



ADDICTION | SUISSE

Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes

Résultats 2023

Rapport de recherche n° 175a



Florian Labhart
Joanna Amos

Lausanne, Décembre 2024

Remerciements : Nous tenons tout particulièrement à remercier les médecins cantonaux et leurs collaborateurs 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 *oat-online.ch*. Nous remercions également chaleureusement Marc Vogel pour son aide à la préparation et à l'interprétation des résultats du module thématique de cette année (Chapitre 3.8), ainsi que Ivo Krizic, Frank Zobel et Rahel Bischof pour la relecture et la traduction de ce rapport.

Citation suggérée :

Labhart F., Amos J. (2024). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2023 (Rapport de recherche n°175a)*. Lausanne: Addiction Suisse. DOI: 10.58758/rech175a

Eine deutsche Version dieses Berichts ist unter www.tao-oat.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 2024
DOI :	https://doi.org/10.58758/rech175a
ISBN:	978-2-88183-343-4

Table des matières

Liste des tables	1
Liste des figures	2
L'essentiel en bref	3
1. Introduction	4
1.1 Les traitements par agonistes opioïdes	4
1.2 Monitoring <i>act-info</i>	5
1.3 Foci 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	7
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 2011	13
3.6 Âges de premier usage d'héroïne et d'entrée en traitement, depuis 2001	13
3.7 Evolution des types de substance prescrite, depuis 2000	15
3.8 Changements de substance	16
3.8.1 Changements de substance par an	17
3.8.2 Changements de substance, par patient-e-s	18
3.8.3 Circonstances au début d'une séquence de traitement	20
3.8.4 Age moyen lors d'un changement de substance	21
3.9 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017	22
4. Statistiques de prévalence de traitement en 2023	24
4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année	24
4.2 Prévalence journalière	25
4.3 Profil démographique	28
4.4 Substances prescrites	29
4.5 Remise du produit prescrit	30

5. Statistiques d'admissions	31
5.1 Admissions sur l'année	31
5.2 Profil démographique.....	32
5.3 Substances prescrites.....	35
5.4 Médecins et institutions prescripteurs	36
5.5 Remise du produit.....	36
5.6 Médications complémentaires.....	37
5.7 Consommation d'héroïne	39
5.8 Statut HIV et Hépatite C.....	41
6. Statistiques de fins de traitement	42
6.1 Fins de traitement sur l'année	42
6.2 Profil démographique en fin de traitement.....	43
6.3 Circonstances de fin de traitement.....	44
7. Bibliographie	45
8. Annexes	48

Liste des tables

Table 1 : Formats des données fournies par les cantons pour les différentes statistiques (2022)	9
Table 2 : Types de changement de modalités de traitements (substance et prescripteur)	17
Table 3 : Nombre de types de changements de substance au long du TAO, parmi les patient·e·s en traitement en 2023.....	19
Table 4 : Nombre de personnes sous TAO, par sexe et canton (2023)	24
Table 5 : Prévalence journalière, par canton (2023)	25
Table 6 : Part de patient·e·s selon le stade d'avancée de traitement, par canton (2023)	26
Table 7 : Age moyen des personnes sous TAO, par sexe (prévalence 2023)	28
Table 8 : Nombre d'admissions en TAO, par canton (2023)	31
Table 9 : Nombre d'admissions en TAO, par type d'admission et par sexe (2023).....	32
Table 10 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2023)	33
Table 11 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2023)	38
Table 12 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2023)	39
Table 13 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales parmi les patient·e·s admis·es en TAO, par type d'admission (2023).....	40
Table 14 : Nombre de fins de TAO par canton (2023)	42
Table 15 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2023)	43
Table A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique	48

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de personnes sous TAO, de 1985 à 2023.....	10
Figure 2 : Part de femmes sous TAO par année, de 2000 à 2023.....	11
Figure 3 : Proportion de personnes sous TAO par cohorte d'année de naissance, de 2000 à 2023.....	12
Figure 4 : Age moyen des personnes sous TAO, de 2000 à 2023.....	13
Figure 5 : Evolution de la durée des TAO, de 2010 à 2023.....	13
Figure 6 : Age moyen de première consommation d'héroïne et d'entrée en traitement, de 2001 à 2023.....	14
Figure 7 : Âge d'entrée en traitement, par groupe d'âge de 2001 à 2023.....	15
Figure 8 : Proportion de substances prescrites par année, de 2000 à 2023.....	16
Figure 9 : Nombre de changements de substance, par type de combinaison et année.....	18
Figure 10 : Circonstances au début d'une séquence de traitement, par substance et année.....	20
Figure 11 : Age moyen lors d'un changement de substance, par année.....	22
Figure 12 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2023.....	23
Figure 13 : Nombre de personnes sous TAO, par modalité de traitement et par jour (2023).....	27
Figure 14 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2023).....	28
Figure 15 : Types de substances prescrites (prévalence 2023).....	29
Figure 16 : Répartition des TAO, par lieu de remise (prévalence 2023).....	30
Figure 17 : Objectif thérapeutique à l'admission (2023).....	32
Figure 18 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2023).....	33
Figure 19 : Etat civil des personnes admises en TAO, par type d'admission (2023).....	34
Figure 20 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2023).....	34
Figure 21 : Types de substances prescrites, selon le type d'admission (2023).....	35
Figure 22 : Médecins et institutions prescripteurs de TAO, par type d'admission (2023).....	36
Figure 23 : Lieu de remise du produit, par type d'admission (2023).....	36
Figure 24 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2023).....	37
Figure 25 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2023).....	39
Figure 26 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2023).....	40
Figure 27 : Statut HIV rapporté et datation du test, par type d'admission (2023).....	41
Figure 28 : Statut hépatique rapporté (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2023).....	41
Figure 29 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2023).....	43
Figure 30 : Circonstances de fin de traitement (2023).....	44
Figure A1 : Evolution de la durée des TAO entre 2013 et 2023, par sexe.....	49
Figure A2 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2023).....	49

L'essentiel en bref

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO, anciennement appelé « traitements de substitution ») permettent de remplacer entièrement ou partiellement l'usage d'opioïdes 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 cantonal 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. Par la suite, on observe une diminution progressive d'environ 200 personnes par année.

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 10% du total en 2023. 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 2023

15'707 personnes ont été au moins un jour sous TAO en 2023. Parmi elles, 78% étaient sous traitement sans interruption durant l'année et 69% étaient en traitement depuis au moins 10 ans. En moyenne journalière, on comptait 14'120 personnes en traitement. L'âge moyen était de 48.9 ans pour l'ensemble des personnes sous TAO et de 38.4 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 53% en 2023. Cette diminution est compensée par une augmentation d'autres opioïdes, en particulier la morphine retard, qui est prescrite dans 32% de tous les traitements et dans 51% des nouvelles admissions.

Un quart (25%) 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, 17% 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 supplémentaire 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 (diacétylmorphine) 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.tao-oat.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 *OAT 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])
- TAO (substitution) : 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 (Krizic et al., 2023). Le monitoring *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique.

1.3 Foci 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 rapport 2022 comprenait deux foci spécifiques. Premièrement, il fournissait des données détaillées sur le nombre de patient·e·s suivi·e·s par chaque médecin ou institution prescriptrice (voir Chapitres 4.5 et 5.4 de: Labhart & Amos, 2023) ainsi que sur la distribution des patient·e·s auprès des lieux de remise (Chapitre 4.6). Deuxièmement, un chapitre a été consacré à la distribution des raisons d'interruptions ou de fin de traitement, en fonction de l'âge des patient·e·s et du nombre d'années passées sous TAO (Chapitre 6.3).
- Le présent rapport analyse l'évolution des changements de substances en cours de traitement entre 2000 et 2023 (Chapitre 3.8), comme par exemple le nombre de passages de la méthadone à la buprénorphine par année, et le taux de patient·e·s revenant à la substance initiale.

Tous les rapports fédéraux et cantonaux peuvent être téléchargés sur le site www.tao-oat.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 opioïdes (en dehors de la prescription de diacétylmorphine; 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 opioïdes 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.

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.tao-oat.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'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). 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 2023, cette analyse a pu être réalisée sur un total de 13'106 personnes dans 24 cantons. Les résultats indiquent que 219 personnes (1.7%) ont été enregistrées dans deux cantons ou plus au cours de l'année. Ce taux est stable par rapport aux années précédentes (2021: 1.9%; 2022: 1.7%; Labhart et al., 2022; Labhart & Amos, 2023). Ces 219 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 2023, la grande majorité des cantons ont fourni des données individuelles anonymisées relatives aux personnes sous TAO (Table 1). La majorité des cantons a adopté le système fédéral *OAT 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.

Table 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>OAT 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, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS
• Autre système cantonal	BL, BS	BL, BS, ZG, ZH	BL, BS, ZG, ZH
• Données agrégées élémentaires	ZG, ZH		

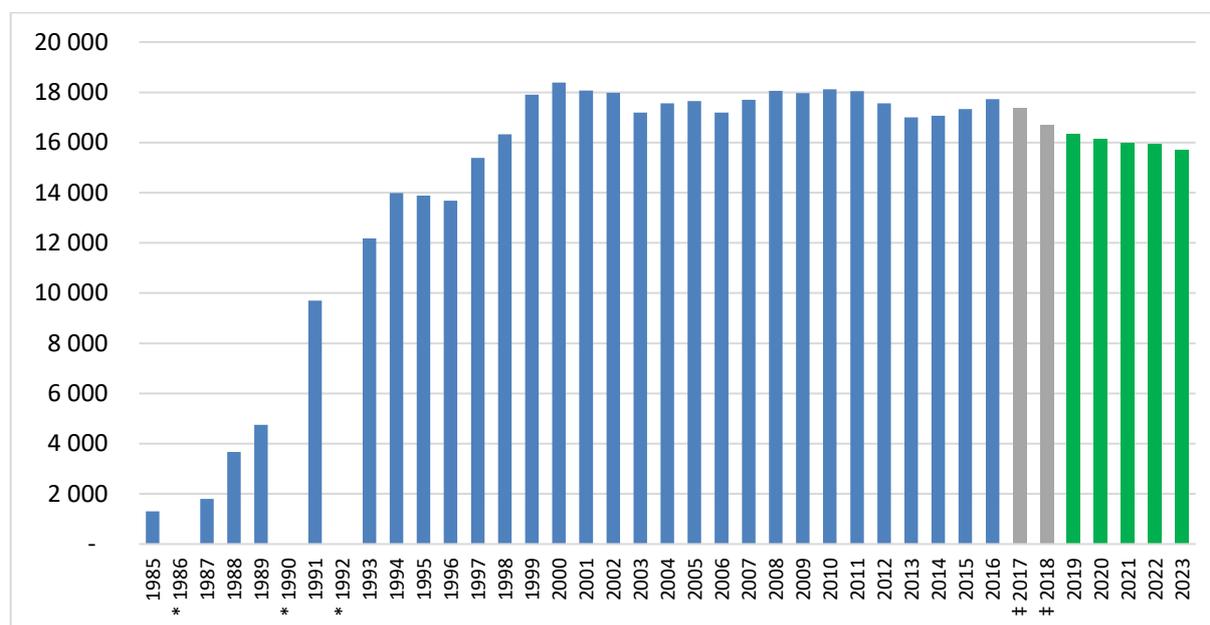
3. Evolutions et tendances

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, faisant passer le total sous la barre des 16'000 en 2022 et atteindre 15'707 personnes en 2023.

Figure 1 : Nombre de personnes sous TAO, de 1985 à 2023



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.

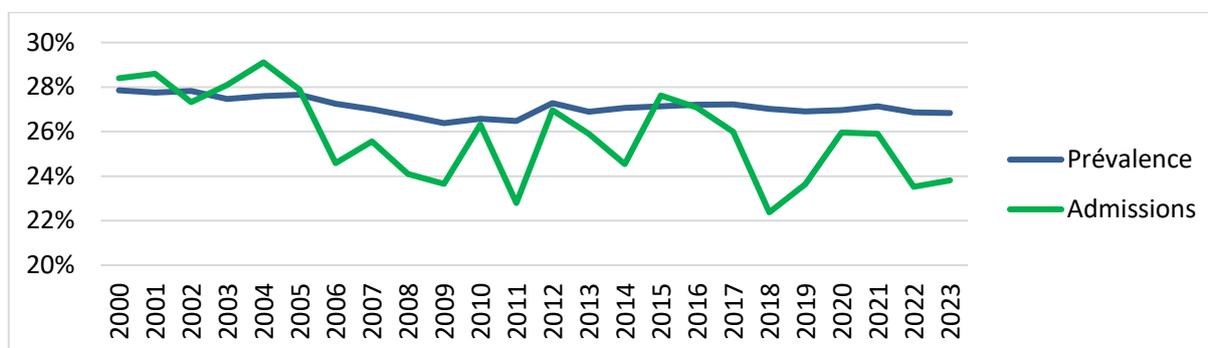
Il est à noter que l'adoption par la plupart des cantons du système de saisie *OAT Online* a permis de nombreuses améliorations au niveau des statistiques cantonales et fédérales entre 2017 et 2018. Ces améliorations concernent notamment un contrôle renforcé des dates de début et de fin de traitement (depuis 2017) et la détection des doublons inter-cantonaux (depuis 2018).

La baisse progressive observée à partir de 2019 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 (Amos et al., 2024).

