

Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

ANALYSE DE LA STATISTIQUE DES
TRAITEMENTS A LA METHADONE DANS LE
CANTON DE VAUD

Période 2001-2008

*Thérèse Huissoud, Cédric Gumy, Jean-Pierre Gervasoni
Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par :

Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1999.

Citation suggérée :

Huissoud T, Gumy C, Gervasoni J.-P, Dubois-Arber F. Analyse de la statistique des traitements à la méthadone dans le canton de Vaud. Période 2001-2008. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de santé, 175).

Remerciements :

A tous les médecins et à toutes les institutions qui ont participé à la statistique des traitements à la méthadone dans le canton de Vaud.

Date d'édition :

Octobre 2010.

Nom du fichier : RdS-175 Analyse de la statistique traitements Méthadone.docx

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Objectifs de la recherche	5
1.2	Questions de recherche	6
1.3	Méthode	6
1.3.1	Types de document à disposition	6
1.3.2	Procédure pour l'analyse des files actives 2001 et 2007	7
1.3.3	Identification des personnes constituant les files actives 2001 et 2007	7
1.3.4	Définition de la trajectoire des patients présents en 2001	9
1.3.5	Analyse de survie et échantillons considérés	9
2	Analyse des files actives 2001 et 2007	11
2.1	Comparaison des 3 groupes d'usagers dans les deux files actives	11
2.1.1	Données socio-démographiques	11
2.1.2	Consommation et prise de risque	17
2.1.3	Etat de santé, dépistage des hépatites et du VIH	23
2.1.4	Dose de méthadone et médicaments supplémentaires	26
2.2	Conclusions	29
3	Trajectoire des patients présents en 2001	33
3.1	Continuité et arrêts de traitements	33
3.1.1	Motif d'arrêt de traitement 2001-2007	34
3.1.2	Retour en traitement	36
4	Analyse de survie : durées de traitement de substitution et des interruptions	39
4.1	Nombre d'épisodes de traitements et d'interruptions par personne	39
4.2	Durée de traitement continu jusqu'au sevrage terminé	40
4.2.1	Durée lors d'un premier traitement de substitution	40
4.2.2	Durée selon le fait de travailler à plein temps	42
4.2.3	Autres facteurs facilitant l'abstinence	43
4.3	Probabilité de reprendre un traitement, y inclus après un sevrage	43
4.3.1	Durée lorsque la personne a un travail à temps plein	45
4.3.2	Autres facteurs prévenant la rechute	46
4.4	Conclusions	46
5	Annexe	47

1 INTRODUCTION

En 1998, le Service de la santé publique du canton de Vaud s'est doté d'un nouveau logiciel de saisie des données de traitement de substitution (TBS)^a, conçu pour remplir deux fonctions principales : optimiser la gestion des traitements de substitution prescrits aux patients héroïnomanes d'une part, fournir un outil de recherche épidémiologique et clinique dans le domaine des addictions d'autre part.

Baptisé « Methadon », ce logiciel a été développé en 1997 par la société Cysoft^b pour le compte de l'OFSP. Il est utilisé depuis lors dans 14 cantons et demi-cantons différents^c, principalement pour la gestion des TBS et la saisie des données y relatives. En ce qui concerne le canton de Vaud, ce logiciel est opérationnel depuis août 2000.

A part le canton du Tessin dans un passé récent, Vaud est un des seuls cantons suisses qui produise^d une analyse de la clientèle des TBS et des modalités de remise du traitement permettant de faire le point sur la situation humaine et épidémiologique pour orienter les politiques de santé publique dans ce domaine.

1.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Depuis une quinzaine d'années, le nombre de personnes suivant un TBS dans le canton de Vaud a fortement progressé. Elles étaient 520 à suivre un traitement à la méthadone en 1992, 1200 en 1995 et 1576 au début de l'année 1998. Depuis le début des années 2000, leur nombre est toutefois en stagnation, voire en légère baisse, le nombre de nouvelles personnes étant inférieur au nombre des arrêts de traitement. C'est par ailleurs une population vieillissante^d.

Afin de mieux comprendre le devenir et l'évolution de cette population, la présente recherche poursuit un double objectif :

1. comparer de manière détaillée différents sous-groupes de patients caractérisés par leur parcours en matière de TBS (*nouveaux* patients, *retours* en traitement et *prolongations* de traitement) en 2001 et en 2007 (analyse descriptive transversale répétée)
2. analyser les trajectoires des patients en TBS de 2001 à 2008 (perspective longitudinale) (entrée, fin de traitement, retour en traitement).

Alors que les données ont été récoltées à partir d'août 2000, ces deux analyses démarrent au 1^{er} janvier 2007 afin de disposer de données annuelles complètes.

^a Nous reprenons ici la terminologie TBS (traitement basé sur la substitution) utilisée par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSMA).

^b www.deltadata.ch/aboutus.html

^c AR, BE, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SH, TG, TI et VD.

^d Dernière publication : Huissoud T, Jeannin A, Gervasoni J-P, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2005-2006 : Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, cahier 1. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2007 (Raisons de Santé, 135).

1.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

L'analyse transversale compare et mesure l'évolution des différents sous-groupes identifiés du point de vue :

- des caractéristiques socio-démographiques des personnes en traitement : âge, sexe, état civil, nationalité, nombre d'enfants, situation sociale, prise en charge psycho-sociale, formation achevée, situation professionnelle, conditions de logement, séjour en prison et présence ou non de tutelle/curatelle
- des données de santé, soit l'état de santé - physique et psychique - subjectif, les données sur les dépistages des virus de l'hépatite A (VHA), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC), du VIH, ainsi que la vaccination contre le VHB
- de la consommation et les prises de risque (substance consommée, fréquence de consommation, pratique de l'injection et âge de la première consommation)
- des modalités de traitement (produit consommé, dosage et prescription d'autres médicaments).

En ce qui concerne les trajectoires des patients, les points suivants ont été analysés :

- le nombre d'épisodes et d'interruptions de traitements pour l'ensemble des patients enregistrés entre 2001 et 2008
- le nombre de personnes ayant repris un traitement après une interruption (délai entre le dernier questionnaire de fin de plus de 2 mois ou indication d'un traitement de substitution antérieur)
- la durée médiane d'un épisode de traitement jusqu'à une sortie de traitement en étant sevrée de méthadone (analyse de survie) et les facteurs pouvant influencer cette durée
- la probabilité qu'un patient redémarre un nouveau traitement suite à une interruption de traitement selon que la personne ait interrompu son traitement en étant sevrée ou non
- la durée médiane d'interruption d'un traitement selon le motif d'arrêt du traitement (sevrage terminé ou non) (analyse de survie).

1.3 MÉTHODE

Des analyses semblables ont été présentées dans d'autres documents publiés (Huissoud et al.) et non publiés^e. Des informations détaillées concernant la qualité et l'origine du fichier de données sur lequel nous nous basons ici figurent dans ces documents.

1.3.1 Types de document à disposition

Les données disponibles dans le fichier méthadone proviennent de 4 documents différents^f intitulés :

1. Le rapport d'entrée

Le rapport d'entrée doit être rempli à chaque nouvelle entrée en traitement même si un patient a déjà été traité auparavant par le même ou par un autre médecin. Cela inclut plusieurs situations comme un premier traitement, un changement de médecin ou une reprise de cure. Ce document est le plus complet et le plus intéressant pour l'analyse épidémiologique. Y figurent les questions sur les caractéristiques socio-démographiques, les questions de santé, les questions sur la consommation et les médicaments annexes ainsi que les indications sur le type de TBS suivi.

^e « Questionnaire méthadone: septembre 2006 »; « Traitement de substitution dans le canton de Vaud 2001-2005 » et « Traitement de substitution dans le canton de Vaud 2001-2003 ».

^f Les documents 3 et 4 figurent en fait sur le même formulaire.

2. L'autorisation pour traitement de substitution

La demande d'autorisation est un document qui vise à obtenir l'autorisation de la part du Médecin cantonal pour démarrer un traitement. Il n'y a pas d'information utile pour nos analyses sur ce document qui permet un traitement d'une durée de 6 mois au maximum. Ensuite, une nouvelle autorisation doit être délivrée (formulaire de demande de prolongation).

3. La demande de prolongation d'autorisation pour traitement de substitution

Ce document doit être rempli tous les 6 (en principe) à 12 mois (pour les situations suivies au long cours et stables) pour que la prise en charge soit maintenue. Par rapport au questionnaire d'entrée, il manque dans ce document les questions socio-démographiques et sur un éventuel séjour en prison.

4. Le rapport de fin de traitement

Le rapport de fin de traitement est rempli en cas d'arrêt de traitement (patient sevré, abandon, sans nouvelles, décès) et également lors d'un changement de médecin.

1.3.2 Procédure pour l'analyse des files actives 2001 et 2007

Nous avons sélectionné les documents des personnes présentes en 2001 (27'492 documents qui correspondent à 1870 individus). La même procédure est suivie pour les personnes présentes en 2007 (1701 individus présents).

Une personne peut toutefois être présente au cours d'une année sans que l'on possède un questionnaire utilisable pour les analyses^g (le formulaire d'autorisation de traitement ne contient aucune donnée utile pour nous et certaines personnes n'ont aucun autre type de formulaire au cours de l'année en question). Les effectifs que nous allons présenter maintenant sont donc légèrement inférieurs au nombre de personnes réellement en traitement.

1.3.3 Identification des personnes constituant les files actives 2001 et 2007

Le but de la procédure est de distinguer puis comparer les patients selon leur situation par rapport au TBS en 2001 et 2007. Trois cas de figure principaux peuvent se présenter :

1. Une personne peut entrer pour la première fois en TBS
2. Une personne peut recommencer une cure après un arrêt de traitement
3. Finalement, elle peut se trouver dans la file active, c'est-à-dire suivre son traitement sans interruptions.

Nous avons regroupé les individus concernés dans ces trois sous-groupes^h :

^g Il y a eu un changement de pratique en 2006 au niveau de la politique de suivi des TBS de la part de la Santé publique. En 2001, les médecins devaient remplir pour chaque patient un questionnaire de prolongation tous les 6 mois. En 2007, ce délai a été rallongé à 12 mois. Dès lors, il se peut qu'une personne n'ait qu'un document d'autorisation de traitement au cours d'une année.

^h Ces groupes ont été formés en tenant compte d'un certain nombre de biais et de problèmes de fiabilité des informations contenues dans les questionnaires. Un numéro d'identification étant attribué définitivement à chaque personne, on retrouve tous les documents délivrés pour cette personne et on peut vérifier certaines informations. On trouve par exemple des cas de personnes qui ont déclaré n'avoir jamais été traitées (réponse non à la question des traitements antérieurs) mais qui avaient déjà eu une phase de traitement. On remarque aussi que parfois des questionnaires d'entrée de succèdent sans qu'il n'y ait eu de questionnaires de fin.

Les « nouveaux » : procédure pour la sélection des individus concernés

Les vrais *nouveaux* (n=55 en 2001 et n=48 en 2007) sont les personnes qui ont un questionnaire d'entrée au cours de l'année, qui n'ont pas eu de questionnaire auparavant et qui signalent n'avoir jamais suivi un traitementⁱ en lien avec la toxicodépendance.

Ces personnes sont nouvelles aux yeux du service de la de la Santé publique vaudoise (SSP), cependant elles peuvent avoir déjà suivi un traitement dans un autre canton ou pays et ne pas le signaler.

Les « retours » : procédure pour la sélection des individus concernés

Les *retours* (n=250 en 2001 et n=201 en 2007) sont les personnes qui débutent un traitement en 2001/2007 mais qui avaient déjà été traitées auparavant. Ce sont donc des personnes qui recommencent un traitement ou qui ont une pause de plus de deux mois au cours de l'année étudiée. Lorsque la pause dans le traitement est inférieure à 2 mois, les personnes sont comptabilisées dans la catégorie « prolongations » (cause possible, par exemple, changement de médecin).

Les personnes qui ont un questionnaire d'entrée mais qui ont déjà suivi un traitement sont donc classées dans la catégorie « retours ».

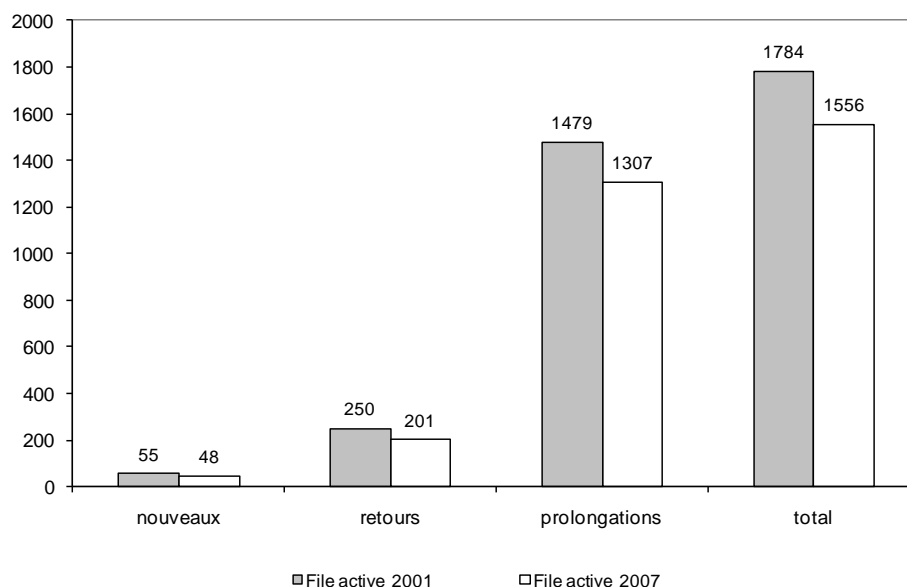
Les « prolongations » : procédure pour la sélection des individus concernés

Les *prolongations* (n=1479 en 2001 et n=1307 en 2007) sont toutes les autres personnes. Les personnes qui ont une interruption de traitement de moins de 2 mois (environ) ou qui ont eu un changement de médecin sont considérées comme des *prolongations*. Toutefois, certaines personnes peuvent se trouver en traitement pendant une année sans qu'aucun document ne figure dans le fichier car les documents de prolongation peuvent n'être remplis que chaque 12 mois. Une personne peut donc avoir un document en décembre 2000 et le suivant en janvier 2002. Elle n'aura donc aucun document pour 2001 alors qu'elle a réellement été en traitement. Nous ignorons combien de personnes exactement sont dans cette situation car le nombre de personnes et de documents est trop important pour faire un repérage au cas par cas. Pour 2001, les personnes dans cette situation devraient être très peu nombreuses, mais pour 2007 (changement du délai consenti entre le remplissage de deux questionnaires de prolongation) ces personnes pourraient être plus nombreuses ce qui expliquerait partiellement la diminution observée entre 2001 et 2007.

La distribution finale est visible sur la Figure 1-1.

ⁱ Par nouveau patient, nous prenons en compte les patients qui n'ont eu aucun traitement (substitution, résidentiel ou sevrage) antérieurement. Toutefois un patient qui a été en sevrage et/ou en résidentiel mais démarre un TBS pour la première fois n'est pas considéré comme un nouveau patient alors. Il existe une question portant spécifiquement sur les traitements de substitution antérieurs mais la qualité des réponses est trop mauvaise pour que l'on puisse l'utiliser.

Figure 1-1 Composition finale pour comparaison des files actives 2001 (n=1784) et 2007 (n=1556), nombre de personnes en traitement de substitution dans le canton de Vaud



On observe sur cette figure que la population en traitement tend à diminuer au fil du temps (l'effectif total baisse de 228 personnes, soit de 12.8%, entre 2001 et 2007) ce qui signifie que les nouvelles entrées ne compensent pas les arrêts de traitement (abandons, déménagement, abstinence, décès, etc.).

Ces chiffres permettent d'estimer la proportion de personnes consommatrices d'héroïne dans le canton de Vaud suivant un TBS. En 2002, l'OFSP estimait qu'environ 26'000 personnes (entre 22'000 et 30'000) consommaient régulièrement de l'héroïne en Suisseⁱ. Vu que le canton de Vaud représente généralement 10% des effectifs nationaux, on peut donc estimer qu'environ 2'600 personnes étaient dans cette situation dans le canton en 2002. Pour 2001, on peut estimer la proportion de personnes en TBS entre 68.6% et 81.1% (plus probablement) des personnes potentiellement concernées.

1.3.4 Définition de la trajectoire des patients présents en 2001

La trajectoire des patients entre 2001 et 2007 s'établit sur la base des documents enregistrés au cours de chaque année. La présence annuelle des patients est définie par l'existence d'au moins un document de type entrée, prolongation ou fin de traitement enregistré au cours de l'année. Un patient qui a un document de fin est considéré comme étant présent au cours de l'année même s'il ne suit pas son traitement sur 365 jours. Les interruptions de traitement (fin et reprise de traitement au cours d'une même année) ne sont pas non plus prises en compte dans la définition de la trajectoire des patients. Cette définition ne permet pas de calculer des durées de traitement calculées en jours.

1.3.5 Analyse de survie et échantillons considérés

L'analyse de survie a été menée sur SPSS selon la méthode Kaplan-Meyer. Selon cette méthode la fonction de survie se calcule sur la probabilité de survivre chaque fois qu'au moins un « décès » est enregistré. Lorsque l'analyse ne porte pas sur une durée suffisante pour inclure l'ensemble des « décès », une date limite d'analyse est fixée. Une durée de survie supérieure à ce délai donné de surveillance correspond à une

ⁱ OFSP, La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogues (PorMcDro III) 2006-2011

donnée dite censurée^k. En présence de censure, on tient compte des données censurées dans l'estimation de la survie jusqu'à ce qu'on arrive à leur valeur, puis on les oublie.

Dans notre cas, l'analyse de survie fournit le pourcentage de personnes en traitement jour après jour. Les données censurées correspondent aux personnes qui n'ont pas terminé leur traitement au 1^{er} juillet 2008 (la personne qui aura commencé son traitement le 25 juin 2008 sera censurée au bout de 5 jours, soit le 1^{er} juillet, sauf si elle a eu un arrêt de traitement entre temps). Ces personnes seront exclues dès lors du total de survivants pour lesquels la probabilité de survie continue à être calculée, leur durée d'exposition au traitement est cependant incluse dans le calcul de la fonction de survie.

Le calcul de la durée de traitement et de la durée d'interruption entre 2 traitements concerne 2208 patients pour lesquels au moins un document d'entrée ou de sortie a été établi entre le 1 janvier 2001 et le 1 juillet 2008, date de l'extraction des données.

L'estimation de la durée de traitement a été calculée à partir de la date d'enregistrement du premier questionnaire d'entrée de chaque patient, soit pour 1666 patients. Si le patient était toujours en traitement au 1^{er} juillet 2008, c'est cette date qui a été retenue pour censurer l'épisode de traitement. Si le patient a eu entre temps un questionnaire de fin, la date d'établissement de ce dernier est utilisée pour le calcul du nombre de jour de traitement.

