



Lausanne, septembre 2020
Rapport de recherche N° 118

Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats de l'enquête 2019

Gerhard Gmel
Florian Labhart
Etienne Maffli

*Ce projet a été financé par l'Office fédéral de la santé publique
(contrat N° 17.018313 / 204.0001-1584/2)*

Impressum

Compléments d'information :	Gerhard Gmel, tél. 021 321 29 59, courriel : ggmel@addictionsuisse.ch
Réalisation :	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Addiction Suisse, Lausanne
Diffusion :	Addiction Suisse, Recherche scientifique, case postale 870, 1001 Lausanne, tél. +41 (0)21 321 29 46, fax +41 (0)21 321 29 40 ggmel@addictionsuisse.ch
Numéro de commande :	Rapport de recherche N° 118
Graphisme/mise en page :	Addiction Suisse
Copyright :	© Addiction Suisse Lausanne 2020
ISBN :	978-2-88183-258-1
Citation recommandée :	Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2020) Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2019 (rapport de recherche N° 118), Lausanne : Addiction Suisse

Table des matières

1	Introduction.....	7
2	Vue d'ensemble du nombre de patients.....	10
3	Évolution du nombre de patients	12
4	Antécédents médicaux des patients admis en 2019	16
5	Données sociodémographiques.....	19
6	Consommation de substances	24
7	Hépatites et VIH	32
7.1	Usage intraveineux	32
7.2	Hépatite A	33
7.3	Hépatite B	33
7.4	Hépatite C	35
7.5	VIH	37
8	Motifs de départ / arrêts du traitement.....	39
9	Troubles psychiatriques.....	40
10	Références	42

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Admissions et départs en 2019	10
Tableau 2 :	Voies d'administration prévues au début du traitement, 2019	16
Tableau 3 :	Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2019.	16
Tableau 4 :	Traitements déjà suivis avec prescription d'opiacés pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2019.....	17
Tableau 5 :	Origine du placement en centre HeGeBe, 2019	17
Tableau 6 :	Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2019	20
Tableau 7 :	Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? 2019.....	21
Tableau 8 :	Quel a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? 2019.....	22
Tableau 9 :	Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2019	27
Tableau 10 :	Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2019.....	28
Tableau 11 :	Statut concernant l'hépatite A pour 170 admissions (y c. réadmissions) en 2019.....	33
Tableau 12 :	Interprétation des marqueurs de l'hépatite B	34
Tableau 13 :	Dépistage de l'hépatite B chez les 170 patients admis en 2019 (y c. réadmissions) ..	34
Tableau 14 :	Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 95 patients admis.....	35
Tableau 15 :	Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément au chapitre V de la CIM-10 « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2019 et comparaison avec les années 2013-2018.....	40
Tableau 16 :	Fréquence des groupes de diagnostic CIM-10 selon le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2019 et comparaison avec les années 2013-2017 (plusieurs réponses possibles).....	41

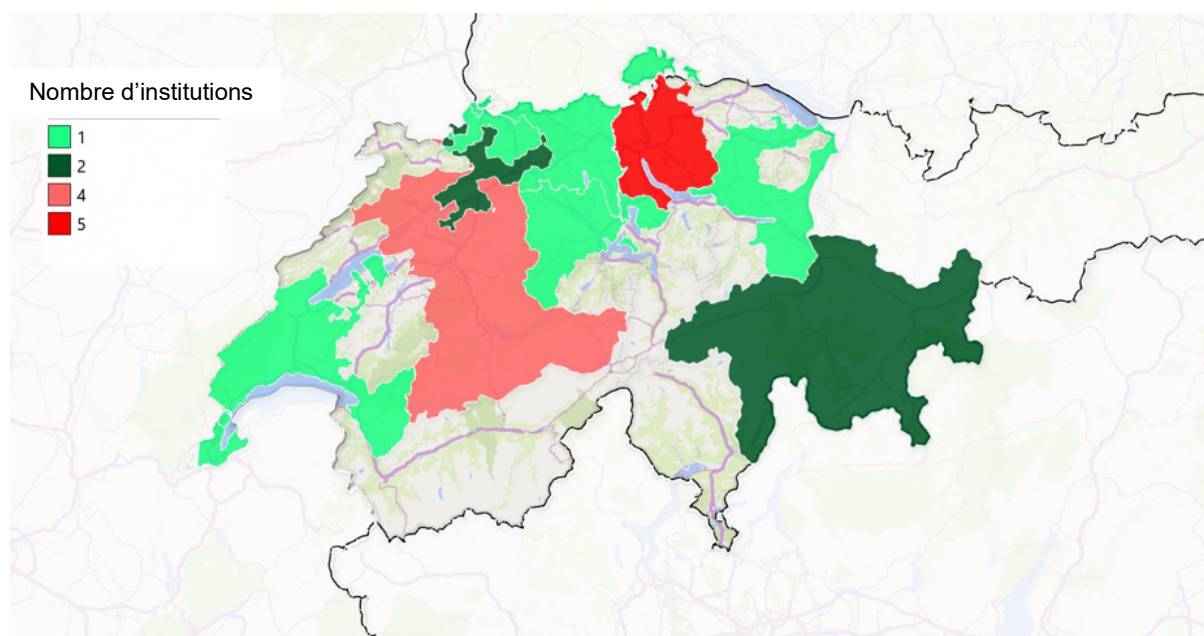
Liste des illustrations

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton	7
Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994.	13
Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2017	14
Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre 2018 / 2019 et les années 2013-2017.....	14
Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2019.....	19
Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2019	20
Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2019.....	23
Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2019, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation)	25
Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2019	30
Illustration 10 : Consommation de drogues par injection	32
Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2019.....	36
Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2019	37
Illustration 13 : Motifs de départ en 2019 et comparaison avec la période 2013-2018 ¹	39

1 Introduction

En Suisse, le monitoring du traitement avec prescription de diacétylmorphine (HeGeBe) est effectué régulièrement depuis 2001. Le présent rapport expose les résultats de l'enquête 2019. L'acronyme HeGeBe a un fondement historique et s'utilise tel quel depuis longtemps. D'une manière générale, il faudrait employer le terme de traitement avec prescription de diacétylmorphine, cette substance étant la forme pharmaceutique de l'héroïne qui est administrée comme médicament sous le nom de Diaphin®. En 2019, 22 institutions réparties dans 13 cantons disposaient d'une autorisation pour prescrire la Diaphin® (illustration 1).

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton



Étant donné que le monitoring est ancré dans la loi sur les stupéfiants, dans l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et dans l'ordonnance sur les relevés statistiques, les institutions sont tenues d'y participer. En conformité avec l'art. 24 de l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction, l'OFSP publie annuellement un rapport sur la mise en œuvre, le déroulement et l'évolution du traitement avec prescription de diacétylmorphine. À cet effet, des questions sont posées à chaque patient lors de son admission (ou de sa réadmission consécutive à une interruption de traitement). Les questions portent sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les habitudes de consommation ; des données sociodémographiques sont également récoltées. De la même manière, au moment de l'arrêt du traitement (y c. en cas de transfert vers une autre institution), les principales questions posées lors de l'admission sont répétées et complétées par des questions explorant les raisons de l'arrêt.

Les objectifs du traitement avec prescription de diacétylmorphine¹ peuvent être résumés comme suit :

- Créer un lien thérapeutique durable
- Améliorer l'état de santé physique et psychique des personnes et favoriser leur intégration sociale
- Induire une consommation à faible risque et créer les conditions pour une abstinence durable
- Éloigner les usagers du milieu illicite et prévenir la criminalité liée à l'approvisionnement en substances.

Pour les patients, les critères d'admission sont les suivants :

- Majorité (18 ans)
- Dépendance grave à l'héroïne depuis au moins deux ans
- Deux tentatives au moins de traitement préalable infructueuses (résultats insatisfaisants ou interrompus)
- Répercussions physiques, psychiques ou sociales imputables à la consommation.

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

Le programme HeGeBe fait partie intégrante du système national de monitoring destiné aux usagers de l'aide professionnelle en matière de dépendance *act-info* (addiction, care and therapy information). Parallèlement à HeGeBe, *act-info* tient d'autres statistiques comme les traitements de substitution et d'autres traitements ambulatoires ou hospitaliers (p. ex., en raison de la consommation d'alcool ou de drogues illégales). Depuis 2013, les institutions HeGeBe peuvent saisir ces données directement en ligne (<https://www.act-info-online.ch>). Ainsi, dans le cadre de ses évaluations, Addiction Suisse bénéficie d'un accès direct aux résultats partiellement anonymisés. Par « partiellement anonymisé », on entend, par exemple, que les noms ont été convertis dans un code et qu'ils ne sont donc pas connus du service qui tient la statistique. Ce code est utilisé pour pouvoir observer les patients en coupe longitudinale et donc pour voir, par exemple, s'ils ont été transférés vers une autre institution ou s'ils ont réintégré le programme HeGeBe après avoir interrompu le traitement. En parallèle, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tient une banque de données séparée concernant le programme HeGeBe : les autorisations pour les traitements de chaque patient y sont documentées. Le présent rapport expose les résultats concernant les admissions et les départs enregistrés en 2019 dans la banque de données *act-info*.

Encadré 1. Problèmes relatifs à la coupe longitudinale

Les statistiques HeGeBe ont été gérées par l'Institut suisse de recherche sur les dépendances et la santé (ISGF) jusqu'en 2017. Les données antérieures à 2013 n'étaient accessibles qu'à l'ISGF. Pour des raisons de protection des données, il n'a pas été possible avant mai 2020 d'installer le fichier complet depuis le début du monitoring. Toutefois, pour le présent rapport, les données des patients remontant jusqu'à 2001 environ sont également disponibles. Des statistiques étaient déjà réalisées depuis plus longtemps (à partir de 1994). Cependant, dans les données statistiques des premières années, il arrive souvent qu'aucun code personnel ou date de naissance des patients n'ait été recueilli, de sorte que ces patients ne pouvaient pas être clairement identifiés lorsqu'ils changeaient d'établissement pour un traitement. En d'autres termes, les données relatives aux traitements de longue durée ne sont pas exactes à 100 %. Le calcul des durées de traitement doit donc être traité avec prudence.

À l'avenir, des efforts supplémentaires seront entrepris pour reconstruire les données antérieures à 2013 de manière encore plus précise que dans le présent rapport et pour les intégrer dans la base de données actuelle.

2 Vue d'ensemble du nombre de patients

Au moment de la rédaction du présent rapport (août 2020), la base de données du monitoring contenait les admissions et départs pour 2019 de l'ensemble des 22 institutions. Pour l'année 2019, ces institutions ont enregistré 173 admissions (2018 : 163) et 137 départs (2018 : 135) (tableau 1). Les 12 transferts d'une autre institution HeGeBe ou les 19 transferts vers une autre institution HeGeBe ne sont pas comptés comme des admissions ou des départs, car il n'y a pas eu au moins 30 jours entre les deux traitements (voir encadré 2).

Encadré 2. Traitement, réadmission, transfert et épisode de prise en charge : définitions

- *Le transfert vers une autre institution* désigne le changement d'institution sans une interruption de traitement supérieure à 30 jours.
- On entend par *réadmission* la reprise du traitement après une interruption d'au moins 30 jours.
- Un *traitement* consiste à prendre en charge un patient sans interruption supérieure à 30 jours. Le patient peut changer d'institution sans toutefois interrompre le traitement. En d'autres termes, les patients ayant suivi plusieurs traitements HeGeBe successifs ne sont comptabilisés plusieurs fois que si l'interruption a duré au moins 30 jours.
- Par *épisode de prise en charge*, on entend un cas allant de l'admission jusqu'au départ, que le traitement ait été poursuivi dans une autre institution ou non.

La majeure partie des admissions (cf. tableau 1) concerne des patients admis pour la première fois (n=135, y compris 18 personnes ayant déjà arrêté le traitement). Quasiment tous les patients admis en 2019 sont encore en traitement, à l'exception de 18 nouveaux arrivants en 2019 qui ont cessé le traitement la même année ou qui ont suivi plusieurs traitements successifs et qui les ont interrompus (n=6). Les patients transférés de ou vers une autre institution HeGeBe et qui sont encore en traitement représentent la catégorie la plus jeune avec une moyenne de 34-35 ans. À noter que la personne la plus jeune a 19 ans et la plus âgée 55 ans. Parmi les patients admis pour la première fois et qui sont encore en traitement, la proportion d'hommes, de 78 %, est proche de celle des années précédentes (Hiltbrand et al., 2018 ; Gmel et al., 2019). 22 % des personnes sont des réadmissions (n=28+6+4).

