

Prises en charge des problèmes liés à l'alcool: une comparaison des profils des usagers des secteurs ambulatoire et résidentiel*

Marina Delgrande Jordan, Etienne Maffli, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne

Résumé

La présente étude compare certaines caractéristiques des client(e)s des domaines ambulatoire et résidentiel de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. Son objectif est d'examiner si les client(e)s des secteurs ambulatoire et résidentiel correspondent à des profils distincts. Elle se base sur les données recueillies dans le cadre des statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA sur une période de deux ans (2000–2001). Des analyses bivariées ainsi qu'une régression logistique multivariée ont été effectuées. Parmi toutes les variables ayant pu être comparées, l'expérience antérieure de traitement pour problèmes de dépendance, la situation de logement, le niveau de formation et le statut professionnel apparaissent comme les plus discriminantes. Ainsi, par rapport aux services de consultation ambulatoires, les institutions résidentielles accueillent une proportion plus élevée de client(e)s ayant déjà suivi au moins un traitement par le passé, ayant une situation de logement instable ou dont le statut professionnel ou le niveau de formation est élevé. Malheureusement, les instruments de saisie des deux statistiques diffèrent en certains points; c'est pourquoi cette étude n'a pas pu prendre en considération les informations relatives à la sévérité des problèmes des client(e)s, pourtant nécessaires à l'indication d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle. Le Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (act-info, www.act-info.ch), qui a remplacé les anciennes statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA en 2004, comblera largement ces lacunes.

1. Introduction

Le traitement des problèmes liés à l'alcool s'effectue sous deux formes principales, la prise en charge ambulatoire d'un côté et les traitements résidentiels de l'autre. En Suisse, exception faite des soins essentiellement somatiques ou psychiatriques en lien avec l'abus d'alcool, on estime que chaque année environ 1000 personnes concernées par des problèmes liés à l'alcool commencent un traitement dans le secteur résidentiel, alors qu'elles sont environ 7000 à le faire dans le secteur ambulatoire (Gmel, 1997). Les prises en charge résidentielles marquent une césure par rapport à la vie quotidienne et se déroulent généralement dans le cadre de programmes structurés visant à une réhabilitation en profondeur des personnes concernées. A l'inverse, les accompagnements de type ambulatoire s'insèrent dans le contexte de vie habituel et nécessitent un investissement restreint en temps. Cette approche permet une certaine flexibilité et peut prendre des formes diverses en fonction des demandes ou de la situation des client(e)s (écoute, conseil, thérapie, mesures de contrôle, etc.). Bien entendu, les coûts de ces deux structures d'aide diffèrent sensiblement et de nombreuses études ont été menées pour mesurer l'efficacité de ces options dans une perspective économique (Miller et al., 1995).

Mais comment le mécanisme de sélection entre ces deux secteurs de prise en charge s'opère-t-il? Il est généralement admis qu'un traitement résidentiel est plus indiqué en présence d'un comportement extrême vis-à-vis de la consommation, en cas de troubles psychiatriques ou cognitifs, lors d'interruptions antérieures de traitements en présence d'un environnement favorisant la rechute ou encore en cas de mauvaise intégration sociale (Wetterling, 1997). En revanche, les prises en charge ambulatoires seraient plutôt appropriées lorsque les ressources personnelles et sociales sont suffisantes, en l'absence de complications médicales, pour préserver un emploi ou encore quand la personne ne peut envisager un séjour résidentiel (Uchtenhagen, 2004). Ainsi, on peut supposer que le traitement résidentiel intervient plutôt en fin de parcours thérapeutique, lorsque les autres offres d'assistance sont restées sans succès, et qu'il concerne des person-

Key Words

Alcohol-related Problems,
Outpatient Treatment,
Inpatient Treatment.

