



ADDICTION | SUISSE

Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes

Résultats 2022

Rapport de recherche n° 160a



Florian Labhart
Joanna Amos

Lausanne, Novembre 2023

Remerciements : Nous tenons tout particulièrement à remercier les médecins cantonaux et leurs collaborateur·trice·s pour leur engagement et le suivi au quotidien des annonces de traitement dans leurs cantons respectifs. Nous remercions également l'équipe du Prof. Laura Elena Raileanu de la HEIG-VD pour le support et la maintenance du système de saisie des demandes d'autorisation de traitement substitution-online.ch. Nous remercions également chaleureusement Frank Zobel et Rahel Bischof pour la relecture et la traduction de ce rapport.

Citation suggérée :

Labhart F., Amos J.. (2023). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2022 (Rapport de recherche n° 160a)*. Lausanne : Addiction Suisse. DOI: 10.58758/rech160a

Eine deutsche Version dieses Berichts ist unter www.substitution.ch > Publikationen verfügbar.

Impressum

Renseignements:	Florian Labhart Addiction Suisse Avenue Louis-Ruchonnet 14 1003 Lausanne 021 321 29 51 flabhart@addictionsuisse.ch
Réalisation:	Addiction Suisse
Copyright:	© Addiction Suisse, Lausanne 2023
DOI :	https://doi.org/10.58758/rech160a
ISBN:	978-2-88183-312-0

Table des matières

Liste des tableaux	1
Liste des figures	2
L'essentiel en bref	3
1. Introduction	4
1.1 Les traitements par agonistes opioïdes.....	4
1.2 Monitoring act- <i>info</i>	5
1.3 Focus thématiques annuels.....	6
2. Méthodologie	7
2.1 Définition de « traitement par agonistes opioïdes »	7
2.2 Statistique de prévalence de traitements	7
2.3 Statistique d'admissions	8
2.4 Statistiques de fins de traitements.....	8
2.5 Doublons intercantonaux	8
2.6 Couverture cantonale et nationale.....	9
3. Evolutions et tendances	10
3.1 Nombre annuel de personnes en traitement, depuis 1985	10
3.2 Ratio de sexe des personnes en traitement, depuis 2000.....	11
3.3 Proportion de personnes en traitement, par cohorte d'âge depuis 2000.....	11
3.4 Âge moyen des personnes en traitement, depuis 2000.....	12
3.5 Durée de traitement, depuis 2010	13
3.6 Âges de premier usage d'héroïne et d'entrée en traitement, depuis 2001.....	14
3.7 Evolution des types de substance prescrite, depuis 2000	15
3.8 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017	16
4. Statistiques de prévalence de traitement en 2022	17
4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année	17
4.2 Prévalence journalière	18
4.3 Profil démographique.....	21
4.4 Substances prescrites.....	22
4.5 Médecins et institutions prescripteurs	23
4.6 Remise du produit prescrit.....	24
5. Statistiques d'admissions	26
5.1 Admissions sur l'année	26
5.2 Profil démographique.....	28
5.3 Substances prescrites.....	30
5.4 Médecins et institutions prescripteurs	31
5.5 Remise du produit.....	31

5.6	Médications complémentaires	32
5.7	Consommation d'héroïne.....	34
5.8	Statut HIV et Hépatite C.....	36
6.	Statistiques de fins de traitement.....	37
6.1	Fins de traitement sur l'année	37
6.2	Profil démographique en fin de traitement	38
6.3	Circonstances de fin de traitement	39
7.	Bibliographie.....	41
8.	Annexes.....	43

Liste des tableaux

Tableau 1 : Formats des données fournies par les cantons pour les différentes statistiques (2022)	9
Tableau 2 : Nombre de personnes sous TAO, par sexe et canton (2022)	17
Tableau 3 : Prévalence journalière, par canton (2022)	18
Tableau 4 : Part de patient·e·s selon la modalité de traitement, par canton (2022)	19
Tableau 5 : Age moyen des personnes sous TAO, par sexe (prévalence 2022)	21
Tableau 6 : Nombre d'admissions en TAO, par canton (2022)	26
Tableau 7 : Nombre d'admissions en TAO, par type d'admission et par sexe (2022)	27
Tableau 8 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2022)	28
Tableau 9 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2022)	33
Tableau 10 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2022)	34
Tableau 11 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales parmi les patient·e·s admis·es en TAO, par type d'admission (2022)	35
Tableau 12 : Nombre de fins de TAO par canton (2022)	37
Tableau 13 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2022)	38
Tableau A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique	43

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de personnes sous TAO, de 1985 à 2022	10
Figure 2 : Part de femmes sous TAO par année, de 2000 à 2022.....	11
Figure 3 : Proportion de personnes sous TAO par cohorte d'année de naissance, de 2000 à 2022.....	12
Figure 4 : Age moyen des personnes sous TAO, de 2000 à 2022.....	13
Figure 5 : Evolution de la durée des TAO, de 2010 à 2022.....	13
Figure 6 : Age moyen de première consommation d'héroïne et d'entrée en traitement, de 2001 à 2022	14
Figure 7 : Âge d'entrée en traitement, par groupe d'âge de 2001 à 2022.....	15
Figure 8 : Proportion de substances prescrites par année, de 2000 à 2022.....	16
Figure 9 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2022	16
Figure 10 : Nombre de personnes sous TAO, par modalité de traitement et par jour (2022)	20
Figure 11 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2022).....	21
Figure 12 : Types de substances prescrites (prévalence 2022)	22
Figure 13 : Nombre de patient·e·s, par type de prescripteurs (prévalence 2022)	23
Figure 14 : Répartition des TAO, par lieu de remise (prévalence 2022)	24
Figure 15 : Nombre de patient·e·s, par type de lieu de remise (prévalence 2022)	25
Figure 16 : Objectif thérapeutique à l'admission (2022)	27
Figure 17 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2022)	28
Figure 18 : Etat civil des personnes admises en TAO, par type d'admission (2022).....	29
Figure 19 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2022)	29
Figure 20 : Types de substances prescrites, selon le type d'admission (2022).....	30
Figure 21 : Médecins et institutions prescripteurs de TAO, par type d'admission (2022).....	31
Figure 22 : Lieu de remise du produit, par type d'admission (2022)	31
Figure 23 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2022).....	32
Figure 24 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2022).....	34
Figure 25 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2022).....	35
Figure 26 : Statut HIV rapporté et datation du test, par type d'admission (2022)	36
Figure 27 : Statut hépatique rapporté (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2022)	36
Figure 28 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2022).....	38
Figure 29 : Circonstances de fin de traitement (2022).....	39
Figure 30 : Circonstances de fin de traitement, selon les catégories d'âge (2022)	40
Figure 31 : Circonstances de fin de traitement, selon la durée de traitement (2022)	40
Figure A1 : Evolution de la durée des TAO entre 2012 et 2022, par sexe.....	44
Figure A2 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2022).....	44

L'essentiel en bref

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO, anciennement appelé « traitements de substitution ») permettent de remplacer entièrement ou partiellement l'usage d'opiacés illégaux par des médicaments aux propriétés similaires. En raison du caractère chronique de la dépendance aux opioïdes, les objectifs principaux d'un TAO sont orientés sur le long terme : prévention des overdoses et des décès, amélioration de l'état de santé général, prévention de la transmission d'infections et amélioration de la qualité de vie.

La Suisse dispose d'une base légale pour ce type de traitements depuis 1975 et la surveillance des TAO relève de la responsabilité des cantons. Bien que très proche dans son contenu et dans ses objectifs, la prescription médicale d'héroïne (diacétylmorphine) est régie et autorisée au niveau fédéral et fait l'objet d'une statistique distincte (Gmel & Labhart, 2023).

Tendances

Après une augmentation graduelle du nombre de personnes bénéficiant de TAO jusqu'en 1999, la prévalence annuelle est restée relativement stable jusqu'en 2016, avec environ 17'000 à 18'000 personnes sous TAO au moins un jour dans l'année. Ensuite, on a pu observer une diminution progressive du nombre total de personnes, qui a repassé sous la barre des 16'000 personnes en 2021.

Environ un quart (27%) des personnes sous TAO sont des femmes, une proportion stable depuis plus de deux décennies. Une grande majorité des personnes sous TAO sont nées au cours des années 60 ou 70 et sont sous traitement depuis une décennie ou plus. A l'inverse, l'incidence (admissions en traitement) est relativement faible et la part des personnes nées durant les années 90 ou 2000 représente à peine 9% du total en 2022. Par ailleurs, le nombre de d'interruptions de traitement suite au décès du patient ou de la patiente tend à augmenter ces dernières années, ce qui contribue à la diminution progressive du nombre total de personnes sous TAO.

Chiffres-clés en 2022

15'960 personnes ont été au moins un jour sous TAO en 2022. Parmi elles, 78% étaient sous traitement sans interruption durant l'année et 68% étaient en traitement depuis au moins 10 ans. En moyenne journalière, on comptait 14'330 personnes en traitement. L'âge moyen était de 48.3 ans pour l'ensemble des personnes sous TAO et de 38.1 ans parmi les personnes admises pour la première fois en traitement.

Alors que la méthadone était prescrite dans 83% des traitements en 2014, elle ne représentait plus que 55% en 2022. Cette diminution est compensée par une augmentation d'autres opioïdes, en particulier la morphine retard, qui est prescrite dans 29% de tous les traitements et dans 36% des admissions en traitement.

Un peu plus d'un quart (28%) des interruptions ou fins de traitement concernent un sevrage a priori réussi, et 25% une poursuite du traitement avec une autre substance ou un autre type de prise en charge (p.ex. autre médecin ou centre de soin). Par ailleurs, 14% des interruptions sont liées à un décès.

1. Introduction

1.1 Les traitements par agonistes opioïdes

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO, anciennement appelé « traitements de substitution »; Scholten et al., 2017) servent à remplacer l'usage illicite d'opioïdes (p.ex. l'héroïne achetée dans la rue) par la prescription d'un médicament légal (p.ex. méthadone, morphine retard orale, buprénorphine) qui a également pour effet de bloquer l'effet euphorisant de l'usage additionnel d'opioïdes et de réduire le phénomène d'accoutumance (Conti et al., 2017). Ces traitements s'accompagnent idéalement de mesures somatiques, psychiatriques, psychothérapeutiques, et socio-pédagogiques (Manghi et al., 2013).

En raison du caractère souvent chronique de la dépendance aux opioïdes, les objectifs principaux d'un TAO sont orientés sur le long terme : prévention des overdoses et du décès, amélioration de l'état de santé général, prévention de la transmission d'infections (VIH, hépatite B et C) et amélioration de la qualité de vie. Même si les agonistes opioïdes comportent des risques d'intoxication létale, ceux-ci demeurent limités dans le cadre d'une posologie contrôlée et respectée, les phases sensibles se situant essentiellement au début et à la fin d'un traitement (Sordo et al., 2017). Les TAO représentent la forme de prise en charge la plus courante pour les problèmes de dépendance aux opioïdes et font partie des prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Ces traitements sont effectués dans différents cadres : principalement auprès de médecins traitants ou d'institutions spécialisées, mais aussi au sein de services psychiatriques, hôpitaux généraux, cliniques et prisons.

La Suisse dispose d'une base légale pour ce type de traitements depuis 1975 et leur surveillance relève de la responsabilité des cantons. Ainsi, la prescription d'un TAO est soumise à autorisation par le médecin cantonal du canton dans lequel officie le médecin ou l'institution prescriptrice (OASup, 2011). Bien que très proche, la prescription médicale d'héroïne (diacéylmorphine) est régie au niveau fédéral et fait l'objet d'une statistique distincte (Gmel & Labhart, 2021, 2023).

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a introduit en 1997 les premiers relevés statistiques au niveau national dans le cadre d'une phase pilote. Dès 1999, un relevé systématique des TAO a été établi. La collecte des données est effectuée par les services des médecins cantonaux des 26 cantons et les résultats sont publiés annuellement sous la forme de statistiques interactives incluant les principales variables-clés sur le site www.substitution.ch. Tous les cantons contribuent à la statistique nationale depuis une vingtaine d'années, mais avec des données parfois très sommaires jusqu'en 2017. A partir de 2014, un nombre croissant de cantons a adopté le système de gestion des autorisations *Substitution Online*. Il permet de disposer d'informations plus détaillées et fiables que par le passé.

1.2 Monitoring *act-info*

Le réseau *act-info* (acronyme pour addiction, care and therapy information) est, depuis 2004, le système de monitoring des usager·ère·s des structures d'aide aux personnes dépendantes en Suisse. Ce système national de documentation, qui a le statut de statistique fédérale, porte sur les différentes offres de traitements ambulatoires et résidentiels des personnes ayant des problèmes liés aux substances légales ou illégales, ou souffrant de dépendances non liées à une substance (p.ex., jeux d'argent).

Le réseau *act-info* est le résultat de l'harmonisation de quatre statistiques sectorielles depuis 2003. Ces statistiques comprennent les domaines de traitements suivants :

- SAMBAD : statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance
- *act-info*-Résidentiel : regroupement des statistiques *act-info*-Residalc (statistique du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance et de la dépendance aux médicaments) et *act-info*-FOS (statistique du traitement résidentiel de la toxicomanie [principalement drogues illégales])
- Substitution / TAO : statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes : relevés réalisés en collaboration avec les médecins cantonaux qui sont responsables des autorisations de traitement
- HeGeBe : statistique nationale des traitements avec prescription médicale d'héroïne (diacétylmorphine) auprès des centres ambulatoires habilités.

Les différentes statistiques disposent de questionnaires et d'outils de saisie harmonisés qui servent à la constitution d'une base de données nationale centralisée et permettent d'obtenir des résultats standardisés et comparables tant au niveau national qu'au niveau international.

Le secteur de recherche d'Addiction Suisse (Lausanne) est depuis 2018 responsable de la collecte et de l'exploitation de l'ensemble des données dans les différents domaines de traitements (Maffli et al., 2021). Le monitoring *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique.

1.3 Focus thématiques annuels

Depuis quelques années, des analyses complémentaires sont intégrées dans chaque rapport annuel, en lien avec des thèmes d'actualités ou de nouvelles possibilités d'analyses.

- Dans le rapport 2020, un chapitre a été consacré à l'évolution du nombre d'admissions par canton et par mois entre 2017 et 2020, afin de déterminer l'impact sur les nouvelles admissions en traitement des mesures de confinement et de fermeture des frontières prises suite à l'arrivée du COVID-19 (voir Chapitre 3.2 de: Labhart & Maffli, 2021).
- Dans le rapport 2021, plusieurs entretiens ont été réalisés avec des médecins prescripteurs et des pharmaciens afin de mettre en lumière les évolutions et enjeux liés aux différents types de substances prescrites (voir Chapitre 3.7 de: Labhart et al., 2022).
- Le présent rapport intègre des analyses inédites sur le nombre de patient·e·s suivi·e·s par chaque médecin ou institution prescriptrice (Chapitres 4.5 et 5.4), sur la distribution des patient·e·s auprès des lieux de remise (Chapitre 4.6), ainsi que sur la distribution des raisons d'interruptions de traitement, en fonction de l'âge des patient·e·s et du nombre d'années passées sous TAO (Chapitre 6.3).

Tous les rapports fédéraux et cantonaux peuvent être téléchargés sur le site www.substitution.ch.

2. Méthodologie

2.1 Définition de « traitement par agonistes opioïdes »

La statistique de traitements par agonistes opioïdes (TAO) comprend l'ensemble des traitements à base d'opioïdes synthétiques, ou semi-synthétiques, utilisés dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés (en dehors de la prescription de diacéylmorphine; Gmel & Labhart, 2021).

Les TAO comprennent différentes catégories de substances :

- la méthadone (p.ex. Méthadone Streuli®, Ketalgine®)
- la morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sevre-long®, MST®)
- la buprénorphine (p.ex. Subutex®)
- la lévométhadone (p.ex. L-Polamidon®).

Les TAO visent à permettre aux personnes dépendantes aux opiacés de réduire leur consommation de substances illégales sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation. Il s'agit généralement de traitements sur le long terme (maintenance), dans certains cas à vie. L'objectif peut également être l'abstinence grâce à une diminution graduelle des doses.

Ce rapport présente une photographie de la situation telle qu'elle se présente avec les données disponibles au moment des analyses pour l'année 2022. Il est possible que certains résultats soient légèrement révisés ultérieurement, en particulier en ce qui concerne les évolutions et tendances (Chapitre 3).

2.2 Statistique de prévalence de traitements

La statistique de prévalence de traitements (Chapitres 3 et 4) comprend le recensement de toutes les personnes qui ont été au moins un jour en traitement au cours d'une année donnée. Chaque patient·e n'est compté·e qu'une fois par canton, même si plusieurs épisodes de traitement ont eu lieu durant l'année. Des statistiques interactives sur quelques variables-clés depuis 1999 sont disponibles sur le site www.substitution.ch.

La demande d'une autorisation de traitement ou l'annonce du traitement auprès du médecin cantonal est une obligation légale (dans quelques cas, certains médecins ou institutions bénéficient d'une autorisation globale de prescription, mais l'annonce du traitement aux autorités cantonales reste obligatoire). La couverture du système de monitoring est ainsi complète.

