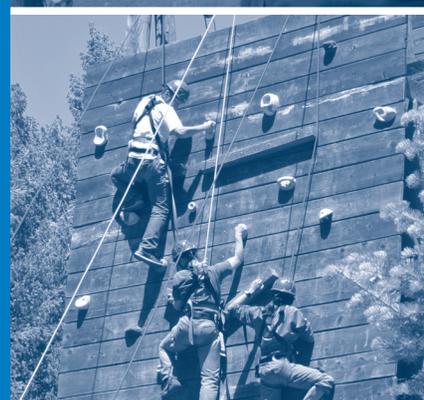


# Rapport annuel act-*info* 2017

Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse  
Résultats du système de monitoring



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**



# Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>3</b>
1.1	Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes	3
1.2	Le système de monitoring <i>act-info</i>	4
1.2.1	Objectif d' <i>act-info</i>	4
1.2.2	Les instruments <i>act-info</i>	5
1.2.3	Exploitations de routine et diffusion des résultats	7
1.3	Statistiques sectorielles participantes: situation 2017	8
1.4	Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes	9
1.5	Saisie des données	10
1.6	Protection des données	11
<b>2</b>	<b>Aspects méthodologiques</b>	<b>13</b>
2.1	Degré de couverture	13
2.2	Données manquantes	15
2.3	Unité d'analyse et données utilisées	15
2.4	Enquête sur la demande globale de traitement	16
2.5	Sous-groupes (variables indépendantes)	17
2.6	Variables cibles (variables dépendantes)	18
2.7	Procédures d'analyse	18
<b>3</b>	<b>Clientèles et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017</b>	<b>19</b>
3.1	Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal	19
3.2	Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission	20
3.3	Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission	20
3.4	Initiative du premier traitement	21
3.5	Âge moyen au moment de la première consommation	21
3.6	Consommation quotidienne avant l'admission	22
3.7	Autres problèmes addictifs au moment de l'admission	23
3.8	Consommation par injection avant l'admission	27
3.9	Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal	29
<b>4</b>	<b>Tableaux</b>	<b>30</b>
Tableau 1a	Problème principal, selon le sexe (admissions 2017)	30
Tableau 1b	Trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2017)	30
Tableau 2	Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2017)	31
Tableau 3	Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2017)	31
Tableau 4	Âge à l'admission, selon le problème principal (2017)	33
Tableau 5	État civil à l'admission, selon le problème principal (2017)	34
Tableau 6	Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2017)	35
Tableau 7	Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2017)	36
Tableau 8	Situation de logement à l'admission, selon le problème principal (2017)	37
Tableau 9	Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2017)	38
Tableau 10	Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2017)	39
Tableau 11	Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2017)	41
Tableau 12	Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2017)	43
Tableau 13	Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes, selon le problème principal actuel (2017)	44

## Table des matières

Tableau 14	Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2017)	46
Tableau 15	Fréquence de consommation de la principale substance posant problème avant l'admission (2017)	48
Tableau 16	Principales combinaisons de substances en cas de trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2017)	49
Tableau 17	Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2017)	50
Tableau 18	Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2017)	51
Tableau 19	Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2017)	52
Tableau 20	Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2017)	54
Tableau 21	Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2017)	55
Tableau 22	Injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2017)	56
Tableau 23	Echange de matériel d'injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2017)	57
Tableau 24	Problème principal, selon le sexe (sorties 2017)	58
Tableau 25	Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2017)	59
Tableau 26	Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2017)	59
Tableau 27	Âge à la sortie, selon le problème principal (2017)	61
Tableau 28	Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2017)	62
Tableau 29	Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts, selon le problème principal (sorties 2017)	64
Tableau 30	Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès, selon le problème principal (sorties 2017)	65
<b>5</b>	<b>Evolution jusqu'en 2017</b>	<b>66</b>
5.1	Evolution des cas enregistrés et des taux de couverture dans les différents secteurs de prise en charge	66
5.2	Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2017)	68
5.3	Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2006-2017)	69
5.4	Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2006-2017)	70
5.5	Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2006-2017)	71
5.6	Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2006-2017)	72
	<b>Bibliographie</b>	<b>75</b>

# 1. Introduction

Le système de monitoring *act-info* a été introduit en 2004 dans le but d'harmoniser les instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions. Ces instruments, développés dans des circonstances variables, n'offraient alors que peu de possibilités de comparaisons. Un pas décisif a été franchi avec l'adoption de standards unifiés et la création d'une banque de données centralisée rassemblant les données de base des cinq statistiques sectorielles. Cette banque de données commune permet une analyse comparative des caractéristiques des usagers de l'ensemble du système de prise en charge des dépendances.

Le présent rapport décrit le développement et l'état actuel du projet global et présente une analyse des données *act-info* recueillies en 2017 pour l'ensemble de la Suisse. Un aperçu des tendances de la demande en matière de traitement au cours du temps est présenté en fin de rapport.

## 1.1 Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes

Au cours des quarante dernières années, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de monitoring dans le domaine du traitement des toxicomanies et de l'alcoolodépendance. Des normes internationales (TDI: Treatment Demand Indicator) pour le relevé de telles données ont été développées au plan européen (EMCDDA 2000). Celles-ci ont retenu l'attention au-delà des frontières européennes et une agence des Nations Unies (ONU DC: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) recommande leur utilisation dans le monde entier (Donmall, 2006). Entre temps, ces normes ont été révisées et introduites en Europe en 2013 (EMCDDA 2012). *act-info*, qui a pris part à ce processus de révision, a repris ces normes en 2013 également. Les données pour l'année 2017 présentées dans ce rapport reposent donc sur ces normes internationales. La saisie systématique des caractéristiques des

personnes qui recourent aux prestations d'aide en matière de dépendance représente depuis longtemps une des sources d'information les plus importantes dans le domaine de l'abus de substances. Bien que ces statistiques ne portent que sur une partie de la population confrontée aux problèmes d'addiction, les informations recueillies constituent – hormis quelques enquêtes ponctuelles – le seul accès à ce groupe de la population qui est souvent peu visible et marginalisé. Ainsi, les données de monitoring des traitements fournissent des indicateurs essentiels pour suivre l'évolution des problèmes d'addiction et les tendances de consommation. Enfin, elles servent également de référence pour la planification, la mise en place et l'adaptation des différentes prestations d'aide.

De façon générale, un système de monitoring permet de mieux identifier les caractéristiques des groupes cibles particulièrement vulnérables aux problèmes de dépendance et d'évaluer les besoins en mesures préventives, thérapeutiques et d'accompagnement de manière plus adéquate. Les informations sur la nature des substances et l'ampleur de leur consommation (fréquence, mode d'absorption, âge de la première expérience, etc.), mais aussi les données plus générales relatives au profil sociodémographique de la population prise en charge sont autant d'éléments pertinents.

En promouvant les activités de monitoring et en mettant en place un réseau d'information harmonisé dans le domaine du traitement des addictions, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend favoriser le développement et l'optimisation de mesures d'aide et de prévention fondées sur les évidences scientifiques.

## 1. Introduction

### 1.2 Le système de monitoring *act-info*

*act-info* (acronyme pour addiction, care and therapy information) est le système harmonisé de monitoring des usagers 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 traitement ambulatoire et résidentiel des personnes ayant des problèmes liés aux substances légales ou illégales, ou souffrant de dépendances non liées à une substance. Les instituts de recherche Addiction Suisse à Lausanne et ISGF à Zurich ont été responsables de la collecte des données 2017. L'exploitation des données dans les différents secteurs a été réalisée par Addiction Suisse à l'exception du secteur des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe), dont les analyses ont été effectuées par l'ISGF. Le système de monitoring *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est également responsable du projet global.

#### 1.2.1 Objectif d'*act-info*

L'objectif général d'*act-info* est l'établissement et l'exploitation d'un réseau unifié de statistiques et d'information dans le domaine de l'aide ambulatoire et résidentielle en matière de dépendance (conseil, accompagnement et traitement). Ce réseau a pour but de fournir une base d'informations aux praticiens, chercheurs et chercheuses ainsi qu'aux communes, aux cantons et à la Confédération. Cet objectif a été atteint grâce à l'harmonisation des instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des dépendances (pour plus de détails à ce sujet, voir Maffli et al. 2008). La collecte des données est assurée par les instituts de recherche responsables des différentes statistiques sectorielles.

Les objectifs spécifiques peuvent être résumés comme suit:

- création d'un **réseau national d'information** par la collecte de données standardisées et ciblées concernant les personnes traitées pour des problèmes addictifs telles que les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les données spécifiques aux problèmes de dépendance et aux modes de consommation
- **amélioration des connaissances** relatives aux personnes qui font appel aux infrastructures de prise en

charge des problèmes addictifs par l'établissement des profils des client-e-s à l'admission et à la sortie

- **identification des tendances** à un stade précoce, s'agissant des caractéristiques des clientes et des clients en traitement, de leurs habitudes de consommation, de leur comportement addictif, ainsi que de leurs problèmes et de leurs besoins spécifiques
- **collecte d'information** concernant le système d'aide aux personnes dépendantes et sur les différents secteurs de traitement
- **transfert dans la pratique** grâce à une large diffusion des résultats, notamment par l'élaboration de rapports annuels standardisés pour les institutions qui livrent des données (rapports confidentiels), par la diffusion de résultats globaux au travers de différents rapports annuels (rapports spécifiques pour chaque domaine de traitement et rapport global sur les questions de base communes), et par une valorisation et un approfondissement des résultats dans le cadre de publications (notamment «Eclairages») ou de manifestations thématiques
- **comparabilité avec d'autres pays** grâce à l'adoption des normes internationales du TDI (Treatment Demand Indicator, EMCDDA 2012). Les questionnaires *act-info* gardent en outre une compatibilité suffisante avec les instruments des statistiques sectorielles préexistantes pour permettre un suivi de l'évolution à long terme
- mise à disposition de **données de base pour mener des recherches approfondies** ou des études de suivi. Des sets de données issus de la banque de données commune peuvent être obtenus par des chercheurs et chercheuses qui en font la demande. Des conditions cadres sont prévues à cet effet. Les instituts de recherche impliqués peuvent également exécuter des mandats de recherche.

De façon générale, le contenu et l'exploitation d'*act-info* cherchent à répondre aux exigences de la Confédération et des cantons relatives aux tâches de santé publique ainsi qu'aux besoins du terrain et de la recherche.

### 1.2.2 Les instruments act-info

L'instrumentaire d'act-info est constitué d'un ensemble de questions posées au début et à la fin d'une prise en charge; il repose sur les cinq types de sources suivants:

- **Treatment Demand Indicator** Standard Protocol (TDI) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA 2012)
- **Dokumentationsstandards III** pour l'évaluation des traitements de personnes dépendantes (DG-Sucht 2001) de la «Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie»
- **Addiction Severity Index (ASI)** (McLellan et al. 1992)
- **questionnaires antérieurs** des statistiques sectorielles de SAMBAD, de la SAKRAM/CIRSA, de la Ligue FOS, des traitements HeGeBe et de la Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone
- différents **tests de screening** standardisés comme l'AUDIT (Babor et al. 1992) et le test de Fagerström (Heatherton et al. 1991).

Les questions des relevés effectués à l'admission et à la sortie sont structurées de la manière suivante:

**Questions de base:** les instruments de collecte des données consistent en une série de questions imposées pour toutes les statistiques sectorielles d'act-info. Ces questions garantissent la compatibilité tant entre les différents domaines de traitement qu'avec les normes internationales (TDI, voir plus haut). Elles doivent être complétées pour tous les clients et les clientes au début et à la fin de la prise en charge.

### Questions spécifiques aux secteurs de prise en charge:

ces questions ne sont posées que dans un ou plusieurs domaine(s) de traitement mais y sont alors obligatoires. Il s'agit par exemple de questions relatives aux clientes ou aux clients qui font appel à un service ambulatoire en raison de problèmes de dépendance chez des proches – et qui ne sont dès lors pertinentes que dans le domaine ambulatoire – ou encore de questions au sujet de comportements délinquants, de condamnations ou de mesures pénales qui concernent essentiellement le traitement des personnes faisant usage de drogues illégales. Cette approche permet d'obtenir également des informations au plan national sur des thèmes ciblés, ne concernant que des groupes particuliers.

**Questions thématiques:** ces questions peuvent être appliquées à un échantillon de la clientèle ou sur une période donnée (sur une année de référence, par exemple).

De nombreux modules thématiques ou spécifiques aux secteurs de prise en charge sont disponibles (17 pour l'admission et 16 pour la sortie), et d'autres encore peuvent être élaborés si nécessaire.

## 1. Introduction

Suite à la révision du TDI au niveau européen (EMCD-DA 2012), les instruments *act-info* ont été actualisés afin de maintenir leur compatibilité avec les normes internationales.

Les questionnaires d'entrée et de sortie *act-info* rassemblent au total quelque 45 **questions de base** bien documentées, qui couvrent les domaines suivants:

### Questionnaire d'admission

#### **Cadre de la prise en charge:**

date d'admission; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; traitements antérieurs pour problèmes addictifs; expérience en matière de traitement de substitution; instance d'envoi principale.

#### **Données sociodémographiques:**

sexe, année de naissance; degré d'urbanisation du lieu de résidence; état civil; nationalité; conditions d'habitation; enfant(s); source de revenu principale, activité professionnelle principale; formation(s) achevée(s).

#### **Substances consommées, comportement addictif:**

problèmes addictifs: fréquence; problème principal: mode d'administration, âge lors de la première consommation resp. de la première consommation problématique, utilisation de substances multiples; injection.

**Santé:** test de dépistage VIH resp. hépatite C.

### Questionnaire de sortie

#### **Cadre de la prise en charge:**

date de sortie; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; type de sortie.

#### **Données sociodémographiques:**

sexe, année de naissance; conditions d'habitation.

#### **Substances consommées, comportement addictif:**

problèmes addictifs lors de la sortie.

### 1.2.3 Exploitations de routine et diffusion des résultats

Le système de documentation *act-info* prévoit des analyses annuelles standardisées qui sont effectuées à trois niveaux: chaque institution participante reçoit une analyse annuelle de ses propres données, chaque secteur de prise en charge dispose d'une statistique spécifique et le rapport global *act-info* présente une analyse de l'ensemble des données de base recueillies dans les différents secteurs. Ces prestations ainsi que les autres efforts de diffusion des résultats sont décrits plus en détail ci-dessous:

**Rapports d'institution:** dans les secteurs de prise en charge SAMBAD, *act-info*-FOS, *act-info*-Residalc et HeGeBe, chaque institution participante reçoit de l'institut de recherche responsable du secteur correspondant un rapport d'institution confidentiel relatif à sa clientèle de l'année de référence avec tableaux et/ou graphiques. Les données comprennent toutes les admissions et sorties qui ont eu lieu durant l'année civile (les éventuelles admissions multiples d'une même personne sont comptées plusieurs fois). Les rapports sont établis en français, allemand ou parfois en italien, selon l'établissement. Les résultats sont destinés à un usage interne (chiffres pour le rapport d'activités annuel, positionnement par rapport aux résultats de l'ensemble de la Suisse, évolution de la clientèle de l'institution, etc.). Si une institution le souhaite, il est aussi possible, après accord, de procéder à des évaluations spécifiques basées sur les données de l'institution ou à des évaluations communes (p. ex. institutions d'un même canton). De son côté, la Statistique nationale des traitements de substitution offre aux cantons la possibilité de requêtes d'analyses interactives sur Internet (sous la forme d'analyses cantonales spécifiques).

**Rapport par secteur de prise en charge:** les instituts de recherche procèdent à une analyse annuelle des données pour chaque secteur de traitement. Ces rapports sectoriels incluent une analyse des aspects spécifiques au secteur concerné. Comme dans le cas des rapports d'institution, chaque épisode de prise en charge y est considéré comme une unité d'analyse. Ainsi, l'institution peut comparer ses propres données à celles du secteur de référence. Les rapports annuels des statistiques sectorielles *act-info*-FOS, SAMBAD et *act-info*-Residalc sont publiés en fran-

çais et en allemand (et en partie aussi en italien) et une version électronique est mise à disposition sur leurs sites Internet. Les rapports annuels HeGeBe destinés à l'OFSP ont été publiés jusqu'ici en langue allemande. La Statistique nationale des traitements de substitution publie désormais un rapport annuel (à partir des données 2017) et propose comme par le passé des requêtes d'analyses interactives sur Internet portant sur l'ensemble de la Suisse ou par canton (<https://www.substitution.ch/>).

**Rapport global d'*act-info*:** la constitution d'une banque de données commune contenant les variables de base permet de procéder à des analyses globales. Le présent rapport est le quatorzième rapport annuel (données 2017) sur l'ensemble des secteurs couverts par *act-info*. Les résultats sont présentés selon la principale substance posant problème, indépendamment du domaine de prise en charge. Contrairement à l'approche adoptée dans les rapports spécifiques aux secteurs de traitement et aux institutions, où l'épisode de prise en charge constitue l'unité d'analyse, le rapport global d'*act-info* présente une statistique relative aux personnes, conformément aux recommandations du protocole TDI (EMCDDA, 2012). Cela signifie que plusieurs épisodes de prise en charge concernant une même personne au cours d'une même année sont comptabilisés ici comme une seule unité d'analyse (voir le sous-chapitre 2.3).

**Communication des résultats:** les instituts de recherche choisissent la forme appropriée pour diffuser les résultats dans leur secteur de traitement. Au besoin, des rencontres peuvent être organisées par des associations concernées pour présenter et discuter les résultats annuels. Désormais, des résultats sont sélectionnés pour les indicateurs du nouveau Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM) de l'OFSP qui est en cours de construction (<https://www.obsan.admin.ch/fr/MonAM>). Des contacts ont été établis avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) et des résultats portant sur des thématiques spécifiques sont présentés dans le cadre des rencontres annuelles concernant le TDI. Par ailleurs, des comparaisons directes avec les résultats d'autres pays peuvent être effectuées dans le cadre de groupes de travail spécifiques et donner lieu à des publications

## 1. Introduction

### 1.3 Statistiques sectorielles participantes: situation 2017

Comme évoqué plus haut, le système national de monitoring du traitement des addictions *act-info* comprend plusieurs domaines de prise en charge. Ces secteurs continuent de mener des statistiques spécifiques après leur harmonisation, conformément au concept modulaire des instruments et de publier des rapports sectoriels. Un bref aperçu des cinq statistiques sectorielles avec l'indication des références de leurs sites Internet respectifs est présenté ici dans l'ordre de leur passage aux normes *act-info*.

**act-info-FOS:** la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (aujourd'hui *act-info-FOS*) a été dirigée par le service de coordination *act-info-FOS* de l'ISGF jusqu'à son transfert à Addiction Suisse en 2018. Ce secteur regroupe des établissements offrant des traitements résidentiels aux personnes dépendantes de drogues illégales. Regroupant à sa création en 1989 quatre établissements, l'Association pour la recherche en établissement thérapeutique est devenue en 1995 la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS), bénéficiant d'une large représentation. Le passage à *act-info* a déjà eu lieu en 2003 avec les nouveaux instruments pour servir d'ultime phase test au projet global. L'année suivante, la possibilité d'une saisie par Internet était proposée. Le nombre d'établissements offrant des traitements résidentiels pour des client-e-s ayant des problèmes liés à des substances illégales était de 46 en 2017. 34 d'entre eux ont participé au réseau de recherche cette même année en livrant les données requises. La description du projet, la liste des publications et les rapports annuels antérieurs à 2017 sont disponibles sur Internet sous le lien [www.isgf.ch](http://www.isgf.ch) (ensuite Projekte > illegale Drogen > FOS - stationäre Suchttherapie). Dès le rapport annuel 2017, les informations et publications se trouvent sous [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite > Recherche scientifique > act-info > act-info-FOS)

**act-info-Residalc:** la statistique SAKRAM/CIRSA (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige / Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie), appelée depuis 2004 *act-info-Residalc*, est réalisée par Addiction Suisse et couvre des établissements résidentiels à voca-

tion socio-thérapeutique (cliniques spécialisées et centres de réhabilitation) qui sont spécialisés dans le traitement des problèmes d'alcool et de prise médicamenteuse. SAKRAM/CIRSA a débuté en 1984 en Suisse alémanique et en 1992 en Suisse romande. Le passage à *act-info* a eu lieu en 2004. On compte une vingtaine d'établissements résidentiels spécialisés de ce type en Suisse, dont 15 ont participé au monitoring de la clientèle en 2017. La plupart sont des centres de réhabilitation et des cliniques spécialisées. La description du projet et les rapports annuels peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite Recherche scientifique > act-info > act-info-Residalc).

**SAMBAD:** la statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD) est également réalisée par Addiction Suisse. Elle concerne aussi bien les centres de consultation spécialisés dans la prise en charge de problèmes addictifs que les services polyvalents qui suivent, en plus d'autres groupes de client-e-s, également des personnes ayant un problème de dépendance. SAMBAD a été lancé en 1994 avec une phase pilote et poursuivi par un relevé systématique dès 1995 sous la responsabilité de l'Office fédéral de la statistique. Depuis le passage à *act-info* en 2004, la collecte des données est effectuée directement par Addiction Suisse. En 2017, on enregistrait en Suisse 188 établissements dans ce secteur, dont une bonne moitié traitaient exclusivement des problèmes de dépendance. Pour cette année de référence, 69 unités ont participé au monitoring. La description du projet et les rapports annuels se trouvent à l'adresse suivante: [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite Recherche scientifique > act-info > act-info-SAMBAD).

**HeGeBe:** le monitoring des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) a été mené par l'ISGF jusqu'en 2018 et regroupe en 2017 21 établissements de traitement ambulatoire, dont un programme de distribution en milieu carcéral. Pour intégrer le programme, il faut être héroïnomanie depuis plus de deux ans (critères CIM-10), être majeur, avoir échoué au moins deux fois dans ses tentatives de traitement et avoir subi des atteintes au niveau physique, psychologique et/ou de sa vie sociale du fait de sa consommation. La statistique HeGeBe, alors baptisée PROVE (abréviation de l'allemand Projekt für

eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln) a débuté en 1994 à titre d'essai. A partir de 1998, le traitement avec prescription d'héroïne a été adopté en tant que possibilité de traitement à part entière pour les personnes dépendantes aux opiacés. Le monitoring des traitements avec prescription d'héroïne a été intégré en 2005 à *act-info*. La participation des centres HeGeBe au système de monitoring des client-e-s est obligatoire de par la loi. La description du projet et la liste de publications se trouvent à l'adresse suivante: [www.isgf.ch](http://www.isgf.ch) (ensuite Projekte > illegale Drogen > Heroingestützte Behandlung [HeGeBe-Monitoring]).

**Statistique nationale des traitements de substitution:** cette statistique est menée depuis 2015 par Addiction Suisse. Elle englobe les médecins cantonaux, les établissements offrant des traitements de substitution, les médecins travaillant en cabinet et les pharmacies. La phase pilote a débuté en 1997 et la collecte systématique de données au moyen d'instruments (questionnaires, logiciels) mis à disposition par l'OFSP a été mise en route à partir de 1999. Les données sont recueillies par les médecins cantonaux dans le cadre de l'obligation d'autorisation à laquelle les traitements de substitution sont soumis. Dès 2016, la plateforme Substitution Online a été mise en service. Celle-ci permet de mettre en réseau les acteurs concernés (service du médecin cantonal, médecins traitants et pharmacies). En 2017, 13 cantons ont utilisé cette plateforme alors que 5 autres cantons utilisaient encore l'ancien logiciel basé sur Access. Les 8 cantons restants disposaient de propres systèmes pour la collecte des données. En tout, seuls 7 cantons n'ont pas été en mesure de livrer des données individuelles. Toutes les données compatibles avec *act-info* sont converties aux standards officiels et intégrées à la banque de données commune. Tous les cantons sont cependant priés de livrer au moins des données agrégées annuelles pour la Statistique nationale des traitements de substitution. Dans ce secteur, contrairement à SAMBAD, *act-info-Residalc* et *act-info-FOS*, des données concernant les traitements en cours d'année sont collectées, notamment par les demandes de prolongations périodiques soumises au médecin cantonal. La page Internet <https://www.substitution.ch/> présente une description du projet et permet de consulter les résultats basés sur les traitements en cours (recensement exhaustif) selon des requêtes d'analyse interactives.

#### 1.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes

Outre les secteurs de prise en charge qui participent au monitoring *act-info*, il existe d'autres offres d'aide aux personnes dépendantes, qui sont décrites brièvement ici:

**Cliniques privées et cliniques psychiatriques ayant une unité 'dépendances':** les cliniques privées ne sont pour l'instant pas prises en compte. Il en va de même des unités psychiatriques ayant une offre de prise en charge pour problèmes de dépendances, car elles participent déjà à la Statistique médicale des hôpitaux (Office fédéral de la Statistique).

**Sevrage:** ce domaine comprend les traitements ambulatoires et résidentiels pratiquant le sevrage, les centres de désintoxication spécialisés, le sevrage en milieu hospitalier ou en clinique psychiatrique. En règle générale, le sevrage physique est une étape préliminaire à une demande de suivi, entrant ensuite directement dans la cible d'*act-info*.

