



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**  
Division Programmes nationaux de prévention

# Traitement avec prescription d'héroïne / de diacétylmorphine (HeGeBe) en 2007<sup>1</sup>

Janvier 2009

---

<sup>1</sup> Conformément à l'art. 16, al. 1, let. g de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne, le présent rapport est soumis chaque année par l'OFSP au Conseil fédéral.

Table des matières <sup>2</sup>	Page
<b>L'ESSENTIEL EN BREF .....</b>	<b>4</b>
<b>1. LE HEGEBE EN SUISSE EN 2007 .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. FAITS ET CHIFFRES .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1 NOMBRE DE PATIENTS .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. ADMISSIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.3. DÉPARTS .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.4. COÛTS ET FINANCEMENT .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.5. DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL DANS LES CENTRES HEGEBE .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1.6 DÉPENDANCE À L'HÉROÏNE ET TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN SUISSE .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. RÉALISATION DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT SELON L'ART. 1 DE L'ORDONNANCE DU 8 MARS 1999 SUR LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE .....</b>	<b>13</b>
« ÉTABLIR UN LIEN THÉRAPEUTIQUE STABLE » .....	13
« AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE » .....	14
« AMÉLIORER L'INTÉGRATION SOCIALE » .....	18
« FAIRE CESSER DURABLEMENT LA CONSOMMATION D'OPIACÉS » .....	19
<b>2. EVOLUTION SUR LE PLAN INTERNATIONAL DU TRAITEMENT ASSISTÉ PAR DIACÉTYLMORPHINE .....</b>	<b>21</b>
<b>3. AXES D'ACTION DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP) .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. COORDINATION ET TRAVAIL EN RÉSEAU .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2. AUTORISATIONS / SECRÉTARIAT .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3. SOUTIEN, SUIVI ET CONTRÔLE .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4. EVOLUTION DE LA QUALITÉ .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5. PROMOTION DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>23</b>
<b>3.6. CONFÉRENCE NATIONALE SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION .....</b>	<b>23</b>
<b>3.7. MONITORAGE / ÉVALUATIONS .....</b>	<b>23</b>
<b>4. DIACÉTYLMORPHINE (DAM) : CONTRÔLE DE L'UTILISATION ET DONNÉES STATISTIQUES .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 CONTRÔLE DE L'UTILISATION .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2. FORMES PHARMACEUTIQUES .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3. QUANTITÉS UTILISÉES .....</b>	<b>25</b>
<b>4.4. DONNÉES STATISTIQUES COMMUNIQUÉES À L'ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS (OICS) DE L'ONU À VIENNE .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5. RÉSULTAT DES CONTRÔLES .....</b>	<b>28</b>
<b>5. BIBLIOGRAPHIE DES PUBLICATIONS SUR LE TRAITEMENT AVEC PRESCRIPTION D'HÉROÏNE PARUES EN 2007 .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>31</b>

Graphiques et tableaux :

Graph. 1 : Evolution du nombre de patients 1998-2007	6
Graph. 2 : Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2007	6
Graph. 3 : Proportion de femmes et d'hommes parmi les patients en 2007	7
Graph. 4 : Répartition des patients par tranche d'âge	7
Graph. 5 : Age moyen des patients à l'admission	8
Graph. 6 : Nombre des nouvelles admissions entre 2001 et 2007	8
Graph. 7 : Motifs de départ entre 2005 et 2007	9
Graph. 8 : Traitements de substitution en Suisse	13
Graph. 9 : Taux de rétention en HeGeBe	13
Graph. 10 : Valeurs moyennes des dimensions SCL-27	14
Graph. 11 : Prévalence des infections par des virus de l'hépatite et au VIH	17

<sup>2</sup> Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Institut de recherche sur les addictions (ISF) de Zurich a collaboré à la rédaction du présent rapport.

Graph. 12 : Prévalence des infections à VHA et à VHB et statut de vaccination	17
Graph. 13 : Plan de vaccination contre le VHA et le VHB	18
Graph. 14 : Quantités de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisées	26
Graph. 15 : Utilisation de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée en kg	27
Graph. 16 : Posologie moyenne par patient et par jour en mg	27
Tab. 1 : Quelle personne ou institution a été le plus impliquée en tant qu'intermédiaire ou pour le placement du patient dans le centre ou l'institution en question ?	9
Tab. 2 : Coûts avant et pendant le traitement	10
Tab. 3 : Composition des coûts de traitement	10
Tab. 4 : Quelle est votre appréciation du traitement?	12
Tab. 5 : Fréquence des groupes de diagnostic à l'admission dans un HeGeBe selon codification ICD-10	15
Tab. 6 : Prévalence et statut de vaccination des infections par des virus de l'hépatite et au VIH	16
Tab. 7 : Fréquence de la consommation de diverses substances au cours des 30 derniers jours	20
Tab. 8 : Quantités de diacétylmorphine utilisées en 2007	26

## 2007: l'essentiel en bref

(par ordre alphabétique)

**Age:** Les patients étaient âgés de 40 ans en moyenne, la médiane se situant à 39 ans avec une fourchette allant de 19 à 70 ans.

**Centres:** Le traitement HeGeBe est actuellement proposé dans 23 institutions (dont 2 centres dans des prisons) organisées de manière interdisciplinaire et disposant d'une autorisation spéciale de l'Office fédéral de la santé publique.

**Comparaison à l'échelle internationale:** Des études publiées aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne et en Grande-Bretagne confirment les résultats positifs enregistrés en Suisse. D'autres études sont en cours au Canada et en Belgique. Le traitement avec prescription de diacétylmorphine est ainsi l'une des thérapies les mieux étudiées dans le domaine de la toxicomanie. Sa valeur scientifique et clinique peut être considérée comme établie.

**Consommation parallèle:** En 2007, les patients qui suivaient déjà le traitement depuis une année ou plus consommaient moins fréquemment d'autres substances, en particulier de l'alcool, de la cocaïne, des cannabinoïdes et du tabac, que les patients venant d'entamer le traitement.

**Coûts:** En 2007, une journée de traitement dans un centre HeGeBe a coûté en moyenne 57 francs, pour un bénéfice économique global de 104 francs. Un héroïnomanes traité dans un centre HeGeBe permet ainsi à la collectivité d'économiser 47 francs par jour, notamment en coûts de poursuites pénales et de justice.

**Délinquance:** Une étude publiée en 2002<sup>3</sup> a montré que, selon les propres témoignages des personnes concernées, la délinquance autoreportée (vols qualifiés et trafic de drogue, notamment – diminution de 80 %) et le fait d'avoir été victime diminuent fortement à court comme à long terme. Des analyses des infractions constatées par la police donnent des chiffres similaires (tendance à la baisse de 65 % au bout d'un an, et de plus de 80 % au bout de quatre ans de traitement), de même que les inscriptions au casier judiciaire (tendance à la baisse de plus de 80 % au bout de quatre ans de traitement).

**Entrées:** 130 personnes ont entamé un traitement HeGeBe en 2007. L'âge moyen des nouveaux patients était de 38 ans. 69,8 % des patients disent être entrés de leur propre initiative dans le programme.

**Héroïnomanie en Suisse:** selon les estimations de l'OFSP, en 2002 les héroïnomanes étaient entre 18 500 et 25 500 en Suisse. Le taux d'accroissement annuel de cette population est estimé à 4 %.

**Logement:** Les patients qui suivaient le traitement depuis au moins un an avaient plus souvent un logement stable (96 %) et vivaient plus souvent seuls (58 %) que les nouveaux admis (73 % et 46 %).

**Modes d'administration:** Environ les deux tiers des traitements ont été administrés sous forme injectable et un tiers par voie orale.

**Nombre de patients:** Fin décembre, le nombre de patients était de 1283. Le nombre maximal de places en traitement HeGeBe était de 1444 unités. Le taux moyen de charge des centres était donc de 89 %.

**Personnel:** Fin 2007, 370 personnes travaillaient dans les 23 centres HeGeBe, fonctionnant 365 jours par an, pour un taux d'occupation moyen de 60 %.

**Satisfaction:** 91,1 % sont de manière générale très satisfaits ou dans une grande mesure satisfaits du traitement dans les centres HeGeBe.

---

<sup>3</sup> Killias, Martin; Aebi, Marcelo F.; Ribeaud, Denis & Rabasa, Juan (2002). Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. 3<sup>e</sup> édition avec analyses à long terme, Lausanne: Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie.

**Situation en matière de travail:** En 2007, 19 % des patients étaient actifs et 20 % à la recherche d'un emploi au moment d'entamer le traitement. Après un an et plus de traitement, 33 % des patients avaient une activité à plein temps ou à temps partiel, 9,3 % étaient à la recherche d'une place de travail, 5 personnes suivaient une formation et 2 avaient la promesse d'une place de travail.

**Sorties de traitement:** en 2007, 169 patients sont sortis du HeGeBe (sans compter 7 transferts dans un autre centre). En 2007, les questionnaires de sortie font état de 6 décès. 71 % des patients sortis sont passés à un traitement visant l'abstinence (16 %) ou à un traitement à la méthadone (55 %).

64 % des patients admis en centre HeGeBe entre janvier 1994 et mars 1995 ont pu être interrogés dans le cadre d'une catamnèse de 6 ans. Après leur sortie des centres HeGeBe, 111 d'entre eux s'étaient dirigés vers un traitement à la méthadone ou vers un traitement visant l'abstinence, 16 % ont déclaré n'avoir consommé aucune drogue illégale durant les 6 mois qui ont précédé l'enquête.

**Sexe:** 76 % des personnes traitées étaient de sexe masculin, 24 % de sexe féminin.

**Souffrance psychique:** Une enquête représentative menée auprès de la population générale au moyen du questionnaire SCL-27 montre que les patients HeGeBe, en Suisse, affichent des valeurs plus élevées pour toutes les dimensions. Ce résultat est le signe d'une détresse psychique plus importante. Les valeurs du sondage à l'admission en 2005-2007 sont toutefois plus élevées que celles du sondage mené en cours de traitement en 2006-2007, ce qui indique une diminution de la souffrance psychique au cours du traitement. Un trouble psychiatrique avéré supplémentaire (en plus du diagnostic de toxicomanie) peut être diagnostiqué chez 49 % des patients à l'admission (sans compter les diagnostics présumés, ceux-ci ne pouvant être confirmés qu'en cours de traitement).

**Symptômes somatiques:** Sur les personnes dépistées à leur admission, 75,5 % ont été testées positives au virus de l'hépatite C, 39,7 % à l'hépatite B et 56,2 % à l'hépatite A, la plus faible prévalence étant enregistrée pour le VIH, avec 7 %. Une vaccination a été prévue pour la majorité des personnes susceptibles de contracter le VHA et le VHB.

**Taux de rétention:** Sur l'ensemble des patients admis, 70 % sont restés une année et 60 % deux ans ou plus dans le programme HeGeBe. La durée minimale de traitement HeGeBe atteinte par 50 % de tous les patients traités (taux moyen de rétention) était de trois ans.

**Traitements de substitution:** Le HeGeBe représentait en 2006 8 % de l'ensemble des 16388 traitements de substitution en Suisse, alors que 87 % des patients au bénéfice d'un traitement de substitution étaient traités à l'aide de la méthadone. Les traitements restants étaient menés avec de la buprénorphine, de la morphine, de la codéine ou d'autres substances.