La durée de l'interruption a été mesurée à partir de la date d'établissement du premier document de fin de traitement, pour autant que ce document de fin ne soit pas suivi, dans un délai de moins de 60 jours, par un nouveau questionnaire d'entrée en traitement. Les interruptions de traitement documentées dans l'analyse qui suit correspondent donc toujours à un arrêt de traitement de plus de 60 jours. Les personnes ayant eu un questionnaire de sortie suite à leur décès ont été exclues du calcul de la durée d'interruption. Au total, 1581 personnes ont été incluses dans l'analyse.

^k Cette donnée est dite censurée à droite si l'évènement ne s'est pas encore produit à une date donnée.

2 ANALYSE DES FILES ACTIVES 2001 ET 2007

Ce chapitre compare trois sous-groupes de personnes dans les files actives de 2001 et 2007 dans le but de mettre en évidence les différences en termes de consommation, d'état de santé et de situation socio-professionnelle. L'analyse est répétée sur ces groupes à 6 ans d'intervalle pour voir si on observe une évolution de ces indicateurs dans le temps.

Pour rappel, le TBS vise à remplacer la consommation d'héroïne par une prescription de méthadone et de ce fait à diminuer la consommation d'héroïne dans un premier temps avec pour but final de mener la personne vers l'abstinence (d'héroïne et de méthadone). D'autres objectifs intermédiaires importants et recherchés sont l'arrêt de l'injection, la rupture avec le milieu de la drogue, le maintien du lien avec le milieu de la santé et de la réinsertion socio-professionnelle, débiter un travail psychothérapeutique si nécessaire, et surtout la possibilité de retrouver un quotidien exempt du stress de la recherche du produit et de toute sensation de manque.

2.1 COMPARAISON DES 3 GROUPES D'USAGERS DANS LES DEUX FILES ACTIVES¹

2.1.1 Données socio-démographiques

En 2001 et en 2007 les 3 groupes d'usagers sont de taille très différente (cf. Tableau 2-1).

En 2001, il y a 55 *nouveaux*, 250 *retours* et 1479 *prolongations*. La proportion d'hommes est comparable dans les 3 groupes (environ 70%). L'âge moyen des personnes en *prolongation* est plus élevé que celui des 2 autres groupes (33.3 ans contre environ 31 ans). Globalement, les hommes sont légèrement plus âgés que les femmes. L'âge moyen de cette population s'élève à 31.9 ans

En 2007, on a 48 *nouveaux*, 201 *retours* et 1307 *prolongations*. Ici, la proportion d'hommes est particulièrement élevée chez les *nouveaux* (75%). L'âge moyen des patients est le plus élevé chez les *prolongations* (38.1 ans contre 34.9 ans pour les *retours* et 31.4 ans pour les *nouveaux*). L'âge moyen de cette population s'élève à 36.8 ans.

L'âge moyen a augmenté entre 2001 et 2007 dans les trois groupes. Ces chiffres révèlent un vieillissement de la file active^m. En effet, en l'espace de 6 ans, l'âge moyen des *prolongations* et des *retours* a augmenté de presque autant d'années (seuls l'âge moyen des *nouveaux* n'augmente que légèrement). Ce vieillissement de la population n'est pas spécifique au canton de Vaud et a été évoqué lors de la conférence nationale sur la substitution 2007 (Nasuko 2007)ⁿ.

En ce qui concerne les *nouveaux*, si l'on considère que les personnes ont commencé à consommer des opiacés autour de 20 ans environ (cf. « Âge moyen de la 1ère consommation d'héroïne » au Tableau 2-10 Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne au cours du dernier mois et âge moyen de la première consommation en 2001 et 2007 (%)), on observe que le délai probable entre la première consommation et le premier TBS est plutôt long (environ 6 ans). Idéalement, ce délai devrait être plus court pour pouvoir

¹ Attention : pour toutes ces analyses, nous présentons les taux de réponses manquantes puis nous avons effectué les analyses sans ces réponses manquantes. Les pourcentages sont calculés sur les réponses valides observées. Il convient aussi de prendre garde à la taille de l'échantillon sur lequel ces analyses sont faites. Dans ce rapport, le taux de non réponse à une question varie de 0% (questions sur l'âge et le sexe des répondants) à 97.7% (âge de la première consommation de cocaïne chez les *prolongations* de 2007). Lorsque les taux de réponses manquantes sont élevés, les prévalences et données présentées doivent donc être considérées avec prudence et circonspection.

^m Pour information, en 1994, l'âge moyen des hommes était de 29 ans et de 31 ans début 1998. L'âge moyen des femmes était de 29 et 30 ans pour les mêmes années (Huissoud et al. 51).

ⁿ Le document : « Substitution pour héroïnomanes : voie sans issue ou porte de sortie ? », compte rendu de la conférence nationale sur la substitution « Nasuko » des 6 et 7 septembre 2007. Voir sous : http://www.great-aria.ch/pdf/dependances/Revue/34/34_article7.pdf.

effectuer un travail de prévention secondaire^o efficace et pour éviter que la personne ne tombe dans une consommation problématique.

La proportion d'hommes augmente légèrement entre 2001 et 2007, principalement chez les *nouveaux* (+5.9%) et les *retours* (+4.3%).

Tableau 2-1 Proportion d'hommes (%) et âge moyen des patients en 2001 et 2007

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Effectifs	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
% d'hommes	69.1	75	68.8	73.1	67.4	68.7
Âge moyen (homme/femme)	30.7 (31.6/28.8)	31.4 (31.8/30.3)	30.8 (30.7/30.9)	34.9 (34.8/35.2)	33.3 (33.6/32.5)	38.1 (38.1/37.9)
Réponses manquantes				1 (0.5%)		

En ce qui concerne l'état civil (Tableau 2-2) (données non disponibles pour les *prolongations*), on trouve en 2001 et 2007 majoritairement des personnes célibataires (entre 66.5% et 72.2%). On trouve ensuite les personnes mariées et divorcées dans des proportions comparables. Entre 2001 et 2007, on observe peu de changement si ce n'est pour les *nouveaux* de 2001 dont le taux de personnes séparées est très bas et de divorcées est élevé par rapport aux autres groupes où ces taux sont comparables.

Tableau 2-2 Etat civil des patients (%) en 2001 et 2007

Etat civil	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
célibataire	72.2	70.2	67.4	66.5	ND	ND
marié-e	9.3	12.8	13.6	13.6	ND	ND
séparé-e	1.9	8.5	6.4	7.9	ND	ND
divorcé-e	14.8	8.5	9.3	11.5	ND	ND
veuf/veuve	1.9	0.0	3	0.5	ND	ND
inconnu	0.0	0.0	0.4	0.0	ND	ND
Réponses manquantes	1 (1.8%)	1 (2.1%)	14 (5.6%)	10 (5%)	ND	ND

Remarques pour l'ensemble des tableaux de cette partie : Les formats de question pouvant diverger, certaines questions ne comportent pas de non réponse (p.ex. médicaments supplémentaires) (lorsqu'un comportement n'est pas présent il n'est simplement pas signalé). Parfois, la somme des pourcentages n'égale pas exactement 100% à cause des arrondis. ND = Non disponible car disponible uniquement pour les questionnaires d'entrée.

Pour la nationalité des patients (Tableau 2-3) (données non disponibles pour les *prolongations*), on observe que la proportion de Suisses est inférieure chez les *nouveaux* par rapport aux *retours* et qu'elle baisse entre 2001 et 2007. Les proportions d'Italiens et de Portugais ont passablement augmenté entre 2001 et 2007 dans les deux groupes. Parmi les *nouveaux*, on trouve de nombreuses personnes provenant de pays non listés (« autres » = 23.1% et 15.2%). Ce taux est en baisse en 2007 par rapport à 2001.

^o Voir la définition de ce concept par G. Ziegler à <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=615>.

Tableau 2-3 Nationalité des patients (%) en 2001 et 2007

Nationalité	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
suisse	59.6	41.3	68.1	53.6	ND	ND
italienne	1.9	13.0	7.1	8.3	ND	ND
espagnole	1.9	0.0	6.3	4.7	ND	ND
française	3.8	6.5	5.0	8.3	ND	ND
portugaise	5.8	17.4	7.1	13.5	ND	ND
ex-yougoslave	3.8	6.5	1.3	0.5	ND	ND
allemande	0.0	0.0	0.0	0.0	ND	ND
autre	23.1	15.2	5.0	10.9	ND	ND
Réponses manquantes	3 (5.5%)	2 (4.2%)	12 (4.8%)	9 (4.5%)	ND	ND

De nombreuses personnes ont des enfants. Entre 26.1% et 39.5% selon les groupes ont au moins un enfant (Tableau 2-4) (donnée non disponible pour les *prolongations*). Parmi les *nouveaux*, on trouve davantage de gens sans enfants (environ 70%) que chez les *retours* (environ 60%). Entre 2001 et 2007, la proportion de gens sans enfants reste stable, celle qui a un enfant baisse et celle qui a deux enfants augmente. Ces données sont de qualité très moyenne car on a entre 21.4% et 33.2% de réponses manquantes.

Tableau 2-4 Nombre d'enfants par patient (%) en 2001 et 2007

Nombre d'enfants	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
0	73.8	72.2	59.9	62.7	ND	ND
1	19.0	13.9	28.7	19.6	ND	ND
2	7.1	13.9	9.6	13.3	ND	ND
3	0.0	0.0	1.2	3.8	ND	ND
4	0.0	0.0	0.6	0.6	ND	ND
5	0.0	0.0	0.0	0.0	ND	ND
Réponses manquantes	13 (23.6%)	12 (25%)	83 (33.2%)	43 (21.4%)	ND	ND

Concernant le niveau de formation (Tableau 2-5) (données non disponibles pour les *prolongations*), on observe qu'environ un tiers (30% en moyenne sur les 4 groupes) n'ont pas dépassé le stade de l'école obligatoire ou de l'apprentissage (CFC obtenu). En Suisse, dans la population générale, 15% des hommes et 30% des femmes (soit environ 22% pour l'ensemble) sont dans cette situation, la situation vaudoise étant similaire^P. Il semble difficile dans ces conditions pour ces personnes de trouver leur place sur le marché de l'emploi. Pour les *nouveaux*, la situation semble s'être un peu améliorée en 2007. Le nombre de personnes ayant terminé un apprentissage a légèrement progressé.

^P Source :

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/prevention_sante/fichiers_pdf/etat_sante__population_vauoise/cahier5_fin.pdf.

Tableau 2-5 Formation des patients (%) en 2001 et 2007

Formation	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
école obligatoire	30.0	34.1	23.2	34.1	ND	ND
apprentissage (CFC obtenu)	28.0	34.1	43.4	35.8	ND	ND
apprentissage partiel	18.0	11.4	25.0	21.8	ND	ND
formation supérieure non universitaire	12.0	9.1	4.4	2.8	ND	ND
université, haute école	6.0	9.1	3.1	2.8	ND	ND
inconnu	6.0	2.3	0.9	2.8	ND	ND
Réponses manquantes	5 (9.1%)	4 (8.3%)	22 (8.8%)	22 (10.9%)	ND	ND

En ce qui concerne la situation professionnelle des patients (Tableau 2-6), 26.5% en moyenne sur les 6 groupes travaillent à plein temps.

En 2001, c'est parmi les *nouveaux* que l'on trouve le pourcentage le plus important de travailleurs à temps complet (29.1% contre 27.7% pour les *prolongations* et 24.8% pour les *retours*). En 2007, c'est à nouveau dans ce groupe que les travailleurs à temps complet sont les plus nombreux (29.2%) puis les *retours* (27.4%) et finalement les *prolongations* (20.6%).

Entre 2001 et 2007, la proportion de personnes travaillant à plein temps a baissé chez les *prolongations* (de 27.7% à 20.6%) et légèrement augmenté chez les *retours* (de 24.8% à 27.4%) alors qu'elle est inchangée chez les *nouveaux*.

En moyenne dans les 6 groupes, 27.6 % sont bénéficiaires d'une aide sociale (RMR⁹).

En 2001, c'est aussi parmi les *nouveaux* que l'on trouve le pourcentage le plus important de personnes vivant d'un RMR/aide sociale (32.7% contre 27% pour les *prolongations* et 24.4% pour les *retours*). En 2007, en revanche, c'est dans le groupe des *retours* que les bénéficiaires d'un RMR/aide sociale sont les plus nombreux (30.8%) suivis de près par les *prolongations* (30.3%) et finalement par les *nouveaux* (20.8%).

Entre 2001 et 2007, la proportion de personnes au bénéfice d'une aide sociale a augmenté chez les *prolongations* (de 27% à 30.3%) et chez les *retours* (de 24.4% à 30.8%) alors qu'elle a fortement baissé chez les *nouveaux* (32.7% à 20.8%).

En moyenne dans les 6 groupes, 14.4 % sont bénéficiaires d'une rente d'invalidité.

En 2001, c'est aussi parmi les *prolongations* que l'on trouve le pourcentage le plus important de personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité (20.2% contre 11.6% pour les *retours* et 1.8% pour les *nouveaux*). En 2007, on observe la même situation avec 27.5% de bénéficiaires chez les *prolongations* suivis des *retours* (20.9%) et finalement les *nouveaux* (4.2%).

Entre 2001 et 2007, la proportion de personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité a augmenté chez les *prolongations* (de 20.2% à 27.5%), chez les *retours* (de 11.6% à 20.9%) de même que chez les *nouveaux* (1.8% à 4.2%) même si les taux restent relativement contenus dans ce dernier groupe.

En synthèse, l'évolution la plus marquante à propos de la situation professionnelle concerne la rente d'invalidité car la proportion de personnes au bénéfice d'une rente AI a augmenté de façon marquée dans chaque catégorie entre 2001 et 2007.

De manière générale, les proportions de personnes ayant une activité salariée ont baissé entre 2001 et 2007 (dans 7 groupes sur 9 si l'on prend en compte les 3 types de « travail »).

⁹ Actuellement « revenu d'insertion » (RI).

Si l'on regarde dans chaque groupe quelle est la situation prédominante, on voit que pour les *nouveaux*, c'est la situation « RMR aide sociale » (32.7%) qui prédomine en 2001 et « travail à plein temps » (29.2%) en 2007. Malheureusement, on observe la situation inverse pour les *retours* et les *prolongations*. Pour ces deux situations on trouve que le « travail à plein temps » était prédominant en 2001 (24.8% pour les *retours* et 27.7% pour les *prolongations*) et que c'est le « RMR aide sociale » (30.8% pour les *retours* et 30.3% pour les *prolongations*) qui prend la première place en 2007. Vu sous cet angle, ces données suggèrent une péjoration entre 2001 et 2007 de la situation professionnelle de ces deux groupes (qui regroupent l'essentiel de la population en TBS dans le canton) car de moins en moins de personnes travaillent à temps complet et de plus en plus vivent grâce à une rente d'invalidité ou l'aide sociale.

Tableau 2-6 Situation professionnelle des patients (%) en 2001 et 2007

Situation professionnelle	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
travail à plein temps	29.1	29.2	24.8	27.4	27.7	20.6
travail à temps partiel	7.3	2.1	6.4	3.0	5.3	4.9
travail occasionnel temporaire protégé	10.9	0.0	6.8	5.0	8.2	3.9
en formation	3.6	0.0	4.4	1.0	1.6	0.8
chômage avec indemnités	1.8	8.3	6.4	4.0	3.2	3.1
chômage sans indemnités	9.1	2.1	5.6	3.0	1.6	0.7
femme/homme au foyer	1.8	4.2	1.2	0.0	3.1	2.3
RMR aide sociale	32.7	20.8	24.4	30.8	27.0	30.3
rente d'invalidité	1.8	4.2	11.6	20.9	20.2	27.5
réadaptation AI	0.0	2.1	1.2	1.0	1.2	0.8
autre situation	12.7	22.9	12.4	7.0	4.1	4.8
inconnu	0.0	2.1	0.8	0.5	0.3	0.5
Total des mentions¹	61	47	265	208	1532	1311

¹ Le nombre total des mentions est supérieur au nombre de personnes car une même personne peut se trouver dans plus d'une situation (p.ex. travail à temps partiel et rente d'invalidité) (le total des pourcentages peut donc dépasser 100%).

Pour les conditions de logement (Tableau 2-7), la situation la plus fréquente est le logement individuel où le répondant vit seul (entre 28.6% et 48% selon les groupes). Cela concerne principalement les personnes en *prolongation* (environ 50%). On trouve ensuite les logements avec partenaire et/ou enfants (entre 20% et 30%) puis le logement chez des proches. Les situations d'urgence (logement de secours et/ou dans la rue) concernent essentiellement les personnes *nouvelles* et les *retours* autant en 2001 qu'en 2007 (entre 3.6% et 4%). Entre 2001 et 2007, la situation semble donc assez stable. Ces données sont d'assez bonne qualité (maximum 7.4% de réponses manquantes).

Tableau 2-7 Conditions de logement des patients (%) en 2001 et 2007

Conditions de logement	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
a son propre appartement, vit seul(e)	38.2	39.6	28.6	34.2	46.7	48
loge chez des proches (p.ex. famille)	16.4	18.8	17.3	24.6	12.2	14.3
loge avec partenaire, év. enfants	27.3	20.8	29.8	18.6	31.1	26.3
loge en communauté (avec amis)	1.8	0.0	1.6	3.5	0.9	1.5
loge en chambre, seul(e)	1.8	2.1	2	0.5	1.5	1.4
logement de secours/vit dans la rue	3.6	4.2	4	4	1.2	1.5
en hôpital/institution thérapeutique	3.6	0.0	10.9	10.1	4.5	5.2
en prison	0.0	0.0	0.4	1	0.2	0.2
autre	7.3	14.6	5.2	3.5	1.5	1.2
inconnu	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4
Réponses manquantes	0.0	0.0	2 (0.8%)	2 (1%)	109 (7.4%)	85 (6.5%)

Pour l'évaluation de la situation sociale^r (Tableau 2-8), les *nouveaux* se démarquent des deux autres groupes en 2001. Ils sont plus nombreux à être en « très mauvaise » situation (11.1% vs 5.5% et 3.3%) et ensuite moins nombreux à être en moyenne/bonne situation. Globalement, les gens en *prolongation* semblent s'en sortir mieux étant plus nombreux que les deux autres groupes à être en bonne situation et moins nombreux en mauvaise situation. On observe une situation quelque peu plus équilibrée en 2007 mais les *nouveaux* restent tout de même moins bien lotis.