* Ce projet a été soutenu par l'Office fédéral de la santé publique, c.f. notes de bas de page, page suivante.

nes présentant des problèmes plus sévères et plus nombreux que les client(e)s du secteur ambulatoire (Gauthier, 2000). Cependant, en l'absence d'instances procédant à une orientation des patient(e)s selon des critères systématisés, on peut se demander si les client(e)s des secteurs ambulatoire et résidentiel correspondent à des profils réellement distincts et, le cas échéant, de quelle nature seraient les différences. C'est ce que nous nous proposons d'examiner en nous basant sur les informations relatives aux personnes prises en charge pour des problèmes liés à l'alcool recueillies dans le cadre de la Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD¹) et de la Statistique du traitement résidentiel des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments en Suisse (SAKRAM/CIRSA²).

2. Déroulement de l'étude/Méthode

2.1 Plan de recherche

La présente étude propose de comparer les caractéristiques des client(e)s des domaines ambulatoire et résidentiel de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool (principale substance posant problème). Dans ce but, toutes les données relatives à l'admission documentées de façon similaire dans les deux domaines de prise en charge ont été retenues. La période d'observation, choisie en fonction d'un taux de participation particulièrement favorable, porte sur les années 2000 et 2001.

2.2 Instruments

Les questionnaires d'entrée standardisés des statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA sont les instruments utilisés pour récolter les données analysées dans la présente étude. Ils sont généralement complétés par l'intervenant(e) avec le/la client(e) dans les jours ou semaines qui suivent le début de la prise en charge. Chacune de ces statistiques repose sur des questionnaires d'entrée et de sortie qui lui sont propres. Toutefois, ceux-ci présentent des similitudes qui permettent un certain nombre de comparaisons. Les informations relevées au moment de l'admission par la statistique SAMBAD

¹ L'ancienne statistique SAMBAD était réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et jouissait d'un soutien financier majeur de la part de l'Office fédéral de la santé publique (contrats no 316.93.5387, 316.94.5634, 316.98.6817, 01.000312/2.24.01-94, 03.000699/2.24.02-94 et 03.001286/2.24.02-94).

² L'ancienne statistique SAKRAM/CIRSA était réalisée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique (contrats no 316.92.5319, 316.97.6007, 01.000311/2.24.01.-499, 03.000700/2.24.01.-499 et 03.001288/2.24.01.-499). SAKRAM: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige. CIRSA: Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie.

concernent les caractéristiques socio-démographiques, les circonstances de l'admission, les modes de consommation et les problèmes psychosociaux des client(e)s. Les informations recueillies dans le cadre de la statistique du secteur résidentiel (SAKRAM/CIRSA) sont sensiblement les mêmes et permettent donc une comparaison relativement pertinente. Toutefois, certains indicateurs divergent considérablement. Il s'agit notamment d'aspects aussi importants que l'histoire de la consommation ou des modes de consommation avant l'admission, qui ne sont pratiquement pas comparables d'un secteur à l'autre.

2.3 Participation

La participation des institutions à ces deux statistiques est volontaire. Le taux de participation à SAMBAD s'élevait à 73.0% (84 des 115 services existants) en 2000 et à 67.9% (70 sur 103) en 2001 parmi les services de consultation pour personnes ayant des problèmes liés à l'alcool et ceux s'occupant de dépendances en général. Chaque année, environ une douzaine de services polyvalents ou psychiatriques y prennent également part. En 2000, le taux de participation des institutions résidentielles à orientation de type psychothérapeutique (cliniques spécialisées et centres de réhabilitation) à la statistique SAKRAM/CIRSA était de 77.8% (14 des 18 existantes). En 2001, une institution a mis un terme à sa participation.