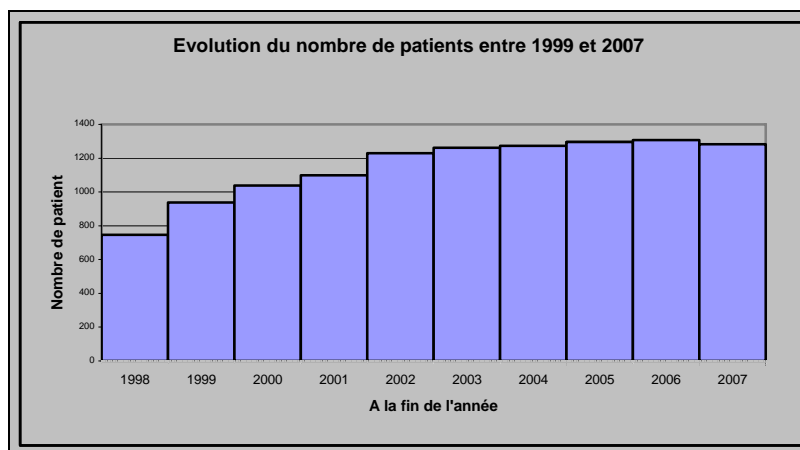
# 1. Le HeGeBe en Suisse en 2007

Ce chapitre présente et commente les résultats du relevé annuel des données du monitoring He-Ge-Be.

## 1.1. Faits et chiffres

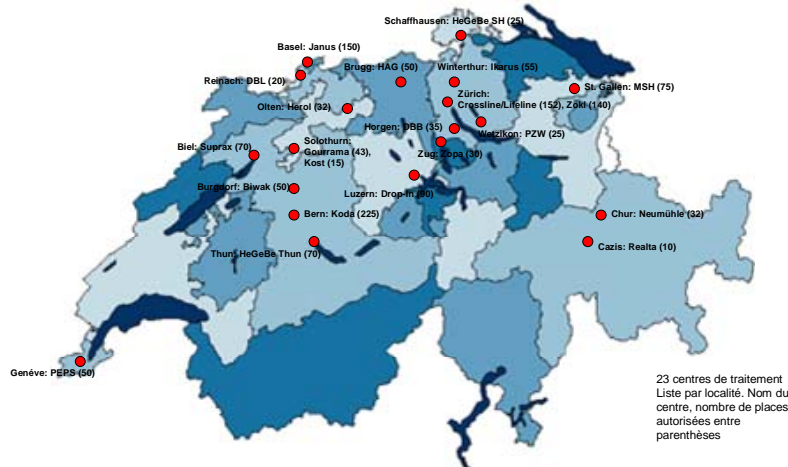
### 1.1.1 Nombre de patients

Durant la période sous revue, le nombre de patients a diminué de 25 personnes (par rapport à une augmentation de 22 personnes en 2006), passant de 1308 début janvier à 1283 fin décembre 2007. Le nombre maximal de places de traitement avec prescription de diacétylmorphine s'élevait, le 1<sup>er</sup> janvier 2007, à 1419 unités et, le 31 décembre de la même année, à 1429 unités, ce qui correspond à 15 places supplémentaires. Aucun nouveau centre HeGeBe n'a été ouvert dans la période sous revue. Fin 2007, l'occupation moyenne des centres s'élevait à 89 % (2006 : 91 %).



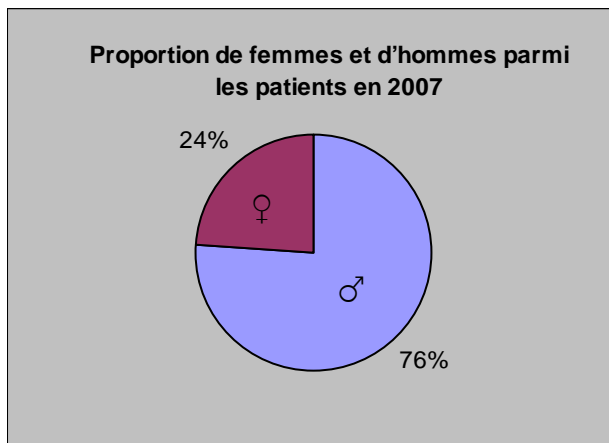
Source : OFSP, base de données HeGeBe, 2007  
Graph. 1 : Evolution du nombre de patients entre 1999 et 2007

### Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2007

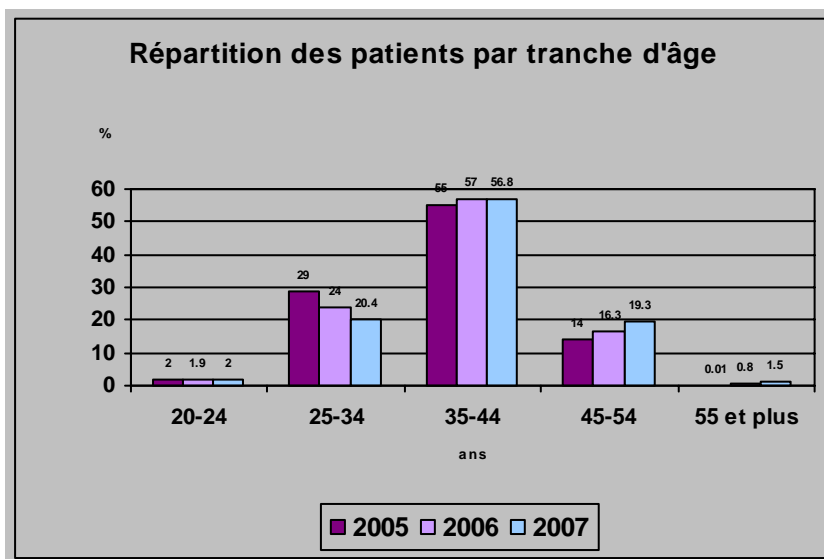


Source : OFSP, base de données HeGeBe, 2007  
Graph. 2 : Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2007

Sur l'ensemble de l'année 2007, 1443 personnes ont suivi un traitement avec prescription d'héroïne, dont 342 femmes et 1100 hommes (donnée manquante dans un cas). Les patients étaient âgés de 19 à 70 ans, la moyenne s'établissant à 40 ans et la médiane à 39 ans.



Source : OFSP, base de données HeGeBe, 2007  
 Graph. 3 : Proportion de femmes et d'hommes parmi les patients en 2007



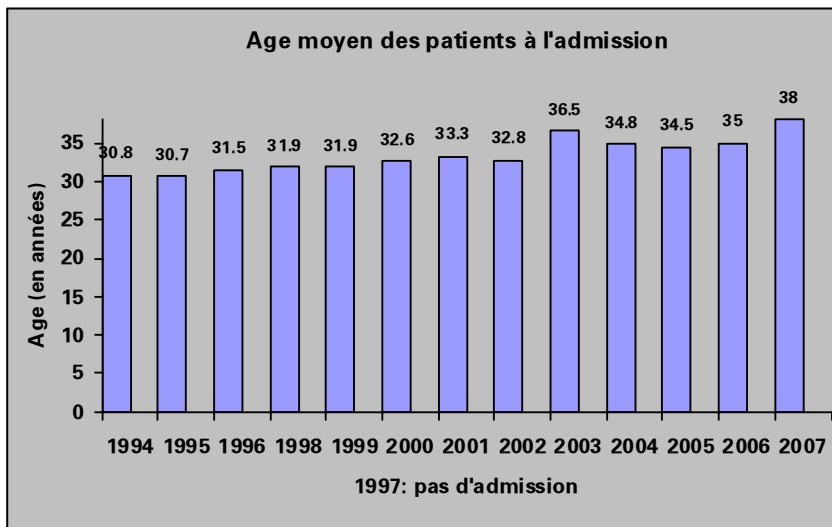
Source : OFSP, base de données HeGeBe, 2007  
 Graph. 4 : Répartition des patients par tranche d'âge

En 2007, la moyenne d'âge de l'ensemble des patients qui suivaient un traitement avec prescription de diacétylmorphine a de nouveau augmenté, de même que la part des patients plus âgés : si, en 2005, on ne comptait encore que 4 patients de plus de 55 ans, en 2006, ils étaient déjà 10 et 19 en 2007. Même le groupe des 45 à 54 ans a connu une augmentation très marquée ces dernières années. A l'inverse, le nombre des patients âgés de moins de 35 ans diminue régulièrement. Ces chiffres sont un indice supplémentaire de ce que le nombre de personnes jeunes gravement dépendantes à l'héroïne est en baisse depuis quelques années et ils corroborent les estimations scientifiques du nombre de nouveaux consommateurs d'héroïne (cf. chap. 1.1.6).

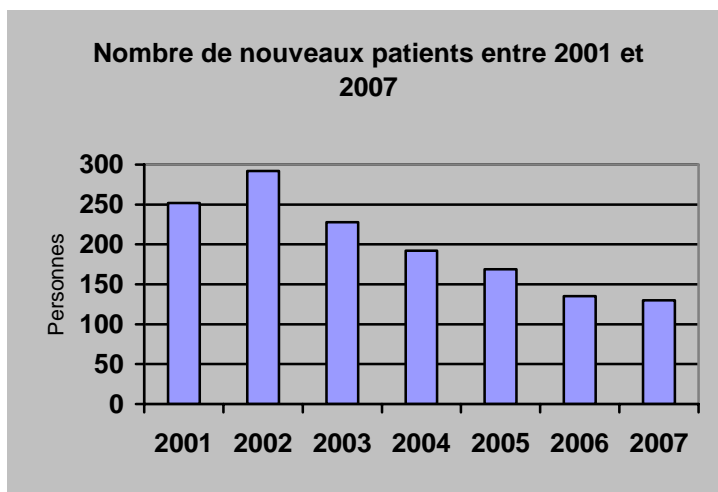
Comme il faut s'attendre à ce que ce groupe de patients plus âgés augmente encore, il faudra engager à temps une réflexion au niveau national afin de trouver des solutions adéquates concernant le traitement et les besoins spécifiques à ces patients (cf. chap. 3.7).

### 1.1.2. Admissions

130 nouvelles admissions (sans compter 9 transferts et 53 réadmissions) et 169 départs (sans compter 7 transferts dans un autre centre HeGeBe) ont été enregistrés en 2007. L'âge moyen des nouveaux patients était de 38 ans.



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2007  
 Graph. 5 : Age moyen des patients à l'admission



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2007  
 Graph. 6 : Nombre de nouveaux patients entre 2001 et 2007

Le nombre de nouveaux arrivants baisse de manière constante. Alors que l'on comptait encore près de 300 nouvelles admissions dans des centres en 2002, ce chiffre a diminué de plus de moitié en 2007, pour tomber à 130. De plus, l'âge moyen à l'admission augmente depuis des années. Ces deux chiffres indiquent qu'aujourd'hui, les personnes fortement dépendantes à l'héroïne sont moins nombreuses dans la population générale et ne sont plus qu'un tout petit nombre parmi les très jeunes en particulier (cf. chap. 1.1.1).

Dans le formulaire qui leur est remis à l'admission, la majorité des patients (69 %) indiquent s'être inscrits de leur propre initiative. Dans le tableau ci-après sont indiquées les autres entités impliquées dans l'admission des patients.