Tableau 2-8 Situation sociale des patients (%) en 2001 et 2007

Situation sociale	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
très mauvaise	11.1	6.3	5.5	7.1	3.3	2.2
mauvaise	20.4	31.3	23.9	26.0	16.9	14.9
moyenne	37.0	27.1	44.5	40.3	43.5	52.0
bonne	25.9	33.3	23.1	21.9	31.0	27.1
très bonne	5.6	2.1	2.9	4.6	5.3	3.9
Réponses manquantes	1 (1.8%)	0	12 (4.8%)	5 (2.5%)	175 (11.8%)	150 (11.5%)

La proportion de personnes ayant déjà effectué un séjour en prison (Tableau 2-9) est très différente entre les groupes *nouveaux* et *retours* (cette donnée n'est pas disponible pour les *prolongations*). Pour les *nouveaux*, seule 1 personne sur 5 a connu la privation de liberté contre près de la moitié (46.1% en 2001 et 47% en 2007) chez les *retours*. Ces proportions sont stables entre 2001 et 2007. Pour les personnes sous tutelle, on n'en trouve aucune chez les *nouveaux* et entre 4% et 8% chez les *retours*. La proportion de personnes sous

^r Cette évaluation est faite par le médecin sans outils de mesure objectifs. Elle doit donc être considérée comme empreinte de subjectivité.

curatelle est plus importante, soit un peu moins de 10% en moyenne sur les 4 groupes. Elles sont en augmentation entre 2001 et 2007.

Tableau 2-9 Séjours en prison (%), tutelle et curatelle des patients (%) en 2001 et 2007

Prison ¹	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
oui	18.8	18.6	46.1	47.0	ND	ND
non	81.3	74.4	52.1	49.7	ND	ND
inconnu	0.0	7.0	1.8	3.3	ND	ND
Réponses manquantes	7 (12.7%)	5 (10.4%)	31 (12.4%)	18 (9.0%)	ND	ND
Sous tutelle	0.0	0.0	7.6	4.5	ND	ND
Réponses manquantes, « non » et « inconnu »²	100	100	231 (92.4%)	192 (95.5%)	ND	ND
Sous curatelle	5.5	12.5	7.2	11.9	ND	ND
Réponses manquantes, « non » et « inconnu »²	52 (94.5%)	42 (87.5%)	232 (92.8%)	177 (88.1%)	ND	ND

¹ Le sens de la question est le suivant : le patient a-t-il effectué un ou plusieurs séjours en prison au cours de la vie ?

² Nous regroupons ces trois modalités en une pour les raisons suivantes : Bien que les médecins soient sensés répondre à la question par « non », « tutelle », « curatelle » et « inconnu », la réponse « non » n'est que très rarement cochée. Les répondants semblent donc n'avoir répondu que lorsqu'une tutelle ou curatelle est en vigueur.

2.1.2 Consommation et prise de risque

Les données les plus importantes et les plus intéressantes d'un point de vue de santé publique concernent les consommations de stupéfiants et les prises de risque (ainsi que les dépistages et vaccinations, voir chapitre 2.1.3). Comme évoqué en introduction, pour la SSMA, d'un point de vue thérapeutique, un traitement à la méthadone est considéré comme une réussite lorsque le patient ne consomme plus d'héroïne^s.

A cause du grand nombre de réponses manquantes pour les questions relatives aux consommations de substances psychotropes, seules les données concernant la consommation d'héroïne et de cocaïne figurent dans ce rapport bien qu'elles soient aussi de qualité moyenne (plus d'un tiers de réponses manquantes parmi les *prolongations*). Une des raisons de la mauvaise qualité de ces données est peut-être liée au fait que certains médecins ne répondent à la question que si la réponse est positive, c'est-à-dire lorsque le patient consomme. Toutefois, il est possible aussi qu'une partie des réponses manquantes provienne d'autres problèmes liés à des difficultés de communication entre le médecin et le patient.

Comme nous le voyons dans le Tableau 2-10 et graphiquement sur la Figure 2-1, la proportion de personnes ayant consommé quotidiennement de l'héroïne durant le mois précédant^u en 2001 est de 66% des *nouveaux*, 59.6% des *retours* et 5.4% des *prolongations*^v. Les abstinents au cours du derniers mois ne sont que 13.2% chez les *nouveaux*, 13.0% chez les *retours* et ils sont 54.6% chez les *prolongations*. Pour 2007, on

^s Les « Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes » de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction. (Recommandations valides jusqu'au 31.12.2010). Voir sous : http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070525_fr.pdf.

^t Alors qu'il devrait cocher la case « pas le dernier mois ».

^u Précédent l'entrée en traitement pour les *nouveaux* et l'établissement du questionnaire pour les *prolongations*.

^v Les données présentes ne permettent pas d'affirmer avec certitude l'arrêt de la consommation d'héroïne car elles peuvent autant reposer sur le résultat de tests de mesure (salive, urine) que sur la parole du patient et/ou l'information disponible pour le médecin. Elles nous permettent toutefois d'avoir une vue d'ensemble de la consommation.

observe la même structure de données. Parmi les *nouveaux* et les *retours*, nombreuses sont les personnes qui consomment quotidiennement (respectivement 58.5% et 44.3%) alors qu'elles sont très peu nombreuses parmi les *prolongations* (1.8%).

Tableau 2-10 Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne au cours du dernier mois et âge moyen de la première consommation en 2001 et 2007 (%)

Fréquence de la consommation d'héroïne	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
quotidienne	66	58.5	59.6	44.3	5.4	1.8
2 à 6 fois par semaine	17.0	14.6	14.3	12.6	8.9	5.4
1 fois par sem. ou moins	3.8	12.2	9.9	12.1	24.6	15.6
pas le dernier mois	13.2	12.2	13	29.3	54.6	68.2
inconnu	0.0	2.4	3.1	1.7	6.5	9.0
Réponses manquantes	2 (3.6%)	7 (14.6%)	27 (10.8%)	27 (13.4%)	554 (37.5%)	474 (36.3%)
Âge moyen de la 1ère consommation d'héroïne	24.5	24.7	21.3	20.8	19.9	20.8
Réponses manquantes	10 (18.2%)	25 (52.1%)	107 (42.8%)	95 (47.3%)	1377 (93.1%)	1265 (96.8%)
Âge moyen (pour rappel)	30.7	31.4	30.8	34.9	33.3	38.1
Fréquence de la consommation de cocaïne	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
quotidienne	6.1	0.0	12.2	1.4	1.5	1.0
2 à 6 fois par semaine	21.2	10.3	10.9	10.1	7.0	5.7
1 fois par sem. ou moins	24.2	27.6	17.7	20.3	17.2	14.3
pas le dernier mois	42.4	55.2	48.3	60.8	65.8	68.5
inconnu	6.1	6.9	10.9	7.4	8.5	10.5
Réponses manquantes	22 (40%)	19 (39.6%)	103 (41.2%)	53 (26.4%)	693 (46.9%)	481 (36.8%)
Âge moyen de la 1ère consommation de cocaïne	24	25.6	21.2	22	21	20.8
Réponses manquantes	34 (61.8%)	36 (75%)	188 (75.2%)	141 (70.1%)	1424 (96.3%)	1277 (97.7%)
Âge moyen (pour rappel)	30.7	31.4	30.8	34.9	33.3	38.1
Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne au moins une fois par mois	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
consommation d'héroïne ¹	58.5	59.5	58.9	48.6	26.2	14.8
consommation de cocaïne ¹	3.8	2.4	2.2	7.3	9.9	12.9
consommation des deux substances ¹	28.3	23.8	24.6	12.9	11.0	6.4
pas de consommation ¹	9.4	14.3	14.3	24.9	52.9	65.8
Réponses manquantes ¹	2 (3.6%)	6 (12.5%)	26 (10.4%)	24 (11.9%)	511 (34.6%)	411 (31.4%)

¹ Si on a une seule réponse pour les deux questions, on prend en compte la réponse sans signaler de réponse manquante. Sous « réponses manquantes » on a les cas où aucune des deux données n'est présente. Le taux de réponses manquantes est donc moins élevé que pour les questions considérant les consommations d'héroïne et de cocaïne séparément.

Tableau 2-11 Pratique de l'injection au cours du dernier mois d'héroïne et/ou de cocaïne en 2001 et 2007 (%)

Consommation d'héroïne par injection ²	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
non	76.4	87.5	64.8	79.6	84.8	94.3
oui	23.6	12.5	35.2	20.4	15.2	5.7
Consommation de cocaïne par injection¹						
non	81.8	100	79.6	80.6	88.9	93.3
oui	18.2	0.0	20.4	19.4	11.1	6.7
Pratique de l'injection d'héroïne et/ou de cocaïne¹						
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
pas d'injection actuellement	74.5	87.5	62.8	75.1	80.5	90.4
héroïne et cocaïne	16.4	0.0	18.4	14.9	6.8	2.8
héroïne	7.3	12.5	16.8	5.5	8.4	2.9
cocaïne	1.8	0.0	2.0	4.5	4.3	3.9
Pratique de l'injection d'héroïne et/ou de cocaïne²						
Mentionnent un mode	84.9	76.2	73.7	65.5	42.4	27.6
Consomment différemment	68.9	87.5	48.5	63.8	41.7	49.0
Injection d'héroïne uniquement	8.9	0	24.8	7.8	26.1	15.4
Injection de cocaïne uniquement	2.2	12.5	9.8	7.8	12.9	20.6
Injection des deux substances	20.0	0	24.2	20.7	19.3	15.0
Injection de l'une ou l'autre	31.1	12.5	51.5	36.2	58.3	51.0

¹ Parmi les personnes qui disent avoir consommé cette/ces substance(s) au cours du dernier mois précédent le questionnaire.

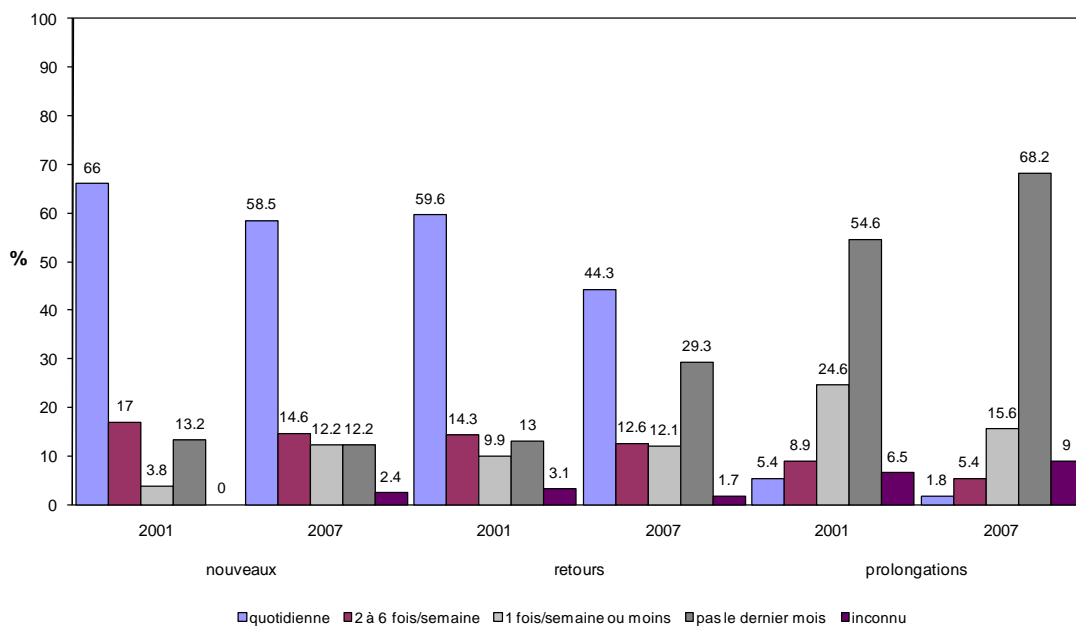
² Parmi les personnes qui disent avoir consommé cette/ces substance(s) au cours du dernier mois précédent le questionnaire et qui mentionnent un mode de consommation (injection, sniff, oral, inhalation).

On observe aussi sur la Figure 2-1 un effet de l'année et du traitement (effet prévisible et attendu) sur la consommation d'héroïne. Celle-ci est à chaque fois plus élevée dans les groupes de 2001 que dans ceux de 2007 et elle est plus élevée chez les *nouveaux* que chez les *retours* et surtout les *prolongations*. Relevons toutefois qu'en 2001 comme en 2007, respectivement 38.9% et 22.8% des *prolongations* continuaient à consommer régulièrement (entre quotidiennement et une fois par semaine) de l'héroïne.

A un autre niveau, on peut s'étonner, en regardant les données des *nouveaux*, que des personnes n'ayant pas consommé d'héroïne au cours du dernier mois (13% en 2001 et 12% en 2007) commencent pour la première fois un traitement de substitution. En principe, un contrôle d'urine atteste d'une consommation d'héroïne. Dans l'ensemble, ces données montrent toutefois que le traitement est efficace sur la consommation d'héroïne et que la situation générale de consommation semble s'être améliorée entre 2001 et 2007. Mais il faut signaler le rôle possible joué par les fluctuations du marché de l'héroïne et une probable augmentation de la consommation par cette population d'autres produits tels que la cocaïne et l'alcool entre 2001 et 2005^w.

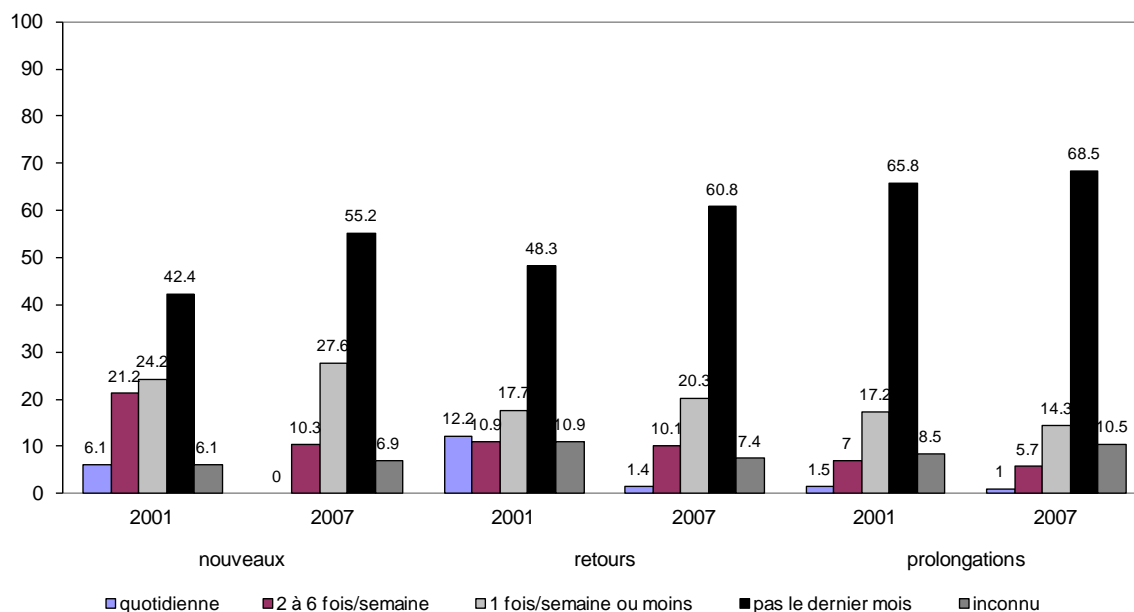
^w Huissoud T, Jeannin A, Gervasoni J-P, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2005-2006 : Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, cahier 1. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2007 (Raisons de Santé, 135).

Figure 2-1 Fréquence de la consommation d'héroïne (%) en 2001 et 2007



En ce qui concerne la consommation de cocaïne (Figure 2-2), on observe une structure de réponse semblable à celle de la consommation d'héroïne à certains égards. Ainsi, en 2001, le nombre de personnes qui en consommaient quotidiennement était de 6.1% chez les *nouveaux*, 12.2% chez les *retours*^x et 1.5% chez les *prolongations*. Le nombre de ceux n'ayant pas consommé lors des derniers 30 jours était de 42.4% chez les *nouveaux* et de 65.8% chez les *prolongations*. Ici aussi, la proportion de personnes consommatrices est généralement inférieure en 2007 par rapport à 2001.

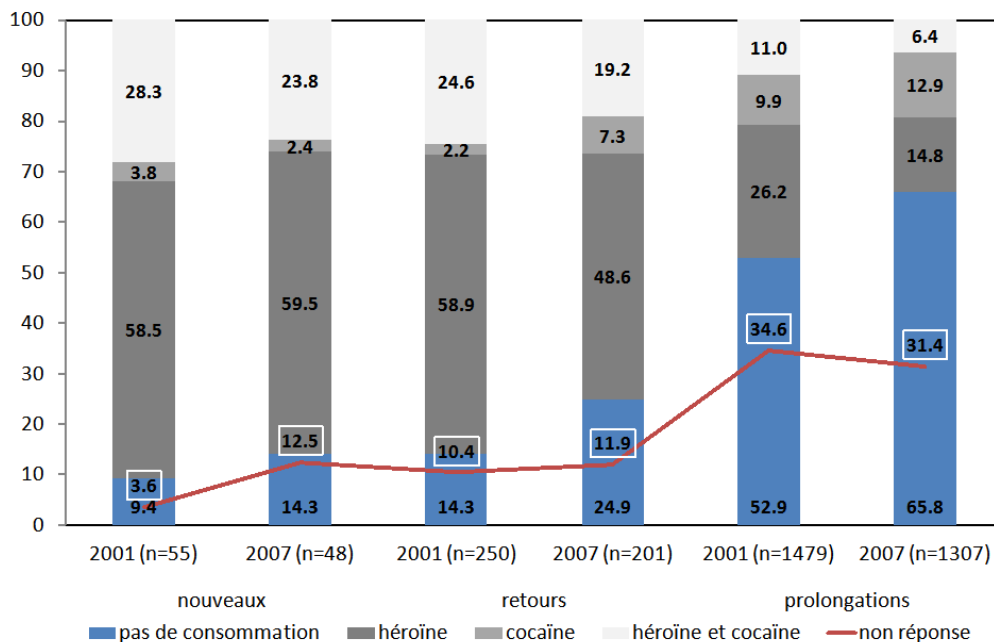
Figure 2-2 Fréquence de la consommation de cocaïne (%) en 2001 et 2007



^x Serait-ce une problématique typique de ce groupe d'utilisateurs ?

