



ADDICTION | SUISSE

Traitemen^t avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats 2023 et 2024

Rapport de recherche N°182a



Joanna Amos
Florian Labhart

Lausanne, décembre 2025

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les institutions participantes pour leur engagement, la saisie des données tout au long de l'année et leur contribution décisive pour le nettoyage de la base de données historique. Nous sommes également très reconnaissants à notre ancien et fraîchement retraité collègue, Gerhard Gmel, pour le développement de la statistique DAM et la transmission de son savoir. Par ailleurs, nous remercions également Ivo Krizic pour la coordination du projet *act-info*, ainsi que pour la relecture critique de ce rapport.

Impressum

Renseignements :	Joanna Amos, tél. 021 321 29 25, courriel : jamos@addictionsuisse.ch
Réalisation :	Joanna Amos, Florian Labhart, Addiction Suisse, Lausanne
Distribution :	Addiction Suisse, Avenue Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne
Numéro de commande :	Rapport de recherche N° 182a
Layout :	Addiction Suisse
Copyright :	© Addiction Suisse Lausanne 2025
ISBN :	978-2-88183-357-1
doi :	https://doi.org/10.58758/rech182a
Citation recommandée :	Amos, J., & Labhart, F. (2025) Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse : Résultats 2023 et 2024 (Rapport de recherche N° 182a), Lausanne : Addiction Suisse. doi : 10.58758/rech182a

Table des matières

Table des matières	I
Index des Tables	II
Index des Figures.....	IV
L'essentiel en bref.....	1
1 Introduction	3
2 Méthodologie	5
2.1 Statistique de prévalence de traitements	5
2.2 Statistique d'admissions.....	5
2.3 Statistiques de fins de traitement	5
2.4 Révision des outils statistiques (en 2025).....	6
2.5 Nettoyage de la base historique	6
3 Prévalence et durée de traitement	7
4 Admissions et fins de traitement	9
5 Voie d'administration et traitements antérieurs	10
6 Données sociodémographiques	13
7 Consommation de substances.....	19
8 Hépatites et VIH	23
8.1 Usage intraveineux	23
8.2 Hépatite A	24
8.3 Hépatite B	25
8.4 Hépatite C	27
8.5 VIH	29
9 Raisons de fin de traitement.....	30
10 Troubles psychiques.....	31
Références.....	34
Annexes	36
10.1 Tables 2023.....	36
10.2 Figures 2023	44

Index des Tables

Table 1 : Nombre d' admissions par type, âge moyen et répartition des sexes (2024)	9
Table 2 : Nombre de fins de traitement selon l'année d'admission et le nombre d'épisodes de traitement, âge moyen et répartition de sexe (2024)	9
Table 3 : Voie d'administration prévue au début du traitement, par type d'admission (2024)	11
Table 4 : Traitements suivis précédemment, par type de substance ou comportement (2024)	11
Table 5 : Traitements pour des problèmes liés aux opioïdes déjà suivis par les patients et patientes DAM (2024)	12
Table 6 : Origine du placement en centre DAM (2024).....	12
Table 7 : Situation de vie principale durant les 30 derniers jours avant la première admission, selon le sexe (2024).....	15
Table 8 : Situation de vie avec les enfants (2024)	15
Table 9 : Principale situation de logement durant les 30 jours avant l'admission (2024)	16
Table 10 : Principal moyen de subsistance durant les 30 derniers jours (2024)	16
Table 11 : Situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours (2024)	17
Table 12 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances (sans indication médicale) et âge de première consommation (2024)	21
Table 13 : Fréquences de consommation de substances (sans indication médicale) durant les 30 jours avant l'admission (2024).....	22
Table 14 : Statut concernant l'hépatite A sur l'ensemble des admissions (2024).....	25
Table 15 : Interprétation des marqueurs de l'hépatite B	26
Table 16 : Dépistage de l'hépatite B sur l'ensemble des admissions (2024).....	26
Table 17 : Statut immunitaire présumé de l'hépatite B (2024)	27
Table 18 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux autres que ceux liés à l'usage d'opioïdes, par année, lors des fins de traitement (2022-2024).....	31
Table 19 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux liés à l'usage de substances, par catégorie et année lors des fins de traitement (2022-2024).....	32
Table 20 : Nombre de diagnostics autres que de ceux liés à l'usage de substances, par année lors des fins de traitement (2022-2024)	32
Table 21 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux non liés à l'usage de substances, par catégorie et année lors des fins de traitement (2022-2024)	33
Table A1 : Nombre de premières admissions par type, âge moyen et répartition des sexes (2023)....	36
Table A2 : Nombre de fins de traitement selon l'année d'admission et le nombre d'épisodes de traitement, âge moyen et répartition de sexe (2023)	36
Table A3 : Voie d'administration prévue au début du traitement, par type d'admission (2023)	36
Table A4 : Traitements suivis précédemment, par type de substance ou comportement (2023)	37
Table A5 : Traitements par agonistes opioïdes déjà suivis par les patients et patientes DAM (2023) .	37

Table A6 : Origine du placement en centre DAM (2023).....	38
Table A7 : Situation de vie principale durant les 30 derniers jours avant la première admission, selon le sexe (2023).....	38
Table A8 : Situation de vie avec les enfants (2023)	39
Table A9 : Principale situation de logement durant les 30 jours avant l'admission (2023)	39
Table A10 : Principal moyen de subsistance durant les 30 derniers jours (2023)	40
Table A11 : Situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours (2023)	40
Table A12 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances (sans indication médicale) et âge de première consommation (2023)	41
Table A13 : Fréquences de consommation de substances (sans indication médicale) durant les 30 jours avant l'admission (2023).....	42
Table A14 : Statut concernant l'hépatite A sur l'ensemble des admissions (2023)	43
Table A15 : Dépistage de l'hépatite B sur l'ensemble des admissions (2023)	43
Table A16 : Statut immunitaire présumé de l'hépatite B (2023).....	43

Index des Figures

Figure 1 : Répartition du nombre d'institutions DAM par canton (2024)	3
Figure 2 : Évolution du nombre de patients et patientes DAM (1994 à 2024)	7
Figure 3 : Durée de traitement pour les années (2014 à 2024)	8
Figure 4 : État civil au moment de l'admission (2024).....	14
Figure 5 : Situation de vie principale durant les 30 jours avant l'admission (2024)	14
Figure 6 : Niveau de formation le plus élevé (2024).....	18
Figure 7 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances par ordre d'importance sur l'ensemble des admissions (2024)	19
Figure 8 : Âge de première consommation de substance, par ordre d'ancienneté sur l'ensemble des admissions (2024)	20
Figure 9 : Comportement d'injection parmi les patients et patientes admis en traitement (2024)	24
Figure 10 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (2024)	28
Figure 11 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients et patientes admis (2024)	29
Figure 12 : Raisons de fin de traitement (2013 à 2024)	30
Figure A1 :Durée de traitement pour les années (2013 à 2023)	44
Figure A2 :État civil au moment de l'admission (2023).....	44
Figure A3 :Situation de vie principale durant les 30 jours avant l'admission (2023)	45
Figure A4 :Niveau de formation le plus élevé (2023).....	46
Figure A5 :Prévalence de consommation à vie de diverses substances par ordre d'importance sur l'ensemble des admissions (2023)	47
Figure A6 :Âge de première consommation de substance, par ordre d'ancienneté sur l'ensemble des admissions (2023)	48
Figure A7 :Comportement d'injection parmi les patients et patientes admis en traitement (2023)	49
Figure A8 :Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (2023)	49
Figure A9 :Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients et patientes admis (2023)	50

L'essentiel en bref

Ce rapport présente les résultats 2023 et 2024 du monitorage act-info concernant les traitements à base de diacétylmorphine (avec le médicament autorisé Diaphin®). Depuis ses débuts en Suisse, ce traitement y est nommé HeGeBe, un sigle allemand pour « *heroingestützte Behandlung* », soit « traitement avec prescription d'héroïne ». L'acronyme généralement utilisé en français est DAM. Les 22 institutions autorisées, sises dans 14 cantons, sont tenues de livrer des données sur les admissions et les fins de traitement de leurs patients et patientes.

Tendances

Le nombre de patients et patientes DAM est en constante augmentation depuis 2017, une évolution qui pourrait s'expliquer par l'assouplissement des conditions encadrant la remise des doses de diacétylmorphine.

L'âge moyen des patients et patientes en traitements progresse chaque année, tout comme la proportion de personnes âgées de plus de 55 ans. Alors qu'en 1994, 78% des patients et patientes avaient moins de 35 ans, ils n'étaient plus que 13,0 % en 2024. À l'inverse, la part des patients et patientes de plus de 55 ans, quasi inexistantes en 1994, s'élevait à 32,7 % en 2024. Ces données mettent en évidence un vieillissement progressif de la population en traitement. De même, la proportion de patients et patientes suivant un traitement depuis plus de 15 ans a également augmenté au fil du temps, atteignant 37% en 2018, un chiffre resté stable depuis.

Avant leur admission, les patients et patientes ont souvent consommé d'autres substances illégales en plus de l'héroïne (en particulier du cannabis, de la cocaïne ou des benzodiazépines acquis illégalement), ainsi que des substances légales comme l'alcool et le tabac.

Depuis 2022, on constate une augmentation de la part de patients et patientes ayant consommé du crack avant l'admission en traitement, ainsi qu'une augmentation des diagnostics de troubles liés à l'usage de cocaïne à la fin du traitement. Cette tendance est probablement liée à la forte augmentation de l'usage de la cocaïne/crack qui touche actuellement la Suisse.

Chiffres-clés en 2024

En 2024, 1832 patients et patientes ont été au moins un jour en traitement DAM, soit 36 de plus qu'en 2023. En 2024, 186 personnes ont été admis en traitement, dont 134 prises en charge pour la première fois, tandis que 151 ont interrompu leur traitement. En moyenne, les patients et patientes avaient commencé leur traitement en moyenne 12 ans et 8 mois auparavant.

En 2024, 77,1% des patients et patientes admis en traitement ont commencé par la prise orale de diacétylmorphine. Lors d'une reprise de traitement après une interruption (réadmissions), les patients et patientes se tournent vers davantage de traitements intraveineux. Les applications nasales, autorisées en Off-Label pour la première fois en 2020 et soumises à autorisation exceptionnelle de l'OFSP, atteignent 6,1%.

Lors d'une première admission en traitement DAM, neuf patients et patientes sur dix ont déjà été traités antérieurement pour des problèmes liés à l'usage de substances illégales, principalement avec des traitements par agonistes opioïdes. Un peu moins de la moitié ont également suivi des traitements pour d'autres problèmes d'addiction, en particulier l'alcool et les médicaments.

La majorité des patients et patientes vivent d'une rente, de l'aide sociale et des allocations d'incapacité de travail tandis que près de 15% exercent une activité lucrative. Parmi les premières admissions, 76.0% des patients et patientes avaient préalablement un domicile fixe. En termes de formation, 32.2% des patients et patientes admis pour la première fois n'ont aucune formation ou ont seulement terminé l'école obligatoire.

Près de 20% des patients et patientes DAM ont déjà utilisé des seringues potentiellement non stérilisées dans sa vie (7.0% dans les douze mois précédent le traitement), ce qui les expose particulièrement aux hépatites et au VIH. La majorité des personnes testées sont soit négatives, soit guéries de l'hépatite C, et la prévalence de personnes atteintes d'une hépatite C chronique est d'environ 15%. Par ailleurs, 3.5% des personnes sont infectée par le VIH depuis plus de 12 mois et aucune ne souffre d'une hépatite B aiguë ou chronique.

Un peu moins d'un patient et patiente sur dix présente au moins un trouble mental ou comportemental lié à l'usage de substances, autre que les opioïdes (par ex. alcool, cocaïne). Par ailleurs, environ la moitié des patients et patientes souffrent d'un trouble non lié à l'usage de substances (par ex. trouble de la personnalité).

En ce qui concerne les fins de traitement, les transferts vers d'autres institutions ou d'autres formes de traitement sont en net recul, représentant 28% des fins en 2024. A l'inverse, les décès sont en hausse et s'élèvent à 26% des fins de traitement (soit 38 personnes).

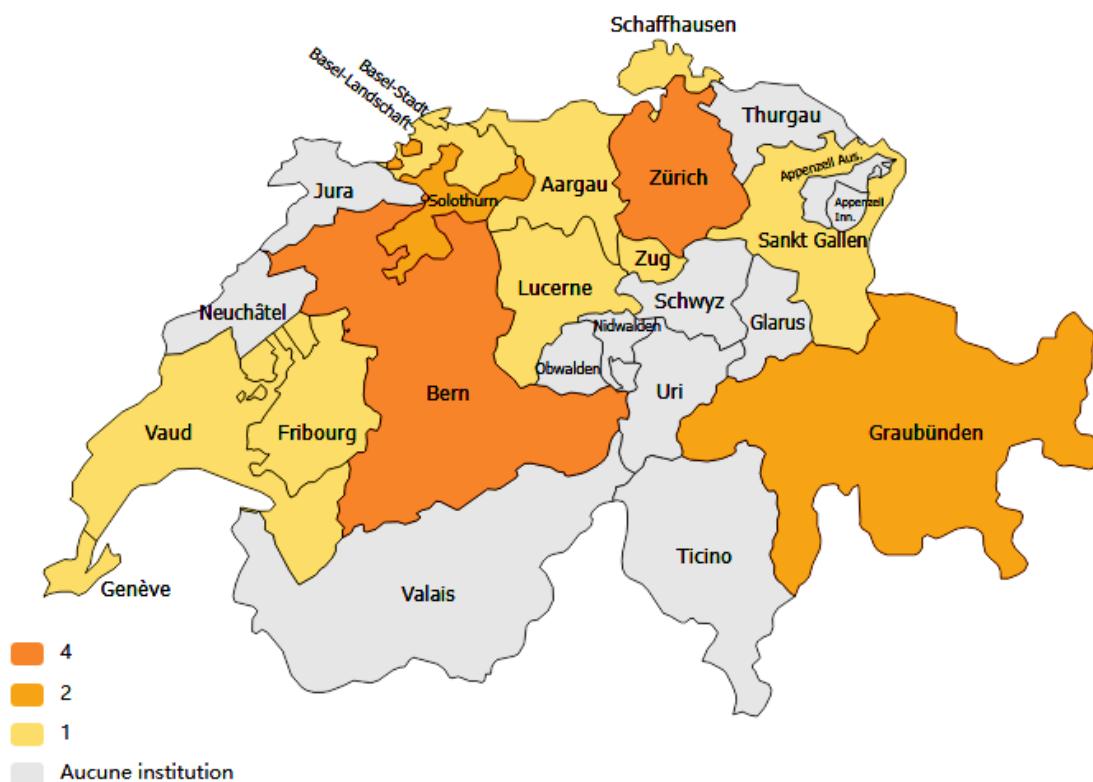
1 Introduction

En Suisse, le monitorage des traitements avec prescription de diacétylmorphine (Frick et al., 2010; Khan et al., 2014; Praticien Addiction Suisse, 2023) est assuré depuis 2001. Depuis ses débuts, ce type de traitement est dénommé par l'acronyme allemand *HeGeBe* pour « *heroingestützte Behandlung* » ou également traitement basé sur la substitution de diacétylmorphine. L'acronyme communément utilisé pour la substance active est « DAM » en référence au nom de la forme pharmaceutique de l'héroïne : la diacétylmorphine. La diacétylmorphine est administrée comme médicament sous le nom de Diaphin®. Les autres traitements par agonistes opioïdes (TAO, autrefois appelés « traitements de substitution ») utilisant par exemple la méthadone, la buprénorphine, la morphine retard ou encore la lévométhadone, font l'objet d'un monitorage séparé (Amos et al., 2024; Labhart & Amos, 2025).

L'accès à un traitement DAM est soumis à des conditions plus strictes que celles des autres TAO. Les critères d'admission sont les suivants : être âgé d'au moins 18 ans ; être gravement dépendant de l'héroïne depuis au moins deux ans ; avoir interrompu ou échoué au moins deux tentatives d'un autre traitement ambulatoire ou stationnaire reconnu ; et présenter des déficits dans le domaine psychologique, physique ou social (art. 10 OAStup; RS 812.121.6; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2023b).

La collecte de données sur les traitements DAM fait partie intégrante du système national de monitorage act-info (*addiction, care and therapy information*) destiné aux usagers de l'aide professionnelle en matière de dépendance (Krizic et al., 2024). Le rapport actuel présente les résultats de l'enquête DAM pour les années 2023 et 2024. En 2024, 22 institutions réparties dans 14 cantons disposent d'une autorisation pour prescrire des traitements DAM (Figure 1). Les cantons de Berne et Zürich comptent le plus d'institutions, avec un total de quatre chacun.

Figure 1 : Répartition du nombre d'institutions DAM par canton (2024)



Le monitorage est inscrit dans la loi sur les stupéfiants ainsi que dans l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et dans l'ordonnance sur les relevés statistiques. La participation des institutions au monitorage est obligatoire. Jusqu'en 2022, un rapport sur la mise en œuvre, le déroulement et l'évolution du traitement avec prescription de diacétylmorphine était publié annuellement (Gmel et al., 2022; Gmel & Labhart, 2023). Depuis 2024, suite à une révision de l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants, la fréquence de publication est passée à chaque deux ans (Art. 24. OAStup).

Pour la collecte des données, des questions sont posées à chaque patient et patiente lors de son admission (ou de sa réadmission après une interruption de traitement). En plus des variables démographiques de base, les questions portent sur son état de santé, ses antécédents médicaux et les caractéristiques de son usage de substances. Lors de l'arrêt du traitement ou en cas de transfert vers une autre institution, les principales questions posées lors de l'admission sont répétées, afin de déterminer les éventuels changements survenus en cours de traitement, et complétées par des questions sur les circonstances de l'interruption de traitement. Depuis 2013, les institutions DAM saisissent ces données directement en ligne à l'aide d'un outil accessible depuis un navigateur web.

Dans le sillage de la pandémie de COVID-19, l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (OAStup) a été révisée pour une période limitée en septembre 2020 afin de faciliter la remise de la diacétylmorphine pour une utilisation à domicile. Cette pratique ayant fait ses preuves, elle est entrée en vigueur en avril 2023 (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2023a, 2025d). L'ordonnance révisée a également introduit la possibilité pour les centres DAM de déléguer l'administration de diacétylmorphine à des institutions externes appropriées. L'objectif était de permettre un accès à la diacétylmorphine aux patients et patientes qui, en raison de leur âge avancé, de leur mobilité limitée ou de la présence de comorbidités, ne peuvent pas se rendre plusieurs fois par jour dans un tel centre. Bien que cette réglementation ne soit entrée en vigueur qu'en 2023, elle correspondait déjà à une pratique courante pendant et après la pandémie de COVID-19 (Calzada et al., 2021; Gmel et al., 2022).

2 Méthodologie

2.1 Statistique de prévalence de traitements

La statistique de prévalence de traitements (Chapitre 3) comprend le recensement de toutes les personnes qui ont été au moins un jour en traitement au cours d'une année donnée. Chaque patient et patiente n'est compté qu'une fois, même si plusieurs épisodes de traitement ont eu lieu durant l'année.

