

Prise en charge et traitement des dépen- dances en Suisse

Résultats du système
de monitoring *act-info*

Rapport annuel 2004

Groupe de coordination *act-info*

Etienne Maffli, Marina Delgrande Jordan, Susanne Schaaf,
Miriam Gerlich, Urs Künzi



Table des matières

1. Introduction	3
1.1 Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes	3
1.2 Situation initiale et développement du projet.....	4
1.3 Qu'est-ce qu'act-info ?	5
1.3.1 Objectif d'act-info	5
1.3.2 Concept des instruments act-info	7
1.3.3 Statistiques sectorielles et mise en place d'act-info	8
1.3.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes	10
1.3.5 Exploitations de routine et diffusion des résultats.....	11
1.3.6 Saisie des données.....	12
1.3.7 Protection des données	13
2. Clientes et clients pris en charge pour des problèmes addictifs en 2004	15
2.1 Aspects méthodologiques	15
2.1.1 Degré de couverture.....	15
2.1.2 Données manquantes.....	17
2.1.3 Unité d'analyse et données utilisées.....	17
2.1.4 Sous-groupes (variables indépendantes)	18
2.1.5 Variables cibles (variables dépendantes)	19
2.1.6 Procédures d'analyse	20
2.2 Synthèse des résultats	20
2.2.1 Données: admissions enregistrées et problème principal	20
2.2.1 Distribution selon le sexe	21
2.2.3 Âge au moment de l'admission	22
2.2.4 Initiative du premier traitement.....	22
2.2.5 Âge au moment des premières consommations.....	23
2.2.6 Consommation quotidienne avant l'admission	24
2.2.7 Autres problèmes au moment de l'admission	25
2.2.8 Consommation par injection avant l'admission.....	28
2.2.9 Données relatives à la fin de la prise en charge: sorties enregistrées et problème principal.....	30
2.3 Tableaux.....	33
Tableau 1 Problème principal selon le sexe (admissions 2004).....	33
Tableau 2 Répartition des hommes et des femmes selon le problème principal (admissions 2004) ..	33
Tableau 3 Distribution des âges selon le problème principal (admissions 2004)	34
Tableau 4 Âge à l'admission, selon le problème principal (2004).....	35
Tableau 5 État civil à l'admission, selon le problème principal (2004).....	36
Tableau 6 Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2004)	37
Tableau 7 Degré d'urbanisation du domicile à l'admission, selon le problème principal (2004).....	38
Tableau 8 Situation de domicile à l'admission, selon le problème principal (2004).....	39
Tableau 9 Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2004).....	40
Tableau 10 Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2004)	41
Tableau 11 Taux d'activité à l'admission, selon le problème principal (2004)	42
Tableau 12 Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2004)	43
Tableau 13 Type de prise en charge avant l'admission, selon le problème principal (2004).....	44
Tableau 14 Principale instance d'envoi, selon le problème principal (2004).....	45
Tableau 15 Fréquence de consommation avant l'admission selon le problème principal (2004).....	46
Tableau 16 Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (2004)	47

Tableau 17	Âge au début de la consommation régulière de la principale substance posant problème (2004)	48
Tableau 18	Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (2004)	49
Tableau 19	Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2004).....	50
Tableau 20	Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (2004)	51
Tableau 21	Âge lors de la première injection, selon le problème principal (2004).....	52
Tableau 22	Injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2004)	53
Tableau 23	Echange de matériel d'injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2004).....	53
Tableau 24	Problème principal selon le sexe (sorties 2004).....	54
Tableau 25	Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2004) ...	54
Tableau 26	Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2004)	55
Tableau 27	Âge à la sortie, selon le problème principal (2004)	56
Tableau 28	Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (2004).....	57
Tableau 29	Destination des transferts, selon le problème principal (2004)	58
Tableau 30	Cause du décès, selon le problème principal (2004).....	59
3. Evolution au cours du temps		61
3.1 Evolution des principales substances posant problème et de l'âge des client-e-s		61
3.1.1 Données de base et variables analysées.....		61
3.1.2 Taux de couverture des secteurs de prise en charge		62
3.1.3 Evolution relative à la principale substance posant problème		62
3.1.4 Evolution relative à l'âge		63
3.1.5 Résumé		65
Bibliographie		67
Annexe: Liste des questions de base		69

Chapitre 1. Introduction

La Suisse dispose d'une large gamme d'offres professionnelles en matière de traitement, d'assistance et de prise en charge des addictions. Les établissements résidentiels spécialisés mettent à disposition près de 1'500 places pour le traitement des toxicomanies et de l'alcoolodépendance (thérapie, réhabilitation et réinsertion), quelque 17'500 personnes dépendantes des opiacés suivent un traitement avec prescription de méthadone et 1'300 participent à un traitement avec délivrance d'héroïne. On estime à 20'000 environ le nombre de personnes qui bénéficient d'une prise en charge ou d'un accompagnement ambulatoires en raison de problèmes d'addiction. On compte en outre de nombreuses prestations à plus bas seuil visant à réduire les atteintes à la santé: distribution de seringues, locaux de consommation de drogue, points de contact et permanences, travail de proximité et centres d'hébergement d'urgence.

Cette dernière décennie, cinq statistiques distinctes (voir 1.3.1) étaient menées dans les différents secteurs de prise en charge – hormis le bas seuil – et couvraient une large part des offres décrites ci-dessus. Elles font désormais partie intégrante de la nouvelle statistique nationale du traitement des dépendances, *act-info*. L'harmonisation de ces cinq statistiques sectorielles a déjà bien progressé et une banque de données commune a pu être constituée pour la première fois sur la base des données collectées en 2004. Le présent rapport expose les objectifs et les conditions cadres du projet global et présente une première analyse des données *act-info* 2004 pour l'ensemble de la Suisse.

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

Au cours des trente 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 pour le relevé de telles données ont été développées au plan européen (EMCDDA 2000). L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, ONUDC) recommande d'ailleurs l'utilisation de ces standards (Treatment Demand Indicator) dans le monde entier (Donmall 2006).

De fait, la saisie systématique des caractéristiques des patients et patientes qui recourent aux prestations d'aide aux personnes dépendantes représente une des sources d'informations 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 souvent – hormis quelques enquêtes ponctuelles – le seul accès à ce groupe de la population qui est au demeurant 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 (voir chap. 3 par exemple). 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 cible étant 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 et la quantité de substances consommées (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.

1.2 Situation initiale et développement du projet

En Suisse, des systèmes de monitoring ont été mis en place il y a une vingtaine d'années dans le cadre d'associations d'institutions et de groupements de recherche, tant dans le domaine du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance que dans celui de la toxicomanie (SAKRAM et FOS respectivement). Au milieu des années 1990, le secteur ambulatoire s'est également vu doter d'un système de monitoring (SAMBAD), tandis que les programmes de traitement avec prescription d'héroïne, qui débutèrent sous forme de projets pilotes en 1994, étaient soumis dès leur début à des protocoles de recherche. A la fin des années 1990, un système centralisé de collecte de données, fondé sur les autorisations délivrées par les cantons, a également été mis en place dans le domaine de la substitution (statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone). Nés dans des contextes différents pour répondre à des besoins différents, ces divers relevés de patient-e-s n'étaient jusque là pas coordonnés.

L'idée d'une statistique commune à tout le pays en matière d'aide aux personnes dépendantes a émergé il y a déjà 10 ans. En mai 1997, l'OFSP a demandé à un groupe de travail de développer un projet d'harmonisation ciblée des statistiques existantes sur l'aide aux personnes dépendantes. Ce groupe était composé de représentants de l'ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies) et de l'ISGF (Institut de recherche sur la santé publique et les addictions) travaillant sous la houlette de délégués des deux offices fédéraux OFSP et OFS (Office fédéral de la statistique). L'harmonisation des systèmes de monitoring en place s'avérait indispensable, autant d'un point de vue scientifique (comparabilité des données) que dans la perspective d'une meilleure utilisation des ressources et synergies. Le mandat assigné au groupe de travail consistait à définir les objectifs et la fonction d'un système national de monitoring et à clarifier les divers intérêts (planification politique, contrôle, traitement, recherche). Les premières conclusions du groupe de travail conduisirent à la création d'un comité directeur chargé de développer les instruments communs de collecte de données. Après une phase de travail approfondie, à laquelle participèrent les différentes parties prenantes, les priorités du système de monitoring furent établies:

- **Utilisation des normes européennes** (Treatment demand indicator standard protocol) comme base du nouveau système de monitoring
- **Structuration modulaire des instruments**, avec des variables de base pour chaque domaine de traitement ainsi que des questions additionnelles propres aux différents domaines ou thématiques
- Poursuite de la **collecte de données décentralisée**, selon les domaines existants et en tenant compte de leurs spécificités
- Création d'une **banque de données centralisée** et anonyme avec toutes les variables de base
- Evaluation de différentes méthodes de **saisie et de transmission électroniques des données**

De 2000 à 2002, le comité directeur développa le questionnaire *act-info* et son manuel dans le cadre d'un processus par étapes avec une phase de tests pilotes (Schaaf 2001, Galliker & Delgrande Jordan 2002). A la fin de l'année 2002, les versions allemande, française et italienne des questions de base et les catégories de réponses étaient prêtes. Les questions spécifiques aux différents domaines de traitement et celles concernant des thèmes particuliers ont été développées l'année suivante, en même temps que les dernières adaptations étaient apportées. En 2003 toujours, les spécifications informatiques des questions de base et des questions spécifiques ont été définies au format XML (extensible markup language). A cet effet, une application autorisant une mise en forme flexible des diverses versions de questionnaires des statistiques sectorielles et générant automatiquement les spécifications correspondantes, a été développée. Depuis 2003, le projet global *act-info* est basé à l'OFSP.

1.3 Qu'est-ce qu'*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 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. *act-info* est le fruit de l'harmonisation des statistiques sectorielles existantes (voir également chapitre 1.3.1), tout en préservant les spécificités de ces dernières. Les instituts de recherche impliqués (ISPA à Lausanne, ISGF à Zurich et ISPM à Berne) sont responsables de la collecte et de l'exploitation des données dans les différents domaines de traitement. *act-info* est financé et coordonné par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est également responsable du projet global.

1.3.1 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 et aux chercheurs ainsi qu'aux communes, aux cantons et à la Confédération. Cet objectif est rendu possible grâce à une harmonisation des instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions. 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
- **constitution d'une documentation** sur les structures du système d'aide aux personnes dépendantes et sur les différentes offres
- **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 ou de manifestations thématiques (voir également le chapitre 1.3.5);
- **comparabilité avec d'autres pays** grâce à l'adoption des normes internationales du TDI (Treatment Demand Indicator). Les questionnaires *act-info* gardent en outre une compatibilité suffisante avec les instruments des statistiques sectorielles préexistantes pour suivre 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 centrale peuvent être obtenus par des chercheurs ou 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 besoins du terrain et de la recherche, ainsi qu'aux exigences de la Confédération et des cantons relatives aux tâches de santé publique.

1.3.2 Concept des 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 2000, www.emcdda.europa.eu)
- **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 la 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 (Heatherston 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 pour un ou plusieurs domaine(s) particulier(s), mais 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 consommant des drogues illégales. Cette approche permet d'obtenir également des informations exhaustives sur des thèmes ciblés, ne concernant que des groupes particuliers.

Questions thématiques: ces questions peuvent être appliquées par certaines institutions d'un domaine de traitement précis et concernent par exemple un échantillon de la clientèle ou une période donnée (sur une année de référence, par exemple). Il s'agit en l'occurrence de thèmes liés aux dépendances, tels que santé psychique, cures de sevrage, consommation de tabac ou troubles alimentaires. De nombreux modules thématiques ont déjà été créés (23 pour l'entrée et 23 pour la sortie), et d'autres encore peuvent être élaborés si nécessaire.

Les questionnaires d'entrée et de sortie act-info rassemblent au total quelque 90 **questions de base** bien documentées, qui couvrent les domaines suivants (voir aussi la liste des questions de base dans l'annexe):

Questionnaire d'entrée

- *Cadre de la prise en charge*: type de traitement; date d'admission; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; traitements antérieurs pour problèmes addictifs; traitement de substitution en cours; instance d'envoi principale et secondaires.
- *Données sociodémographiques*: sexe; année de naissance; degré d'urbanisation du lieu de résidence; état civil; nationalité; conditions d'habitation; source(s) de revenus principale/complémentaire(s); activité professionnelle principale/complémentaire(s); formation terminée ou en cours.
- *Substances consommées, comportement addictif*: problème principal; fréquence; mode d'administration; âge lors de la première consommation, de la première consommation régulière, de la première consommation problématique; autres problèmes addictifs; comportement de consommation (ou comportement assimilable à une addiction) au cours du dernier mois; injection.

Questionnaire de sortie

- *Cadre de la prise en charge*: date de sortie; type de traitement; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; type de sortie; substitution pendant et après le traitement.
- *Données sociodémographiques*: sexe; année de naissance; degré d'urbanisation du lieu de résidence; état civil; conditions d'habitation; source(s) de revenus principale/complémentaire(s); activité professionnelle principale/complémentaire(s); formation terminée ou en cours.
- *Substances consommées, comportement addictif*: problèmes lors de la sortie; comportement de consommation (ou comportement assimilable à une addiction) au cours du dernier mois; injection au cours du dernier mois.

Les questionnaires act-info spécifiques aux différents domaines (y compris les questions ciblées correspondantes) ainsi que les manuels et les autres documents sont pour la plupart disponibles en trois langues et peuvent être téléchargés sur les sites web correspondants. Les liens vers ces documents sont repris ci-dessous:

SAMBAD	www.sfa-ispa.ch (La recherche > Projets actuels > SAMBAD)
act-info Residalc	www.sfa-ispa.ch (La recherche > Projets actuels > act-info dans le domaine de traitement « résidentiel alcool et médicaments »)
act-info FOS	www.isgf.ch (act-info FOS)
Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone	http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03383/index.html?lang=fr
HeGeBe	www.isgf.ch/hegebe.html

1.3.3 Statistiques sectorielles et mise en place d'act-info

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. L'un des buts étant de maintenir la continuité de la collecte des données lors du passage à la statistique unifiée, les statistiques sectorielles ont effectué la transition vers act-info à différents moments, suivant la disponibilité des nouveaux instruments ou logiciels de

saisie. Un bref aperçu des cinq statistiques sectorielles avec l'indication des références de leurs sites internet respectifs est présenté ci-dessous dans l'ordre de leur passage aux normes *act-info*.

act-info-FOS: Dirigée par le service de coordination act-info-FOS de l'ISGF, la ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (aujourd'hui act-info-FOS) regroupe des établissements offrant des traitements résidentiels aux personnes dépendantes de drogues. Regroupant à sa création en 1989 quatre établissements, l'association pour la recherche en établissement thérapeutique est devenu en 1995 la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS), bénéficiant d'une large représentation. Le passage à *act-info*, qui a eu lieu le 1^{er} janvier 2003 déjà avec les instruments d'alors (questionnaires sur papier), a également servi d'ultime phase test pour le projet global. L'année suivante, la possibilité d'une saisie par internet était offerte. On compte quelque 65 établissements offrant des traitements résidentiels pour des problèmes liés à des substances illégales. En 2005, ils étaient 56 à participer au réseau de recherche. En sus des établissements thérapeutiques, quelques appartements protégés et programmes de placement familiaux participent également au monitoring. Les descriptions de projets, la liste des publications et les rapports annuels sont disponibles sur internet sous le lien www.suchtforschung.ch (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 maintenant act-info Residalc, est réalisée par l'ISPA et couvre des établissements résidentiels à vocation 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. On compte une vingtaine d'établissements résidentiels spécialisés de ce type en Suisse, dont 15 participent actuellement au monitoring de la clientèle. La plupart sont des centres de réhabilitation et des cliniques spécialisées, parfois également des unités de sevrage. Le passage à *act-info* a eu lieu le 1^{er} janvier 2004. Les descriptions de projet et les rapports annuels peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.sfa-ispa.ch (La recherche > Projets actuels).

SAMBAD: La statistique des traitements et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue SAMBAD (nouvellement: secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance) est également réalisée par l'ISPA. Ce secteur comprend 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 concernées par un problème de drogue, d'alcool ou un autre 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* le 1^{er} janvier 2004, la collecte des données est effectuée directement par l'ISPA. On dénombre en Suisse quelques 230 établissements dans ce secteur. Deux tiers d'entre eux traitent exclusivement de problèmes de dépendance. Lors de la période de transition, la participation au monitoring a diminué temporairement, mais elle est actuellement de nouveau en augmentation. Si l'on comptait 47 services participants en 2005, de nombreux autres établissements ont commencé à collecter des données pour *act-info* à partir de 2006. Les descriptions de projet et les rapports annuels se trouvent à l'adresse suivante: www.sfa-ispa.ch (La recherche > Projets actuels).