Tableau 1 : Admissions et départs en 2019

Admission ou départ 2019	Traitement	Épisode de prise en charge	Admission en 2019	Admission antérieure	Âge moyen	< 40 ans	40 - 60 ans	> 60 ans	Hommes
Départ	Traitement terminé	Un seul traitement	18	82	44.3	36%	56%	8%	81%
	Traitement terminé	Traitements successifs	6	31	44.5	30%	68%	3%	92%
		Traitements successifs							
		Transfert vers une autre institution							
	Traitement en cours	Transfert vers une autre institution	4	15	34.3	79%	21%	0%	68%
Admission	Traitement en cours	Première admission	117		40.9	50%	48%	3%	78%
	Traitement en cours	Réadmission	28		40.8	50%	50%	0%	68%
		Transfert depuis une autre institution							
	Traitement en cours	Transfert depuis une autre institution	12		34.6	75%	25%	0%	58%

Se situant légèrement au-dessus de 44 ans, l'âge moyen le plus élevé s'observe chez les patients qui sortent du programme en ayant suivi un seul traitement (n=100, dont 18 personnes admises en 2019 et

82 personnes avant 2019) ou plusieurs traitements (n=37, dont 6 personnes admises en 2019 et 31 personnes avant 2019). La personne la plus âgée avait tout juste 68 ans. La proportion d'hommes, de respectivement 81 % pour le premier groupe et 92 % pour le deuxième, est nettement plus élevée que parmi les nouveaux arrivants et surtout les patients réadmis (68 % d'hommes) ou parmi les personnes transférées à partir d'autres institutions (58 %).

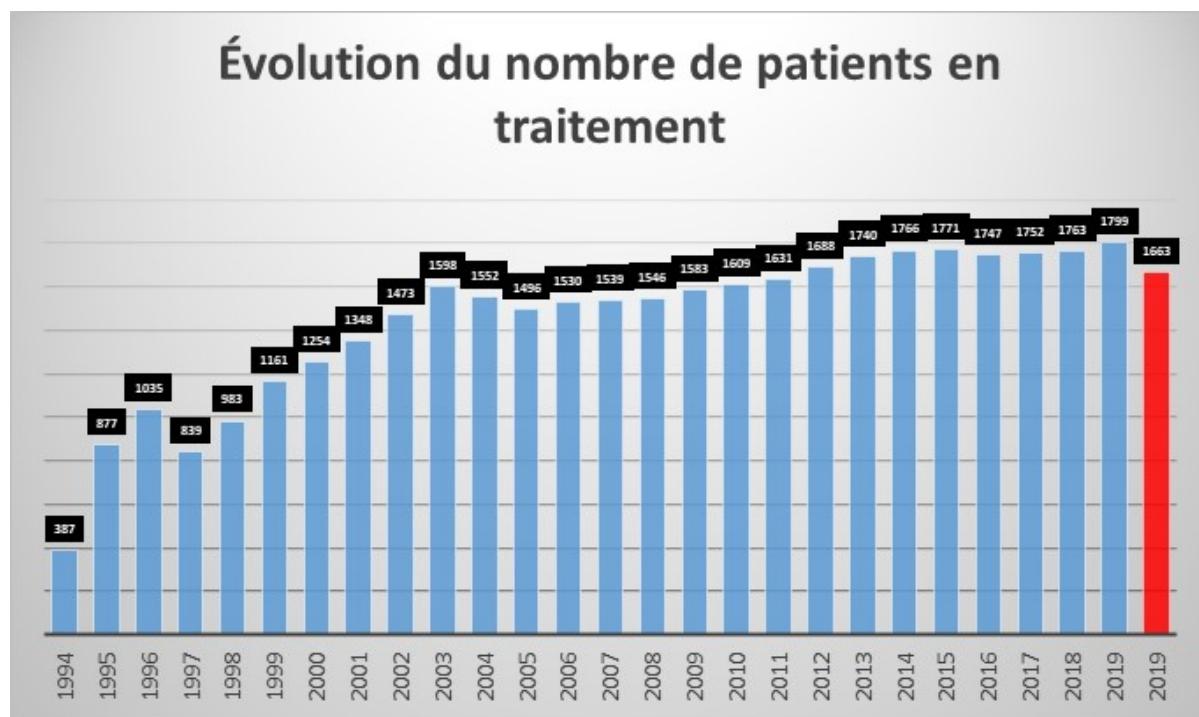
L'essentiel en bref : La ventilation par sexe montre que les hommes interrompent plus souvent leur traitement que les femmes. S'agissant des premières admissions, la proportion des femmes est tout juste d'un quart. Les personnes ayant suivi des traitements multiples, et ayant donc interrompu leur traitement pendant au moins 30 jours, la part de femmes est nettement plus faible.

3 Évolution du nombre de patients

Pour les raisons mentionnées ci-dessus (voir encadré 1), nous ne sommes actuellement pas en mesure de fournir des informations fiables à 100 % sur l'ensemble de la population de patients. Mais en combinant les données antérieures de l'ISGF avec la base de données en ligne, nous avons une bien meilleure vue d'ensemble que l'année dernière.

Nous considérons actuellement que 1663 patients étaient encore sous traitement en 2019 (voir illustration 2). Ce sont 100 patients de moins qu'en 2018, mais cela ne représente pas vraiment une baisse dans la mesure où il y a eu plus d'admissions que de départs en 2019. Le nombre de patients devrait donc plutôt avoir augmenté. Si nous actualisons pour 2019 le nombre de patients encore en traitement tel que calculé dans les rapports précédents, celui-ci serait de 1799, avec 36 admissions de plus que les départs. À titre de comparaison, on peut utiliser les autorisations enregistrées dans la base de données de l'OFSP. Les autorisations sont toujours accordées pour 2 ans et doivent ensuite être renouvelées. En septembre 2020, il y avait 1624 autorisations. Comme nous ne prenons en compte que l'année 2019, ces chiffres ne correspondent pas parfaitement. La raison de cette divergence est que la base de données *act-info* a toujours contenu un grand nombre d'entrées à double, qui ont maintenant été partiellement éliminées suite à la consolidation des sources de données. Il y a aussi d'autres raisons pour lesquelles les chiffres ne correspondent pas nécessairement. C'est le cas, par exemple, lorsque des départs sont signalés à la banque de données *act-info*, mais que les institutions ne les signalent pas à l'OFSP dans l'espoir que les patients reviendront, par exemple pour ne pas avoir à demander une nouvelle autorisation. Les chiffres actuels correspondent donc plutôt au nombre d'autorisations accordées par l'OFSP. En substance, le nombre de patients reste stable depuis des années ; à notre avis, il a été seulement surestimé au cours des années précédentes. La différence qui persiste entre la base de données *act-info* et celle de l'OFSP est très probablement due à d'autres doublons qui n'ont pas pu être complètement éliminés, du fait, en particulier, que les admissions antérieures à 2005 environ ne comportaient souvent pas de date de naissance ou de code patient. Le suivi des patients – des patients de longue durée à tout le moins – en a pâti, ainsi que l'enregistrement précis des départs et des transferts vers d'autres institutions du programme HeGeBe. En outre, les patients qui étaient entrés et sortis la même année étaient comptés comme deux cas. Le nouveau calcul est basé sur les patients qui, selon les chiffres dont nous disposons, étaient encore sous traitement à la fin de l'année (au 31 décembre 2019).

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994

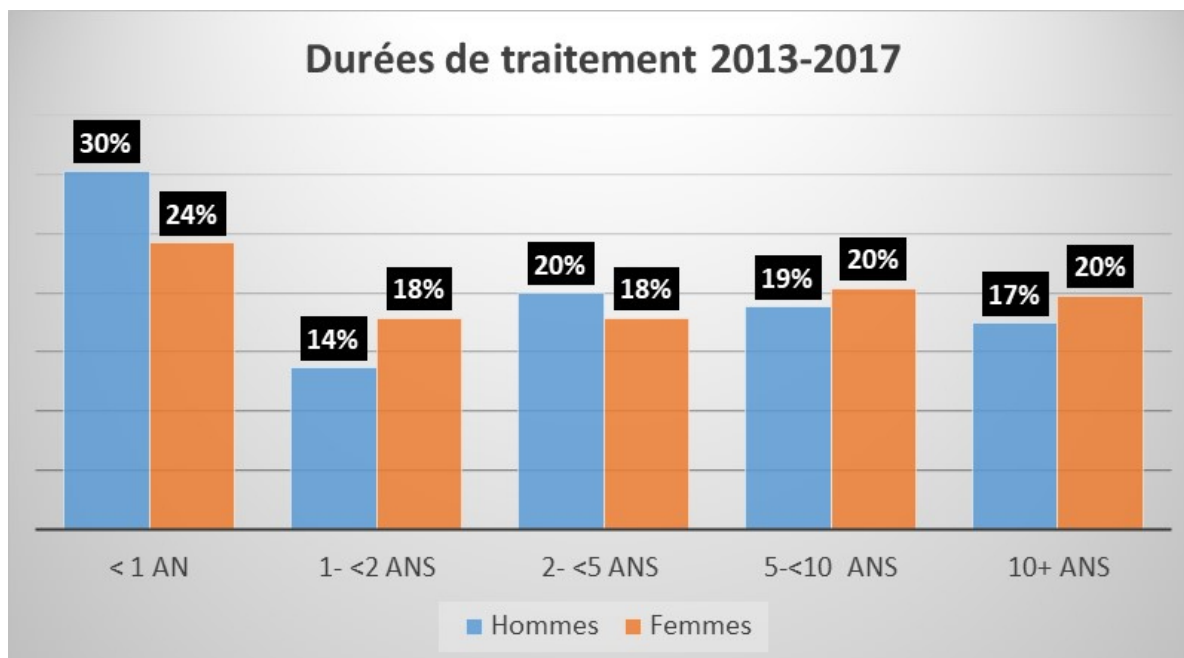


Remarque : En rouge le nouveau calcul pour 2019, en bleu la continuation du calcul précédent incluant les nouvelles admissions et départs en 2019.

Pour en savoir plus sur la répartition des patients par tranche d'âge, il convient de se référer au rapport 2017 Hiltbrand et al. (2018). On observe clairement un vieillissement de la population. En 1994, 78,0 % des patients avaient moins de 35 ans, contre moins de 15 % en 2017. Tandis qu'en 1994, presque aucun patient n'avait plus de 55 ans, on en recensait environ 15 % en 2017. Pour les patients dont nous disposons de la date de naissance (460 valeurs manquantes), seuls 11 % des personnes de moins de 35 ans étaient encore en traitement en 2019.

L'illustration 3 montre les durées de traitement des hommes et des femmes qui sont sortis du programme HeGeBe entre 2013 et 2017.

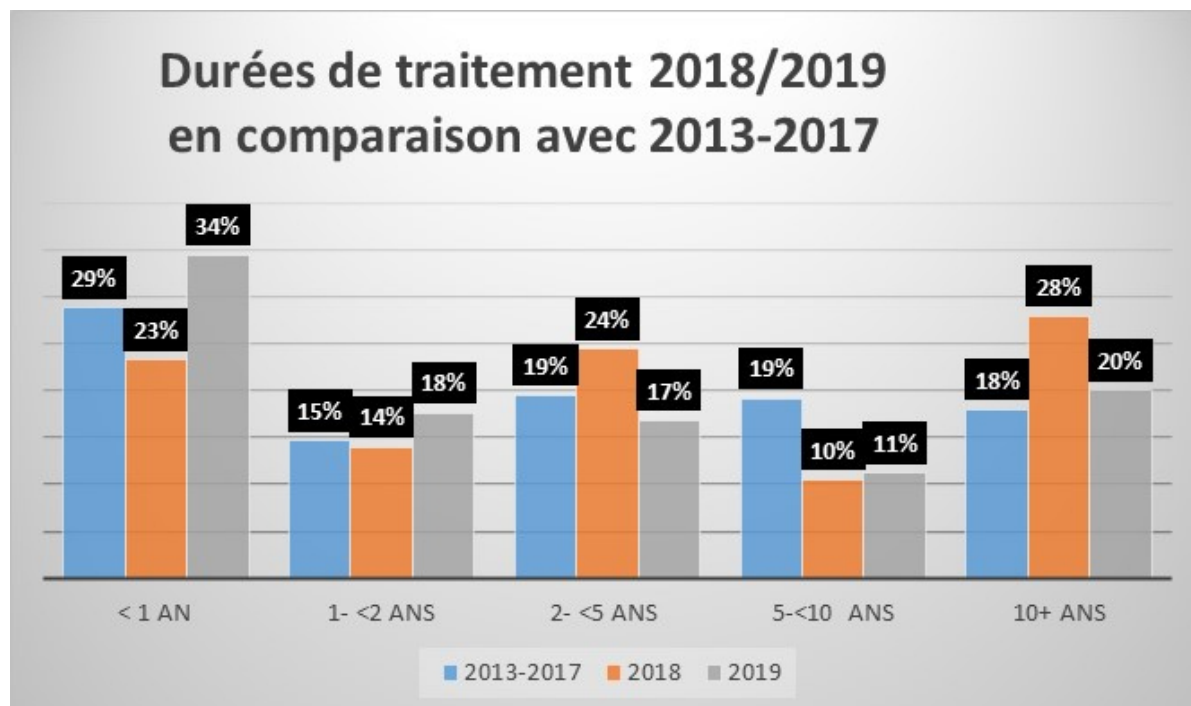
Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2017



En règle générale, les femmes restent plus longtemps sous traitement et cessent plus rarement le traitement la première année que les hommes. On ne peut que spéculer sur les raisons de cette disparité. Il est possible que la pression psychologique exercée sur les femmes « dans la rue » soit plus grande, si bien qu'elles acceptent mieux le traitement, quand bien même, au début, il ne serait pas pleinement satisfaisant.