**Offres à bas seuil** pour la réduction des risques: cette catégorie regroupe diverses formes telles que travail de rue (travail social «hors murs»), foyers d'urgence, locaux d'injection, programmes de distribution ou d'échange de seringues, structures d'accueil de jour, où les mesures sociales ou sanitaires sont appliquées sans exigence de modification de la consommation des personnes concernées. Un recensement systématique des client-e-s de ce secteur, tel qu'*act-info* l'effectue, ne serait que difficilement réalisable du fait que l'accès à ce type d'offre est libre et anonyme.

**Foyers:** en font partie les ateliers et les offres d'hébergement et de soins destinées aux personnes confrontées à un problème de toxicomanie ou d'alcoolodépendance. Ces structures font office soit de postcure ou de solution intermédiaire, soit de lieu de vie pour des personnes qui ne peuvent pas être resocialisées.

**Appartements protégés:** ce domaine comprend des offres très diverses de postcure résidentielle prenant le relais au terme d'une thérapie. Une partie est prise en compte dans la statistique *act-info-FOS* si l'offre est proposée dans le cadre du concept de traitement adopté par une institution thérapeutique.

## 1. Introduction

### Traitement des dépendances en milieu carcéral:

il s'agit de la remise de méthadone ou d'autres produits de substitution dans les prisons, lorsqu'elle n'est pas déjà intégrée dans les statistiques sectorielles que sont la Statistique nationale des traitements de substitution et HeGeBe.

### 1.5 Saisie des données

Des questionnaires imprimés ou électroniques (à saisir en ligne) destinés au monitoring de la clientèle sont disponibles dans tous les domaines de traitement. Les questionnaires *act-info* propres aux différents secteurs de prise en charge (y compris les questions spécifiques) ainsi que les autres documents sont pour la plupart disponibles en trois langues et téléchargeables sur les sites Internet correspondants. Ces documents peuvent être consultés au moyen des liens suivants:

#### SAMBAD

[www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite Recherche scientifique > act-info > act-info SAMBAD puis sous Publications & téléchargements)

#### act-info-Residalc

[www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite Recherche scientifique > act-info > act-info-Residalc puis sous Publications & téléchargements)

#### act-info-FOS

[www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) (ensuite Recherche scientifique > act-info > act-info-FOS puis sous Publications & téléchargements)

#### HeGeBe

[www.isgf.ch/](http://www.isgf.ch/) (ensuite Projekte > illegale Drogen > Heroingestützte Behandlung [HeGeBe-Monitoring])

Pour la **Statistique nationale des traitements de substitution** des formulaires cantonaux sont utilisés. La plateforme Substitution online est en outre mise à disposition par l'OFSP pour la gestion des autorisations de prescription et pour la saisie électronique

des données. Trois versions des formulaires sont à disposition (complète, intermédiaire et courte).

Afin de garantir l'homogénéité du contenu des outils de saisie, des spécifications formelles (format XML) ont été élaborées en allemand, français et italien pour toutes les questions définies et les explications correspondantes (questions de base et autres questions). Ces spécifications XML sont gérées par l'instance de coordination du projet global au moyen d'un logiciel adapté et sont à disposition de tous les intéressés. Ainsi, des sociétés privées de développement de logiciels destinés à la gestion de la clientèle peuvent par exemple reprendre ces spécifications. Dans des applications compatibles avec le format XML, elles peuvent même être utilisées directement. La souplesse d'utilisation des spécifications a permis de mettre à disposition des institutions différents outils de saisie. Des solutions sans frais pour les institutions participantes ont été développées:

- *act-info-FOS* a mis le logiciel **DataPool** à disposition des institutions participantes qui peuvent ainsi saisir les données de leur clientèle directement par le biais d'Internet. Le logiciel comprend des procédures préalables de filtrage et de vérification, qui améliorent la qualité des données (plausibilité, exhaustivité). La grande majorité des institutions *act-info-FOS* ont saisi leurs données en ligne pour ce rapport.
- Depuis début 2013, *act-info-Residalc* et SAMBAD mettent à disposition des institutions une application web (**act-info online**) permettant la saisie en ligne des données. Cette application dispose également de fonctions de filtrage et de contrôle qui améliorent la qualité des données. Cette application a également été adaptée pour le secteur HeGeBe, dans lequel elle est fonctionnelle depuis mi 2014.
- Le secteur des traitements de substitution a connu une période de transition au cours de l'année de référence. Ainsi, 13 cantons ont utilisé la plateforme **Substitution application** pour la saisie des données. D'autres cantons ont continué à utiliser le logiciel sous **Access** qui existe depuis de nom-

breuses années. Cette application, tout comme la nouvelle plateforme, sert d'une part à l'administration des autorisations et d'autre part à la saisie des relevés statistiques. La nouvelle plateforme comprend les formulaires révisés qui offrent une meilleure compatibilité avec les normes d'*act-info*. Les cantons peuvent choisir entre une version complète, intermédiaire ou courte des formulaires.

Par ailleurs, des sociétés informatiques commercialisent des systèmes complets de gestion de la clientèle intégrant les modules de questions d'*act-info*. Ces modules ont été établis sur la base des spécifications, ce qui permet, le cas échéant, de mettre à jour automatiquement les questionnaires *act-info*.

## 1.6 Protection des données

Les données recueillies au niveau des institutions d'aide aux personnes dépendantes comprennent des caractéristiques personnelles relatives aux client-e-s qui doivent être protégées.

Pour empêcher l'identification immédiate des personnes concernées, les données sont pseudonymisées avant d'être transmises à l'institut de recherche compétent. Ainsi, c'est un code de quatre lettres généré à partir de positions définies de lettres du nom et du prénom, et non pas les noms et prénoms des client-e-s, qui est transmis. Cette opération est effectuée de manière automatique par les différents outils de saisie et les institutions qui n'en disposent pas peuvent avoir recours à un petit utilitaire informatique. Comme les données fournies contiennent encore certaines indications sensibles, telles que le domicile, la date de naissance et le numéro d'identification de l'institution, leur transmission doit aussi être protégée de manière adéquate. A ce niveau, la protection nécessaire est garantie soit par l'envoi postal (secret postal), soit par l'encodage des données transmises électroniquement suivant une procédure appropriée.

Les instituts de recherche s'engagent à traiter les données reçues de manière absolument confidentielle et à ne les utiliser qu'à des fins statistiques conformes au mandat et aux prescriptions de l'OFSP. En particulier, aucune donnée pouvant permettre d'identifier des personnes par recoupement n'est transmise plus loin ou publiée.

La sûreté de la gestion des données auprès des instituts de recherche est garantie par l'utilisation de serveurs modernes, dont l'accès est impossible aux personnes non autorisées, que ce soit via le réseau ou via les postes de travail internes.

Pour l'établissement de la banque de données commune, les instituts de recherche transmettent les données sensibles des secteurs de prise en charge respectifs – après plusieurs encodages – à l'instance de coordination du projet global. En premier lieu, toutes les variables à caractère sensible sont soit supprimées soit converties en variables ne présentant plus ce caractère. Ainsi, les indications de domicile sont traduites en classes de degré d'urbanisation. De la date de naissance, seule l'année est conservée. Afin de pouvoir distinguer les institutions sans les identifier, un code généré de façon aléatoire (GUID) est utilisé. Le code d'identification interne des client-e-s n'est pas transmis. Le code de quatre lettres généré au niveau de l'institution n'est pas transmis en l'état. Pour que, comme le préconisent les recommandations du protocole TDI (EMCDDA 2012), plusieurs épisodes de prise en charge concernant une même personne puissent être identifiés comme tels, un identifiant unique est constitué pour chaque personne avant la transmission des données. On a recours pour cela à une procédure d'encodage en deux temps, combinant la date de naissance, le sexe et le code de quatre lettres. Cette procédure génère d'abord deux éléments de code ne permettant pas de retourner à l'information d'origine (l'encodage des mêmes données à des moments différents aboutit toujours à des paires de codes différents). Ces deux éléments ne peuvent être codés en identifiant unique qu'au niveau de la banque de données commune *act-info* à l'aide d'une clé confidentielle sécurisée. Ce code ne permet pas non plus de remonter aux informations initiales. La description technique détail-

## 1. Introduction

lée de la procédure d'encodage peut être demandée auprès de l'instance de coordination du projet global.

Ces mesures garantissent que la banque de données commune contenant les variables de base ne comprend aucune information relevant de la protection des données.

## 2. Aspects méthodologiques

Par la mise en commun des données récoltées selon des normes unifiées dans les secteurs du traitement résidentiel (*act-info-FOS* et *act-info-Residalc*), dans le secteur ambulatoire de l'aide psychosociale (SAM-BAD) et dans le secteur du traitement par prescription d'héroïne ainsi que par l'intégration des données de la Statistique nationale des traitements de substitution compatibles avec *act-info*, une banque de données commune a été constituée, conformément aux objectifs d'*act-info*. Celle-ci permet de décrire les usagers du système d'aide en matière de dépendance tout entier.

De façon à permettre une bonne lecture des résultats présentés et d'éviter des interprétations erronées, quelques questions méthodologiques fondamentales sont évoquées en guise de préalable aux prochains chapitres. Une première question concerne le degré de couverture des statistiques sectorielles participantes et le problème que posent les données manquantes. Un deuxième point à relever est celui des options prises par rapport à l'unité d'analyse et aux sous-groupes sélectionnés (variables indépendantes). Enfin, des aspects concernant les thèmes traités (variables dépendantes) seront précisés.

### 2.1 Degré de couverture

Si le système de monitoring *act-info* a été conçu dès l'origine pour permettre un recensement exhaustif, la participation est toutefois restée dans une large mesure facultative pour les institutions et ne peut par conséquent pas être garantie. Certes, l'inclusion le 15 janvier 2014 de la «Statistique de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (*act-info*)» dans la liste des relevés statistiques de la Confédération (Ordonnance sur les relevés statistiques, numéro 188) a jeté les bases légales pour l'obligation de relever des données dans le domaine des drogues illégales. Toutefois, motiver toutes les institutions concernées à participer n'est guère réalisable. Dans le secteur du traitement avec prescription d'héroïne, il existe une obligation stricte à participer, qui va de paire avec les autorisations délivrées par l'OFSP. Dans le secteur des traitements substitutifs également, des demandes d'autorisation doivent être déposées au niveau cantonal, qui sont utilisées pour la récolte de données de base à l'intention de la Statistique

nationale des traitements de substitution. Par ailleurs, certains cantons obligent les institutions à participer à un système de documentation standardisé. De façon générale, les institutions participantes contribuent aux efforts de recherche en apportant leur propre motivation et en y affectant des ressources en personnel. Les institutions ne disposant que de ressources limitées, dont la clientèle fluctue fortement, ou encore dont les contacts avec cette dernière sont brefs, pourront juger qu'une collecte systématique des données de leurs client-e-s demande un travail trop important.

Comme ce fut le cas les années précédentes, la participation des différents secteurs de prise en charge au monitoring de la clientèle en 2017 n'est pas homogène:

Le secteur du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) enregistre un taux de couverture de 100% en raison de l'obligation de participer à laquelle sont soumis les centres concernés.

Les taux de participation dans les deux secteurs résidentiels sont nettement plus élevés que celui du secteur ambulatoire. Ainsi, 34 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés aux drogues illégales sur un total de 46 ont participé à *act-info-FOS* (soit 74%) et 15 des 20 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments ont participé à *act-info-Residalc* (75%). En comparaison, 37% (69 sur 188) des centres ambulatoires ont participé au monitoring SAMBAD en 2017. Ici, le taux de participation est légèrement supérieur à celui de l'année précédente.

En 2017, 19 cantons ont participé à la Statistique nationale des traitements de substitution et ont livré des données individuelles. Dans le secteur des traitements substitutifs, les variables *act-info* ne sont cependant pas toutes récoltées, si bien que certains thèmes ne sont pas couverts. Les cantons restants ont fourni des données agrégées, qui ne peuvent pas être intégrées dans la banque de données commune d'*act-info*.

## 2. Aspects méthodologiques

Le taux de participation des institutions ne représente toutefois qu'une approximation du taux de couverture effectif, puisque le nombre total de personnes traitées n'est pas relevé de façon systématique. Une couverture incomplète des relevés peut poser problème pour la généralisation des résultats, en particulier si le nombre de cas enregistrés est insuffisant et/ou que des distorsions systématiques amènent à douter de la représentativité des cas saisis. Il apparaît toutefois peu probable que les données disponibles présentent de graves distorsions. La décision de participer ou non au monitoring ne semble en effet guère liée au profil de la clientèle des centres respectifs. Cette supposition est en outre renforcée par les résultats de l'enquête institutionnelle de 2018, qui a pour objet le nombre des clients et clientes et la distribution

des problèmes principaux au sein de l'ensemble des institutions existantes. En effet, la distribution observée dans le cadre de cette vaste enquête ne se distingue pas de façon sensible de celle obtenue sur la base des données du monitoring (voir point 2.4).

Pour l'année 2017, le nombre de clients et clientes dont les données peuvent être analysées, compris entre N=3600 et N=8684 selon la question, s'avère suffisant (données concernant l'admission; sous-questions filtrées exclues). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats avec prudence, car les données ne peuvent garantir une représentativité strictement contrôlée de la population visée. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble de la participation pour l'année 2017.

### Participation des institutions à act-info, selon le secteur de prise en charge (2017)

	<b>Institutions existantes (N)</b>	<b>Participation (n)</b>	<b>Participation (%)</b>
HeGeBe	21	21	100%
FOS	46	34	74%
Residalc	20	15	75%
SAMBAD	188	69	37%
	<b>Cantons ayant une offre de substitution (N)</b>	<b>Cantons disposant de données individuelles (n)</b>	<b>Participation (%)</b>
Substitution	26	19	73%

## 2.2 Données manquantes

De façon générale, des données manquent lorsque des questions sont oubliées par inadvertance, qu'une personne refuse de répondre ou ne sait pas comment répondre à une question. Cependant, en ce qui concerne les données exploitées ici, une partie des données manquantes sont dues à une compatibilité encore incomplète des questionnaires (principalement dans le secteur des traitements substitutifs et pour quelques cas aussi dans le secteur ambulatoire). Il manque ainsi un nombre considérable de données pour plusieurs questions, un point qu'il est donc important de relever.

Les données manquantes sont systématiquement exclues des analyses auxquelles il est procédé pour le présent rapport. Mais leur nombre est indiqué pour tous les groupes et sous-groupes analysés et devrait être impérativement pris en compte pour interpréter les résultats. L'exclusion des données manquantes part du point de vue que celles-ci révéleraient une répartition similaire aux données disponibles, si leurs valeurs étaient connues. Même si cette hypothèse paraît plausible, il convient d'interpréter avec une prudence toute particulière les résultats pour lesquels le taux de données manquantes est sensiblement élevé. La remarque vaut en particulier pour le sous-groupe des personnes pour qui les opioïdes constituent le problème principal, car dans le domaine des traitements substitutifs de nombreux thèmes ne font pas encore l'objet d'un relevé.

## 2.3 Unité d'analyse et données utilisées

Conformément au protocole TDI (EMCDDA 2012), les exploitations annuelles portant sur l'ensemble des secteurs de prise en charge ont les personnes pour unité d'analyse. Autrement dit, contrairement à ce qui se fait pour les analyses spécifiques à un secteur, une personne ayant été prise en charge à plusieurs reprises au cours de l'année de référence n'est comptabilisée ici qu'une seule fois. Pour cela, il a fallu introduire un identifiant unique (voir sous-chapitre 1.6) valable pour tous les secteurs de prise en charge et complètement anonymisé. Celui-ci permet en principe d'identifier les épisodes de prise en charge parallèles ou répétés concernant une même personne au cours de l'année considérée. Pour l'analyse des données relatives aux admissions, la statistique prend en considération, en cas de prises en charge multiples, la première entrée en date. Pour l'analyse des données relatives aux sorties, le principe est analogue: c'est la première sortie enregistrée durant l'année civile qui est prise en compte. Il faut toutefois partir du point de vue qu'un certain nombre de prises en charge parallèles ou répétées ne peuvent pas être identifiées comme telles, car les éléments nécessaires pour générer l'identifiant unique font parfois défaut. Par ailleurs, des erreurs au niveau des données qui servent à générer ce code ne sont pas totalement exclues. Dans les limites exposées ci-dessus, le tableau suivant indique pour chaque secteur le nombre de personnes enregistrées présentant au moins une admission ou respectivement une sortie au cours de l'année 2017.

### Clientes et clients (proches exclus) enregistrés à l'admission et à la sortie, par statistique sectorielle (2017)

	FOS		HeGeBe		Substitution		SAMBAD		Residalc		act-info	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Admission</b>												
hommes	330	75.9	97	80.2	1158	73.3	3799	72.7	828	64.8	6212	71.9
femmes	105	24.1	24	19.8	421	26.7	1425	27.3	450	35.2	2425	28.1
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1579</b>	<b>100.0</b>	<b>5224</b>	<b>100.0</b>	<b>1278</b>	<b>100.0</b>	<b>8637</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	1		0		82		0		0		83	
<b>Sortie</b>												
hommes	312	75.0	83	74.8	1280	74.8	3870	71.8	932	67.0	6477	71.8
femmes	104	25.0	28	25.2	431	25.2	1521	28.2	459	33.0	2543	28.2
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>	<b>1711</b>	<b>100.0</b>	<b>5391</b>	<b>100.0</b>	<b>1391</b>	<b>100.0</b>	<b>9020</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		59		0		0		59	

## 2. Aspects méthodologiques

On rappellera que les données recueillies dans le secteur ambulatoire et relatives aux personnes venues consulter pour les problèmes d'un proche ne sont pas prises en compte ici puisqu'elles ne concernent que ce secteur. Les analyses qui s'y rapportent sont présentées dans le rapport annuel de la statistique SAMBAD (Maffli & Astudillo 2019).

### 2.4 Enquête sur la demande globale de traitement

Pour évaluer l'effectif global des personnes prises en charge dans les différents secteurs de traitement de l'aide en matière de dépendance, une enquête a été menée en 2014 auprès de tous les services ciblés par le monitoring *act-info*. En prenant en compte les données manquantes, le nombre de client-e-s en traitement au cours d'un jour-type a été estimé à 44'000 personnes (Delgrande Jordan et al. 2016).

Dans le but de poursuivre et de parfaire ces efforts, une enquête annuelle auprès des institutions a été instaurée dès 2018. L'objectif du déploiement de cette enquête est de permettre une estimation toujours plus précise du nombre de personnes suivies

en Suisse, notamment par le moyen de triangulations avec les résultats du monitoring. En plus des chiffres globaux, ce sont avant tout des estimations par problème principal qui sont visées. Pour cette nouvelle enquête institutionnelle, un registre des institutions a été créé sur la base de la plateforme «*indexaddictions.ch*» (des écarts entre l'univers des institutions de cette enquête et celui établi par les secteurs SAMBAD et Residalc/FOS ne sont donc pas exclus). Parmi les 324 institutions identifiées, 253 (78.1%) avaient une offre de type ambulatoire et 94 (29.0%) une offre de type résidentiel. Il faut cependant préciser que 23 d'entre elles avaient les deux types d'offres (7.1%). Les institutions participantes ayant pu livrer au moins des données de base (p. ex. nombre d'admissions au cours de 2017, type d'offre) étaient au nombre de 292 (90.1%). 197 institutions ambulatoires et 73 résidentielles (resp. 77.9% et 77.7%) ont été en mesure de livrer des données complètes concernant le nombre de client-e-s admis au cours de l'année 2017 selon le problème principal. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

### Problème principal à l'admission (2017): Résultats du monitoring de la clientèle et de l'enquête globale sur les institutions selon le type d'offre (ambulatoire et résidentielle, sans substitution ni HeGeBe)

	offre ambulatoire (SAMBAD)		offre résidentielle (Residalc/FOS)	
	Monitoring clientèle	Enquête institutionnelle	Monitoring clientèle	Enquête institutionnelle
	%	%	%	%
alcool	53.4	52.2	54.0	43.5
cannabis	22.4	17.4	5.8	7.4
opioïdes*	5.2	6.8	9.2	19.5
cocaïne**	6.0	6.5	17.7	14.6
autres stimulants***	0.9	1.4	2.0	3.1
hypnotiques/sédatifs****	1.2	3.3	1.9	6.3
hallucinogènes*****	0.1	0.2	0.2	0.4
tabac	3.1	3.7	0.6	1.2
substances volatiles	0.0	0.0	0.0	0.2
autres substances	0.3	0.6	0.2	1.0
jeu pathologique, gambling	2.6	2.8	0.5	0.3
médias, internet	1.9	2.3	0.0	0.3
troubles alimentaires	1.7	1.7	7.7	2.0
autres comportements comparables à une addiction	1.3	1.0	0.4	0.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Enquête institutionnelle: institutions participantes avec données sur le problème principal: secteur ambulatoire n=197 (77.9%), résidentiel: n=73 (77.7%)

\* opioïdes: héroïne, méthadone (abus), buprénorphine (abus), autres opioïdes

\*\* cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* autres stimulants: amphétamines, méthamphétamine, MDMA et substances associées (ecstasy), cathinones synthétiques, autres stimulants

\*\*\*\* hypnotiques/sédatifs: barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères et tranquillisants

\*\*\*\*\* hallucinogènes: LSD, autres hallucinogènes

L'enquête institutionnelle de 2018 revêt une fonction pilote. Les données collectées ne permettent en effet pas encore de produire des extrapolations solides, étant donné qu'un mapping détaillé de l'offre n'a pas encore pu être réalisé. Sur la base des expériences rassemblées, les améliorations suivantes pourront être apportées à la prochaine enquête annuelle (prévue en 2019):

- Enquête un jour donné: en plus de la question sur le nombre d'admissions au cours de l'année écoulée, une question sur le nombre de traitements en cours pour un jour-type de l'année sera ajoutée.
- Substitution/HeGeBe: plusieurs institutions n'étant pas seulement spécialisées en traitements de substitution ou de prescription d'héroïne, l'enquête institutionnelle devrait également investiguer le nombre de client-e-s ou d'admissions dans ces secteurs. Cette mesure pourra également contribuer à réduire les effets de double comptage et permettre les ajustements nécessaires en vue des extrapolations.
- Couverture des besoins en matière de traitement: une question concernant d'éventuels refus de prise en charge ou de personnes sur liste d'attente au cours du dernier mois pourra être introduite comme mesure indirecte de l'adéquation des besoins en matière de traitement.
- Coûts du traitement résidentiel: un module de questions concernant les coûts a été développé dans le cadre d'une étude de faisabilité menée parallèlement à la première enquête institutionnelle. Il s'agissait d'établir la moyenne journalière des coûts du traitement résidentiel par client-e.
- Traitement ambulatoire et traitement résidentiel: pour les institutions qui offrent ces deux types de traitement, le nouveau questionnaire prévoit un comptage séparé des client-e-s pour les deux domaines.

Dans le but de valider les résultats de l'enquête institutionnelle et pour continuer d'améliorer la qualité de cette enquête, des comparaisons détaillées entre les chiffres issus du monitoring de la clientèle et les réponses données lors de l'enquête institutionnelle par les centres participant aux deux enquêtes pour-

ront être effectuées à l'avenir. En cas de différences ne pouvant pas être expliquées de façon plausible (p. ex. par rapport au nombre d'antennes considérées), il est prévu de prendre contact avec les institutions concernées pour trouver les raisons de ces différences. Ainsi, les chiffres pourront être ajustés en fonction des explications recueillies ou les questions optimisées pour la prochaine enquête.

## 2.5 Sous-groupes (variables indépendantes)

Pour les exploitations statistiques standardisées annuelles, il est apparu judicieux de pratiquer une distinction par sexe d'une part, et par problème principal d'autre part. Par conséquent, les résultats sont également toujours présentés séparément pour les deux sexes. Par ailleurs, la présentation par catégories de substances posant principalement problème est aussi parue appropriée puisque les variables dépendantes ne peuvent être interprétées de manière adéquate qu'en lien avec la substance ou la catégorie de substances concernée. La présentation des résultats par secteur de prise en charge n'a pas été jugée nécessaire dans la mesure où des analyses propres aux secteurs sont déjà disponibles et qu'il est déjà possible de procéder à des comparaisons à ce niveau (voir le point 1.2.3). Les résultats relatifs aux sorties sont également présentés selon la principale substance posant problème et c'est la substance indiquée au moment de l'admission qui est prise en compte.

Cette présentation des résultats par problème principal se retrouve dans d'autres systèmes de monitoring, comme

- en Allemagne ([www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))
- aux Pays-Bas ([www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers](http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers))
- ou aux USA (<https://www.datafiles.samhsa.gov/study-series/treatment-episode-data-set-admissions-teds-nid13518>).

Dans les cas de polytoxicomanie, on cherche en principe toujours à identifier quelle est la substance qui pose subjectivement le plus de problèmes. Avec les instruments révisés, il est néanmoins possible d'indiquer, comme information complémentaire, qu'il s'agit en réalité de polytoxicomanie selon la définition de la CIM-10. Les personnes enregistrées dans la Statis-

## 2. Aspects méthodologiques

tique nationale des traitements de substitution ou par HeGeBe ont par principe l'héroïne pour principal problème, puisque la dépendance à cette substance est – logiquement – le facteur principal menant à ces traitements.