Tab. 1 : Quelle personne ou institution a été le plus impliquée en tant qu'intermédiaire ou pour le placement du patient dans le centre ou l'institution en question ?

	Nombre	Pour-cent
Propre initiative	60	69.8
Partenaire	2	2.3
Famille	1	1.2
Amis/collègues/connaissances	4	4.7
Institution ambulatoire spécialisée dans les toxicomanies	5	5.8
Institution hospitalière spécialisée dans les toxicomanies	3	3.5
Cabinet médical	4	4.7
Hôpital/clinique	1	1.2
Services sociaux	2	2.3
Condamnations/mesures/administration/instance juridique	4	4.7
Employeur/enseignant	0	0

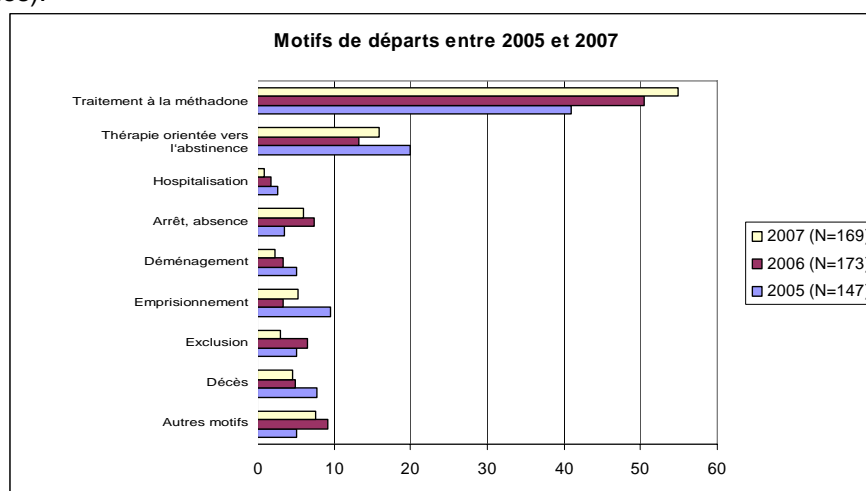
Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

### 1.1.3. Départs

En 2007, 169 personnes (sans compter 7 départs en raison du transfert dans un autre centre) ont quitté les centres de traitement HeGeBe, dont plus de la moitié pour suivre une autre forme de thérapie : 16 % sont passées à un traitement (résidentiel ou ambulatoire) orienté vers l'abstinence et 55 % à un traitement de substitution à la méthadone. En outre, 3 % des patients ont dû être exclus en raison d'infractions aux règles et 6 % (pourcentages valables) ont rompu tout contact avec le centre qu'elles fréquentaient. En 2007, les questionnaires de sortie ont fait état de 6 décès. Entre 2005 et 2007, on observe une augmentation du nombre de passages à un traitement de substitution à la méthadone et, entre 2006 et 2007, une légère augmentation du nombre de passages à des traitements orientés vers l'abstinence.

Pour les patients qui ont déjà un très long passé de toxicomanes et qui souffrent souvent d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, l'arrêt définitif est particulièrement difficile. Pour une partie d'entre eux, un séjour en centre de plusieurs années n'est pas à exclure et s'avère même judicieux: c'est le seul moyen pour eux de mener une vie quelque peu digne et structurée.

Le graphique 7 donne un aperçu des **principaux motifs de départ** entre 2005 et 2006 (pourcentages valables):



Source : ISGF, monitoring HeGeBe, 2007

Graph. 7 : Motifs de départ entre 2005 et 2007

### 1.1.4. Coûts et financement

#### Coûts en HeGeBe selon une analyse socio-économique en 1997 :

Le bénéfice économique global (différence entre les coûts totaux enregistrés avant et pendant le traitement) calculé en 1997 à l'aide d'une analyse socio-économique dans le cadre d'une étude d'envergure<sup>4</sup> s'élevait à 96 francs par jour. Il comporte les catégories suivantes:

Tab 2 : Coûts avant et pendant le traitement

	Coûts totaux avant l'admission en centre HeGeBe en CHF	Coûts totaux pendant le séjour dans un centre HeGeBe en CHF
Logement	26.8	24.4
Travail	38.4	34.5
Délinquance	104.6	32.5
Santé	22.3	5.2
<b>TOTAL</b>	<b>192.1</b>	<b>96.6</b>
<b>DIFFERENCE = bénéfice global</b>		<b>-95.5</b>

Source : Frei, A ; Greiner, R.-A. ; Mehnert, A. et Dinkel, R. (1997).

Les principales économies sont réalisées au niveau de la délinquance (diminution de 75,5 % des frais de justice et d'exécution des peines) et de la santé.

En 1997, les coûts moyens des traitements en centre HeGeBe s'élevaient à 51 francs par patient et par jour et se décomposaient comme suit :

Tab 3 : Composition des coûts du traitement

<b>Coûts directs</b>		<b>18 %</b>
<b>Coûts de personnel</b>	Prise en charge sociale	21 %
	Suivi médical	8 %
	Remise de stupéfiants	31 %
	Administration/recherche	40 %
		<b>71 %</b>
<b>Coûts d'exploitation</b>		<b>11 %</b>

Source : Frei, A ; Greiner, R.-A. ; Mehnert, A. et Dinkel, R.

Coûts directs : médicaments, stupéfiants

Coûts d'exploitation : charges d'exploitation, y compris les coûts calculatoires, amortissements)

Si l'on déduit ces coûts (51 francs) du bénéfice économique global de 96 francs, on obtient une économie moyenne de 45 francs par patient et par jour, ce qui signifie que les coûts sont largement surcompensés par le bénéfice économique global.

D'après une étude de faisabilité réalisée en 2003 en réponse au postulat Waber (00.3482) pour déterminer l'opportunité d'actualiser le calcul du coût total du traitement avec prescription d'héroïne, une nouvelle analyse coûts-bénéfices donnerait les mêmes résultats. Autrement dit, au vu de l'ensemble des coûts directs et indirects, ce traitement constitue une solution nettement plus avantageuse financièrement. Compte tenu de la situation financière difficile, des difficultés d'ordre méthodologique, des enseignements limités à en attendre, du fait qu'un calcul des coûts directs a

<sup>4</sup> Frei, A ; Greiner, R.-A. ; Mehnert, A. et Dinkel, R. (1997). *Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*. Schlussbericht.

lieu chaque année, et qu'il existe déjà une étude socioéconomique sur le traitement avec prescription d'héroïne, l'actualisation du calcul du coût total du traitement HeGeBe n'est pas à l'ordre du jour.

#### Coûts en HeGeBe selon les indications des centres de traitement en 2007 :

En 2007, les coûts d'un traitement avec prescription d'héroïne se sont élevés en moyenne à 57 francs par personne et par jour. Pour environ 1300 patients, les coûts totaux sont estimés à 27 millions de francs par an, dont environ 80 % (21,6 millions de francs) sont pris en charge par les caisses-maladie<sup>5</sup> (à l'exclusion de la franchise et de certaines parties de l'accompagnement psychosocial).

Sur les 57 francs que coûte le traitement dans un centre, 18 % sont imputables aux coûts directs (médicaments et stupéfiants). Cela signifie que pour l'ensemble des patients, il faut tabler sur des coûts directs d'environ 4,9 millions de francs en 2007.

Si l'on y ajoute le renchérissement calculé en fonction de l'indice national des prix à la consommation sur la période 1998 à 2007, le bénéfice économique global, qui était de 96 francs selon les calculs de 1998, est de 104 francs en 2007, selon les estimations. Par conséquent, les coûts de 57 francs restent surcompensés d'un montant estimé à 47 francs par jour

En 2007, le programme HeGeBe qui s'adresse aux plus gravement dépendants (environ 1300 personnes) a donc permis de réaliser quelque 22 millions de francs d'économie (soit 47 francs par personne et par jour).

#### Coûts estimés de la consommation de drogues illégales en Suisse :

Les coûts estimés directs de la consommation totale de drogues illégales en Suisse sont répartis entre les frais médicaux à 13 %, la prévention à 4 %, la réduction des risques à 4 %, les traitements hospitaliers et ambulatoires à 22 % et la répression à 57 %<sup>6</sup>.

### **1.1.5. Développement du personnel dans les centres HeGeBe**

Le recensement effectué cette année par l'OFSP pour avoir une vue d'ensemble de la situation du personnel (tous types de traitement de substitution confondus) a donné les résultats suivants (saisie de l'effectif, et non des fractions de poste) : fin 2007, les 23 centres de traitement, moyennant une activité de 365 jours par an, employaient 41 personnes occupant un poste de direction, 44 médecins, 71 personnes dans les domaines du suivi et de la thérapie, issues des groupes professionnels Service social, Pédagogie sociale et Psychologie, 188 personnes assignées aux soins et

---

<sup>5</sup> L'annexe I, point 8 « psychiatrie » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.1) règle les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie des traitements de substitution en cas de dépendance aux opiacés. En effet, il faut que le traitement soit effectué selon les directives légales et que la substance ou la préparation utilisée figure sur la liste des médicaments avec tarif ou sur la liste des spécialités. En 2002, la diaphine (l'« héroïne médicale ») a été inscrite dans la liste des spécialités. De ce fait, le traitement médical avec cette substance est soumis à l'obligation de remboursement. Les toxicomanes sont exposés à des risques sanitaires plus importants que la moyenne. Ils sont plus souvent malades et plus souvent en traitement hospitalier. Le traitement HeGeBe, financé en partie par les caisses maladie, permet d'améliorer sensiblement l'état de santé physique et psychique des personnes concernées. Les hospitalisations d'urgence et d'autres mesures médicales sont moins fréquentes. Ce système permet de décharger le système de santé et a des effets positifs sur les coûts de l'assurance-maladie. Vu le nombre limité des nouveaux consommateurs d'héroïne, les coûts ne devraient pas augmenter dans les années à venir.

<sup>6</sup> Jeanrenaud, Claude et al. (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final.

à l'administration des traitements ainsi que 26 collaborateurs administratifs pour un pourcentage moyen d'occupation de 60 %. En 2007, le taux de fluctuation du personnel était de 18.1 %.

La majorité des patients (91,1 %) est, de manière générale, satisfaite ou plutôt satisfaite du traitement prodigué par le personnel dans les centres HeGeBe. Le tableau ci-après donne un aperçu du niveau de satisfaction des patients (N=898, données manquantes=11).

Tab. 4 : Quelle est votre appréciation globale du traitement dont vous avez bénéficié ?

