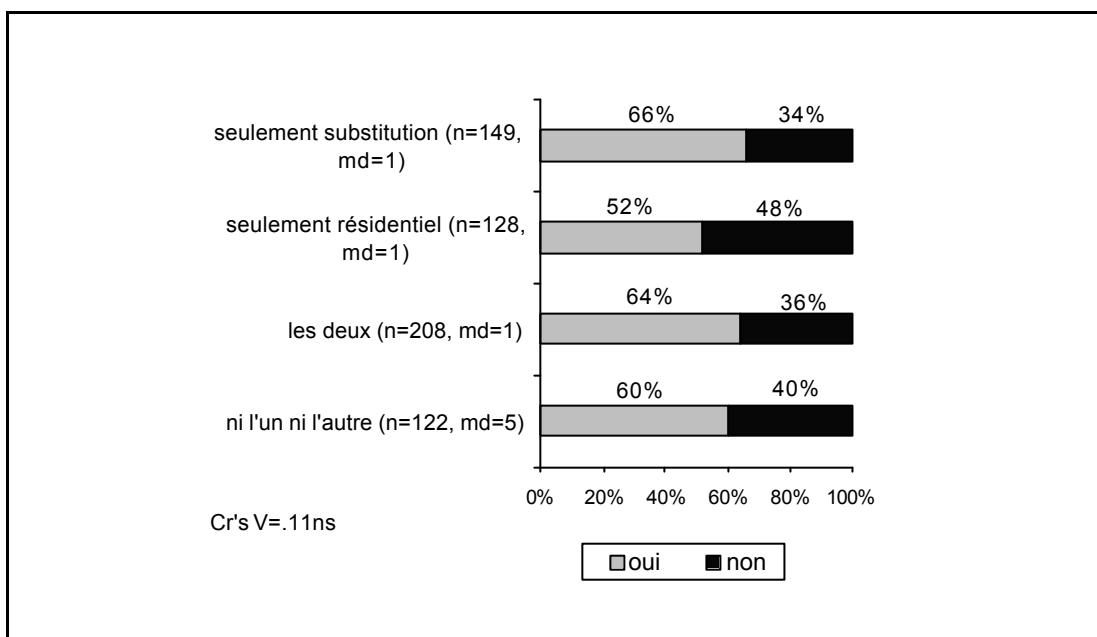
3.2.2.3. Situation à l'entrée

Parallèlement aux caractéristiques socio-démographiques des clients, il est intéressant de se pencher sur la situation de ces derniers juste avant le début du traitement. Où la dernière cure de sevrage a-t-elle été effectuée avant le début du traitement résidentiel? Le client a-t-il pu entamer le traitement en institution directement après le traitement somatique? Combien de temps la phase de transition éventuelle a-t-elle duré? Le client a-t-il commencé le traitement volontairement ou parce qu'il était imposé?

Délai entre le sevrage et l'entrée en thérapie

Entre la moitié et deux tiers des clients seulement ont entamé le traitement en institution sans transition après la cure de sevrage, sans différences significatives entre les groupes. Cependant, les clients «seulement traitement résidentiel» sont légèrement moins nombreux (52%) que les autres à avoir été admis directement dans un centre de traitement résidentiel (Fig. G5).

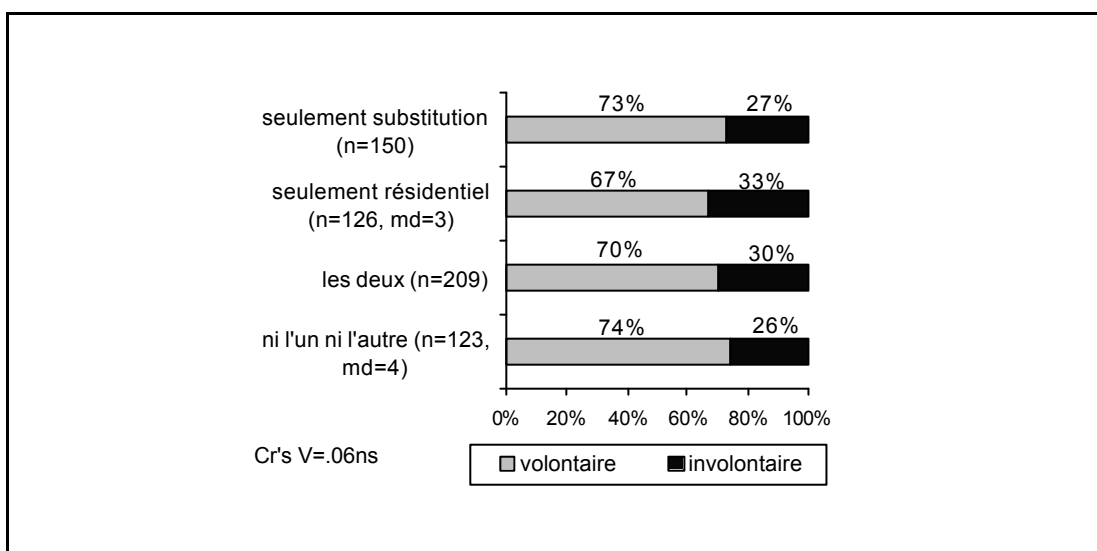
Fig. G5: début du traitement directement après la cure de sevrage [E1.13]



Modalités d'entrée

Par modalités d'entrée il faut entendre entrée volontaire et entrée imposée. Cette dernière catégorie renvoie aux clients admis à la suite de mesures pénales prises à leur égard (y compris avec admission anticipée) ou d'une décision de l'autorité de tutelle ou d'un médecin. Un quart à un tiers des clients sont réunis dans cette catégorie, les quatre groupes de clients ne présentant d'ailleurs aucune différence significative. Toutefois, le pourcentage d'entrées imposées (33%) tend à être plus élevé au sein du groupe «seulement traitement résidentiel» que dans les autres groupes (Fig. G6).

Fig. G6: Modalités d'entrée [E12.7]



Intégration matérielle dans l'année précédant le sevrage

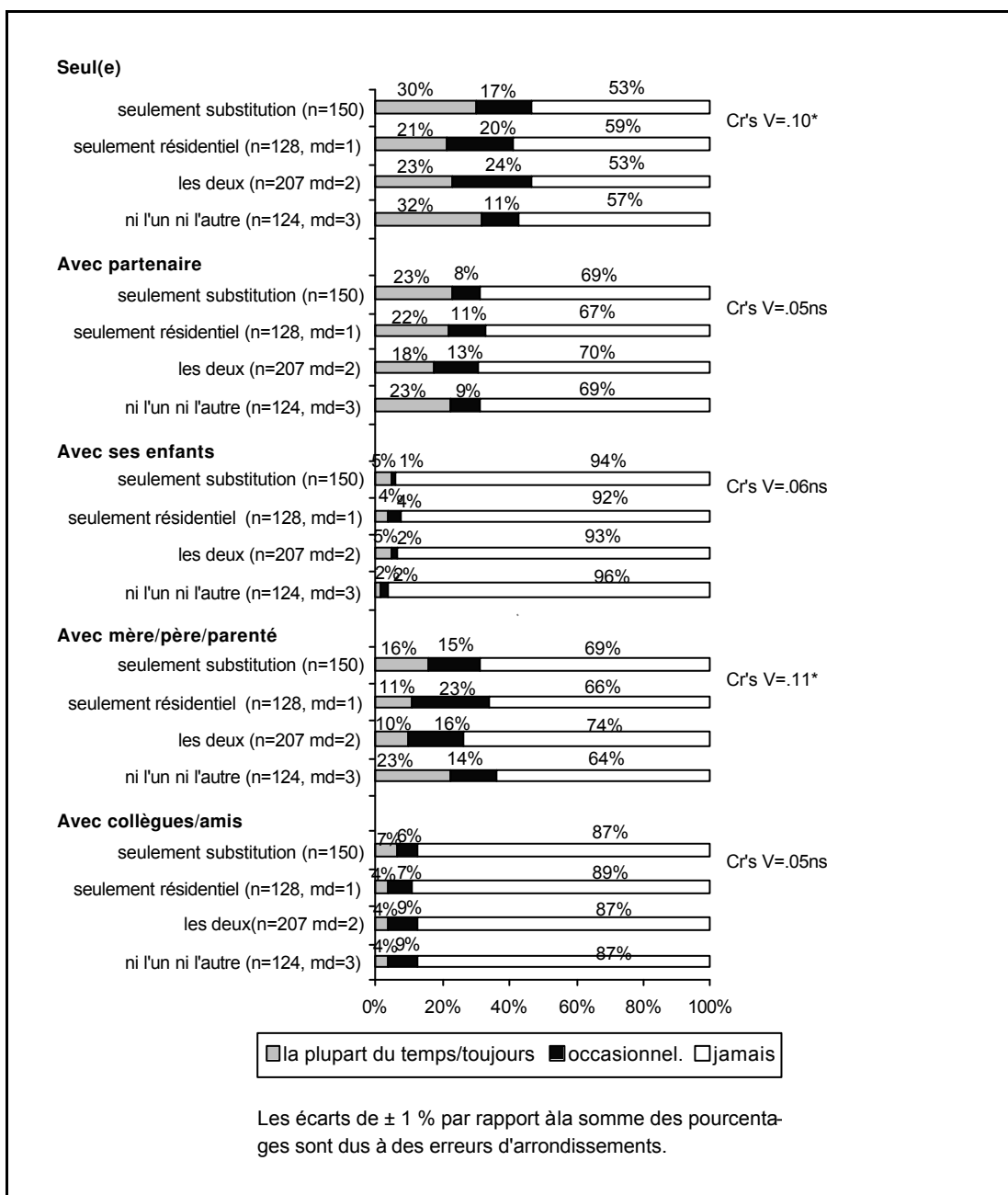
Les données qui ont été rassemblées au sujet de l'intégration matérielle portent sur le logement, le travail, les moyens de subsistance et l'endettement des clients au cours des 12 mois qui précèdent le début du traitement.

Logement (12 derniers mois)

Les informations récoltées au sujet du logement reposent essentiellement sur la question «Avec qui vivez-vous?». L'illustration n°7 présente surtout les données concernant les lo-

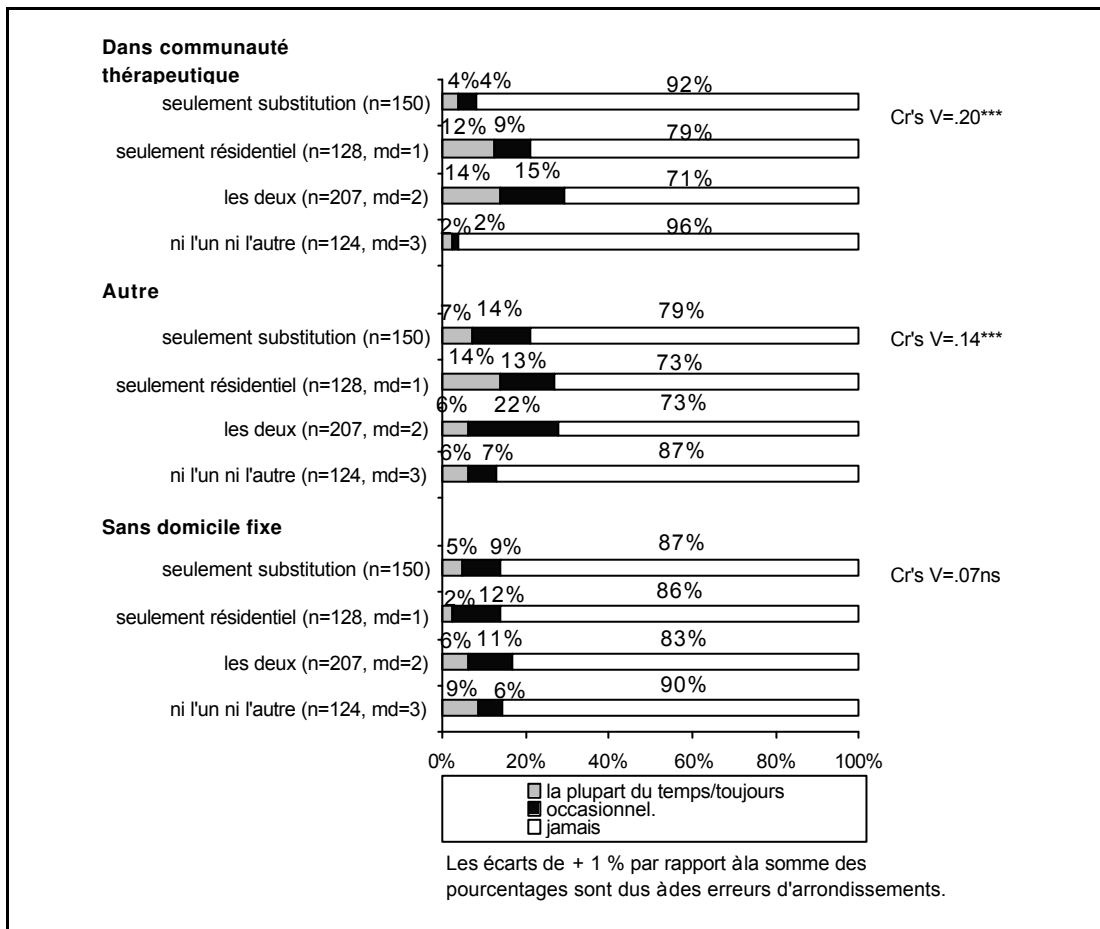
gements indépendants ou non institutionnalisés (plusieurs réponses possibles). Le plus souvent, les clients vivent seuls (un quart des réponses) ou avec leur conjoint (également un quart des réponses). Dans le groupe des clients n'ayant jamais suivi de traitement, ceux-ci sont significativement moins nombreux à avoir vécu seuls pendant certaines périodes, et significativement plus nombreux à avoir habité avec un de leurs parents, avec leurs deux parents ou avec des membres de leur famille (Fig. G7; V de Cramer=.10* resp. .11*).

Fig. G7: Partenaire(s) de logement (12 derniers mois) [E2.2] / partie 1



Parmi les clients ayant suivi les deux traitements, nombreux sont ceux qui ont passé toute l'année ou presque toute l'année précédant le début du traitement dans un centre thérapeutique, ou qui ont effectué plusieurs séjours dans une de ces institutions, ce qui les différencie de manière significative des autres groupes. Les clients du groupe «ni substitution, ni traitement résidentiel» sont significativement moins nombreux à avoir séjourné dans un centre de traitement (Fig. G8; V de Cramer= .20***), alors que les clients du groupe «seulement traitement résidentiel», qui sont rares à avoir connu d'autres logements au cours de l'année précédant le début du traitement, présentent des différences significatives à cet égard par rapport aux autres groupes (V de Cramer =.14***).