Les exploitations standardisées ne retiennent que les quatre catégories les plus grandes de principales substances posant problème. Ensemble, ces catégories représentent 90.2% de toutes les admissions enregistrées en 2017. Il s'agit des catégories suivantes:

1. alcool
2. opioïdes (héroïne, méthadone [usage abusif], buprénorphine [usage abusif], autres opioïdes)
3. cocaïne (cocaïne sous forme de poudre, crack, autres formes de cocaïne)
4. cannabis

Les cas enregistrés dans les sous-groupes restants sont nettement moins nombreux, ce qui limite considérablement les possibilités d'analyse. Ainsi, le profil des clients et clientes enregistrés en 2017 qui ont indiqué les autres stimulants, les hallucinogènes, les hypnotiques/sédatifs, les substances volatiles, le tabac ou d'autres substances comme principal problème n'est pas analysé en détail. Cela s'applique aussi aux clients et clientes ayant principalement des troubles non liés à une substance, tels que les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique, la dépendance aux ordinateurs et/ou à Internet et d'autres comportements assimilables à une addiction, qui sont également pris en compte par *act-info*.

### 2.6 Variables cibles (variables dépendantes)

Le choix des thèmes faisant l'objet d'analyses repose sur les variables de base communes aux différents secteurs de prise en charge. Celles-ci découlent en grande partie des priorités définies par le protocole TDI.

Comme il n'est pas rare que les client-e-s du secteur résidentiel aient préalablement suivi une cure de sevrage ou aient été incarcérés, il était important que les questions relatives à leur situation et à leur comportement de consommation avant leur admission se réfèrent, le cas échéant, aux 30 jours avant le sevrage ou le séjour en prison. Ainsi, il est possible d'appréhender la situation globale des personnes et leur problématique avant l'intervention et non pas celle prévalant lors d'un éventuel traitement préliminaire ou séjour en prison.

### 2.7 Procédures d'analyse

En règle générale, ce rapport annuel se base sur des analyses descriptives qu'il présente notamment sous forme de tableaux à double entrée indiquant les pourcentages par colonne et les nombres de cas correspondants. Le nombre total de personnes dans chacun des sous-groupes est toujours mentionné («N»). Il en va de même pour les données manquantes, qui sont exclues des analyses. Comme cela a déjà été précisé, le système de monitoring est conçu comme un recensement. C'est pourquoi il n'a été procédé à aucun échantillonnage. Bien que le taux de couverture ne soit pas encore optimal dans tous les secteurs de prise en charge, la population enregistrée par *act-info* ne peut pas être considérée comme un échantillon de la population ciblée (personnes prises en charge pour des problèmes de dépendance). On renoncera donc partout à recourir à des tests de signification puisque ces tests ne sont valables en principe que pour de véritables échantillons aléatoires.

Pour les variables continues (p. ex. âge), des paramètres de position (moyenne et valeur médiane) sont fournis ainsi que des paramètres de dispersion (écart-type, quartiles supérieur et inférieur).

Les résultats reflètent le profil de la clientèle des institutions participantes et ne peuvent pas sans autre être généralisés à l'ensemble de la population cible.

# 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

Le présent chapitre expose les principaux résultats issus des données *act-info* 2017 récoltées lors de l'admission ou de la sortie des client-e-s. L'ensemble des résultats des analyses standardisées se trouve quant à lui sous forme de tableaux dans le chapitre 4.

## 3.1 Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal

Le graphique 1 présente la répartition des problèmes principaux au sein de la clientèle enregistrée par *act-info* en 2017. Il s'agit de problèmes liés à une substance ou de troubles comparables à une dépendance tels que le jeu pathologique ou la dépendance aux ordinateurs et/ou à Internet. En ce qui concerne les problèmes liés à une substance, l'héroïne, la méthadone, la buprénorphine (usage abusif) et les autres opioïdes sont regroupés sous la catégorie 'opioïdes'. De même, la catégorie 'cocaïne' réunit la cocaïne sous forme de poudre, le crack (sel de cocaïne, chlorhydrate de cocaïne et bicarbonate) et les autres

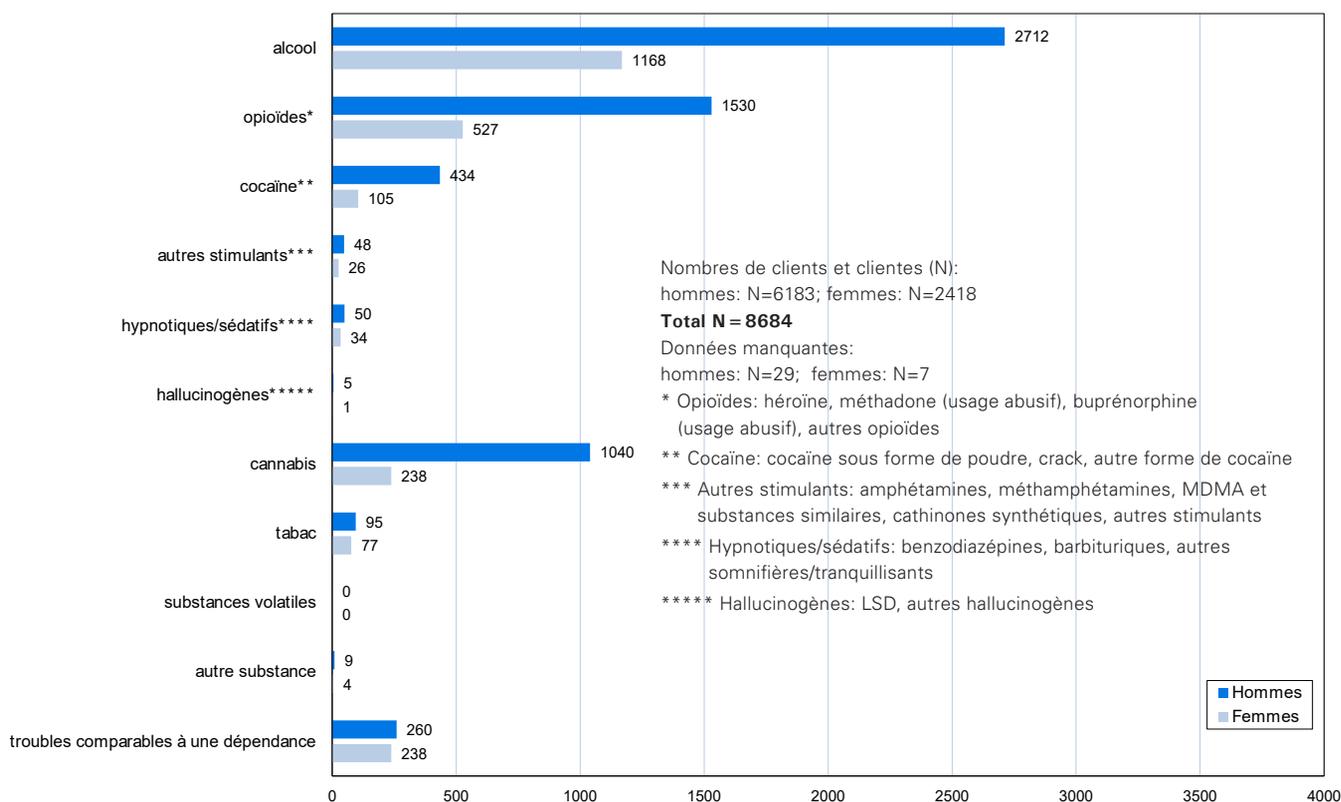
formes de cocaïne.

La couverture du système de monitoring étant encore incomplète, il n'est pas possible de garantir que la répartition obtenue reflète la situation effective au sein de la population cible. Ainsi, seuls les chiffres absolus sont mentionnés.

Le graphique 1 montre que l'alcool est le problème principal le plus souvent mentionné au début de la prise en charge ambulatoire ou résidentielle. Il est suivi par les opioïdes, le cannabis et la cocaïne. Au total, ces quatre catégories de substances représentent 90.2% des problèmes principaux enregistrés par *act-info* au cours de l'année 2017.

Les hallucinogènes (par exemple le LSD) ne sont signalés comme problème principal que par quelques client-e-s et il n'y a pas de substances volatiles déclarées comme problème principal en 2017. Les substances qui ne constituent que rarement le problème principal peuvent néanmoins jouer un rôle en tant que problème secondaire (voir sous-chapitre 3.7).

**Graphique 1**  
Problème principal à l'admission, selon le sexe (2017)

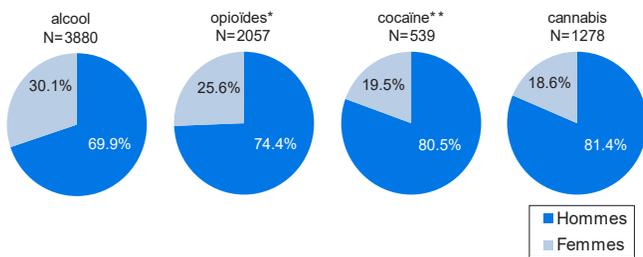


### 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

#### 3.2 Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission

Le graphique 2 montre la répartition hommes/femmes dans les quatre catégories de principales substances posant problème les plus souvent mentionnées. Les femmes sont nettement sous-représentées dans toutes ces catégories. Leur présence est la plus marquée dans le groupe 'alcool' (30.1%) et la plus faible dans le groupe 'cannabis', avec 18.6%.

**Graphique 2**  
Clientes et clients enregistrés à l'admission, selon le problème principal (2017)



\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

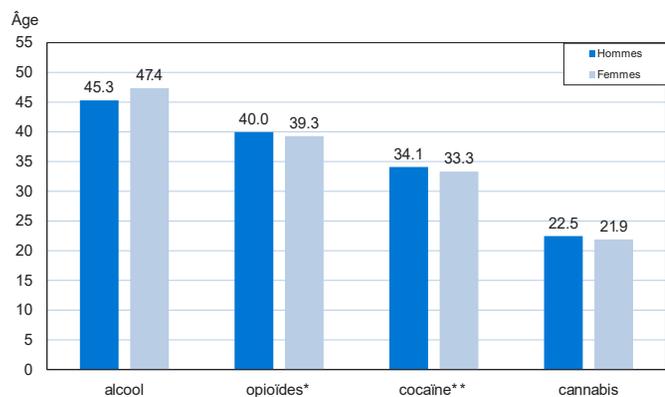
\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

#### 3.3 Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission

Le graphique 3 présente l'âge moyen des client-e-s au moment de leur admission, selon la catégorie de substance posant le problème principal.

Le groupe de client-e-s ayant l'alcool pour problème principal est, avec un âge moyen de 45.3 ans pour les hommes et de 47.4 ans pour les femmes, plus âgé que les autres groupes. A l'opposé, les client-e-s pris en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis constituent clairement le groupe le plus jeune (hommes: 22.5 ans; femmes: 21.9 ans).

**Graphique 3**  
Âge moyen (en années) des clientes et des clients à l'admission, selon le problème principal (2017)



N	2712	1167	1530	526	434	105	1040	238
Ecart-type	13.0	12.6	9.9	10.5	9.1	9.5	8.8	8.6

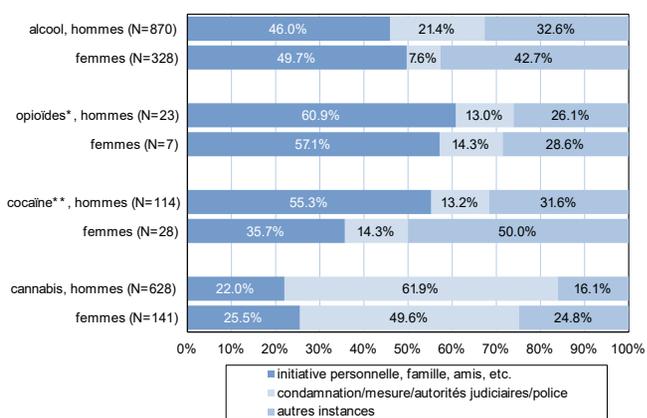
\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

### 3.4 Initiative du premier traitement

Pour mieux connaître les motivations qui conduisent à une première prise en charge, seuls les client-e-s traités ou pris en charge pour la toute première fois pour un problème addictif sont pris en considération dans cette analyse (graphique 4). Plus de la moitié des nouveaux client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal disent avoir cherché de l'aide de leur propre initiative ou y avoir été poussés par leur famille, des amie-s ou d'autres connaissances (employeur exclu). Ces proportions sont un peu moins élevées parmi les client-e-s dont le principal problème est la cocaïne ainsi que parmi ceux dont le problème principal est l'alcool. Par contre, la part de personnes venant de leur propre initiative ou motivées par des proches au sein du groupe avec un problème principal lié au cannabis est nettement plus basse. Ici, ce sont les condamnations et mesures prononcées qui jouent le rôle le plus important. On trouvera le détail des instances d'envoi pour l'ensemble des client-e-s enregistrés en 2017 dans la section regroupant les tableaux standardisés (tab. 14).

**Graphique 4**  
Principale instance d'envoi des clientes et des clients pour la première prise en charge, selon le problème principal (2017)



Filtre: seul-e-s les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération: N=2139

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

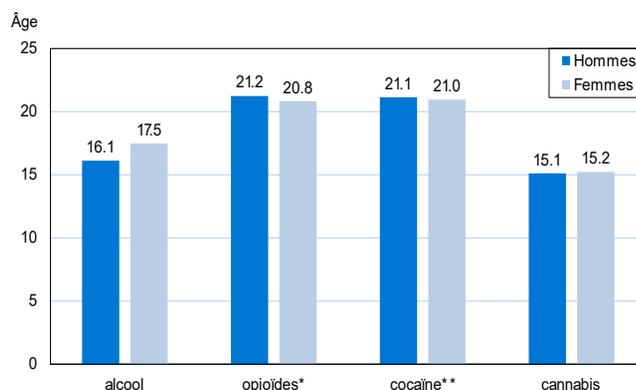
### 3.5 Âge moyen au moment de la première consommation

Le graphique 5 indique l'âge moyen des client-e-s au moment où ils/elles ont consommé pour la première fois la substance qui leur pose principalement problème. Relevons qu'il s'agit de données rétrospec-

tives, portant souvent sur une longue période, et qui ne peuvent donc pas toujours être communiquées avec exactitude.

Selon les indications des client-e-s concernés, le début de la consommation de cannabis a eu lieu en moyenne vers l'âge de 15 ans, soit environ six ans plus tôt en moyenne que l'âge du début de la consommation d'opioïdes resp. de cocaïne, comme on l'observe pour les client-e-s ayant l'un ou l'autre de ces problèmes principaux. Selon les données récoltées, l'âge moyen de la première consommation d'alcool chez les personnes ayant cette substance pour principal problème se situe vers l'âge de 16 ans (hommes) ou 18 ans (femmes). Pour les client-e-s du groupe 'alcool', en raison de leur âge généralement plus élevé lors de l'admission, la période rétrospective est plus longue que pour les autres groupes. Il est donc problématique de procéder à des comparaisons directes de l'âge du début de consommation, sans compter que la première consommation d'une substance socialement acceptée telle que l'alcool revêt une autre signification que le premier usage de substances illégales. Dans les différentes catégories de principales substances posant problème, hommes et femmes font état d'âges assez similaires au moment de la première consommation.

**Graphique 5**  
Âge moyen des clientes et des clients au début de la consommation, selon le problème principal (2017)



N	1656	700	736	271	326	67	711	170
Ecart-type	4.2	5.8	6.5	7.3	6.4	7.1	2.2	3.5

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

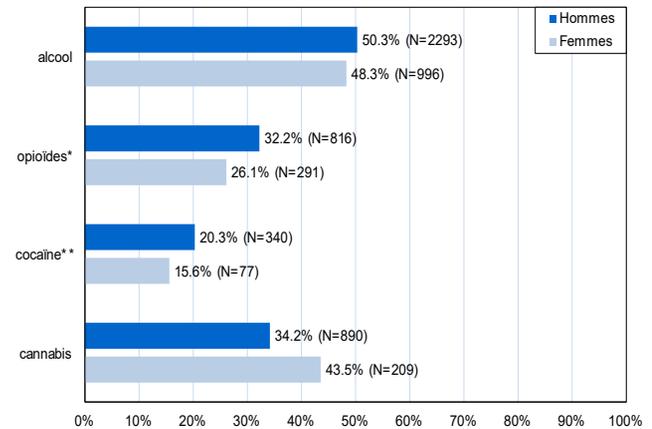
### 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

#### 3.6 Consommation quotidienne avant l'admission

La consommation quotidienne de substances psychoactives constitue un indicateur important pour apprécier globalement une problématique et plus particulièrement pour déterminer s'il y a dépendance. Le graphique 6 indique la proportion de clientes et de clients qui font état d'une consommation quotidienne de la principale substance posant problème durant les 30 derniers jours précédant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement).

Environ la moitié des client-e-s dont le principal problème est l'alcool disent avoir consommé une ou plusieurs fois par jour cette substance avant leur prise en charge. La proportion des client-e-s pris en charge pour un problème principal lié aux opioïdes avec une consommation quotidienne se situe seulement autour des 30%, ce qui est en dessous des attentes vu le haut potentiel de dépendance lié à ces substances. Il est possible qu'une partie de ces personnes se trouvaient déjà sous substitution avant l'admission enregistrée et ne rapportait de ce fait pas de consommation (incontrôlée) (voir aussi tableau 15, p. 48). La part des consommateurs/trices quotidiens parmi les client-e-s ayant principalement un problème avec la cocaïne est la moins élevée en comparaison avec les autres sous-groupes (environ un cinquième chez les hommes et encore moins chez les femmes concernées). Cela corrobore le caractère souvent récréatif de la consommation de cocaïne (consommation le week-end). Plus d'un tiers des clients et des clientes dont le problème principal est le cannabis relatent un usage quotidien avant leur admission. Les différences entre hommes et femmes sont plus marquées parmi les sous-groupes ayant des drogues comme problème principal qu'auprès du groupe avec l'alcool comme problème principal.

Graphique 6  
Fréquence de la consommation quotidienne avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement), selon le sexe et le problème principal (2017)



\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne  
Période de référence: 30 derniers jours avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement)

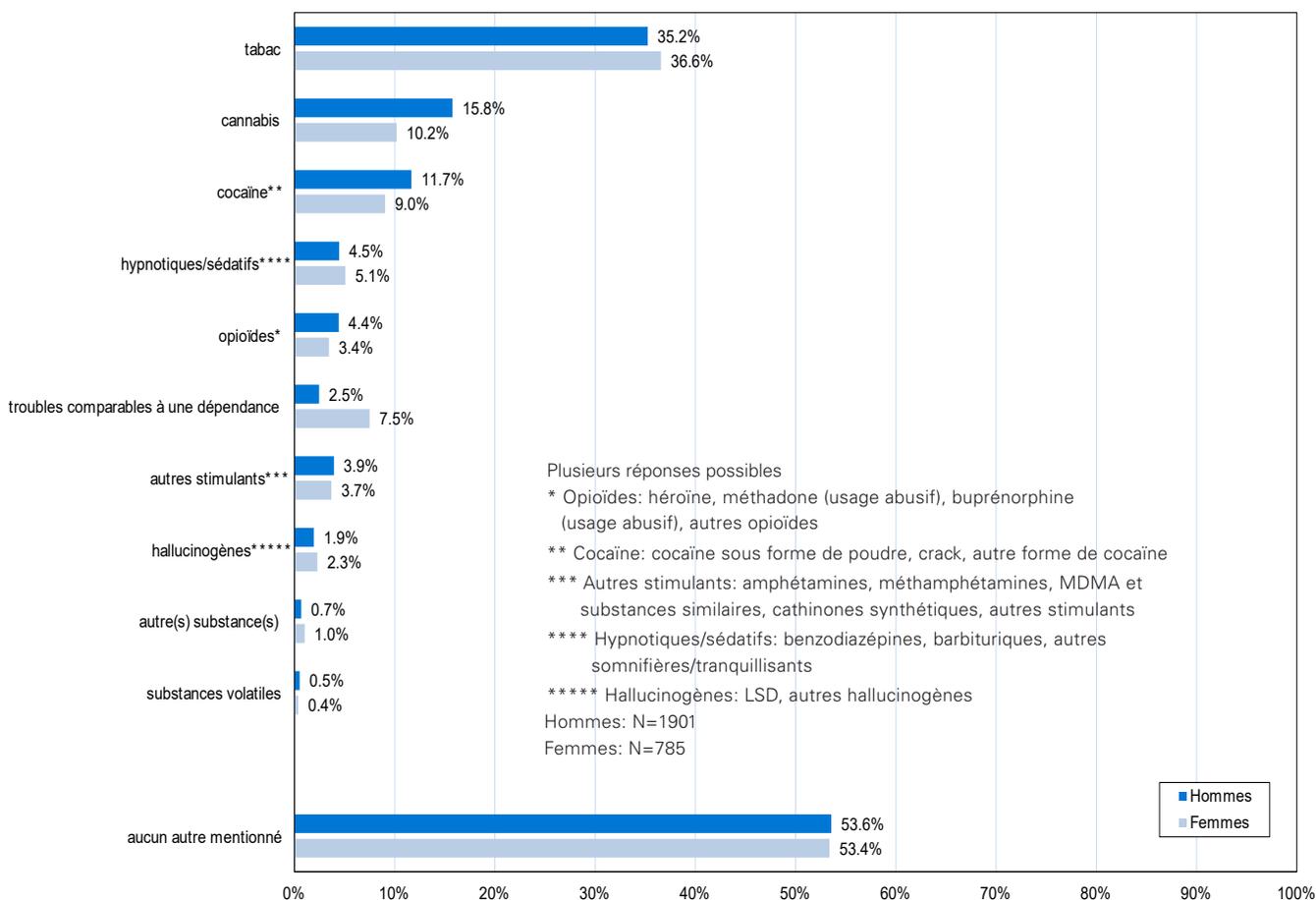
### 3.7 Autres problèmes addictifs au moment de l'admission

La présence, en plus du problème principal, d'autres problèmes liés à des substances ou comparables à une addiction posent un défi particulier à la prise en charge de personnes dépendantes. Les graphiques 7A à D présentent les substances ou comportements comparables à une dépendance qui – en plus du problème principal – sont aussi considérés comme problématiques. Pour ces résultats, les quatre plus importantes catégories de substances représentant le problème principal, à savoir l'alcool (7A), les opioïdes (7B), la cocaïne (7C) et le cannabis (7D), sont considérées séparément. La part des personnes qui

n'indiquent aucun autre problème de dépendance est également prise en compte. L'ordre de présentation reflète la fréquence des mentions. Précisons encore que plusieurs réponses sont possibles.

