

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique  
CEESAN – Conseil, évaluation et expertise en santé publique

# Traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Suivi épidémiologique entre 2015 et 2017

Sophie Stadelmann, Michael Amiguet, Stéphanie Locicro, Sanda Samitca

RAISONS DE SANTÉ 301 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne

**unisanté**  
Centre universitaire de médecine générale  
et santé publique • Lausanne

## Raisons de santé 301

**Etude financée par :** Direction générale de la santé du canton de Vaud

**Citation suggérée** Stadelmann S, Amiguet M, Locicero S, Samitca S. Traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Suivi épidémiologique entre 2015 et 2017. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019. (Raisons de santé 301). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/301>

**Remerciements**

A Mme Géraldine Savary de la Direction générale de la santé (DGS) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) qui s'occupe du suivi des autorisations de prescription des traitements agonistes.

A Mme Katarina Vujovic ainsi qu'aux civilistes du CEESAN qui l'ont précédée pour la saisie des formulaires papiers et la gestion des rappels.

A l'équipe de la HEIG-VD, Prof Laura Raileanu, M Fabien Dutoit et M Michael Sandoz pour leur soutien technique sur la plateforme en ligne.

Finalement, nos remerciements vont à la Dre Martine Monnat pour le partage de ses réflexions et ses précieux conseils.

**Date d'édition** Juillet 2019

# Table des matières

Préface.....	9
Résumé.....	11
<b>1 Introduction .....</b>	<b>13</b>
1.1 Le mandat .....	15
1.2 Principe du traitement agoniste (traitement de substitution) .....	15
1.3 Médicaments utilisés dans le cadre des traitements agonistes opioïdes (TAO) .....	17
<b>2 Méthode .....</b>	<b>19</b>
2.1 Instrument de collecte des données .....	21
2.1.1 Formulaire d'entrée et de prolongation des traitements agonistes opioïdes .....	21
2.1.2 Formulaire d'annonce de fin de traitements agonistes opioïdes.....	22
2.2 Analyses.....	23
<b>3 Patients sous traitement agoniste opioïde en 2015, 2016 et 2017 .....</b>	<b>25</b>
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	28
3.2 Traitements agonistes opioïdes.....	33
3.3 Co-médications.....	37
3.4 Consommation de substances au cours des 30 jours précédant la demande de prolongation de l'autorisation de traitement.....	38
3.4.1 Modes de consommation .....	41
3.5 Consommation par injection et partage de matériel.....	43
3.6 Activité sexuelle et comportement préventif.....	46
3.7 Indicateurs de l'état de santé des patients.....	47
<b>4 Traitements agonistes initiés entre 2015 et 2017 dans le canton de Vaud .....</b>	<b>53</b>
<b>5 Fins de traitements annoncées entre 2015 et 2017 .....</b>	<b>57</b>
<b>6 Conclusion.....</b>	<b>63</b>
<b>7 Références.....</b>	<b>69</b>
<b>8 Annexes.....</b>	<b>73</b>
8.1 Questionnaires.....	75
8.2 Résultats complémentaires.....	84

## Liste des tableaux

Tableau 1	Types de médicament agoniste et substance active .....	17
Tableau 2	Age des patients en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en années).....	28
Tableau 3	Avoir eu un traitement agoniste antérieur à celui initié en 2015, 2016 ou 2017 (n) .....	55

## Liste des figures

Figure 1	Type de médecin prescripteur en 2015, 2016 et 2017 (%).....	27
Figure 2	Sexe des patients en 2015, 2016 et 2017 (%).....	28
Figure 3	Nationalité des patients en 2015, 2016 et 2017 (%).....	29
Figure 4	Etat civil des patients en 2015, 2016 et 2017 (%).....	29
Figure 5	Formation la plus élevée achevée en 2015, 2016 et 2017 (%).....	30
Figure 6	Sources de revenus au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%).....	31
Figure 7	Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%).....	32
Figure 8	Répartition du domicile des patients dans les différentes régions sanitaires en 2015, 2016 et 2017 (%).....	32
Figure 9	Patients sous tutelle/curatelle en 2015, 2016 et 2017 (%).....	33
Figure 10	Médicaments agonistes prescrits en 2015, 2016 et 2017 (%).....	34
Figure 11	Dose moyenne quotidienne prescrite de médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (mg).....	36
Figure 12	Lieu de remise du médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (%).....	37
Figure 13	Co-médications prescrites aux patients en 2015, 2016 et 2017 (%).....	38
Figure 14	Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%).....	41
Figure 15	Mode de consommation principal de l'héroïne consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%).....	42
Figure 16	Mode de consommation principal de la cocaïne consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%).....	43
Figure 17	Consommation par injection au cours des 6 derniers mois en 2015, 2016 et 2017 (%).....	44
Figure 18	Injection de substances psychoactives avec une seringue ou une aiguille déjà utilisée par un autre consommateur au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%).....	45
Figure 19	Réutilisation de ses propres seringues en 2015, 2016 et 2017 (%).....	45

Figure 20	Utilisation du préservatif avec un partenaire stable en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	46
Figure 21	Utilisation du préservatif avec un partenaire occasionnel en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	47
Figure 22	Test de dépistage des maladies transmissibles au cours de l'année étudiée ou de l'année précédente en 2015, 2016 et 2017 (%).....	48
Figure 23	Résultat positif au test de dépistage des maladies transmissibles en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	49
Figure 24	Vaccination contre l'hépatite A ou l'hépatite B en 2015, 2016 et 2017 (%).....	49
Figure 25	Patients souffrant d'une hépatite C chronique en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	50
Figure 26	Traitement des hépatites C chroniques en 2015, 2016 et 2017 (%).....	51
Figure 27	Raison de l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	60
Figure 28	Abstinence à l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	60
Figure 29	Réinsertion professionnelle à l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	61

## Liste des annexes

Annexe 1	Rapport d'entrée.....	75
Annexe 2	Rapport de prolongation.....	79
Annexe 3	Annonce de fin de traitement.....	83
Annexe 4	Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours selon la région sanitaire en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	84
Annexe 5	Type de médicament agoniste remis selon les lieux de remises en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	85
Annexe 6	Dose quotidienne prescrite de médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en milligramme) .....	85
Annexe 7	Nombre de remise par semaine de médicament agoniste selon le lieu de remise (moyenne, médiane, minimum, maximum) .....	86
Annexe 8	Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	86
Annexe 9	Fréquence de consommation de cocaïne au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	87
Annexe 10	Fréquence de consommation de benzodiazépines non prescrites au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	87
Annexe 11	Fréquence de consommation de méthadone non prescrite au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	87
Annexe 12	Fréquence de consommation d'amphétamines ou d'ecstasy au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	88

Annexe 13	Fréquence de consommation d'hallucinogènes au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	88
Annexe 14	Fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	88
Annexe 15	Fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	89
Annexe 16	Fréquence de consommation de tabac au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	89
Annexe 17	Mode de consommation principal des benzodiazépines non prescrites consommées au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%) .....	89
Annexe 18	Mode de consommation principal de la méthadone non prescrite consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%) .....	90
Annexe 19	Mode de consommation principal des amphétamines ou de l'ecstasy consommées au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%).....	90
Annexe 20	Test de dépistage des maladies transmissibles au cours de la vie en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	91
Annexe 21	Vaccination contre l'hépatite A en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	91
Annexe 22	Vaccination contre l'hépatite B en 2015, 2016 et 2017 (%) .....	91
Annexe 23	Age des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en années).....	92
Annexe 24	Sexe des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n) .....	92
Annexe 25	Nationalité des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n) .....	92
Annexe 26	Sources de revenus au cours des 30 derniers jours des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	93
Annexe 27	Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n) .....	93
Annexe 28	Médicaments agonistes prescrits aux patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	94
Annexe 29	Co-médications prescrites aux patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	94
Annexe 30	Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	94
Annexe 31	Fréquence de consommation de cocaïne au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n) .....	95

Annexe 32	Fréquence de consommation de benzodiazépines non prescrites au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	95
Annexe 33	Fréquence de consommation de méthadone non prescrite au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	95
Annexe 34	Fréquence de consommation de tabac au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	96
Annexe 35	Fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	96
Annexe 36	Fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	96
Annexe 37	Mode de consommation principal de l'héroïne consommée au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	97
Annexe 38	Mode de consommation principal de la cocaïne consommée au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	97
Annexe 39	Consommation par injection au cours des 6 derniers mois chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	97
Annexe 40	Test de dépistage du VIH au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	98
Annexe 41	Résultat du dernier test de dépistage du VIH chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	98
Annexe 42	Test de dépistage de l'hépatite A au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	98
Annexe 43	Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite A chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	98
Annexe 44	Test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	99
Annexe 45	Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite B chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	99
Annexe 46	Test de dépistage de l'hépatite C au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	99
Annexe 47	Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite C chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n).....	99
Annexe 48	Patients souffrant d'une hépatite C chronique lors de l'initiation du traitement en 2015, 2016 ou 2017 (n).....	100

## Liste des abréviations

DAM	Diacétylmorphine
DGS	Direction générale de la santé
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
HEIG-VD	Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LStup	Loi sur les stupéfiants
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SSMA	Société suisse de médecine de l'addiction
TAO	Traitement agoniste opioïde
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine, virus du Sida
VHC	Virus de l'hépatite C

## Préface

Selon la loi fédérale sur les stupéfiants, la prescription, la remise et l'administration des médicaments agonistes destinés au traitement des personnes dépendantes sont soumises à autorisation. Il en va de même pour certains médicaments psychotropes prescrits en complément du traitement agoniste<sup>a</sup>. Cette autorisation est octroyée par les cantons via le Médecin cantonal. Depuis les années 2000, le canton de Vaud a utilisé cette obligation d'autorisation pour recueillir des données sociodémographiques et sanitaires sur la population des personnes en traitement. Malheureusement, la qualité des données obtenues via des formulaires papier a longtemps laissé à désirer du fait notamment de la lourdeur des processus administratifs.

En 2013, sous l'impulsion de l'unité de Conseil, évaluation et expertise en santé publique (CEESAN)<sup>b</sup> de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)<sup>c</sup>, le Médecin cantonal a décidé de relever le défi de disposer d'une application informatique permettant à la fois de répondre aux exigences de la législation sur les stupéfiants, de simplifier le travail administratif des médecins prescripteurs et d'améliorer le recueil des données dans le respect des dispositions légales en la matière.

Cette application est née d'une collaboration entre informaticiens<sup>d</sup>, épidémiologues, addictologues et gestionnaires administratifs. Mise à disposition des médecins prescripteurs en été 2014, elle a été complétée en 2019 par deux extensions. La première permet aux pharmacies d'annoncer la remise de ces traitements; la deuxième est destinée aux établissements pénitentiaires.

Proposée aux professionnels sous la forme d'une plateforme internet sécurisée, cette application permet désormais d'avoir une vision complète des traitements agonistes en cours et terminés et des prescriptions complémentaires. Le suivi des prescriptions est amélioré par un double contrôle (demande du médecin et annonce de la pharmacie). En cas d'incarcération, la continuité des prescriptions est garantie, de même que la continuité du suivi à la sortie, via un système d'annonce simplifié.

Cette vue d'ensemble permet d'informer le corps médical, de le mettre en garde des mésusages possibles et d'améliorer les pratiques. En objectivant la persistance de consommations (notamment par injection) en cours de traitement agoniste, cette application a contribué au développement, dans le canton de Vaud, du programme de prescription médicalisée de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) qui constitue une alternative thérapeutique essentielle pour certains patients.

---

<sup>a</sup> Les médicaments psychotropes, tels que les benzodiazépines et médicaments apparentés (zolpidem, zopiclone), les barbituriques, les stimulants, et les analgésiques opioïdes destinés au traitement des personnes dépendantes sont soumis aux mêmes dispositions que les stupéfiants (art. 2, art. 2b et art. 3e LStup ; art. 46 et art. 48 OCStup ; art. 9 OASstup).

<sup>b</sup> A l'époque, il s'agissait de l'Unité d'évaluation de programme de prévention (UEPP) qui est devenue par la suite le CEESAN durant l'été 2014.

<sup>c</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), la Polyclinique médicale universitaire (PMU), l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) et l'association Promotion Santé Vaud, forment **Unisanté**, Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne. [www.unisante.ch](http://www.unisante.ch)

<sup>d</sup> Centre Ra&D, Innovations et Transferts technologiques de la Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (HEIG-VD) à Yverdon-les Bains

Enfin, le recueil des données sociodémographiques et sanitaires des patients mais aussi des informations sur la consommation (produits, modes de consommation) et les prises de risque contribue à la réflexion sur les besoins socio-sanitaires dans le domaine des addictions et à la planification des offres.

Ce rapport est un premier bilan établi à partir des données de la plateforme internet sécurisée, il s'intéresse aux trois premières années de son fonctionnement, alors que tous les médecins ne l'utilisaient pas encore et que les extensions pharmacie et prison n'étaient pas encore en fonction. D'autres rapports, plus synthétiques, suivront et seront disponibles sur le site infosan.vd.ch et sur le site d'Unisanté (unisante.ch).

Nous remercions tous les collaborateurs du CEESAN<sup>e</sup>, de l'HEIG<sup>f</sup>, de l'OMC<sup>g</sup> qui ont œuvré au développement de cette application ainsi que ceux d'Entrée de secours à Morges<sup>h</sup> qui se sont chargés de tester sa première version en 2014.

Enfin, nous remercions les médecins, les intervenants des centres de traitement et des établissements pénitentiaires ainsi que les pharmaciens. Grâce à leur contribution, cette plateforme n'est pas qu'un dispositif de contrôle des autorisations mais un outil de travail commun qui participe d'une authentique démarche de santé publique.

Dr K. Boubaker  
Médecin cantonal

Dre Martine Monnat  
Médecin cantonal adjoint

---

<sup>e</sup> Prof Françoise Dubois-Arber, Dr Jean-Pierre Gervasoni, M. André Jeannin, M. Stéphane Luyet, M. Pierre Simon-Vermot, Mme Sophie Stadelmann

<sup>f</sup> Prof Laura Raileanu, M. Fabien Dutoit, M. Michael Sandoz

<sup>g</sup> Mme Géraldine Savary

<sup>h</sup> M. Francois Perrin-Jaquet et collaborateurs

## Résumé

Dans le canton de Vaud, chaque médecin qui souhaite prescrire un médicament soumis à la législation sur les stupéfiants, destiné au traitement d'une personne dépendante doit, pour chaque patient, demander au Médecin cantonal une autorisation de prescription au moyen d'un formulaire spécifique. Cette autorisation, une fois émise, est valable une année. Elle peut être prolongée d'année en année à l'aide d'un formulaire de demande de prolongation. Chaque fin de traitement doit également être immédiatement annoncée à l'aide d'un formulaire spécifique. Les données ainsi récoltées permettent aux autorités cantonales de vérifier que les conditions pour l'octroi de l'autorisation du traitement sont réunies. Ces données permettent également l'analyse de la situation socio-professionnelle et épidémiologique de la patientèle et des modalités de remise du traitement afin d'orienter les politiques de santé publique dans ce domaine. L'analyse des données ainsi récoltées entre 2015 et 2017 fait l'objet du présent rapport.

Au total, ce sont près de 1'800 patients qui sont sous traitement agoniste opioïde (TAO) dans le canton de Vaud à un moment ou un autre au cours d'une année. Ce nombre a peu varié au cours des trois années étudiées, tout comme les caractéristiques sociodémographiques de ces patients. Le patient type est un homme de plus de 40 ans, suisse, vivant seul (célibataire, divorcé ou séparé) dans un domicile fixe, sans enfant, au bénéfice d'un diplôme d'une école professionnelle ou d'un apprentissage. Ses sources de revenus principales sont l'aide sociale, les assurances sociales (AVS, AI ou autre) ou un salaire fixe.

La méthadone est le médicament agoniste le plus prescrit (68% en 2017). Cependant, depuis ces dernières années, les médecins ont de plus en plus recours à d'autres médicaments agonistes, comme le Sevre-Long® (19% en 2017) et le L-Polamidon® (4% en 2017). Au final, en 2017, plus de 95% des patients sont traités avec de la méthadone, du Sevre-Long®, du Subutex®, ou du L-Polamidon®. La prescription de médicaments psychotropes complémentaires au traitement agoniste est très courante. Plus de la moitié des patients reçoivent en plus de leur TAO des benzodiazépines, un tiers des antidépresseurs et près d'un cinquième des tranquillisants et/ou des neuroleptiques. Dans une large majorité des cas (69% en 2017), les patients vont chercher leur traitement en pharmacie.

Si on considère les données des formulaires de prolongation, moins d'un tiers des patients a consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours (28% en 2017) et environ un cinquième des patients de la cocaïne (20% en 2017). Alors que l'héroïne est majoritairement consommée par sniff (40% en 2017) ou par voie orale (46% en 2017), le mode de consommation de la cocaïne est plus varié. Le recours à l'injection pour la consommation d'héroïne ou de cocaïne a toutefois baissé au cours des trois années étudiées. De plus, le tabac et l'alcool sont consommés par une très importante proportion de patients sous TAO (57% en 2017 pour l'alcool et 82% en 2017 pour le tabac).

Seuls 15% des patients sous TAO ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois en 2017. Parmi ceux-ci moins de 10% ont utilisé une seringue déjà utilisée par un autre usager, en revanche, près de 60% indiquent réutiliser leurs propres seringues. Finalement, parmi les patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois en 2017, 62% indiquent ne jamais utiliser un préservatif ou seulement

parfois. Ce type de comportement concerne 70% des patients ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire stable.

Presque l'ensemble des patients ont déjà eu un test de dépistage du VIH, de l'hépatite A, de l'hépatite B ou de l'hépatite C. En revanche, moins de la moitié de notre collectif a eu un test de dépistage au cours des 12 derniers mois, mais cette proportion a augmenté au cours des trois années étudiées (46% pour le VIH, 38% pour l'hépatite A, 38% pour l'hépatite B et 47% pour l'hépatite C en 2017). Moins de 10% des patients indiquent avoir eu un résultat positif au test de dépistage du VIH. Entre 25% et 20% ont eu un résultat positif au test de dépistage de l'hépatite A ou de l'hépatite B, selon le test et l'année considérée. Près de la moitié des patients sous TAO qui ont fait au moins un dépistage de l'hépatite C au cours de leur vie ont eu un résultat positif. Et un peu moins de la moitié souffre d'une hépatite C chronique. Finalement, une bonne moitié des patients sont vaccinés contre l'hépatite A ainsi que contre l'hépatite B.

Sur l'ensemble du canton de Vaud, il y a en moyenne, par année, moins d'une centaine de nouveaux patients sous TAO entrés pour la première fois dans la base de données vaudoise. Parmi ceux-ci, seuls 39 patients ont commencé pour la première fois de leur vie un traitement agoniste en 2017 (48 en 2015 et 48 en 2016)<sup>i</sup>. Ces nouveaux patients ont en moyenne 35 ans. Il s'agit d'une population constituée en majorité d'hommes avec une distribution quasiment égalitaire entre la proportion d'étrangers et de suisses. Comme pour l'ensemble des patients sous TAO, le nombre de patients ayant commencé pour la première fois un TAO mis sous traitement à la méthadone a diminué au cours des trois années étudiées au profit du Sevre-Long®, du Subutex® ou encore du L-Polamidon®. Et un peu moins de la moitié de ces nouveaux patients a également des co-médications.

La quasi-totalité des patients qui ont commencé pour la première fois un TAO au cours des années étudiées indiquent avoir consommé de l'héroïne au cours des trente derniers jours, de manière quotidienne pour une majorité d'entre eux. De plus, une majorité de ces nouveaux patients ont fait un test de dépistage du VIH ou des hépatites A, B et C au cours de leur vie et seul un très petit nombre a eu un résultat positif. Ils sont également très peu nombreux à souffrir d'une hépatite C chronique.

Plus de 300 fins de traitements sont saisies au cours d'une année. Dans plus de 60% des cas, cette fin de traitement est liée à des changements dans la prise en charge (changement de médecin, déménagement du patient, etc.). L'abandon du traitement par le patient est évoqué dans un peu plus de 10% des cas (14% en 2015, 11% en 2016 et 16% en 2017). Au cours de ces trois années, la part de patients abstinents lors de l'annonce de fin de traitement a très légèrement diminué pour atteindre 51% en 2017. De plus, seul un quart des patients sont réinsérés dans la vie professionnelle au moment de l'annonce de leur fin de traitement.

Les caractéristiques de la cohorte de patients suivi dans le cadre d'un traitement agoniste ont donc peu changé au cours des années étudiées. Cependant, les médicaments agonistes qui leur sont prescrits se sont diversifiés.

---

<sup>i</sup> Les autres nouveaux patients ont déjà été au bénéfice d'un traitement par le passé.

# 1

# Introduction



# 1 Introduction

## 1.1 Le mandat

La Direction générale de la santé (DGS) a confié la surveillance épidémiologique des traitements par agonistes opioïdes (TAO) remis dans le canton de Vaud au Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne (Unisanté)<sup>j</sup>. Cette surveillance initiée dans le cadre du mandat d'évaluation du dispositif vaudois en matière de prévention et de lutte contre la toxicomanie qui a débuté en 1996, fait désormais l'objet d'un mandat distinct.

Au début de cette surveillance, la saisie des données se faisait à l'aide du logiciel « Methadon » développé pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>1</sup>. Dès 2014, une plateforme en ligne, sécurisée, développée en collaboration avec le Centre Ra&D, Innovations et Transferts technologiques de la Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (HEIG-VD), a été mise à disposition des médecins prescripteurs<sup>k</sup>. Les données ainsi récoltées permettent l'analyse de la patientèle et des modalités de remise du traitement contribuant à faire le point sur la situation socio-professionnelle et épidémiologique afin d'orienter les politiques de santé publique dans ce domaine.

## 1.2 Principe du traitement agoniste (traitement de substitution)

Le principe du traitement de substitution est de prescrire un médicament ayant un effet similaire (agoniste) à celui du produit consommé illégalement<sup>2</sup>. Dans le contexte des addictions, le terme « substitution » est imprécis et ambigu. Il peut suggérer, à tort, le remplacement d'une « drogue de rue » par une « drogue d'Etat », alors que le médicament opioïde prescrit dans cette indication a des effets thérapeutiques qui dépassent la seule « substitution ». Il permet le blocage de l'effet euphorisant en cas de prises d'opioïdes additionnels (par exemple l'héroïne de rue) et de l'effet d'adaptation de l'organisme qui oblige à augmenter les doses consommées (phénomène d'accoutumance). Ces effets diminuent considérablement les risques d'intoxication létale en cas de prise d'opioïdes non prescrits et contribuent au traitement du syndrome de dépendance. C'est pourquoi les experts recommandent de remplacer l'expression « traitement de substitution » par « traitement agoniste » et dans ce cas de ce rapport par « traitement agoniste opioïde (TAO) »<sup>3,4</sup>.