Dans la plupart des cantons, les autorisations de traitement sont accordées pour un à deux ans, ce qui assure un haut degré de fiabilité dans l'actualisation des données démographiques des patient·e·s et sur les modalités de traitement (type de substance, dose, lieu de remise). Cependant, il est à noter que certains cantons délivrent des autorisations de plus longue durée (10 ans, voire plus), ce qui peut limiter l'actualisation des données démographiques (p.ex. état civil) et relatives aux modalités de traitement.

2.3 Statistique d'admissions

La statistique d'admissions (Chapitres 3 et 5) comprend le recensement de tous les traitements qui ont été initiés au cours de l'année au sein de chaque canton. Cette statistique recouvre les nouvelles entrées en TAO, ainsi que les reprises après une période sans traitement (p.ex. tentative de sevrage).

Selon les directives relatives à l'*indicateur européen de demandes de traitement* (TDI, Treatment Demand Indicator) édicté par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 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). L'identification d'une admission est évidente lorsque le patient ou la patiente commence pour la première fois de sa vie un TAO. Identifier une admission pour un nouvel épisode de traitement est plus délicat car il faut exclure les arrêts administratifs (p.ex. changement de médecin, hospitalisation ou emprisonnement). Par ailleurs, la période écoulée depuis l'annonce d'un arrêt de traitement précédent doit être prise en compte pour définir le statut d'une admission ultérieure. En effet, dans le cas des TAO, il est possible qu'une période d'un à deux mois entre la fin d'une autorisation et le dépôt de la demande d'autorisation pour le traitement suivant serve de phase de test pour un changement de médication. Ainsi, une période minimum de 61 jours entre deux épisodes notifiés a été définie afin d'exclure les arrêts administratifs et les périodes d'ajustement du traitement.

Contrairement à la statistique de prévalence de traitements, la statistique d'admissions ne comprend que les traitements ayant débuté au cours de l'année, ce qui assure ainsi un haut degré de fiabilité et d'actualisation des données démographiques et des modalités de traitement (type de substance, dose, lieu de remise).

2.4 Statistiques de fins de traitements

La statistique de fins de traitement (Chapitres 3 et 6) comprend le recensement de tous les traitements qui ont été interrompus au cours de l'année au sein de chaque canton, et qui n'ont pas été repris dans un délai maximum de 60 jours (voir définition de l'épisode de traitement au chapitre 2.3).

2.5 Doublons intercantonaux

Depuis 2018, l'introduction d'un identifiant unique pour chaque patient·e permet de détecter si une personne a été en traitement dans plusieurs cantons au cours de la même année. Ce cas de figure résulte essentiellement des configurations suivantes : déménagement d'un canton à l'autre, séjour temporaire dans une institution spécialisée hors canton d'origine (p.ex. clinique de soin ou prison), et lieu de remise de la substance (p.ex., pharmacie) dans un canton différent que celui du médecin traitant.

En 2022, cette analyse a pu être réalisée sur un total de 13'333 personnes dans 24 cantons. Les résultats indiquent que 226 (1.7%) des personnes ont été enregistrées dans deux cantons ou plus au cours de l'année. Ce taux est en légère baisse par rapport aux années précédentes (2020 : 2.1%; 2021: 1.9%; Labhart et al., 2022; Labhart & Maffli, 2021). Ces 226 personnes ne sont ainsi comptées qu'une fois dans les statistiques de prévalence et, si leur traitement s'est poursuivi dans un délai de 60 jours dans un autre canton, elles ne sont comptées ni dans les statistiques d'admissions ni de fins de traitement.

Note sur la compatibilité entre les statistiques cantonales

Il est important de noter que certaines incompatibilités entre les systèmes de saisie cantonaux (voir chapitre 2.6) ne permettent pas d'exclure complètement : l'enregistrement de la même personne dans deux cantons différents (statistique de prévalence), de « fausses » admissions (c'est-à-dire sans interruption effective de la médication) et des « fausses » fins de traitement (c'est-à-dire, une annonce de fin de traitement dans un canton, qui se poursuivra dans un autre) qui résulterait d'un changement de domicile entre deux cantons avec des systèmes de saisie différents.

2.6 Couverture cantonale et nationale

Pour l'année 2022, la grande majorité des cantons ont fourni des données individuelles anonymisées relatives aux personnes sous TAO (Tableau 1). La majorité des cantons a adopté le système fédéral *Substitution Online* développé depuis 2014, dont le questionnaire permet de remplir la mission d'observatoire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avec une bonne compatibilité avec les normes européennes en vigueur.

Tableau 1 : Formats des données fournies par les cantons pour les différentes statistiques (2022)

	Prévalence de traitement	Entrées en traitement	Fins de traitement
Données individuelles			
• Système <i>Substitution Online</i>	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS
• Système Access			LU
• Autre système cantonal	BL, BS	BL, BS, ZG, ZH	BL, BS, ZG, ZH
Données agrégées élémentaires	ZG, ZH		

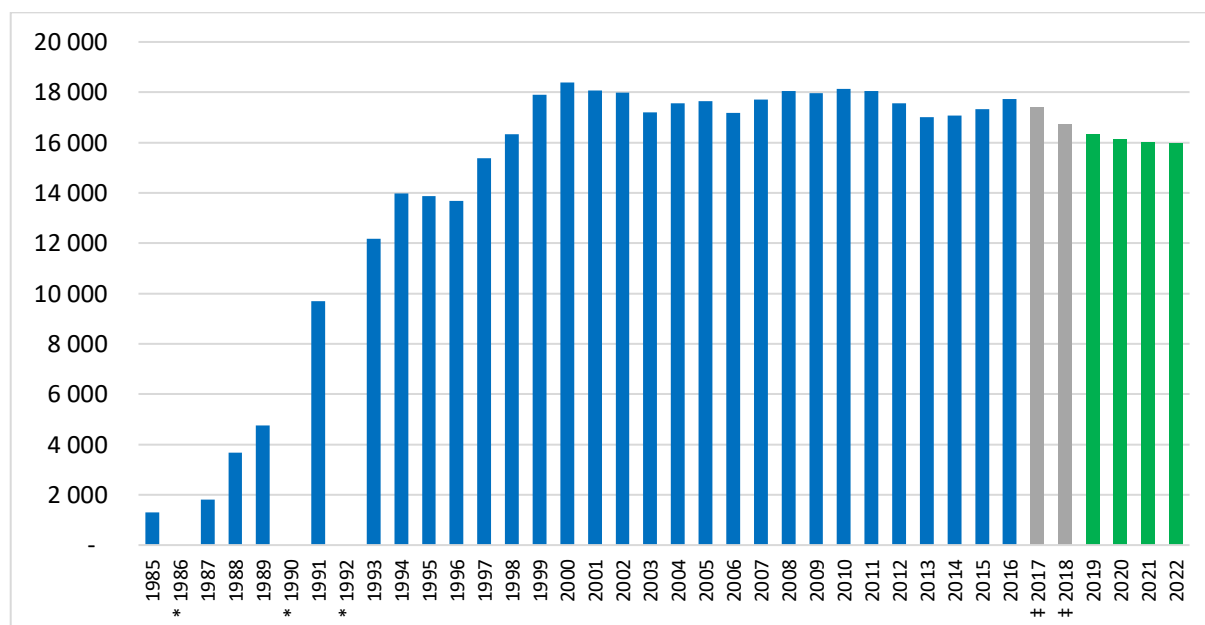
3. Evolutions et tendances

3.1 Nombre annuel de personnes en traitement, depuis 1985

L'évolution du nombre de personnes sous traitement par agonistes opioïdes (TAO) en Suisse a essentiellement suivi trois phases distinctes. Tout d'abord, le nombre de personnes sous TAO a graduellement augmenté, pour atteindre 18'000 personnes en 2000 (Figure 1). Lors de cette période, à savoir au cours des années 80 et au début des années 90, la Suisse a connu un pic historique du nombre d'usager·ère·s d'héroïne en lien avec la diffusion de l'usage de cette substance auprès de la jeunesse et avec l'existence de scènes ouvertes de la drogue, dont le Platzspitz puis le Letten à Zürich, où convergeaient des usager·ère·s de toute la Suisse et des pays environnants (Nordt et al., 2018; Nordt & Stohler, 2006).

Ensuite, et ce depuis l'introduction d'un relevé fédéral systématique en 1999, le nombre de personnes en traitement par année est resté relativement stable, aux environs de 17'000 à 18'000 personnes, jusqu'en 2016. Finalement, en 2017 commence une diminution progressive du nombre total de personnes sous TAO, pour atteindre environ 16'000 personnes en 2021 et 2022.

Figure 1 : Nombre de personnes sous TAO, de 1985 à 2022



Notes : * aucune donnée pour 1986, 1990 et 1992 ;

‡ suite à l'amélioration de la procédure de calcul de la prévalence de traitement en 2017 et en 2018, les données d'avant et après 2017 ne sont pas directement comparables entre elles.

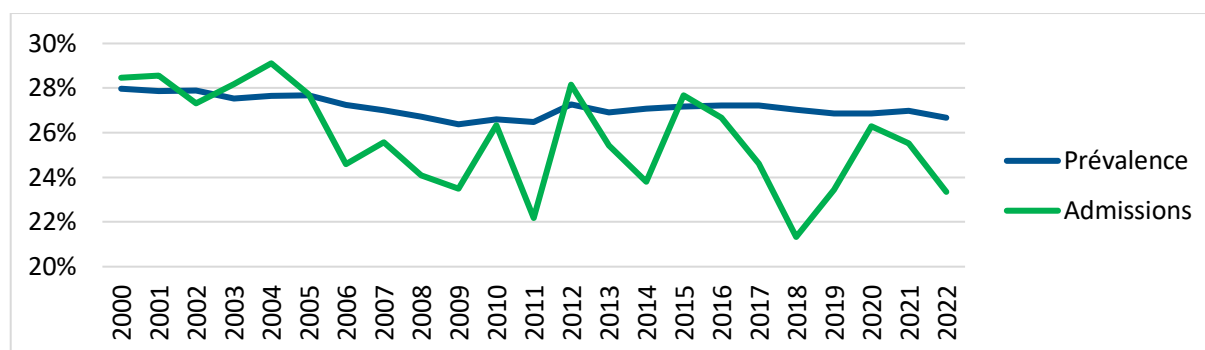
Il est à noter que l'adoption par la plupart des cantons du système de saisie *Substitution Online* a permis de nombreuses améliorations au niveau des statistiques cantonales et fédérales entre 2017 et 2018. Ces améliorations concernent notamment un contrôle renforcé des dates de début et de fin de traitement (depuis 2017) et la détection des doublons inter-cantonaux (depuis 2018). Les résultats des dernières années ne sont ainsi pas directement comparables aux années précédentes, car la diminution de la prévalence de traitement observées en 2017 et 2018 reflète en partie

ces changements de méthode de calcul. Par la suite, la baisse progressive entre 2019 et 2022 peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs facteurs tels qu'une diminution de l'incidence (baisse des nouveaux cas), une hausse de la mortalité naturelle parmi les personnes les plus âgées, et le changement vers d'autres types de traitements tels que la prescription de diacétylmorphine (Gmel & Labhart, 2023).

3.2 Ratio de sexe des personnes en traitement, depuis 2000

Depuis 2000, la part de femmes sous TAO est d'environ 27% avec très peu de variations annuelles (26.7% en 2022 ; Figure 2). La proportion annuelle de femmes parmi les admissions en traitement suit une légère tendance à la baisse, avec des variations annuelles plus marquées.

Figure 2 : Part de femmes sous TAO par année, de 2000 à 2022

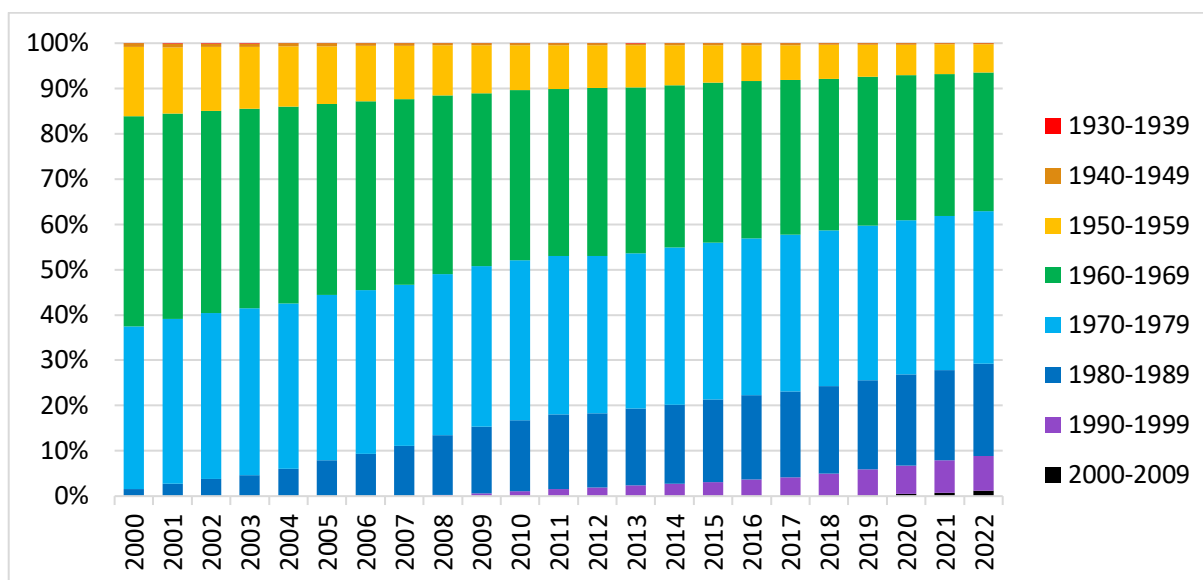


Notes : Cantons représentés par année : voir Tableau A1 en annexe.

3.3 Proportion de personnes en traitement, par cohorte d'âge depuis 2000

Comme mentionné précédemment, le nombre de personnes sous TAO a massivement augmenté avant le tournant du millénaire, s'est ensuite stabilisé sur près de 20 ans, puis a récemment commencé à diminuer. Ce phénomène s'explique par la présence prédominante de personnes nées dans les années 60 et 70 (c'est-à-dire celles qui entraient dans l'âge adulte lors du pic d'épidémie d'usage d'héroïne dans les années 80 et 90), qui représentaient 82% des personnes en traitement en 2000 et encore 64% en 2022 (Figure 3). Malheureusement, la plupart des cantons ne disposent pas de données détaillées avant 2000, ce qui ne permet pas d'observer l'arrivée progressive des cohortes de personnes nées avant 1979 dans les statistiques de traitement.

Figure 3 : Proportion de personnes sous TAO par cohorte d'année de naissance, de 2000 à 2022



Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » du Tableau A1 en annexe.

Après l'an 2000, on observe l'arrivée d'une nouvelle vague d'utilisateur·e·s, période durant laquelle la cohorte des personnes nées dans les années 80 a commencé un TAO. L'importance de cette cohorte demeure plus faible que les précédentes, compte tenu du fait qu'elle ne représentait que 16% des personnes en traitement en 2010, alors que la cohorte des personnes nées dans les années 70 représentait 36% des personnes en traitement en 2000. La cohorte des personnes nées dans les années 80 a toutefois continué de croître pour atteindre 20% en 2022.

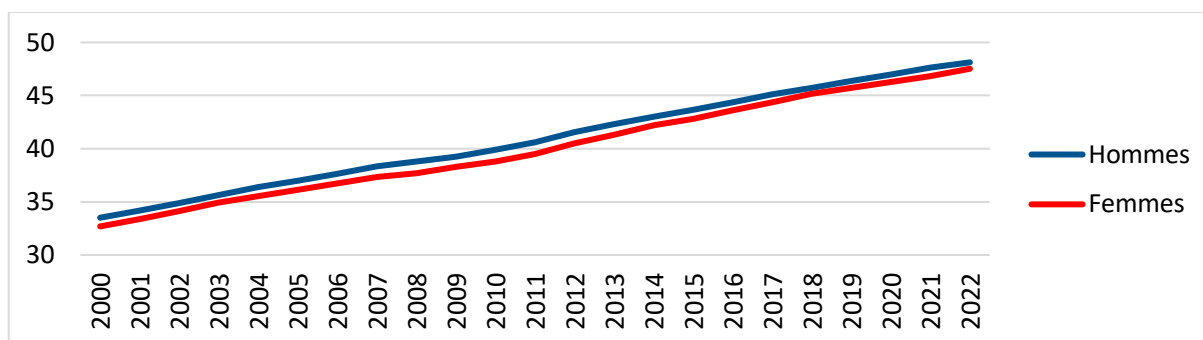
Depuis 2010, on observe l'arrivée des personnes nées dans les années 90. Bien que sa part reste relativement faible (8% en 2022), sa présence rappelle que les TAO répondent non seulement au besoin de maintenir la situation sanitaire des personnes en traitement depuis longtemps, mais offrent également une alternative sûre aux nouveaux·elles usager·e·s d'opioïdes illégaux plus jeunes.

Un peu plus de 1% des personnes en traitement en 2022 sont nées après l'an 2000. Bien que la cohorte ne soit pas très représentée, on observe une faible augmentation, semblable à la tendance de la cohorte précédente (avec une augmentation de 1.3 point de pourcentage en cinq ans). Les données des années à venir permettront de déterminer l'importance de cette cohorte.