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 (26.9% en 2023 ; 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 2023

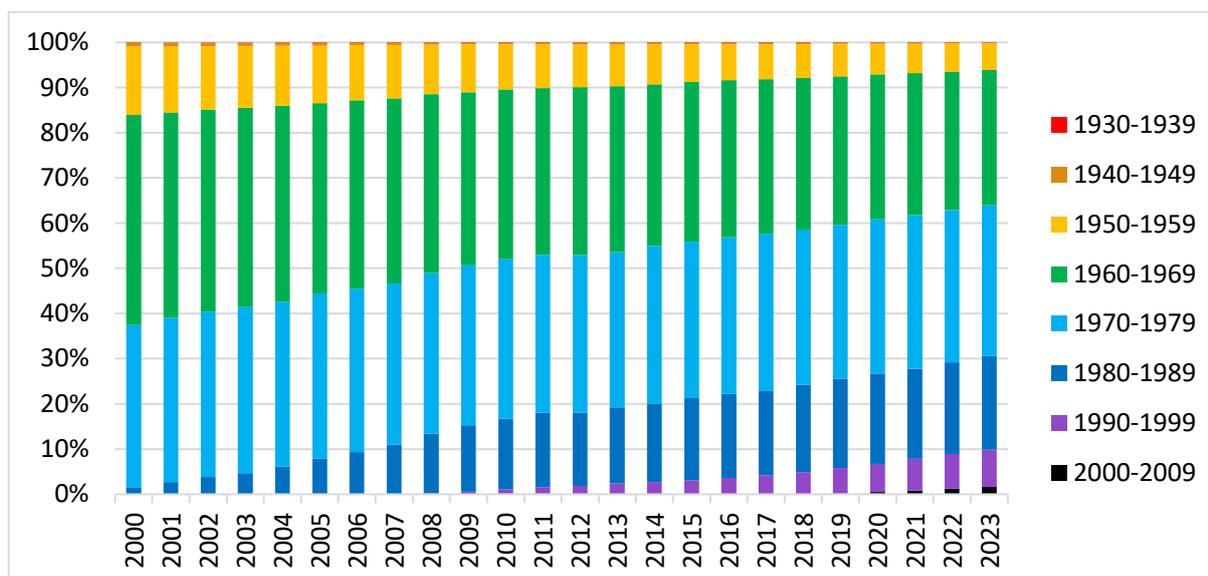


Notes : Cantons représentés par année : voir Table A1 en annexe.

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 63% en 2023 (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 2023



Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

Après l'an 2000, on observe l'arrivée d'une nouvelle vague de patient·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 21% en 2023.

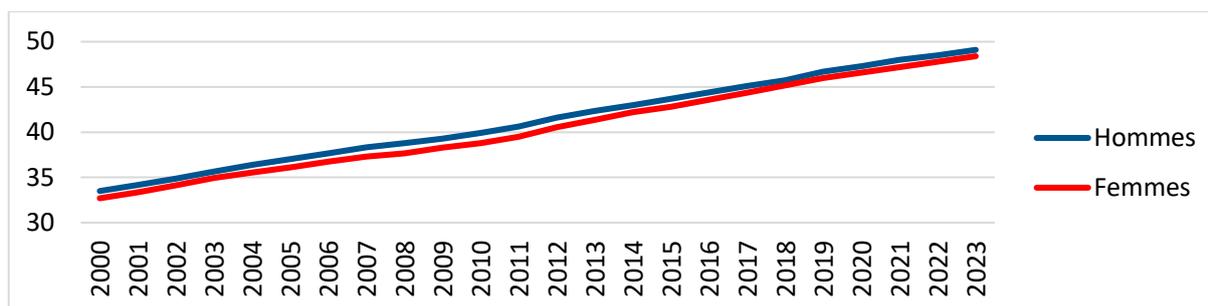
Depuis 2010, on observe l'arrivée des personnes nées dans les années 90. Bien que sa part reste relativement faible (8% en 2023), la présence de ces patient·e·s rappelle que les TAO répondent non seulement au besoin de maintenir la situation sanitaire des personnes en traitement depuis longtemps, mais offrent également une alternative sûre aux nouveaux·elles usager·ère·s d'opioïdes illégaux.

Un peu moins de 2% des personnes en traitement en 2023 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 1.4 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 (49.1 pour les hommes et 48.4 pour les femmes en 2023) tend à augmenter progressivement d'environ 0.6 an 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 2023

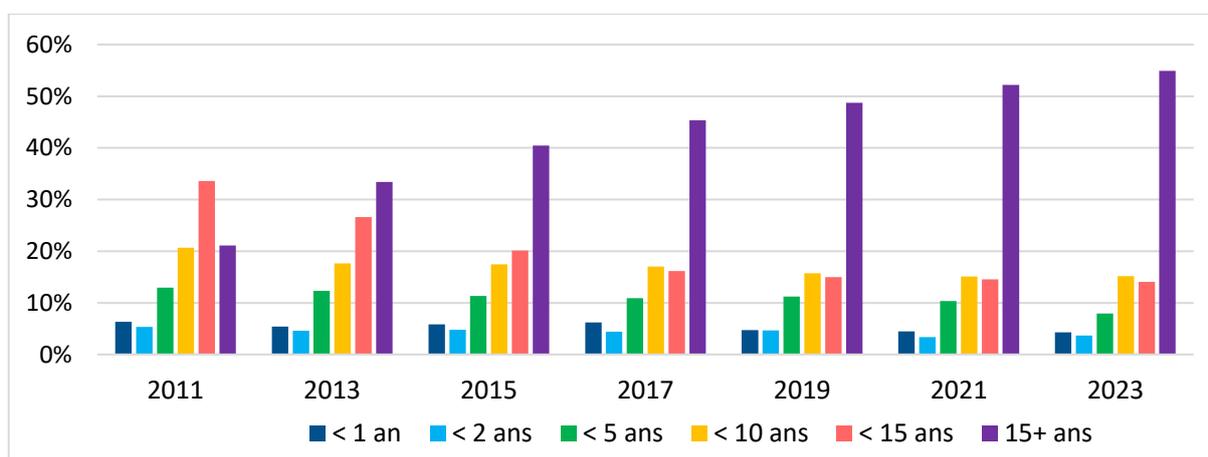


Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

3.5 Durée de traitement, depuis 2011

En 2023, plus de la moitié des personnes sous TAO (55%) 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 (21% en 2011), 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 2023



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 2011 : BE, GE, GR, NE, SO, SZ, VS ; depuis 2017 : TG ; depuis 2019 : FR, GL, NW.

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

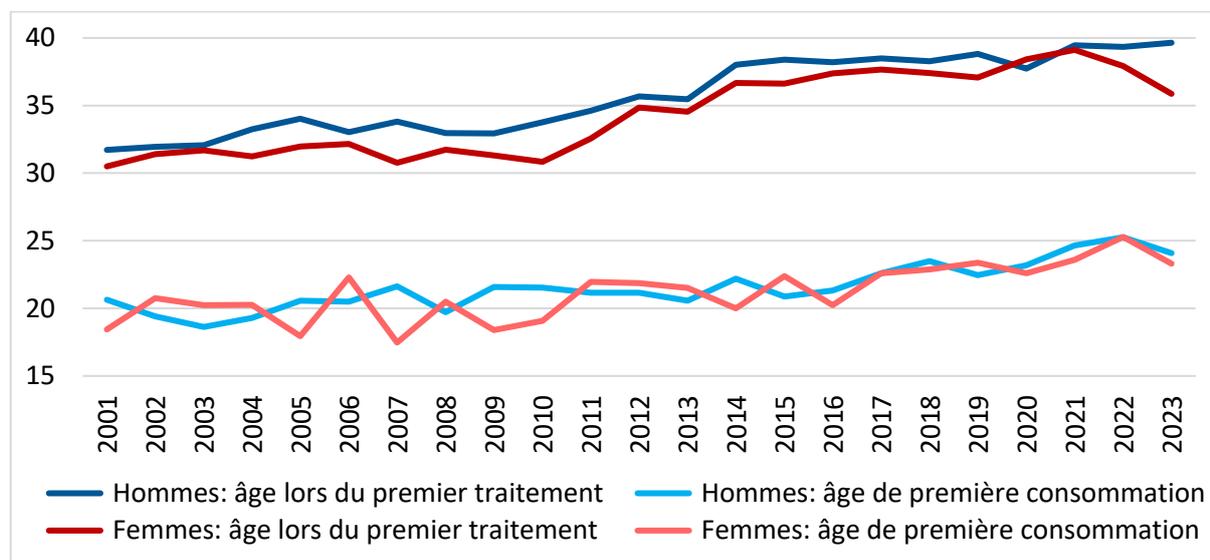
Il est difficile d'identifier avec certitude quand une personne a initié pour la première fois un TAO, notamment parce que les données proviennent de 26 registres cantonaux décentralisés et que des admissions peuvent être enregistrées pour des raisons

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. Table A1 en annexe). Il faut aussi noter que l'âge de première consommation n'est connu que pour environ 10 à 40% 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 24 ans en 2023, 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 12 à 17 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.

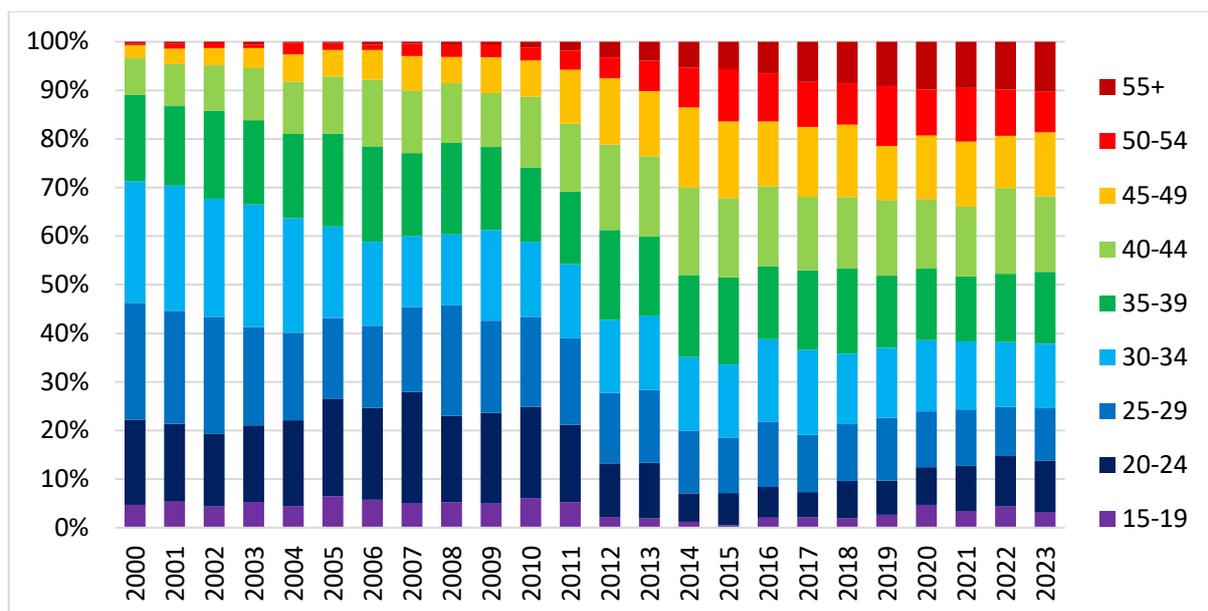
Figure 6 : Age moyen de première consommation d'héroïne et d'entrée en traitement, de 2001 à 2023



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 durable de l'usage d'opioïdes et de son 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 2023



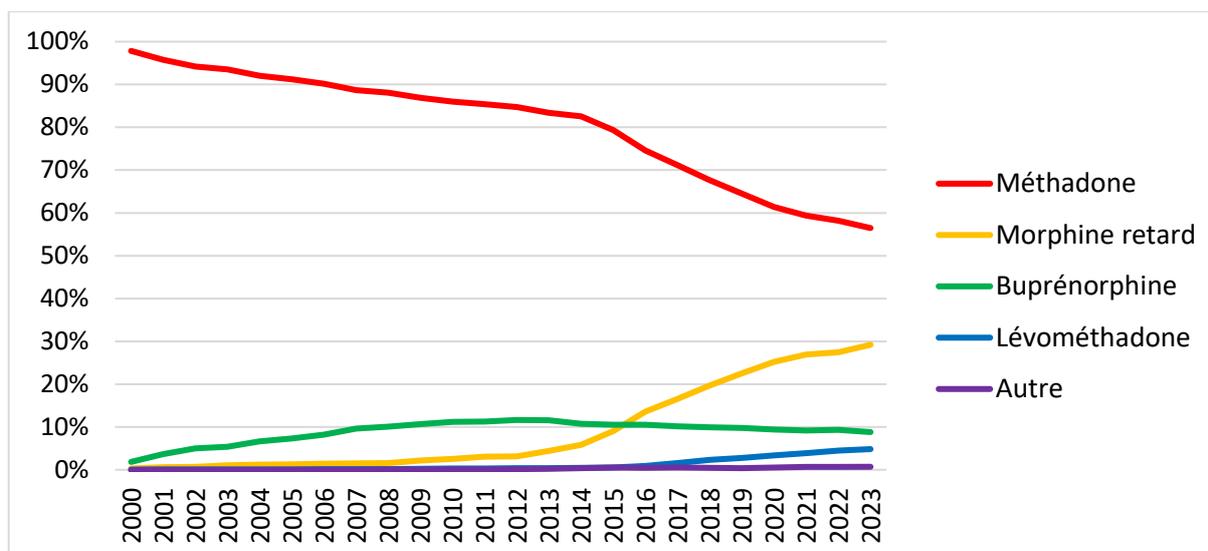
Note : Cantons représentés : BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

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, Caflisch, 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'explique 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; Lehmann et al., 2021). Néanmoins, depuis 2020, l'augmentation de la part de prescription de morphine retard semble ralentir. Ce ralentissement pourrait être lié 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). Pour y remédier, le DEFR avait libéré les réserves obligatoires en mars 2022. La situation s'est ensuite stabilisée pour retrouver son état normal en 2024 (Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE), 2024).

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 (46% de méthadone et 39% pour la morphine retard en 2023, 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 2023



Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

3.8 Changements de substance

Différentes substances sont actuellement disponibles pour les TAO en Suisse, mais ce n'a pas toujours été le cas. Comme on peut le voir à la Figure 8, la méthadone reste la substance la plus répandue, mais la morphine retard gagne progressivement du terrain, alors que la buprénorphine et la lévométhadone n'ont jamais passé plus de respectivement 10% et 5% des patient-e-s en traitement. Chaque substance ayant des avantages et inconvénients propres (p.ex. principe d'action, forme galénique, effets secondaires, voir tableau comparatif 3.2.2 de: Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), 2020), une part significative des patient-e-s sous TAO a changé de substance à un moment ou l'autre de leur traitement. En complément des analyses sur les transferts entre TAO et prescription de diacétylmorphine (Amos et al., 2024), le module thématique de cette année retrace les changements de substances au sein des TAO depuis l'an 2000.