	Nombre	Pourcentages valables
satisfait	246	27,4
plutôt satisfait	572	63,7
plutôt insatisfait	64	7,1
insatisfait	16	1,8

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

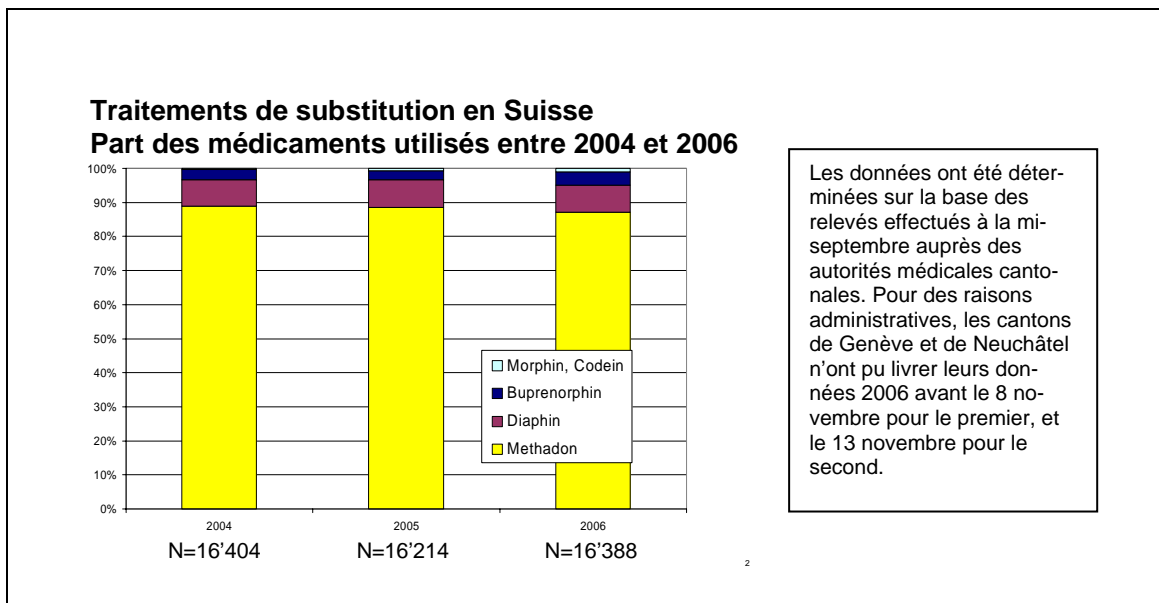
### 1.1.6 Dépendance à l'héroïne et traitements de substitution en Suisse

Selon les estimations de l'OFSP (basées sur les statistiques des traitements à la méthadone, des décès dus à la drogue et des dénonciations pour consommation d'héroïne), la Suisse comptait en 2002 entre 18 500 et 25 500 héroïnomanes, des chiffres exactes pour 2007 n'existent pas. Mais selon un article publié en 2006<sup>7</sup>, l'incidence estimée (primo-consommateurs) de la consommation d'héroïne dans le canton de Zurich est passée de 80 personnes en 1975 à 850 personnes en 1990, et est retombée à 150 personnes en 2002. Le taux de prévalence des héroïnomanes a donc baissé de 4 % par an. Une diminution analogue aussi bien de l'incidence que de la prévalence peut être supposée pour l'ensemble de la Suisse, d'autant que le nombre de décès dus à la drogue, de dénonciations pour consommation d'héroïne<sup>8</sup> et de nouveaux patients dans les centres HeGeBe tendent de manière générale à reculer. Si l'on compare en outre les résultats des enquêtes suisses sur la santé, on constate, là aussi, un recul de l'expérience de la consommation d'héroïne chez les 15 à 39 ans (1,3% en 1992 contre 0,9% en 2002).

Un relevé effectué en 2006 auprès des autorités médicales cantonales a montré que la répartition des traitements de substitution avec les différents médicaments utilisés est relativement constante. La part des traitements à la diaphine (traitement avec prescription d'héroïne) reste stable à un niveau bas de 8%. La plupart des traitements de substitution continuent d'utiliser la méthadone (87%).

<sup>7</sup> Nordt, Carlos; Stohler, Rudolf (2006): *Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis*. Lancet 367: 1830-34.

<sup>8</sup> Office fédéral de la police (fedpol). 2006. Statistique suisse des stupéfiants.

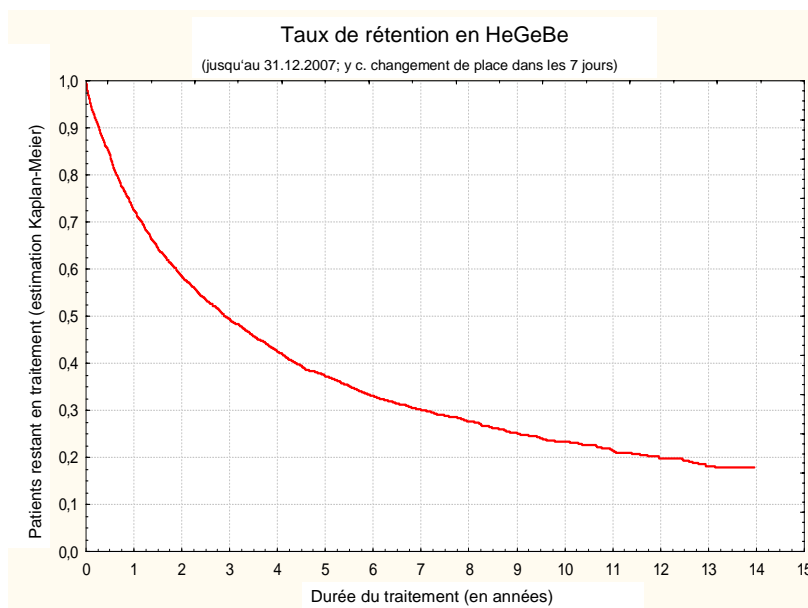


Source : Relevé auprès des autorités médicales cantonales 2006  
Graph. 8 : Traitements de substitution en Suisse

## 1.2. Réalisation des objectifs de traitement selon l'art. 1 de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne

- « Etablir un lien thérapeutique stable »

L'établissement d'un lien thérapeutique stable avec les patients figure parmi les objectifs de traitement fixés à l'art. 1 de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne. Ce critère est évalué à l'aide du « taux de rétention », qui donne des informations sur la durée de participation au traitement avec prescription d'héroïne. Sur l'ensemble des patients admis, plus de 70% sont restés une année, et près de 60 % deux ans ou plus dans le programme HeGeBe. La durée de traitement minimale en HeGeBe atteinte par 50 % du total des patients traités jusqu'à la fin de la période sous revue (taux de rétention médian) était de 3 ans environ.



Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007  
Graph. 9 : Taux de rétention en HeGeBe jusqu'au 31 décembre 2007

Le taux de rétention actuel d'environ 3 ans pour arriver à établir un lien thérapeutique stable peut être considéré comme un succès, d'autant plus qu'avant la création du programme HeGeBe, ces patients passaient pour être résistants au traitement. L'établissement d'une relation thérapeutique stable crée uniquement les conditions préalables qui conduiront peut-être, un jour, à vivre sans consommer de drogue.

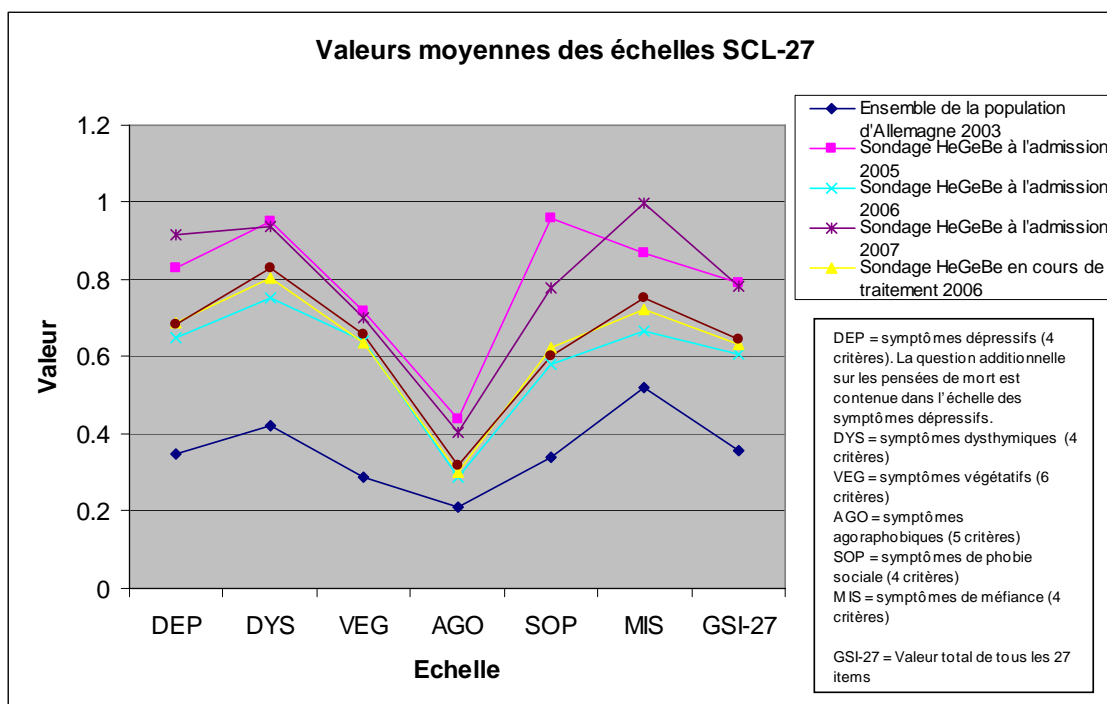
• « Améliorer l'état de santé physique et psychique »

**Santé psychique :**

Les résultats de l'enquête réalisée au moyen du questionnaire standardisé SCL-27 (inventaire des symptômes-27, version de Hardt et al. <sup>9</sup>) donnent une idée de l'état de santé psychique/émotionnelle des patients.

Comparés à un échantillon représentatif<sup>10</sup> de l'ensemble de la population allemande de 2003 (N=2507, Hardt et al. 2006<sup>11</sup>), les patients nouvellement admis en HeGeBe en Suisse en 2007 ont des problèmes de santé plus graves ( $p < 0,001$ ). Les hommes et les femmes nouvellement admis en HeGeBe ne présentent pas de différences d'état de santé significatives.

Si l'on compare les valeurs des patients admis de 2005 à 2007 avec celles du sondage en cours de traitement réalisé en 2006/2007, on remarque que les valeurs à l'admission de 2005 sont plus élevées. Cela pourrait être un signe que la détresse psychique diminue au cours du traitement.



Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

Graph. 10 : Valeurs moyennes des dimensions SCL-27 de toutes les nouvelles admissions au HeGeBe

La valeur représente la **moyenne** des réponses à toutes les questions de l'échelle en question :

0 = « absolument pas », 1 = « un peu », 2 = « assez », 3 = « fort », 4 = « très fort ». Le maximum théorique est de 4.

<sup>9</sup> Hardt, Jochen; Egle, Ulrich T.; Brähler, E. (2006): The Symptom Checklist-27 in Deutschland. Unterschiede in zwei Repräsentativbefragungen der Jahre 1996 und 2003. *Psychother Psych Med* 56: 276-285.

<sup>10</sup> En Suisse, on ne dispose pas d'étude comparable pour le SCL-27, mais on peut supposer que les résultats d'une enquête nationale aboutirait à des résultats très similaires.

<sup>11</sup> Hardt, Jochen; Egle, Ulrich T.; Brähler, E. (2006): The Symptom Checklist-27 in Deutschland. Unterschiede in zwei Repräsentativbefragungen der Jahre 1996 und 2003. *Psychother Psych Med* 56: 276-285.

Chez près de la moitié des nouveaux patients (49 %) admis en 2007 dans un service HeGeBe, un trouble psychiatrique supplémentaire (en plus de la toxicomanie) a été diagnostiqué. Un seul diagnostic a été établi chez 34,9 % des patients, deux chez 10,5 %, trois chez 2,3 % et quatre chez 1,2 %. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de la personnalité et du comportement ainsi que les troubles affectifs. Les chiffres exacts sont présentés dans le tableau 9.