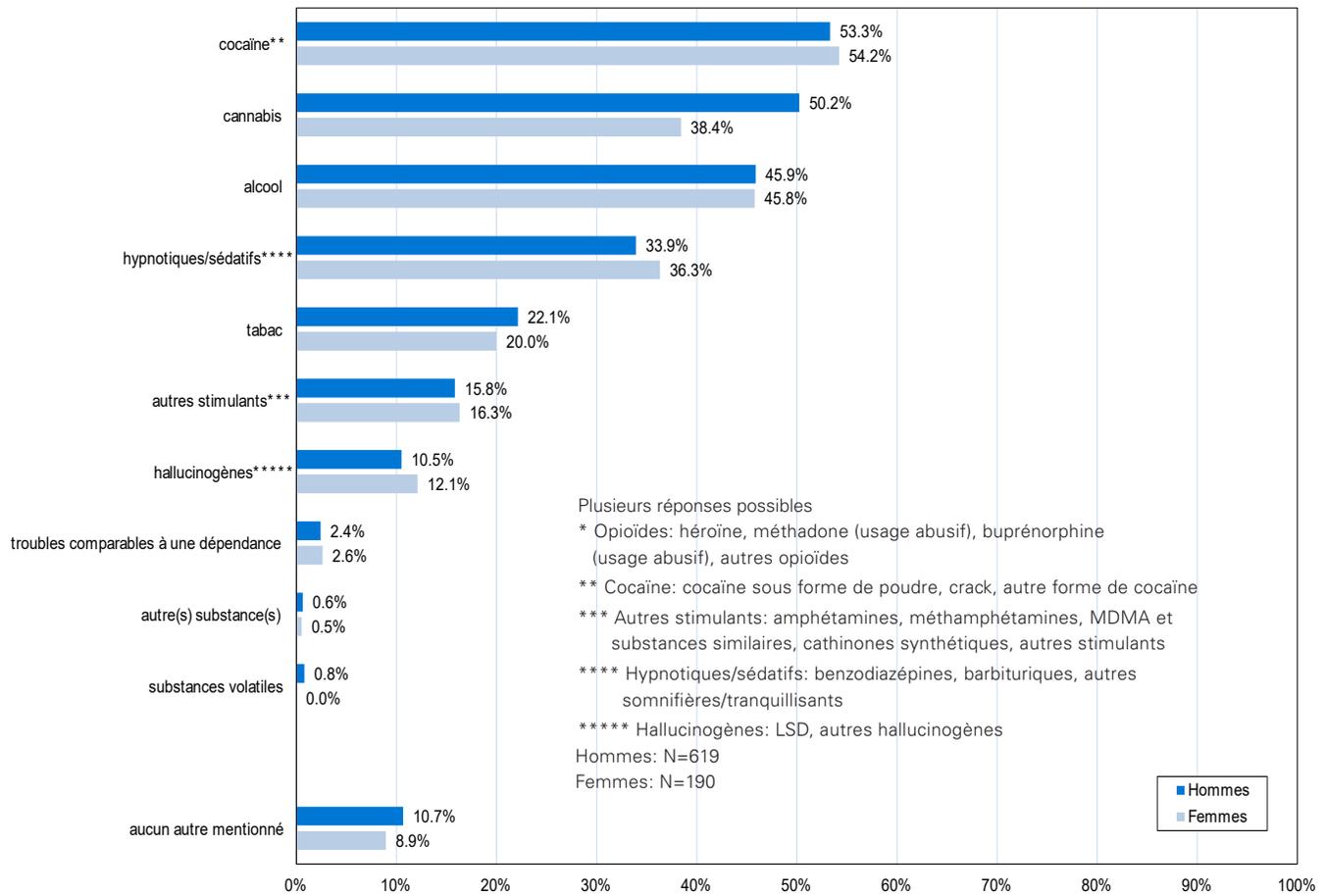
Chez les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le tabac est la substance problématique secondaire la plus souvent mentionnée (graphique 7A). En comparaison, les autres substances ou comportements comparables à une dépendance sont signalés nettement moins souvent comme autre problème. Un peu plus de la moitié des client-e-s de ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

Graphique 7A (Problème principal: alcool)  
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2017)



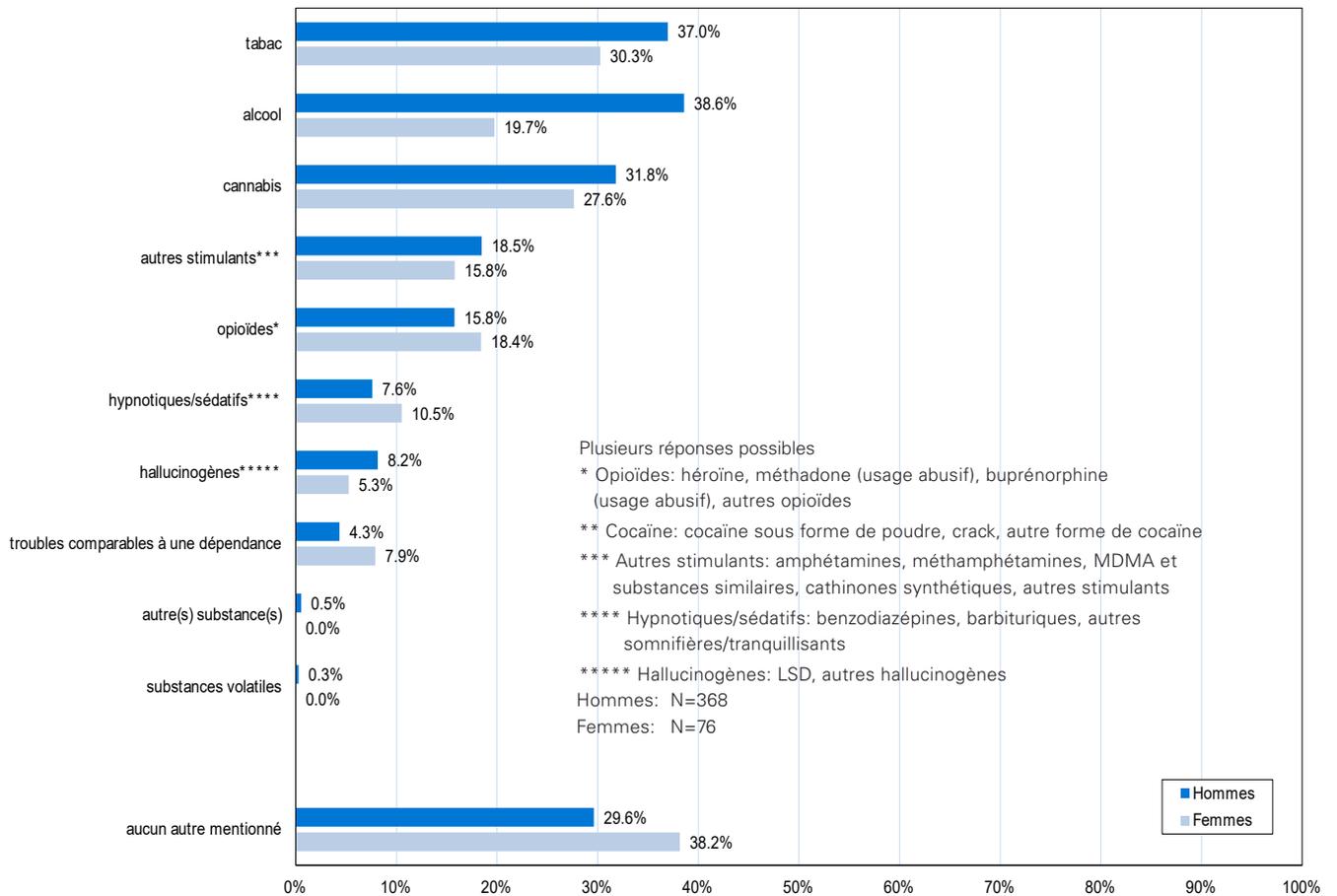
### 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

**Graphique 7B (Problème principal: opioïdes\*)**  
**Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2017)**



Le groupe des client-e-s ayant les opioïdes pour principal problème se caractérise par différents autres problèmes addictifs: cocaïne, cannabis, alcool, et hypnotiques/sédatifs ont été mentionnés le plus souvent (graphique 7B). La part des client-e-s sans autre problème addictif est relativement petite (environ une personne sur dix de ce groupe).

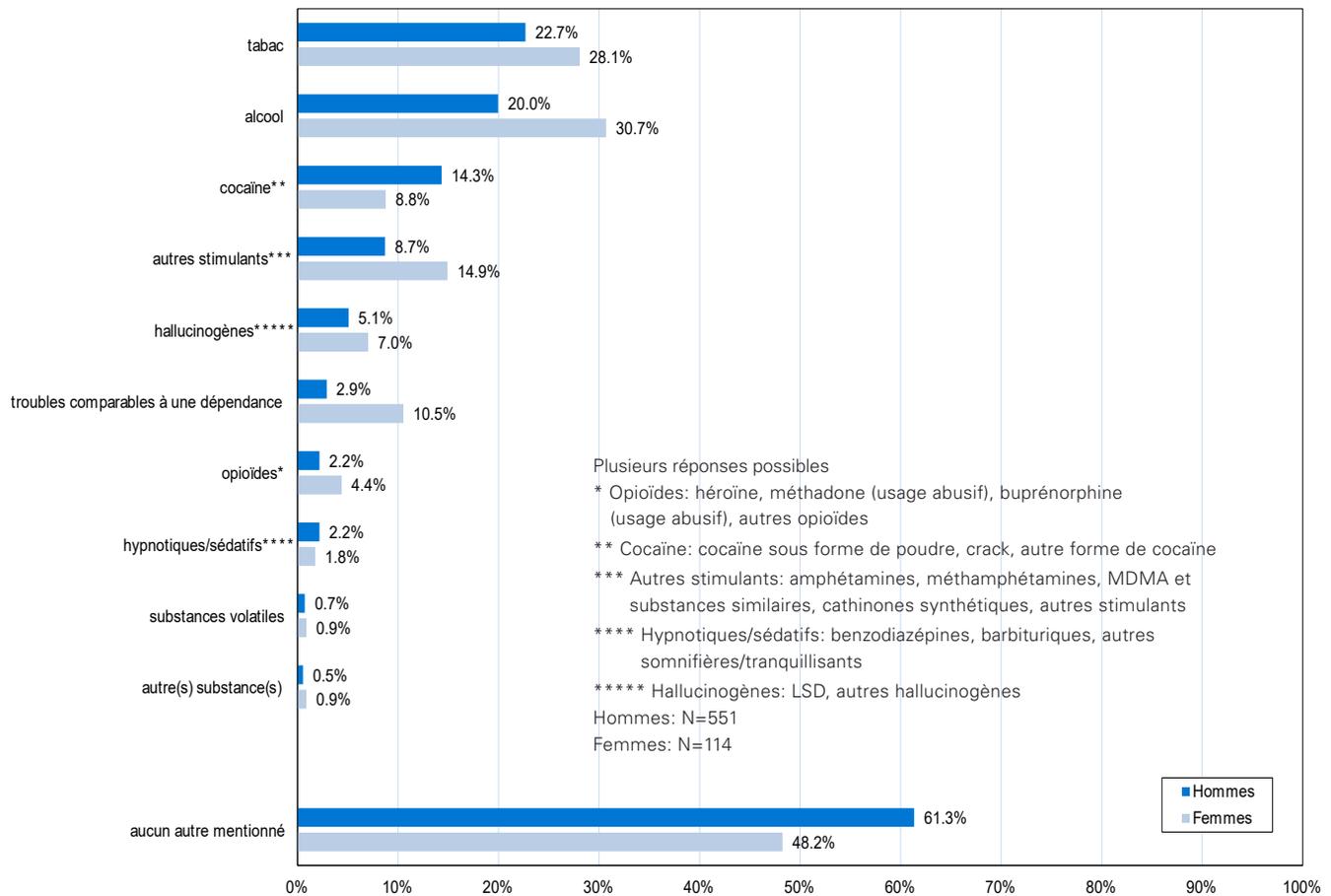
**Graphique 7C (Problème principal: cocaïne\*\*)**  
**Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2017)**



Les client-e-s dont le problème principal est la cocaïne présentent également souvent une accumulation de problèmes. Les substances les plus fréquemment désignées comme autres problèmes sont le tabac, l'alcool, le cannabis, les autres stimulants et les opioïdes (7C). Environ un tiers des personnes appartenant à ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

### 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

**Graphique 7D (Problème principal: cannabis)**  
**Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2017)**

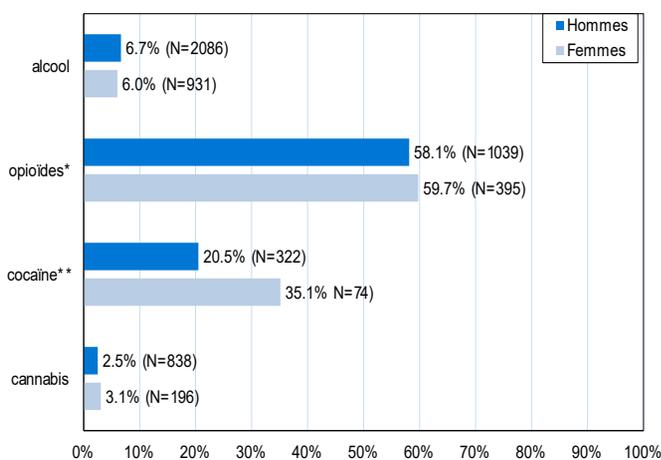


On observe dans le groupe des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème moins souvent de problèmes secondaires que dans les groupes dont le problème principal sont les opioïdes ou la cocaïne. Ce sont ici le tabac et l'alcool, tous deux des substances légales, qui sont le plus souvent cités comme problèmes secondaires (graphique 7D). Dans ce groupe, environ six hommes sur dix et près de de la moitié des femmes ne font état d'aucun autre problème addictif.

### 3.8 Consommation par injection avant l'admission

Le graphique 8A présente pour chacune des quatre catégories de problème principal les proportions de client-e-s qui ont consommé des substances illégales par injection au cours de leur vie (prévalence à vie). Le graphique 8B se rapporte, quant à lui, au comportement d'injection au cours des douze mois précédant le début de la prise en charge (prévalence sur une année). Aucune information concernant la ou les substances injectées n'a été recueillie. L'effectif du groupe de référence est chaque fois mentionné (N=100%).

**Graphique 8A (Prévalence au cours de la vie)**  
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2017)

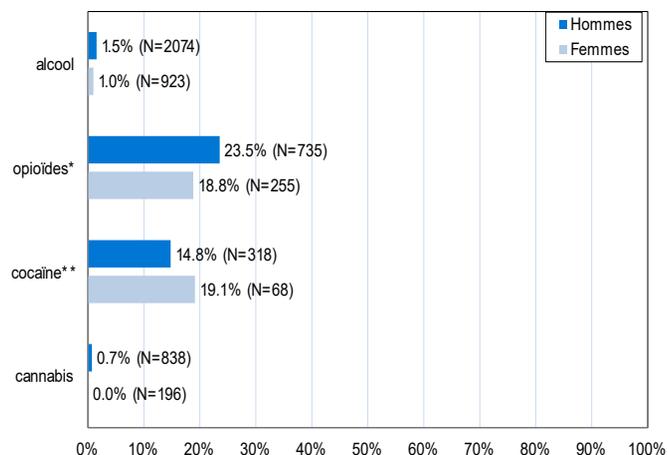


\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Comme on pouvait s'y attendre, ce sont principalement les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal qui indiquent avoir déjà consommé des substances illégales par injection (environ six sur dix). Dans le groupe ayant la cocaïne pour problème principal, où, en comparaison, les proportions sont à peu près divisées par deux, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir injecté au cours de leur vie (graphique 8A).

**Graphique 8B (Prévalence au cours des 12 derniers mois)**  
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2017)



\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

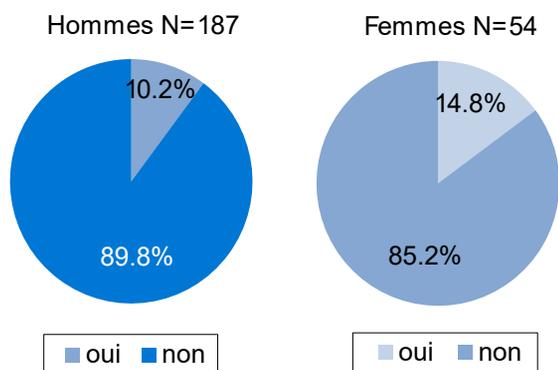
\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

L'image est un peu différente pour ce qui est de la prévalence à douze mois. Les groupes dont les substances principales sont les opioïdes ou la cocaïne présentent des prévalences annuelles nettement moins divergentes (graphique 8B) que ce n'était le cas pour les prévalences à vie. Environ deux personnes sur dix dans ces deux groupes ont signalé des expériences d'injection dans l'année précédant leur admission. Dans les groupes 'alcool' et 'cannabis', les proportions de client-e-s qui ont recouru à l'injection dans les douze derniers mois sont très faibles (un peu plus de 1% dans le groupe 'alcool' et moins de 1% dans le groupe 'cannabis'). Ces résultats peuvent être mis en lien avec les observations concernant les problèmes secondaires: les drogues injectables n'apparaissent pas non plus fréquemment comme substances problématiques secondaires lorsque le problème principal mentionné est l'alcool ou le cannabis (voir le point 3.7).

### 3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2017

Graphique 9

Echange de matériel d'injection chez les clientes et les clients ayant injecté au cours des 12 mois avant l'admission (2017)



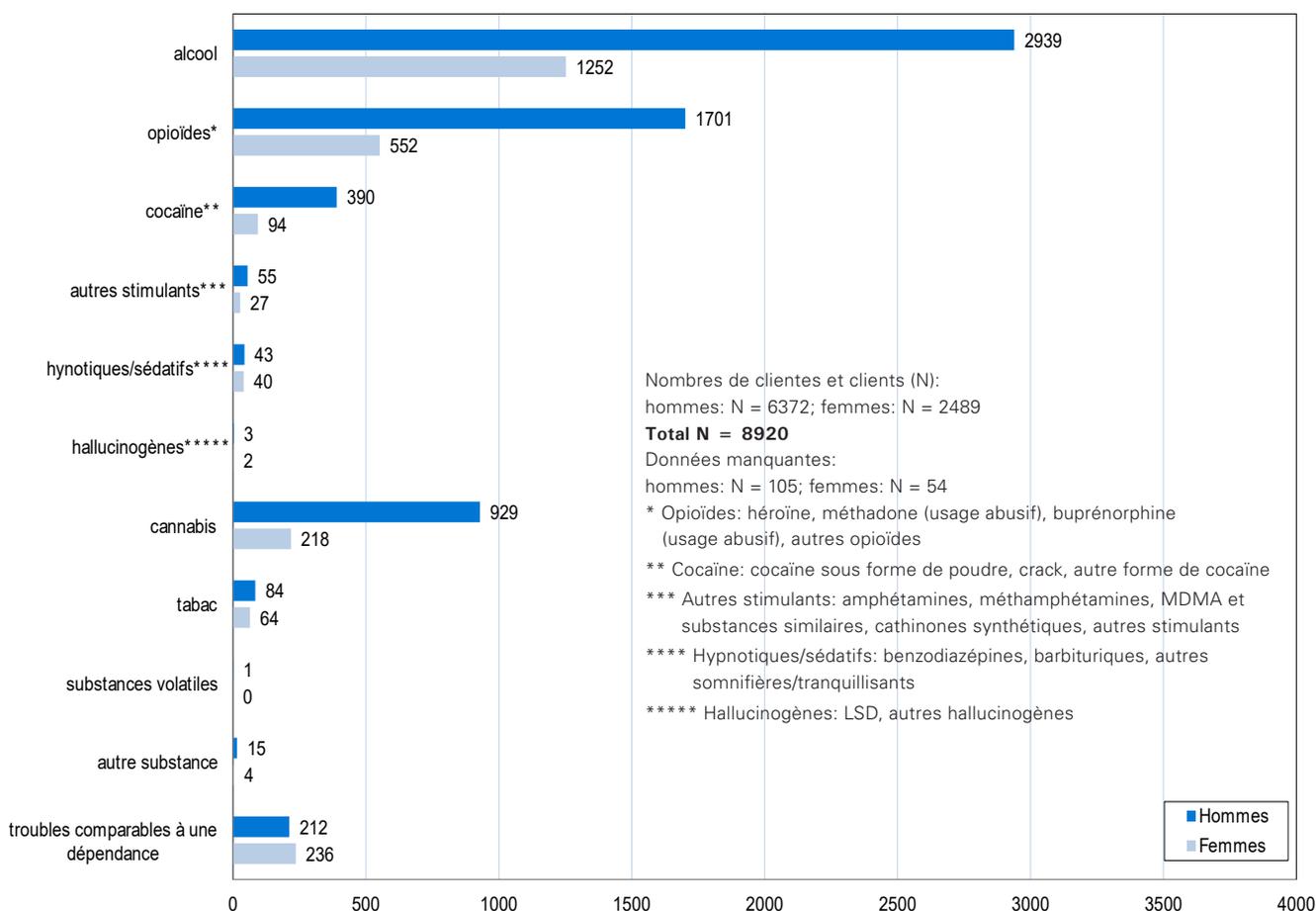
Le graphique 9 montre, pour tous les client-e-s ayant consommé par injection au cours des douze mois précédant l'admission, s'ils/si elles ont fait usage de matériel d'injection partagé avec d'autres consommateurs/trices au cours de cette même période. Tous les client-e-s ayant injecté sont pris en compte, indépendamment de leur problème principal. Malgré les risques de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite, une proportion non négligeable de client-e-s faisant usage de drogues par voie intraveineuse – soit en tout 12.6% – ont utilisé du matériel d'injection partagé.

### 3.9 Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal

Le système de monitoring *act-info* a enregistré en tout 9079 personnes sorties en 2017. Le graphique 10 concerne les client-e-s sortis en 2017 pour lesquels le principal problème au moment de l'admission est connu. Il présente les problèmes principaux que les client-e-s avaient mentionnés au début de leur prise en charge. Les client-e-s pour qui le problème principal fait défaut ne sont pas pris en considération dans les ana-

lyses. Comme pour le graphique 1, seuls les nombres absolus sont indiqués et non les pourcentages, ceci en raison de lacunes encore existantes dans la récolte des données par le système de monitoring. Ainsi, la répartition des principales substances posant problème ne reflète pas forcément la répartition effective des problèmes au sein de la population cible. Une grande partie des client-e-s enregistrés au moment de leur sortie avaient été pris en charge principalement pour des problèmes liés à l'alcool.

**Graphique 10**  
Raison principale de la prise en charge des clientes et des clients sortis en 2017



## 4. Tableaux

**Tableau 1a:**  
**Problème principal, selon le sexe (admissions 2017)**

Le problème principal doit être défini même en présence d'un trouble lié à l'utilisation de substances multiples (voir ci-dessous)

	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
alcool	2712	43.9	1168	48.3	3880	44.7
héroïne	1494	24.2	509	21.1	2085	24.0
méthadone (usage abusif)	22	0.4	7	0.3	29	0.3
buprénorphine (usage abusif)	2	0.0	0	0.0	2	0.0
fentanyl (usage abusif)	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autres opioïdes	11	0.2	11	0.5	22	0.3
cocaïne sous forme de poudre	390	6.3	98	4.1	488	5.6
crack	38	0.6	6	0.2	44	0.5
autre forme de cocaïne	6	0.1	1	0.0	7	0.1
amphétamines	26	0.4	15	0.6	41	0.5
méthamphétamines (crysals meth, ice, pilules thai)	11	0.2	3	0.1	14	0.2
MDMA et substances similaires (ecstasy)	10	0.2	7	0.3	17	0.2
cathinones synthétiques (méphredone, méthylone etc)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres stimulants	1	0.0	1	0.0	2	0.0
barbituriques (usage abusif)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
benzodiazépines (usage abusif)	45	0.7	29	1.2	74	0.9
GHB/GBL	2	0.0	1	0.0	3	0.0
autres somnifères/tranquillisants	3	0.0	4	0.2	7	0.1
LSD	3	0.0	1	0.0	4	0.0
kétamine	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autres hallucinogènes	1	0.0	0	0.0	1	0.0
substances volatiles	0	0.0	0	0.0	0	0.0
cannabis	1040	16.8	238	9.8	1278	14.7
tabac	95	1.5	77	3.2	172	2.0
autres substances (tous types)	9	0.1	4	0.2	13	0.1
jeu pathologique	112	1.8	10	0.4	122	1.4
dépendance aux ordinateurs et/ou internet	83	1.3	10	0.4	93	1.1
troubles alimentaires	14	0.2	181	7.5	195	2.2
autres troubles comparables à une dépendance	51	0.8	37	1.5	89	1.0
<b>Total</b>	<b>6183</b>	<b>100.0</b>	<b>2418</b>	<b>100.0</b>	<b>8684</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	29		7		36	

Question: qned010

**Tableau 1b:**  
**Trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2017)**

Cette information est complémentaire et relevée indépendamment du problème principal. Critère: la principale substance n'est pas définie avec certitude car deux ou plusieurs substances psychoactives contribuent en même temps au problème et il est difficile de déterminer laquelle est principalement en cause.