Méthode

Les analyses ont été réalisées sur les cantons utilisant le système de saisie et d'autorisation *OAT online*, qui permet de retracer sur plusieurs années les séquences de traitements pour chaque trio « patient-e-prescripteur-substance ». Il est ainsi possible d'identifier plusieurs types de changements de modalité de traitement (Table 2).

Certains cantons ayant des données historiques plus complètes que d'autres, seules les années complètes par canton ont été utilisées pour les analyses (voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en Annexe). L'échantillon total se compose de 65'114 séquences de traitements pour un trio « patient-e – prescripteur – substance », représentant 23'443 patient-e-s uniques.

Table 2 : Types de changement de modalités de traitements (substance et prescripteur)

Scénario	Début d'une séquence de traitement	Changement de substance	Changement de prescripteur
Début de TAO dans un canton	X		
Suite de TAO auprès du même prescripteur et même substance			
Suite de TAO auprès du même prescripteur et autre substance	X	X	
Suite de TAO auprès d'un autre prescripteur et même substance	X		X
Suite de TAO auprès d'un autre prescripteur et autre substance	X	X	X

Exemple de lecture : Les prolongations de traitements pour un même trio « patient-e – prescripteur – substance » ne donnent pas lieu à l'ouverture d'une nouvelle séquence. Ainsi, un-e patient-e sous méthadone depuis 25 ans auprès du même prescripteur a une séquence. A l'inverse, un-e patient-e ayant changé une fois de prescripteur puis une fois de substances auprès de ce même prescripteur, a trois séquences.

Il faut noter que les analyses se basent uniquement sur les autorisations de traitements émises et validées par les autorités cantonales. Les changements de courte durée (p.ex. hospitalisation d'urgence, prison, tests en vue d'un changement) ne sont pas forcément répertoriés. Les analyses excluent également les cantons de BL, BS, ZG et ZH qui ne fournissent pas de données précises sur les médecins ou institutions prescripteurs.

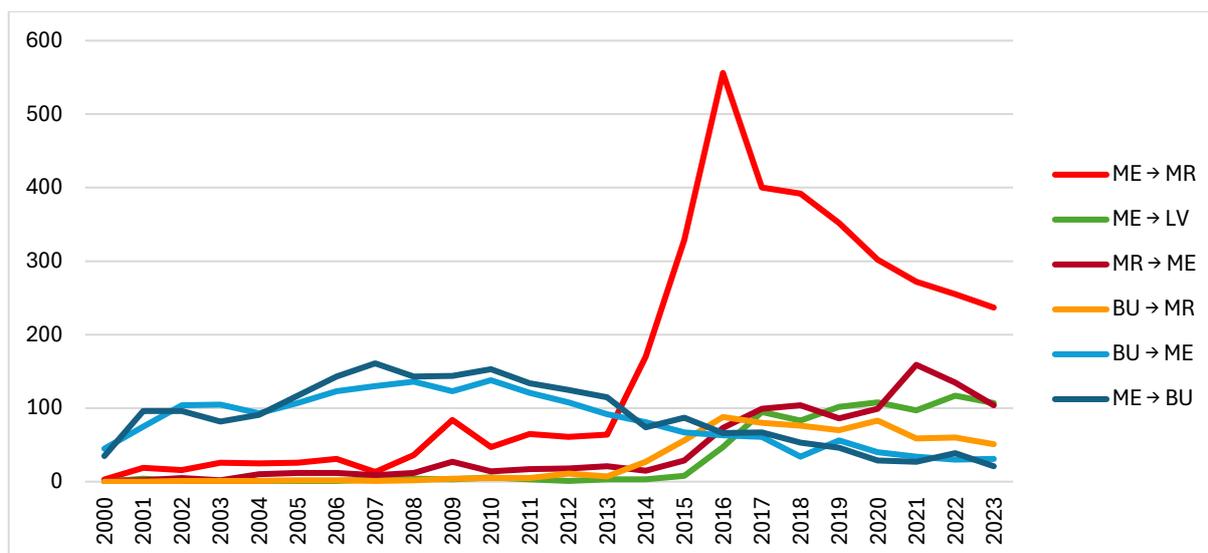
Nous remercions chaleureusement Marc Vogel (médecin chef aux Cliniques psychiques universitaires de Bâle) pour son aide à la préparation et à l'interprétation des résultats de ce chapitre.

3.8.1 Changements de substance par an

Trois phénomènes distincts sont observables concernant les changements de substances par an (Figure 9). En premier, depuis le début des années 2000, le nombre annuel de changements entre méthadone et buprénorphine était globalement équivalent. S'agissant de substances aux principes d'action différents (la buprénorphine étant un agoniste partiel des récepteurs μ des opioïdes, notamment) ces allers-retours entre les deux substances peuvent s'expliquer par des patient-e-s souffrant d'effets secondaires importants de la méthadone (p.ex. constipation, sudation) mais étant également insatisfait-e-s des effets de la buprénorphine. En effet la transition vers la buprénorphine est complexe et ne convient pas à tou-te-s les patient-e-s, car ses effets sont moins puissants que ceux d'autres opioïdes de synthèse, ce qui peut entraîner des symptômes de sevrage.

En second, à partir de 2014, le nombre de changements de substance vers la morphine retard (à partir de la méthadone ou la buprénorphine) a très nettement augmenté lors de son autorisation officielle sur le marché, avant de diminuer à nouveau dès 2018 après l'effet d'appel initial.

Figure 9 : Nombre de changements de substance, par type de combinaison et année



Notes : ME = méthadone ; BU = buprénorphine ; MR = morphine retard ; LM = lévométhadone ; seuls sont représentés les changements de substance dont le nombre annuel a dépassé 100 cas au moins une fois.
Cantons exclus des analyses : BL, BS, ZG, ZH ; Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

Finalement, à partir de 2016, on observe une augmentation du nombre de deux types de changements, à savoir les transitions entre la méthadone et la lévométhadone suite à son entrée sur le marché, ainsi que les transitions de la morphine retard à la méthadone. Ces dernières transitions sont notamment liées au fait que de nombreux-euses patient-e-s ont opté pour la morphine retard dès 2014 après des années de traitement à la méthadone mais ont préféré y revenir, car ils·elles n'étaient pas satisfait-e-s. Les causes de cette insatisfaction peuvent être multiples. Par exemple, la méthadone présente des effets très variables selon les individus et peut offrir un effet antidépresseur qui n'est pas retrouvé avec la morphine retard. Par ailleurs, le coût nettement plus élevé de cette dernière peut également influencer le choix à un moment donné (Conti et al., 2017).

3.8.2 Changements de substance, par patient·e·s

Parmi les patient·e·s actif·ve·s en 2023, environ deux tiers n'ont pas changé de substance au cours de leur traitement (Table 3). Un peu moins de 20% de l'ensemble des patient·e·s actif·ve·s en 2023 n'ont jamais reçu de méthadone. Étant donné que, historiquement, la méthadone a été la première substance disponible pour les traitements et reste encore la substance la plus documentée scientifiquement, ce résultat indique un élargissement des habitudes de prescription qui ne proposent plus systématiquement la méthadone comme première substance de TAO.

Le changement de substance le plus fréquent (2506 cas) est le passage de la méthadone à la morphine retard. Parmi ceux-ci, on note que dans 522 cas, le traitement est revenu ensuite à de la méthadone, soit un « taux de retour » de 20.8%.

Le deuxième changement le plus fréquent (971 cas) est le passage de la méthadone à la buprénorphine, mais avec cette fois-ci un taux de retour élevé (54.1%) soulignant

la complexité d'une transition à la buprénorphine évoquée au chapitre précédent. A l'inverse, on peut remarquer que le taux de retour après un changement vers la morphine retard ou la lévométhadone est nettement plus bas (20.8% maximum).

Table 3 : Nombre de types de changements de substance au long du TAO, parmi les patient.e.s en traitement en 2023

	Total	Dernière substance prescrite en 2023			
		Méthadone	Buprénorphine	Morphine Retard	Lévométhadone
Total	10'867	5'904	840	3'483	640
Pas de changement	6'486	4'944	453	1'030	59
Changements					
ME → BU	971	246	310	361	54
ME → BU → ME	525 (54.1%)	224 (91.1%)	55 (17.7%)	204 (56.5%)	42 (77.8%)
BU → ME	922	418	88	348	68
BU → ME → BU	252 (27.3%)	56 (13.4%)	72 (81.8%)	104 (29.9%)	20 (29.4%)
ME → MR	2506	372	32	1998	104
ME → MR → ME	522 (20.8%)	283 (76.1%)	6 (18.8%)	194 (9.7%)	39 (37.5%)
MR → ME	739	403	*	269	58
MR → ME → MR	280 (37.9%)	39 (9.7%)	*	224 (83.3%)	14 (24.1%)
ME → LV	627	111	*	70	442
ME → LV → ME	118 (18.8%)	73 (65.8%)	*	10 (14.3%)	35 (7.9%)
LV → ME	166	105	*	18	43
LV → ME → LV	46 (27.7%)	16 (15.2%)	*	3 (16.7%)	27 (62.8%)
BU → MR	480	32	33	396	19
BU → MR → BU	58 (12.1%)	4 (12.5%)	28 (84.8%)	22 (5.6%)	4 (21.1%)
MR → BU	161	16	70	68	*
MR → BU → MR	72 (44.7%)	8 (50%)	7 (10%)	54 (79.4%)	*
MR → LV	218	24	*	62	130
MR → LV → MR	50 (22.9%)	2 (8.3%)	*	40 (64.5%)	8 (6.2%)
LV → MR	151	*	*	102	39
LV → MR → LV	27 (17.9%)	*	*	7 (6.9%)	19 (48.7%)
ME → LV → MR	88	*	*	55	26
ME → MR → LV	119	17	*	34	67

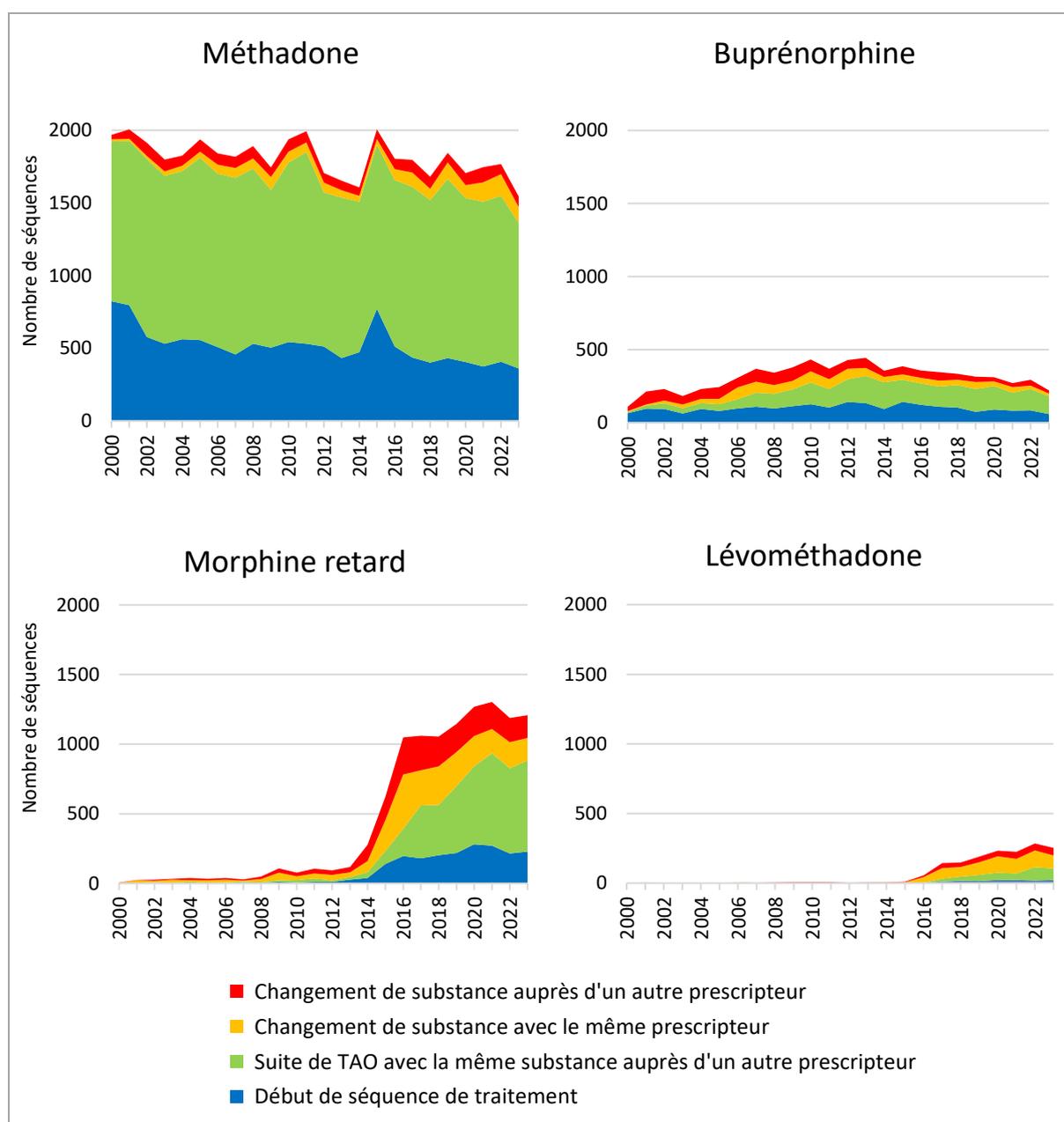
Notes : ME = méthadone ; BU = buprénorphine ; MR = morphine retard ; LM = lévométhadone ; * n < 10 ; données entre parenthèse = « taux de retour » à la substance initiale ; Cantons exclus des analyses : BL, BS, ZG, ZH. Exemple de lecture : les nombres entiers indiquent le nombre de personnes en traitement en 2023 ayant effectué tel ou tel changement de substance au long de son TAO. Une personne peut avoir effectué plusieurs types de changements. Par exemple, une personne avec un parcours de type ME → BU → ME → MR est présente dans la colonne « Morphine retard » et est comptabilisée dans quatre catégories (ME → BU ; BU → ME ; ME → BU → ME ; et ME → MR). Par conséquent, la somme des types de changements et des personnes sans changement est supérieure au total.