La demande d'une autorisation de traitement et la collecte de données épidémiologiques pour le monitorage act-info sont des obligations légales – ainsi, la couverture du système de monitorage devrait être complète – mais réglées selon des processus administratifs distincts. Les autorisations de traitement sont délivrées par l'OFSP pour une durée maximum de 5 ans (anciennement 2 ans ; avant la révision de l'OAstup en 2023) renouvelables, après avoir obtenu l'accord du médecin cantonal. A l'inverse, les questionnaires de suivi épidémiologique ne sont remplis qu'au début d'un épisode de traitement (p.ex. début de prise en charge dans une institution, changement d'institution) sans obligation de renouvellement. Comme les patients et patientes restent généralement longtemps dans une même institution (10 ans voire plus), les données démographiques (par ex. état civil) et celles relatives aux modalités de traitement ne sont pas toujours actualisées.

2.2 Statistique d'admissions

La statistique d'admissions (Chapitres 4 à 8) comprend le recensement de tous les traitements qui ont été initiés au cours d'une année donnée. Cette statistique recouvre les nouvelles admissions en traitement DAM, ainsi que les réadmissions après une période sans traitement DAM (p.ex. tentative de sevrage ou TAO) ou lors d'un changement d'institution.

Selon les directives relatives à l'*indicateur européen de demandes de traitement* (TDI, Treatment Demand Indicator) édicté par l'Agence de l'Union européenne sur les drogues, un épisode de traitement est défini comme étant la « période de soins entre le début du traitement pour un problème [...] de drogue et la fin des services pour le protocole de soins prescrit » (EMCDDA, 2012, p. 33). Dans la suite de ce rapport, une 'première admission' correspond au début du tout premier épisode de traitement DAM d'un patient ou une patiente. A l'inverse, les 'réadmissions' comprennent l'ouverture d'un nouvel épisode de traitement, faisant suite à une interruption de traitement d'au moins 30 jours ou après un changement d'institution. Une période minimum de 30 jours entre deux épisodes a été définie afin d'exclure les ruptures de continuité pour des raisons administratives (p.ex. annonce tardive lors de la poursuite d'un traitement).

Contrairement à la statistique de prévalence de traitements, la statistique d'admissions ne comprend que les traitements ayant débuté au cours d'une année donné, ce qui assure un haut degré de fiabilité et d'actualisation des données de santé et des modalités de traitement.

2.3 Statistiques de fins de traitement

La statistique de fins de traitement (Chapitres 9 et 10) comprend le recensement de tous les traitements qui ont été interrompus au cours d'une année donnée, et qui n'ont pas été repris dans un délai maximum de 30 jours dans la même institution.

2.4 Révision des outils statistiques (en 2025)

Une révision complète des procédures d'exportation des données et des outils d'analyse a été opérée pour la production de ce rapport. Jusqu'en 2022, les analyses étaient effectuées uniquement sur les données enregistrées pendant l'année de référence, à savoir les admissions et les fins de traitement saisies au cours de cette même année. Cette approche, adéquate pour les données d'admissions et de fins, ne permettait toutefois pas de tenir compte des données saisies ultérieurement, ce qui pouvait entraîner une sous-estimation des données de tendances (« trends ») et de prévalence.

La révision des procédures effectuée en 2025 consiste à intégrer systématiquement l'ensemble de toutes les admissions et fins de traitement saisies sur l'outil de saisie en ligne « act-info-online », indépendamment de la date à laquelle elles ont été enregistrées. Les données nouvellement introduites, même si elles concernent des années antérieures, sont désormais prises en compte rétroactivement dans les analyses.

2.5 Nettoyage de la base historique

Bien que le monitorage DAM existe depuis 1994, différentes circonstances ont empêché la constitution d'une base de données complète et standardisée sur l'ensemble de cette période. En particulier, durant les premières années de la statistique, les codes personnels ou la date de naissance des patients et patientes n'étaient souvent pas recueillis, de sorte qu'il n'était pas possible d'identifier clairement si des patients et patientes étaient comptés à double en cas de changement de traitement vers une autre institution, s'ils ou elles avaient terminé leur traitement, ainsi que la durée effective des traitements.

Pour la préparation du présent rapport (et dans le cadre de la révision des outils d'analyse mentionnés ci-dessus), un travail spécifique de vérification des traitements en cours et de nettoyage des traitements échus a été mené. Pour cela, l'ensemble des institutions a été sollicité afin de valider la situation actuelle des patients et patientes toujours enregistrés comme actifs dans la base de données. Sur les 22 institutions concernées, il a été possible de mettre à jour la liste des patients et patientes actifs de 20 d'entre elles. De nombreux anciens épisodes ont ainsi pu être rattachés à des patients et patientes encore actifs et d'autres ont pu être identifiés comme étant effectivement clos. La prévalence estimée se rapproche maintenant du nombre d'autorisations enregistrées dans la base de données de l'OFSP (auparavant : autorisation accordée pour deux ans, à renouveler ; après révision 2023 de l'ordonnance : autorisation accordée pour 5 ans, à renouveler).

Pour l'année 2024, l'OFSP dénombrait 1821 autorisations valides et la base de données du monitorage DAM dénombrait 1832 personnes en traitement au moins un jour dans l'année. Outre des incohérences dans les données historiques, différentes autres raisons font que les chiffres ne correspondent pas nécessairement. C'est par exemple le cas, lorsqu'une institution notifie un arrêt de traitement au monitorage DAM, mais ne le signale pas à l'OFSP dans l'espoir que le ou la patient et patiente reviendra, afin d'éviter de devoir demander une nouvelle autorisation. En comparaison de la situation antérieure (environ 200 cas de différence selon les années; Gmel et al., 2021, 2022; Gmel & Labhart, 2023), le nettoyage a permis d'améliorer significativement la qualité des résultats de prévalence et de tendance.

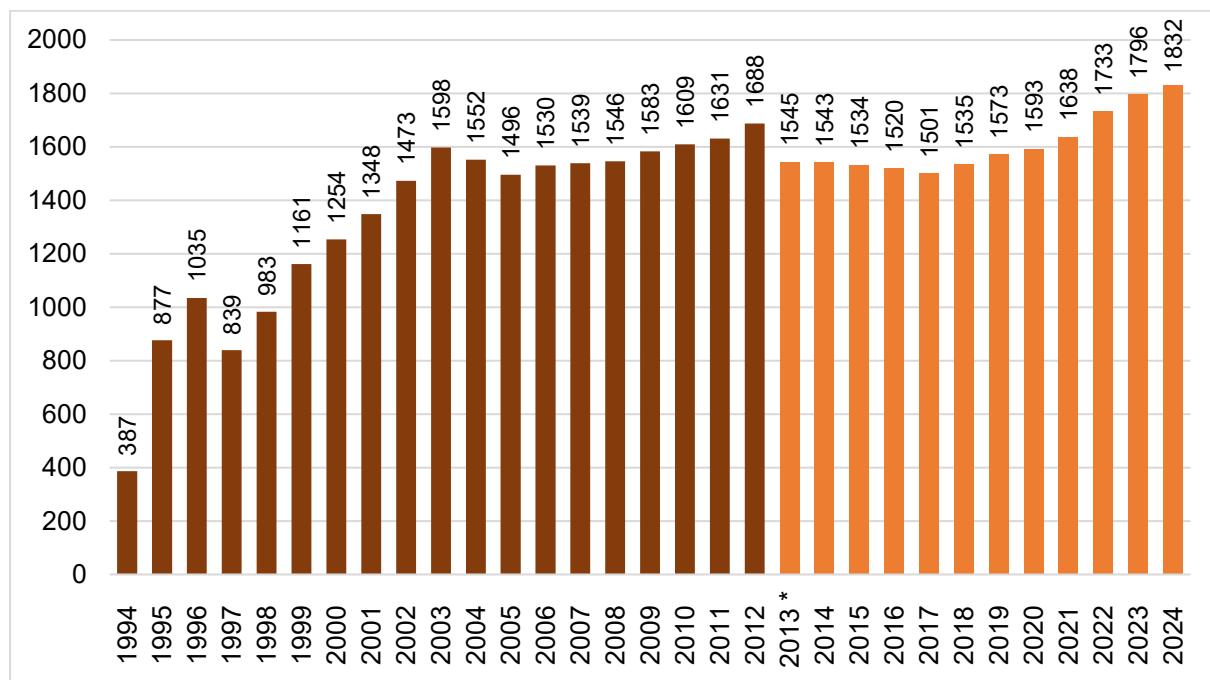
Suite à ces ajustements, les séries temporelles ont été recalculées depuis 2013 (cf. Figure 2). Pour garantir la cohérence des indicateurs, les analyses relatives aux admissions et fins de traitement pour les années précédentes ont également été revues. Les nouveaux chiffres peuvent donc être légèrement différents de ceux des rapports annuels précédents (Gmel & Labhart, 2023).

3 Prévalence et durée de traitement

Le nombre de patients et patientes en traitement montre une tendance à la hausse ces dernières années. Les patients et patientes en traitement en 2024 ont rejoint le programme DAM il y a 12 ans et 8 mois en moyenne. L'âge moyen des patients et patientes en traitement augmente d'année en année. La proportion de patients et patientes de plus de 55 ans dépasse les 32% en 2024, tandis que celle de patients et patientes de moins de 35 ans est désormais inférieure à 15%.

Les données de monitorage DAM indique que 1832 patients et patientes sont au moins un jour en traitement en 2024 (1796 en 2023 ; voir Figure 2). Comme mentionné au chapitre 2.5, cette estimation se rapproche des données du registre des autorisations de l'OFSP qui comptabilise 1821 autorisations en cours durant l'année 2024 (1763 pour 2023). Au 31 décembre 2024, 1681 patients et patientes sont en traitement (1637 au 31.12.2023). Le nombre de patients et patientes DAM a augmenté de manière continue depuis 2017, phénomène qui s'observe également dans les statistiques sur les admissions et les fins de traitement (voir Chapitre 4). Cette évolution pourrait s'expliquer par l'assouplissement depuis 2019 des conditions encadrant la remise de plusieurs doses quotidiennes de diacétylmorphine ainsi que par des épisodes de pénurie de certains médicaments agonistes opioïdes, par exemple le Sèvre-Long en 2021 (Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR), 2022) et la méthadone fin 2022 (Swissmedic, 2022).

Figure 2 : Évolution du nombre de patients et patientes DAM (1994 à 2024)

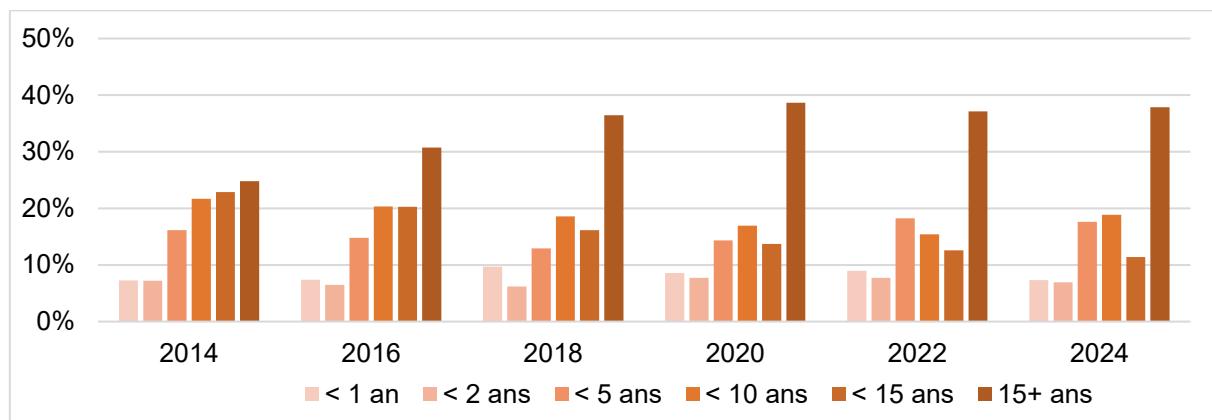


Remarques : * suite à la révision des outils statistiques (cf. Chapitre 2.4), les données de tendance ont été recalculées entre 2013 et 2024 (en orange) ; en brun, données historiques.

En ce qui concerne l'âge, on observe un vieillissement progressif des patients et patientes DAM. En 1994, 78.0% des patients et patientes DAM avaient moins de 35 ans (Hiltebrand et al., 2018). Pour autant que la date de naissance soit connue (166 valeurs manquantes en 2024 et 167 en 2023 ; resp. 9.1% et 9.3%), seuls 13.0% des patients et patientes en traitement ont moins de 35 ans en 2024 et 13.7% en 2023. A l'inverse, alors qu'en 1994, presque aucun patient n'avait plus de 55 ans, on en recense 32.7% en 2024 et 29.3% en 2023.

La Figure 3 présente l'évolution de l'ancienneté des patients et patientes entre 2014 et 2024. En 2024, presque 40% des patients et patientes étaient entrés en traitement pour la première fois il y a 15 ans ou plus (Figure 3). La part de patients et patientes avec une telle ancienneté est en hausse depuis 2014, lorsqu'elle s'élevait à environ 25%, avant de se stabiliser autour des 37% à partir de 2018. On observe ainsi une transition notable entre les traitements d'une durée de 5 à 15 ans vers ceux de plus de 15 ans. Ces résultats confirment que les traitements à la diacétylmorphine s'inscrivent dans une logique de maintenance à long terme, dans le but de stabiliser les problématiques de consommation et de santé, stabiliser des conditions de vie et réduire les pratiques à risques. Parallèlement, la part des patients et patientes en traitement depuis moins d'un ou deux ans demeure relativement stable dans le temps (entre 6% et 10 %)

Figure 3 : Durée de traitement pour les années (2014 à 2024)



Remarques : Les comparaisons pour 2023 sont présentées dans la Figure A1 en Annexes.

Le calcul de l'ancienneté pour la Figure 3 se base sur l'année de première entrée en traitement DAM, telle que rapportée par le ou la patient et patiente ou telle qu'inscrite dans le registre des autorisations. En 2024, les patients et patientes ont rejoint le programme DAM il y a 12.7 ans en moyenne. Cette moyenne a légèrement augmenté au cours des dernières années (2023 : 12.4 ans ; 2022 : 12.2 ans).

4 Admissions et fins de traitement

Au cours des trois dernières années, le nombre d'admissions en traitement DAM a varié entre 180 et 220. En 2024, il atteint son niveau le plus bas (186 admissions). En comparaison, le nombre de fins de traitement varie moins et reste relativement stable, tout en restant inférieur au nombre d'admissions. Les femmes représentent environ 20% tant des premiers traitements que des réadmissions. L'âge moyen lors de la première admission est de 42.3 ans (tranche d'âge de 19 à 83 ans) alors que l'âge des personnes arrêtant leur traitement est en moyenne 4 ans plus élevé.

Pour l'année 2024, 134 premières admissions (2023 : 146 ; 2022 : 155) et 52 réadmissions (2023 : 54; 2022 : 61) sont enregistrées (Tables 1 pour 2024 et A1 en Annexes pour 2023). Sont considérés comme des réadmissions les traitements repris après une interruption d'au moins 30 jours dans une même institution ou les transferts entre institutions. Parmi les premières admissions en 2024, plus de 90% sont encore en cours en fin d'année.

L'âge moyen des patients et patientes admis pour la première fois en traitement DAM est de 42.3 ans. Contrairement aux années précédentes, en 2024, les personnes réadmisses en traitement sont en moyenne un peu plus jeunes que les premières admissions. L'âge au moment de la première admission s'étend de 19 à 83 ans. En 2024, la proportion d'hommes est d'environ 79% parmi toutes les admissions. Ce chiffre est légèrement plus élevé que pour les années précédentes (2023 : 76%, 2022 : 74% ; voir Table A1 en Annexes).

Table 1 : Nombre d'admissions par type, âge moyen et répartition des sexes (2024)

	n	Âge moyen	% masculin
Première admission	134	42.3	79.1%
Réadmission	52	40.6	78.8%
Réadmission : dont transfert depuis une autre institution	8	41.0	75.0%

Remarques : Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A1 en Annexes.

En 2024, un total de 151 fins de traitement a été enregistré (2023 : 161 ; 2022 : 133 ; voir Table 2 pour 2024 et A2 en Annexes pour 2023). Les patients et patientes qui sortent du programme présentent logiquement un âge moyen plus élevé que celui des patients et patientes admis pour la première fois ; cet âge moyen est de 46.0 ans pour les patients et patientes n'ayant suivi qu'un seul traitement (n = 116) et de 45.7 ans pour ceux en ayant suivi plusieurs (n = 35).

Table 2 : Nombre de fins de traitement selon l'année d'admission et le nombre d'épisodes de traitement, âge moyen et répartition de sexe (2024)

	Admission en 2024	Admission avant 2024	Âge moyen	% masculin
Premier traitement	13	103	46.0	80.1%
TraITEMENT multiple	7	28	45.7	77.1%

Remarques : Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A2 en Annexes.

5 Voie d'administration et traitements antérieurs

Le mode d'administration de la diacétylmorphine (voie orale, intraveineuse, intramusculaire) est défini au début du traitement en accord avec le patient ou la patiente. Il est également possible de recourir à des applications mixtes, en combinant généralement la voie orale et intraveineuse. Alors que cette pratique était en augmentation jusqu'en 2022, la tendance ne s'est pas poursuivie. Par ailleurs, le nombre d'administrations par voie nasale, autorisée pour la première fois en 2020, est en augmentation.

Comme les années précédentes, la majorité des nouveaux patients et patientes en 2024 ont déjà été traités pour un problème lié à une consommation de substance illicite. Les traitements antérieurs consistaient essentiellement de traitements par agonistes opioïdes. Ce résultat est attendu, car l'existence de traitements préalables est une condition d'admission au programme de traitement avec prescription de diacétylmorphine. Parmi les réadmissions, près de 60% des patients et patientes ont auparavant déjà tenté un sevrage avec un accompagnement professionnel.

Comme les années précédentes, environ 40% des patients et patientes admis pour la première fois en traitement se rendent dans un centre DAM de leur propre initiative ou sur les conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances.

Au moment de leur admission (cf. Chapitre 4), surtout lorsqu'il s'agit de la première admission, la plupart des patients et patientes (77.1%) se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (voir Table 3 et Table A3 en Annexes). L'administration par voie orale a augmenté par rapport à 2023 (77.1% contre 69.7%) alors que l'administration par voies multiples a légèrement diminué à 5.3% (7.0% en 2023). Il s'agit en général d'administrations combinées par voie orale et voie intraveineuse (généralement l'administration par voie intraveineuse en institution, combinée avec l'administration par voie orale de doses à emporter).

Dans les cas des réadmissions, on observe une proportion plus faible d'administrations par voie orale et une proportion plus élevée par voie intraveineuse (voir Table 3). Ce résultat suggère que les traitements exclusivement oraux ne se révèlent pas toujours efficaces sur le long terme et pourraient contribuer à une interruption de traitement. L'administration purement orale est alors plus souvent modifiée en faveur d'une administration par voie intraveineuse et par voies multiples lors de la reprise du traitement. Le constat d'un recours accru aux traitements intraveineux et d'un recul des traitements uniquement par voie orale lors des réadmissions avait déjà été établi les années précédentes.