L'addiction aux opioïdes est considérée par l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) comme une maladie chronique nécessitant un traitement à long terme<sup>5,6</sup>. Le traitement agoniste implique donc la continuité et permet ainsi au médecin d'aborder les problèmes médicaux, sociaux et personnels

---

<sup>j</sup> Depuis le 1er janvier 2019, les activités de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de l'association Promotion santé Vaud, sont regroupées dans un Centre universitaire de médecine générale et santé publique, à Lausanne.

<sup>k</sup> <https://www.substitution-vd.ch>

des patients. Les traitements agonistes sont connus pour réduire non seulement la mortalité, mais également le risque de dommages secondaires – dus par exemple au VIH ou à l'hépatite C. Par ailleurs, ces traitements permettent de réduire la consommation illégale d'opioïdes, ainsi que la criminalité<sup>5</sup>. Finalement, ces traitements améliorent la qualité de vie des patients<sup>1</sup>, comme le fait un traitement médical au long cours<sup>7</sup>.

Selon l'article 3e de la Loi sur les stupéfiants (LStup) de 1951<sup>8</sup>, la prescription, la remise et l'administration de stupéfiants (comme la méthadone) dans un but de traitement de personnes relèvent des autorités cantonales. Les traitements à base de diacétylmorphine (DAM, i.e. forme pharmaceutique de l'héroïne) sont quant à eux soumis à des dispositions particulières qui relèvent directement de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>m</sup>.

Le traitement agoniste fait par ailleurs l'objet de recommandations médicales régulièrement actualisées par la Société suisse de médecine de l'addiction (SSMA)<sup>9</sup>.

Dans le canton de Vaud, les traitements agonistes font l'objet d'une directive du Médecin cantonal<sup>n</sup> qui fixe les conditions à remplir pour la prescription la dispensation et l'administration de ces traitements pour les personnes dépendantes et pour l'obtention de l'autorisation. Concrètement chaque médecin, pour chaque patient, doit demander au Médecin cantonal une autorisation de prescrire un médicament agoniste (Annexe 1). Cette autorisation, une fois émise, est valable une année. Elle peut être prolongée d'année en année à l'aide d'un formulaire de demande de prolongation (Annexe 2). Chaque fin de traitement doit être immédiatement annoncée au Médecin cantonal à l'aide d'un formulaire ad hoc (Annexe 3). Les données ainsi récoltées permettent aux autorités cantonales de vérifier que les conditions pour l'octroi de l'autorisation du traitement sont réunies. Ces données permettent également un suivi épidémiologique de toutes les personnes en TAO dans le canton de Vaud. Ce suivi fait l'objet du présent rapport.

Ce rapport vise à fournir, pour les années 2015, 2016 et 2017, des indicateurs relatifs à la prise en charge des patients en traitement agoniste. La première partie décrit les patients dont le traitement est en cours durant l'une des années étudiées : nombre et répartition géographique, caractéristiques sociodémographiques, santé, prises de risques, statuts sérologiques (chapitre 3). Nous présentons ensuite les données relatives aux patients ayant commencé pour la première fois de leur vie un TAO au cours d'une des trois années (chapitre 4). Enfin, la troisième partie du rapport présente certaines caractéristiques des patients pour lesquels une fin de traitement a été notifiée au cours d'une des années étudiées (chapitre 5).

---

<sup>1</sup> Par souci de lisibilité, le terme « patients » se réfère toujours, dans ce rapport, aux patients en traitement sous TAO

<sup>m</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

<sup>n</sup> Directives du Médecin cantonal concernant la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés à la prise en charge de personnes dépendantes du 1.05.2010, en révision

## 1.3 Médicaments utilisés dans le cadre des traitements agonistes opioïdes (TAO)

Le Tableau 1 présente les neuf médicaments qui ont été prescrits depuis les années 2000 dans le cadre des TAO dans le canton de Vaud. Pour quatre d'entre eux, l'indication pour le traitement d'un syndrome de dépendance aux opiacés n'est pas reconnue dans l'autorisation de mise sur le marché de l'autorité d'enregistrement des médicaments (Swissmedic). Il s'agit du Kapanol<sup>®</sup>, du MST<sup>®</sup>, de l'Oxycontin<sup>®</sup> et du Temgesic<sup>®</sup>. Le Kapanol<sup>®</sup> et le MST<sup>®</sup> sont des morphines orales à effet retard qui étaient généralement prescrites pour pallier aux effets secondaires, notamment cardiaques, de la méthadone avant que le Sevre-Long<sup>®</sup> ne soit mis sur le marché. L'Oxycontin<sup>®</sup> (oxycodone) est un opioïde dérivé d'un alcaloïde de l'opium. Le Temgesic<sup>®</sup> (buprénorphine) a été prescrit avant la mise sur le marché du Subutex<sup>®</sup> en 2000 et est encore utilisé en fin de sevrage car il existe dans un dosage plus faible que le Subutex<sup>®</sup>. La prescription de ces médicaments correspond à une prescription « off-label » qui engage la responsabilité du médecin et dont le remboursement par les assurances maladie n'est pas garanti<sup>10</sup>.

**Tableau 1** Types de médicament agoniste et substance active

Produit	Substance active
Kétalgine <sup>®</sup>	Méthadone
Méthadone	Méthadone
L-Polamidon <sup>®</sup>	Lévométhadone
Kapanol <sup>®</sup>	Morphine
MST <sup>®</sup>	Morphine
Sevre-Long <sup>®</sup>	Morphine
Subutex <sup>®</sup>	Buprénorphine
Temgesic <sup>®</sup>	Buprénorphine
Oxycontin <sup>®</sup>	Oxycodone



# 2

# Méthode



## 2 Méthode

### 2.1 Instrument de collecte des données

Les données relatives aux patients sous traitement agoniste opioïdes sont récoltées par le biais de formulaires de demande d'autorisation d'entrée, de prolongation et d'annonce de fin de traitement remplis par les médecins prescripteurs, qu'ils soient actifs en cabinet privé, dans un centre de traitement ou dans une clinique ou un hôpital.

Jusqu'en juillet 2014, les formulaires d'entrée, de prolongation et de fin remplis par les médecins prescripteurs étaient envoyés par courrier ou fax à l'Office du Médecin cantonal de la DGS du canton de Vaud. L'Office du Médecin cantonal était ensuite chargé de les introduire dans le logiciel « Methadon »<sup>o</sup>, puis d'envoyer en retour au médecin une autorisation par courrier. Les données ainsi récoltées ont permis l'analyse de la patientèle des traitements agonistes opioïdes et des modalités de remise des traitements. Ces analyses, réalisées par Unisanté, ont aidé à faire le point sur la situation socio-professionnelle et épidémiologique de ces patients<sup>1, 11, 12</sup>, contribuant ainsi à orienter les politiques de santé publique dans ce domaine.

Dès juillet 2014, ces formulaires ont été saisis directement sur une plateforme en ligne, sécurisée<sup>p</sup>, développée par la Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (HEIG) en partenariat avec Unisanté. Cette nouvelle plateforme internet sécurisée a peu à peu été ouverte aux différents centres de traitements et médecins prescripteurs, leur permettant de remplir les formulaires liés à la prescription des TAO en ligne grâce à un compte personnel hébergé sur la plateforme<sup>q</sup>. La mise en place et l'impact du développement de cette plateforme sur la qualité des données, ainsi que la satisfaction des utilisateurs à son égard sont décrits dans le rapport de Pin et al.<sup>13</sup>.

#### 2.1.1 Formulaires d'entrée et de prolongation des traitements agonistes opioïdes

Les formulaires de demande d'autorisation d'entrée et de prolongation des TAO sont très similaires. Le formulaire de demande d'entrée en traitement contient les informations suivantes (dans l'ordre d'apparition, cf. Annexe 1) :

- Les données d'identité du patient (nom, prénom, adresse, localité, sexe, date de naissance) ;
- Les données d'identité du médecin traitant ou de l'institution ;
- Les données de traitement (médicament agoniste, dose journalière, etc.) ;

---

<sup>o</sup> Logiciel développé en 1997 par une société d'informatique pour le compte de l'OFSP

<sup>p</sup> <https://www.substitution-vd.ch>

<sup>q</sup> Il existe toujours la possibilité, pour les médecins prescripteurs, de remplir les formulaires papier, puis de les envoyer à la DGS pour saisie et validation.

- Les modalités de remise du médicament (coordonnées de l'institution - pharmacie, centre de traitement, lieu de vie<sup>r</sup> - chargée de remettre le médicament agoniste au patient et le rythme de remise) ;
- L'objectif thérapeutique du traitement (sevrage à court ou long terme, maintenance, bas seuil) ;
- Les données détaillées des traitements complémentaires soumis à autorisation (benzodiazépines, analogues des benzodiazépines, stimulants, analgésiques opiacés) et les catégories des autres médications complémentaires (neuroleptiques, antidépresseurs, HIV, etc.)
- Les éventuels traitements antérieurs (date, type, lieu, etc.) ;
- Les données de consommation et de prises de risques (fréquences de consommation de substances aux 30 derniers jours, mode de consommation, injections au cours de la vie, âge lors de la première consommation, partage de seringues au cours de la vie, etc.) ;
- Les données sociodémographiques (nationalité, sources de revenu, etc.) ;
- Enfin, les données relatives à la santé du patient (dépistages et sérologies du VIH, des hépatites A, B et C, vaccinations).

Le formulaire de demande de prolongation est identique, mais ne contient pas les questions concernant l'objectif thérapeutique, les éventuels traitements antérieurs, et les détails de la pratique de l'injection au cours de la vie (cf. Annexe 2).

### 2.1.2 Formulaires d'annonce de fin de traitements agonistes opioïdes

Le formulaire d'annonce de fin de traitement contient :

- Les données d'identité du patient (nom, prénom, adresse, localité, sexe, date de naissance) ;
- Les données d'identité du médecin traitant ou de l'institution ;
- Les données de traitement (médicament agoniste, dose journalière, etc.) ;
- La date de dernière dose remise ;
- La situation du patient au moment de la fin du TAO (abstinence, réinsertion professionnelle) ;
- Le motif de l'arrêt du traitement agoniste (traitement terminé, changement de médecin, abandon, décès, etc.)

---

<sup>r</sup> Par « lieu de vie », nous entendons des établissements résidentiels dans lesquels une remise de médicament est assurée (ESE, EMS, foyers, etc.).

## 2.2 Analyses

L'analyse de la situation des patients sous TAO porte sur les années 2015, 2016 et 2017<sup>s</sup> (données exportées de la plateforme au 24.04.2018). Ces analyses ont été réalisées séparément pour chaque année, sur l'ensemble des patients pour qui un traitement a été en cours de validité durant l'année étudiée<sup>t</sup> (cf. chapitre 3), sur l'ensemble des patients entrés pour la première fois en traitement durant l'année étudiée (première apparition dans la base de données) et qui n'avaient pas eu de traitement antérieur<sup>u</sup> (cf. chapitre 4), et sur l'ensemble des patients qui ont eu une fin de traitement pour laquelle la dernière dose a été remise lors de l'année étudiée<sup>v</sup> (cf. chapitre 5).

Les résultats présentés dans ce rapport sont principalement des tableaux croisés et des moyennes. Ces analyses ont été effectuées avec le logiciel R (R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

---

<sup>s</sup> La mise en place de la plateforme en ligne sécurisée dans la deuxième moitié de l'année 2014 a eu un impact sur la qualité des données rendant plus difficile la comparaison avec les années précédant cette mise en place.

<sup>t</sup> Si un patient a eu plusieurs traitements sur une même année, c'est toujours le dernier qui a été considéré. De plus, si un même patient a eu un traitement en cours sur les trois années étudiées, ce patient apparaît dans les analyses des trois années.

<sup>u</sup> Nous avons considéré ces derniers comme des patients débutant pour la première fois un traitement agoniste

<sup>v</sup> Si un patient a eu plusieurs fins de traitements sur une même année, c'est toujours la dernière qui a été considérée.



# 3

## **Patients sous traitement agoniste opioïde en 2015, 2016 et 2017**



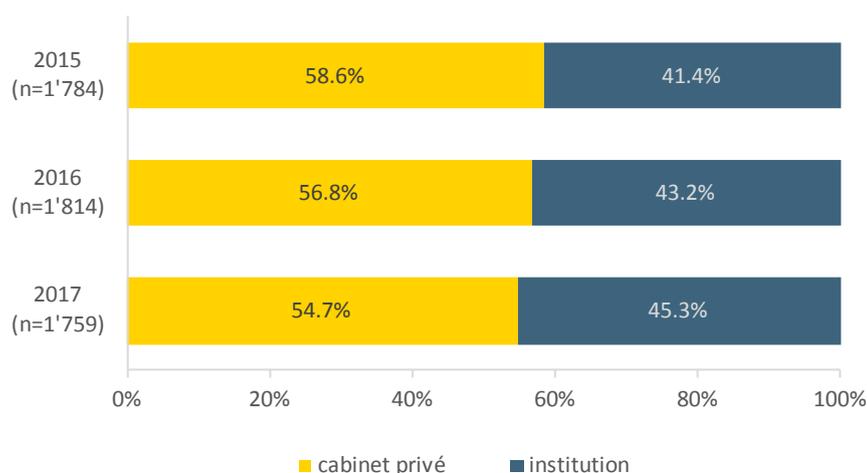
### 3 Patients sous traitement agoniste opioïde en 2015, 2016 et 2017

Dans ce chapitre, nous présentons le suivi épidémiologique de l'ensemble des patients qui ont eu une autorisation pour un TAO durant au moins un jour de l'année étudiée ou qui ont reçu au moins une dose au cours de l'année étudiée, soit en 2015, en 2016 ou en 2017<sup>w</sup>. Les données présentées peuvent provenir de formulaires d'entrée (ou de prolongation) ayant été saisis l'année précédente, si le traitement a débuté (ou a été prolongé pour la dernière fois) l'année précédente. Ce suivi épidémiologique regroupe l'analyse des caractéristiques sociodémographiques, du type de traitement agoniste prescrit, des co-médications, de la consommation de substances psychoactives, des indicateurs d'exposition à certaines maladies transmissibles et de l'état de santé des patients<sup>x</sup>.

Le nombre de personnes en traitement est relativement stable sur les trois années (N<sub>2015</sub>=1'785 ; N<sub>2016</sub>=1'816 ; N<sub>2017</sub>=1'761)<sup>y</sup>.

Plus de la moitié des traitements considérés dans cette analyse sont prescrits par des médecins installés en cabinet privé (Figure 1). Cette proportion a légèrement diminué au cours des trois années étudiées. Cependant, il y a bien plus de médecins prescripteurs installés en cabinet privé que d'institutions médicalisées si bien qu'un médecin en cabinet privé suivait, en 2017, en moyenne 3.7 patients sous TAO (médiane : 2 ; min : 1 – max : 33) alors qu'une institution en suit en moyenne 56.9 (médiane : 22.5 ; min : 1 – max : 311).

**Figure 1** Type de médecin prescripteur en 2015, 2016 et 2017 (%)



<sup>w</sup> Si un patient avait plusieurs traitements sur la même année, c'est toujours le dernier qui a été considéré.

<sup>x</sup> Il s'agit ici d'un panel de patients avec des backgrounds différents : certains sont en traitement depuis plusieurs années alors que d'autres amorcent à peine leur traitement.

<sup>y</sup> Si un même patient a eu un traitement en cours sur les trois années étudiées, ce patient apparaît dans les analyses des trois années.

## 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

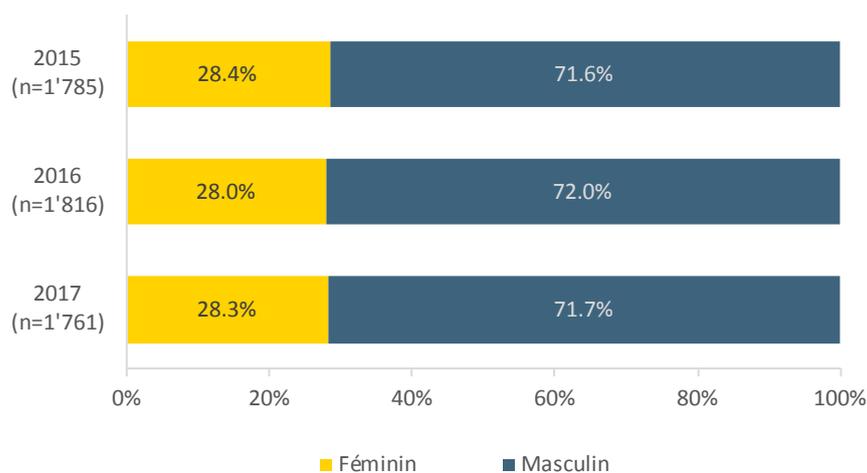
L'âge moyen des patients sous TAO entre 2015 et 2017 a très peu varié, passant de 42.2 ans en 2015 à 43.4 ans en 2017 (Tableau 2). L'âge médian est également stable (43.0 ans en 2015 et 2016 et 44.0 ans en 2017). En 2017, l'âge des patients en traitement se situe entre 19 et 76 ans.

**Tableau 2** Age des patients en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en années)

	2015 (n=1'785)	2016 (n=1'816)	2017 (n=1'761)
Moyenne	42.2	42.8	43.4
Médiane	43.0	43.0	44.0
Min-Max	18-73	18-76	19-76

Plus de 70% des personnes sous TAO dans le canton de Vaud sont des hommes (Figure 2). Ce taux a très peu varié au cours des trois années.

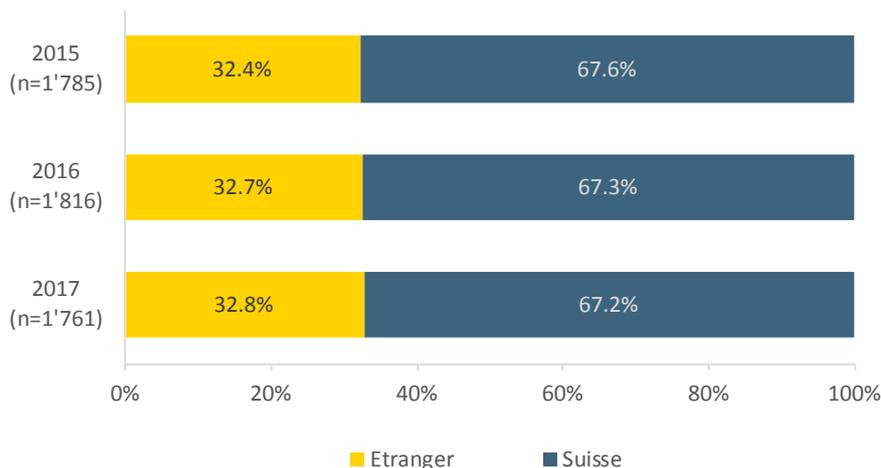
**Figure 2** Sexe des patients en 2015, 2016 et 2017 (%)



Une seule réponse était possible pour cette question.

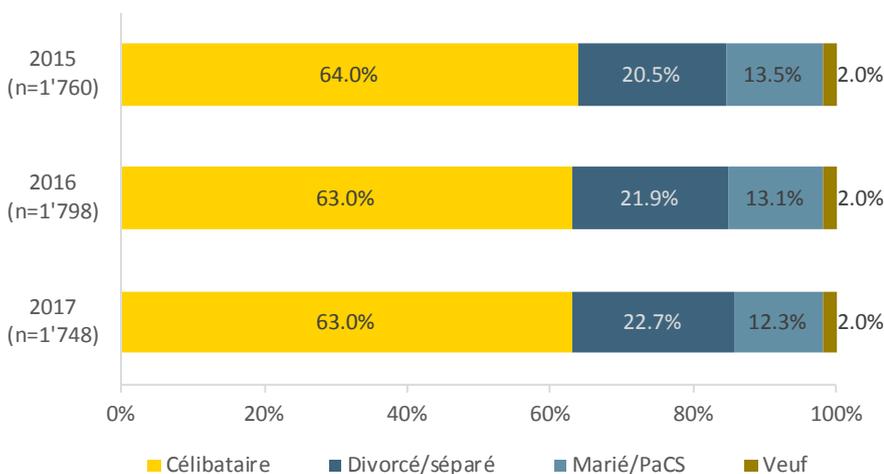
Une large majorité des patients en traitement sont de nationalité suisse (Figure 3). Ce taux est resté très stable depuis 2015.

**Figure 3 Nationalité des patients en 2015, 2016 et 2017 (%)**



L'état civil des patients en traitement n'a également pas évolué : plus de 60% des patients sont célibataires, un peu plus de 20% sont divorcés ou séparés, moins de 15% sont mariés ou en partenariat enregistré (PaCS) et environ 2% sont veufs (Figure 4). Ce constat est valable pour les trois années.

**Figure 4 Etat civil des patients en 2015, 2016 et 2017 (%)**

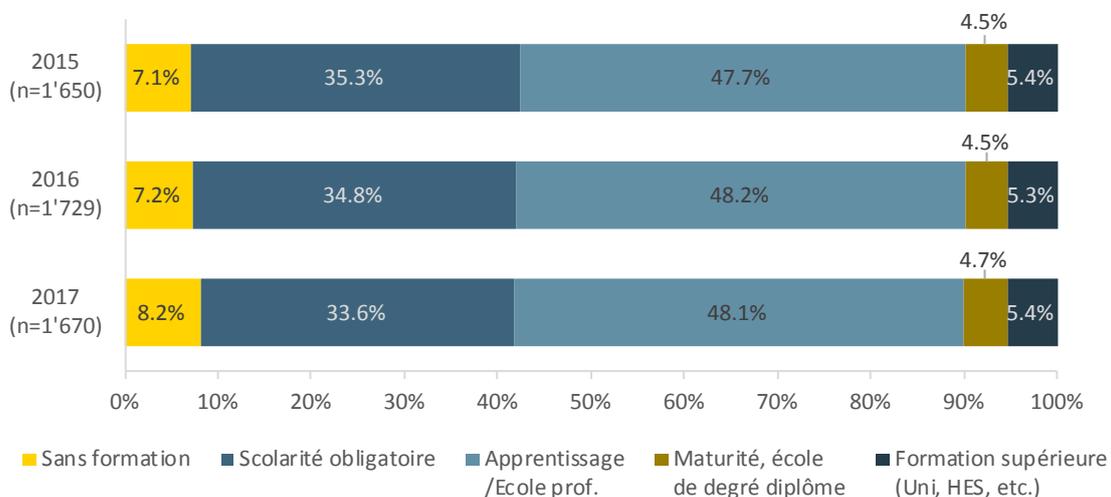


La réponse à cette question était manquante pour 1.4% des patients en 2015, 1.0% des patients en 2016 et 0.7% des patients en 2017.