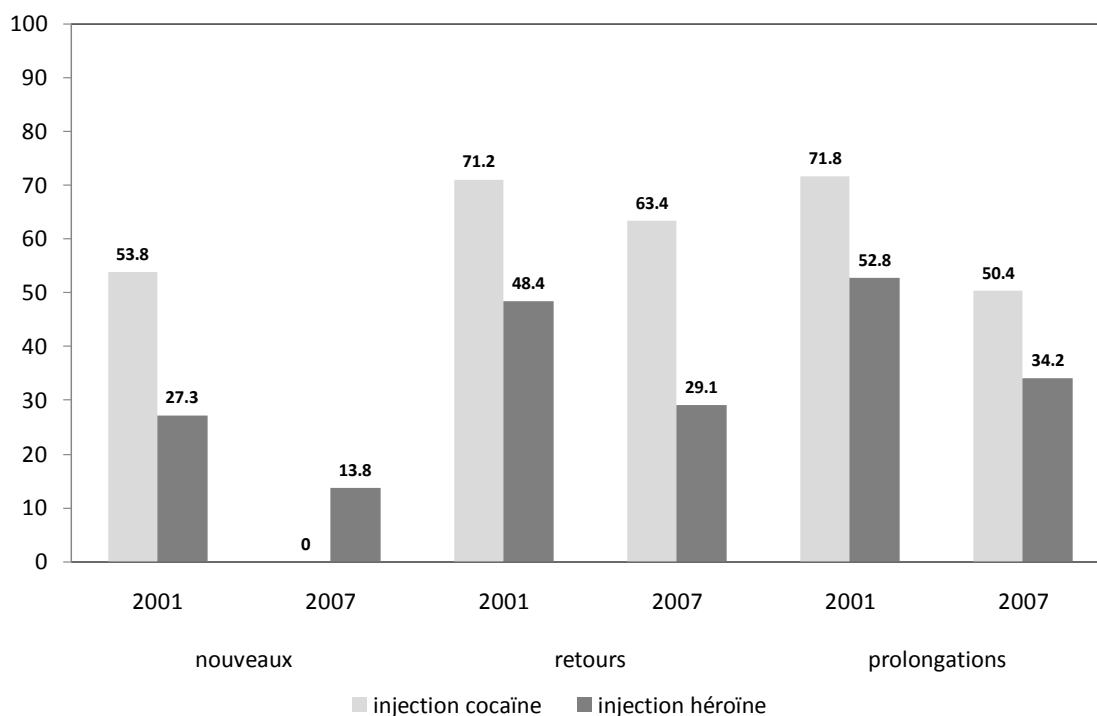
La Figure 2-3 nous permet d'avoir une vue d'ensemble de la consommation d'héroïne et/ou de cocaïne. On distingue les gens qui n'ont rien consommé durant le dernier mois de ceux qui ont consommé au moins une fois. On voit qu'en 2007, parmi les *prolongations*, on a encore plus de 30.0% des personnes qui ont consommé l'une ou l'autre des substances au moins une fois lors du dernier mois. Toutefois, le taux de non réponse (environ 30.0%) relativise quelque peu la pertinence des conclusions que l'on peut en tirer. En effet, si l'on fait l'hypothèse que les réponses manquantes sont des absences de consommation, on arrive à un pourcentage d'abstinents de 76.5%. Mais tant que ces données restent de qualité moyenne, on ne peut tirer aucune conclusion fiable. Tout au plus peut-on comparer les chiffres d'année en année et tenter de suivre les évolutions. A ce niveau, on constate une amélioration entre 2001 et 2007 dans tous les groupes.

Figure 2-3 Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne (au moins une fois dans les 30 derniers jours (%)) en 2001 et 2007



Comme on peut le voir sur la Figure 2-4, la situation en matière d'injection s'est améliorée entre 2001 et 2007 et ce dans tous les groupes mais particulièrement chez les *nouveaux*, ce qui est une donnée positive. Toutefois, ces pourcentages ne sont calculés que sur le sous-groupe des personnes qui consomment et qui ont mentionné un mode de consommation. En réalité, les injecteurs actuels déclarés (sans considérer les non réponses) sont une petite minorité de la population des personnes en TBS (entre 34% et 9.6% selon le groupe). Il convient donc de regarder essentiellement l'évolution par groupe entre 2001 et 2007 sans comparer les groupes entre eux à cause des différences en termes de réponses manquantes vues plus haut.

Figure 2-4 Pratique de l'injection d'héroïne et/ou de cocaïne (%) parmi les personnes mentionnant un mode de consommation en 2001 et 2007



Concernant l'âge moyen à la première consommation d'héroïne, nous avons affaire à une qualité de données médiocre (très grand nombre de réponses manquantes, à savoir entre 18.2% chez les *nouveaux* en 2001 et 96.8% chez les *prolongations* en 2007). On observe une légère différence d'âge, les *nouveaux* ayant un âge de première consommation plus élevé que les deux autres groupes (24.5 ans vs 21.3 et 19.9 en 2001). Signalons au passage que 24.5 ans est un âge élevé pour une première consommation. La situation est semblable en 2007. Avec précaution vu la quantité importante de données manquantes concernant l'âge de la première consommation, nous pouvons toutefois calculer le délai entre celui-ci et l'âge au moment de débuter pour la première fois un TBS. Pour 2001, ce délai est de 6.2 ans. Il est comparable pour 2007 (6.7 ans^y). Rappelons, comme nous l'avons vu plus haut que d'autres données suggèrent un âge de première consommation plus bas (environ 20 ans) au sein de la population fréquentant une structure du seuil bas vaudois.

L'âge de la première consommation de cocaïne est aussi une donnée de très mauvaise qualité (plus de 90% de réponses manquantes chez les *prolongations*). Cet âge moyen est à nouveau plus élevé chez les *nouveaux*, soit 24.0 ans vs 21.2 ans pour les *retours* et 21.0 ans pour les *prolongations* en 2001 (25.6 ans vs 22.0 ans pour les *retours* et 20.8 ans pour les *prolongations* en 2007).

Pour l'âge de la première consommation, on peut donc relever que, d'après les données en notre possession, il a eu tendance à augmenter dans les années 2000 par rapport aux années précédentes. En effet, cet âge moyen est de 4-5 ans plus élevé chez les *nouveaux* de 2001/2007 par rapport aux personnes déjà en traitement. Par contre, il n'a pas évolué entre 2001 et 2007. Signalons toutefois que si les données des *nouveaux* sont de qualité acceptables, ce n'est pas le cas pour les *prolongations* ce qui affaiblit la portée de cette observation.

^y Attention, cela ne signifie pas forcément que le patient a consommé continuellement de l'héroïne depuis 6 ans (en moyenne) mais qu'il a consommé pour la première fois environ 6 ans plus tôt. Il peut en effet avoir interrompu une ou plusieurs fois sa consommation. Cette donnée ne nous informe pas non plus sur la fréquence de la consommation passée.

2.1.3 Etat de santé, dépistage des hépatites et du VIH

En ce qui concerne les dépistages et les vaccinations^z, il convient de signaler un taux très élevé de réponses manquantes chez les *nouveaux* en 2001 pour les questions des dépistages des hépatites et du VIH (taux de réponses manquantes variant entre 45.5% et 61.9%). Globalement, les taux de réponses manquantes sont assez élevés (autour des 30-40%) alors que ces informations devraient faire partie du bilan de santé du début de la cure. La raison principale est que les dépistages n'ont souvent pas encore pu être effectués au moment du remplissage du questionnaire d'entrée chez les *nouveaux* car ce questionnaire est rempli au moment du début de la cure. Toutefois, ce problème touche essentiellement les *nouveaux* en 2001 et moins en 2007 pour une raison que nous ignorons.

A cause de ce problème, nous nous limiterons à commenter les taux de séropositivité pour chaque type de virus sans prendre en compte le groupe des *nouveaux* en 2001.

Les taux de séropositivité aux hépatites (principalement) et au VIH sont très élevés.

La prévalence au VIH varie entre 10% et 13% des personnes dépistées (entre 17% et 29% de réponses manquantes) exception faite des *nouveaux* dépistés en 2007 (plus d'une personne sur deux ayant été testée dans ce groupe) parmi lesquels il n'y a aucun cas positif. Sinon, on n'observe pas de changement particulier entre 2001 et 2007 au sein des groupes. Ces taux sont évidemment très élevés en comparaison avec la population générale, mais les consommateurs de drogue par injection forment un groupe à risque important.

C'est pour le VHC que la proportion de personnes ayant eu un test positif est la plus haute avec 47% à 58% des personnes testées (entre 23% et 31% de réponses manquantes). C'est une proportion considérable. On observe toutefois une légère amélioration chez les *nouveaux* (35.3% de cas positifs en 2001 contre 29.2% en 2007). Il y a environ deux fois plus de personnes infectées par le VHC chez les *prolongations* que chez les *nouveaux* (parmi les personnes testées). Ces chiffres suggèrent aussi que la contamination a lieu très tôt dans l'histoire de consommation du patient car un tiers des personnes testées est déjà positif au VHC à l'entrée en traitement, ce qui souligne encore la très importante exposition à la contamination de cette population et l'importance de maintenir voire d'améliorer les mesures de réduction des risques (comme l'échange de matériel stérile). Les données à notre disposition n'indiquent pas si le patient est ou a été traité ni quel est son stade infectieux au moment de remplir le questionnaire.

Pour le virus de l'hépatite B (VHB), le taux de séropositivité varie entre 25% et 38% des personnes testées (entre 28% et 34% de réponses manquantes). La proportion de séropositifs au VHB est semblable chez les *retours* entre 2001 et 2007. Par contre, elle est un peu plus basse pour les *prolongations* en 2007 qu'en 2001.

Outre l'importance de ces chiffres, on peut estimer que ces taux sous-estiment fortement le nombre réel de personnes atteintes, car de nombreuses personnes (les deux tiers) n'ont jamais été dépistées et selon Kammerlander et Zimmermann^{aa} « les consommateurs de drogues par injection sont le plus exposés au risque d'infection: plus de 50% présente des signes d'une infection passée ou récente. Cette proportion dépasse 70% lorsque la durée de consommation est supérieure à 5 ans. » L'étude de ces auteurs permet aussi de comparer les prévalences entre population toxicomane et population générale. Ils mentionnent des taux de prévalence d'infection chronique du VHB d'environ 0.3% dans la population générale et de 5% à 6% chez les consommateurs de drogue par injection.

Le virus de l'hépatite A (VHA) est celui des 4 qui affecte le moins notre population, mais il concerne toutefois de 14.4% à 23.2 % des personnes testées chez les *retours* et les *prolongations* de la file active de 2001 et de 12.5 à 19.9% des personnes dépistées de 2007 (environ 40% de réponses manquantes). Les taux de séropositivité sont légèrement plus bas en 2007 qu'en 2001.

Peu de personnes ont été vaccinées contre le VHB, soit entre 16% et 35% (en regroupant les personnes totalement ou en partie vaccinées)(inconnu pour environ 15% des personnes et de 10% à 41% de réponses manquantes). Ce taux est très faible étant donné l'exposition de cette population au virus et eu

^z Lorsque les dépistages ont été effectués par un autre médecin par le passé, cette donnée n'est pas forcément disponible. En principe, le médecin qui remplit le questionnaire mentionne les dépistages qu'il a lui-même effectué.

^{aa} Kammerlander R, Zimmermann H. Epidemiology of hepatitis B in Switzerland. Sozial- und Präventivmedizin, 1998; 43 (Suppl. 1) : S27-30, S101-4.

égard à la recommandation de vaccination des adolescents (11 à 15 ans) de l'OFSP de 1998^{bb} dans le but d'atteindre une vaccination universelle telle que préconisée par l'OMS en 1992. S'il est un peu tôt pour voir les éventuels effets de cette recommandation en 2001 (population cible ayant à ce moment entre 14 et 18 ans), il serait légitime de penser pouvoir en observer les premiers signes au moins chez les *nouveaux* de 2007 (population cible ayant à ce moment entre 20 et 24 ans). On trouve en effet une différence entre les *nouveaux* de 2001 et ceux de 2007 mais elle est bien modeste (10% de gain). Le pourcentage de personnes vaccinées est un peu plus élevé chez les trois groupes en 2007 qu'en 2001.

Tableau 2-11 Dépistages VHA, VHB, VHC et VIH (%) et vaccination VHB (%) en 2001 et 2007

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
Sérologie VIH						
testés	45.5	56.3	70	77.1	68.3	66.6
non testés	9.1	16.7	9.2	3.5	7.4	3.9
pas de données (inconnu et réponse manquante)	45.5	27.1	20.8	17.4	24.3	29.6
positifs	16.0	0.0	11.4	10.3	13.3	13.7
négatifs	76.0	92.6	84.6	84.5	84.0	82.4
réponses manquantes et inconnu	8.0	7.4	4.0	5.2	2.7	3.9
Sérologie VHC						
testés	30.9	31.3	29.6	22.9	25.8	28.8
non testés	9.1	18.8	3.6	2.0	6.7	2.8
pas de données (inconnu et réponse manquante)	60.0	50.0	66.8	75.1	67.5	68.5
positifs	35.3	29.2	47.3	51.0	58.6	57.4
négatifs	52.9	62.5	46.1	44.4	35.5	37.8
réponses manquantes et inconnu	11.8	8.3	6.6	4.6	5.9	4.8
Sérologie VHB						
testés	32.7	52.1	62.0	68.2	63.9	62.7
non testés	16.4	14.6	6.8	2.5	7.7	2.9
pas de données (inconnu et réponse manquante)	50.9	33.3	31.2	29.3	28.4	34.4
positifs	5.6	0	23.9	23.4	38.0	31.6
négatifs	88.9	88.0	71.0	71.5	57.0	63.1
réponses manquantes et inconnu	5.5	12.0	5.1	5.1	5.0	5.3
Sérologie VHA						
testés	23.6	43.8	47.2	55.7	45.5	52.0
non testés	14.5	16.7	9.2	4.5	13.3	4.9
pas de données (inconnu et réponse manquante)	61.9	39.6	43.6	39.8	41.2	43.1
positifs	15.4	4.8	14.4	12.5	23.2	19.9
négatifs	76.9	85.7	78.8	82.1	72.5	75.1
réponses manquantes et inconnu	7.7	9.5	6.8	5.4	4.3	5.0
Vaccination VHB						
oui complètement	16.2	20.9	24.0	32.3	17.1	20.9
oui en partie	0.0	4.7	2.4	3.0	5.1	3.8
Non	59.5	46.5	55.3	31.3	63.4	33.7

^{bb} <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=4468>

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
inconnu	24.3	27.9	18.3	15.4	14.3	11.9
Réponses manquantes	18 (32.7%)	5 (10.4%)	42 (16.8%)	36 (17.9%)	341 (23.1%)	543 (41.5%)

Nous avons donc des prévalences de séropositivités très élevées, principalement pour le VHC. Peu de gens ont été dépistés pour le VHA et dans une moindre mesure pour le VHB dans les files actives de 2001 et 2007. En revanche, les taux de dépistage du VIH et du VHC sont meilleurs avec environ les deux tiers des personnes dépistées. Les données sur la vaccination contre le VHB laissent par contre également à désirer (un tiers de non réponses).

Concernant l'état de santé physique général^{cc} (Tableau 2-12), on n'observe pas de différences très frappantes entre les groupes que ce soit en 2001 ou en 2007. La plupart des personnes sont jugées comme étant en « moyenne » ou en « bonne santé » voire « très bonne » et ceci pour les trois groupes et pour les deux années. Ces trois possibilités de réponse (moyenne, bonne, très bonne) prises ensemble, on a des taux allant de 85.5% pour les *nouveaux* de 2001 à 94.1% pour les *retours* de 2007. Ces résultats positifs sont encourageants. Toutefois cet indicateur ne montre pas de réelle évolution dans le temps ni entre les groupes. On observe une maintenance de l'état de santé physique dans le temps.

Pour l'état de santé psychique général^{dd} (Tableau 2-12), on observe des différences plus marquées. En 2001, les *nouveaux* sont plus nombreux à être jugés comme ayant un état de santé psychique très mauvais ou mauvais (33.4% ensemble) que les *retours* (24.2%) et les *prolongations* (17%). Les *prolongations* se distinguent positivement des deux autres groupes au niveau de la proportion de personnes se portant bien et très bien (ensemble 37% contre 28.6% pour les *nouveaux* et 27.8% pour les *retours*). Pour 2007, on ne remarque pas de grandes différences entre les groupes. Entre 2001 et 2007, la situation des *prolongations* semble s'être très légèrement améliorée et plus clairement pour les *retours*. Pour les *nouveaux*, on recense moins de personnes en très mauvaise/mauvaise santé psychique en 2007 qu'en 2001 et plus de personnes dont la santé psychique est jugée moyenne.

Tableau 2-12 Etat de santé physique et psychique général (%) en 2001 et 2007

Etat de santé physique général	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
très mauvais	5.5	0.0	1.2	0.5	0.9	0.6
mauvais	9.1	8.3	8.7	5.5	8.4	7.9
moyen	29.1	31.3	31.5	31.2	31.4	37.5
Bon	40.0	50.0	51.0	52.8	47.2	47.6
très bon	16.4	10.4	7.5	10.1	12.1	6.5
Réponses manquantes	0.0	0.0	9 (3.6%)	2 (1%)	145 (9.8%)	123 (9.4%)
Etat de santé psychique général						
très mauvais	9.3	0.0	2.9	1.0	2.7	1.1
mauvais	24.1	17.0	21.3	16.8	14.3	13.2
moyen	38.9	53.2	47.9	50.5	46.1	51.1
bon	24.1	29.8	26.3	30.1	32.6	31.3
très bon	3.7	0.0	1.7	1.5	4.3	3.3
Réponses manquantes	1 (1.8%)	1 (2.1%)	10 (4%)	5 (2.5%)	213 (14.4%)	167 (12.8%)

^{cc} L'état de santé physique est estimé par le médecin sur la base d'un diagnostic.

^{dd} L'état de santé psychique est estimé par le médecin sur la base d'un diagnostic.

2.1.4 Dose de méthadone et médicaments supplémentaires

Les dernières données intéressantes à notre disposition concernent la dose quotidienne de méthadone prescrite en milligrammes et les médicaments supplémentaires.

La méthadone est disponible sous plusieurs formes et dosages ; dans notre cas 7 types différents (et deux types de buprénorphine, le Temgesic© et le Subutex©). Mais la forme la plus courante est la méthadone sous forme de sirop à 2.5%. Pour rappel, les recommandations^{ee} suisses concernant la posologie sont les suivantes :

- Selon le principe du « start slow-go slow » (commencer lentement et continuer lentement), il est préférable de débiter le traitement avec des doses basses puis les augmenter par la suite, cela dans le but d'éviter les risques de décès qui peuvent survenir dans les 2-3 premiers jours de traitement. La dose de départ recommandée est de 30 mg/jour^{ff}.
- Ensuite, il convient d'augmenter lentement pour trouver la dose adaptée à chaque patient. Selon les recommandations de la SSMA, la dose quotidienne de méthadone devrait se situer entre 60 mg et 80 mg (8 à 12 mg/jour sont conseillés pour la buprénorphine). Les directives du Médecin cantonal évoquent une dose entre 20 et 100 mg^{gg}. (Certains travaux ont montré que les patients recevant plus de 60 mg atteignent plus facilement l'abstinence que les autres).

D'après les données disponibles, la grande majorité des patients (environ 90%) suit un traitement à base de méthadone en sirop à 2.5%, ce qui correspond aux directives du Médecin cantonal. D'après ces directives, la méthadone devrait être dispensée quotidiennement sous forme liquide uniquement (sirop ou solution). Exceptionnellement, et sur demande de dérogation, la prescription de comprimés (Kétalgine©) peut être admise. Les personnes recevant des comprimés se trouvent essentiellement parmi les *prolongations* et sont une petite minorité (environ 1.5%). Nous ne commenterons pas les autres chiffres, étant donné le peu de personnes concernées.