Sans surprise, le taux de retour est bas dans les cas où la substance après le changement est la même que la substance encore prescrite en 2023 (p.ex. parmi les patient·e·s sous TAO avec de la morphine retard en 2023, seuls 9.7% après un changement Méthadone → Morphine retard sont revenu à la méthadone), ce qui souligne l'adhésion des patient·e·s au protocole de traitement une fois qu'est identifiée la substance qui leur convient le mieux.

3.8.3 Circonstances au début d'une séquence de traitement

Des tendances similaires sont observables pour tous les types de substance au début d'une séquence de traitement, indépendamment de l'année ou de l'importance relative d'une substance (Figure 10).

Figure 10 : Circonstances au début d'une séquence de traitement, par substance et année



Notes : ME = méthadone ; BU = buprénorphine ; MR = morphine retard ; LM = lévométhadone ; cantons exclus des analyses : BL, BS, ZG, ZH ; Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

Environ la moitié des cas concernent la suite d'un traitement auprès d'un autre prescripteur avec la prescription de la même substance, alors qu'environ un quart des cas concernent un début de séquence de traitement dans un canton donné. Par ailleurs, le nombre de changements de substances combinés au changement de prescripteur est globalement équivalent au nombre de changement de substance auprès du même prescripteur.

De faibles variations sont toutefois observables, comme le fait que les changements de substance vers la méthadone représentent une faible part des nouvelles séquences de traitement à cette substance. Ce phénomène rappelle que la méthadone est de moins en moins prescrite lors du tout premier TAO (Figure 21) bien qu'elle ait été la première substance prescrite historiquement et est comparativement moins chère que d'autres types de prise en charge.

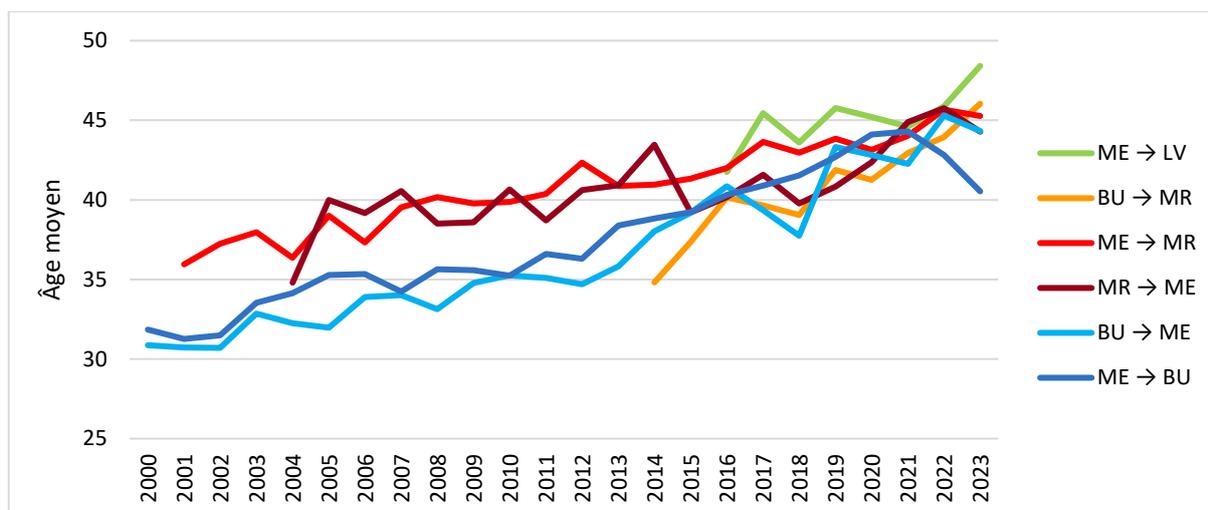
On observe également que les changements vers la buprénorphine sont souvent associés à un changement de prescripteur. Comme mentionné précédemment, cela peut s'expliquer par les caractéristiques de cette substance qui est moins puissante. Etant donné les difficultés de cette transition, il est probable que les médecins privés orientent leurs patient·e·s vers des spécialistes pour encadrer ce changement (Praticien Addiction Suisse, 2023; Zullino, 2017).

On constate finalement une faible prescription de lévométhadone comme première substance au début d'une séquence, ce qui peut s'expliquer principalement par des raisons réglementaires : son remboursement par l'assurance maladie est soumis à des conditions spécifiques, notamment un échec de traitement antérieur à la méthadone.

3.8.4 Age moyen lors d'un changement de substance

Concernant l'âge moyen des patient·e·s lors d'un changement de substance, plusieurs phénomènes distincts sont observables (Figure 11). Premièrement, la tendance suit la même courbe que l'âge moyen des personnes en traitement (Figure 4).

Figure 11 : Age moyen lors d'un changement de substance, par année



Notes : ME = méthadone ; BU = buprénorphine ; MR = morphine retard ; LM = lévométhadone ; Cantons exclus des analyses : BL, BS, ZG, ZH ; Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » de la Table A1 en annexe.

Deuxièmement, les courbes des changements entre méthadone et buprénorphine (et réciproquement) sont très proches depuis le début des relevés, tout comme les courbes des changements entre méthadone et morphine retard (et réciproquement) ce qui rappelle que les patient-e-s reviennent souvent à leur substance initiale après un changement vers la buprénorphine.

Troisièmement, on observe un décalage d'environ 5 ans, jusqu'en 2014, entre les changements « méthadone ↔ buprénorphine » et « méthadone ↔ morphine retard ». La buprénorphine était prescrite principalement aux jeunes adultes, notamment car elle était vue comme permettant une meilleure intégration sociale (Nordt, Vogel, et al., 2015), un aspect essentiel pour les patient-e-s bien inséré-e-s socialement et professionnellement et qui préfèrent une substance aux effets sédatifs plus modérés. En revanche, le passage de la méthadone à la morphine retard était initialement motivé par des effets secondaires gênants de la méthadone (p.ex. constipation, sudation) qui tendent à s'aggraver avec l'âge.

Dans l'ensemble, très peu de différences de sexe et d'âge ont été observées au cours des analyses. Ces facteurs ne semblent pas jouer un rôle prépondérant dans les changements de substances, raison pour laquelle les résultats n'ont pas été présentés séparément par sexe et âge.

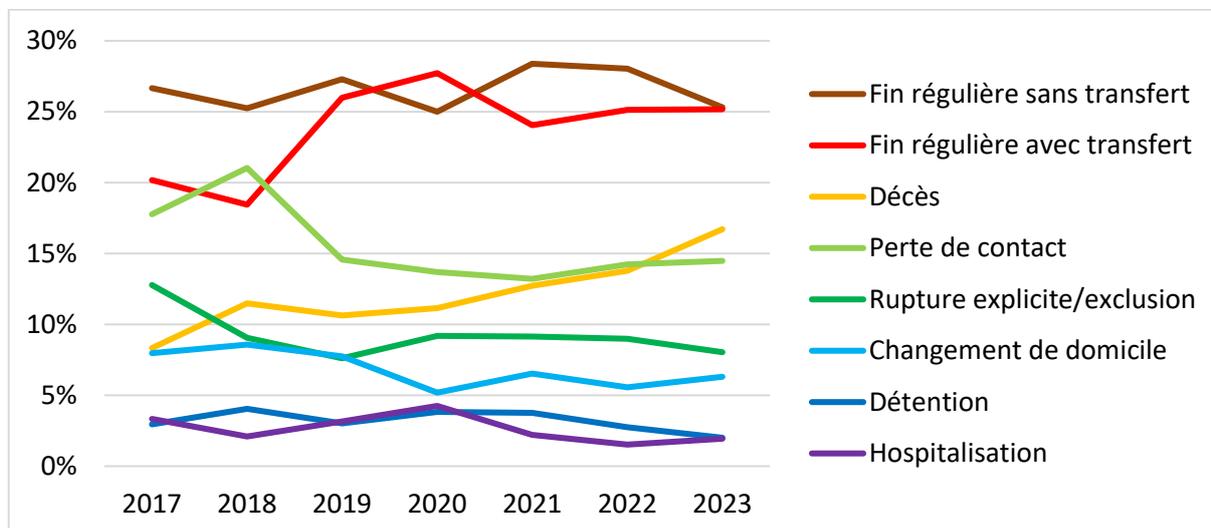
3.9 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017

De manière stable depuis 2017, environ un quart des fins de traitement concerne un sevrage a priori réussi (fin sans transfert : Figure 12). 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).

La part de décès parmi les raisons de fin de traitement a plus que doublé depuis 2017 (passant de 8% à 17% en 2023). Extrapolé au nombre total de sorties, les décès

concernent environ 330 personnes en 2023, soit une augmentation de 80 cas depuis l'année précédente.

Figure 12 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2023



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

4. Statistiques de prévalence de traitement en 2023

4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année

Le monitoring recense 15'707 personnes qui ont été au moins un jour sous TAO au cours de l'année 2023. Le Table 4 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 13'106 personnes dans 24 cantons (hormis ZG et ZH).

Table 4 : Nombre de personnes sous TAO, par sexe et canton (2023)

Canton	Hommes	Femmes	Non connu / non binaire	Total
Total *	11'379	4'228	100	15'707
AG	493	211	0	704
AI	2	1	0	3
AR	95	35	0	130
BE	1'827	692	0	2'519
BL	289	107	0	396
BS	653	290	0	943
FR	425	104	0	529
GE	869	290	0	1'159
GL	47	14	0	61
GR	207	54	0	261
JU	83	37	0	120
LU	581	203	0	784
NE	450	171	0	621
NW	21	9	0	30
OW	29	11	0	40
SG	657	206	0	863
SH	64	23	0	87
SO	437	169	0	606
SZ	45	24	0	69
TG	279	94	0	373
TI	684	231	0	915
UR	10	2	0	12
VD	1'075	432	1 **	1'508
VS	300	73	0	373
ZG	45	16	1	62
ZH	1'882	778	98	2'758
Doublons intercantonaux	-170	-49	0	-219

Note : * Total sans doublons intercantonaux ; ** personne non-binaire

4.2 Prévalence journalière

La Table 5 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 2023, la prévalence journalière moyenne était de 87.4% par rapport à la prévalence annuelle, ce qui correspond à 14'120 personnes sur l'ensemble de la Suisse.

Table 5 : Prévalence journalière, par canton (2023)

Canton	Nombre moyen par jour	% de la prévalence annuelle
AG	607.7	86.3%
AI	2.5	82.7%
AR	109.0	83.8%
BE	2'273.8	90.3%
BL	357.5	90.3%
BS	861.2	91.3%
FR	471.1	89.1%
GE	1'059.4	91.4%
GL	54.0	88.5%
GR	205.4	78.7%
JU	114.7	95.6%
LU	744.6	95.0%
NE	560.0	90.2%
NW	27.0	90.0%
OW	33.2	83.0%
SG	726.1	84.1%
SH	75.4	86.7%
SO	548.3	90.5%
SZ	65.1	94.3%
TG	322.7	86.5%
TI	839.3	91.7%
UR	10.8	90.1%
VD	1'255.2	83.2%
VS	327.5	87.8%
ZG	51.8	83.5%
ZH	2417	87.6%
Total	14'120.3	87.4%

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 prescription de diacétylmorphine, changement de canton, décès), et ce, de manière inégale entre les cantons (Table 6).

La Table 6 montre la répartition des patient·e·s selon le stade d'avancée de leur traitement. Sur l'ensemble des cantons, un peu plus de trois quarts (78.3%) 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 diminuer leur consommation de substances illégales sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation. Le traitement est souvent envisagé sur le long terme (maintenance), et peut parfois durer toute la vie.

