



ADDICTION | SUISSE

# Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution

Résultats 2021

Rapport de recherche n° 144a



Florian Labhart  
Emma Monnier  
Etienne Maffli

Lausanne, Décembre 2022

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 substitution-online.ch. Finalement, nous remercions chaleureusement Tiago Gois, Olivier Simon et Nathalie Tosi pour le partage de leurs savoirs et expertises sur les origines et les défis liés aux évolutions récentes des types de substances prescrites.

Citation suggérée :

Labhart F., Monnier E. & Maffli E. (2022). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2021 (Rapport de recherche n° 144a)*. Lausanne : Addiction Suisse.

Eine deutsche Version dieses Berichts ist unter [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch) > Publikationen verfügbar.

## Impressum

---

<b>Renseignements:</b>	Florian Labhart Addiction Suisse Avenue Ruchonnet 14 1003 Lausanne 021 321 29 51 flabhart@addictionsuisse.ch
<b>Réalisation:</b>	Addiction Suisse
<b>Copyright:</b>	© Addiction Suisse, Lausanne 2022
<b>ISBN:</b>	978-2-88183-289-5

---

---

## Table des matières

<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>2</b>
<b>L'essentiel en bref .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>4</b>
1.1 Les traitements par agonistes opioïdes de substitution .....	4
1.2 Monitoring <i>act-info</i> .....	5
<b>2. Méthodologie .....</b>	<b>6</b>
2.1 Définition de « traitement de substitution » .....	6
2.2 Statistique de prévalence de traitements .....	6
2.3 Statistique d'admissions .....	7
2.4 Statistiques de fins de traitements .....	7
2.5 Doublons intercantonaux .....	8
2.6 Couverture cantonale et nationale .....	8
<b>3. Evolutions et tendances .....</b>	<b>9</b>
3.1 Nombre annuel de personnes en traitement, depuis 1985 .....	9
3.2 Ratio de sexe des personnes en traitement, depuis 2000 .....	10
3.3 Part de personnes en traitement, par cohorte d'âge depuis 2000 .....	10
3.4 Âge moyen des personnes en traitement, depuis 2000 .....	12
3.5 Durée de traitement, depuis 2011 .....	12
3.6 Âges de premier usage d'héroïne et d'entrée en traitement, depuis 2001 .....	13
3.7 Evolution des types de substance de substitution prescrite, depuis 2000 .....	15
3.8 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017 .....	18
<b>4. Statistiques de prévalence de traitement en 2021 .....</b>	<b>19</b>
4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année .....	19
4.2 Prévalence journalière .....	20
4.3 Profil démographique .....	23
4.4 Substances de substitution .....	24
4.5 Remise du produit de substitution .....	25
<b>5. Statistiques d'admissions .....</b>	<b>26</b>
5.1 Admissions sur l'année .....	26
5.2 Profil démographique .....	28
5.3 Substances de substitution .....	31
5.4 Remise du produit de substitution .....	32
5.5 Médications complémentaires .....	33

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

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Formats des données fournies par les cantons pour les différentes statistiques (2021) .....	8
Tableau 2 : Nombre de personnes en traitement de substitution, par sexe et canton (2021)	19
Tableau 3 : Prévalence journalière, par canton (2021) .....	20
Tableau 4 : Part de patient·e·s selon la modalité de traitement, par canton (2021).....	21
Tableau 5 : Age moyen des personnes en traitement de substitution, par sexe (prévalence 2021) .....	23
Tableau 6 : Nombre d'admissions en traitement de substitution, par canton (2021).....	26
Tableau 7 : Nombre d'admissions en traitement, par type d'admission et par sexe (2021)...	27
Tableau 8 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2021) .....	28
Tableau 9 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2021) .....	33
Tableau 10 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2021).....	34
Tableau 11 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales à différents stades de la vie parmi les patient·e·s admis·es en traitement de substitution, par type d'admission (2021).....	35
Tableau 12 : Nombre de fins de traitement de substitution par canton (2021) .....	37
Tableau 13 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2021) .....	38
Tableau A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique .....	43

## Liste des figures

Figure 1 : Nombre de personnes en traitement de substitution, de 1985 à 2021 .....	9
Figure 2 : Part de femmes en traitement de substitution par année, de 2000 à 2021 .....	10
Figure 3 : Proportion de personnes en traitement de substitution, par cohorte d'année de naissance, de 2000 à 2021 .....	11
Figure 4 : Age moyen des personnes en traitement de substitution, de 2000 à 2021 .....	12
Figure 5 : Evolution de la durée des traitements de substitution, de 2011 à 2021 .....	13
Figure 6 : Age moyen de première consommation et d'entrée en traitement, de 2001 à 2021 .....	14
Figure 7 : Âge d'entrée en traitement, par groupe d'âge de 2001 à 2021 .....	14
Figure 8 : Types de substances de substitution prescrites par année, de 2000 à 2021 .....	15
Figure 9 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2021 .....	18
Figure 10 : Nombre de personnes en traitement, par modalité de traitement et par jour (2021) .....	22
Figure 11 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2021).....	23
Figure 12 : Types de substances de substitution (prévalence 2021) .....	24
Figure 13 : Lieu de remise (prévalence 2021) .....	25
Figure 14 : Objectif thérapeutique à l'admission (2021).....	27
Figure 15 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2021).....	28
Figure 16 : Etat civil des personnes admises en traitement de substitution, par type d'admission (2021).....	29
Figure 17 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2021) .....	29
Figure 18 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2021) .....	30
Figure 19 : Types de substances de substitution, selon le type d'admission (2021) .....	31
Figure 20 : Lieu de remise du produit de substitution, par type d'admission (2021).....	32
Figure 21 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2021).....	32
Figure 22 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2021).....	34
Figure 23 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2021).....	35
Figure 24 : Statut HIV et datation du test, par type d'admission (2021) .....	36
Figure 25 : Statut hépatique (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2021) ...	36
Figure 26 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2021).....	38
Figure 27 : Circonstances de fin de traitement (2021) .....	39
Figure 28 : Catégories d'âge, selon les circonstances de fin de traitement (2021) .....	40
Figure A1 : Durée de traitement des personnes en traitement de substitution en 2011 et 2021, par sexe .....	44
Figure A2 : Nombre de personnes en traitement, par état d'avancement et par jour (2021) .....	44

## L'essentiel en bref

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO, anciennement appelé « traitements de substitution ») consistent à remplacer l'usage illicite d'opioïdes par la prescription médicale d'un médicament qui a pour effet de bloquer l'effet euphorisant de l'usage d'opioïdes additionnels et de réduire le phénomène d'accoutumance. En raison du caractère chronique de la dépendance aux opioïdes, les objectifs principaux d'un TAO sont orientés sur le long terme : prévention du 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 traitements de substitution relève des cantons. Bien que très proche dans son contenu et dans ses objectifs, la prescription médicale d'héroïne (diacétylmorphine) est régie et autorisée au niveau fédéral et fait l'objet d'une statistique distincte (Gmel & Labhart, 2021).

## Tendances

Après une augmentation graduelle du nombre de personnes bénéficiant de TAO jusqu'en 1999, la prévalence annuelle est ensuite restée relativement stable jusqu'en 2016, aux environs de 17'000 à 18'000 personnes. Depuis, on observe une diminution progressive du nombre total de personnes, qui a repassé pour la première fois sous la barre des 16'000 en 2021.

Environ un quart (27%) des personnes sous TAO sont des femmes, une proportion stable depuis plus de deux décennies. Une grande majorité des personnes sous TAO sont nées au cours des années 60 ou 70 et sont sous traitement depuis une décennie ou plus. A l'inverse, l'incidence est relativement faible et la part des personnes nées durant les années 90 ou 2000 représente à peine 7% du total en 2021. Par ailleurs, le nombre d'arrêt 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 2021

15'996 personnes ont été au moins un jour sous TAO en 2021. Parmi elles, 77% étaient sous traitement sans interruption durant l'année et 68% étaient en traitement depuis au moins 10 ans. En moyenne journalière, on comptait 14'197 personnes en traitement. L'âge moyen était de 48 ans pour l'ensemble des personnes sous TAO et de 37 ans parmi les personnes admises en traitement.

Alors que la méthadone était prescrite dans encore 83% des traitements en 2014, elle ne représentait plus que 57% en 2021. Cette diminution est compensée par une augmentation soutenue de la morphine retard, qui est prescrite dans 30% de tous les traitements, et 43% des admissions en traitement en 2021.

Un peu plus d'un quart (28%) des fins de traitement concernent un sevrage a priori réussi, et 24% 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, 13% des fins sont liées au décès du patient ou de la patiente.

## 1. Introduction

### 1.1 Les traitements par agonistes opioïdes de substitution

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO, anciennement appelé « traitements de substitution »; Scholten et al., 2017) consistent à remplacer l'usage illicite d'opioïdes (p.ex. l'héroïne achetée dans la rue) par la prescription médicale d'un médicament légal (p.ex. méthadone, morphine retard orale, buprénorphine) qui a pour effet de bloquer l'effet euphorisant de l'usage d'opioïdes additionnels 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 traitement par agoniste opioïde sont orientés sur le long terme : prévention 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 de substitution comportent également des risques d'intoxication létale, ceux-ci demeurent rares 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 traitements par agonistes opioïdes 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 des cadres différents : 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 traitant 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 et al., 2022; Gmel & Labhart, 2021).

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a introduit en 1997 les premiers relevés au niveau national dans le cadre d'une phase pilote. Dès 1999, un relevé systématique des traitements de substitution a été établi. La collecte des données est effectuée par les services des médecins cantonaux des 26 cantons et les résultats sont publiés annuellement sous la forme de statistiques interactives incluant les principales variables-clés sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch). Tous les cantons contribuent à la statistique nationale depuis une vingtaine d'années, mais avec des données parfois très sommaires, et ce jusqu'en 2017. L'adoption par un nombre croissant de cantons du système de gestion des autorisations *Substitution Online*, à partir de 2014 permet désormais de disposer d'informations plus détaillées 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 du domaine de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse. Ce système national de documentation, qui a le statut d'un relevé statistique fédéral, 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, qui étaient réalisées séparément jusqu'à fin 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 sectorielles *act-info*-Residalc (statistique du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance et de la dépendance aux médicaments) et *act-info*-FOS (statistique du traitement résidentiel de la toxicomanie [principalement drogues illégales])
- Substitution : statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution : 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 d'instruments harmonisés et optimisés qui servent à la constitution d'une base de données nationale centralisée et permettent d'obtenir des résultats standardisés et comparables tant au niveau national qu'au niveau international.

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

## 2. Méthodologie

### 2.1 Définition de « traitement de substitution »

La statistique de traitements de substitution comprend l'ensemble des traitements à base d'opioïdes synthétiques, ou semi-synthétiques, utilisés dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés. Elle ne comprend toutefois pas les traitements avec prescription de diacétylmorphine (héroïne), qui fait l'objet d'un relevé propre, également intégré dans le réseau *act-info* (Gmel et al., 2022).

Les traitements par agonistes opioïdes de substitution 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. Temgesic®, Subutex®)
- l'oxycodone (p.ex. Oxycontin®, Oxycodone Sandoz®)
- la lévométhadone (p.ex. L-Polamidon®).

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

Ce rapport présente une photographie de la situation telle qu'elle se présente avec les données disponibles au moment des analyses pour l'année 2021. Il est possible que ces données soient complétées ou révisées et les résultats actualisés ultérieurement, notamment sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch). De telles modifications peuvent être introduites à la suite, par exemple, d'un nettoyage approfondi effectué lors de la migration d'un système de saisie des données à un autre.

### 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 en traitement au cours d'une année donnée. Chaque patient·e n'est compté·e qu'une fois par canton, même si plusieurs épisodes de traitement ont eu lieu durant l'année. Des statistiques interactives sur quelques variables-clés depuis 1999 sont disponibles sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch).

En Suisse, la demande d'une autorisation de traitement ou l'annonce du traitement auprès du médecin cantonal est une obligation légale (dans quelques cantons, les médecins 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 proposent 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 traitement de substitution, ainsi que les reprises de traitement après une période sans traitement (p.ex. tentative de sevrage).

Selon les directives relatives à l'*indicateur européen de demandes de traitement* (TDI, Treatment Demand Indicator) édicté par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, un épisode de traitement est défini comme étant la « période de soins entre le début du traitement pour un problème [...] de drogue et la fin des services pour le protocole de soins prescrit » (EMCDDA, 2012, p. 33). L'identification d'une admission est évidente lorsque le patient ou la patiente commence pour la première fois de sa vie un traitement de substitution. L'identification d'une admission pour un nouvel épisode de traitement (par exemple, une reprise de traitement après une tentative de sevrage) est plus problématique, car il faut exclure les arrêts administratifs (p.ex. changement de médecin, hospitalisation ou emprisonnement) et elle dépend de la période de temps écoulée depuis l'annonce de l'arrêt du traitement précédent. En particulier, dans le cas des traitements de substitution, 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, assurant ainsi un haut degré de fiabilité et d'actualisation des données démographiques et sur les modalités de traitement (type de substance, dose, lieu de remise). Il faut toutefois noter que certaines incompatibilités entre les systèmes de saisie cantonaux ne permettent pas d'exclure complètement de « fausses » admissions (c'est-à-dire sans interruption effective de la médication) résultant d'un changement de domicile entre deux cantons avec des systèmes de saisie différents.

### 2.4 Statistiques de fins de traitements

La statistique de fins de traitement (Chapitre 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). Comme indiqué précédemment, certaines incompatibilités entre les systèmes de saisie cantonaux ne permettent pas d'exclure complètement les « fausses » fins de traitement (c'est-à-dire, une annonce de fin de

traitement dans un canton, qui se poursuivra dans un autre) résultant d'un changement de domicile entre deux cantons avec des systèmes de saisie différents.

## 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 2021, cette analyse a pu être réalisée sur un total 13'337 personnes uniques dans 24 cantons. Les résultats indiquent qu'environ 1.9% des personnes ont été enregistrées dans deux cantons au cours de la même année. Ce taux est stable par rapport aux années précédentes (2019 : 2.0% ; 2020 : 2.1%; Labhart & Maffli, 2020, 2021). Ces 247 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 pas comptées dans les statistiques d'admissions ni de fins de traitement.

## 2.6 Couverture cantonale et nationale

Pour l'année 2021, la grande majorité des cantons ont fourni des données individuelles anonymisées relatives aux personnes suivant un traitement de substitution (Tableau 1). La majorité des cantons a adopté le système fédéral *Substitution Online* développé depuis 2014, dont le questionnaire permet de remplir la mission d'observatoire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avec une bonne compatibilité avec les normes européennes en vigueur.