2.4 Population

En 2000 et 2001, les services de consultation participant à SAMBAD ont enregistré en tout 5965 admissions pour des problèmes primaires liés à l'alcool (resp. 3070 et 2895). L'âge moyen à l'entrée était de 44.7 ans. La clientèle était composée de 71.2% d'hommes et 28.4% de femmes (et 0.4% de cas où le sexe n'est pas spécifié). Durant la même période, les institutions résidentielles participant à la statistique SAKRAM/CIRSA ont enregistré au total 2064 admissions concernant principalement des problèmes d'alcool (resp. 1026 et 1038), représentant la presque totalité des admissions dans ce secteur. L'âge moyen au moment de l'entrée était ici de 44.4 ans. La clientèle était composée de 68.0% d'hommes et 31.8% de femmes (et 0.2% de cas où le sexe n'est pas spécifié).

Les éventuelles réadmissions au cours de la période d'observation ne pouvant être identifiées, c'est en réalité la prise en charge et non le/la client(e) qui constitue l'unité d'observation de ces deux statistiques. Toutefois, afin de simplifier le propos, nous nous permettrons d'utiliser également le terme de «client(e)» dans les analyses qui vont suivre.

2.5 Mesures

Variable dépendante: domaine de prise en charge (1 ambulatoire; 0 résidentiel).

Variables indépendantes: quatre catégories de caractéristiques des client(e)s ont pu être comparées en lien avec le domaine de prise en charge:

- socio-démographiques: sexe (1 femme, 0 homme), âge (en années), état civil (a) (1 célibataire, 2 marié(e), 3 divorcé(e), 4 veuf/veuve), état civil (b) (1 marié(e), 0 non marié(e)), nationalité (1 suisse, 0 étrangère), situation de logement (1 stable, 0 instable)
- socio-économiques: formation (1 sans formation, 2 formation professionnelle classique, 3 formation professionnelle supérieure, 4 formation académique), statut professionnel (1 employé(e), 2 cadre moyen(ne)/inférieur(e), 3 cadre supérieur(e)/indépendant(e)), sources de revenu (plusieurs réponses possibles): salaire, rente AVS/AI (1 oui, 0 non)
- circonstances de la prise en charge: expérience antérieure de traitement (1 plusieurs fois, 2 une fois, 3 aucune), instances d'envoi (plusieurs réponses possibles): propre initiative, proches, employeur, autorité administrative ou judiciaire, instance médicale, aide sociale (1 oui, 0 non)
- consommation d'alcool: fréquence (1 oui, chaque jour, 2 oui, pas chaque jour, 3 jamais)

2.6 Analyses statistiques

Seules les prises en charge pour des problèmes liés principalement à l'alcool ont été retenues. Celles pour lesquelles le sexe du/de la client(e) n'est pas

spécifié (24 cas) ont été exclues des analyses. Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été effectuées afin d'examiner la distribution des différentes variables. A titre indicatif, puisqu'il ne s'agit pas d'un échantillon classique, des tests du Chi-carré (χ^2) ou des tests t de Student ont été calculés pour vérifier le niveau de signification des différences entre les domaines de prise en charge (seuil adopté: $p < 0.05$). Dans un deuxième temps, une régression logistique multivariée a été effectuée pour connaître la valeur prédictive de chaque variable indépendante, en contrôlant les autres variables incluses dans le modèle. Cette régression a été réalisée au moyen d'une procédure pas à pas (forward) basée sur la statistique de Wald (Backhaus et al., 2003). Cette modélisation a été réalisée en partant d'un nombre plus restreint de variables, celles posant un problème de colinéarité (sources de revenu «rente AVS/AI») ou de validité (consommation d'alcool avec des périodes de référence différentes suivant le domaine de prise en charge, «propre initiative» ou «initiative de proches» en tant qu'instance d'envoi) ayant été écartées des analyses. Par ailleurs, la variable de l'état civil a été dichotomisée (1 marié(e), 0 non marié(e)).