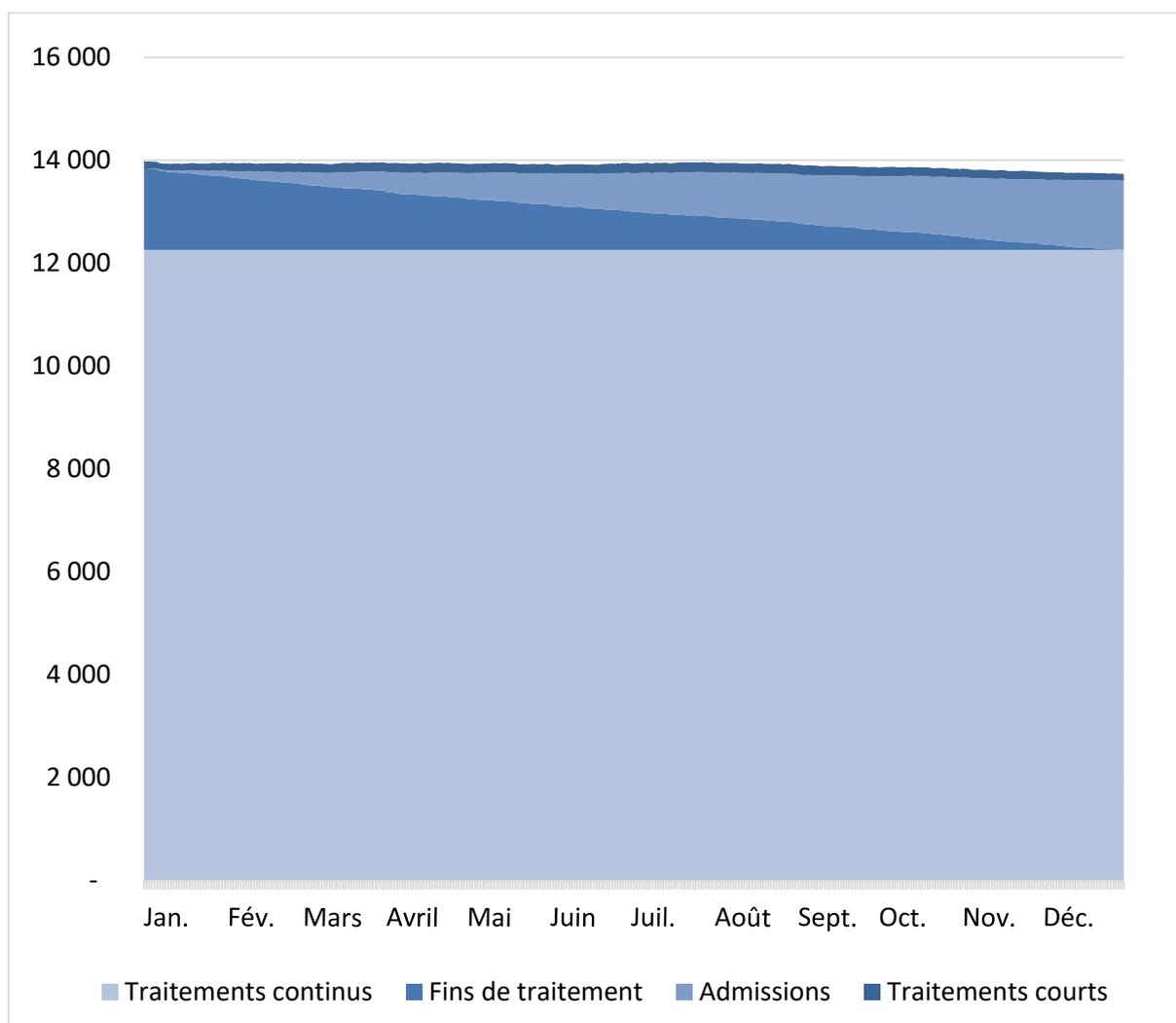
Table 6 : Part de patient·e·s selon le stade d'avancée de traitement, par canton (2023)

Canton	Traitements continus	Admissions	Fins de traitement	Traitements courts
AG	74.6%	9.8%	10.8%	4.8%
AI	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%
AR	71.5%	6.9%	14.6%	6.9%
BE	80.5%	8.2%	8.5%	2.8%
BL	83.1%	8.1%	6.1%	2.8%
BS	84.1%	8.1%	7.0%	0.8%
FR	80.7%	5.7%	9.5%	4.2%
GE	82.6%	7.6%	7.4%	2.4%
GL	80.3%	13.1%	6.6%	0.0%
GR	68.6%	12.3%	8.4%	10.7%
JU	90.0%	4.2%	5.8%	0.0%
LU	89.4%	3.8%	5.2%	1.5%
NE	81.5%	9.0%	7.7%	1.8%
NW	80.0%	13.3%	3.3%	3.3%
OW	72.5%	10.0%	12.5%	5.0%
SG	71.3%	14.0%	8.7%	6.0%
SH	74.7%	9.2%	13.8%	2.3%
SO	81.5%	7.9%	7.3%	3.3%
SZ	88.4%	5.8%	5.8%	0.0%
TG	76.9%	8.3%	9.4%	5.4%
TI	84.9%	6.1%	6.2%	2.7%
UR	83.3%	8.3%	0.0%	8.3%
VD	62.7%	14.2%	21.7%	1.4%
VS	77.2%	8.0%	10.5%	4.3%
ZG	69.4%	12.9%	14.5%	3.2%
ZH	77.6%	6.2%	11.1%	5.1%
Total	78.3%	8.4%	9.9%	3.4%

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

On recense environ 8.4% de personnes qui ont été admises en 2023 pour un traitement qui s'est poursuivi au-delà du 31 décembre 2023, 9.9% de fins de traitements sans reprise avant la fin de l'année et 3.4% 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 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 13).

Figure 13 : Nombre de personnes sous TAO, par modalité de traitement et par jour (2023)

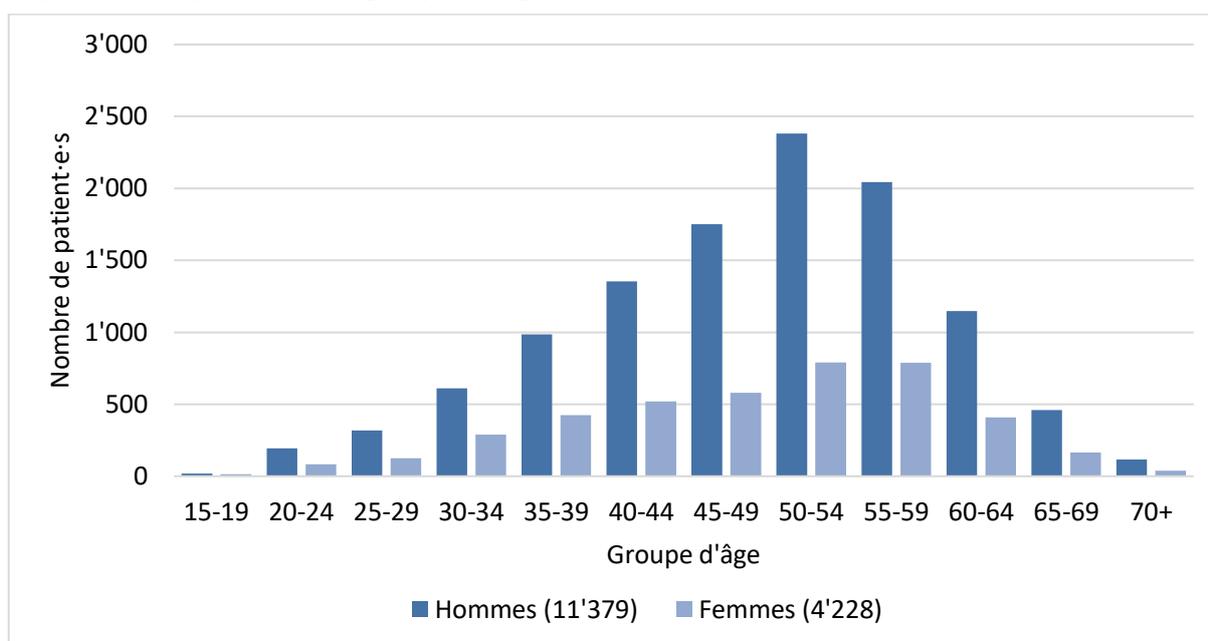


Note : Tous les cantons représentés.

4.3 Profil démographique

La Figure 14 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 des 55 à 59 ans, puis des 45 à 49, tant chez les hommes que chez les femmes. Comme illustré au chapitre 3.3, la présence prépondérante de ces cohortes 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 entre 45 et 65 ans. A l'inverse, le quart des patient·e·s qui ont actuellement moins de 42 ans (voir Table 7) avaient commencé à consommer de l'héroïne plus récemment. En 2023, 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 14 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2023)



Note : Age au 31.12.2023.

En 2023, l'âge moyen des patient·e·s sous TAO s'élève à 49.1 ans chez les hommes et 48.4 ans chez les femmes (voir Table 7). Les données détaillées sur l'état civil et la nationalité, en Suisse et par canton, sont consultables directement sur le site www.tao-oat.ch.

Table 7 : Age moyen des personnes sous TAO, par sexe (prévalence 2023)

	N	Moyenne	Percentiles 25	Percentiles 50	Percentiles 75
Hommes	11'379	49.1	42	51	56
Femmes	4'228	48.4	41	50	56

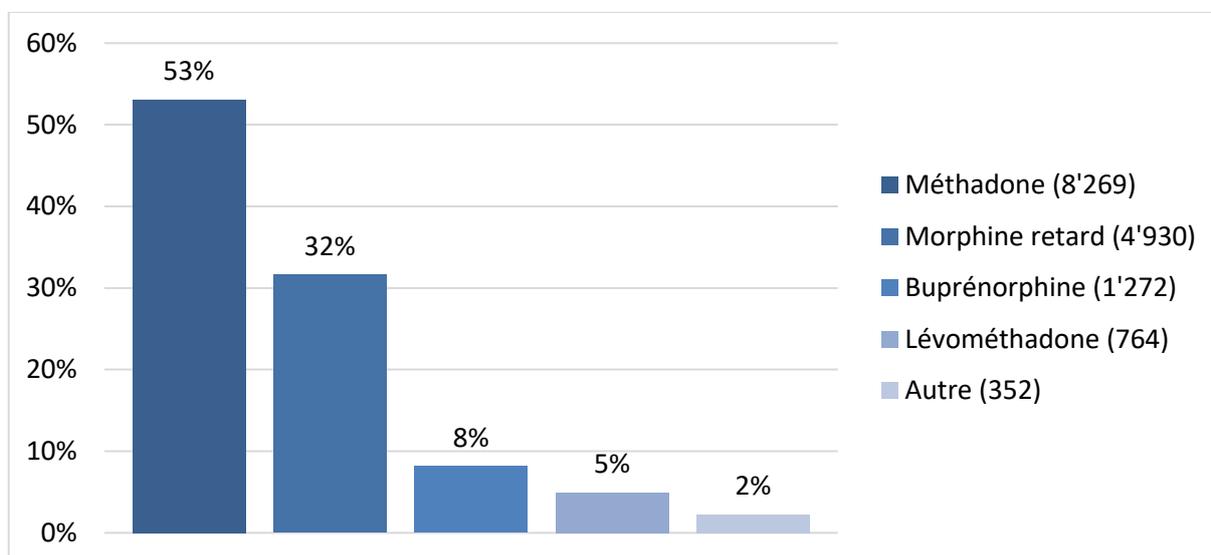
Note : Age au 31.12.2023.

4.4 Substances prescrites

La Figure 15 montre la répartition des TAO selon le type de substance. A l'échelle nationale, la méthadone (p.ex. Méthadone Streuli®, Kétalgine®) était prescrite dans 53% des traitements, suivie par la morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST® ; 32%) et la buprénorphine (p.ex. Temgesic®, Subutex® ; 8%), alors que les traitements à base de lévométhadone (p.ex. L-Polamidon® ; 5%) 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 2022), compensée essentiellement par une augmentation de la morphine retard (+3 points de pourcentages ; voir Figure 8 pour les tendances à long terme).

Figure 15 : Types de substances prescrites (prévalence 2023)



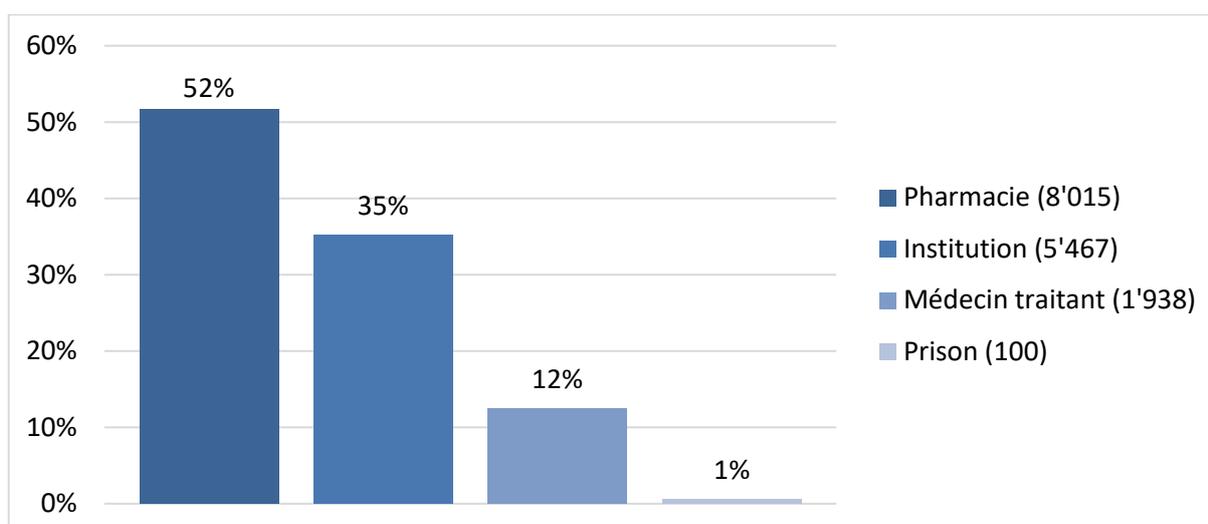
Note : Tous les cantons représentés. La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine).

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

4.5 Remise du produit prescrit

La Figure 16 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.tao-oat.ch. Il est à noter que seuls quelques cantons fournissent des informations sur la remise de produits dans les prisons (actuellement BE, FR, GL, GR, SG et SH), raison pour laquelle ce type de lieu est probablement sous-estimé au niveau national.

Figure 16 : Répartition des TAO, par lieu de remise (prévalence 2023)



Note : Tous les cantons représentés.

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 (57%), 17% d'entre eux le font 2 à 3 fois par semaine, 6% 4 à 5 fois par semaine, et 20% le font tous les jours ou presque (données des cantons suivants : AG, AI, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, TG, VD, VS).

5. Statistiques d'admissions

5.1 Admissions sur l'année

La Table 8 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 Table 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 (10.5% en 2023) est très proche de celle des années précédentes (10.5% en 2021, 10.2% en 2022).

Table 8 : Nombre d'admissions en TAO, par canton (2023)

	Admissions	Part de la prévalence annuelle
AG	94	13.4%
AI	1	33.3%
AR	11	8.5%
BE	289	11.5%
BL	40	10.1%
BS	81	8.6%
FR	55	10.4%
GE	105	9.1%
GL	6	9.8%
GR	52	19.9%
JU	4	3.3%
LU	41	5.2%
NE	64	10.3%
NW	2	6.7%
OW	4	10.0%
SG	152	17.6%
SH	9	10.3%
SO	52	8.6%
SZ	4	5.8%
TG	47	12.6%
TI	80	8.7%
UR	1	8.3%
VD	106	7.0%
VS	39	10.5%
ZG	10	16.1%
ZH	317	11.5%
Total	1'666	10.5%

Comme le montre la Table 9, environ 30% des admissions concernent un premier TAO et environ 70% 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 2023.