## Formation

Lorsqu'on s'intéresse à la formation achevée la plus élevée, près de 50% des patients en traitement indiquent être au bénéfice d'une formation professionnelle et plus d'un tiers est au bénéfice d'un certificat de fin de scolarité obligatoire (Figure 5). Seul environ 4.5% ont une maturité ou sont au bénéfice d'un certificat d'une école de degré diplôme et un peu plus de 5% ont suivi une formation supérieure (universitaire ou non universitaire). Notons également que plus de 7% des patients en traitement n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire. Ces taux sont très similaires sur les trois années étudiées.

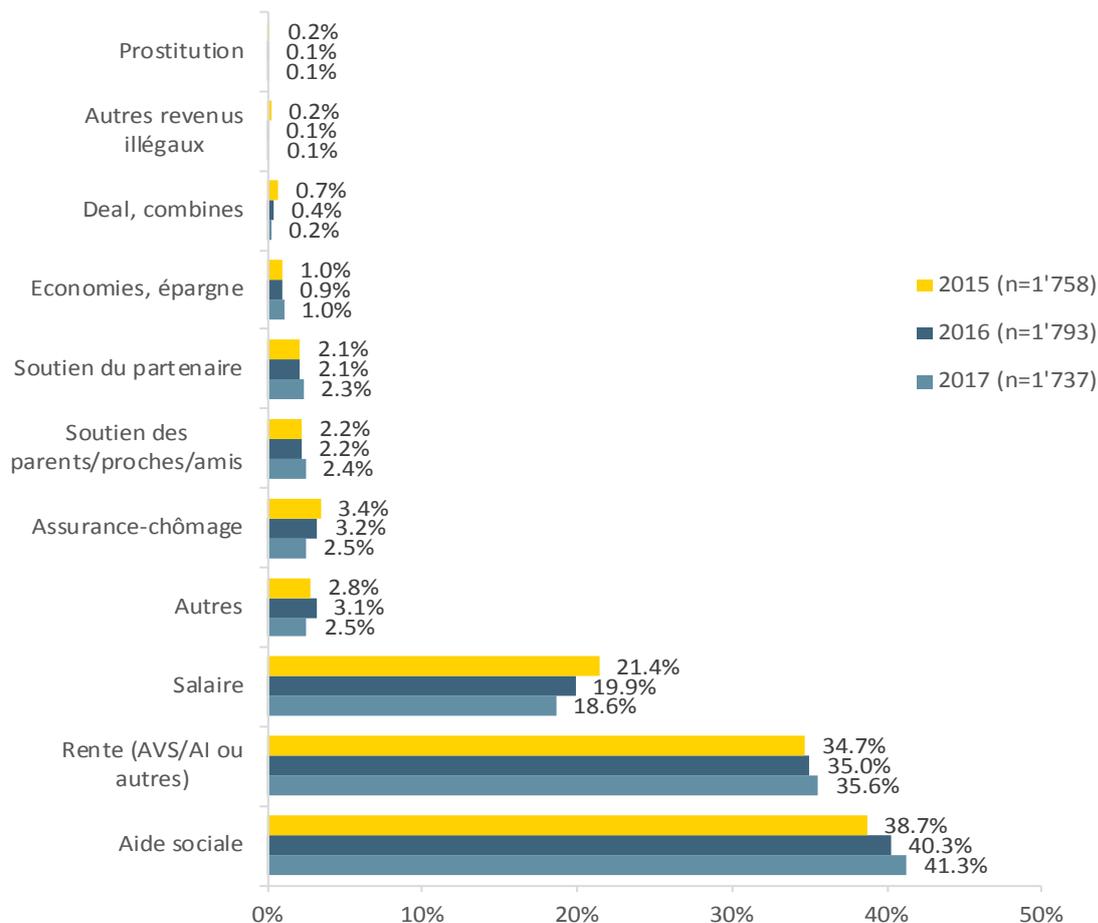
**Figure 5** Formation la plus élevée achevée en 2015, 2016 et 2017 (%)



La réponse à cette question était manquante pour 7.6% des patients en 2015, 4.8% des patients en 2016 et 5.2% des patients en 2017.

## Sources de revenus

Une question porte sur les sources de revenu des patients au cours des 30 derniers jours. Il est possible de donner plusieurs réponses à cette question. Les sources de revenus les plus fréquemment déclarées par les patients sous TAO dans le canton de Vaud sont l'aide sociale, la rente (AVS, AI, etc.) et le salaire (Figure 6). Entre 2015 et 2017 la proportion de personnes déclarant avoir un salaire a diminué, passant de 21.4% à 18.6%. A l'inverse, la proportion de patients déclarant être au bénéfice de l'aide sociale a augmenté (38.7% en 2015, 40.3% en 2016 et 41.3% en 2017). Entre 2% et 3% des patients bénéficient d'autres sources de revenu, d'une assurance ou du chômage, du soutien de parents, de proches ou d'amis ou du soutien de leur partenaire. Les patients bénéficiant d'économies, de revenus illégaux (deal ou autre) ou de revenus liés à la prostitution sont très rares (1% ou moins des patients). Toutefois, notons que le questionnaire est rempli par le médecin lors d'un entretien en face à face avec le patient, ce qui peut conduire à une sous-déclaration. A l'exception de l'évolution de la proportion de patients ayant un salaire ou étant au bénéfice de l'aide sociale, ces taux ont peu évolué entre 2015 et 2017.

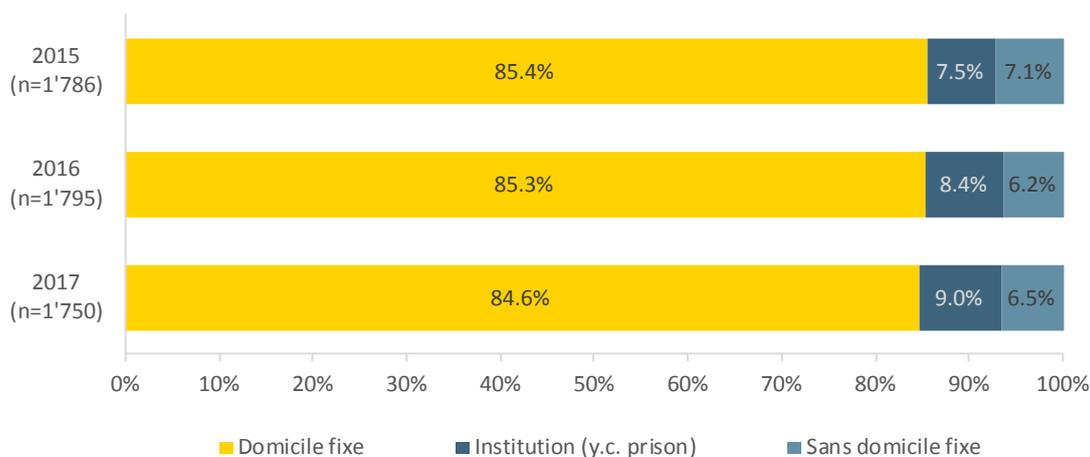
**Figure 6 Sources de revenus au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)**

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. La réponse à cette question était manquante pour 1.5% des patients en 2015, 1.3% des patients en 2016 et 1.4% des patients en 2017.

### Situation de domicile

Près de 85% des patients en traitement ont un domicile fixe (Figure 7). Une part en légère augmentation vit en institution (entre 7.5% et 9.0% selon l'année étudiée) et entre 7.1% et 6.5% sont sans domicile fixe.

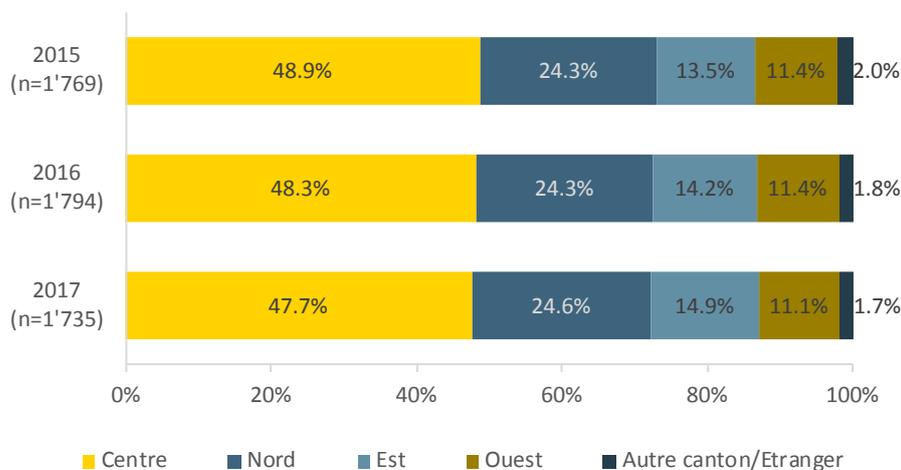
**Figure 7** Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)



La réponse à cette question était manquante pour 1.5% des patients en 2015, 1.2% des patients en 2016 et 0.6% des patients en 2017.

Une majorité des patients vit dans la région centre du canton (Figure 8). Un peu moins d'un quart vit dans la région nord, près de 15% dans l'est et 11% dans l'ouest. Finalement, moins de 2% des patients en traitement dans le canton de Vaud ont leur domicile principal dans un autre canton ou à l'étranger. A nouveau, ces taux sont très stables depuis 2015.

**Figure 8** Répartition du domicile des patients dans les différentes régions sanitaires en 2015, 2016 et 2017 (%)



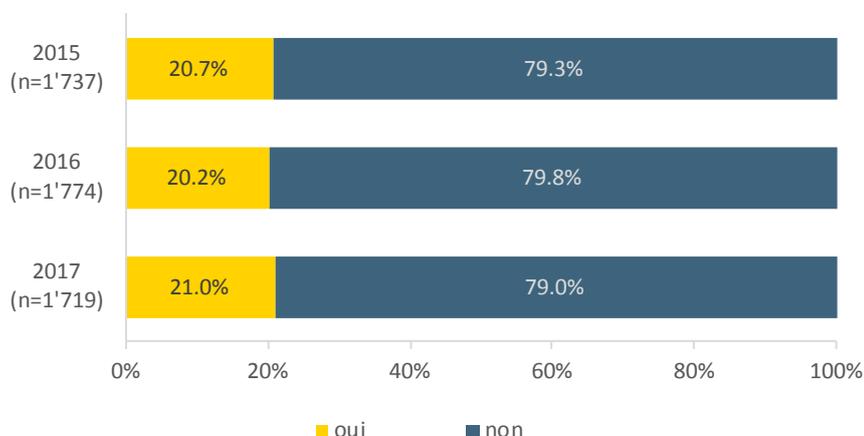
La réponse à cette question était manquante pour 0.9% des patients en 2015, 1.2% des patients en 2016 et 1.5% des patients en 2017.

L'Annexe 4 présente la situation de domicile des patients selon la région sanitaire et selon l'année étudiée. Quelle que soit la région sanitaire étudiée, une grande majorité des patients ont un domicile fixe. On peut noter toutefois de légères disparités. La région Est comporte la plus petite proportion de patients sans domicile fixe (moins de 3% vs 6% à 9% pour les autres régions) et la région Nord a la plus forte proportion de personnes hébergées en institution (environ 11%). Notons également qu'à l'Ouest, la proportion de patients en institution a presque doublé entre 2015 et 2017 (3.5% en 2015 et 6.8% en 2017) et la proportion de personnes sans domicile fixe a également augmenté passant de 7.0% à 9.4%. Au Nord, en revanche, alors que la part de patients en institution a augmenté en passant de 8.9% à 11.6%, le taux de patients sans domicile fixe a diminué (8.9% en 2015 et 6.1% en 2017).

Près de 25% des patients déclarent vivre avec un enfant de leur ménage. Ce taux est resté stable sur les trois années étudiées. En moyenne, les patients vivant avec des enfants vivent avec 1.4 enfants (min-max : 1-4, résultats non représentés<sup>z</sup>). Ces valeurs n'ont pas changé depuis 2015.

Finalement, 20% des patients en traitement sont sous tutelle ou curatelle (Figure 9). Ce taux n'a pas changé depuis 2015.

**Figure 9** Patients sous tutelle/curatelle en 2015, 2016 et 2017 (%)



La réponse à cette question était manquante pour 2.7% des patients en 2015, 2.3% des patients en 2016 et 2.4% des patients en 2017.

## 3.2 Traitements agonistes opioïdes

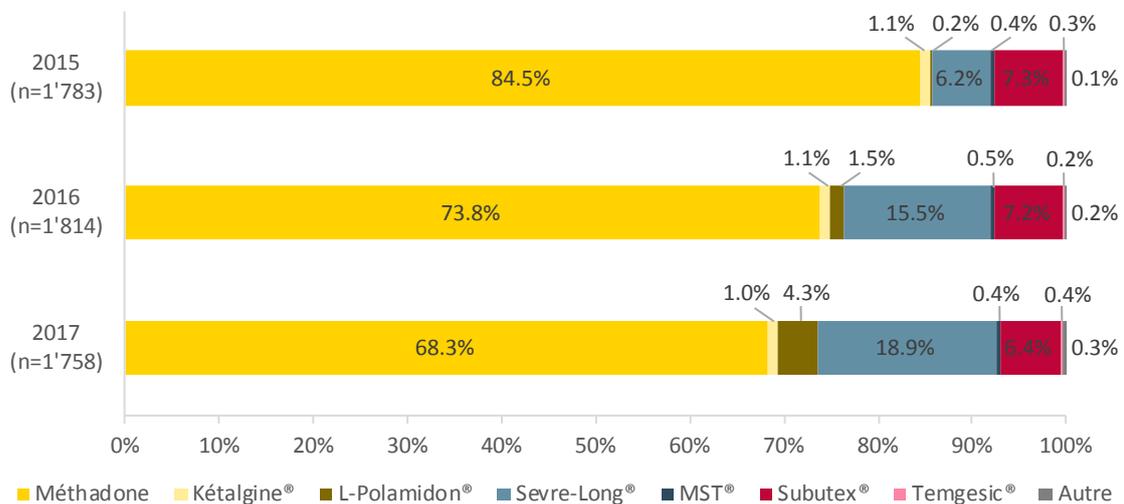
La Figure 10 présente les médicaments agonistes prescrits aux patients pour l'année étudiée. Ces résultats mettent en avant une évolution du type d'agoniste prescrit. La part de patients sous méthadone (Méthadone et Kétalgine<sup>®</sup>, cf. Annexe 5) a fortement diminué entre 2015 et 2017

<sup>z</sup> La réponse à cette question était manquante pour 4.4% des patients en 2015, 4.6% des patients en 2016 et 5.7% des patients en 2017.

passant de 85.5% à 69.3% au profit de la lévométhadone (L-Polamidon<sup>®</sup>) et du Sevre-Long<sup>®</sup>, dont le principe actif est la morphine. La proportion de patients sous Subutex<sup>®</sup> a également légèrement diminué durant ces dernières années, mais dans une moindre mesure par rapport au taux de patients sous méthadone.

Ce graphique met en évidence l'augmentation du recours à de la morphine orale à effet retard suite à son autorisation de mise sur le marché pour le traitement d'une dépendance aux opiacés en 2013 (Sevre-Long<sup>®</sup>, 6.2% en 2015 vs 18.9% en 2017) avec, en parallèle, une diminution de la prescription « off-label » de Kapanol<sup>®</sup> (0.0% en 2017) et de MST<sup>®</sup> (0.4% en 2017). Au final, en 2017, plus de 95% des patients sont traités avec de la méthadone, du Sevre-Long<sup>®</sup>, du Subutex<sup>®</sup>, ou du L-Polamidon<sup>®</sup>.

**Figure 10 Médicaments agonistes prescrits en 2015, 2016 et 2017 (%)**



Autre : codéine, morphine non spécifiée, tramadol

Des réponses incohérentes ont été écartées des analyses pour 0.1% des patients en 2015, 0.1% des patients en 2016 et 0.2% des patients en 2017.

La Figure 11 présente pour chaque année étudiée la dose moyenne du médicament agoniste pour les patients ayant une prolongation en cours<sup>aa</sup>. Les graphiques sont séparés selon le principe actif contenu dans chaque médicament (cf. chapitre 1.3). De plus, les doses médianes, minimales et maximales par médicament et par année sont présentées en Annexe 6. En effet, cette population comprenant des patients à différents stades de leur traitement, en situation de sevrage à plus ou moins court terme, ainsi que des patients en maintenance, le spectre de la dose du médicament agoniste est donc large.

<sup>aa</sup> Etant donné que la dose initiale peut être très différente de la dose de maintenance, nous avons pris le parti de nous appuyer que sur les prolongations pour calculer la dose moyenne quotidienne.

La dose moyenne de méthadone, le médicament agoniste auquel les médecins ont le plus souvent recours, a très peu varié entre 2015 et 2017 passant de 72.0 mg/j à 70.0 mg/j. La dose moyenne de Kétalgine<sup>®</sup> est également restée stable entre 2015 et 2017 (environ 79 mg/j).

La dose moyenne de L-Polamidon<sup>®</sup> a, en revanche, nettement diminué entre 2015 et 2016, passant de 80.0 mg/j à 54.8 mg/j. Cette diminution s'explique probablement par le fait que la valeur calculée en 2015 se base sur seulement deux individus (cf. Annexe 6)<sup>bb</sup>. Dès 2016, la moyenne se base sur 22 patients et 50 en 2017, rendant ainsi le calcul de la moyenne plus pertinent. Ainsi, la dose moyenne de L-Polamidon<sup>®</sup> était de 54.8 mg/j en 2016 et de 51.7 mg/j en 2017. Au cours des trois années étudiées, la dose maximale de L-Polamidon<sup>®</sup> a augmenté, passant de 90 mg/j à 140 mg/j.

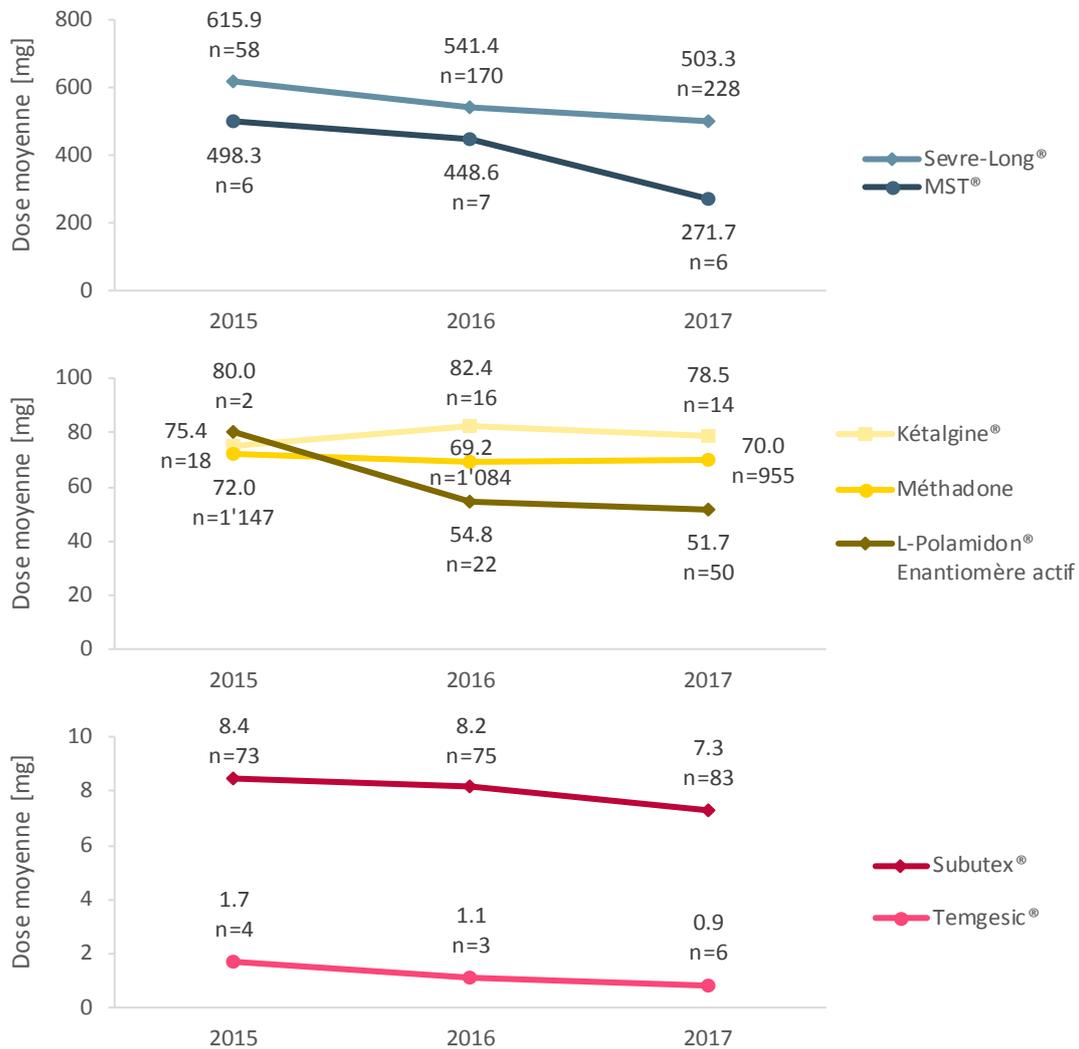
Les doses moyennes des médicaments à base de morphine retard (Sevre-Long<sup>®</sup> et MST<sup>®</sup>) ont également fortement diminuées entre 2015 et 2016. A nouveau, les importantes différences qui peuvent s'observer pour le MST<sup>®</sup> sont probablement liées au faible nombre d'individus considérés (6 à 7 personnes selon l'année, voir Annexe 6). La diminution observée pour le Sevre-Long<sup>®</sup> est, en revanche, moins importante (615.9 mg/j en 2015 vs 503.3 mg/j en 2017) et se base sur plus d'individus (55 à 228 personnes). La dose maximale de Sevre-Long<sup>®</sup> prescrite au cours des trois années étudiées est de 1600 mg/j (Annexe 6).

Finalement les doses moyennes des médicaments à base de Buprénorphine (Subutex<sup>®</sup> et Temgesic<sup>®</sup>) sont relativement stables. Comme indiqué à l'Annexe 6, le calcul de la dose moyenne de Temgesic<sup>®</sup> se base sur très peu de patients (entre 3 et 6). Le calcul pour le Subutex<sup>®</sup> se base, par contre, sur un nombre plus conséquent d'individus (environ 77) et montre qu'au cours des trois années étudiées la dose moyenne de Subutex<sup>®</sup> remise dans le cadre des TAO est d'environ 8 mg/j. La dose minimum remise s'élève à 0.2 mg/j et la dose maximum à 32 mg/j (Annexe 6).