Tableau 1 : Formats des données fournies par les cantons pour les différentes statistiques (2021)

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

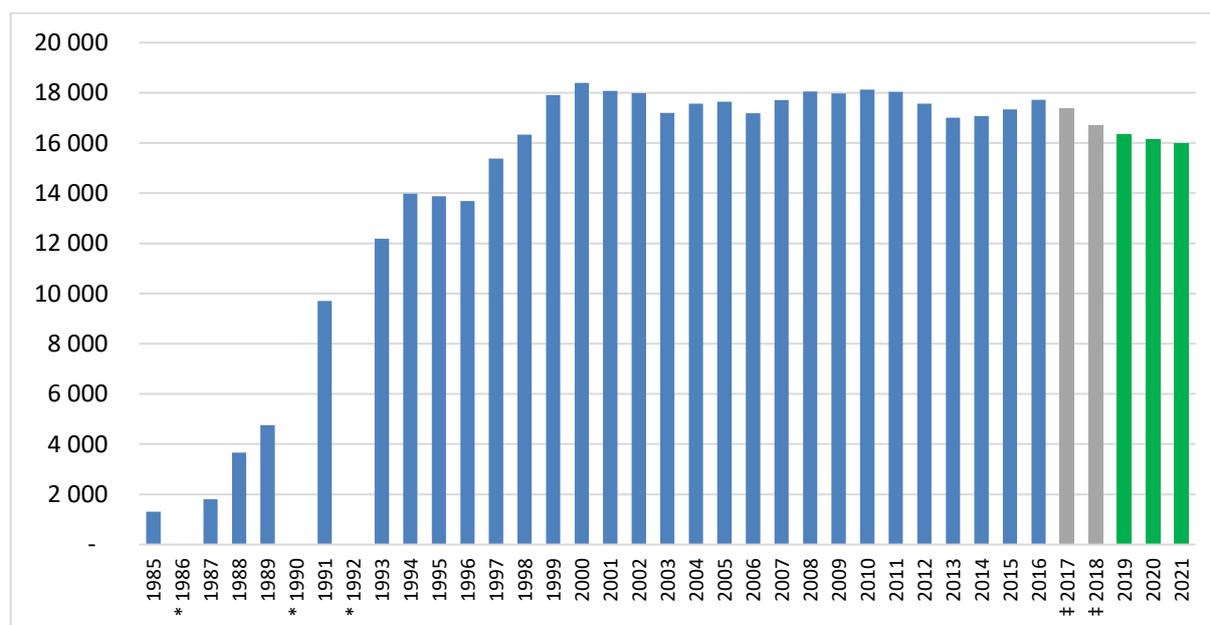
### 3. Evolutions et tendances

#### 3.1 Nombre annuel de personnes en traitement, depuis 1985

L'évolution du nombre de personnes sous TAO en Suisse a essentiellement suivi trois phases distinctes. Tout d'abord, le nombre de personnes en traitement de substitution 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 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 jusqu'en 2016, aux environs de 17'000 à 18'000 personnes.

Figure 1 : Nombre de personnes en traitement de substitution, de 1985 à 2021



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.

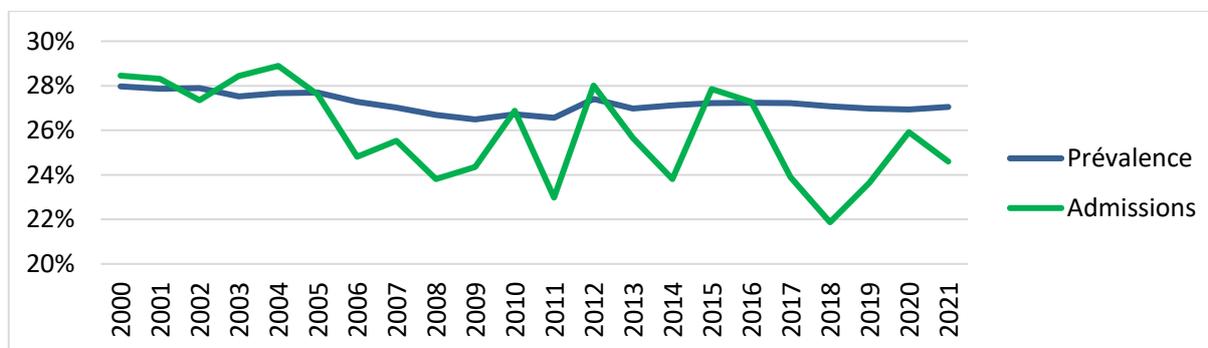
La troisième phase a commencé en 2016, avec une diminution progressive du nombre total de personnes sous TAO, et passant sous la barre des 16'000 en 2021. Il est à noter que l'adoption par la plupart des cantons du système de saisie *Substitution Online* a permis de nombreuses améliorations au niveau des statistiques cantonales et fédérales entre 2017 et 2018. Ces améliorations concernent notamment un contrôle renforcé des dates de début et de fin de traitement (depuis 2017) et la détection des doublons inter-cantonaux (depuis 2018). Les résultats des dernières années ne sont ainsi pas directement comparables aux années précédentes, car la diminution de la prévalence de traitement observées en 2017 et

2018 reflète en partie ces changements de méthode de calcul. Cependant, les données depuis 2019 montrent clairement la poursuite d'une tendance à la baisse. Cette baisse 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 substitution à la diacétylmorphine (Gmel et al., 2022).

### 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, mais suit une légère tendance à la baisse (27.0% en 2021 ; Figure 2). La proportion annuelle de femmes parmi les admissions en traitement suit une tendance similaire, mais avec des variations annuelles un peu plus marquées.

Figure 2 : Part de femmes en traitement de substitution par année, de 2000 à 2021



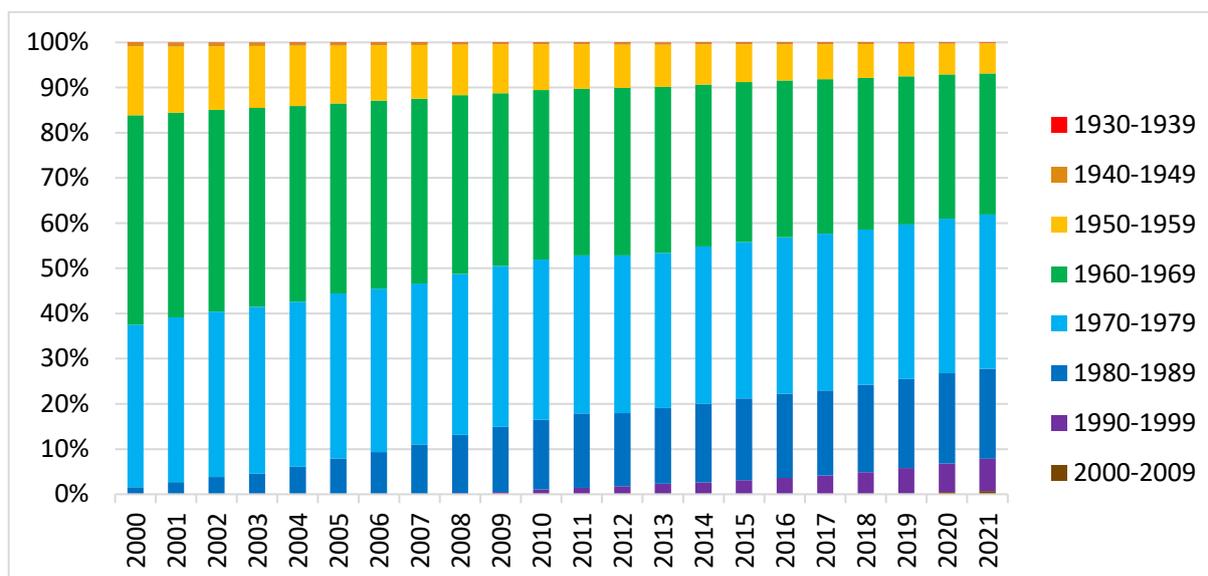
Notes : Cantons représentés par année : voir Tableau A1 en annexe.

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

Comme mentionné précédemment, le nombre de personnes en traitement de substitution 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 65% en 2021 (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 en traitement de substitution, par cohorte d'année de naissance, de 2000 à 2021



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

Après l'an 2000, nous observons l'arrivée d'une nouvelle vague d'utilisateur·e·s jusqu'en 2011, période durant laquelle la cohorte des personnes nées dans les années 80 a commencé un traitement de substitution. 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. On note toutefois que la cohorte des personnes nées dans les années 80 a continué de croître pour atteindre 20% en 2021.

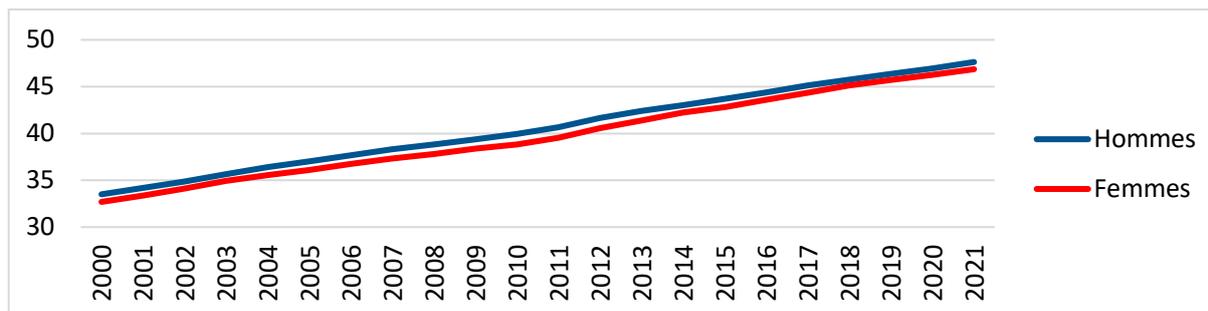
Depuis 2010, on observe l'arrivée d'une nouvelle cohorte, celles des personnes nées dans les années 90. Bien que sa part reste relativement faible en comparaison des cohortes précédentes (7% en 2021), sa présence rappelle que les traitements de substitution répondent non seulement au besoin de maintenir en bonne santé des personnes en traitement depuis longtemps, mais offrent également une alternative sûre aux nouveaux·elles usager·e·s d'opioïdes illégaux.

En ce qui concerne la dernière cohorte, près de 1% des personnes en traitement en 2021 sont nées après l'an 2000. 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 tend à augmenter progressivement de 0.7 an en moyenne par année (Figure 4). Cette augmentation est la conséquence de la présence massive des cohortes mentionnées au chapitre précédent. Ce phénomène n'est toutefois pas limité à la Suisse, et s'observe également dans d'autres pays européens (Nordt et al., 2018).

Figure 4 : Age moyen des personnes en traitement de substitution, de 2000 à 2021

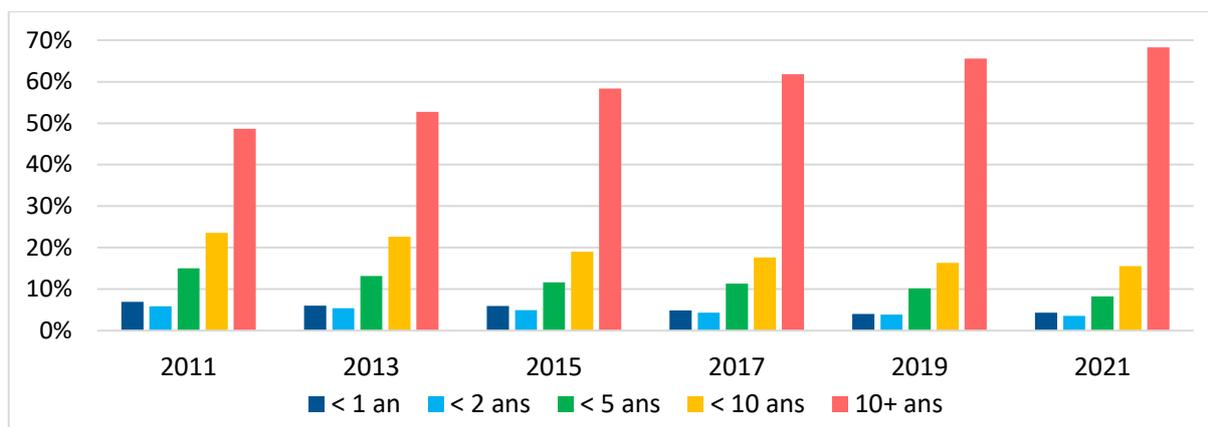


Note : Cantons représentés par année : voir colonne « Prévalence » du Tableau A1 en annexe.

### 3.5 Durée de traitement, depuis 2011

En 2021, près de deux tiers des personnes sous TAO étaient en traitement depuis plus de 10 ans (Figure 5). Vu la faible incidence annuelle observée ces dernières années, il est même probable qu'une majorité de ces personnes soient en traitement depuis près de 20 ans, mais les données d'avant l'an 2000 sont trop lacunaires pour le confirmer. Au cours de la dernière décennie, on observe que la part annuelle de personnes qui sont traitement depuis plus de 10 ans tend à augmenter, alors que toutes les autres catégories temporelles 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) mais 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 de traitement (Figure A1). Il est à noter que ces calculs n'ont été réalisés que sur les cantons disposant d'un fichier de données complets sur au moins 20 ans.

Figure 5 : Evolution de la durée des traitements de substitution, de 2011 à 2021



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

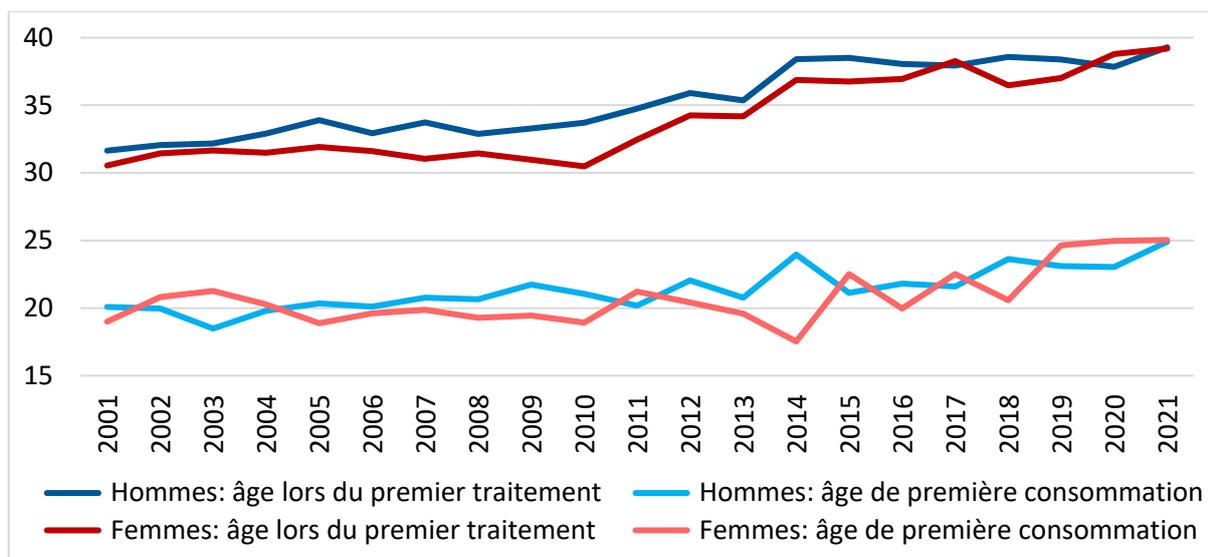
### 3.6 Âges de premier usage d'héroïne et d'entrée en traitement, depuis 2001

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

Sur la base des cantons disposant de données exhaustives sur au moins 20 ans, on observe que, au cours des deux dernières décennies, l'âge moyen de première consommation d'héroïne, tel que déclaré dans les questionnaires d'entrée en traitement, a d'abord été stable (environ 20 ans) entre 2001 et 2011 (Figure 6). Par la suite, il a légèrement augmenté, pour atteindre environ 25 ans en 2021, 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 15 ans par rapport à l'âge de première consommation. Les données présentées dans la Figure 6 diffèrent légèrement de celles du chapitre 5.2, car il s'agit d'un sous-échantillon de cantons.