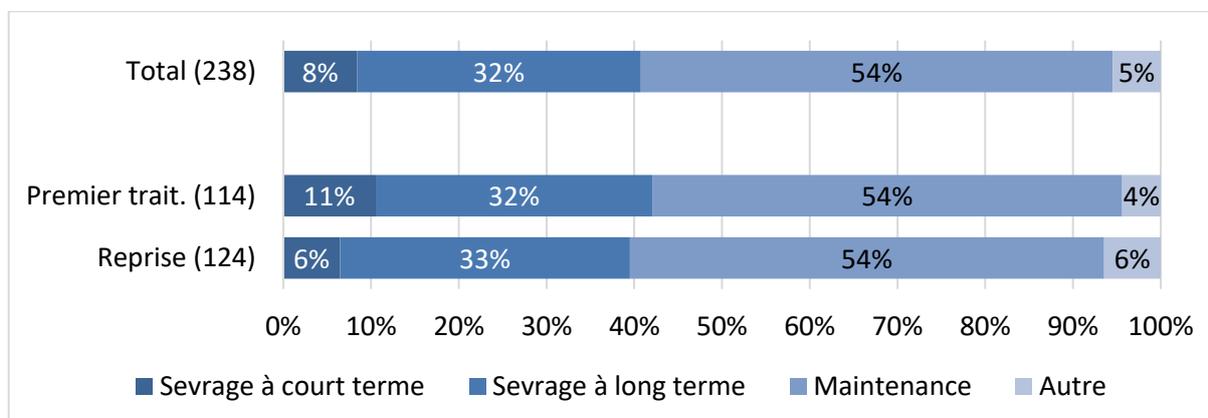
Table 9 : Nombre d'admissions en TAO, par type d'admission et par sexe (2023)

	Premier TAO	Reprise	Total
Hommes	380	887	1'267
Femmes	128	270	398
Inconnu	0	1	1
Total	508	1'158	1'666

Note : Tous les cantons représentés.

Sur la base des indications de trois cantons, une minorité des admissions visent un sevrage à court terme (Figure 17). La majorité des objectifs sont orientés vers le long terme, que ce soit pour un sevrage à long terme ou pour une stabilisation de l'usage d'opioïdes (maintenance), sans différence notable entre les admissions et les reprises de traitement. Il faut toutefois noter que seuls quelques cantons ont inclus cette question, limitant les enseignements au niveau national.

Figure 17 : Objectif thérapeutique à l'admission (2023)

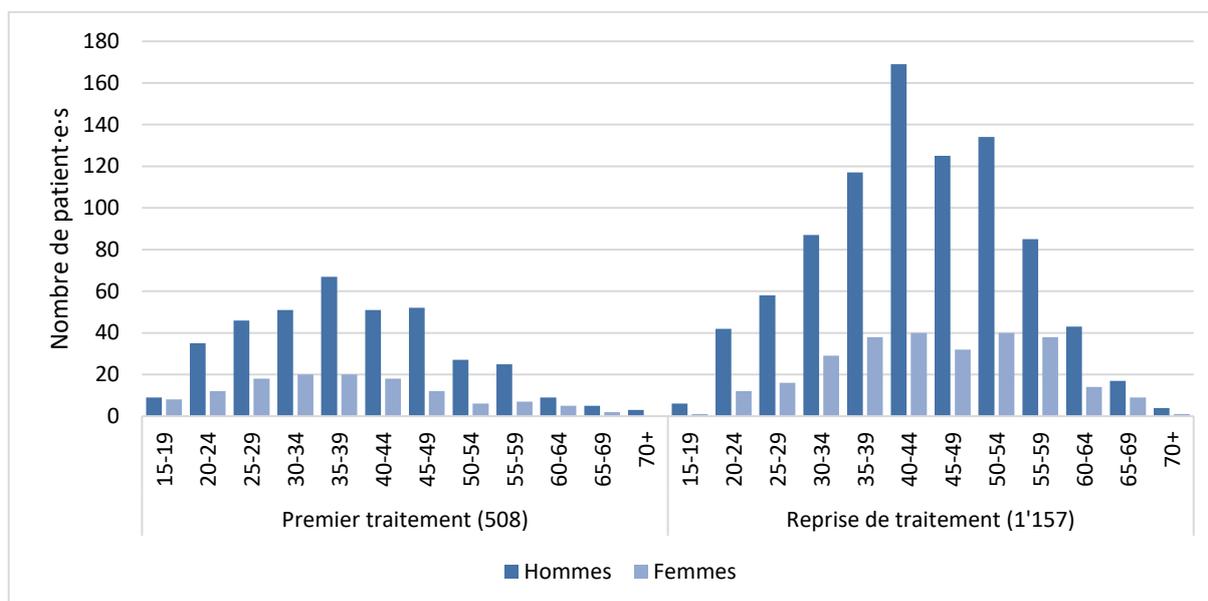


Note : Cantons représentés : AG, FR, VD.

5.2 Profil démographique

La Figure 18 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 35 à 39 ans pour les hommes (N = 67) et les deux catégories des 30 à 34 ans et des 35 à 39 ans pour les femmes (N = 20). Plus d'un quart des premières entrées en traitement concerne des personnes de moins de 30 ans (Table 10). 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 18 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2023)



Note : Age au 31.12.2023.

L'âge moyen des premières entrées en traitement est de 37.0 ans pour les femmes et 38.9 pour les hommes (Table 8), alors que l'âge moyen d'une reprise de traitement est sensiblement plus élevé (44.4 et 43.6 ans, respectivement), mais reste inférieur à la moyenne de l'ensemble des personnes en traitement et dont l'admission peut remonter à plusieurs années (48.4 et 49.1 ans, respectivement ; Table 5).

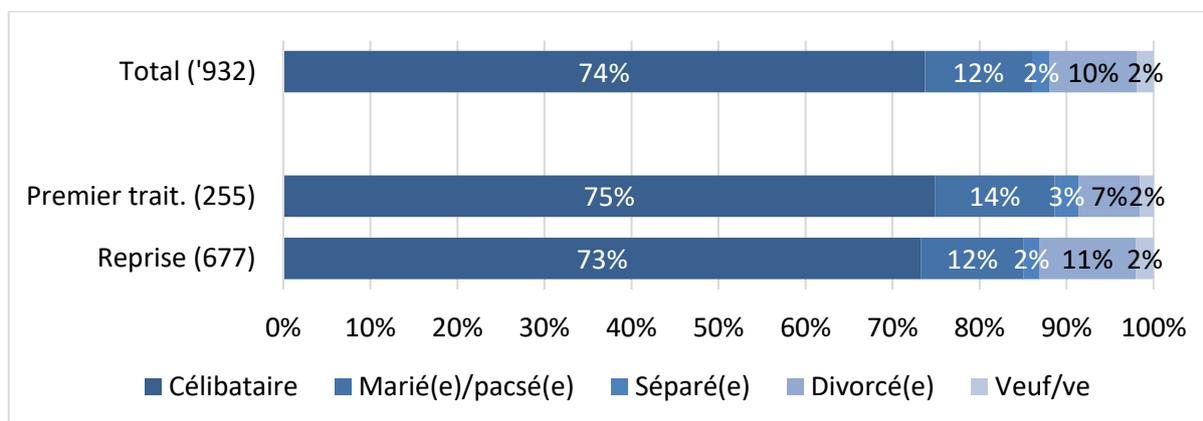
Table 10 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2023)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	380	38.9	30	39	46
	Femmes	128	37.0	28	36	45
Reprise	Hommes	887	43.6	36	43	52
	Femmes	270	44.4	36	44	53

Note : Age au 31.12.2023

La Figure 19 présente l'état civil des personnes qui ont commencé, ou respectivement repris, un TAO en 2023. La majeure partie des personnes concernées étaient célibataires et peu de différences sont visibles entre les deux groupes.

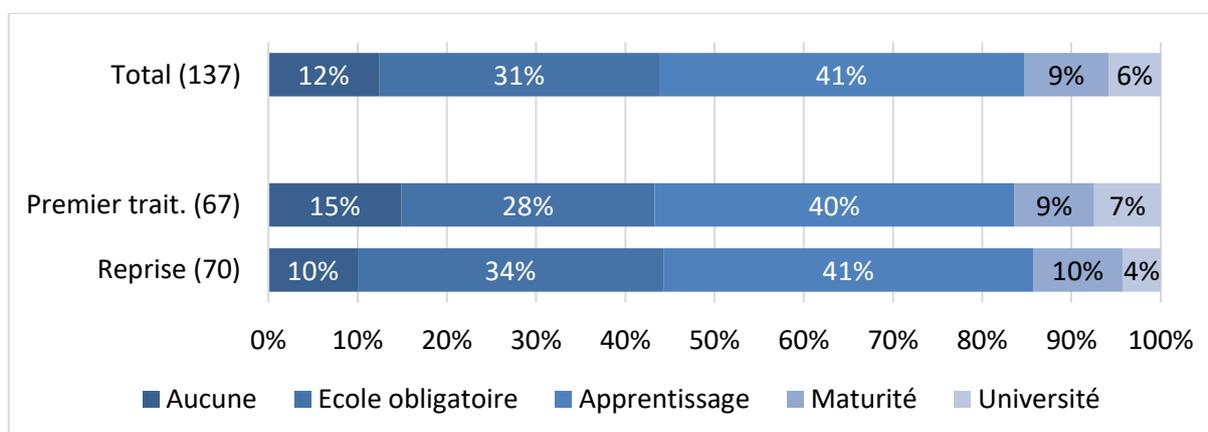
Figure 19 : Etat civil des personnes admises en TAO, par type d'admission (2023)



Note : 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 20 présente le plus haut niveau de formation achevée parmi les personnes qui ont commencé ou repris un TAO en 2023 dans trois cantons. Un peu plus de la moitié avaient terminé une formation, essentiellement un apprentissage (41%). A l'inverse, 15% 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 20 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2023)



Note : Cantons représentés : BL, FR, VD.

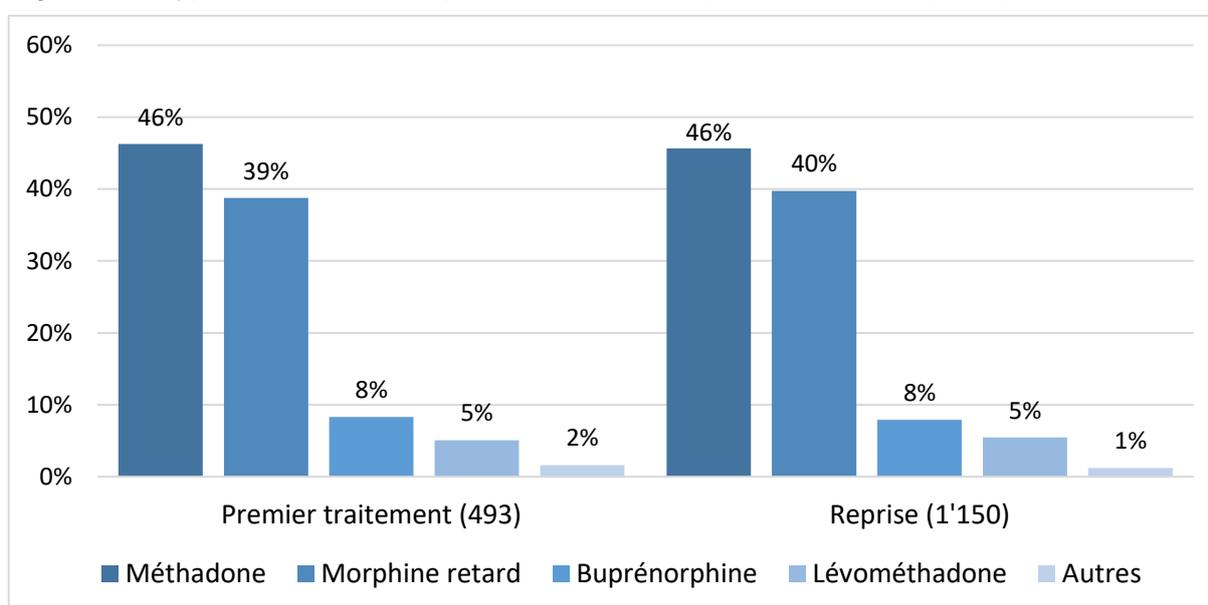
La Figure A2 (en annexe) présente le lieu de vie des personnes qui ont commencé ou repris un TAO en 2023 dans deux cantons. La catégorie la plus représentée concerne les personnes vivant seules, suivie de près par celle des personnes vivant en famille. Par ailleurs, environ 22% des personnes admises en traitement résidaient en institution ou en prison.

5.3 Substances prescrites

La Figure 21 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 (46%), suivie de près par la morphine retard (39%, p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®) et, dans une moindre mesure, la buprénorphine (8%, p.ex. Temgesic®, Subutex®), alors que les traitements à base de lévométhadone (5%, p.ex. L-Polamidon®) ou d'autres opioïdes représentent une part très faible.

Alors que, dans les années précédentes, la morphine retard était davantage prescrite pour les reprises de traitement, on observe désormais peu de différences dans les substances utilisées, qu'il s'agisse d'une première admission ou d'une reprise de traitement.

Figure 21 : Types de substances prescrites, selon le type d'admission (2023)

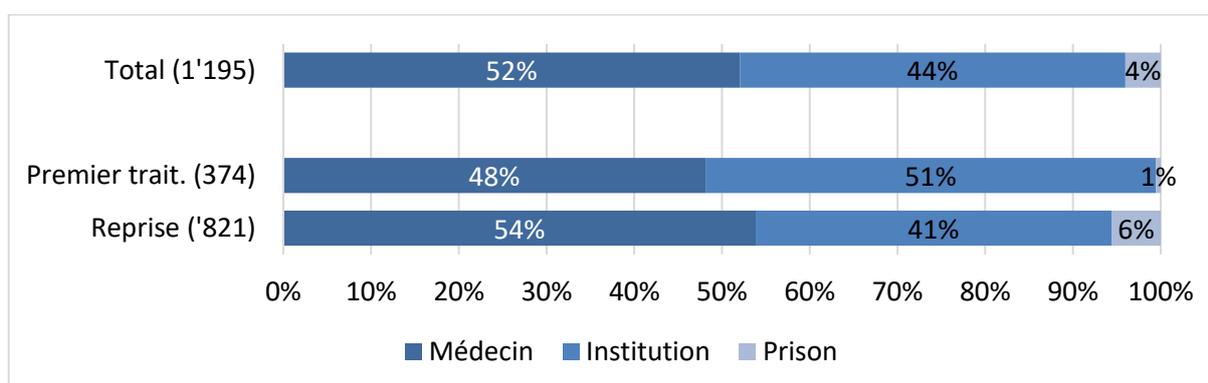


Note : La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine). Tous les cantons sont représentés.