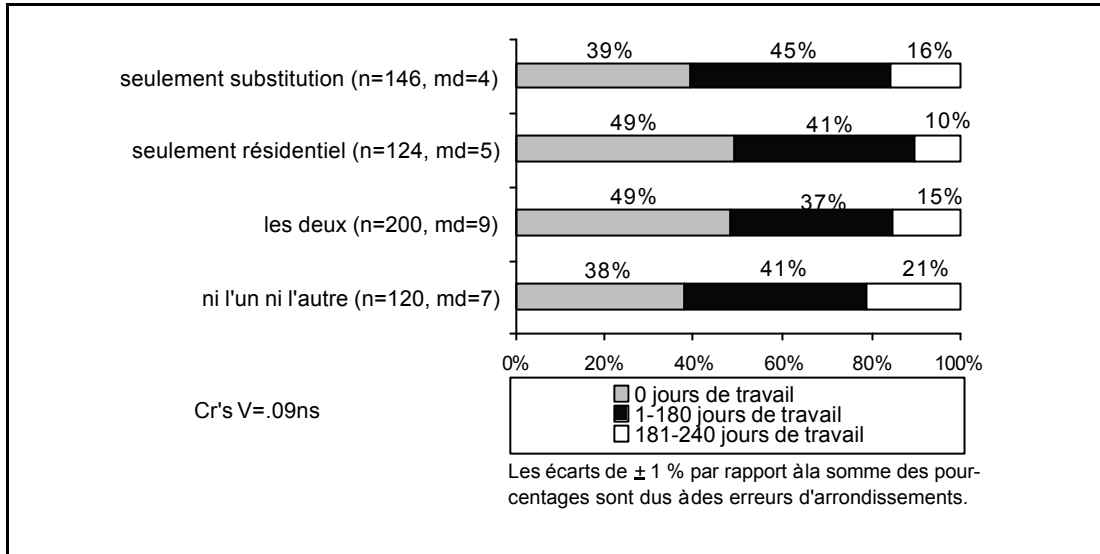
Fig. G8: Partenaire(s) de logement (12 derniers mois) [E2.2] / partie 2



Moyens de subsistance (12 derniers mois)

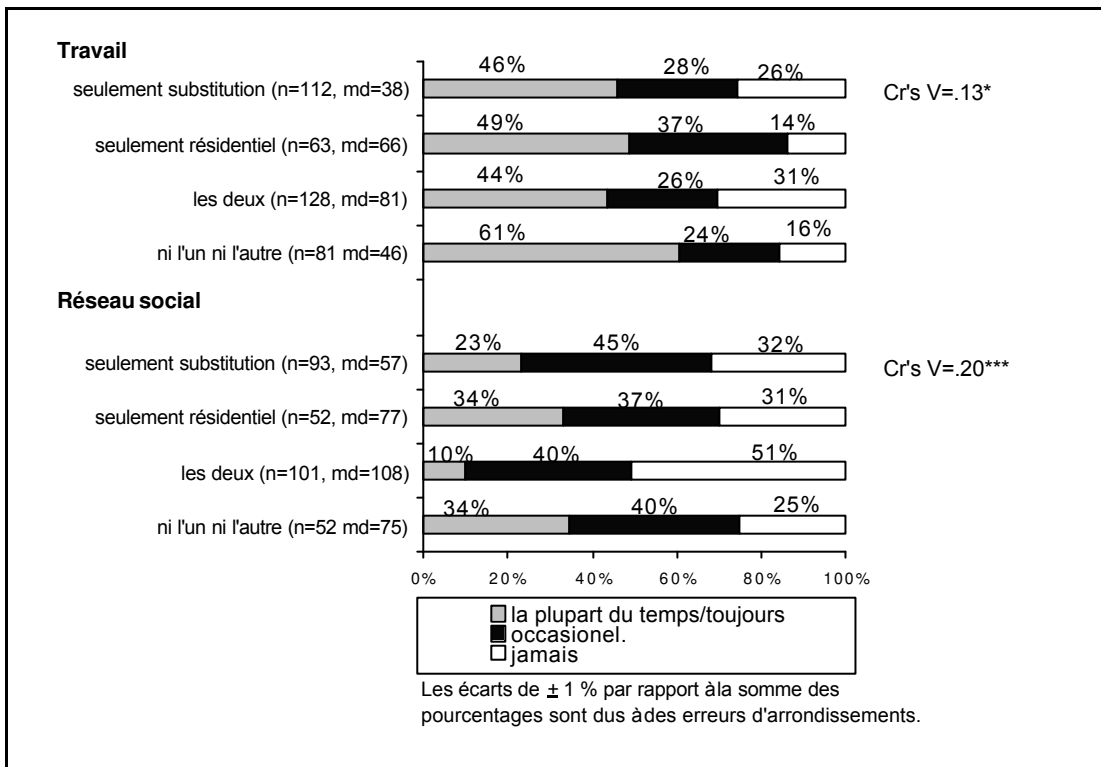
Si l'on s'intéresse au nombre de jours de travail effectués l'année qui a précédé le début du traitement (240 jours de travail par an au maximum), on ne constate aucune différence significative entre les quatre groupes de clients (Fig. G9).

Fig. G9: Nombre de jours de travail (12 derniers mois) [E3.2]



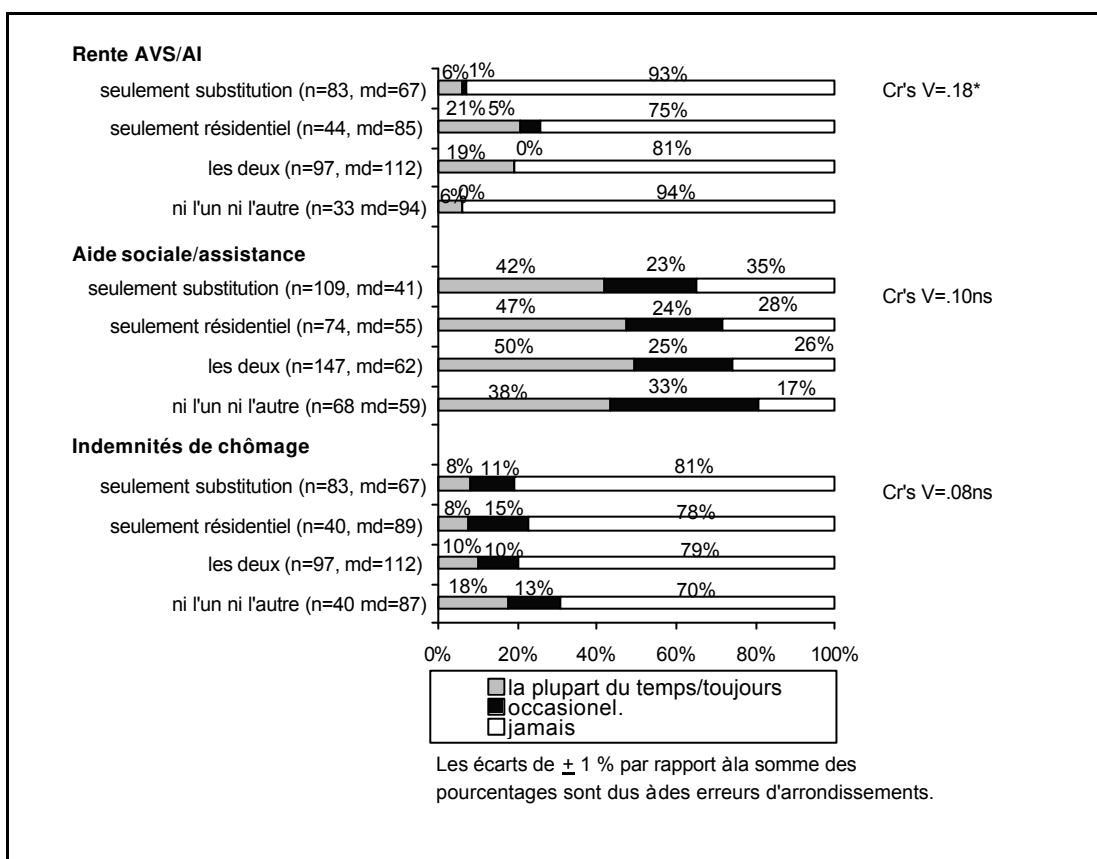
Une proportion significativement importante des clients du groupe «ni substitution ni traitement résidentiel» se sont assumés financièrement au cours de toute leur existence ou presque par une activité professionnelle (Fig. G10; V de Cramer =.10*). Les clients ayant déjà suivi plusieurs traitements sont nettement moins nombreux à avoir eu recours à leur entourage (parents, conjoints ou amis) pour subvenir à leurs besoins (V de Cramer =.20***).

Fig. G10: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 1



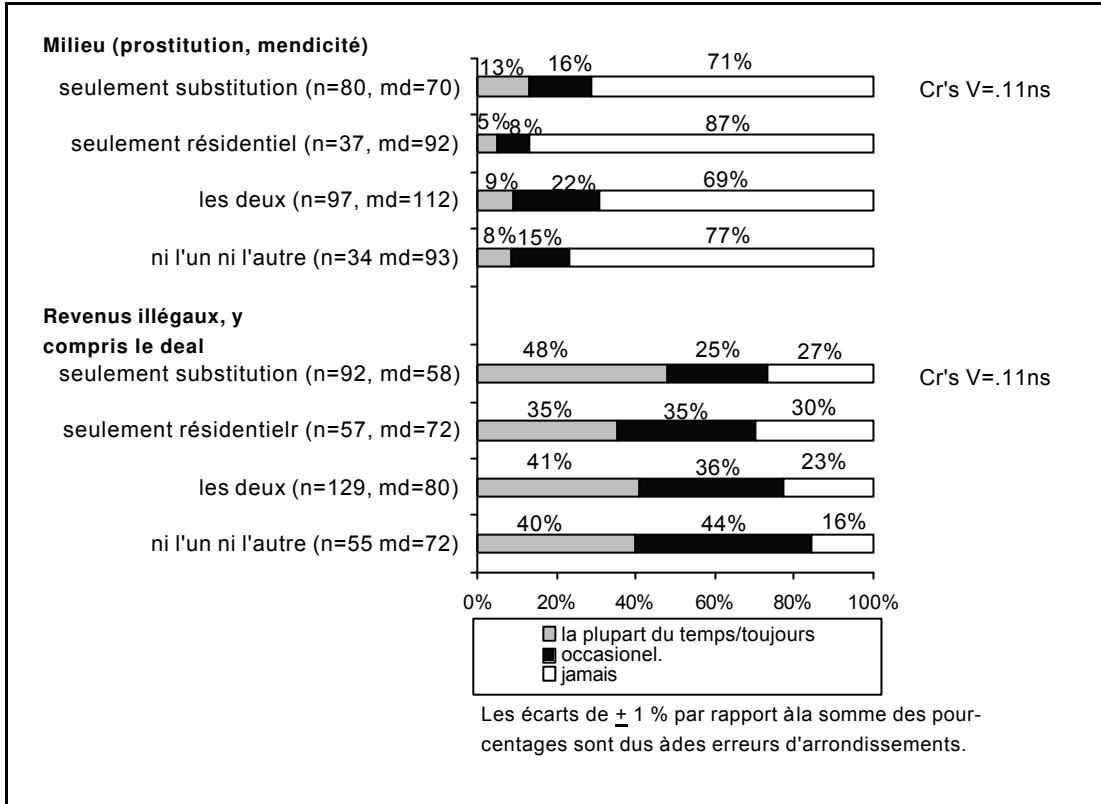
La plupart de la clientèle FOS n'a perçu aucune allocation AVS/AI au cours de l'année précédant le traitement. Les clients des groupes «seulement traitement résidentiel» et «substitution et traitement résidentiel» sont plus nombreux que ceux des deux autres groupes à avoir bénéficié des prestations de l'AVS/AI. Néanmoins, cet écart doit être interprété avec prudence étant donné le nombre peu élevé de cas par catégorie de réponse (Fig. G11).

Fig. G11: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 2



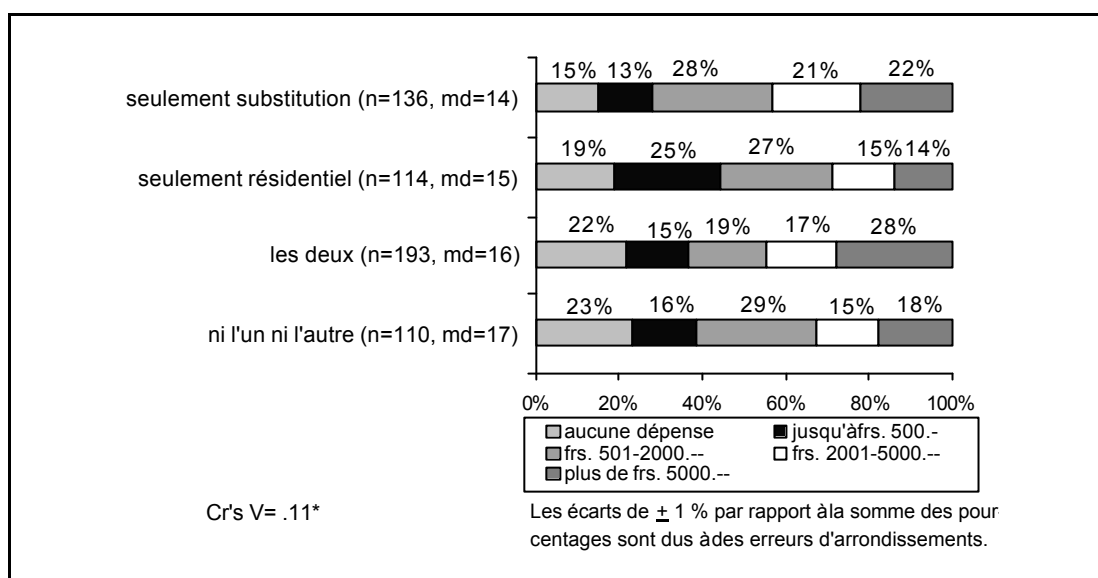
Les quatre groupes de clients n'offrent pas de différence significative sur la question des revenus illégaux (Fig. G12). Entre un tiers et la moitié des clients FOS ont subvenu à leurs besoins par des revenus illégaux (en exerçant une activité de dealer).

Fig. G12: Moyens de subsistance (12 derniers mois) [E5.2] / partie 3



Quant aux dépenses liées à la consommation de drogue au cours des 30 jours précédant la cure de désintoxication, les données recueillies indiquent que les clients ayant suivi plusieurs traitements se distinguent par des dépenses significativement plus élevées (de l'ordre de 5000 francs) pour leur consommation de drogue (Fig. G13; V de Cramer = .11*).

Fig. G13: Dépenses pour la consommation de drogues (dernier mois) [E5.1]



Endettement à l'entrée

Du point de vue de l'endettement, les quatre groupes de clients ne présentent pas de différence significative. Cependant, les clients ayant suivi les deux types de traitements tendent à être plus endettés (leurs dettes s'élevant à 75'000 francs ou plus).

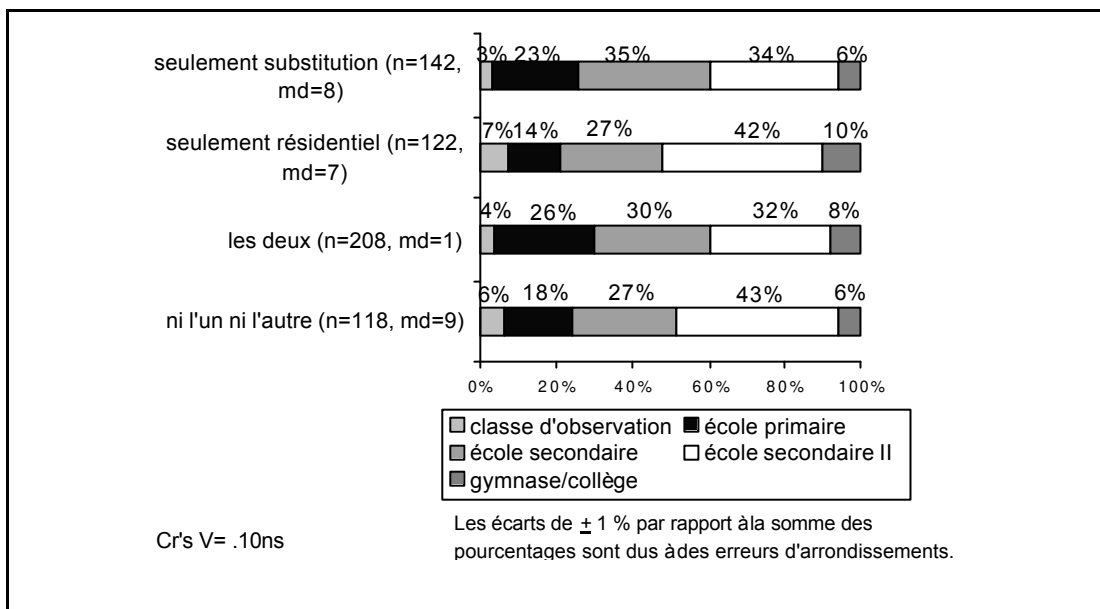
3.2.2.4. Ressources structurelles et déficits

En matière de ressources structurelles, les facteurs pris en compte sont la formation scolaire et professionnelle d'une part, ainsi que l'origine sociale d'autre part. Pour ce qui est des déficits structurels dans la vie de la personne, les facteurs pris en compte sont notamment la perte d'un ou des deux parents, la séparation des parents ou les difficultés auxquelles la famille de la personne concernée doit faire face. Toutefois, les facteurs évoqués ci-dessus ne sont plus pris en considération de manière aussi détaillée qu'avant du fait que les données utilisées pour le Rapport d'activité 2001 reposent sur la version abrégée du questionnaire.