HeGeBe: Le monitoring des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est mené par l'ISGF et regroupe 23 établissements de traitement ambulatoire, dont deux programmes de distribution en milieu carcéral. Pour intégrer le programme, il faut être héroïnomanes depuis plus de deux ans (selon CIM-10), être majeur, avoir échoué dans ses tentatives de traitement et avoir subi des atteintes, dans sa santé et/ou 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, HeGeBe a été adopté en tant que possibilité de traitement de routine dans le système suisse de traitement des personnes dépendantes aux opiacés. La participation des centres HeGeBe au système de monitoring des client-e-s, qui a été intégré le 1^{er} janvier 2005 à act-info, est obligatoire. Les descriptions de projet et la liste de publications se trouvent à l'adresse suivante www.isgf.ch/hegebe.

Statistique nationale de la méthadone: La statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone est effectuée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et concerne principalement les établissements de traitement avec prescription de méthadone, les médecins généralistes, les médecins cantonaux, les médecins travaillant en cabinet et les pharmacies. La phase pilote a débuté en 1997 et à partir de 1999, la collecte systématique de données était rendue possible grâce aux instruments (questionnaires, logiciels) mis à disposition par l'OFSP. Les données sont recueillies par les médecins cantonaux qui s'appuient pour ce faire sur l'obligation d'autorisation à laquelle les traitements de substitution sont soumis. A l'heure actuelle, 16 cantons utilisent les questionnaires et logiciels et sont à même de livrer à la statistique nationale des données individuelles anonymisées. Certains cantons disposent de leur propre système informatisé de collecte des données et peuvent transmettre des données agrégées ou individuelles et anonymes. Cependant, le volume de ces données est restreint et leur compatibilité avec les normes act-info est limitée. A la différence de SAMBAD, act-info Residalc et act-info-FOS, la statistique des traitements avec prescription de méthadone se compose généralement, en plus des données d'entrée et de sortie, de données sur le déroulement du traitement recueillies chaque année auprès des patients et patientes. Celles-ci reposent sur la prolongation de l'autorisation délivrée par le médecin cantonal. L'introduction des instruments d'act-info doit être approuvée par chaque autorité cantonale et intervient de ce fait graduellement. Le site <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03383/index.html?lang=fr> permet de consulter les résultats selon des requêtes d'analyse interactives.

1.3.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes

Outre les secteurs de prise en charge, qui participent déjà au monitoring act-info, il serait judicieux d'inclure d'autres offres d'aide aux personnes dépendantes, afin d'obtenir un tableau plus complet de la population prise en charge par le système d'aide. Ainsi, l'éventail complet des offres d'aide en matière de dépendance pourraient être documenté de façon exhaustive et continue. Les domaines pouvant être pris en considération en vue de leur intégration ultérieure dans le système de suivi national sont les suivants:

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. Sur le site <http://www.infodrog.ch/cf/db/Search.cfm?lng=2> (bases de données d'infodrog et

infoset), le critère «sevrage» répertorie 32 institutions dont certaines sont déjà incluses dans les statistiques act-info Residalc ou act-info-FOS parce qu'elles proposent sevrage et réadaptation en mode combiné.

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. En 2004, un inventaire national de cette catégorie de structures a recensé près de 300 adresses (www.infodrog.ch). Certaines d'entre elles proposent aussi des consultations spécifiques aux problèmes de dépendances, ce qui implique des recoupements avec le domaine ambulatoire (SAMBAD).

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 socialisées. Le site <http://www.infodrog.ch/cf/db/Search.cfm?lng=2> recense 44 centres d'hébergements/foyers protégés dont certains, là encore, participent déjà à act-info Residalc ou act-info-FOS car ils proposent aussi des thérapies.

Appartements protégés: ce domaine comprend des offres très diverses de postcure résidentielle prenant le relais au terme d'une thérapie. Le site <http://www.infodrog.ch/cf/db/Search.cfm?lng=2> recense 26 possibilités, dont une partie est déjà prise en compte dans la statistique act-info-FOS lorsque l'offre est proposée dans le cadre du concept de traitement adopté par une institution thérapeutique.

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 de la méthadone et HeGeBe.

1.3.5 Exploitations de routine et diffusion des résultats

Le système de documentation act-info prévoit des analyses annuelles effectuées à un triple niveau: celui de l'institution participante, celui du domaine de traitement et enfin au niveau global de l'aide aux personnes dépendantes. Les différents rapports et autres efforts de diffusion des résultats sont décrits plus en détail ci-dessous:

Rapports d'institution: 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 ou graphiques. Les données comprennent toutes les entrées et sorties qui ont eu lieu durant l'année civile (les éventuelles entrées multiples 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 spéciales basées sur les données de l'institution ou à des évaluations communes (p. ex. institutions d'un même canton).

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 domaine de référence. Les rapports annuels des statistiques sectorielles act-info-FOS, SAMBAD et act-info Residalc sont publiés en français et en allemand (et en partie aussi en italien) et une version électronique est mise à disposition sur leurs sites Internet. La Statistique nationale de la méthadone propose des analyses interactives sur internet, tandis que HeGeBe fournit actuellement à l'OFSP les chiffres pour ses propres rapports et publications.

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 premier rapport annuel (données 2004) 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 au secteur de traitement ou à l'institution, où l'épisode de prise en charge constitue l'unité d'analyse, le rapport global d'act-info établit une statistique relative aux personnes, comme le préconisent les recommandations du protocole TDI. 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 point 2.1.3).

Communication des résultats: les instituts de recherche choisissent la forme appropriée pour diffuser les résultats dans leur secteur de traitement. Pour la statistique sectorielle act-info-FOS, par exemple, l'institut organise chaque année une rencontre durant laquelle les données annuelles, en partie sur un thème choisi, sont présentées et commentées en lien direct avec la pratique (un support imprimé est également fourni). Pour la statistique act-info Residalc, l'institut de recherche participe à des rencontres organisées par les institutions en Suisse romande et en Suisse alémanique et communique des informations sur l'avancement du projet global act-info et sur act-info Residalc. Dans le domaine ambulatoire, des séances d'information peuvent être organisées sur demande des associations concernées pour présenter et discuter les résultats recueillis dans ce secteur de prise en charge.

1.3.6 Saisie des données

Des questionnaires imprimés destinés au monitoring de la clientèle sont disponibles dans tous les domaines de traitement. Dans la plupart des secteurs, les données peuvent également être saisies électroniquement.

Afin de garantir l'homogénéité du contenu des outils de saisie, des spécifications uniques (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 la direction du projet global et sont à disposition des instances intéressées. 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.

Un groupe de travail a été constitué parmi les acteurs concernés (développeurs informatiques, interlocuteurs techniques des statistiques sectorielles) pour assurer la qualité technique d'act-info sur le plan informatique. Ce groupe de travail (ITGS act-info) veille à l'adoption de standards appropriés tant du point de vue technique qu'économique, à l'harmonisation des différentes approches d'implémentation logicielle ainsi qu'à la documentation des normes établies.

Grâce à la souplesse d'utilisation des spécifications, différents outils de saisie sont à disposition des institutions. Plusieurs solutions sans frais pour les institutions participantes ont été développées jusqu'ici et sont à disposition:

act-info-FOS met le logiciel **Datapool** à la disposition des institutions participantes, qui peuvent ainsi saisir les données de leur clientèle directement en ligne. Le logiciel comprend des procédures préalables de filtrage et de vérification, qui améliorent la qualité des données (plausibilité, exhaustivité). Actuellement, la moitié des institutions participant à act-info-FOS saisissent leurs données par internet.

Dans le domaine ambulatoire, une application basée sur **EpiData** a été développée. Elle comprend elle aussi des procédures de filtrage et de vérification. Les institutions intéressées peuvent également disposer depuis peu d'un module d'exploitation (EpiData Analysis) qui, outre les analyses courantes, permet aussi des évaluations plus complexes.

Dans le domaine de la méthadone, une application spécifique pour l'administration des autorisations de prescription de méthadone est à disposition des médecins cantonaux ou de leurs services. Ce logiciel, fonctionnant sous **Access** est un outil qui sert d'une part à l'administration des autorisations et d'autre part à la saisie des questionnaires de la statistique méthadone tels qu'ils existent déjà. Toutefois, le nouveau questionnaire «act-info méthadone» n'a jusqu'ici été installé dans aucun canton.

Sur mandat de la direction du projet global, un masque de saisie (**act-info PC**) aussi simple que convivial a été élaboré pour tous les domaines de traitement. Ce masque convertit directement les spécifications XML en formulaire électronique. Les fastidieuses reprogrammations nécessaires en cas de modification des questions sont donc caduques. Cette application présente en outre l'avantage d'être utilisable comme solution indépendante ou alors comme module interactif intégré dans un système de gestion de clientèle déjà en place. Une version plus performante est introduite à compter du 1^{er} janvier 2007.

Par ailleurs, des sociétés informatiques commercialisent des systèmes complets de gestion de clientèle intégrant les modules de questionnaires d'*act-info*. Ces modules ont été établis sur la base des spécifications ou en utilisant l'interface d'*act-info-PC*. Ils peuvent, le cas échéant, également mettre à jour les questionnaires d'*act-info* sans problème.

1.3.7 Protection des données

Les données recueillies au niveau des institutions d'aide aux personnes dépendantes comprennent des caractéristiques personnelles relatives aux clients et clientes 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 (de naissance) et du prénom et non pas les noms et prénoms des client-e-s qui sont transmis. 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 auprès de l'Office fédéral de la santé publique, les instituts de recherche transmettent les données des secteurs de prise en charge respectifs après plusieurs encodages. 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. Le numéro d'identification de l'institution et le code interne des clients et clientes ne sont pas transmis. Et même 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, 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 sont convertis en identifiant unique au niveau de la banque de données centralisée de l'Office fédéral de la santé publique à l'aide d'une clé confidentielle. Ce code ne permet pas non plus de remonter aux informations initiales. La description technique détaillée de la procédure d'encodage peut être demandée auprès de la direction 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.

Chapitre 2. Clientes et clients pris en charge pour des problèmes addictifs en 2004 (secteurs ambulatoires et résidentiels)

L'harmonisation des instruments d'enquête des secteurs du traitement résidentiel (act-info-FOS et act-info Residalc), du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale (SAMBAD) et en partie du secteur de la substitution (statistique nationale de la méthadone) mise en place en 2004, offre désormais et pour la première fois la possibilité, conformément aux buts d'act-info, de réunir l'ensemble des données récoltées. Ainsi, après l'ajustement des diverses procédures techniques et de protection des données, une banque de données commune intégrant les variables de base unifiées a pu être constituée. Le secteur du traitement avec prescription d'héroïne a adopté les normes act-info une année plus tard. Ainsi, pour 2004, seules des données de base de ce domaine étaient disponibles (sexe et âge). Les résultats présentés dans ce deuxième chapitre sont issus de l'analyse des données compatibles avec act-info qui ont été récoltées en 2004 au moment de l'admission et de la sortie dans les secteurs de prise en charge participants.

2.1 Aspects méthodologiques

De façon à permettre une bonne lecture des résultats et d'éviter des interprétations erronées, quelques questions méthodologiques fondamentales sont évoquées en guise de préalable à ce chapitre. 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 choisis (variables indépendantes). Enfin, des aspects concernant les thèmes traités (variables dépendantes) seront précisés.

2.1.1 Degré de couverture

Si le système de monitoring act-info est conçu pour permettre un recensement exhaustif, la participation reste toutefois généralement facultative pour les institutions de traitement et ne peut par conséquent pas être garantie. Seuls les centres HeGeBe ont l'obligation de participer au relevé. Dans le secteur des traitements substitutifs, des demandes doivent être déposées auprès des médecins cantonaux qui recueillent ainsi au moins des données de base et les transmettent ensuite à la Statistique nationale de la méthadone. 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.

La participation des différents secteurs de prise en charge au monitoring de la clientèle en 2004 n'est pas homogène. Les taux de participation des deux secteurs résidentiels sont nettement plus élevés que celui du secteur ambulatoire. Ainsi, 57 établissements résidentiels sur le total de 65 qui traitent des problèmes de drogues ont participé à act-info-FOS (soit 88%), et 14 (70%) des 20 établis-

sements résidentiels traitant des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments ont participé à act-info Residalc. En comparaison, seulement 41 (soit 18%) des 231 centres du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance ont participé au monitoring SAMBAD. Cette participation relativement faible s'explique principalement par le passage au nouveau système de récolte des données. Au moment du changement de système de monitoring, il n'existait pas encore de solution de remplacement équivalente au logiciel de gestion de la clientèle SAMBAD-PC qui était utilisé jusque-là. Une situation toutefois temporaire, puisque l'utilisation de diverses applications compatibles avec act-info mises au point depuis lors est en constante augmentation.

Le taux de participation des *institutions* n'indique qu'approximativement le taux de couverture effectif, puisque le nombre total de *personnes* traitées n'est pas automatiquement connu. Mais on peut néanmoins évaluer que le taux de couverture du domaine résidentiel des drogues illégales est de l'ordre de 90 à 95%, étant donné que les établissements non participants sont de taille réduite et qu'ils offrent un nombre restreint de places. Comme on ne dispose pour ainsi dire pas d'information analogue sur les institutions non participantes des domaines act-info Residalc et SAMBAD, une estimation du rapport entre le nombre d'admissions saisies et celles effectivement survenues ne pourrait pas être faite sans d'importantes investigations.

Dans le secteur des traitements substitutifs, des données conformes à act-info manquent encore largement pour ce qui est de l'exercice 2004. L'intégration des variables act-info dans les divers formulaires cantonaux d'autorisation s'avère être un processus très long. L'abandon des formulaires en usage et l'acceptation du nouveau questionnaire «act-info-méthadone» se révèle extrêmement difficile. Les données relatives aux admissions de trois (grands) cantons, totalisant quelque 20% de la population ciblée, ont pu être transférées à la banque de donnée commune act-info de 2004. Les réponses aux questionnaires encore en vigueur ont été converties en variables act-info là où cela s'avérait pertinent et possible. Cette situation explique pourquoi il manque de nombreuses données dans certains tableaux. Quant aux données de sortie des traitements substitutifs, elles ne sont pas encore disponibles pour l'année 2004.

En raison de l'intégration plus tardive (au 1^{er} janvier 2005) du secteur HeGeBe dans act-info, il n'existe pas de données de base en provenance de ce secteur compatibles avec act-info pour l'année 2004, hormis le sexe et l'âge de la clientèle. Quant aux données de sortie, il n'en existe pas pour ce secteur en 2004.

A long terme, act-info vise à couvrir largement, voire même totalement, les divers secteurs de traitement des addictions. Une couverture incomplète par ce système de monitoring peut poser problème pour la généralisation des résultats, notamment si le nombre de cas saisis 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 à l'enquête ne semble en effet guère liée au profil de la clientèle des centres respectifs. Le nombre de clients et clientes dont les données sont évaluables, compris entre 3000 et 5000 selon les thèmes, est suffisant (données concernant l'admission). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats de 2004 avec prudence, car les données ne peuvent garantir une représentativité strictement contrôlée de la population visée.

2.1.2 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, la plupart des données manquantes sont dues à une compatibilité encore incomplète des questionnaires, due elle-même à des retards dans la mise en place des instruments harmonisés (voir ci-dessus). Il manque ainsi un nombre considérable de données pour plusieurs questions, un point qu'il est donc important de relever pour en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Les données manquantes sont systématiquement exclues des évaluations 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 notamment pour le sous-groupe des personnes pour qui les opiacés constituent le problème principal, car de nombreuses réponses du domaine de la substitution et du traitement avec prescription d'héroïne font encore défaut.

2.1.3 Unité d'analyse et données utilisées

Conformément au protocole TDI (EMCDDA 2000, Donmall 2006), 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 ce faire, il a fallu introduire un identifiant unique (voir le point 1.3.7) 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 entrées, la statistique prend en considération, en cas de prises en charge multiples, la dernière entrée en date. Pour l'analyse des données relatives aux sorties, le principe est analogue: c'est la dernière sortie enregistrée durant l'année civile qui est prise en compte. Pour cette première année à faire l'objet d'un rapport, il faut toutefois partir du point de vue qu'un certain nombre de prises en charge parallèles ou répétées ne pourront pas être identifiées comme telles, essentiellement du fait que les données n'ont pas encore toutes été récoltées au moyen des nouveaux instruments et que, par conséquent, des éléments nécessaires pour générer l'identifiant unique font 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 présente le nombre de personnes enregistrées par chaque statistique sectorielle et concernées par au moins une entrée ou au moins une sortie durant l'année 2004.