3. Résultats

3.1 Caractéristiques démographiques, sociales et économiques

La répartition entre hommes et femmes est similaire entre les deux domaines de prise en charge: il s'agit en majorité d'hommes (ambulatoire: 71.5%, résidentiel: 68.1%; $\chi^2 = 8.1$, $df = 1$, $p = .004$). De même,

Tableau 1: caractéristiques démographiques et socio-économiques des client(e)s, selon le sexe et le domaine de prise en charge, en % et (n)

	Domaine ambulatoire			Domaine résidentiel			χ^2
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Nationalité							***
suisse	80.4	78.8 (3236)	84.3 (1383)	88.7	86.6 (1185)	93.1 (604)	
étrangère	19.6	21.2 (870)	15.7 (257)	11.3	13.4 (184)	6.9 (45)	
Etat civil							***
célibataire	29.1	32.9 (1165)	19.7 (275)	33.7	35.8 (497)	29.1 (190)	
marié(e)	43.8	43.6 (1547)	44.3 (619)	36.6	36.7 (509)	36.6 (239)	
divorcé(e)	24.1	21.9 (776)	29.6 (414)	25.9	25.6 (356)	26.5 (173)	
veuf/veuve	3.0	1.6 (57)	6.4 (90)	3.8	1.9 (26)	7.8 (51)	
Situation de logement							***
stable	96.9	96.5 (3896)	97.7 (1575)	92.6	92.2 (1266)	93.6 (599)	
instable	3.1	3.5 (140)	2.3 (37)	7.4	7.8 (107)	6.4 (41)	
Formation							***
sans formation	21.0	18.8 (730)	26.4 (398)	20.2	16.9 (233)	27.2 (176)	
professionnelle classique	69.6	70.6 (2735)	67.1 (1012)	57.3	59.7 (822)	52.2 (337)	
professionnelle supérieure	6.6	7.6 (293)	4.2 (63)	15.4	15.7 (217)	14.7 (95)	
académique	2.8	3.0 (118)	2.3 (35)	7.1	7.7 (106)	5.9 (38)	
Statut professionnel							***
employé(e)	74.4	71.5 (2113)	82.5 (873)	59.4	58.2 (784)	62.3 (367)	
cadre inférieur(e)/moyen(ne)	11.0	11.9 (351)	8.7 (92)	18.2	16.8 (227)	21.2 (125)	
cadre supérieur(e)/indépendant(e)	14.6	16.6 (492)	8.8 (93)	22.4	25.0 (337)	16.5 (97)	
Source(s) de revenu ¹							
salaire	57.5	62.6 (1994)	44.8 (572)	56.1	58.9 (723)	49.9 (280)	n.s.
rente AVS/AI	18.6	16.8 (536)	23.2 (296)	16.3	14.7 (180)	20.0 (112)	*

Remarques: χ^2 calculés pour les différences entre le domaine ambulatoire et le domaine résidentiel; * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; n.s. = non significatif;

¹ plusieurs réponses possibles.

l'âge moyen au moment de l'admission dans les services ambulatoires ($M=44.6$ ans) est proche de celui observé dans les institutions résidentielles ($M=44.4$ ans, $t=-1.03$, n.s.). Dans ce domaine toutefois, la dispersion des âges est un peu moins grande ($SD=9.9$, min.=20, max.=78) que dans le domaine ambulatoire ($SD=10.8$, min.=14, max.=75), seul secteur où l'on recense des moins de 20 ans (0.7% des client(e)s).

La comparaison des caractéristiques socio-économiques a en revanche permis de mettre en évidence des différences plus marquées entre les deux domaines de prise en charge (tableau 1). Ainsi, on recense une proportion moins élevée de client(e)s de nationalité suisse dans le domaine ambulatoire, où l'on observe par ailleurs une part moins importante de célibataires, compensée essentiellement par un taux plus élevé de client(e)s mariés. En effet, les divorcé(e)s et les veufs/veuves apparaissent dans des proportions analogues dans les deux domaines de prise en charge. Concernant la situation de logement au moment de l'admission, la part des client(e)s sans logement stable (p. ex. vivant dans la rue, en centre d'accueil/communauté thérapeutique/appartement protégé) est deux fois plus élevée dans le domaine résidentiel.