Formation scolaire (degré de scolarité le plus élevé)

Du point de vue de la formation scolaire – envisagée sous l'angle du degré de scolarité le plus élevé qui ait été atteint – les quatre groupes de clients sont similaires (Fig. G14). Néanmoins, les personnes ayant connu les deux traitements tendent plus à avoir obtenu un diplôme de fin du cycle primaire ou du collège. Au contraire, les clients du groupe «seulement substitution» tendent à être plus nombreux à avoir atteint la fin du cycle secondaire inférieur, et les personnes ayant suivi seulement un traitement résidentiel ou les deux traitements ont plus tendance à avoir continué jusqu'à la fin du cycle secondaire.

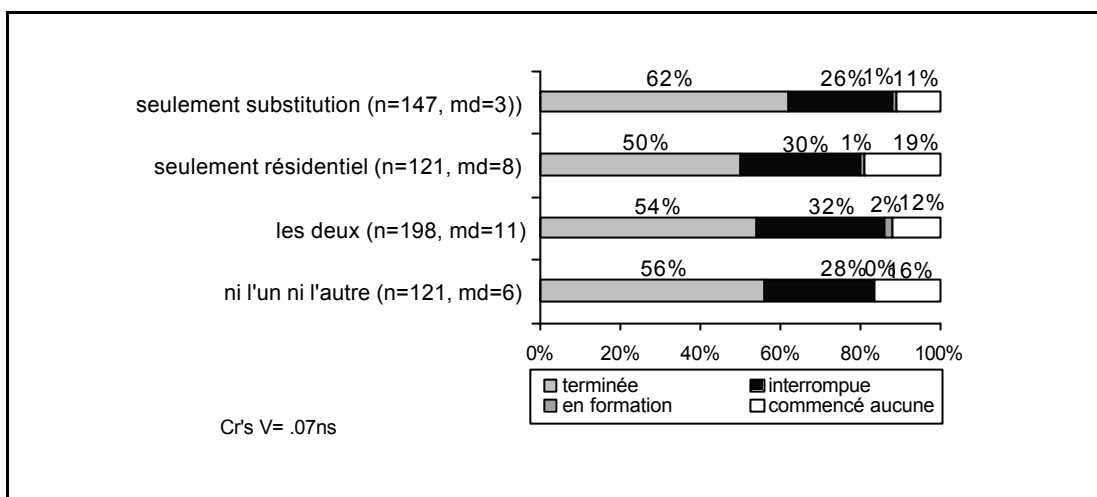
Fig. G14: Formation scolaire (degré de scolarité le plus élevé) [E4.1]



Formation professionnelle

Les groupes de clients ne présentent pas de différence significative sur le plan de la formation professionnelle (Fig. G15), avec néanmoins une tendance, pour le groupe «seulement substitution» à avoir plus souvent terminé une formation que pour les autres groupes.

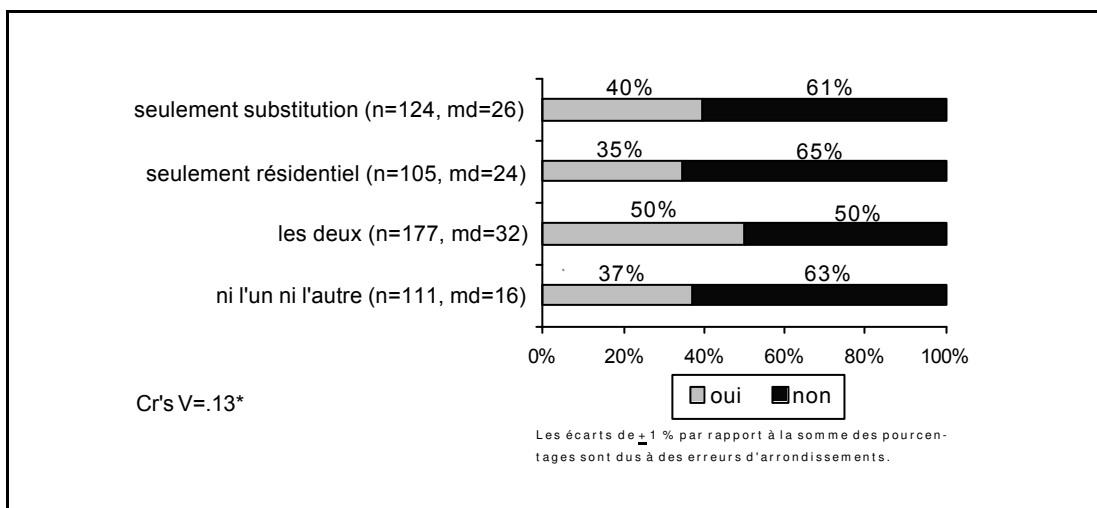
Fig. G15: Situation professionnelle [E4.2, E4.3]



Séparation des parents ou décès

Les données de l'illustration n°16 indiquent si les parents de la personne interrogée se sont séparés ou ont divorcé alors que cette dernière avait moins de 16 ans, ou si au moins un des deux parents est décédé pendant cette période. Ces événements sont significativement plus fréquents chez les clients ayant suivi de nombreux traitements (V de Cramer = .13*).

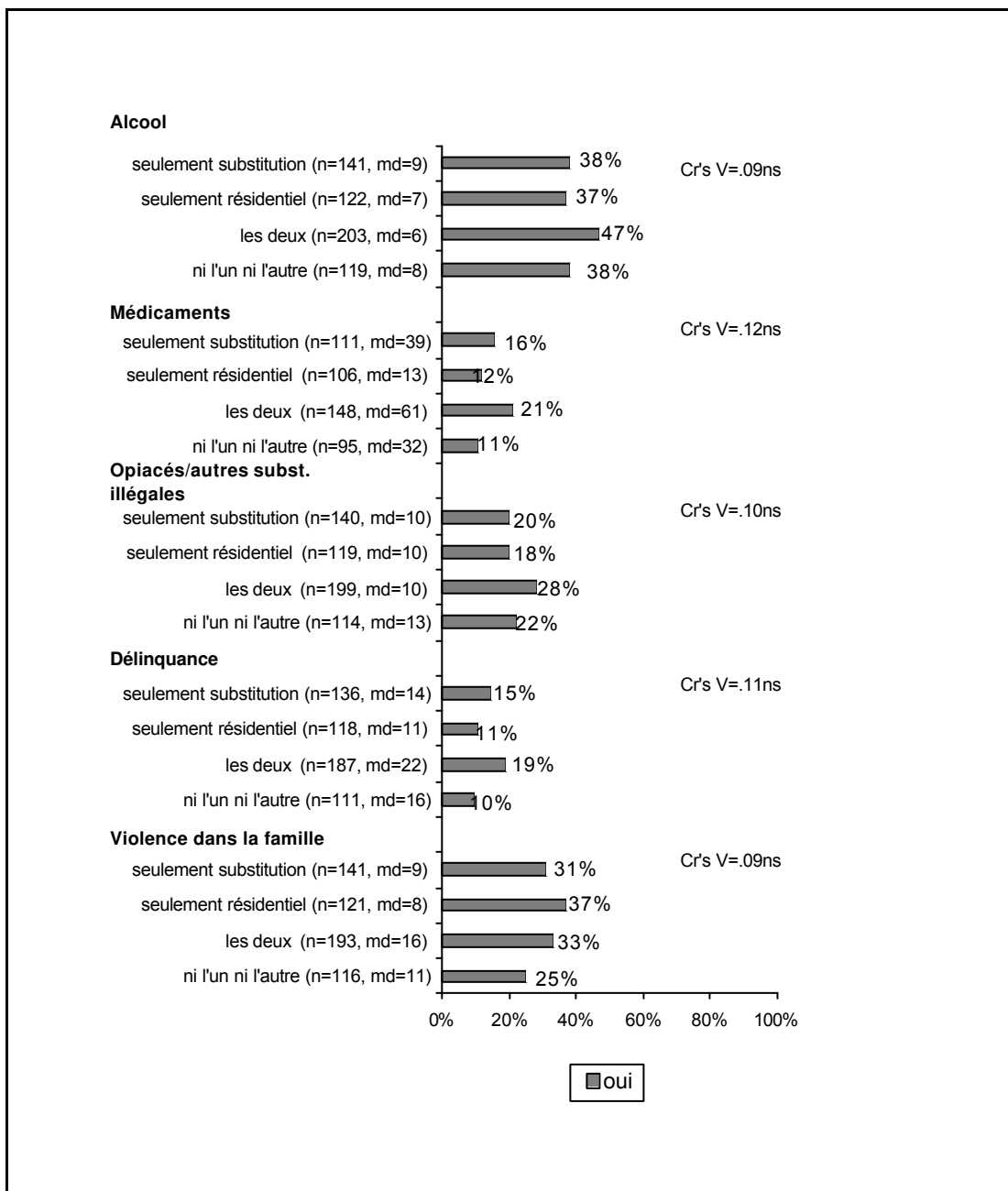
Fig. G16: Séparation des parents ou décès [E6.1, E6.4]



Problèmes dans la famille d'origine

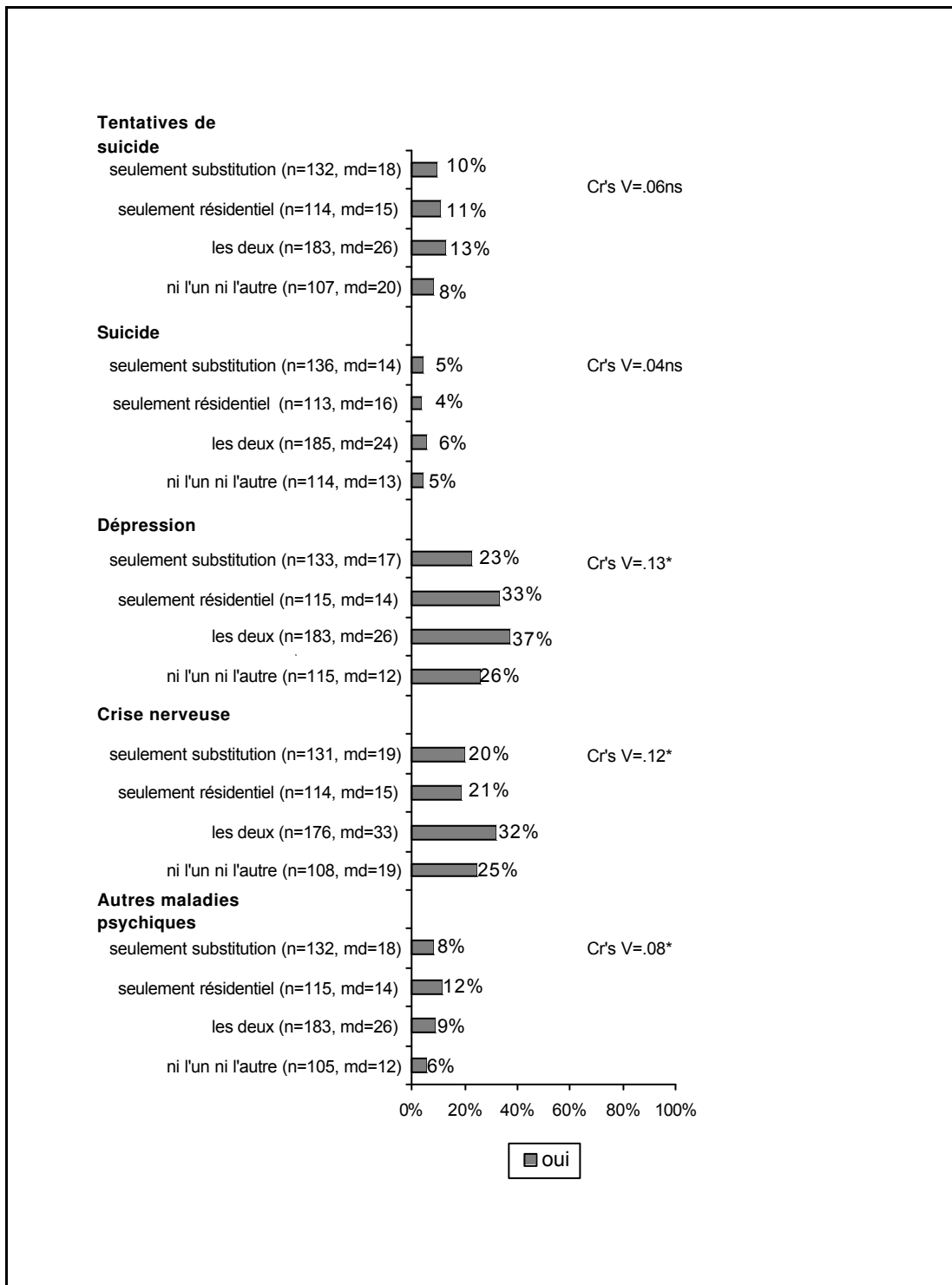
Les difficultés liées à la consommation de drogue et à la violence dans la famille de la personne concernée sont similaires dans les quatre groupes (Fig. G17). Néanmoins, les personnes ayant suivi les deux types de traitement tendent à avoir été plus souvent confrontées que les autres à des problèmes dus à l'alcool ou aux opiacés dans leur famille d'origine.

Fig. G17: Problèmes dans la famille d'origine [E6.22] / partie 1



Les dépressions et les crises de nerfs (traitées avec succès) sont significativement plus fréquentes dans les familles des personnes appartenant au groupe «substitution et traitement résidentiel» (Fig. G18; V de Cramer =.13* resp. 12*).

Fig. G18: Problèmes dans la famille d'origine [E6.22] / partie 2



3.2.2.5. Réseau social

Les relations sociales et le soutien social disponibles constituent des ressources importantes pour le traitement. La question se pose dès lors avec intérêt de savoir quel est le réseau social des clients au moment de leur admission et dans quelle mesure il est extérieur au milieu de la drogue. En raison de la forme désormais abrégée du questionnaire, ces questions ne sont plus couvertes avec autant de précision que dans le rapport précédent.

Discussion des problèmes avec des membres de la famille

Les quatre groupes de clients ne présentent pas de différence significative quant à la possibilité dont ils peuvent disposer de discuter de leurs problèmes avec des membres de leur famille d'origine au début de leur traitement. 35% de tous les clients ont discuté de leurs problèmes avec leur père, 61% avec leur mère, 40 % avec leur frère (leurs frères) et 47% avec leur soeur (leurs soeurs).