Clientes et clients enregistrés à l'admission et à la sortie, par statistique sectorielle (proches exclus) (2004)

	FOS		HeGeBe		Méthadone		SAMBAD		Residalc		act-info	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrée												
Hommes	514	75.9%	137	78.7%	768	72.0%	2050	71.1%	725	65.1%	4194	70.9%
Femmes	163	24.1%	37	21.3%	299	28.0%	832	28.9%	388	34.9%	1719	29.1%
Total	677	100%	174	100%	1067	100%	2882	100%	1113	100%	5913	100%
données manquantes	1		1		0		2		0		4	
Sortie												
Hommes	491	73.3%	-	-	-	-	1320	73.0%	730	64.8%	2541	70.5%
Femmes	179	26.7%	-	-	-	-	489	27.0%	396	35.2%	1064	29.5%
Total	670	100%	-	-	-	-	1809	100%	1126	100%	3605	100%
données manquantes	0		-		-		159		3		162	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes.

Rappelons que ces chiffres (exception faite du secteur HeGeBe) ne reflètent pas la totalité de la demande de prise en charge liée à des problèmes de dépendance en 2004, mais constituent plutôt un fragment de celle-ci, tributaire de la participation des institutions aux relevés (voir le chapitre 2.1). Même avec une participation relativement modeste, le nombre de cas enregistrés dans le secteur ambulatoire et dans celui du traitement à la méthadone est suffisamment élevé pour répondre aux objectifs statistiques.

En outre, il faut souligner 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, 2005).

A ce stade initial, la statistique ne permet pas encore de tirer des conclusions quant à l'effectif de la clientèle des institutions qui y participent. De fait, les personnes admises par une institution avant 2004 et qui étaient encore en traitement après cette année de référence ne peuvent pas être prises en compte. Les résultats exposés ici ne se réfèrent donc strictement qu'aux entrées et aux sorties enregistrées durant la période d'observation. Des estimations quant à l'ensemble des clients pris en charge dans les différents secteurs de traitement des dépendances ont été présentées plus haut (voir premier paragraphe de l'introduction, chap. 1).

2.1.4 Sous-groupes (variables indépendantes)

Pour les exploitations statistiques standardisées, 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 toujours présentés séparément pour chaque sexe. Par ailleurs, la présentation par catégories de substances posant principalement problème est aussi parue appropriée puisque les variables dépendantes - en premier lieu celles relatives au mode de consommation - 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 1.3.5). 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), aux Pays-Bas (www.sivz.nl/content/files/LADIS_keyfigures_2004.pdf) ou aux Etats-Unis (<http://www.dasis.samhsa.gov/teds04/tedsad2k4web.pdf>).

Il n'est pas toujours aisé d'indiquer la principale substance posant problème ou le principal problème de comportement chez une personne polytoxicomane. Si la cocaïne et l'héroïne sont consommées simultanément («cocktail») et que ce mélange est mentionné comme problème principal, ce type de consommation sera classé dans la catégorie de substance principale «opiacés», conformément aux normes européennes du TDI. Dans ce cas, la cocaïne sera considérée comme un problème secondaire. Dans d'autres cas de polytoxicomanie, on cherche à identifier quelle est la substance qui pose subjectivement le plus de problèmes. Les personnes enregistrées dans la statistique de la méthadone ou de HeGeBe ont en 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 catégories de problème principal regroupant au moins 100 personnes, hommes et femmes confondus (voir chap. 2.3, tableau 1). Il en résulte les quatre sous-groupes de client-e-s suivants: 1. alcool, 2. opiacés (héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails), 3. cocaïne (y c. crack et freebase) et 4. cannabis. Les cas enregistrés dans les sous-groupes plus petits ne sont pas assez nombreux pour permettre des analyses distinctes fiables. Il s'agit notamment des dépendances non liées à une substance, telles que les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique et d'autres comportements assimilables à une addiction, qui sont également pris en compte par *act-info*. De même, les clients et clientes enregistrés en 2004 indiquant les stimulants, la MDMA, les hallucinogènes, les médicaments, le tabac ou d'autres substances comme principal problème constituent des groupes trop petits ou trop hétérogènes pour que leur intégration dans les analyses standardisées ne fasse sens. Ils ne figurent donc pas dans les résultats par sous-groupes présentés ici.

2.1.5 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 (voir annexe). Celles-ci découlent en grande partie des priorités définies par le protocole TDI.

Comme il est fréquent que les client-e-s du secteur résidentiel aient préalablement suivi une cure de sevrage, il était important que les questions relatives à leur situation et à leur mode de consommation avant leur admission ne se réfèrent pas uniquement aux 30 jours, mais aussi aux 6 mois précédant le début de la prise en charge. 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. Pour assurer la comparabilité entre les secteurs, les analyses présentées ici se réfèrent – là où les données sont disponibles – à ces périodes plus étendues.

Pour les questions admettant plusieurs réponses (p. ex. instance ayant adressé la personne à l'institution), *act-info* demande généralement d'abord quelle est la catégorie la plus significative (p. ex. l'instance d'envoi principale). Les présentes analyses concernent essentiellement les réponses données pour la catégorie principale.

2.1.6 Procédures d'analyse

En règle générale, ce rapport annuel se base sur des analyses descriptives qu'il présente sous forme de tableaux à double entrée indiquant les pourcentages par colonne et les nombres de cas correspondants. Les données manquantes, qui sont exclues des analyses, sont aussi toujours mentionnées. 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. On renoncera donc partout de recourir à des tests de signification puisque ces tests ne sont valables en principe que pour de véritables échantillons.

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.

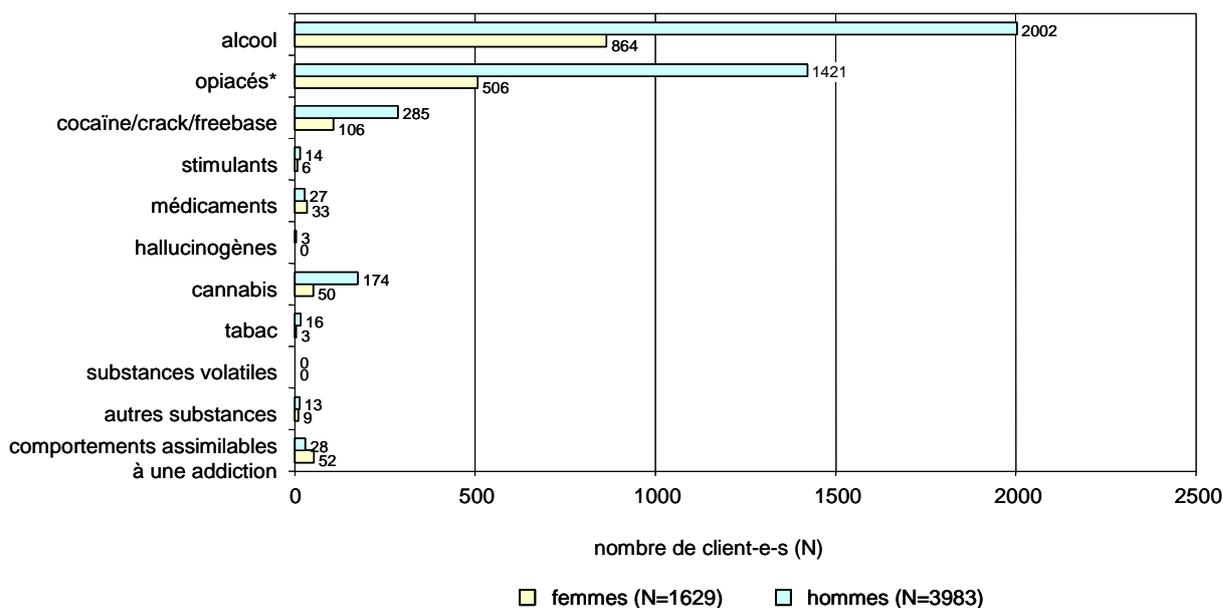
2.2 Synthèse des résultats

Le présent sous-chapitre expose d'abord les principaux résultats issus des données *act-info* 2004 récoltées lors de l'admission ou de la sortie des client-e-s. Il présente ensuite également l'ensemble des résultats des analyses standardisées sous forme de tableaux.

2.2.1 Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal

Le graphique 1 présente la répartition des problèmes principaux au sein de la clientèle. Les sous-catégories (tels que méthadone, héroïne, autres opiacés) d'un groupe de substances (opiacés) ne sont pas différenciées ici. 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.

Graphique 1 Problème principal à l'admission selon le sexe (2004)



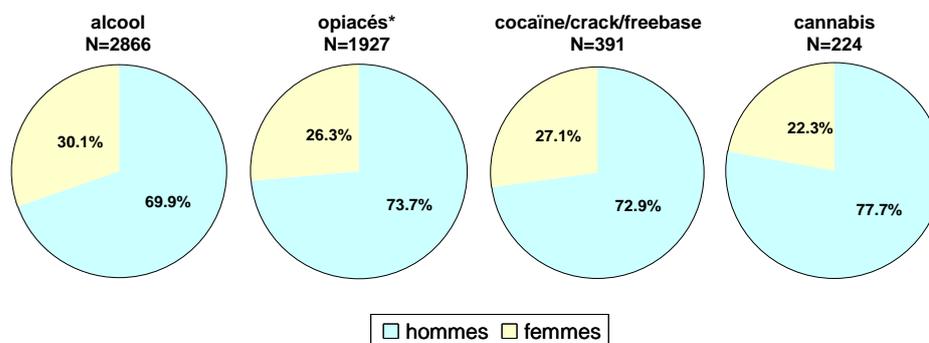
* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

Plus de 96% des client-e-s enregistrés par act-info en 2004 indiquent l'alcool, les opiacés, la cocaïne (y compris dérivés) ou le cannabis comme principale substance posant problème. Au cours de l'année considérée, personne n'a mentionné les substances volatiles comme problème principal. Les hallucinogènes (à l'instar du LSD) ne sont signalés comme problème principal que par quelques client-e-s seulement. Les substances qui ne constituent que rarement le problème principal peuvent néanmoins jouer un rôle en tant que problème secondaire (voir le point 2.2.7).

2.2.1 Distribution selon le sexe

Le graphique 2 montre la répartition hommes/femmes dans les quatre plus importantes catégories de principales substances posant problème. 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 22,3%.

Graphique 2 Clientes et clients enregistrés à l'admission selon le problème principal (2004)



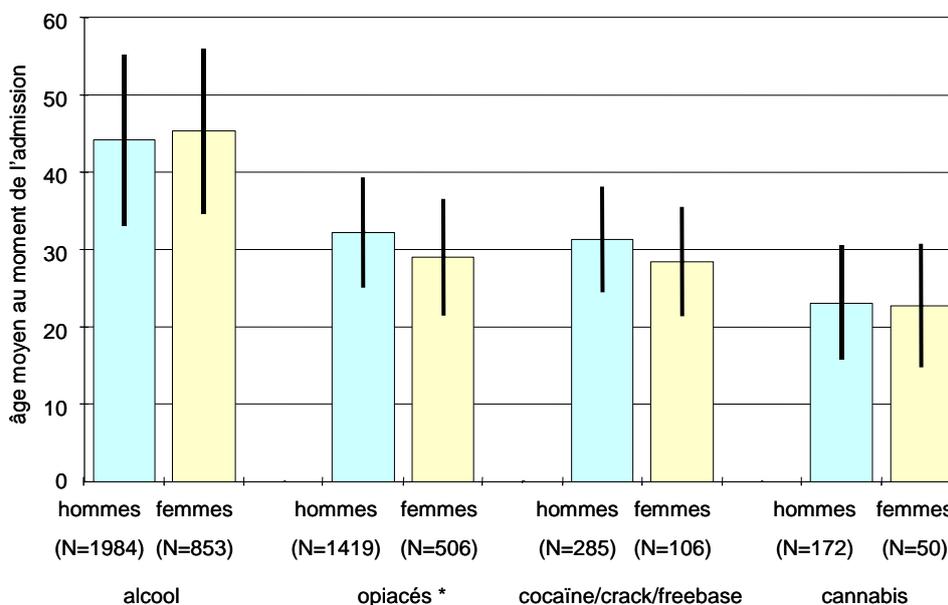
* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

2.2.3 Âge au moment de l'admission

Le graphique 3 présente l'âge moyen des client-e-s au moment de leur admission, selon la principale substance posant problème. L'écart-type par rapport à la moyenne est représenté sous forme de trait vertical.

Graphique 3

Âge moyen (en années) des clientes et de clients à l'admission selon le problème principal (2004)



* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

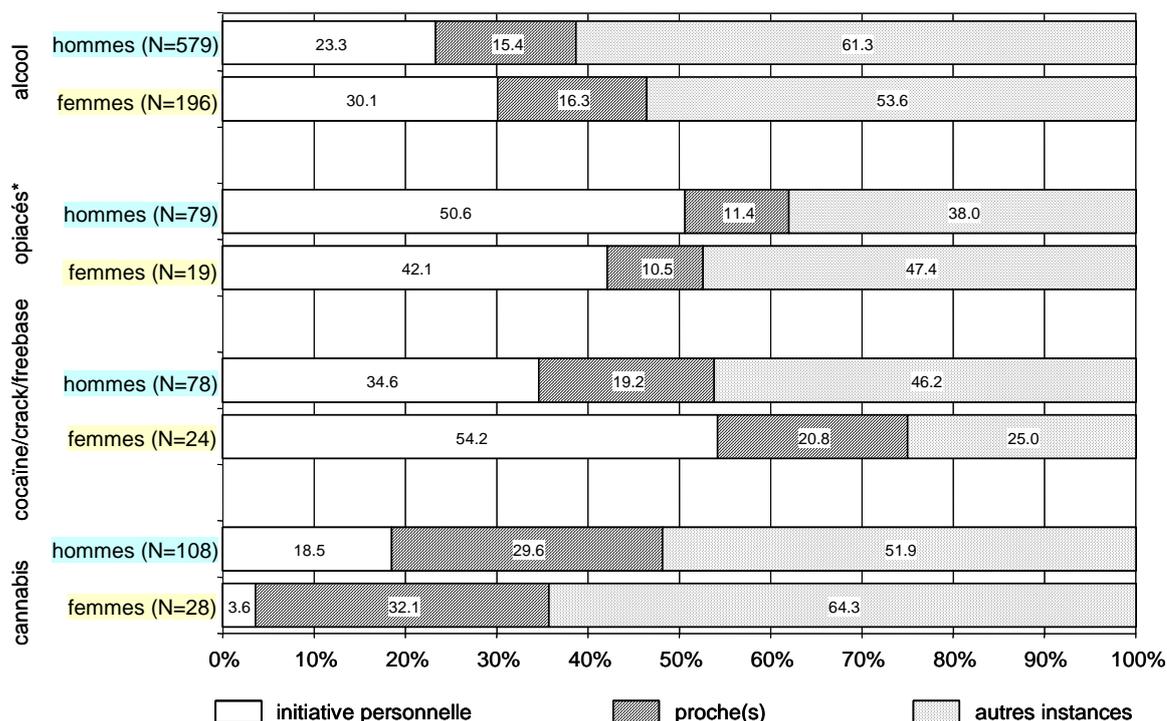
Le groupe de client-e-s ayant l'alcool pour problème principal est significativement plus âgé que les autres groupes: les hommes ont un âge moyen de 44,1 ans, les femmes de 45,3 ans. A l'opposé, le groupe de client-e-s pris en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis présente les moyennes d'âge les plus basses: 23,1 ans pour les hommes, 22,7 ans pour les femmes. Pour les deux autres groupes, l'âge moyen des client-e-s se situe entre ces deux extrêmes: 33,2 ans pour les hommes et 31,2 ans pour les femmes du groupe 'opiacés', 31,3 ans (hommes) et 28,4 ans (femmes) dans le groupe 'cocaïne' (y compris dérivés). Dans ces deux groupes, les moyennes d'âge diffèrent entre les sexes, ce qui n'est pas le cas dans les deux premiers groupes: les femmes y sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes, alors qu'elles sont du même âge (groupe 'cannabis'), voire plus âgées (groupe 'alcool') que les hommes confrontés au même problème principal.