3.4 Âge moyen des personnes en traitement, depuis 2000

L'âge moyen des personnes en traitement (48.5 pour les hommes et 47.8 pour les femmes en 2022) tend à augmenter progressivement de 0.7 an en moyenne par année (Figure 4). Cette augmentation est la conséquence de la présence massive des cohortes mentionnées au chapitre précédent. Ce phénomène n'est pas limité à la Suisse, et s'observe également dans d'autres pays européens (Nordt et al., 2018; Schwarz et al., 2023).

Figure 4 : Age moyen des personnes sous TAO, de 2000 à 2022

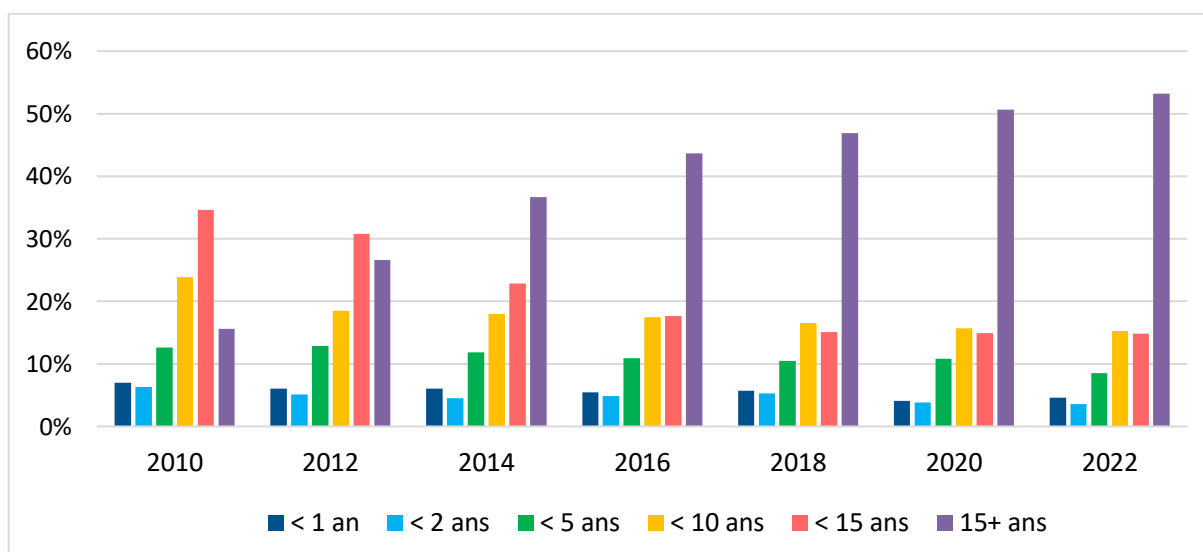


Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » du Tableau A1 en annexe.

3.5 Durée de traitement, depuis 2010

En 2022, plus de la moitié des personnes sous TAO étaient en traitement depuis plus de 15 ans (Figure 5). Au cours de la dernière décennie, on observe que la part de personnes qui sont en traitement depuis plus de 15 ans tend à augmenter (16% en 2010 et 55% en 2022), alors que toutes les autres catégories tendent à diminuer. Ces résultats soulignent que les objectifs principaux d'un traitement par agoniste opioïde sont orientés sur le long terme (prévention des décès, amélioration de l'état de santé général, prévention de la transmission d'infections et amélioration de la qualité de vie) et que le sevrage n'est pas nécessairement un but en soi. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes au niveau de la durée moyenne des traitements (Figure A1). Il est à noter que ces calculs n'ont été réalisés que sur les cantons disposant de données suffisantes (sur au moins 20 ans) pour chaque année représentée.

Figure 5 : Evolution de la durée des TAO, de 2010 à 2022



Note : La sélection des cantons se fait différemment selon les années et les données disponibles de chaque canton (au moins 20 avant l'année de référence) : depuis 2010 : BE, GE, GR, NE, SO, SZ, VS ; depuis 2016 : TG ; depuis 2018 : FR, GL, NW.

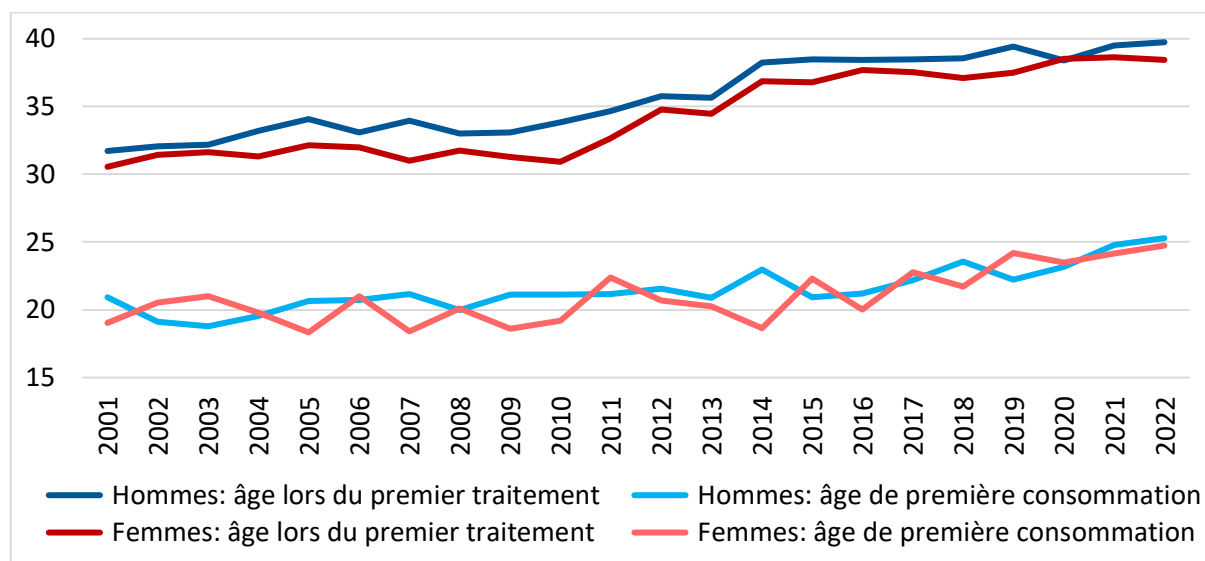
3.6 Âges de premier usage d'héroïne et d'entrée en traitement, depuis 2001

Il est difficile d'identifier avec certitude quand une personne a initié pour la première fois un TAO, notamment parce que les données proviennent de 26 registres cantonaux décentralisés et que des admissions peuvent être enregistrées pour des raisons administratives (p.ex. lors d'un changement de médecin ; cf. Chapitre 2.3). Il est néanmoins possible d'estimer l'évolution de l'incidence de nouveaux traitements de manière indirecte, en se basant sur la première année lors de laquelle une personne apparaît dans les statistiques, pour autant que les cantons disposent de données historiques sur plusieurs dizaines d'années (cf. Tableau A1 en annexe). Il faut aussi noter que l'âge de première consommation n'est connu que pour environ 10 à 35% des personnes en traitements selon les années, ce qui peut occasionner quelques variations annuelles involontaires.

Sur la base des cantons disposant de données exhaustives sur au moins 20 ans, on observe que, au cours des deux dernières décennies, l'âge moyen de première consommation d'héroïne, tel que déclaré dans les questionnaires d'entrée en traitement, a d'abord été stable (environ 20 ans) entre 2001 et 2011 (Figure 6), puis a légèrement augmenté, pour atteindre environ 25 ans en 2022, tant pour les hommes que pour les femmes.

L'âge moyen d'entrée en traitement a suivi une évolution similaire, avec un décalage d'environ 13 à 15 ans par rapport à l'âge de première consommation. Les données présentées dans la Figure 6 diffèrent légèrement de celles du chapitre 5.2, car il s'agit d'un sous-échantillon de cantons.

Figure 6 : Age moyen de première consommation d'héroïne et d'entrée en traitement, de 2001 à 2022

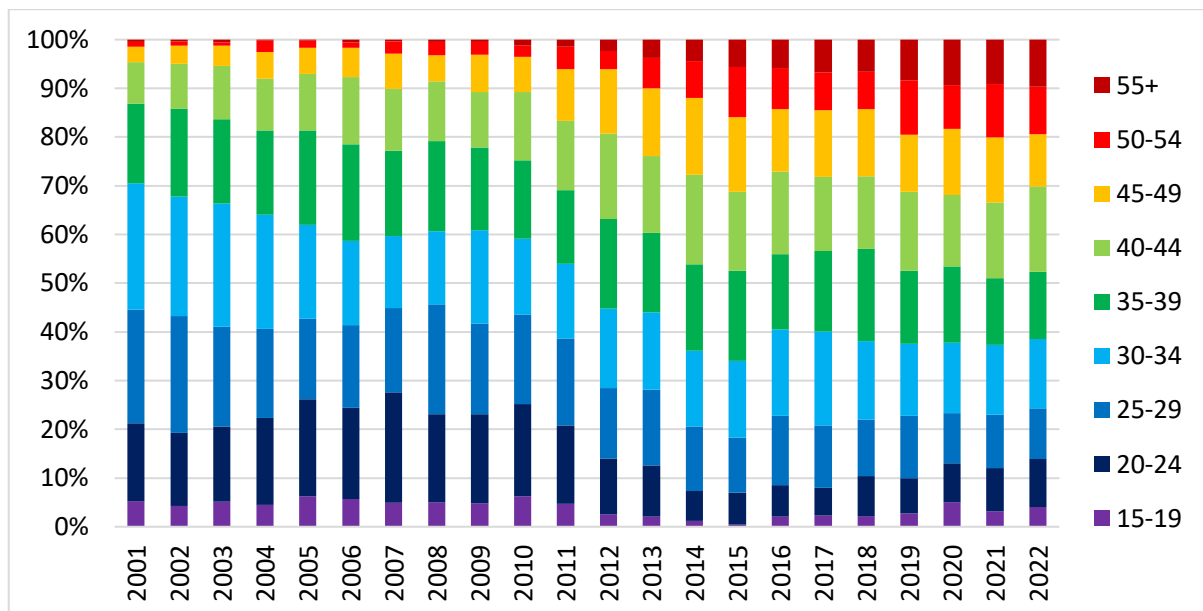


Note : Cantons représentés : BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

En ce qui concerne la répartition par groupe d'âge, la Figure 7 montre que la part de personnes de moins de 30 ans admises en TAO est restée assez stable, et à un haut niveau, jusqu'au tournant de 2010. Elle a ensuite progressivement diminué, pour représenter moins de 25% des admissions depuis 2014. Cette tendance, qui suggère

une baisse de l'usage d'opioïdes et de leur attrait auprès des nouvelles générations au cours des quinze dernières années, s'observe également dans la représentation par cohortes (voir Figure 3) ainsi que dans les statistiques du nombre de décès liés à la consommation de drogue (Observatoire suisse de la santé, 2023).

Figure 7 : Âge d'entrée en traitement, par groupe d'âge de 2001 à 2022



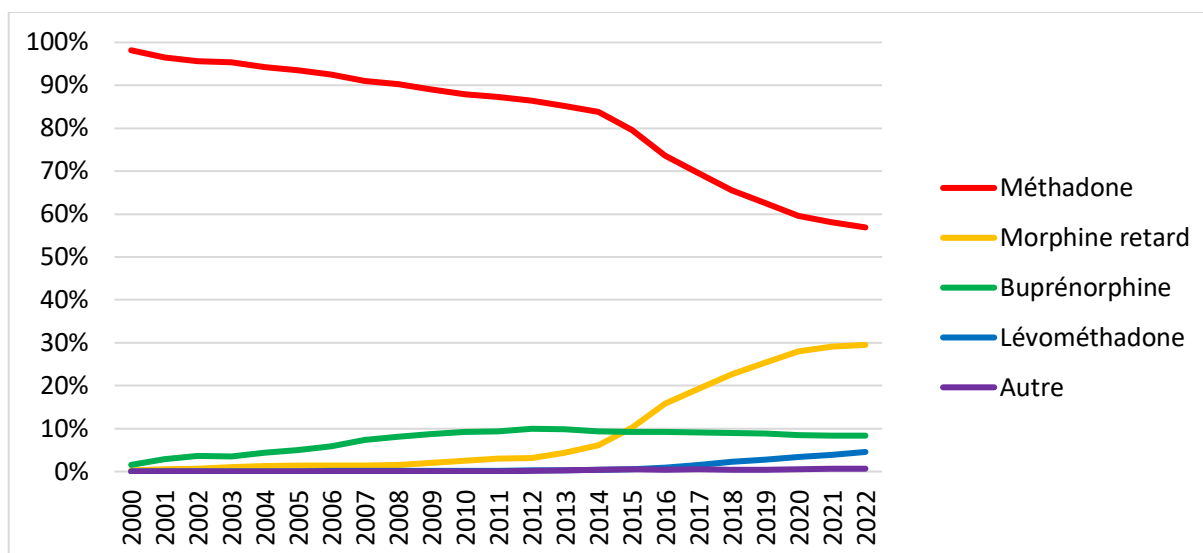
Note : Cantons représentés : BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

3.7 Evolution des types de substance prescrite, depuis 2000

La Figure 8 montre une diminution progressive de la part de traitements avec prescription de méthadone (p.ex. préparation magistrale, Méthadone Streuli®, Kétalgine®) depuis le début des années 2000 (Nordt et al., 2015). Dans un premier temps, cette baisse s'explique par une augmentation du nombre de traitements recourant à la buprénorphine (p.ex. Subutex®), puis, depuis 2013, par une forte augmentation du nombre de traitements avec prescription de morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®). La diffusion de la morphine retard s'expliquerait par le fait qu'elle permettrait de diminuer le désir de consommer de l'héroïne (craving), serait généralement mieux tolérée par les personnes en traitement et apporterait une plus grande satisfaction chez les patient·e·s (Baschiroto et al., 2020). Néanmoins, depuis 2020, la part de prescription de morphine retard semble plafonner aux environs de 30%. Cette évolution pourrait être liée au risque de pénurie, découlant de problème d'approvisionnements récurrents (Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR), 2022) et de la suspension de l'autorisation d'exploitation du principal fournisseur suisse (Swissmedic, 2022).

Il est à noter que ces données concernent l'ensemble des personnes en traitement. Elles diffèrent de la distribution des types de substances pour les premières admissions (48% de méthadone et 36% pour la morphine retard en 2022, cf. Figure 19). Ce décalage peut être expliqué par la réticence des médecins et patient·e·s à changer les modalités d'un traitement en cours.

Figure 8 : Proportion de substances prescrites par année, de 2000 à 2022

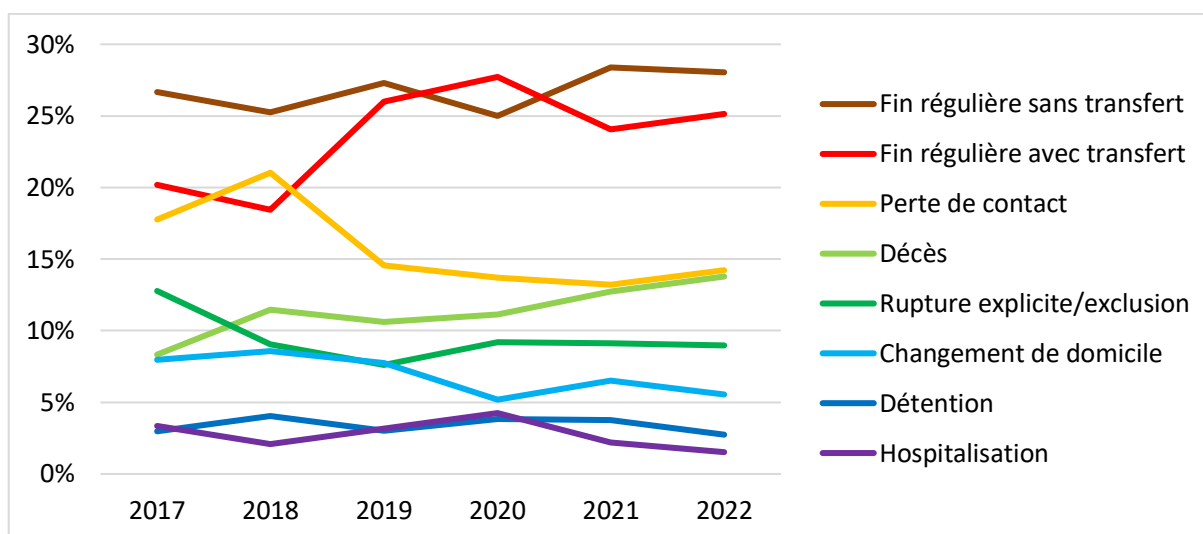


Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » du Tableau A1 en annexe.

3.8 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017

Les raisons de fin de traitement ont peu évolué au cours des dernières années. De manière stable depuis 2017, environ un quart des fins de traitement concerne un sevrage a priori réussi (fin sans transfert). Un autre quart concerne la poursuite du traitement auprès d'une autre instance (p.ex. changement de médecin, d'institution ou de type de substance). Il est à noter que la part de décès parmi les motifs de fin de traitement continue de progresser lentement (14% en 2022), ce qui, extrapolé au nombre total de sorties, représente environ 250 personnes en 2022.