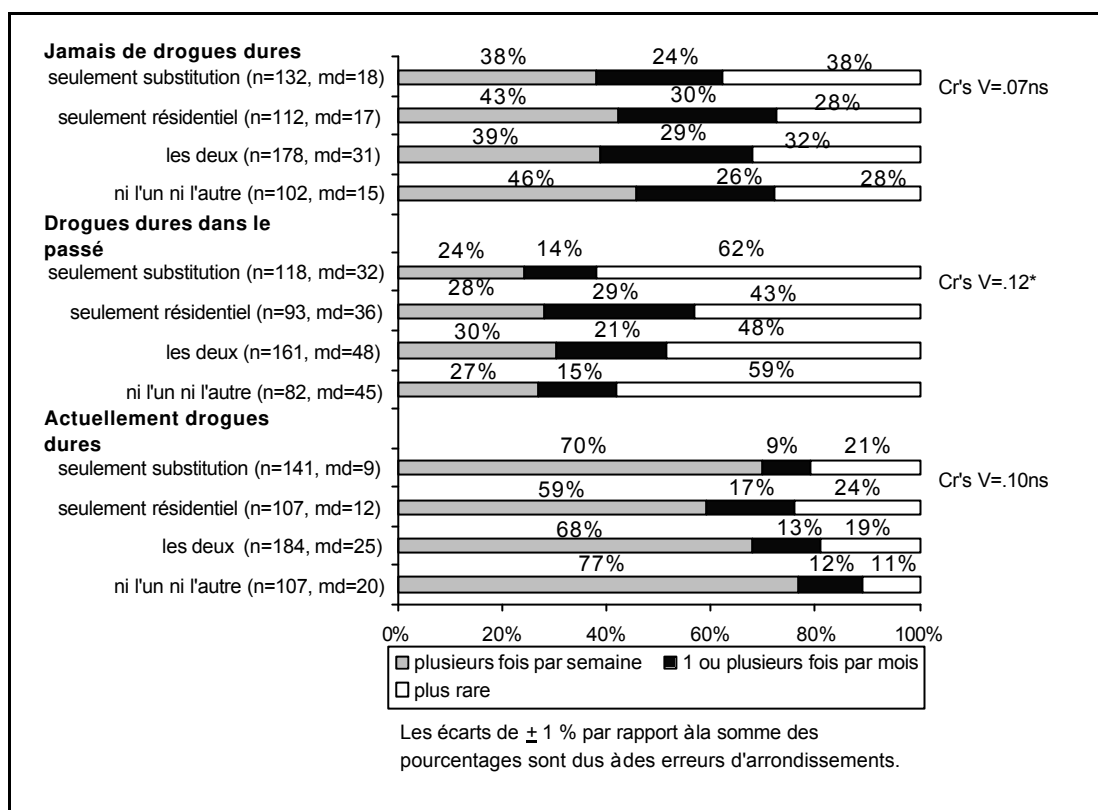
Relation de couple au début du traitement

De même, il n'existe pas de différence significative entre les quatre groupes en ce qui concerne la relation de couple qu'ils peuvent avoir. 63% n'avaient pas de conjoint au début du traitement, 13% avaient un conjoint toxicomane et 24% un conjoint non toxicomane.

Fréquence des contacts avec des amis et consommation de drogues par ces amis (12 derniers mois)

Le cercle d'amis est l'une des composantes fondamentales du réseau social, et donc de l'influence que peut exercer la société sur une personne. Les questions portaient sur la fréquence des contacts, dans les 12 mois précédant le début de la thérapie, avec des amis qui a) n'avaient jamais consommé de drogues dures, b) avaient consommé des drogues dures par le passé (mais qui avaient cessé depuis un an au moins) et c) qui consommaient des drogues dures (Fig. G19). Un peu moins de la moitié des clients de la Ligue voyaient plusieurs fois par semaine des amis ne consommant aucune drogue dure. Une différence significative distingue les groupes dans leurs contacts avec des amis ayant consommé des drogues par le passé: si les résultats de tous les groupes sont semblables pour ce qui est des rencontres hebdomadaires, le groupe «seulement traitement résidentiel» présente une plus grande proportion de contacts ayant lieu une à plusieurs fois par mois que les autres groupes (V de Cramer = .12*).

Fig. G19: Fréquence des contacts avec des amis et consommation de drogues par ces amis-là[E8.1]



3.2.2.6. Consommation de drogues et expériences avec des drogues

Consommation de drogues (12 derniers mois)

Les groupes se distinguent significativement les uns des autres sur leur consommation de drogues au cours de l'année précédant le début de la thérapie (Fig. G20, G21): les personnes ayant connu les deux types de traitement ont consommé significativement plus souvent, quotidiennement ou presque, des somnifères et des tranquillisants (V de Cramer =.13*** resp. .10*).

Les groupes de clients «seulement substitution» et «seulement traitement résidentiel» présentent un profil caractéristique: les personnes ayant suivi un traitement de substitution ont consommé de l'héroïne significativement plus souvent que les autres, quotidiennement ou presque, tandis que les personnes ayant suivi un traitement résidentiel l'année précédant le début du traitement ont consommé de l'héroïne significativement moins souvent, voire jamais (V de Cramer =.16***). Les clients ayant suivi un traitement de substitu-

tion indiquent une consommation quotidienne ou quasi-quotidienne d'opiacés illégaux de manière significativement plus fréquente, contrairement aux personnes ayant suivi un traitement résidentiel (V de Cramer = .10*). Le groupe de clients ayant suivi un traitement de substitution indiquent une consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de cocktails de façon significativement plus fréquente, d'où une différence avec les personnes ayant suivi un traitement résidentiel, qui sont significativement plus nombreux à n'avoir jamais consommé de cocktails l'année précédant le début du traitement (V de Cramer = .13***).

Les clients sans parcours thérapeutique antérieur tendent à présenter une consommation (presque) quotidienne d'amphétamines et de cannabis plus fréquente.

Les groupes ne présentaient en revanche aucune différence significative dans leur consommation de substances tels que les hallucinogènes, la cocaïne, les produits à inhaler et les drogues de synthèse.

Fig. G20: Consommation de drogues (12 derniers mois) [E9.1] / partie 1

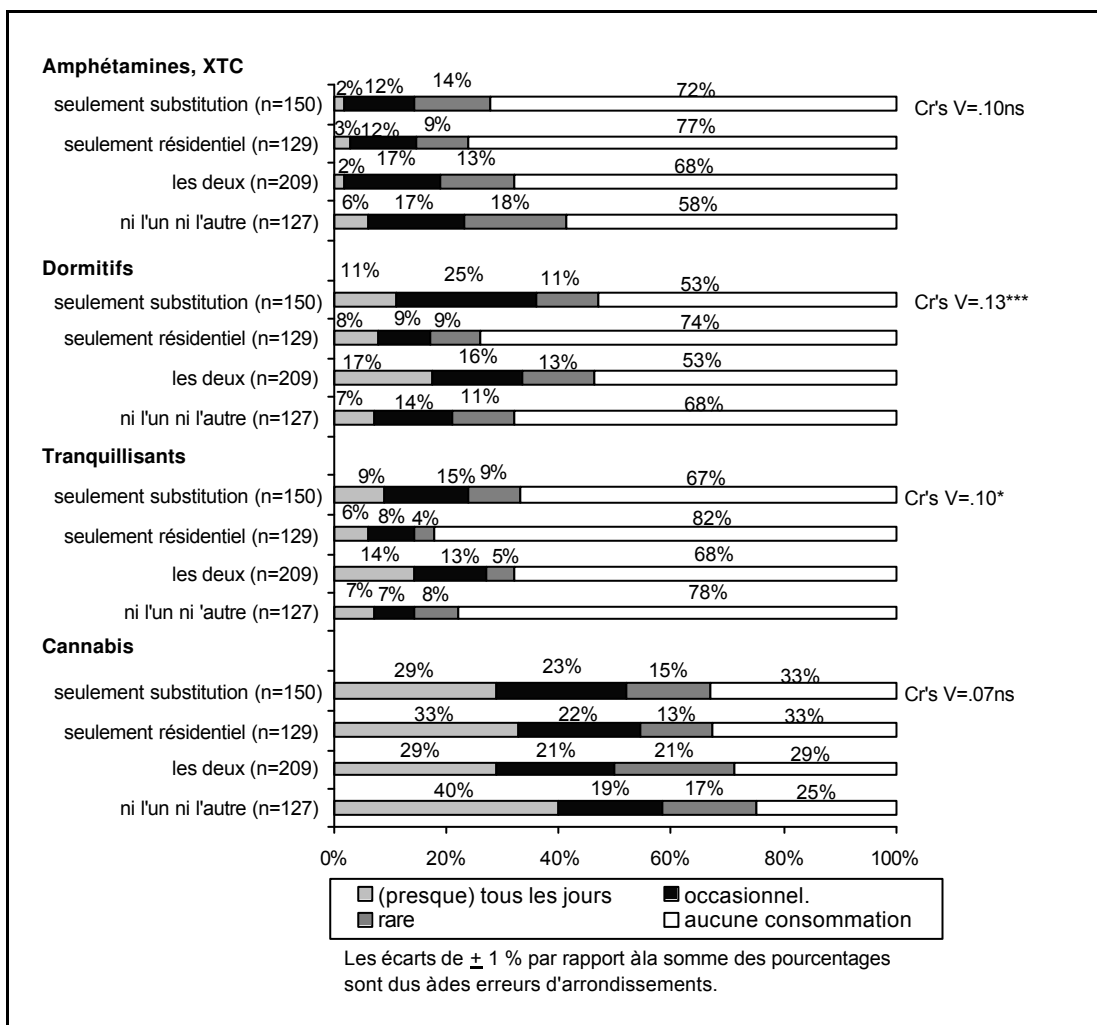
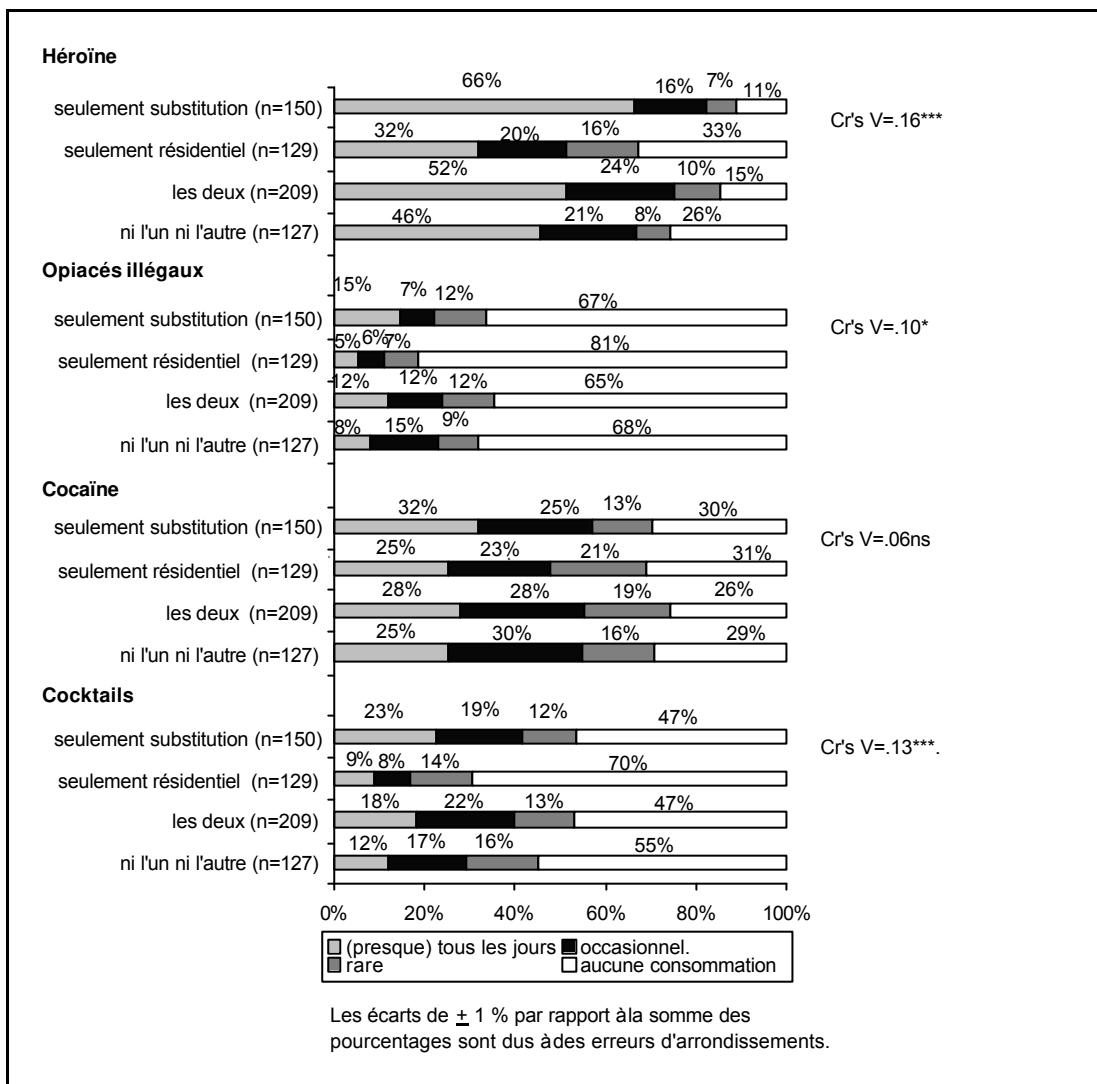


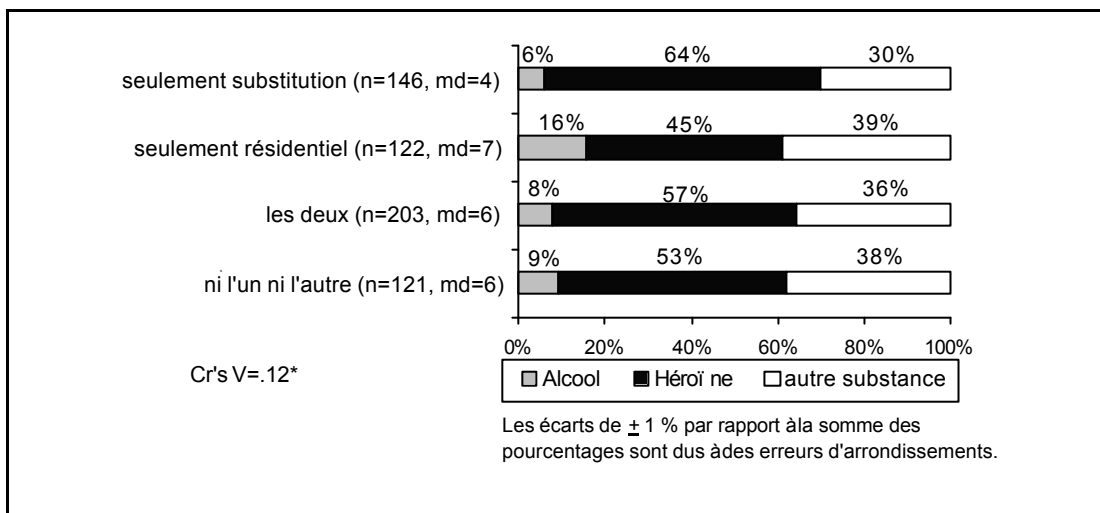
Fig. G21: Consommation de drogues (12 derniers mois) [E9.1] / partie 2



Drogue posant le plus gros problème

Alcool, héroïne et cocaïne sont les trois substances les plus fréquemment indiquées comme posant le plus gros problème. Les autres substances ne sont indiquées en tant que telles que de façon isolée. L'illustration 22 présente les groupes de clients en regard des substances «alcool» et «héroïne» et de la catégorie «autres substances». Les groupes de clients ayant évalué la cocaïne de façon similaire, cette substance a été rangée dans la catégorie «autres substances». Les personnes ayant suivi un traitement résidentiel uniquement ont indiqué significativement plus souvent que les autres que l'alcool leur posait le plus de problème, le groupe de clients ayant suivi un traitement de substitution indiquant plus fréquemment l'héroïne (V de Cramer = .12*).