Les différences les plus évidentes concernent toutefois le niveau de formation et le statut professionnel. En effet, les client(e)s des institutions résidentielles sont proportionnellement plus du double à bénéficier d'une formation professionnelle supérieure ou académique. A l'inverse, les services ambulatoires prennent en charge une part plus élevée de client(e)s au bénéfice d'une formation professionnelle classique (surtout apprentissage). Quant aux client(e)s sans formation, ils sont représentés de façon comparable dans les deux domaines de prise en charge. Sur le plan professionnel, le statut d'employé(e) est bien plus répandu dans le domaine am-

bulatoire, qui recense par contre des proportions de cadres et d'indépendant(e)s inférieures au domaine résidentiel. Concernant les sources de revenu, on observe des proportions similaires de client(e)s ayant une activité lucrative dans les deux domaines, tandis que la part des rentiers AVS/AI est un peu plus importante dans le domaine ambulatoire.

3.2 Parcours thérapeutique et circonstances de la prise en charge

Le tableau 2 montre une très nette différence relative aux prises en charge antérieures: dans le domaine résidentiel, environ quatre client(e)s sur cinq ont déjà été traités par le passé pour des problèmes de dépendance et environ un sur deux l'a été à plusieurs reprises. Dans le domaine ambulatoire, ces proportions sont sensiblement moins élevées: seule une petite moitié des client(e)s avait déjà une expérience antérieure de prise en charge et moins d'un sur quatre plusieurs expériences.

Au sujet des personnes ou instances ayant motivé la décision de s'adresser à une institution spécialisée, on constate que l'intervention de proches ou de l'employeur est bien plus fréquente chez les client(e)s des institutions résidentielles. Il en va de même des instances médicales (hôpital/clinique, médecin privé, psychiatre/psychologue) et de l'aide sociale (service social ou médico-social, service régional AI, institution spécialisée ambulatoire ou résidentielle, groupe d'entraide). Les admissions qui ont eu lieu sur l'initiative des client(e)s, avec ou sans intervention concomitante de tiers, sont aussi plus répandues dans le domaine résidentiel. En revanche, les instances judiciaires et administratives (en particulier le service des automobiles et l'autorité de tutelle) ont plus souvent joué un rôle dans les prises en charge ambulatoires. De manière générale, le nombre d'instances impliquées semble plus éle-

Tableau 2: éléments du parcours thérapeutique des client(e)s et fréquence de la consommation d'alcool, selon le sexe et le domaine de prise en charge, en % et (n)

	Domaine ambulatoire			Domaine résidentiel			χ^2
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
Expérience antérieure de traitement							***
aucune	53.1	54.5 (2099)	49.3 (759)	16.1	16.3 (228)	15.9 (104)	
une fois	24.5	24.4 (940)	24.6 (379)	29.4	31.8 (446)	24.4 (160)	
plusieurs fois	22.5	21.0 (809)	26.1 (401)	54.4	52.0 (729)	59.8 (392)	
Envoi ¹							
propre initiative	50.0	50.8 (2045)	47.9 (768)	59.9	60.0 (821)	59.8 (383)	***
proches	14.6	14.7 (593)	14.4 (231)	35.6	35.8 (490)	35.3 (226)	***
employeur	5.4	6.0 (243)	3.9 (62)	10.0	12.6 (172)	4.4 (28)	***
autorité admin. ou judiciaire	21.6	26.5 (1065)	9.5 (153)	10.0	10.6 (145)	8.6 (55)	***
instance médicale	31.1	28.7 (1153)	37.2 (596)	48.7	48.0 (657)	50.2 (321)	***
aide sociale	15.5	14.8 (594)	17.4 (279)	23.9	25.1 (344)	21.3 (136)	***
Fréquence consommation d'alcool ¹⁵							***
oui, chaque jour	36.2	36.1 (1179)	36.3 (462)	70.4	74.4 (1013)	62.0 (391)	
oui, pas chaque jour	29.2	28.5 (931)	30.8 (392)	28.6	24.6 (335)	37.2 (235)	
jamais	34.7	35.4 (1155)	32.8 (417)	1.0	1.0 (14)	0.8 (5)	

Remarques: χ^2 calculés pour les différences entre le domaine ambulatoire et le domaine résidentiel; *** $p<0.001$;

¹ plusieurs réponses possibles.