---

<sup>bb</sup> Pour rappel, l'utilisation de la lévométhadone dans le cadre d'un TAO est autorisée en Suisse depuis 2015, mais avec une limitation de prescription<sup>4, 14</sup>.

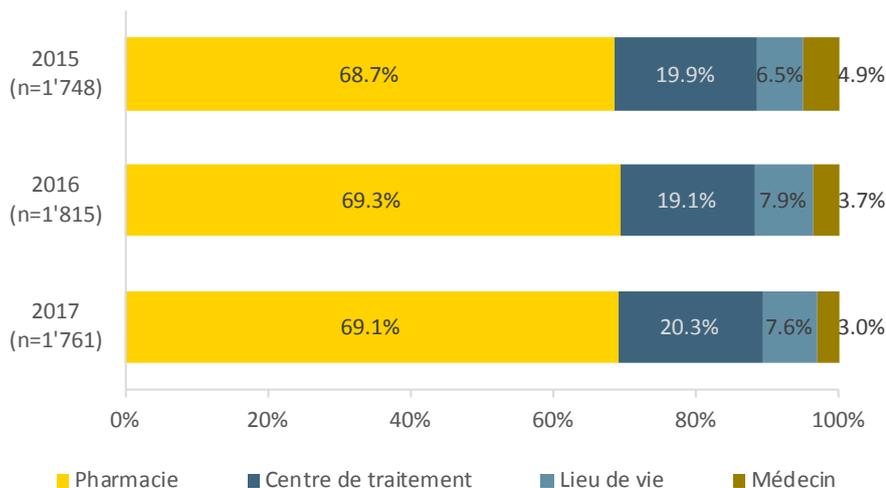
**Figure 11** Dose moyenne quotidienne prescrite de médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (mg)



Ces moyennes ont été calculées sur les réponses valides pour chaque année et chaque médicament agoniste chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée.

La Figure 12 présente le type de lieu où les patients vont chercher leur traitement. Cet indicateur est resté très stable au cours des trois années étudiées. Dans une large majorité des cas (69%), les patients vont chercher leur traitement en pharmacie, dans un cinquième des cas dans un centre de traitement, dans 7% ils le reçoivent dans leur lieu de vie (institution résidentielle, EMS) et dans 4% des cas chez leur médecin traitant<sup>cc</sup>.

<sup>cc</sup> En 2017, 31 médecins installés en cabinet remettaient eux-mêmes le traitement agoniste d'au moins un de leur patient (44 en 2015 et 38 en 2016). Plus de la moitié des médecins ayant cette pratique en 2017 sont installés dans la région « centre » du canton.

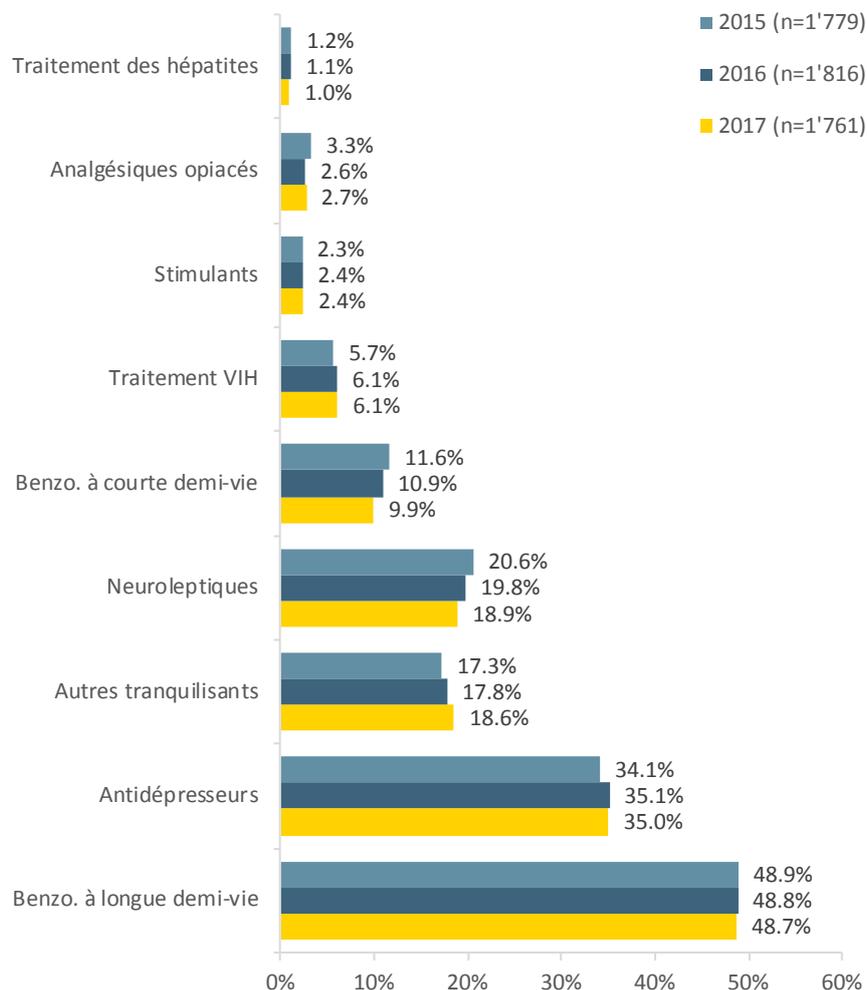
**Figure 12** Lieu de remise du médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (%)

La réponse à cette question était manquante pour 2.1% des patients en 2015, 0.1% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

L'Annexe 7 présente le nombre moyen, médian, minimum et maximum de remises du médicament agoniste par semaine selon le lieu de remise. Alors que le nombre médian de remises par semaine est à 1.0 pour les pharmacies et les cabinets médicaux, la moyenne pour ces mêmes lieux est à environ 2. La différence qui peut s'observer entre la moyenne et la médiane témoigne d'une importante dispersion des données. Les patients qui vont chercher leur traitement dans un centre de traitement s'y rendent environ 3 fois par semaine. Finalement, les patients qui vont chercher leur traitement dans un lieu de vie, dans lequel ils vivent généralement, reçoivent leur médicament agoniste 7 fois par semaine en moyenne. Ces données sont très stables sur les trois années étudiées.

### 3.3 Co-médications

Environ 71% des personnes sous TAO dans le canton de Vaud ont d'autres co-médications. Une proportion qui est restée stable au cours des trois années. Parmi ces médicaments, les benzodiazépines à longue demi-vie sont prescrites à une très large proportion de patients sous TAO. En effet, près de la moitié de ces patients prennent des benzodiazépines à longue demi-vie (Figure 13). Plus d'un tiers des patients sont sous antidépresseurs, et environ un cinquième prennent d'autres tranquillisants, somnifères ou sédatifs (comme le Stilnox®) ou des neuroleptiques. Environ 10% des patients sont sous benzodiazépines à courte demi-vie. Cette proportion est en baisse depuis 2015. Environ 6% reçoivent un traitement VIH. Enfin, moins de 5% des patients prennent des stimulants, des analgésiques opiacés. Concernant les traitements somatiques, environ 6% reçoivent un traitement VIH et 1% un traitement pour une hépatite.

**Figure 13** Co-médications prescrites aux patients en 2015, 2016 et 2017 (%)

Les réponses à ces questions étaient manquantes pour 0.3% des patients en 2015, 0.0% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

### 3.4 Consommation de substances au cours des 30 jours précédant la demande de prolongation de l'autorisation de traitement

Parmi les patients avec une prolongation en cours pour un traitement agoniste opioïde, seuls près de 12% n'ont consommé aucune substance psychoactive (y compris l'alcool et le tabac) au cours des 30 derniers jours (13.6% en 2015, 11.5% en 2016 et 11.4% en 2017)<sup>dd</sup>. Notons ici que certaines des questions concernant la consommation ne sont pas obligatoires et qu'il y a possibilité de cocher

<sup>dd</sup> Etant donné que les consommations et les fréquences de consommation peuvent être très différentes entre les patients qui sont installés dans leur traitement et ceux qui initient un traitement pour la première fois, nous ne considérons dans cette analyse que les personnes pour lesquelles une prolongation est en cours pendant l'année étudiée.

« inconnu » pour la fréquence de consommation. Malgré ceci, la proportion de réponses manquantes ou inconnues ne dépasse pas 10% (cf. Annexe 8 à Annexe 16).

### **Héroïne**

Quelle que soit l'année considérée, plus d'un tiers des patients (entre 27.5% et 30.2%) indiquent avoir consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours (Figure 14). Une très légère diminution de cette proportion s'est amorcée depuis 2015. Moins de 2% des patients indiquent en avoir consommé de manière quotidienne (Annexe 8).

### **Cocaïne**

Près de 20% des patients ont consommé de la cocaïne au cours des 30 derniers jours (Figure 14). Cette proportion est restée stable au cours des dernières années. Moins de 1% des patients indiquent avoir consommé de la cocaïne de manière quotidienne au cours des 30 derniers jours (Annexe 9).

### **Benzodiazépines non prescrites**

Huit patients sur cent sous TAO ont consommé des benzodiazépines non prescrites au cours des 30 derniers jours (Figure 14). Cette proportion a légèrement augmenté pour atteindre 8.7% en 2017 (vs 7.1% en 2015). Près de 1% des patients déclarent consommer des benzodiazépines non prescrites de manière quotidienne (Annexe 10).

### **Méthadone non prescrite**

Environ 2% des patients sous TAO indiquent avoir consommé de la méthadone non prescrite au cours des 30 jours précédant la demande de prolongation de traitement (Figure 14). Cette proportion est restée stable au cours des trois années étudiées. Le détail des fréquences de consommation de ce produit indique que cette consommation n'est pas régulière mais plutôt occasionnelle, avec 0.1% des patients qui déclarent avoir consommé de la méthadone non prescrite de manière quotidienne au cours des 30 derniers jours (Annexe 11).

### **Stimulants et hallucinogènes**

Moins de 2% des patients indiquent avoir consommé des amphétamines, de l'ecstasy, ou des hallucinogènes au cours des 30 jours précédant la demande de prolongation de traitement (Figure 14). Le détail de la fréquence de ces consommations au cours des 30 derniers jours sont présentés en Annexe 12 et en Annexe 13.

**Cannabis**

Un peu moins de la moitié des patients ont indiqué avoir consommé du cannabis (entre 41.1% et 42.9% selon l'année étudiée, Figure 14). Environ 14% des patients ont consommé du cannabis de manière quotidienne au cours des 30 jours précédant la demande de prolongation de traitement et la même proportion entre 2 et 6 fois par semaine (Annexe 14). Cette tendance est stable depuis 2015.

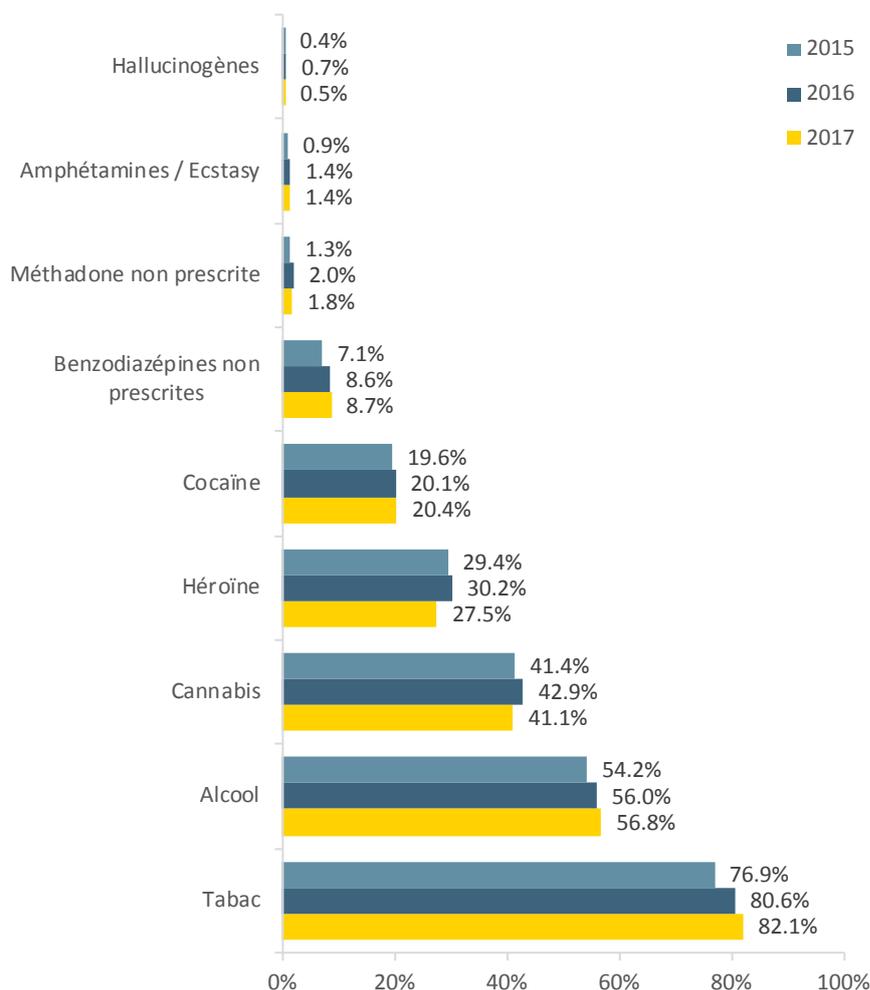
**Alcool**

Plus de la moitié des patients sous TAO ont consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours (entre 54.2% et 56.8% selon l'année étudiée, Figure 14). Notons que 17% des patients consomment de l'alcool de manière quotidienne (Annexe 15). Cette tendance est restée stable depuis 2015.

**Tabac**

Le tabac est la substance psychoactive consommée par la plus grande proportion de patients (Figure 14). Cette proportion a légèrement augmenté entre 2015 et 2017, passant de 76.9% à 82.1% en 2017. Le tabac est consommé principalement de manière quotidienne (Annexe 16).

**Figure 14** Consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque substance chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée.

Il semble également important de relever que la consommation d'héroïne de rue et de méthadone non prescrite est inconnue dans les formulaires de prolongation pour 5% des patients sous TAO. Cette proportion est similaire sur les trois années étudiées.

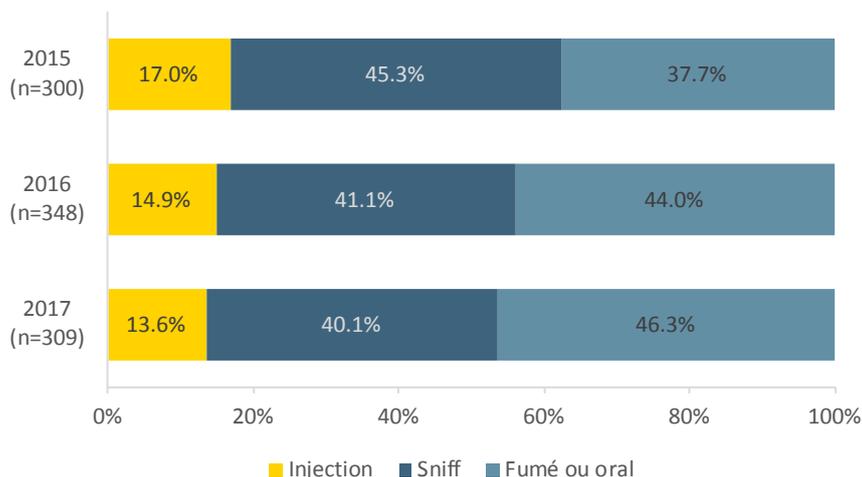
### 3.4.1 Modes de consommation

#### Héroïne

Parmi les patients qui ont consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours selon les données des formulaires de demande de prolongation au cours de l'année étudiée, on constate une diminution de la pratique de l'injection passant de 17.0% en 2015 à 13.6% 2017, au profit d'une

consommation par inhalation (Figure 15). La consommation par inhalation et le sniff sont des modes de consommation largement plus fréquents que l'injection, quelle que soit l'année étudiée.

**Figure 15** Mode de consommation principal de l'héroïne consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%)

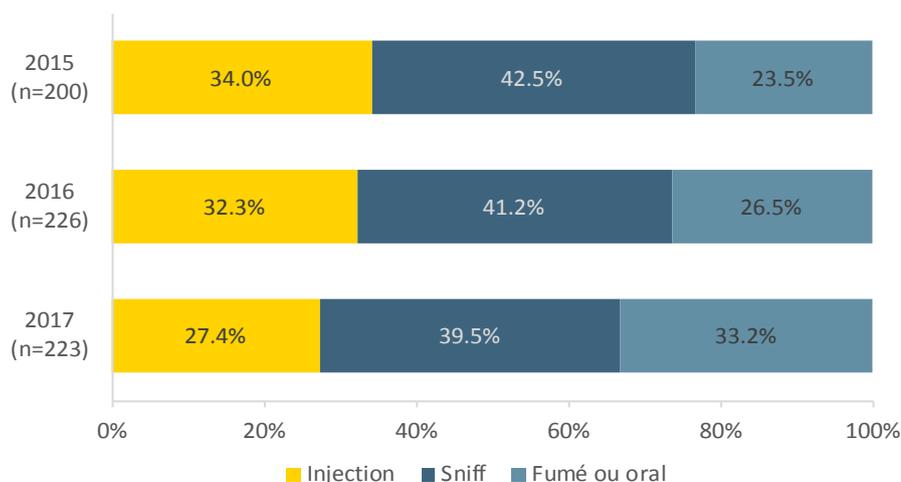


Ces taux ont été calculés en ne considérant que les consommateurs d'héroïne chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée. La réponse à cette question était manquante pour 16.4% des patients en 2015, 10.5% des patients en 2016 et 10.7% des patients en 2017.

## Cocaïne

Une diminution de la pratique de l'injection s'observe également chez les consommateurs de cocaïne (34.0% en 2015 vs 27.4% en 2017, Figure 16). En parallèle, la consommation de cocaïne par sniff a diminué, passant de 42.5% en 2015 à 39.5% en 2017, au profit de la pratique de l'inhalation (i.e. consommation de crack, 23.5% en 2015, 26.5% en 2016 et 33.2% en 2017). Si la consommation par sniff est prépondérante en 2017, l'injection et la consommation par inhalation se pratiquent dans des proportions similaires (environ 30%).

**Figure 16** Mode de consommation principal de la cocaïne consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%)



Ces taux ont été calculés en ne considérant que les consommateurs de cocaïne chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée. La réponse à cette question était manquante pour 15.3% des patients en 2015, 11.4% des patients en 2016 et 11.9% des patients en 2017.

### Autres substances

Les benzodiazépines non prescrites, la méthadone non prescrite ainsi que les stimulants sont consommés majoritairement par voie orale (Annexe 17 à Annexe 19). L'injection est une pratique à laquelle les consommateurs de ces substances ont peu recours. En 2017, seuls 10% des consommateurs de benzodiazépines non prescrites ont eu recours à ce mode de consommation, 7% des consommateurs de méthadone non prescrite et aucun consommateur de stimulants. Le sniff est surtout pratiqué lors de la consommation de benzodiazépines non prescrites (37.5% en 2017) et, dans une moindre mesure, lors de la consommation d'amphétamines ou d'ecstasy (18.8% en 2017).

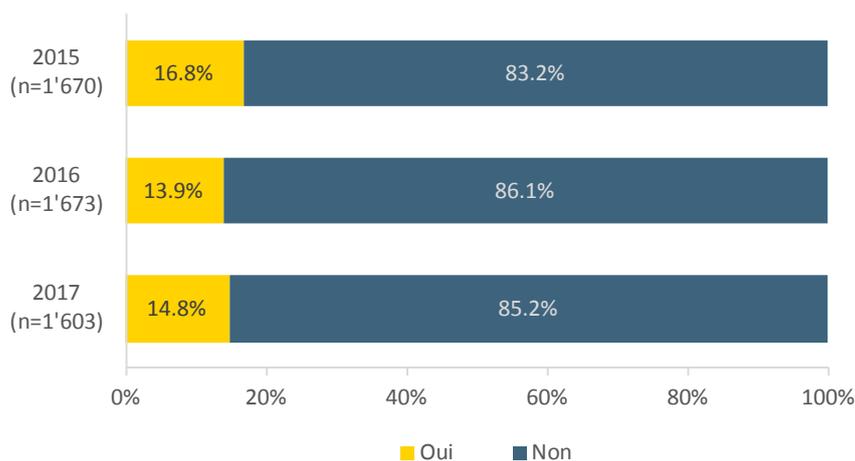
## 3.5 Consommation par injection et partage de matériel

Les indicateurs de prise de risques et d'expositions à la transmission du virus du Sida (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC) disponibles sont les suivants :

- Utilisation de matériel d'injection déjà utilisé par un autre consommateur au cours des 30 derniers jours ;
- Réutilisation de son propre matériel d'injection.

La Figure 17 présente la proportion de patients ayant consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois chez les patients sous TAO en 2015, 2016 et 2017. Environ 15% de ces derniers se sont injecté des substances au cours des 6 derniers mois. Malgré quelques variations au cours des dernières années, cette proportion semble rester stable.

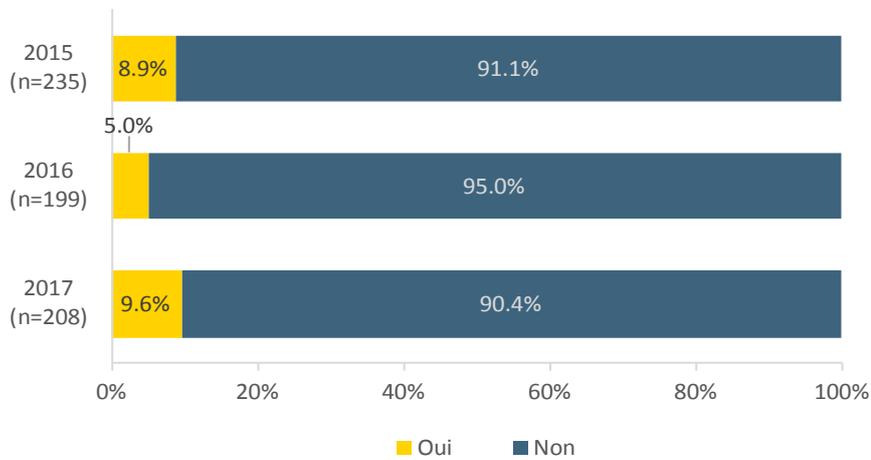
**Figure 17** Consommation par injection au cours des 6 derniers mois en 2015, 2016 et 2017 (%)



Les réponses à ces questions étaient manquantes pour 6.4% des patients en 2015, 7.9% des patients en 2016 et 9.0% des patients en 2017.