Il convient de rappeler qu'au moment où le questionnaire est rempli (dans un délai de quatre semaines après l'admission), il est généralement impossible d'établir un diagnostic psychiatrique sûr, et que seuls les diagnostics réputés avérés, établis par les collaborateurs des services de traitement sont indiqués. Les diagnostics présumés ne sont confirmés ou infirmés qu'au cours du traitement, raison pour laquelle ils n'apparaissent pas dans la présente analyse. On peut supposer que le nombre de diagnostics psychiatriques (en plus des diagnostics de dépendance) est plutôt sous-estimé dans le tableau ci-après.

Tab. 5 : Fréquence des groupes de diagnostic à l'admission dans un HeGeBe selon codification ICD-10 (N=86, pas de données manquantes)

Trouble	Code	N	%
Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	F0	1	1,2
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	F2	4	4,7
Troubles affectifs	F3	1	22,1
Troubles névrotiques somatoformes psychologiques	F4	3	3,5
Syndromes du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	F5	1	1,2
Troubles de la personnalité et du comportement	F6	2	27,9
Retard mental	F7	0	0,0
Troubles du développement	F8	1	1,2
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	F9	4	4,7
Troubles mentaux non précisés	F99	1	1,2

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

### **Santé physique : infections au VIH et par des virus de l'hépatite à l'admission :**

Le dépouillement des données concernant les infections par des virus de l'hépatite et le VIH prend en compte les analyses sérologiques effectuées à l'admission des patients. Lorsqu'un test n'a pas été effectué à l'admission, on s'est basé sur les résultats de tests antérieurs, pour autant que ceux-ci ne remontent pas à plus de 6 mois avant l'admission. On a par ailleurs pris en compte les indications du personnel médical concernant le statut de vaccination (VHA et/ou VHB). Dans les cas où la vaccination avant l'admission pouvait être établie avec certitude et qu'un nouveau test du statut sérologique n'était pas jugé nécessaire, ces indications ont été prises en compte malgré l'absence de résultats de tests actuels pour le patient.

La prévalence maximale est enregistrée pour le virus de l'hépatite C (VHC), avec 40 tests positifs sur 53 (75,5 %). Viennent ensuite le virus de l'hépatite B (VHB), avec 39,7 % (25 tests positifs sur 63) et le virus de l'hépatite A (VHA), avec 35,1 % (20 tests positifs sur 57). Le chiffre indiqué pour la prévalence du VHA n'inclut pas les résultats positifs aux anticorps dus à une vaccination. S'agissant du test au VHB, la présence d'anticorps anti-Hbc ou une PCR positive sont assimilées à

un résultat positif. La plus faible prévalence est enregistrée pour le VIH, avec 7 % (3 tests positifs sur 43).

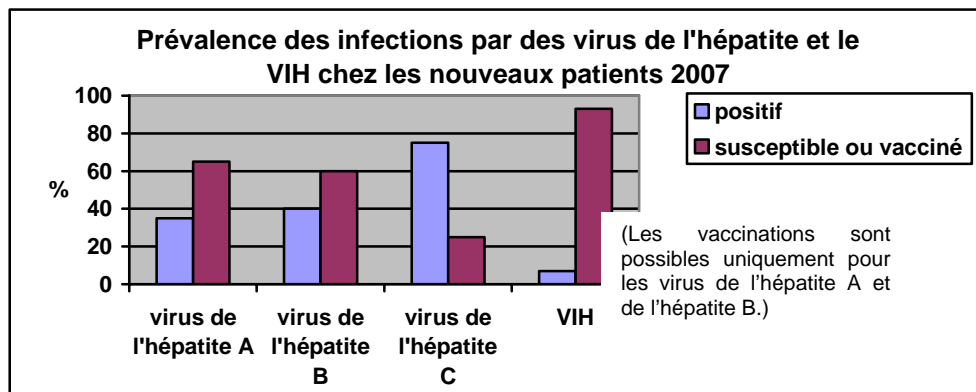
Le tableau suivant indique les prévalences ainsi que le nombre des résultats de tests disponibles, des patients vaccinés contre le VHA ou le VHB et des patients susceptibles à ces pathogènes (non infectés, non vaccinés). Les données manquantes indiquent le nombre de patients pour lesquels il n'y a pas de test du tout ou pas de test actuel disponible (> 6 mois). Le nombre de patients vaccinés contre le VHA et le VHB comprend également ceux chez qui une vaccination antérieure était mentionnée dans le questionnaire d'admission. En présence de tests sérologiques, la vaccination contre le VHA a pu être confirmée par un résultat positif (anti-VHA) et la vaccination contre le VHB par la présence d'anti-HBs sans anti-HBc.

Tab. 6 : Prévalence des infections par des virus de l'hépatite et au VIH

Sérologie	Admissions 2007 (N=86)	
	% valables	Nombre
<b>Virus de l'hépatite A</b>		
positif, pas vacciné	35,1 %	20
positif, vacciné	21,1 %	12
négatif, vaccination prévue	40,4 %	23
négatif, vaccination non prévue	3,5 %	2
données manquantes		33
<b>Virus de l'hépatite B</b>		
positif ( <b>anti-HBc positif</b> )	39,7 %	25
négatif, vacciné	20,6 %	13
négatif, vaccination prévue	31,7 %	20
négatif, vaccination non prévue	7,9 %	5
données manquantes		16
<b>Virus de l'hépatite C</b>		
positif	75,5 %	40
négatif	24,5 %	13
données manquantes		33
<b>VIHHIV</b>		
positif	7,0 %	3
négatif	93,0 %	40
données manquantes		53

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007





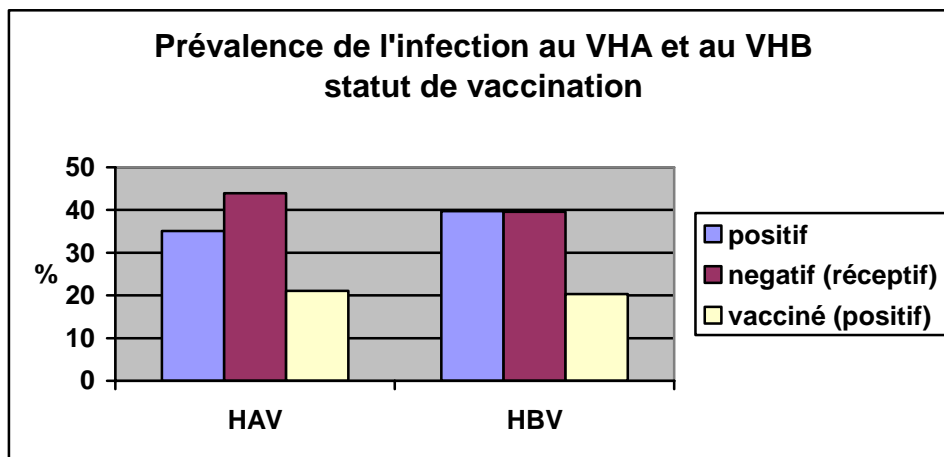
Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

Graph. 11 : Prévalence des infections par des virus de l'hépatite et le VIH chez les nouveaux patients 2007

Statut / plan de vaccination contre le VHA et le VHB :

Les résultats du test au VHA montrent que 43,9 % (25) des patients sont encore susceptibles à une infection. 21,1 % (12) ont été vaccinés antérieurement. Chez ces derniers, le résultat du test est positif. 35,1 % sont positifs et non vaccinés.

39,6 % des patients (25 patients testés sur 63) sont réceptifs à une infection au VHB. 20,6 % des patients sont vaccinés (13 sur 63).

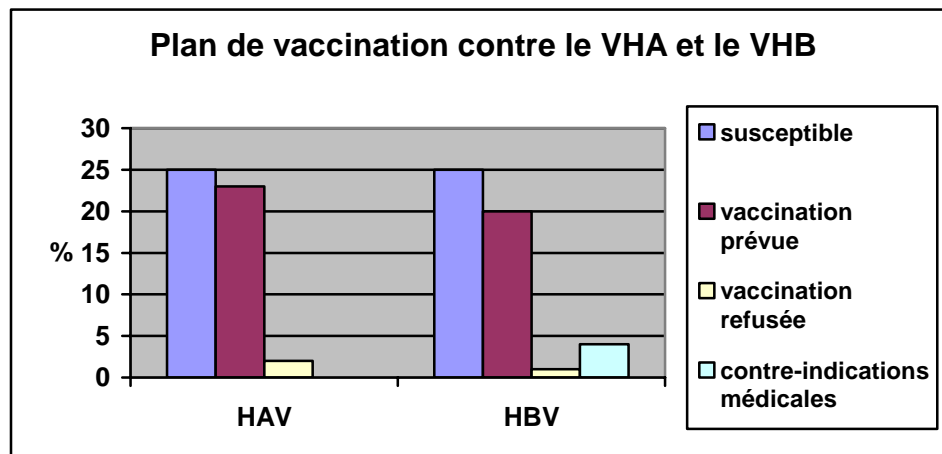


Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2007

Graph. 12 : Prévalence de l'infection au VHA et au VHB, statut de vaccination

Sur un total de 25 patients susceptibles à une infection au VHA, une vaccination a été prévue pour 92 % (23). Deux personnes ont refusé la vaccination.

Sur un total de 25 patients susceptibles à une infection au VHB, une vaccination a été prévue pour 80 % (20). Une personne a refusé la vaccination, et celle-ci n'a pu être pratiquée sur quatre patients en raison de contre-indications médicales.



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2007

Graph. 13 : Plan de vaccination contre le VHA et le VHB

Les prévalences des infections par des virus de l'hépatite et des infections au VIH chez les nouveaux patients admis dans les HeGeBe montrent que ceux-ci ont des problèmes de santé plus graves.

Grâce à la bonne assistance médicale fournie par les centres HeGeBe, la majorité des patients susceptibles aux pathogènes peuvent être vaccinés au cours du traitement. Pour les patients testés positifs, une thérapie (médicamenteuse) adaptée au traitement a pu être mise au point.

- **« Améliorer l'intégration sociale »**

A leur admission en 2007, 19 % (22) des patients de tous les centres HeGeBe étaient actifs sur le marché du travail (temps partiel, plein temps) et 20 % (23) étaient à la recherche d'une place de travail. 33 % des patients ayant suivi au moins un an de traitement disposaient déjà d'une place de travail à temps plein ou à temps partiel, 9 % étaient à la recherche d'une place, cinq personnes suivaient une formation et deux avaient la promesse d'un poste de travail.

La répartition des patients selon les diverses allocations pour perte de gain (y compris allocations partielles) diffère entre les nouveaux patients et ceux qui sont déjà en traitement depuis au moins un an : les premiers touchent plus souvent des aides sociales (54 %) et moins souvent une rente partielle (22 %) que les seconds (34 % d'aides sociales contre 42 % de rentes partielles).

Les patients qui étaient déjà en traitement depuis au moins un an ont plus souvent un logement stable (96 %) et vivent plus souvent seuls (58 %) que les nouveaux admis (73 % et 46 %).

Ces données sont descriptives, elles n'ont pas été vérifiées quant à leur signification sur le plan statistique.