En 2001, nous observons que la dose moyenne de méthadone sous forme de sirop à 2.5% consommée par les personnes qui entrent en traitement est nettement en dessus de la dose préconisée par la SSMA (environ 30 mg/jour^{hh}), soit 47.1mg en moyenne pour 2001 et 55.2mg pour 2007 (médiane à 50mg/jour pour 2001 et 60mg/jour pour 2007). Pour les *retours*, nous avons des moyennes autour de 60mg/jour avec une médiane à 50. On se situe ici juste dans la limite inférieure de la plage suggérée pour le traitement de maintenance par le document de la SSMA (entre 60 et 80mg/jour). Par contre, en 2007, les doses sont plus élevées, à savoir 64.3mg/jour (médiane à 50) pour les *retours* et 70.4 (médiane à 57.5) pour les *prolongations*. Dans l'ensemble, les valeurs médianes restent au seuil de la tranche recommandée par les experts en traitement de substitution. Toutefois, le médecin est la seule personne habilitée à estimer la dose souhaitable en fonction des besoins et tolérances liées au métabolisme de chaque patient pris individuellement. « L'objectif est le bien-être du patient et la réduction des consommations parallèles » (Nasuko 2007).

Pour chaque sous-groupe, les doses moyennes sont plus élevées en 2007 qu'en 2001.

^{ee} Basé sur le document de la SSMA : « Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes ». (Recommandations valides jusqu'au 31.12.2010).
http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070525_fr.pdf

^{ff} 34 pour la buprénorphine.

^{gg} Les « Directives du Médecin cantonal concernant la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés à la prise en charge de personnes dépendantes du 29 mars 2000 ». Voir sous :
http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Classeur_avmct/4.pdf.

^{hh} Telle que formulée, cette recommandation concerne en fait la première dose. Ensuite, on peut augmenter la dose de 5 à 10 mg par jour.

Tableau 2-13 Posologie de la méthadone et de la buprénorphine en 2001 et 2007, type de produit délivré, dose quotidienne en moyenne (mg), valeurs minimum, médiane et maximum et nombre de personnes concernées

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001 n=55	2007 n=48	2001 n=250	2007 n=201	2001 n=1479	2007 n=1307
Méthadone Sirop 2.5 ‰	47.1 (12.5/50/112.5) (n=44)	55.2 (10/60/100) (n=38)	57.2 (5/50/340) (n=212)	64.3 (3.8/50/375) (n=164)	59 (0.4/50/325) (n=1199)	70.4 (1/57.5/400) (n=119)
Méthadone Solution 0.5 ‰	0	0	0	0	192.5 (35/192.5/350) (n=2)	230.0 (n=1)
Méthadone Solution 1%	40.6 (25/33.8/70) (n=4)	30.0 (20/30/40) (n=2)	59.0 (10/40/170) (n=13)	54.4 (25/50/80) (n=9)	74.3 (10/70/200) (n=69)	76.0 (1/70/220) (n=78)
Temgesic®	0.4 (0.4/0.4/0.4) (n=2)	0	1.3 (0.2/1.3/2.4) (n=4)	0.4 (n=1)	2.6 (0.8/3.0/4.0) (n=5)	1.3 (0.4/0.8/3.2) (n=5)
Kétalgine® ⁱⁱ	0	75.0 (n=1)	68.8 (37.8/68.8/100) (n=2)	0	68.6 (1.3/65/250) (n=36)	91.3 (5.0/75/365) (n=22)
Subutex®	8.0 (n=1)	1.8 (0.6/2.0/3.0) (n=5)	6.0 (2/6/10) (n=4)	4.5 (1.2/4/12) (n=21)	0	4.9 (0.2/4/16) (n=21)
Méthadone suppositoires	0	0	0	0	87.5 (50/75/150) (n=4)	100 (n=1)
Méthadone gélules	0	0	35.0 (n=1)	23.0 (21/23/25) (n=2)	60.8 (22.5/50/135) (n=9)	82.6 (7/62.5/275) (n=19)
Méthadone en supporaux	0	0	0	62.5 (50/62.5/75) (n=2)	140.0 (140/170/200) (n=2)	103.4 (4.5/91.3/360) (n=16)
Réponses manquantes¹	4 (7.3%)	1 (2.1%)	10 (4.0%)	1 (0.3%)	135 (9.1%)	19 (1.5%)

¹ à la question sur la posologie

Concernant la prise en charge psycho-socialeⁱⁱ, il n'y a pas de différences majeures entre les groupes (Tableau 2-14). On observe toutefois que le groupe des *nouveaux* en 2007 se démarque des autres avec 54.5% des gens suivis par un médecin ou une institution (10% à 15% de plus que dans les autres groupes), mais aussi en ayant plus de personnes sans aucune prise en charge que dans les autres groupes. Dans l'ensemble, le plus grand nombre (un peu plus de 40% en moyenne) est suivi pas un médecin ou une institution. Environ 10% sont suivis par une institution externe ou un spécialiste. Un peu plus de 20% n'ont pas du tout de suivi et une proportion semblable est suivie par les deux (médecin/institution et institution externe ou spécialiste). Ce sont donc un cinquième de la population qui ne bénéficie pas d'une prise en charge psycho-sociale alors que celle-ci est vivement recommandée par les directives du Médecin cantonal. Cette proportion reste relativement stable, mais le taux de réponses manquantes pour les *prolongations* de 2007 est important (32%) alors qu'il était déjà de 23% en 2001. Pour les autres groupes, les données sont de qualité satisfaisante. Entre 2001 et 2007 on n'observe pas d'évolution générale marquante.

ⁱⁱ Selon le document de la SSMA : Les préparations disponibles de méthadone (Ketalgin®, Méthadone Streuli®) sont peu adaptées aux traitements de substitution, car elles existent seulement en comprimés de 5 mg. De plus, elles ne sont pas agréées pour l'indication « substitution ».

^{ij} Le terme « prise en charge psycho-sociale » est laissé à la libre appréciation du médecin.

Tableau 2-14 Prise en charge psycho-sociale des patients (%) en 2001 et 2007

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
Par le médecin/institution traitante	40	54.5	45.2	45.8	38.3	46.6
Institution externe ou spécialiste	10	2.3	11.8	12.1	10.9	7.0
Les deux	28	15.9	18.9	22.6	24.9	23
Aucune	22	27.3	24.1	19.5	25.9	23.3
Réponses manquantes	5 (9.1%)	4 (8.3%)	22 (8.8%)	11 (5.5%)	338 (22.9%)	413 (31.6%)

Pour les médicaments supplémentaires, on observe que la prescription de médicaments psychoactifs, et principalement de benzodiazépines est très importante dans tous les groupes. En effet, près du tiers des personnes en *prolongation* reçoivent des benzodiazépines (presque 50% chez les *prolongations* de 2007), ce qui est considérable et pourrait traduire une proportion importante de cas de doubles diagnostics^{kk} (psychose, troubles de l'humeur, etc.).

Cette consommation tend à augmenter avec le temps. En 2007, le taux de personnes en *prolongation* recevant des benzodiazépines est nettement plus élevé qu'en 2001 (46.9% vs 34.3%) dans chaque groupe avec des augmentations de 10% et plus. Les autres chiffres restent relativement stables.

Les taux sont également notables pour les neuroleptiques (environ 20%) et les antidépresseurs (entre 25% et 30%). Dans l'ensemble, on a donc une importante proportion de personnes qui reçoivent aussi une médication à base de psychotropes (entre 36.4% et 64.4%)(l'essentiel de la médication supplémentaire est d'ailleurs composée par ce type de médicaments).

Si l'on regroupe les personnes qui consomment un ou plusieurs des médicaments psychoactifs suivants (benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, autres tranquillisants/somnifères/sédatifs, stimulants) on trouve que ces taux sont en forte augmentation entre 2001 et 2007 dans chaque catégorie. Parmi les *prolongations* de 2007, on a presque les deux tiers des personnes qui se font prescrire un tel traitement. Ces proportions sont les plus élevées chez les *prolongations* mais sont aussi importantes chez les *retours* et les *nouveaux*.

Sinon, d'un point de vue plus général, les *nouveaux* sont moins nombreux à se faire prescrire d'autres médicaments que les *retours* et surtout les *prolongations*.

^{kk} Selon Simon, « La notion de «double diagnostic» désigne cette coexistence d'un ou plusieurs diagnostics d'abus de substances avec un ou plusieurs autres diagnostics psychiatriques; elle se rapproche de la notion plus large de comorbidité et de la notion de cooccurrence, qui pose la question du lien ou non entre les différentes entités pathologiques ». On estime que cette cooccurrence concerne entre un quart et la moitié des personnes dépendantes d'une substance psychoactive. (<http://www.primary-care.ch/pdf/2003/2003-05/2003-05-261.PDF>).

Tableau 2-15 Médication supplémentaire (%) en 2001 et 2007

	Nouveaux		Retours		Prolongations	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
	n=55	n=48	n=250	n=201	n=1479	n=1307
Médicaments psychoactifs ¹	36.4	39.6	40.4	56.2	55.2	64.4
Benzodiazépines	14.5	27.1	22.0	38.3	34.3	46.9
Neuroleptiques	10.9	10.4	11.2	18.4	17.2	20.4
Antidépresseurs	16.4	16.7	18.8	26.4	24.3	30.5
Autres tranquillisants/ sommifères/sédatifs	5.5	10.4	9.6	14.4	11.0	13.8
Stimulants	0.0	0.0	0.4	0.0	0.3	0.8
Autres médicaments						
Antiépileptiques	0.0	4.2	2.0	7.0	2.4	4.4
Immunodépresseurs	1.8	0.0	2.8	3.5	4.1	6.1
Cytostatiques	0.0	0.0	0.0	0.5	0.1	0.2
Analgésiques	7.3	4.2	1.2	4.0	2.3	3.4
Médications cardiaques	1.8	2.1	1.2	2.0	1.4	1.6
Corticoïdes	0.0	0.0	0.0	1.0	0.4	0.5
Anti-inflammatoires	0.0	2.1	1.2	1.5	2.5	1.8
Contraceptifs	5.5	2.1	2.8	1.0	2.2	1.1
Antibiotiques	1.8	0.0	1.6	0.0	1.1	0.5

¹ L'utilisateur consomme au moins l'un ou l'autre des médicaments psychoactifs suivants.

2.2 CONCLUSIONS

Comme nous l'avons déjà signalé, le taux de réponses manquantes à certaines questions posent d'importants problèmes dans l'interprétation de certains résultats. C'est aussi à cause de ce taux important que certaines questions ne sont pas présentées dans ce rapport (p.ex. consommation des substances autres que l'héroïne et la cocaïne). Malgré ce problème, les données à notre disposition sont d'un grand intérêt et méritent des efforts ultérieurs pour arriver à un outil encore plus valable.

Entre 2001 et 2007, le nombre de personnes en TBS a baissé de 1784 à 1556 individus (-12.8%), ce qui veut dire que le nombre d'entrées est inférieur au nombre de sorties (arrêts, décès, déménagements, etc.).

Depuis 2001, peu de nouvelles personnes sont entrées en TBS (environ 50 par année). On a à peu près 4 à 5 fois plus de personnes qui reprennent un traitement chaque année et un peu moins de 1500 personnes qui suivent leur traitement sur le long terme.

Selon nos estimations, entre 70% et 80% des personnes consommatrices d'héroïne sévèrement dépendantes dans le canton de Vaud suivent un TBS.

L'âge moyen des personnes en TBS a fortement augmenté entre 2001 et 2007 (d'environ 5 ans sur une période de 6 ans). Selon le groupe, il varie entre 30 et 38 ans. Le vieillissement de la file active peut aussi être dû au fait que l'on commence à envisager le TBS comme un traitement palliatif et non seulement un moyen d'atteindre l'abstinence.

Le délai entre la première consommation (environ 24-25 ans pour l'héroïne) et la première entrée en traitement est ici d'environ 5 ans. D'autres données (chiffres de la structure Entrée de Secours^{II}) suggèrent un âge de première consommation bien plus jeune (autour de 19-20 ans). Quoi qu'il en soit, ce délai

^{II} Huissoud T, Samitca S, Balhasar H, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud : quatrième période d'évaluation 2002-2004 (Cahier 2). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (Raisons de Santé, 113).

important entre la première consommation et la prise en charge en TBS traduit probablement une difficulté à appliquer une prévention secondaire efficace c'est à dire permettant de « repérer les jeunes en difficulté et les situations à risques pour éviter que ne se produise le passage d'une consommation sporadique à une consommation régulière, voire une dépendance »^{mm}. Par ailleurs, une entrée en traitement plus précoce permet généralement de prévenir une aggravation de la situation physique (contamination au VHC par exemple), psychique et sociale du patient. Les données sur l'âge de la première consommation sont toutefois très lacunaires (environ 20% de réponses manquantes pour les *nouveaux* de 2001, entre 40 et 50% pour les *nouveaux* de 2007 et les *retours* 2001/2007 et environ 95% pour les *prolongations* 2001/2007.) et doivent impérativement être améliorées. Nous nous abstenons donc d'en tirer des conclusions fermes et définitives.

D'après les données disponibles, la situation professionnelle des patients semble s'être péjorée entre 2001 et 2007. En 2007, la plupart touchaient une aide sociale ou une rente d'invalidité. Passé un certain stade, il peut être difficile pour ces personnes de retrouver un emploi. Au niveau du logement, en revanche, on n'observe pas d'évolution particulière.

En ce qui concerne la consommation parallèle de stupéfiants, on observe, comme attendu, que le TBS a un effet positif notable sur la proportion de personne ayant cessé de consommer de l'héroïne. Mais il faut toutefois signaler que près de 30% continuent à consommer régulièrement ou occasionnellement de l'héroïne et/ou de la cocaïne (groupe en *prolongation* en 2007). Ces questions souffrent d'une proportion importante de réponses manquantes pour les *prolongations* (plus de 30%), ce qui fragilise la valeur de ces statistiquesⁿⁿ.

En revanche, la pratique de l'injection semble être en baisse entre 2001 et 2007, bien que les chiffres à notre disposition soient soumis à caution (ces calculs étant effectués sur les personnes qui consomment et mentionnent un mode de consommation, ce qui concerne entre 28% et 85% des consommateurs selon le groupe) et surtout chez les *nouveaux* (31.1% d'injecteurs en 2001 et 12.5 en 2007%) et les *retours* (51.5% d'injecteurs en 2001 et 36.2 en 2007%). Dans le groupe des *prolongations*, la baisse est moindre (58.3% en 2001 et 51% en 2007). Encore une fois, la proportion importante de réponses manquantes et surtout la répartition inégale de ces non-réponses selon les groupes ne nous permettent pas de tirer des conclusions aussi solides que nous le souhaiterions des données en notre possession.

Dans l'ensemble, l'état de santé physique des personnes en TBS est jugé comme assez bon. Ce n'est en revanche pas le cas de l'état de santé psychique qui semble poser plus de problèmes.

Les questions sur les dépistages (VIH, VHC, VHB et VHA) et sur la vaccination contre le VHB souffrent également d'une quantité importante de réponses manquantes. Les taux de séropositivité restent plutôt stables dans le temps et sont bien plus élevés que dans la population générale.

Plus de la moitié des personnes en prolongation de traitement ont été testées positives au VHC. Un peu plus de 10% sont positives au VIH. Les proportions sont moindres pour le VHB (entre 20 et 40%) et le VHA (environ 25%). Une minorité de personnes a été vaccinée contre le VHB (20-25%).

La grande majorité des patients reçoit de la méthadone en sirop à 2.5‰, ce qui correspond aux recommandations du Médecin cantonal et de la SSMA. Les doses moyennes sont en augmentation (d'environ 10mg) entre 2001 et 2007. Elles se situent entre 55mg pour les *nouveaux* et 70mg pour les *prolongations* en 2007. La dose moyenne quotidienne conseillée par la SSMA est de 60 à 80 mg. Toutefois, il revient au médecin de définir la dose optimale en fonction du parcours et de la tolérance du patient au traitement (métabolisme). Le but du TBS est de trouver une zone de « confort » dans laquelle le patient puisse vivre sans sensation de manque et sans consommation parallèle.

La proportion de personnes qui reçoivent une prescription de médicaments psychoactifs est importante et en augmentation depuis 2001. Cette augmentation est surtout visible chez les *retours* (concerne 15.8% de personnes en plus entre 2001 et 2007) mais les taux sont les plus élevés chez les *prolongations* (55% en 2001 et 64% en 2007).

^{mm} Définition de G. Ziegler à <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=615>.

ⁿⁿ Pour rappel, les pourcentages présentés sont calculés sans les réponses manquantes, soit sur l'ensemble des réponses disponibles.

Cette forte médication est probablement un signe d'une importante proportion de personnes souffrant de double diagnostic.

Profil-type du patient en TBS en 2007

Pour avoir une vue d'ensemble résumée de la situation des personnes en TBS, nous pouvons en dresser un profil-type en nous basant sur les valeurs médianes^{oo} pour les variables continues (ou intervalles comme l'âge par exemple) et sur la fréquence la plus importante pour les variables catégorielles (comme le type de source de revenu). Nous allons prendre l'année 2007 (n=1556) car c'est la plus semblable à la situation actuelle et la plus informative pour la période future. Notons toutefois qu'il existe une importante diversité des situations dans le domaine des personnes toxicodépendantes et que ce profil n'est que théorique.

- Le patient-type est un homme de 37 ans.
- Il est célibataire, de nationalité suisse et sans enfant.
- Sa situation sociale est qualifiée de moyenne et il bénéficie d'une double prise en charge psychosociale, par un médecin et une institution.
- Son niveau de formation maximum atteint est un apprentissage avec obtention d'un CFC et il bénéficie de l'aide sociale pour subsister.
- Il loge chez des proches ou avec un partenaire, n'a pas connu la prison et n'est ni sous tutelle ni sous curatelle.
- Il n'a consommé ni héroïne ni cocaïne pendant les 30 derniers jours et ne s'injecte pas. Il a commencé à consommer ces substances autour de 20 ans.
- Son état de santé physique général est considéré comme bon et son état de santé psychique général comme moyen.
- Il été dépisté séronégatif au VIH, positif au VHC et négatif aux VHB et VHA. Il n'a pas été vacciné contre le VHB.
- Il consomme une dose quotidienne de 55mg de méthadone sous une forme de sirop à 2.5% et reçoit une médication supplémentaire de psychotropes.