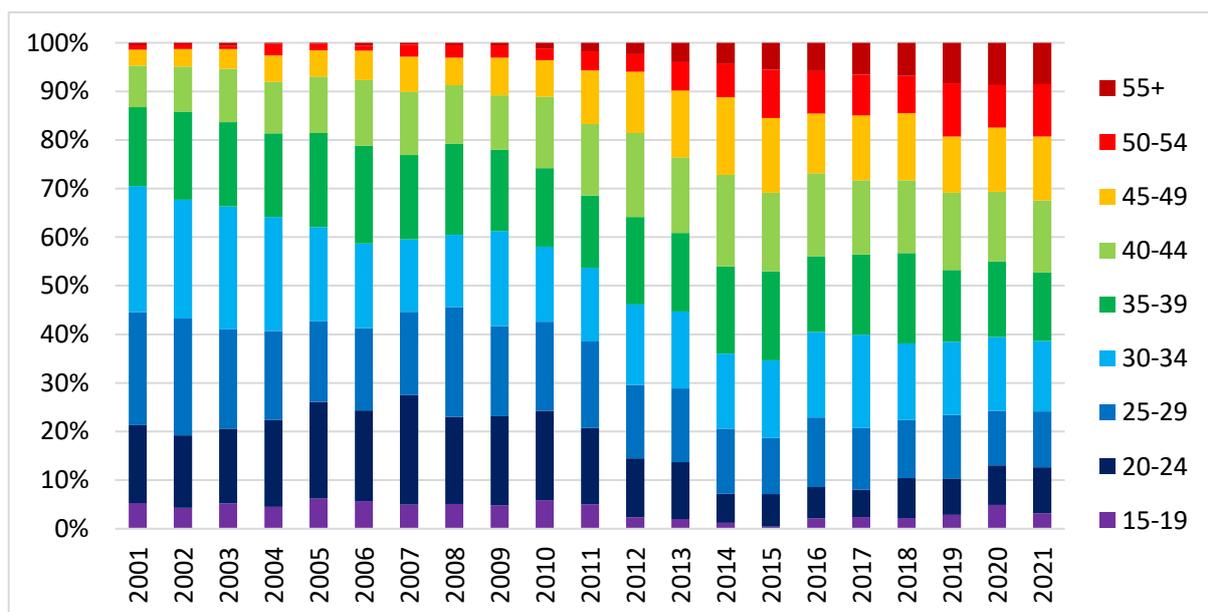
Figure 6 : Age moyen de première consommation et d'entrée en traitement, de 2001 à 2021



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 traitement de substitution est restée assez stable, et à un haut niveau, jusqu'au tournant de 2010. Elle a ensuite progressivement diminué, pour représenter moins de 25% des admissions depuis 2014. Cette tendance, qui suggère une baisse de l'usage d'opioïdes et de leur attrait auprès des nouvelles générations au cours des dix dernières années, s'observe également dans la représentation par cohorte (voir Figure 3) ainsi que dans les statistiques du nombre de décès liés à la consommation de drogue (Observatoire suisse de la santé, 2018)

Figure 7 : Âge d'entrée en traitement, par groupe d'âge de 2001 à 2021



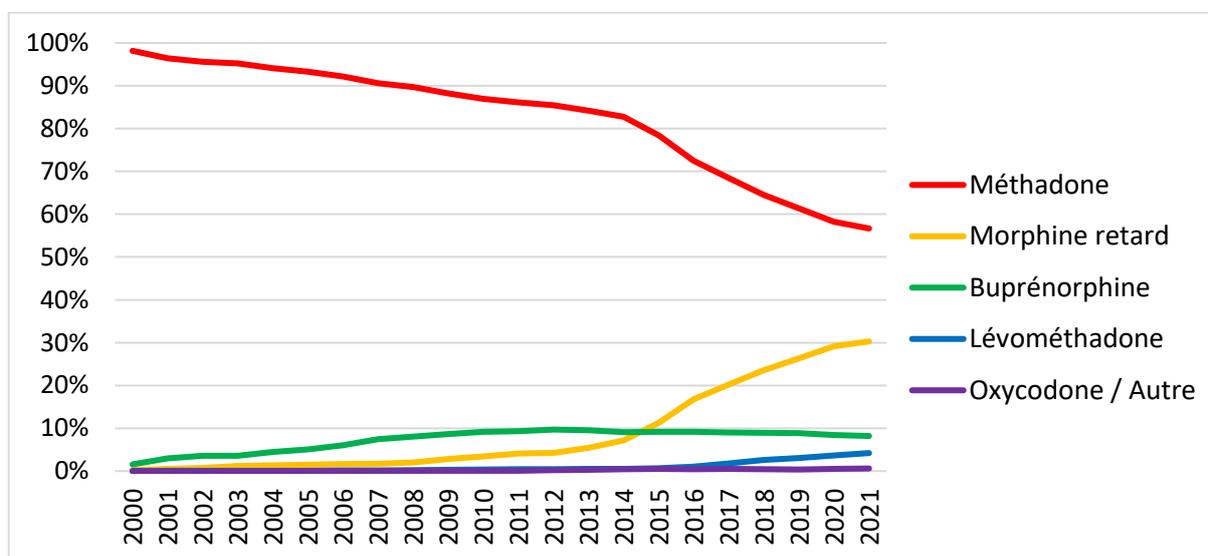
Note : Cantons représentés : BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

### 3.7 Evolution des types de substance de substitution prescrite, depuis 2000

La Figure 8 montre une diminution progressive de la part de traitements avec prescription de méthadone (p.ex. préparation magistrale, Méthadone Streuli®, Kétalgine®) depuis le début des années 2000 (Nordt et al., 2015). Dans un premier temps, cette baisse a été compensée par une augmentation du nombre de traitements recourant à la buprénorphine (p.ex. Subutex®), puis, depuis 2013, par une forte augmentation du nombre de traitements avec prescription de morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®). La diffusion de la morphine retard s'expliquerait par le fait que, en comparaison des autres substances de substitution, 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 (Baschirotto et al., 2020).

Il est à noter que ces données concernent l'ensemble des personnes en traitement. En ce sens elles diffèrent sensiblement de la distribution des types de substances pour les premières admissions (42% de méthadone et 43% pour la morphine retard en 2021, cf. Figure 20). Ce décalage peut être expliqué par la réticence des médecins et patient·e·s à changer les modalités d'un traitement déjà en cours, mais il ne fait pas de doute que la part de morphine retard devrait continuer à augmenter dans les années à venir.

Figure 8 : Types de substances de substitution prescrites par année, de 2000 à 2021



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

### **Encadré : Mise en perspective par les professionnels du terrain**

L'évolution des chiffres annuels nous ont amenés à nous questionner sur les raisons et les implications pratiques de l'augmentation significative de part de prescriptions de morphine retard. Nous avons pour ceci mené une petite recherche exploratoire en consultant la littérature et en interviewant quelques experts actifs dans ce champ. Cette section a ainsi été réalisée grâce aux apports théoriques et pratiques de Olivier Simon, médecin responsable de l'Unité hospitalière du Service de médecine des addictions du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Nathalie Tosi, pharmacienne responsable de la Pharmacie Amavita Chêne-Bourg et de la Fondation Phenix, et Tiago Gois, responsable d'Equipe de Soins au Service d'addictologie du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

### **Méthadone ou morphine retard, connaissances et pratiques**

D'une manière générale, les modalités de traitement par agonistes opioïdes (TAO) sont définies en accord avec le ou la patient-e afin d'optimiser l'adhérence au traitement. Les différentes possibilités de traitement sont exposées au ou à la patient-e ainsi que les effets indésirables et les modes d'administrations (Conti et al., 2017). Actuellement (Figure 8 ci-dessus), le TAO le plus fréquemment prescrit auprès de l'ensemble des patient-e-s en traitement est la méthadone. Selon la littérature et les experts interviewés, cette substance présente plusieurs avantages, notamment un coût moyen plus faible que les autres TAO et plus de 50 ans d'expérience de prescription, ce qui permet d'avoir des connaissances certaines sur ses effets. Un effet thymorégulateur (régulation de l'humeur) est également décrit lors de traitement sous méthadone. Toutefois, des effets indésirables importants peuvent également être rapportés par les usagers et prescripteurs, dont un risque de trouble du rythme cardiaque, de nombreuses interactions médicamenteuses, un important effet sédatif, des troubles du sommeil, une constipation sévère, une diminution de la libido et une grande variabilité individuelle.

Lorsque la méthadone n'est pas supportée, d'autres substances utilisées en TAO, comme la morphine retard, peuvent être prescrites. L'efficacité de cette dernière a été démontrée comme étant « non inférieure à la méthadone », elle ne provoquerait pas de sudation ou de trouble du rythme cardiaque et aurait moins d'interactions avec d'autres substances (Conti et al., 2017). De plus, les variabilités individuelles en matière de pharmacocinétique seraient moindres, ce qui permet un ajustement du traitement plus rapide en comparaison à la méthadone. Le prix de la morphine retard est cependant deux fois plus élevé que celui de la méthadone si l'on compare le prix des doses quotidiennes moyennes (Conti et al., 2017). Néanmoins, selon les experts interviewés, cet apparent désavantage serait à nuancer au regard des variabilités individuelles pouvant impliquer une dose quotidienne nettement plus élevée ou plus basse que la moyenne en fonction du métabolisme de certains patient-e-s. En d'autres termes, le prix d'un traitement de morphine retard serait comparable au prix d'un traitement de méthadone pour un ou une patient-e ayant besoin d'une grande quantité de cette dernière.

Par ailleurs, la morphine retard pourrait être plus sujette à un usage détourné. En effet, grâce à certaines manipulations chimiques, il est possible d'en extraire de la morphine pure dont une quantité inférieure aurait un effet équivalent lors de l'injection. Cela permet alors à certain-e-s patient-e-s de vendre ou d'échanger illégalement l'excédent de morphine qui leur est prescrite. De plus, cette extraction peut être utilisée pour obtenir un effet dit « flash », qui est absent lors de prises de méthadone administrés par voie orale. Il est toutefois important de noter que l'ensemble des médicaments agonistes opioïdes sont

potentiellement sujets à un usage détourné lorsque la remise et l'administration ne sont pas suffisamment supervisées.

### **Historique de la morphine retard**

Depuis de nombreuses années, différentes galénique de morphine à libération prolongée, dont le MST®, était prescrit en off-label dans le cadre de TAO – la prescription off-label pouvant toutefois être sujette à un non-remboursement du traitement par les caisses maladies et mener à des frais importants pour la personne en traitement. L'appellation de cette forme de morphine, dite « retard », provient du fait que sa formulation permet une libération lente et continue (typiquement 12h ou 24h selon les spécialités). Sa prise en tant que TAO est alors quotidienne ou biquotidienne, et son efficacité est apparue comparable à celle de la méthadone. Ainsi, la morphine retard s'est profilée comme une alternative valable au traitement à la méthadone pour les patient·e·s ne supportant pas cette dernière (Baschiroto et al., 2020).

Le premier médicament de morphine retard à avoir été autorisé pour les TAOs en Suisse est le Sevre-long® en 2013 (Stadelmann et al., 2019). Une augmentation de prescription de celui-ci est d'ailleurs observable dans la Figure 8 dès sa première année de prescription autorisée. Un engouement au niveau clinique a également pu être observé par les prescripteurs à cette même période. Suite à une interruption d'approvisionnement de Sevre-long® en Suisse lors du COVID-19, le Kapanol® a également été autorisé en 2021 (SSAM, 2021), à raison d'une prise par jour. Actuellement, ce sont les deux seuls médicaments à base de morphine retard qui ne sont pas prescrits off-label.

### **Observations et impact sur la pratique**

Lors des entretiens avec les trois professionnels de la santé liés à la prescription de TAO, différentes observations et enjeux relatifs à l'augmentation de la part de prescriptions de morphine retard ont été mis en évidence.

Les problématiques des bénéficiaires de TAO et leurs demandes évoluent avec le temps. Ainsi, le changement est en partie initié par les patient·e·s eux-mêmes qui demandent à leur médecin ou institution de prise en charge de changer pour un TAO à base de morphine retard, notamment après avoir entendu parler de cette possibilité auprès de connaissances ou d'amis. Le changement peut également avoir lieu après une tentative de sevrage ou lors du changement de médecin ou d'institution.

La méthadone peut avoir un effet de « contenant psychique » bénéfique pour les patient·e·s sujets à des troubles anxieux, mais parfois néfaste pour les patient·e·s réinsérés socialement et professionnellement. Ces derniers peuvent se sentir limités dans leurs capacités et opteraient préférentiellement pour la morphine retard, qui ne produirait pas un effet dit de « casque ».

En ce qui concerne le risque de détournement, il semblerait que cela ne soit pas un critère déterminant dans le choix des TAO. Les déplacements à l'étranger également ne seraient pas source de problème car les deux types de substances peuvent être emportée pour plusieurs semaines tant que le séjour a lieu à l'intérieur de l'espace Schengen.

Il n'existe pas uniquement des avantages ou inconvénients pour la personne en traitement mais également pour les professionnels de la santé. En effet, la méthadone remise sous forme de sirop nécessite une préparation individuelle en amont (en pharmacie ou en institution) et donc du personnel. La morphine retard, quant à elle, se présente sous forme de gélule et ne nécessite donc pas de préparation particulière dans le lieu de remise. Quel que soit la substance, cependant, une partie de la responsabilité de prise des TAO repose

sur les pharmacies, qui peuvent être amenées à superviser la prise de la substance, notamment dans le cas d'une remise quotidienne. Un tel dispositif demande des ressources en temps et en locaux que toutes les pharmacies n'ont pas forcément à disposition.