- **« Faire cesser durablement la consommation d'opiacés »**

Les objectifs fixés par le Conseil fédéral en 1999 sont avant tout l'établissement d'un lien thérapeutique stable avec les patients ainsi que l'amélioration de leur état de santé physique et psychique d'une part, et de leur intégration sociale d'autre part. L'abandon de la consommation d'opiacés, autrement dit l'abstinence, ne peut être envisagé que dans un second temps et constitue un but à long terme.

Les données recueillies montrent qu'un lien thérapeutique stable a pu être établi avec les patients en HeGeBe (cf. chapitre 1.2, point 1) et que 71 % d'entre eux entament une thérapie de relais au terme du traitement (55 % passent à la méthadone, 16 % à une thérapie résidentielle ou ambulatoire orientée vers l'abstinence) (cf. chap. 1.1.3). Ces résultats doivent être considérés comme un grand succès au vu de la gravité des troubles psychiatriques et physiques dont souffrent certains des patients (cf. chap. 1.2, point 2).

Il ne faut pas oublier non plus que l'abstinence peut difficilement être réalisable pour une catégorie de patients se caractérisant par des maladies psychiatriques chroniques (multi-/comorbidité) et des pathologies physiques graves, des déficits sévères sur le plan social ainsi qu'une consommation durable et élevée de différentes substances avant l'entrée en HeGeBe (polytoxicomanie, cf. plus loin). Pour ces personnes, la réduction des risques doit être prioritaire. L'abstinence n'en reste pas moins le but ultime, même s'il semble lointain et difficile à atteindre. Il est régulièrement évoqué dans toutes les configurations de traitement et pour chaque patient afin de donner une direction et une motivation.

Une catamnèse<sup>12</sup> de 6 ans effectuée en 2003 a permis d'interroger 64 % des 175 anciens patients qui avaient été admis entre janvier 1994 et mars 1995. Après avoir quitté les centres HeGeBe, 111 d'entre eux étaient passés à un traitement à la méthadone ou à un traitement visant l'abstinence, 16 % déclaraient n'avoir pas consommé de drogues illégales durant les six mois qui avaient précédé l'enquête et ne pas participer à un traitement de substitution. Au vu des graves problèmes psychiques et somatiques ainsi que de la dépendance chronique dont souffrent ces patients depuis de longues années, ces résultats peuvent être qualifiés de grand succès.

En ce qui concerne la consommation parallèle d'autres substances comme la cocaïne et les benzodiazépines, l'étude révèle en outre un recul significatif encore six ans plus tard et ce, tant chez les personnes qui sont encore en traitement que chez celles qui ont quitté leur centre de traitement.

Le tableau ci-après indique les fréquences de consommation (nombre moyen de jours de consommation) de diverses substances au cours des 30 derniers jours en 2007. Le tableau est subdivisé en patients nouvellement admis et ceux qui sont déjà en traitement depuis au moins un an (M = moyenne des jours de consommation, DV = données valables, admission : N = 98, déroulement : N = 986. Pour obtenir le nombre de données manquantes, on a soustrait pour la substance en question les données valables du nombre total N).

En 2006, les patients qui suivaient déjà le traitement depuis une année ou plus consommaient la substance en question durant moins de jours que les patients venant d'entamer le traitement, en

---

<sup>12</sup> Güttinger, Franziska; Gschwend, Patrick; Schulte, Bernd; Rehm, Jürgen; Uchtenhagen, Ambros (2003). European Addiction Research 9: 73-79.

particulier pour ce qui concerne l'alcool, la cocaïne, les cannabinoïdes et le tabac. Cela pourrait être dû au fait qu'au cours du traitement à la diacétylmorphine, la consommation annexe de drogues des patients peut être réduite.

Tab 7 : Fréquence de la consommation de diverses substances au cours des 30 derniers jours

	Admissions 2006		Evolution pour les admissions 2005 ou antérieures	
	DV	M	DV	M
Alcool (tout usage)	91	<b>10,88</b>	973	<b>2,42</b>
Alcool (jusqu'à l'ivresse)	92	<b>1,39</b>	976	<b>,16</b>
Héroïne (illégal)	93	<b>18,53</b>	974	<b>,40</b>
Méthadone	90	<b>17,17</b>	972	<b>,65</b>
Autres opiacés/opioïdes	92	<b>,17</b>	977	<b>,10</b>
Benzodiazépine (sans indication)	93	<b>7,67</b>	971	<b>,85</b>
Méthaqualone	92	<b>,33</b>	978	<b>,03</b>
Barbituriques	97	<b>,33</b>	978	<b>,03</b>
Autres sédatifs et tranquillisants	96	<b>1,65</b>	978	<b>,09</b>
Cocaïne	86	<b>6,06</b>	975	<b>,88</b>
Crack, freebase	96	<b>,91</b>	978	<b>,07</b>
Cocktail (héroïne et cocaïne)	89	<b>3,45</b>	979	<b>,17</b>
Cannabinoïdes	90	<b>8,48</b>	970	<b>2,84</b>
LSD	91	<b>,33</b>	979	<b>,01</b>
Tabac	93	<b>27,10</b>	960	<b>8,50</b>

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2006

## 2. Evolution sur le plan international du traitement assisté par diacétylmorphine<sup>13</sup>

Outre les études conduites en **Suisse**, aux **Pays-Bas**, en **Grande-Bretagne** et en **Espagne**, une étude européenne de grande ampleur sur le traitement avec prescription de diacétylmorphine ré-alisée en **Allemagne** a pu être conclue en 2006 et a confirmé les résultats positifs des quatre études internationales. Le traitement avec prescription de diacétylmorphine est ainsi l'une des thérapies les mieux étudiées dans le domaine de la toxicomanie. Sa valeur scientifique et clinique peut être considérée comme établie.

Sur la base des travaux de recherche entrepris dans les pays précités, l'état actuel de la recherche peut se résumer comme suit :

Dans toutes les études on a constaté que

- l'état de santé psychique et physique a pu être amélioré ; la plupart des patients présentent les symptômes d'une comorbidité multiple ;
- la délinquance a reculé de manière significative dans tous les pays ;
- les coûts à la charge de la collectivité ont pu être réduits grâce aux traitements ;
- la consommation d'autres drogues a pu être abaissée (important recul de la consommation de crack et de cocaïne, faible recul de la consommation d'alcool, de cannabis et de benzodiazépine) ;
- des personnes fortement dépendantes à l'héroïne qui n'avaient pu être atteintes avec d'autres traitements de la toxicomanie ont pu être intégrées dans le système d'aide aux toxicomanes par le traitement avec prescription de diacétylmorphine. Le taux de rétention était significativement plus élevé que dans le traitement par la méthadone;
- le taux de décès au cours des études était minime ;
- l'accompagnement psychosocial a eu des effets positifs ;
- outre l'administration par voie intraveineuse, des formes de consommation comportant moins de risques comme l'inhalation (NL) ou la prise par voie orale (CH) se sont révélées être de bonnes solutions de rechange ;
- un essai d'arrêt de traitement aux Pays-Bas au bout de 12 mois a entraîné en peu de temps de fortes rechutes ainsi qu'une diminution des résultats positifs acquis jusque-là chez les patients.

Les résultats des études en cours en **Grande-Bretagne** sont attendus pour 2009 ; l'étude **canadienne** a pu être lancée, ses résultats seront disponibles courant 2008 et une étude **belge** est en préparation.

---

<sup>13</sup> Cf. [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de) ; [www.ccbh.nl](http://www.ccbh.nl) ; [www.iop.kcl.ac.uk](http://www.iop.kcl.ac.uk) ; [www.easp.es/pepsa](http://www.easp.es/pepsa) ; [www.naomistudy.ca](http://www.naomistudy.ca) ; [www.ulg.ac.be](http://www.ulg.ac.be).

### **3. Axes d'action de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

#### **3.1. Coordination et travail en réseau**

Cette année, les responsables administratifs et médicaux des centres HeGeBe de Suisse ont été conviés à trois séances communes. Ces rencontres permettent la diffusion d'informations en provenance de l'OFSP, des centres et des partenaires externes et servent également de plateforme d'échange et de coordination. Les thèmes de 2007 étaient notamment la révision de la loi sur les stupéfiants (LStup) et des ordonnances, les centres HeGeBe comme centres d'indication cantonaux pour traitements avec prescription de méthadone, la Conférence nationale sur les traitements de substitution, la fabrication de la diacétylmorphine, la fabrication et le marché mondial de l'héroïne, les orientations pour un traitement ainsi que la situation juridique dans les centres HeGeBe.

La « commission des spécialistes HeGeBe » se compose de responsables de services HeGeBe et de responsables médicaux des centres HeGeBe ainsi que de représentants des cantons et d'autres professionnels. En 2007, elle s'est notamment chargée de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (812.121.6), qui doit être revue dans le cadre de la révision de la loi sur les stupéfiants.

#### **3.2. Autorisations / secrétariat**

En 2007, l'OFSP a octroyé 1375 autorisations aux patients en vertu de l'art. 16, al. 1, let. a, de l'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne (autorisations ou renouvellement d'autorisations aux patients, 94 autorisations de remise de doses à emporter, 22 autorisations aux médecins, 22 autorisations à des institutions et 110 autorisations d'hospitalisation) après vérification de la conformité aux dispositions en vigueur.

#### **3.3. Soutien, suivi et contrôle**

L'OFSP visite et contrôle tous les centres HeGeBe deux fois par an. Ces visites lui permettent non seulement de s'assurer que les dispositions légales sont respectées mais aussi de discuter d'aspects et de problèmes techniques, de se tenir au courant des affaires courantes et de garantir l'échange d'informations entre les centres. Les principaux sujets abordés sont le développement de la qualité, les données du monitoring HeGeBe 2005 ainsi que les développements dans les centres.

#### **3.4. Evolution de la qualité**

- **QuaTheDA**

La formation des centres HeGeBe en vue de l'introduction du système d'assurance de la qualité QuaTheDa ([www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)) a pu être achevée en 2007. Dans le cadre de cette formation, les centres ont défini des normes de qualité pour différents champs thématiques, qu'ils ont ensuite

contrôlées en procédant à des audits internes. A l'issue de la formation, des rapports de gestion ont été établis aux fins des contrôles internes, de l'ancrage des processus d'assurance qualité ainsi que des contrôles de l'OFSP.

### 3.5. Promotion de la recherche

- **Diacétylmorphine (DAM) en comprimés administrée par voie orale**

La demande d'autorisation pour les comprimés de diacétylmorphine (DAM) a été déposée en décembre 2005. En 2007, la procédure d'admission normale suivait toujours son cours. La demande d'admission n'a pas encore fait l'objet d'une décision.

En 2007, aucun nouveau projet n'a été encouragé, mais la recherche a été marquée par la poursuite de deux études déjà en cours, lancées en vue de l'autorisation des comprimés DAM.