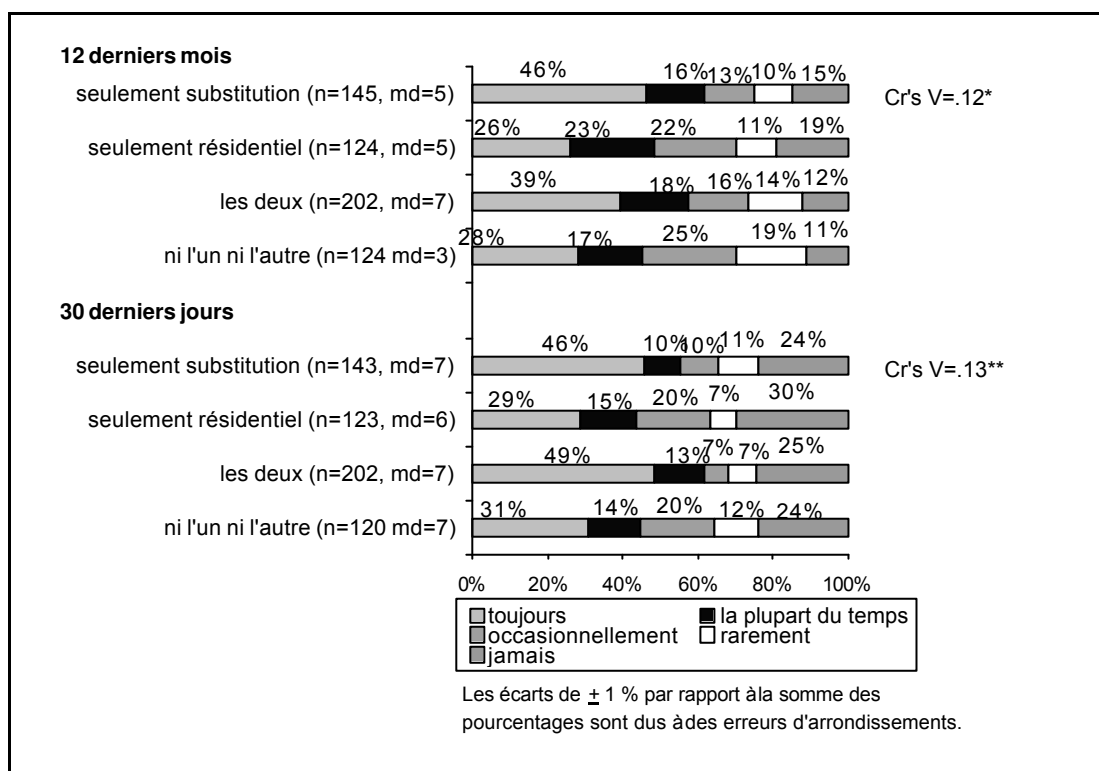
Fig. G22: drogues posant le plus gros problème alcool et héroïne [E9.5A_R2]



Polytoxicomanie quotidienne

Les quatre groupes de clients présentent des différences significatives dans leur consommation de drogue, dans les 12 mois comme dans les 30 jours précédant la cure de désintoxication (Fig. G23; V de Cramer = .12* resp .13**) : le groupe de clients «seulement substitution» a significativement plus souvent consommé systématiquement plusieurs drogues le même jour au cours de l'année précédant le traitement. Il en va de même pour les clients du groupe «traitement résidentiel et de substitution» au cours du mois précédant leur admission.

Fig. G23: Plusieurs drogues le même jour (12 derniers mois) [E9.4]

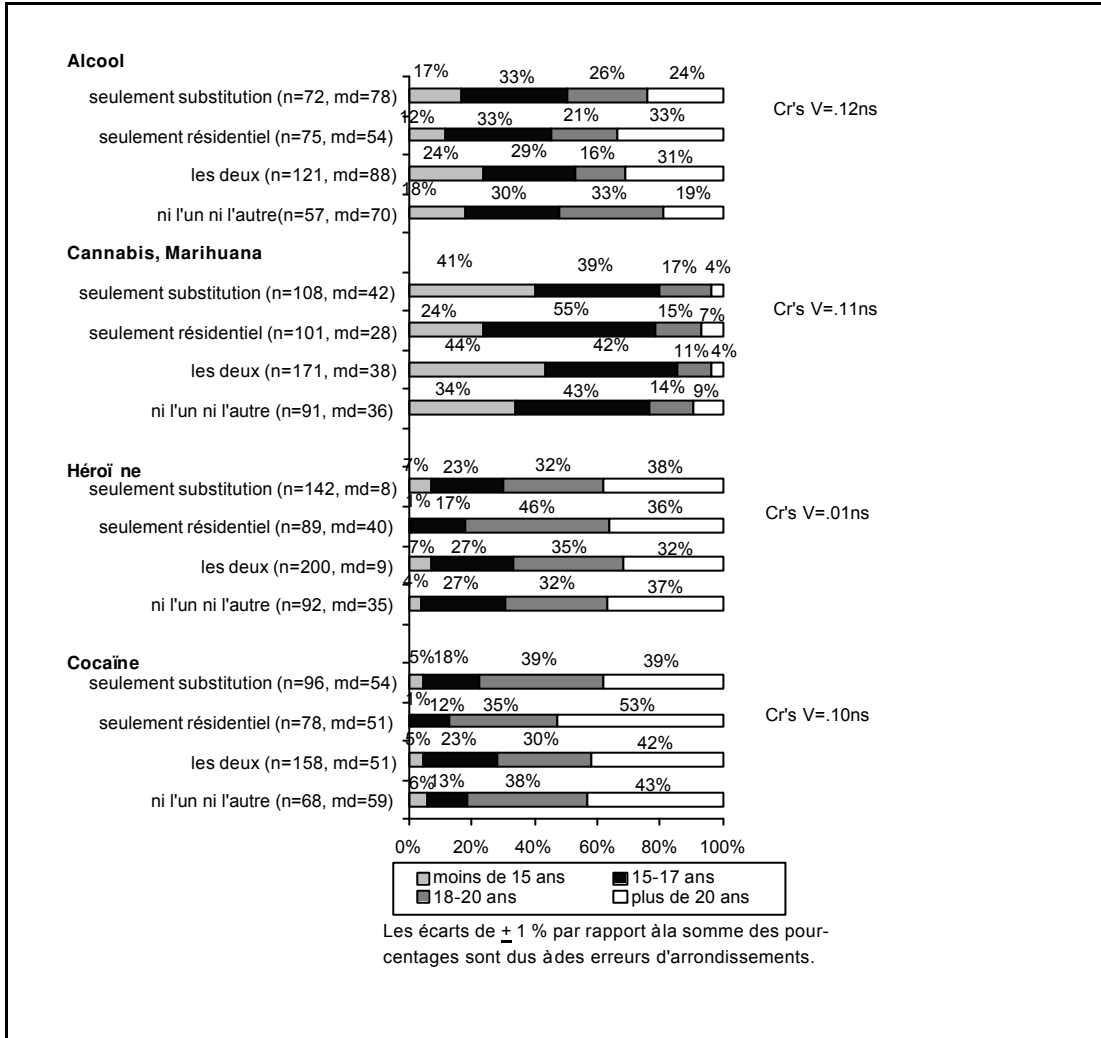


Âge au début de la consommation quotidienne/régulière

Les quatre groupes de clients ne présentent pas de différences significatives pour ce qui est de l'âge du début de leur consommation d'alcool, de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne (Fig. G24), si ce n'est que les clients du groupe ayant connu les deux types de traitement se distinguent en ayant commencé relativement tôt à consommer quotidiennement

de l'alcool. Les clients avec un parcours thérapeutique résidentiel uniquement présentent tendanciellement moins souvent une consommation quotidienne de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne ayant débuté avant l'âge de 15 ans déjà

Fig. G24: Âge au début de la consommation quotidienne/régulière [E9.6]

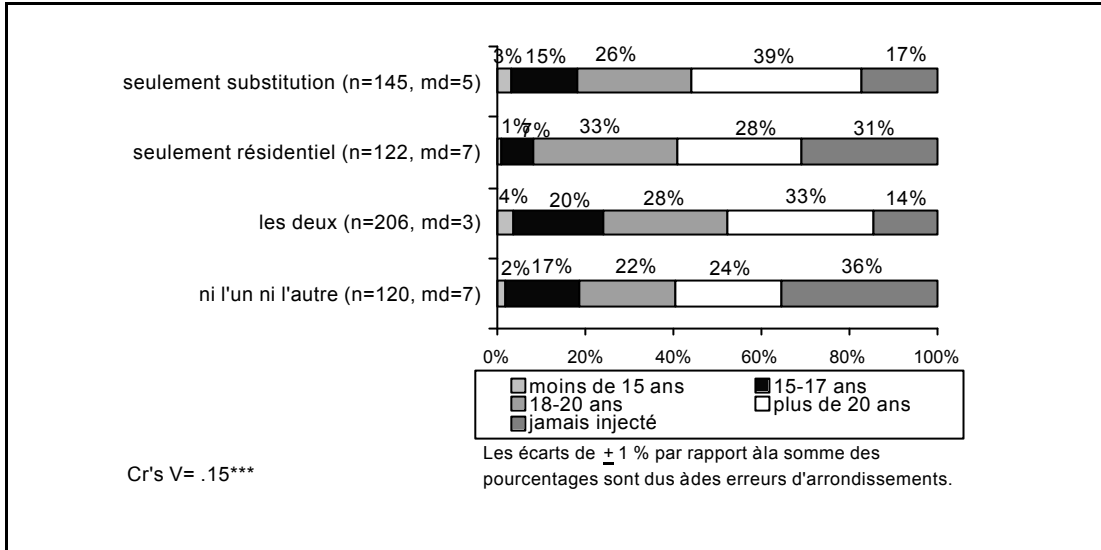


Consommation par injection intraveineuse

Les quatre groupes de clients se différencient significativement les uns des autres en fonction de l'âge de la première injection (Fig. G25; V de Cramer = .15***): les clients ayant connu les deux types de traitement ont significativement plus souvent commencé l'injection de drogues à 15 ans ou moins ou entre 15 et 17 ans alors que les personnes ayant suivi un traitement résidentiel ont significativement plus souvent commencé dans la

tranche d'âge 18-20 ans. Conformément aux attentes, le groupe des clients n'ayant suivi ni l'un ni l'autre traitement se distingue par sa forte proportion de personnes qui n'ont jamais consommé de drogues par injection intraveineuse.

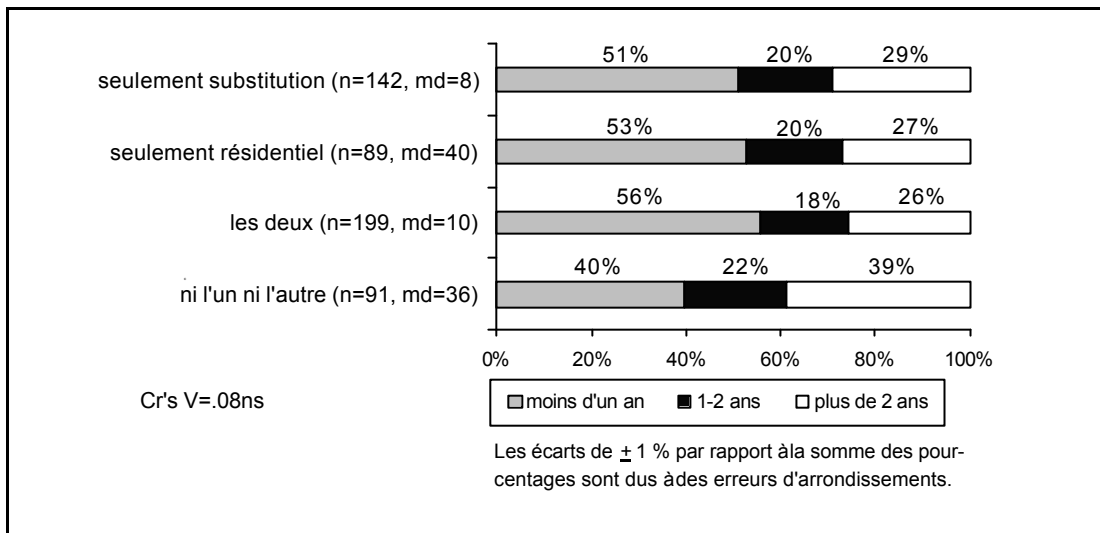
Fig. G25: Âge à la première consommation par injection intraveineuse [E9.7]



Durée de la consommation (héroïne)

Les données relatives à la durée s'écoulant entre la première consommation d'héroïne et sa consommation régulière ne font pas apparaître de différences significatives entre les quatre groupes de clients (Fig. G26). Il est intéressant de noter que les clients n'ayant suivi aucun des deux traitements tendent plus fréquemment à consommer de l'héroïne épisodiquement pendant plus de deux ans avant que leur consommation ne devienne quotidienne.

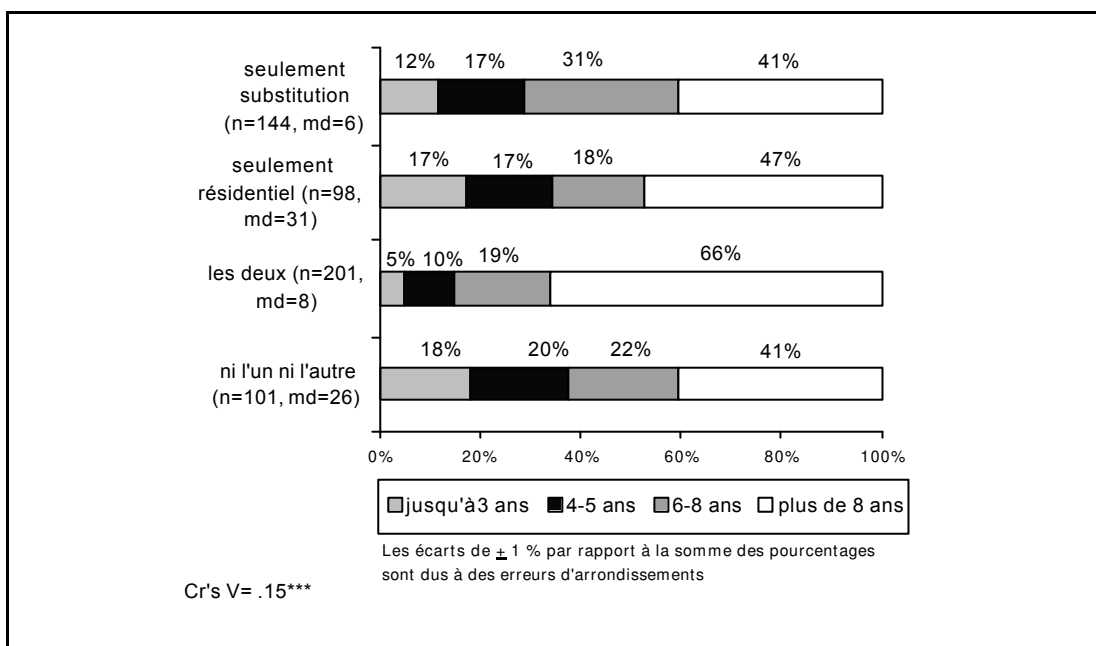
Fig. G26: Laps de temps entre la toute première consommation et la première consommation régulière/journalière d'héroïne [E9.6]



Durée de la consommation quotidienne ou quasi-quotidienne d'héroïne

Les quatre groupes de clients se différencient significativement quant à leur consommation d'héroïne: depuis quand la consomment-ils quotidiennement ou presque? (Fig. 27; V de Cramer = .15***). Les clients ayant connu les deux types de traitement – en moyenne plus âgés – sont significativement plus nombreux à consommer de l'héroïne depuis plus de 8 ans. Notons que les phases sans dépendance et les périodes de traitement, qui font partie du parcours de ce groupe de clients, ne sont pas prises en compte dans cette évaluation.

Fig. G27: durée de la consommation (héroïne quotidiennement ou presque) [E9.6]



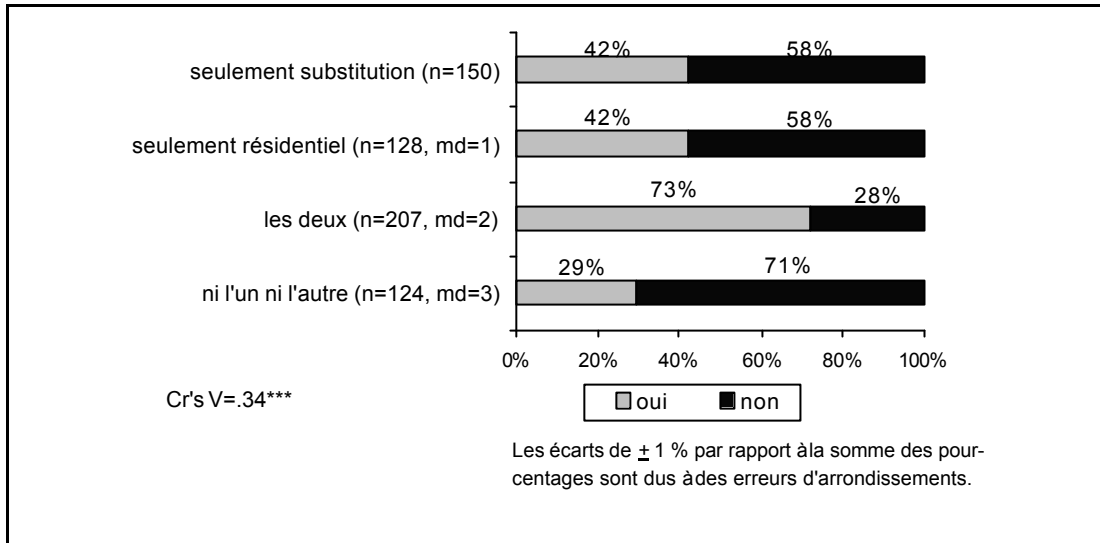
3.2.2.7. Santé

L'examen de la santé au moment où le traitement résidentiel débute consiste à se pencher sur les maladies infectieuses (hépatite, VIH) et sur les troubles psychiques avant et après le début de la dépendance. La série de questions consacrée aux troubles somatiques ne fait plus partie de la version abrégée du questionnaire.