Les premières administrations par voie nasale ont été introduites en 2022. Bien qu'elles restent relativement rares, leur nombre semble augmenter chaque année pour atteindre 6.1% en 2024.

Table 3 : Voie d'administration prévue au début du traitement, par type d'admission (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 131)	%	n (total = 47)	%
Voie intraveineuse	15	11.5%	17	36.2%
Voie orale	101	77.1%	26	55.3%
Voie intramusculaire	0	0.0%	1	2.1%
Voie nasale	8	6.1%	0	0.0%
Voies multiples	7	5.3%	3	6.4%

Remarques : Pourcentages en colonne ; 3 valeurs manquantes pour les premières admissions et 5 pour les réadmissions.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A3 en Annexes.

Conformément aux critères d'admission fixés à l'art. 10 de l'OASTup pour le traitement avec prescription de diacétylmorphine, presque tous les patients et patientes admis pour la première fois ont déjà été traités pour des problèmes de dépendance (Table 4). Selon le même article, certains patients ou patientes peuvent néanmoins exceptionnellement commencer un traitement par prescription de diacétylmorphine sans avoir suivi de traitements préalables. En effet, 91.4% ont déjà été traités pour l'usage de substances illégales lors de leur première admission (voir Table 4). Un peu moins d'un quart (22.6%, chiffre non présenté dans la Table) des patients et patientes a déjà été traités pour des problèmes liés à plusieurs substances (contre 31.5% en 2023).

Table 4 : Traitements suivis précédemment, par type de substance ou comportement (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 128)	%	n (total = 47)	%
Alcool	22	17.2%	6	12.8%
Substances illégales	117	91.4%	45	95.7%
Médicaments	14	10.9%	9	19.1%
Tabac	7	5.5%	1	2.1%
Addictions comportementales	2	1.6%	2	4.3%

Remarques : Plusieurs réponses sont possibles ; 6 valeurs manquantes pour les premières admissions et 5 pour les réadmissions
Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A4 en Annexes.

Dans l'ensemble, près de 9 patients et patientes sur 10 ont déjà bénéficié d'au moins un suivi avant de commencer leur traitement (90.3%, chiffre non présenté dans la Table). Parmi celles et ceux ayant déjà été pris en charge auparavant, les traitements par agonistes opioïdes figurent parmi les suivis antérieurs les plus fréquemment cités lors de la première admission (voir Table 5). Les patients et patientes réadmis ont, quant à eux, souvent tenté un sevrage avec un accompagnement professionnel (59.6%) ou un autre traitement par agonistes opioïdes (72.3%).

Table 5 : Traitements pour des problèmes liés aux opioïdes déjà suivis par les patients et patientes DAM (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 121)	%	n (total = 47)	%
Traitements par agonistes opioïdes	116	95.9%	34	72.3%
Prescription de diacétylmorphine	13	10.7%	42	89.4%
Thérapie résidentielle	49	40.5%	21	44.7%
Sevrage avec accompagnement professionnel	57	47.1%	28	59.6%
Autres	15	12.4%	6	12.8%

Remarques : Plusieurs réponses possibles ; 13 valeurs manquantes pour les premières admissions et 5 pour les réadmissions.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A5 en Annexes.

Comme les années précédentes, l'orientation des patients et patientes vers un centre de traitement pour une première admission passe, dans la plupart des cas, avec le soutien d'autres acteurs de la santé (cabinet médical, autre établissement de la santé ou autre service sanitaire ; Table 6). Pour les premières admissions, on observe même une augmentation des placements passant par des établissements spécialisés dans les addictions (2024 : 30.8% ; 2023 : 19.5% ; 2022 : 21.7%, voir Table 6 et Table A6). Cependant, une part relativement importante des admissions (40%) résulte de la propre initiative des patients et patientes ou sur les conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances, donc sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste. Les placements faisant suite à une condamnation sont, en termes relatifs, plus fréquents lors des réadmissions (9.5% contre 1.7% pour les premières admissions). Les chiffres sont globalement stables par rapport aux années précédentes.

Table 6 : Origine du placement en centre DAM (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 120)	%	n (total = 42)	%
Condamnation / mesure / autorité judiciaire / police	2	1.7%	4	9.5%
Cabinet médical	16	13.3%	8	19.0%
Autre établissement spécialisé dans les addictions	37	30.8%	10	23.8%
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	10	8.3%	4	9.5%
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	48	40.0%	14	33.3%
Autre	7	5.8%	2	4.8%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 14 valeurs manquantes pour les premières admissions et 10 pour les réadmissions. Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A6 en Annexes.

6 Données sociodémographiques

En 2024, comme les années précédentes, la majorité des patients et patientes admis en traitement sont célibataires. Les patients et patientes admis pour la première fois vivent généralement seuls ou avec un ou une partenaire et/ou enfants. Les personnes réadmisses sont plus nombreuses à sortir de prison, d'un établissement thérapeutique ou d'un hôpital.

Trois quarts des patients et patientes admis pour la première fois et un peu plus de la moitié des patients et patientes réadmis ont un domicile fixe en 2024. Ce taux varie d'une année à l'autre pour les premières admissions mais semble diminuer depuis 2022 pour les réadmissions.

La majorité des patients et patientes vivent d'une rente, de l'aide sociale et d'allocations d'incapacité de travail. Près d'un quart travaillent à temps partiel, complet ou en emplois occasionnels.

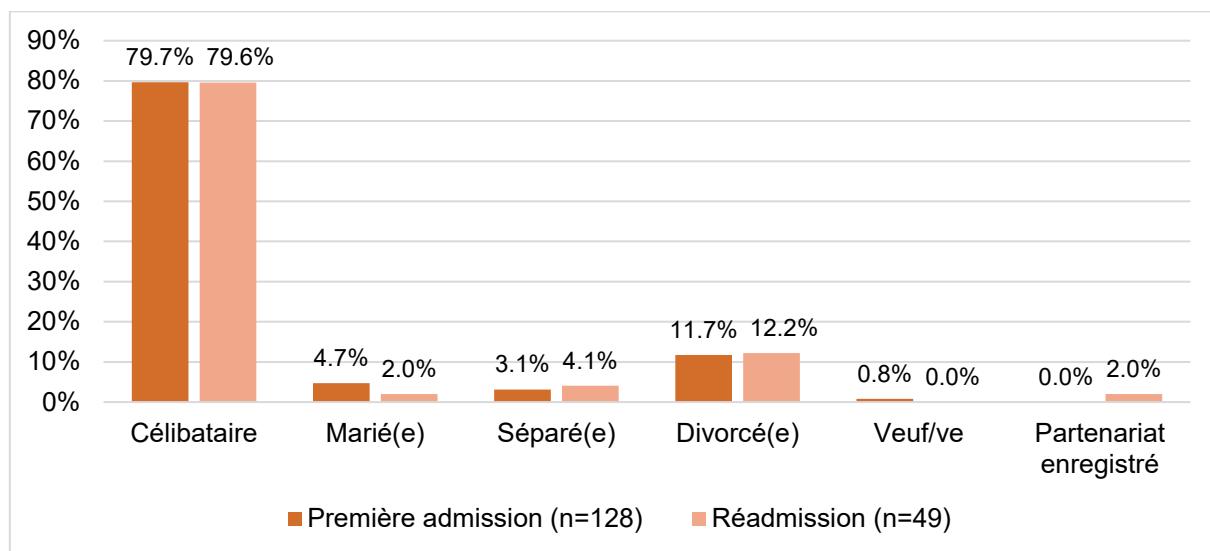
La majorité des patients et patientes ont terminé au moins une formation d'une durée de deux à quatre ans. La proportion de personnes sans formation ou ayant seulement terminé l'école obligatoire s'élève à 37.0% en 2024.

Il est à noter que les données récoltées lors des réadmissions (y compris les transferts depuis d'autres institutions) constituent souvent l'unique source permettant d'observer l'évolution des conditions de vie des patients et patientes.

Sur les 134 premières admissions en 2024, 102 (76.1%) patients et patientes possèdent la nationalité suisse. Depuis 2019, le taux de personnes de nationalité étrangère varie entre 16.3% et 32.5% selon les années. Ces trois dernières années, le taux s'est néanmoins stabilisé autour d'un quart des nouvelles admissions (2024 : 23.9% ; 2023 : 27.9% ; 2022 : 24.6% ; chiffres non présentés dans une Table), un chiffre similaire à celui de la population générale en Suisse (26.8%; Office fédéral de la statistique (OFS), 2024).

Comme les années précédentes, la majorité des patients et patientes admis en traitement en 2024 sont célibataires. Environ 12% sont divorcés (voir Figure 4). Il y a peu de différences entre les premières admissions et les réadmissions.

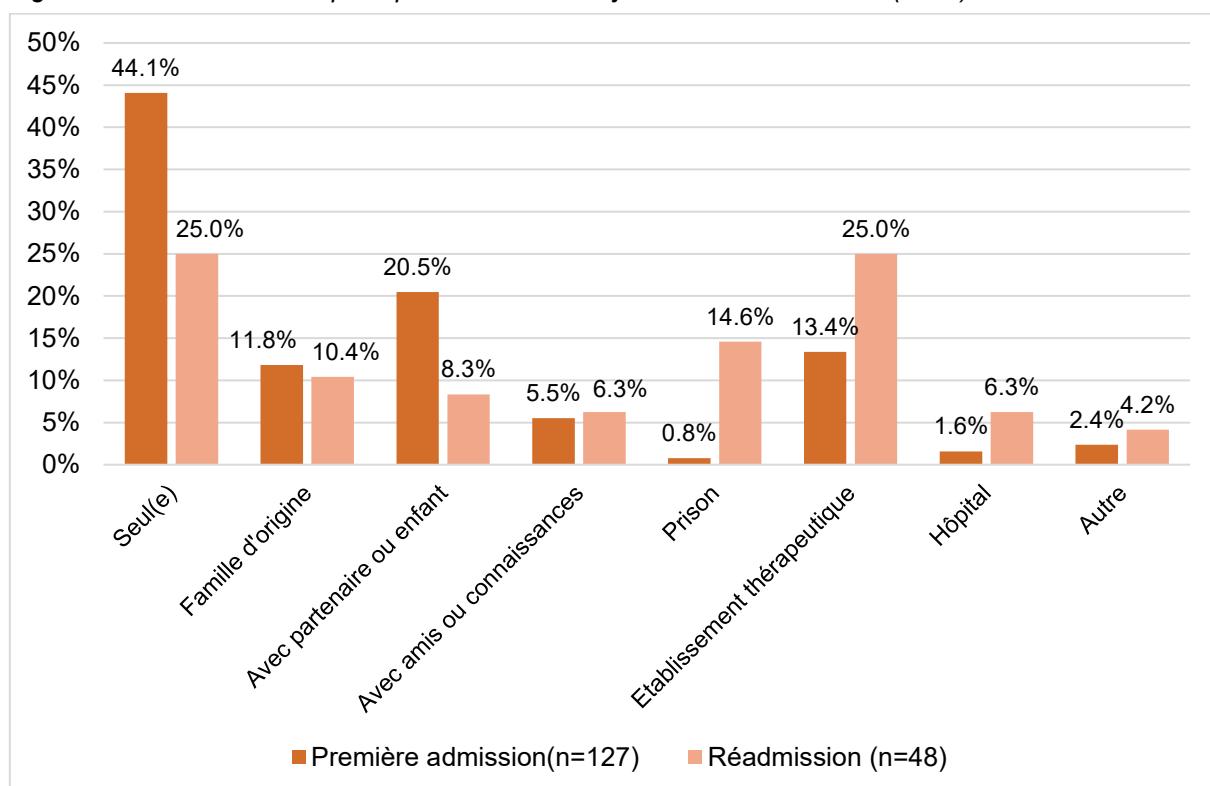
Figure 4 : État civil au moment de l'admission (2024)



Remarques : 6 valeurs manquantes pour les premières admissions et 3 pour les réadmissions.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A2 en Annexes.

Parmi les patients et patientes admis pour la première fois, les situations de vie avant l'admission les plus fréquentes consistent à vivre seul ou avec un ou une partenaire et/ou des enfants (Figure 5). Les personnes réadmisses sont, quant à elles, plus nombreuses à sortir de prison, d'un établissement thérapeutique ou d'un hôpital. La proportion de personnes vivant seules parmi les patients et patientes réadmis est en constante diminution depuis 2020. Elle est de 31.1% en 2023 et 25.0% en 2024. Ce recul est dû à davantage de réadmissions suite à un séjour en prison ou en établissement thérapeutique.

Figure 5 : Situation de vie principale durant les 30 jours avant l'admission (2024)



Remarques : Total = 100% ; 7 valeurs manquantes pour les premières admissions et 4 pour les réadmissions.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A3 en Annexes

Le fait que les patients et patientes admis pour la première fois soient plus nombreux à vivre avec un partenaire, leurs enfants ou leur famille d'origine (voir Figure 5 pour 2024 et Figure A3 en Annexes pour 2023) pourrait s'expliquer par le fait que, en comparaison avec les personnes réadmisses, ils n'ont encore pas parcouru un si long chemin dans l'addiction, si bien que les effets de la désocialisation ne sont pas aussi marqués.

On observe des différences entre les sexes au niveau de la situation de vie avant l'admission. Près de la moitié des hommes (46.5%, contre 34.6% des femmes) vivaient seuls au cours des 30 jours précédant leur admission, tandis que près de la moitié des femmes (46.2%, contre 13.9% des hommes) vivaient avec un partenaire ou leurs enfants (voir Table 7). Ces différences pouvaient déjà s'observer les deux années précédentes.

Table 7 : Situation de vie principale durant les 30 derniers jours avant la première admission, selon le sexe (2024)

	Hommes (n = 101)	Femmes (n = 26)	Total (n = 127)
Seul(e)	46.5%	34.6%	44.1%
Famille d'origine	13.9%	3.8%	11.8%
Avec partenaire ou enfant	13.9%	46.2%	20.5%
Avec des amis ou connaissances	6.9%	0.0%	5.5%
Prison	1.0%	0.0%	0.8%
Etablissement thérapeutique	13.9%	11.5%	13.4%
Hôpital	1.0%	3.8%	1.6%
Autre	3.0%	0.0%	2.4%

Remarques : Pourcentages en colonne ; 7 valeurs manquantes.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A7 en Annexes

En ce qui concerne la vie avec les enfants, il y a également peu de différences par rapport aux années précédentes. Environ deux tiers des patients et patientes n'ont pas d'enfant (78.6%, voir Table 8). Parmi celles et ceux qui ont eu un ou plusieurs enfants, la grande majorité ne vivent pas dans le même foyer (p.ex. 19.0% vs 1.6% vivant avec leur(s) enfant(s) pour les premières admissions). Il n'y a que peu de différence entre les admissions et les réadmissions.

Table 8 : Situation de vie avec les enfants (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 126)	%	n (total = 47)	%
Sans enfants	99	78.6%	37	78.7%
Ne vit pas avec son / ses enfant(s)	24	19.0%	9	19.1%
Vit avec son/ses enfant(s)	2	1.6%	1	2.1%
Inconnu	1	0.8%	0	0.0%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 8 valeurs manquantes pour les premières admissions et 5 pour les réadmissions.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A8 en Annexes

Comme le montre la Table 9, 76.0% des patients et patientes admis pour la première fois en traitement en 2024 avaient préalablement un domicile fixe. Ce pourcentage est proche de celui de 2023 (72.3%, voir Table A9 en Annexes). Bien que cela reste la situation dominante, les patients et patientes réadmis avaient moins souvent un domicile fixe (55.1%) que lors d'une première admission et sont plus nombreux à sortir de prison (14.3%) ou d'un établissement thérapeutique (18.4%, voir Table 9).

Table 9 : Principale situation de logement durant les 30 jours avant l'admission (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 129)	%	n (total = 49)	%
Domicile fixe	98	76.0%	27	55.1%
Situation instable	17	13.2%	6	12.2%
Prison	1	0.8%	7	14.3%
Établissement thérapeutique	13	10.1%	9	18.4%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 5 valeurs manquantes pour les premières admissions et 3 pour les réadmissions. Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A9 en Annexes.

Trois quarts des patients et patientes admis pour la première fois en traitement vivent de l'aide sociale (37.2%) ou d'une rente AVS ou AI (38.0%; voir Table 10). La proportion de patients et patientes vivant du revenu d'une activité professionnelle est, avec 16.5%, légèrement supérieure à 2023 pour les nouvelles admissions (13.1%, voir Table A10 en Annexes). Pour le reste, on ne constate pas de différence notable par rapport à l'année précédente. En ce qui concerne les réadmissions, 80% des patients et patientes vivent de l'aide sociale ou d'une rente AVS ou AI.

Table 10 : Principal moyen de subsistance durant les 30 derniers jours (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 129)	%	n (total = 48)	%
Revenu d'une activité lucrative	22	17.1%	5	10.4%
Économies	1	0.8%	0	0.0%
Rente AVS/AI	49	38.0%	17	35.4%
Aide sociale / assistance	48	37.2%	23	47.9%
Assurance-chômage	2	1.6%	0	0.0%
Soutien du partenaire	1	0.8%	0	0.0%
Soutien des parents, de proches ou d'amis	4	3.1%	1	2.1%
Trafic	0	0.0%	1	2.1%
Autres revenus illégaux	0	0.0%	0	0.0%
Sexe tarifé	0	0.0%	0	0.0%
Assurance d'indemnités journalières	1	0.8%	0	0.0%
Autre	1	0.8%	1	2.1%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 5 valeurs manquantes pour les premières admissions et 4 pour les réadmissions. Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A10 en Annexes.

Alors que la proportion de patients et patientes vivant de l'aide sociale était en baisse jusqu'en 2023 (19.6%, voir Table A10 en Annexes), on observe des taux élevés en 2024 (47.9%, voir Table 10). A l'inverse, les patients et patientes touchant une rente sont moins nombreux (35.4%) que l'année précédente (56.5%, voir Table A10 en Annexes).

En 2024, 23.4% (contre 15.1% en 2023) des patients et patientes admis pour la première fois exercent une activité professionnelle (travail à temps complet, à temps partiel ou emplois occasionnels ; Table 11). Ainsi, la majorité sont soit au chômage (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 37.1% contre 42.4% en 2023) soit en dehors du marché du travail (bénéficiaire de rente, incapacité de travail, femme ou homme au foyer ; à hauteur de 35.5% en 2023 et 2024 ; voir Table 11).

En ce qui concerne les réadmissions, 9.1% des patients et patientes exercent une activité professionnelle, une proportion en diminution par rapport à 2023 (11.5%). La proportion de patients et patientes au chômage sans recherche active d'emploi est de 40.9% en 2024 et 14.9% en 2023 (voir Table A11 en Annexes).