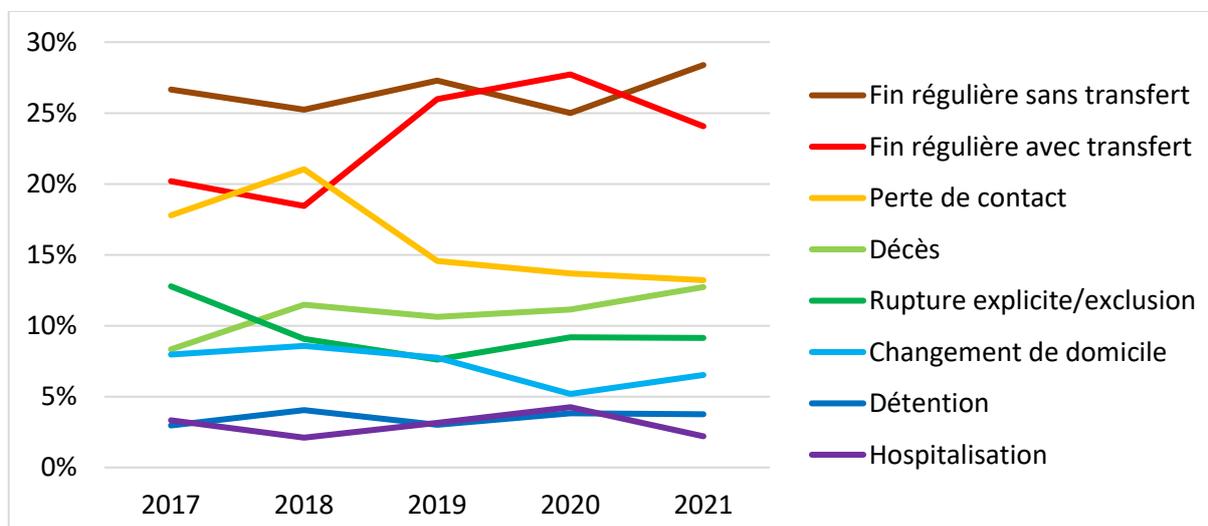
La forme galénique de la morphine retard (comprimés) pouvait être perçue comme un frein au sevrage car de très petites doses n'étaient pas disponibles avec le Sevre-long® (minimum 30mg). En effet, de grand pallier de réduction de doses peuvent provoquer de la réticence ou de la peur chez la personne en traitement, retardant ou entravant le processus de sevrage. Cependant, le conditionnement du Kapanol® en plus petites doses, ou l'usage d'autres spécialités contenant de la morphine en fin de sevrage (p.ex. Tramadol®) semble permettre une réduction par paliers plus fins. Il est aussi possible de passer en fin de sevrage au Subutex®.

Il est à ce jour difficile de faire des prévisions sur l'évolution des préférences en matière de prescription. Ces préférences sont en partie liées aux conditions-cadres de l'OASup, dont la révision est souhaitée par l'ensemble des organisations professionnelles, afin de tenir compte des connaissances les plus récentes. Cependant, d'une manière plus générale, on remarque que la consommation d'opioïdes illégaux diminue en Suisse, tout comme le nombre de TAO. Après des nouveaux et nouvelles patient·e-s, les opioïdes tendent à être plus fréquemment utilisés comme accompagnement à la consommation d'autres substances, tels que des stimulants puissants (p.ex. cocaïne). Dans ce contexte, la diminution du nombre de patient·e-s sous TAO devrait se poursuivre à l'avenir.

### 3.8 Circonstances de fin de traitement, depuis 2017

Les raisons de fin de traitement ont peu évolué au cours des dernières années. De manière stable depuis 2017, environ un quart des fins de traitement concerne un sevrage a priori réussi (fin sans transfert). Un autre quart concerne la poursuite du traitement auprès d'une autre instance (p.ex. changement de médecin, d'institution ou de famille de substance). Il est à noter que la part de décès parmi les motifs de fin de traitement progresse lentement (13% en 2021), ce qui, extrapolé au nombre total de sorties, représente environ 240 personnes annuellement.

Figure 9 : Circonstances de fin de traitement par année, de 2017 à 2021



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

## 4. Statistiques de prévalence de traitement en 2021

### 4.1 Nombre de personnes en traitement sur l'année

Le monitoring recense 15'996 personnes qui ont été au moins un jour en traitement de substitution au cours de l'année 2021. Le Tableau 2 présente la répartition de la prévalence de traitement 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 en cours d'année. Cela concerne environ 1.9% du total des personnes, sachant que ce contrôle a pu être réalisé sur un total de 13'337 personnes uniques dans 24 cantons (hormis ZG et ZH).

Tableau 2 : Nombre de personnes en traitement de substitution, par sexe et canton (2021)

Canton	Hommes	Femmes	Sexe non connu	Total
Total *	11'543	4294	159	15'996
AG	506	213	0	719
AI	2	0	0	2
AR	95	33	0	128
BE	1'865	714	0	2'579
BL	297	106	0	403
BS	655	279	0	934
FR	428	105	0	533
GE	902	302	0	1'204
GL	45	12	0	57
GR	218	64	0	282
JU	91	41	0	132
LU	568	205	0	773
NE	443	177	0	620
NW	24	8	0	32
OW	30	10	0	40
SG	618	189	0	807
SH	72	24	0	96
SO	454	175	0	629
SZ	52	26	0	78
TG	288	99	0	387
TI	685	221	0	906
UR	8	2	0	10
VD	1'135	476	0	1'611
VS	304	71	0	375
ZG	51	21	2	74
ZH	1'890	785	157	2'832
Doublons intercantonaux	-183	-64	0	-247

Note : \* Total sans doublons intercantonaux.

## 4.2 Prévalence journalière

Le Tableau 3 présente le nombre moyen de personnes en traitement de substitution sur un jour de l'année. Dans la plupart des cantons, le taux moyen de personnes en traitement par jour représente environ 80% à 90% de la prévalence annuelle de traitements. En 2021, la prévalence journalière moyenne était de 86.5% par rapport à la prévalence annuelle, ce qui correspond à 14'197 personnes sur l'ensemble de la Suisse.

Tableau 3 : Prévalence journalière, par canton (2021)

Canton	Nombre moyen par jour	% de la prévalence annuelle
AG	651.4	90.6%
AI	2.0	100.0%
AR	102.4	80.0%
BE	2'114.1	82.0%
BL	370.6	92.0%
BS	878.7	94.1%
FR	478.9	89.8%
GE	1'090.7	90.6%
GL	*	*
GR	234.1	83.0%
JU	121.9	92.3%
LU	707.8	91.6%
NE	534.5	86.2%
NW	29.3	91.6%
OW	35.9	89.6%
SG	697.3	86.4%
SH	81.9	85.3%
SO	557.3	88.6%
SZ	69.2	88.7%
TG	339.3	87.7%
TI	838.8	92.6%
UR	9.9	99.0%
VD	1'346.4	83.6%
VS	320.1	85.4%
ZG	63.97	86.4%
ZH	2'482.9	87.7%
<i>Total</i>	14'197.2	86.5%

Notes : \* incertitudes sur l'enchaînement des traitements en cours d'année 2021.

Les traitements séparés par 60 jours ou moins sont considérés comme continus (voir chapitre 2.3).

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 traitement de substitution

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

Le Tableau 4 montre la répartition des patient-e-s selon la modalité de leur traitement. Sur l'ensemble des cantons, un peu plus de trois quarts (77.2%) des personnes en traitement de substitution étaient au bénéfice d'un traitement continu, c'est-à-dire sans interruption au cours de l'année. Ces chiffres rappellent que les traitements de substitution visent, dans un premier temps, à permettre aux personnes initiant un traitement de réduire leur consommation de substances illégales sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation, mais qu'il s'agit souvent d'un traitement sur le long terme (maintenance), parfois à vie.

Tableau 4 : Part de patient-e-s selon la modalité de traitement, par canton (2021)

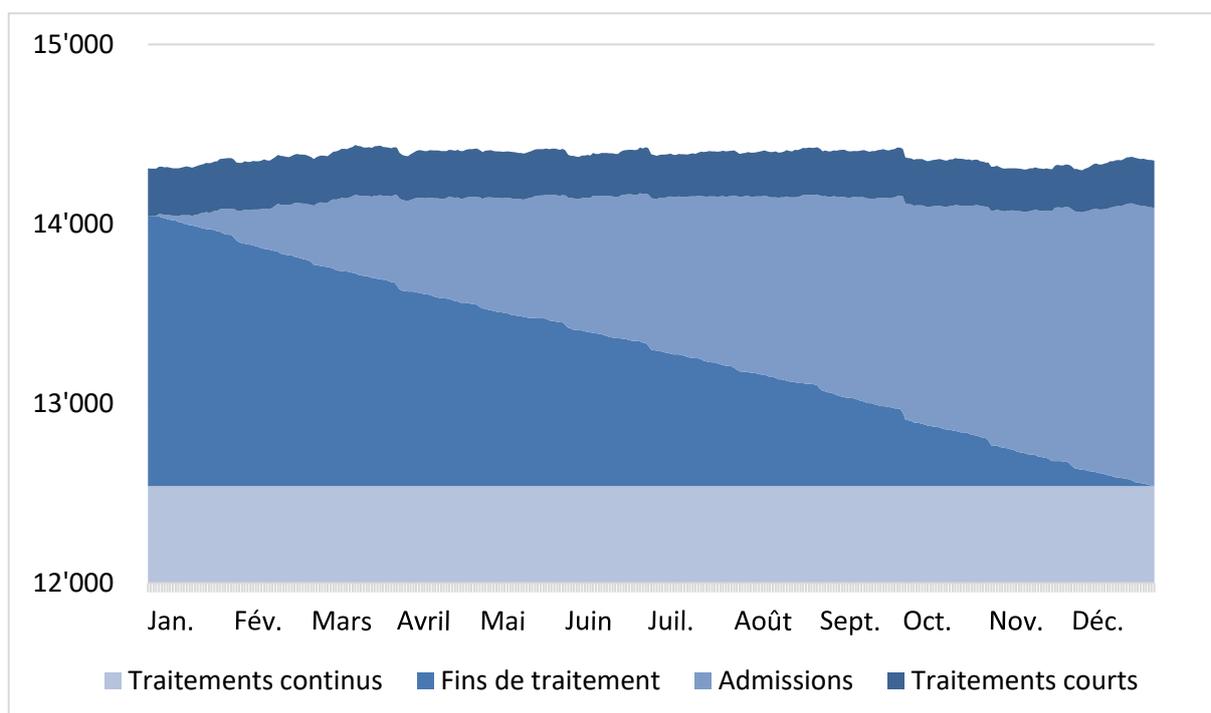
Canton	Traitements continus	Admissions	Fins de traitement	Traitements courts
AG	80.5%	10.7%	6.8%	1.9%
AI	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
AR	65.6%	19.5%	9.4%	5.5%
BE	76.8%	8.6%	10.3%	4.2%
BL	84.6%	8.4%	4.7%	2.2%
BS	90.8%	3.6%	3.9%	1.7%
FR	82.6%	7.9%	6.2%	3.4%
GE	81.5%	7.8%	6.6%	4.2%
GL	*	*	*	*
GR	69.9%	11.0%	8.9%	10.3%
JU	82.6%	9.1%	6.1%	2.3%
LU	83.3%	8.7%	6.0%	2.1%
NE	71.5%	13.9%	9.8%	4.8%
NW	87.5%	0.0%	9.4%	3.1%
OW	70.0%	12.5%	12.5%	5.0%
SG	73.7%	11.9%	9.5%	4.8%
SH	70.8%	12.5%	13.5%	3.1%
SO	78.5%	8.9%	9.9%	2.7%
SZ	75.6%	10.3%	10.3%	3.8%
TG	75.7%	12.1%	8.3%	3.9%
TI	85.3%	5.6%	6.4%	2.6%
UR	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%
VD	62.1%	17.8%	14.7%	5.3%
VS	75.7%	9.3%	8.0%	6.9%
ZG	73.0%	4.1%	17.6%	5.4%
ZH	77.2%	7.5%	11.2%	4.2%
<i>Total</i>	<i>77.2%</i>	<i>9.5%</i>	<i>9.2%</i>	<i>4.0%</i>

Notes : \* incertitudes sur l'enchaînement des traitements au cours de l'année.

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

En outre, on recense environ 9.5% de personnes qui ont été admises pour un traitement qui s'est poursuivi au-delà du 31 décembre, 9.2% de fins de traitements sans reprise au 31 décembre et 4.0% de traitements « courts » qui ont été commencés et arrêtés en cours d'année. Le nombre d'admissions et fins de traitement tendent à se compenser mutuellement, raison pour laquelle la prévalence annuelle est globalement stable sur l'année et ne tend que légèrement à diminuer au cours des dernières années (cf. Figure 1). On remarque par ailleurs que le nombre quotidien de personnes en traitement est également stable tout au long de l'année (Figure 10).

Figure 10 : Nombre de personnes en traitement, par modalité de traitement et par jour (2021)

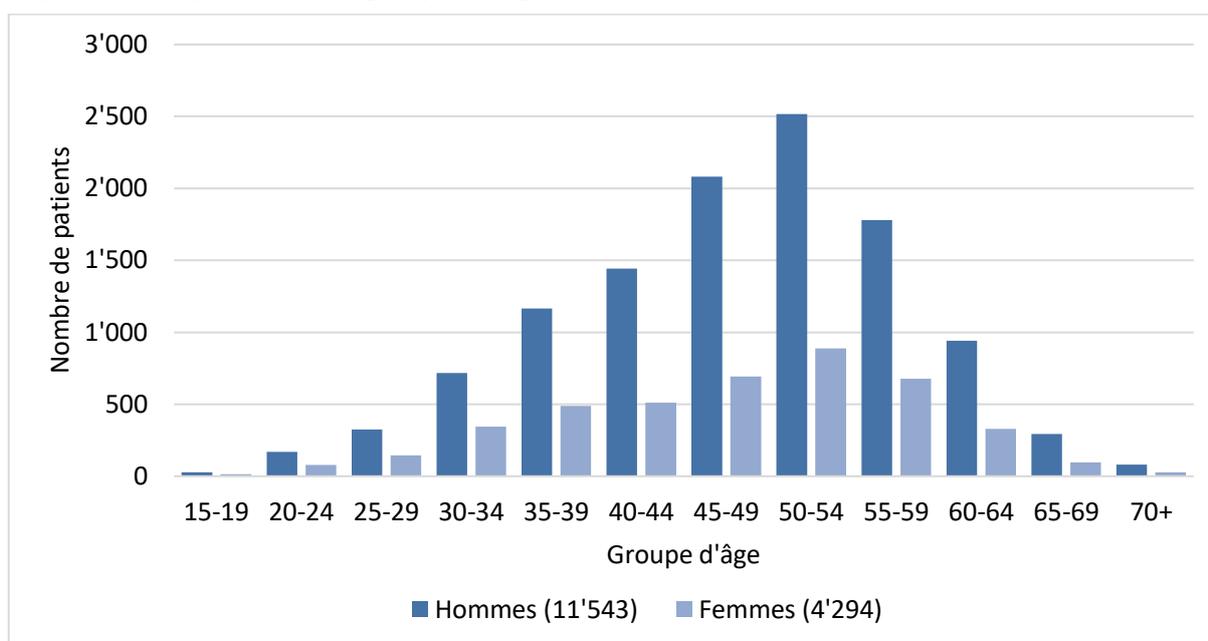


Note : voir Figure A2 en annexe pour une présentation avec l'axe Y non-tronqué (depuis 0).