En résumé, les informations principales qui émergent de ces données sont les suivantes

- La file active des personnes en TBS dans le canton est vieillissante. Le délai entre l'âge de la première consommation et l'entrée en TBS est d'environ 6 ans et devrait être raccourci.
- La qualité du traitement s'est améliorée entre 2001 et 2007 dans le sens où les doses moyennes sont plus conformes aux recommandations de la SSMA et du Médecin cantonal.
- On observe aussi qu'en 2007, il y a un peu plus de gens qui n'ont pas consommé d'héroïne au cours du dernier mois par rapport à 2001.
- Si l'état de santé physique des personnes ne semble pas donner lieu à des préoccupations particulières, l'état de santé psychique semble devoir nécessiter une attention particulière. La forte prévalence de consommation de médicaments psychotropes contribue aussi à laisser penser que de nombreuses personnes souffrent de troubles psychiques majeurs.
- Avec toutes les réserves dues à la qualité des données, la pratique de l'injection semble être en recul en 2007 par rapport à 2001, principalement chez les *retours* et les *nouveaux*.

^{oo} La valeur médiane est celle de l'individu qui se trouve au milieu de la distribution, soit celle qui se trouve juste en dessus de 50% de l'échantillon.

- La qualité des données est très inégale selon les blocs de questions. Les réponses manquantes sont très nombreuses dans le domaine des comportements de consommation et plutôt rares en ce qui concerne les données socio-économiques. De même, certaines incertitudes persistent à propos des données de dépistage et de vaccination (réponses manquantes nombreuses). Ces données sont d'une grande importance d'un point de vue épidémiologique d'autant plus que cette population est particulièrement exposée aux risques de transmission des virus des hépatites et du VIH, même si la transmission de ces virus par voie intraveineuse a fortement diminué depuis quelques années.
- Il convient d'améliorer la qualité des données concernant les consommations de stupéfiants et le dépistage des hépatites et du VIH ainsi que la vaccination VHB. Un nouveau questionnaire actuellement en préparation a pour but de clarifier le sens de certaines questions et de simplifier le remplissage de ces formulaires. Une notice sous forme de « mode d'emploi » devrait accompagner ces nouveaux documents. Il est impératif que toutes les anciennes versions de questionnaires soient détruites à partir du moment où ces nouveaux questionnaires deviendront effectifs.

3 TRAJECTOIRE DES PATIENTS PRÉSENTS EN 2001

Parmi les 1870 patients enregistrés dans la statistique méthadone en 2001, 1782 (95.3%) avaient un document de type début, prolongation ou arrêt de traitement. Les autres patients ne sont enregistrés qu'à travers un document de type autorisation de traitement sur lequel ne figure aucune donnée permettant de décrire la personne ou le traitement. Pour l'analyse qui suit, nous avons choisi de travailler uniquement sur les 1782 patients pouvant faire l'objet d'une description.

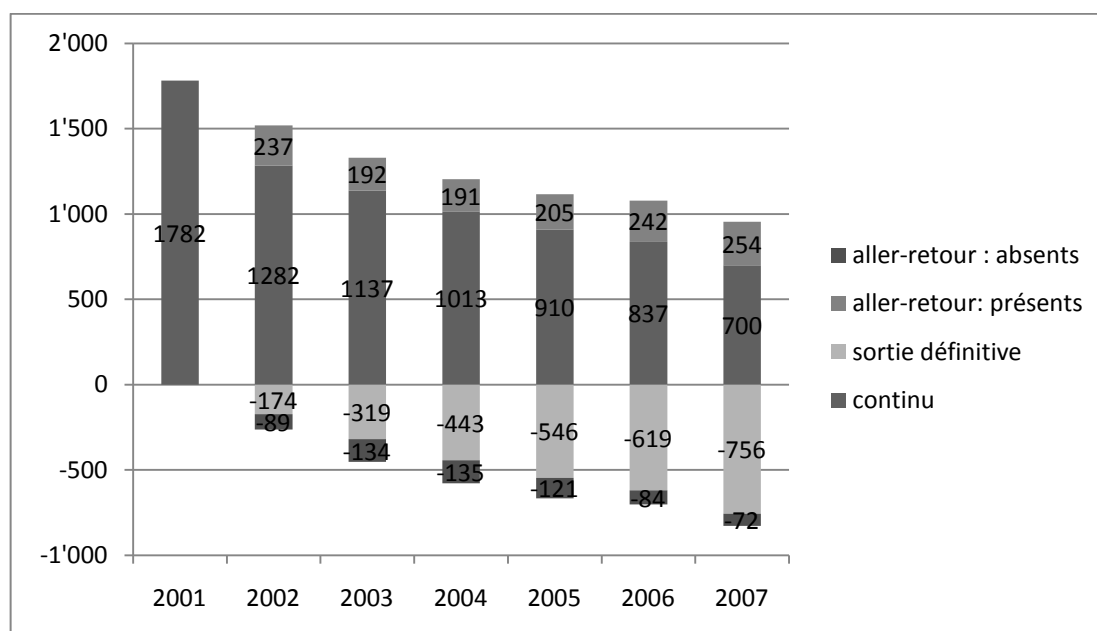
3.1 CONTINUITÉ ET ARRÊTS DE TRAITEMENTS

Parmi les 1782 personnes présentes en 2001^{PP}, 954 figurent sur le fichier des patients en traitement en 2007, soit 54%. Parmi elles, 700 ont été enregistrées chaque année entre 2001 et 2007.

A l'opposé, 174 personnes présentes en 2001 ont arrêté leur traitement au cours de l'année et n'ont plus figuré sur le fichier entre 2002 et 2007. Chaque année, le nombre de patients qui arrête « définitivement⁹⁹ » augmente et au total, 756 personnes (42%) sur les 1782 personnes présentes en 2001 avaient arrêté leur traitement à la fin de 2007.

Parallèlement, un groupe de 326 patients, soit 18% des personnes présentes en 2001, ont eu des trajectoires faites d'entrée(s) et d'arrêt(s) de traitement entre 2001 et 2007 : certains ont eu un épisode d'arrêt de traitement à un moment ou à un autre entre 2001 et 2007, d'autres plusieurs. La durée de l'arrêt peut être d'une ou de plusieurs années, selon les patients. On voit dans la Figure 3-1 le nombre de sorties définitives et temporaires par année ainsi que les réentrées en traitement. Le Tableau 5-1 en annexe permet de suivre les différentes trajectoires des patients par année.

Figure 3-1 : Trajectoire des patients présents en 2001, fichier Méthadone 2001-2007, Santé publique

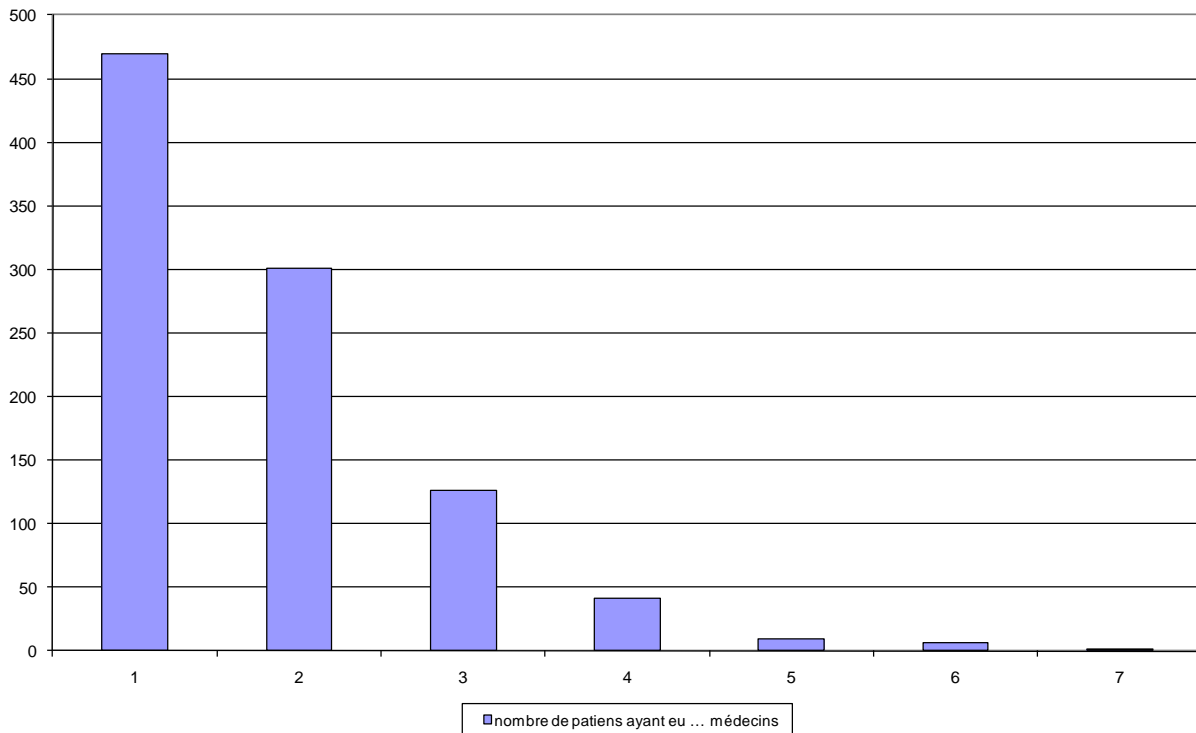


^{PP} Cf. le chapitre 1.3 sur la méthode p.4 et suivantes.

⁹⁹ Le terme « définitivement » est utilisé ici en opposition avec le terme « provisoirement ». Il signifie qu'entre l'année d'arrêt de traitement et fin 2007, la personne n'a pas été enregistrée à nouveau dans le fichier Méthadone de la Santé publique.

En moyenne, les patients présents en 2001 et en 2007 (indépendamment de leur trajectoire entre ces deux dates) ont été suivis par 2 médecins différents. Pour environ 6% des patients toutefois, le nombre de médecins a varié entre 4 et 7 praticiens.

Figure 3-2 Nombre de patients présents en 2001 et en 2007, selon le nombre de médecins qui les ont suivis dans le cadre de leur traitement de substitution durant la même période.



3.1.1 Motif d'arrêt de traitement 2001-2007

Les motifs d'arrêt de traitement des patients présents en 2001 sont divers : en moyenne, 44 patients arrêtent chaque année leur traitement en étant sevrés (moyenne 2001-2007). Pour 41, il s'agissait d'une rechute entraînant l'arrêt du traitement ; 28 annoncent un déménagement, un changement de canton ou un changement de médecin, sans pour autant qu'un nouveau traitement soit enregistré par la suite. Le décès d'en moyenne 17 patients est enregistré chaque année et 7 autres entrent en prison. Pour 58 patients en moyenne, le motif de fin de traitement est inconnu ou le questionnaire de fin fait défaut.

La répartition des sorties selon le motif d'arrêt ne montre pas d'évolution claire entre 2001 et 2007 ; on aurait pu penser que plus le traitement dure, plus la probabilité de sortir en étant sevré serait importante. C'est le cas entre 2001 et 2005 mais plus en 2006.

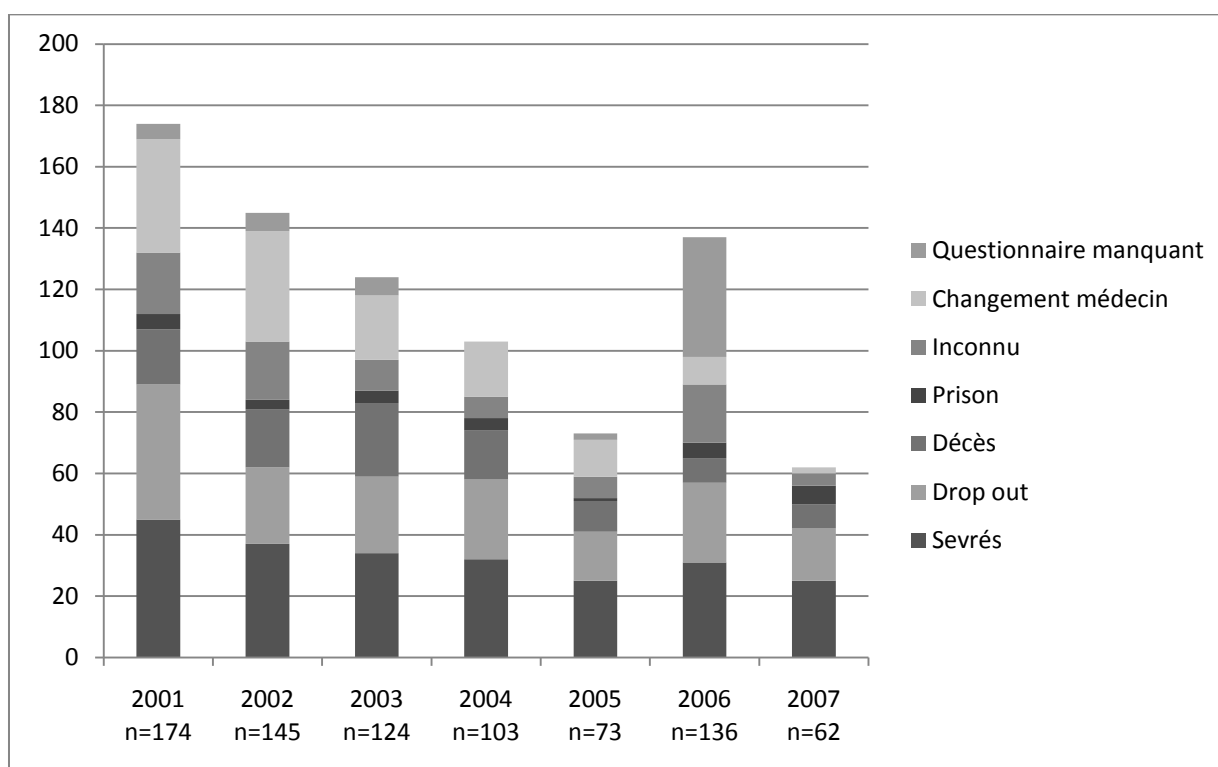
Tableau 3-1 Motifs d'arrêt de traitement, ensemble des personnes de la file active de 2001 ayant arrêté « définitivement » leur traitement entre 2001 et 2007, n=756

	n	%
Sevré	204	26.98
Drop out	162	21.43
Changement de médecin	133	17.59
Décès	95	12.57
Inconnu	82	10.85
Qfin manquant	58	7.67
Prison	22	2.91
Total	756	100.00

Un peu plus du quart des patients ayant arrêté leur traitement définitivement entre 2001 et 2007 était considéré comme sevré au moment de l'arrêt tandis qu'un patient sur 5 avait rechuté et arrêté son traitement sans donner de suite (drop out).

Le nombre de patients qui arrêtent définitivement diminue, (mais reste stable proportionnellement au nombre total de personnes présentes durant l'année), sauf en 2006 (mais cela peut-être dû à un changement dans la pratique de la Santé publique, par exemple des autorisations de traitement plus longues qui expliquerait aussi le nombre important de questionnaires de fin manquants).

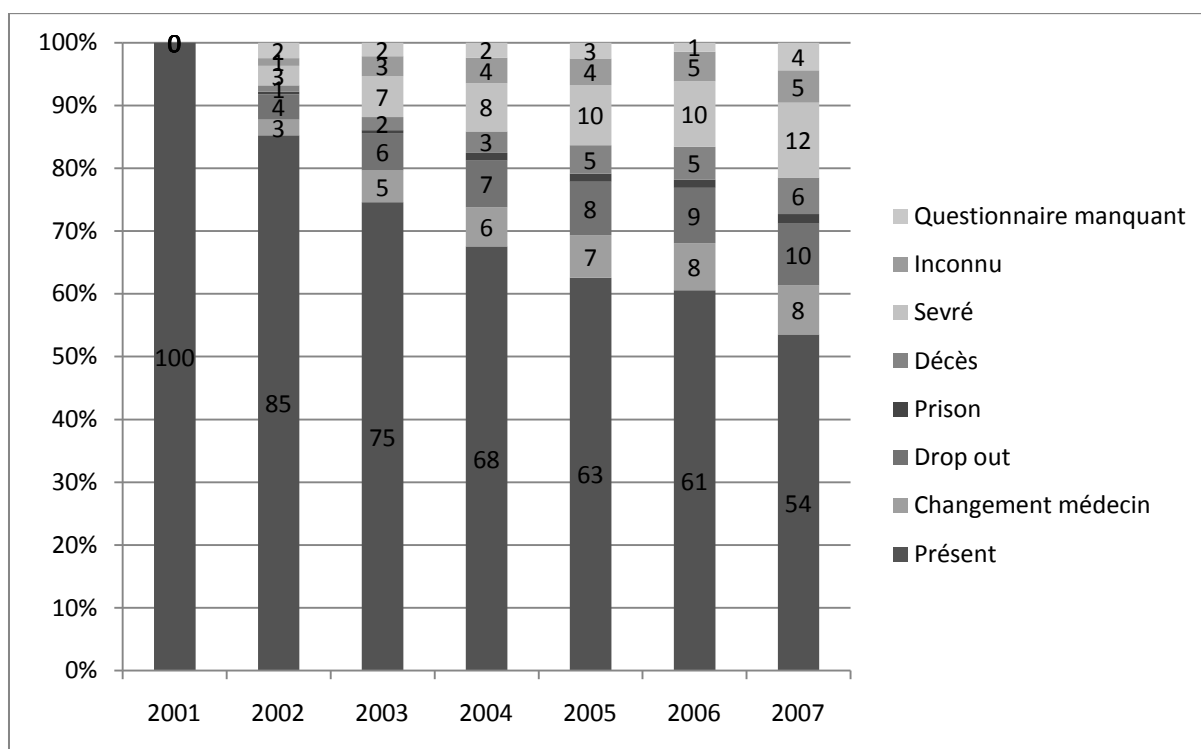
Figure 3-3 Nombre total de patients ayant arrêté « définitivement » leur traitement, selon le motif d'arrêt, 2001-2007 (n=756)



^{rr} Personnes n'ayant pas eu un nouveau questionnaire d'entrée durant la période considérée.

Par rapport aux patients présents en 2001, la Figure 3-4 montre en 2007 : 54% de patients toujours présents, 12% de patients sevrés et 10% de drop out. 9% des patients sont absents dans le fichier de 2007 sans qu'une information sur le motif d'arrêt ne figure^{ss} et 8% ont annoncé un changement de médecin traitant sans pour autant que leur traitement ne redémarre. Sur l'ensemble de la période, 6% des patients sont décédés, soit 103 personnes sur 1782.

Figure 3-4 Pourcentage de patients présents et ayant arrêté leur traitement de substitution, selon le motif d'arrêt de traitement, 2001-2007, Ensemble des patients présents en 2001 (n=1782)



3.1.2 Retour en traitement

Parmi les patients présents en 2001, annuellement près de 200 personnes arrêtent leur traitement et environ 66 personnes sont réenregistrées chaque année (après une interruption d'au moins une année).