Table 11 : Situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours (2024)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 124)	%	n (total = 44)	%
Travail à plein temps (70% ou plus)	19	15.3%	4	9.1%
Travail à temps partiel	6	4.8%	0	0.0%
Emplois occasionnels	4	3.2%	0	0.0%
En formation	2	1.6%	0	0.0%
Au chômage, en recherche active d'emploi	13	10.5%	0	0.0%
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	33	26.6%	18	40.9%
Bénéficiaire de rente (pension, AVS, réserves financières)	12	9.7%	2	4.5%
Incapacité de travail (AI / indemnités journalières)	32	25.8%	15	34.1%
Homme / femme au foyer	0	0.0%	0	0.0%
Autre	3	2.4%	5	11.4%

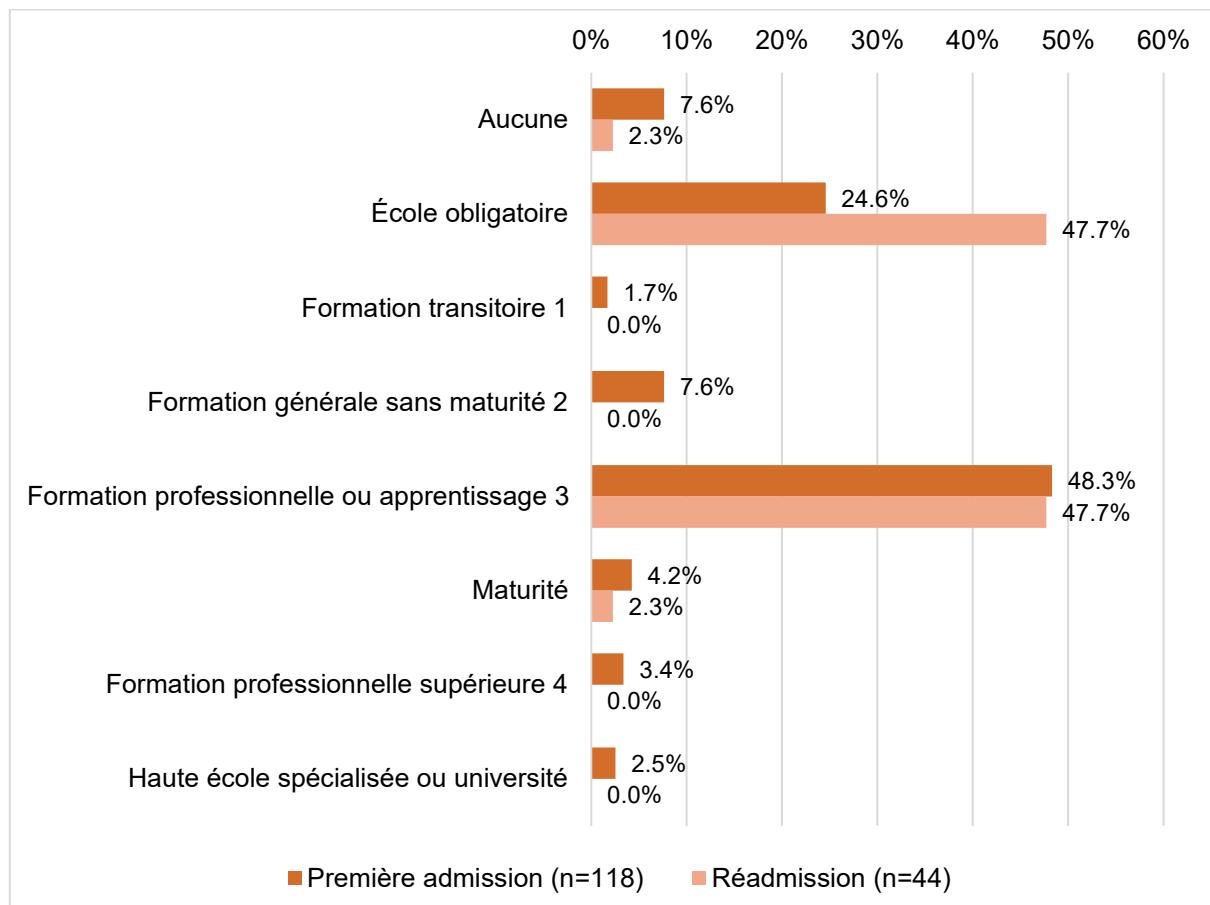
Remarques : Pourcentage en colonne; 10 valeurs manquantes pour les premières admissions et 8 pour les réadmissions.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A11 en Annexes.

A titre de comparaison avec la Table 10, les rentes AVS/AI sont distribuées entre bénéficiaire de rente et incapacité de travail. Les personnes à l'aide sociale se retrouvent principalement dans la catégorie au chômage (avec ou sans recherche d'emploi).

En ce qui concerne le niveau de formation en 2024, un tiers (32.2%) des patients et patientes admis pour la première fois et la moitié (50%) des patients et patientes réadmis n'ont aucune formation ou ont seulement terminé l'école obligatoire. A l'inverse, plus de la moitié (58.5%) des patients et patientes admis pour la première fois ont achevé une formation professionnelle initiale ou une formation d'un niveau plus élevé (voir Figure 6).

Figure 6 : Niveau de formation le plus élevé (2024)



Remarques : 16 valeurs manquantes pour les premières admissions et 8 pour les réadmissions. Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A4 en Annexes.

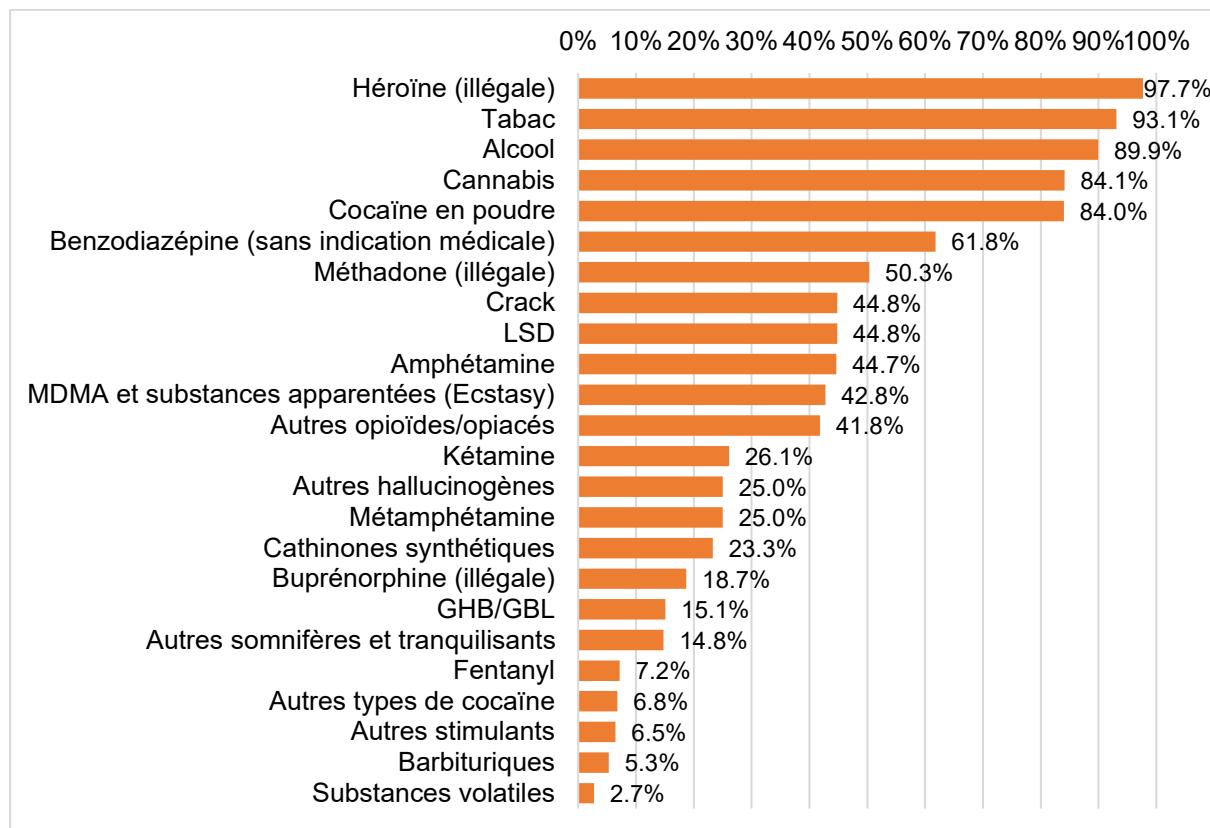
- 1 : **formation de 1 an** : préapprentissage, année d'école supplémentaire, école d'orientation professionnelle, année d'enseignement ménager, école de langue avec certificat, année d'engagement social, formation transitoire ou équivalente
- 2 : **formation de 2 à 3 ans** : école de degré diplôme, 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), IES ou formation équivalente

7 Consommation de substances

Les patients et patientes DAM ont souvent consommé plusieurs substances durant leur vie. Outre l'héroïne et les substances addictives légales que sont l'alcool et le tabac, ils ont consommé notamment du cannabis, de la cocaïne en poudre, du crack, des benzodiazépines, du LSD, et des amphétamines. De même, durant les 30 jours précédant leur admission, les patients et patientes consommaient régulièrement non seulement de l'héroïne, mais aussi du cannabis, de l'alcool et du tabac. Les données sur l'âge de début de la consommation suggèrent que les personnes commencent souvent tôt, à l'adolescence, à consommer de l'alcool, du tabac et/ou du cannabis. Les patients et patientes qui ont consommé d'autres substances illégales comme la cocaïne ou l'héroïne, commencent en moyenne avant l'âge de 20 ans. L'initiation aux substances telles que la méthadone, le crack ou les benzodiazépines survient plus tard, généralement vers l'âge de 25 ans.

Afin de disposer d'un plus grand nombre de cas et en raison de nombreuses valeurs manquantes, toutes les admissions, y compris les réadmissions, ont été utilisées. Les Tables 12 et 13 présentent les résultats concernant la consommation de substances au cours de la vie (prévalence à vie), l'âge de première consommation et le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours.

Figure 7 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances par ordre d'importance sur l'ensemble des admissions (2024)



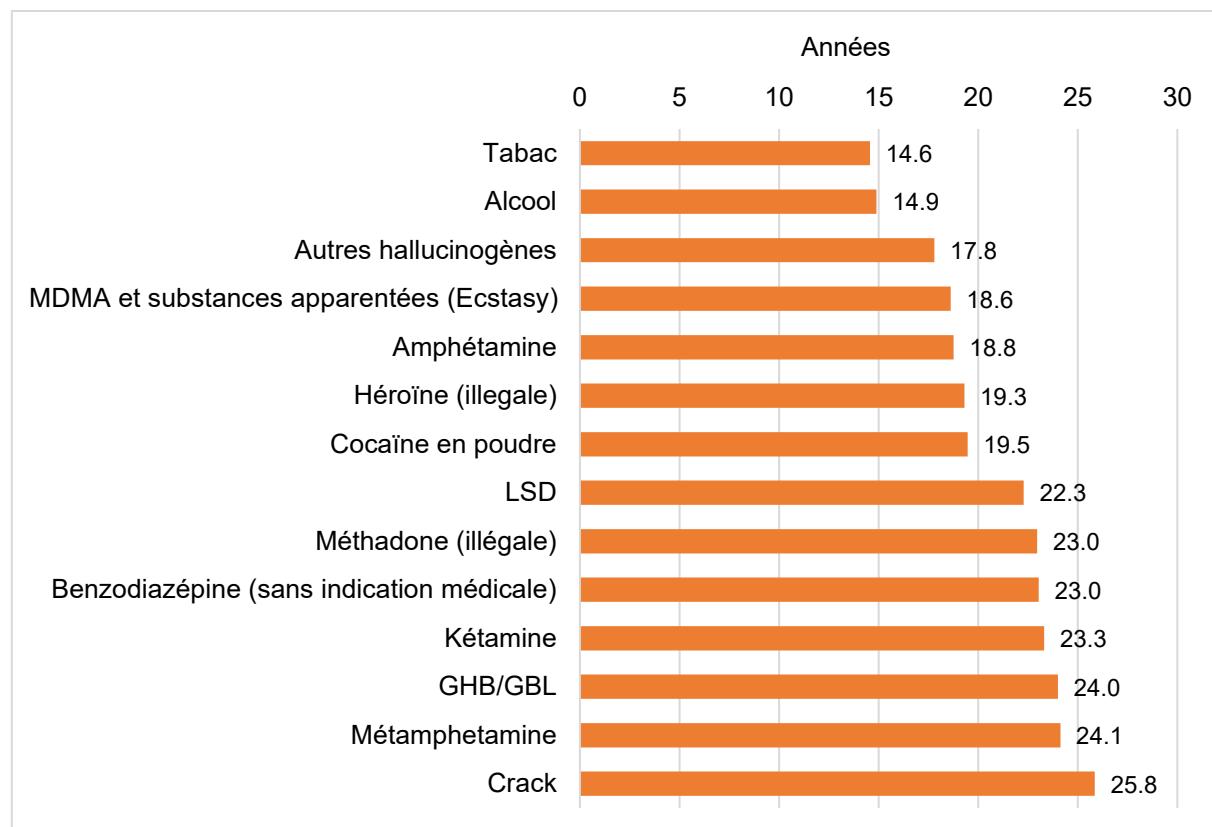
Remarques : Plusieurs réponses possibles. Les analyses incluent les premières admissions et les réadmissions 2024. Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A5 en Annexes.

La Figure 7 montre les prévalences de consommation à vie de substances, par ordre d'importance, parmi les patients et patientes admis en 2024. L'ordre a peu changé par rapport aux années précédentes. En plus de l'héroïne, la grande majorité des patients et patientes ont consommé durant leur vie du tabac, de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, des benzodiazépines, du LSD et des amphétamines. En 2023 et 2024, la consommation de benzodiazépine, amphétamine, MDMA et autres substances apparentées a diminué en comparaison des taux de 2022. Au contraire, la consommation de crack a augmenté (2024 : 44.5%; 2023 : 45.6% ; 2022 : 40.1%).

La Figure 8 montre l'âge moyen de première consommation pour diverses substances (calculé uniquement pour les patients et patientes ayant consommé la substance en question au cours de leur vie). L'âge minimal et l'âge maximal de première consommation pour chaque substance sont indiqués dans la Table 12.

En 2024, comme au cours des deux années précédentes, les patients et patientes admis ont en moyenne commencé à consommer de l'héroïne vers l'âge de 19 ans. Pour les substances légales et le cannabis, on observe généralement un début de consommation plus précoce (entre 14 et 16 ans) alors qu'il est plus tardif pour la méthadone, les benzodiazépines, la kétamine, le GHB, ou le crack (entre 23 et 26 ans). Par rapport à l'année précédente, l'âge moyen de début de consommation est resté stable pour l'ensemble des produits.

Figure 8 : Âge de première consommation de substance, par ordre d'ancienneté sur l'ensemble des admissions (2024)



Remarques : Les catégories 'autres types de cocaïne hors crack et poudre', 'autres stimulants', 'autres somnifères et tranquillisants', ainsi que 'autres hallucinogènes' ne figurent pas dans la Figure ci-dessus. Les substances volatiles, les barbituriques et les cathinones synthétiques n'y figurent pas non plus, en raison du nombre faible de cas. Ces substances sont toutefois présentes dans la Table 10.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A6 en Annexes.

Table 12 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances (sans indication médicale) et âge de première consommation (2024)

	Prévalence à vie (n = 186)		Âge de première consommation			
	n	Taux de prévalence	n	min.	max.	Âge moyen
Alcool	171	90.1%	111	6	49	14.9
Héroïne	176	97.7%	136	7	40	19.3
Méthadone	149	49.7%	47	15	39	23.0
Buprénorphine	148	14.9%	14	10	40	25.7
Fentanyl	141	7.1%	8	10	37	21.5
Autres opioïdes/opiacés	136	25.7%	25	10	38	23.8
Cocaïne en poudre	177	84.2%	114	10	41	19.5
Crack	155	44.5%	53	11	62	25.8
Autre type de cocaïne	140	11.4%	12	10	48	21.8
Amphétamine	154	41.6%	47	7	50	18.8
Métamphétamines	145	24.8%	24	10	55	24.1
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	146	42.5%	47	8	40	18.6
Cathinones synthétiques	145	24.8%	2	24	26	25.0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	133	5.3%	6	7	40	19.7
Barbituriques	149	6.7%	8	16	40	24.1
Benzodiazépine	167	61.7%	66	9	50	23.0
GHB/GBL	150	14.7%	17	15	41	24.0
Autres somnifères et tranquillisants	140	6.4%	7	7	30	22.3
LSD	151	44.4%	49	14	40	19.5
Kétamine	147	23.1%	29	13	38	23.3
Autres hallucinogènes	140	18.6%	20	13	24	17.8
Substances volatiles	147	2.7%	3	12	16	14.0
Cannabis	172	83.7%	106	8	57	15.0
Tabac	176	93.2%	125	6	40	14.6

Remarques : Plusieurs réponses possibles.

Les questions relatives à la consommation à vie d'une substance concernent uniquement son usage abusif, à l'exclusion de toute utilisation thérapeutique.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A12 en Annexes.

Parmi les patients et patientes ayant consommé une substance donnée dans les 30 jours précédant l'admission, la fréquence de consommation est particulièrement élevée, dépassant 10 jours pour la plupart des substances. Parmi les consommateurs et consommatrices d'héroïne illégale, de tabac et de cannabis, le nombre de jours moyen se monte à 20 jours ou plus (Table 13).

Table 13 : Fréquences de consommation de substances (sans indication médicale) durant les 30 jours avant l'admission (2024)

	Toutes les admissions							Usager et usagères uniquement	
	n	Aucune consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours	Moyenne (en jours)	n	Moyenne (en jours)	
Alcool	105	36.2%	32.4%	8.6%	22.9%	8.9	67	14.0	
Héroïne	127	18.1%	16.5%	6.3%	59.1%	18.7	104	22.8	
Méthadone	39	51.3%	17.9%	10.3%	20.5%	7.5	19	15.3	
Buprénorphine	10	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.2	1	2.0	
Fentanyl	8	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Autres opioïdes/opiacés	20	55.0%	25.0%	5.0%	15.0%	6.1	9	13.6	
Cocaine en poudre	93	36.6%	29.0%	10.8%	23.7%	8.9	59	14.0	
Crack	42	35.7%	28.6%	11.9%	23.8%	9.3	27	14.4	
Autre type de cocaïne	9	77.8%	22.2%	0.0%	0.0%	1.3	2	6.0	
Amphétamine	30	86.7%	3.3%	3.3%	6.7%	2.1	4	15.5	
Métamphétamines	19	68.4%	0.0%	10.5%	21.1%	6.9	6	21.8	
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	33	93.9%	6.1%	0.0%	0.0%	0.1	2	1.0	
Cathinones synthétiques	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Autres stimulants (méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	5	40.0%	40.0%	0.0%	20.0%	7.2	3	12.0	
Barbituriques	5	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	6.2	2	15.5	
Benzodiazépine	63	41.3%	25.4%	11.1%	22.2%	8.7	37	14.8	
GHB/GBL	9	88.9%	0.0%	0.0%	11.1%	3.1	1	28.0	
Autres somnifères et tranquillisants	7	71.4%	14.3%	14.3%	0.0%	4.9	2	17.0	
LSD	34	94.1%	2.9%	0.0%	2.9%	0.9	2	15.5	
Kétamine	18	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	0.3	2	3.0	
Autres hallucinogènes	17	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Substances volatiles	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Cannabis	93	33.3%	14.0%	9.7%	43.0%	13.4	62	20.1	
Tabac	116	2.6%	0.9%	2.6%	94.0%	28.3	113	29.1	

Remarques : Plusieurs réponses possibles.