Figure 9 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2022



Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Fins de traitement » du Tableau A1 en annexe.

4. Statistiques de prévalence de traitement en 2022

4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année

Le monitoring recense 15'960 personnes qui ont été au moins un jour sous TAO au cours de l'année 2022. Le Tableau 2 présente la répartition des traitements par sexe et par canton. Sur l'ensemble du pays et de manière relativement stable entre les cantons, on dénombre environ 2.7 fois plus d'hommes en traitement que de femmes. Les cantons les plus peuplés, à savoir Zurich, Berne et Vaud, occupent également les trois premières places en termes de nombre de personnes en traitement.

Depuis 2018, il est possible d'identifier une grande partie des personnes présentes dans les registres de plusieurs cantons, par exemple suite à un déménagement ou à un séjour en institution de soin hors canton en cours d'année. Cela concerne environ 1.7% du total des personnes, sachant que ce contrôle a pu être réalisé sur un total de 13'333 personnes dans 24 cantons (hormis ZG et ZH).

Tableau 2 : Nombre de personnes sous TAO, par sexe et canton (2022)

Canton	Hommes	Femmes	Sexe non connu	Total
Total *	11'582	4'272	106	15'960
AG	513	221	0	734
AI	2	0	0	2
AR	99	35	0	134
BE	1'854	704	0	2'558
BL	292	101	0	393
BS	650	282	0	932
FR	431	106	0	537
GE	889	296	0	1'185
GL	38	12	0	50
GR	209	47	0	256
JU	94	38	0	132
LU	580	204	0	784
NE	452	176	0	628
NW	23	6	0	29
OW	30	10	0	40
SG	635	195	0	830
SH	67	26	0	93
SO	454	173	0	627
SZ	47	27	0	74
TG	309	97	0	406
TI	687	222	0	909
UR	9	2	0	11
VD	1'140	464	0	1'604
VS	313	72	0	385
ZG	48	16	1	65
ZH	1'893	790	105	2'788
Doublons intercantonaux	-176	-50	0	-226

Note : * Total sans doublons intercantonaux.

4.2 Prévalence journalière

Le Tableau 3 présente le nombre moyen de personnes sous TAO sur l'ensemble des jours de l'année. Dans la plupart des cantons, le nombre moyen de personnes en traitement par jour représente environ 80% à 90% de la prévalence annuelle de traitements. En 2022, la prévalence journalière moyenne était de 88.2% par rapport à la prévalence annuelle, ce qui correspond à 14'330 personnes sur l'ensemble de la Suisse.

Tableau 3 : Prévalence journalière, par canton (2022)

Canton	Nombre moyen par jour	% de la prévalence annuelle
AG	655.6	89.3%
AI	2.0	100.0%
AR	116.3	86.8%
BE	2'278.8	89.1%
BL	366.0	93.1%
BS	859.7	92.2%
FR	495.1	92.2%
GE	1'064.7	89.8%
GL	43.3	86.6%
GR	204.6	79.9%
JU	117.5	89.0%
LU	738.8	94.2%
NE	561.1	89.3%
NW	26.0	89.6%
OW	32.9	82.3%
SG	711.9	85.8%
SH	81.8	87.9%
SO	551.8	88.0%
SZ	66.6	90.0%
TG	337.32	83.1%
TI	836.5	92.0%
UR	10.9	98.6%
VD	1'333.7	83.2%
VS	330.4	85.8%
ZG	55.47	85.3%
ZH	2'451.12	87.9%
Total	14'329.9	88.2%

Notes : Les traitements séparés par 60 jours ou moins sont considérés comme continus (voir chapitre 2.3). La prévalence journalière correspond à la moyenne du nombre de personnes en traitement pour chaque jour de l'année.

Les variations cantonales entre la prévalence annuelle et la prévalence journalière moyenne s'expliquent par le fait que, tout au long de l'année, environ un quart des patient·e·s commencent, font une pause, ou arrêtent un TAO (p.ex. sevrage réussi,

changement pour substitution à l'héroïne, changement de canton, décès), et ce, de manière inégale entre les cantons (Tableau 4).

Le Tableau 4 montre la répartition des patient-e-s selon la modalité de leur traitement. Sur l'ensemble des cantons, un peu plus de trois quarts (78.1%) des personnes sous TAO étaient au bénéfice d'un traitement continu, c'est-à-dire sans interruption au cours de l'année. Ces chiffres rappellent que les TAO visent, dans un premier temps, à permettre aux personnes initiant un traitement de réduire leur consommation de substances illégales sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation, mais qu'il s'agit souvent d'un traitement sur le long terme (maintenance), parfois à vie.

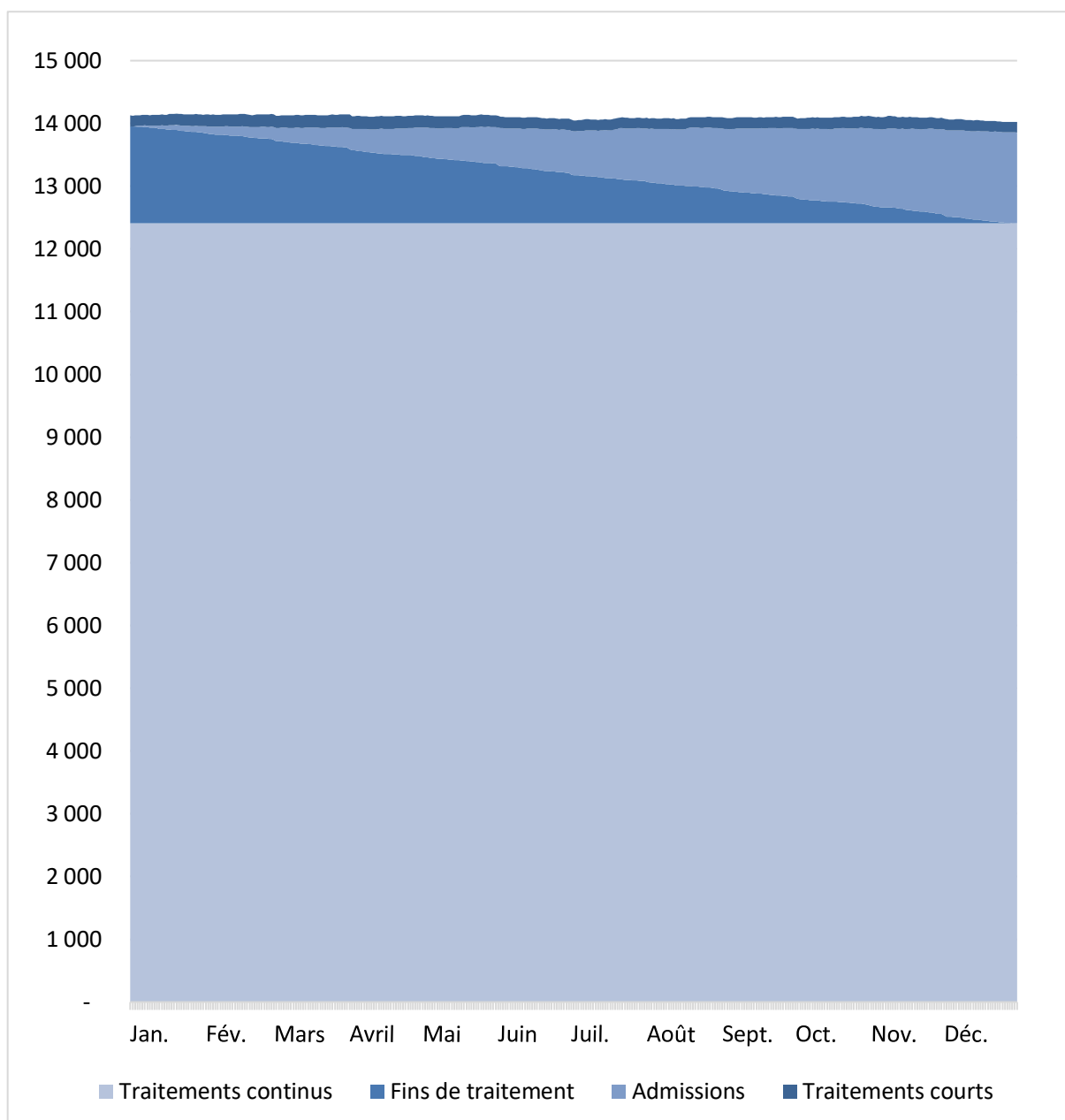
Tableau 4 : Part de patient-e-s selon la modalité de traitement, par canton (2022)

Canton	Traitements continus	Admissions	Fins de traitement	Traitements courts
AG	75.5%	9.0%	13.2%	2.3%
AI	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
AR	72.4%	11.9%	12.7%	3.0%
BE	78.0%	9.6%	8.4%	4.0%
BL	87.0%	6.9%	4.1%	2.0%
BS	85.8%	8.9%	4.3%	1.0%
FR	85.1%	6.7%	5.2%	3.0%
GE	81.9%	7.6%	8.0%	2.5%
GL	76.0%	16.0%	6.0%	2.0%
GR	63.7%	14.8%	14.8%	6.6%
JU	81.8%	6.8%	9.8%	1.5%
LU	86.9%	8.0%	4.3%	0.8%
NE	77.7%	12.6%	8.0%	1.8%
NW	86.2%	3.4%	10.3%	0.0%
OW	70.0%	15.0%	12.5%	2.5%
SG	74.2%	11.9%	9.4%	4.5%
SH	75.3%	8.6%	10.8%	5.4%
SO	77.2%	11.0%	8.6%	3.2%
SZ	83.8%	5.4%	8.1%	2.7%
TG	72.7%	10.6%	7.9%	8.9%
TI	85.5%	5.2%	6.1%	3.3%
UR	90.9%	9.1%	0.0%	0.0%
VD	64.9%	11.8%	19.9%	3.4%
VS	74.8%	9.9%	8.3%	7.0%
ZG	75.4%	3.1%	18.5%	3.1%
ZH	78.8%	6.3%	10.4%	4.5%
Total	78.1%	8.9%	9.5%	3.5%

Notes : Les pourcentages donnés dans les colonnes Admissions et Fins de traitement ne correspondent pas avec ceux des Tableaux 5 et 11, car 1) le tableau ci-dessus ne tient pas compte des doublons inter-cantonaux et 2) une partie des admissions et fins de traitement se retrouvent également dans la colonne Traitements courts.

On recense environ 8.9% de personnes qui ont été admises pour un traitement qui s'est poursuivi au-delà du 31 décembre 2022, 9.5% de fins de traitements sans reprise avant la fin de l'année et 3.5% de traitements « courts » qui ont été commencés et arrêtés en cours d'année. Le nombre d'admissions et fins de traitement tendent à se compenser mutuellement, raison pour laquelle la prévalence annuelle est globalement stable sur l'année et ne tend que légèrement à diminuer au cours des dernières années (cf. Figure 1). On remarque par ailleurs que le nombre quotidien total de personnes en traitement est également stable tout au long de l'année (Figure 10).

Figure 10 : Nombre de personnes sous TAO, par modalité de traitement et par jour (2022)

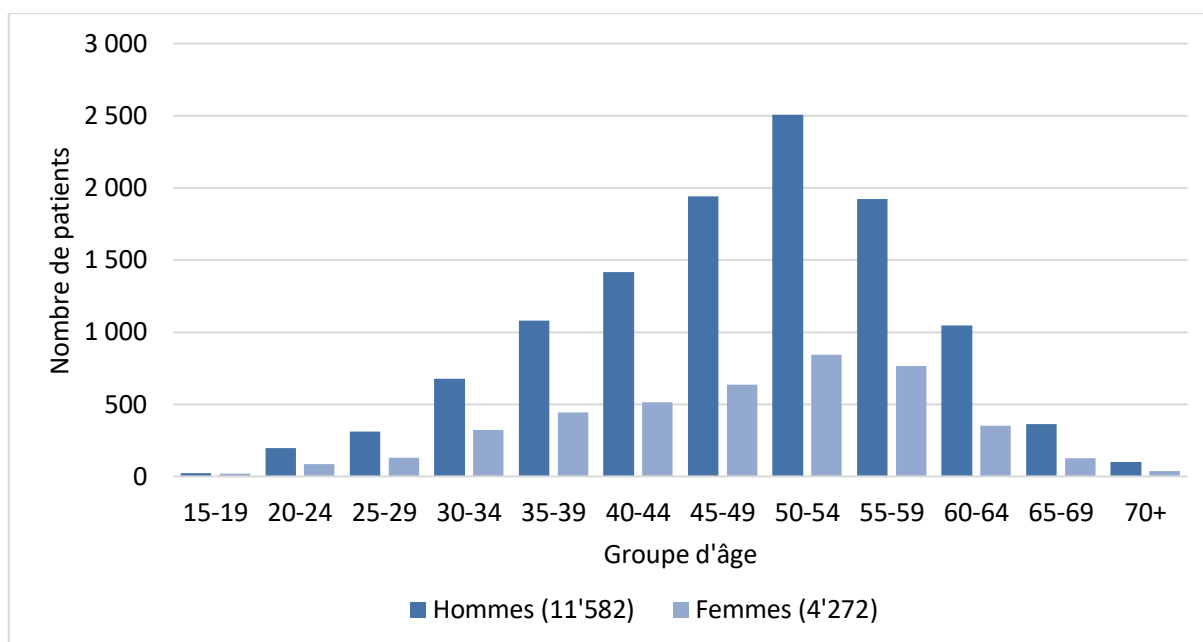


Note : Tous les cantons représentés.

4.3 Profil démographique

La Figure 11 présente le nombre de patient·e·s sous TAO, par tranches d'âge de 5 ans et par sexe. La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 50 à 54 ans, suivie par les 45 à 49 ans pour les hommes et les 55 à 59 ans pour les femmes. Comme illustré au chapitre 3.3, la présence prépondérante de cette cohorte dans les statistiques des TAO s'explique par le pic historique d'apparition d'usager·ère·s d'héroïne dans les années 1980 et 1990 (Nordt et al., 2018; Nordt & Stohler, 2006) et par le caractère chronique de la dépendance aux opioïdes. Alors qu'elles avaient 15 à 25 ans à l'époque, ces personnes ont maintenant 45 à 65 ans. A l'inverse, le quart des patient·e·s qui ont actuellement moins de 40 ans (voir Tableau 5) avaient commencé à consommer de l'héroïne plus récemment. En 2022, sur l'ensemble des groupes d'âge, on observe environ 2.7 fois plus d'hommes que de femmes. Cette différence est un peu moins marquée parmi les personnes jusqu'à 34 ans (2.2 fois plus d'hommes que de femmes).

Figure 11 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2022)



Note : Age au 31.12.2022.

En 2022, l'âge moyen des patient·e·s sous TAO s'élève à 48.5 ans chez les hommes et 47.8 ans chez les femmes (voir Tableau 5). Les données détaillées sur l'état civil et la nationalité, en Suisse et par canton, sont consultables directement sur le site www.substitution.ch.

Tableau 5 : Age moyen des personnes sous TAO, par sexe (prévalence 2022)

	N	Moyenne	Percentiles 25	Percentiles 50	Percentiles 75
Hommes	11'582	48.5	42	50	56
Femmes	4'272	47.8	40	49	56

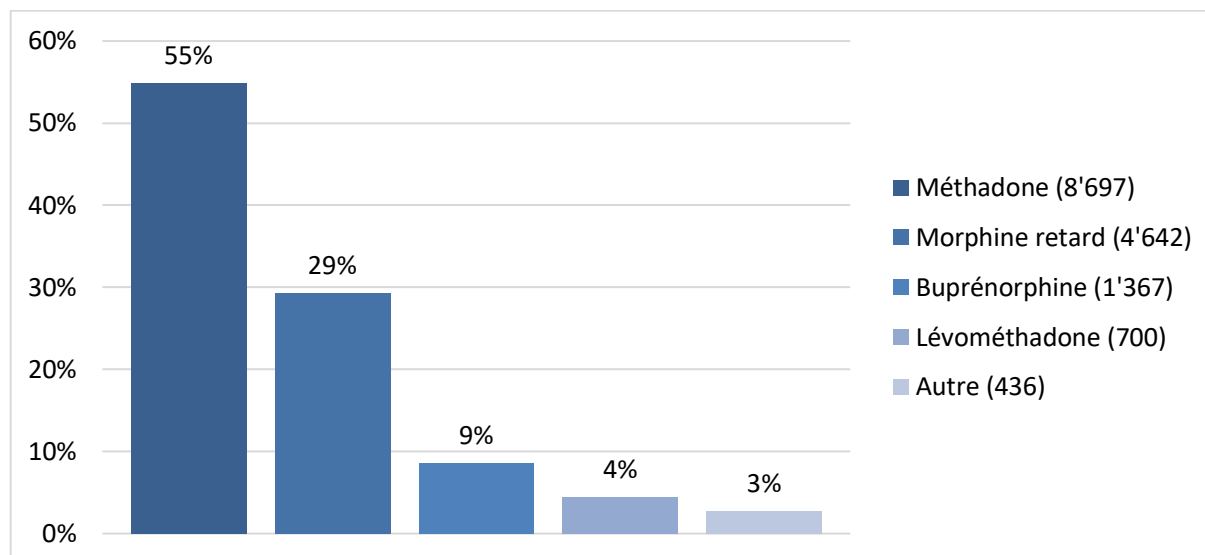
Note : Age au 31.12.2022.