¹⁵ domaine ambulatoire: au cours des 30 derniers jours; domaine résidentiel: au cours des 6 derniers mois.

vé dans le domaine résidentiel que dans le domaine ambulatoire.

Enfin, dans le domaine résidentiel, les client(e)s qui consommaient de l'alcool chaque jour avant leur admission sont bien plus nombreux que ceux qui en consommaient moins fréquemment. Dans le domaine ambulatoire, l'écart entre ces deux groupes de consommateurs est moins grand.

3.3 Analyse multivariée

Afin de mesurer la valeur prédictive respective des variables examinées plus haut (excepté quatre d'entre elles, voir point 2.6), une régression logistique multivariée a été effectuée en prenant le domaine de prise en charge comme variable dépendante. Le tableau 3, qui présente les résultats de cette analyse, ne mentionne pas les variables «état civil» «source de revenu: salaire» et «instance d'envoi: instance administrative ou judiciaire», finalement exclues du modèle par la procédure pas à pas en raison de leur valeur prédictive non significative.

Comme les analyses bivariées le laissaient présager, la variable «expérience antérieure de traitement» apparaît comme le meilleur prédicteur pour l'orientation des client(e)s vers le domaine ambulatoire plutôt que vers le domaine résidentiel: les client(e)s n'ayant jamais été traités par le passé ont une probabilité d'être pris en charge dans le domaine ambulatoire nettement supérieure à celle des client(e)s ayant déjà été traités une fois. De même, la variable «situation de logement» a une bonne valeur prédictive: les client(e)s dont la situation de logement était stable au moment de leur admission ont une probabilité deux fois plus élevée d'être pris en charge dans le domaine ambulatoire que les client(e)s ayant une situation de logement instable. La probabilité d'être pris en charge dans ce domaine varie, en outre, avec le niveau de formation et le statut professionnel des client(e)s. En ce qui concerne les instances d'envoi, le fait que les client(e)s aient été motivés par leur employeur ou par une in-

stance médicale réduit de plus de moitié la probabilité qu'ils se soient adressés à un service ambulatoire. Cette probabilité est diminuée de 30% lorsque les client(e)s ont été envoyés par l'aide sociale. Enfin, sous le contrôle des autres variables, les client(e)s de nationalité suisse ont une probabilité moins élevée d'être pris en charge dans le domaine ambulatoire et l'âge conserve son rôle déterminant.

4. Discussion

Bien que les informations essentielles relatives à la sévérité des problèmes des client(e)s n'aient pas pu faire l'objet de réelles comparaisons, les résultats de la présente étude suggèrent que les client(e)s pris en charge par les services ambulatoires se distinguent de ceux admis dans les institutions résidentielles sur un certain nombre d'aspects.

De toutes les variables ayant pu être examinées, la variable «expérience antérieure de traitement» est apparue comme la plus discriminante. En effet, plus de 80% des client(e)s du secteur résidentiel avaient déjà suivi au moins un traitement avant leur admission, contre moins de la moitié dans le secteur ambulatoire. Ceci tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle le séjour en institution intervient le plus souvent alors que d'autres offres d'assistance ont déjà été sollicitées et se situe par conséquent plutôt en aval de la chaîne thérapeutique. De leur côté, les services ambulatoires apportent à la plupart de leurs client(e)s une première aide spécialisée pour des problèmes de dépendance. Le fait que ces services accueillent néanmoins une part importante de client(e)s déjà traités antérieurement montre que les réadmissions n'y sont pas rares et qu'ils s'occupent également de postcures.