*Etude de cohorte relative à l'évaluation de la sécurité et de la tolérance* : cette étude a été lancée en 2003. Elle porte sur les profils de dosage, les effets secondaires indésirables et la satisfaction des patients. Les résultats obtenus au bout d'un an et de deux ans de suivi indiquent que la remise de diacétylmorphine sous forme de comprimés peut influencer positivement les taux d'arrêt de traitement dans l'ensemble des HeGeBe. La proportion d'événements indésirables graves a été moindre durant la deuxième année d'observation que durant la première.<sup>14</sup>

*Etude pharmacocinétique visant à établir les causes de la biodisponibilité étonnamment élevée de la morphine chez les patients dépendants aux opiacés prenant la diacétylmorphine en comprimés* : l'étude a débuté en 2005 et est arrivée à son terme pour tous les sujets de recherche. Des changements de personnel au sein de l'équipe de recherche ont entraîné des retards dans le dépouillement des données. Les résultats sont attendus dans le courant de l'année 2008.

### 3.6. Conférence nationale sur les traitements de substitution

La Conférence nationale sur les traitements de substitution (NASUKO 2007) s'est déroulée les 6 et 7 septembre 2007 à Berne sous le titre « Substitution pour héroïnomanes – Voies sans issue ou porte de sortie ? » en présence de quelque 300 participants. Elle avait, d'une part pour objectif de présenter un état des lieux des développements techniques, sociaux et scientifiques pertinents pour les traitements de substitution et, d'autre part, d'ouvrir des perspectives pour le traitement des toxicomanes.

### 3.7. Monitoring / évaluations

Depuis le lancement de l'étude de cohorte nationale 1994, les centres HeGeBe bénéficient d'un accompagnement scientifique. L'ensemble des patients sont systématiquement interrogés lors de leur admission dans le traitement, du suivi annuel ainsi que de leur sortie. L'évaluation de ces données trouve sa place dans chacune des éditions du présent rapport.

---

<sup>14</sup> Les résultats obtenus au cours de la première année d'observation ont été publiés en 2006. (Ulrich Frick, Jürgen Rehm, Susanne Kovacic, Jeannine Ammann & Ambros Uchtenhagen.

De plus, l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF) a réalisé des études sur les thèmes suivants :

- ***Gender differences in patients entering heroin assisted treatment (HAT) in Switzerland 2005-2006: a cross-sectional study:*** le traitement avec prescription d'héroïne pour patients fortement dépendants constitue déjà depuis plus d'une dizaine d'années un élément clé de l'offre de traitement des héroïnomanes. Cependant, les informations disponibles à ce jour sur les différences sexospécifiques des patients en Suisse sont encore peu nombreuses. L'étude, basée sur les données recueillies dans 23 centres HeGeBe entre 2005 et 2006, a permis d'analyser les caractéristiques démographiques, sociales et médicales et de décrire les différences entre les patients et les patientes lors de l'admission dans le traitement. L'étude n'a pas mis en évidence de différences entre le comportement des hommes et celui des femmes en matière de consommation d'opiacés (durée de la dépendance, âge lors de la première prise, quantité moyenne) avant l'admission. En revanche, les hommes se distinguaient par une consommation secondaire (tabac, alcool, cocaïne) plus importante, et s'en sortaient mieux que les femmes, surtout du point de vue de la situation sociale et des ressources (logement, dépendance vis-à-vis du partenaire, isolement, prostitution). Des études internationales montrent en outre que compte tenu de leur moins bonne situation économique, de leur niveau d'éducation plus faible et du manque de solidarité entre elles, les femmes ont plus de mal que les hommes à accéder aux traitements.

Pour accroître l'efficacité des traitements, il est donc important de cibler les besoins sexospécifiques.

- ***Comparison of heroin-assisted treatment and abstinence-oriented residential treatment in Switzerland based on patient characteristics:*** cette étude avait pour objet de comparer les caractéristiques des patients admis en centre HeGeBe avec celles des patients admis dans un traitement hospitalier orienté vers l'abstinence. Les premiers étaient en moyenne plus âgés, ils avaient passé plus de temps en prison, avaient bénéficié d'un plus grand nombre de traitements et étaient plus nombreux à indiquer avoir commencé le traitement de leur propre initiative. Les personnes admises dans un traitement hospitalier orienté vers l'abstinence étaient proportionnellement plus nombreuses à se trouver sous traitement en raison d'une mesure légale, et se distinguaient par une utilisation plus fréquente de seringues ou d'aiguilles usagées avant leur admission. Actuellement, ces personnes sont nettement moins nombreuses qu'il y a encore dix ans à citer l'héroïne comme la substance problème numéro un. La cocaïne tient désormais ce rôle nettement plus souvent que par le passé. Par rapport à la situation du milieu des années 90, les conditions sociales telles que le logement et l'âge moyen se sont nettement améliorées. On peut en déduire que les centres HeGeBe ont créé un nouvel équilibre dans le système d'aide aux toxicomanes. A l'avenir, les traitements hospitaliers orientés vers l'abstinence devraient se recentrer sur d'autres substances en plus de l'héroïne, notamment la cocaïne, ainsi que sur un public plutôt jeune. Les centres HeGeBe répondent à un public plutôt plus âgé, qui cumule les problèmes de santé et a effectué des peines de prison plus longues que dans le passé. Il conviendrait de tenir compte de ces spécificités dans le choix du traitement approprié pour les toxicomanes.



## **4. Diacétylmorphine (DAM) : contrôle de l'utilisation et données statistiques**

### **4.1 Contrôle de l'utilisation**

L'Institut suisse des produits pharmaceutiques, Swissmedic, est chargé de surveiller les modalités d'administration de la diacétylmorphine en Suisse. Il effectue à cette fin des inspections dans les centres habilités selon l'art. 8 LStup et procède à l'examen des bilans de consommation envoyés mensuellement par les mêmes centres. En 2007, douze centres de distribution contrôlée, le titulaire de l'autorisation pour les comprimés de diacétylmorphine IR et SR sous la marque « Diaphine » ainsi qu'une entreprise de traitement de la diacétylmorphine ont été inspectés, conformément au mandat de prestations conclu par Swissmedic avec l'Office fédéral de la santé publique.

### **4.2. Formes pharmaceutiques**

Les formes pharmaceutiques suivantes étaient disponibles en 2007 :

- Diaphin<sup>®</sup>, flacons à 10 grammes de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée injectable par voie intraveineuse. Cette préparation a été enregistrée par Swissmedic le 7 décembre 2001.
- Diacétylmorphine IR, comprimés dosés à 200 mg de diacétylmorphine hydrochlorique anhydre (contiennent 213 mg de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée) à libération rapide. Le fournisseur a déposé en décembre 2005 une demande d'autorisation pour cette préparation auprès de Swissmedic. La décision est attendue pour 2008.
- Diacétylmorphine SR, comprimés dosés à 200 mg de diacétylmorphine hydrochlorique anhydre (contiennent 213 mg de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée) à libération lente. Swissmedic n'a pas encore rendu non plus sa décision d'autorisation pour cette préparation.

### **4.3. Quantités utilisées**

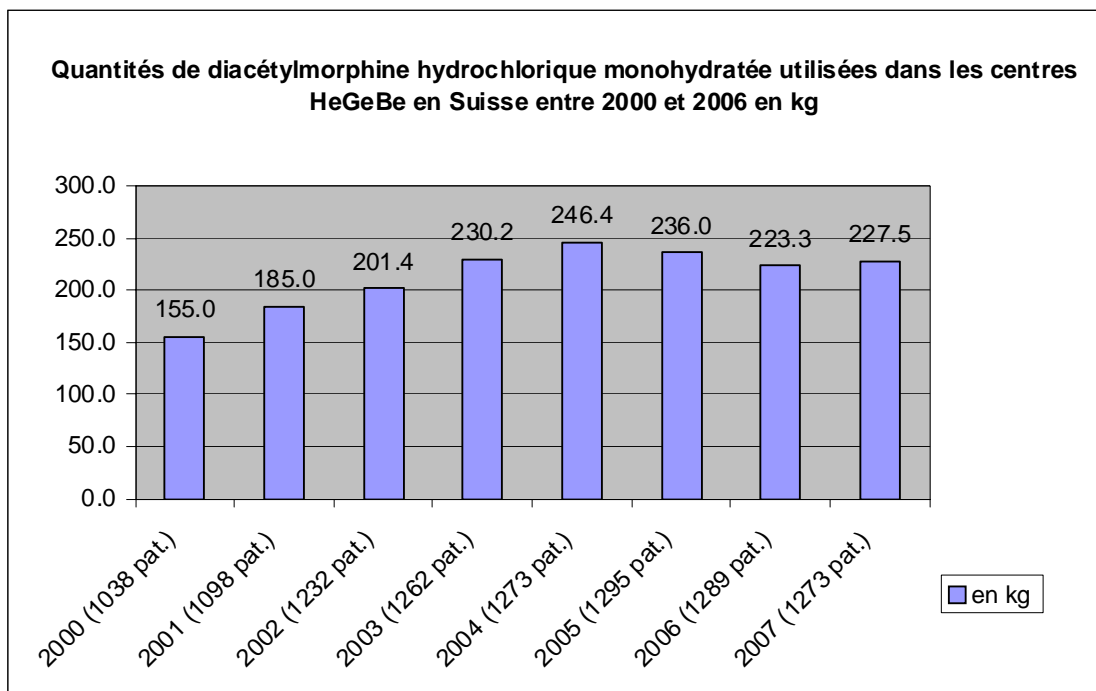
En 2007, la quantité totale de diacétylmorphine consommée par les centres s'est élevée à 232 424 g, dont 227 553 g ont été remis aux patients. La différence (4871 g) s'explique par des pertes lors de l'emploi des solutions injectables, quelques milligrammes de substance restant inévitablement dans l'ampoule lors du prélèvement, ce qui correspond à une perte de gestion de 2,43 % (pour une valeur maximale de tolérance de 5 %).

Tab. 8 : Quantités de diacétylmorphine utilisées en 2007

➤ quantité totale de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisée en 2007 pour les patients traités en Suisse	227,5 kilogrammes
➤ proportion de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisée sous forme injectable (principalement sous forme de flacons à 10 g)	66.2 %
➤ proportion de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisée sous forme orale - comprimés IR (245 250 comprimés)	21,7 %
➤ proportion de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisée sous forme orale - comprimés SR (122 600 comprimés)	12,1 %
➤ Nombre de patients traités dans les 23 institutions à la fin décembre 2007	1292

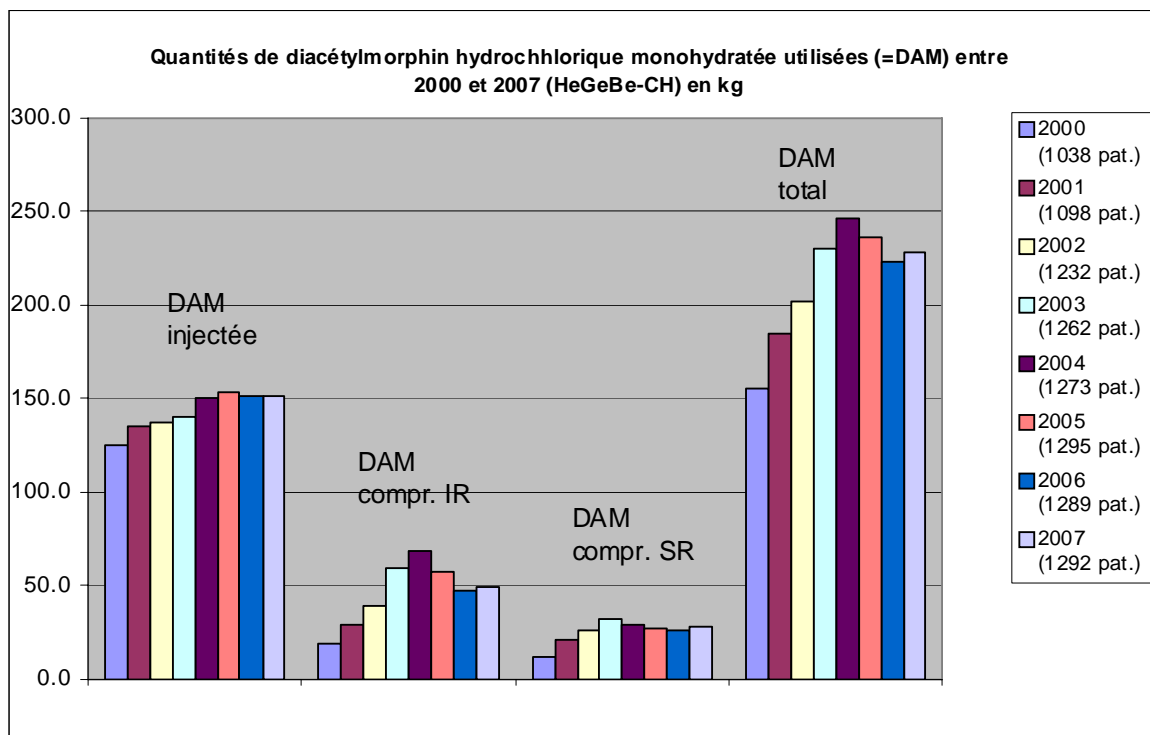
Source : Swissmedic, 2007

Les tableaux ci-après permettent de suivre l'évolution de l'utilisation de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée au cours des huit dernières années.