Hépatite

Les groupes de clients présentent une différence significative concernant l'hépatite : les clients du groupe ayant connu les deux types de traitement, qui débutent plus tôt que la moyenne à consommer de la drogue par injection, sont 73 % à souffrir d'une hépatite (Fig. G28; V de Cramer =.34***).

Fig. G28: Déjà souffert d'une hépatite? [E10.7.1]



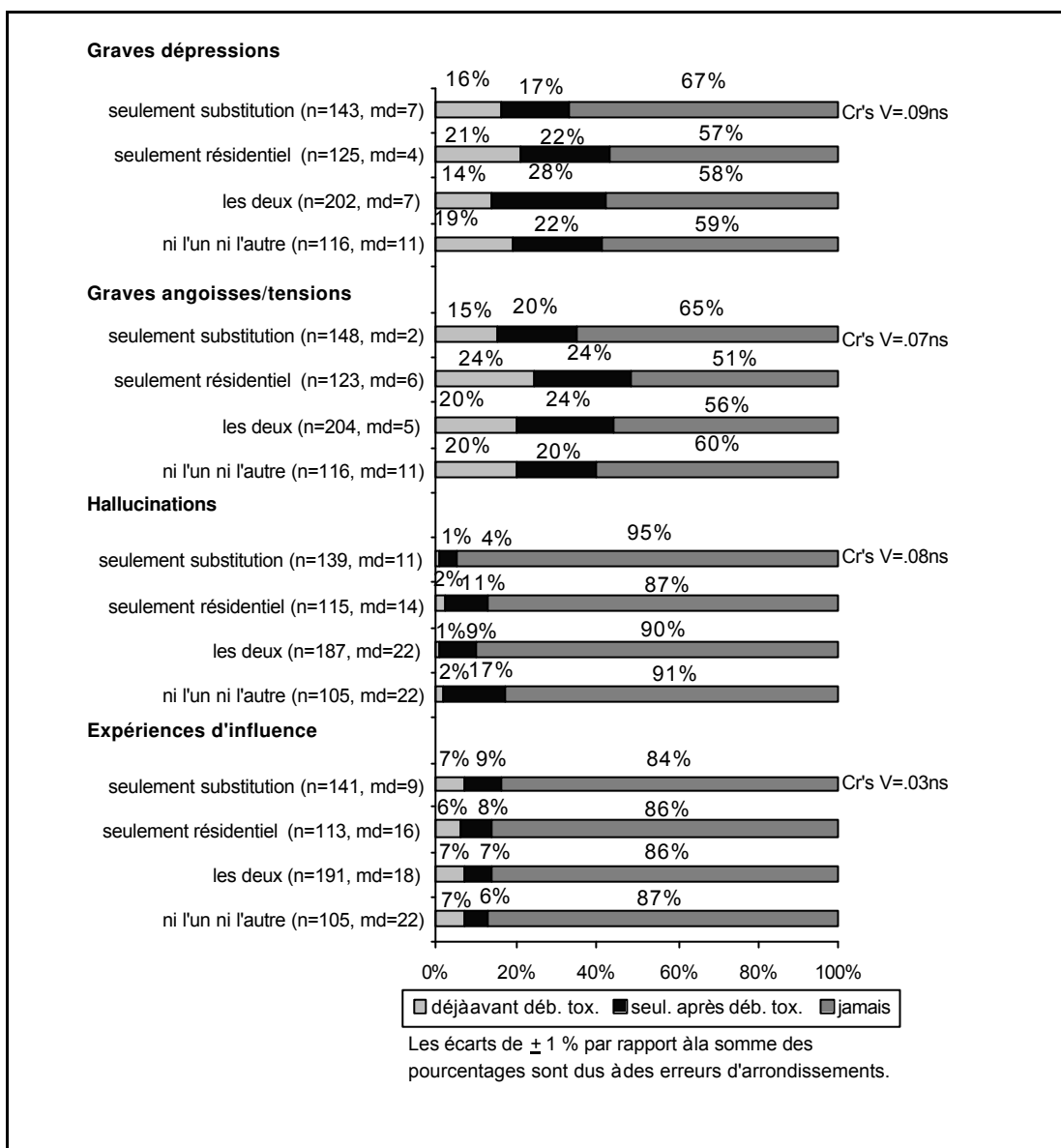
Résultat du dernier test VIH

Les clients ne présentent pas de différences significatives quant au résultat de leur dernier test VIH. 6% d'entre eux sont séropositifs.

Troubles psychiques avant / après le début de la toxicomanie

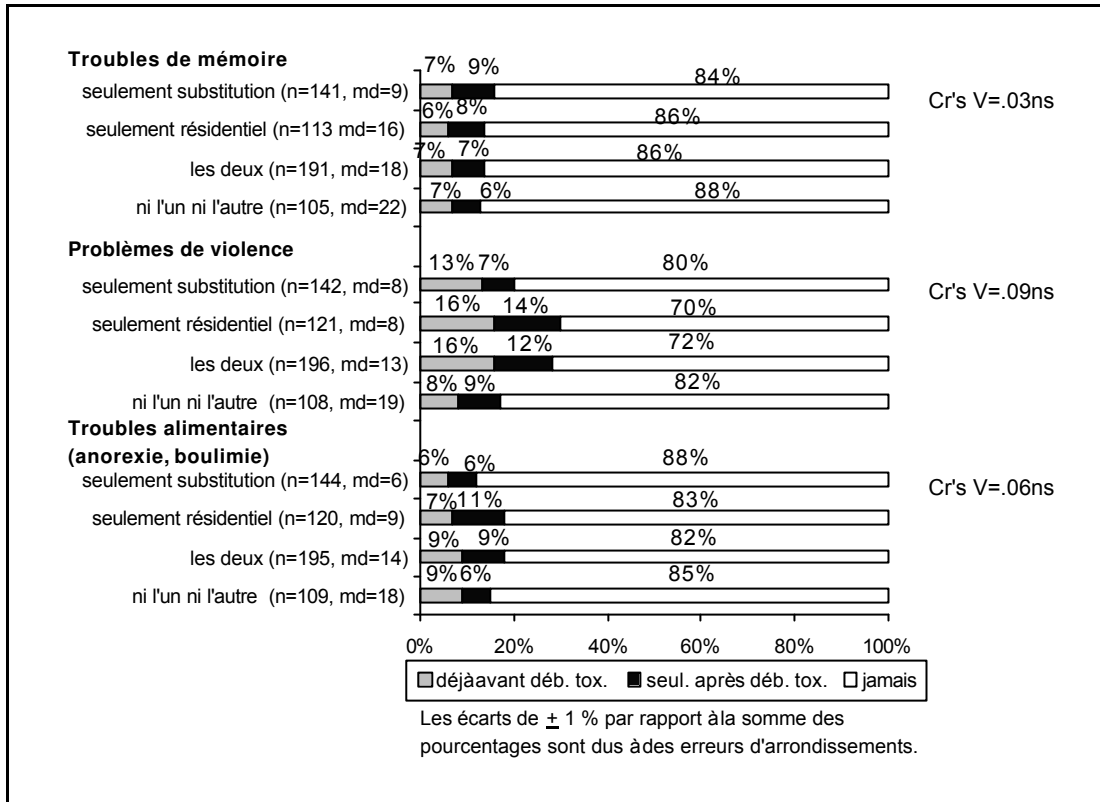
Les clients ont répondu eux-mêmes à la question de savoir s'ils avaient déjà souffert de dépressions, d'états d'angoisse, de crises de nerfs, de troubles de la perception ou de la mémoire, de troubles alimentaires ou de difficultés à maîtriser leur comportement violent. Si tel était le cas, ils indiquaient si ces problèmes avaient débuté avant la consommation de drogues dures ou après. Les quatre groupes de clients ne présentaient pas de différences significatives (Fig. G29).

Fig. G29: Troubles psychiques avant / après le début de la toxicomanie [E10.10] / partie 1



Les différences n'étaient pas significatives non plus pour ce qui était des troubles de la mémoire, de problèmes de compréhension, de difficultés de concentration ou de difficultés à maîtriser un comportement violent (Fig. G30).

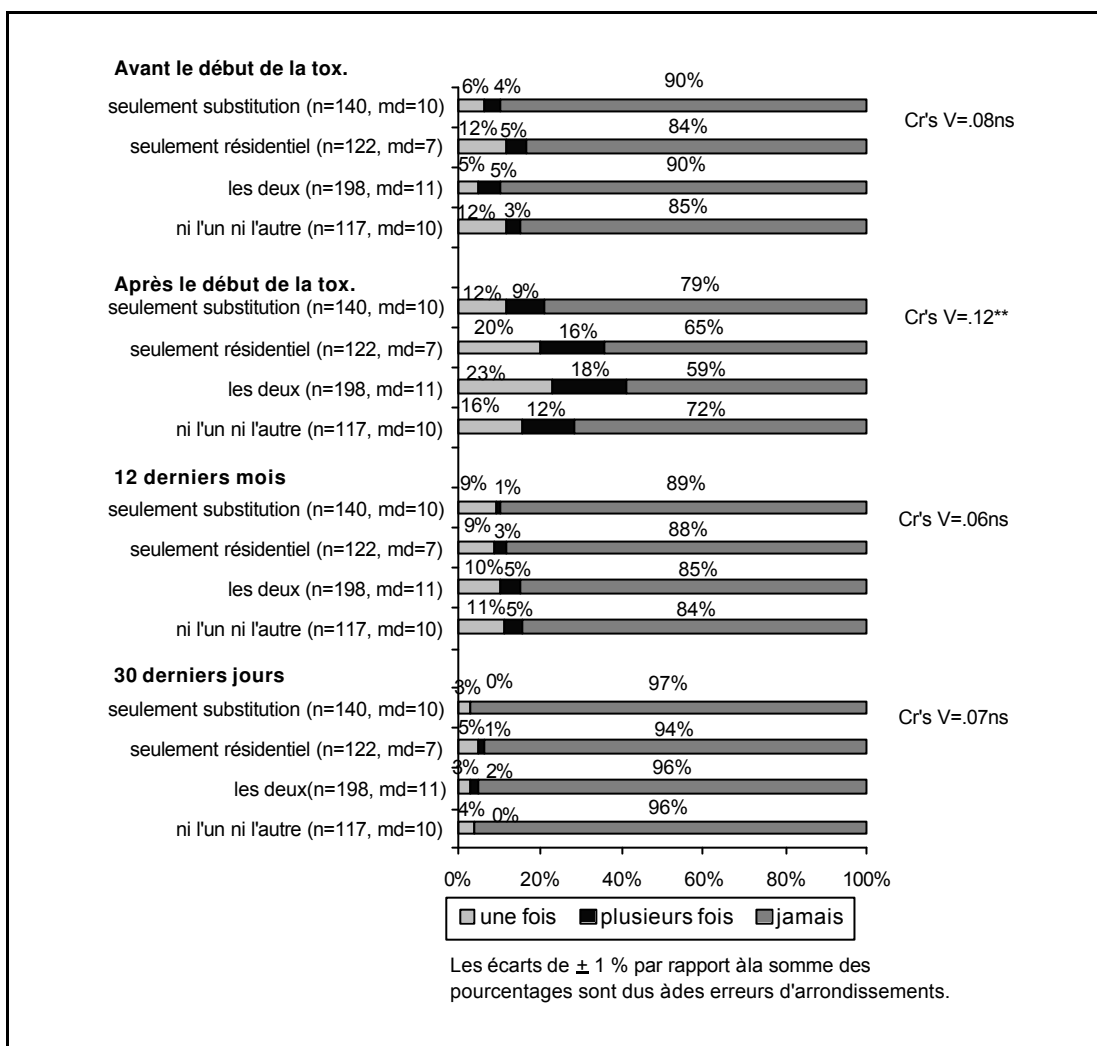
Fig. G30: Troubles psychiques avant / après le début de la toxicomanie [E10.10] / partie 2



Tentatives de suicide avant / après le début de la toxicodépendance

Les quatre groupes présentent des différences significatives pour ce qui est des tentatives de suicide au cours de la période précédant le début de la toxicodépendance (Fig. G31): le groupe de clients ayant suivi un traitement de substitution présente une proportion plus importante de personnes sans tentative de suicide, alors que les clients ayant connu les deux types de traitement ont plus fréquemment fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Fig. G31: Tentatives de suicide avant / après le début de la toxicomanie [E10.11]



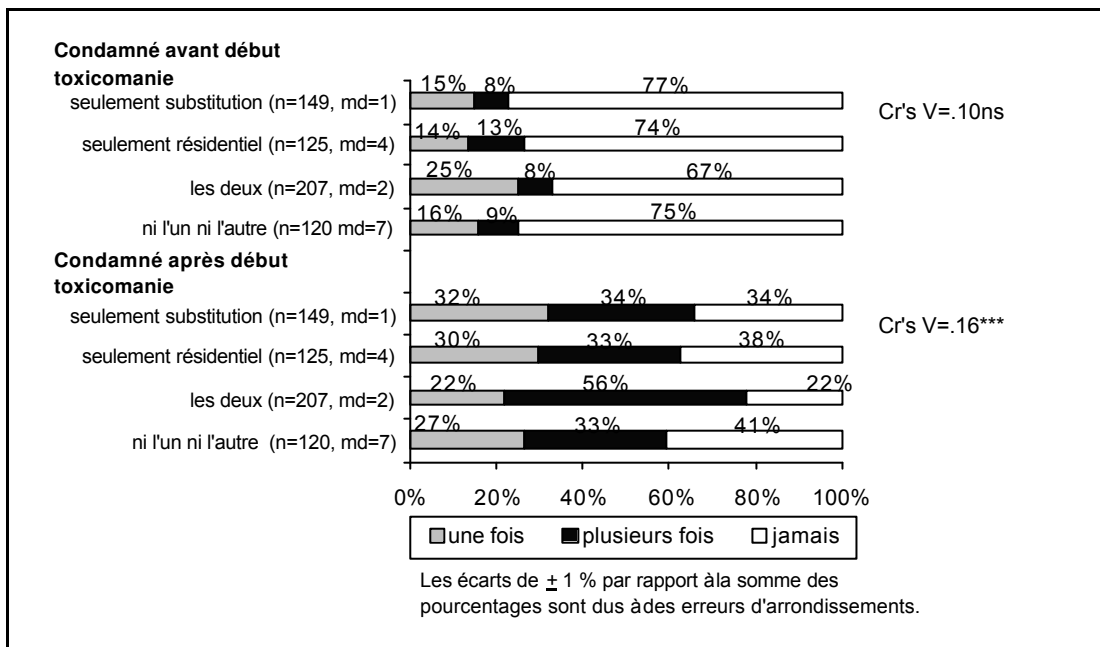
3.2.2.8. Expériences dans des institutions et démêlés avec la justice

Le parcours thérapeutique, mis en exergue dans le présent rapport, ainsi que les groupes de clients constitués autour de cet axe sont présentés aux points 1.2 et 3.2.2.1. Aussi le présent chapitre se limite-t-il à présenter les démêlés des clients avec le système judiciaire.