2.2.4 Initiative du premier traitement

Pour mieux connaître les motivations qui conduisent à une prise en charge, seuls les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération dans cette analyse. Trois catégories ont été constituées pour mettre en évidence la personne ou l'institution qui a le plus contribué à l'entrée en traitement: propre initiative, proches, autres instances (services sociaux, médecins, justice par exemple). Le graphique 4 illustre ces résultats, différenciés par problème principal et par sexe.

Graphique 4

Instance d'envoi des clientes et des clients pour la première prise en charge, selon le problème principal (2004)



* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

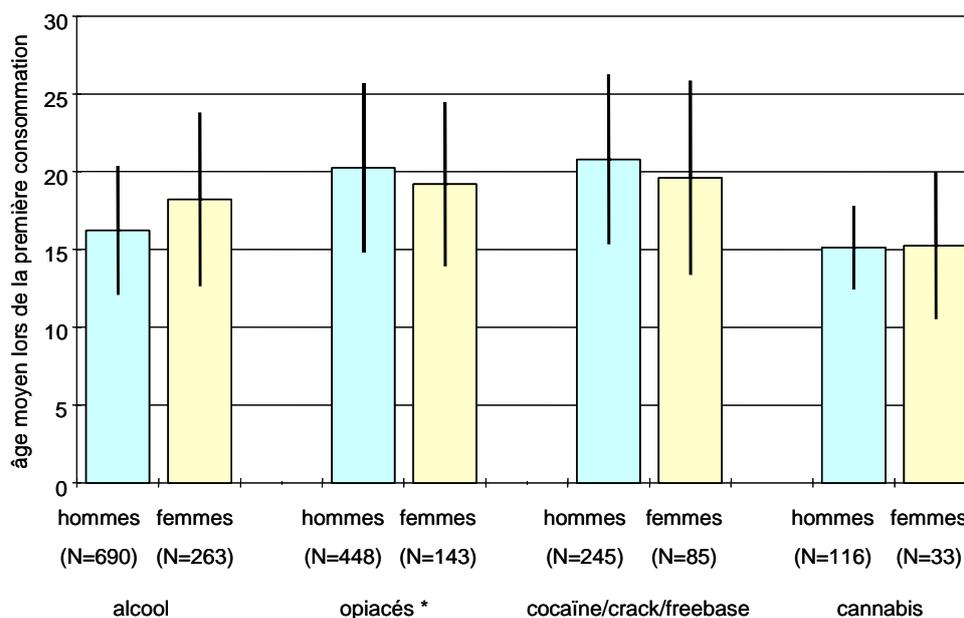
La proportion de personnes qui demandent de l'aide de leur propre initiative est la plus élevée dans les groupes 'opiacés' et 'cocaïne' (y compris dérivés) et la plus faible parmi les client-e-s dont le problème principal est le cannabis. Dans ce dernier groupe, les proches jouent un rôle plus marqué que dans les autres groupes, ce qui pourrait s'expliquer par l'âge nettement moins élevé de ces client-e-s (voir graphique 3). Les personnes prises en charge principalement pour des problèmes liés à l'alcool ou au cannabis sont en majorité adressées aux institutions par d'autres instances. Globalement, les résultats indiquent que les motivations ayant conduit à l'admission diffèrent chez les hommes et chez les femmes. Mais il faut tenir compte du faible nombre de femmes dans les trois groupes où le problème principal est une substance illégale.

2.2.5 Âge au moment des premières consommations

Le graphique 5 indique l'âge moyen des client-e-s au moment où ils/elles ont commencé à consommer la substance qui leur pose principalement problème. Pour mettre en évidence la dispersion des valeurs, l'écart-type est représenté sous forme de trait vertical. Relevons qu'il s'agit de données rétrospectives, qui ne peuvent pas toujours être communiquées avec exactitude.

Graphique 5

Âge moyen des clientes et clients au début de la consommation, selon le problème principal (2004)



* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

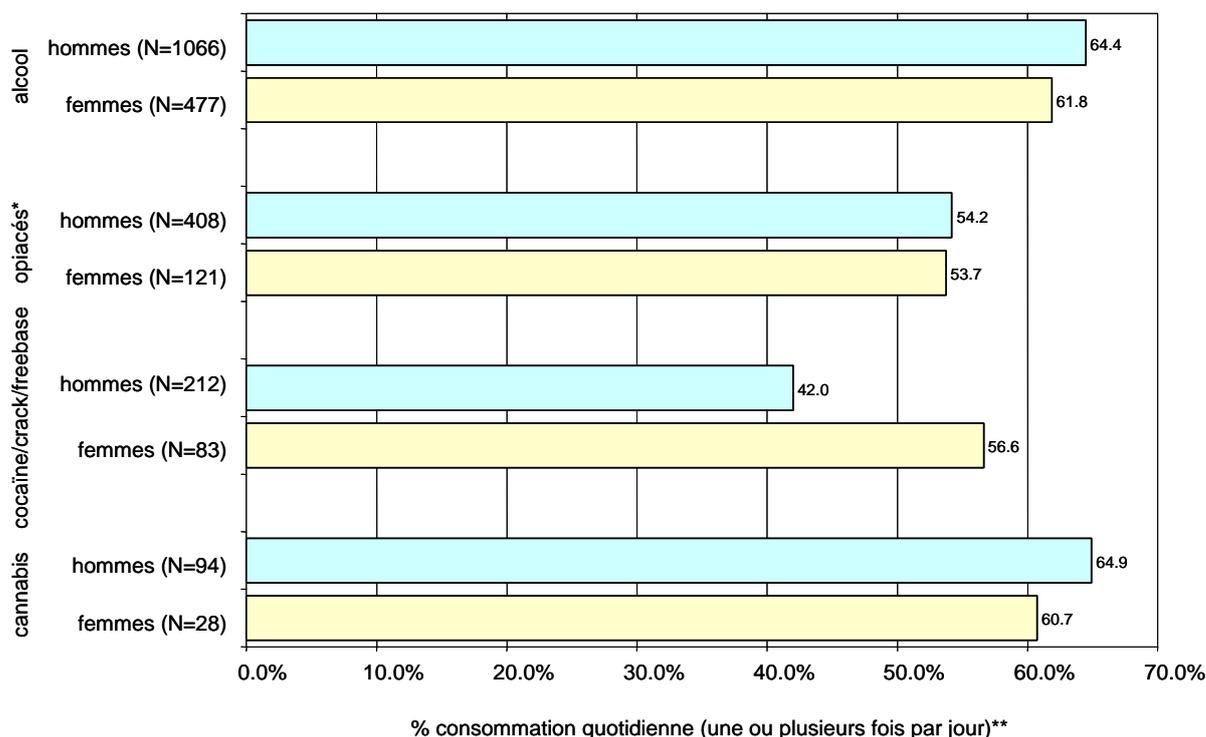
Selon les indications des client-e-s concernés, le début de la consommation de cannabis a eu lieu en moyenne à l'âge de 15 ans, soit environ cinq ans plus tôt en moyenne que l'âge du début de la consommation d'opiacés ou de cocaïne, comme on le voit pour ces deux groupes. L'âge moyen de la première consommation d'alcool chez les personnes ayant cette substance pour principal problème se situe entre deux. Il est intéressant de relever ici les différences entre les hommes et les femmes. En effet, contrairement aux autres substances, l'âge moyen du début de la consommation d'alcool est nettement plus élevé chez les femmes (18,2 ans) que chez les hommes (16,2 ans). 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 délicat 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 la consommation de substances illégales.

2.2.6 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 clients et de clientes qui font état d'une consommation quotidienne de la substance qui leur pose principalement problème.

Graphique 6

Fréquence de la consommation quotidienne avant l'admission, selon le sexe et le problème principal (2004)



* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

** période de référence: 6 derniers mois (FOS, Residalc et SAMBAD) ou 30 derniers jours (HeGeBe et Méthadone)

Dans tous les groupes – excepté les clients ayant la cocaïne pour principal problème – une majorité de client-e-s dit avoir consommé quotidiennement leur substance de prédilection avant leur admission. La consommation quotidienne est un peu plus fréquente dans les groupes 'alcool' et 'cannabis' que dans les groupes 'opiacés' et 'cocaïne'. On note des différences entre les sexes surtout chez les client-e-s dont le principal problème est la cocaïne: les femmes signalent plus fréquemment que les hommes une consommation quotidienne. A l'inverse, les hommes pour qui l'alcool ou le cannabis constituent le problème principal étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer quotidiennement leur principale substance posant problème.

2.2.7 Autres problèmes au moment de l'admission

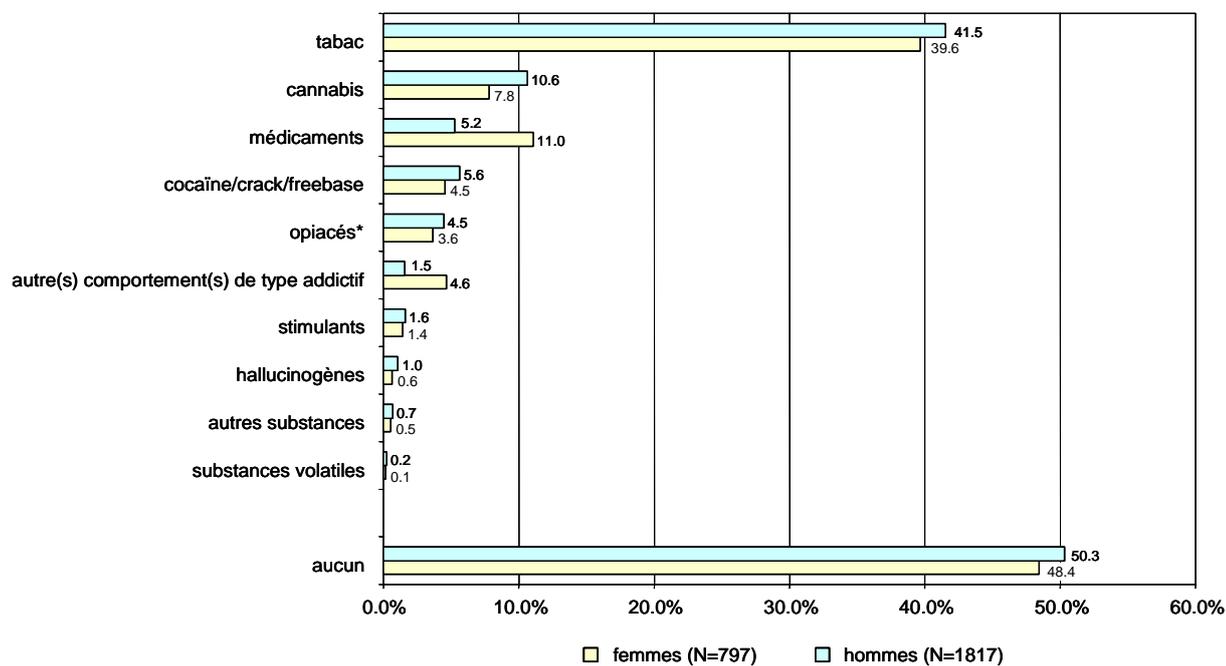
La présence, en plus du problème principal, d'autres problèmes liés à des substances ou assimilables à une addiction posent un défi particulier à la prise en charge de personnes dépendantes. Les graphiques 7a à d présentent les substances ou comportements assimilables à une addiction qui – en plus du problème principal - sont aussi considérés comme problématiques. Pour ces résultats, les quatre plus importantes catégories de substances représentant le problème principal (alcool, opiacés, cocaïne et cannabis) 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.

Graphique 7

Problèmes addictifs secondaires des clientes et clients avant l'admission (2004)