L'illustration 4 compare la durée de traitement en 2018 et 2019 avec celle enregistrée entre 2013 et 2017. On constate que la durée de traitement peut varier d'une année à l'autre, en partie à cause du faible nombre de cas enregistrés. On note en particulier que les traitements à court terme, c'est-à-dire d'une durée inférieure à un an, se sont faits plus rares en 2018 qu'ils ne l'étaient en moyenne dans les années 2013 à 2017 ; en 2019, au contraire, ils étaient nettement plus fréquents. Dans le présent rapport, nous prenons en compte des traitements et non des épisodes. On parle d'un seul traitement soit lorsqu'il n'y a eu qu'une seule prise en charge, soit lorsque le traitement a été interrompu pendant au moins un mois (30 jours) – même s'il y a eu reprise de traitement après. Il n'est pas rare que les patients reprennent leur traitement plus de 5 ou 6 ans après son interruption. À l'inverse, un seul traitement peut se poursuivre sans interruption même si les patients changent d'institution. Malheureusement, nous ne disposons pas toujours de la date d'admission dans les données recueillies pendant les toutes premières années (pour les traitements débutés avant 2005 environ), en particulier pour les femmes. Il y a aussi généralement moins de femmes en traitement, ce qui explique la variabilité des répartitions par sexe sur des périodes d'un an. C'est pourquoi la ventilation par sexe dans l'illustration 3 n'a été calculée que sur des statistiques agrégées. La durée de traitement sera encore sous-estimée pour 2018 et 2019, car dans certains cas il est difficile de reconstituer la durée de traitement des patients ayant été admis avant 2005. En 2019, les données sur lesquelles on peut s'appuyer indiquent une durée moyenne de traitement de 5,4 ans. À quelques exceptions près, la durée moyenne du traitement est très stable au fil des ans et se situe entre 5 et 6 ans.

Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre 2018 / 2019 et les années 2013 à 2017



L'essentiel en bref : Le nombre de patients en traitement reste stable depuis des années. Les traitements sont plus souvent interrompus (provisoirement ou définitivement) chez les hommes que les femmes. On observe donc une meilleure adhésion des femmes au traitement. Il apparaît clairement que les patients en traitement deviennent, en moyenne, de plus en plus vieux. Dans les rapports précédents, la durée de traitement a probablement été sous-estimée et s'élève plutôt à 5 à 6 ans en moyenne. D'autre part, on considère qu'il s'agit d'un (nouveau) traitement lorsqu'il y a eu une interruption. Certains patients sont donc familiers du traitement depuis longtemps, mais ils l'ont interrompu (définitivement ou provisoirement) – sans qu'on puisse clairement en identifier les raisons.

4 Antécédents médicaux des patients admis en 2019

S'agissant des admissions, seuls les nouveaux arrivants et les patients réadmis sont recensés. Les transferts ne sont donc pas pris en considération en raison d'un déficit d'informations. On dénombre 173 patients admis (=185-12, cf. tableau 1) ; à noter que, dans trois autres cas, les données ne permettent pas de savoir s'il s'agit effectivement de réadmissions (p. ex., date de cessation du traitement antérieur inconnue). Nous nous basons donc sur 170 patients, dont 35 sont, à notre connaissance, des réadmissions et 135 des premières admissions.

Au moment de leur admission, surtout lorsqu'il s'agit de la première fois (51,6 %), la plupart des patients se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (tableau 2). Dans un peu plus de 10 % des cas, (premières admissions : 13,3 % ; réadmissions : 9,1 %), différents types d'administration sont prévus, en général la voie orale et la voie intraveineuse. Cela pourrait signifier que, dans le cas de réadmissions, une forme d'administration privilégiée durant les traitements antérieurs s'est établie. Toutefois, le nombre de patients réadmis est trop faible pour permettre d'en tirer des conclusions définitives.

Tableau 2 : Voies d'administration prévues au début du traitement, 2019

Administration prévue	Réadmissions 2019		Premières admissions 2019	
	n	%	n	%
Voie intraveineuse	16	48,5 %	38	29,7 %
Voie orale	14	42,4 %	66	51,6 %
Voie intramusculaire	0	0,0 %	7	5,5 %
Voies multiples	3	9,1 %	17	13,3 %
Total	33	100,0 %	128	100,0 %

Remarque : 9 valeurs manquantes, dont 6 parmi les premières admissions

Sans surprise, presque tous les patients étaient déjà traités pour des problèmes de dépendance, avant de suivre le traitement actuel avec prescription de diacétylmorphine (tableau 3). Pour 74,7 % d'entre eux, les drogues (généralement l'héroïne) sont la seule substance à l'origine de traitements antérieurs, le corollaire étant qu'un quart (25,3 %) ont déjà suivi un traitement pour des problèmes liés à plusieurs substances.

Tableau 3 : Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2019.

Cause du traitement	Réadmissions 2019		Premières admissions 2019		Premières admissions 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	7	20,6 %	16	12,0 %	20	15,9 %
Drogues	34	100,0 %	131	98,5 %	122	96,8 %
Médicaments	3	8,8 %	23	17,3 %	12	9,5 %
Tabac	0	0,0 %	2	1,5 %	3	2,4 %
Comportement adictif	0	0,0 %	2	1,5 %	7	5,6 %

Remarque : 3 valeurs manquantes, dont 2 pour des premières admissions ; ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2019) ; les pourcentages se basent sur un total de 34 réadmissions en 2019, 133 premières admissions en 2019 et 126 premières admissions en 2018

Comme pour les années précédentes, les traitements de substitution sont les plus fréquemment cités (tableau 4). Pour 35,4 % des patients, un seul type de traitement est indiqué. Près des deux tiers ont donc déjà bénéficié de diverses thérapies (mais sans succès). Il est à noter que les sevrages sont suivis par un professionnel.

Il est étonnant que la prescription de diacétylmorphine ne soit pas mentionnée pour la totalité des patients réadmis. Cela s'explique sans doute par le fait que la prescription de diacétylmorphine est tellement évidente en cas de réadmission qu'elle n'est pas citée de manière explicite dans le cadre de l'enquête. Cinq cas sont concernés. Plus surprenant en revanche, parmi les nouveaux arrivants, 9 ont suivi un traitement antérieur avec prescription de diacétylmorphine. Malheureusement, les précédents rapports ne mentionnent aucune indication à cet égard, si bien qu'il est impossible de savoir si cette situation est spécifique à 2019. On peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit de patients réadmis, mais qui avaient suivi un traitement très tôt (c'est-à-dire principalement avant 2005) et qui donc n'ont pas pu être identifiés dans la banque de données comme étant des réadmissions (en raison de l'absence de code patient et de date de naissance).

Tableau 4 : Traitements déjà suivis avec prescription d'opioïdes pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2019

Prescription d'opioïdes	Réadmissions 2019		Premières admissions 2019		Premières admissions 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Traitement de substitution	15	93,8 %	95	88,8 %	68	85,0 %
Prescription de diacétylmorphine	13	81,3 %	18	16,8 %	n.d.	n.d.
Thérapie résidentielle	8	50,0 %	50	46,7 %	44	55,0 %
Sevrage suivi par un professionnel	9	56,3 %	57	53,3 %	42	52,5 %
Autre	1	6,3 %	7	6,5 %	6	7,5 %

Remarque : 27 valeurs manquantes, dont 15 pour les premières admissions ; ¹ cf. vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

Comme pour les années précédentes, l'orientation des patients vers un centre de traitement avec prescription de diacétylmorphine résulte le plus souvent d'une initiative personnelle ou de conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances, sans le concours d'une institution professionnelle (tableau 5). C'est particulièrement le cas pour les réadmissions.

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2019

Orientation des patients vers un centre de traitement avec prescription de diacétylmorphine	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Condamnation/mesure/autorité judiciaire/police	0	0,0 %	4	3,5 %	0	0,0 %
Cabinet médical	2	13,3 %	11	9,6 %	3	3,8 %
Autre établissement spécialisé	1	6,7 %	27	23,5 %	26	33,3 %

Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	1	6,7 %	8	7,0 %	6	7,7 %
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	10	66,7 %	61	53,0 %	40	51,3 %
Autres	1	6,7 %	4	3,5 %	3	3,8 %
Total	15	100 %	115	100 %	78	100,0 %

Remarque : 22 valeurs manquantes, dont 18 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

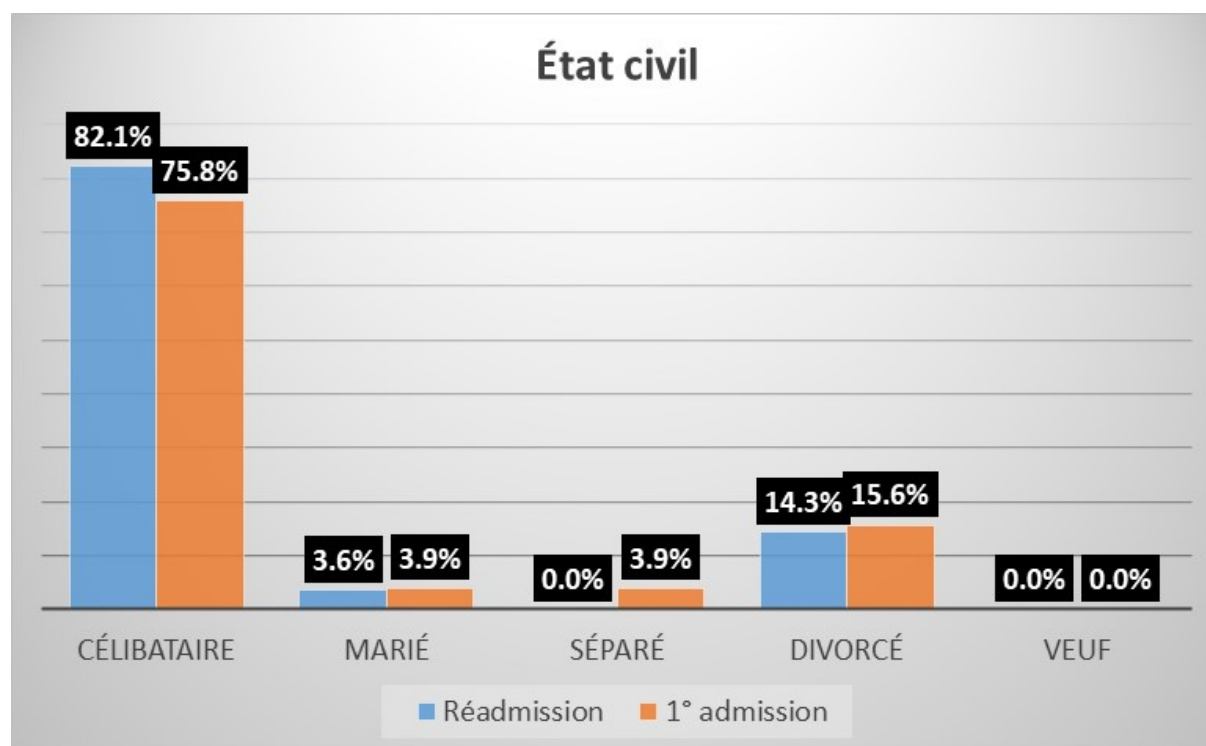
L'essentiel en bref : En ce qui concerne les antécédents médicaux des patients, on n'observe pratiquement aucune évolution par rapport aux années précédentes. La majeure partie des patients a déjà été traitée pour des problèmes de dépendance. Néanmoins, plus d'une personne sur cinq avait déjà suivi un traitement en raison d'autres comportements addictifs. Les traitements antérieurs consistaient essentiellement en traitements de substitution. Toutefois, plus de deux tiers des patients avaient déjà suivi une thérapie en milieu résidentiel ou des sevrages. La majorité des patients se rendent dans un centre HeGeBe de leur propre initiative ou sur les conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances.

5 Données sociodémographiques

Parmi les 135 nouveaux patients admis en 2019, 113 (83,7 %) possédaient la nationalité suisse. Cette proportion est similaire à celle observée les années précédentes. Parmi les patients réadmis, le pourcentage est de 77,1 %. 4 patients admis avaient une double nationalité et 24 (14,1 %) étaient d'une autre nationalité, notamment turque (3 personnes) et italienne (9).

Alors que l'année passée la proportion de célibataires était plus élevée chez les nouveaux arrivants que chez les patients réadmis, ces derniers étant plus souvent séparés ou divorcés, il n'y a guère de différences en 2019 (illustration 5). Un patient admis pour la première fois vivait en partenariat enregistré. Les différences parmi les patients réadmis entre les différentes années doivent être traitées avec prudence, car les chiffres relatifs aux réadmissions ne sont basés que sur quelques cas.