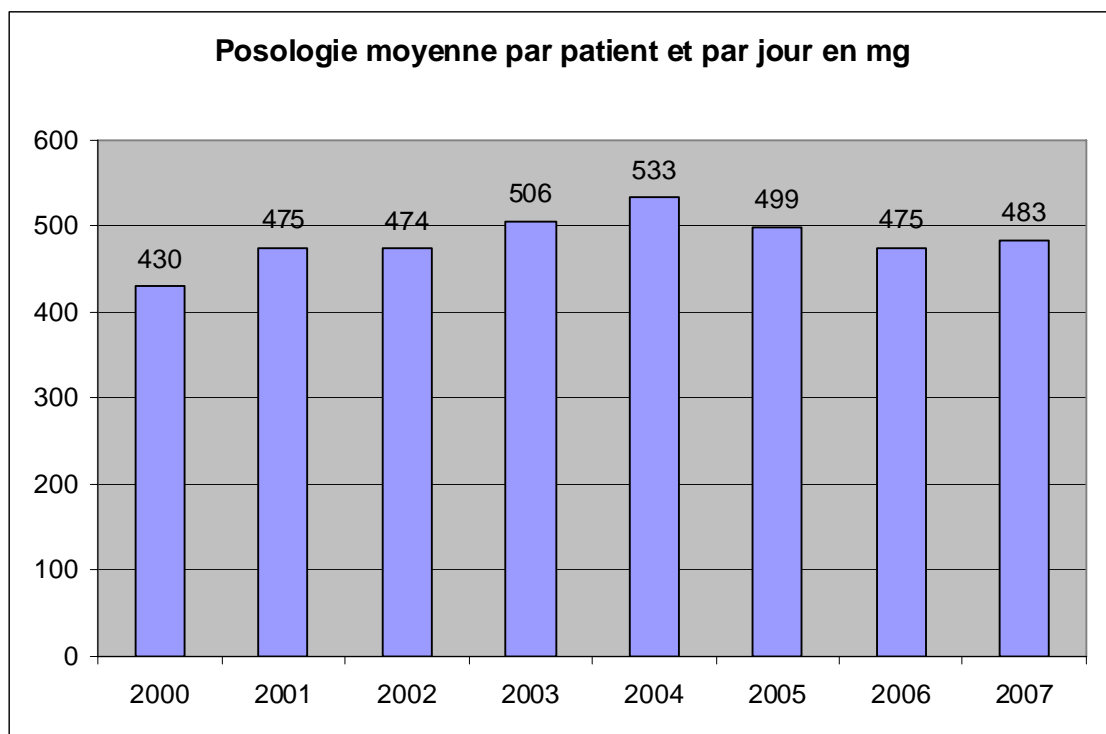


Source : Swissmedic, 2007

Graph. 14 : Quantités de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisées



Graph. 15 : Quantités de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée utilisées en kg



Graph. 16 : Posologie moyenne par patient et par jour en mg

La variation du dosage quotidien moyen de diacétylmorphine au cours des huit dernières années est partiellement explicable. Elle tient notamment à l'utilisation des formes pharmaceutiques à disposition : l'utilisation accrue de la forme orale (dont la biodisponibilité est moins bonne que celle de la forme injectable) au cours des dernières années avait conduit, de 2000 à 2004, à une augmentation des doses moyennes. La valeur oscille dans les proportions de 2006.

#### **4.4. Données statistiques communiquées à l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) de l'ONU à Vienne**

Conformément à l'art. 32 de la loi sur les stupéfiants, les données de l'année précédente concernant l'utilisation, la fabrication nationale, les importations et les exportations ainsi que les variations du stock entre le début et la fin de l'année en cours doivent être communiquées par l'autorité suisse de l'ONU à l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) aux fins de la mise en place des statistiques nécessaires à la fin du mois de juin de l'année en cours.

#### **4.5. Résultat des contrôles**

Comme les années précédentes, aucune infraction n'a été observée en 2007.

## 5. Bibliographie des publications sur le traitement avec prescription d'héroïne parues en 2007

Al-Adwani A, Nahata R. (2007). Heroin-assisted treatment: no difference in treatment retention. *Br J Psychiatry*, 192, 458-458.

Binz, H., Uchtenhagen, A., Berthel T., Stohler, R., van der Linde, F. (2007). Manual für Substitutionsbehandlungen illegaler Drogen. Solothurn: Kanton Solothurn.

Cruz M.F., Patra J., Fischer B., Rehm J., Kalousek K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int J Drug Policy*, 18, 54-61.

Darke, S., Ross, J. & Teesson, M. (2007). The Australian Treatment Outcome Study (ATOS): What have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug and Alcohol Review*, 26, 49-54.

De Jong C.A., Roozen H.G., van Rossum L.G., Krabbe P.F., Kerkhof A.J. (2007). High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach. *Am J Addict*, 16, 124-30.

Degkwitz P., Lichtermann D., Deibler P., Soyka M., Schneider U., Dieninghoff D., Bonorden-Kleij K., Köhler W., Buhk H., Verthein U., Haasen C. & Krausz M. (2007). „Schwerstabhängige“ – Die Teilnehmer des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung. *Suchttherapie*, 8, 12-18.  
Fischer B., Oviedo-Joekes E., Blanken P., Haasen C., Rehm J., Schechter M.T., Strang J., van den Brink W. (2007). Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics. *J Urban Health*, 84, 552-562.

Gallagher J., McKeganey N. (2007). Should we prescribe heroin? A current Scottish debate. *Scott Med J*, 52, 2-4.

Guelfi, G.P., Cibir, M., Pani, P.P., Maremmani, I. (2007). Can Heroin Maintenance Treatment Be Called a Therapy? *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 9, 5-10.

Haasen C., Verthein U., Degkwitz P., Berger J., Krausz M., Naber D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 55-62.

Haasen C., Verthein U., Degkwitz P., Kuhn S., Hartwig C. & Reimer J. (2007). Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Zielgruppenspezifische Ergebnisse. *Sucht*, 53, 268-277.  
Highfield D.A., Schwartz R.P., Jaffe J.H., O'Grady K.E. (2007). Intravenous and intranasal heroin-dependent treatment-seekers: characteristics and treatment outcome. *Addiction*, 102, 1816-23.

Kuhn S., Farnbacher G., Verthein U., Krausz M. & Haasen C. (2007). Das psychoedukative Gruppenprogramm in der bundesdeutschen Heroinstudie – eine innovative Behandlungsmethode. *Suchttherapie*, 8, 26-32.

Kuhn S., Schu M., Vogt I., Schmid M., Simmedinger R., Schlanstedt G., Farnbacher G., Verthein U. & Haasen C. (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht*, 53, 278-287.

Löbmann R. & Verthein U. (2007). Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: Hintergrund – Umsetzung – Ergebnisse. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 39, 441-444.

Maremmani I., Pacini M., Pani P.P., Perugi G., Deltito J., Akiskal H. (2007). The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? *Ann Gen Psychiatry*, 13, 31-31.

Metrebian N., Mott J., Carnwath Z., Carnwath T., Stimson G.V., Sell L. (2007). Pathways into receiving a prescription for diamorphine (heroin) for the treatment of opiate dependence in the United Kingdom. *Eur Addict Res*, 13, 144-147.

Michels I.I., Stöver H., Gerlach R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduct J*, 2, 5-5.

Reimer, J., Vertheim, U., Haasen, C. (2007). Heroin assisted treatment for opioid-dependence: a randomized controlled trial in Germany. *European Psychiatry*, 22, 75-75.

van der Zanden B.P., Dijkgraaf M.G., Blanken P., van Ree J.M., van den Brink W. (2007). Patterns of acquisitive crime during methadone maintenance treatment among patients eligible for heroin assisted treatment. *Drug Alcohol Depend*, 86, 84-90.

Williamson A., Darke S., Ross J., Teesson M. (2007). The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: findings from the Australian Treatment Outcome Study. *J Subst Abuse Treat*, 33, 287-93.

## Annexe

Centre	Traitement avec prescription d'héroïne depuis	Nombre de patients au 31.12.2007	Places autorisées au 31.12.2007
Bâle, Janus	octobre 1994	148	150
Bâle-Ville, DBL	Juin 2000	20	20
Berne, Koda	Mai 1994	198	225
Bienne, Suprax	Septembre 1995	66	70 (5) <sup>10</sup>
Brougg, HAG	Septembre 2000	20	50
Burgdorf, Biwak	Mai 2000	46	50
Cazis, Realta	Janvier 2001	3	10
Coire, Neumühle	Juillet 2000	27	32
Genève, Peps	Septembre 1995	30	50
Horgen, DBB	Septembre 1995	29	35
Lucerne, Drop-In	Septembre 1995	89	90
Olten, Herol	Mai 1994	29	32
Schaffhouse, HeGeBe SH	Mai 2002	25	25
Soleure, Gourrama	Août 1995	43	43
Soleure, Kost	Septembre 1995	5	15
St-Gall, MSH	Septembre 1995	74	75
Zurich, Crossline	Août 1995	70	152
Zurich, Lifeline	Janvier 1994	75	
Thoune, HeGeBe Thun	juillet 1994	69	70
Wetzikon, PZW	Janvier 2002	12	25
Winterthour, Ikarus	Août 1995	55	55
Zoug, Zopa	Août 1995	28	30
Zurich, ZokL2	Janvier 1994	131	140 (10) <sup>10</sup>
<b>Total</b>		<b>1292</b>	<b>1444 (15)<sup>10</sup></b>

Source : OFSP, base de données des patients HeGeBe, 2007

<sup>10</sup> Augmentation du nombre de places autorisées par rapport à 2006