4.4 Substances prescrites

La Figure 12 montre la répartition des TAO selon le type de substance. A l'échelle nationale, la méthadone (p.ex. Méthadone Streuli®, Kétalgine®) était prescrite dans 55% des traitements, suivie par la morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST® ; 29%) et la buprénorphine (p.ex. Temgesic®, Subutex® ; 9%), alors que les traitements à base de lévométhadone (p.ex. L-Polamidon® ; 4%) ou autres opioïdes (p.ex. oxycodone) représentent une part très faible.

Ces résultats s'inscrivent dans une tendance à la diminution du nombre de traitements à la méthadone (-2 points de pourcentage par rapport à 2021), compensée par une augmentation des autres traitements (+2 points). Alors que le nombre de traitement à la morphine retard avait tendance à augmenter depuis 2013 (voir Figure 8 dans le Chapitre 3.7 pour les tendances à long terme), il a reculé de 1 point de pourcentage entre 2021 et 2022. Ces résultats sont en adéquation avec la période de pénurie vécue en Suisse. Les opioïdes oraux, spécifiquement ceux à base de morphine, ne sont plus produits en quantité suffisante. La pénurie touche également les autres opioïdes, ce qui limite les alternatives de traitement (Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR), 2022).

Figure 12 : Types de substances prescrites (prévalence 2022)



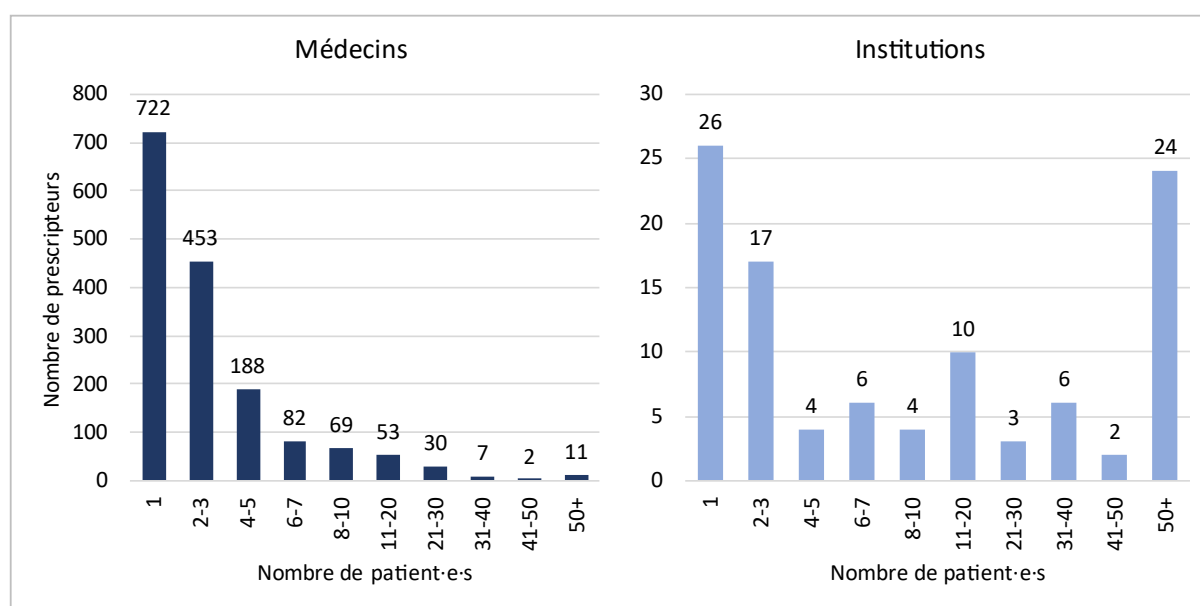
Note : Tous les cantons représentés. La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine).

Les données sur la répartition des types de substances au niveau cantonal sont consultables sur le site www.substitution.ch.

4.5 Médecins et institutions prescripteurs

La Figure 13 présente la distribution du nombre de patient·e-s auprès des médecins et institutions prescripteurs des 21 cantons qui utilisent la plateforme substitution-online. Dans ces cantons, 63% des patient·e-s sous TAO (soit 6'450 personnes) sont suivi·e-s par 1'617 médecins en cabinet. La grande majorité des médecins ne supervisent que quelques patients et seule une vingtaine ont plus que 30 patient·e-s en TAO. Par ailleurs, 37% des patient·e-s (soit 3'779 personnes) sont suivi·e-s dans 102 institutions (y.c. 86 patient·e-s dans 6 prisons). Près de la moitié des institutions supervisent le traitement de plusieurs dizaines (voire centaines) de patient·e-s chaque année. Il faut noter que ces résultats ne reflètent pas l'entier de la situation en Suisse, car ils ne comprennent pas les données de trois grands cantons (Zürich, Vaud et Bâle-Ville) qui hébergent de nombreuses institutions spécialisées de taille variable.

Figure 13 : Nombre de patient·e-s, par type de prescripteurs (prévalence 2022)

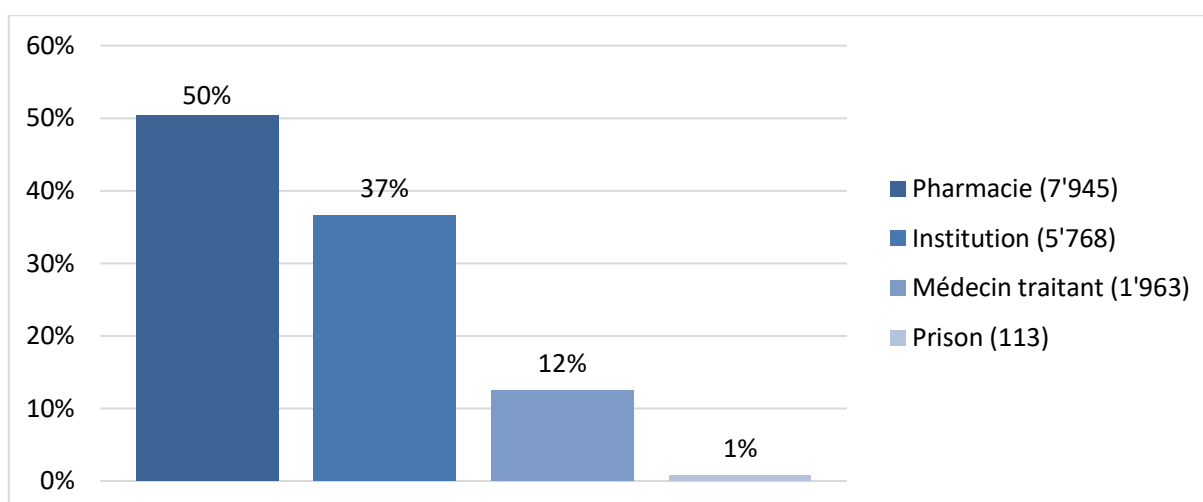


Note : Cantons représentés : AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS.

4.6 Remise du produit prescrit

La Figure 14 présente la répartition des lieux de remise des produits. Au niveau national, environ la moitié sont remis en pharmacie, plus d'un tiers dans une institution spécialisée ou un lieu de vie, et environ un sur huit (12%) dans le cabinet du médecin traitant. Les données sur la répartition des lieux de remise au niveau cantonal sont consultables sur le site www.substitution.ch. Il est à noter que seuls quelques cantons fournissent des informations sur la remise de produits dans les prisons (actuellement BE, FR, GR, NE et SG), raison pour laquelle ce type de lieu est probablement sous-estimé au niveau national.

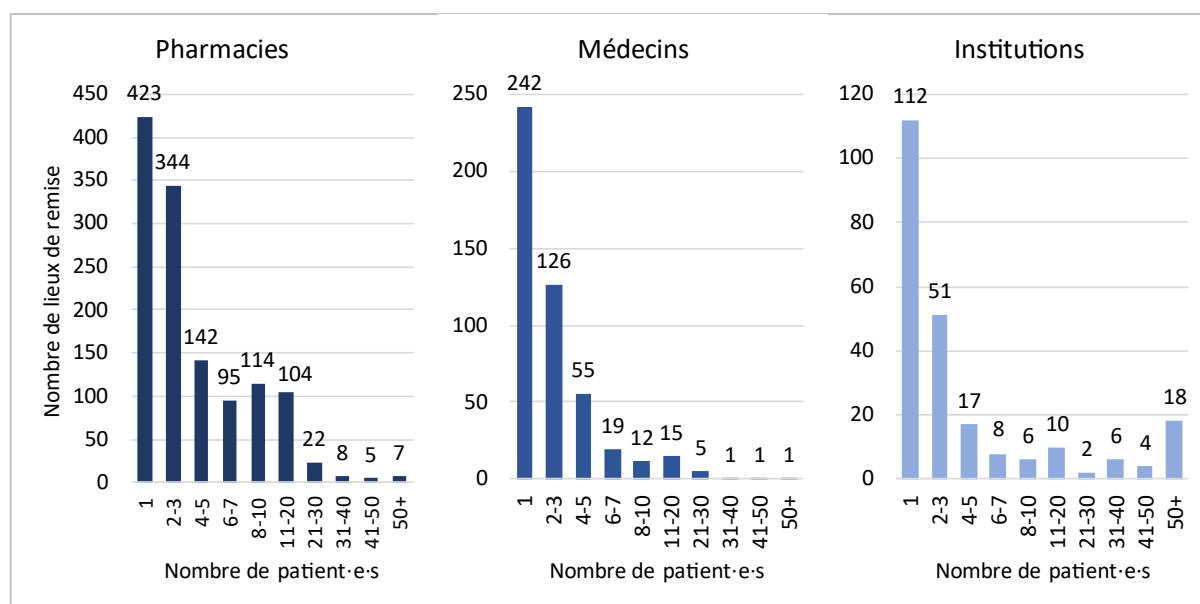
Figure 14 : Répartition des TAO, par lieu de remise (prévalence 2022)



Note : Tous les cantons représentés.

En ce qui concerne le nombre de patients par lieu de remise, on constate que de nombreuses pharmacies, institutions et médecins ne supervisent la distribution que pour quelques patient-e-s. De très nombreux acteurs sont impliqués dans la remise des produits, sans en faire une spécialité. Ainsi, environ deux tiers des pharmacies, des institutions et des médecins ont fourni des produits à 1 à 3 patient-e-s différents sur l'année (Figure 15). A l'inverse, on peut également noter qu'environ un tiers des pharmacies suit entre 4 et 20 patient-e-s et environ un quart des institutions supervisent plusieurs dizaines, voire centaines, de patient-e-s.

Figure 15 : Nombre de patient·e-s, par type de lieu de remise (prévalence 2022)



Note : Cantons représentés : AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

En comparant les Figures 13 et 15, on peut constater que le nombre total d'institutions remettant des produits est largement supérieur à celui des institutions prescriptrices car toutes les institutions ne sont pas médicalisées. A l'inverse, le nombre de médecins remettant les produits est nettement plus faible que le nombre de médecins prescripteurs.

En ce qui concerne la fréquence de remise du produit, plus de la moitié des patient·e-s vont chercher leur médication une fois par semaine (53%), 20% d'entre eux le font 2 à 3 fois par semaine, 6% 4 à 5 fois par semaine, et 22% le font tous les jours ou presque (données des cantons suivants : AG, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, TG, VD, VS).

5. Statistiques d'admissions

5.1 Admissions sur l'année

Le Tableau 6 montre le nombre d'admissions en TAO sur l'année. L'identification d'une admission est un concept d'apparence simple, mais dont la mise en application statistique est relativement complexe (voir chapitre 2.3). Les variations entre cantons s'expliquent principalement par des différences de systèmes de saisie (voir Tableau 1), de durée des autorisations, ainsi que par la présence d'institutions particulières (p.ex., centre de cure, prison). La proportion d'admissions par rapport à la prévalence annuelle (10.2% en 2022) est très proche de celle des années précédentes (11.3 en 2020, 10.5% en 2021).

Tableau 6 : Nombre d'admissions en TAO, par canton (2022)

	Admissions	Part de la prévalence annuelle
AG	71	9.7%
AI	0	0.0%
AR	18	13.4%
BE	278	10.9%
BL	32	8.1%
BS	67	7.2%
FR	47	8.8%
GE	110	9.3%
GL	4	8.0%
GR	52	20.3%
JU	9	6.8%
LU	71	9.1%
NE	72	11.5%
NW	1	3.4%
OW	5	12.5%
SG	119	14.3%
SH	11	11.8%
SO	62	9.9%
SZ	5	6.8%
TG	78	19.2%
TI	73	8.0%
UR	1	9.1%
VD	105	6.5%
VS	47	12.2%
ZG	5	7.7%
ZH	308	11.0%
Total	1'651	10.2%

Comme le montre le Tableau 7, environ un tiers des admissions concerne un premier TAO et environ deux tiers des admissions concernent la reprise d'un traitement après une interruption (p.ex. tentative de sevrage, arrêt spontané). Tout comme pour la prévalence de traitement, environ 3 fois plus d'hommes que de femmes ont commencé ou repris un TAO en 2022.

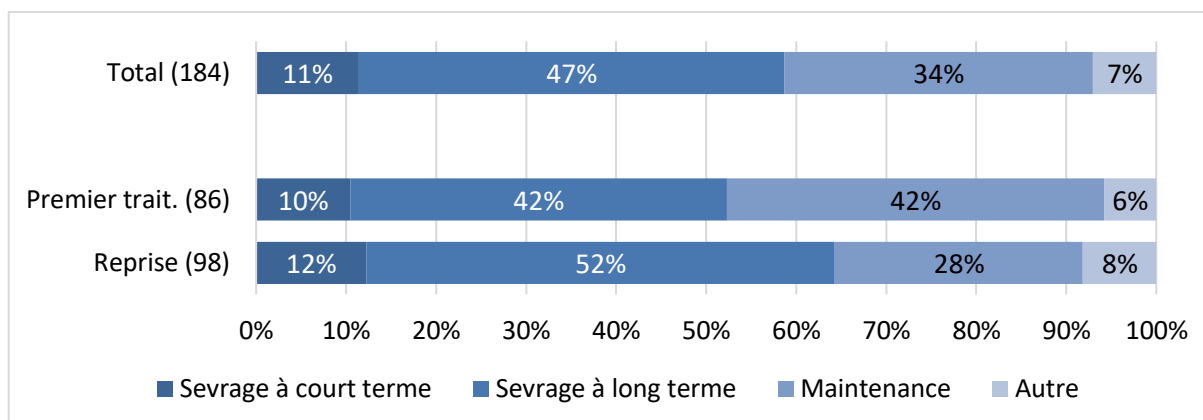
Tableau 7 : Nombre d'admissions en TAO, par type d'admission et par sexe (2022)

	Premier TAO	Reprise	Total
Hommes	448	826	1'274
Femmes	131	244	375
Inconnu	1	1	2
Total	580	1'071	1'651

Note : Tous les cantons représentés.

Sur la base des indications de trois cantons, près de la moitié des admissions ont pour objectif un sevrage à long terme et un tiers, la stabilisation de l'état de santé. Alors que pour les nouvelles admissions, l'objectif semble être soit la maintenance (42%) ou un sevrage à long terme (42%), les reprises ont majoritairement un but de sevrage à long terme (52%, Figure 16). Il faut toutefois noter que seuls quelques cantons ont inclus cette question, limitant les enseignements au niveau national.

Figure 16 : Objectif thérapeutique à l'admission (2022)

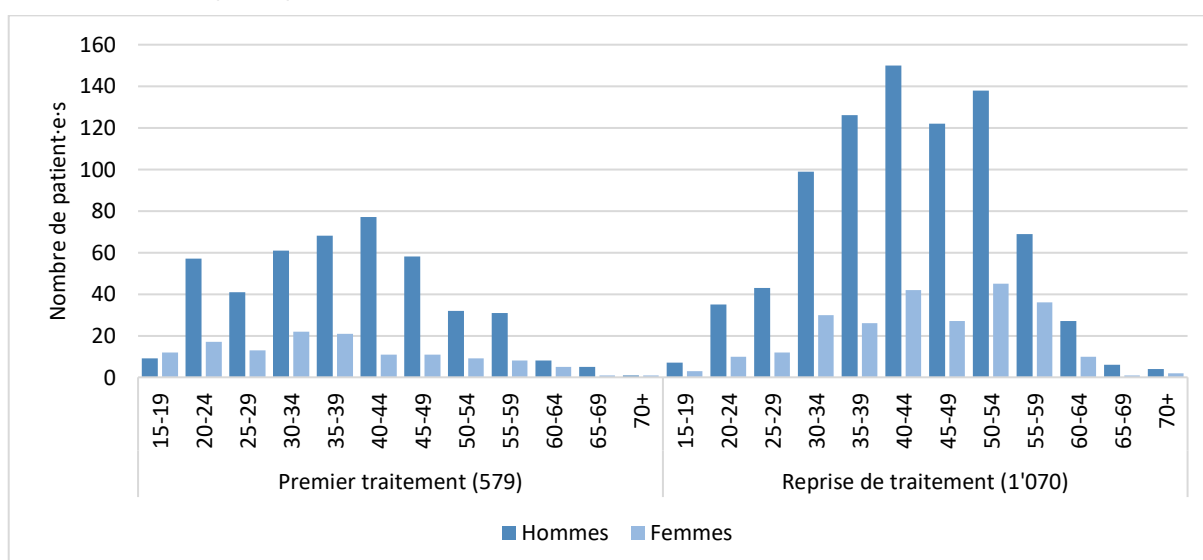


Note : Cantons représentés : AG, FR, VD.