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2019

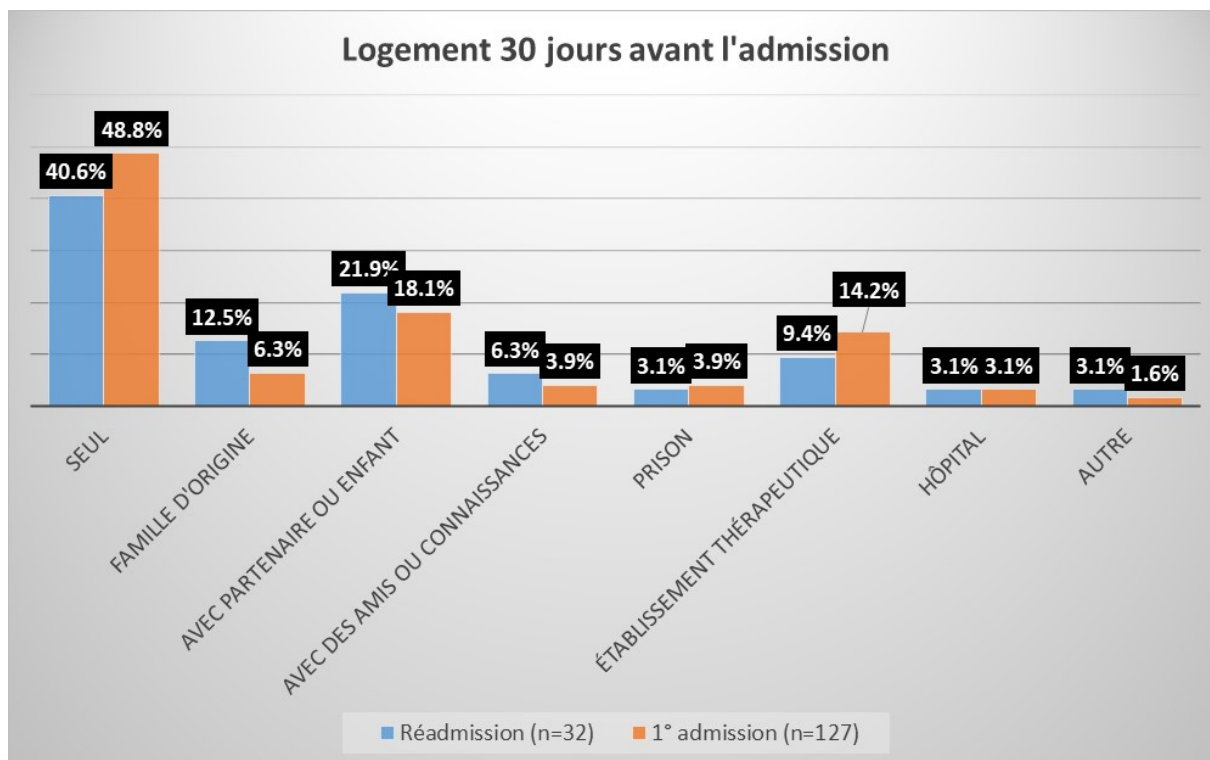


Remarque : 14 valeurs manquantes dont 7 parmi les premières admissions

Alors qu'en 2018, les personnes admises pour la première fois (cf. Gmel, Labhart & Maffli, 2019) étaient plus nombreuses que les patients réadmis à vivre dans leur famille d'origine ou avec un partenaire ou leur(s) enfant(s), ce n'est plus le cas en 2019 (illustration 6). Peu d'autres variations méritent d'être mentionnées, ce qui est probablement dû au petit nombre de cas de réadmission ; cela rend possible des fluctuations assez importantes d'une année à l'autre. Il y a également peu de différences entre les sexes. Les hommes étaient un peu plus nombreux que les femmes à avoir passé les 30 derniers jours dans un établissement thérapeutique (hommes : 16,3 %, femmes : 6,9 %), alors que les femmes étaient un peu plus nombreuses à avoir vécu avec leur partenaire pendant ce laps de temps (hommes : 16,3 %, femmes : 24,1 %). Il n'y a pas non plus de différences entre les réadmissions et les premières admissions en ce qui concerne la vie avec les enfants. Deux tiers n'ont pas d'enfants (66,6 %), un peu plus

d'un quart en ont mais ne vivent plus avec eux (28,9 %), et 4,4 % vivent encore avec au moins un enfant. Les chiffres sont stables par rapport à l'année précédente.

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2019



Remarque : 11 valeurs manquantes, dont 8 pour les premières admissions

Comme le montre le tableau 6, 84,7 % des patients admis pour la première fois ont une situation de logement relativement stable (domicile fixe ou établissement thérapeutique). Le pourcentage était de 81,0 % l'année précédente. Chez les patients réadmis, la situation est moins favorable pour 71,9 % d'entre eux (64,7 % l'année précédente), probablement en raison d'une plus longue consommation de substances illicites.

Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2019

Situation de logement	Réadmissions 2019		Premières admissions 2019		Premières admissions 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Domicile fixe	9	52.9 %	82	67.8 %	57	71.3 %
Situation instable	5	29.4 %	17	14.0 %	11	13.6 %
Prison	1	5.9 %	6	5.0 %	2	2.5 %
Établissement thérapeutique	2	11.8 %	16	13.2 %	10	12.5 %

Remarque : 8 valeurs manquantes, dont 5 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

L'essentiel en bref : Si les différences entre les nouveaux arrivants et les patients réadmis sont moindres en 2019 qu'en 2018 en termes de conditions de vie, la distinction entre les deux catégories de patients demeure importante. Les patients réadmis restent plus nombreux à vivre dans des conditions instables que les personnes admises pour la première fois.

Il est indispensable de développer la base de données *act-info* relative au programme HeGeBe et, à l'avenir, de réaliser également des analyses sur plusieurs années, afin de disposer d'un plus grand nombre de cas en vue d'une analyse des réadmissions. Les données récoltées lors des réadmissions (y c. transferts depuis d'autres institutions) constituent souvent l'unique source permettant d'observer l'évolution du nombre de patients eu égard à leurs conditions de vie. En effet, lors des départs, les patients ne sont souvent pas présents, d'où des lacunes concernant les données relatives aux personnes sorties du HeGeBe.

Trois quarts des patients admis pour la première fois vivaient de l'aide sociale (50,4 %) ou touchaient une rente (26,4 %). Un peu plus de 10 % avaient un revenu professionnel ou vivaient de leurs économies (tableau 7). Il n'y a pas de différence notable avec l'année précédente.

Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? 2019

Moyens de subsistance	Réadmissions 2019		Premières admissions 2019		Premières admissions 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Revenu d'une activité lucrative	2	11,8 %	17	13,8 %	11	13,8 %
Économies, épargne	0	0,0 %	2	1,6 %	0	0,0 %
Rente (AVS/AI)	3	17,6 %	36	29,3 %	19	23,8 %
Aide sociale/assistance	10	58,8 %	56	45,5 %	43	53,8 %
Assurance-chômage	0	0,0 %	2	1,6 %	2	2,5 %
Soutien du partenaire	0	0,0 %	3	2,4 %	1	1,3 %
Soutien des parents, de proches ou d'amis	0	0,0 %	3	2,4 %	1	1,3 %
Trafic	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Autres revenus illégaux	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe tarifé	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Assurance d'indemnités journalières	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,3 %
Autre	2	11,8 %	2	1,6 %	2	2,5 %
Total	17	100,0 %	123	100,0 %	80	100,0 %

Remarque : 9 valeurs manquantes, dont 6 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

En 2019, 19,7 % des nouveaux patients exerçaient une activité professionnelle (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels), contre 24,0 % l'année précédente. Ainsi, la majorité était au chômage (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 45,7 %, et 48,8 % l'année précédente) ou sans activité professionnelle (bénéficiaire de rentes, incapacité de travail, femme/homme au foyer ; 28,3 % ; en 2018 : 24,0 % ; cf. tableau 8).

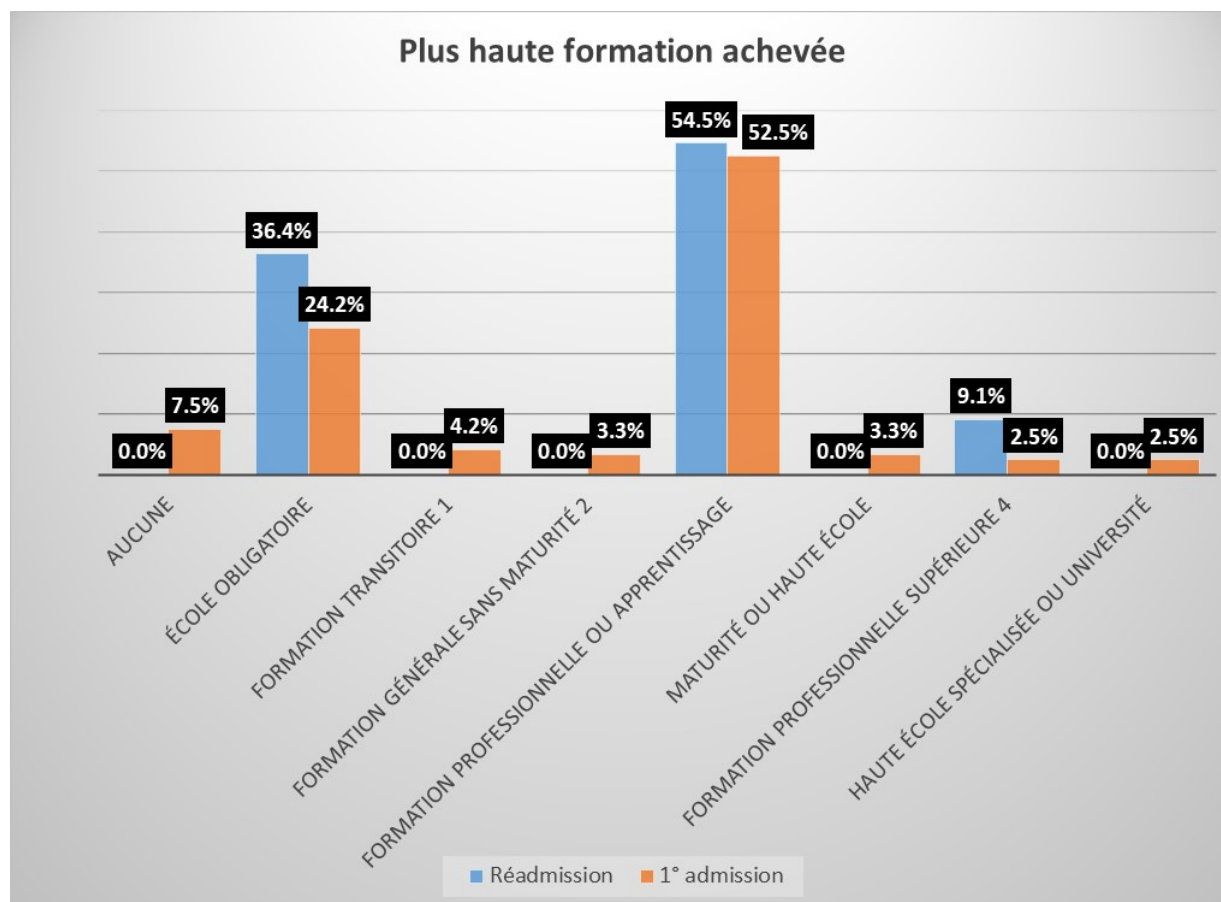
Tableau 8 : Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? 2019

Situation professionnelle	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Travail à temps complet (70 % ou plus)	3	17,6 %	17	13,6 %	7	8,8 %
Travail à temps partiel	1	5,9 %	7	5,6 %	1	1,3 %
Emplois occasionnels	0	0,0 %	6	4,8 %	2	2,5 %
En formation	0	0,0 %	2	1,6 %	0	0,0 %
Au chômage, en recherche active d'emploi	0	0,0 %	16	12,8 %	12	15,0 %
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	6	35,3 %	45	36,0 %	32	40,0 %
Bénéficiaire d'une rente (retraite, AVS, réserves financières)	0	0,0 %	8	6,4 %	2	2,5 %
Incapacité de travail (AI, indemnités journalières)	4	23,5 %	21	16,8 %	19	23,8 %
Femme/homme au foyer	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,3 %
Autre	3	17,6 %	2	1,6 %	4	5,0 %
Total	17	100 %	125	100 %	80	100,0 %

Remarque : 11 valeurs manquantes, dont 8 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

Il est intéressant de noter que 60,8 % (60,5 % en 2018) des patients admis pour la première fois ont suivi une formation professionnelle initiale ou une formation supérieure (illustration 7). Contrairement à 2018, les femmes ne sont pas davantage représentées dans les niveaux de formation élevés (maturité ou haute école pédagogique, formation professionnelle supérieure, haute école spécialisée ou université). C'est le contraire en 2019 : 50 % des femmes n'ont pas de formation ou n'ont terminé que l'école obligatoire (contre 26,4 % des hommes). Cet aspect n'ayant été pris en considération que depuis le précédent rapport, nous ne disposons pas de base de comparaison sur le long terme pour déterminer s'il s'agit de fluctuations aléatoires, ce qui est fort possible compte tenu du faible nombre de femmes. Dans l'ensemble, les nouveaux arrivants sont près d'un tiers (31,7 %) à n'avoir aucune formation ou à avoir seulement terminé l'école obligatoire (en 2018 : 34,5 %).

Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2019



Remarque : 28 valeurs manquantes, dont 15 pour les premières admissions

- 1 : formation de 1 an :** préapprentissage, année d'école supplémentaire, école d'orientation professionnelle, année d'enseignement ménager, séjour linguistique avec diplôme, année d'engagement social, formation transitoire ou équivalente
- 2 : formation de 2 ou 3 ans :** école de degré diplôme, école de culture générale ECG, école d'administration et des transports ou formation équivalente
- 3 : formation de 2 à 4 ans :** apprentissage, formation professionnelle initiale avec certificat fédéral de capacité ou attestation fédérale de formation professionnelle, formation élémentaire, école professionnelle à plein temps, école de commerce, école de métiers ou formation équivalente
- 4 :** brevet fédéral, examen professionnel supérieur avec diplôme fédéral ou maîtrise, école supérieure (ES) technique, école supérieure d'économie, école d'ingénieur ETS, école supérieure ESCEA, école supérieure d'arts appliqués ESAA, HES ou formation équivalente

L'essentiel en bref : La majorité des patients a suivi au moins une formation d'une durée allant de 2 à 4 ans et presque un cinquième (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels) dispose encore d'un revenu (irrégulier) d'une activité lucrative. Toutefois, dans la majeure partie des cas, les patients dépendent d'une rente ou de l'aide sociale.

6 Consommation de substances

Encadré 3. Incertitudes dans les données sur la consommation de substances

Les valeurs manquantes ont un impact considérable sur les données relatives à la consommation de substances. À cet égard, il existe deux types de valeurs manquantes : a) il est indiqué de manière explicite que l'information n'est pas disponible (inconnue), on est conscient que l'information fait défaut, et b) pas de réponse, donc valeurs manquantes, mais on ne sait pas si l'information est inconnue ou si elle a été oubliée. Le formulaire à remplir sur la consommation de substances est très complexe. Dans un premier temps, il faut indiquer si la personne a consommé ou non la substance au cours de sa vie. Si la réponse est « oui », un autre masque de saisie s'ouvre où il faut indiquer la consommation au cours des 30 derniers jours, l'âge d'entrée en consommation, les modes de consommation, etc. Le masque ne s'ouvre pas si la réponse cochée est « non » ou si la personne n'a coché ni « oui » ni « non » (donc pas de réponse). Le problème qui se pose alors est que, en cas de non-consommation d'une substance, certaines personnes responsables de la saisie des données omettent la question relative à cette substance et n'indiquent pas « non » de manière explicite. Il existe deux scénarios lors du calcul statistique :

- a) Scénario 1 : seules les valeurs valides avec la réponse « oui » ou « non » sont prises en considération.
- b) Scénario 2 : en l'absence de réponse (aucune mention explicite selon laquelle l'information n'est pas disponible), on considère qu'il n'y a pas de consommation de la substance en question.

Du fait des nombreuses valeurs manquantes, toutes les admissions (y c. les réadmissions) ont été prises en compte, l'idée étant de pouvoir analyser un plus grand nombre de cas. Les tableaux 9 et 10 exposent les résultats concernant la consommation de substances au cours de la vie, l'âge d'entrée en consommation et le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours. S'agissant de la consommation tout au long de la vie, deux scénarios (cf. encadré 3) sont pris en considération. Les conclusions varient en fonction du scénario retenu. Par exemple, le LSD a-t-il été consommé par 79 % des patients au cours de leur vie (seules les valeurs valides avec la réponse « oui » ou « non » sont prises en considération) ou par seulement moins du tiers (27,5 %, en l'absence de réponse on considère qu'il n'y a pas eu de consommation) ? Est-ce que presque tous les patients fument (99,0 %) et consomment du cannabis (93,8 %) ou « seulement » environ la moitié (respectivement 58,9 % et 53,9 %) ?

Heureusement, le classement concernant la prévalence de consommation des substances est assez similaire dans les deux scénarios. L'illustration 8 montre la prévalence au cours de la vie selon le scénario 2. Il s'agit du scénario retenu dans les rapports précédents. Quel que soit le scénario, il apparaît clairement que les patients ont fréquemment consommé, outre l'héroïne, de la cocaïne, du tabac, de l'alcool, du cannabis et des benzodiazépines.

Parmi les patients ayant consommé la substance en question dans les 30 jours avant leur admission, on note un nombre important de jours de consommation durant cette période (15 jours ou plus, données prises en compte seulement pour plus de 10 consommateurs, les données concernant moins de 10 consommateurs n'ont pas été retenues) surtout en ce qui concerne l'usage illégal d'héroïne, les autres opioïdes, les benzodiazépines, le cannabis ou le tabac (tableau 10).

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2019, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation)

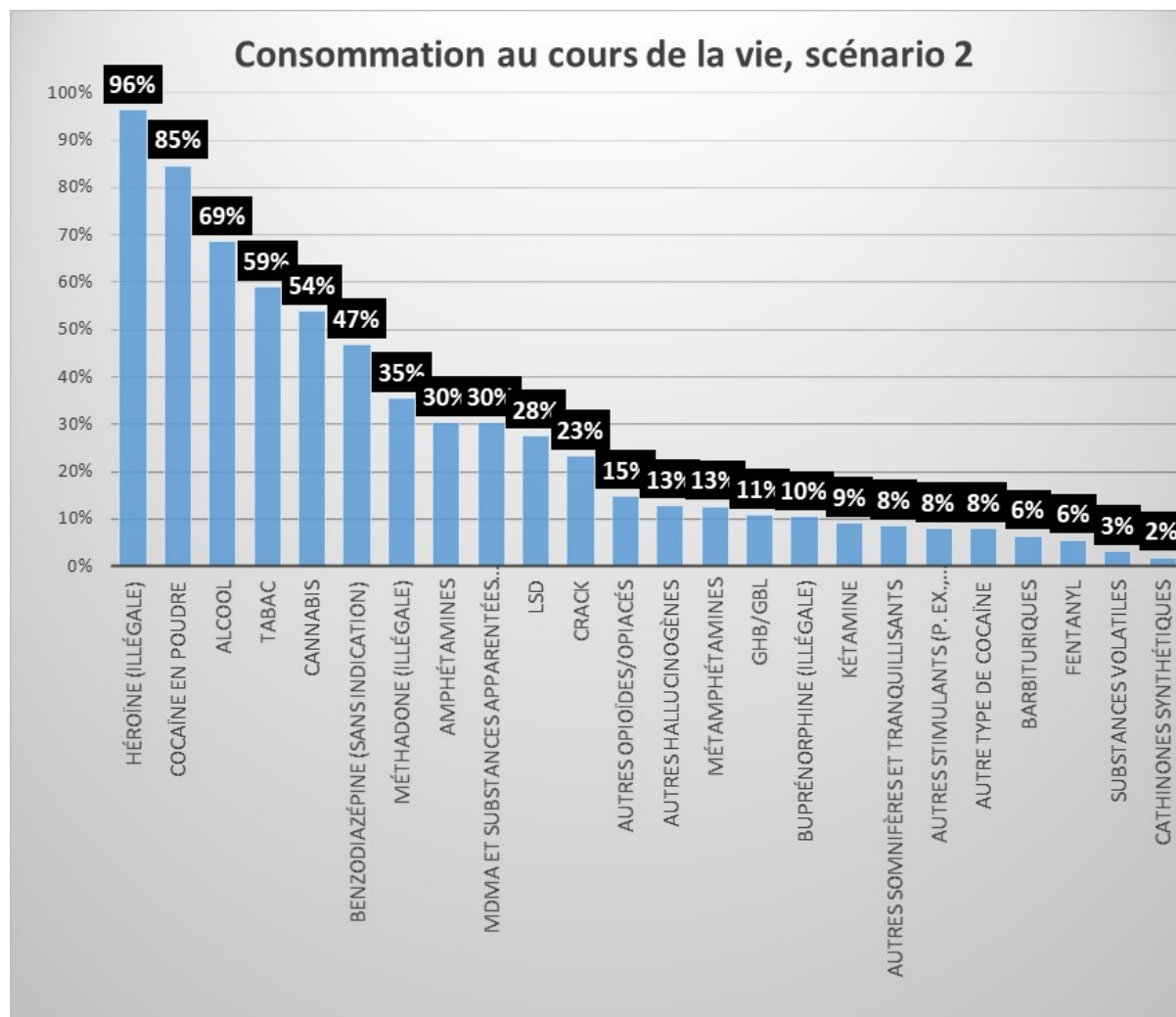


Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2019

Substance	Consommation tout au long de la vie				Âge d'entrée en consommation				
	Valeurs manquantes	Pas de réponse	Valeurs valides	Oui, consommation, scénario 1	Oui, consommation, scénario 2	Valeurs valides (parmi les oui)	Min.	Max.	Âge moyen d'entrée en consommation
Alcool	51	43	119	93.3 %	68.5 %	83 (111)	8	38	14.8
Héroïne (illégal)	14	6	156	100.0 %	96.3 %	121 (156)	7	37	19.9
Méthadone (illégal)	57	34	113	46.0 %	35.4 %	32 (52)	15	45	24.3
Buprénorphine (illégal)	81	55	89	16.9 %	10.4 %	13(15)	19	32	26.4
Fentanyl	86	61	84	9.5 %	5.5 %	5(8)	17	35	26.2
Autres opioïdes/opiacés	85	57	85	24.7 %	14.8 %	16(21)	16	44	25.6
Cocaïne en poudre	32	24	138	99.3 %	84.6 %	102(137)	13	55	20.6
Crack	74	50	96	35.4 %	23.3 %	27(34)	15	53	24.1
Autre type de cocaïne	96	65	74	14.9 %	7.9 %	8(11)	17	31	22.6
Amphétamines	105	103	65	78.5 %	30.4 %	38(51)	14	38	18.9
Métamphétamines	115	111	55	38.2 %	12.7 %	16(21)	14	53	24.3
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	107	102	63	79.4 %	30.3 %	38(50)	14	53	21.8
Cathinones synthétiques	130	121	40	7.5 %	1.9 %	2(3)	18	20	19.0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil non indiqué, khat)	128	121	42	31.0 %	8.0 %	8(13)	14	30	20.8
Barbituriques	117	104	53	18.9 %	6.4 %	5 (10)	20	26	22.6
Benzodiazépine (sans indication)	82	79	88	88.6 %	46.7 %	54(88)	11	50	24.2
GHB/GBL	111	99	59	28.8 %	10.8 %	12(17)	15	30	23.3
Autres somnifères et tranquillisants	119	102	51	25.5 %	8.5 %	5(13)	16	29	19.4
LSD	112	109	58	79.3 %	27.5 %	38(46)	14	30	19.6
Kétamine	128	123	42	35.7 %	9.1 %	10(15)	15	48	23.2
Autres hallucinogènes	131	125	39	53.8 %	12.8 %	14(21)	14	54	19.9

Substance	Consommation tout au long de la vie			Âge d'entrée en consommation			
	Valeurs manquantes	Pas de réponse valides	Oui, consommation, scénario 1	Valeurs valides (parmi les oui)	Min.	Max.	Âge moyen d'entrée en consommation
Substances volatiles	120	108	10.0 %	5(5)	12	34	18.8
Cannabis	74	71	93.8 %	70(90)	11	33	15.4
Tabac	70	68	99.0 %	75(99)	6	30	14.5

Remarque : scénario 1 : seules les réponses « oui » et « non » ont été prises en considération
 scénario 2 : en l'absence de réponse (sans la mention « inconnu »), on considère qu'il n'y a pas de consommation de la substance en question.

Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2019

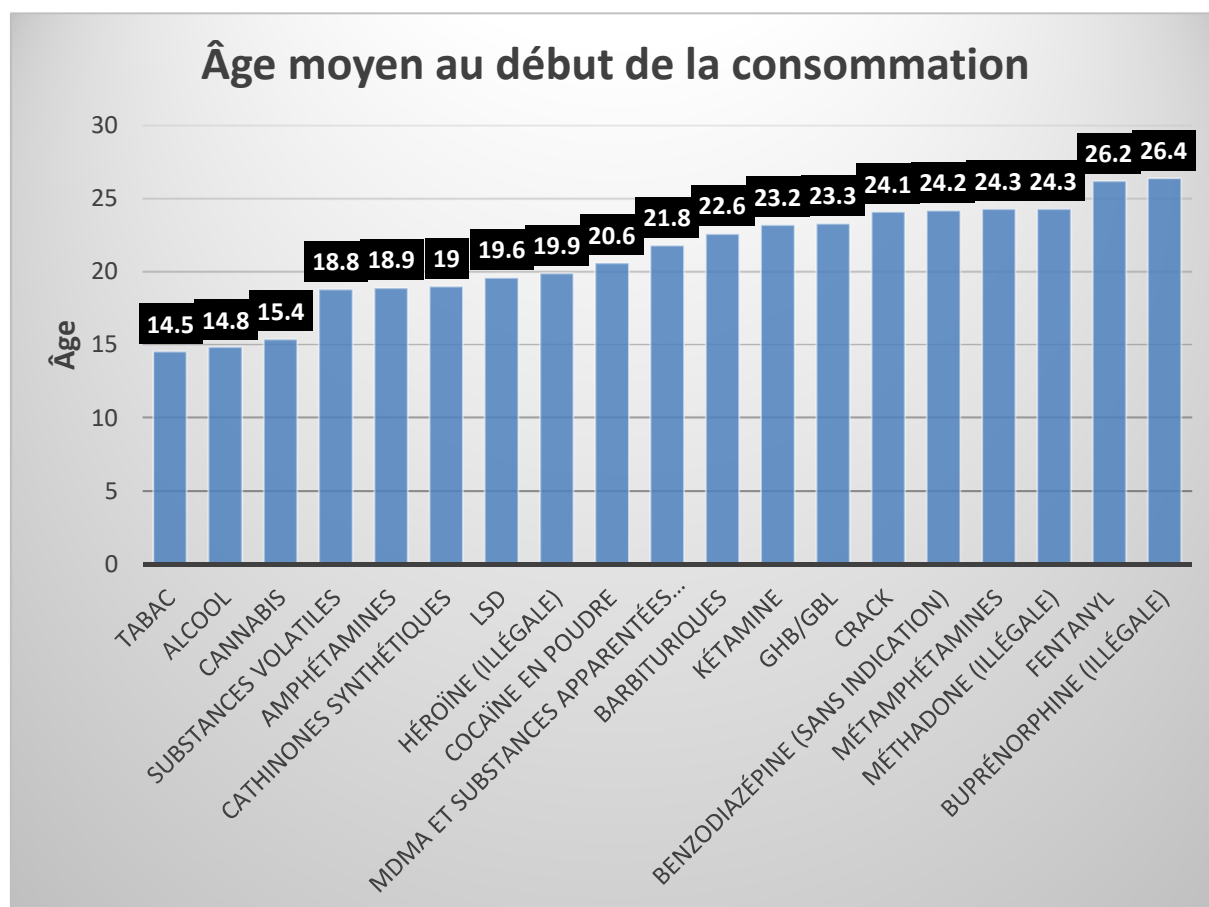
	Valeurs valides	Consommation durant les 30 derniers jours					Moyenne	n avec consommation 30 jours	Moyenne consommateurs
		Pas de consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours				
Alcool	73	27.4 %	31.5 %	16.4 %	24.7 %	10.4	53	14.3	
Héroïne (illégal)	108	13.0 %	19.4 %	10.2 %	57.4 %	18.6	94	21.3	
Méthadone (illégal)	19	52.6 %	15.8 %	5.3 %	26.3 %	8.9	9	18.8	
Buprénorphine (illégal)	6	66.7 %	16.7 %	0.0 %	16.7 %	5.8	2	17.7	
Fentanyl	2	50.0 %	50.0 %	0.0 %	0.0 %	0.5	1	1.0	
Autres opioïdes/opiacés	14	57.1 %	21.4 %	0.0 %	21.4 %	6.8	6	15.8	
Cocaïne en poudre	76	34.2 %	31.6 %	11.8 %	22.4 %	8.1	50	10.5	
Crack	19	68.4 %	21.1 %	0.0 %	10.5 %	3.4	26	10.6	
Autre type de cocaïne	7	28.6 %	28.6 %	14.3 %	28.6 %	11.3	5	13.8	
Amphétamines	23	91.3 %	8.7 %	0.0 %	0.0 %	0.3	2	3.5	
Métamphétamines	7	71.4 %	28.6 %	0.0 %	0.0 %	1.0	2	3.5	
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	27	81.5 %	14.8 %	3.7 %	0.0 %	1.0	5	5.7	
Cathinones synthétiques	2	100.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0	0	0.0	
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil non indiqué, khat)	7	28.6 %	28.6 %	14.3 %	28.6 %	11.6	5	13.6	
Barbituriques	3	66.7 %	33.3 %	0.0 %	0.0 %	0.3	1	1.0	

	Valeurs valides	Consommation durant les 30 derniers jours					Moyenne	n avec consommation 30 jours	Moyenne consommateurs
		Pas de consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours				
Benzodiazépine (sans indication)	50	30.0 %	26.0 %	10.0 %	34.0 %	12.2	35	17.4	
GHB/GBL	6	83.3 %	16.7 %	0.0 %	0.0 %	0.2	1	1.0	
Autres somnifères et tranquillisants	4	50.0 %	25.0 %	0.0 %	25.0 %	8.0	2	16.0	
LSD	25	96.0 %	4.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0	1	1.0	
Kétamine	6	83.3 %	16.7 %	0.0 %	0.0 %	0.7	1	4.0	
Autres hallucinogènes	11	100.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0	0	0.0	
Substances volatiles	5	60.0 %	0.0 %	0.0 %	40.0 %	12.0	2	30.0	
Cannabis	50	32.0 %	10.0 %	14.0 %	44.0 %	14.9	34	21.9	
Tabac	68	5.9 %	2.9 %	1.5 %	89.7 %	27.3	64	29.0	

L'illustration 9 indique l'âge moyen du début de la consommation pour diverses substances. Il est important de souligner que cet âge moyen n'a été calculé que pour les consommateurs de la substance tout au long de la vie qui ont répondu « oui » (ce qui ouvre le masque de saisie de données additionnelles). Ces substances ne sont pas toutes utilisées par l'ensemble des patients HeGeBe (cf. illustration 8). Les valeurs reflètent des moyennes chez les consommateurs. Le tableau 9 indique la fourchette des âges du début de consommation.

S'agissant du début de la consommation, l'évolution est classique. En effet, vers 14-15 ans, les jeunes commencent par les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ainsi que par le cannabis. Puis, vers 18-19 ans, ils passent à des substances telles que le LSD, les substances volatiles, les amphétamines et l'ecstasy. Plus ou moins au même âge, ils commencent à consommer de la cocaïne et de l'héroïne. D'autres substances vont souvent de pair avec la toxicomanie, comme les barbituriques, le crack, la benzodiazépine et la méthadone. Plus tard, vers 25 ans, se rajoutent le fentanyl et la buprénorphine. S'il peut y avoir quelques rares changements dans le classement des substances à l'intérieur des grands blocs par rapport à l'année précédente (cf. Gmel, Labhart et Maffli, 2019), l'ordre des blocs, lui, reste le même. L'alcool venait par exemple avant le tabac en 2018 alors que c'est l'inverse en 2019, mais l'âge de début de la consommation des substances légales et du cannabis – pris comme un seul bloc de substances – est beaucoup plus précoce que pour les autres substances.

Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2019



Remarque : les autres types de cocaïne, hormis le crack et la poudre, les autres stimulants, les autres somnifères et tranquillisants, les autres stimulants ainsi que les autres hallucinogènes ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus, mais dans le tableau 9.

L'essentiel en bref : Il n'est pas surprenant de constater que les patients HeGeBe consomment souvent plusieurs substances. Outre l'héroïne et les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ils consomment notamment de la cocaïne, du cannabis, du LSD et des benzodiazépines. Durant les 30 jours avant leur admission, les patients prennent non seulement de l'héroïne, mais aussi fréquemment d'autres opioïdes, des benzodiazépines et du cannabis. Les données relatives à l'âge de début de la consommation suggèrent que les personnes commencent par consommer les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ainsi que du cannabis. C'est à un âge plus tardif que les patients HeGeBe commencent à prendre de la cocaïne et de l'héroïne.

7 Hépatites et VIH

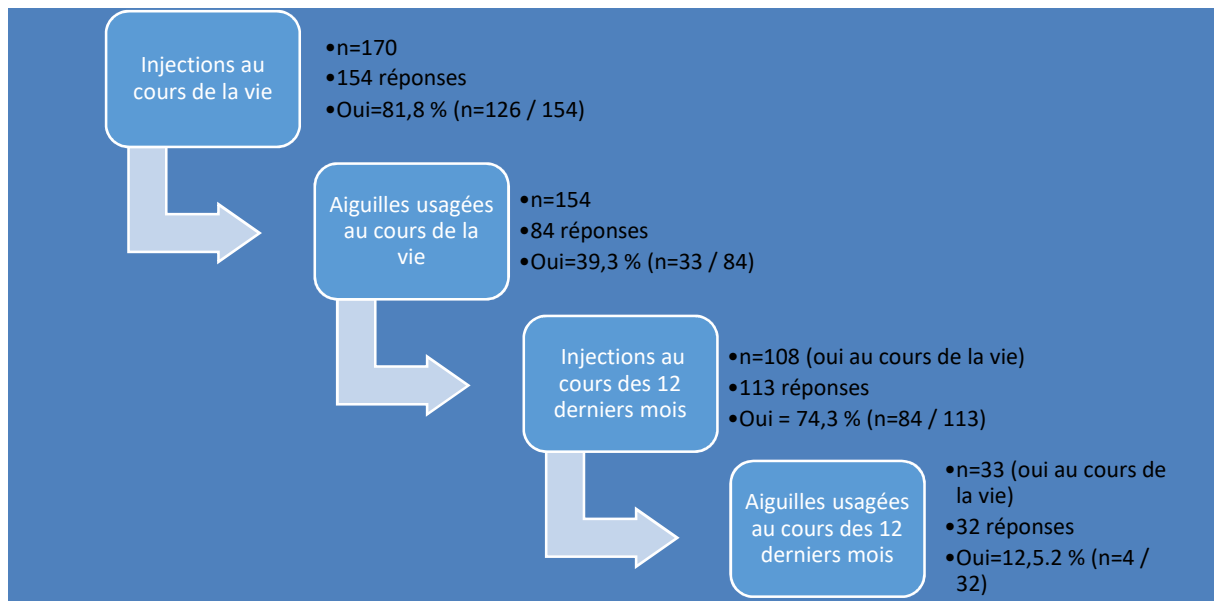
Dans le cadre de l'évaluation des données relatives aux hépatites et au VIH, tous les patients pour lesquels des résultats de tests ou des données sur le statut de vaccination étaient disponibles ont été pris en compte. C'est la raison pour laquelle les personnes n'ayant jamais été dépistées pour l'hépatite A ou B sont mentionnées. Les résultats des tests de dépistage de l'hépatite B dont nous disposons ne permettent pas de distinguer les infections aiguës et chroniques.

7.1 Usage intraveineux

Outre les rapports sexuels non protégés, l'usage de seringues contaminées est l'une des principales voies de transmission des hépatites et du VIH. Or, cette problématique concerne particulièrement les patients HeGeBe. Les statistiques exposées ci-après prennent en compte l'ensemble des admissions, y compris les réadmissions.

Il est intéressant de constater que, selon leurs propres déclarations, 18,2 % des patients HeGeBe n'ont jamais injecté de substances au cours de leur vie (cf. illustration 10), d'où le pourcentage élevé de traitements par voie orale (cf. tableau 2). Durant les 12 mois avant leur admission, près de 40 % des personnes ne pratiquaient pas d'injection (74,3 % de 81,8 % = 60,8 % avec injections). À ce stade, il convient de tenir compte du fait que même si des valeurs font parfois défaut, elles concernent un nombre relativement faible de cas.

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection



Près d'un tiers des personnes (39,3 % de 81,8 % = 32,1 %) ont déjà utilisé, une fois au cours de leur vie, des seringues potentiellement contaminées et un peu moins de 5 % (12,5 % de 39,3 % = 4,9 %) au cours des 12 mois avant le début du traitement.

L'essentiel en bref : La consommation de substances sans injection est fréquente chez ces patients gravement dépendants. Presque un tiers des personnes ont utilisé des aiguilles usagées durant leur vie et environ 5 % au cours des 12 mois avant leur admission, d'où leur forte vulnérabilité aux hépatites et au VIH.

7.2 Hépatite A

L'hépatite A présente seulement deux tableaux cliniques : le patient est soit positif (phase aiguë), soit négatif. La vaccination est recommandée, mais la personne est également immunisée à vie après guérison. Après des années de baisse, le nombre de cas d'hépatite A enregistrés en Suisse a nettement augmenté en 2017 par rapport à l'année précédente : il a été multiplié par 2,5 avec 110 cas déclarés (OFSP-Bulletin 23 du 4 juin 2018).

Parmi les 170 admissions (y c. les réadmissions), on ignore pour 62 personnes (36,5 %) si elles ont été vaccinées ou si elles ont fait un test.

18 autres patients ont répondu à la question concernant la vaccination, mais on ignore s'ils ont effectué un test. 12 personnes ont une vaccination complète et font donc partie du groupe « immunisé ». Au total, 46 personnes (y compris celles ayant effectué un test) ont indiqué avoir une vaccination complète, ce qui correspond à 27,1 % des patients admis (sur un total de 170). Cependant, chez 84 personnes (59,4 %), le statut vaccinal n'est pas connu. Seuls sept patients ont indiqué n'avoir encore jamais fait de test ; une personne a refusé de répondre. 82 individus ont indiqué avoir fait un test et 77 disposent du résultat. Si l'on y ajoute les 12 personnes du groupe « immunisé », on dispose d'un résultat de test pour 79 personnes, alors que le statut concernant l'hépatite A est inconnu pour 81 personnes (tableau 11).