Les questions relatives à la consommation durant les 30 derniers jours avant l'admission d'une substance concernent uniquement son usage abusif, à l'exclusion de toute utilisation thérapeutique.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A13 en Annexes.

8 Hépatites et VIH

Lors de l'évaluation des données relatives aux hépatites et au VIH, tous les patients et patientes admis en traitement pour lesquels des résultats de tests ou des données sur le statut de vaccination sont disponibles ont été pris en compte. Les résultats des tests de dépistage de l'hépatite B à disposition ne permettent pas de distinguer les infections aiguës et chroniques.

8.1 Usage intraveineux

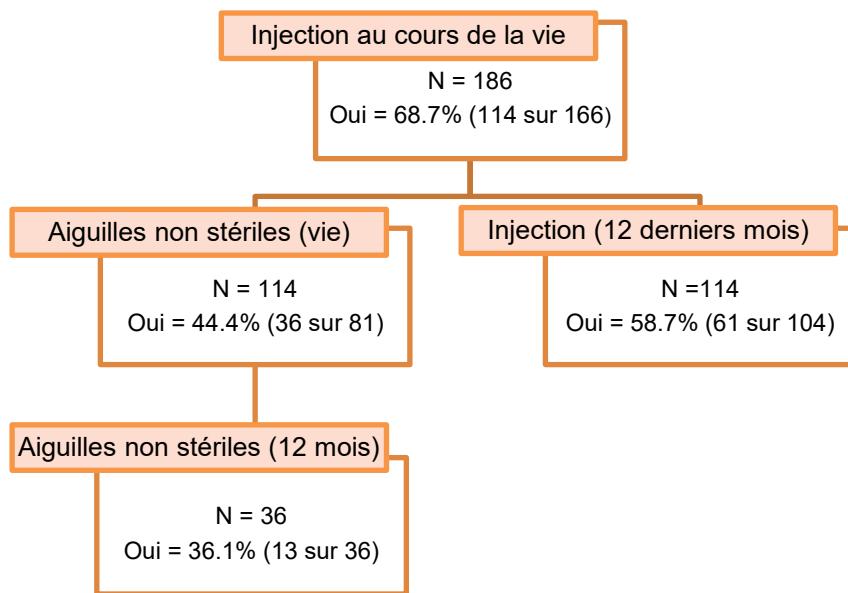
Plus de deux tiers des patients et patientes (68.7%) ont commencé un traitement avec prescription de diacétylmorphine tout en déclarant avoir déjà consommé des substances par voie intraveineuse. Par ailleurs, près de 20% des patients et patientes ont déjà utilisé du matériel d'injection non stérile au cours de leur vie, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux hépatites et au VIH. Au cours des douze derniers mois, environ 7% des patients et patientes ont utilisé du matériel non stérile, soit une légère augmentation par rapport aux deux années précédentes.

Outre les rapports sexuels non protégés, l'usage de seringues non stériles est l'une des principales voies de transmission des hépatites et du VIH. Il s'agit donc d'une problématique particulièrement importante chez les patients et patientes DAM. Les statistiques présentées ci-après prennent en compte l'ensemble des admissions, y compris les réadmissions.

Comme les années précédentes, environ deux tiers (68.7%) des patients et patientes admis en traitement DAM en 2024 déclarent avoir déjà consommé des substances par voie intraveineuse au cours de leur vie (voir Figure 9 ; 65.1% en 2023, 72.6% en 2022). Par ailleurs, 32.8% (61 sur 186 admissions, voir Figure 9) des patients et patientes a eu recours à l'injection dans les douze mois précédent leur admission. La proportion de patients et patientes avec une consommation par voie intraveineuse au cours des douze derniers mois a peu varié ces dernières années (2023 : 30.0% ; 2022 : 34.7%, voir Figure A7 en Annexes).

Près de 19.3% des patients et patientes (36 sur 186 admissions) ont déjà utilisé des seringues potentiellement non stériles au moins une fois dans leur vie et 7.0% au cours des douze mois précédent le début du traitement. Ce dernier chiffre représente une augmentation par rapport à 2023 (3.5%, voir Figure A7 en Annexes).

Figure 9 : Comportement d'injection parmi les patients et patientes admis en traitement (2024)



Remarque : Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A7 en Annexes.

8.2 Hépatite A

Le statut immunitaire de cette population vulnérable à l'hépatite A reste mal connu, tant en ce qui concerne la vaccination que le dépistage. Près de 68.8% des patients et patientes pourraient ne pas être immunisés (non immunisés ou statut inconnu). Il faudrait soit renforcer l'information et la prévention auprès de ces patients et patientes, soit inciter les institutions à accorder plus d'importance au dépistage lors des admissions.

L'hépatite A présente deux tableaux cliniques : le patient et patiente est soit positif (phase aiguë), soit négatif. La vaccination est recommandée, mais la guérison assure également une immunité à vie. En 2024, 57 cas d'hépatite A ont été recensés en Suisse (46 en 2023 et 39 en 2022), soit une hausse par rapport à 2022 (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2025a).

Sur les 186 patients et patientes admis en 2024 (réadmissions comprises), on ignore dans 79 cas (42.5%) à la fois s'ils sont vaccinés et s'ils ont effectué un test. Ce taux reste toutefois inférieur à l'année précédente (50.0% en 2023, voir table A14 en Annexes).

Parmi le reste des patients et patientes admis en traitement, 58 sont immunisés (31.2% de toutes les admissions et 54.2% des réponses valides), soit par vaccination soit par la guérison complète d'une infection. Au total, 39 personnes ont indiqué avoir une vaccination complète, soit 21.0% des 186 patients et patientes. Ce résultat est similaire à celui des années précédentes (2023 : 23.0%; 2022 : 21.8%). On observe néanmoins un peu plus de patients et patientes immunisés en 2024 (31.2% contre 26.0% en 2023 et 29.2% en 2022, voir Table 14 et Table A14 en Annexes).

Table 14 : Statut concernant l'hépatite A sur l'ensemble des admissions (2024)

	N (total = 186)	% des patients et patientes admis (n = 186)	% des résultats disponibles (n = 107)
Inconnu	79	42.5%	-
Négatif, donc patients et patientes non immunisés	49	26.3%	45.8%
Patients et patientes immunisés (vaccination, infection guérie)	58	31.2%	54.2%

Remarques : Pourcentages en colonne.

Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A14 en Annexes.

8.3 Hépatite B

Les données sur l'hépatite B sont insuffisantes en raison de l'absence fréquente de diagnostic. Il faudra comprendre à l'avenir pourquoi les tests de dépistage sont si rarement effectués. Malgré l'état lacunaire des données, il apparaît assez clairement que seul un faible nombre de patients et patientes sont infectés de manière aiguë ou chronique. Près d'un quart des patients et patientes (23.4%) ne seraient toutefois pas immunisés contre l'hépatite B.

En Suisse, quelque 62'000 personnes sont infectées par l'hépatite B (HépatiteSuisse, 2025a). Environ 5 à 10% des malades infectés à l'âge adulte développent une hépatite B chronique. À l'échelle mondiale et en Suisse, la prévalence et l'incidence de l'hépatite B ont 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%) concernent des personnes entre 30 et 59 ans (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2025b). Le risque d'infection lors de l'utilisation de matériel d'injection non stérile est environ 50 à 100 fois plus élevé pour l'hépatite B que pour le VIH (HépatiteSuisse, 2025a).

Trois marqueurs sont particulièrement importants. Les anticorps **anti-HBs** sont dirigés contre la protéine de la membrane située sur l'enveloppe du virus de l'hépatite B. Il s'agit d'anticorps produits par le système immunitaire et qui persistent même après une vaccination. Les **antigènes HBs (HBsAg)** indiquent la présence d'infections aiguës ou chroniques. Ils disparaissent après guérison. La présence d'anti-HBs après disparition des HBsAg indique une immunisation, apparue soit après une guérison complète, soit après une vaccination. Les **anticorps HBc (Anti-HBc)** permettent de savoir si le ou la patient et patiente a été en contact avec le virus. Le résultat est positif si le ou la patient et patiente a développé une hépatite B aiguë ou chronique ou s'il ou elle a guéri de la maladie (voir Table 15).

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, au cours des semaines suivant la dernière injection, une quantité d'anti-HBs permettant leur détection avec certitude. Or ce contrôle ultérieur est souvent négligé.

Table 15 : 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, aucun contact avec le virus

En 2024, un test de dépistage de l'hépatite B avait déjà été effectué pour 110 patients et patientes admis en traitement (59.1% ; 2023 : 50.0% ; 2022 : 50.0%) alors qu'aucune information n'est disponible (pas connu ou valeurs manquantes) pour 34.4% des patients et patientes (2023 : 45.5% ; 2022 : 45.8%). Seules douze personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test. Par ailleurs, 34 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 18.2% de l'ensemble des admissions (2023 : 16.2% ; 2022 : 14.8%). La fréquence des tests effectués lors de l'admission semble stable depuis 2022. Finalement, 65 autres personnes, soit 34.9% (2023 : 29.5% ; 2022 : 28.2%) ont déclaré avoir fait un test antérieurement.

Afin de pouvoir établir un diagnostic relativement sûr, il faut connaître au moins deux marqueurs, si possible les trois. Comme le montre la Table 16, les trois marqueurs ne sont toutefois disponibles que pour 23.7% (2023 : 42.5% ; 2022 : 23.6%) des patients et patientes admis, soit 44 personnes. La proportion des personnes pour lesquelles aucun marqueur n'était disponible varie d'une année à l'autre (2024 : 52.2% ; 2023 : 42.5% ; 2022 : 56.5%).

Table 16 : Dépistage de l'hépatite B sur l'ensemble des admissions (2024)

Marqueur	positif	négatif	% des admissions (n=186)
Anti-HBc	8	55	33.9%
Anti-HBs	43	28	38.2%
HBsAg	3	62	34.9%
Résultats de dépistage complets			23.7%
Aucun résultat			52.2%

Remarque : Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A15 en Annexes.

Afin de documenter les cas pour lesquels certains marqueurs sont manquants, les analyses ont également pris en compte si les patients et patientes avaient déjà été vaccinés. Pour 46.8% des patients et patientes (2023 : 55.5% ; 2022 : 55.1%), aucune information n'est disponible sur la vaccination (n = 87). Parmi les 99 personnes ayant fourni des indications, 56 ont indiqué une vaccination complète (2024 : 56.6% ; 2023 : 60.7% ; 2022 : 57.7%). Onze personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Pour huit personnes, aucun test n'a été effectué, car elles étaient déjà positives aux anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Onze personnes ont refusé d'effectuer un test, dix patients et patientes allaient le faire ultérieurement (la décision est prise) et trois personnes ont avancé d'autres raisons pour justifier leur refus de la vaccination (chiffres non présentés dans une table).

La Table 17 indique une estimation (*best guess*) du statut vis-à-vis de l'hépatite B pour 94 patients et patientes admis (sur 186) en prenant en compte le statut de vaccination et les résultats des tests de dépistages effectués.

Table 17 : Statut immunitaire présumé de l'hépatite B (2024)

	n (total = 94)	Pourcentage
Non immunisé	21	22%
Immunisé (vacciné)	34	36%
Immunisé (après guérison)	16	17%
Contact avec le virus (statut inconnu)	1	1%
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	0	0%
Aucun marqueur, mais vaccination complète	22	23%
Infection à l'hépatite B en cours	0	0%

Remarques : Les résultats 2023 sont présentés dans la Table A16 en Annexes.

8.4 Hépatite C

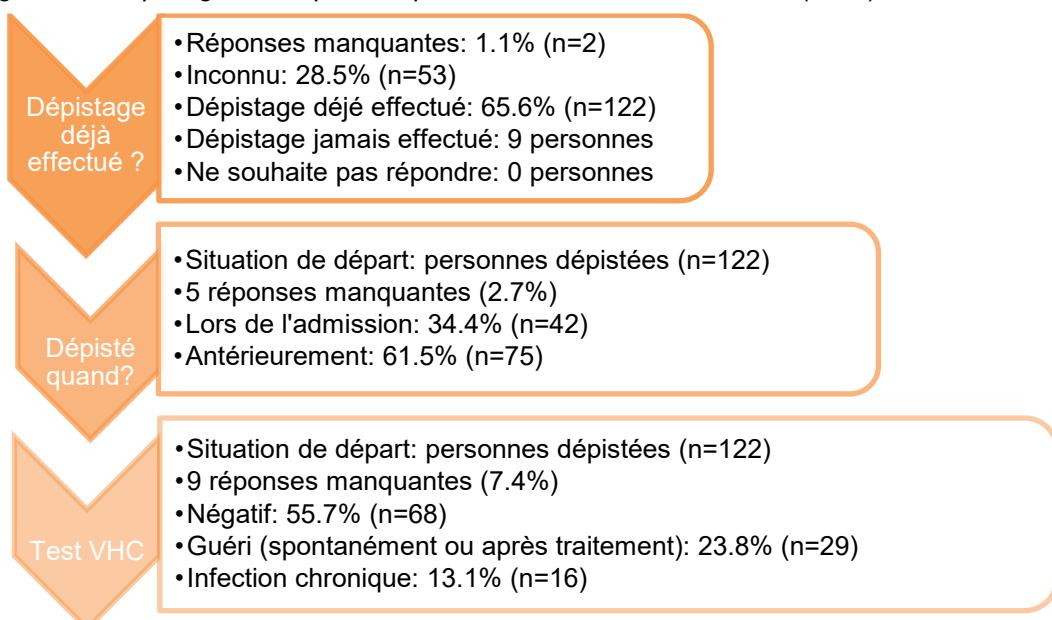
La qualité des données sur l'hépatite C dans le programme DAM s'est nettement améliorée ces dernières années. Le statut immunitaire de 38.7% des patients et patientes admis en 2024 reste toutefois inconnu. Cette proportion est plus faible que celle des deux dernières années (40.5% en 2023 et 42.6% en 2022). La majorité des personnes pour lesquelles les résultats du dépistage sont connus ont un test négatif. La prévalence des hépatites C chroniques se situe désormais autour de 13%.

En Suisse, environ 0,5% de la population est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC). Quelque 32 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique, et environ 900 à 1000 nouveaux diagnostics d'infection chronique sont signalés chaque année à l'OFSP (HépatiteSuisse, 2025b). La part des hommes parmi les cas est élevée et se situe autour de 75%. Les adultes entre 30 et 49 ans sont très touchés (environ la moitié des cas). La majorité des nouvelles infections diagnostiquées sont dues à la consommation par voie intraveineuse (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2025c).

Chaque année, on diagnostique le VHC chez environ 500 personnes qui consomment des substances par voie intraveineuse. Selon les estimations, entre 7700 et 15 400 consommateurs sont infectés par ce virus (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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 et patientes qui commencent un traitement avec prescription de diacétylmorphine (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2019).

Dans le cas de l'hépatite C, un examen annuel est recommandé. En effet, une infection par le virus de l'hépatite C, même guérie, ne confère pas d'immunité. Il est donc possible d'être à nouveau contaminé par ce même virus. Par ailleurs, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. Cependant, depuis peu, des médicaments efficaces sont disponibles ; ils préviennent la transmission de la maladie. Un dépistage et un traitement systématiques pourraient ainsi éliminer la maladie à moyen terme. L'OMS a fixé un objectif de réduction de 80% des infections aiguës et de 65% de la mortalité d'ici 2030 (World Health Organization [WHO], 2023)

Figure 10 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (2024)



Remarques : Les analyses se basent sur toutes les admissions, y compris les réadmissions.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A8 en Annexes.

Sur 186 patients et patientes admis en 2024, le statut immunitaire de 72 personnes vis-à-vis de l'hépatite C est inconnu (car valeurs manquantes ou aucun test effectué), soit 38.7% (2023 : 40.5% ; 2022 : 42.6%, chiffres non présentés dans la Table). En effet, on ignore pour 28.5% des patients et patientes s'ils ont effectué un dépistage (voir Figure 10). Ces résultats confirment en partie certaines estimations selon lesquelles entre un quart et la moitié des personnes suivant un traitement par agonistes opioïdes n'ont pas été dépistées (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2019). Pour 65.6% des patients et patientes (2023 : 62.5% ; 2022 : 63.4%), on sait qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat est parfois inconnu.

Parmi les patients et patientes dépistés, 34.4% (2023 : 36.5% ; 2022 : 27.4%) l'ont été au moment de leur admission, alors que 61.5% (2023 : 64.1% ; 2022 : 72.6%) avaient fait un test antérieurement (voir Figure 10), le dépistage remontant à plus d'une année pour environ un tiers d'entre eux. Par ailleurs, le résultat du dépistage est négatif dans 55.7% des cas (2023: 53.6% ; 2022 : 57.7%). Au moment du test, 23.8% des patients et patientes (2023 : 24.8% ; 2022 : 24.1%) étaient guéris et 13.1% (2023: 16.0% ; 2022 : 8.0%) étaient atteints d'une infection chronique.

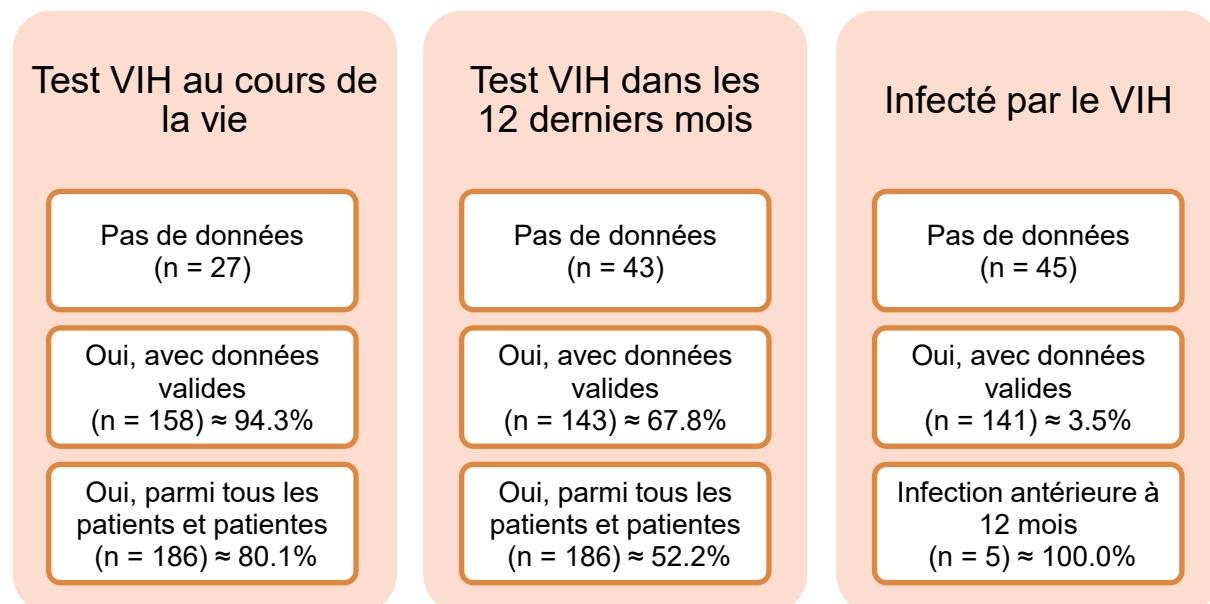
La proportion de patients et patientes DAM atteints d'hépatite chronique est en recul depuis des années. Selon Hiltebrand et al. (2018), elle s'élevait à 72.7% durant la période 2001-2004, reculant à 37.1% en 2013-2016, pour atteindre 33.3% en 2017. En 2019, la prévalence d'hépatites chroniques se situait à 19% et autour de 15% en 2021. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hiltebrand et al. (2018) ne se rapportaient qu'aux cas valables. Cela ne concernait que 6.1% des premières admissions pour 2001-2004, 51.4% pour 2013-2016 et 60.0% pour 2017. Depuis 2020, la proportion de cas valables se situe aux alentours de 70% (2024 : 70.4% ; 2023 : 67.5% ; 2022 : 66.7%). Il est possible qu'auparavant les dépistages n'étaient effectués qu'en cas de sérieux soupçons d'infection, ce qui pourrait expliquer en partie le recul apparemment marqué des hépatites chroniques. Les résultats suggèrent 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 avec probablement un effet préventif. Il conviendra néanmoins de ne pas réduire la fréquence des dépistages.