	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
trouble lié à l'usage de substances multiples	485	18.8	152	15.0	637	17.7
<b>Total</b>	<b>2583</b>	<b>100.0</b>	<b>1016</b>	<b>100.0</b>	<b>3600</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	3629		1409		5120	

Question: qned015

Tableau 2:

**Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2017)**

	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	2712	69.9	1530	74.4	434	80.5	1040	81.4
femmes	1168	30.1	527	25.6	105	19.5	238	18.6
<b>Total</b>	<b>3880</b>	<b>100.0</b>	<b>2057</b>	<b>100.0</b>	<b>539</b>	<b>100.0</b>	<b>1278</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		82		0		0	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec010

Tableau 3:

**Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.3
14-15	3	0.1	0	0.0	1	0.2	86	6.7
16-17	24	0.6	2	0.1	7	1.3	432	33.8
18-19	27	0.7	22	1.0	12	2.2	232	18.2
20-24	127	3.3	94	4.4	60	11.1	183	14.3
25-29	258	6.7	242	11.3	104	19.3	113	8.8
30-34	396	10.2	365	17.1	114	21.2	79	6.2
35-39	460	11.9	338	15.8	108	20.0	61	4.8
40-44	424	10.9	386	18.1	62	11.5	47	3.7
45-49	547	14.1	326	15.2	30	5.6	19	1.5
50-54	597	15.4	207	9.7	31	5.8	16	1.3
55-59	451	11.6	101	4.7	10	1.9	5	0.4
60-64	278	7.2	34	1.6	0	0.0	0	0.0
65-69	154	4.0	16	0.7	0	0.0	1	0.1
70-74	90	2.3	2	0.1	0	0.0	0	0.0
75 et plus	43	1.1	3	0.1	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>3879</b>	<b>100.0</b>	<b>2138</b>	<b>100.0</b>	<b>539</b>	<b>100.0</b>	<b>1278</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	1		1		0		0	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec020

#### 4. Tableaux

Tableau 3 (suite):

#### Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2017)

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.4
14-15	2	0.1	0	0.0	0	0.0	68	6.5
16-17	19	0.7	2	0.1	5	1.2	343	33.0
18-19	19	0.7	15	1.0	8	1.8	191	18.4
20-24	99	3.7	60	3.9	47	10.8	153	14.7
25-29	190	7.0	162	10.6	87	20.0	91	8.8
30-34	297	11.0	257	16.8	88	20.3	67	6.4
35-39	344	12.7	241	15.8	87	20.0	49	4.7
40-44	304	11.2	300	19.6	56	12.9	39	3.8
45-49	355	13.1	234	15.3	25	5.8	18	1.7
50-54	403	14.9	142	9.3	22	5.1	12	1.2
55-59	305	11.2	79	5.2	9	2.1	4	0.4
60-64	197	7.3	22	1.4	0	0.0	0	0.0
65-69	92	3.4	14	0.9	0	0.0	1	0.1
70-74	52	1.9	1	0.1	0	0.0	0	0.0
75 et plus	34	1.3	1	0.1	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>2712</b>	<b>100.0</b>	<b>1530</b>	<b>100.0</b>	<b>434</b>	<b>100.0</b>	<b>1040</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		0		0	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14-15	1	0.1	0	0.0	1	1.0	18	7.6
16-17	5	0.4	0	0.0	2	1.9	89	37.4
18-19	8	0.7	6	1.1	4	3.8	41	17.2
20-24	28	2.4	29	5.5	13	12.4	30	12.6
25-29	68	5.8	70	13.3	17	16.2	22	9.2
30-34	99	8.5	91	17.3	26	24.8	12	5.0
35-39	116	9.9	79	15.0	21	20.0	12	5.0
40-44	120	10.3	76	14.4	6	5.7	8	3.4
45-49	192	16.5	84	16.0	5	4.8	1	0.4
50-54	194	16.6	56	10.6	9	8.6	4	1.7
55-59	146	12.5	20	3.8	1	1.0	1	0.4
60-64	81	6.9	11	2.1	0	0.0	0	0.0
65-69	62	5.3	1	0.2	0	0.0	0	0.0
70-74	38	3.3	1	0.2	0	0.0	0	0.0
75 et plus	9	0.8	2	0.4	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>1167</b>	<b>100.0</b>	<b>526</b>	<b>100.0</b>	<b>105</b>	<b>100.0</b>	<b>238</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	1		1		0		0	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec020

Tableau 4:  
**Âge à l'admission, selon le problème principal (2017)**

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Total</b>				
moyenne	45.9	39.7	33.9	22.4
écart-type	13.0	10.1	9.2	8.8
1 <sup>er</sup> quartile	36.0	32.0	27.0	17.0
valeur médiane	47.0	40.0	33.0	18.0
3 <sup>e</sup> quartile	55.0	47.0	39.0	25.0
<b>N</b>	<b>3879</b>	<b>2138</b>	<b>539</b>	<b>1278</b>
données manquantes	1	1	0	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Hommes</b>				
moyenne	45.3	40.0	34.1	22.5
écart-type	13.0	9.9	9.1	8.8
1 <sup>er</sup> quartile	35.0	33.0	27.0	17.0
valeur médiane	46.0	40.0	33.0	18.0
3 <sup>e</sup> quartile	55.0	47.0	40.0	26.0
<b>N</b>	<b>2712</b>	<b>1530</b>	<b>434</b>	<b>1040</b>
données manquantes	0	0	0	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Femmes</b>				
moyenne	47.4	39.3	33.3	21.9
écart-type	12.6	10.5	9.5	8.6
1 <sup>er</sup> quartile	38.0	31.0	27.0	17.0
valeur médiane	48.0	38.0	32.0	18.0
3 <sup>e</sup> quartile	56.0	47.0	38.00	25.0
<b>N</b>	<b>1167</b>	<b>526</b>	<b>105</b>	<b>238</b>
données manquantes	1	1	0	0

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec020

## 4. Tableaux

**Tableau 5:**  
**État civil à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1602	43.4	784	69.7	377	73.2	1122	92.3
marié-e	1039	28.2	137	12.2	68	13.2	46	3.8
séparé-e	174	4.7	35	3.1	22	4.3	13	1.1
divorcé-e	766	20.8	148	13.2	43	8.3	29	2.4
veuf/veuve	94	2.5	18	1.6	3	0.6	5	0.4
partenariat enregistré	14	0.4	3	0.3	2	0.4	1	0.1
<b>Total</b>	<b>3689</b>	<b>100.0</b>	<b>1125</b>	<b>100.0</b>	<b>515</b>	<b>100.0</b>	<b>1216</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	191		1014		24		62	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1193	46.2	604	71.3	308	74.4	919	92.4
marié-e	753	29.2	109	12.9	56	13.5	43	4.3
séparé-e	118	4.6	19	2.2	17	4.1	7	0.7
divorcé-e	477	18.5	101	11.9	29	7.0	21	2.1
veuf/veuve	34	1.3	12	1.4	2	0.5	4	0.4
partenariat enregistré	7	0.3	2	0.2	2	0.5	1	0.1
<b>Total</b>	<b>2582</b>	<b>100.0</b>	<b>847</b>	<b>100.0</b>	<b>414</b>	<b>100.0</b>	<b>995</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	130		683		20		45	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	409	36.9	180	64.7	69	68.3	203	91.9
marié-e	286	25.8	28	10.1	12	11.9	3	1.4
séparé-e	56	5.1	16	5.8	5	5.0	6	2.7
divorcé-e	289	26.1	47	16.9	14	13.9	8	3.6
veuf/veuve	60	5.4	6	2.2	1	1.0	1	0.5
partenariat enregistré	7	0.6	1	0.4	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>1107</b>	<b>100.0</b>	<b>278</b>	<b>100.0</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	<b>221</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	61		249		4		17	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec040

Tableau 6:  
Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2017)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	2927	75.9	1128	59.6	377	70.5	1017	80.3
EU	526	13.6	273	14.4	101	18.9	104	8.2
autre	402	10.4	492	26.0	57	10.7	145	11.5
<b>Total</b>	<b>3855</b>	<b>100.0</b>	<b>1893</b>	<b>100.0</b>	<b>535</b>	<b>100.0</b>	<b>1266</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		0		0	

Hommes	Alcool		Opioides**		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	1977	73.4	769	55.1	299	69.4	821	79.8
EU	407	15.1	227	16.3	88	20.4	87	8.5
autre	309	11.5	400	28.7	44	10.2	121	11.8
<b>Total</b>	<b>2693</b>	<b>100.0</b>	<b>1396</b>	<b>100.0</b>	<b>431</b>	<b>100.0</b>	<b>1029</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		0		0	

Femmes	Alcool		Opioides**		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	950	81.8	356	72.1	78	75.0	196	82.7
EU	119	10.2	46	9.3	13	12.5	17	7.2
autre	93	8.0	92	18.6	13	12.5	24	10.1
<b>Total</b>	<b>1162</b>	<b>100.0</b>	<b>494</b>	<b>100.0</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		0		0	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Questions: qnec050

#### 4. Tableaux

**Tableau 7:**  
**Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	354	9.6	51	5.2	29	5.6	17	1.4
périphérie des grands centres	624	16.9	80	8.1	94	18.0	139	11.2
villes moyennes	516	14.0	215	21.7	90	17.3	333	26.8
petites villes	1124	30.4	359	36.3	191	36.7	375	30.2
campagne	1078	29.2	285	28.8	117	22.5	378	30.4
<b>Total</b>	<b>3696</b>	<b>100.0</b>	<b>990</b>	<b>100.0</b>	<b>521</b>	<b>100.0</b>	<b>1242</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	184		1149		18		36	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	240	9.3	40	5.4	21	5.0	14	1.4
périphérie des grands centres	420	16.4	58	7.8	85	20.1	115	11.4
villes moyennes	351	13.7	154	20.6	74	17.5	273	27.1
petites villes	799	31.1	285	38.2	146	34.6	305	30.2
campagne	757	29.5	210	28.1	96	22.7	302	29.9
<b>Total</b>	<b>2567</b>	<b>100.0</b>	<b>747</b>	<b>100.0</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>	<b>1009</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	145		783		12		31	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	114	10.1	11	4.5	8	8.1	3	1.3
périphérie des grands centres	204	18.1	22	9.1	9	9.1	24	10.3
villes moyennes	165	14.6	61	25.1	16	16.2	60	25.8
petites villes	325	28.8	74	30.5	45	45.5	70	30.0
campagne	321	28.4	75	30.9	21	21.2	76	32.6
<b>Total</b>	<b>1129</b>	<b>100.0</b>	<b>243</b>	<b>100.0</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>	<b>233</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	39		284		6		5	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmec030

Tableau 8:  
Situation de logement à l'admission, selon le problème principal (2017)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	3054	87.4	908	71.2	346	71.8	976	86.7
situation instable, sdf	156	4.5	124	9.7	31	6.4	62	5.5
en prison	13	0.4	35	2.7	14	2.9	8	0.7
en institution/foyer- hôpital/autre	271	7.8	209	16.4	91	18.9	80	7.1
<b>Total</b>	<b>3494</b>	<b>100.0</b>	<b>1276</b>	<b>100.0</b>	<b>482</b>	<b>100.0</b>	<b>1126</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	386		863		57		152	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	2117	87.0	654	69.9	279	71.2	801	87.5
situation instable, sdf	115	4.7	92	9.8	25	6.4	42	4.6
en prison	13	0.5	30	3.2	11	2.8	7	0.8
en institution/foyer- hôpital/autre	187	7.7	159	17.0	77	19.6	65	7.1
<b>Total</b>	<b>2432</b>	<b>100.0</b>	<b>935</b>	<b>100.0</b>	<b>392</b>	<b>100.0</b>	<b>915</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	280		595		42		125	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	937	88.2	250	74.9	67	74.4	175	82.9
situation instable, sdf	41	3.9	32	9.6	6	6.7	20	9.5
en prison	0	0.0	5	1.5	3	3.3	1	0.5
en institution/foyer- hôpital/autre	84	7.9	47	14.1	14	15.6	15	7.1
<b>Total</b>	<b>1062</b>	<b>100.0</b>	<b>334</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>	<b>211</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	106		193		15		27	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours)

Question: qnec070

#### 4. Tableaux

**Tableau 9:**  
**Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	103	3.3	50	7.1	24	5.3	171	15.2
scolarité obligatoire	393	12.4	206	29.4	92	20.4	625	55.6
scolarité complé- mentaire***	2045	64.5	398	56.9	285	63.1	301	26.8
formations supérieures****	628	19.8	46	6.6	51	11.3	28	2.5
<b>Total</b>	<b>3169</b>	<b>100.0</b>	<b>700</b>	<b>100.0</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>	<b>1125</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	711		1439		87		153	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	78	3.5	37	6.9	17	4.5	136	14.8
scolarité obligatoire	273	12.2	161	30.2	75	20.1	506	55.2
scolarité complé- mentaire***	1448	64.9	299	56.1	234	62.6	254	27.7
formations supérieures****	431	19.3	36	6.8	48	12.8	20	2.2
<b>Total</b>	<b>2230</b>	<b>100.0</b>	<b>533</b>	<b>100.0</b>	<b>374</b>	<b>100.0</b>	<b>916</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	482		997		60		124	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	25	2.7	13	7.8	7	9.0	35	16.7
scolarité obligatoire	120	12.8	45	26.9	17	21.8	119	56.9
scolarité complé- mentaire***	597	63.6	99	59.3	51	65.4	47	22.5
formations supérieures****	197	21.0	10	6.0	3	3.8	8	3.8
<b>Total</b>	<b>939</b>	<b>100.0</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	229		360		27		29	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* Scolarité complémentaire: formation de transition, formation générale sans maturité, formation de base et apprentissage, maturité ou école normale

\*\*\*\* Formations supérieures: formation/école professionnelle supérieure, haute école spécialisée, université, doctorat ou habilitation

Question: qnec120

**Tableau 10:**  
**Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	1592	45.1	163	20.7	184	37.6	300	25.5
économies, épargne	105	3.0	15	1.9	13	2.7	10	0.9
rente (AVS, AI, etc.)	572	16.2	150	19.0	46	9.4	50	4.3
aide sociale	671	19.0	344	43.6	133	27.2	161	13.7
assurance-chômage	177	5.0	36	4.6	32	6.5	36	3.1
soutien par partenaire	149	4.2	11	1.4	7	1.4	13	1.1
soutien parents/ proches/amis	75	2.1	25	3.2	34	7.0	579	49.2
deal, combines	1	0.0	7	0.9	7	1.4	4	0.3
autres revenus illégaux	1	0.0	2	0.3	1	0.2	0	0.0
prostitution	6	0.2	1	0.1	1	0.2	2	0.2
assurance d'indem- nités journalières	134	3.8	28	3.5	23	4.7	10	0.9
autre	45	1.3	7	0.9	8	1.6	11	0.9
<b>Total</b>	<b>3528</b>	<b>100.0</b>	<b>789</b>	<b>100.0</b>	<b>489</b>	<b>100.0</b>	<b>1176</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	352		1350		50		102	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec080

#### 4. Tableaux

Tableau 10 (suite):

#### Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2017)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	1171	47.6	130	21.6	158	40.2	252	26.3
économies, épargne	76	3.1	11	1.8	13	3.3	9	0.9
rente (AVS, AI, etc.)	357	14.5	101	16.8	32	8.1	40	4.2
aide sociale	504	20.5	265	44.1	99	25.2	123	12.8
assurance-chômage	130	5.3	32	5.3	28	7.1	32	3.3
soutien par partenaire	42	1.7	7	1.2	2	0.5	10	1.0
soutien parents/ proches/amis	50	2.0	16	2.7	26	6.6	472	49.2
deal, combines	1	0.0	5	0.8	6	1.5	3	0.3
autres revenus illégaux	1	0.0	2	0.3	1	0.3	0	0.0
prostitution	3	0.1	0	0.0	1	0.3	2	0.2
assurance d'indem- nités journalières	95	3.9	25	4.2	20	5.1	8	0.8
autre	30	1.2	7	1.2	7	1.8	8	0.8
<b>Total</b>	<b>2460</b>	<b>100.0</b>	<b>601</b>	<b>100.0</b>	<b>393</b>	<b>100.0</b>	<b>959</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	252		929		41		81	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	421	39.4	33	17.6	26	27.1	48	22.1
économies, épargne	29	2.7	4	2.1	0	0.0	1	0.5
rente (AVS, AI, etc.)	215	20.1	49	26.1	14	14.6	10	4.6
aide sociale	167	15.6	79	42.0	34	35.4	38	17.5
assurance-chômage	47	4.4	4	2.1	4	4.2	4	1.8
soutien par partenaire	107	10.0	4	2.1	5	5.2	3	1.4
soutien parents/ proches/amis	25	2.3	9	4.8	8	8.3	107	49.3
deal, combines	0	0.0	2	1.1	1	1.0	1	0.5
autres revenus illégaux	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
prostitution	3	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0
assurance d'indem- nités journalières	39	3.7	3	1.6	3	3.1	2	0.9
autre	15	1.4	0	0.0	1	1.0	3	1.4
<b>Total</b>	<b>1068</b>	<b>100.0</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	100		339		9		21	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec080

Tableau 11:

**Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1330	39.0	103	16.9	180	36.0	176	14.9
temps partiel	315	9.2	29	4.8	24	4.8	36	3.0
jobs occasionnels	51	1.5	13	2.1	6	1.2	10	0.8
en formation	74	2.2	9	1.5	26	5.2	669	56.6
sans travail mais en quête d'emploi	436	12.8	91	15.0	78	15.6	99	8.4
sans travail et sans espoir d'emploi	366	10.7	158	26.0	105	21.0	78	6.6
rente (retraite)	264	7.7	35	5.8	8	1.6	6	0.5
incapacité de travail	353	10.4	113	18.6	49	9.8	35	3.0
femme/homme au foyer	62	1.8	9	1.5	3	0.6	2	0.2
autre	157	4.6	48	7.9	21	4.2	70	5.9
<b>Total</b>	<b>3408</b>	<b>100.0</b>	<b>608</b>	<b>100.0</b>	<b>500</b>	<b>100.0</b>	<b>1181</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	472		1531		39		97	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec100

#### 4. Tableaux

Tableau 11 (suite):

#### Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2017)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1051	44.0	89	19.2	158	38.9	156	16.2
temps partiel	138	5.8	16	3.4	16	3.9	24	2.5
jobs occasionnels	38	1.6	12	2.6	6	1.5	8	0.8
en formation	59	2.5	6	1.3	21	5.2	546	56.8
sans travail mais en quête d'emploi	320	13.4	76	16.4	71	17.5	84	8.7
sans travail et sans espoir d'emploi	272	11.4	122	26.3	75	18.5	64	6.7
retraité-e (rente, AVS)	157	6.6	23	5.0	7	1.7	3	0.3
incapacité de travail	234	9.8	88	19.0	37	9.1	24	2.5
femme/homme au foyer	6	0.3	3	0.6	0	0.0	1	0.1
autre	111	4.7	29	6.3	15	3.7	52	5.4
<b>Total</b>	<b>2386</b>	<b>100.0</b>	<b>464</b>	<b>100.0</b>	<b>406</b>	<b>100.0</b>	<b>962</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	326		1066		28		78	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	279	27.3	14	9.7	22	23.4	20	9.1
temps partiel	177	17.3	13	9.0	8	8.5	12	5.5
jobs occasionnels	13	1.3	1	0.7	0	0.0	2	0.9
en formation	15	1.5	3	2.1	5	5.3	123	56.2
sans travail mais en quête d'emploi	116	11.4	15	10.4	7	7.4	15	6.8
sans travail et sans espoir d'emploi	94	9.2	36	25.0	30	31.9	14	6.4
retraité-e (rente, AVS)	107	10.5	12	8.3	1	1.1	3	1.4
incapacité de travail	119	11.6	25	17.4	12	12.8	11	5.0
femme/homme au foyer	56	5.5	6	4.2	3	3.2	1	0.5
autre	46	4.5	19	13.2	6	6.4	18	8.2
<b>Total</b>	<b>1022</b>	<b>100.0</b>	<b>144</b>	<b>100.0</b>	<b>94</b>	<b>100.0</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	146		383		11		19	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec100

Tableau 12:

## Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2017)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	2090	62.6	1532	97.3	315	68.3	264	25.2
non	1250	37.4	43	2.7	146	31.7	782	74.8
<b>Total</b>	<b>3340</b>	<b>100.0</b>	<b>1575</b>	<b>100.0</b>	<b>461</b>	<b>100.0</b>	<b>1046</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	540		564		78		232	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	1421	61.1	1078	96.9	255	68.7	207	24.5
non	906	38.9	35	3.1	116	31.3	638	75.5
<b>Total</b>	<b>2327</b>	<b>100.0</b>	<b>1113</b>	<b>100.0</b>	<b>371</b>	<b>100.0</b>	<b>845</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	385		417		63		195	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	669	66.0	381	97.9	60	66.7	57	28.4
non	344	34.0	8	2.1	30	33.3	144	71.6
<b>Total</b>	<b>1013</b>	<b>100.0</b>	<b>389</b>	<b>100.0</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	155		138		15		37	

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qneb050

## 4. Tableaux

**Tableau 13:**  
**Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes,**  
**selon le problème principal actuel (admissions 2017)**

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>								
alcool	1982	94.8	52	3.4	52	16.5	48	18.2
drogues	342	16.4	1523	99.4	307	97.5	234	88.6
médicaments	72	3.4	39	2.5	22	7.0	5	1.9
tabac	21	1.0	4	0.3	3	1.0	6	2.3
comportement comparable à une dépendance	34	1.6	19	1.2	18	5.7	19	7.2
<b>N</b>	<b>2090</b>		<b>1532</b>		<b>315</b>		<b>264</b>	
données manquantes	0		0		0		0	

Plusieurs réponses possibles

<sup>1</sup> Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qneb050

Tableau 13 (suite):

Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes, selon le problème principal actuel (admissions 2017)

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>								
alcool	1344	94.6	42	3.9	50	19.6	37	17.9
drogues	252	17.7	1071	99.4	248	97.3	184	88.9
médicaments	43	3.0	29	2.7	18	7.1	2	1.0
tabac	14	1.0	2	0.2	3	1.2	6	2.9
comportement comparable à une dépendance	13	0.9	14	1.3	12	4.7	13	6.3
<b>N</b>	<b>1421</b>		<b>1078</b>		<b>255</b>		<b>207</b>	
données manquantes	0		0		0		0	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>								
alcool	638	95.4	10	2.6	2	3.3	11	19.3
drogues	90	13.5	379	99.5	59	98.3	50	87.7
médicaments	29	4.3	10	2.6	4	6.7	3	5.3
tabac	7	1.1	2	0.5	0	0.0	0	0.0
comportement comparable à une dépendance	21	3.1	5	1.3	6	10.0	6	10.5
<b>N</b>	<b>669</b>		<b>381</b>		<b>60</b>		<b>57</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		0		0		0	

Plusieurs réponses possibles

<sup>1</sup> Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qneb050

## 4. Tableaux

**Tableau 14:**  
**Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2017)**

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	366	10.1	53	12.0	51	10.1	579	47.7
cabinet médical	448	12.4	27	6.1	43	8.5	39	3.2
autre institution spécialisée	296	8.2	76	17.2	76	15.0	26	2.1
autre service médical, social ou de santé	623	17.2	56	12.7	62	12.2	109	9.0
institution forma- trice ou éducative	17	0.5	0	0.0	7	1.4	52	4.3
aucune instance ou professionnel-le: employeur	111	3.1	4	0.9	7	1.4	27	2.2
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	1711	47.2	216	49.0	250	49.3	353	29.1
autre	51	1.4	9	2.0	11	2.2	30	2.5
<b>Total</b>	<b>3623</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>507</b>	<b>100.0</b>	<b>1215</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	257		1698		32		63	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qneb080

Tableau 14 (suite):

## Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2017)

Hommes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	319	12.6	45	13.3	42	10.2	495	50.1
cabinet médical	292	11.5	23	6.8	33	8.0	27	2.7
autre institution spécialisée	186	7.3	60	17.8	58	14.1	22	2.2
autre service médical, social ou de santé	439	17.3	31	9.2	48	11.7	84	8.5
institution forma- trice ou éducative	10	0.4	0	0.0	3	0.7	40	4.0
aucune instance ou professionnel-le: employeur	88	3.5	4	1.2	5	1.2	22	2.2
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	1165	45.9	169	50.0	213	51.8	278	28.1
autre	37	1.5	6	1.8	9	2.2	20	2.0
<b>Total</b>	<b>2536</b>	<b>100.0</b>	<b>338</b>	<b>100.0</b>	<b>411</b>	<b>100.0</b>	<b>988</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	176		1192		23		52	
Femmes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	47	4.3	8	7.8	9	9.4	84	37.0
cabinet médical	156	14.4	4	3.9	10	10.4	12	5.3
autre institution spécialisée	110	10.1	16	15.5	18	18.8	4	1.8
autre service médical, social ou de santé	184	16.9	25	24.3	14	14.6	25	11.0
institution forma- trice ou éducative	7	0.6	0	0.0	4	4.2	12	5.3
aucune instance ou professionnel-le: employeur	23	2.1	0	0.0	2	2.1	5	2.2
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	546	50.2	47	45.6	37	38.5	75	33.0
autre	14	1.3	3	2.9	2	2.1	10	4.4
<b>Total</b>	<b>1087</b>	<b>100.0</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>	<b>227</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	81		424		9		11	

\* Opiïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opiïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qneb080

#### 4. Tableaux

**Tableau 15:**  
**Fréquence de consommation de la principale substance posant problème avant l'admission (2017)**

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	1634	49.7	340	30.5	81	19.4	395	35.9
4-6 jours par semaine	403	12.3	111	10.0	52	12.5	82	7.5
2-3 jours par semaine	389	11.8	189	17.0	86	20.6	168	15.3
1 jour par semaine ou moins souvent.	244	7.4	83	7.4	103	24.7	191	17.4
aucune consommation	619	18.8	392	35.2	95	22.8	263	23.9
<b>Total</b>	<b>3289</b>	<b>100.0</b>	<b>1115</b>	<b>100.0</b>	<b>417</b>	<b>100.0</b>	<b>1099</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	591		1024		122		179	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	1153	50.3	263	32.2	69	20.3	304	34.2
4-6 jours par semaine	269	11.7	81	9.9	42	12.4	68	7.6
2-3 jours par semaine	268	11.7	131	16.1	72	21.2	143	16.1
1 jour par semaine ou moins souvent.	161	7.0	59	7.2	79	23.2	160	18.0
aucune consommation	442	19.3	282	34.6	78	22.9	215	24.2
<b>Total</b>	<b>2293</b>	<b>100.0</b>	<b>816</b>	<b>100.0</b>	<b>340</b>	<b>100.0</b>	<b>890</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	419		714		94		150	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	481	48.3	76	26.1	12	15.6	91	43.5
4-6 jours par semaine	134	13.5	29	10.0	10	13.0	14	6.7
2-3 jours par semaine	121	12.1	57	19.6	14	18.2	25	12.0
1 jour par semaine ou moins souvent.	83	8.3	24	8.2	24	31.2	31	14.8
aucune consommation	177	17.8	105	36.1	17	22.1	48	23.0
<b>Total</b>	<b>996</b>	<b>100.0</b>	<b>291</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>209</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	172		236		28		29	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Période de référence: 30 derniers jours avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement)

Question: qneb073

Tableau 16:

## Principales combinaisons de substances en cas de trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2017)

Filtre <sup>1</sup>	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
cocaïne**/alcool	34	8.0	4	3.2	38	6.9
tabac/alcool	27	6.4	9	7.1	36	6.5
cocaïne**/opioïdes*	24	5.6	8	6.3	32	5.8
cannabis/alcool	27	6.4	4	3.2	31	5.6
cannabis/cocaïne**/alcool	22	5.2	5	4.0	27	4.9
tabac/cannabis/alcool	15	3.5	4	3.2	19	3.4
médicaments***/cocaïne**/opioïdes*	14	3.3	2	1.6	16	2.9
cannabis/cocaïne**	10	2.4	3	2.4	13	2.4
cannabis/cocaïne**/opioïdes*	11	2.6	2	1.6	13	2.4
tabac/cannabis/cocaïne**/alcool	9	2.1	4	3.2	13	2.4
médicaments***/alcool	7	1.6	5	4.0	12	2.2
cocaïne**/opioïdes*/alcool	7	1.6	4	3.2	11	2.0
opioïdes*/alcool	3	0.7	7	5.6	10	1.8
médicaments***/opioïdes*	10	2.4	0	0.0	10	1.8
tabac/opioïdes*/alcool	8	1.9	2	1.6	10	1.8
tabac/cocaïne**/alcool	6	1.4	4	3.2	10	1.8
tabac/cocaïne**/opioïdes*	5	1.2	5	4.0	10	1.8
tabac/cannabis/opioïdes*/alcool	9	2.1	1	0.8	10	1.8
tabac/médicaments***/cocaïne**/opioïdes*	5	1.2	4	3.2	9	1.6
tabac/opioïdes*	6	1.4	1	0.8	7	1.3
tabac/cannabis/médicaments***/cocaïne**/opioïdes*/alcool	3	0.7	4	3.2	7	1.3
médicaments***/opioïdes*/alcool	5	1.2	1	0.8	6	1.1
cannabis/opioïdes*	5	1.2	1	0.8	6	1.1
cannabis/opioïdes*/alcool	6	1.4		0.0	6	1.1
cannabis/cocaïne**/opioïdes*/alcool	4	0.9	2	1.6	6	1.1
cannabis/stimulants/cocaïne**/alcool	6	1.4	0	0.0	6	1.1
tabac/cannabis/stimulants/cocaïne**/alcool	6	1.4	0	0.0	6	1.1
autres combinaisons****	131	30.8	40	31.7	171	31.0
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100.0</b>	<b>126</b>	<b>100.0</b>	<b>551</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	60		26		86	

<sup>1</sup> Seulement auprès des client-e-s pour lequel-le-s un trouble lié à l'utilisation de substances multiples a été établi, voir tableau 1b

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* Médicaments: benzodiazépines, barbituriques, autres somnifères et tranquillisants, GHB/GBL

\*\*\*\* 12 autres combinaisons apparaissant chacune 3 fois, 12 autres combinaisons apparaissant chacune 2 fois et 31 combinaisons uniques

Question: qned016

## 4. Tableaux

**Tableau 17:**  
**Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2017)**

	Alcool	Opioïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Total</b>				
moyenne	16.5	21.1	21.1	15.1
écart-type	4.8	6.7	6.5	2.5
1 <sup>er</sup> quartile	14.0	17.0	17.0	14.0
valeur médiane	16.0	19.0	19.0	15.0
3 <sup>e</sup> quartile	18.0	24.0	24.0	16.0
<b>N</b>	<b>2356</b>	<b>1014</b>	<b>393</b>	<b>881</b>
données manquantes	1524	1125	146	397

	Alcool	Opioïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Hommes</b>				
moyenne	16.1	21.2	21.1	15.1
écart-type	4.2	6.5	6.4	2.2
1 <sup>er</sup> quartile	14.0	17.0	17.0	14.0
valeur médiane	16.0	19.0	20.0	15.0
3 <sup>e</sup> quartile	17.0	25.0	24.0	16.0
<b>N</b>	<b>1656</b>	<b>736</b>	<b>326</b>	<b>711</b>
données manquantes	1056	794	108	329

	Alcool	Opioïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Femmes</b>				
moyenne	17.5	20.8	21.0	15.2
écart-type	5.8	7.3	7.1	3.5
1 <sup>er</sup> quartile	15.0	16.0	16.0	14.0
valeur médiane	16.0	18.0	18.0	15.0
3 <sup>e</sup> quartile	18.0	24.0	25.0	16.0
<b>N</b>	<b>700</b>	<b>271</b>	<b>67</b>	<b>170</b>
données manquantes	468	256	38	68

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmed040

Tableau 18:

Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2017)

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Total</b>				
moyenne	33.5	23.3	26.1	17.4
écart-type	12.5	7.2	8.1	4.7
1 <sup>er</sup> quartile	24.0	18.0	20.0	15.0
valeur médiane	31.0	21.0	24.0	16.0
3 <sup>e</sup> quartile	42.0	26.5	30.0	18.0
<b>N</b>	<b>2496</b>	<b>300</b>	<b>383</b>	<b>858</b>
données manquantes	1384	1839	156	420

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Hommes</b>				
moyenne	32.3	24.0	26.2	17.6
écart-type	12.3	7.3	8.1	4.9
1 <sup>er</sup> quartile	22.0	19.0	20.0	15.0
valeur médiane	30.0	22.0	24.0	16.0
3 <sup>e</sup> quartile	40.0	28.0	30.0	18.0
<b>N</b>	<b>1721</b>	<b>230</b>	<b>323</b>	<b>692</b>
données manquantes	991	1300	111	348

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
<b>Femmes</b>				
moyenne	36.0	21.0	25.9	16.8
écart-type	12.6	6.6	8.5	3.6
1 <sup>er</sup> quartile	25.0	17.0	18.5	15.0
valeur médiane	35.0	19.0	25.0	16.0
3 <sup>e</sup> quartile	45.0	23.0	30.0	17.0
<b>N</b>	<b>775</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>166</b>
données manquantes	393	457	45	72

\* Opiïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opiïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmed060

#### 4. Tableaux

**Tableau 19:**  
**Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		371	45.9	157	35.6	145	21.8
opioïdes*	111	4.1	-		72	16.2	17	2.6
cocaïne**	293	10.9	433	53.5	-		89	13.4
autres stimulants***	104	3.9	129	15.9	80	18.0	65	9.8
hypnotiques/ sédatifs****	125	4.7	279	34.5	36	8.1	14	2.1
hallucinogènes*****	55	2.0	88	10.9	34	7.7	36	5.4
substances volatiles	13	0.5	5	0.6	1	0.2	5	0.8
cannabis	380	14.1	384	47.5	138	31.1	-	
tabac	957	35.6	175	21.6	159	35.8	157	23.6
autre(s) substance(s)	21	0.8	5	0.6	2	0.5	4	0.6
comportements compa- rables à une addiction	106	3.9	20	2.5	22	5.0	28	4.2
aucun mentionné	1437	53.5	83	10.3	138	31.1	393	59.1
<b>N</b>	<b>2686</b>		<b>809</b>		<b>444</b>		<b>665</b>	
données manquantes	2631		1413		233		1006	

Plusieurs réponses possibles

Inclut également les troubles liés à l'utilisation de substances multiples, pour lesquels un problème principal devait être mentionné (voir tableau 1b)

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* Autres stimulants: amphétamines, méthamphétamines, MDMA et substances similaires, cathinones synthétiques, autres stimulants

\*\*\*\* Hypnotiques/sédatifs: benzodiazépines, barbituriques, autres somnifères/tranquillisants

\*\*\*\*\* Hallucinogènes: LSD, autres hallucinogènes

Question: qned070

Tableau 19 (suite):

## Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2017)

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		284	45.9	142	38.6	110	20.0
opioïdes*	84	4.4	-		58	15.8	12	2.2
cocaïne**	222	11.7	330	53.3	-		79	14.3
autres stimulants***	75	3.9	98	15.8	68	18.5	48	8.7
hypnotiques/ sédatifs****	85	4.5	210	33.9	28	7.6	12	2.2
hallucinogènes*****	37	1.9	65	10.5	30	8.2	28	5.1
substances volatiles	10	0.5	5	0.8	1	0.3	4	0.7
cannabis	300	15.8	311	50.2	117	31.8	-	
tabac	670	35.2	137	22.1	136	37.0	125	22.7
autre(s) substance(s)	13	0.7	4	0.6	2	0.5	3	0.5
comportements compa- rables à une addiction	47	2.5	15	2.4	16	4.3	16	2.9
aucun mentionné	1018	53.6	66	10.7	109	29.6	338	61.3
<b>N</b>	<b>1901</b>		<b>619</b>		<b>368</b>		<b>551</b>	
données manquantes	1829		977		175		827	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		87	45.8	15	19.7	35	30.7
opioïdes*	27	3.4	-		14	18.4	5	4.4
cocaïne**	71	9.0	103	54.2	-		10	8.8
autres stimulants***	29	3.7	31	16.3	12	15.8	17	14.9
hypnotiques/ sédatifs****	40	5.1	69	36.3	8	10.5	2	1.8
hallucinogènes*****	18	2.3	23	12.1	4	5.3	8	7.0
substances volatiles	3	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.9
cannabis	80	10.2	73	38.4	21	27.6	-	
tabac	287	36.6	38	20.0	23	30.3	32	28.1
autre(s) substance(s)	8	1.0	1	0.5	0	0.0	1	0.9
comportements compa- rables à une addiction	59	7.5	5	2.6	6	7.9	12	10.5
aucun mentionné	419	53.4	17	8.9	29	38.2	55	48.2
<b>N</b>	<b>785</b>		<b>190</b>		<b>76</b>		<b>114</b>	
données manquantes	802		354		58		179	

Plusieurs réponses possibles

Inclut également les troubles liés à l'utilisation de substances multiples, pour lesquels un problème principal devait être mentionné (voir tableau 1b)

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* Autres stimulants: amphétamines, méthamphétamines, MDMA et substances similaires, cathinones synthétiques, autres stimulants

\*\*\*\* Hypnotiques/sédatifs: benzodiazépines, barbituriques, autres somnifères/tranquillisants

\*\*\*\*\* Hallucinogènes: LSD, autres hallucinogènes

Question: qned070

#### 4. Tableaux

**Tableau 20:**  
**Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2017)**

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	195	6.5	844	58.6	92	23.2	27	2.6
non	2822	93.5	597	41.4	304	76.8	1007	97.4
<b>Total</b>	<b>3017</b>	<b>100.0</b>	<b>1441</b>	<b>100.0</b>	<b>396</b>	<b>100.0</b>	<b>1034</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	845		693		142		237	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	139	6.7	604	58.1	66	20.5	21	2.5
non	1947	93.3	435	41.9	256	79.5	817	97.5
<b>Total</b>	<b>2086</b>	<b>100.0</b>	<b>1039</b>	<b>100.0</b>	<b>322</b>	<b>100.0</b>	<b>838</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	613		488		111		196	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	56	6.0	236	59.7	26	35.1	6	3.1
non	875	94.0	159	40.3	48	64.9	190	96.9
<b>Total</b>	<b>931</b>	<b>100.0</b>	<b>395</b>	<b>100.0</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	232		130		31		41	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qned090

**Tableau 21:**  
**Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2017)**

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>								
jusqu'à 14 ans	7	5.3	18	5.6	0	0.0	0	0.0
15-19	41	30.8	116	35.8	25	36.2	7	43.8
20-24	44	33.1	104	32.1	18	26.1	6	37.5
25-29	23	17.3	49	15.1	12	17.4	2	12.5
30-34	11	8.3	23	7.1	7	10.1	1	6.3
35-39	4	3.0	13	4.0	3	4.3	0	0.0
40 et plus	3	2.3	1	0.3	4	5.8	0	0.0
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100.0</b>	<b>324</b>	<b>100.0</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	62		520		23		11	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>								
jusqu'à 14 ans	3	3.2	15	6.3	0	0.0	0	0.0
15-19	27	29.0	73	30.5	17	33.3	5	38.5
20-24	32	33.4	77	32.2	14	27.5	5	38.5
25-29	19	20.4	39	16.3	8	15.7	2	15.4
30-34	6	6.5	22	9.2	6	11.8	1	7.7
35-39	4	4.3	13	5.4	3	5.9	0	0.0
40 et plus	2	2.2	0	0.0	3	5.9	0	0.0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100.0</b>	<b>239</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	46		365		15		8	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>								
jusqu'à 14 ans	4	10.0	3	3.5	0	0.0	0	0.0
15-19	14	35.0	43	50.6	8	44.4	2	66.7
20-24	12	30.0	27	31.8	4	22.2	1	33.3
25-29	4	10.0	10	11.8	4	22.2	0	0.0
30-34	5	12.5	1	1.2	1	5.6	0	0.0
35-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40 et plus	1	2.5	1	1.2	1	5.6	0	0.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>3</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	16		151		8		3	

<sup>1</sup> Seulement en cas d'injection au cours de la vie

\* Opiïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opiïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmed096

#### 4. Tableaux

**Tableau 22:**  
**Injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	41	1.4	221	22.3	60	15.5	6	0.6
non	2956	98.6	772	77.7	326	84.5	1028	99.4
<b>Total</b>	<b>2997</b>	<b>100.0</b>	<b>993</b>	<b>100.0</b>	<b>386</b>	<b>100.0</b>	<b>1034</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	883		1146		153		244	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	32	1.5	173	23.5	47	14.8	6	0.7
non	2042	98.5	562	76.5	271	85.2	832	99.3
<b>Total</b>	<b>2074</b>	<b>100.0</b>	<b>735</b>	<b>100.0</b>	<b>318</b>	<b>100.0</b>	<b>838</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	638		795		116		202	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	9	1.0	48	18.8	13	19.1	0	0.0
non	914	99.0	207	81.2	55	80.9	196	100.0
<b>Total</b>	<b>923</b>	<b>100.0</b>	<b>255</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	245		272		37		42	

\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qned094

**Tableau 23:**  
**Echange de matériel d'injection au cours des 12 mois précédant l'admission,**  
**selon le problème principal (2017)**

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>								
oui	4	13.8	14	9.5	6	11.8	0	0.0
non	25	86.2	134	90.5	45	88.2	4	100.0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	12		73		9		2	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>								
oui	3	13.0	11	9.8	4	9.8	0	0.0
non	20	87.0	101	90.2	37	90.2	4	100.0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	9		61		6		2	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>								
oui	1	16.7	3	8.3	2	20.0	0	0.0
non	5	83.3	33	91.7	8	80.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
données manquantes	3		12		3		0	

<sup>1</sup> Seulement en cas d'injection durant les 12 mois précédant l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qned094

## 4. Tableaux

**Tableau 24:**  
**Problème principal selon le sexe (sorties 2017)**

	Hommes		Femmes		Toutes sorties	
	n	%	n	%	n	%
alcool	2839	46.1	1252	50.3	4191	47.0
héroïne	1651	25.9	537	21.6	2247	25.2
méthadone (usage abusif)	26	0.4	4	0.2	30	0.3
buprénorphine (usage abusif)	1	0.0	0	0.0	1	0.0
fentanyl (usage abusif)	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autres opioïdes	22	0.3	11	0.4	33	0.4
cocaïne sous forme de poudre	365	5.7	89	3.6	454	5.1
crack	20	0.3	4	0.2	24	0.3
autre forme de cocaïne	5	0.1	1	0.0	6	0.1
amphétamines	28	0.4	17	0.7	45	0.5
méthamphétamines (crysal meth, ice, pilules thaï)	11	0.2	2	0.1	13	0.1
MDMA et substances similaires (ecstasy)	14	0.2	7	0.3	21	0.2
cathinones synthétiques (méphredone, méthylone etc)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres stimulants	2	0.0	1	0.0	3	0.0
barbituriques (usage abusif)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
benzodiazépines (usage abusif)	37	0.6	36	1.4	73	0.8
GHB/GBL	4	0.1	0	0.0	4	0.0
autres somnifères/tranquillisants	2	0.0	4	0.2	6	0.1
LSD	2	0.0	2	0.1	4	0.0
kétamine	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autres hallucinogènes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
substances volatiles	1	0.0	0	0.0	1	0.0
cannabis	929	14.6	218	8.8	1147	12.9
tabac	84	1.3	64	2.6	148	1.7
autres substances (tous types)	15	0.2	4	0.2	19	0.2
jeu pathologique	80	1.3	11	0.4	90	1.0
dépendance aux ordinateurs et/ou internet	84	1.3	12	0.5	96	1.1
troubles alimentaires	11	0.2	187	7.5	198	2.2
autres troubles comparables à une dépendance	37	0.6	26	1.0	63	0.7
<b>Total</b>	<b>6372</b>	<b>100.0</b>	<b>2489</b>	<b>100.0</b>	<b>8920</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	105		54		159	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission  
Question: qned010 du questionnaire d'entrée

Tableau 25:

**Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2017)**

	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	2939	70.1	1701	75.5	390	80.6	929	81.0
femmes	1252	29.9	552	24.5	94	19.4	218	19.0
<b>Total</b>	<b>4191</b>	<b>100.0</b>	<b>2253</b>	<b>100.0</b>	<b>484</b>	<b>100.0</b>	<b>1147</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	0		59		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmac001

Tableau 26:

**Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2017)**

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
14-15	3	0.1	0	0.0	1	0.2	50	4.4
16-17	13	0.3	2	0.1	5	1.0	291	25.4
18-19	22	0.5	14	0.6	12	2.5	247	21.5
20-24	104	2.5	54	2.3	52	10.7	188	16.4
25-29	247	5.9	220	9.5	94	19.4	123	10.7
30-34	395	9.4	341	14.7	100	20.7	102	8.9
35-39	501	12.0	347	15.0	89	18.4	55	4.8
40-44	446	10.7	421	18.2	55	11.4	41	3.6
45-49	570	13.6	408	17.6	42	8.7	15	1.3
50-54	666	15.9	294	12.7	27	5.6	20	1.7
55-59	547	13.1	136	5.9	5	1.0	11	1.0
60-64	323	7.7	53	2.3	1	0.2	2	0.2
65-69	178	4.3	15	0.6	1	0.2	1	0.1
70-74	114	2.7	5	0.2	0	0.0	0	0.0
75 et plus	58	1.4	2	0.1	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>4187</b>	<b>100.0</b>	<b>2312</b>	<b>100.0</b>	<b>484</b>	<b>100.0</b>	<b>1147</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	4		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmac005

#### 4. Tableaux

Tableau 26 (suite):

#### Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2017)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
14-15	1	0.0	0	0.0	0	0.0	41	4.4
16-17	9	0.3	1	0.1	4	1.0	232	25.0
18-19	15	0.5	12	0.7	8	2.1	200	21.5
20-24	74	2.5	31	1.8	38	9.7	157	16.9
25-29	189	6.4	136	8.0	74	19.0	100	10.8
30-34	297	10.1	254	14.9	77	19.7	87	9.4
35-39	374	12.7	252	14.8	80	20.5	41	4.4
40-44	316	10.8	335	19.7	50	12.8	31	3.3
45-49	383	13.0	303	17.8	32	8.2	13	1.4
50-54	455	15.5	227	13.3	21	5.4	15	1.6
55-59	368	12.5	102	6.0	4	1.0	9	1.0
60-64	226	7.7	34	2.0	1	0.3	1	0.1
65-69	115	3.9	11	0.6	1	0.3	1	0.1
70-74	72	2.5	2	0.1	0	0.0	0	0.0
75 et plus	43	1.5	1	0.1	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>2937</b>	<b>100.0</b>	<b>1701</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>	<b>929</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	2		0		0		0	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 11 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14-15	2	0.2	0	0.0	1	1.1	9	4.1
16-17	4	0.3	1	0.2	1	1.1	59	27.1
18-19	7	0.6	1	0.2	4	4.3	47	21.6
20-24	30	2.4	20	3.6	14	14.9	31	14.2
25-29	58	4.6	79	14.3	20	21.3	23	10.6
30-34	98	7.8	76	13.8	23	24.5	15	6.9
35-39	127	10.2	84	15.2	9	9.6	14	6.4
40-44	130	10.4	79	14.3	5	5.3	10	4.6
45-49	187	15.0	96	17.4	10	10.6	2	0.9
50-54	211	16.9	61	11.1	6	6.4	5	2.3
55-59	179	14.3	32	5.8	1	1.1	2	0.9
60-64	97	7.8	17	3.1	0	0.0	1	0.5
65-69	63	5.0	2	0.4	0	0.0	0	0.0
70-74	42	3.4	3	0.5	0	0.0	0	0.0
75 et plus	15	1.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>1250</b>	<b>100.0</b>	<b>552</b>	<b>100.0</b>	<b>94</b>	<b>100.0</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	2		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmac005

Tableau 27:  
**Âge à la sortie, selon le problème principal (2017)**

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
<b>Total</b>				
moyenne	47.0	41.5	34.4	23.6
écart-type	12.8	9.9	9.2	9.3
1 <sup>er</sup> quartile	37.0	34.0	28.0	17.0
valeur médiane	48.0	42.0	34.0	19.0
3 <sup>e</sup> quartile	56.0	48.0	40.0	28.0
<b>N</b>	<b>4187</b>	<b>2312</b>	<b>484</b>	<b>1147</b>
données manquantes	4	0	0	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
<b>Hommes</b>				
moyenne	46.6	41.7	34.8	23.5
écart-type	12.9	9.6	9.0	9.2
1 <sup>er</sup> quartile	37.0	34.0	28.0	17.0
valeur médiane	47.0	42.0	34.0	19.0
3 <sup>e</sup> quartile	56.0	48.0	40.0	28.0
<b>N</b>	<b>2937</b>	<b>1701</b>	<b>390</b>	<b>929</b>
données manquantes	2	0	0	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
<b>Femmes</b>				
moyenne	48.1	40.8	32.7	23.9
écart-type	12.6	10.7	9.8	9.8
1 <sup>er</sup> quartile	39.0	32.0	26.0	17.0
valeur médiane	49.0	40.0	31.0	19.0
3 <sup>e</sup> quartile	57.0	49.0	39.0	28.0
<b>N</b>	<b>1250</b>	<b>552</b>	<b>94</b>	<b>218</b>
données manquantes	2	0	0	0

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmac005

#### 4. Tableaux

**Tableau 28:**  
**Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2017)**

Total	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	1990	47.6	268	25.5	149	30.8	729	63.6
fin régulière avec transfert	694	16.6	226	21.5	66	13.7	54	4.7
changement domicile	64	1.5	56	5.3	8	1.7	28	2.4
hospitalisation	40	1.0	22	2.1	5	1.0	4	0.3
détention	5	0.1	31	2.9	8	1.7	5	0.4
perte de contact	761	18.2	167	15.9	100	20.7	176	15.3
rupture explicite	515	12.3	166	15.8	140	29.0	136	11.9
décès	48	1.1	83	7.9	1	0.2	1	0.1
autre raison	63	1.5	34	3.2	6	1.2	14	1.2
<b>Total</b>	<b>4180</b>	<b>100.0</b>	<b>1053</b>	<b>100.0</b>	<b>483</b>	<b>100.0</b>	<b>1147</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	11		1259		1		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opiïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opiïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmab040

Tableau 28 (suite):

**Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2017)**

<b>Hommes</b>	<b>Alcool</b>		<b>Opioides*</b>		<b>Cocaïne**</b>		<b>Cannabis</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
fin régulière sans transfert	1407	48.0	203	25.6	126	32.3	602	64.8
fin régulière avec transfert	469	16.0	171	21.5	49	12.6	42	4.5
changement domicile	45	1.5	40	5.0	8	2.1	21	2.3
hospitalisation	30	1.0	16	1.9	2	0.5	3	0.3
détention	5	0.2	29	3.7	7	1.8	5	0.5
perte de contact	540	18.4	129	16.2	82	21.0	138	14.9
rupture explicite	359	12.3	115	14.5	111	28.5	108	11.6
décès	35	1.2	61	7.7	1	0.3	1	0.1
autre raison	40	1.4	30	3.8	4	1.0	9	1.0
<b>Total</b>	<b>2930</b>	<b>100.0</b>	<b>794</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>	<b>929</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	9		907		0		0	

<b>Femmes</b>	<b>Alcool</b>		<b>Opioides*</b>		<b>Cocaïne**</b>		<b>Cannabis</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
fin régulière sans transfert	583	46.6	65	25.1	23	24.7	127	58.3
fin régulière avec transfert	225	18.0	55	21.2	17	18.3	12	5.5
changement domicile	19	1.5	16	6.2	0	0.0	7	3.2
hospitalisation	10	0.8	6	2.3	3	3.2	1	0.5
détention	0	0.0	2	0.8	1	1.1	0	0.0
perte de contact	221	17.7	38	14.7	18	19.4	38	17.4
rupture explicite	156	12.5	51	19.7	29	31.2	28	12.8
décès	13	1.0	22	8.5	0	0.0	0	0.0
autre raison	23	1.8	4	1.5	2	2.2	5	2.3
<b>Total</b>	<b>1250</b>	<b>100.0</b>	<b>259</b>	<b>100.0</b>	<b>93</b>	<b>100.0</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	2		293		1		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioides

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmab040

#### 4. Tableaux

**Tableau 29:**  
**Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts,**  
**selon le problème principal (sorties 2017)**

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>								
traitement résidentiel	64	10.3	17	16.8	8	13.1	7	17.1
prise en charge								
structure/clinique de jour	110	17.6	13	12.9	16	26.2	6	14.6
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	383	61.4	63	62.4	30	49.2	21	51.2
appartement protégé	25	4.0	4	4.0	2	3.3	4	9.8
autre institution								
spécialisée	42	6.7	4	4.0	5	8.2	3	7.3
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>100.0</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	70		125		5		13	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>								
traitement résidentiel	35	8.3	14	18.7	3	6.5	6	18.2
prise en charge								
structure/clinique de jour	72	17.0	10	13.3	14	30.4	4	12.1
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	262	61.8	44	58.7	23	50.0	18	54.5
appartement protégé	22	5.2	3	4.0	1	2.2	3	9.1
autre institution								
spécialisée	33	7.8	4	5.3	5	10.9	2	6.1
<b>Total</b>	<b>424</b>	<b>100.0</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	45		96		3		9	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>								
traitement résidentiel	29	14.5	3	11.5	5	33.3	1	12.5
prise en charge								
structure/clinique de jour	38	19.0	3	11.5	2	13.3	2	25.0
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	121	60.5	19	73.1	7	46.7	3	37.5
appartement protégé	3	1.5	1	3.8	1	6.7	1	12.5
autre institution								
spécialisée	9	4.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>
données manquantes	25		29		2		4	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

<sup>1</sup> seulement en cas de fin régulière avec transfert

\* Opiïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne)

Question: qnab041

Tableau 30:

**Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès,  
selon le problème principal (sorties 2017)**

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>								
suicide	3	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
accident	2	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
maladie	22	73.3	20	90.9	0	0.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	3	10.0	2	9.1	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
données manquantes	18		61		1		1	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>								
suicide	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
accident	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
maladie	19	73.1	16	88.9	0	0.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	3	11.5	2	11.1	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
données manquantes	9		43		1		1	

Filtre <sup>1</sup>	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>								
suicide	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
accident	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
maladie	3	75.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
données manquantes	9		18		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

<sup>1</sup> Seulement en cas de décès

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Question: qmab044

## 5. Evolution jusqu'en 2017

Ce chapitre présente, dans le cadre du rapport annuel, une sélection de résultats reflétant l'évolution des tendances au niveau de la demande en matière de traitement ainsi que par rapport à certaines caractéristiques de base. Le monitoring *act-info* recueille depuis 2004 des données dans le domaine de la prise en charge des dépendances et offre ainsi une base suffisante pour retracer les développements récents dans ce domaine. En raison des défis relatifs à la participation des institutions dans la phase de lancement, les deux premières années du monitoring ne seront pas prises en compte. La plupart des évolutions présentées ici couvrent donc la période allant de 2006 à 2017.