Concernant le profil socio-économique des client(e)s, deux éléments retiennent l'attention. D'une part, alors que l'intégration dans le marché du travail ne paraît pas influencer sur l'orientation des client(e)s vers l'un ou l'autre type d'assistance, il semble que le

Tableau 3: Régression logistique pour la prédiction de l'orientation vers le domaine ambulatoire (n = 4866)

		OR	(95% CI)	Sig.
Nationalité (Réf. = étrangère)	suisse	0.61	(0.49 – 0.75)	***
Situation de logement (Réf. = instable)	stable	2.11	(1.50 – 2.96)	***
Formation (Réf. = sans formation)	formation professionnelle classique	1.86	(1.53 – 2.26)	***
	formation professionnelle supérieure	0.67	(0.50 – 0.91)	**
	formation académique	0.51	(0.34 – 0.76)	**
Statut professionnel (Réf. = employé)	cadres moyens et inférieurs	0.47	(0.38 – 0.59)	***
	cadres supérieurs/indépendants	0.48	(0.39 – 0.59)	***
Expérience antérieure de traitement (Réf. = aucune)	une	0.08	(0.06 – 0.10)	***
	plusieurs	0.04	(0.03 – 0.05)	***
Envoyé par l'employeur (Réf. = non)	oui	0.35	(0.26 – 0.46)	***
Envoyé par une instance médicale (Réf. = non)	oui	0.47	(0.40 – 0.54)	***
Envoyé par l'aide sociale (Réf. = non)	oui	0.71	(0.59 – 0.85)	***
R ² Nagelkerke		43.8%		

Remarques: analyses effectuées sous le contrôle du sexe et de l'âge; OR=odds ratio; 95% CI=intervalle de confiance à 95%; Sig.: niveau de signification; **p<0.01; ***p<0.001.

statut professionnel soit plus déterminant. Les institutions résidentielles accueillent en effet une proportion plus importante de cadres et d'indépendants que les services ambulatoires. Elles comptent d'ailleurs aussi un taux plus élevé de client(e)s au niveau de formation élevé. D'autre part, les institutions résidentielles se caractérisent par une plus grande proportion de client(e)s dont la situation de logement était instable (c'est-à-dire sans domicile fixe, en institution ou dans un établissement médical) au moment de l'admission. Quelques pistes d'explication renvoyant aux offres spécifiques des deux secteurs peuvent dès lors être envisagées. Ainsi, on peut supposer que les responsabilités professionnelles plus élevées des cadres et des indépendants les poussent souvent à chercher une solution aussi rapide et radicale que possible et qu'ils se tournent pour cette raison de préférence vers le secteur résidentiel. Il semble également se confirmer que les personnes marginalisées ou hospitalisées soient elles aussi plus souvent admises dans les institutions résidentielles, qui leur proposent un encadrement thérapeutique intense et, dans certains cas, médicalisé. A l'inverse, les personnes socialement bien intégrées paraissent s'adresser plus fréquemment aux services ambulatoires.

Enfin, au sujet de la proportion légèrement inférieure de femmes accueillies dans le domaine ambulatoire, il est possible qu'elle s'explique avant tout par le fait que deux institutions résidentielles participant à la statistique SAKRAM/CIRSA n'accueillent que des femmes.