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 22). 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 patient-e-s sous TAO (voir Chapitre 4.6 de: Labhart & Amos, 2023), 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 22 : Médecins et institutions prescripteurs de TAO, par type d'admission (2023)

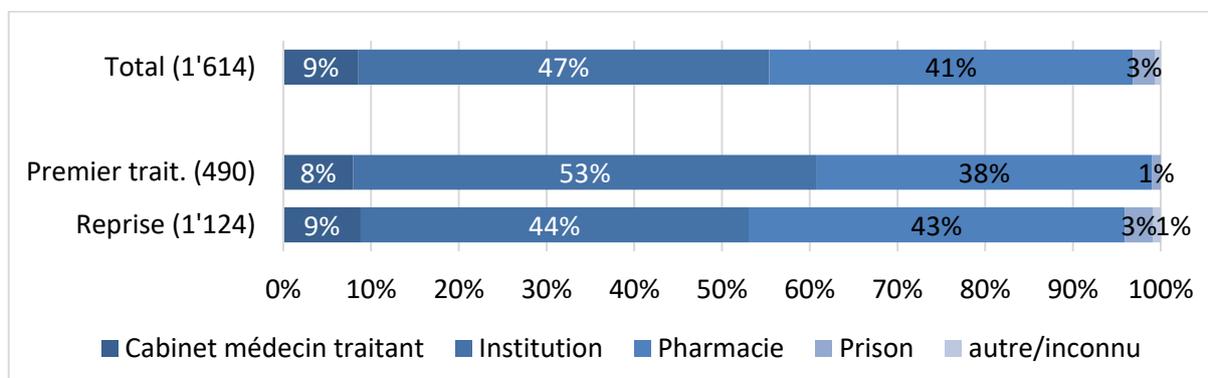


Note : Cantons représentés : AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

5.5 Remise du produit

La Figure 23 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 16) dont près de la moitié se rend en pharmacie, 53% des personnes initiant leur premier TAO se rendent dans une institution. Peu de différences sont notables entre les premières admissions et les reprises de traitement.

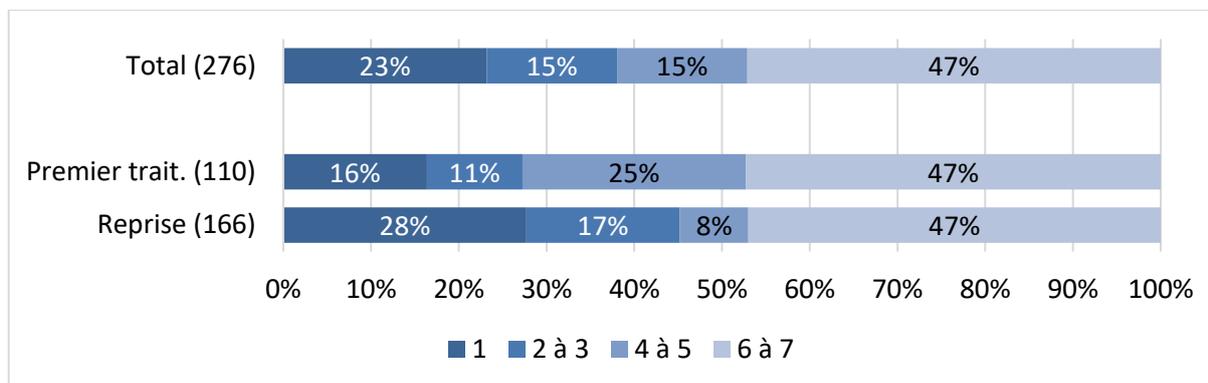
Figure 23 : Lieu de remise du produit, par type d'admission (2023)



Note : Tous les cantons représentés.

En ce qui concerne la fréquence de remise du produit prescrit (Figure 24), 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, une personne sur quatre bénéficie d'une autorisation avec remise hebdomadaire, la proportion de celles-ci étant nettement plus faible chez les patient·e·s commençant un TAO pour la première fois.

Figure 24 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2023)



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

5.6 Médications complémentaires

La Table 11 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 56.2% (Stadelmann et al., 2022), alors qu'il est de 37.6% dans la Table ci-dessous. Par ailleurs le nombre de cas documentés (915) 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, suivis par les antidépresseurs et les neuroleptiques. Dans l'ensemble, on observe également une tendance à prescrire plus fréquemment des médicaments complémentaires aux femmes qu'aux hommes.

Table 11 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2023)

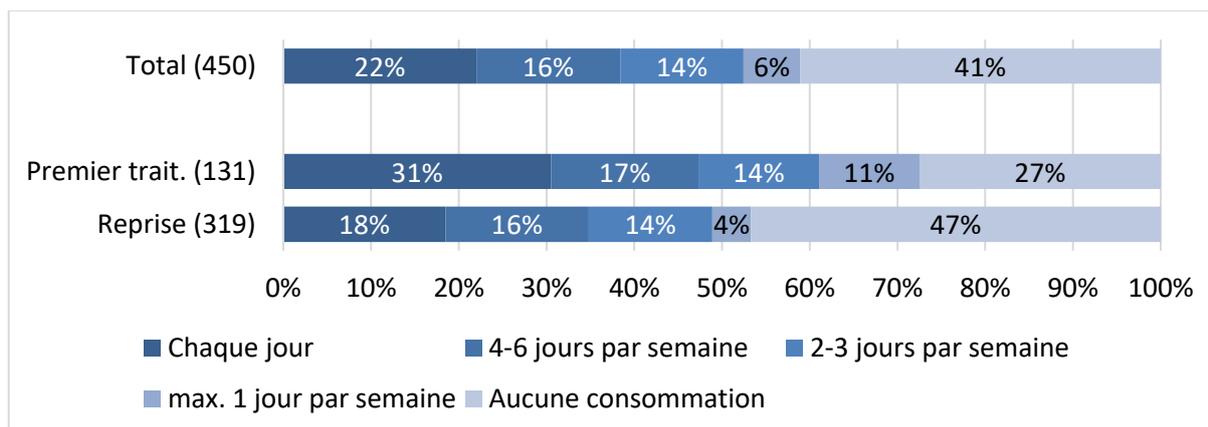
	Total			Premiers traitements		Reprises	
	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
N	915	690	225	187	68	503	157
Aucune	37.8%	39.1%	33.8%	49.2%	44.1%	35.4%	29.3%
Benzodiazépines à demi-vie longue	26.1%	26.5%	24.9%	24.1%	25.0%	27.4%	24.8%
Antidépresseurs	21.4%	19.3%	28.0%	17.1%	26.5%	20.1%	28.7%
Neuroleptiques	19.5%	18.7%	21.8%	8.0%	20.6%	22.7%	22.3%
Benzodiazépines à demi-vie courte	11.5%	11.0%	12.9%	5.3%	11.8%	13.1%	13.4%
Autres tranquillisants, somnifères, sédatifs	9.6%	8.7%	12.4%	10.2%	11.8%	8.2%	12.7%
Psychostimulants (p.ex. Ritaline®, Modasomil®)	6.1%	6.2%	5.8%	1.6%	4.4%	8.0%	6.4%
Antiépileptiques	5.1%	5.4%	4.4%	5.3%	7.4%	5.4%	3.2%
Analgésiques non opiacés	2.1%	2.6%	0.4%	2.1%	0.0%	2.8%	0.6%

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, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, 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, environ trois quarts déclaraient avoir consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours, dont un peu plus qu'un tiers quotidiennement (Figure 25). En revanche, 47% des personnes reprenant un traitement déclaraient n'avoir pas consommé d'héroïne au cours des 30 derniers jours.

Figure 25 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2023)



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

L'âge moyen de première consommation d'héroïne (Table 12) des personnes entrant pour la première fois de leur vie en TAO était de 23.6 ans, et de 21.9 ans pour les personnes reprenant un traitement. Environ la moitié avaient en fait commencé à consommer avant l'âge de 20 ans (voir percentile 50).

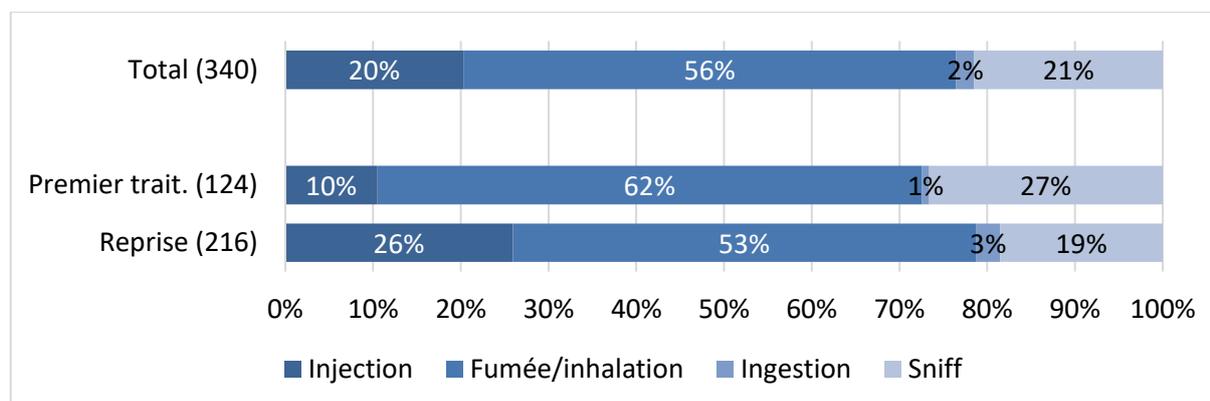
Table 12 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2023)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	121	23.1	18	20	28
	Femmes	42	25.1	17	22	31.25
Reprise	Hommes	337	21.8	16	20	25
	Femmes	117	22.5	17	19	27

Note : Cantons représentés : AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, 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, hormis l'injection (Figure 26). Sur l'ensemble des admissions, un peu plus de la moitié des usager·ère·s privilégiaient l'inhalation, un peu moins d'un quart sniffaient leur héroïne et un cinquième se l'injectaient.

Figure 26 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2023)



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

Plus de la moitié des personnes admises en traitement déclarent s'être injecté une ou plusieurs substances illégales au moins une fois dans leur vie (Table 13). La proportion d'injecteur·trice·s à vie est plus élevée chez les personnes reprenant un traitement.

Table 13 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales parmi les patient·e·s admis·es en TAO, par type d'admission (2023)

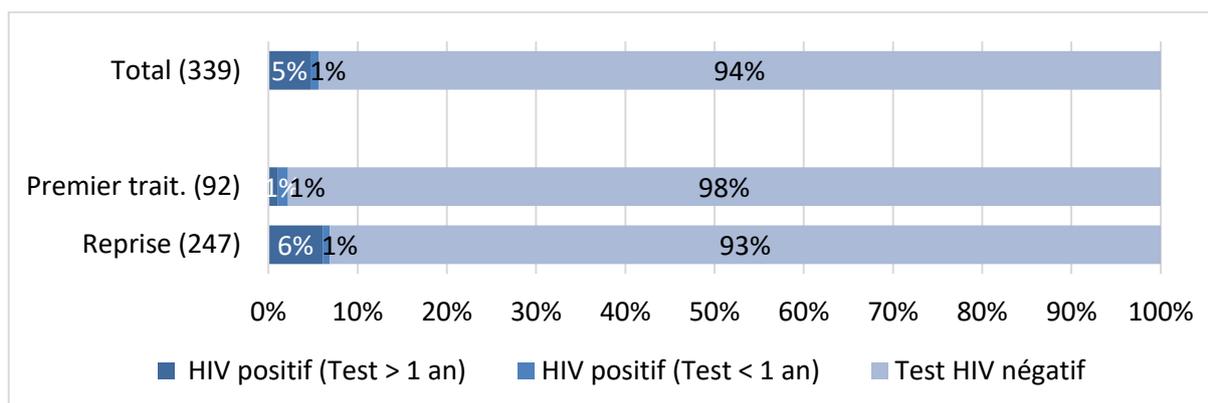
	Total		Premier traitement		Reprise	
	N	%	N	%	N	%
Durant la vie	789	56.8%	216	45.8%	573	60.9%
Durant les 12 derniers mois	558	16.3%	159	14.5%	399	17.0%
Durant les 30 derniers jours	554	12.8%	158	12.0%	396	13.1%

Note : Cantons représentés : AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, 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 27). 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 6).