Parmi les patients sous TAO qui ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois, moins de 10% ont utilisé une seringue ou une aiguille déjà utilisée par un autre consommateur au cours des 30 derniers jours (Figure 18).

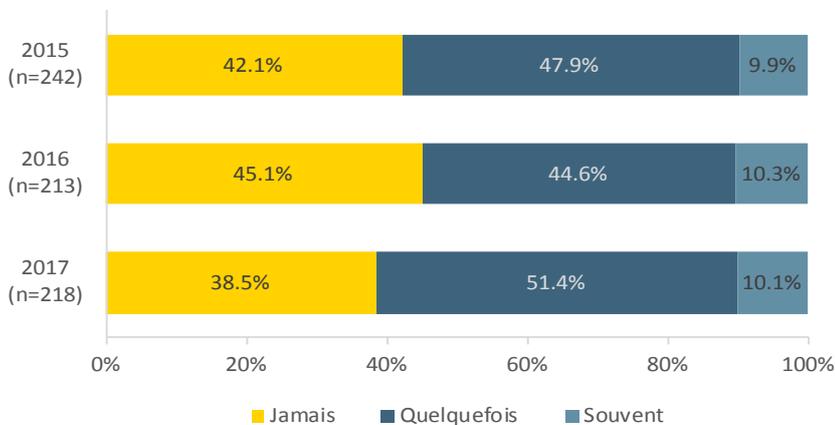
**Figure 18** Injection de substances psychoactives avec une seringue ou une aiguille déjà utilisée par un autre consommateur au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients qui ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois. La réponse à cette question était manquante pour 16.4% des patients en 2015, 14.2% des patients en 2016 et 12.6% des patients en 2017.

Parmi les patients qui ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois, environ 10% déclarent avoir réutilisé « souvent » leurs propres seringues (Figure 19). Cette proportion a peu varié au cours des trois années étudiées. En revanche, la proportion de patients qui déclare avoir « quelques fois » réutilisé leurs propres seringues a légèrement augmenté entre 2015 et 2017 (passant de 47.9% en 2015 à 51.4% en 2017) en parallèle d'une diminution du taux de patients indiquant n'avoir jamais réutilisé leurs propres seringues.

**Figure 19** Réutilisation de ses propres seringues en 2015, 2016 et 2017 (%)



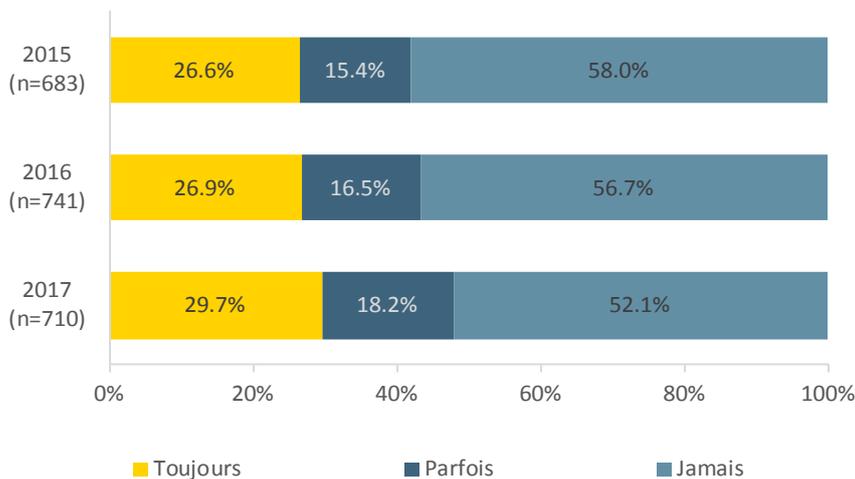
Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients qui ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois. La réponse à cette question était manquante pour 13.9% des patients en 2015, 8.2% des patients en 2016 et 8.4% des patients en 2017.

### 3.6 Activité sexuelle et comportement préventif

La Figure 20 présente la part de patients ayant utilisé un préservatif au cours des 6 derniers mois lors de relations sexuelles avec un partenaire stable. Environ 28% des patients indiquent toujours utiliser un préservatif lors de relations sexuelles avec un partenaire stable. Entre 15.4% et 18.2% l'utilisent parfois et plus de la moitié ne l'utilisent jamais.

Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois ; environ 40% des patients ont déclaré ne pas avoir eu de relations sexuelles avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois.

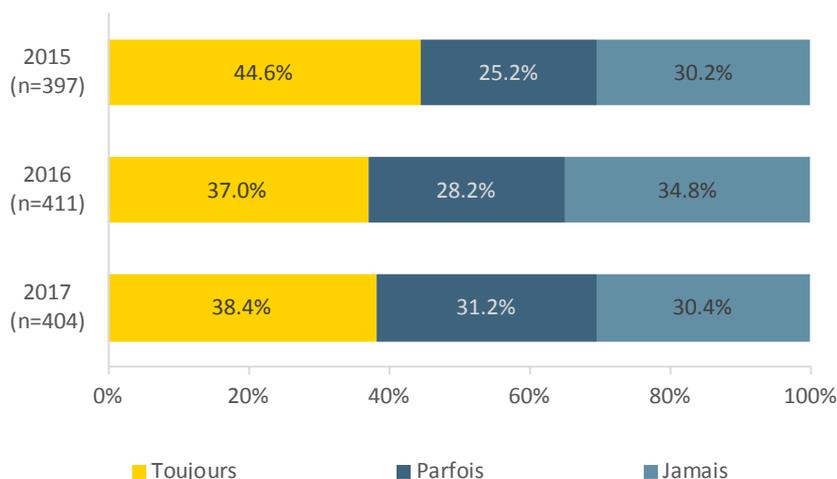
**Figure 20** Utilisation du préservatif avec un partenaire stable en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois. Les réponses à ces questions étaient manquantes pour 21.8% des patients en 2015, 16.4% des patients en 2016 et 15.4% des patients en 2017.

Alors que plus de 50% des patients n'ont pas de relations sexuelles avec un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois, 40% des patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel indiquent toujours utiliser un préservatif dans ce type de situation (Figure 21). Cette proportion a diminué depuis 2015, passant de 44.6% à 38.4%. Environ 28% l'utilisent parfois et près d'un tiers ne l'utilise jamais.

**Figure 21** Utilisation du préservatif avec un partenaire occasionnel en 2015, 2016 et 2017 (%)



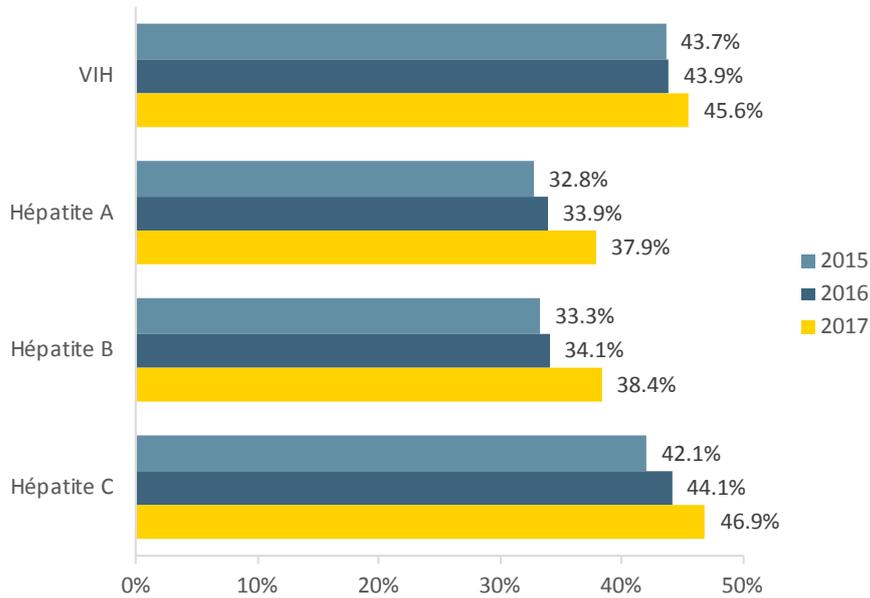
Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois. Les réponses à ces questions étaient manquantes pour 25.8% des patients en 2015, 19.8% des patients en 2016 et 19.1% des patients en 2017.

### 3.7 Indicateurs de l'état de santé des patients

L'Annexe 20 présente la proportion de patients ayant fait un test de dépistage des maladies transmissibles (VIH, hépatite A, B et C) au cours de la vie. Ces résultats montrent que 93% des patients ont déjà fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie, 87% un test pour l'hépatite A, 93% un test pour l'hépatite B et 95% un test pour l'hépatite C. Ces proportions ont peu changé au cours des trois années étudiées. Une large majorité des patients sous TAO ont donc déjà fait un test de dépistage pour ces maladies.

La Figure 22 présente la part de patients qui ont fait un test de dépistage des maladies transmissibles au cours de l'année étudiée ou de l'année précédente, parmi les patients qui ont fait le test de dépistage correspondant au cours de la vie. Ces résultats montrent qu'une part grandissante de patients a fait un test de dépistage au cours de l'année étudiée ou de l'année précédente pour chacune des maladies étudiées au cours de ces trois ans. Près de la moitié des patients sous TAO ont fait un test de dépistage du VIH (45.6%) et de l'hépatite C (46.9%) en 2017 ou durant l'année précédente. Plus de deux tiers des patients ont fait un test de dépistage de l'hépatite A (37.9%) et de l'hépatite B (38.4%) lors de cette même année ou durant l'année précédente.

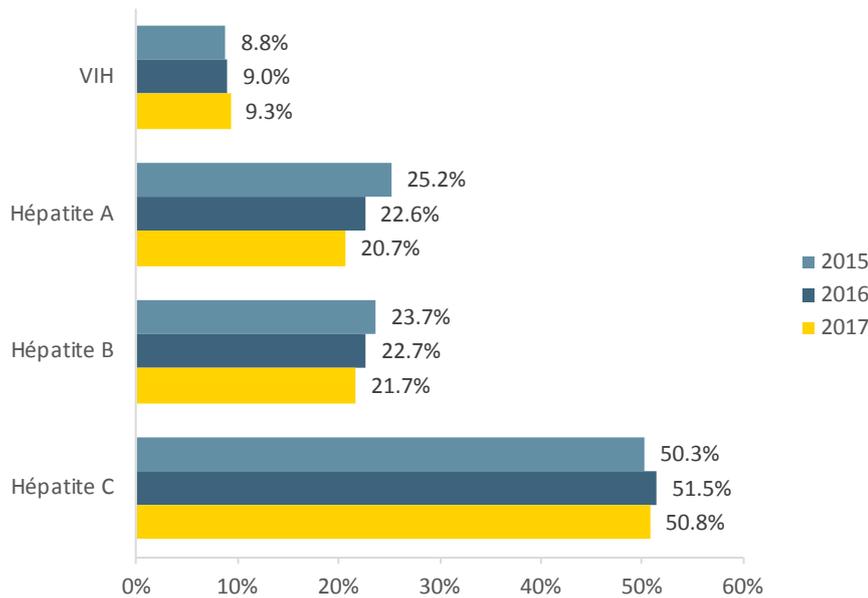
**Figure 22** Test de dépistage des maladies transmissibles au cours de l'année étudiée ou de l'année précédente en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque test des patients ayant effectué le test correspondant au cours de leur vie.

Parmi les patients sous TAO ayant fait un test de dépistage au cours de la vie, près de 9% indiquent avoir été testé positif au VIH, une part en diminution indique avoir été testé positif à l'hépatite A (25.2% en 2015, 22.6% en 2016, 20.7% en 2017) ainsi qu'à l'hépatite B (23.7% en 2015, 22.7% en 2016, 21.7% en 2017, Figure 23). Finalement environ 51% des patients ont été testés positifs à l'hépatite C au moins une fois dans la vie.

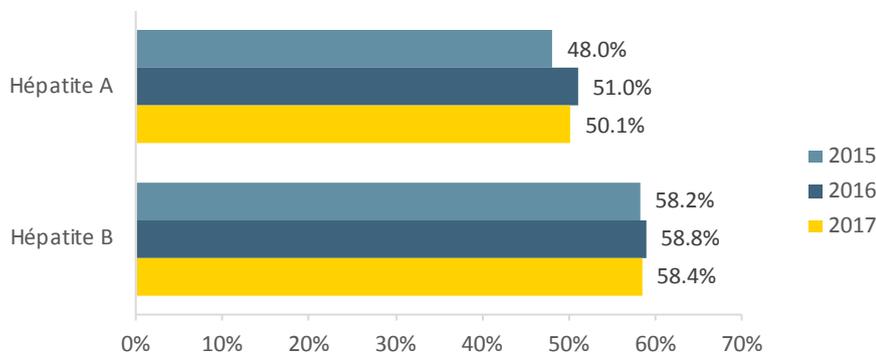
**Figure 23** Résultat positif au test de dépistage des maladies transmissibles en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque test des patients ayant effectué le test correspondant au cours de leur vie.

Environ 50% des patients sous TAO ont été vaccinés contre l'hépatite A et 58% contre l'hépatite B (vaccination complète ou incomplète, Figure 24). Ces taux varient peu selon l'année étudiée. L'Annexe 21 et l'Annexe 22 montrent que près de 8% des patients ont une couverture vaccinale incomplète ou un nombre de dose inconnu pour l'hépatite A ou pour l'hépatite B.

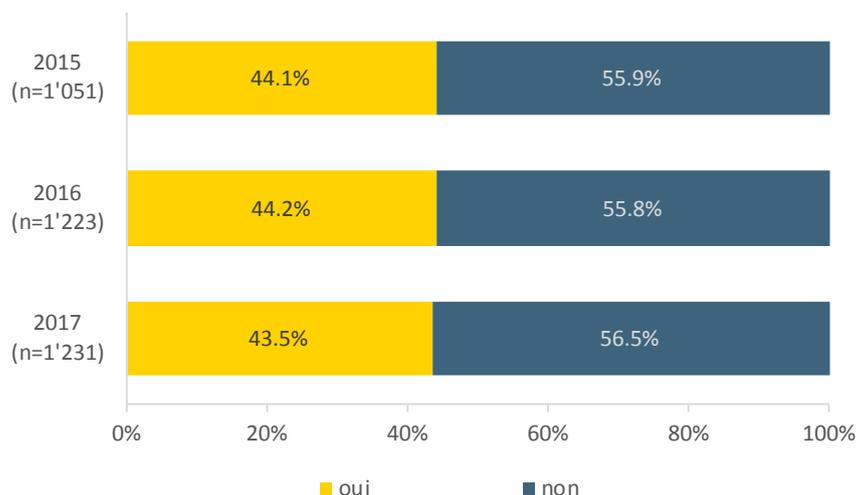
**Figure 24** Vaccination contre l'hépatite A ou l'hépatite B en 2015, 2016 et 2017 (%)



Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque type de vaccin.

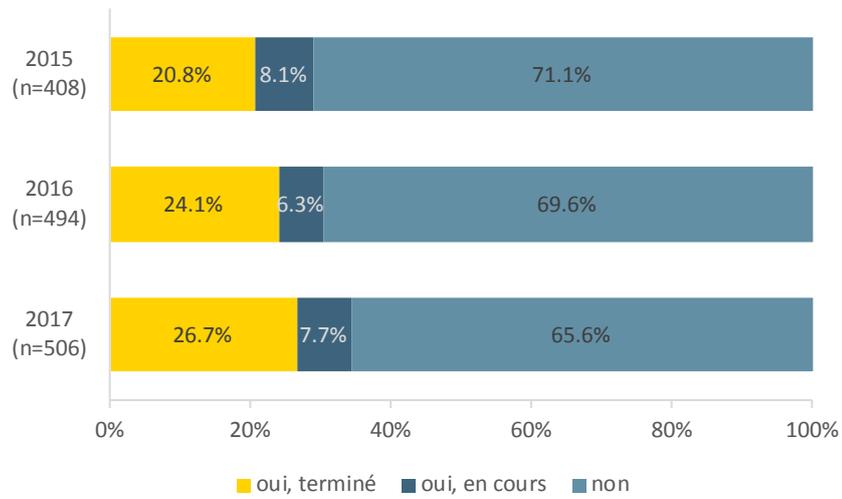
Quarante-quatre pourcent des patients sous TAO souffrent d'une hépatite C chronique (Figure 25). Ce taux a très peu varié au cours des trois années étudiées.

**Figure 25** Patients souffrant d'une hépatite C chronique en 2015, 2016 et 2017 (%)



Les réponses à ces questions étaient manquantes pour 41.1% des patients en 2015, 32.7% des patients en 2016 et 30.1% des patients en 2017.

Parmi les patients souffrant d'une hépatite C chronique, plus de la moitié ne sont pas en traitement (Figure 26). Ce taux a diminué entre 2015 et 2017 passant de 71.1% à 65.6%. En parallèle, la part de patients qui ont suivi un traitement contre l'hépatite C et dont le traitement est terminé a augmenté entre 2015 et 2017 (20.8% en 2015, 24.1% en 2016 et 26.7% en 2017). Durant les trois années étudiées, une proportion variable oscillant entre 8.1% et 6.3% des patients étaient en cours de traitement pour une hépatite C chronique.

**Figure 26** Traitement des hépatites C chroniques en 2015, 2016 et 2017 (%)

Ces taux ont été calculés en ne considérant que les patients souffrant d'une hépatite C chronique. La réponse à cette question était manquante pour 11.9% des patients en 2015, 8.7% des patients en 2016 et 5.4% des patients en 2017.



# 4

## Traitements agonistes initiés entre 2015 et 2017 dans le canton de Vaud



## 4 Traitements agonistes initiés entre 2015 et 2017 dans le canton de Vaud

Ce chapitre présente le suivi épidémiologique des patients qui ont commencé pour la première fois de leur vie un traitement en 2015, 2016 ou en 2017. Pour sélectionner ces patients, nous avons d'abord sélectionné les patients qui sont entrés pour la première fois dans la base de données vaudoise au cours de l'année étudiée (i.e. patients rentrés pour la première fois en TAO dans le canton de Vaud), et parmi ceux-ci nous avons sélectionné les patients pour lesquels il était indiqué qu'il n'y avait pas eu de traitement antérieur.

En 2015, il y a eu 92 entrées pour des nouveaux patients dans la base de données (Tableau 3). Parmi ceux-ci, 34 avaient déjà été au bénéfice d'un traitement par le passé, 48 n'avaient suivi aucun traitement et la réponse était inconnue ou manquante pour 10 personnes. En 2016, il y a également eu 48 nouvelles personnes entrant en traitement agoniste pour la première fois et 39 personnes en 2017. La suite des analyses se focalise sur ces nouveaux patients entrés pour la première fois en traitement au cours d'une des années étudiées<sup>ee</sup>.

**Tableau 3** Avoir eu un traitement agoniste antérieur à celui initié en 2015, 2016 ou 2017 (n)

	2015 (n=92)	2016 (n=101)	2017 (n=76)
Oui	34	38	27
Non	48	48	39
Inconnu/Non réponse	10	15	10

Les personnes qui sont entrées en traitement pour la première fois en 2015, 2016 ou 2017 sont majoritairement suivies par des centres de traitement. Ces patients ont en moyenne 35 ans (Annexe 23). Il s'agit d'une population constituée en majorité d'hommes (Annexe 24) avec une distribution quasiment égalitaire entre la proportion d'étrangers et de suisses (Annexe 25). Ces patients ont comme source de revenus principale l'aide sociale, un salaire ou une rente (Annexe 26) et vivent dans une large majorité dans un domicile fixe (Annexe 27).

La majorité de ces patients sont sous traitement à la méthadone ; cette part a ensuite diminué au cours des trois années étudiées. Une part grandissante de personnes qui commencent un TAO débute avec un traitement de Sevre-Long®, de Subutex® ou encore de L-Polamidon® (Annexe 28).

<sup>ee</sup> Etant donné le petit nombre de patient ayant initié un TAO au cours des années étudiées, il est difficile de comparer des résultats sous forme de taux. Nous avons donc décidé de présenter les résultats sous forme de nombres absolus, pour certains indicateurs clefs.

Notons également qu'un peu moins de la moitié de ces nouveaux patients a également des comédications (Annexe 29).

La quasi-totalité des patients entrés pour la première fois en traitement au cours des années étudiées indiquent avoir consommé de l'héroïne au cours des trente derniers jours, de manière quotidienne pour une majorité d'entre eux (Annexe 30). Une partie de ces patients a également consommé de la cocaïne (Annexe 31), des benzodiazépines non prescrites (Annexe 32) ou de la méthadone non prescrite (Annexe 33) au cours des trente derniers jours. Finalement, une large majorité des patients entrés pour la première fois en traitement au cours des années étudiées a consommé quotidiennement du tabac au cours des trente derniers jours (Annexe 34). Ils sont, en revanche, moins nombreux à avoir consommé de l'alcool (Annexe 35) ou du cannabis (Annexe 36). Une minorité des patients qui ont consommé de l'héroïne ou de la cocaïne l'ont consommé par injection. L'inhalation paraît être plus fréquente pour l'héroïne (Annexe 37) et le sniff pour la cocaïne (Annexe 38). Par ailleurs, moins de 10 personnes ayant initié un traitement en 2015, 2016 ou 2017 ont consommé des substances psychoactives par injection au cours des 6 derniers mois (Annexe 39). Relevons également que pour aucun patient ayant initié un traitement pour la première fois au cours d'une des années étudiées la consommation d'héroïne de rue et de méthadone non prescrite était indiquée comme « inconnue ». Il y a, en revanche, entre 3 et 7 patients, selon l'année étudiée, pour lesquels il est indiqué qu'ils ne consomment ni héroïne, ni méthadone non prescrite (données non représentées).

Une majorité de ces nouveaux patients ont fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie (Annexe 40) et seule une très faible proportion de ceux-ci sont séropositifs (Annexe 41). Ces patients sont également nombreux à avoir déjà fait un test pour les hépatites A, B et C (Annexe 42, Annexe 44, Annexe 46), à nouveau seule une faible part d'entre eux indiquent avoir été testés positifs lors du dernier test (Annexe 43, Annexe 45, Annexe 47). Ils sont encore moins nombreux à souffrir d'une hépatite C chronique (Annexe 48). S'agissant des vaccinations contre l'hépatite A et contre l'hépatite B, les réponses sont manquantes pour environ la moitié des individus (59.0% pour la vaccination contre l'hépatite A en 2017 et 41.0% pour l'hépatite B en 2017). Parmi les réponses valides à ces deux questions, une majorité des patients ne sont pas vaccinés contre l'une ou l'autre de ces deux affections (données non représentées).