Lors des processus d'harmonisation et de révision, un soin particulier a été apporté au maintien de la comparabilité des instruments avec leurs versions précédentes. Ce sont les fluctuations dans la participation des institutions ciblées qui représentent le défi le plus important dans l'interprétation de l'évolution des résultats. En effet, la plupart des relevés n'ont pu être effectués jusqu'ici que sur une base volontaire, ce qui implique inévitablement des limitations dont il faut tenir compte pour estimer les tendances, surtout s'agissant de l'évolution de la demande de prise en charge.

Conformément aux normes européennes du TDI (EMCDDA 2000, 2012), les personnes avec plusieurs admissions au cours de la même année civile ne sont dans la mesure du possible comptées qu'une seule fois (voir sous-chapitre 2.3). Les résultats présentés ci-après ont donc pour unité de mesure les personnes admises au cours d'une année, à l'exception d'une rétrospective à plus long terme dans le domaine des drogues illégales basées sur l'ensemble des admissions (sous-chapitre 5.2).

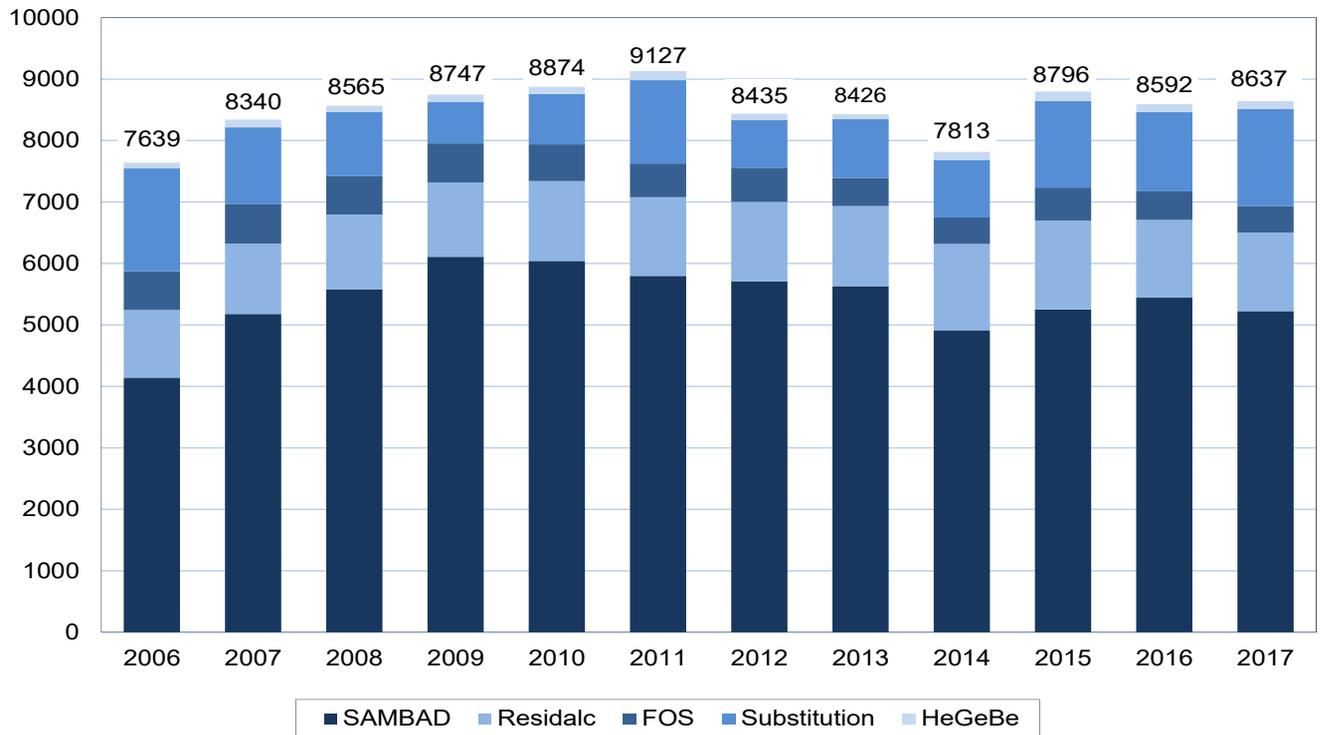
### 5.1 Evolution des cas enregistrés et des taux de couverture dans les différents secteurs de prise en charge

Le graphique 11A montre l'évolution du nombre de cas enregistrés par *act-info* entre 2006 et 2017, selon le secteur de prise en charge. On peut observer une augmentation du nombre de clientes et clients enregistrés jusqu'en 2011, suivie d'un fléchissement jusqu'en 2014. Puis on assiste en 2015 à un nouveau rebond débouchant sur une relative stabilité du nombre de

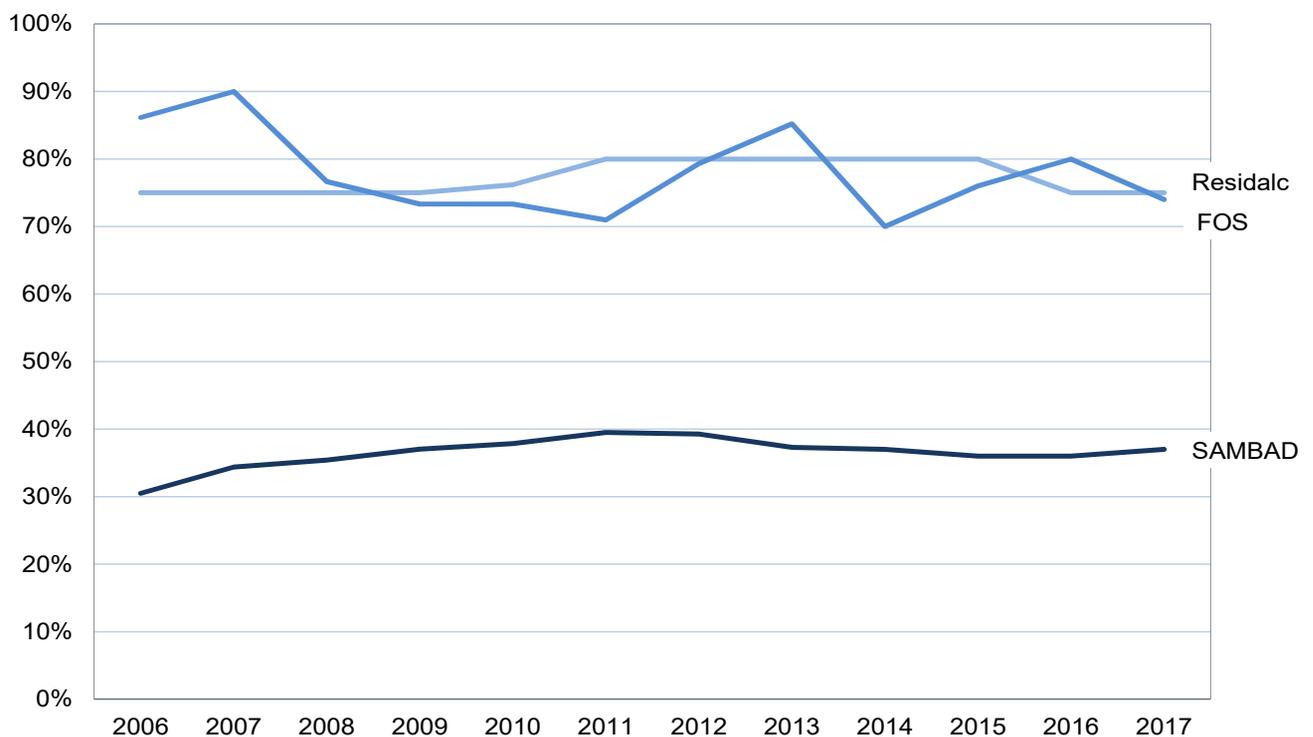
cas annuels dans les dernières années de la période d'observation. Cette tendance temporelle semble s'expliquer principalement par l'évolution du nombre de prises en charge enregistrées dans le secteur ambulatoire SAMBAD, qui compte un nombre nettement plus élevé de cas que les quatre autres secteurs. Quelques fluctuations plus marquées dans le domaine des traitements de substitution contribuent également au trend général, alors que les autres secteurs comptent des nombres de cas plus stables au cours du temps.

Le graphique 11B illustre, quant à lui, l'évolution du taux de participation des institutions dans les secteurs SAMBAD, *act-info*-FOS et *act-info*-Residalc. Le domaine HeGeBe n'est pas représenté ici vu que la participation à cette statistique sectorielle revêt un caractère obligatoire (100% de participation). Les indications disponibles sur la participation dans le secteur des traitements de substitution ne figurent pas non plus ici, car elles se réfèrent à la livraison de données individuelles par canton et ne seraient donc pas directement comparables (voir sous-chapitre 2.1). Comme évoqué précédemment, les résultats indiquent que le système de monitoring *act-info* doit composer avec une participation partielle et fluctuante de la part des institutions (excepté le secteur HeGeBe). Ils suggèrent en outre que la tendance observée au niveau du nombre de cas enregistrés peut être mise en rapport avec le degré de participation des services de consultation ambulatoires (SAMBAD). Autrement dit, le graphique 11A présentant les cas enregistrés annuellement par *act-info* reflète probablement davantage les fluctuations du taux de participation des institutions au système de monitoring que l'évolution effective du nombre de client-e-s pris en charge par le système d'aide en matière de dépendance en Suisse. Tant qu'un recensement complet ne peut pas être institué par la participation obligatoire dans tous les secteurs, il convient d'adopter des méthodes d'analyse permettant de contrôler les effets de la participation (voir sous-chapitres 5.2 et 5.3).

**Graphique 11A**  
 Evolution du nombre de cas enregistrés par act-*info* dans les institutions participantes, avec répartition entre les secteurs de prise en charge (2006-2017)



**Graphique 11B**  
 Evolution du taux de participation à act-*info*, selon le secteur de prise en charge (2006-2017)



## 5. Evolution jusqu'en 2017

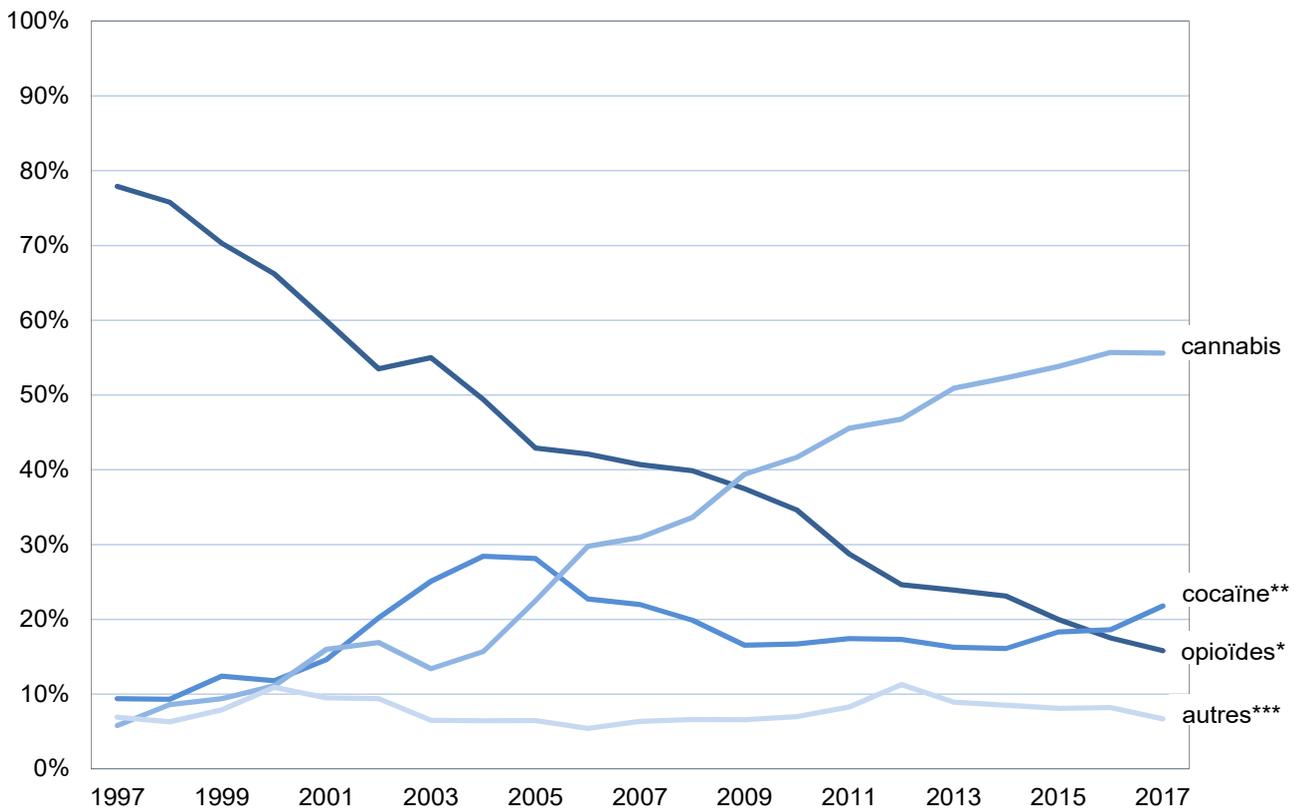
### 5.2 Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2017)

Les données servant de base à cette analyse sont les admissions enregistrées par SAMBAD (uniquement les admissions pour des problèmes liés aux substances illégales) et act-info-FOS. Dans ces deux secteurs, l'indicateur clé a conservé une comparabilité suffisante avec ceux des relevés antérieurs à act-info pour qu'il soit possible de procéder à un suivi de l'évolution depuis 1997, soit sept ans avant l'introduction des premiers instruments harmonisés d'act-info. Le graphique 12 présente l'évolution des parts relatives des admissions de client-e-s ayant les opioïdes, la cocaïne, le cannabis ou une autre substance psychotrope pour problème principal (alcool et tabac exceptés, en conformité avec les substances visées par le TDI). Cette perspective offre l'avantage d'un recul plus important et n'est que peu sensible aux fluctuations du taux de participation,

vu qu'il s'agit pour chaque année de parts relatives. En 1997, près de quatre admissions sur cinq (77.9%) dans les secteurs act-info-FOS et SAMBAD concernaient un problème principal lié aux opioïdes. Par la suite, la part de ces admissions recule de façon assez régulière pour ne représenter en 2017 qu'un sixième environ (15.8%) des demandes enregistrées. Sur la même période, la part des demandes 'cannabis' est en revanche presque multipliée par 10, passant de 5.8% en 1997 à plus de la moitié de l'ensemble des admissions en 2017 (55.6%). La part des demandes 'cocaïne' s'est accrue entre 1997 (9.4%) et 2004 (28.4%), pour repartir à la baisse jusque vers 2009 (16.5%). Après une certaine stabilité jusque vers 2014, une nouvelle tendance à la hausse de cette part peut être observée au cours des trois dernières années (2017: 21.8%). Enfin, la part des admissions pour un problème principal lié à une autre substance ne suit pas de tendance claire, restant généralement au-dessous de 10%.

Graphique 12

Evolution de la fréquence relative de la principale substance posant problème au moment de l'admission (uniquement client-e-s des institutions SAMBAD [seulement drogues illégales] et act-info-FOS) (1997-2017)



Pour chaque année de relevé, on obtient un total de 100 %

\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

\*\*\* Autres: autres substances psychotropes (alcool et tabac exceptés)

### 5.3 Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2006-2017)

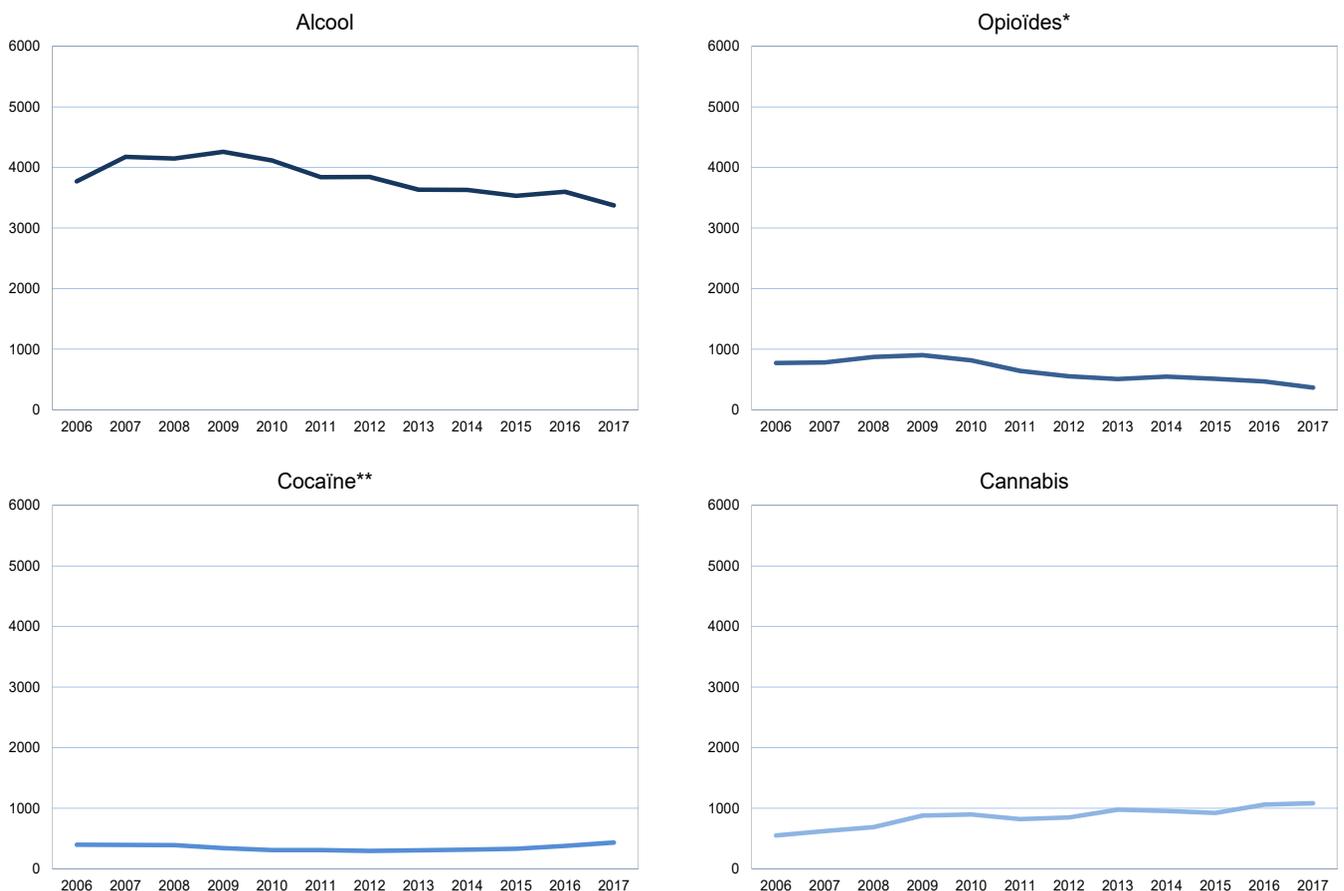
De façon à pouvoir suivre l'évolution des sollicitations à l'endroit du système d'aide en matière de dépendance, tout en essayant de neutraliser les éventuels biais liés aux fluctuations du taux de participation, les nombres absolus – et non plus les parts relatives – de client-e-s admis par problème principal (alcool, opioïdes, cocaïne et cannabis) ont été calculés pour une sélection d'institutions ayant livré des données tout au long de la période d'observation (de 2006 à 2017). Le fait de considérer une fenêtre d'observation plus étroite permet de limiter les pertes de cas. A noter qu'ici les analyses se basent sur les données des secteurs SAMBAD, act-info-FOS, act-info-Residalc et HeGeBe, mais sans celui des traitements de substitution, les informations sur la constance de la participation n'ayant pas été disponibles jusqu'en 2015. Avec ce critère, 77.9% des cas enregistrés par act-info ont pu être inclus dans ces calculs. Le gra-

phique 13 présente l'évolution du nombre de client-e-s pour chaque problème principal et permet ainsi de suivre au mieux les tendances de la demande de prise en charge en terme d'évolution, mais pas d'ampleur, vu la part restreinte d'institutions pouvant être considérées ici. Dans cette approche, c'est donc l'évolution des courbes qui est au centre de l'attention et non pas les nombres qui les constituent.

Il apparaît que la demande de prise en charge pour le problème principal 'alcool' tend à s'accroître entre 2006 et 2009, puis a tendance à fléchir, avec quelques fluctuations sur les dernières années. La demande liée au problème principal 'opioïdes' montre, après une légère augmentation entre 2007 et 2009, une tendance à reculer par la suite. La demande liée au problème principal 'cannabis' suit une courbe orientée à la hausse, tandis que celle en lien avec le problème principal 'cocaïne' a tendance à baisser jusqu'en 2012 pour ensuite repartir à la hausse, et ceci plus clairement sur la dernière année.