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 170 admissions (y c. réadmissions) en 2019

Statut	n (=148)	% de tous les patients admis (n=148)	% parmi les résultats disponibles (n=89)
inconnu	81	47.6 %	
négatif, donc patient non immunisé	43	25.3 %	48.3 %
patient immunisé (vaccination, infection guérie ou phase aiguë surmontée)	46	27.1 %	51.7 %

Les résultats correspondent peu ou prou à ceux des années précédentes.

L'essentiel en bref : Cette population vulnérable connaît mal son statut immunitaire vis-à-vis de l'hépatite A, qu'il s'agisse du statut vaccinal ou de dépistage de l'hépatite A. Plus de 70 % des patients ne sont pas immunisés ; il est donc nécessaire de lui fournir suffisamment d'informations, notamment en matière de prévention.

7.3 Hépatite B

En Suisse, quelque 44 000 personnes sont atteintes d'une hépatite B chronique (OFSP, Infodrog, 2019). 5 à 10 % des malades infectés à l'âge adulte développent une hépatite B chronique. À l'échelle mondiale, la prévalence et l'incidence de l'hépatite B ont fortement diminué. En Suisse, environ 40 personnes développent une hépatite B aiguë chaque année, les hommes étant nettement plus touchés avec une proportion d'environ 75 %. La majorité des infections (environ 55 %) concerne les personnes âgées entre 35 et 60 ans².

Pour que l'analyse soit davantage pertinente, toutes les admissions enregistrées en 2019, y compris les réadmissions, ont été prises en considération. Trois marqueurs sont particulièrement importants.

² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>

Les anticorps **anti-HBs** sont dirigés contre la protéine de la membrane située sur l'enveloppe du virus de l'hépatite B. La disparition de l'**antigène HBs (HBsAg)** est suivie de l'apparition d'anti-HBs, signe d'une immunisation intervenue après guérison complète ou vaccination. L'HBsAg indique donc s'il s'agit d'une infection aiguë ou chronique. Les **anticorps HBc (Anti-HBc)** permettent de savoir si le patient a été en contact avec le virus. Le résultat est positif si le patient a développé une hépatite B aiguë ou chronique, ou s'il a guéri de la maladie (cf. tableau 12).

Afin de pouvoir déterminer si une personne est immunisée grâce à une vaccination ou si elle a guéri de la maladie, il faut savoir si elle a été vaccinée ou si des anti-HBc sont présents.

La personne vaccinée n'est protégée que si elle a constitué suffisamment d'anti-HBs au cours des semaines suivant la dernière injection. Or ce contrôle ultérieur est souvent négligé.

Tableau 12 : *Interprétation des marqueurs de l'hépatite B*

Anti-HBc	HBsAg	Anti-HBs	Statut
positif	positif		infection en cours
positif		positif	infection guérie
positif	négatif	négatif	guérison, pas de protection immunitaire
	négatif	positif	vacciné ou guéri, pas d'infection en cours
négatif		positif	vacciné, jamais aucun contact avec le virus

58,2 % des patients admis (n=99) indiquent avoir déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B. 37,0 % des patients n'ont donné aucune information à cet égard (inconnu ou valeurs manquantes). Seules trois personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test. 44 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 25,9 % de l'ensemble des admissions. 39 patients (22,9 %) ont déclaré avoir fait un test antérieurement.

Afin de pouvoir établir un diagnostic relativement sûr, il faut connaître au moins deux marqueurs, mais en réalité les trois sont nécessaires. Comme le montre le tableau 13, on ne dispose des trois marqueurs que pour seulement 21,8 % (n=37) des 170 patients admis.

Tableau 13 : *Dépistage de l'hépatite B chez les 170 patients admis en 2019 (y c. réadmissions)*

Marqueur	positif	négatif	% de l'ensemble des admissions (n=170)
Anti-HBc	14	46	35.3 %
HBsAg	4	44	32.4 %
Anti-HBs	38	22	35.3 %
Résultats de dépistage complets			21,8 %
Aucun résultat			57,1 %

S'agissant des résultats de dépistage, l'objectif était également de voir si les patients avaient déjà été vaccinés afin de pouvoir formuler des affirmations plus étayées pour les cas où l'on ne disposait pas de tous les marqueurs. Nous ne disposons d'aucune donnée pour 48,2 % des patients (n=82). Parmi les 88 personnes ayant fourni des indications, 50 (56,8 %) ont indiqué une vaccination complète. Sept personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Douze personnes n'ont pas fait de test car elles étaient déjà positives aux anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Quatre personnes ont refusé de se soumettre au test, six patients vont le faire ultérieurement (la décision est prise) et neuf personnes ont avancé d'autres raisons pour justifier la non-vaccination. Le tableau 14 indique une estimation (best guess) du statut de l'hépatite B pour 95 patients admis (sur 170).

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 95 patients admis

	Patients	%	Remarques
Non immunisé	28	29 %	Diagnostic clair seulement chez 13 patients
Immunisé (vacciné)	25	26 %	
Immunisé (après guérison)	2	2 %	
Contact avec le virus (statut inconnu)	6	6 %	Probablement, 1 cas d'infection en cours
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	12	13 %	
Aucun marqueur, mais vaccination complète	22	23 %	
Total	95	100 %	

L'essentiel en bref : Il n'y a pas suffisamment de données relatives à l'hépatite B en raison de l'absence fréquente de diagnostic. Il s'agira de comprendre pourquoi les tests de dépistage sont si rares. Malgré le déficit de données, il apparaît clairement que seuls quelques patients se trouvent dans une phase aiguë de la maladie ou sont atteints d'une infection chronique. Par ailleurs, environ un tiers des patients ne sont pas immunisés contre l'hépatite B.

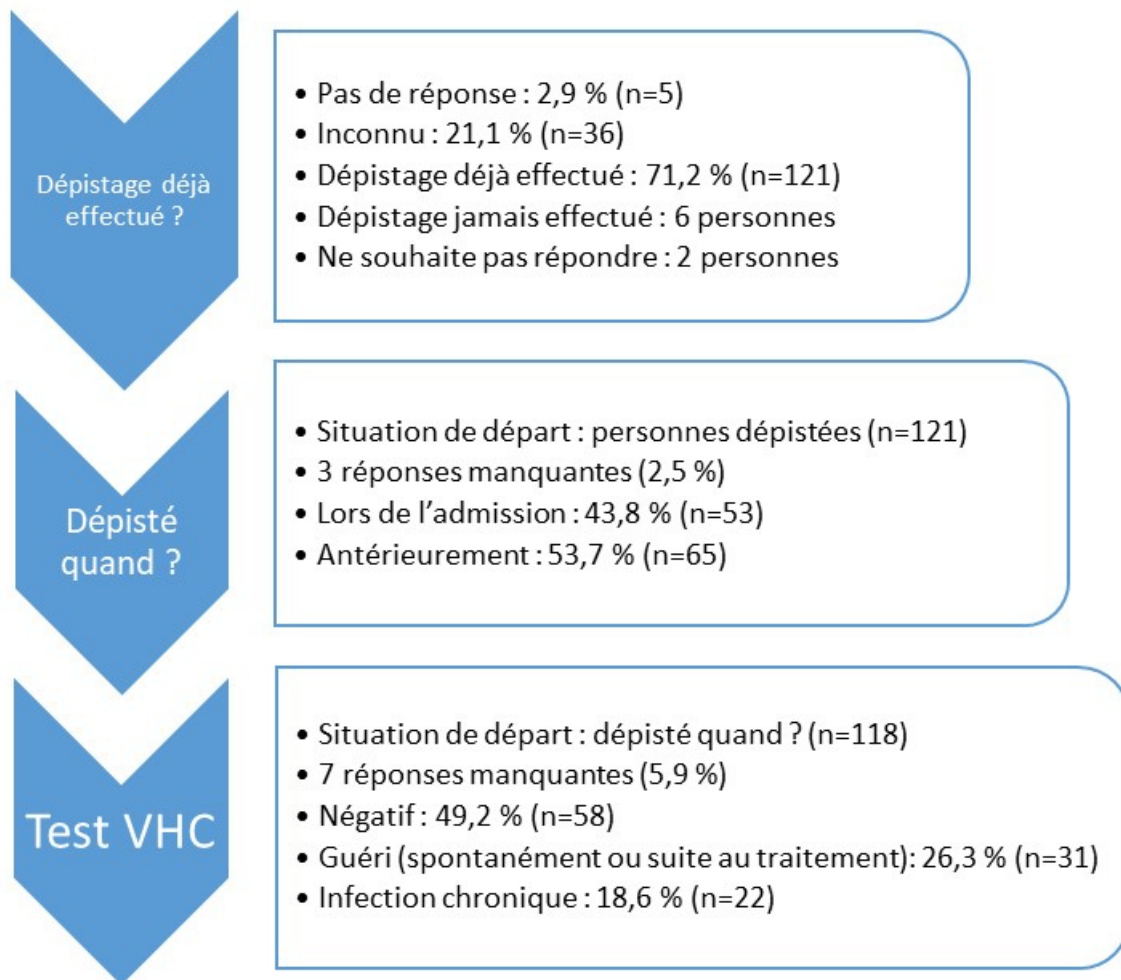
7.4 Hépatite C

En Suisse, environ 0,5 % de la population a contracté le virus de l'hépatite C. Quelque 40 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique (OSFP, Infodrog, 2018). Dans notre pays, le nombre de déclarations d'hépatite C aiguë est stable depuis 2006 (une cinquantaine de déclarations par an). La part des hommes parmi les cas demeure très élevée et atteint 70 % environ. Les jeunes adultes entre 20 et 39 ans sont également très touchés (environ 60 à 65 % des cas). La majorité des nouvelles infections diagnostiquées est due à la consommation par voie intraveineuse.

Chaque année, on diagnostique le VHC chez environ 500 usagers par voie intraveineuse. Selon les estimations, entre 7700 et 15 400 d'entre eux sont infectés par le VHC (OFSP, Infodrog, 2019). On estime qu'environ 30 % des personnes qui suivent un traitement résidentiel ou fréquentent un centre d'accueil à bas seuil sont porteurs du VHC. Cette proportion se monte à 60 % pour les patients qui commencent un traitement avec prescription de diacétylmorphine (OFSP, Infodrog, 2019).

L'analyse des données sur l'hépatite C repose sur l'ensemble des admissions comptabilisées en 2019, y compris les réadmissions (illustration 11), étant donné qu'un examen annuel est recommandé. En effet, même après guérison, l'hépatite C ne confère pas d'immunité pour la vie, ce qui signifie qu'il est possible d'être à nouveau contaminé par ce même virus. Par ailleurs, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C.

Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2019



Force est de constater que, sur 170 patients admis en 2019, on ignore le statut immunitaire de 59 personnes vis-à-vis de l'hépatite C, soit 34,7 %. Cela s'explique notamment par le fait qu'on ignore, pour 24,0 % des patients, s'ils ont effectué un dépistage (cf. illustration 11). Cela confirme en partie certaines estimations selon lesquelles entre un quart et la moitié des personnes suivant un traitement de substitution n'ont pas été dépistées (OFSP, Infodrog, 2019). Chez les patients pour lesquels on dispose de données sur leur statut, seuls 6 précisent explicitement qu'ils n'ont pas encore effectué de dépistage. Pour 71,2 % des patients, on sait au moins qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat est parfois inconnu. Parmi les patients dépistés, un peu moins de 43,8 % l'ont été au moment de leur admission, alors que 53,7 % avaient fait un test antérieurement (cf. illustration 11), le dépistage remontant à plus d'une année pour environ un tiers d'entre eux. Il est réjouissant de constater que le résultat est négatif pour près de la moitié (49,2 %) des patients ayant indiqué quand ils ont été dépistés. Si l'on se rapporte aux patients dont le statut de dépistage est connu, le résultat est négatif dans 52,2 % des cas. Au moment du test, 26,3 % des patients étaient guéris et 18,6 % atteints d'une infection chronique. Le pourcentage est de 19,8 % si l'on ne prend en considération que les personnes avec un statut de dépistage connu.