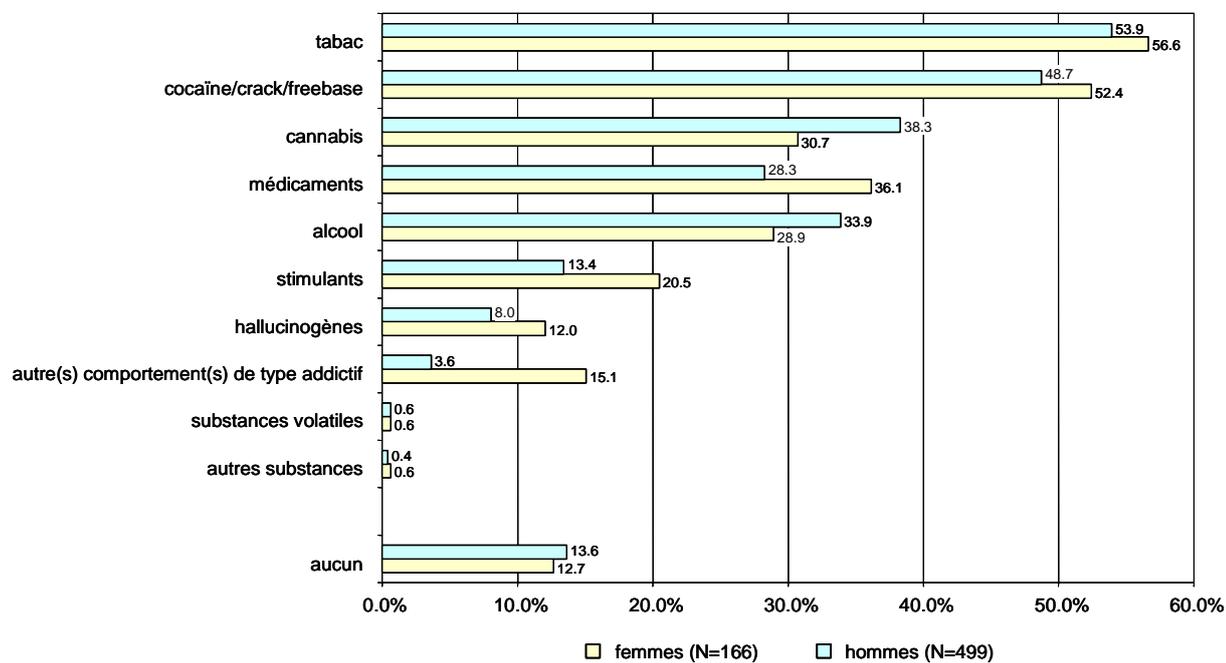
A

Problème principal: alcool



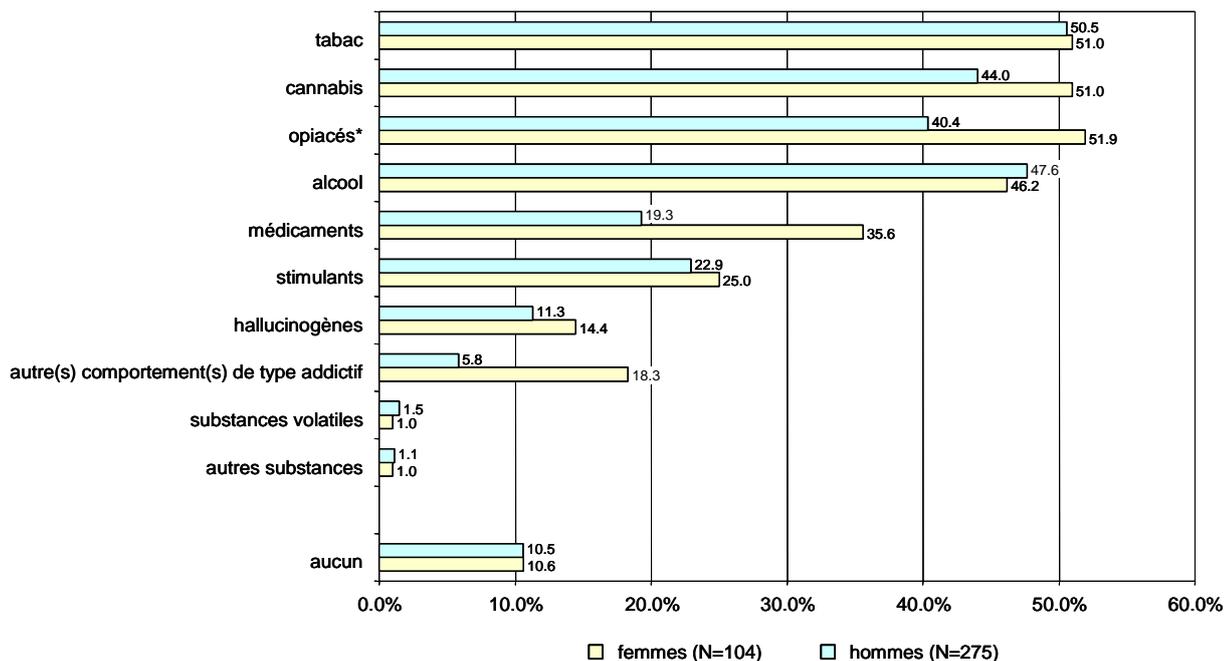
B

Problème principal: opiacés



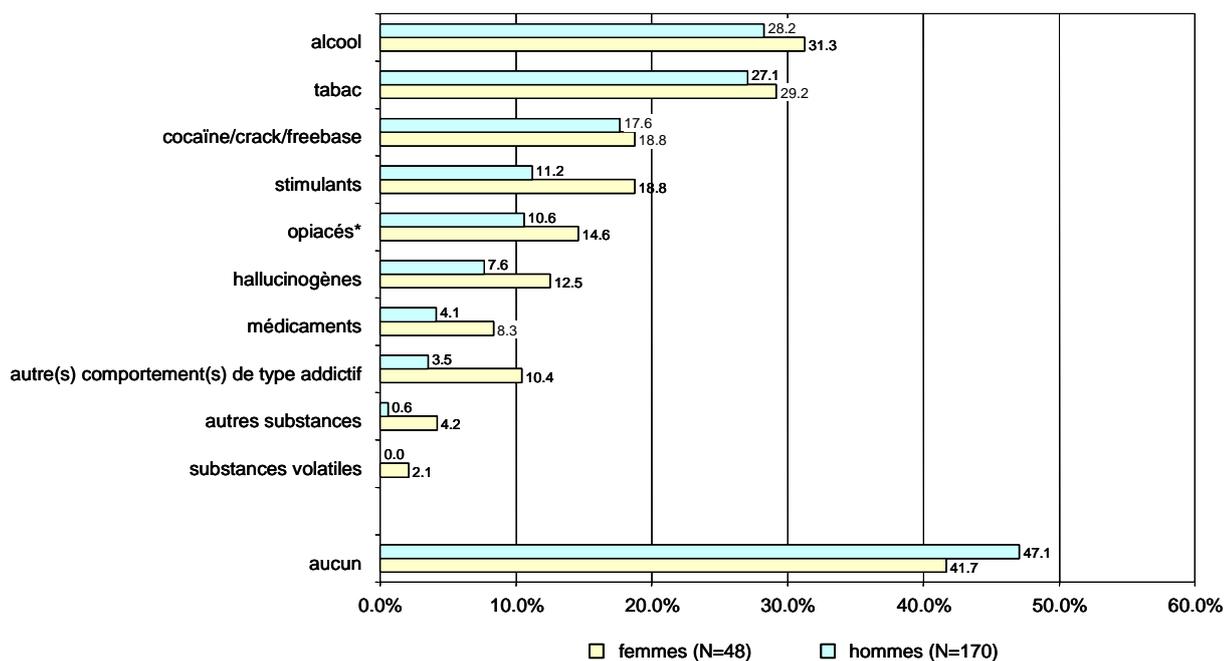
C

Problème principal: cocaïne/crack/freebase



D

Problème principal: cannabis



plusieurs réponses possibles

* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

Alors que les quatre substances ou catégories de substances que sont l'alcool, les opiacés, la cocaïne et le cannabis constituent le problème principal dans la plupart des cas, l'éventail des substances ou comportements assimilables à une addiction considérés comme problèmes secondaires est beaucoup plus large. Ces résultats viennent compléter l'image qui se dégageait des premières observations sur le problème principal. Ainsi, des substances telles que les stimulants ou les hallucinogènes semblent plus répandues et s'avèrent plus souvent problématiques.

ques que les informations sur le problème principal ne le suggèrent. Par contre, les substances volatiles ainsi que les substances qui ne font pas l'objet d'une catégorie prédéfinie dans *act-info* («autres substances») ne jouent pas de rôle notable au cours de l'année de référence dans la population examinée, pas plus en tant que problème principal qu'en tant que problème secondaire.

L'examen des résultats des quatre groupes considérés montre tout d'abord qu'une vaste majorité des client-e-s des groupes 'opiacés' ou 'cocaïne' mentionnent d'autres substances problématiques (près de 9 personnes sur 10), tandis que cette part est nettement plus faible parmi les client-e-s ayant l'alcool ou le cannabis pour problème principal (seulement la moitié ou respectivement un peu plus de la moitié). On observe en outre que chez les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, la consommation de tabac est le problème secondaire le plus souvent cité, alors que les autres substances ou comportements assimilables à une addiction ne jouent qu'un rôle globalement limité en comparaison de celui qu'ils jouent dans les trois autres groupes. Les client-e-s des groupes 'opiacés' et 'cocaïne' mentionnent fréquemment plusieurs autres substances problématiques, ce qui suggère que la polytoxicomanie est souvent répandue dans ces deux groupes. Ce phénomène semble également concerner une part non négligeable des client-e-s pour qui le cannabis est le problème principal, mais de façon nettement moins accentuée.

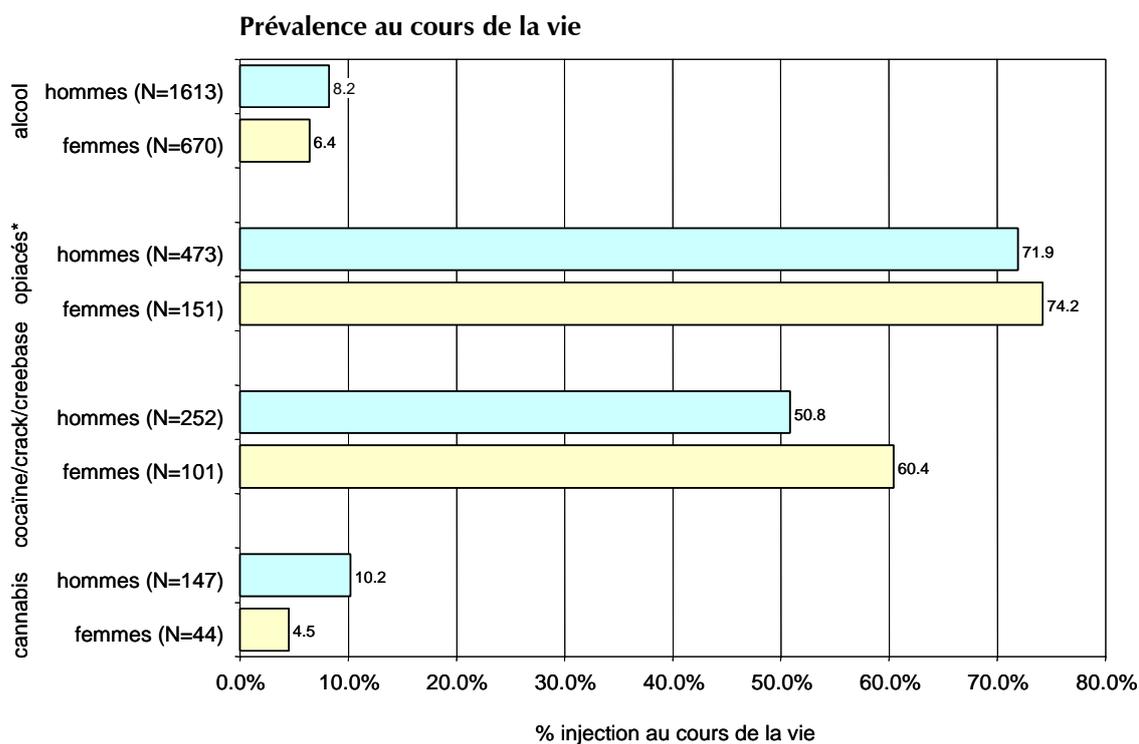
Des différences entre les hommes et les femmes apparaissent surtout au niveau de la consommation de médicaments et des comportements assimilables à une addiction, deux problèmes proportionnellement beaucoup plus souvent cités par les femmes que par les hommes. Relevons encore que les femmes dont le problème principal est le cannabis citent en général un peu plus souvent d'autres problèmes de dépendance que les hommes de ce même groupe, une tendance qui se retrouve, plus atténuée, dans le groupe 'cocaïne'.

2.2.8 Consommation par injection avant l'admission

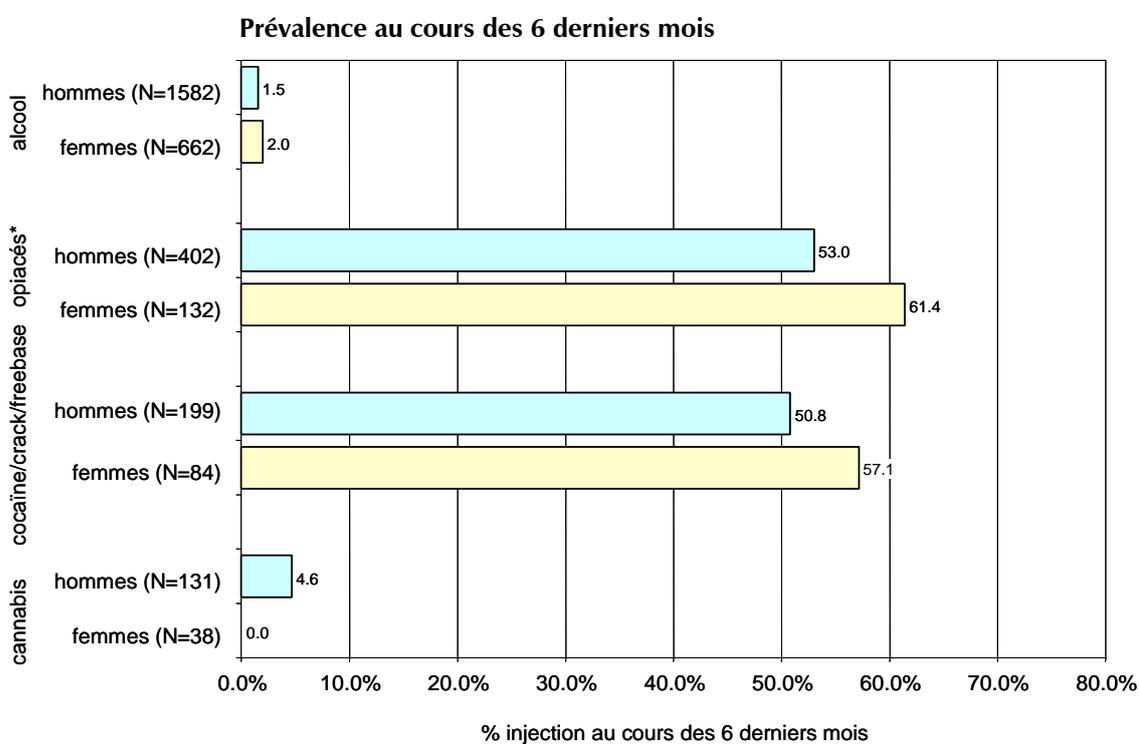
Les graphiques 8a et 8b présentent pour chacune des quatre catégories de problème principal, les proportions de client-e-s qui ont consommé des substances illégales par injection au cours de leur vie et au cours des six mois précédant le début de la prise en charge. Des informations relatives aux substances consommées n'ont pas été récoltées.

Graphique 8 Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'entrée, selon le problème principal (2004)

A



B

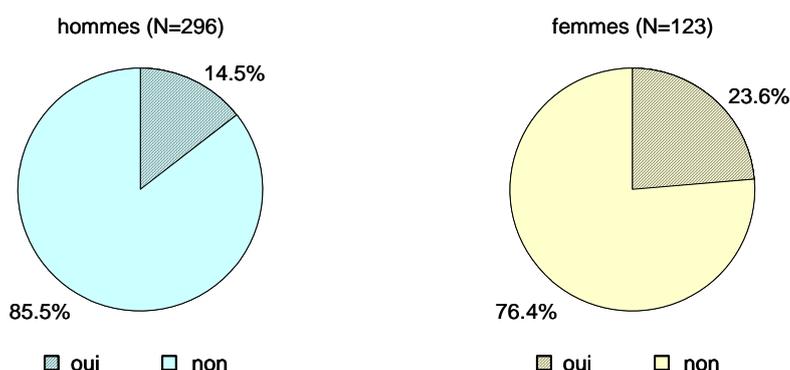


* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)

Comme l'on pouvait s'y attendre, ce sont principalement les personnes ayant les opiacés ou la cocaïne pour problème principal qui indiquent avoir déjà consommé des substances illégales par injection. La proportion la plus élevée s'observe dans le groupe 'opiacés' (plus de 7 personnes sur 10). Si l'on s'en tient aux six mois précédant l'admission, ce sont encore plus de la moitié des personnes des groupes 'opiacés' et 'cocaïne' qui ont consommé par injection. Les femmes indiquent un peu plus fréquemment que les hommes ce mode de consommation. Dans les groupes 'alcool' et 'cannabis', les proportions de client-e-s recourant à l'injection sont relativement faibles et peuvent être mises en relation avec les données relatives aux autres problèmes que ces client-e-s connaissent avec des drogues injectables (héroïne et cocaïne) (voir le chapitre 2.2.7). Le graphique 9 montre, pour tous les client-e-s ayant consommé par injection au cours des six mois précédant l'admission (indépendamment du problème principal), s'ils ont partagé du matériel d'injection avec d'autres consommateurs au cours de la même période.

Graphique 9

Echange de matériel d'injection chez les clientes et les clients ayant injecté au cours des 6 mois avant l'admission (2004)



Compte tenu des risques de contamination par le VIH et de transmission d'autres affections, ces résultats indiquent qu'une proportion relativement élevée de consommateurs par injection partagent leur matériel. Les femmes paraissent davantage touchées que les hommes.

2.2.9 Données relatives à la fin de la prise en charge: sorties enregistrées et problème principal

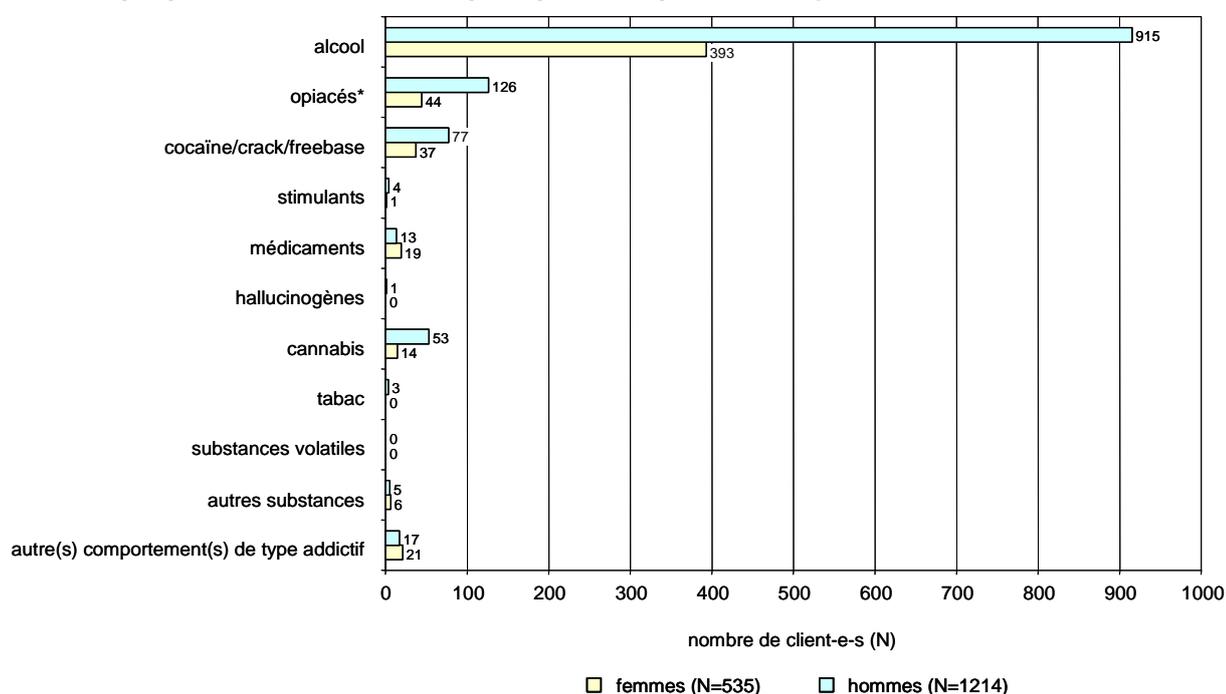
Comme cela a déjà été évoqué, les données *act-info* relatives aux sorties de cette première année ne sont souvent assorties d'aucune information quant au problème à l'origine de la prise en charge (problème principal), puisque les données relatives aux admissions manquent pour un grand nombre de client-e-s dont l'admission a précédé le début de la statistique *act-info*. Procéder à des analyses sans information sur le problème principal n'étant guère utile (groupes hétérogènes), les client-e-s pour qui ces données font défaut ne sont pas pris en considération dans les analyses standardisées. Cette exclusion entraîne inévitablement un effet de sélection. En effet, les personnes ayant achevé leur traitement de façon régulière ont une probabilité plus élevée d'être exclues puisque les traitements menés à terme sont en moyenne plus longs que ceux qui ont été

interrompus. Une surreprésentation des client-e-s ayant interrompu le traitement est donc prévisible, et l'on peut supposer qu'ils ont un profil particulier. De plus, comme cela a aussi déjà été mentionné, il n'existe pour l'instant pas de données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe – d'où la surreprésentation de la clientèle en traitement pour des problèmes liés à l'alcool. Au vu de cette situation de départ particulière, les résultats relatifs aux sorties ne seront pas commentés et seules les données disponibles sont décrites ici.