8.5 VIH

Selon les informations fournies lors de l'admission, 5 personnes admises en traitement DAM en 2024 était séropositives, soit 7 cas de moins que l'année d'avant. Il faut toutefois noter que seulement la moitié des patients et patientes admis a effectué un test au cours des douze derniers mois.

En 2024, 80.1% des patients et patientes admis ($n = 158$ sur 186) ont indiqué avoir déjà fait un test VIH au cours de leur vie (2023 : 77.0% ; 2022 : 77.8%). Seules neuf personnes ont déclaré n'avoir jamais fait de test, et une n'a pas souhaité répondre. En d'autres termes, 94.3% (2023 : 93.9%; 2022 : 94.9%) des patients et patientes pour lesquels on dispose de données ont déjà effectué un test VIH au cours de leur vie (voir Figure 11). Cependant, seulement 67.8% de ces patients et patientes (2023 : 62.7%; 2022 : 62.2%) ont effectué un test au cours des douze derniers mois, soit 52.2% de l'ensemble des patients et patientes admis (2023 : 44.5% ; 2022 : 42.6%). Cinq personnes sont séropositives, et toutes ont indiqué que leur infection remonte à plus de douze mois (2023 : 12 personnes, voir Figure A9).

Figure 11 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients et patientes admis (2024)



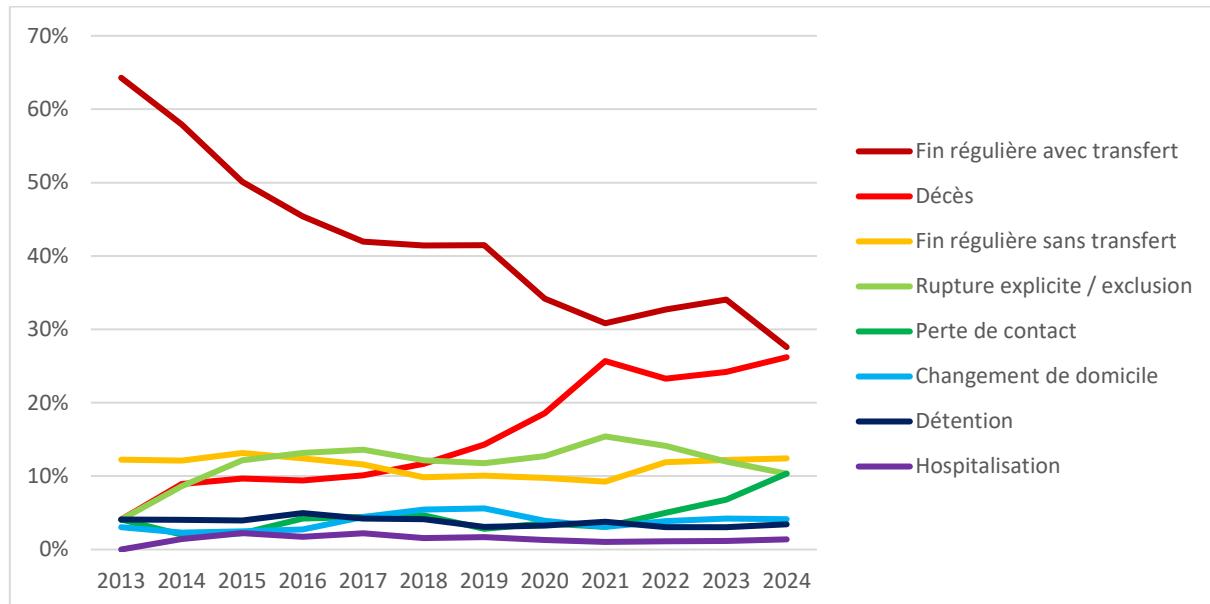
Remarques : Les analyses se basent sur toutes les admissions, y compris les réadmissions.
Les résultats 2023 sont présentés dans la Figure A9 en Annexes.

9 Raisons de fin de traitement

Depuis près d'une décennie, la part de décès parmi les fins de traitement DAM augmente pour atteindre 26% en 2024. A l'inverse, la part de fins régulières avec transfert diminue, alors que les autres raisons sont globalement stables.

Deux tendances principales se dégagent quant aux raisons d'interruption de traitement (voir Figure 12). D'une part, les transferts vers d'autres institutions ou le passage à un autre traitement ont nettement diminué depuis 2013, que ce soit dans le cadre d'un programme de traitement par prescription de diacétylmorphine au sein d'une autre institution, ou d'une transition vers un autre traitement par agonistes opioïdes. D'autre part, les décès ont considérablement augmenté, probablement liée au vieillissement de la cohorte de patients et patientes. En 2024, 38 décès ont été enregistrés (contre 31 en 2023 et 34 en 2022), ce qui correspond proportionnellement à 26% des fins du traitement, soit presque le double par rapport aux années 2019-2021 et plus du triple par rapport aux années 2013-2018. En 2024, l'âge moyen lors du décès est de 53.1 ans (min : 32 ; max : 69 ans).

Figure 12 : Raisons de fin de traitement (2013 à 2024)



Remarques : 9 valeurs manquantes ; voir Hiltbrand et al. (2018) ; Gmel et al. (2019) ; Gmel et al. (2020), Gmel et al. (2021), Gmel et al. (2022).

Les données sont représentées sous forme de moyenne lissée sur trois ans.

10 Troubles psychiques

Lors de la fin de leur traitement, la grande majorité des patients et patientes DAM présentent au moins un trouble mental ou comportemental diagnostiqué autre que celui lié à l'usage d'opioïdes. Dans la majorité des cas, s'y ajoutent des troubles liés à l'usage d'autres substances (p. ex., alcool, cannabinoïdes, cocaïne). En outre, elles souffrent également fréquemment de troubles de la personnalité et du comportement, généralement apparus durant l'enfance ou l'adolescence, ainsi que des troubles affectifs et schizophréniques.

Le présent chapitre porte sur les troubles diagnostiqués qui figurent au chapitre V de la classification CIM-10, intitulé « Troubles mentaux et du comportement » (ICD-10, 2008a), et qui font partie du questionnaire de fin de traitement DAM. Le degré d'exhaustivité des diagnostics pouvant varier d'une année à l'autre, les tendances sont toutefois à interpréter avec précaution.

En 2024, la grande majorité (90.9% ; Table 18) des patients et patientes arrêtant un traitement DAM présentent au moins un trouble mental ou comportemental diagnostiqué autre que celui lié à l'usage d'opioïdes (p. ex. alcool, cocaïne, trouble de la personnalité) et plus de la moitié (58.2%) présentent deux diagnostics ou plus.

Table 18 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux autres que ceux liés à l'usage d'opioïdes, par année, lors des fins de traitement (2022-2024)

	2024 (total = 110)		2023 (total = 122)		2022 (total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
Un autre diagnostic	36	32.7%	39	32.0%	31	35.6%
Deux autres diagnostics	40	36.4%	40	32.8%	20	23.0%
Trois autres diagnostics	15	13.6%	15	12.3%	16	18.4%
Quatre autres diagnostics	9	8.2%	11	9.0%	8	9.2%
Cinq autres diagnostics	0	0.0%	2	1.6%	1	1.1%

Remarques : Il s'agit de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement » (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, hormis les troubles liés aux opioïdes/opiacés) parmi les patients et patientes qui ont arrêté leur traitement dans un centre DAM.

Pourcentage en colonne ; 41 valeurs manquantes en 2024 ; 39 valeurs manquantes en 2023 ; 46 valeurs manquantes en 2022

En plus d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes, 85.4% des patients et patientes présentent au moins un autre trouble lié à l'usage de substances, le plus souvent en lien avec l'usage d'autres substances illégales (chiffre non-présentés dans la Table). Parmi les troubles les plus fréquents (voir Table 19), plus de la moitié (50.9%) des patients et patientes présentent un trouble lié à l'usage de cocaïne. L'augmentation de ce taux ces dernières années pourrait être liée à l'augmentation de l'usage de crack qui touche la Suisse depuis 2022 (Krizic et al., 2025). Une grande partie des patients et patientes DAM souffre également de troubles liés à l'usage de sédatifs ou d'hypnotiques (40.9%), d'alcool (23.6%), de cannabis (19.1%) et de tabac (22.7%).

Table 19 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux liés à l'usage de substances, par catégorie et année lors des fins de traitement (2022-2024)

	2024 (total = 110)		2023 (total = 122)		2022 (total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
F10 : Troubles liés à l'usage d'alcool	26	23.6%	38	31.1%	26	29.9%
F11 : Troubles liés à l'usage d'opioïdes	105	95.5%	119	97.5%	79	90.8%
F12 : Troubles liés à l'usage de dérivés du cannabis	21	19.1%	33	27.0%	17	19.5%
F13 : Troubles liés à l'usage de sédatifs ou d'hypnotiques	45	40.9%	52	42.6%	28	32.2%
F14 : Troubles liés à l'usage de cocaïne	56	50.9%	49	40.2%	31	35.6%
F15 : Troubles liés à l'usage d'autres stimulants, y compris la caféine	5	4.5%	6	4.9%	3	3.4%
F16 : Troubles liés à l'usage d'hallucinogènes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
F17 : Troubles liés à l'usage de tabac	25	22.7%	34	27.9%	25	28.7%
F18 : Troubles liés à l'usage de solvants volatils	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%
F19 : Troubles liés à l'usage de substances multiples et troubles liés à l'usage d'autres substances psychoactives	6	5.5%	2	1.6%	5	5.7%

Remarques : Il s'agit de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement » (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, hormis les troubles liés aux opioïdes/opiacés) parmi les patients et patientes qui ont arrêté leur traitement dans un centre DAM.
Plusieurs groupes de diagnostics possibles. 41 valeurs manquantes en 2024 ; 39 valeurs manquantes en 2023 ; 46 valeurs manquantes en 2022

Les troubles non liés à des substances sont plus rarement diagnostiqués, bien que la moitié des patients et patientes DAM souffrent d'au moins un ou plusieurs tel diagnostic (Table 20).

Table 20 : Nombre de diagnostics autres que de ceux liés à l'usage de substances, par année lors des fins de traitement (2022-2024)

	2024 (total = 110)		2023 (total = 122)		2022 (total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
Un diagnostic	36	32.7%	36	29.5%	31	35.6%
Deux diagnostics	12	10.9%	17	13.9%	15	17.2%
Trois diagnostics	7	6.4%	6	4.9%	2	2.3%
Quatre diagnostics	0	0.0%	1	0.8%	1	1.1%

Remarques : Il s'agit de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement » (hormis les troubles liés à l'usage de substances) parmi les patients et patientes qui ont arrêté leur traitement dans un centre DAM.
Pourcentage en colonne ; 41 valeurs manquantes en 2024 ; 39 valeurs manquantes en 2023 ; 46 valeurs manquantes en 2022

En 2024, les troubles de la personnalité ou du comportement sont les plus fréquemment diagnostiqués (21.8% des patients et patientes ; Table 20). Un trouble de la personnalité se caractérise par des traits de la personnalité durables et inflexibles quant à la perception, à la pensée, aux émotions et au comportement, qui s'écartent sensiblement des attentes propres au contexte socio-culturel. Ces caractéristiques entraînent souvent des difficultés notamment dans la gestion du quotidien et les relations sociales. Les troubles de la personnalité commencent généralement durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et persistent au fil du temps (ICD-10, 2008b). Par ailleurs, 13.6% des patients et patientes souffrent de troubles du comportement et de troubles émotionnels. En outre, les troubles affectifs sont également relativement fréquents (15.5% en 2024).

Table 21 : Nombre de diagnostics de troubles psychiques mentaux non liés à l'usage de substances, par catégorie et année lors des fins de traitement (2022-2024)

	2024		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%
F1-9 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
F20-29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	4	3.6%	8	6.6%	9	10.3%
F30-39 : Troubles affectifs	17	15.5%	24	19.7%	23	26.4%
F40-48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	14	12.7%	16	13.1%	9	10.3%
F50-59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0	0.0%	0	0.0%	3	3.4%
F60-69 : Troubles de la personnalité et du comportement	24	21.8%	21	17.2%	20	23.0%
F70-79 : Retard mental	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
F80-89 : Troubles du développement psychologique	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
F90-98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	15	13.6%	11	9.0%	7	8.0%
F99 : Trouble mental, sans précision	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Remarques : Il s'agit de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement » (hormis les troubles liés à l'usage de substances) parmi les patients et patientes qui ont arrêté leur traitement dans un centre DAM.

Plusieurs groupes de diagnostics possibles. 41 valeurs manquante en 2024 ; 39 valeurs manquantes en 2023 ; 46 valeurs manquantes en 2022

Références

- Amos, J., Gmel, G., & Labhart, F. (2024). Traitements par agonistes opioïdes (TAO) et à la diacétymorphine (DAM) : Similitudes et différences de ces approches thérapeutiques. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2024>
- Calzada, G., Giustiniani, J., Gois, T., Kuntz, A., Khazaal, Y., & Zullino, D. (2021). Apprentissage de l'élargissement des modalités de prescription de l'héroïne médicale avec le Covid-19. Revue Médicale Suisse, 17(742), 1111-1114. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.742.1111>
- Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR). (2022, mars 7). Libération de réserves obligatoires d'antalgiques face à une pénurie grave. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-87339.html>
- EMCDDA. (2012). Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0 : Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en
- Frick, U., Rehm, J., Zullino, D., Fernando, M., Wiesbeck, G., Ammann, J., & Uchtenhagen, A. (2010). Long-Term Follow-Up of Orally Administered Diacetylmorphine Substitution Treatment. European Addiction Research, 16(3), 131-138. <https://doi.org/10.1159/000313335>
- Gmel, G., & Labhart, F. (2023). Traitement avec prescription de diacétymorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2022 (No. Rapport de recherche° N157). Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech157>
- Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2021). Traitement avec prescription de diacétymorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2020 (Rapport de recherche n° 135) (No. 135). Lausanne: Addiction Suisse.
- Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2022). Traitement avec prescription de diacétymorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2021 (Rapport de recherche n° 143) (No. 143). Lausanne: Addiction Suisse.
- HépatiteSuisse. (2025a). Hépatite B. Hépatite B. <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-b>
- HépatiteSuisse. (2025b). Hépatite C. Hépatite C. <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-c>
- Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., & Schaub, M. (2018). Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse—Résultats de l'enquête 2017 (No. 383). Zurich: ISGF.
- ICD-10. (2008a). Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99). CIM-10 Version 2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F60-F69>
- ICD-10. (2008b). Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69). CIM-10 Version 2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F60-F69>
- Khan, R., Khazaal, Y., Thorens, G., Zullino, D., & Uchtenhagen, A. (2014). Understanding Swiss Drug Policy Change and the Introduction of Heroin Maintenance Treatment. European Addiction Research, 20(4), 200-207. <https://doi.org/10.1159/000357234>
- Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2024). Rapport annuel act-info 2023 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitorage. Berne: Office fédéral de la santé publique. <https://www.addictionsuisse.ch/publication/rapport-annuel-act-info-2023-prise-en-charge-et-traitement-des-dependances-en-suisse-resultats-du-systeme-de-monitorage/>

Krizic, I., Balsiger, N., & Vorlet, J. (2025). Suchthilfeklientel mit Crack -Problematik : Soziale Situation, Konsummuster und Behandlungserfahrung. Sucht Schweiz.
<https://doi.org/10.58758/eclairage.2025de>

Labhart, F., & Amos, J. (2025). Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2024. Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech183a>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2019). L'hépatite C chez les usagers de drogue— Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte. Berne : Office fédéral de la santé publique. https://www.infodrog.ch/files/content/hepc_fr/richtlinien-hepatitis-c-drogen-fr-2019.pdf

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2023a). La remise d'héroïne sous forme pharmaceutique sera simplifiée. <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=93452>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2023b). Traitement avec prescription de diacétylmorphine : Autorisation à la patiente ou au patient.
<https://www.bag.admin.ch/fr/traitement-avec-prescription-de-diacetylmorphine-autorisation-a-la-patientee-ou-au-patient>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2025a). Hépatite A. Hépatite A.
<https://www.idd.bag.admin.ch/diseases/hepatitis-a/statistic?tab=over-time>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2025b). Hépatite B. <https://www.bag.admin.ch/fr/hepatite-b>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2025c). Hépatite C. <https://www.bag.admin.ch/fr/hepatite-c>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2025d). Traitement avec prescription d'héroïne : Modification de la réglementation. <https://www.bag.admin.ch/fr/traitement-avec-prescription-dheroine-modification-de-la-reglementation>

Office fédéral de la statistique (OFS). (2024). Population résidante permanente de 15 ans ou plus selon le statut migratoire adapté pour la mesure de l'intégration, en 2023.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/integration.html>

Praticien Addiction Suisse. (2023). Diacétylmorphine / héroïne. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/fr/opioides/diacetylmorphine-heroine-diaphin-r>

Swissmedic. (2022). Amino AG/Dr. Heinz Welti AG: suspension des autorisations d'exploitation et des autorisations de mise sur le marché.
<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/mitteilungen/amino-ag-dr-heinz-welti-ag-sistierung-betriebsbewilligung.html>

World Health Organization [WHO]. (2023). Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240078635>

Annexes

10.1 Tables 2023

Table A1 : Nombre de premières admissions par type, âge moyen et répartition des sexes (2023)

	n	Âge moyen	% masculin
Première admission	146	39.8	76.0%
Réadmission	54	44.4	83.3%
Réadmission : dont transfert depuis une autre institution	16	40.84	75.0%

Table A2 : Nombre de fins de traitement selon l'année d'admission et le nombre d'épisodes de traitement, âge moyen et répartition de sexe (2023)

	Admission en 2023	Admission avant 2023	Âge moyen	% masculin
Premier traitement	24	96	43.2	79.1%
Traitements multiples	7	34	47.5	70.7%

Table A3 : Voie d'administration prévue au début du traitement, par type d'admission (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 142)	%	n (total = 48)	%
Voie intraveineuse	29	20.4%	13	27.1%
Voie orale	99	69.7%	24	50.0%
Voie intramusculaire	1	0.7%	1	2.1%
Voie nasale	3	2.1%	2	4.2%
Voies multiples	10	7.0%	8	16.7%

Remarques : Pourcentages en colonne ; 4 valeurs manquantes pour les premières admissions et 2 pour les réadmissions.