Graphique 13

Evolution du nombre des demandes d'aide en matière de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation 2006-2017)



\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

## 5. Evolution jusqu'en 2017

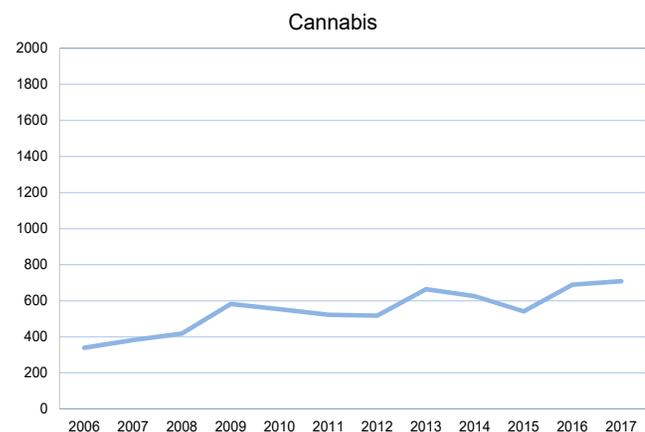
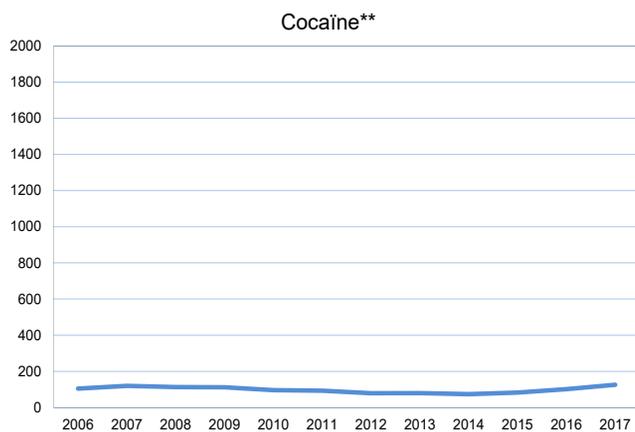
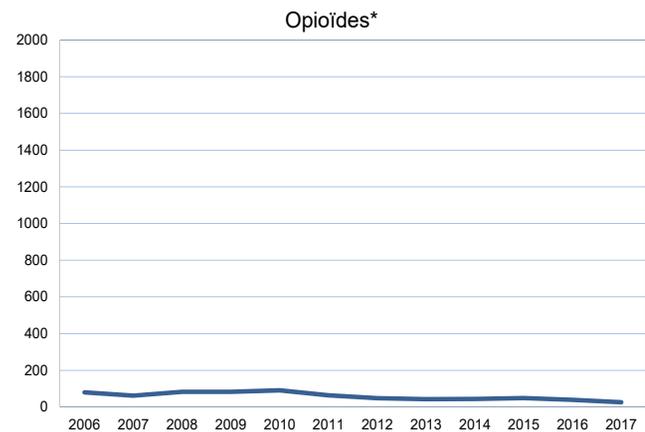
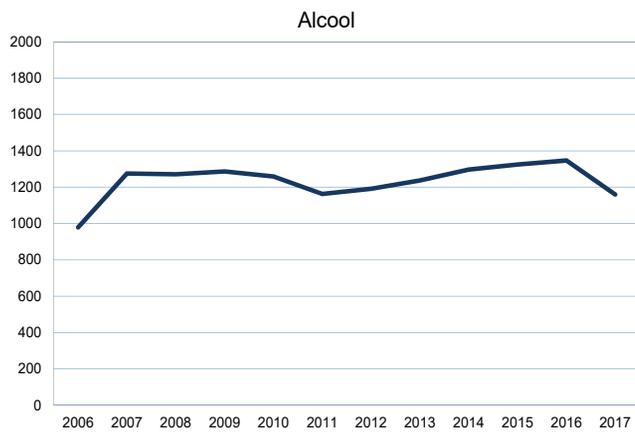
### 5.4 Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2006-2017)

Le nombre de client-e-s pour lesquels il s'agit de la toute première prise en charge pour un problème de dépendance peut être considéré comme un indicateur 'proxy' de l'évolution de l'incidence du problème concerné au sein de la population générale. L'évolution de l'incidence constitue une mesure appropriée de la tendance de diffusion d'un trouble donné et de la rapidité à laquelle il se propage ou régresse. Les remarques méthodologiques relatives au graphique 13 s'appliquent également au graphique 14. Ainsi, les nombres présentés sont ceux enregistrés par les institutions ayant pris part de façon constante au monitoring *act-info* de 2006 à 2017. Ici aussi, c'est le tracé de la courbe qu'il importe de considérer et non pas les nombres eux-mêmes, car ils ne représentent pas la totalité de la demande. Le graphique 14 montre l'évolution du nombre des toutes premières prises en charge selon le problème

principal. Globalement, on observe des évolutions assez comparables à celles du nombre global des demandes de prise en charge (voir sous-chapitre 5.3), mais à des niveaux bien plus bas, surtout s'agissant du problème principal 'opioïdes', ce qui rappelle le caractère chronique de cette problématique (part élevée des prises en charge récurrentes). Les premières demandes de prise en charge pour un problème principal lié à l'alcool présentent certaines fluctuations sans tendance claire sur la durée. L'évolution des toutes premières prises en charge pour un problème principal lié aux opioïdes montre une tendance à la baisse dès 2010. Quant aux premières demandes pour un problème principal 'cocaïne', après une tendance à la baisse entre 2007 et 2014, on observe une recrudescence dans les dernières années (nombre le plus élevé en 2017). Les premières prises en charge pour un problème principal lié au cannabis augmentent de façon manifeste au cours du temps, même si l'on assiste à quelques fluctuations.

Graphique 14

Evolution du nombre des toutes premières prises en charge pour problèmes de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation (2006-2017))



\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

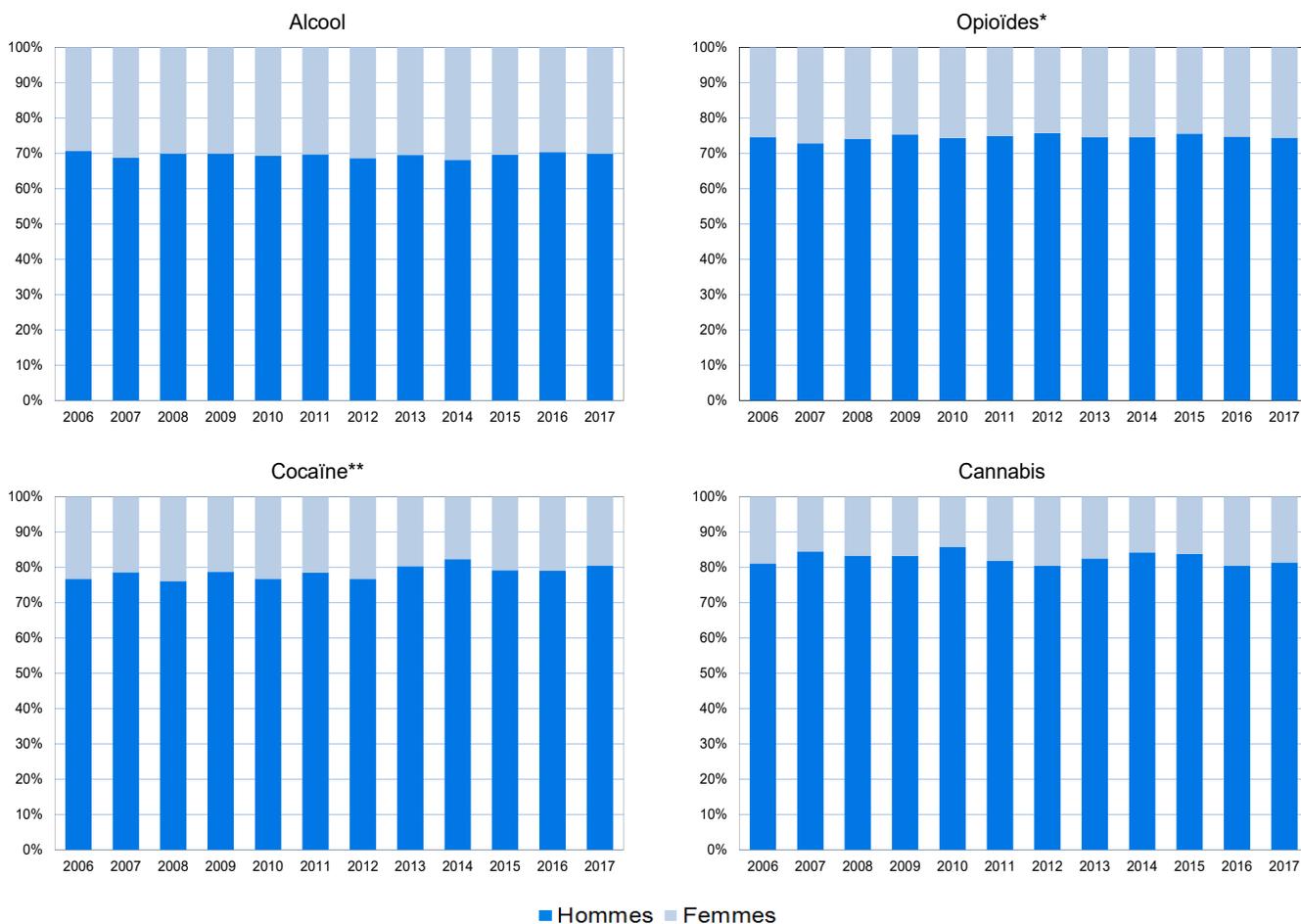
\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

## 5.5 Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2006-2017)

Le graphique 15 présente la proportion d'hommes et de femmes selon le problème principal à l'admission pour l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring *act-info* entre 2006 et 2017. Les résultats montrent que la répartition des hommes et des femmes reste relativement stable au cours de la période d'observation parmi les client-e-s ayant pour problème principal l'alcool (environ 30% de femmes) et les opioïdes (environ un quart de femmes). Elle s'avère en revanche plus fluctuante

et sans tendance claire dans les deux autres groupes de client-e-s. La part des femmes parmi les client-e-s dont le problème principal est la cocaïne oscille en effet entre un minimum de 17.7% (2014) et un maximum de 23.9% (2008). Cette même part fluctue entre 14.2% (2010) et 19.6% (2016) parmi les client-e-s ayant le cannabis pour problème principal. Tout au long de la période d'observation, la proportion de femmes s'avère la plus élevée parmi les personnes dont le problème principal est l'alcool et la plus basse parmi celles dont le problème principal est le cannabis.

**Graphique 15**  
Evolution de la répartition hommes/femmes, selon le problème principal (2006-2017)



\* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

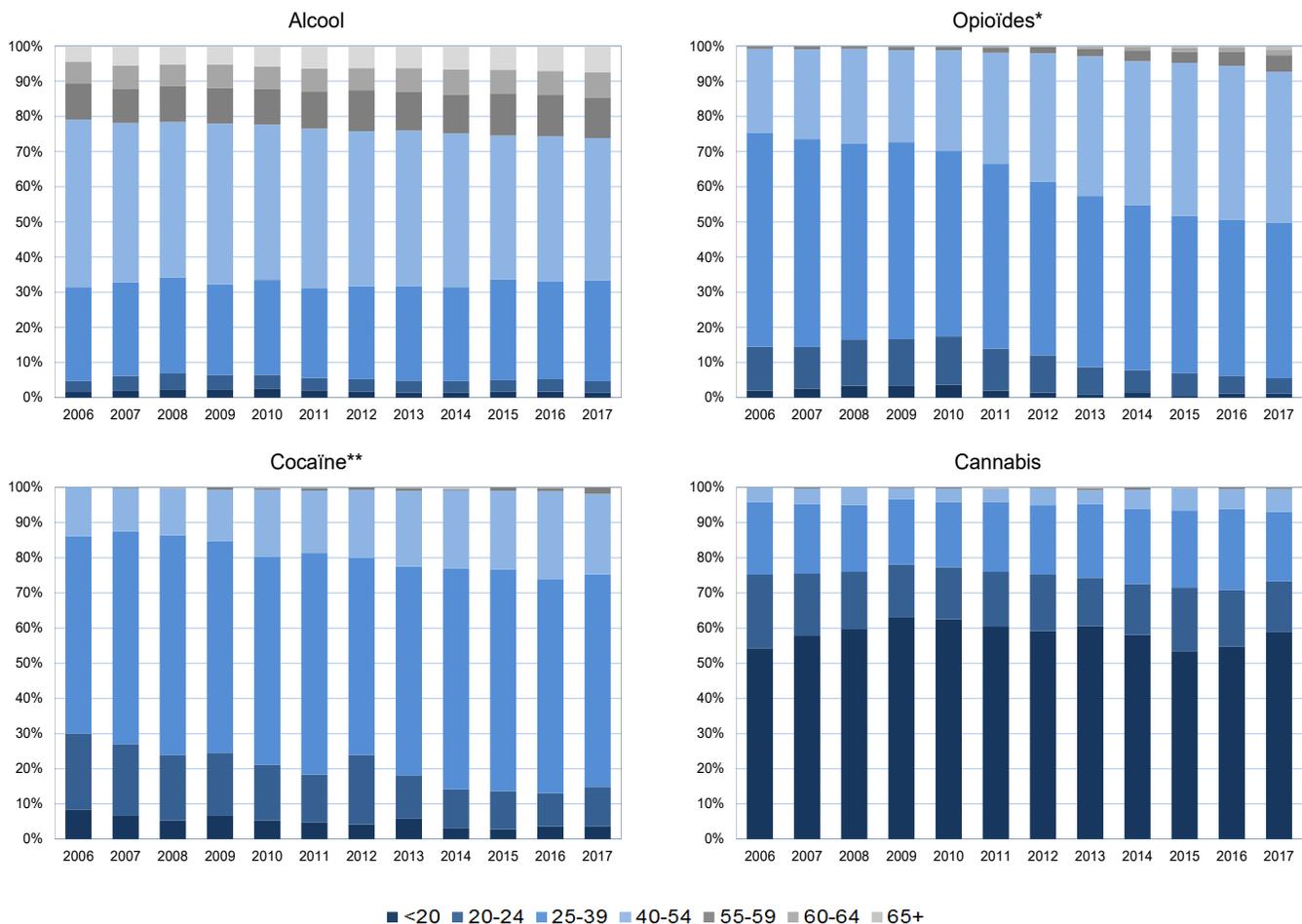
## 5. Evolution jusqu'en 2017

### 5.6 Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2006-2017)

Le graphique 16 présente la répartition des client-e-s sur sept catégories d'âge au moment de leur admission, selon le problème principal. Les analyses portent sur l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring act-info entre 2006 et 2017. Parmi les client-e-s ayant l'alcool pour problème principal, on observe une augmentation de la proportion des 55 ans et plus entre 2006 et 2017 (de 20.9% à 26.2%) et une diminution correspondante (de 47.7% à 40.4%) de celle des adultes d'âge moyen (40-54 ans), catégorie restant néanmoins la plus représentée. Parmi les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, on note un net recul auprès des 25-39 ans entre 2006 et 2017 (de 60.9% à 44.2%). En même temps, on assiste à un quasi doublement de la catégorie d'âge des 40-54 ans (de 23.8%

à 43.0%). Cette évolution suggère l'existence d'une cohorte vieillissante de personnes dépendantes aux opioïdes. S'agissant des client-e-s dont le problème principal est la cocaïne, on observe une tendance similaire, bien que moins marquée. L'augmentation de la part des 40 à 54 ans va ici de pair avec une diminution de la proportion des personnes âgées de moins de 25 ans. La dernière année pourrait cependant initier un changement de tendance. Enfin, parmi les client-e-s admis pour un problème principal lié au cannabis, après un accroissement de la part des moins de 20 ans entre 2006 et 2009, on constate une diminution de cette tranche d'âge jusqu'en 2015, suivie à nouveau d'une recrudescence. On peut observer une légère augmentation de la proportion de la catégorie des 40 à 54 ans à partir de 2009. Les proportions dans les autres catégories d'âge ne montrent pas de tendances notoires.

**Graphique 16**  
Evolution de l'âge au moment de l'admission, selon le problème principal (2006-2017)



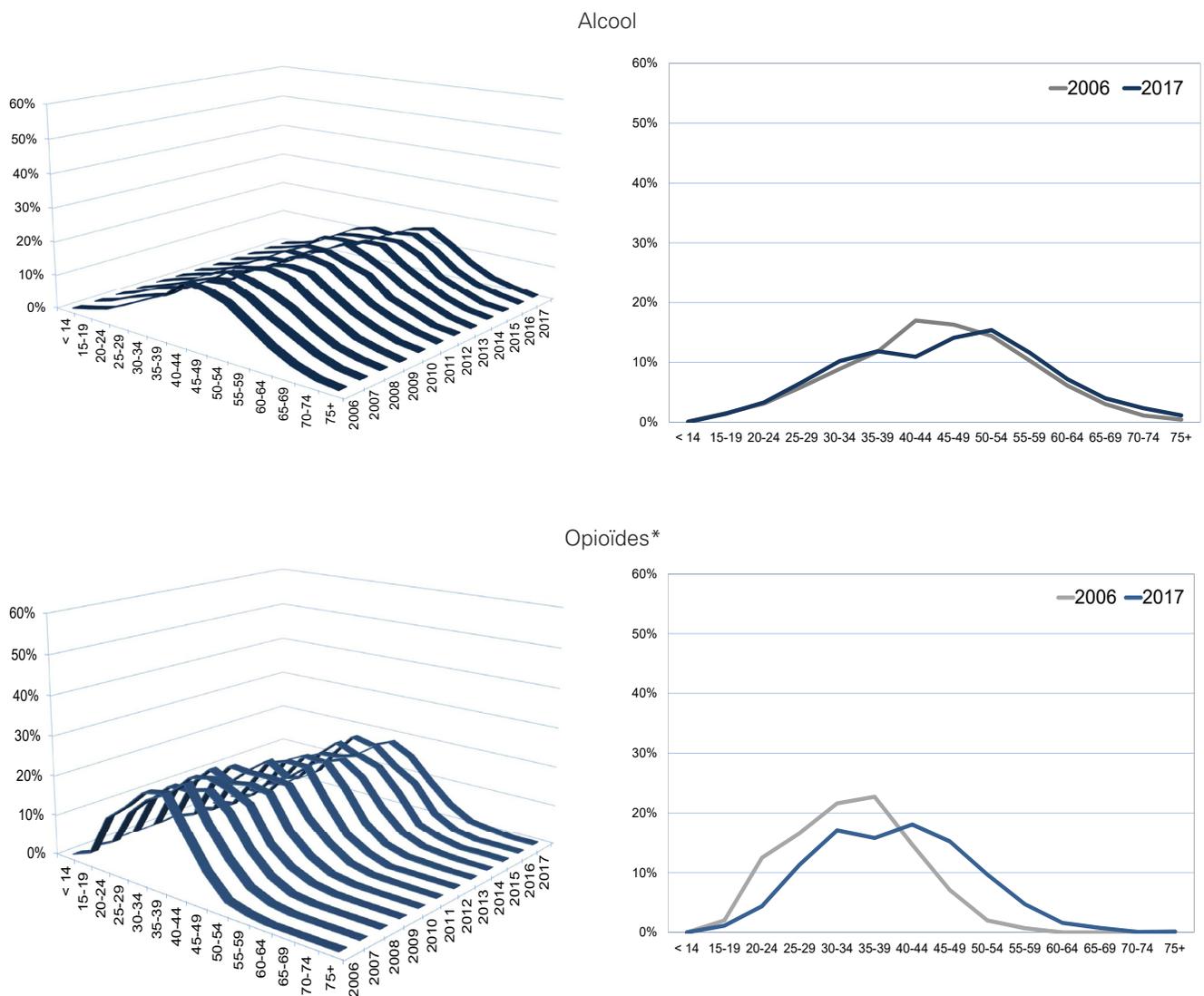
\* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Le graphique 17 illustre une vision plus fine de l'évolution de la distribution des âges des client-e-s au moment de leur admission selon le problème principal (tranches de 5 ans). Une comparaison directe entre la distribution de 2006 et celle de 2017 est également présentée. Globalement, on observe à nouveau des évolutions très différentes selon la substance. Pour les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le décalage du sommet de la courbe de distribution suggère un besoin d'aide devenant plus marqué autour de l'âge de 50 ans. Les proportions de recours à une prise en charge semblent ne pas varier dans les autres catégories d'âge. Concernant les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, un net décalage de

l'ensemble de la structure d'âge peut être observé, avec une bonne partie des client-e-s nécessitant de l'aide de façon récurrente (voir tab. 12). Comme déjà évoqué, cela va dans le sens de l'hypothèse de l'existence d'une cohorte vieillissante, qui aurait été exposée à un âge sensible à la déferlante d'héroïne des années 90. La distribution de forme bicéphale (voir la distribution de 2017) pourrait même suggérer l'existence d'une seconde cohorte, plus jeune, ayant subi une exposition plus tardive d'environ 10 ans. Le taux de renouvellement de la demande d'aide pour un problème principal lié aux opioïdes dans les tranches d'âge les plus jeunes semble s'éroder avec le temps, ce qui pourrait indiquer une perte de l'attrait des opioïdes auprès des jeunes.

**Graphique 17**  
Evolution de la structure des âges au moment de l'admission, selon le problème principal (2006-2017)



\* Opioïdes : héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

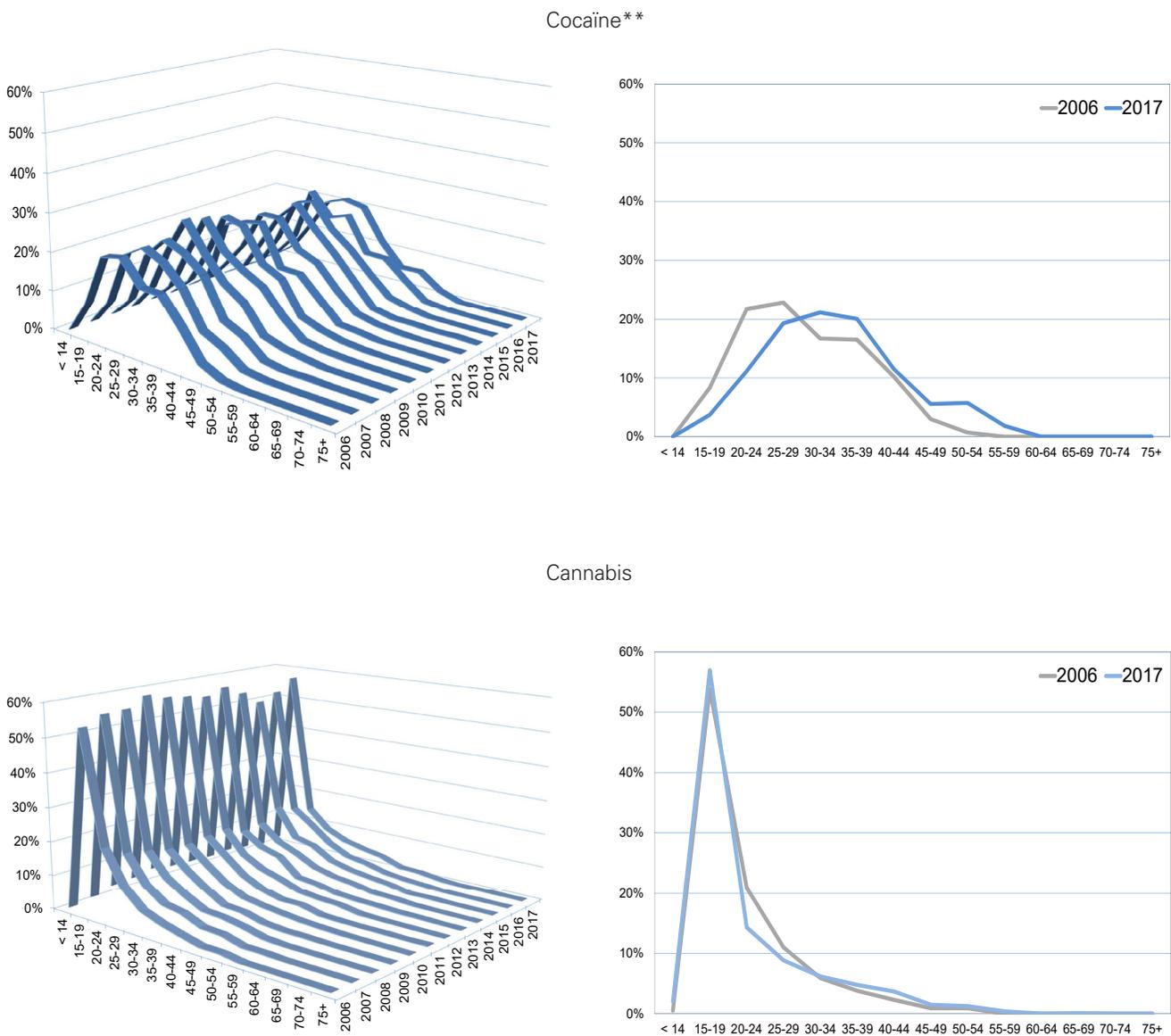
## 5. Evolution jusqu'en 2017

Parmi les client-e-s dont la cocaïne est le problème principal, on observe également un décalage de la structure d'âge avec le temps, ce qui suggère aussi un vieillissement de cette clientèle. Ainsi, il n'y avait pratiquement aucune personne de plus de 50 ans dans ce groupe en 2006, alors qu'il n'est pas rare d'en trouver en 2017.

La distribution de l'âge auprès des client-e-s avec un problème principal lié au cannabis révèle certes quelques fluctuations au cours de la période d'observation. Ce groupe reste néanmoins caractérisé par une concentration de très jeunes personnes, indépendamment de l'augmentation de la demande (voir 5.3),

Graphique 17 (suite)

Evolution de la structure des âges au moment de l'admission, selon le problème principal (2006-2017)



\*\* Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

# Bibliographie

Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M (1992). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Tests: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization.

Delgrande Jordan M, Maffli E, Astudillo M, Schaaf S, Dey M, Künzi U (2016). Rapport annuel act-info 2014. Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse - Résultats du système de monitoring. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).

DG-Sucht (2001). Documentation Standards III for the evaluation of addictive treatment. Sucht 47 (Sonderheft 2).

Donmall M (2006). Guidance for the measurement of drug treatment demand. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2000). Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2012). Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 86:1119-27.

Maffli E, Astudillo M (2019). Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance: résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2017. Recueil de tableaux statistiques. Lausanne: Addiction Suisse.

Maffli E, Schaaf S, Delgrande Jordan M, Güttinger F (2008). Treatment of substance-related problems in Switzerland: implementing a new harmonised monitoring system. Int J Public Health 53: 31-39.

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 9: 199-213.

## **Indication concernant les questionnaires**

Les questionnaires des différentes statistiques sectorielles peuvent être consultés à cette adresse: <https://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/act-info/>

## Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur: Office fédéral de la santé publique

Publication: juin 2019

Informations complémentaires:

OFSP, Unité de direction Santé publique, Division Prévention des maladies non transmissibles

3003 Berne, téléphone +41 (0)58 463 87 70, fax +41 (0)58 463 87 89

Courriel: [verena.maag@bag.admin.ch](mailto:verena.maag@bag.admin.ch), [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Cette publication est également disponible en allemand

Auteurs: Etienne Maffli, Mariana Astudillo, Marina Delgrande Jordan, Florian Labhart, Gerhard Gmel, Matthias Wicki, Susanne Schaaf

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Illustration: Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Photos: Fotolia

BAG OeG 2019-OEG-30d-20f

Imprimé sur du papier blanchi sans chlore