Compte tenu de ces restrictions, les tableaux présentant les résultats des analyses standardisées comportent des notes d'avertissement. Le graphique 10 donne, sur la base des informations disponibles, la répartition des problèmes principaux à l'origine des prises en charge s'étant terminées en 2004. Les catégories utilisées sont les mêmes que pour les données relatives aux admissions. De même, seuls les nombres absolus sont indiqués et non les pourcentages.

Graphique 10

Raison principale de la prise en charge des clientes et clients sortis en 2004



* opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne)
le problème principal est déterminé au moment de l'admission

2.3 Tableaux

Tableau 1 Problème principal selon le sexe (admissions 2004)

	Hommes		Femmes		Toutes admissions	
	n	%	n	%	n	%
alcool	2002	50.3%	864	53.0%	2868	51.1%
cocktails (héroïne et cocaïne)	81	2.0%	44	2.7%	125	2.2%
héroïne	1306	32.8%	450	27.6%	1757	31.3%
méthadone	31	0.8%	7	0.4%	38	0.7%
autres opiacés	3	0.1%	5	0.3%	8	0.1%
cocaïne	277	7.0%	102	6.3%	380	6.8%
crack, freebase	8	0.2%	4	0.2%	12	0.2%
amphétamines	3	0.1%	3	0.2%	6	0.1%
MDMA et substances similaires (ecstasy)	10	0.3%	3	0.2%	13	0.2%
autres stimulants	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
barbituriques	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
benzodiazépines	26	0.7%	27	1.7%	53	0.9%
autres somnifères et tranquillisants	1	0.0%	6	0.4%	7	0.1%
LSD	2	0.1%	0	0.0%	2	0.0%
autres hallucinogènes	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
cannabis	174	4.4%	50	3.1%	224	4.0%
tabac	16	0.4%	3	0.2%	19	0.3%
substances volatiles	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
autre substance	13	0.3%	9	0.6%	22	0.4%
jeu pathologique	22	0.6%	9	0.6%	31	0.6%
troubles alimentaires	1	0.0%	41	2.5%	42	0.7%
autre(s) comportement(s) de type addictif	5	0.1%	2	0.1%	7	0.1%
Total	3983	100%	1629	100%	5616	100%
<i>données manquantes</i>	211		90		301	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes.

Questions: qmed009 et qmed010

Tableau 2 Répartition des hommes et des femmes selon le problème principal (admissions 2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes	2002	69.9%	1421	73.7%	285	72.9%	174	77.7%
Femmes	864	30.1%	506	26.3%	106	27.1%	50	22.3%
Total	2866	100%	1927	100%	391	100%	224	100%
<i>données manquantes</i>	2		1		1		0	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec010

Tableau 3 Distribution des âges selon le problème principal (admissions 2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.3%
15-19	29	1.0%	41	2.1%	25	6.4%	94	42.3%
20-24	81	2.9%	248	12.9%	61	15.6%	47	21.2%
25-29	148	5.2%	364	18.9%	88	22.4%	35	15.8%
30-34	253	8.9%	501	26.0%	93	23.7%	18	8.1%
35-39	428	15.1%	425	22.1%	90	23.0%	16	7.2%
40-44	491	17.3%	215	11.2%	26	6.6%	3	1.4%
45-49	484	17.0%	89	4.6%	6	1.5%	3	1.4%
50-54	399	14.1%	38	2.0%	3	0.8%	1	0.5%
55-59	264	9.3%	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	165	5.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	79	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	13	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	5	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	2839	100%	1925	100%	392	100%	222	100%
données manquantes	29		3		0		2	
Hommes								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.7%
15-19	19	1.0%	19	1.3%	14	4.9%	70	40.7%
20-24	59	3.0%	152	10.7%	37	13.0%	39	22.7%
25-29	119	6.0%	256	18.0%	61	21.4%	29	16.9%
30-34	185	9.3%	390	27.5%	70	24.6%	14	8.1%
35-39	298	15.0%	343	24.2%	73	25.6%	12	7.0%
40-44	349	17.6%	161	11.3%	23	8.1%	2	1.2%
45-49	334	16.8%	64	4.5%	5	1.8%	2	1.2%
50-54	266	13.4%	32	2.3%	2	0.7%	1	0.6%
55-59	179	9.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	104	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	55	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	13	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	1984	100%	1419	100%	285	100%	172	100%
données manquantes	18		2		0		2	
Femmes								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.0%
15-19	10	1.2%	22	4.3%	11	10.4%	24	48.0%
20-24	21	2.5%	96	19.0%	23	21.7%	8	16.0%
25-29	29	3.4%	108	21.3%	27	25.5%	6	12.0%
30-34	68	8.0%	111	21.9%	23	21.7%	4	8.0%
35-39	129	15.1%	82	16.2%	17	16.0%	4	8.0%
40-44	142	16.6%	54	10.7%	3	2.8%	1	2.0%
45-49	150	17.6%	25	4.9%	1	0.9%	1	2.0%
50-54	133	15.6%	6	1.2%	1	0.9%	0	0.0%
55-59	85	10.0%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	61	7.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	24	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	853	100%	506	100%	106	100%	50	100%
données manquantes	11		0		0		0	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec020

Tableau 4 Âge à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool	Opiacés	Cocaïne/Crack/Freebase	Cannabis
Total				
moyenne	44.46	32.72	30.51	23.02
écart-type	10.97	7.49	7.02	7.47
1er quartile	37	27	25	17
valeur médiane	44	33	31	20
3e quartile	52	37	36	27
N	2839	1925	392	222
<i>données manquantes</i>	29	3	0	2
Hommes				
moyenne	44.11	33.24	31.32	23.11
écart-type	11.07	7.23	6.84	7.36
1er quartile	36	28	26	18
valeur médiane	44	33	32	21
3e quartile	52	38	36	27.5
N	1984	1419	285	172
<i>données manquantes</i>	18	2	0	2
Femmes				
moyenne	45.31	31.25	28.41	22.72
écart-type	10.69	8	7.07	7.94
1er quartile	38	25	23	17
valeur médiane	45	31	28	19
3e quartile	53	36	33	27
N	853	506	106	50
<i>données manquantes</i>	11	0	0	0

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec020

Tableau 5 État civil à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
célibataire	879	33.2%	504	75.6%	258	67.9%	166	87.8%
marié-e	871	32.9%	62	9.3%	52	13.7%	13	6.9%
séparé-e	204	7.7%	27	4.0%	23	6.1%	7	3.7%
divorcé-e	617	23.3%	70	10.5%	46	12.1%	2	1.1%
veuf/veuve	78	2.9%	4	0.6%	1	0.3%	1	0.5%
partenariat enregistré	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	2649	100%	667	100%	380	100%	189	100%
données manquantes	219		1261		12		35	
Hommes								
célibataire	664	35.7%	382	76.1%	183	66.5%	134	89.9%
marié-e	622	33.4%	48	9.6%	43	15.6%	8	5.4%
séparé-e	157	8.4%	18	3.6%	14	5.1%	5	3.4%
divorcé-e	385	20.7%	50	10.0%	34	12.4%	1	0.7%
veuf/veuve	33	1.8%	4	0.8%	1	0.4%	1	0.7%
partenariat enregistré	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	1861	100%	502	100%	275	100%	149	100%
données manquantes	141		919		10		25	
Femmes								
célibataire	214	27.2%	122	73.9%	74	71.2%	32	80.0%
marié-e	249	31.7%	14	8.5%	9	8.7%	5	12.5%
séparé-e	47	6.0%	9	5.5%	9	8.7%	2	5.0%
divorcé-e	231	29.4%	20	12.1%	12	11.5%	1	2.5%
veuf/veuve	45	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
partenariat enregistré	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	786	100%	165	100%	104	100%	40	100%
données manquantes	78		341		2		10	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec040

Tableau 6 Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
Suisse	1901	77.9%	1150	69.9%	246	70.7%	102	68.9%
EU	321	13.2%	409	24.9%	62	17.8%	26	17.6%
autre	218	8.9%	86	5.2%	40	11.5%	20	13.5%
Total	2440	100%	1645	100%	348	100%	148	100%
<i>données manquantes</i>	428		283		44		76	
Hommes								
Suisse	1258	74.7%	802	66.5%	167	65.5%	82	70.7%
EU	245	14.5%	328	27.2%	54	21.2%	20	17.2%
autre	181	10.7%	76	6.3%	34	13.3%	14	12.1%
Total	1684	100%	1206	100%	255	100%	116	100%
<i>données manquantes</i>	318		215		30		58	
Femmes								
Suisse	642	85.0%	348	79.3%	78	84.8%	20	62.5%
EU	76	10.1%	81	18.5%	8	8.7%	6	18.8%
autre	37	4.9%	10	2.3%	6	6.5%	6	18.8%
Total	755	100%	439	100%	92	100%	32	100%
<i>données manquantes</i>	109		67		14		18	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Questions: qmec050 jusqu'à qmec057

Tableau 7 Degré d'urbanisation du domicile à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
grands centres urbains	485	22.7%	121	7.2%	43	12.3%	22	11.0%
périphérie des grands centres	341	16.0%	82	4.9%	48	13.8%	29	14.5%
villes de moyenne importance	292	13.7%	1226	72.6%	95	27.2%	33	16.5%
petites villes	533	25.0%	175	10.4%	98	28.1%	68	34.0%
campagne	485	22.7%	84	5.0%	65	18.6%	48	24.0%
Total	2136	100%	1688	100%	349	100%	200	100%
données manquantes	732		240		43		24	
Hommes								
grands centres urbains	338	22.5%	87	7.0%	32	12.7%	18	11.5%
périphérie des grands centres	223	14.9%	70	5.7%	33	13.1%	18	11.5%
villes de moyenne importance	216	14.4%	885	71.6%	69	27.5%	27	17.2%
petites villes	379	25.2%	129	10.4%	69	27.5%	55	35.0%
campagne	345	23.0%	65	5.3%	48	19.1%	39	24.8%
Total	1501	100%	1236	100%	251	100%	157	100%
données manquantes	501		185		34		17	
Femmes								
grands centres urbains	146	23.1%	34	7.5%	11	11.3%	4	9.3%
périphérie des grands centres	118	18.6%	12	2.7%	15	15.5%	11	25.6%
villes de moyenne importance	76	12.0%	341	75.4%	26	26.8%	6	14.0%
petites villes	153	24.2%	46	10.2%	29	29.9%	13	30.2%
campagne	140	22.1%	19	4.2%	16	16.5%	9	20.9%
Total	633	100%	452	100%	97	100%	43	100%
données manquantes	231		54		9		7	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec030

Tableau 8 Situation de domicile à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
domicile fixe	2453	93.7%	474	71.5%	272	72.1%	171	80.7%
sans domicile fixe	66	2.5%	89	13.4%	47	12.5%	7	3.3%
institution	99	3.8%	100	15.1%	58	15.4%	34	16.0%
Total	2618	100%	663	100%	377	100%	212	100%
données manquantes	250		1265		15		12	
Hommes								
domicile fixe	1709	93.0%	359	71.8%	207	75.8%	137	82.5%
sans domicile fixe	51	2.8%	62	12.4%	31	11.4%	6	3.6%
institution	77	4.2%	79	15.8%	35	12.8%	23	13.9%
Total	1837	100%	500	100%	273	100%	166	100%
données manquantes	165		921		12		8	
Femmes								
domicile fixe	742	95.3%	115	70.6%	64	62.1%	34	73.9%
sans domicile fixe	15	1.9%	27	16.6%	16	15.5%	1	2.2%
institution	22	2.8%	21	12.9%	23	22.3%	11	23.9%
Total	779	100%	163	100%	103	100%	46	100%
données manquantes	85		343		3		4	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne). Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe).

Questions: qmec070 et qmec075

Tableau 9 Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
aucune form. achevée	79	3.3%	62	3.9%	24	6.3%	19	10.3%
scolarité obligatoire	437	18.1%	509	31.8%	125	33.0%	90	48.6%
scolarité complémentaire	134	5.6%	103	6.4%	26	6.9%	12	6.5%
apprentissage/école prof.	1289	53.5%	779	48.7%	174	45.9%	46	24.9%
maturité/diplôme	124	5.1%	33	2.1%	9	2.4%	12	6.5%
école normale, pédagog.	18	0.7%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
form. profession. supérieure	154	6.4%	66	4.1%	7	1.8%	1	0.5%
école profession. supérieure	48	2.0%	7	0.4%	4	1.1%	2	1.1%
haute école spécialisée	29	1.2%	4	0.2%	4	1.1%	0	0.0%
université, haute école	98	4.1%	37	2.3%	6	1.6%	3	1.6%
Total	2410	100%	1601	100%	379	100%	185	100%
données manquantes	458		327		13		39	
Hommes								
aucune form. achevée	54	3.2%	42	3.6%	14	5.1%	16	11.0%
scolarité obligatoire	283	16.7%	344	29.3%	81	29.3%	67	45.9%
scolarité complémentaire	86	5.1%	77	6.6%	21	7.6%	11	7.5%
apprentissage/école prof.	938	55.4%	605	51.5%	136	49.3%	38	26.0%
maturité/diplôme	74	4.4%	27	2.3%	7	2.5%	10	6.8%
école normale, pédagog.	8	0.5%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
form. profession. supérieure	118	7.0%	41	3.5%	6	2.2%	1	0.7%
école profession. supérieure	39	2.3%	4	0.3%	3	1.1%	1	0.7%
haute école spécialisée	23	1.4%	4	0.3%	4	1.4%	0	0.0%
université, haute école	71	4.2%	30	2.6%	4	1.4%	2	1.4%
Total	1694	100%	1175	100%	276	100%	146	100%
données manquantes	308		246		9		28	
Femmes								
aucune form. achevée	25	3.5%	20	4.7%	10	9.8%	3	7.7%
scolarité obligatoire	154	21.6%	165	38.7%	44	43.1%	23	59.0%
scolarité complémentaire	48	6.7%	26	6.1%	5	4.9%	1	2.6%
apprentissage/école prof.	350	49.0%	174	40.8%	37	36.3%	8	20.5%
maturité/diplôme	50	7.0%	6	1.4%	2	2.0%	2	5.1%
école normale, pédagog.	10	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
form. profession. supérieure	35	4.9%	25	5.9%	1	1.0%	0	0.0%
école profession. supérieure	9	1.3%	3	0.7%	1	1.0%	1	2.6%
haute école spécialisée	6	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
université, haute école	27	3.8%	7	1.6%	2	2.0%	1	2.6%
Total	714	100%	426	100%	102	100%	39	100%
données manquantes	150		80		4		11	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmec120

Tableau 10 Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
salaires	1125	46.5%	157	24.6%	113	30.9%	54	28.9%
économies, épargne	46	1.9%	6	0.9%	1	0.3%	0	0.0%
rente (AVS, AI ou autre)	412	17.0%	77	12.1%	42	11.5%	17	9.1%
aide sociale	336	13.9%	231	36.2%	121	33.1%	30	16.0%
assurance-chômage	275	11.4%	47	7.4%	28	7.7%	11	5.9%
soutien du/de la partenaire	115	4.8%	10	1.6%	6	1.6%	6	3.2%
soutien parents/proches/amis	47	1.9%	24	3.8%	20	5.5%	61	32.6%
deal, combines	4	0.2%	32	5.0%	12	3.3%	1	0.5%
autres revenus illégaux	0	0.0%	8	1.3%	8	2.2%	1	0.5%
prostitution	3	0.1%	10	1.6%	3	0.8%	0	0.0%
autre	56	2.3%	37	5.8%	12	3.3%	6	3.2%
Total	2419	100%	639	100%	366	100%	187	100%
données manquantes	449		1289		26		37	
Hommes								
salaires	827	48.6%	133	27.4%	94	35.6%	46	31.9%
économies, épargne	32	1.9%	4	0.8%	1	0.4%	0	0.0%
rente (AVS, AI ou autre)	278	16.3%	54	11.1%	27	10.2%	13	9.0%
aide sociale	255	15.0%	173	35.6%	76	28.8%	18	12.5%
assurance-chômage	209	12.3%	42	8.6%	24	9.1%	9	6.3%
soutien du/de la partenaire	22	1.3%	2	0.4%	3	1.1%	2	1.4%
soutien parents/proches/amis	32	1.9%	15	3.1%	15	5.7%	48	33.3%
deal, combines	3	0.2%	26	5.3%	7	2.7%	1	0.7%
autres revenus illégaux	0	0.0%	8	1.6%	7	2.7%	1	0.7%
prostitution	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
autre	43	2.5%	28	5.8%	10	3.8%	6	4.2%
Total	1701	100%	486	100%	264	100%	144	100%
données manquantes	301		935		21		30	
Femmes								
salaires	296	41.3%	24	15.7%	19	18.8%	8	18.6%
économies, épargne	14	2.0%	2	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
rente (AVS, AI ou autre)	134	18.7%	23	15.0%	15	14.9%	4	9.3%
aide sociale	81	11.3%	58	37.9%	45	44.6%	12	27.9%
assurance-chômage	66	9.2%	5	3.3%	4	4.0%	2	4.7%
soutien du/de la partenaire	93	13.0%	8	5.2%	3	3.0%	4	9.3%
soutien parents/proches/amis	15	2.1%	9	5.9%	4	4.0%	13	30.2%
deal, combines	1	0.1%	6	3.9%	5	5.0%	0	0.0%
autres revenus illégaux	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%
prostitution	3	0.4%	9	5.9%	3	3.0%	0	0.0%
autre	13	1.8%	9	5.9%	2	2.0%	0	0.0%
Total	716	100%	153	100%	101	100%	43	100%
données manquantes	148		353		5		7	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne). Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe).