La proportion de patients HeGeBe atteints d'hépatite chronique est en recul depuis des années. Selon Hildebrand et al. (2018), elle s'élevait à 72,7 % durant la période 2001 – 2004, reculant à 37,1 % en

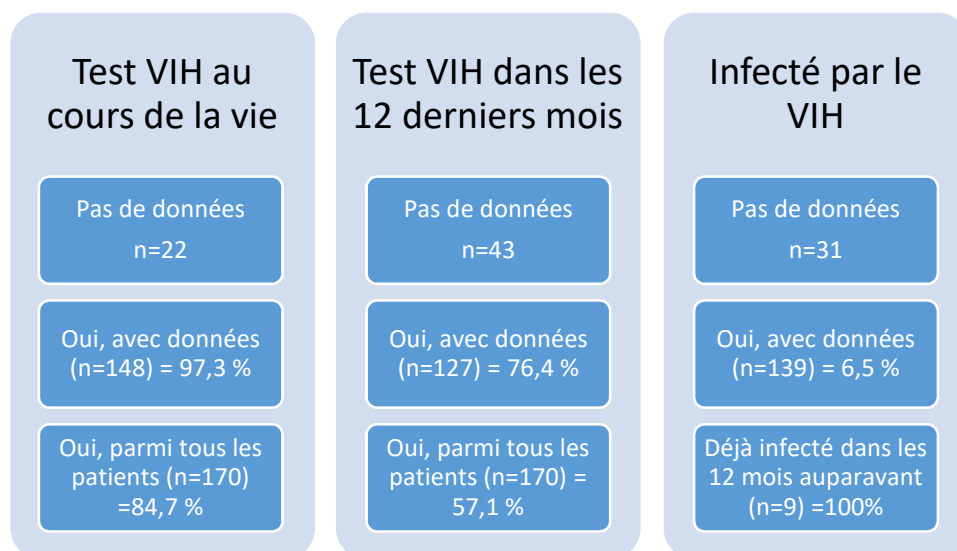
2013-2016, pour atteindre 33,3 % en 2017. Pour 2019, la prévalence d'hépatites chroniques est inférieure à 19 %. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hildebrand et al. (2018) ne se rapportent qu'aux cas valables. Cela ne concernait, pour 2001-2004, que 6,1 % des premières admissions, pour 2013-2016, 51,4 %, pour 2017, 60,0 % alors qu'en 2019, les cas valables représentent presque 70 % des premières admissions. Il se pourrait donc que durant les années précédentes, on n'effectuait des dépistages qu'en cas de sérieux soupçons d'infection, ce qui pourrait expliquer en partie le recul apparemment marqué des hépatites chroniques. Par ailleurs, cela montre non seulement que le dépistage est désormais plus fréquent, mais aussi que les mesures visant à augmenter le dépistage du VHC ont porté leurs fruits et qu'elles ont eu un effet préventif.

L'essentiel en bref : La situation relative aux données disponibles sur l'hépatite C dans le programme HeGeBe s'est nettement améliorée ces dernières années. Il n'en reste pas moins que le statut immunitaire est inconnu pour plus de 35 % des patients admis en 2019. Cette proportion est toutefois nettement plus faible que celle des années précédentes. La majorité des personnes pour lesquelles les résultats du dépistage sont connus ont un test négatif. Avec un pourcentage actuellement inférieur à 20 %, la prévalence des hépatites C chroniques a considérablement diminué.

7.5 VIH

84,7 % des patients (n=139 de 170) ont indiqué avoir déjà fait une fois un test VIH au cours de leur vie. Seules quatre personnes ne se sont pas encore soumises à un dépistage. En d'autres termes, presque toutes les personnes (97,3 %) pour lesquelles on dispose de données ont déjà effectué un test VIH (cf. illustration 12).

Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2019



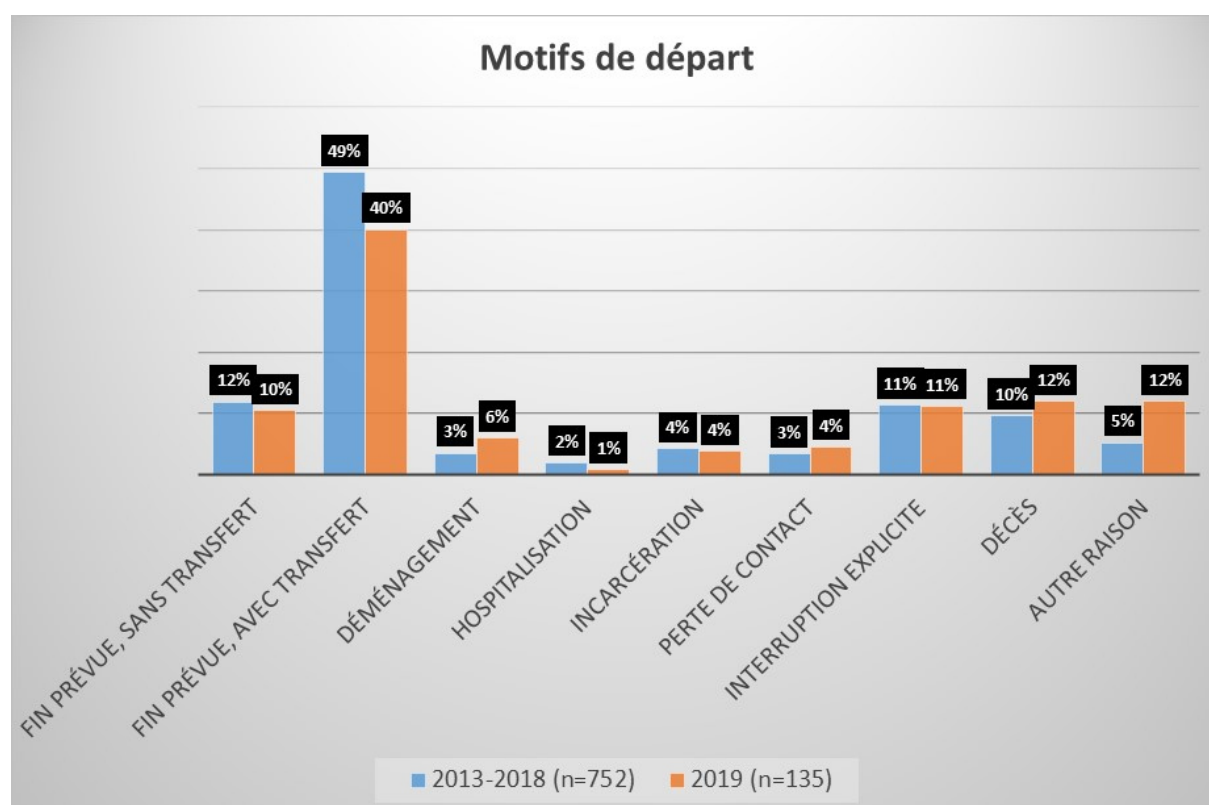
Force est de constater cependant que seuls 76,3 % des patients pour lesquels on dispose de données ont fait un test au cours des 12 derniers mois. Si l'on rapporte ce chiffre à l'ensemble des patients admis, y compris ceux pour lesquels on ne dispose pas de données (inconnu ou valeurs manquantes), cela représente 57,1 % de l'ensemble des admissions. Parmi les neuf personnes séropositives, toutes indiquent avoir été infectées plus de 12 mois auparavant. Comme les années précédentes (cf. Hildebrand et al., 2018), aucun nouveau cas n'a été enregistré en 2019.

L'essentiel en bref : Selon les indications des patients, aucun nouveau cas de VIH n'a été enregistré en 2019. Il convient toutefois de souligner que seule un peu plus de la moitié des patients a fait un test récemment (au cours des 12 derniers mois).

8 Motifs de départ / arrêts du traitement

Depuis 2013, les raisons à l'origine de l'arrêt du traitement sont similaires (cf. illustration 13). On observe une prédominance de transferts prévus vers d'autres institutions ou le passage à un autre traitement, qu'il s'agisse d'un programme avec prescription de méthadone, soit au sein de l'institution, soit dans d'autres institutions (y c. médecin traitant), ou du changement du médicament de substitution (par exemple passage à Sevre-Long®). Par ailleurs, seize décès ont été enregistrés en 2019, ce qui correspond grosso modo aux chiffres des années précédentes.

Illustration 13 : Motifs de départ en 2019 et comparaison avec la période 2013-2018¹.



Remarque : N=135 y c. transferts, 2 valeurs manquantes ; ¹ cf. Hiltbrand et al. (2018) et Gmel et al. (2019)

9 Troubles psychiatriques

Le présent chapitre porte sur les prévalences des troubles diagnostiqués selon le chapitre V de la classification CIM-10 « Troubles mentaux et du comportement » lors des départs. Notre approche étant différente de celle des années précédentes, nous abordons également les troubles liés à l'usage de substances. Toutefois, les troubles provoqués par la consommation d'opioïdes (et d'opiacés) ne sont pas pris en considération vu que ces substances sont censées faire partie du programme HeGeBe. Afin de permettre des comparaisons avec les années précédentes, les résultats présentés ci-après indiquent également les prévalences sans les troubles liés à l'usage de substances (cf. tableau 15).

En tenant compte des autres troubles liés à l'usage de substances hormis les opioïdes/opiacés (p. ex. alcool, cannabinoïdes, cocaïne, usage de substances multiples), on constate que seule une petite partie des patients (11,8 %) ne présente pas au moins un autre trouble psychiatrique ou de comportement diagnostiqué lié à l'usage de substances. 73,9 % des patients souffrent au moins d'un autre trouble lié à la consommation de substances, en général de substances illégales et souvent de substances multiples (F19, n'apparaît pas sur le tableau). Cependant, on observe également d'autres troubles psychiques ou du comportement qui ne sont pas liés à la consommation de substances. 41,2 % des patients ne sont diagnostiqués qu'à cause de l'usage de substances, ce qui correspond à peu près aux résultats des années précédentes.

Tableau 15 : Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément au chapitre V de la CIM-10 « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2019 et comparaison avec les années 2013-2018

	Nombre de diagnostics (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, mais pas aux opioïdes)		Nombre de diagnostics sans troubles liés à l'usage de substances						
	2018		2019		2018 ¹		2013-2017 ¹		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Exclusivement troubles liés aux opioïdes	14	11.8 %	Exclusivement troubles liés à l'usage de substances (y c. opioïdes)	49	41.2 %	50	45.9 %	343	45.9 %
Un diagnostic	33	27.7 %	Un diagnostic	50	42.0 %	46	42.2 %	303	40.6 %
Deux diagnostics	44	37.0 %	Deux diagnostics	18	15.1 %	10	9.2 %	85	11.4 %
Trois diagnostics	25	21.0 %	Trois diagnostics	2	1.7 %	2	1.8 %	14	1.9 %
Quatre diagnostics	2	1.7 %	Quatre diagnostics	0	0.0 %	1	0.9 %	2	0.3 %
Cinq diagnostics	1	0.8 %	Cinq diagnostics	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Total	119	100 %		119	100 %	109	100 %	747	100 %

Remarque : 18 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics en 2019 ; ¹ cf. Hildebrand et al. (2018) et Gmel et al. (2019)

Une grande partie des patients HeGeBe souffre, parallèlement aux troubles liés à l'alcool (29,4 %), d'autres troubles mentaux et du comportement en raison de l'usage de substances (68,9 %, cf. tableau 16) : le diagnostic révèle généralement l'usage de substances multiples (CIM-10 : F19). Aucune donnée n'était disponible les années précédentes (cf. Hildebrand et al., 2018).

Un trouble de la personnalité ou du comportement, qui fait partie des troubles non liés aux substances, a été diagnostiqué chez un patient sur quatre (tableau 16), ce qui correspond grosso modo aux chiffres enregistrés les années précédentes. Un trouble de la personnalité se caractérise par des traits de la personnalité durables, inflexibles et inadéquats quant à la perception, à la pensée, aux émotions et au comportement, qui divergent sensiblement des attentes socio-culturelles. Les personnes concernées sont fortement affectées pour gérer le quotidien dans les contextes sociaux ou autres. Selon leur définition, les troubles de la personnalité commencent durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et persistent. Par ailleurs, on observe, chez 11,8 % des patients, des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 : F90-F98). Par ailleurs, les troubles affectifs (17,6 %) et les troubles schizophréniques (13,4 %) sont fréquents.

Tableau 16 : *Fréquence des groupes de diagnostic CIM-10 selon le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2019 et comparaison avec les années 2013-2017 (plusieurs réponses possibles)*

Trouble	2019		2018		2013-2017	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	5	4.2 %	4	3.7 %	2	0.3 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool	35	29.4 %	34	31.2 %	k.A.	k.A.
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psycho-actives (sans opioïdes)	82	68.9 %	78	71.6 %	k.A.	k.A.
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	16	13.4 %	12	11.0 %	69	9.2 %
Troubles affectifs	21	17.6 %	23	21.1 %	136	18.2 %
Troubles névrotiques somatoformes psychologiques	5	4.2 %	3	2.8 %	40	5.4 %
Syndromes du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1	0.8 %	1	0.9 %	5	0.7 %
Troubles de la personnalité et du comportement	29	24.4 %	23	21.1 %	204	27.3 %
Retard mental	1	0.8 %	0	0.0 %	4	0.5 %
Troubles du développement	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	14	11.8 %	10	9.2 %	47	6.3 %
Troubles mentaux non précisés	0	0.0 %	0	0.0 %	34	4.6 %

L'essentiel en bref : Les patients HeGeBe ne présentent qu'exceptionnellement un trouble uniquement lié à l'usage d'opioïdes. En règle générale, s'y ajoutent d'autres troubles liés à l'utilisation d'autres substances (p. ex., alcool, cannabinoïdes, cocaïne). Un trouble lié à l'usage de substances multiples est donc souvent diagnostiqué. En outre, on observe fréquemment des troubles de la personnalité et du comportement, apparus généralement durant l'enfance et l'adolescence, ainsi que des troubles affectifs et schizophréniques.

10 Références

Office fédéral de la santé publique, Infodrog. L'hépatite C chez les usagers de drogue – Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2019.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2019) Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse – Résultats de l'enquête 2018 (rapport de recherche N° 108), Lausanne : Addiction Suisse

Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., Schaub, M. (2018). *Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse – Résultats de l'enquête 2017*. Zurich : Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (rapport ISGF n° 383).