### 4.3 Profil démographique

La Figure 11 présente le nombre de patient·e·s en traitement de substitution, par tranches d'âge de 5 ans et par sexe. La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 50 à 54 ans, tant pour les hommes que pour les femmes, suivie par les 45 à 49 ans et les 55 à 59 ans. Comme illustré au chapitre 3.3, la présence prépondérante de cette cohorte dans les statistiques de substitution s'explique par le pic historique d'apparition d'usager·ère·s d'héroïne dans les années 1980 et au début des années 1990 (Nordt et al., 2018; Nordt & Stohler, 2006) et par le caractère chronique de la dépendance aux opioïdes. Alors qu'elles avaient 15 à 25 ans à l'époque, ces personnes ont maintenant 45 à 65 ans. A l'inverse, le quart des patient·e·s qui ont actuellement moins de 40 ans (voir Tableau 4) avaient commencé à consommer de l'héroïne plus récemment. 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 (2.1 fois plus d'hommes que de femmes).

Figure 11 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (prévalence 2021)



Note : Age au 31.12.2021.

En 2021, l'âge moyen des patient·e·s en traitement de substitution s'élève à 48.0 ans chez les hommes et 47.2 ans chez les femmes (voir Tableau 5). Les données détaillées sur l'état civil et la nationalité, en Suisse et par canton, sont consultables directement sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch).

Tableau 5 : Age moyen des personnes en traitement de substitution, par sexe (prévalence 2021)

	N	Moyenne	Percentiles 25	Percentiles 50	Percentiles 75
Hommes	11'543	48.0	41	49	55
Femmes	4'294	47.2	40	49	55

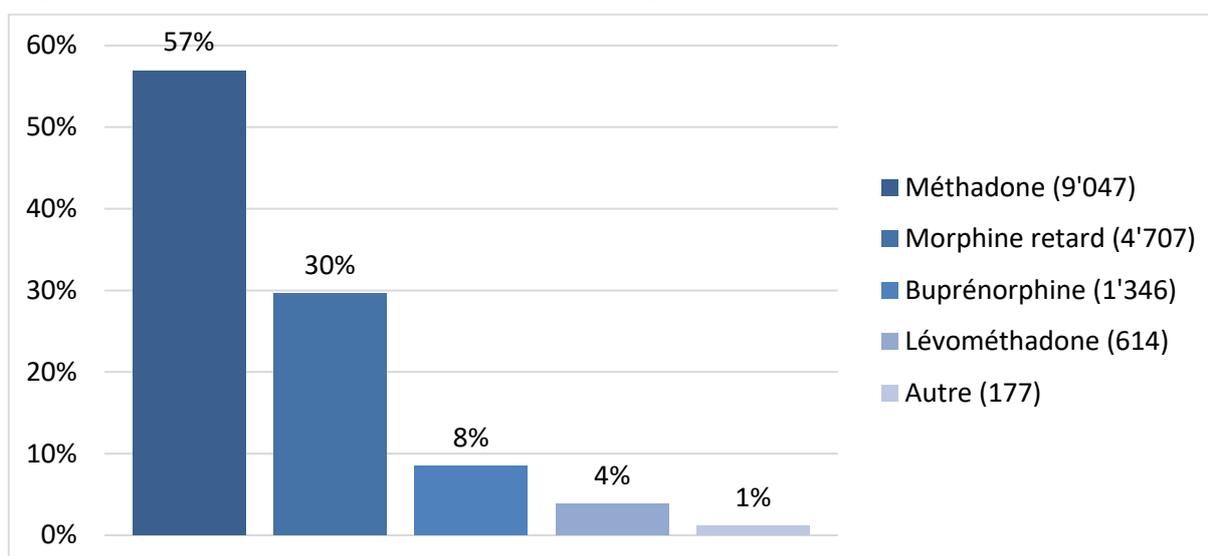
Note : Age au 31.12.2021.

#### 4.4 Substances de substitution

La Figure 12 montre la répartition des traitements de substitution selon le type de substance. A l'échelle nationale, la méthadone (p.ex. Méthadone Streuli®, Kétalgine®) était prescrite dans 57% des traitements, suivie par la morphine retard (p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST® ; 30%) et la buprénorphine (p.ex. Temgesic®, Subutex® ; 8%), alors que les traitements à base de lévométhadone (p.ex. L-Polamidon® ; 4%) et oxycodone (p.ex. Oxycontin®, Oxycodone®) représentent une part très faible.

Ces résultats s'inscrivent dans une tendance à la diminution du nombre de traitements à la méthadone (-3 points de pourcentage par rapport à 2020), compensée par une augmentation du nombre de traitements à la morphine retard (+2 points de pourcentage ; voir Figure 8 dans le Chapitre 3.7 pour les tendances à long terme).

Figure 12 : Types de substances de substitution (prévalence 2021)



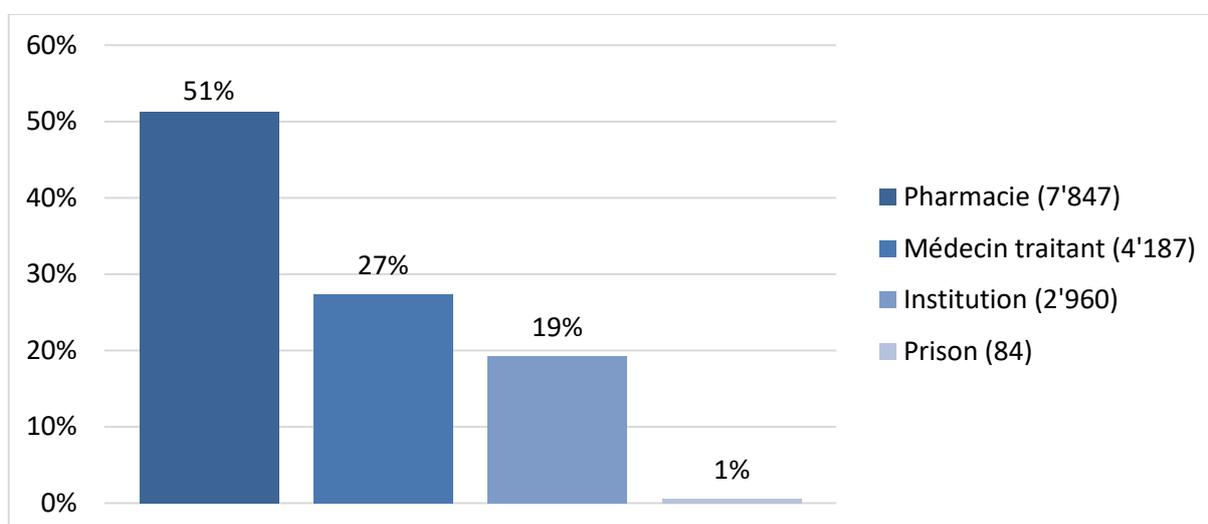
Note : Tous les cantons représentés. La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine).

Les données sur la répartition des types de substances au niveau cantonal sont consultables sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch).

#### 4.5 Remise du produit de substitution

La Figure 13 présente la répartition des lieux de remise du produit de substitution. Au niveau national, environ la moitié des traitements de substitution sont remis en pharmacie, plus d'un quart au cabinet du médecin traitant et un peu moins d'un cinquième dans une institution spécialisée. L'adoption de cette catégorisation n'est toutefois pas uniformisée entre les cantons, il faut donc considérer ces données avec précaution. Les données sur la répartition des lieux de remise du produit de substitution au niveau cantonal sont consultables sur le site [www.substitution.ch](http://www.substitution.ch). Il est à noter que seuls quelques cantons distinguent les prisons des autres institutions (actuellement BE, FR, GR, NE, SG, TI et VS), raison pour laquelle ce type de lieu de remise est probablement sous-estimé au niveau national.

Figure 13 : Lieu de remise (prévalence 2021)



Note : Tous les cantons représentés.

En ce qui concerne la fréquence de remise du produit de substitution, plus de la moitié des patient·e·s vont chercher leur médication une fois par semaine (54%), 21% d'entre eux le font 2 à 3 fois par semaine, 7% 4 à 5 fois par semaine, et 17% le font tous les jours ou presque (données des cantons suivants : AG, FR, GL, GR, JU, NW, OW, TG, VD, VS).

## 5. Statistiques d'admissions

### 5.1 Admissions sur l'année

Le Tableau 6 montre le nombre d'admissions en traitement de substitution sur l'année. L'identification d'une admission est un concept d'apparence simple, mais dont la mise en application statistique est relativement complexe (voir chapitre 2.3). Les variations entre cantons s'expliquent principalement par des différences de systèmes de saisie (voir Tableau 1), de durée des autorisations, ainsi que par la présence d'institutions particulières (p.ex., centre de cure, prison). La proportion par rapport à la prévalence annuelle est très proche de celle des années précédentes (10.8% en 2019, 11.3 en 2020). Il est important de noter que les données de ce chapitre représentent au mieux ce qu'il est actuellement possible de mesurer, mais elles demandent à être confirmées dans les années à venir.

Tableau 6 : Nombre d'admissions en traitement de substitution, par canton (2021)

	Admissions	Part de la prévalence annuelle
AG	85	11.8%
AI	0	0.0%
AR	22	17.2%
BE	283	11.0%
BL	38	9.4%
BS	41	4.4%
FR	50	9.4%
GE	132	11.0%
GL	2	3.5%
GR	56	19.9%
JU	13	9.8%
LU	84	10.9%
NE	74	11.9%
NW	2	6.3%
OW	3	7.5%
SG	105	13.0%
SH	11	11.5%
SO	59	9.4%
SZ	7	9.0%
TG	55	14.2%
TI	76	8.4%
UR	0	0.0%
VD	130	8.1%
VS	40	10.7%
ZG	7	9.5%
ZH	329	11.6%
<i>Total</i>	<i>1'704</i>	<i>10.5%</i>

Comme le montre le Tableau 7, environ un tiers des admissions concernent un premier traitement de substitution et environ deux tiers des admissions concernent la reprise d'un traitement après une interruption (p.ex. tentative de sevrage). Tout comme pour la prévalence de traitement, environ 3 fois plus d'hommes que de femmes ont commencé, ou respectivement repris, un traitement de substitution en 2021.

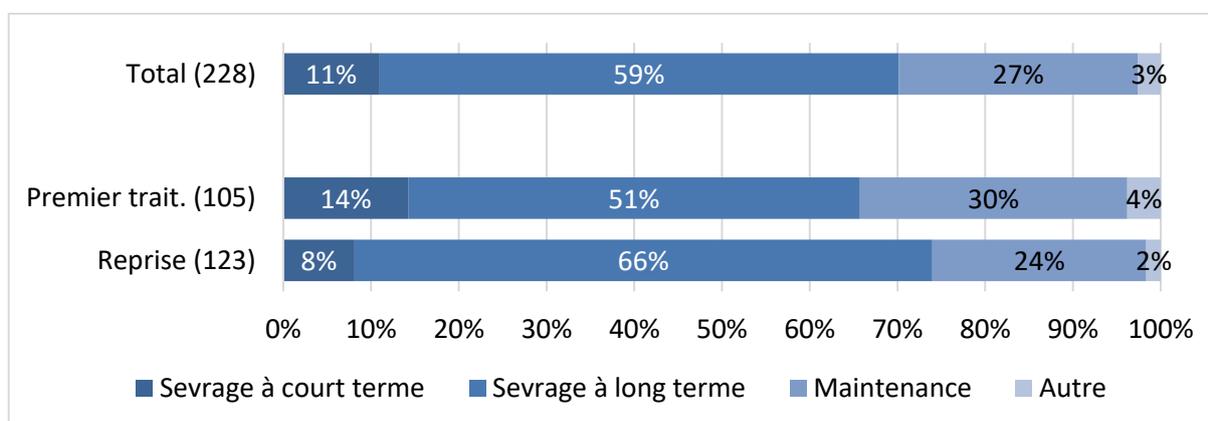
Tableau 7 : Nombre d'admissions en traitement, par type d'admission et par sexe (2021)

	Premier traitement	Reprise	Total
Hommes	406	839	1'245
Femmes	135	271	406
Inconnu	21	32	53
Total	562	1'142	1'704

Note : Tous les cantons représentés.

Sur la base des indications de quatre cantons, plus de la moitié des admissions ont pour objectif un sevrage à long terme, ce taux s'établissant à 66% pour les reprises de traitements (Figure 14). Par ailleurs, environ un quart des entrées pour un premier traitement et 30% lors d'une reprise de traitement a pour objectif la stabilisation de la consommation. Relativement peu de différences sont observables entre les deux types d'entrées. Il faut toutefois noter que seuls quatre cantons ont adopté un questionnaire avec cette question, limitant les enseignements au niveau national.

Figure 14 : Objectif thérapeutique à l'admission (2021)



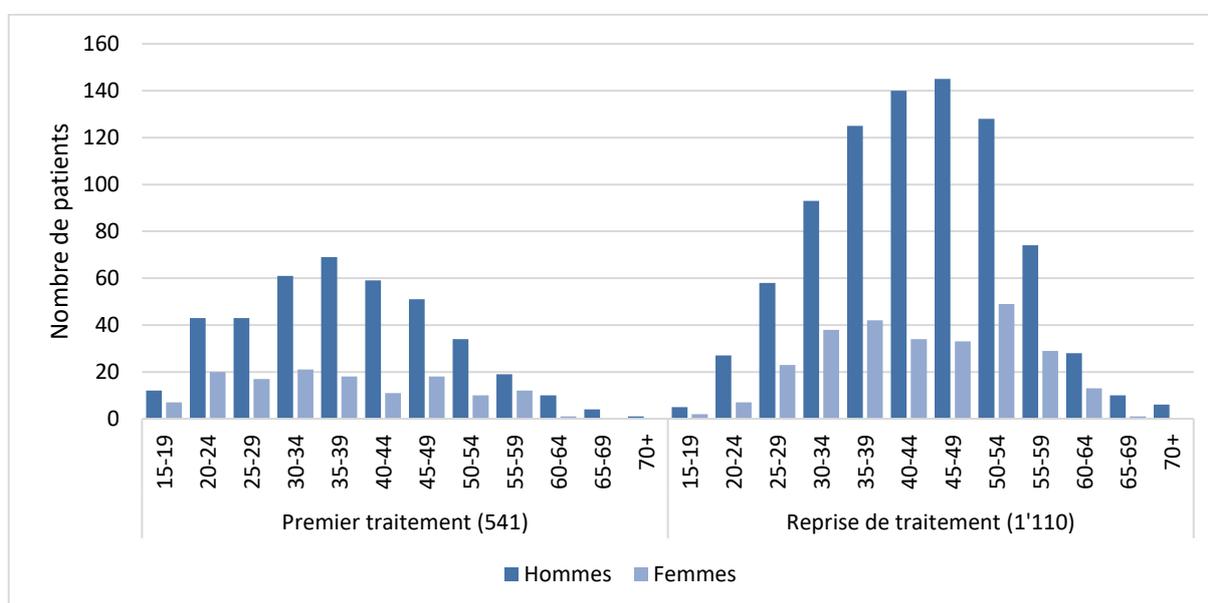
Note : Cantons représentés : AG, FR, NW, VD.