Questions: qmec080 et qmec090

Tableau 11 Taux d'activité à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
activ. à plein temps (dès 70%)	933	38.8%	137	21.8%	104	28.7%	41	22.4%
activité à temps partiel	205	8.5%	28	4.5%	15	4.1%	8	4.4%
plusieurs activités occas.	54	2.2%	19	3.0%	16	4.4%	4	2.2%
en formation	36	1.5%	14	2.2%	13	3.6%	51	27.9%
sans activité prof.	585	24.3%	248	39.4%	132	36.5%	41	22.4%
sans trav., en quête d'emploi	440	18.3%	114	18.1%	62	17.1%	30	16.4%
sans trav., futur empl. garanti	8	0.3%	7	1.1%	1	0.3%	1	0.5%
autre	144	6.0%	62	9.9%	19	5.2%	7	3.8%
Total	2405	100%	629	100%	362	100%	183	100%
données manquantes	463		1299		30		41	
Hommes								
activ. à plein temps (dès 70%)	750	44.2%	120	25.2%	88	33.6%	36	25.5%
activité à temps partiel	80	4.7%	17	3.6%	10	3.8%	4	2.8%
plusieurs activités occas.	38	2.2%	16	3.4%	13	5.0%	4	2.8%
en formation	28	1.6%	5	1.1%	8	3.1%	38	27.0%
sans activité prof.	353	20.8%	169	35.5%	82	31.3%	25	17.7%
sans trav., en quête d'emploi	339	20.0%	96	20.2%	45	17.2%	28	19.9%
sans trav., futur empl. garanti	6	0.4%	6	1.3%	1	0.4%	0	0.0%
autre	103	6.1%	47	9.9%	15	5.7%	6	4.3%
Total	1697	100%	476	100%	262	100%	141	100%
données manquantes	305		945		23		33	
Femmes								
activ. à plein temps (dès 70%)	182	25.7%	17	11.1%	16	16.2%	5	11.9%
activité à temps partiel	125	17.7%	11	7.2%	5	5.1%	4	9.5%
plusieurs activités occas.	16	2.3%	3	2.0%	3	3.0%	0	0.0%
en formation	8	1.1%	9	5.9%	5	5.1%	13	31.0%
sans activité prof.	232	32.8%	79	51.6%	50	50.5%	16	38.1%
sans trav., en quête d'emploi	101	14.3%	18	11.8%	16	16.2%	2	4.8%
sans trav., futur empl. garanti	2	0.3%	1	0.7%	0	0.0%	1	2.4%
autre	41	5.8%	15	9.8%	4	4.0%	1	2.4%
Total	707	100%	153	100%	99	100%	42	100%
données manquantes	157		353		7		8	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne). Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe).

Questions: qmec100 et qmec110

Tableau 12 Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
oui	1740	68.2%	571	85.4%	280	73.1%	80	36.2%
non	812	31.8%	98	14.6%	103	26.9%	141	63.8%
Total	2552	100%	669	100%	383	100%	221	100%
données manquantes	316		1259		9		3	
Hommes								
oui	1191	66.4%	426	84.4%	199	71.8%	60	35.1%
non	604	33.6%	79	15.6%	78	28.2%	111	64.9%
Total	1795	100%	505	100%	277	100%	171	100%
données manquantes	207		916		8		3	
Femmes								
oui	549	72.7%	145	88.4%	81	77.1%	20	40.0%
non	206	27.3%	19	11.6%	24	22.9%	30	60.0%
Total	755	100%	164	100%	105	100%	50	100%
données manquantes	109		342		1		0	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmeh050

Tableau 13 Type de prise en charge avant l'admission, selon le problème principal (2004)

<i>Filtre: seulement en cas d'expérience de traitement antérieure</i>	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
traitement avec prescript. d'héroïne	8	0.6%	36	6.7%	10	3.8%	1	1.6%
substitution (méthadone, subutex)	93	6.5%	382	71.0%	144	54.3%	12	19.4%
autre tt médicam. des dépendances	287	20.0%	75	13.9%	49	18.5%	11	17.7%
prise en charge ambulatoire	944	65.9%	322	59.9%	162	61.1%	43	69.4%
traitement résidentiel	684	47.7%	259	48.1%	143	54.0%	27	43.5%
sevrage	882	61.5%	344	63.9%	184	69.4%	23	37.1%
groupe d'entraide ou d'auto-support	242	16.9%	49	9.1%	24	9.1%	9	14.5%
autre(s)	54	3.8%	22	4.1%	3	1.1%	5	8.1%
N	1433		538		265		62	
données manquantes	307		33		15		18	
Hommes								
traitement avec prescript. d'héroïne	7	0.7%	30	7.4%	7	3.7%	1	2.2%
substitution (méthadone, subutex)	76	7.8%	290	71.4%	91	48.1%	9	19.6%
autre tt médicam. des dépendances	192	19.6%	52	12.8%	33	17.5%	8	17.4%
prise en charge ambulatoire	636	65.0%	243	59.9%	119	63.0%	31	67.4%
traitement résidentiel	442	45.1%	196	48.3%	104	55.0%	19	41.3%
sevrage	588	60.1%	260	64.0%	130	68.8%	17	37.0%
groupe d'entraide ou d'auto-support	152	15.5%	38	9.4%	21	11.1%	7	15.2%
autre(s)	39	4.0%	16	3.9%	2	1.1%	3	6.5%
N	979		406		189		46	
données manquantes	212		20		10		14	
Femmes								
traitement avec prescript. d'héroïne	1	0.2%	6	4.5%	3	3.9%	0	0.0%
substitution (méthadone, subutex)	17	3.7%	92	69.7%	53	69.7%	3	18.8%
autre tt médicam. des dépendances	95	20.9%	23	17.4%	16	21.1%	3	18.8%
prise en charge ambulatoire	308	67.8%	79	59.8%	43	56.6%	12	75.0%
traitement résidentiel	242	53.3%	63	47.7%	39	51.3%	8	50.0%
sevrage	294	64.8%	84	63.6%	54	71.1%	6	37.5%
groupe d'entraide ou d'auto-support	90	19.8%	11	8.3%	3	3.9%	2	12.5%
autre(s)	15	3.3%	6	4.5%	1	1.3%	2	12.5%
N	454		132		76		16	
données manquantes	95		13		5		4	

Plusieurs réponses possibles. Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmbe060

Tableau 14 Principale instance d'envoi, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
initiative personnelle	905	34.9%	332	49.9%	176	45.7%	54	24.9%
conjoint-e/partenaire	155	6.0%	18	2.7%	20	5.2%	22	10.1%
famille	114	4.4%	31	4.7%	23	6.0%	26	12.0%
ami-e-s/collègues/connaissances	47	1.8%	18	2.7%	8	2.1%	6	2.8%
instit. ambulatoire (dépendances)	93	3.6%	61	9.2%	28	7.3%	4	1.8%
instit. résidentielle (dépendances)	103	4.0%	35	5.3%	20	5.2%	5	2.3%
cabinet médical	223	8.6%	24	3.6%	12	3.1%	14	6.5%
hôpital/clinique	393	15.2%	35	5.3%	25	6.5%	9	4.1%
services sociaux	120	4.6%	31	4.7%	21	5.5%	14	6.5%
condamnation/mesure	232	9.0%	63	9.5%	42	10.9%	42	19.4%
employeur/employeuse	106	4.1%	1	0.2%	2	0.5%	1	0.5%
enseignant-e	2	0.1%	1	0.2%	0	0.0%	3	1.4%
autre	97	3.7%	15	2.3%	8	2.1%	17	7.8%
Total	2590	100%	665	100%	385	100%	217	100%
données manquantes	278		1263		7		7	
Hommes								
initiative personnelle	612	33.7%	250	49.9%	126	45.2%	42	24.9%
conjoint-e/partenaire	124	6.8%	14	2.8%	15	5.4%	20	11.8%
famille	70	3.9%	26	5.2%	20	7.2%	20	11.8%
ami-e-s/collègues/connaissances	29	1.6%	12	2.4%	7	2.5%	2	1.2%
instit. ambulatoire (dépendances)	69	3.8%	45	9.0%	19	6.8%	3	1.8%
instit. résidentielle (dépendances)	66	3.6%	27	5.4%	10	3.6%	3	1.8%
cabinet médical	141	7.8%	18	3.6%	9	3.2%	10	5.9%
hôpital/clinique	249	13.7%	24	4.8%	18	6.5%	8	4.7%
services sociaux	94	5.2%	21	4.2%	11	3.9%	13	7.7%
condamnation/mesure	197	10.8%	54	10.8%	38	13.6%	35	20.7%
employeur/employeuse	90	5.0%	1	0.2%	1	0.4%	1	0.6%
enseignant-e	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.8%
autre	74	4.1%	9	1.8%	5	1.8%	9	5.3%
Total	1817	100%	501	100%	279	100%	169	100%
données manquantes	185		920		6		5	
Femmes								
initiative personnelle	293	38.0%	82	50.0%	49	46.7%	12	25.0%
conjoint-e/partenaire	31	4.0%	4	2.4%	5	4.8%	2	4.2%
famille	44	5.7%	5	3.0%	3	2.9%	6	12.5%
ami-e-s/collègues/connaissances	18	2.3%	6	3.7%	1	1.0%	4	8.3%
instit. ambulatoire (dépendances)	24	3.1%	16	9.8%	9	8.6%	1	2.1%
instit. résidentielle (dépendances)	37	4.8%	8	4.9%	10	9.5%	2	4.2%
cabinet médical	81	10.5%	6	3.7%	3	2.9%	4	8.3%
hôpital/clinique	143	18.5%	11	6.7%	7	6.7%	1	2.1%
services sociaux	26	3.4%	10	6.1%	10	9.5%	1	2.1%
condamnation/mesure	35	4.5%	9	5.5%	4	3.8%	7	14.6%
employeur/employeuse	16	2.1%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%
enseignant-e	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
autre	23	3.0%	6	3.7%	3	2.9%	8	16.7%
Total	771	100%	164	100%	105	100%	48	100%
données manquantes	93		342		1		2	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmeb080

Tableau 15 Fréquence de consommation avant l'admission selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
jamais	86	5.6%	72	13.6%	23	7.8%	7	5.7%
1 jour par semaine ou moins	118	7.6%	60	11.3%	47	15.9%	5	4.1%
2 à 3 jours par semaine	193	12.5%	64	12.1%	48	16.2%	15	12.3%
4 à 6 jours par semaine	165	10.7%	47	8.9%	41	13.9%	17	13.9%
1 fois par jour	125	8.1%	54	10.2%	20	6.8%	3	2.5%
plusieurs fois par jour	857	55.5%	232	43.9%	117	39.5%	75	61.5%
Total	1544	100%	529	100%	296	100%	122	100%
données manquantes	1324		1399		96		102	
Hommes								
jamais	67	6.3%	60	14.7%	18	8.5%	5	5.3%
1 jour par semaine ou moins	67	6.3%	45	11.0%	34	16.0%	4	4.3%
2 à 3 jours par semaine	127	11.9%	50	12.3%	38	17.9%	11	11.7%
4 à 6 jours par semaine	118	11.1%	32	7.8%	33	15.6%	13	13.8%
1 fois par jour	74	6.9%	46	11.3%	14	6.6%	1	1.1%
plusieurs fois par jour	613	57.5%	175	42.9%	75	35.4%	60	63.8%
Total	1066	100%	408	100%	212	100%	94	100%
données manquantes	936		1013		73		80	
Femmes								
jamais	19	4.0%	12	9.9%	5	6.0%	2	7.1%
1 jour par semaine ou moins	50	10.5%	15	12.4%	13	15.7%	1	3.6%
2 à 3 jours par semaine	66	13.8%	14	11.6%	10	12.0%	4	14.3%
4 à 6 jours par semaine	47	9.9%	15	12.4%	8	9.6%	4	14.3%
1 fois par jour	51	10.7%	8	6.6%	6	7.2%	2	7.1%
plusieurs fois par jour	244	51.2%	57	47.1%	41	49.4%	15	53.6%
Total	477	100%	121	100%	83	100%	28	100%
données manquantes	387		385		23		22	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne). Période de référence: 6 derniers mois (FOS, Residalc et SAMBAD) ou 30 derniers jours (Méthadone et HeGeBe).