Malheureusement, seul un nombre limité de caractéristiques a pu être pris en considération, vu certaines différences entre les instruments utilisés dans les deux statistiques. Les informations relatives à la gravité des problèmes des client(e)s, pourtant nécessaires à l'indication d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle, n'ont pas pu faire l'objet de comparaisons entre ces deux domaines. En effet, la statistique SAMBAD ne renseigne pas sur les quantités d'alcool consommées, et les variables relatives à la fréquence ou aux antécédents de consommation, bien que disponibles dans les deux statistiques, sont difficilement comparables. De plus, les informations ayant trait à l'état de santé général et surtout à la co-morbidité des client(e)s font défaut, et celles relatives à leurs relations familiales et sociales ne peuvent être comparées. A l'avenir, de telles lacunes pourront toutefois être largement comblées. En effet, dans le cadre des efforts d'harmonisation des statistiques de traitement entrepris par la Confédération, les anciennes statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA ont été remplacées en 2004 par le Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (act-info, www.act-info.ch). Cette nouvelle statistique permettra non seulement d'étendre les comparaisons,

mais aussi d'évaluer dans quelle mesure certain(e)s client(e)s recourent aux deux types d'assistance.

5. Conclusion

Quand bien même la présente étude a mis en exergue certaines différences entre les client(e)s des secteurs de prise en charge ambulatoire et résidentiel, elle ne permet pas de conclure définitivement à l'existence ou non de profils réellement distincts. Des comparaisons plus approfondies, impliquant un éventail plus large de variables, s'avèrent indispensables pour tirer des conclusions valides à ce sujet. Le Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (act-info, www.act-info.ch), qui repose sur des questionnaires d'entrée et de sortie directement comparables dans les cinq domaines de traitement concernés (ambulatoire, résidentiel alcool et médicaments, résidentiel drogues illégales, substitution à la méthadone, traitement avec prescription d'héroïne) constitue dans cette optique un instrument des plus prometteurs.

6. Références

1. Gmel G. Dépendance. In: Müller R, Meyer M, Gmel G, eds. Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 1997:49–57.
2. Miller WR, Brown JM, Simpson TL, et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR, eds. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1995:12–44.
3. Wetterling T. Therapieindikation. In: Wetterling T, Veltrup C, eds. Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfad. Berlin: Springer, 1997:62–6.
4. Uchtenhagen A. Indikationsverfahren – Unumgängliche Neuregelung des Zugangs zur Suchthilfe? Suchtmagazin 2004;30(4):19–23.
5. Gauthier J-A. Traitement résidentiel de l'alcoolodépendance en Suisse. SAKRAM/CIRSA – Statistique 1993 à 1997. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2000.
6. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin: Springer, 2003.

7. Transfert de connaissances/Valorisation

7.1 Quelques publications et présentations récentes

1. Delgrande Jordan M. Le rôle du réseau social dans le traitement des personnes alcoolodépendantes. VI^e Forum européen de l'alcoologie plurielle et des addictions singulières «Familles je vous hais, familles je vous aime!», Hénin-Beaumont, France, décembre 2003.
2. Gauthier J-A. Traitement résidentiel de l'alcoolodépendance en Suisse. SAKRAM/CIRSA – Statistique 1993 à 1997. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2000.
3. Maffli E. Characteristics of male and female outpatients with drug-related problems: The situation in Switzerland between 1995 and 2003. Treatment Demand Indicator (TDI) Annual Expert Meeting, Lisbon, Portugal, September 2004.
4. Maffli E, Kuntsche S, Delgrande Jordan M. Drinking goals of outpatients with alcohol-related problems in the Swiss care supply, 29th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettli Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Krakow, Poland, June, 2003.
5. Maffli E, Kuntsche S, Delgrande Jordan M, Annaheim B, Francis A. Ambulante Suchtberatung 2002 – Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich/Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002 – Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS)/Office fédéral de la statistique (OFS), 2004.

8. Remerciements

Nous tenons à remercier les collaboratrices et les collaborateurs des institutions participant aux statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA qui ont pris la peine de compléter les questionnaires en plus de leur travail habituel et sans lequel(le)s cette étude n'aurait pas été possible.

Adresse pour correspondance:
Marina Delgrande Jordan
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme
et autres toxicomanies
Av. Ruchonnet 14
Case postale 870
CH-1001 Lausanne
Tél.: 021 321 29 96
Fax: 021 321 29 40
E-mail: mdelgrande@sfa-ispa.ch