5.2 Profil démographique

La Figure 17 compare le nombre de patient·e·s admis·e·s en traitement, ou ayant repris un traitement après interruption, par groupe d'âge et par sexe. Pour la première entrée en traitement, la catégorie d'âge la plus importante est celle des 40 à 44 ans pour les hommes (N = 77) et celle des 30 à 34 ans pour les femmes (N = 22). La catégorie d'âge des 20 à 24 ans représente également une partie importante des entrées en traitement chez les deux sexes. Ainsi, plus d'un quart des premières entrées en traitement concerne des personnes de moins de 30 ans (Tableau 8). Il est à noter que des agonistes opioïdes peuvent dans certains cas être prescrits pour traiter une dépendance à des médicaments antidouleurs ou comme traitement antalgique des douleurs complexes liées au cancer, ce qui peut expliquer en partie le nombre d'admissions pour un premier traitement parmi des personnes de 50 ans et plus.

Figure 17 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2022)



Note : Age au 31.12.2022.

L'âge moyen des premières entrées en traitement est de 36.6 ans pour les femmes et 38.5 pour les hommes (Tableau 8), alors que l'âge moyen d'une reprise de traitement est sensiblement plus élevé (44.2 et 42.9 ans, respectivement), mais reste inférieur à la moyenne de l'ensemble des personnes en traitement et dont l'admission peut remonter à plusieurs années (47.8 et 48.5 ans, respectivement ; Tableau 5).

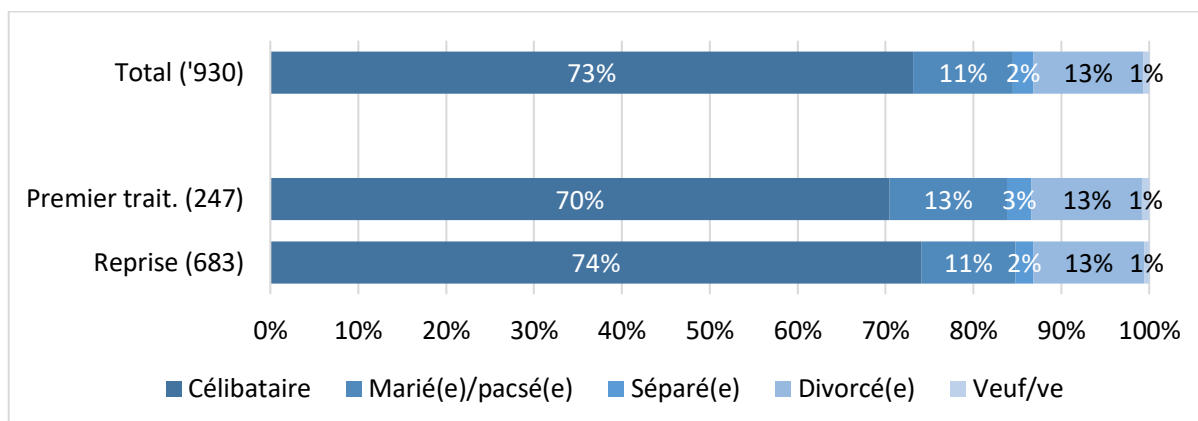
Tableau 8 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2022)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	448	38.5	30	39	47
	Femmes	131	36.6	27	35	46
Reprise	Hommes	826	42.9	36	43	51
	Femmes	244	44.2	35	44	53

Note : Age au 31.12.2022

La Figure 18 présente l'état civil des personnes qui ont commencé, ou respectivement repris, un TAO en 2022. La majeure partie des personnes concernées étaient célibataires et peu de différences sont visibles entre les deux groupes.

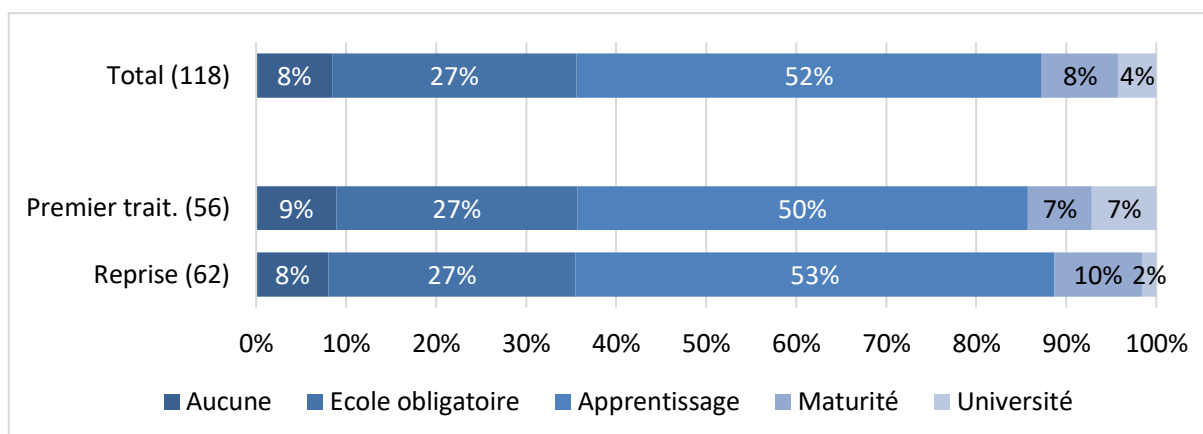
Figure 18 : Etat civil des personnes admises en TAO, par type d'admission (2022)



Ne : Cantons représentés : AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

La Figure 19 présente le plus haut niveau de formation achevée parmi les personnes qui ont commencé ou repris un TAO en 2022 dans trois cantons. Environ deux tiers des personnes avaient terminé une formation, essentiellement un apprentissage (52%). A l'inverse, 8% des personnes entrant en traitement pour la première fois n'ont pas fini l'école obligatoire. Il est important de noter que les informations disponibles sur cet indicateur ne proviennent pour l'instant que de trois cantons, et qu'elles ne sont pas forcément représentatives de la situation dans les autres cantons.

Figure 19 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2022)



Note : Cantons représentés : BL, FR, VD.

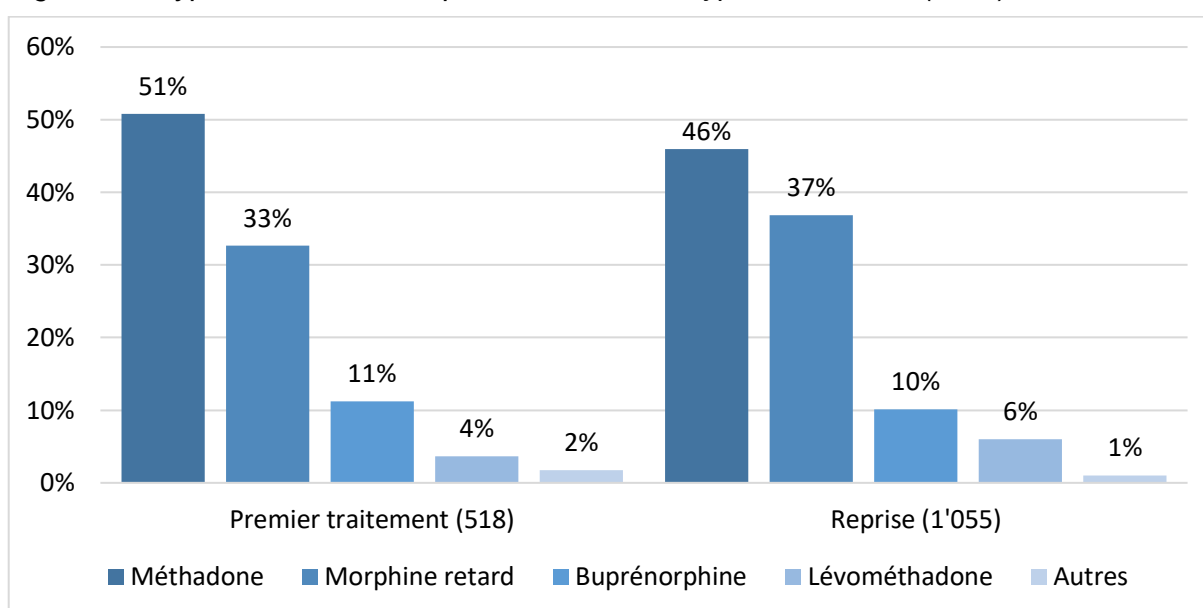
La Figure A2 (en annexes) présente le lieu de vie des personnes qui ont commencé ou repris un TAO en 2022 dans deux cantons. La catégorie la plus représentée concerne les personnes vivant en famille. Par ailleurs, environ 18% des personnes admises en traitement résidaient en institution ou en prison. Quelques variations sont visibles entre les deux groupes d'admission.

5.3 Substances prescrites

La Figure 20 montre la répartition du type de substances prescrites selon le type d'admission. Tant pour les premiers traitements que pour les reprises de traitements, la méthadone (p.ex. Méthadone Streuli®, Kétalgine®) est la substance la plus fréquemment prescrite, suivie par la morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®) et la buprénorphine (p.ex. Temgesic®, Subutex®), alors que les traitements à base de lévométhadone (p.ex. L-Polamidon®) ou d'autres opioïdes représentent une part très faible.

On constate cependant que la part de morphine retard est nettement plus élevée pour les reprises de traitement (37%) que pour l'ensemble des personnes en traitement (29%, voir Figure 12). Ce résultat laisse supposer que les médecins prescripteurs profitent parfois de l'occasion pour effectuer une transition vers cette substance.

Figure 20 : Types de substances prescrites, selon le type d'admission (2022)

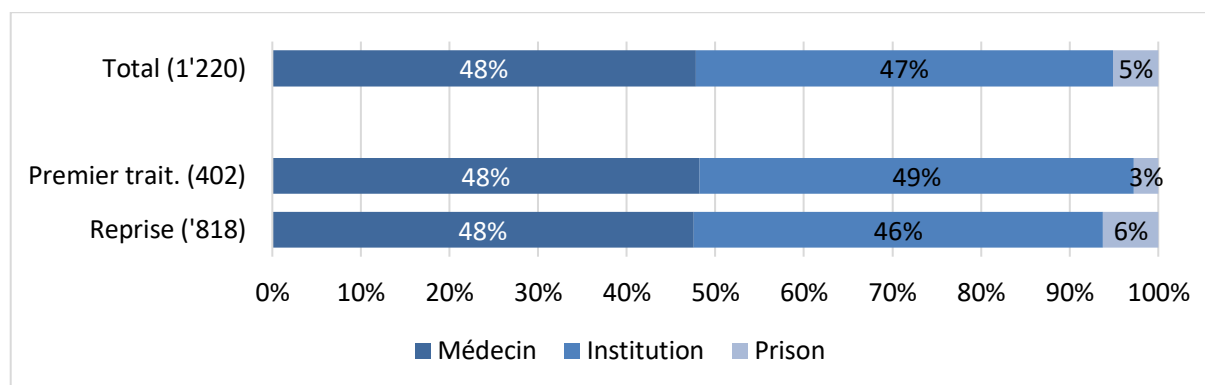


Note : La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine).
Tous les cantons sont représentés.

5.4 Médecins et institutions prescripteurs

Environ la moitié des admissions en TAO sont supervisées par des médecins en cabinet privé et l'autre moitié par des médecins en institution ou en prison (Figure 21). Il n'y a pratiquement aucune différence entre les premières admissions et les reprises de traitement. On peut noter que la part d'institutions et de prisons est plus importante dans les statistiques d'admissions que pour l'ensemble des patients sous TAO (respectivement 36% et 1% ; voir Chapitre 4.5), ce qui rappelle le rôle particulier des institutions spécialisées, notamment lors du commencement et du suivi initial (voir chapitre 5.5) d'un TAO.

Figure 21 : Médecins et institutions prescripteurs de TAO, par type d'admission (2022)

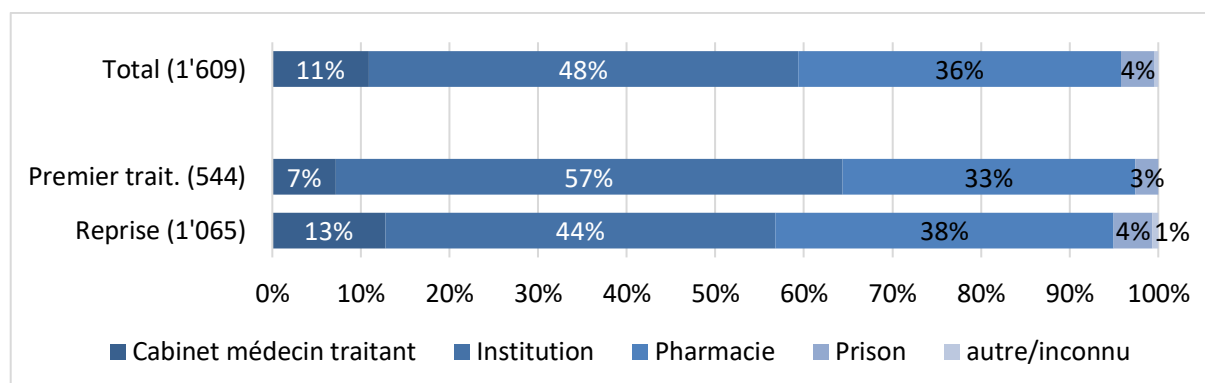


Note : Cantons représentés : AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, UR

5.5 Remise du produit

La Figure 22 présente la répartition des lieux de remise du produit pour les entrées en TAO. Contrairement à l'ensemble de la population sous TAO (voir Figure 14) dont près de la moitié se rend en pharmacie, 57% des personnes initiant un TAO se rendent dans une institution. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit de la même institution que l'institution prescriptrice. Peu de différences sont notables entre les premières admissions et les reprises de traitement.

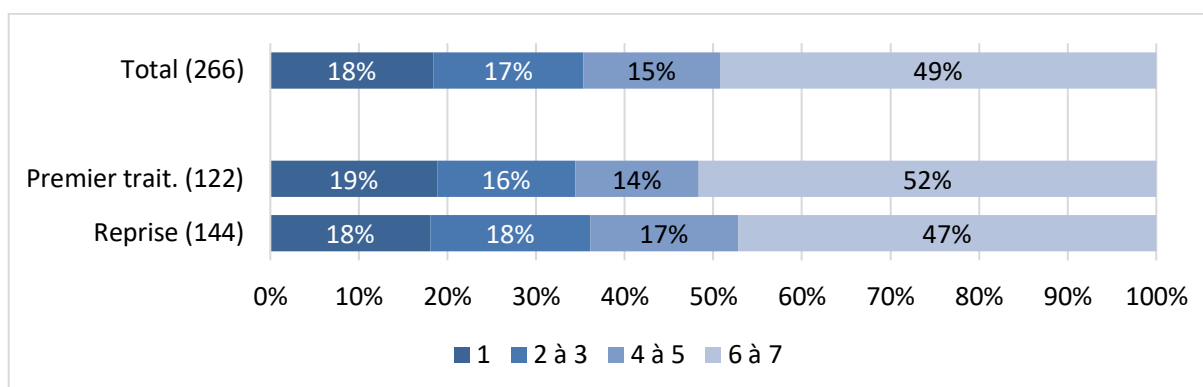
Figure 22 : Lieu de remise du produit, par type d'admission (2022)



Note : Tous les cantons représentés.

En ce qui concerne la fréquence de remise du produit prescrit (Figure 23), environ deux tiers des personnes admises vont chercher leur substance au moins 4 fois par semaine (dont la moitié tous les jours). A l'inverse, moins d'une personne sur cinq bénéficie d'une autorisation de remise hebdomadaire. Ces chiffres sont globalement similaires entre les deux types d'entrées, la fréquence étant légèrement plus élevée chez les patients commençant un TAO pour la première fois.

Figure 23 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2022)



Note : Cantons représentés : AG, FR, GL, GR, NW, OW, VD, VS.

5.6 Médications complémentaires

Le Tableau 9 montre la proportion de prescription de médicaments complémentaires soumises à ordonnance chez le patient sous TAO. Il est important de rappeler en préambule que la documentation des médicaments supplémentaires n'est ni systématique ni exhaustive et les proportions indiquées ci-dessous sont très probablement sous-estimées. A titre de comparaison, dans le canton de Vaud, qui documente avec attention le nombre de patient·e·s sous co-médication aux benzodiazépines, le taux est de 54.5% (Stadelmann et al., 2020), alors qu'il est de 29.4% dans le tableau ci-dessous. Par ailleurs le nombre de cas documentés (823) ne correspond qu'à la moitié de toutes les admissions. On peut toutefois postuler que les résultats ci-dessous reflètent les principales tendances de prescription d'un groupe de médication par rapport à un autre, ou d'un groupe de personnes à l'autre.