## 5.2 Profil démographique

La Figure 15 compare le nombre de patient·e·s admis 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 = 69) et celle des 30 à 34 ans pour les femmes (N = 21).

Plus d'un quart des nouvelles admissions concerne des personnes de moins de 30 ans (voir aussi Tableau 7). 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 15 : Distribution de l'âge des patient·e·s admis en traitement, par type d'admission et sexe (2021)



Note : Age au 31.12.2021.

L'âge moyen des premières admissions est de 38.2 ans pour les femmes et 36.5 pour les hommes (Tableau 8), alors que l'âge moyen d'une reprise de traitement est sensiblement plus élevé (43.2 et 43.1 ans, respectivement), mais reste inférieur à la moyenne de l'ensemble des personnes en traitement et dont l'admission peut dans certains cas remonter à plusieurs années (47.2 et 48.0 ans, respectivement ; Tableau 5).

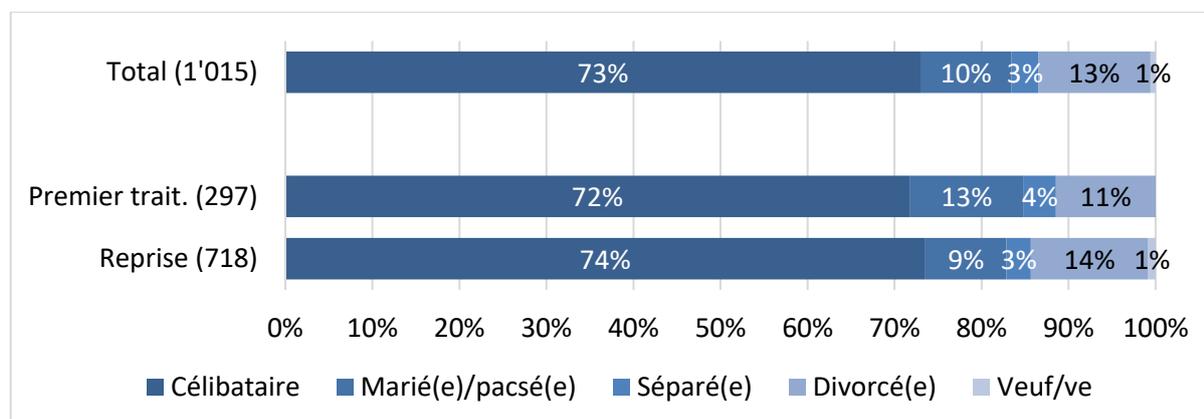
Tableau 8 : Age moyen et quartiles, par type d'admission et par sexe (2021)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	406	38.2	30	38	46
	Femmes	135	36.5	27	35	46
Reprise	Hommes	839	43.2	36	43	51
	Femmes	271	43.1	34	44	52

Note : Age au 31.12.2021.

La Figure 16 présente l'état civil des personnes qui ont commencé, ou respectivement repris, un traitement de substitution en 2021. La majeure partie des personnes concernées étaient célibataires et peu de différences sont visibles entre les deux groupes.

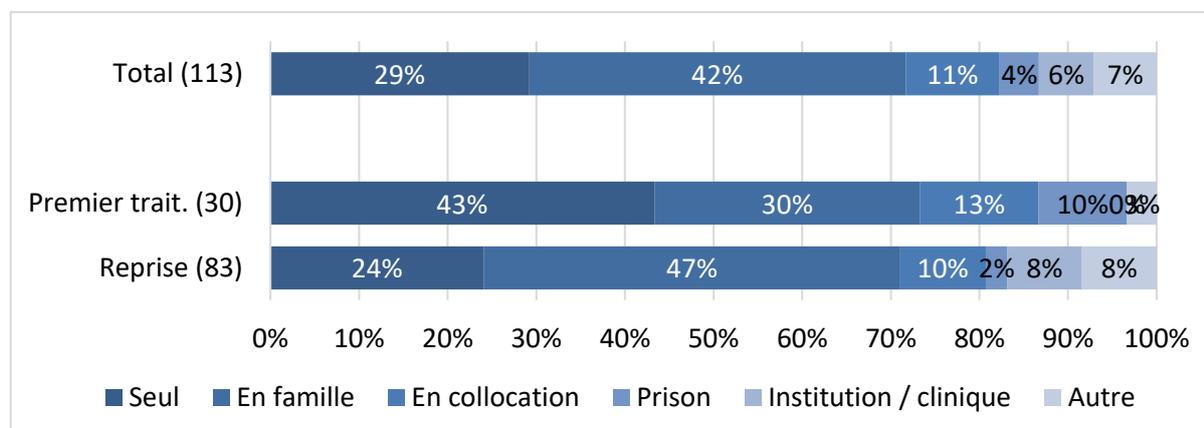
Figure 16 : Etat civil des personnes admises en traitement de substitution, par type d'admission (2021)



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

La Figure 17 présente le lieu de vie des personnes qui ont commencé ou repris un traitement de substitution en 2021 dans quatre cantons. La catégorie la plus représentée concerne les personnes vivant en famille, surtout en cas de premier traitement. Par ailleurs, environ 10% des personnes admises en traitement résidaient en institution ou en prison. Quelques variations sont visibles entre les deux groupes d'admission. Il est important de noter que les informations disponibles sur cet indicateur ne proviennent que de quatre cantons, et qu'elles ne sont pas forcément représentatives de la situation dans les autres cantons.

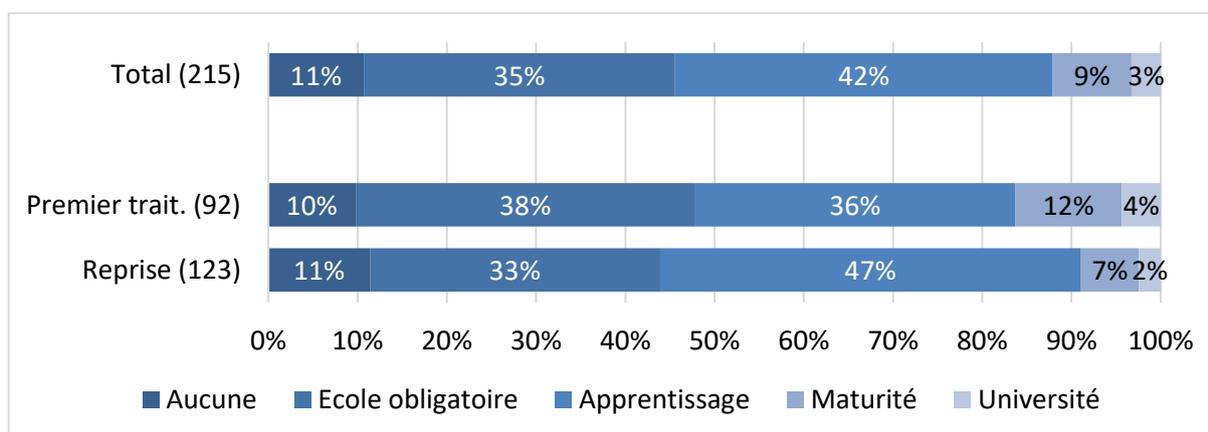
Figure 17 : Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (admissions 2021)



Note : Cantons représentés : AG, BL, FR, NW.

La Figure 18 présente le plus haut niveau de formation achevée parmi les personnes qui ont commencé ou repris un traitement de substitution en 2021 dans cinq cantons. Environ la moitié des personnes avaient terminé une formation, essentiellement un apprentissage. A l'inverse, 11% 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 cinq cantons, et qu'elles ne sont pas forcément représentatives de la situation dans les autres cantons.

Figure 18 : Formation achevée la plus élevée (admissions 2021)



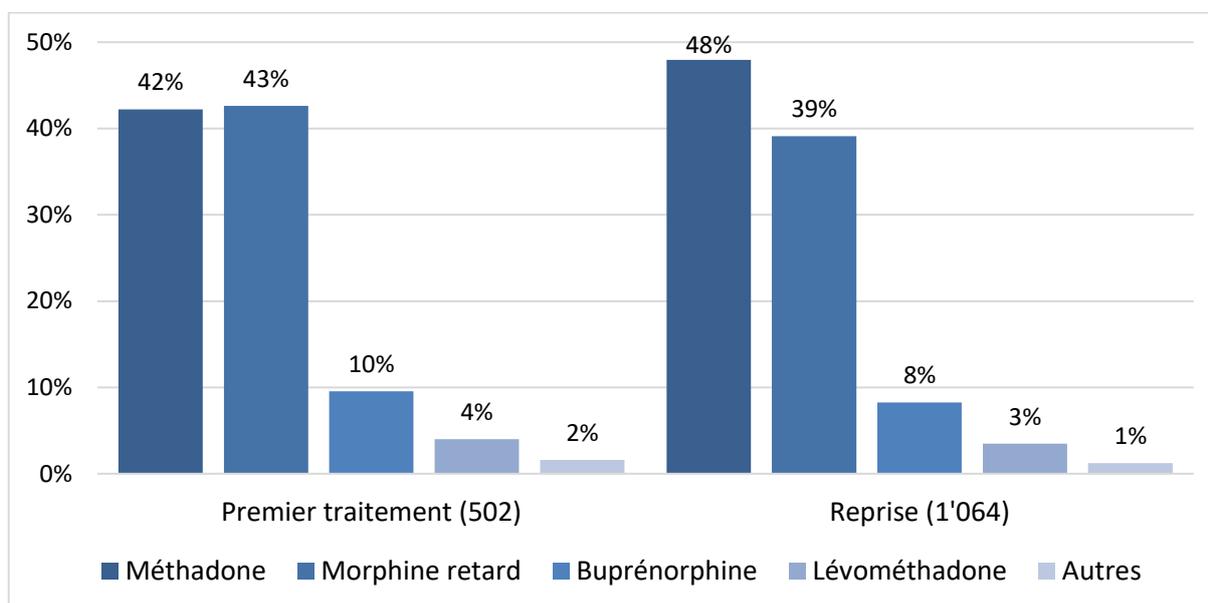
Note : Cantons représentés : AG, BL, FR, NW, VD.

### 5.3 Substances de substitution

La Figure 19 montre la répartition du type de substances de substitution selon le type d'admission. En 2021, on assiste à un renversement de tendance, où la part de morphine retard (43% ; p.ex. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®) dépasse désormais celle de la méthadone (42% ; p.ex. Méthadone Streuli®, Kétalgine®) prescrite aux personnes initiant un traitement de substitution. Cette situation apparaît comme étant résultat d'une tendance qui a commencé il y a environ 20 ans et qui montre un remplacement progressif des traitements à la méthadone par d'autres substances analogues, et par la morphine retard depuis 10 ans (voir Figure 8). A l'inverse, la part de traitements à base de buprénorphine (10% ; p.ex. Temgesic®, Subutex®), ou de lévométhadone (p.ex. L-Polamidon® : 4%) reste toujours assez faible.

On constate par ailleurs que la part de morphine retard est également nettement plus élevée pour les reprises de traitement (39%) que pour l'ensemble des personnes en traitement (30%, voir Figure 12), ce qui laisse supposer que les médecins prescripteurs profitent de l'occasion pour effectuer une transition vers une substance qui, en comparaison avec les autres substances de substitution, permettrait de diminuer le désir de consommer de l'héroïne (craving), serait généralement mieux tolérée par les patient·e·s et apporterait une plus grande satisfaction des patient·e·s (Baschirotto et al., 2020).

Figure 19 : Types de substances de substitution, selon le type d'admission (2021)



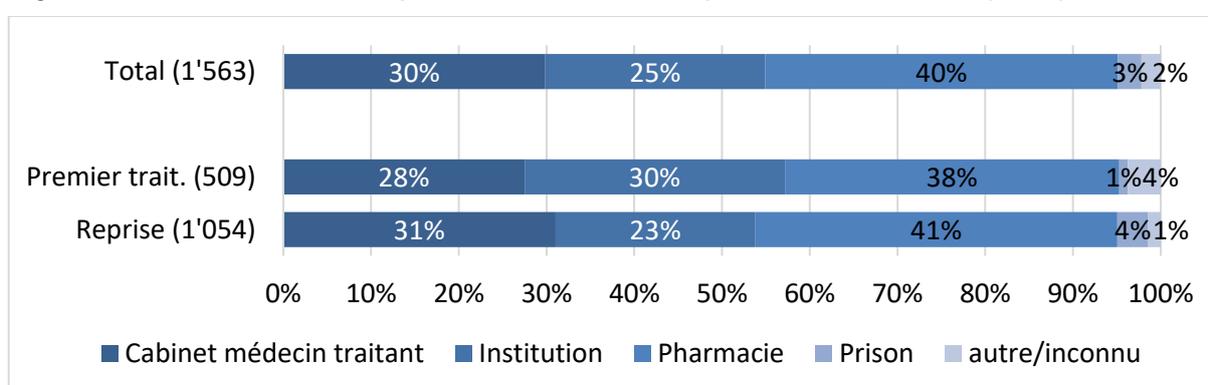
Note : La catégorie « Autre » comprend oxycodone et autres opioïdes (p. ex. codéine).  
Tous les cantons représentés.

## 5.4 Remise du produit de substitution

La Figure 20 présente la répartition des lieux de remise pour les entrées en traitement de substitution. Peu de différences sont notables entre les premières admissions et les reprises de traitement.

Ces chiffres contrastent toutefois nettement avec ceux de l'ensemble de la population en traitement de substitution (voir Figure 13) qui indiquent que près de la moitié des personnes en traitement se rendent en pharmacie. On constate également une part plus importante de personnes recevant la substance en institution (30% pour les premiers traitements) par rapport à l'ensemble (19%), suggérant un suivi régulier dans les institutions en début de traitement par le biais de la remise de la substance.