Table A4 : Traitements suivis précédemment, par type de substance ou comportement (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 135)	%	n (total = 47)	%
Alcool	18	13.3%	4	8.5%
Substances illégales	114	84.4%	46	97.9%
Médicaments	29	21.5%	7	14.9%
Tabac	5	3.7%	1	2.1%
Addictions comportementales	7	5.2%	4	8.5%

Remarques : Plusieurs réponses sont possibles ; 11 valeurs manquantes pour les premières admissions et 7 pour les réadmissions.

Table A5 : Traitements par agonistes opioïdes déjà suivis par les patients et patientes DAM (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 127)	%	n (total = 47)	%
Traitements par agonistes opioïdes	116	91.3%	37	78.7%
Prescription de diacétylmorphine	18	14.2%	43	91.5%
Thérapie résidentielle	55	43.3%	23	48.9%
Sevrage avec accompagnement professionnel	57	44.9%	27	57.4%
Autres	16	12.6%	4	8.5%

Remarques : Plusieurs réponses possibles ; 19 valeurs manquantes pour les premières admissions et 7 pour les réadmissions.

Table A6 : Origine du placement en centre DAM (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 128)	%	n (total = 44)	%
Condamnation / mesure / autorité judiciaire / police	4	3.1%	0	0.0%
Cabinet médical	20	15.6%	2	4.5%
Autre établissement spécialisé dans les addictions	25	19.5%	18	40.9%
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	12	9.4%	0	0.0%
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	56	43.8%	22	50.0%
Autre	11	8.6%	2	4.5%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 18 valeurs manquantes pour les premières admissions et 10 pour les réadmissions.

Table A7 : Situation de vie principale durant les 30 derniers jours avant la première admission, selon le sexe (2023)

	Hommes (n = 108)	Femmes (n = 34)	Total (n = 142)
Seul(e)	41.7%	35.3%	40.1%
Famille d'origine	12.0%	11.8%	12.0%
Avec partenaire ou enfant	14.8%	26.5%	17.6%
Avec des amis ou connaissances	7.4%	0.0%	5.6%
Prison	2.8%	2.9%	2.8%
Etablissement thérapeutique	13.0%	14.7%	13.4%
Hôpital	0.9%	0.0%	0.7%
Autre	7.4%	8.8%	7.7%

Remarques : Pourcentages en colonne ; 4 valeurs manquantes.

Table A8 : Situation de vie avec les enfants (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 142)	%	n (total = 44)	%
Sans enfants	102	71.8%	32	72.7%
Ne vit pas avec son / ses enfant(s)	32	22.5%	11	25.0%
Vit avec son/ses enfant(s)	7	4.9%	1	2.3%
Inconnu	1	0.7%	0	0.0%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 4 valeurs manquantes pour les premières admissions et 10 pour les réadmissions.

Table A9 : Principale situation de logement durant les 30 jours avant l/admission (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 141)	%	n (total = 46)	%
Domicile fixe	102	72.3%	29	63.0%
Situation instable	16	11.3%	5	10.9%
Prison	5	3.5%	2	4.3%
Établissement thérapeutique	18	12.8%	10	21.7%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 5 valeurs manquantes pour les premières admissions et 8 pour les réadmissions.

Table A10 : Principal moyen de subsistance durant les 30 derniers jours (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 137)	%	n (total = 46)	%
Revenu d'une activité lucrative	18	13.1%	7	15.2%
Économies	4	2.9%	2	4.3%
Rente AVS/AI	46	33.6%	26	56.5%
Aide sociale / assistance	53	38.7%	9	19.6%
Assurance-chômage	2	1.5%	0	0.0%
Soutien du partenaire	1	0.7%	0	0.0%
Soutien des parents, de proches ou d'amis	10	7.3%	2	4.3%
Trafic	0	0.0%	0	0.0%
Autres revenus illégaux	0	0.0%	0	0.0%
Sexe tarifé	0	0.0%	0	0.0%
Assurance d'indemnités journalières	2	1.5%	0	0.0%
Autre	1	0.7%	0	0.0%

Remarques : Pourcentage en colonne ; 9 valeurs manquantes pour les premières admissions et 8 pour les réadmissions.

Table A11 : Situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours (2023)

	Premières admissions		Réadmissions	
	n (total = 139)	%	n (total = 47)	%
Travail à plein temps (70% ou plus)	15	10.8%	6	12.8%
Travail à temps partiel	1	0.7%	1	2.1%
Emplois occasionnels	5	3.6%	0	0.0%
En formation	4	2.9%	0	0.0%
Au chômage, en recherche active d'emploi	11	7.9%	4	8.5%
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	48	34.5%	7	14.9%
Bénéficiaire de rente (pension, AVS, réserves financières)	14	10.1%	4	8.5%
Incapacité de travail (AI / indemnités journalières)	35	25.2%	22	46.8%
Homme / femme au foyer	0	0.0%	0	0.0%
Autre	6	4.3%	3	6.4%

Remarques : Pourcentage en colonne; 7 valeurs manquantes pour les premières admissions et 7 pour les réadmissions.

A titre de comparaison avec la Table A10, les rentes AVS/AI sont distribuées entre bénéficiaire de rente et incapacité de travail. Les personnes à l'aide sociale se retrouvent principalement dans la catégorie au chômage (avec ou sans recherche d'emploi).

Table A12 : Prévalence de consommation à vie de diverses substances (sans indication médicale) et âge de première consommation (2023)

	Prévalence à vie (n = 200)		Âge de première consommation			
	n	Taux de prévalence	n	min.	max.	Âge moyen
Alcool	176	86.9%	93	6	24	14.5
Héroïne	174	98.3%	128	12	43	19.9
Méthadone	145	49.7%	43	13	50	23.4
Buprénorphine	143	12.6%	9	19	48	27.0
Fentanyl	142	8.5%	8	14	31	20.8
Autres opioïdes/opiacés	137	32.8%	19	16	42	24.7
Cocaïne en poudre	160	84.4%	104	12	51	19.3
Crack	147	45.6%	45	13	52	23.0
Autre type de cocaïne	116	7.8%	2	16	32	24.0
Amphétamine	140	43.6%	42	13	50	21.0
Métamphétamines	137	19.0%	16	15	45	21.8
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	141	40.4%	41	10	45	19.7
Cathinones synthétiques	137	19.0%	1	22	22	22.0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil, khat)	129	7.8%	5	22	40	30.4
Barbituriques	136	6.6%	5	14	30	22.4
Benzodiazépine	154	64.9%	71	12	59	22.9
GHB/GBL	139	12.2%	11	18	53	23.9
Autres somnifères et tranquillisants	130	8.5%	7	13	33	20.3
LSD	137	43.8%	42	12	30	18.5
Kétamine	136	26.5%	29	14	59	25.1
Autres hallucinogènes	132	22.0%	17	13	35	21.2
Substances volatiles	133	6.0%	6	14	35	20.2
Cannabis	166	86.7%	102	10	27	14.9
Tabac	174	92.0%	109	7	34	14.5

Remarques : Plusieurs réponses possibles.

Les questions relatives à la consommation à vie d'une substance concernent uniquement son usage abusif, à l'exclusion de toute utilisation thérapeutique.

Table A13 : Fréquences de consommation de substances (sans indication médicale) durant les 30 jours avant l'admission (2023)

	Toutes les admissions							Usager et usagère uniquement	
	n	Aucune consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours	Moyenne (en jours)	n	Moyenne (en jours)	
Alcool	78	35.9%	33.3%	14.1%	16.7%	7.9	50	12.3	
Héroïne	106	17.9%	11.3%	2.8%	67.9%	20.5	87	25.0	
Méthadone	30	60.0%	10.0%	16.7%	13.3%	5.9	12	14.7	
Buprénorphine	4	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	7.5	1	30.0	
Fentanyl	5	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Autres opioïdes/opiacés	16	25.0%	6.3%	18.8%	50.0%	17.9	12	23.8	
Cocaine en poudre	79	30.4%	40.5%	10.1%	19.0%	7.4	55	10.7	
Crack	30	33.3%	26.7%	13.3%	26.7%	10.2	20	15.3	
Autre type de cocaïne	2	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	15.0	1	30.0	
Amphétamine	19	84.2%	15.8%	0.0%	0.0%	0.2	3	1.0	
Méthamphétamines	8	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.1	1	1.0	
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	21	90.5%	9.5%	0.0%	0.0%	0.2	2	2.0	
Cathinones synthétiques	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Autres stimulants (méthylphénidate ou modafinil, khat)	3	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	20.0	2	30.0	
Barbituriques	4	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	3.5	1	14.0	
Benzodiazépine	62	27.4%	9.7%	8.1%	54.8%	16.8	45	23.2	
GHB/GBL	2	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	8.5	1	17.0	
Autres somnifères et tranquillisants	4	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.3	1	1.0	
LSD	16	93.8%	6.3%	0.0%	0.0%	0.2	1	3.0	
Kétamine	13	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	0.3	1	4.0	
Autres hallucinogènes	10	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0	
Substances volatiles	5	60.0%	20.0%	0.0%	20.0%	4.4	2	11.0	
Cannabis	85	22.4%	24.7%	9.4%	43.5%	14.0	66	18.0	
Tabac	103	6.8%	3.9%	0.0%	89.3%	26.8	96	28.7	

Remarques : Plusieurs réponses possibles.

Les questions relatives à la consommation durant les 30 derniers jours avant l'admission d'une substance concernent uniquement son usage abusif, à l'exclusion de toute utilisation thérapeutique.

Table A14 : Statut concernant l'hépatite A sur l'ensemble des admissions (2023)

	N (total = 200)	% des patients et patientes admis (n = 200)	% des résultats disponibles (n = 100)
Inconnu	100	50.0%	
Négatif, donc patients et patientes non immunisés	48	24.0%	48.0%
Patients et patientes immunisés (vaccination, infection guérie)	52	26.0%	52.0%

Remarques : Pourcentages en colonne.

Table A15 : Dépistage de l'hépatite B sur l'ensemble des admissions (2023)

Marqueur	positif	négatif	% des admissions (n=186)
Anti-HBc	19	53	36.0%
Anti-HBs	1	57	29.0%
HBsAg	36	36	36.0%
Résultats de dépistage complets			20.5%
Aucun résultat			42.5%

Remarque : Les analyses incluent les premières admissions et les réadmissions 2023.

Table A16 : Statut immunitaire présumé de l'hépatite B (2023)

	n (total = 101)	%
Non immunisé	31	31%
Immunisé (vacciné)	28	28%
Immunisé (après guérison)	16	16%
Contact avec le virus (statut inconnu)	3	3%
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	4	4%
Aucun marqueur, mais vaccination complète	19	19%
Infection à l'hépatite B en cours	0	0%

10.2 Figures 2023

Figure A1 : Durée de traitement pour les années (2013 à 2023)

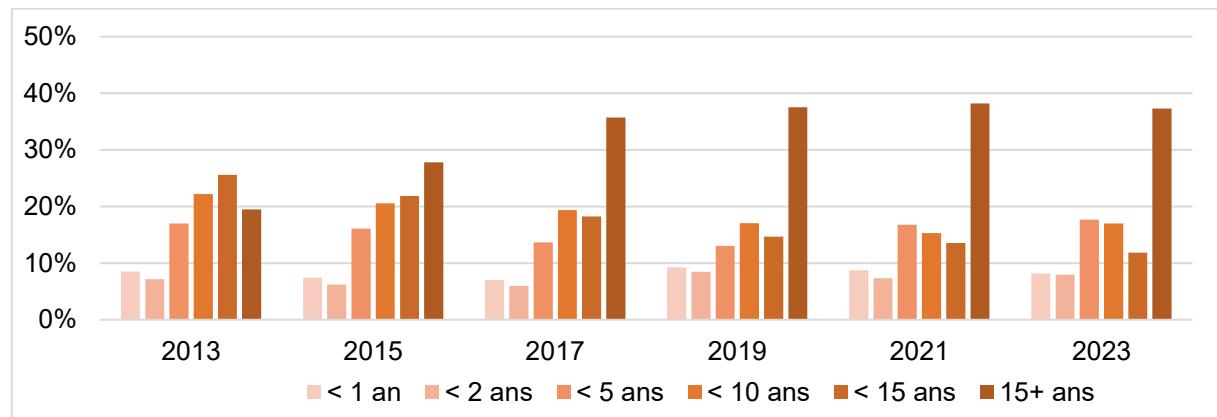
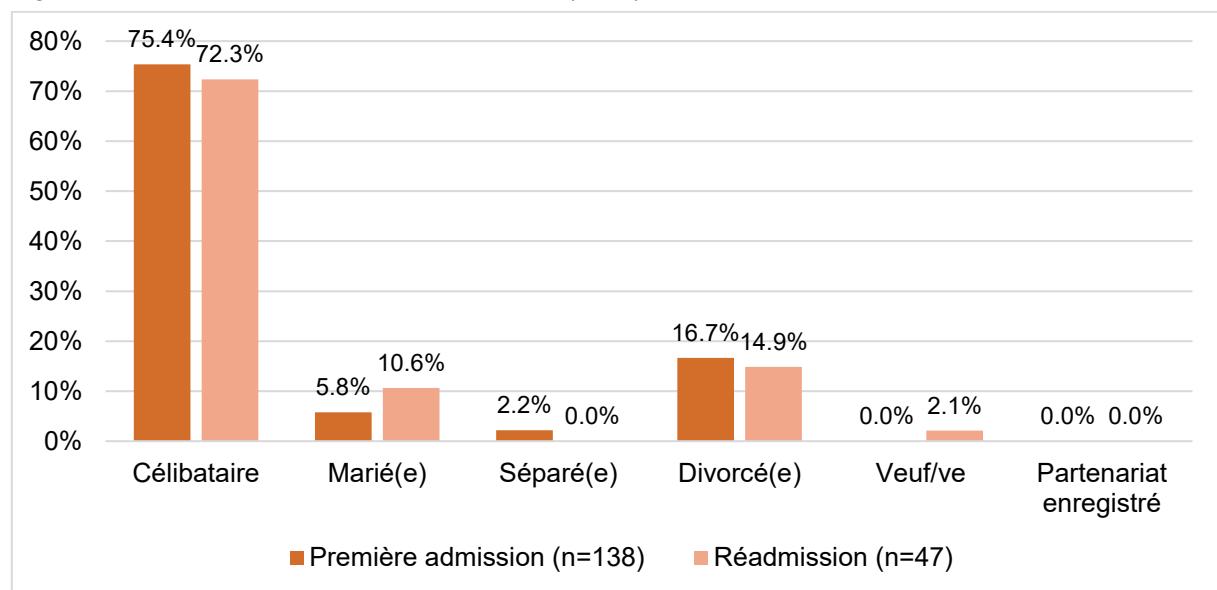
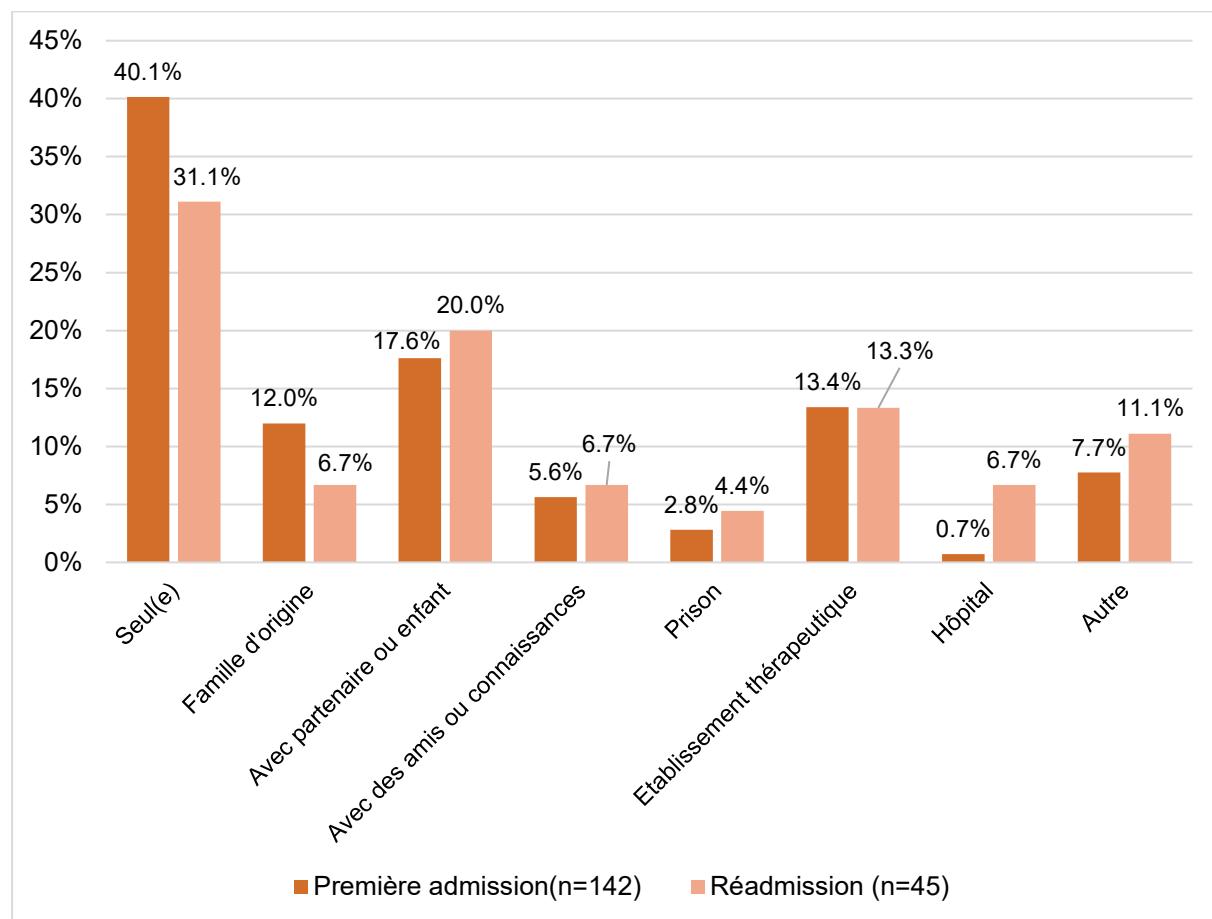


Figure A2 : État civil au moment de l'admission (2023)