Condamnations avant / après le début de la toxicodépendance

Les groupes de clients présentent des différences significatives en ce qui concerne les condamnations pénales pendant leur toxicodépendance (drogues dures) (Fig. 32): les condamnations multiples des personnes ayant connu les deux types de traitement, pendant leur toxicodépendance, est significativement plus fréquente. Ces personnes tendent à avoir été condamnées plus fréquemment une fois dans la période précédant leur toxicodépendance.

Fig. G32: Condamnations avant / après le début de la toxicodépendance [E12.1]



3.2.2.9. Raisons motivant la volonté de se sortir de la toxicomanie

La question portant sur les motivations à suivre une thérapie a disparu dans le questionnaire abrégé. Son évaluation porte donc sur les entrées du premier semestre 2001, soit 319 personnes. L'analyse des quatre groupes de clients indique qu'un motif les distingue significativement: les personnes du groupe «seulement traitement résidentiel» indiquent plus fréquemment que les autres que l'énoncé «être tombé très bas dans son existence» leur correspond. Les clients ayant suivi un traitement de substitution ainsi que les person-

nes ayant suivi les deux types de traitement indiquent plus fréquemment que les autres que ce motif leur correspond totalement (V de Cramer = .21***).¹⁰

3.2.3. Graphiques relatifs aux sorties 2001

Les données suivantes se basent sur 730 sorties enregistrées en 2001 (sans les sorties du logement extérieur au centre de traitement). Il ne s'agit que de sorties pour lesquelles nous disposons de «données complètes» (voir section 3.1.2 Echantillons). Les clients sortis en 2001 ont par ailleurs été classés dans l'un des 4 groupes correspondant à chacun des parcours thérapeutiques que pouvait avoir connu le client au moment de son admission. Ce parcours a pu être déterminé grâce au code personnel figurant dans la banque de données centrale FOS. Enfin, les entrées ont eu lieu en grande majorité en 1999 et 2000.

Les clients sortis présentent, par rapport aux personnes entrées en 2001, une proportion légèrement moins importante de personnes ayant connu les deux types de traitement ainsi qu'un taux plus élevé de personnes n'ayant connu ni traitement par substitution ni traitement résidentiel (voir aussi le graphique G1 Répartition des 4 groupes de clients entre 1995 et 2001).

1. Seulement substitution (n=138, 19%)
2. Seulement traitement résidentiel (n=121, 17%)
3. Substitution et traitement résidentiel – les deux (n=189, 26%)
4. Ni substitution ni traitement résidentiel – ni l'un ni l'autre (n=282, 39%)

Nous tenterons de déterminer ci-après s'il existe des différences au niveau de la situation à la sortie entre les quatre groupes de clients. Nous étudierons pour ce faire la durée totale du séjour, les conditions de sortie (régulières, irrégulières), les types de programme de post-suivi et les conditions de vie matérielles (moyens de subsistance, logement, statut légal).

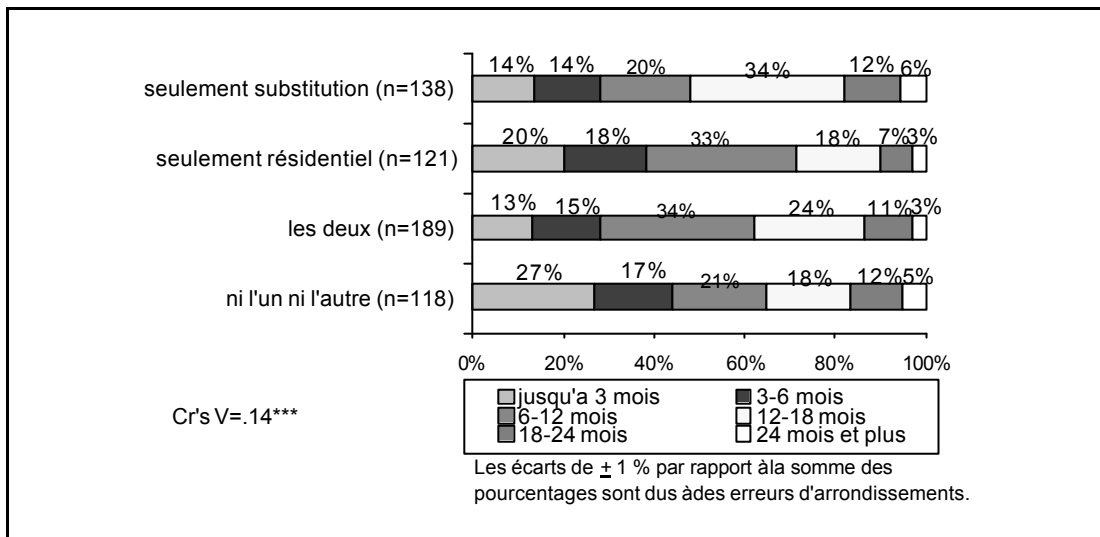
¹⁰ 272 personnes ont répondu à la question de la motivation portant sur le sentiment d'être tombé très bas: selon 53 % des 68 clients ayant suivi un traitement de substitution et 57% des 85 clients, cet énoncé s'applique parfaitement. 52 % des 56 personnes ayant déjà connu un traitement résidentiel estiment que ce motif s'applique partiellement à eux.

3.2.3.1. Données relatives au séjour thérapeutique

Durée totale du séjour

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence au niveau de la durée totale du séjour (Fig. G33, V de Cramer = .14***): les séjours de moins de trois mois sont significativement plus fréquents chez les clients qui suivent leur premier traitement, alors que la fréquence des séjours plus longs (12 à 18 mois ou plus) est significativement plus élevée chez les clients qui ont déjà suivi un traitement de substitution. Enfin, le traitement des clients qui ont expérimenté tous les types de traitements et de ceux qui n'ont connu que le traitement résidentiel dure le plus souvent 6 à 12 mois.

Fig. G33: Durée totale du séjour [A1.4]



Conditions de sortie

On distingue la sortie régulière, à savoir le retour dans un logement extérieur au centre de traitement, de la sortie irrégulière (interruption du traitement). Selon le type de traitement, la sortie régulière peut se faire avec ou sans accord mutuel et peut prévoir un transfert dans un autre centre. En revanche, on parle de sortie irrégulière en cas d'interruption du traitement avec ou sans accord mutuel ou en cas de décès du patient.

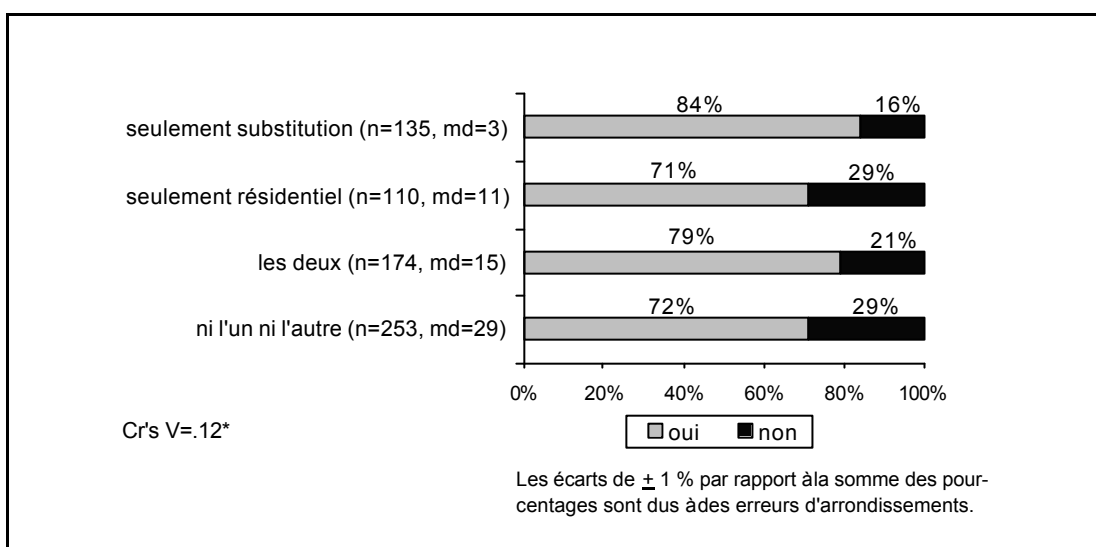
Malgré des durées de séjours variables, aucune différence significative n'apparaît au niveau des conditions de sortie d'un groupe à l'autre: la proportion des sorties régulières est

de 57% chez les clients ayant déjà suivi un traitement de substitution, de 51% chez ceux ayant déjà suivi un traitement résidentiel, de 54% chez ceux ayant connu les deux types de traitement et de 49% chez ceux n'ayant encore suivi aucun traitement.

Programme de post-suivi

Pour le groupe de clients ayant déjà suivi un traitement de substitution, on notait une fréquence significativement plus élevée de la présence d'un programme de post-suivi (Fig. 34; V de Cramer = .12*).

Fig. G34: Programme de post-suivi [A1.10]



On a pu observer que la fréquence à laquelle un passage dans un appartement protégé de l'institution était prévu est significativement plus élevée pour le groupe des clients ayant déjà suivi un traitement par substitution et pour le groupe des clients ayant connu les 2 types de traitement (V de Cramer=.16**) que pour les autres¹¹. De plus, les clients qui ont déjà suivi un traitement de substitution intègrent plus souvent un programme de substitution que les autres groupes de clients.

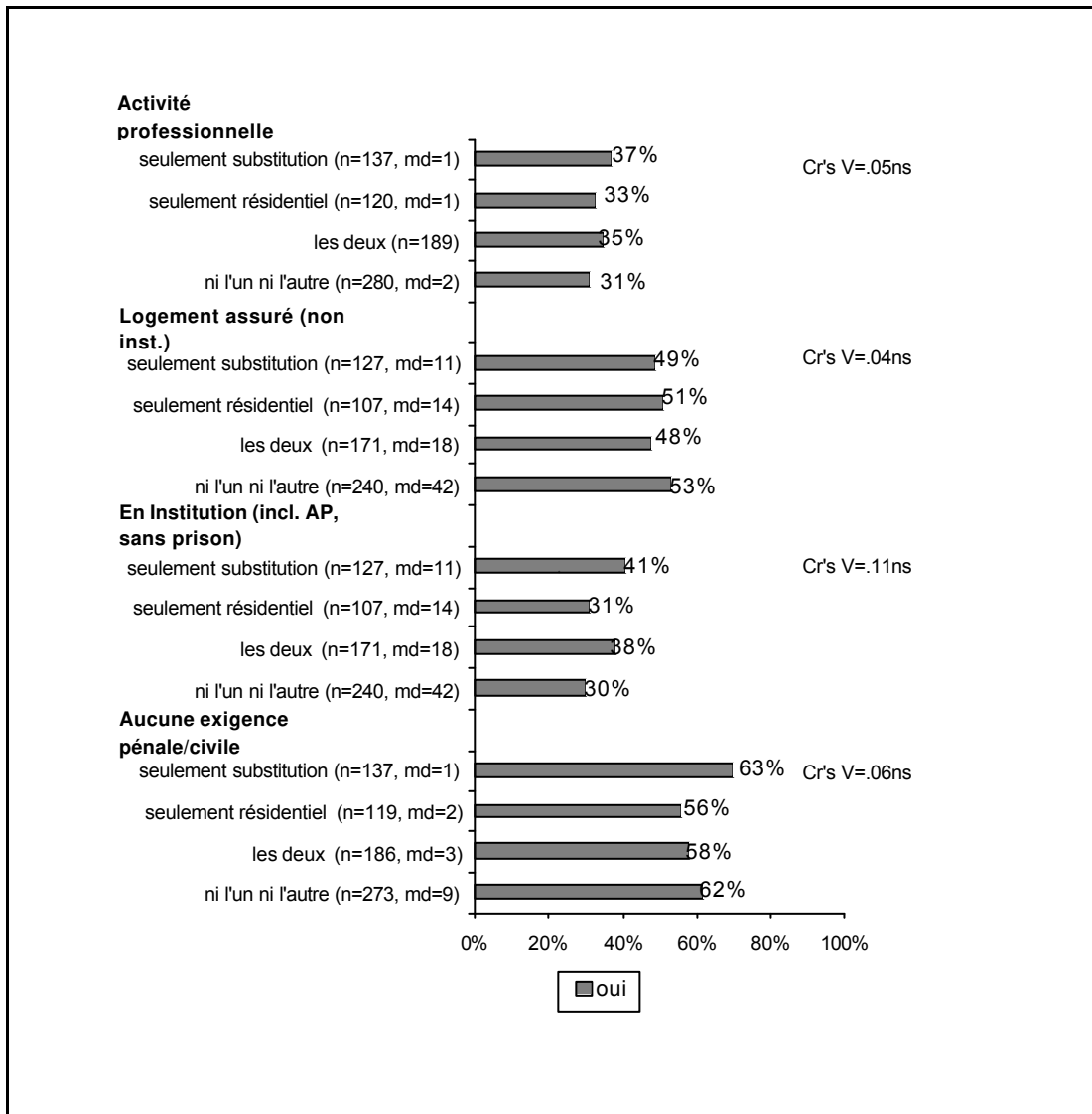
¹¹ 510 clients ont répondu à la question portant sur le logement extérieur au centre de traitement.

Une solution d'enchaînement a été prévue pour 21% des 114 personnes ayant suivi préalablement un traitement de substitution et pour 18% des 137 personnes qui avaient déjà suivi les deux types de traitement.

Conditions de vie matérielles à la sortie ou lors du transfert dans un logement extérieur au centre de traitement

Le graphique G35 montre différents aspects de la situation matérielle des clients au moment de leur sortie. Les ressources dont le patient dispose à la fin de son traitement incluent sa situation professionnelle, ses conditions de logement (adresse fixe ou autres séjours en centre) ainsi que les procédures juridiques éventuellement en cours. Les dettes, la faillite et le programme de désendettement ne font plus partie des critères retenus par la version abrégée du questionnaire de la Ligue FOS.

Fig. G35: Conditions de vie matérielles à la sortie ou lors du transfert [A3.4, A3.6, A5.3]



3.2.4. Synthèse et discussion des résultats

Le Rapport d'activité 2001 de la Ligue FOS vise principalement à comparer les clients toxicodépendants ayant des parcours thérapeutiques différents, selon qu'ils ont connu uniquement le programme de substitution ou le traitement résidentiel dans un centre médical ou en hôpital psychiatrique (sans sevrage), aucun de ces traitements ou les deux. Le choix de ce thème s'explique par la controverse qui fait actuellement rage autour de la légitimation et de la généralisation du traitement de substitution et du traitement résidentiel. Nous avons donc étudié les questions suivantes:

- A) Existe-t-il une corrélation entre le *parcours thérapeutique* des clients et leurs conditions de vie dans l'année qui précédait le début de leur traitement?
- B) Existe-t-il une corrélation entre le *parcours thérapeutique* des clients et leur situation à la fin du traitement (durée du séjour, conditions de sortie, intégration)?

Les données de base sur lesquelles nous nous sommes appuyés incluaient a) les données relatives aux entrées 2001 et b) les données relatives aux entrées des années précédentes et qui ont donné lieu à des sorties en 2001. 695 questionnaires d'entrée et 730 questionnaires de sortie avec des données complètes ont fait l'objet d'évaluations. Pour la définition des différents types de parcours thérapeutiques, nous avons pris en considération le nombre des traitements débutés dans le cadre de programmes de substitution ainsi que le nombre des traitements résidentiels suivis.

1. Substitution uniquement

Entrées 2001: n=150, 24%

Sorties 2001, entrées 1997-2001: n=138, 19%

Avant le début du traitement actuel, les clients de ce groupe avaient déjà suivi au moins un traitement de substitution (principalement avec de la méthadone), mais jamais de traitement résidentiel dans un centre de désintoxication ou un hôpital psychiatrique.

2. Traitement résidentiel uniquement

Entrées 2001: n=129, 21%

Sorties 2001, entrées 1997-2001: n=121, 17%

Avant leur entrée, les clients de ce groupe avaient séjourné au moins une fois dans un centre de traitement résidentiel de la toxicodépendance ou un hôpital psychiatrique, mais n'avaient jamais suivi de programme de substitution.