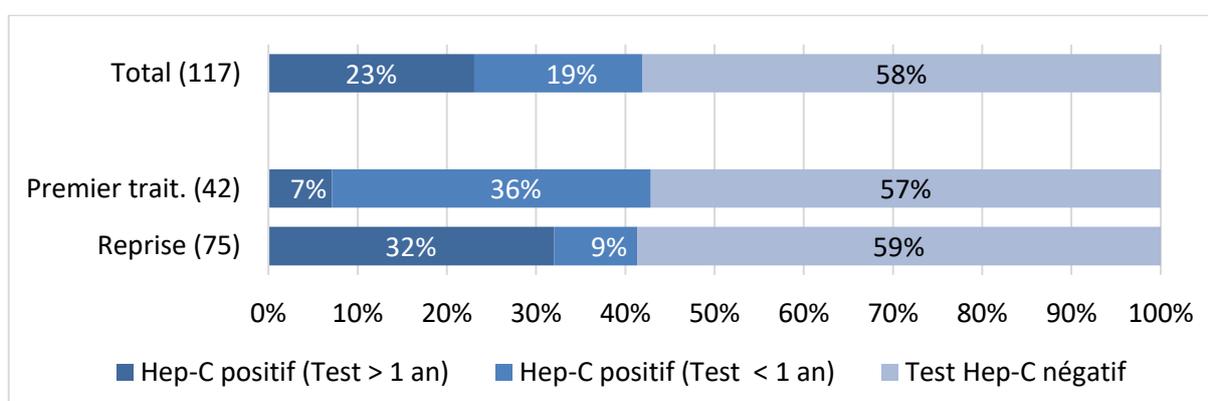
Figure 27 : Statut HIV rapporté et datation du test, par type d'admission (2023)



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

Un peu moins de 60% des personnes admises en traitement en 2023 déclarant connaître leur statut hépatique rapportent ne pas être porteur-se-s de l'hépatite C (Figure 28). 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 28 : Statut hépatique rapporté (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2023)



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

6. Statistiques de fins de traitement

6.1 Fins de traitement sur l'année

La Table 14 montre le nombre de fins de TAO sur l'année 2023. 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 12.1% par rapport au nombre total de personnes en traitement. Cette proportion est très proche de celle des années précédentes (2021 : 11.3% ; 2022 : 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 Table 1).

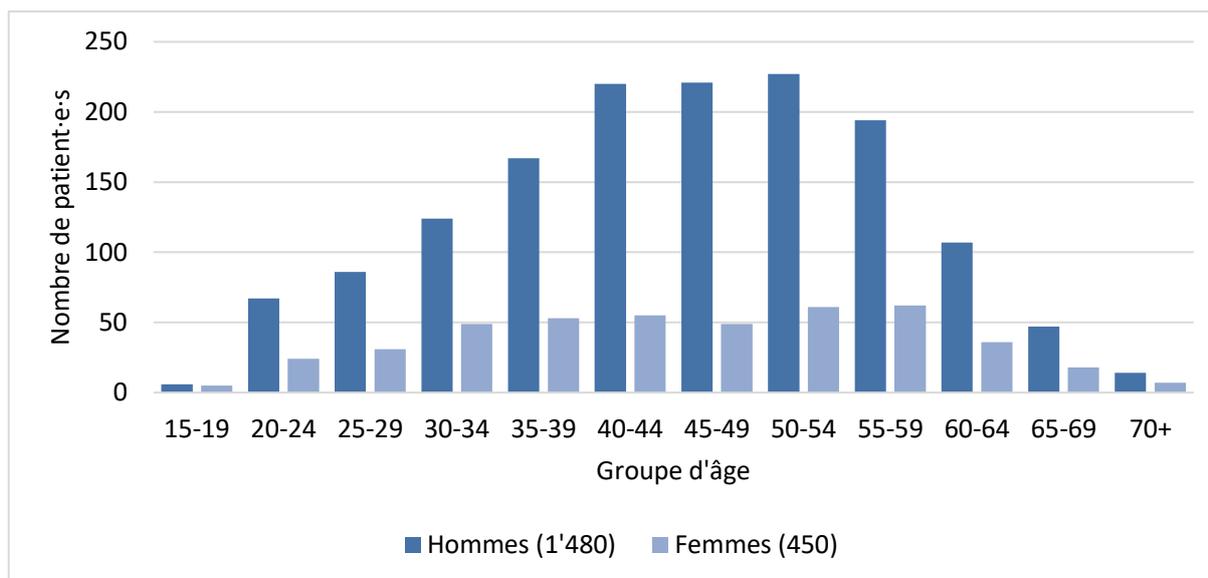
Table 14 : Nombre de fins de TAO par canton (2023)

	Sorties	Part de la prévalence annuelle
AG	105	14.9%
AI	0	0.0%
AR	26	20.0%
BE	334	13.3%
BL	33	8.3%
BS	70	7.4%
FR	72	13.6%
GE	112	9.7%
GL	4	6.6%
GR	47	18.0%
JU	7	5.8%
LU	61	7.8%
NE	58	9.3%
NW	2	6.7%
OW	6	15.0%
SG	123	14.3%
SH	14	16.1%
SO	62	10.2%
SZ	3	4.3%
TG	50	13.4%
TI	87	9.5%
UR	1	8.3%
VD	137	9.1%
VS	53	14.2%
ZG	11	17.7%
ZH	456	16.5%
Total national	1'934	12.1%

6.2 Profil démographique en fin de traitement

La Figure 29 présente la distribution des patient-e-s ayant arrêté un traitement au cours de l'année 2023 par sexe et groupe d'âge. Globalement, le nombre annuel de fins de traitement par groupe d'âge est relativement stable entre 40 et 54 ans pour les hommes et entre 30 et 59 ans pour les femmes. Ce résultat suggère qu'il n'y a pas un âge spécifique pour arrêter un TAO.

Figure 29 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2023)



Note : Age au 31.12.2023 ; Tous les cantons représentés.

L'âge moyen lors d'une fin de traitement est de 44.9 ans pour les femmes et 45.6 ans pour les hommes (Table 15), ce qui est sensiblement inférieur à l'âge moyen de l'ensemble des personnes en traitement (Table 7).

Table 15 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2023)

	N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Hommes	1480	45.6	37	46	54
Femmes	450	44.9	35	45	55

Note : Age au 31.12.2023 ; Tous les cantons représentés.

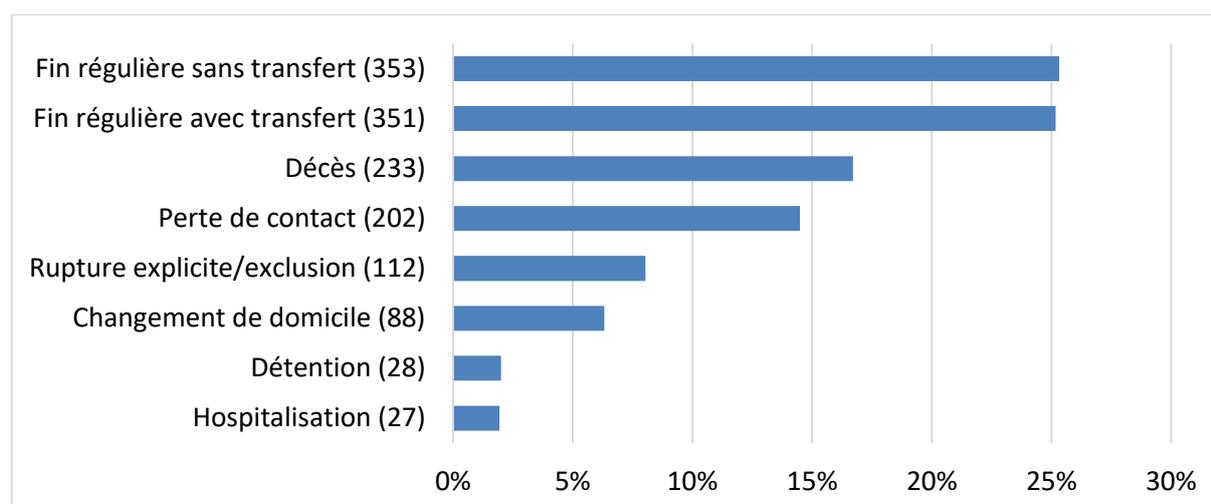
6.3 Circonstances de fin de traitement

La Figure 30 présente les circonstances des traitements terminés en 2023 : 25% 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, 17% des fins sont dues au décès de la personne en traitement. Reporté au nombre total des fins de traitement, cela correspond à environ 330 décès (soit 80 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 (8%). 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 30 : Circonstances de fin de traitement (2023)



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

7. Bibliographie

- Amos, J., Gmel, G., & Labhart, F. (2024). Traitements par agonistes opioïdes (TAO) et à la diacétylmorphine (DAM) : Similitudes et différences de ces approches thérapeutiques. Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2024>
- Baschiroto, 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. https://www.euda.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>
- Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2023). Rapport annuel act-info 2022 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring. Berne: Office fédéral de la santé publique. https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/12/BAG_act-info-2022_F.pdf
- Labhart, F., & Amos, J. (2023). Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2022 (Rapport de recherche 160a). Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech160a>
- 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>
- Lehmann, K., Kuhn, S., Baschiroto, C., Jacobsen, B., Walcher, S., Görne, H., Backmund, M., Scherbaum, N., Reimer, J., & Verthein, U. (2021). Substitution treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine : Retention rate, health status, and substance use after switching to morphine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108350. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108350>

- 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., Caflisch, C., & Herdener, M. (2015). Morphine in der Substitutionsbehandlung : Verbreitung und Auswirkung auf substanzgestützte Behandlungen. Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 21. <https://www.dppp.uzh.ch/dam/jcr:00000000-287c-7592-0000-000072d6e28e/MethInfo21.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., Vogel, M., Dürsteler, K. M., Stohler, R., & Herdener, M. (2015). A comprehensive model of treatment participation in chronic disease allowed prediction of opioid substitution treatment participation in Zurich, 1992–2012. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1346-1354. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.05.002>
- 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>
- OASup. (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>
- Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE). (2024, juillet 29). Rétablissement de l'approvisionnement en opioïdes oraux. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-101961.html>
- Praticien Addiction Suisse. (2023, mai 4). Buprénorphine : Première prescription. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/fr/opioides/buprenorphine-subutex-r-suboxone-r-buprenorphin-mepha-r/premiere-prescription>
- Scholten, W., Simon, O., Maremmanni, 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>
- Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM). (2020). Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020. SSAM. <https://www.ssam->

sapp.ch/fileadmin/SSAM/user_upload/Empfehlungen/Traduction_francaise_def.1607
20.pdf

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. (2022). Suivi épidémiologique des traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Profil des patient-es en termes d'état de santé. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/RDS-ESSENTIELS/42>

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>

Zullino, D. (2017, mai 11). Passage de la méthadone à la buprénorphine. <https://pro.addictohug.ch/passage-de-la-methadone-a-la-buprenorphine/>

8. Annexes

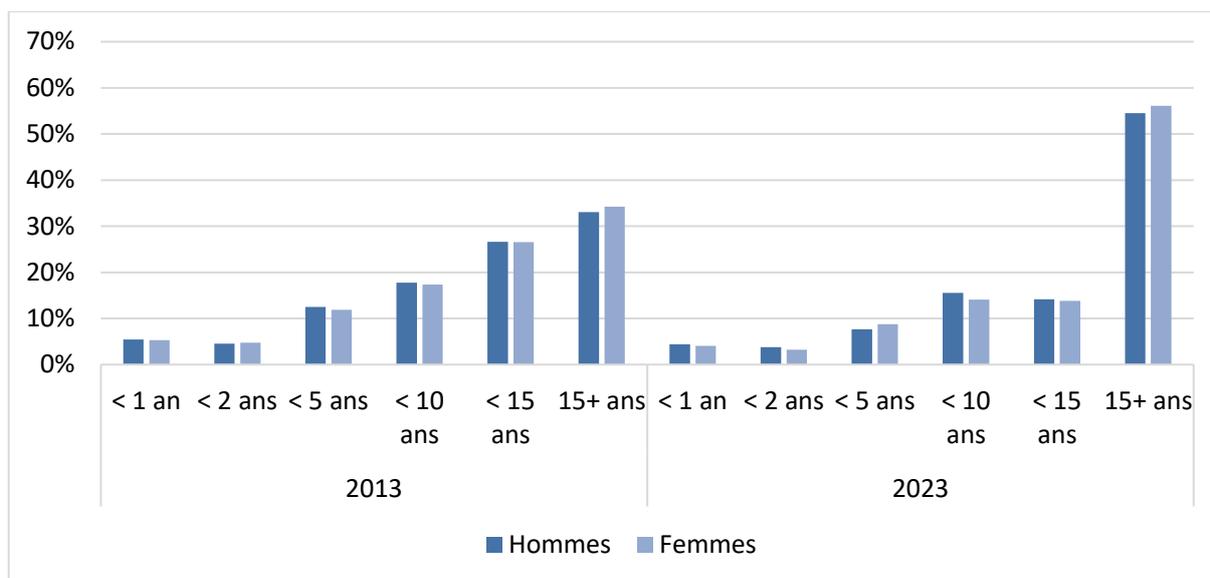
Table A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique

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 *OAT 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.

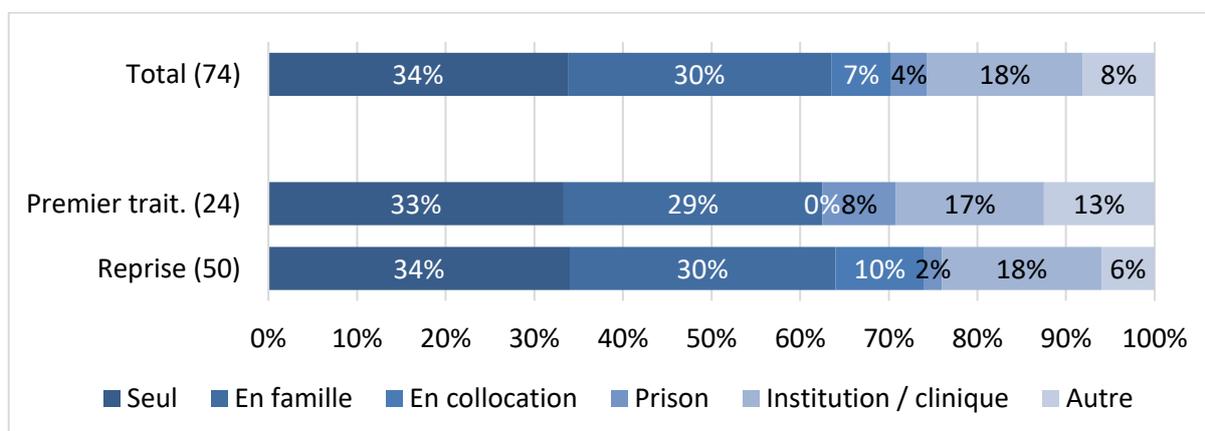
* Pas de données sur les circonstances de fin de traitement.

Figure A1 : Evolution de la durée des TAO entre 2013 et 2023, par sexe



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

Figure A2 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2023)



Note : Cantons représentés : BL, FR.