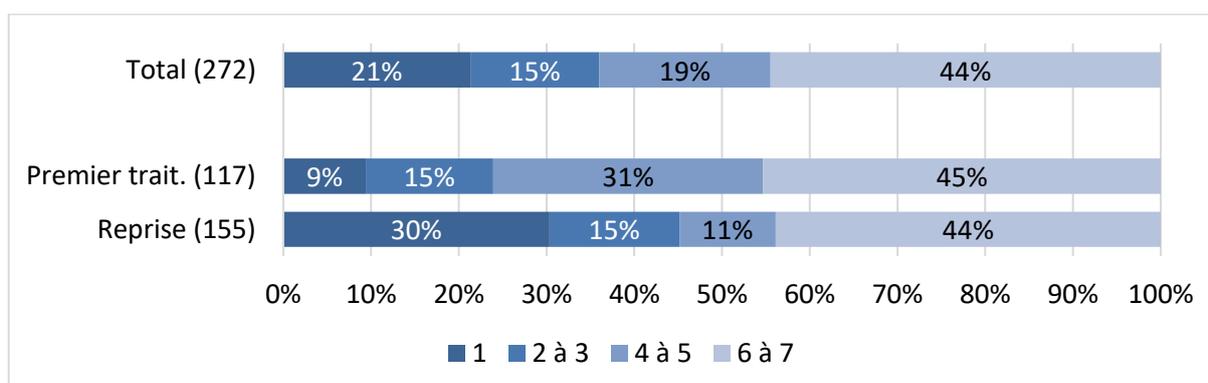
Figure 20 : Lieu de remise du produit de substitution, par type d'admission (2021)



Note : Tous les cantons représentés.

En ce qui concerne la fréquence de remise du produit de substitution (Figure 21), plus de 75% des personnes entrant dans le programme de substitution doivent aller chercher leur substance au moins 4 fois par semaine (dont plus d'un tiers tous les jours). A l'inverse, seule une personne sur quatre bénéficie d'une autorisation hebdomadaire. Ces chiffres contrastent fortement avec ceux de l'ensemble de la population en traitement de substitution, dont plus de la moitié des patient-e-s bénéficie d'une autorisation hebdomadaire (cf. Chapitre 4.4).

Figure 21 : Fréquence de remise par semaine, par type d'admission (2021)



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

## 5.5 Médications complémentaires

Le Tableau 9 montre la proportion de prescription de médicaments complémentaires soumises à ordonnance en lien avec le traitement de substitution. 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 dans l'absolu. Il faut ainsi noter que, dans le canton de Vaud, qui documente avec attention le nombre de patient·e·s sous co-médication aux benzodiazépines, le taux est de 54.5% (Stadelmann et al., 2020), alors qu'il est de 38% dans le tableau ci-dessous. Par ailleurs le nombre de cas documentés (882) ne correspond qu'à 50% 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 légèrement moins fréquemment des médicaments supplémentaires dans le cadre de premiers traitements que pour des reprises. Les benzodiazépines à demi-vie longue sont les plus fréquemment prescrites, suivies par les antidépresseurs et les neuroleptiques. Sur l'ensemble des types de substances, on observe également une tendance à prescrire plus fréquemment des médicaments complémentaires aux femmes qu'aux hommes.

Tableau 9 : Proportion de prescription de médicaments complémentaires, par type d'admission et sexe (2021)

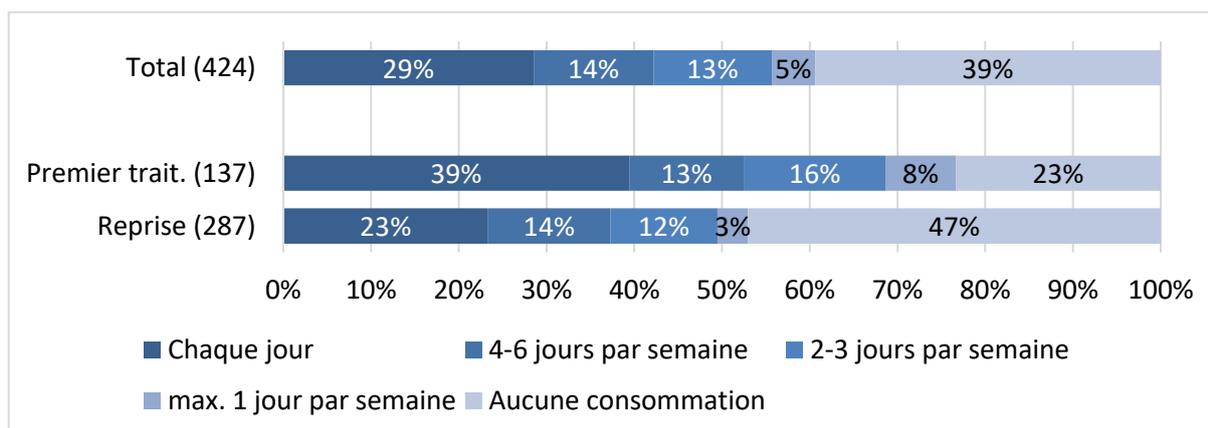
	Total			Premiers traitements		Reprises	
	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
N	882	667	215	178	71	489	144
Aucune	41.3%	41.7%	40.0%	43.8%	43.7%	40.9%	38.2%
Benzodiazépines à demi-vie longue	27.8%	27.1%	29.8%	24.2%	36.6%	28.2%	26.4%
Antidépresseurs	17.8%	17.2%	19.5%	17.4%	16.9%	17.2%	20.8%
Neuroleptiques	17.7%	17.2%	19.1%	21.3%	12.7%	15.7%	22.2%
Benzodiazépines à demi-vie courte	10.2%	9.7%	11.6%	8.4%	8.5%	10.2%	13.2%
Autres tranquillisants, somnifères, sédatifs	10.1%	10.0%	10.2%	8.4%	9.9%	10.6%	10.4%
Psychostimulants (p.ex. Ritaline®, Modasomil®)	7.1%	6.7%	8.4%	5.1%	7.0%	7.4%	9.0%
Antiépileptiques	4.2%	4.5%	3.3%	5.1%	1.4%	4.3%	4.2%
Analgésiques non opiacés	1.7%	1.8%	1.4%	3.4%	2.8%	1.2%	0.7%

Note : Sélection uniquement des questionnaires qui ont indiqué au moins une des catégories ci-dessus ; Cantons représentés : AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

## 5.6 Consommation d'héroïne

Parmi les personnes admises pour un premier traitement de substitution, plus de trois quart déclaraient avoir consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours, dont près de la moitié quotidiennement (Figure 22). En revanche, 47% des personnes reprenant un traitement déclaraient n'avoir pas consommé d'héroïne au cours des 30 derniers jours.

Figure 22 : Fréquence de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours (admissions 2021)



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

L'âge moyen de première consommation d'héroïne (Tableau 10) des personnes entrant pour la première fois de leur vie en traitement de substitution était de 24.9 ans, et de 21.2 ans pour les personnes reprenant un traitement. Parmi ces dernières, environ la moitié avaient en fait commencé à consommer avant l'âge de 19 ans (voir percentile 50), alors qu'il s'agit environ d'un tiers parmi les nouvelles admissions.

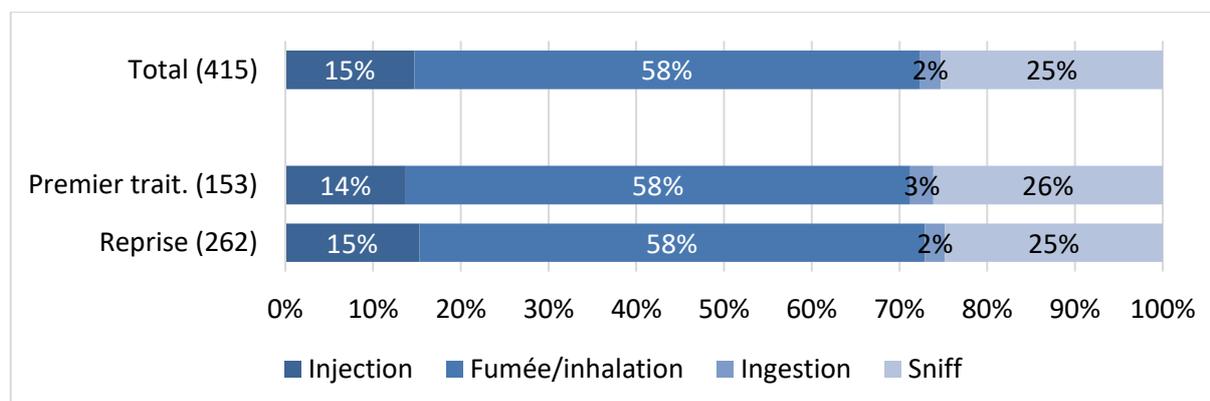
Tableau 10 : Age moyen lors de la première consommation d'héroïne, par type d'admission et sexe (2021)

		N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Premier traitement	Hommes	129	25.4	18	23	31
	Femmes	53	23.8	18	22	28
Reprise	Hommes	324	21.2	17	20	24
	Femmes	117	21.3	17	20	24

Note : Cantons représentés : AR, BE, BL, FR, GE, GR, NE, 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 (Figure 23). Environ la moitié des usager·ère·s privilégiaient l'inhalation, environ un quart sniffaient leur héroïne et un sixième se l'injectaient.

Figure 23 : Mode de consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, par type d'admission (2021)



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

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

Tableau 11 : Proportion d'injecteur·trice·s de substances illégales à différents stades de la vie parmi les patient·e·s admis·es en traitement de substitution, par type d'admission (2021)

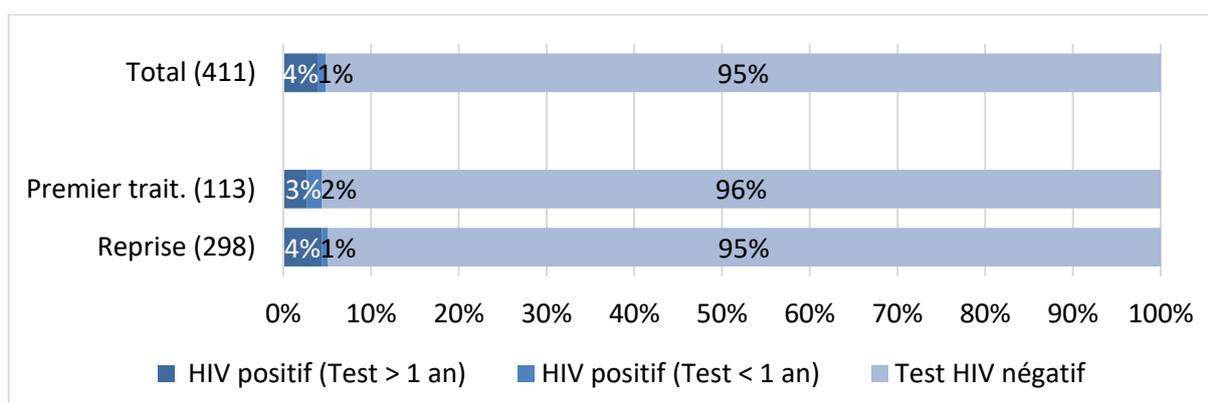
	Total		Premier traitement		Reprise	
	N	%	N	%	N	%
Durant la vie	799	50.4%	237	35.4%	562	56.8%
Durant les 12 derniers mois	636	16.0%	195	15.9%	441	16.1%
Durant les 30 derniers jours	626	11.2%	193	11.4%	433	11.1%

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

## 5.7 Statut HIV et Hépatite C

La très grande majorité des personnes admises en traitement déclarent connaître leur statut HIV et rapportent être séronégatives (Figure 24). 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). On notera cependant que ces informations ne sont fournies que par 14 cantons et que les résultats ne sont pas forcément représentatifs pour l'ensemble de la Suisse.

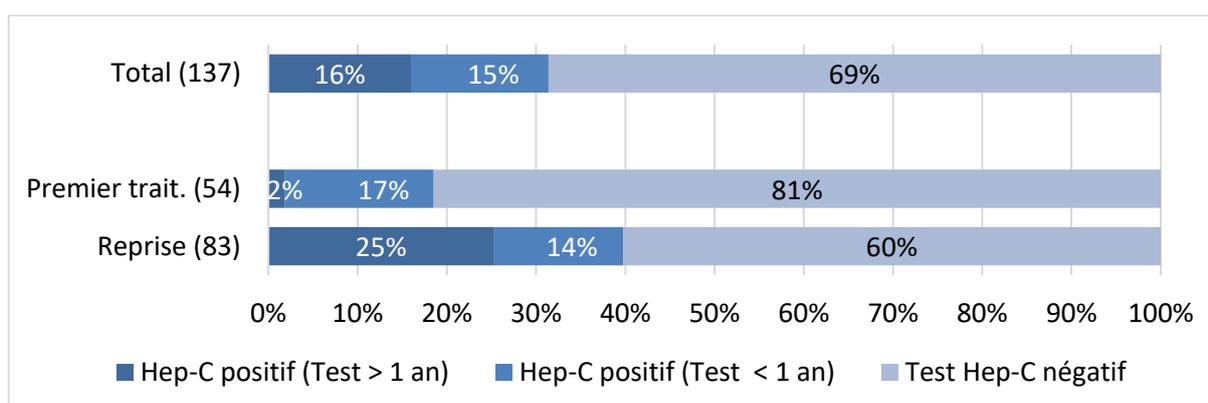
Figure 24 : Statut HIV et datation du test, par type d'admission (2021)



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

Environ les deux tiers des personnes admises en traitement en 2021 déclarant connaître leur statut hépatique rapportent ne pas être porteur-se-s de l'hépatite C (Figure 25). 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, et la part relative de personnes ayant appris être porteur-se-s de l'hépatite C au cours de la dernière années (environ 1 sur 3) est relativement faible. Compte tenu du faible nombre de cas et de cantons fournissant des données sur cet indicateur, les résultats sont à interpréter avec grande précaution.

Figure 25 : Statut hépatique (hépatite C) et datation du test, par type d'admission (2021)



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

## 6. Statistiques de fins de traitement

### 6.1 Fins de traitement sur l'année

Le Tableau 12 montre le nombre de fins de traitement de substitution sur l'année 2021. La statistique de fins de traitement comprend le recensement de tous les traitements qui ont été arrêtés au cours de l'année, et qui n'ont pas été repris dans un délai maximum de 60 jours (cf. définition d'un « épisode de traitement » au chapitre 2.3).

Le taux annuel moyen de fins de traitement est de 11.3% par rapport au nombre total de personnes en traitement. Cette proportion est très proche de celle des années précédentes (2019 : 12.2%, 2020 :12.6%). Les variations entre les cantons proviennent notamment des différences de politiques d'actualisation des données de traitement (durée des autorisations, délai pour annoncer un changement), de présence d'institutions particulières (p.ex., prisons), ainsi que de systèmes de saisie (voir Tableau 1).