Lorsque les fins de traitement sont liées à l'entrée en prison, ou que le motif d'arrêt est manquant, les patients sont plus nombreux à reprendre un traitement et le pourcentage final de patients au bout de 7 ans est ainsi moindre. Par exemple, on a un nombre de patients qui arrêtent leur traitement pour entrer en prison qui reste stable autour de 1 à 2 % au cours de la période considérée. Les personnes ayant rechuté sont aussi un peu plus nombreuses à recommencer un traitement (28.0%) que les patients ayant arrêté en étant sevrés (19.3%).

^{ss} Motif de fin inconnu ou absence de questionnaire de fin.

Tableau 3-2 Nombre total de personnes ayant arrêté leur traitement et nombre de personnes ayant repris un traitement (interruption de plus de 2 mois), selon le motif d'arrêt, 2001-2007

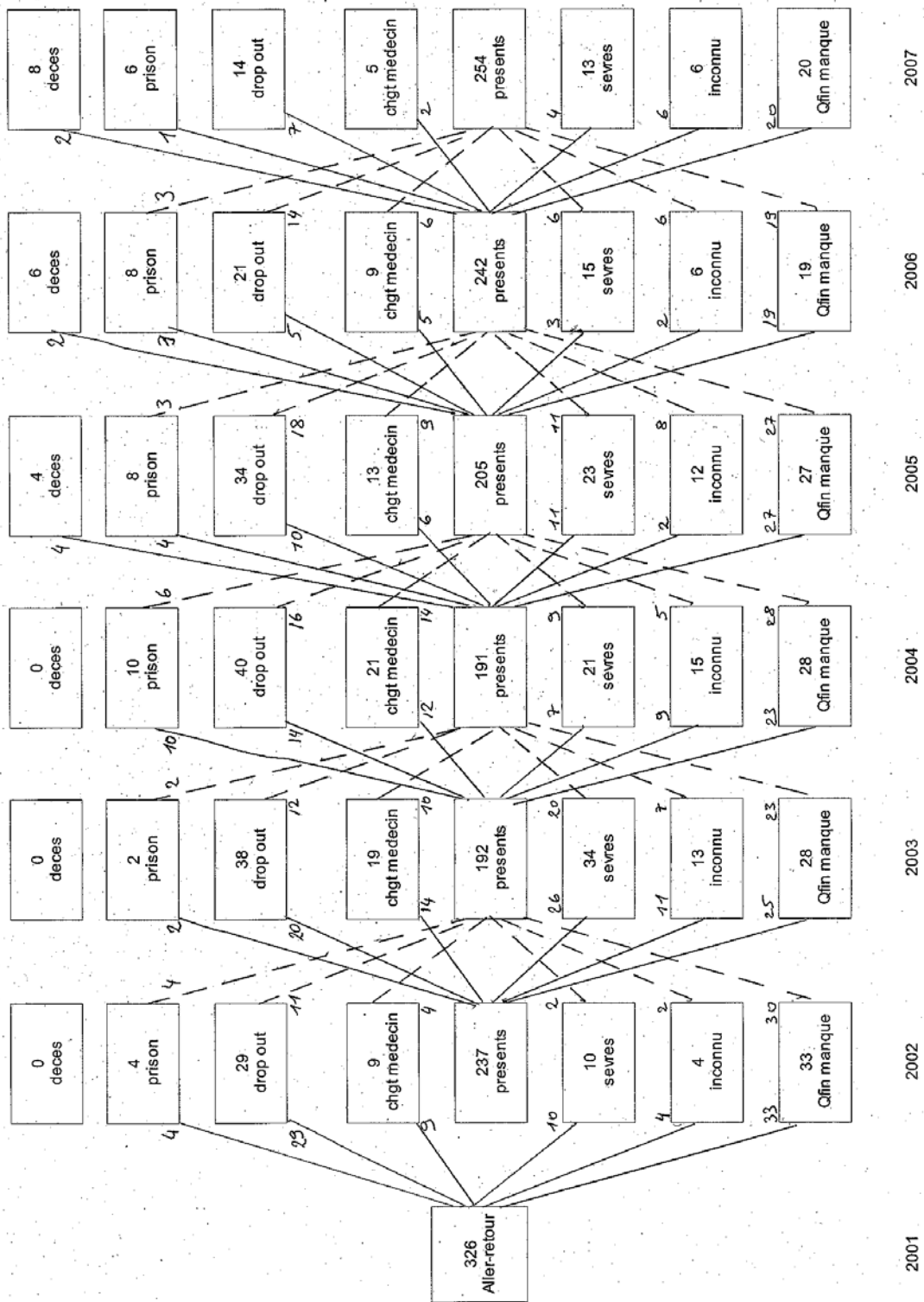
Motif d'arrêt de traitement	Total des personnes ayant arrêté leur traitement entre 2001-2007	% de personnes ayant repris un traitement entre 2002-2007
Questionnaire de fin manquant	201	60.7
Inconnu	141	35.5
Prison	42	33.3
Drop out	243	28.0
Sevrés	264	19.3
Changement de médecin	169	17.8
Décès	103	0.0

Le schéma suivant reprend les trajectoires des 326 patients ayant plusieurs débuts et arrêts de traitement entre 2001 et 2007 en indiquant pour chaque année et chaque motif d'arrêt de traitement, d'une part, le nombre de patients ayant arrêté et le nombre de patients reprenant un traitement.

Les nombreuses flèches en direction des cases regroupant les personnes en traitement montrent l'importance des mouvements d'allers-retours au cours de la période considérée. Ainsi, même si les interruptions provisoires de traitement ne concernent que 326 patients, le nombre total d'arrêt de traitement qu'ils comptabilisent est de 635, soit près de 2 par personnes et la réouverture de dossiers concerne 333 patients. 8 personnes comptent 2 interruptions et 2 reprises de traitement entre 2001 et 2007.

L'analyse présente cependant des limites, car on ne connaît pas le devenir de la personne qui termine un traitement de substitution au cours des mois qui suivent. Ainsi, une personne dont le questionnaire de fin de traitement indique un motif inconnu peut être partie dans un autre canton sans en avoir informé son médecin et suivre un traitement là-bas, ou être décédée sans que son médecin n'ait été prévenu. Une personne, dont le questionnaire de fin indique le sevrage et qui rechute, ne sera pas non plus identifiée tant qu'elle n'aura pas recommencé un traitement dans le canton. Seules des données de cohorte permettraient de suivre réellement le devenir des personnes suivant un traitement de substitution.

Figure 3-5 Trajectoires des 326 patients ayant plusieurs débuts et arrêts de traitement entre 2001 et 2007



4 ANALYSE DE SURVIE : DURÉES DE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ET DES INTERRUPTIONS

4.1 NOMBRE D'ÉPISODES DE TRAITEMENTS ET D'INTERRUPTIONS PAR PERSONNE

Au total, 2880 patients différents ont suivi un traitement de substitution entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} juillet 2008. Pour 87 patients, seul un document était disponible sur l'ensemble de la période. Ils ont été exclus de l'analyse.

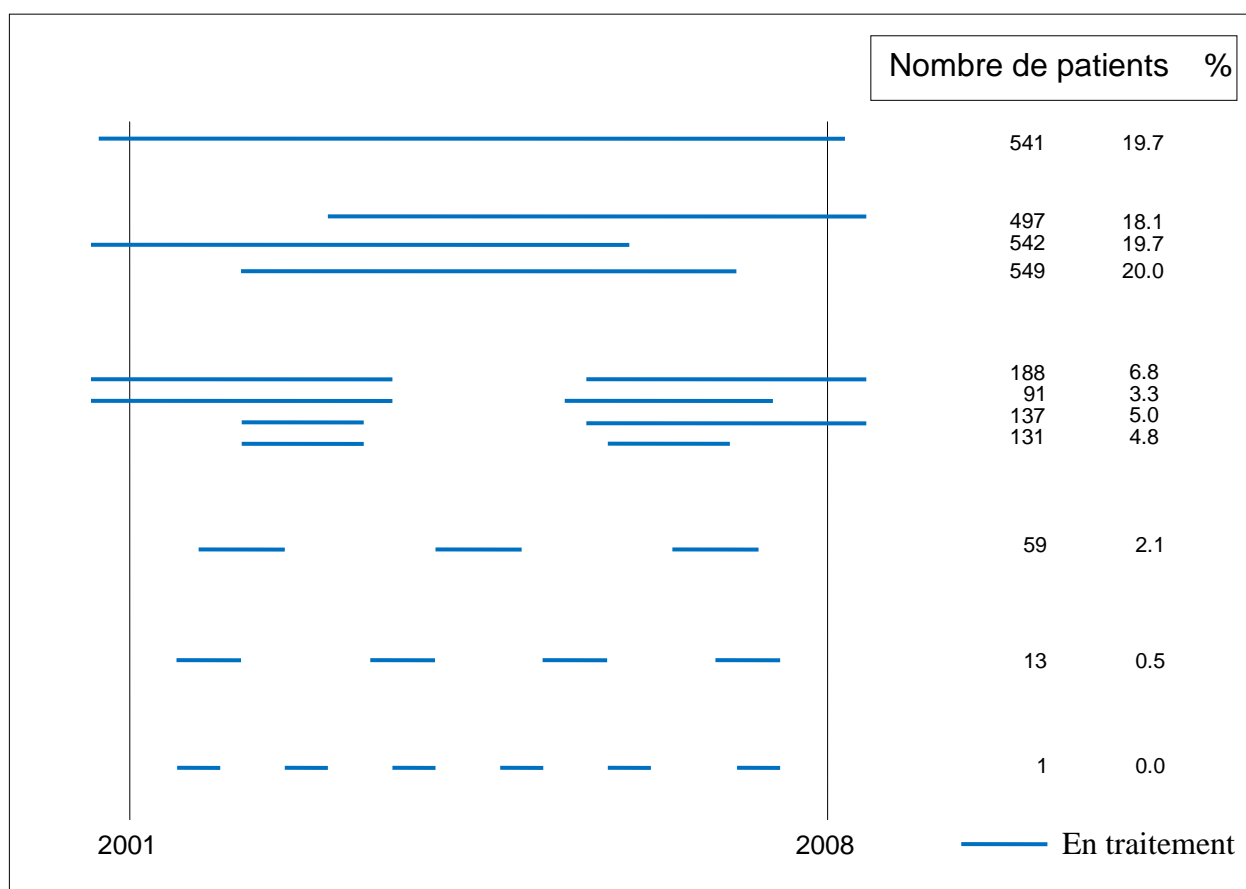
Par ailleurs, pour 44 patients, les dates et l'enchaînement des différents documents d'entrée, de prolongation et de fin présentaient des aberrations chronologiques. Ces patients ont également été éliminés de l'analyse.

Parmi les 2749 patients englobés dans l'analyse, 541 soit 19.7%, avaient entamé leur traitement avant le 1^{er} janvier 2001 et l'ont poursuivi sans interruption jusqu'au 1^{er} juillet 2008 (cf. Figure 1).

Une majorité de patients (57.8%) n'a vécu qu'un seul épisode de traitement entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} juillet 2008. Parmi eux, 497 personnes ont uniquement un questionnaire d'entrée : ce sont donc des patients dont l'épisode était toujours en cours au 1^{er} juillet 2008. 542 patients avaient par contre seulement un questionnaire de fin durant la même période, c'est-à-dire qu'ils ont achevé, durant la période couverte par l'analyse, un traitement débuté avant 2001 et n'avaient pas redémarré de traitement au 1^{er} juillet 2008. Enfin, 549 personnes ont un questionnaire d'entrée suivi d'un questionnaire de fin : ils ont donc entamé et terminé leur épisode de traitement entre 2001 et 2008.

Parmi les 547 patients (19.9%) qui ont connu 2 épisodes de traitement durant la période considérée, 279 patients ont en premier lieu un questionnaire de fin : ils arrêtent donc un premier épisode de traitement, mais par la suite, ils ont repris un traitement. Ce traitement était toujours en cours au 1^{er} juillet 2008 pour 188 d'entre eux. D'autres patients (268) ont commencé par débiter un traitement, l'ont arrêté puis l'ont repris. Pour 137 d'entre eux le traitement était toujours en cours au 1^{er} juillet, par contre, 131 personnes avaient terminé leur 2^{ème} épisode de traitement.

Figure 4-1 Nombre de patients leur trajectoire de traitement, 2001-2008



2.6 % des patients ont connu plus de 2 épisodes de traitement : 59 personnes ont connu 3 épisodes de traitement, 13 personnes 4 et une personne a commencé et interrompu son traitement à 6 reprises durant la période analysée.

4.2 DURÉE DE TRAITEMENT CONTINU JUSQU'AU SEVRAGE TERMINÉ

4.2.1 Durée lors d'un premier traitement de substitution

L'analyse de survie menée sur la durée de traitement jusqu'au sevrage terminé montre que lors d'un premier épisode de traitement, c'est à dire quand un patient entame pour la première fois un traitement en lien avec sa dépendance, il faut environ 3 ans et demi (1335 jours) pour que 25% des traitements se terminent de la sorte.

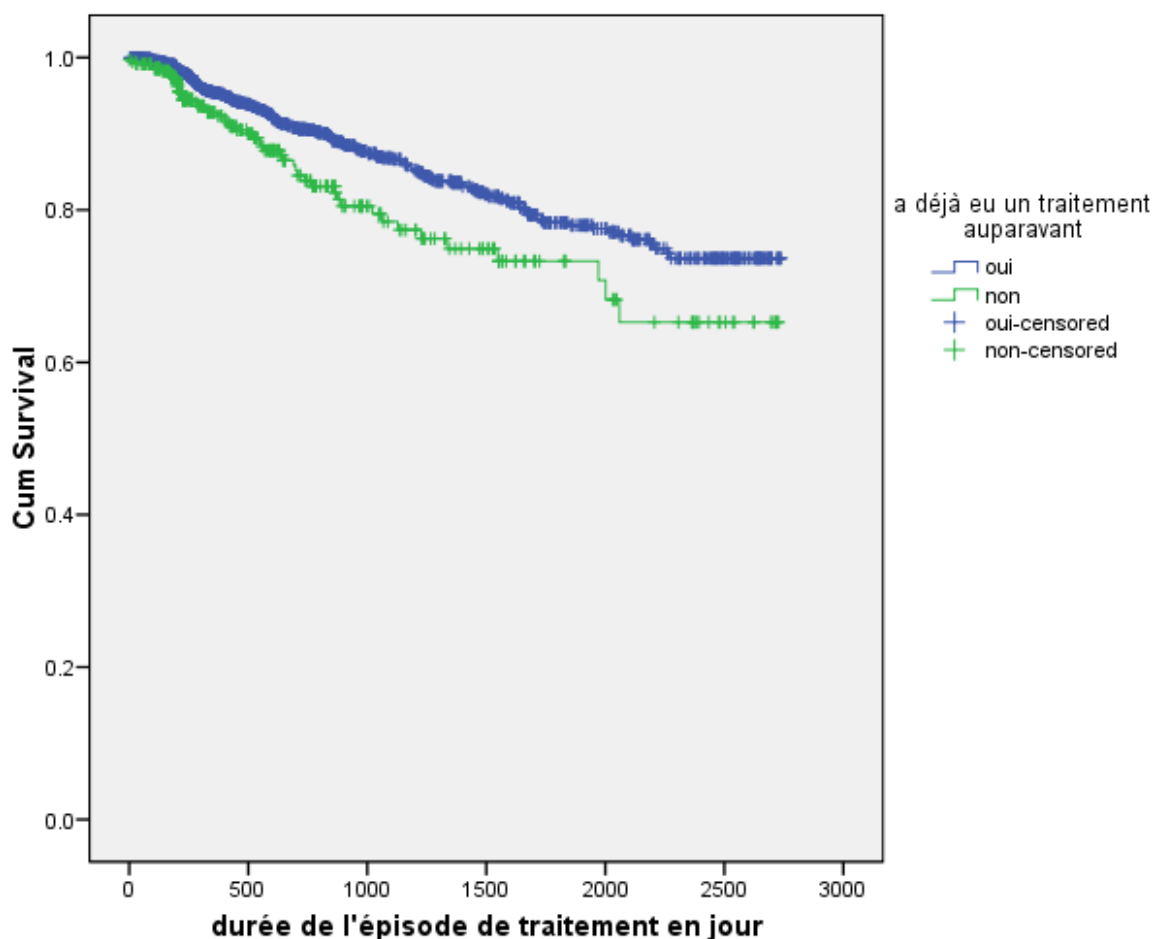
Par contre, lorsqu'un patient en est à son deuxième épisode de traitement (voir plus), la durée nécessaire pour que 25% des personnes dans ce cas soient sevrées est d'un peu plus de 6 ans (2206 jours). Même si l'analyse est limitée dans le temps, l'évolution de la distribution des épisodes de traitement sur la courbe de survie tend à montrer que même si le traitement se poursuit, peu de personnes arrivent au stade du sevrage de méthadone.

On ne mesure pas de variations significatives de cette durée selon le sexe ou selon l'âge des patients. Par contre d'autres facteurs sont corrélés avec la durée de traitement nécessaire pour atteindre l'abstinence : le fait d'avoir un travail et d'être intégré socialement.

Tableau 4-1 Durée de traitement estimée, selon qu'il s'agisse d'un premier traitement ou non, 2001-2008

a déjà eu un traitement auparavant	nb de traitements		n	Censuré		Estimé	Std. Error
	n	terminés		%	75.00%		
Oui	1314	153	1161	88.4	2206	.	
Non	352	50	302	85.8	1335	332.7	
Total	1666	203	1463	87.8	2060	.	