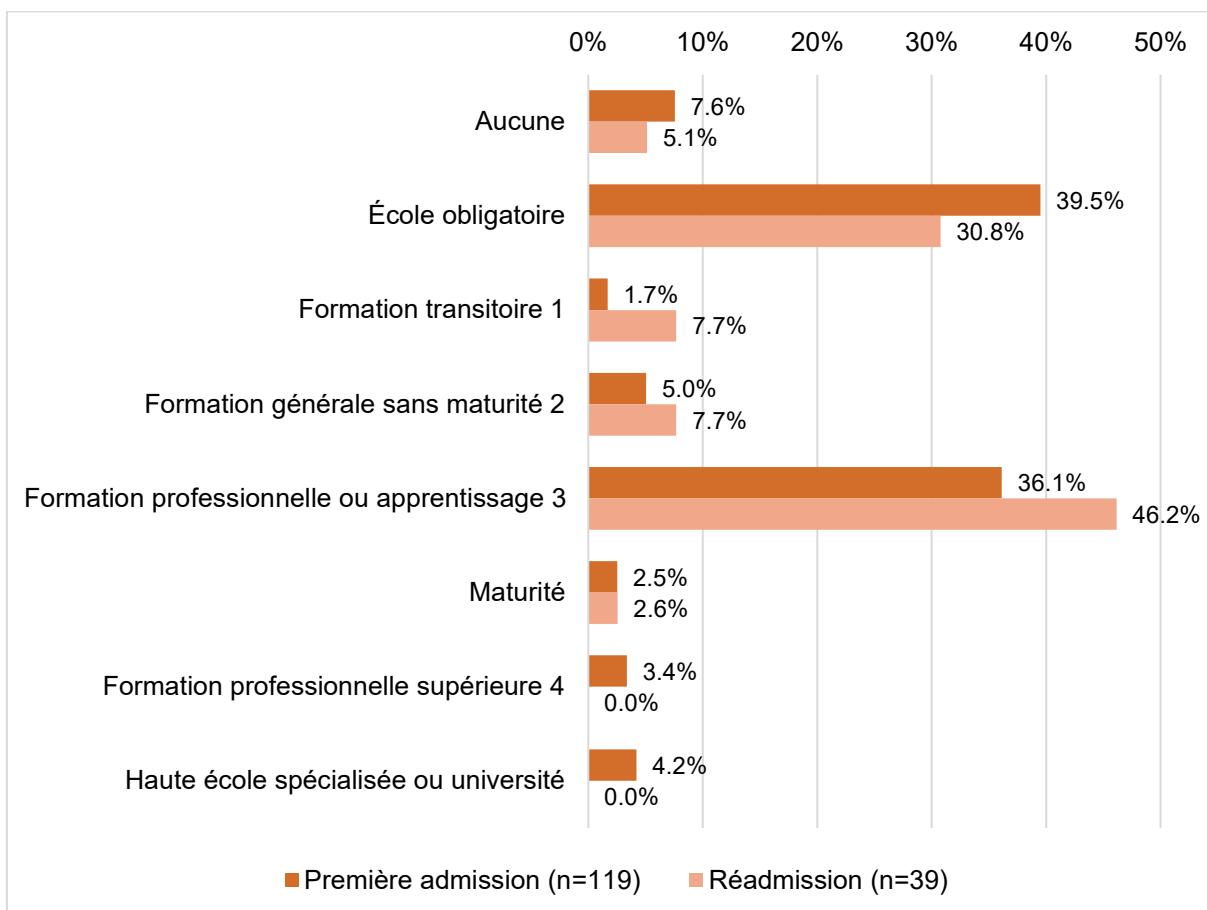
Remarques : 8 valeurs manquantes pour les premières admissions et 7 pour les réadmissions.

Figure A3 : Situation de vie principale durant les 30 jours avant l'admission (2023)



Remarques : 4 valeurs manquantes pour les premières admissions et 9 pour les réadmissions.

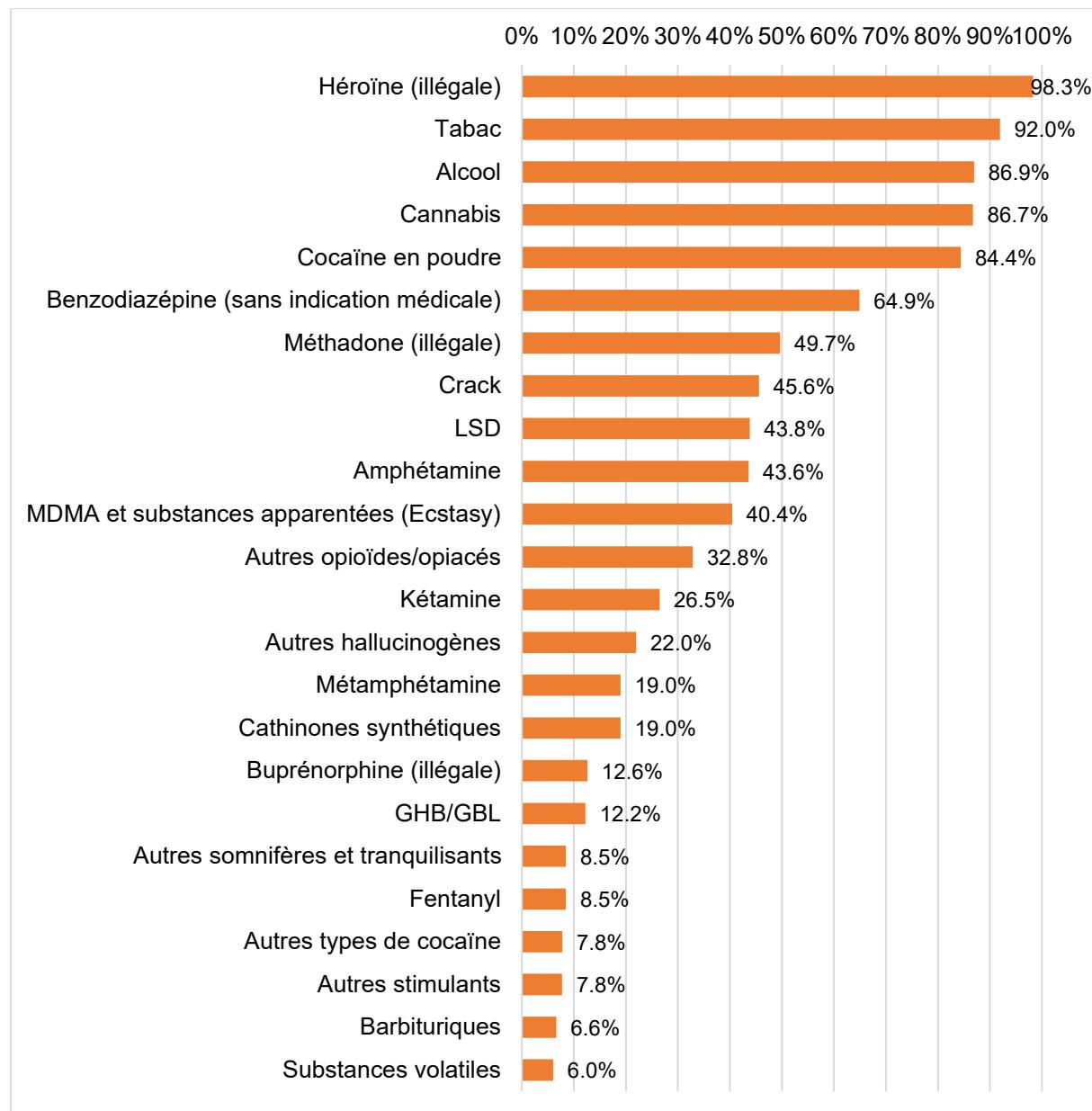
Figure A4 : Niveau de formation le plus élevé (2023)



Remarques : 27 valeurs manquantes pour les premières admissions et 17 pour les réadmissions.

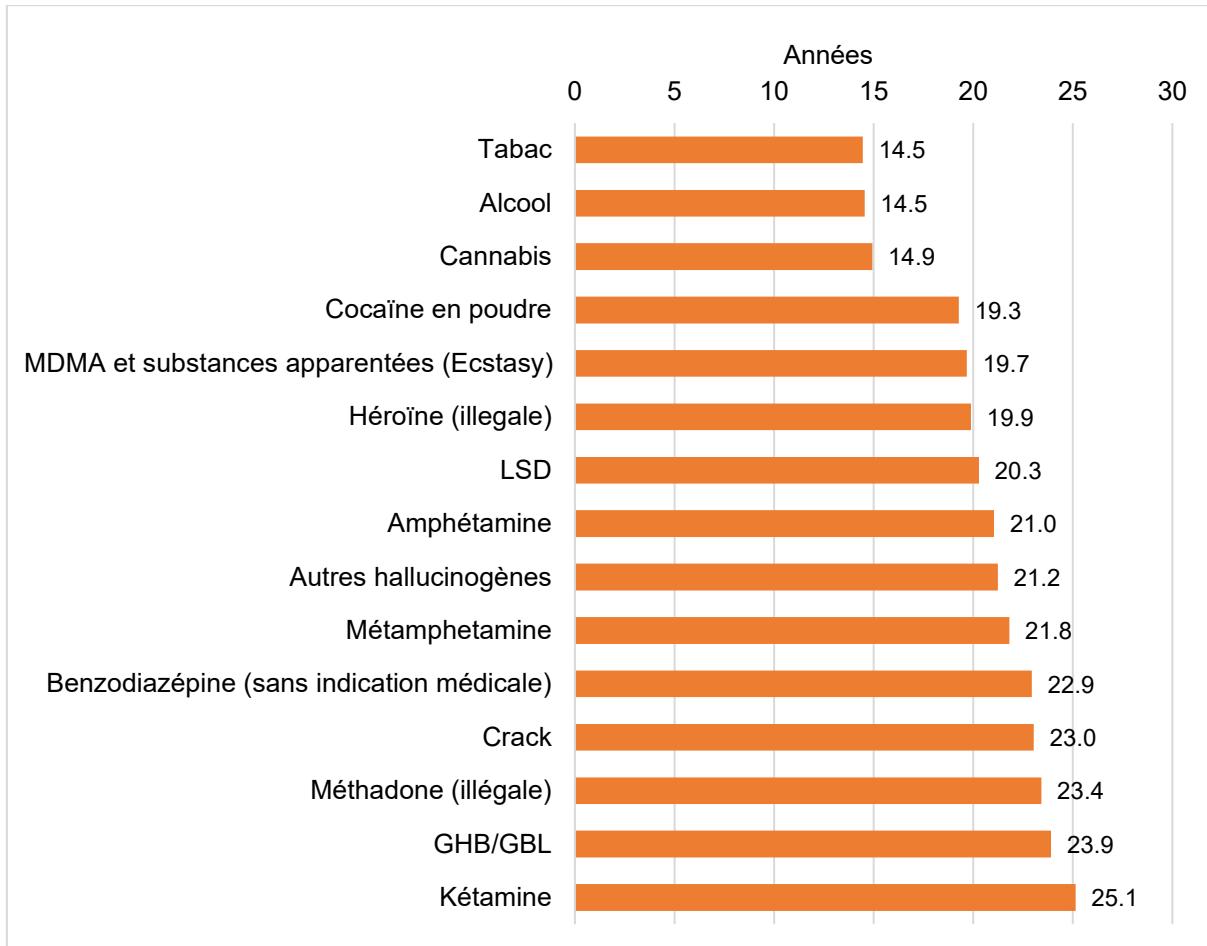
- 1 : **formation de 1 an** : préapprentissage, année d'école supplémentaire, école d'orientation professionnelle, année d'enseignement ménager, école de langue avec certificat, année d'engagement social, formation transitoire ou équivalente
- 2 : **formation de 2 à 3 ans** : école de degré diplôme, 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), IES ou formation équivalente

Figure A5 :Prévalence de consommation à vie de diverses substances par ordre d'importance sur l'ensemble des admissions (2023)



Remarques : Plusieurs réponses possibles. Les analyses incluent les premières admissions et les réadmissions 2023.

Figure A6 : Âge de première consommation de substance, par ordre d'ancienneté sur l'ensemble des admissions (2023)



Remarques : Les catégories ‘autres types de cocaïne hors crack et poudre’, ‘autres stimulants’, ‘autres somnifères et tranquillisants’, ainsi que ‘autres hallucinogènes’ ne figurent pas dans la Figure ci-dessus. Les substances volatiles, les barbituriques et les cathinones synthétiques n’y figurent pas non plus, en raison du nombre faible de cas. Ces substances sont toutefois présentes dans la Table A10.

Figure A7 : Comportement d'injection parmi les patients et patientes admis en traitement (2023)

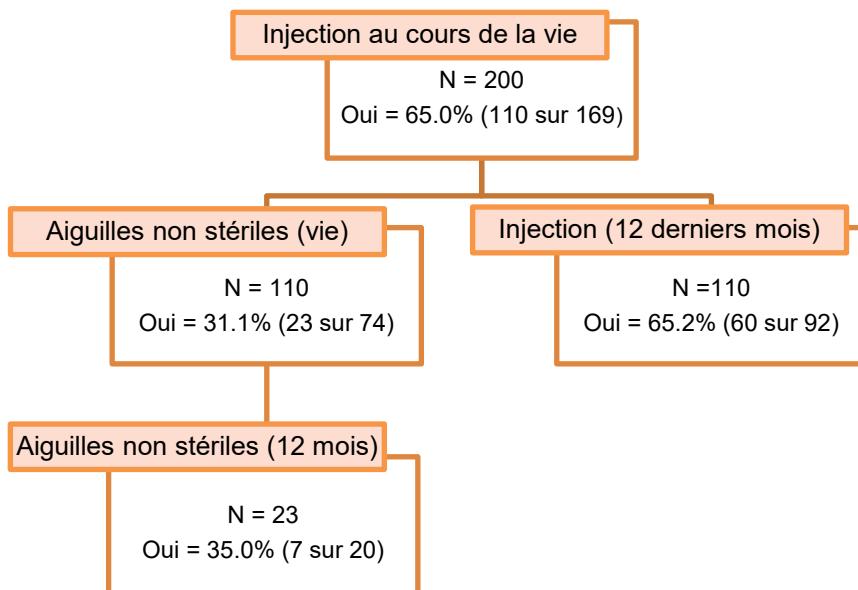
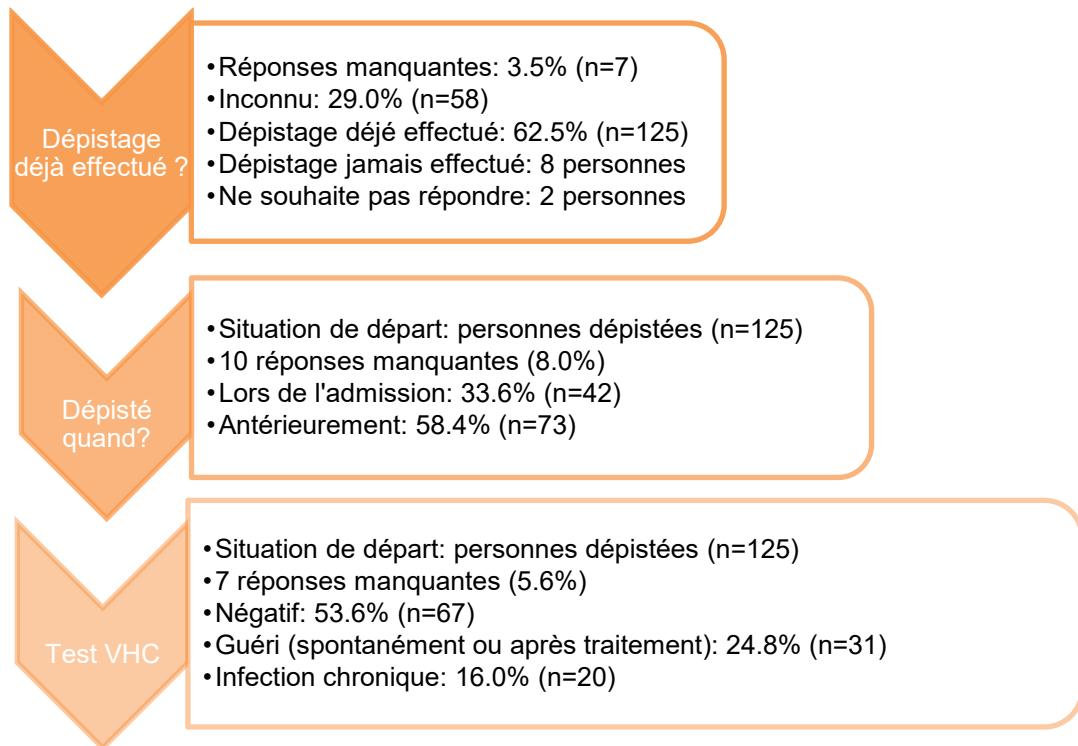
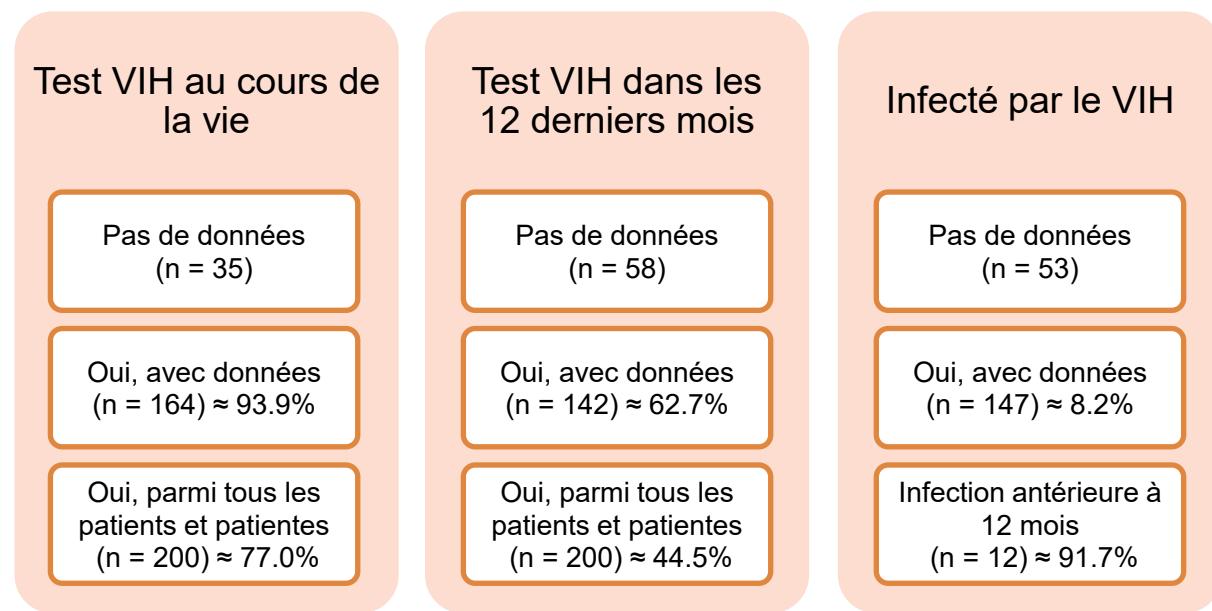


Figure A8 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (2023)



Remarques : Les analyses se basent sur toutes les admissions, y compris les réadmissions.

Figure A9 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients et patientes admis (2023)



Remarques : Les analyses se basent sur toutes les admissions, y compris les réadmissions.