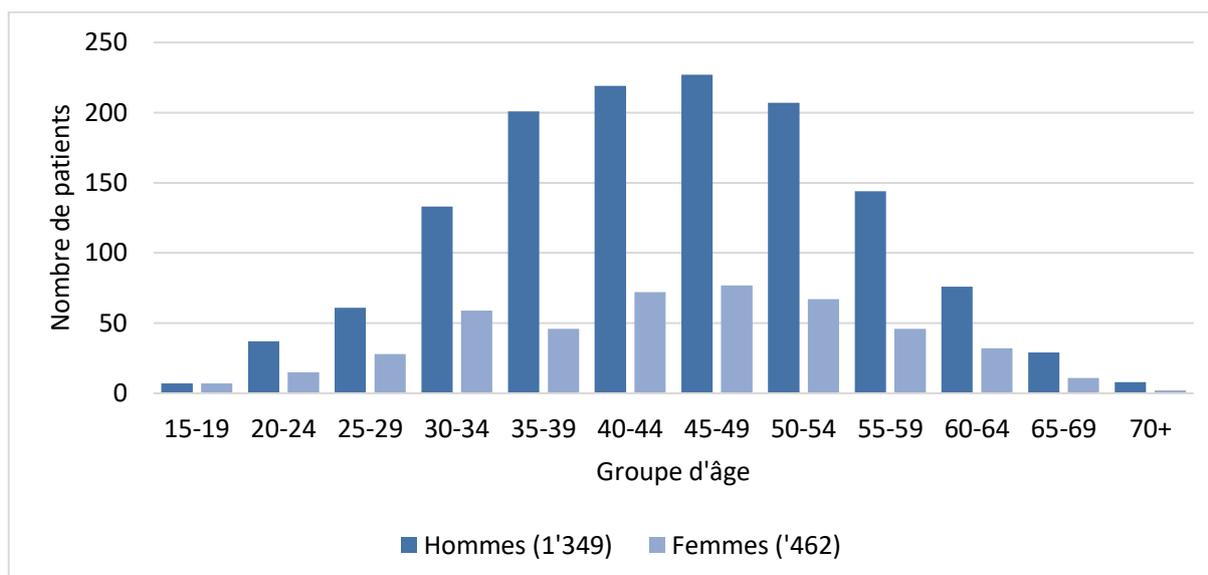
Tableau 12 : Nombre de fins de traitement de substitution par canton (2021)

	Sorties	Part de la prévalence annuelle
AG	57	7.9%
AI	0	0.0%
AR	13	10.2%
BE	302	11.7%
BL	22	5.5%
BS	49	5.2%
FR	49	9.2%
GE	126	10.5%
GL	2	3.5%
GR	54	19.1%
JU	10	7.6%
LU	61	7.9%
NE	90	14.5%
NW	2	6.3%
OW	5	12.5%
SG	119	14.7%
SH	18	18.8%
SO	68	10.8%
SZ	9	11.5%
TG	44	11.4%
TI	84	9.3%
UR	0	0.0%
VD	141	8.8%
VS	49	13.1%
ZG	17	23.0%
ZH	449	15.9%
<i>Total national</i>	1'840	11.3%

## 6.2 Profil démographique en fin de traitement

La Figure 26 présente la distribution des patient·e·s ayant arrêté un traitement au cours de l'année 2021 par sexe et groupe d'âge. Globalement, le nombre annuel de fins de traitement par groupe d'âge est relativement stable entre 35 et 54 ans, tant chez les hommes que les femmes. Ce phénomène était observable de manière analogue pour les reprises de traitement (Figure 15). Ce résultat suggère qu'il n'y a pas un âge spécifique pour tenter d'arrêter un traitement de substitution.

Figure 26 : Répartition des groupes d'âge, par sexe (sorties 2021)



Note : Age au 31.12.2021 ; Tous les cantons représentés.

L'âge moyen lors d'une fin de traitement est de 44.3 ans pour les femmes et 44.8 ans pour les hommes (Tableau 13), soit très légèrement inférieur à l'âge moyen de l'ensemble des personnes en traitement (Tableau 5).

Tableau 13 : Age moyen lors de fin de traitement et quartiles, par sexe (sorties 2021)

	N	Moyenne	Percentile 25	Percentile 50	Percentile 75
Hommes	1'349	44.8	37	45	52
Femmes	462	44.3	35	45	53

Note : Age au 31.12.2021 ; Tous les cantons représentés.

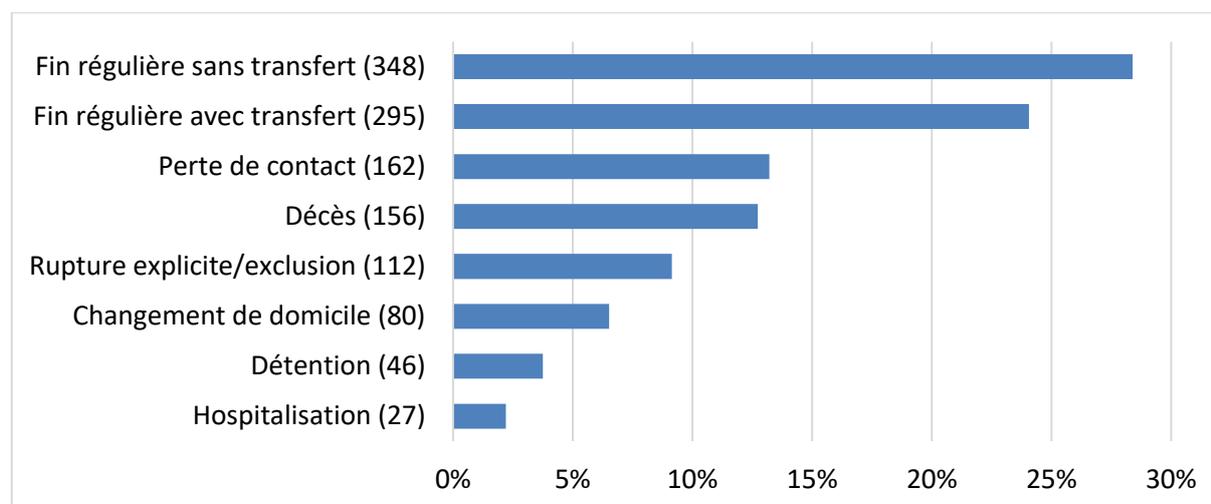
### 6.3 Circonstances de fin de traitement

La Figure 27 présente les circonstances des traitements terminés en 2021 : 28% des cas concernent un sevrage a priori réussi et 24% 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, 13% des fins sont dues au décès de la personne en traitement. Reporté au nombre total des fins de traitement, cela correspond à environ 240 décès (soit 20 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 (13%) ou un non-respect des conditions de traitement (9%). Finalement, un nombre relativement restreint de traitements sont arrêtés suite à des changements dans le cadre de vie de la personne en traitement de substitution (p.ex. déménagement, hospitalisation, détention) qui sont probablement poursuivis ailleurs sans que le système de monitoring ne permette de le détecter.

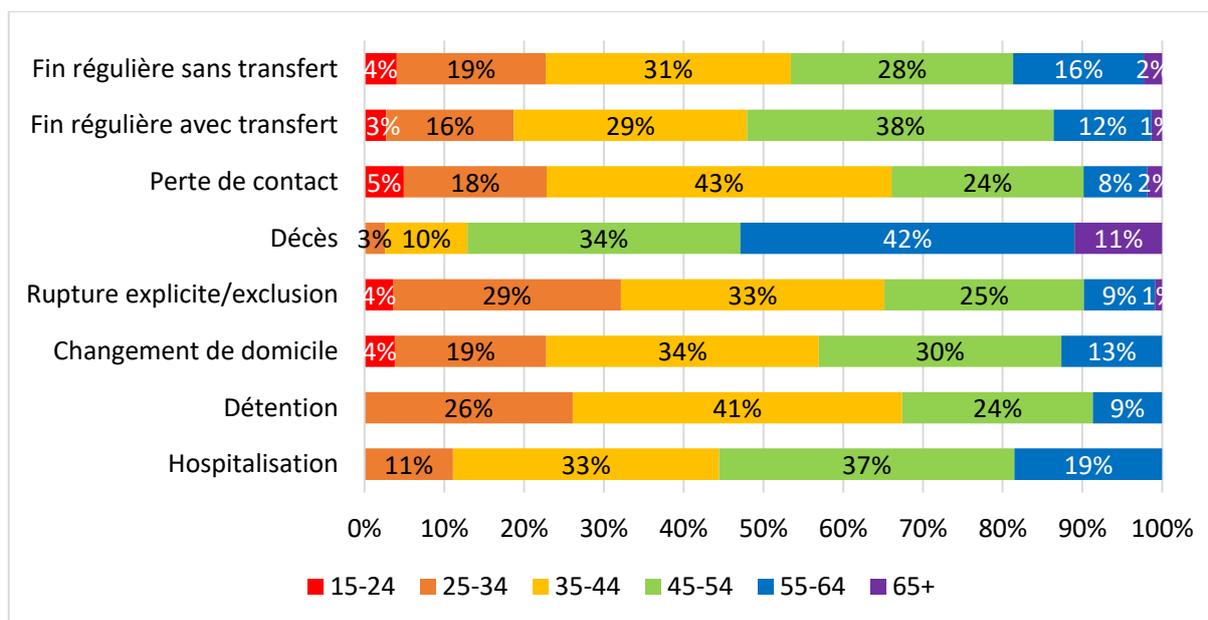
Figure 27 : Circonstances de fin de traitement (2021)



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

Peu de différences sont observables au niveau de la distribution de l'âge entre les circonstances de fin de traitement, hormis pour les décès (Figure 28). Ainsi, pour la plupart des fins de traitements, l'âge moyen varie entre 40 et 46 ans, et la catégorie d'âge la plus représentée sont les personnes de 35 à 44 ans, ou celles entre 45 et 54 ans. A l'inverse, l'âge moyen des personnes décédées est de 54 ans et la catégorie d'âge la plus représentée est celle des personnes entre 55 à 64 ans.

Figure 28 : Catégories d'âge, selon les circonstances de fin de traitement (2021)



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

## 7. Bibliographie

- Baschirotto, C., Lehmann, K., Kuhn, S., Reimer, J., & Verthein, U. (2020). Switching opioid-dependent patients in substitution treatment from racemic methadone, levomethadone and buprenorphine to slow-release oral morphine : Analysis of the switching process in routine care. *Journal of Pharmacological Sciences*, 144(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jphs.2020.06.004>
- Conti, G., Mer, L., Kardous, G., & Pasche, O. (2017). Traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1896-1900.
- EMCDDA. (2012). *Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0 : Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. [http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en)
- Gmel, G., & Labhart, F. (2021). *Substitutionsbehandlung und heroingestützte Behandlung (HeGeBe) : Statistik 2019 und Rückblick*. 47(2), 46-50.
- Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2022). *Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2020 (Rapport de recherche n° 143) (N° 143)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Labhart, F., & Maffli, E. (2020). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2019*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Labhart, F., & Maffli, E. (2021). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2020*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Maffli, E., Krizic, I., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Eichenberger, Y., & Gmel, G. (2021). *Rapport annuel act-info 2019—Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse—Résultats du système de Monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Manghi, R., Soullignac, R., & Zullino, D. (2013). Substitution aux opiacés : Programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie ? *Revue Médicale Suisse*, 9, 1669-1671.
- Nordt, C., Cafilisch, C., & Herdener, M. (2015). Morphin in der Substitutionsbehandlung : Verbreitung und Auswirkung auf substitutionsgestützte Behandlungen. *Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich*, 21. <https://www.dppp.uzh.ch/dam/jcr:00000000-287c-7592-0000-000072d6e28e/MethilInfo21.pdf>
- Nordt, C., & Stohler, R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland : A treatment case register analysis. *The Lancet*, 367(9525), 1830-1834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68804-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68804-1)
- Nordt, C., Wiessing, L., Kuijpers, W., Wisselink, J., Espelt, A., Brugal, M. T., Mravčik, V., Nechanská, B., Seifritz, E., & Herdener, M. (2018). Long-Term Opioid Agonist Treatment Participation after First Treatment Entry is Similar across 4 European Regions but Lower in Non-Nationals. *European Addiction Research*, 24(4), 173-183. <https://doi.org/10.1159/000490529>
- OAStup. (2011). *Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction*. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20081102/index.html>

Observatoire suisse de la santé. (2018). *Décès dus à la drogue*. Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM). <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/deces-dus-la-drogue>

Scholten, W., Simon, O., 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>

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>

SSAM. (2021, juillet 23). *SROM (Sevre Long®, Kapanol®)*. <https://praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/srom-sevre-long-kapanol>

Stadelmann, S., Amiguet, M., Locicero, S., & Samitca, S. (2019). *Traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Suivi épidémiologique entre 2015 et 2017* (p. 102 p.). Lausanne: Policlinique médicale universitaire, Unisanté. <https://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/301>

Stadelmann, S., Amiguet, M., & Samitca, S. (2020). *Suivi épidémiologique des traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Profil des patients sous co-médication aux benzodiazépines* (p. 4 pages). Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/RDS-ESSENTIELS/14>

## 8. Annexes

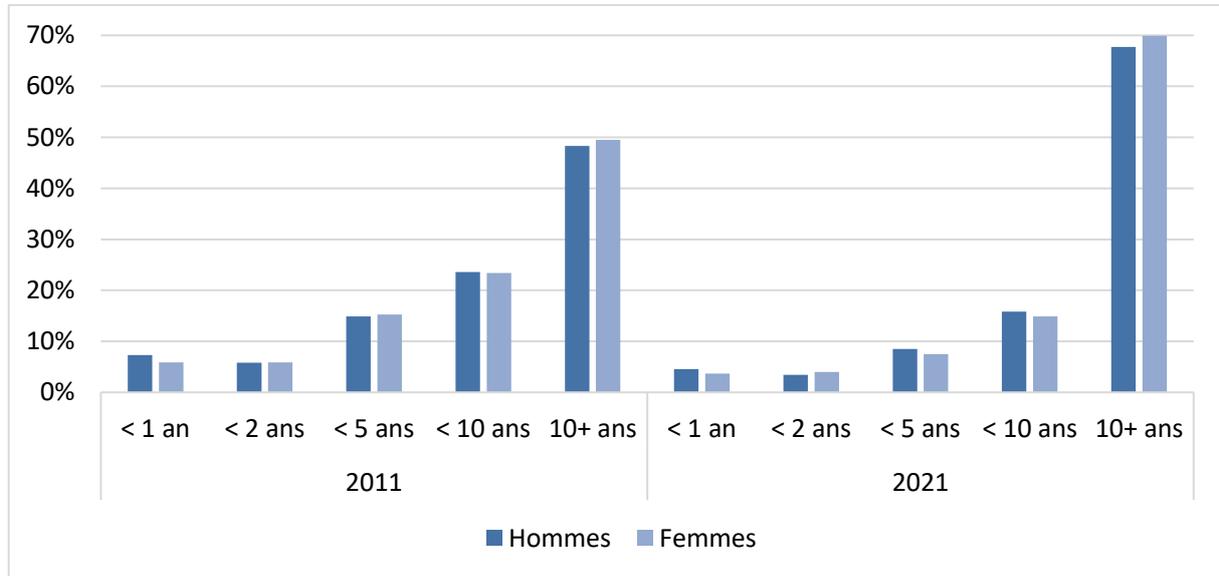
Tableau A1 : Première année d'inclusion des données cantonales dans le calcul des évolutions et tendances, par canton et type de statistique

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

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

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

Figure A1 : Durée de traitement des personnes en traitement de substitution en 2011 et 2021, par sexe



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

Figure A2 : Nombre de personnes en traitement, par état d'avancement et par jour (2021)