Figure 4-2 Durée de traitement en jour pour les traitements se terminant par un sevrage selon qu'il s'agisse du premier traitement ou d'un retour en traitement des patients, sélection du premier questionnaire d'entrée pour chaque patient, 2001-2008



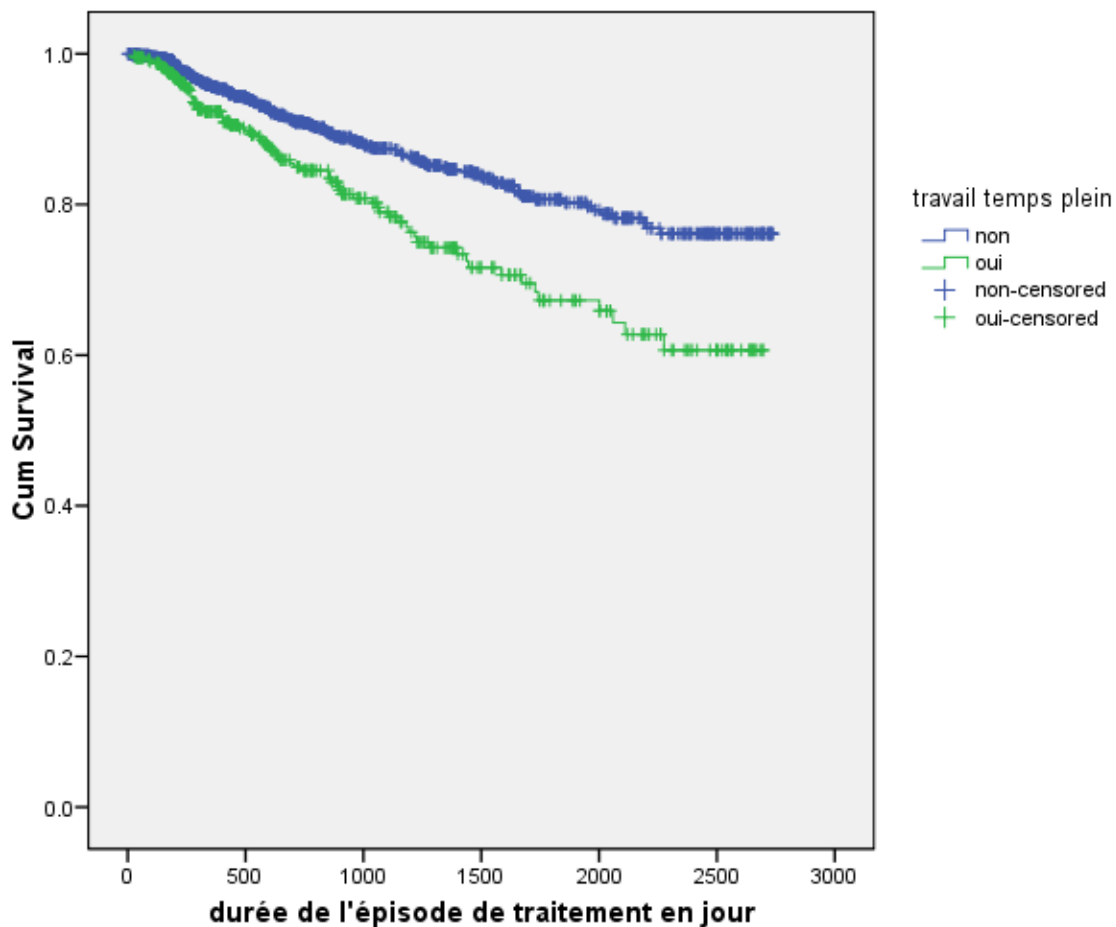
4.2.2 Durée selon le fait de travailler à plein temps

Le fait de travailler à plein temps est un deuxième facteur facilitant la réussite du traitement. Une personne travaillant à plein temps en suivant un traitement de substitution a ainsi une plus forte probabilité de terminer son traitement en étant sevrée (19.2% versus 10.2%) et dans un délai également plus court, soit 3 ans et 3 mois environs, versus 5 ans et demi^{tt}.

Tableau 4-2 Durée de traitement estimée, selon que le patient travaille à plein temps ou non, 2001-2008

travail temps plein	nb de traitements		n	Censuré		75.00%
	n	terminés		%	Estimé	
non	1260	129	1131	89.8	.	.
oui	406	74	332	81.8	1226	176.6
Total	1666	203	1463	87.8	2060	.

Figure 4-3 Durée de traitement en jour pour les traitements se terminant par un sevrage selon que le patient travaille ou non à plein temps à l'entrée en traitement, sélection du premier questionnaire d'entrée pour chaque patient, 2001-2008



^{tt} L'analyse avec les personnes ayant un travail à temps partiel n'amène pas de variations significatives.

Par contre, lorsque la personne bénéficie d'une rente AI au moment de l'entrée en traitement, la probabilité de terminer son traitement en étant sevré nécessite une durée de traitement beaucoup plus importante (moins de 25% d'arrêt de ce type durant la période couverte par l'analyse).

Tableau 4-3 Durée de traitement estimée, selon que le patient bénéficie d'une rente AI ou non, 2001-2008

Rente AI	n	nb de traitements terminés	n	Censuré %	75.00% Estimé	Std. Error
non	1435	186	1249	87.0	2002.	.
oui	231	17	214	92.6		
Total	1666	203	1463	87.8	2060	.

4.2.3 Autres facteurs facilitant l'abstinence

Parmi les autres facteurs corrélés avec la durée de traitement jusqu'à l'abstinence, une bonne situation sociale ($p=0.000$) et un bon état de santé physique général ($p=0.001$) influencent positivement la durée de traitement avant un sevrage. Un bon état de santé psychologique influence dans une moindre mesure ($p=0.046$) la durée de traitement.

Le fait d'avoir une prescription de benzodiazépines, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques en plus du traitement de substitution n'influence pas la durée de traitement avant le sevrage.

4.3 PROBABILITÉ DE REPRENDRE UN TRAITEMENT, Y INCLUS APRÈS UN SEVRAGE

L'analyse de survie qui suit porte sur la durée des interruptions entre 2 traitements. Le cas est considéré comme censuré lorsque le patient ne comporte aucun questionnaire d'entrée entre son premier questionnaire de fin de traitement et le 1^{er} juillet 2008.

Lorsqu'un traitement s'interrompt parce qu'un patient entre en prison ou parce qu'il n'arrive plus à suivre son traitement en raison d'une consommation parallèle trop importante, il est très fréquent que, quelques temps plus tard, un nouveau traitement soit redémarré soit chez le même médecin soit par une institution spécialisée ou un autre médecin installé (cf. 3.1.2). Dans le cas des sevrages réussis, il arrive aussi malheureusement que certains patients rechutent et recommencent un traitement de substitution. Si dans le premier cas, il est souhaitable que l'interruption de traitement soit la plus courte possible, dans le deuxième cas, on espère que la rechute soit évitée ou que, le cas échéant, elle intervienne le plus tard possible.

Si l'on considère la durée de l'interruption de traitement pour l'ensemble des fins de traitement^{uuu}, l'analyse de survie montre que, parmi les patients ayant redémarré un traitement (42%), 25% d'entre eux l'ont fait au bout de 478 jours, soit dans un délai d'un an et quelques mois. 58% n'avaient pas redémarré un traitement de substitution durant la période considérée.

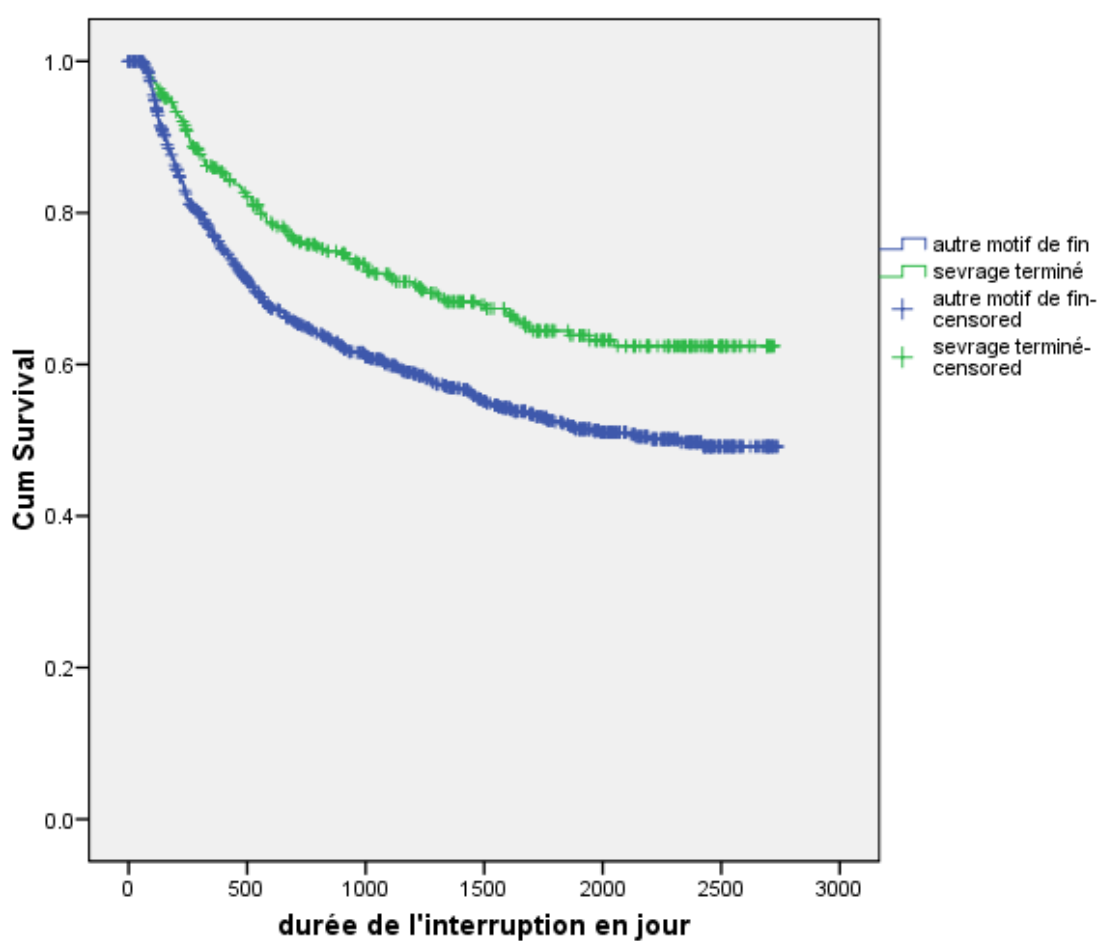
Si l'on analyse la durée de l'interruption pour les personnes qui terminent leur traitement en étant sevrées, on estime que, parmi les patients ayant rechuté (30.7%), 25% d'entre eux avaient redémarré un traitement après 826 jours, soit un plus de 2 ans. Toutefois, 69.3% n'étaient pas retournés en traitement durant la période considérée (cas censurés).

^{uuu} En sélectionnant le premier questionnaire de fin pour chaque personne et en éliminant de l'analyse les personnes dont le traitement s'arrête pour cause de décès.

Tableau 4-4 Durée estimée de l'interruption de traitement, selon que le patient ait terminé son traitement en étant sevré, 2001-2008

sevrage	n	nb de rechutes	Censuré		50.00%		75.00%	
			n	%	Estimé	Std. Error	Estimé	Std. Error
Non	1174	493	681	58.0	2318	.	405	30.9
Oui	407	125	282	69.3	.	.	826	146.4
Total	1581	618	963	60.9	.	.	478	32.7

Figure 4-4 Durée de l'interruption de traitement en jour selon le motif d'arrêt du traitement, sélection du premier questionnaire de fin de traitement pour chaque patient, 2001-2008



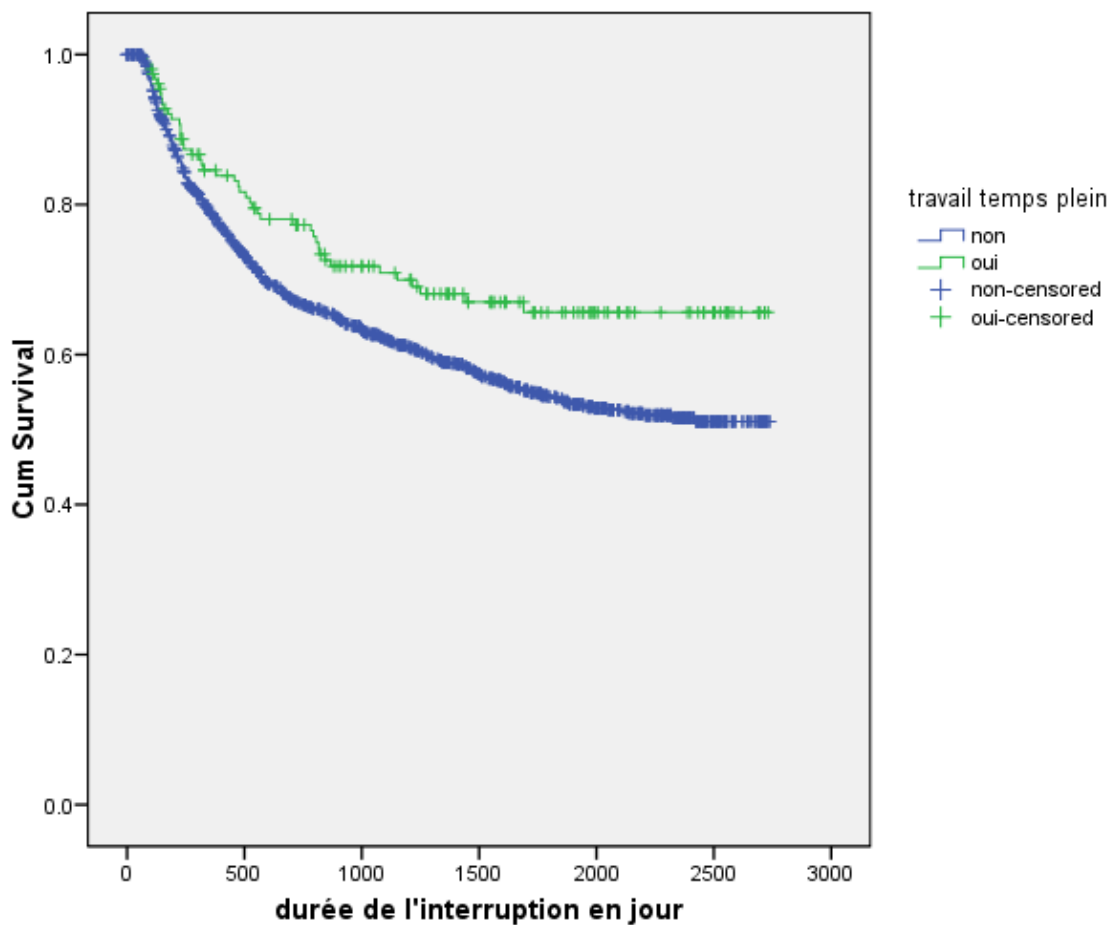
4.3.1 Durée lorsque la personne a un travail à temps plein

Le travail apparaît comme un facteur protecteur de la rechute : en effet, 25% des personnes n'ayant pas de travail à plein temps rechutent dans un délai d'un peu plus d'un an (448 jours), alors que pour les personnes ayant un travail à temps plein, on estime à 806 jours la durée d'interruption avant que 25% des patients aient repris un traitement.

Tableau 4-5 Durée estimée de l'interruption de traitement, selon que le patient travaille à plein temps ou non, 2001-2008

travail temps plein	n	nb de rechutes	Censuré		50.00%		75.00%	
			n	%	Estimé	Std. Error	Estimé	Std. Error
non	1425	572	853	59.9	2318	.	448	29.4
oui	154	46	108	70.1	.	.	806	222.5
Total	1579	618	961	60.9	.	.	474	32.3

Figure 4-5 Durée de l'interruption de traitement en jour selon que le patient travaille ou non au moment de l'arrêt de traitement, sélection du premier questionnaire de fin de traitement pour chaque patient, 2001-2008



4.3.2 Autres facteurs prévenant la rechute

Un bon état de santé physique ($p=0.013$) ainsi qu'une bonne situation sociale ($p=0.001$) en général retardent le retour en traitement.

4.4 CONCLUSIONS

- Les traitements de substitution sont des traitements de longue durée et une majorité de patients suit son traitement de manière stable: parmi l'ensemble des patients recensés entre 2001 et 2008 (environ 3000 personnes différentes) 20% ont été enregistrés chaque année durant l'ensemble de la période, totalisant ainsi une durée de traitement de plus de 7 ans et demi et 700 patients de la file active de 2001, soit 42%, ont suivi leur traitement sans interruption jusqu'à fin 2007.
- Un sous-groupe de patients semble avoir plus de difficultés à gérer son traitement et se caractérise par des trajectoires de traitement faites d'interruption et de retour (env 20% de la file active de 2001).
- En moyenne, les patients présents en 2001 et en 2007 (indépendamment de leur trajectoire entre ces deux dates) ont été suivis par 2 médecins différents. Pour environ 6% des patients toutefois, le nombre de médecins a varié entre 4 et 7 praticiens.
- Parmi les patients présents en 2001, 40% avaient interrompu leur traitement en 2007.
- Les motifs de fin de traitement sont variés : 26% des fins de traitements sont des sevrages terminés, 20% sont des drop out.
- On enregistre 6% de décès entre 2001 et 2007 parmi les patients présents en 2001.
- La durée de traitement estimée avant que 25% des patients n'atteignent un sevrage est beaucoup plus courte chez les patients qui commencent pour la première fois un traitement de leur dépendance (3 ans et demi).
- Lorsqu'un patient redémarre un traitement pour la 2^{ème} ou 3^{ème} fois, la durée estimée pour que 25% terminent leur traitement en étant sevré est beaucoup plus longue (6 ans) et incertaine.
- Le fait de travailler et le fait d'entamer pour la première fois un traitement sont des facteurs qui augmentent les chances d'arriver à l'abstinence et qui raccourcissent la durée de traitement nécessaire pour y arriver.
- Après un sevrage terminé, 25% des patients rechutent dans un délai de 2 ans. Pour les autres motifs d'arrêt de traitement, 25% des patients recommencent leur traitement dans un délai d'environ 1 an.
- Le fait de travailler à plein temps apparaît comme un facteur protecteur de la rechute qui apparaît pour 25% des patients que 2 ans environ après l'arrêt.
- Parmi les autres facteurs influençant la durée avant une rechute figurent un bon état de santé physique et psychique du patient ainsi qu'une situation sociale jugée comme bonne par le médecin traitant retardent le retour en traitement.

5 ANNEXE

Tableau 5-1 : Nombre de patients présents (jaune) par année, selon leur trajectoire, 2001-2007

Trajectoire*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1000000	174						
1000001	4						4
1000010	2					2	
1000011	6					6	6
1000110	2				2	2	
1000111	8				8	8	8
1001000	1			1			
1001100	2			2	2		
1001110	1			1	1	1	
1001111	10			10	10	10	10
1010000	6		6				
1010111	1		1		1	1	1
1011000	4		4	4			
1011001	1		1	1			1
1011100	2		2	2	2		
1011110	7		7	7	7	7	
1011111	32		32	32	32	32	32
1100000	145	145					
1100001	7	7					7
1100010	2	2				2	
1100011	12	12				12	12
1100100	1	1			1		
1100110	3	3			3	3	
1100111	13	13			13	13	13
1101000	8	8		8			
1101011	1	1		1		1	1
1101100	3	3		3	3		
1101101	2	2		2	2		2
1101110	9	9		9	9	9	
1101111	37	37		37	37	37	37
1110000	124	124	124				
1110001	11	11	11				11
1110010	1	1	1			1	
1110011	6	6	6			6	6
1110100	3	3	3		3		
1110101	4	4	4		4		4
1110110	6	6	6		6	6	
1110111	37	37	37		37	37	37
1111000	103	103	103	103			
1111001	3	3	3	3			3
1111010	9	9	9	9		9	
1111011	37	37	37	37		37	37
1111100	73	73	73	73	73		
1111101	22	22	22	22	22		22
1111110	137	137	137	137	137	137	
1111111	700	700	700	700	700	700	700
	1782	1519	1329	1204	1115	1079	954

* 1=présent, 0= absent

Lausanne, octobre 2010