Dans l'ensemble, on observe une tendance à prescrire moins fréquemment des médicaments supplémentaires dans le cadre de premiers traitements que pour des reprises. Les benzodiazépines à demi-vie longue sont les plus fréquemment prescrites, suivies par les antidépresseurs et les neuroleptiques. Sur l'ensemble des types de substances, on observe également une tendance à prescrire plus fréquemment des médicaments complémentaires aux femmes qu'aux hommes.

Tableau 9 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2022)

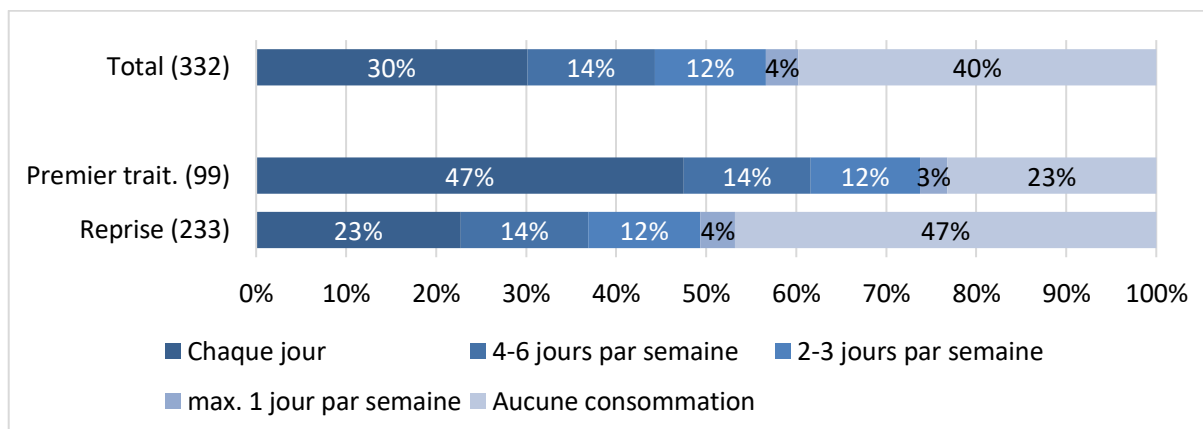
	Total			Premiers traitements		Reprises	
	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
N	823	628	195	169	60	459	135
Aucune	38.4%	40.6%	31.3%	47.3%	36.7%	38.1%	28.9%
Benzodiazépines à demi-vie longue	29.4%	30.1%	27.2%	27.2%	20.0%	31.2%	30.4%
Antidépresseurs	22.2%	19.7%	30.3%	14.2%	31.7%	21.8%	29.6%
Neuroleptiques	20.9%	20.1%	23.6%	13.0%	23.3%	22.7%	23.7%
Benzodiazépines à demi-vie courte	11.4%	9.6%	17.4%	7.7%	18.3%	10.2%	17.0%
Autres tranquillisants, somnifères, sédatifs	10.4%	9.9%	12.3%	8.3%	13.3%	10.5%	11.9%
Psychostimulants (p.ex. Ritaline®, Modasomil®)	4.3%	3.8%	5.6%	1.2%	3.3%	4.8%	6.7%
Antiépileptiques	4.5%	3.7%	7.2%	2.4%	5.0%	4.1%	8.1%
Analgésiques non opiacés	2.8%	2.1%	5.1%	1.8%	5.0%	2.2%	5.2%

Note : Une personne peut avoir plusieurs prescriptions pour différents médicaments. La sélection se fait uniquement sur les questionnaires qui ont indiqué au moins une des catégories ci-dessus ; Cantons représentés : AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

5.7 Consommation d'héroïne

Parmi les personnes admises pour un premier TAO, plus de trois quarts déclaraient avoir consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours, dont près de la moitié quotidiennement (Figure 24). En revanche, 47% des personnes reprenant un traitement déclaraient n'avoir pas consommé d'héroïne au cours des 30 derniers jours.

Figure 24 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2022)



Note : Cantons représentés : FR, GL, GR, OW, VD, VS, ZG, ZH.

L'âge moyen de première consommation d'héroïne (Tableau 10) des personnes entrant pour la première fois de leur vie en TAO était de 26.5 ans, et de 21.9 ans pour les personnes reprenant un traitement. Parmi ces dernières, environ la moitié avaient en fait commencé à consommer avant l'âge de 20 ans (voir percentile 50), alors qu'il s'agit environ d'un tiers parmi les nouvelles admissions.

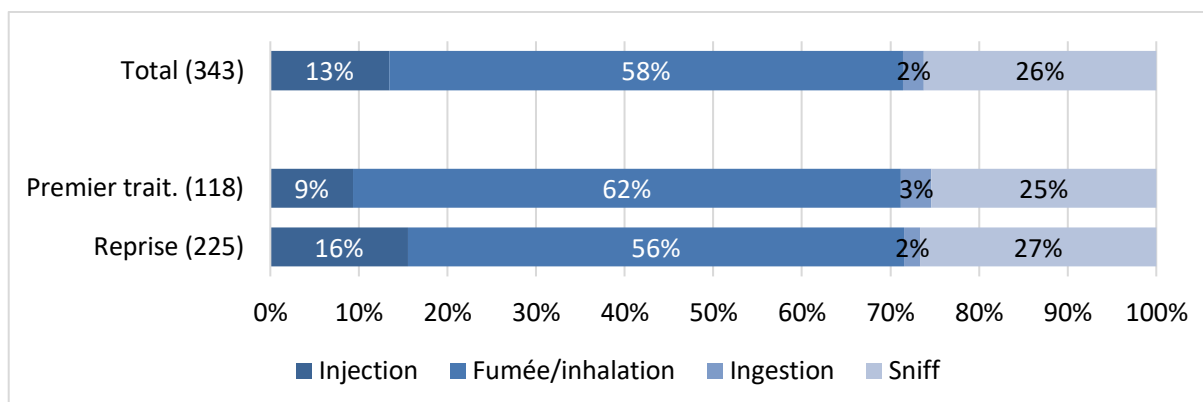
Tableau 10 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2022)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	75	26.7	18	24	34
	Femmes	36	26.1	18	26	30
Reprise	Hommes	272	21.7	17	20	25
	Femmes	78	22.7	17	19	26

Note : Cantons représentés : AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH.

Parmi les usager·ère·s au cours des 30 derniers jours, le mode de consommation d'héroïne varie peu selon le type d'entrée (Figure 25). Un peu plus de la moitié des usager·ère·s privilégiaient l'inhalation, environ un quart sniffaient leur héroïne et un sixième se l'injectaient.

Figure 25 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2022)



Note : Cantons représentés : AR, BE, FR, GE, GL, GR, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

La moitié des personnes admises en traitement déclarent s'être injecté une ou plusieurs substances illégales au moins une fois dans leur vie (Tableau 11). La proportion d'injecteur·trice·s à vie est plus élevée chez les personnes reprenant un traitement.

Tableau 11 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales parmi les patient·e·s admis·es en TAO, par type d'admission (2022)

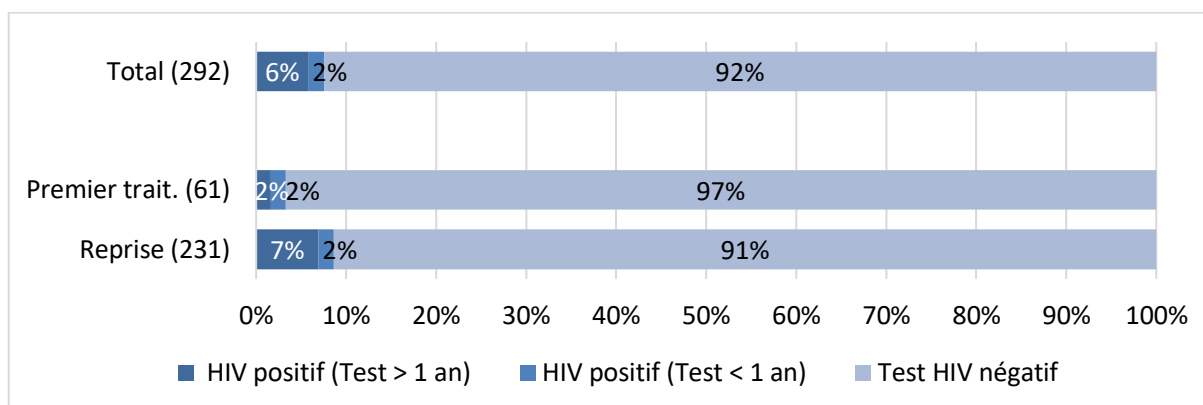
	Total		Premier traitement		Reprise	
	N	%	N	%	N	%
Durant la vie	644	52.3%	170	32.4%	474	59.5%
Durant les 12 derniers mois	486	13.8%	139	11.5%	347	14.7%
Durant les 30 derniers jours	476	8.6%	137	6.6%	339	9.4%

Note : Cantons représentés : AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH.

5.8 Statut HIV et Hépatite C

La très grande majorité des personnes admises en traitement qui déclarent connaître leur statut HIV, rapportent être séronégatives (Figure 26). Le taux de séropositivité semble être plus faible parmi les personnes entrant pour la première fois en traitement que pour les reprises de traitement. Par ailleurs, pour le groupe relatant une séropositivité, le taux de personnes ayant appris leur séropositivité au cours de la dernière année est relativement faible (environ 1 sur 4).

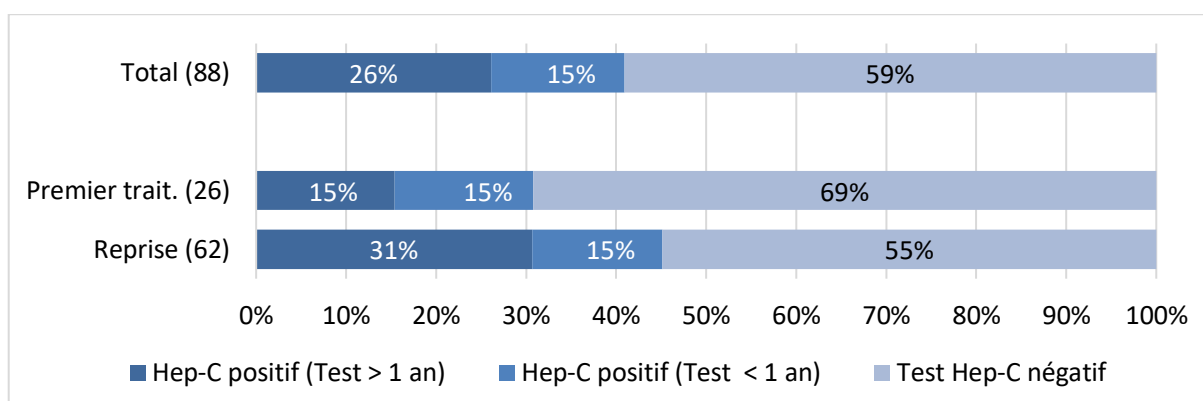
Figure 26 : Statut HIV rapporté et datation du test, par type d'admission (2022)



Note : Cantons représentés : AR, BE, FR, GE, GL, GR, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

Environ 60% des personnes admises en traitement en 2022 déclarant connaître leur statut hépatique rapportent ne pas être porteur-se-s de l'hépatite C (Figure 27). Le taux de personnes atteintes par l'hépatite C est sensiblement plus faible parmi les personnes entrant pour la première fois en traitement que pour les reprises de traitement, mais la part relative de personnes ayant appris être porteur-se-s de l'hépatite C au cours de la dernière années (environ 1 sur 2) est relativement élevée. Compte tenu du faible nombre de cas et de cantons fournissant des données sur cet indicateur, les résultats sont à interpréter avec précaution.

Figure 27 : Statut hépatique rapporté (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2022)



Note : Cantons représentés : FR, GL, GR, OW, VD, VS.

6. Statistiques de fins de traitement

6.1 Fins de traitement sur l'année

Le Tableau 12 montre le nombre de fins de TAO sur l'année 2022. La statistique de fins de traitement comprend le recensement de tous les traitements qui ont été arrêtés au cours de l'année, et qui n'ont pas été repris dans un délai maximum de 60 jours (cf. définition d'un « épisode de traitement » au chapitre 2.3).

Le taux annuel moyen de fins de traitement est de 11.3% par rapport au nombre total de personnes en traitement. Cette proportion est très proche de celle des années précédentes (2020 :12.6%, 2021 : 11.3%). Les variations entre les cantons proviennent notamment des différences de politiques d'actualisation des données de traitement (durée des autorisations, délai pour annoncer un changement), de présence d'institutions particulières (p.ex., prisons), ainsi que de systèmes de saisie (voir Tableau 1).

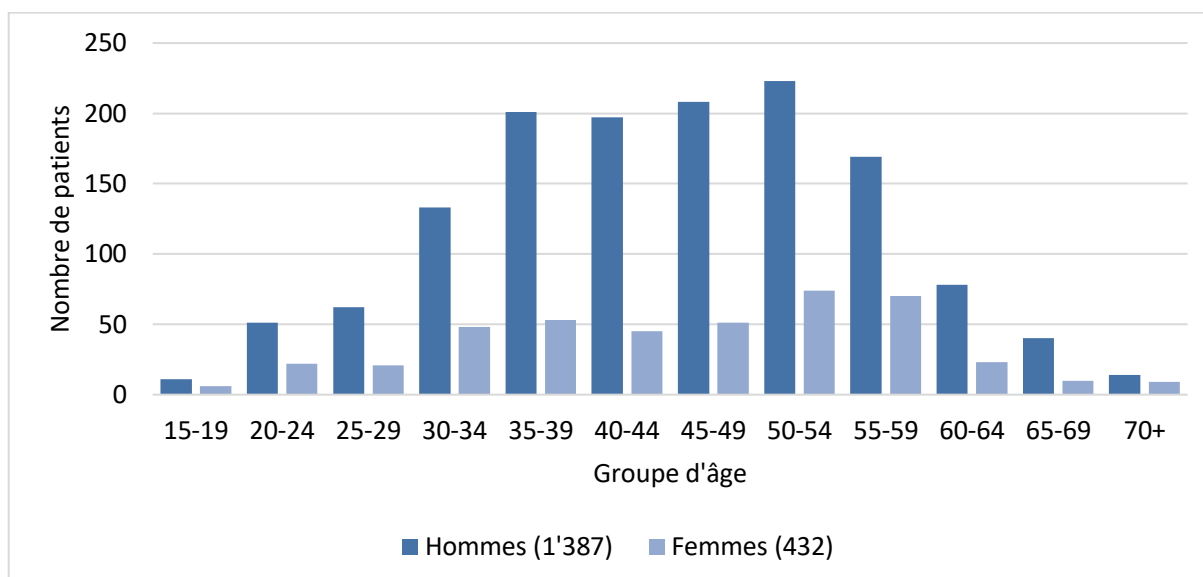
Tableau 12 : Nombre de fins de TAO par canton (2022)

	Sorties	Part de la prévalence annuelle
AG	113	15.4%
AI	0	0.0%
AR	18	13.4%
BE	282	11.0%
BL	23	5.9%
BS	48	5.2%
FR	46	8.6%
GE	113	9.5%
GL	5	10.0%
GR	58	22.7%
JU	11	8.3%
LU	48	6.1%
NE	61	9.7%
NW	2	6.9%
OW	4	10.0%
SG	106	12.8%
SH	12	12.9%
SO	69	11.0%
SZ	5	6.8%
TG	62	15.3%
TI	84	9.2%
UR	0	0.0%
VD	155	9.7%
VS	56	14.5%
ZG	15	23.1%
ZH	426	15.3%
Total national	1'822	11.3%

6.2 Profil démographique en fin de traitement

La Figure 28 présente la distribution des patient-e-s ayant arrêté un traitement au cours de l'année 2022 par sexe et groupe d'âge. Globalement, le nombre annuel de fins de traitement par groupe d'âge est relativement stable entre 35 et 54 ans pour les hommes et entre 35 et 59 ans pour les femmes. Ce phénomène était observable de manière analogue pour les reprises de traitement (Figure 15). Ce résultat suggère qu'il n'y a pas un âge spécifique pour tenter d'arrêter un TAO.

Figure 28 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2022)



Note : Age au 31.12.2022 ; Tous les cantons représentés.

L'âge moyen lors d'une fin de traitement est de 45.3 ans pour les femmes et 45.1 ans pour les hommes (Tableau 13), ce qui est légèrement inférieur à l'âge moyen de l'ensemble des personnes en traitement (Tableau 5).

Tableau 13 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2022)

	N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Hommes	1'387	45.1	37	45	54
Femmes	432	45.3	35	47	55

Note : Age au 31.12.2022 ; Tous les cantons représentés.