# 5

## Fins de traitements annoncées entre 2015 et 2017



## 5 Fins de traitements annoncées entre 2015 et 2017

Ce chapitre présente les caractéristiques des patients qui ont eu une fin de traitement durant l'année étudiée, soit en 2015, en 2016 ou en 2017<sup>ff</sup>. La situation d'abstinence, la réinsertion professionnelle et la raison de l'arrêt du traitement sont renseignées dans les formulaires de fin de traitement.

En 2015, 321 personnes ont mis fin à leur traitement, 333 en 2016 et 319 en 2017. Ce nombre est resté très stable sur les trois années.

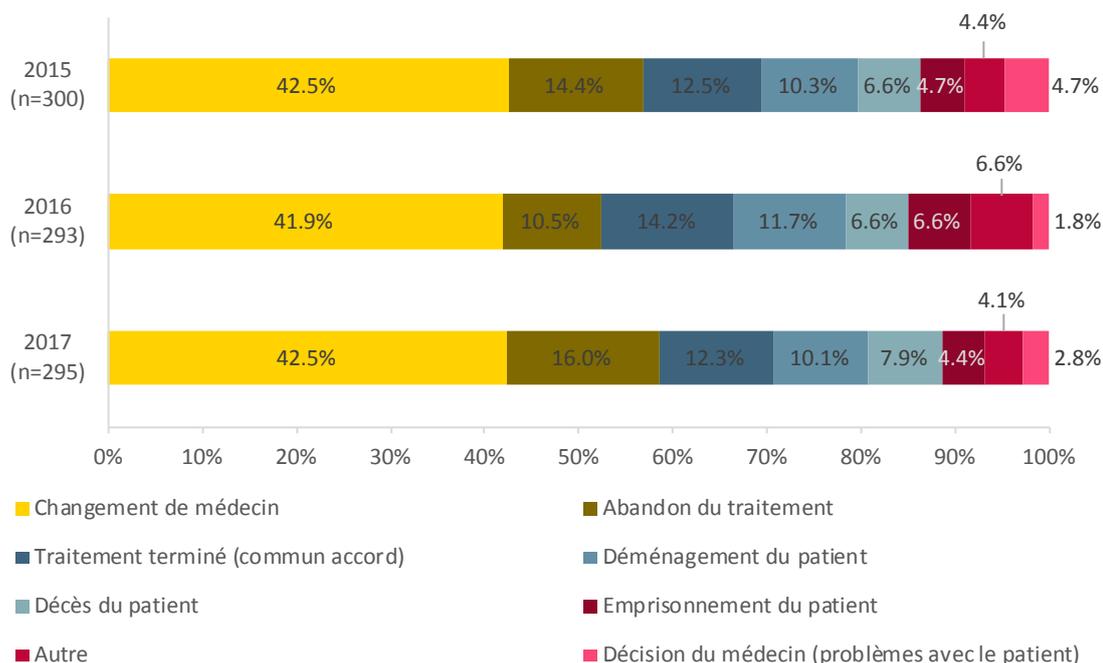
La Figure 27 présente les motifs d'arrêt du traitement. La raison évoquée dans une large majorité des cas (42%) est le changement de médecin<sup>99</sup>. Ce taux est resté stable au cours des années étudiées. L'abandon du traitement par le patient est évoqué dans plus de 10% des cas (14.4% en 2015, 10.5% en 2016 et 16.0% en 2017). La fin du traitement et du suivi d'un commun accord entre le praticien et le patient est de l'ordre de 13% des cas pour ces trois années. Dans 11% des cas, la fin de traitement est liée au déménagement du patient, dans 7% des cas au décès du patient, et dans 5% des cas à l'emprisonnement du patient ou à d'autres raisons<sup>hh</sup> (5% des cas également). L'arrêt d'un traitement sur décision du médecin ou de l'institution pour cause de problème avec le patient est la raison la moins fréquemment évoquée (4.7% en 2015, 1.8% en 2016 et 2.8% en 2017).

---

<sup>ff</sup> Si un patient avait plusieurs fins de traitement sur la même année, c'est toujours la dernière fin qui a été considérée.

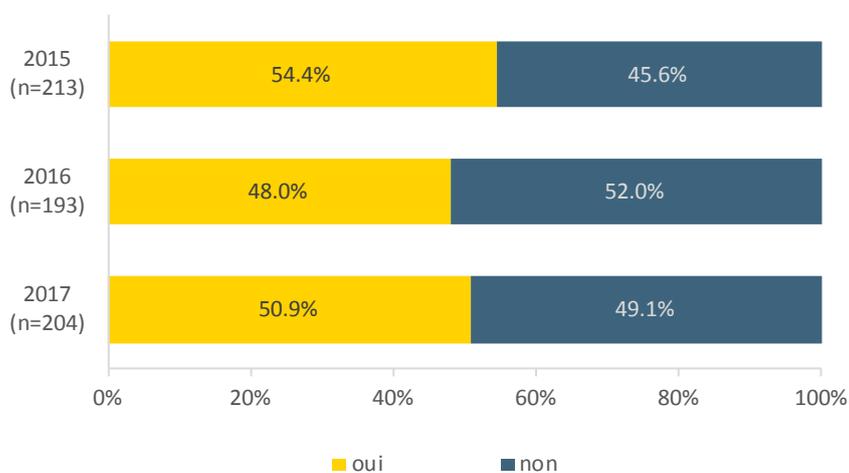
<sup>99</sup> Pour rappel, si un patient change de médecin, le praticien qui suivait le patient jusqu'alors doit saisir une fin de traitement et le nouveau praticien doit saisir une entrée.

<sup>hh</sup> Parmi les autres raisons invoquées, on retrouve par exemple un cas de décès du médecin, des fermetures sans précision dans le dossier, etc. Il y a quelques raisons qui auraient pu être recodées dans les autres catégories. Ce recodage n'a pas pu se faire car cette variable ne faisait pas partie de l'ensemble des variables exportées au moment où la base de données a été exportée.

**Figure 27 Raison de l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%)**

La réponse à cette question était manquante pour 0.3% des patients en 2015, 0.3% des patients en 2016 et 0.3% des patients en 2017.

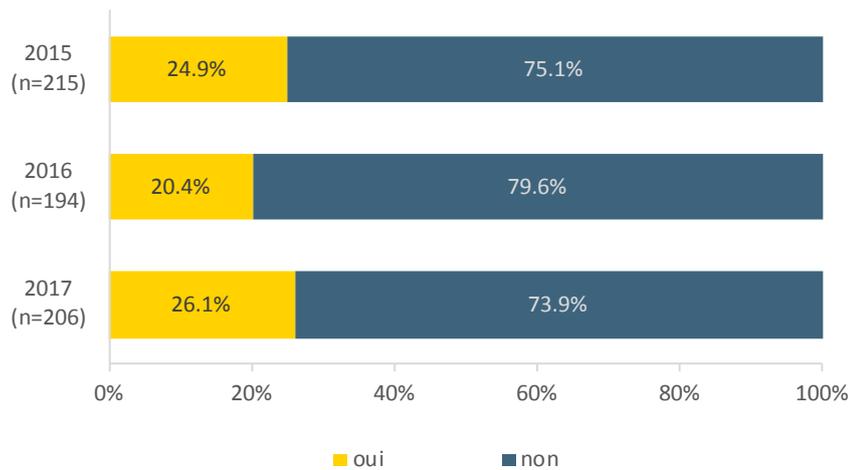
Au cours de ces trois années, la part de patients abstinentes lors de l'annonce de fin de traitement a très légèrement diminué pour passer de 54.4% à 50.9% (Figure 28). Notons également la part importante de réponses manquantes (environ 31%).

**Figure 28 Abstinance à l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%)**

La réponse à cette question était manquante pour 29.6% des patients en 2015, 33.0% des patients en 2016 et 31.7% des patients en 2017.

Seul un quart des patients sont réinsérés dans la vie professionnelle au moment de l'annonce de leur fin de traitement (Figure 29). Cette proportion a diminué en 2016 pour atteindre 20.4% et a augmenté à nouveau en 2017 (26.1%). La proportion de réponses manquantes est également importante pour cet indicateur. Elle est, ici encore, liée à une part importante de réponses « inconnu ».

**Figure 29** Réinsertion professionnelle à l'arrêt du traitement en 2015, 2016 et 2017 (%)



La réponse à cette question était manquante pour 29.9% des patients en 2015, 33.6% des patients en 2016 et 30.4% des patients en 2017.



# 6

## Conclusion



## 6 Conclusion

Au total, ce sont près de 1'800 patients qui sont sous TAO dans le canton de Vaud à un moment ou un autre au cours d'une année. Ce nombre a peu varié au cours des trois années étudiées, tout comme les caractéristiques sociodémographiques de ces patients. Le patient type est un homme de plus de 40 ans, suisse, vivant seul (célibataire, divorcé ou séparé) avec un domicile fixe, sans enfant, au bénéfice d'une formation professionnelle (école professionnelle ou apprentissage). Depuis 2015, la proportion de patients dont la source principale de revenus est un salaire a diminué d'environ 3 points. Sur la même période, une hausse d'une ampleur similaire est constatée au niveau des rentes (AVS, AI ou autre) et de l'aide sociale. En comparaison avec les données récoltées en 2001 ou 2007, le profil global de ces patients a peu changé mis à part une augmentation de l'âge moyen liée au vieillissement de cette population<sup>i</sup>.

La méthadone est le médicament agoniste le plus fréquemment prescrit. La raison à ce recours est notamment historique, en effet les praticiens ont beaucoup de recul sur son utilisation, de plus, la méthadone a un faible coût. Cependant, depuis ces trois dernières années, on peut observer dans notre collectif que la méthadone est de moins en moins prescrite au profit du Sevre-Long<sup>®</sup> et, dans une moindre mesure, du L-Polamidon<sup>®</sup> (solution de lévométhadone, l'énantiomère actif de la méthadone). Il sera intéressant d'analyser également, à l'avenir, l'impact de l'introduction de la diacétylmorphine (DAM) sur cette distribution<sup>ii</sup>.

La dose moyenne de médicament agoniste prescrite aux patients selon les données des formulaires de prolongation de l'années étudiée varie avec une plus ou moins grande amplitude au cours des trois années selon le produit considéré. Ces variations, comme celle du Sevre-Long<sup>®</sup>, pourraient témoigner d'un changement de pratique des praticiens prescripteurs qui s'habituent à l'utilisation de nouvelles molécules et parviennent à trouver des dosages plus adéquats pour le patient. La littérature et les experts s'accordent sur le fait que les principes pharmacologiques sont relativement peu importants lorsqu'il s'agit de gérer les interactions entre des comportements complexes, un traitement agoniste et les éléments non pharmacologiques liés au suivi<sup>15</sup>. En effet, les doses doivent être adaptées aux besoins propres du patient. Certaines doses prescrites dépassent, cependant, les limites maximales figurant dans le Compendium Suisse des Médicaments. C'est le cas, par exemple, du L-Polamidon<sup>®</sup> où la dose maximale, déjà au-dessus de la valeur recommandée par la firme pharmaceutique<sup>16</sup> en 2015, a augmenté au cours des trois dernières années, passant de 90 mg/j à 140 mg/j<sup>ii</sup>. La pertinence clinique de ces doses élevées questionne. On peut également se demander si la prescription d'une dose élevée d'un médicament agoniste ne risque pas d'alimenter le marché noir et quelles seront la position des assurances maladie quant au remboursement de ces traitements « off-label ».

Alors qu'ils contiennent tous les deux le même principe actif, les doses moyennes de Sevre-Long<sup>®</sup> et de MST<sup>®</sup> diffèrent de plusieurs dizaines de milligrammes. Ces différences pourraient s'expliquer

---

<sup>ii</sup> Les traitements à la diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) ont été introduits dans le canton de Vaud en juin 2018. Ces derniers sont uniquement remis à la Polyclinique d'addictologie du Département de psychiatrie du CHUV à Lausanne.

<sup>jj</sup> La compendium Suisse des Médicaments préconise une dose de maintenance de L-Polamidon<sup>®</sup> entre 30 et 40 mg/j et un maximum de 60 mg/j<sup>16</sup>.

par le fait qu'il n'y a pas de proposition d'équivalence avec la méthadone dans les recommandations du fabricant pour le MST<sup>®</sup> (car MST<sup>®</sup> pas prévu pour ce type de traitement)<sup>17</sup>. La dose de stabilisation pour chaque patient est donc établie cliniquement par augmentation progressive, ce qui pourrait ne pas être le cas avec le Sevre-Long<sup>®</sup>. En effet, le firme pharmaceutique préconise de passer d'un traitement à la méthadone à un traitement par Sevre-Long<sup>®</sup> en respectant un rapport 1 :6-1 :8<sup>18</sup>, une équivalence jugée élevée par les spécialistes et qui expliquerait que la dose moyenne de Sevre-Long<sup>®</sup> soit plus élevée que la dose moyenne de MST<sup>®</sup>. Finalement, relevons que le Temgesic<sup>®</sup> est souvent utilisé pour terminer un sevrage. Il n'est donc pas étonnant que la dose moyenne soit très faible.

La prescription de médicaments complémentaires au traitement agoniste est très courante dans notre collectif. Plus de la moitié des patients reçoivent en plus de leur TAO des benzodiazépines, une molécule qui peut interagir avec le médicament agoniste en augmentant les troubles respiratoires<sup>16, 18</sup>. Les antidépresseurs sont également prescrits à un tiers des patients. Enfin, près d'un cinquième des patients sous TAO prend également des tranquillisants et/ou des neuroleptiques.

Selon les données des formulaires de prolongation, un peu moins d'un tiers des patients a consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours et environ un cinquième des patients de la cocaïne. Alors que l'héroïne est majoritairement consommée par sniff, le mode de consommation de la cocaïne est plus varié. Le recours à l'injection pour la consommation d'héroïne ou de cocaïne a toutefois baissé au cours des trois années étudiées. Relevons que les réponses aux questions liées au mode de consommation sont manquantes pour plus de 10% des patients. Finalement, la consommation d'héroïne de rue et de méthadone non prescrite est inconnue pour 5% des patients avec une prolongation active au cours de l'année étudiée, mettant en évidence que certains médecins prescrivent des traitements agonistes sans connaître les consommations d'opiacés de leur patient.

Le tabac et l'alcool sont des substances consommées par une très importante proportion de patients sous TAO pour lesquels une demande de prolongation du traitement a été saisie au cours de l'année étudiée. Entre 2015 et 2017, près de 73% des patients, une proportion en augmentation, indiquent avoir consommé du tabac de manière quotidienne au cours des 30 derniers jours. Cette proportion est bien plus importante que l'estimation d'une étude en population générale en 2016 qui s'élève à 18.0%<sup>19</sup>. De manière analogue, alors que 43% des patients sous TAO ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 30 derniers jours, la même étude en population générale estime que seuls 3.1% de la population a consommé du cannabis sur la même période de référence en 2016<sup>19</sup>. Relevons également que plus de 55% des patients sous TAO ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 30 derniers jours, une substances qui peut interagir avec le médicament agoniste<sup>18, 20, 21</sup>. La fréquence de consommation de ces substances est d'ailleurs souvent inconnue ou sans réponse pour plus de 10% des patients avec une prolongation en cours. On peut alors se demander si la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis n'est pas considérée comme un problème secondaire par les médecins prescripteurs de TAO face aux autres types de consommation. Il semble cependant important de relever que la consommation de ces substances représente également un risque en terme de santé publique.

La pratique de l'injection est peu fréquente chez les patients sous TAO. Et chez ceux qui ont reconnu y avoir eu recours au cours des 6 derniers mois moins de 10% ont utilisé une seringue déjà utilisée par un autre usager. Notons cependant que la réponse à cette question est inconnue ou sans réponse dans 16.4% à 12.6% des répondants s'étant injecté des substances au cours des 30 derniers jours. Il s'agit d'une proportion non négligeable. Ils sont également près de 60% à indiquer réutiliser quelques fois ou souvent leurs propres seringues. Finalement, parmi les patients qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois, 60% indiquent ne jamais utiliser un préservatif ou seulement parfois. A nouveau, la réponse à cette question est manquante pour une part importante de répondants. Ces chiffres indiquent d'une part que les médecins prescripteurs n'ont pas toujours connaissance des pratiques à risque de leurs patients. Ceci pourrait s'expliquer soit par le fait que le patient ne répond pas à la question, soit parce que les médecins ne posent pas directement la question. D'autre part, les patients pour lesquels ces données sont renseignées sont nombreux à avoir des pratiques à risque. Ces éléments questionnent le niveau de connaissance des médecins prescripteurs quant aux principes de réduction des risques.

L'hépatite C est la maladie transmissible pour laquelle près de la moitié des patients sous TAO, qui ont fait au moins un dépistage au cours de leur vie, ont eu un résultat positif. La part de patients ayant eu un résultat positif au test de dépistage de l'hépatite A, de l'hépatite B ou du VIH est moins importante, bien que non négligeable. D'autant plus que les réponses à ces questions sont manquantes chez 10 à 20% des patients, selon le test considéré. Les questions liées à l'état de santé sont dans l'ensemble très lacunaires pour beaucoup de patients, posant ainsi la question de la qualité du suivi somatique de ces patients.

Sur l'ensemble du canton de Vaud, il y a en moyenne par année moins d'une centaine de nouveaux patients sous TAO entrés pour la première fois dans la base de données vaudoise. Pour une part importante de ces patients, il s'agit soit de personnes qui ont déjà suivi un traitement agoniste ailleurs que dans le canton de Vaud, ou de personnes pour lesquelles on ne dispose pas de renseignements quant à un éventuel traitement agoniste antérieur. Il y a donc moins de 50 nouveaux patients entrant pour la première fois de leur vie en traitement par année lors des trois années étudiées. Les caractéristiques de ces nouveaux patients sont légèrement différentes de celles de l'ensemble de la population sous TAO ; étant donné le faible nombre de nouveaux patients, il est cependant difficile de les comparer statistiquement. Nous pouvons cependant relever que les patients entrant pour la première fois en traitement sont en moyenne plus jeunes (environ 35 ans) que l'ensemble de la population (environ 43 ans). Parmi ces patients entrés pour la première fois en traitement au cours d'une des années étudiées, 3 à 7 d'entre eux, selon l'année considérée, ne consomment ni héroïne de rue, ni méthadone non prescrite. Cette observation soulève des questions quant à la raison de l'introduction d'un traitement agoniste opioïde chez ces patients.

Plus de 300 fins de traitements sont saisies durant une année. Dans plus de 60% des cas, cette fin de traitement est liée à des changements dans la prise en charge (changement de médecin, déménagement du patient, etc.) et non à une réelle fin du traitement agoniste. Ceci pourrait expliquer que seuls 50% des patients sont abstinents au moment de la fin de traitement. Il faut également relever la forte proportion de réponses manquantes à cette question. En effet, près d'un tiers des médecins ne savent pas ou ne répondent pas à la question de l'abstinence de leur patient

lors d'une fin de traitement. On pourrait donc se demander quelle est la qualité et le rythme de suivi des patients par les médecins.

Finalement, bien que les caractéristiques de la cohorte de patients suivi dans le cadre d'un traitement agoniste ont peu changé au cours de ces dernières années, les médicaments agonistes qui leur sont prescrits se sont diversifiés. Ce constat questionne les connaissances des médecins prescripteurs quant à ces nouveaux produits ainsi qu'au besoin de formation de ces derniers. Les taux de non réponse parfois importants pour certaines questions ou groupes de questions corroborent ces préoccupations.

# 7

# Références



## 7 Références

- 1 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).
- 2 WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva: World Health Organization, 2009
- 3 Scholten W, Simon O, Maremmani I, Wells C, Kelly JF, Hammig R, et al. Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health*. 2017 Dec;153:147-53.
- 4 Conti G, Mer L, Kardous G, Pasche O. [Opioid dependence treatment in general practice]. *Rev Med Suisse*. 2017 Nov 1;13(581):1896-900.
- 5 OFSP. Dépendance aux opioïdes: Traitements basés sur la substitution. Recommandations révisées de juillet 2013 de l'Office fédéral de la santé Publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS). Bern: OFSP; 2013.
- 6 CoRoMA (Collège Romande Médecine de l'Addiction). Neurosciences de l'addiction. Berne, 2009
- 7 McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. 2005 Apr;100(4):447-58.
- 8 Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) : 812.121, (1951 (Etat le 1er janvier 2018)).
- 9 Ritter C, Fink A, Caflisch C, Falcato L, Kormann A, Strasser H. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) de la dépendance aux opioïdes. Berne: Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), 2012
- 10 Blondon K, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Besson M, KondoOestreicher M, Dayer P. [Off-label prescribing]. *Rev Med Suisse*. 2008;4(165):1661-5.
- 11 Gervasoni J-P, Luyet S, Blanc J, Lociciro S, Arnaud S, Gumy C, et al. Toxicomanie dans le canton de vaud: sixième période d'évaluation 2008-2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de santé 204).
- 12 Huissoud T, Rousson V, Dubois-Arber F. Methadone treatments in a Swiss Region, 2001–2008: a registry-based analysis. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):1-11.
- 13 Pin S, Simon-Vermot P, Stadelmann S, Lociciro S. Traitements basés sur la substitution aux opiacés dans le canton de Vaud : bilan de la plateforme de substitution sur la qualité des données et la satisfaction des utilisateurs deux ans après son introduction. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018. (Raisons de santé A publier).
- 14 Praxis Suchtmedizin Schweiz. La lévométhadone comme substance. 2018.
- 15 Bell J. Pharmacological maintenance treatments of opiate addiction. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Feb;77(2):253-63.
- 16 L-Polamidon®. Information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments. 2016
- 17 MST® Continus®. Information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments. 2018

- 18 Sevre-Long®. Information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments. 2018
- 19 Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. Monitoring suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016. Lausanne: Addiction Suisse; 2017.
- 20 Méthadone Streuli®. Information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments. 2016
- 21 Subutex®. Information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments. 2016

# 8

# Annexes



# 8 Annexes

## 8.1 Questionnaires

### Annexe 1 Rapport d'entrée



**Service de la santé publique**  
Bâtiment administratif de la Pontaise  
Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne  
Tel.: 021/ 316 42 60  
Fax: 021/ 316 42 72

**Formulaire d'autorisation pour  
traitement de substitution**  
(version 15.03.2018)

### Rapport d'entrée

**Identité du patient** Nom: ..... Sexe:  masculin  féminin  
Prénom: ..... Date de naissance:.....  
Adresse: ..... NPA/Localité: ..... / .....