3. Substitution et traitement résidentiel – les deux

Entrées 2001: n=209, 34%

Sorties 2001, entrées 1997-2001: n=189, 26%

Les clients de ce groupe ont débuté au moins une fois un traitement résidentiel dans un centre de désintoxication ou un hôpital psychiatrique et participé au moins une fois à un programme de substitution. Par rapport aux autres groupes de clients, ces personnes ont,

pour une grande partie, tenté à plusieurs reprises des sevrages en ambulatoire ou en traitement résidentiel et ont eu très souvent recours aux aides ambulatoires proposées aux toxicomanes.

4. Ni substitution ni traitement résidentiel - ni l'un ni l'autre

Entrées 2001: n=127, 21%

Sorties 2001, entrées 1997-2001 : n=127, 21%

Les clients de ce groupe n'ont ni suivi de traitement résidentiel en centre de désintoxication ou en hôpital psychiatrique ni programme de substitution. Ils n'ont également eu que très rarement recours à des aides ambulatoires.

Nous avons comparé les quatre groupes de clients des entrées 2001 par rapport à leurs conditions de vie 12 mois avant le début du traitement. Les quatre groupes de clients étant sortis en 2001 et entrés entre 1997 et 2001 ont été comparés entre eux par rapport à leur situation à la sortie. Nous n'avons indiqué *que les résultats statistiquement significatifs*. Les différences non significatives mais frappantes ont pour leur part été qualifiées de «tendances». Enfin, nous avons indiqué entre parenthèses la proportion de personnes pour lesquelles cette affirmation est valable.

1. Clients du groupe Substitution uniquement

Situation au cours de l'année ayant précédé l'entrée

- Forte proportion de personnes âgées de 25 à 29 ans (35%).
- Consommation quotidienne ou quasi-quotidienne d'héroïne, d'opiacés illégaux et de cocktails pour 66% d'entre eux et très souvent de plusieurs drogues au cours d'une même journée (46%). Ils citent plus souvent que les clients des autres groupes l'héroïne comme étant la drogue qui pose le plus gros problème (64%).
- 35% d'entre eux ont achevé l'école secondaire et 62% ont achevé une formation.
- La proportion de ceux qui n'ont pas fait de tentative de suicide depuis qu'ils sont toxicomanes est élevée (79%).

Situation à la sortie

- Le traitement est très long (12 à 18 mois) pour une forte proportion d'entre eux (34%).
- Un programme d'enchaînement est prévu pour la grande majorité d'entre eux (84%), le plus souvent sous forme de transfert dans un appartement protégé de l'institution. Mais ils sont également nombreux à recommencer un programme de substitution (11%).

Ce groupe de clients se distingue principalement par des difficultés profondes dues aux opiacés. Ces personnes suivent très souvent leur traitement pendant de longs mois, d'où

leur participation à une prise en charge post-cure. Mais la proportion des traitements terminés de manière régulière n'est pas plus élevée dans ce groupe que dans les autres.

2. Clients du groupe **Traitement résidentiel uniquement**

Situation au cours de l'année qui a précédé l'entrée

- Forte proportion de personnes âgées de 20 à 24 ans (30%).
- Consommation rare ou inexistante d'héroïne (49%) ou de cocktails. La première injection a lieu la plupart du temps entre 18 et 20 ans (33%). L'alcool est la drogue qui leur pose le plus gros problème (16%). On observe que seulement 24% d'entre eux consommaient quotidiennement du cannabis avant l'âge de 15 ans, cette proportion tombant à 1% pour l'héroïne et la cocaïne.
- Ils passent relativement rarement directement de la cure de désintoxication au traitement résidentiel (52%). La proportion des entrées imposées est élevée (33%).

Situation à la sortie

- Leur traitement dure souvent 6 à 12 mois (33%).

Dans ce groupe de clients plutôt jeunes, l'alcool est un problème majeur qui vient s'ajouter à celui de la drogue. Rien d'autre ne les distingue des autres groupes de clients, même si la durée de leur traitement est plus courte que celle des personnes n'ayant connu que le traitement par substitution.

3. Substitution et traitement résidentiel – les deux

Situation au cours de l'année qui a précédé l'entrée

- Ils ont souvent plus de 30 ans (53%).
- Ils ont souvent séjourné à temps (presque) complet (14%) ou partiel dans un centre de désintoxication (15%).
- Ils tiraient rarement leurs revenus de leur environnement social (parents, conjoints, amis) (10%) et ont souvent dépensé des sommes importantes (plus de 5000 CHF) pour l'achat de leur(s) drogue(s) au cours du mois qui précédait le début de leur traitement (10%).
- Ils ont souvent été touchés avant l'âge de 16 ans (50%) par des événements malheureux tels qu'une séparation ou un divorce des parents et/ou la mort de l'un ou des deux parents. Ils ont souvent été confrontés à des troubles psychiques tels que des dépressions (37%) et des crises de nerfs (32%) ainsi qu'à des problèmes d'alcoolisme (47%) dans le cercle familial.
- Ils consommaient souvent quotidiennement ou presque des somnifères et calmants (17%, 14%) et prenaient systématiquement plusieurs drogues par jour dans le mois qui a précédé le début de leur traitement (49%). 4% d'entre eux ont commencé les injections intraveineuses de drogues avant l'âge de 15 ans; ils sont du coup très souvent atteints d'hépatite (73%). La proportion de personnes ayant

consommé de l'héroïne pendant plus de 8 ans est élevée (66%). Enfin, 24% d'entre eux ont commencé à consommer quotidiennement de l'alcool avant l'âge de 15 ans.

- Ils ont déjà fait une (23%) ou plusieurs (18%) tentatives de suicide.
- Ils ont très souvent été condamnés plusieurs fois *après* le début de leur toxicodépendance (56%) et parfois même *avant* (25%).

Situation à la sortie

- La durée de leur traitement se situe souvent entre 6 et 12 mois (34%).

Ce groupe de clients, qui a le parcours thérapeutique le plus complet, inclut aussi bien des personnes jeunes qu'âgées qui sont aux prises avec des problèmes multiples: difficultés psychiques graves dans la famille d'origine, début précoce de la toxicodépendance, démêlés avec la justice, toxicomanie ancienne, et la plupart du temps, multiplication des tentatives pour en finir avec la toxicodépendance. La durée du séjour de ces personnes est moyenne et leur taux d'interruption n'est pas plus élevé que celui des autres groupes.

4. Ni substitution ni traitement résidentiel – ni l'un ni l'autre

Situation au cours de l'année qui a précédé l'entrée

- Ils ont le plus souvent 19 ans ou moins (11%).
- Ils ont le plus souvent vécu chez leurs parents, chez l'un de leurs parents ou chez des membres de la famille (23%) et rarement dans un cadre thérapeutique (2%).
- On retrouve dans ce groupe une forte proportion de clients ne s'étant jamais injecté de drogues (36%). Ils consomment en revanche souvent de l'héroïne depuis plus de deux ans, parfois quotidiennement (39%). Enfin, l'année qui précédait le début de leur traitement, on observe une tendance à la consommation quotidienne ou quasi-quotidienne d'amphétamines (6%) et de cannabis (40%).
- Ils se sont pour beaucoup d'entre eux toujours ou presque toujours assumés financièrement grâce à leur activité professionnelle (61%)

Situation à la sortie

- Leur traitement résidentiel n'a duré le plus souvent que 2 à 3 mois (27%).

Sont fortement représentés dans ce groupe de clients les adolescents et les jeunes adultes qui présentent une certaine intégration dans le tissu social (réseau social, indépendance financière grâce au travail) et qui n'ont pas plongé aussi rapidement et profondément dans la toxicomanie que les clients des autres groupes. La durée de leur traitement est relativement courte et ils l'interrompent moins fréquemment que les clients des autres groupes.

Ces quatre groupes de clients présentent une répartition intéressante, même en ce qui concerne les années 1995 – 2001. La proportion des personnes qui n'ont connu que le traitement de substitution est de 19% et a diminué progressivement ces dernières an-

nées. La proportion des clients qui n'ont connu que le traitement résidentiel est resté stable, à 16%. Par ailleurs, le pourcentage de ceux qui ont suivi les deux types de traitement est également resté inchangé (26%). Quant au taux de clients qui n'ont commencé ni traitement résidentiel ni traitement de substitution, il est étonnamment élevé (40%). Cette proportion a augmenté au fil des années bien que l'âge moyen des clients FOS et que la durée de la toxicodépendance n'aient cessé d'augmenter avec le temps (voir Rapport d'activité FOS 1998). Ce phénomène pourrait notamment s'expliquer par le fait qu'il y a visiblement un groupe de clients qui sont toxicodépendants depuis longtemps mais qui n'ont pourtant sollicité aucune aide spécialisée (substitution ou traitement résidentiel). Il se peut que ces personnes recherchent plutôt une aide ambulatoire et qu'elles auraient besoin de nouvelles formes d'aide plus souples. Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier le rapport qui existe entre le parcours thérapeutique et les types de comportement en matière de consommation de drogue ¹² (voir Rapport d'activité FOS 2000). L'approfondissement des caractéristiques de ce groupe est un thème de recherche tout à fait essentiel.

La proportion des clients ayant suivi uniquement un traitement résidentiel est, avec 21%, relativement élevée et rappelle que pour un cinquième des clients, la progression thérapeutique «substitution d'abord – traitement résidentiel par sevrage ensuite» *n'est pas respectée*. Il apparaît en effet que le traitement résidentiel est le premier choix pour ces personnes, que ce soit parce qu'ils sont toxicodépendants depuis peu ou en raison de l'importance de leur consommation d'alcool.

Le traitement du groupe de clients ayant connu les deux types de traitement et qui sont aux prises avec des *problèmes multiples* – ces derniers se retrouvent de plus en plus souvent dans les traitements résidentiels – est difficile car ces personnes nécessitent une prise en charge globale et complète. Les composants de l'offre du modèle de financement FiDe renvoient par exemple au traitement moderne défini en fonction de la situation personnelle du patient, de ses aptitudes et de ses possibilités. C'est précisément pour ce groupe de clients ayant suivi les deux types de traitement qu'un approfondissement des recherches sur *la qualité et l'efficacité* des différents traitements suivis serait intéressant, d'autant que la fréquence des tentatives de sortir de la toxicodépendance – comme cela a été pris en compte dans le cadre des statistiques de base de la Ligue FOS – ne permet pas à elle seule de se prononcer sur leur influence sur le processus de sortie. Si la succession des traitements peut donner une indication sur l'intégration au moins ponctuelle du patient dans le réseau d'aide aux toxicomanes, elle est encore loin d'être un indice de la réussite du traitement (tourisme thérapeutique). En témoigne la controverse actuelle autour de la pertinence du parcours thérapeutique en tant que facteur prédictif de la réussite du traitement. La succession des modules thérapeutiques et leur pertinence pour la sortie de la toxicodépendance ou pour l'amélioration de la qualité de la vie du toxicodé-

¹² On peut supposer qu'il y a des chevauchements entre le groupe de clients n'ayant suivi encore aucun traitement et celui correspondant au comportement poly kick off.

pendant constituent donc un autre thème de recherche important, même pour la recherche qualitative. Il serait intéressant de déterminer si des progressions thérapeutiques existent et, dans l'affirmative, de les identifier et de savoir si leur manque s'explique plutôt par la flexibilité et la personnalisation de l'aide apportée aux toxicodépendants ou plutôt par le manque de connaissances et de directives en vue d'une prise en charge adaptée aux besoins. Ce point rejoint la question de savoir comment les clients accèdent au traitement qui convient à leur cas et sur quelles bases le choix est fait, aussi bien par l'institution que par le patient lui-même (connaissances, sélection, exigences, attentes, motivation, possibilités).

Le fait que les quatre groupes de clients ayant des expériences thérapeutiques et des ressources différentes présentent des durées de traitement distinctes malgré des taux d'interruption identiques peut être interprété ainsi: Il existe un certain ajustement entre les besoins des clients et l'offre de traitement. Les centres réagissent – dans le cadre du travail de prise en charge spécialisée de la toxicodépendance– avec souplesse aux besoins et aux aptitudes des clients. Il serait d'ailleurs intéressant d'analyser de manière approfondie quels sont les clients qui sollicitent un traitement et quel en est l'effet.

3.3. Annexe aux tableaux: tableaux des entrées et des sorties 2001

3.3.1. Introduction à l'annexe aux tableaux

Dans le chapitre des tableaux figurent les chiffres détaillés correspondant à la plupart des questions des questionnaires d'entrées et de sorties se rapportant aux données collectées en 2000. Le chapitre des tableaux, dans lequel les données sont comparées d'après un thème central, est un complément au chapitre des graphiques. La numérotation des tableaux correspond aux questions des questionnaires des entrées et des sorties (version E/A2.1). Si la désignation numérique de la question contient un 'K', il s'agit de variables catégorisées, s'il s'agit d'un 'R', les variables ont été recodées.

Les rubriques dans les différentes questions sont spécifiées dans les tableaux. Des données sur les valeurs statistiques existent en partie sous forme de tableaux avec la désignation „statistique“. Outre les valeurs nominales et de pourcentage concernant l'ensemble de la base de données, les tableaux contiennent aussi des fréquences séparées d'après le sexe. Puisque ces modifications ont conduit à une augmentation du nombre des tableaux, les fréquences se rapportant à chacune des questions, se réfèrent seulement à la plus longue période spécifiée, c'est-à-dire aux '12 derniers mois' plutôt qu'aux '30 derniers jours' avant le sevrage.

Dans la partie des tableaux aussi, les clients qui, au cours de l'année de l'enquête, sont entrés et sortis à plusieurs reprises d'un établissement FOS, ont été comptés plusieurs fois. Dans la partie des graphiques également, les fréquences se basent la plupart du temps sur des questions ayant trait à un sous-échantillon qui ne prend en considération que les questionnaires d'entrée et de sortie avec données complètes. Le passage de l'un à l'autre est à chaque fois noté clairement.

Les tableaux doivent être les plus compréhensibles possibles. Ci-dessous, quelques notions aidant la lecture:

- Valide: le nombre de cas, c'est-à-dire le nombre de personnes pour lesquelles il existe une réponse valable à la question correspondante. 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 une réponse à la question, 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 tous 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 (déviatiion 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, dont 25% des personnes ont une valeur plus basse et 75% des personnes une valeur plus élevée; le percentile 75 désigne la valeur dont 25% des personnes ont une valeur plus élevée et 75% des personnes plus basse.

Pour la partie des tableaux aussi, il est en vigueur que des personnes qui au cours de l'année d'enquête, sont entrées et sorties plusieurs fois d'établissements FOS ont été en-

registrées à plusieurs reprises. Comme pour la partie des graphiques, les chiffres de fréquence se basent en outre pour la plupart des questions sur un sous-échantillon qui ne prend en considération que les questionnaires d'entrée avec des données complètes. Le passage correspondant est noté respectivement de manière claire.

3.3.2. Tableaux des entrées et des sorties 2001

Tableaux des entrées 2001	T 1
Analyses statistiques pour l'ensemble de l'échantillon	T 1
1. Données de base.....	T 1
Analyses pour les personnes avec des données complètes	T 7
2. Logement	T 7
3. Situation professionnelle	T 12
4. Formation.....	T 14
5. Situation financière	T 15
6. Origines familiales	T 18
7. Partenaire, relations, enfants	T 29
8. Amis, amies.....	T 32
9. Consommation de drogues et évolution de la toxicomanie	T 34
10. Santé	T 48
11. Institutions	T 56
12. Rapports avec la justice, statut juridique	T 62
15. Motifs	T 72
 Tableaux des sorties 2001.....	 T 75
Analyses statistiques pour l'ensemble de l'échantillon	T 75
1. Sortie et programme d'enchaînement	T 75
Analyses pour les personnes avec des données complètes	T 88
2. Drogues	T 88
3. Intégration.....	T 98
4. Contacts.....	T 103
5. Statut juridique	T 107
6. Santé.....	T 110