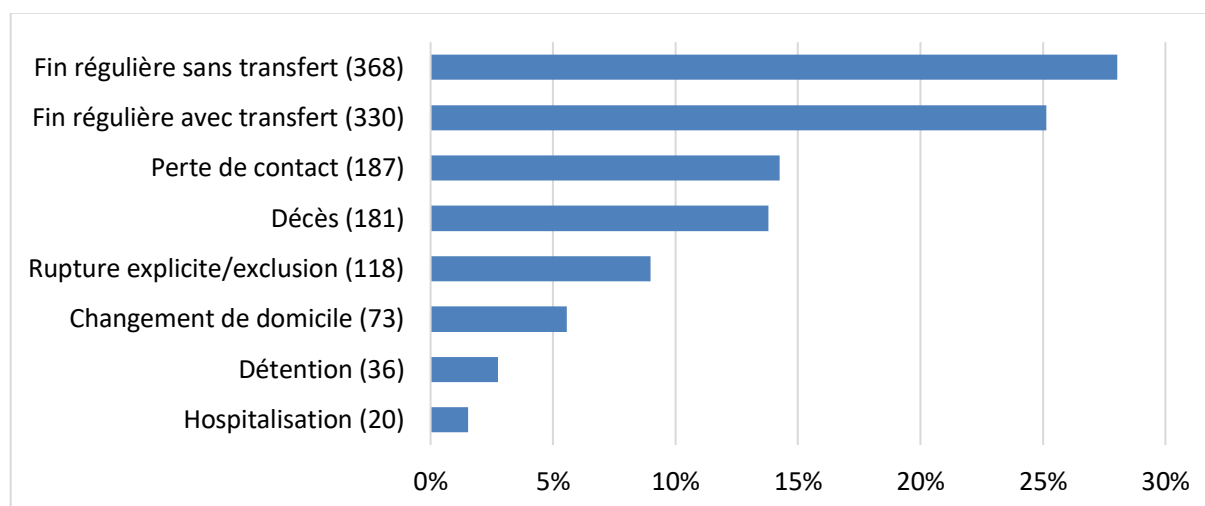
6.3 Circonstances de fin de traitement

La Figure 29 présente les circonstances des traitements terminés en 2022 : 28% des cas concernent un sevrage a priori réussi et 25% un transfert vers un autre médecin ou centre de soin (p.ex. poursuite du suivi avec une autre substance, telle que la diacétylmorphine, ou avec un autre type de prise en charge).

Par ailleurs, 14% des fins sont dues au décès de la personne en traitement. Reporté au nombre total des fins de traitement, cela correspond à environ 250 décès (soit 10 de plus que l'année passée). Les causes de décès ne sont pas documentées, mais il convient de rappeler qu'il s'agit ici d'une population fragilisée avec une moyenne d'âge de plus en plus élevée.

Un nombre relativement important de traitements sont également arrêtés suite à une perte de contact (14%) ou un non-respect des conditions de traitement (9%). Finalement, un nombre relativement restreint de traitements sont arrêtés suite à des changements dans le cadre de vie de la personne sous TAO (p.ex. déménagement, hospitalisation, détention) qui sont probablement poursuivis ailleurs sans que le système de monitoring ne permette de le détecter.

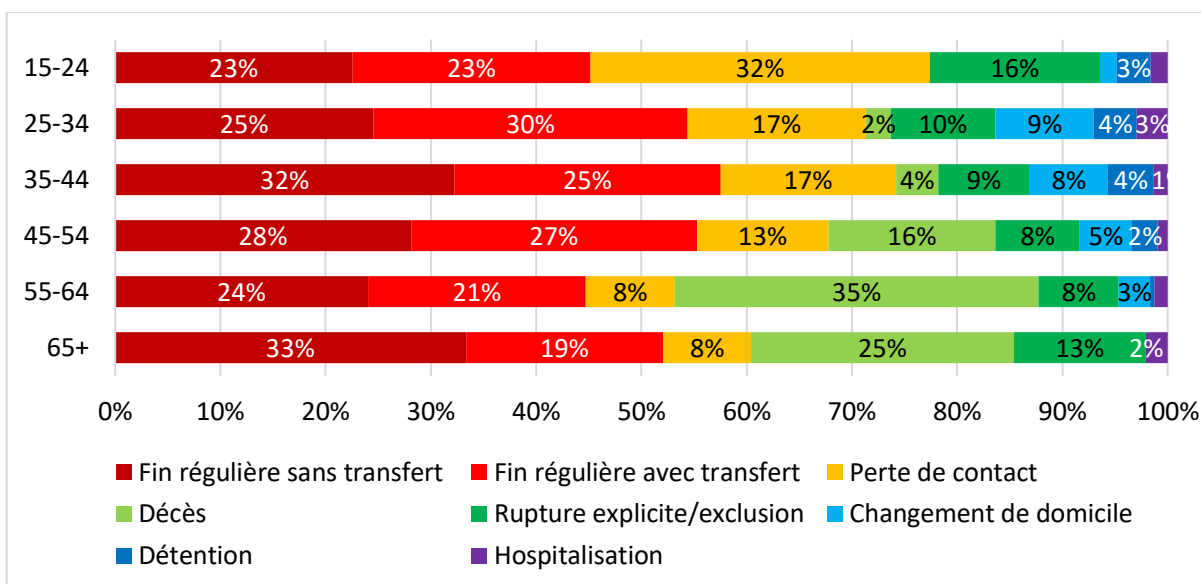
Figure 29 : Circonstances de fin de traitement (2022)



Note : Cantons représentés : AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

La distribution des circonstances de fins varie sensiblement selon l'âge au moment de l'interruption de traitement (Figure 30). Les proportions de fins régulières sans transfert varient entre 23% et 33% selon les catégories d'âge, ce qui indique une possibilité de sevrage réussi à tout âge. La perte de contact et la rupture explicite des conditions de traitement (ou l'exclusion) sont nettement plus fréquentes chez les moins de 25 ans que dans les groupes d'âges supérieurs. A l'inverse, les décès concernent presque exclusivement les personnes de plus de 45 ans et constituent 35% des fins de traitement chez les 55-64 ans.

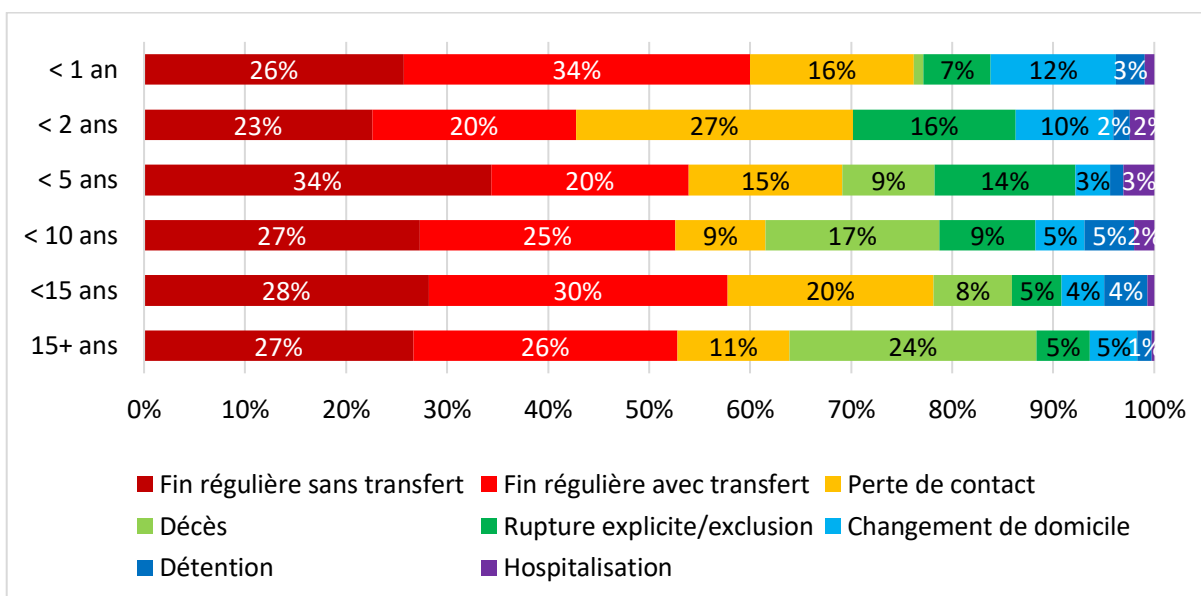
Figure 30 : Circonstances de fin de traitement, selon les catégories d'âge (2022)



Note : Cantons représentés : AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

En ce qui concerne les circonstances de fin selon la durée du traitement (Figure 31), la première année de traitement semble fréquemment être une période d'ajustement, avec 34% de transferts (p.ex. changement de médecin ou de centre de soin) et 12% de changement de domicile. La deuxième année de traitement, quant à elle, semble particulièrement sujette aux pertes de contact (27%) et aux ruptures explicites (16%). On peut par ailleurs remarquer que, quelle que soit la durée du traitement, entre 23% et 34% concernent des fins régulières sans transfert, indiquant des sevrages a priori réussis, même après de longue période sous TAO.

Figure 31 : Circonstances de fin de traitement, selon la durée de traitement (2022)



Note : Cantons représentés : AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

7. Bibliographie

- Baschirotto, C., Lehmann, K., Kuhn, S., Reimer, J., & Verthein, U. (2020). Switching opioid-dependent patients in substitution treatment from racemic methadone, levomethadone and buprenorphine to slow-release oral morphine : Analysis of the switching process in routine care. *Journal of Pharmacological Sciences*, 144(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jphs.2020.06.004>
- Conti, G., Mer, L., Kardous, G., & Pasche, O. (2017). Traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1896-1900.
- 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*. http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en
- Gmel, G., & Labhart, F. (2021). Substitutionsbehandlung und heroingestützte Behandlung (HeGeBe) : Statistik 2019 und Rückblick. *SuchtMagazin*, 47(2), 46-50.
- Gmel, G., & Labhart, F. (2023). *Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2022* (Forschungsbericht Nr. 157). Lausanne: Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/rech157>
- Labhart, F., & Maffli, E. (2021). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2020*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Labhart, F., Monnier, E., & Maffli, E. (2022). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2021* (Rapport de recherche 144a). Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech144a>
- Maffli, E., Krizic, I., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Eichenberger, Y., & Gmel, G. (2021). *Rapport annuel act-info 2019—Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse—Résultats du système de Monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Manghi, R., Soullignac, R., & Zullino, D. (2013). Substitution aux opiacés : Programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie ? *Revue Médicale Suisse*, 9, 1669-1671.
- Nordt, C., Cafilisch, C., & Herdener, M. (2015). Morphin in der Substitutionsbehandlung : Verbreitung und Auswirkung auf substitutionsgestützte Behandlungen. *Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich*, 21. <https://www.dppp.uzh.ch/dam/jcr:00000000-287c-7592-0000-000072d6e28e/MethilInfo21.pdf>
- Nordt, C., & Stohler, R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland : A treatment case register analysis. *The Lancet*, 367(9525), 1830-1834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68804-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68804-1)
- Nordt, C., Wiessing, L., Kuijpers, W., Wisselink, J., Espelt, A., Brugal, M. T., Mravčik, V., Nechanská, B., Seifritz, E., & Herdener, M. (2018). Long-Term Opioid Agonist Treatment Participation after First Treatment Entry is Similar across 4 European

- Regions but Lower in Non-Nationals. *European Addiction Research*, 24(4), 173-183.
<https://doi.org/10.1159/000490529>
- OAStup. (2011). *Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction*. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20081102/index.html>
- Observatoire suisse de la santé. (2023). *Décès dus à la drogue*. Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM).
<https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/deces-dus-la-drogue>
- Scholten, W., Simon, O., Maremmani, I., Wells, C., Kelly, J. F., Hämmig, R., & Radbruch, L. (2017). Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health*, 153, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.08.021>
- Schwarz, T., Anzenberger, J., Busch, M., Gmel, G., Kraus, L., Krausz, R. M., Labhart, F., Meyer, M., Schaub, M. P., Westenberg, J. N., & Uhl, A. (2023). Opioid agonist treatment in transition : A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 111036.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111036>
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., & Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment : Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, j1550.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j1550>
- Stadelmann, S., Amiguet, M., & Samitca, S. (2020). *Suivi épidémiologique des traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Profil des patients sous co-médication aux benzodiazépines* (p. 4 pages). Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/RDS-ESSENTIELS/14>
- 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>

8. Annexes

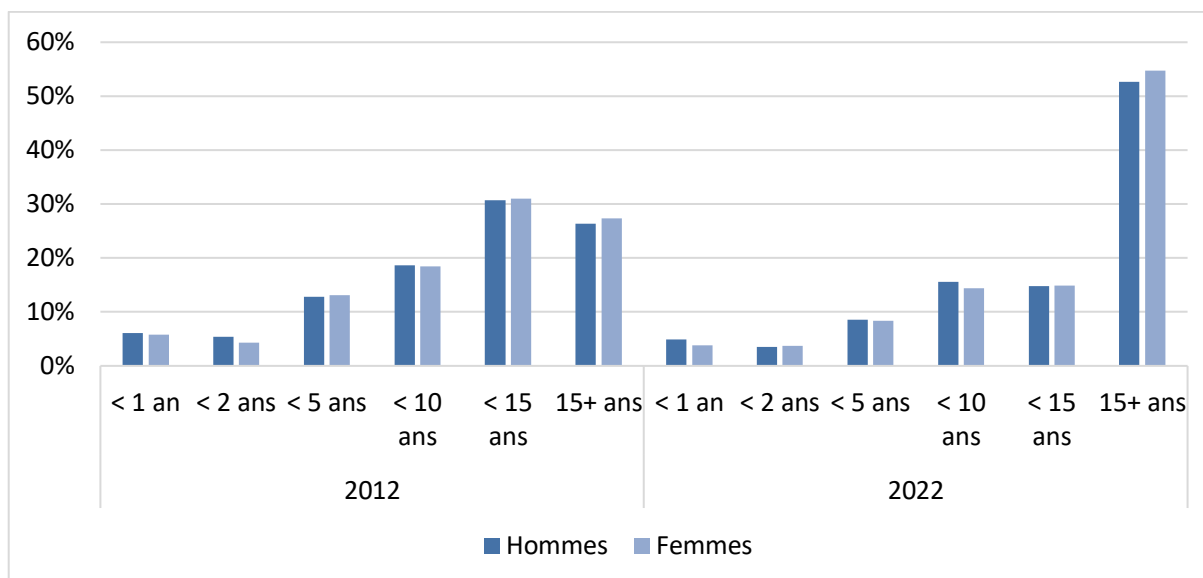
Tableau A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique

Canton	Prévalence	Admissions	Fins de traitement
AG	2019	2020	2019
AI	2017	2016	2019
AR	2017	2018	2017
BE	2000	2000	2017
BL	2014	2016	- *
BS	2013	2012	- *
FR	2000	2000	2017
GE	2000	2000	2019
GL	2000	2000	2017
GR	2002	2004	2017
JU	2005	2006	2017
LU	2008	2010	2017
NE	2017	2019	2018
NW	2004	2003	2017
OW	2016	2018	2017
SG	2013	2016	2019
SH	2016	2017	2017
SO	2000	2000	2019
SZ	2010	2009	2018
TG	2000	2000	2017
TI	2000	2000	2017
UR	2016	2017	2017
VD	2013	2015	2017
VS	2000	2000	2018
ZG	2014	2013	- *
ZH	2012	2012	- *

Note : La première année d'inclusion est déterminée sur la base du nombre de traitements présents dans les bases de données historiques des cantons. Le nombre de traitements répertoriés par année dépend notamment du système de saisie utilisé actuellement, du système de saisie utilisé avant la migration vers *Substitution Online*, de l'année d'adoption du précédent système de saisie multi-cantonal « Access », de la volonté de conserver l'historique des traitements passés, et de la collaboration pour la transmission des données historiques.

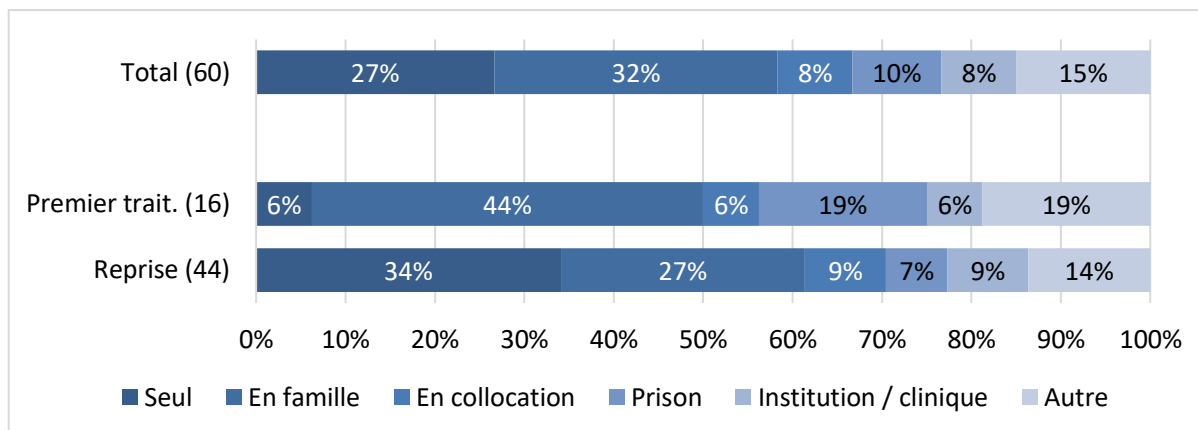
* Pas de données sur les circonstances de fin de traitement.

Figure A1 : Evolution de la durée des TAO entre 2012 et 2022, par sexe



Note : Cantons représentés : BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

Figure A2 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2022)



Note : Cantons représentés : BL, FR.