**Traitement chez:** Date début effectif du traitement (jj/mm/aaaa) : ..... / ..... / .....  
**Médecin traitant** Nom: .....  
**Ou institution** Prénom ..... Institution :   
Adresse: .....  
NPA/Localité: ..... / ..... Tél.: ..... Fax: .....  
Adresse mail : .....

#### A. DONNÉES TRAITEMENT

**Produit de substitution:** .....  
Dose totale envisagée par jour (mg): ..... Fréq. .... fois par jour Remise du produit: ..... fois par semaine  
**Remise des produits de substitution par:**  
Nom: ..... Tél: ..... /fax .....  
Adresse: ..... NPA/Localité: ..... / .....

médecin/service médical  pharmacie  service psycho-social  autre: .....

**Objectifs thérapeutiques:**  
 sevrage à court terme  sevrage à long terme  maintenance  bas seuil  
Commentaire (possibilité de joindre une lettre d'accompagnement).....  
.....

**Timbre et signature du médecin**  
Lieu et date: ..... Signature: .....

**Confirmation et signature du patient**  
Le soussigné donne son accord au traitement prévu, à la transmission de cette déclaration au médecin cantonal et à l'échange d'information, le cas échéant, entre les médecins traitants, actuel et précédents.  
Lieu et date: ..... Signature: .....

**Autorisation du médecin cantonal (réservé au Médecin cantonal)**  
Valable du ..... au.....  
Lieu et date: ..... Signature: .....

Nous rappelons que nous avons besoin d'un rapport de votre part:  
• quand vous êtes amené à nous demander une prolongation d'autorisation (un formulaire ad hoc vous parviendra)  
• au terme de toute prise en charge (un formulaire de fin de traitement doit être rempli)  
Par ailleurs, nous vous recommandons vivement de participer aux séances de formation continue et d'échanges organisées périodiquement. Renseignements auprès de:  
AVMCT (Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie) - Secrétariat c/o Dr Foret, fax 021 802 35 17 ou mail avmct@worldcom.ch  
Les centres de référence sont:  
• Aigle et région : Azimut, rue du Moilage 8, 1860 Aigle, tél. 024/468 55 00  
• Lausanne et région : Centre Saint-Martin, rue St-Martin 7, 1003 Lausanne, tél. 021/ 314 84 00  
• Montreux et région : Unité ambulatoire spécialisée UAS, av. des Alpes 66, 1820 Montreux, tél. 021/ 965 44 65  
• Morges et région : Entrée de Secours, av. de Plan 14, 1110 Morges, tél. 021/ 803 67 47  
• Yverdon et région : Unité de traitement des addictions UTAd, Rue de Vautier 5 (2<sup>ème</sup> étage), 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 021 314 78 20

**Numéro ID patient :** (à remplir par SSP)..... **Date questionnaire**.....

Médication complémentaire  oui  non si oui :

Rappel : Les benzodiazépines et substances analogues, les stimulants, les analgésiques opiacés prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution sont soumis à autorisation (LStup Art.2,2b,3<sup>o</sup>)

<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à courte demi-vie, si oui préciser la substance et la dose <u>totale</u> /jour :								
<input type="checkbox"/>	Dormicum® Midazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Alprazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre..... .....mg/j	
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à longue demi-vie, si oui préciser la substance et la dose <u>totale</u> /jour :								
<input type="checkbox"/>	Dalmadorm® Flurazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Demetrin® Prazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Lexotanil® Bromazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Loramet® Lormétazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Mogadon® Nitrazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Noctamid® Lormétazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Normison® Témazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Rivotril® Clonazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Seresta® Oxazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Somnium® Lorazépam + diphenhydramine (1/25mg)	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Temesta® Lorazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Tranxilium® Clorazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Urbanyl® Clobazam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Valium® Diazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Ret Alprazolam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre..... .....mg/j	
<input type="checkbox"/> Autres tranquillisants/somnifères/sédatifs, si oui préciser la substance et la dose <u>totale</u> /jour :								
<input type="checkbox"/>	Imovane® Zopiclone	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Stilnox® Zolpidem	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre ..... .....mg/j	
<input type="checkbox"/> Stimulants								
<input type="checkbox"/>	Concerta®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Focalin®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre..... .....mg/j	
<input type="checkbox"/> Analgésiques opiacés								
<input type="checkbox"/>	MST®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre..... .....mg/j	

<input type="checkbox"/> Neuroleptiques	<input type="checkbox"/> Traitement VIH
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs	<input type="checkbox"/> Traitement des hépatites
<input type="checkbox"/> Antiépileptiques	<input type="checkbox"/> Analgésique non opiacé
<input type="checkbox"/> Antabus®	<input type="checkbox"/> Contraceptif
<input type="checkbox"/> Autre	

Traitements antérieurs (sevrages/thérapies/substitutions antérieures) :  oui  non  inconnu

Si oui : date et type du dernier traitement de la toxicodépendance (quel qu'il soit) :

du : ...../...../..... au : ...../...../..... Type :  résidentiel  ambulatoire

Chez médecin / institution (préciser) .....

Avez-vous pris contact avec le médecin précédent ? :  oui  non  je suivais le patient lors de ce traitement

Numéro ID patient : (à remplir par SSP).....Date questionnaire.....

## B. DONNÉES CONSOMMATION ET PRISES DE RISQUES

### 1. Consommation actuelle (30 derniers jours)

Produit	Fréquence de consommation					Mode de consommation principal				Age 1 <sup>ère</sup> consommation
	Inconnu	Non	1 ou moins par semaine	2-6 par semaine	Quotidienne	Injection	Sniff	Fumé ou oral	Inconnu	
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzo. illégales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthadone illég.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amphétamines / Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 2. Le patient s'est-il injecté des drogues au cours de la vie ?

oui  non  inconnu

### 3. Age à la première injection .....ans inconnu

### 4. Le patient s'est-il injecté des drogues au cours des 6 derniers mois ?

oui  non  inconnu

### 5. Partage du matériel d'injection

Est-ce que le patient s'est injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisé par un autre au cours de sa vie

oui  non  inconnu

Est-ce que le patient s'est injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisé par un autre au cours des 30 derniers jours

oui  non  inconnu

Réutilisation de ses propres seringues :  jamais  quelquefois  souvent

### 6. Le patient a-t-il utilisé des préservatifs au cours des 6 derniers mois lors de relations sexuelles avec :

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) stable(s) ? :

toujours  parfois  jamais  pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire stable

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) occasionnel(le-s) ? :

toujours  parfois  jamais  pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnelle

Numéro ID patient : (à remplir par SSP).....Date questionnaire.....

**C. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

**2. Etat civil (une seule réponse possible)**

- célibataire
- marié-e
- séparé-e (juridiquement)
- divorcé-e
- veuf/veuve
- partenariat enregistré (PaCS)
- inconnu

**3. Nationalité**

- suisse
- autre .....
- inconnu

**4. Sources de revenu durant le mois passé (30 derniers jours) (plusieurs réponses possibles)**

- salaire
- économies, épargne
- rente (AVS/AI ou autres)
- aide sociale
- assurance-chômage
- soutien du partenaire
- soutien des parents/proches/ami-e-s
- deal, combines
- autres revenus illégaux
- prostitution
- autres
- inconnu

**5. Formation (s) achevée(s) (plusieurs réponses possibles)**

- sans formation
- scolarité obligatoire
- apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- maturité, école de degré diplôme
- formation supérieure non universitaire
- université, hautes écoles
- inconnu

**6. Situation de domicile prédominante (30 derniers jours) (Une seule réponse possible)**

- domicile fixe
- sans domicile fixe
- institution (y.c. prison)
- inconnu

**7. Nombre d'enfants vivant dans le ménage**

- aucun
- inconnu

Nombre d'enfants .....

**8. Le patient est-il sous tutelle/curatelle ?**

- oui
- non
- inconnu

**D. SANTÉ**

**VIH**

**9. Test de dépistage du VIH**

- oui
- non
- inconnu
- Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif  négatif  inconnu

**Hépatite A**

**10. Test de dépistage de l'hépatite A**

- oui
- non
- inconnu
- Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif  négatif  inconnu

**11. Vaccination contre l'hépatite A**

- oui complète
- oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu
- non
- inconnu

**Hépatite B**

**12. Test de dépistage de l'hépatite B**

- oui
- non
- inconnu
- Si oui : Année du dernier test .....

Résultat  positif  négatif  inconnu

**13. Vaccination contre l'hépatite B**

- oui complète
- oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu
- non
- inconnu

**Hépatite C**

**14. Test de dépistage de l'hépatite C**

- oui
- non
- inconnu
- Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif  négatif  inconnu

HCV chronique :  oui  non  inconnu

Si HCV chronique, TRAITEMENT HCV :

- oui, terminé année .....

oui, en cours  non  inconnu

Remarques : .....

.....

.....

Annexe 2 Rapport de prolongation



**Service de la santé publique**  
Bâtiment administratif de la Pontaise  
Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne  
Tel. : 021/ 316 42 60  
Fax : 021/ 316 42 72

**Formulaire d'autorisation pour  
traitement de substitution**  
(version V7 15.03.2018)

**Rapport de prolongation**

**No de dossier**..... **Etat au** .....

---

**Identité du patient\***  
\*Faire les corrections si nécessaire

Nom: ..... Date de naissance:.....  
Prénom: .....  
Adresse: ..... NPA/Localité: ..... / .....

---

**Médecin traitant  
Ou Institution\***  
\* Faire les corrections si nécessaire

Nom: .....  
Prénom: ..... Institution: .....  
Adresse: .....  
NPA/Localité: ..... / ..... Tél.: ..... Fax:.....  
Adresse mail : .....

---

**Médicament de Substitution**

Produit de substitution.....  
Dose totale (mg)..... Fréq..... par jour Remise du produit..... fois par semaine

---

**Modalités de Remise du Produit**

**Remise des traitements par :**  
 médecin/service médical  pharmacie  service psycho-social  autre: .....

**Adresse du lieu de remise :**  
Nom: .....  
Adresse: ..... NPA/Localité.....

---

**Commentaire** Possibilité de joindre une lettre d'accompagnement  
.....  
.....

---

**Signature du médecin**

Lieu et date: ..... Signature: .....

---

**Autorisation (réservé au Médecin cantonal)**

Valable du.....au.....  
Lieu et date: .....Signature: .....

Nous rappelons que nous avons besoin d'un rapport de votre part:  
• quand vous êtes amené à nous demander une prolongation d'autorisation (un formulaire ad hoc vous parviendra)  
• au terme de toute prise en charge (un formulaire de fin de cure doit être rempli)

Par ailleurs, nous vous recommandons vivement de participer aux séances de formation continue et d'échanges organisées périodiquement. Renseignements auprès de: AVMCT (Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie) - Secrétariat c/o Dr Forel, fax 021 802 35 17 ou mail avmct@worldcom.ch

Les centres de référence sont:

- Aigle et région : Azmut, rue du Molage 8, 1860 Aigle, tél. 024/468 55 00
- Lausanne et région : Centre Saint-Martin, rue St.-Martin 7, 1003 Lausanne, tél. 021/ 314 84 00
- Montreux et région : Unité ambulatoire spécialisée UAS, av. des Alpes 66, 1820 Montreux, tél. 021/ 965 44 65
- Morges et région : Entrée de Secours, Av. de Plan 14, 1110 Morges, tél. 021/ 803 67 47
- Yverdon et région : Unité de traitement des addictions UTAd, Ruelle Vautier 5 (2<sup>ème</sup> étage), 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 021 314 78 20

**Numéro ID patient :** (à remplir par SSP).....**Date questionnaire**.....

Médication supplémentaire :  oui  non si oui :

*Rappel : Les benzodiazépines et substances analogues, les stimulants, les analgésiques opiacés prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution sont soumis à autorisation (LStup Art. 2 et 3<sup>e</sup>)*

<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à courte demi-vie, si oui préciser la substance et la dose totale/ jour:									
<input type="checkbox"/>	Dormicum® Midazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Alprazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à longue demi-vie									
<input type="checkbox"/>	Dalmadorm® Flurazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Demetrin® Prazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Lexotanil® Bromazépam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/>	Loramet® Lormétazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Mogadon® Nitrazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Noctamid® Lormétazépam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/>	Normison® Témazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Rivotril® Clonazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Seresta® Oxazépam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/>	Somnium® Lorazépam + diphenhydramine (1/25mg)	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Temesta® Lorazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Tranxilium® Clorazépam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/>	Urbanyl® Clobazam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Valium® Diazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Ret Alprazolam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j				
<input type="checkbox"/> Autres tranquillisants/somnifères/sédatifs, si oui									
<input type="checkbox"/>	Imovane® Zopiclone	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Stilnox® Zolpidem	.....mg/j	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Stimulants									
<input type="checkbox"/>	Concerta®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Focalin®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j				
<input type="checkbox"/> Analgésiques opiacés									
<input type="checkbox"/>	MST®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	
<input type="checkbox"/> Neuroleptiques					<input type="checkbox"/> Traitement VIH				
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs					<input type="checkbox"/> Traitement des hépatites				
<input type="checkbox"/> Antiépileptiques					<input type="checkbox"/> Analgésique non opiacé				
<input type="checkbox"/> Antabus®					<input type="checkbox"/> Contraceptif				
<input type="checkbox"/> Autre									

## B. DONNÉES CONSOMMATION ET PRISES DE RISQUES

### 1. Consommation actuelle (30 derniers jours)

Produit	Fréquence de consommation					Mode de consommation principal			
	Inconnu	Non	1 ou moins par semaine	2-6 par semaine	Quotidienne	Injection	Sniff	Fumé ou oral	Inconnu
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzo. illégales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthadone illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines / Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---

**Numéro ID patient :** (à remplir par SSP)..... **Date questionnaire**.....

---

2. Le patient s'est-il injecté des drogues au cours des 6 derniers mois ?

oui     non     inconnu

Si oui :

Est-ce que le patient s'est injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisé par un autre au cours des 30 derniers jours ?

oui     non     inconnu

Réutilisation de ses propres seringues :     jamais     quelquefois     souvent

---

3. Le patient a-t-il utilisé des préservatifs au cours des 6 derniers mois lors de relations sexuelles avec :

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) stable(s) ? :

toujours     parfois     jamais     pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire stable

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) occasionnel(le-s) ? :

toujours     parfois     jamais     pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnelle

---

Numéro ID patient : (à remplir par SSP) ..... Date questionnaire.....

**C. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

**2. Etat civil (une seule réponse possible)**

- célibataire                       veuf/veuve  
 marié-e                             partenariat enregistré (PaCS)  
 séparé-e (juridiquement)  inconnu  
 divorcé-e

**3. Nationalité**

- suisse  
 autre .....  
 inconnu

**4. Sources de revenu durant le mois passé (30 derniers jours) (plusieurs réponses possibles)**

- salaire  
 économies, épargne  
 rente (AVS/IAI ou autres)  
 aide sociale  
 assurance-chômage  
 soutien du partenaire  
 soutien des parents/proches/ami-e-s  
 deal, combines  
 autres revenus illégaux  
 prostitution  
 autres  
 inconnu

**5. Formation (s) achevée(s) (plusieurs réponses possibles)**

- sans formation  
 scolarité obligatoire  
 apprentissage ou école professionnelle à plein temps  
 maturité, école de degré diplôme  
 formation supérieure non universitaire  
 université, hautes écoles  
 inconnu

**6. Situation de domicile prédominante (30 derniers jours) (Une seule réponse possible)**

- domicile fixe  
 sans domicile fixe  
 institution (y.c. prison)  
 inconnu

**7. Nombre d'enfants vivant dans le ménage**

- aucun  
 inconnu

Nombre d'enfants .....

**8. Le patient est-il sous tutelle/curatelle ?**

- oui  
 non  
 inconnu

**D. SANTÉ**

**VIH**

**9. Test de dépistage du VIH**

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif     négatif     inconnu

**Hépatite A**

**10. Test de dépistage de l'hépatite A**

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif     négatif     inconnu

**11. Vaccination contre l'hépatite A**

- oui complète  
 oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu  
 non  
 inconnu

**Hépatite B**

**12. Test de dépistage de l'hépatite B**

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat  positif     négatif     inconnu

**13. Vaccination contre l'hépatite B**

- oui complète  
 oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu  
 non  
 inconnu

**Hépatite C**

**14. Test de dépistage de l'hépatite C**

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif     négatif     inconnu

HCV chronique :  oui     non     inconnu

Si HCV chronique, TRAITEMENT HCV :

oui, terminé année .....

oui, en cours     non     inconnu

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3 Annonce de fin de traitement



**Service de la santé publique**  
Bâtiment administratif de la Pontaise  
Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne  
Tél. : 021/ 316 42 60  
Fax : 021/ 316 42 72

**Formulaire d'autorisation pour  
Traitement de substitution**  
(version 6.02.2015)

**Annonce de fin de traitement**

**Identité du patient** Nom: ..... Sexe: 1  masculin 2  féminin  
Prénom: ..... Date de naissance: .....  
Adresse: ..... NPA/Localité: ..... / .....

**Traitement chez :**  
**Médecin traitant** Nom: .....  
**ou Institution** Prénom: ..... Institution: .....  
Adresse: .....  
NPA/Localité: ..... / ..... Tél.: ..... Fax: .....  
Adresse mail : .....

**Produit de substitution:** .....  
**Dose totale par jour (mg):** .....

**Fin de traitement** dernière dose remise le (jj/mm/aaa) ..... / ..... / .....

<b>Situation du patient</b>	<b>Abstinence</b>	<b>Réinsertion professionnelle</b>
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> ne sait pas

**Fin du traitement :**  Traitement terminé, fin du suivi d'un commun accord  
 Décision du médecin/de l'institution suite à des problèmes avec le patient  
 Abandon du traitement par le patient (rechute, drop out)  
 Déménagement du patient \* **\*compléter ce qui convient**  
 Emprisonnement du patient\* **Nom et adresse (patient, nouveau médecin, prison)**  
 Décès du patient .....  
 Changement de médecin .....  
 Autre..... **NPA/Localité** ..... / .....

**Remarques/Commentaires**.....  
.....  
.....

**Timbre et signature du médecin**

Lieu et date: ..... Signature: .....

**Signature du médecin cantonal (réservé au Médecin cantonal)**

Visé le : ..... Signature .....

## 8.2 Résultats complémentaires

Annexe 4 Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours selon la région sanitaire en 2015, 2016 et 2017 (%)

	Est			Ouest			Nord			Centre			Autre canton		
	2015 (n=235)	2016 (n=249)	2017 (n=254)	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=191)	2015 (n=416)	2016 (n=428)	2017 (n=424)	2015 (n=855)	2016 (n=861)	2017 (n=825)	2015 (n=32)	2016 (n=29)	2017 (n=27)
domicile fixe	91.9%	91.6%	91.3%	89.6%	86.3%	83.8%	82.2%	82.7%	82.3%	85.0%	85.9%	85.9%	93.8%	96.6%	85.2%
sans domicile fixe	2.1%	2.8%	2.4%	7.0%	6.9%	9.4%	8.9%	5.8%	6.1%	6.8%	5.8%	5.1%	0.0%	0.0%	3.7%
institution (y.c. prison)	6.0%	5.6%	6.3%	3.5%	6.9%	6.8%	8.9%	11.4%	11.6%	8.2%	8.2%	9.0%	6.3%	3.4%	11.1%

Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année, chaque type de domicile et chaque région sanitaire.

**Annexe 5 Type de médicament agoniste remis selon les lieux de remises en 2015, 2016 et 2017 (%)**

	Médecin			Pharmacie			Centre de traitement			Lieu de vie		
	2015 (n=85)	2016 (n=67)	2017 (n=53)	2015 (n=1'200)	2016 (n=1'257)	2017 (n=1'215)	2015 (n=348)	2016 (n=346)	2017 (n=357)	2015 (n=113)	2016 (n=143)	2017 (n=133)
Méthadone	90.6%	88.1%	90.6%	83.7%	73.7%	67.9%	84.5%	71.7%	68.1%	85.0%	72.0%	63.2%
Kétalgine®	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	1.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	1.4%	2.3%
L-Polamidon®	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.5%	4.2%	0.0%	0.3%	2.2%	0.9%	5.6%	12.8%
Sevre-Long®	2.4%	6.0%	7.5%	6.7%	15.2%	19.2%	6.3%	18.5%	21.3%	5.3%	15.4%	15.0%
MST®	1.2%	0.0%	0.0%	0.4%	0.7%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.8%
Subutex®	5.9%	6.0%	1.9%	7.1%	7.0%	6.3%	8.6%	9.2%	7.8%	7.1%	4.9%	5.3%
Temgesic®	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.4%	0.6%	0.3%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%
Autre	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.8%

Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année, chaque médicament agoniste et chaque lieu de remise.

**Annexe 6 Dose quotidienne prescrite de médicament agoniste en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en milligramme)**

	Méthadone			Kétalgine®			L-Polamidon®			Sevre-Long®			MST®			Subutex®			Temgesic®		
	2015 (n=1'147)	2016 (n=1'084)	2017 (n=955)	2015 (n=18)	2016 (n=16)	2017 (n=14)	2015 (n=2)	2016 (n=22)	2017 (n=50)	2015 (n=58)	2016 (n=170)	2017 (n=228)	2015 (n=6)	2016 (n=7)	2017 (n=6)	2015 (n=73)	2016 (n=75)	2017 (n=83)	2015 (n=4)	2016 (n=3)	2017 (n=6)
Moyenne	72.0	69.2	70.0	75.4	82.4	78.5	80.0	54.8	51.7	615.9	541.4	503.3	498.3	448.6	271.7	8.4	8.2	7.3	1.7	1.1	0.9
Médiane	60.0	60.0	60.0	52.5	50.0	50.0	80.0	47.5	45.0	520.0	520.0	480.0	400.0	200.0	155.0	6.0	6.0	6.0	1.8	1.2	0.6
Min.	1.0	1.0	0.5	3.0	4.0	4.0	70.0	20.0	1.0	90.0	90.0	30	20.0	20.0	20.0	0.2	0.2	0.2	1.2	0.2	0.2
Max.	500.0	450.0	410.0	280.0	400.0	440.0	90.0	135.0	140.0	1600.0	1600.0	1600.0	1200.0	1200.0	600.0	32.0	32.0	32.0	2.0	2.0	2.4

Moyenne, médiane, minimum, maximum calculés sur les réponses valides des prolongations pour chaque année et chaque médicament agoniste.

**Annexe 7 Nombre de remise par semaine de médicament agoniste selon le lieu de remise (moyenne, médiane, minimum, maximum)**

	Pharmacie			Centre de traitement			Lieu de vie			Cabinet médical		
	2015 (n=1'199)	2016 (n=1'258)	2017 (n=1'217)	2015 (n=347)	2016 (n=345)	2017 (n=356)	2015 (n=113)	2016 (n=144)	2017 (n=134)	2015 (n=85)	2016 (n=67)	2017 (n=53)
Moyenne	2.1	2.0	2.0	3.0	3.3	3.3	6.5	6.7	6.5	2.7	1.8	1.4
Médiane	1.0	1.0	1.0	3.0	3.0	3.0	7.0	7.0	7.0	1.0	1.0	1.0
Min.	0.3	0.3	0.1	0.3	0.1	1	0.5	1	1	0.3	0.5	0.5
Max.	7	7	7	7	7	7	14	14	14	14	7	6

Moyenne, médiane, minimum, maximum calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque lieu de remise.

**Annexe 8 Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)**

	2015 (n=1'221)	2016 (n=1'288)	2017 (n=1'257)
Non	70.6%	69.8%	72.5%
1 fois ou moins par semaine	21.0%	20.7%	18.6%
2 à 6 fois par semaine	7.5%	8.1%	7.1%
Quotidienne	0.9%	1.4%	1.8%

La réponse à cette question était manquante pour 6.9% des patients en 2015, 6.5% des patients en 2016 et 6.5% des patients en 2017.

**Annexe 9** Fréquence de consommation de cocaïne au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'207)	2016 (n=1'268)	2017 (n=1'242)
Non	80.4%	79.9%	79.6%
1 fois ou moins par semaine	14.9%	14.7%	14.7%
2 à 6 fois par semaine	4.0%	4.7%	4.9%
Quotidienne	0.7%	0.6%	0.7%

La réponse à cette question était manquante pour 7.9% des patients en 2015, 8.0% des patients en 2016 et 7.7% des patients en 2017.

**Annexe 10** Fréquence de consommation de benzodiazépines non prescrites au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'175)	2016 (n=1'248)	2017 (n=1'225)
Non	92.9%	91.4%	91.3%
1 fois ou moins par semaine	4.3%	5.3%	5.0%
2 à 6 fois par semaine	1.4%	2.2%	2.6%
Quotidienne	1.4%	1.1%	1.1%

La réponse à cette question était manquante pour 10.4% des patients en 2015, 9.4% des patients en 2016 et 8.9% des patients en 2017.

**Annexe 11** Fréquence de consommation de méthadone non prescrite au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'193)	2016 (n=1'257)	2017 (n=1'234)
Non	98.7%	98.0%	98.2%
1 fois ou moins par semaine	1.1%	1.5%	1.3%
2 à 6 fois par semaine	0.1%	0.4%	0.4%
Quotidienne	0.2%	0.1%	0.1%

La réponse à cette question était manquante pour 9.0% des patients en 2015, 8.8% des patients en 2016 et 8.3% des patients en 2017.

**Annexe 12** Fréquence de consommation d'amphétamines ou d'ecstasy au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'203)	2016 (n=1'253)	2017 (n=1'224)
Non	99.1%	98.6%	98.6%
1 fois ou moins par semaine	0.7%	1.4%	1.3%
2 à 6 fois par semaine	0.1%	0.1%	0.1%
Quotidienne	0.1%	0.0%	0.0%

La réponse à cette question était manquante pour 8.2% des patients en 2015, 9.1% des patients en 2016 et 9.0% des patients en 2017.

**Annexe 13** Fréquence de consommation d'hallucinogènes au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'200)	2016 (n=1'250)	2017 (n=1'232)
Non	99.6%	99.3%	99.5%
1 fois ou moins par semaine	0.3%	0.7%	0.5%
2 à 6 fois par semaine	0.0%	0.0%	0.0%
Quotidienne	0.2%	0.0%	0.0%

La réponse à cette question était manquante pour 8.5% des patients en 2015, 9.3% des patients en 2016 et 8.4% des patients en 2017.

**Annexe 14** Fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

	2015 (n=1'149)	2016 (n=1'200)	2017 (n=1'161)
Non	58.6%	57.1%	58.9%
1 fois ou moins par semaine	13.8%	14.9%	13.2%
2 à 6 fois par semaine	13.8%	13.5%	13.4%
Quotidienne	13.8%	14.5%	14.5%

La réponse à cette question était manquante pour 12.4% des patients en 2015, 12.9% des patients en 2016 et 13.7% des patients en 2017.

**Annexe 15** Fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

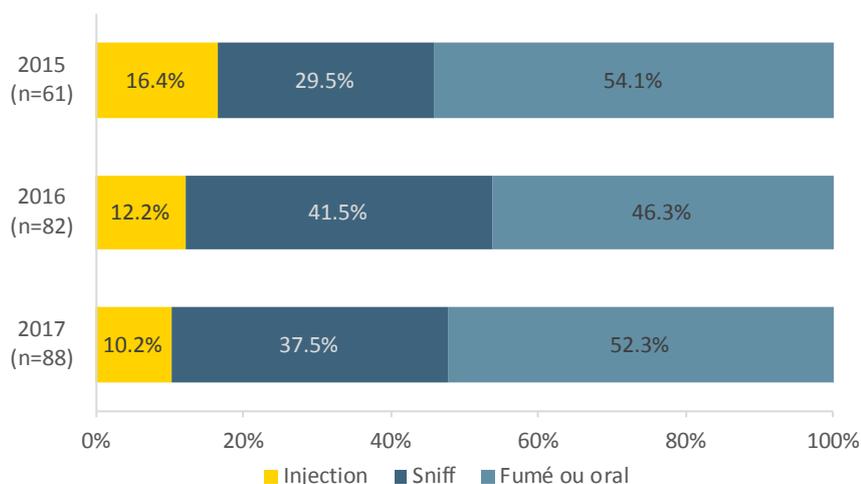
	2015 (n=1'193)	2016 (n=1'249)	2017 (n=1'201)
Non	45.8%	44.0%	43.2%
1 fois ou moins par semaine	18.8%	22.0%	22.4%
2 à 6 fois par semaine	18.8%	16.5%	17.2%
Quotidienne	16.7%	17.5%	17.2%

La réponse à cette question était manquante pour 9.0% des patients en 2015, 9.4% des patients en 2016 et 10.7% des patients en 2017.

**Annexe 16** Fréquence de consommation de tabac au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 (%)

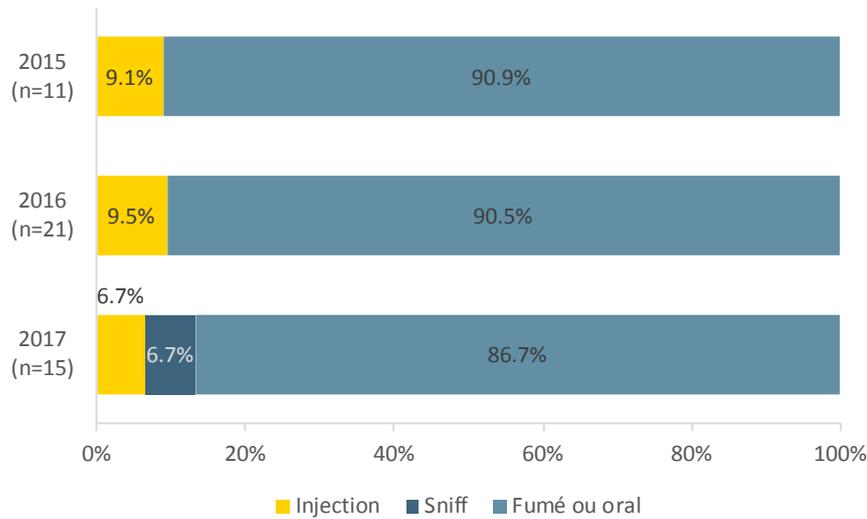
	2015 (n=1'127)	2016 (n=1'214)	2017 (n=1'161)
Non	23.1%	19.4%	17.9%
1 fois ou moins par semaine	2.0%	2.7%	1.8%
2 à 6 fois par semaine	4.5%	4.6%	5.4%
Quotidienne	70.4%	73.3%	74.8%

La réponse à cette question était manquante pour 14.0% des patients en 2015, 11.9% des patients en 2016 et 13.7% des patients en 2017.

**Annexe 17** Mode de consommation principal des benzodiazépines non prescrites consommées au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%)

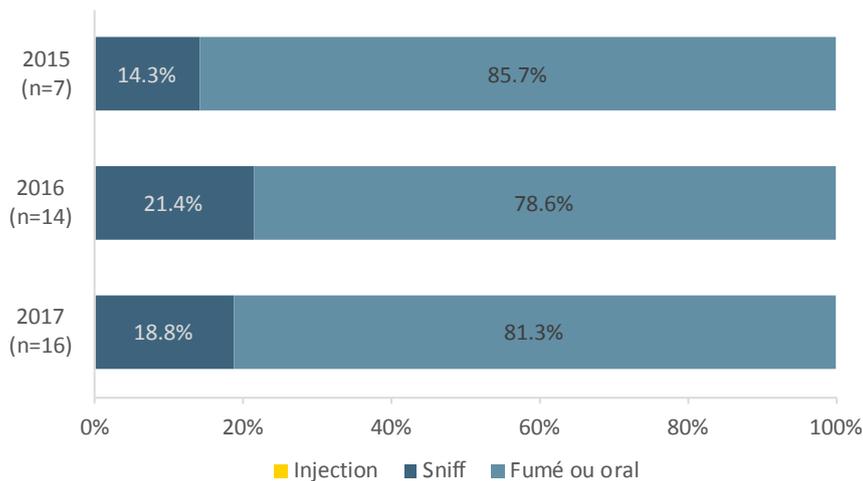
Ces taux ont été calculés en ne considérant que les consommateurs de benzodiazépines non prescrites chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée. La réponse à cette question était manquante pour 26.5% des patients en 2015, 23.4% des patients en 2016 et 17.0% des patients en 2017.

**Annexe 18** Mode de consommation principal de la méthadone non prescrite consommée au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%)



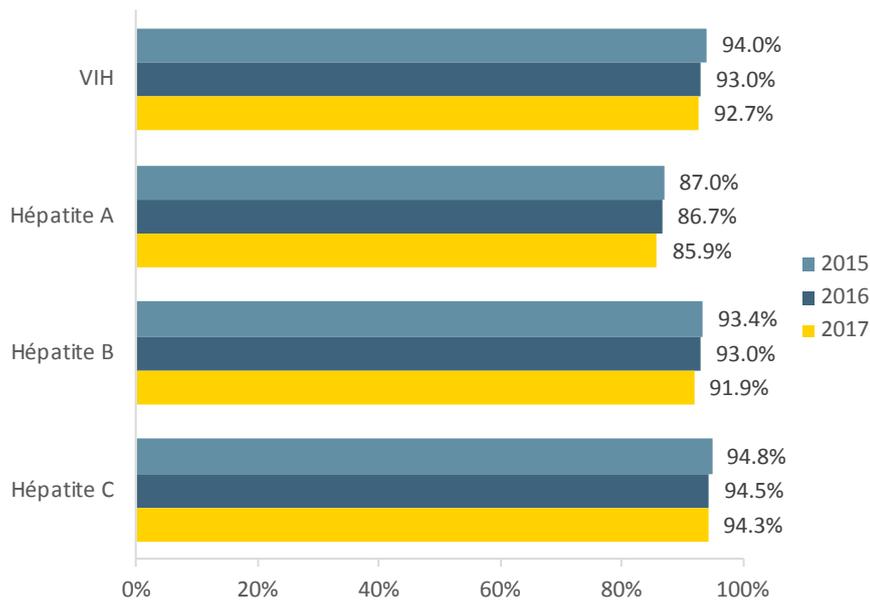
Ces taux ont été calculés en ne considérant que les consommateurs de méthadone non prescrite chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée. La réponse à cette question était manquante pour 31.3% des patients en 2015, 16.0% des patients en 2016 et 31.8% des patients en 2017.

**Annexe 19** Mode de consommation principal des amphétamines ou de l'ecstasy consommées au cours des 30 derniers jours en 2015, 2016 et 2017 chez les consommateurs (%)



Ces taux ont été calculés en ne considérant que les consommateurs d'amphétamines ou d'ecstasy chez les patients ayant une prolongation valide au cours de l'année étudiée. La réponse à cette question était manquante pour 36.4% des patients en 2015, 22.2% des patients en 2016 et 5.9% des patients en 2017.

**Annexe 20 Test de dépistage des maladies transmissibles au cours de la vie en 2015, 2016 et 2017 (%)**



Ces taux ont été calculés sur les réponses valides pour chaque année et chaque test.

**Annexe 21 Vaccination contre l'hépatite A en 2015, 2016 et 2017 (%)**

	2015 (n=1'072)	2016 (n=1'085)	2017 (n=1'041)
Oui complète	40.1%	43.0%	42.7%
Oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu	7.9%	7.9%	7.5%
Non	52.0%	49.0%	49.9%

La réponse à cette question était manquante pour 39.9% des patients en 2015, 40.3% des patients en 2016 et 40.9% des patients en 2017.

**Annexe 22 Vaccination contre l'hépatite B en 2015, 2016 et 2017 (%)**

	2015 (n=1'203)	2016 (n=1'236)	2017 (n=1'182)
Oui complète	49.9%	51.0%	50.4%
Oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu	8.3%	7.8%	8.0%
Non	41.8%	41.2%	41.6%

La réponse à cette question était manquante pour 32.6% des patients en 2015, 31.9% des patients en 2016 et 32.9% des patients en 2017.

**Annexe 23** Age des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (moyenne, médiane, minimum, maximum, en années)

	2015 (n=48)	2016 (n=48)	2017 (n=39)
Moyenne	34.4	33.9	35.2
Médiane	33.0	33.5	35.0
Min-Max	20-73	18-58	20-54

**Annexe 24** Sexe des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=48)	2016 (n=48)	2017 (n=39)
Féminin	17	8	6
Masculin	31	40	33

**Annexe 25** Nationalité des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=48)	2016 (n=48)	2017 (n=39)
Etranger	22	23	21
Suisse	26	25	18

**Annexe 26 Sources de revenus au cours des 30 derniers jours des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=46)	2016 (n=46)	2017 (n=39)
Prostitution	0	0	0
Autres revenus illégaux	2	0	0
Deal, combines	1	2	0
Economies, épargne	0	0	1
Soutien du partenaire	0	0	2
Autres	2	2	2
Assurance-chômage	3	7	2
Soutien des parents/proches/amis	3	2	6
Rente (AVS/AI ou autres)	10	6	8
Salaire	13	10	9
Aide sociale	16	21	12

La réponse à cette question était manquante pour 4.2% des patients en 2015, 4.2% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017. Il est possible d'indiquer plusieurs réponses à cette question.

**Annexe 27 Situation de domicile prédominante au cours des 30 derniers jours des patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=47)	2016 (n=48)	2017 (n=38)
Institution (y.c. prison)	5	3	2
Sans domicile fixe	5	4	4
Domicile fixe	37	41	32

La réponse à cette question était manquante pour 2.1% des patients en 2015, 0.0% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

**Annexe 28 Médicaments agonistes prescrits aux patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=48)	2016 (n=48)	2017 (n=38)
Kapanol®	0	0	0
Kétalgine®	0	0	0
MST®	0	0	0
Temgesic®	0	0	0
Autre	0	0	0
L-Polamidon®	0	0	3
Subutex®	8	10	6
Sevre-Long®	12	22	12
Méthadone	28	16	17

Des réponses incohérentes ont été écartées des analyses pour 0.0% des patients en 2015, 0.0% des patients en 2016 et 2.6% des patients en 2017.

**Annexe 29 Co-médications prescrites aux patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=48)	2016 (n=48)	2017 (n=39)
Oui	25	18	16
Non	23	30	23

**Annexe 30 Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=47)	2016 (n=47)	2017 (n=39)
Non	9	6	5
1 fois ou moins par semaine	6	4	4
2 à 6 fois par semaine	7	9	11
Quotidienne	25	28	19

La réponse à cette question était manquante pour 2.1% des patients en 2015, 2.1% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

**Annexe 31** Fréquence de consommation de cocaïne au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=44)	2016 (n=42)	2017 (n=37)
Non	28	23	22
1 fois ou moins par semaine	7	7	11
2 à 6 fois par semaine	8	12	3
Quotidienne	1	0	1

La réponse à cette question était manquante pour 8.3% des patients en 2015, 12.5% des patients en 2016 et 5.1% des patients en 2017.

**Annexe 32** Fréquence de consommation de benzodiazépines non prescrites au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=41)	2016 (n=39)	2017 (n=36)
Non	31	30	28
1 fois ou moins par semaine	3	4	4
2 à 6 fois par semaine	4	2	3
Quotidienne	3	3	1

La réponse à cette question était manquante pour 14.6% des patients en 2015, 18.8% des patients en 2016 et 7.7% des patients en 2017.

**Annexe 33** Fréquence de consommation de méthadone non prescrite au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=42)	2016 (n=43)	2017 (n=35)
Non	28	29	28
1 fois ou moins par semaine	5	6	6
2 à 6 fois par semaine	5	5	2
Quotidienne	4	2	0

La réponse à cette question était manquante pour 12.5% des patients en 2015, 12.5% des patients en 2016 et 7.7% des patients en 2017.

**Annexe 34** Fréquence de consommation de tabac au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=40)	2016 (n=44)	2017 (n=34)
Non	9	4	1
1 fois ou moins par semaine	1	1	0
2 à 6 fois par semaine	0	3	0
Quotidienne	30	36	33

La réponse à cette question était manquante pour 16.7% des patients en 2015, 8.3% des patients en 2016 et 12.8% des patients en 2017.

**Annexe 35** Fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=44)	2016 (n=42)	2017 (n=37)
Non	16	11	11
1 fois ou moins par semaine	14	9	7
2 à 6 fois par semaine	7	12	8
Quotidienne	7	10	11

La réponse à cette question était manquante pour 8.3% des patients en 2015, 12.5% des patients en 2016 et 5.1% des patients en 2017.

**Annexe 36** Fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=42)	2016 (n=42)	2017 (n=33)
Non	24	10	18
1 fois ou moins par semaine	2	7	1
2 à 6 fois par semaine	7	13	8
Quotidienne	9	12	6

La réponse à cette question était manquante pour 12.5% des patients en 2015, 12.5% des patients en 2016 et 15.4% des patients en 2017.

**Annexe 37 Mode de consommation principal de l'héroïne consommée au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=37)	2016 (n=39)	2017 (n=33)
Injection	5	5	3
Sniff	14	18	7
Fumé ou oral	18	16	23

On ne considère ici que les personnes ayant consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours. La réponse à cette question était manquante pour 2.6% des patients en 2015, 4.9% des patients en 2016 et 2.9% des patients en 2017.

**Annexe 38 Mode de consommation principal de la cocaïne consommée au cours des 30 derniers jours chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=13)	2016 (n=17)	2017 (n=13)
Injection	3	2	3
Sniff	5	10	6
Fumé ou oral	5	5	4

On ne considère ici que les personnes ayant consommé de la cocaïne au cours des 30 derniers jours. La réponse à cette question était manquante pour 18.8% des patients en 2015, 10.5% des patients en 2016 et 13.3% des patients en 2017.

**Annexe 39 Consommation par injection au cours des 6 derniers mois chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=46)	2016 (n=48)	2017 (n=38)
Oui	7	7	9
Non	39	41	29

La réponse à cette question était manquante pour 4.2% des patients en 2015, 0.0% des patients en 2016 et 2.6% des patients en 2017.

**Annexe 40** Test de dépistage du VIH au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=35)	2016 (n=36)	2017 (n=30)
Oui	28	29	25
Non	7	7	5

La réponse à cette question était manquante pour 27.1% des patients en 2015, 25.0% des patients en 2016 et 23.1% des patients en 2017.

**Annexe 41** Résultat du dernier test de dépistage du VIH chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=28)	2016 (n=28)	2017 (n=24)
Positif	2	0	1
Négatif	26	28	23

On ne considère ici que les personnes ayant eu un test de dépistage du VIH au cours de la vie. La réponse à cette question était manquante pour 0.0% des patients en 2015, 3.4% des patients en 2016 et 4.0% des patients en 2017.

**Annexe 42** Test de dépistage de l'hépatite A au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=28)	2016 (n=25)	2017 (n=25)
Oui	20	18	16
Non	8	7	9

La réponse à cette question était manquante pour 41.7% des patients en 2015, 47.9% des patients en 2016 et 35.9% des patients en 2017.

**Annexe 43** Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite A chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)

	2015 (n=19)	2016 (n=17)	2017 (n=16)
Positif	3	2	2
Négatif	16	15	14

On ne considère ici que les personnes ayant eu un test de dépistage de l'hépatite A au cours de la vie. La réponse à cette question était manquante pour 5.0% des patients en 2015, 5.6% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

**Annexe 44 Test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=30)	2016 (n=31)	2017 (n=27)
Oui	26	22	20
Non	4	9	7

La réponse à cette question était manquante pour 37.5% des patients en 2015, 35.4% des patients en 2016 et 30.8% des patients en 2017.

**Annexe 45 Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite B chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=25)	2016 (n=20)	2017 (n=20)
Positif	2	0	1
Négatif	23	20	19

On ne considère ici que les personnes ayant eu un test de dépistage de l'hépatite B au cours de la vie. La réponse à cette question était manquante pour 33.3% des patients en 2015, 29.2% des patients en 2016 et 25.6% des patients en 2017.

**Annexe 46 Test de dépistage de l'hépatite C au cours de la vie chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=32)	2016 (n=34)	2017 (n=29)
Oui	28	24	23
Non	4	10	6

La réponse à cette question était manquante pour 4.2% des patients en 2015, 0.0% des patients en 2016 et 2.6% des patients en 2017.

**Annexe 47 Résultat du dernier test de dépistage de l'hépatite C chez les patients entrés pour la première fois en traitement en 2015, 2016 et 2017 (n)**

	2015 (n=28)	2016 (n=23)	2017 (n=23)
Positif	4	4	5
Négatif	24	19	18

On ne considère ici que les personnes ayant eu un test de dépistage de l'hépatite C au cours de la vie. La réponse à cette question était manquante pour 0.0% des patients en 2015, 4.2% des patients en 2016 et 0.0% des patients en 2017.

**Annexe 48**      **Patients souffrant d'une hépatite C chronique lors de l'initiation du traitement en 2015, 2016 ou 2017 (n)**

	2015 (n=19)	2016 (n=22)	2017 (n=18)
Oui	1	2	3
Non	18	20	15

La réponse à cette question était manquante pour 60.4% des patients en 2015, 54.2% des patients en 2016 et 53.8% des patients en 2017.