Questions: qmed020 et qmed025

Tableau 16 Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (2004)

	Alcool	Opiacés	Cocaïne/Crack/Freebase	Cannabis
Total				
moyenne	16.79	20.01	20.48	15.14
écart-type	4.67	5.42	5.68	3.22
1er quartile	14	16	17	13
valeur médiane	16	18	19	15
3e quartile	18	22	23	16
N	954	591	331	149
<i>données manquantes</i>	1914	1337	61	75
Hommes				
moyenne	16.24	20.27	20.79	15.11
écart-type	4.15	5.44	5.47	2.66
1er quartile	14	17	17	14
valeur médiane	16	19	20	15
3e quartile	18	22	23	16
N	690	448	245	116
<i>données manquantes</i>	1312	973	40	58
Femmes				
moyenne	18.22	19.2	19.6	15.24
écart-type	5.58	5.27	6.25	4.72
1er quartile	15	16	16	13
valeur médiane	17	18	18	14
3e quartile	20	22	23	16
N	263	143	85	33
<i>données manquantes</i>	601	363	21	17

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed040

Tableau 17 Âge au début de la consommation régulière de la principale substance posant problème (2004)

	Alcool	Opiacés	Cocaïne/Crack/Freebase	Cannabis
Total				
moyenne	23.87	21.55	23.22	16.28
écart-type	8.56	5.75	6.83	3.47
1er quartile	18	18	18	14
valeur médiane	21	20	22	16
3e quartile	28	24	27	17.5
N	1822	585	325	148
<i>données manquantes</i>	1046	1343	67	76
Hommes				
moyenne	22.34	21.87	23.82	16.31
écart-type	7.49	5.65	6.56	2.95
1er quartile	18	18	19	15
valeur médiane	20	20	22	16
3e quartile	25	24	28	18
N	1277	445	242	114
<i>données manquantes</i>	725	976	43	60
Femmes				
moyenne	27.47	20.52	21.49	16.21
écart-type	9.77	5.97	7.35	4.87
1er quartile	20	17	16	14
valeur médiane	26	19	19	15.5
3e quartile	32	22	26	17
N	545	140	82	34
<i>données manquantes</i>	319	366	24	16

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed050

Tableau 18 Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (2004)

	Alcool	Opiacés	Cocaïne/Crack/Freebase	Cannabis
Total				
moyenne	33.24	22.81	24.46	17.81
écart-type	10.75	6.13	7.02	5
1er quartile	25	18	19	15
valeur médiane	32	21	23	17
3e quartile	40	26	29	19
N	1343	500	278	112
<i>données manquantes</i>	1525	1428	114	112
Hommes				
moyenne	32.12	23.3	25.22	17.75
écart-type	10.51	6.1	6.8	4.9
1er quartile	24	19	20	15
valeur médiane	30	22	24	17
3e quartile	40	26	30	19
N	921	383	201	89
<i>données manquantes</i>	1081	1038	84	85
Femmes				
moyenne	35.66	21.2	22.5	18.04
écart-type	10.88	5.95	7.27	5.49
1er quartile	28	18	17	14
valeur médiane	35	20	20.5	16
3e quartile	42	23	27.5	19
N	421	117	76	23
<i>données manquantes</i>	443	389	30	27

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed060

Tableau 19 Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
aucun	1301	49.7%	89	13.4%	40	10.5%	100	45.9%
alcool	-	-	217	32.6%	179	47.1%	63	28.9%
opiacés	110	4.2%	-	-	166	43.7%	25	11.5%
cocaïne/crack/freebase	138	5.3%	330	49.6%	-	-	39	17.9%
stimulants	40	1.5%	101	15.2%	90	23.7%	28	12.8%
médicaments	184	7.0%	201	30.2%	90	23.7%	11	5.0%
hallucinogènes	24	0.9%	60	9.0%	47	12.4%	19	8.7%
substances volatiles	5	0.2%	4	0.6%	5	1.3%	1	0.5%
cannabis	255	9.7%	242	36.4%	174	45.8%	-	-
tabac	1071	40.9%	363	54.6%	193	50.8%	60	27.5%
autres substances	16	0.6%	3	0.5%	4	1.1%	3	1.4%
troubles assimilables à une addiction	65	2.5%	43	6.5%	35	9.2%	11	5.0%
N	2616		665		380		218	
données manquantes	252		1263		12		6	
Hommes								
aucun	914	50.3%	68	13.6%	29	10.5%	80	47.1%
alcool	-	-	169	33.9%	131	47.6%	48	28.2%
opiacés	81	4.5%	-	-	111	40.4%	18	10.6%
cocaïne/crack/freebase	102	5.6%	243	48.7%	-	-	30	17.6%
stimulants	29	1.6%	67	13.4%	63	22.9%	19	11.2%
médicaments	95	5.2%	141	28.3%	53	19.3%	7	4.1%
hallucinogènes	19	1.0%	40	8.0%	31	11.3%	13	7.6%
substances volatiles	4	0.2%	3	0.6%	4	1.5%	0	0.0%
cannabis	193	10.6%	191	38.3%	121	44.0%	-	-
tabac	754	41.5%	269	53.9%	139	50.5%	46	27.1%
autres substances	12	0.7%	2	0.4%	3	1.1%	1	0.6%
troubles assimilables à une addiction	28	1.5%	18	3.6%	16	5.8%	6	3.5%
N	1817		499		275		170	
données manquantes	185		922		10		4	
Femmes								
aucun	386	48.4%	21	12.7%	11	10.6%	20	41.7%
alcool	-	-	48	28.9%	48	46.2%	15	31.3%
opiacés	29	3.6%	-	-	54	51.9%	7	14.6%
cocaïne/crack/freebase	36	4.5%	87	52.4%	-	-	9	18.8%
stimulants	11	1.4%	34	20.5%	26	25.0%	9	18.8%
médicaments	88	11.0%	60	36.1%	37	35.6%	4	8.3%
hallucinogènes	5	0.6%	20	12.0%	15	14.4%	6	12.5%
substances volatiles	1	0.1%	1	0.6%	1	1.0%	1	2.1%
cannabis	62	7.8%	51	30.7%	53	51.0%	-	-
tabac	316	39.6%	94	56.6%	53	51.0%	14	29.2%
autres substances	4	0.5%	1	0.6%	1	1.0%	2	4.2%
troubles assimilables à une addiction	37	4.6%	25	15.1%	19	18.3%	5	10.4%
N	797		166		104		48	
données manquantes	67		340		2		2	

Plusieurs réponses possibles. Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed070

Tableau 20 Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
oui	176	7.7%	452	72.4%	190	53.7%	17	8.9%
jamais	2108	92.3%	172	27.6%	164	46.3%	174	91.1%
Total	2284	100%	624	100%	354	100%	191	100%
données manquantes	584		1304		38		33	
Hommes								
oui	133	8.2%	340	71.9%	128	50.8%	15	10.2%
jamais	1480	91.8%	133	28.1%	124	49.2%	132	89.8%
Total	1613	100%	473	100%	252	100%	147	100%
données manquantes	389		948		33		27	
Femmes								
oui	43	6.4%	112	74.2%	61	60.4%	2	4.5%
jamais	627	93.6%	39	25.8%	40	39.6%	42	95.5%
Total	670	100%	151	100%	101	100%	44	100%
données manquantes	194		355		5		6	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed090

Tableau 21 Âge lors de la première injection, selon le problème principal (2004)

<i>Filtre: seulement en cas d'injection au cours de la vie</i>	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
jusqu'à 14	5	4.2%	13	3.3%	13	7.7%	1	6.7%
15-16	17	14.3%	42	10.5%	14	8.3%	5	33.3%
17-18	22	18.5%	79	19.8%	34	20.1%	0	0.0%
19-20	19	16.0%	81	20.3%	30	17.8%	2	13.3%
21-25	32	26.9%	110	27.5%	49	29.0%	5	33.3%
26-30	16	13.4%	40	10.0%	19	11.2%	2	13.3%
31-39	6	5.0%	29	7.3%	10	5.9%	0	0.0%
40 et plus	2	1.7%	6	1.5%	0	0.0%	0	0.0%
Total	119	100%	400	100%	169	100%	15	100%
<i>données manquantes</i>	57		52		21		2	
Hommes								
jusqu'à 14	1	1.1%	7	2.3%	5	4.4%	0	0.0%
15-16	14	14.7%	28	9.2%	8	7.0%	5	38.5%
17-18	16	16.8%	59	19.4%	24	21.1%	0	0.0%
19-20	15	15.8%	62	20.4%	20	17.5%	2	15.4%
21-25	28	29.5%	83	27.3%	37	32.5%	4	30.8%
26-30	14	14.7%	34	11.2%	11	9.6%	2	15.4%
31-39	5	5.3%	25	8.2%	9	7.9%	0	0.0%
40 et plus	2	2.1%	6	2.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	95	100%	304	100%	114	100%	13	100%
<i>données manquantes</i>	38		36		14		2	
Femmes								
jusqu'à 14	4	16.7%	6	6.3%	8	14.8%	1	50.0%
15-16	3	12.5%	14	14.6%	6	11.1%	0	0.0%
17-18	6	25.0%	20	20.8%	10	18.5%	0	0.0%
19-20	4	16.7%	19	19.8%	9	16.7%	0	0.0%
21-25	4	16.7%	27	28.1%	12	22.2%	1	50.0%
26-30	2	8.3%	6	6.3%	8	14.8%	0	0
31-39	1	4.2%	4	4.2%	1	1.9%	0	0.0%
40 et plus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	24	100%	96	100%	54	100%	2	100%
<i>données manquantes</i>	19		16		7		0	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed096

Tableau 22 Injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
oui	36	1.6%	294	55.1%	150	52.8%	6	3.6%
non	2209	98.4%	240	44.9%	134	47.2%	163	96.4%
Total	2245	100%	534	100%	284	100%	169	100%
données manquantes	623		1394		108		55	
Hommes								
oui	23	1.5%	213	53.0%	101	50.8%	6	4.6%
non	1559	98.5%	189	47.0%	98	49.2%	125	95.4%
Total	1582	100%	402	100%	199	100%	131	100%
données manquantes	420		1019		86		43	
Femmes								
oui	13	2.0%	81	61.4%	48	57.1%	0	0.0%
non	649	98.0%	51	38.6%	36	42.9%	38	100.0%
Total	662	100%	132	100%	84	100%	38	100%
données manquantes	202		374		22		12	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed091

Tableau 23 Echange de matériel d'injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2004)

<i>Filtre: seulement en cas d'injection durant les 6 mois précédents</i>	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
oui	5	16.7%	41	16.6%	22	17.9%	0	0.0%
non	25	83.3%	206	83.4%	101	82.1%	5	100.0%
Total	30	100%	247	100%	123	100%	5	100%
données manquantes	6		47		27		1	
Hommes								
oui	2	11.1%	23	12.8%	14	17.3%	0	0.0%
non	16	88.9%	157	87.2%	67	82.7%	5	100.0%
Total	18	100%	180	100%	81	100%	5	100%
données manquantes	5		33		20		1	
Femmes								
oui	3	25.0%	18	26.9%	8	19.5%	0	0.0%
non	9	75.0%	49	73.1%	33	80.5%	0	0.0%
Total	12	100%	67	100%	41	100%	0	0%
données manquantes	1		14		7		0	

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmed092

Tableau 24 Problème principal selon le sexe (sorties 2004)

	Hommes		Femmes		Toutes sorties	
	n	%	n	%	n	%
alcool	915	75.4%	393	73.5%	1309	74.8%
cocktails (héroïne et cocaïne)	27	2.2%	12	2.2%	39	2.2%
héroïne	91	7.5%	28	5.2%	119	6.8%
méthadone	8	0.7%	4	0.7%	12	0.7%
autres opiacés	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
cocaïne	76	6.3%	35	6.5%	111	6.3%
crack, freebase	1	0.1%	2	0.4%	3	0.2%
amphétamines	2	0.2%	0	0.0%	2	0.1%
MDMA et substances similaires (ecstasy)	2	0.2%	1	0.2%	3	0.2%
autres stimulants	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
barbituriques	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
benzodiazépines	12	1.0%	14	2.6%	26	1.5%
autres somnifères et tranquillisants	1	0.1%	5	0.9%	6	0.3%
LSD	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
autres hallucinogènes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
cannabis	53	4.4%	14	2.6%	67	3.8%
tabac	3	0.2%	0	0.0%	3	0.2%
substances volatiles	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
autre substance	5	0.4%	6	1.1%	11	0.6%
jeu pathologique	14	1.2%	4	0.7%	18	1.0%
troubles alimentaires	1	0.1%	16	3.0%	17	1.0%
autre(s) comportement(s) de type addictif	2	0.2%	1	0.2%	3	0.2%
Total	1214	100%	535	100%	1750	100%
données manquantes	1327		529		2017	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes.

Questions: qmed009 et qmed010

Tableau 25 Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes	915	70.0%	126	74.1%	77	67.5%	53	79.1%
Femmes	393	30.0%	44	25.9%	37	32.5%	14	20.9%
Total	1308	100%	170	100%	114	100%	67	100%
données manquantes	1		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmac001

Tableau 26 Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
15-19	13	1.1%	7	4.2%	5	4.6%	30	47.6%
20-24	29	2.5%	35	21.0%	21	19.3%	13	20.6%
25-29	52	4.5%	35	21.0%	18	16.5%	6	9.5%
30-34	101	8.8%	43	25.7%	26	23.9%	4	6.3%
35-39	167	14.5%	24	14.4%	31	28.4%	6	9.5%
40-44	193	16.8%	18	10.8%	8	7.3%	1	1.6%
45-49	204	17.7%	4	2.4%	0	0.0%	2	3.2%
50-54	173	15.0%	1	0.6%	0	0.0%	1	1.6%
55-59	112	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	70	6.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	31	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	5	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	1150	100%	167	100%	109	100%	63	100%
données manquantes	159		3		5		4	
Hommes								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
15-19	7	0.9%	1	0.8%	2	2.7%	27	52.9%
20-24	20	2.5%	20	16.1%	10	13.7%	9	17.6%
25-29	42	5.3%	24	19.4%	12	16.4%	4	7.8%
30-34	74	9.3%	39	31.5%	18	24.7%	3	5.9%
35-39	117	14.7%	22	17.7%	25	34.2%	5	9.8%
40-44	138	17.3%	15	12.1%	6	8.2%	1	2.0%
45-49	147	18.4%	3	2.4%	0	0.0%	1	2.0%
50-54	109	13.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%
55-59	76	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	44	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	19	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	5	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	798	100%	124	100%	73	100%	51	100%
données manquantes	117		2		4		2	
Femmes								
jusqu'à 14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
15-19	6	1.7%	6	14.0%	3	8.3%	3	25.0%
20-24	9	2.6%	15	34.9%	11	30.6%	4	33.3%
25-29	10	2.8%	11	25.6%	6	16.7%	2	16.7%
30-34	27	7.7%	4	9.3%	8	22.2%	1	8.3%
35-39	49	14.0%	2	4.7%	6	16.7%	1	8.3%
40-44	55	15.7%	3	7.0%	2	5.6%	0	0.0%
45-49	57	16.2%	1	2.3%	0	0.0%	1	8.3%
50-54	64	18.2%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%
55-59	36	10.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
60-64	26	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65-69	12	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
70-74	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
75 et plus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	351	100%	43	100%	36	100%	12	100%
données manquantes	42		1		1		2	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).

Question: qmac005

Tableau 27 Âge à la sortie, selon le problème principal (2004)

	Alcool	Opiacés	Cocaïne/Crack/Freebase	Cannabis
Total				
moyenne	44.8	30.31	30.62	23.49
écart-type	10.84	7.41	6.47	8.92
1er quartile	37	24	26	18
valeur médiane	45	30	31	20
3e quartile	52	35	36	27
N	1150	167	109	63
données manquantes	159	3	5	4
Hommes				
moyenne	44.39	31.55	31.84	22.96
écart-type	10.75	6.78	5.87	8.89
1er quartile	37	27	27	17
valeur médiane	45	31.5	33	19
3e quartile	52	36	36	26
N	798	124	73	51
données manquantes	117	2	4	2
Femmes				
moyenne	45.74	26.74	28.17	25.75
écart-type	10.99	8.07	7	9.08
1er quartile	38	21	22	19
valeur médiane	46	25	27.5	23.5
3e quartile	53	30	34	30.5
N	351	43	36	12
données manquantes	42	1	1	2

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).
Question: qmac005

Tableau 28 Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (2004)

	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
fin régulière sans transfert	476	38.3%	17	10.2%	16	14.7%	25	38.5%
fin régulière avec transfert	301	24.2%	35	21.1%	18	16.5%	7	10.8%
changement de domicile	5	0.4%	5	3.0%	3	2.8%	1	1.5%
hospitalisation	16	1.3%	2	1.2%	1	0.9%	0	0.0%
détention	4	0.3%	8	4.8%	3	2.8%	0	0.0%
perte de contact	175	14.1%	21	12.7%	14	12.8%	14	21.5%
rupture explicite	214	17.2%	72	43.4%	51	46.8%	13	20.0%
décès	16	1.3%	1	0.6%	3	2.8%	2	3.1%
autre raison	37	3.0%	5	3.0%	0	0.0%	3	4.6%
Total	1244	100%	166	100%	109	100%	65	100%
données manquantes	65		4		5		2	
Hommes								
fin régulière sans transfert	327	37.7%	12	9.8%	12	16.4%	21	40.4%
fin régulière avec transfert	209	24.1%	28	23.0%	11	15.1%	4	7.7%
changement de domicile	3	0.3%	3	2.5%	2	2.7%	0	0.0%
hospitalisation	9	1.0%	1	0.8%	1	1.4%	0	0.0%
détention	4	0.5%	7	5.7%	2	2.7%	0	0.0%
perte de contact	135	15.6%	17	13.9%	12	16.4%	12	23.1%
rupture explicite	146	16.8%	51	41.8%	31	42.5%	10	19.2%
décès	13	1.5%	0	0.0%	2	2.7%	2	3.8%
autre raison	22	2.5%	3	2.5%	0	0.0%	3	5.8%
Total	868	100%	122	100%	73	100%	52	100%
données manquantes	47		4		4		1	
Femmes								
fin régulière sans transfert	149	39.7%	5	11.4%	4	11.1%	4	30.8%
fin régulière avec transfert	91	24.3%	7	15.9%	7	19.4%	3	23.1%
changement de domicile	2	0.5%	2	4.5%	1	2.8%	1	7.7%
hospitalisation	7	1.9%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%
détention	0	0.0%	1	2.3%	1	2.8%	0	0.0%
perte de contact	40	10.7%	4	9.1%	2	5.6%	2	15.4%
rupture explicite	68	18.1%	21	47.7%	20	55.6%	3	23.1%
décès	3	0.8%	1	2.3%	1	2.8%	0	0.0%
autre raison	15	4.0%	2	4.5%	0	0.0%	0	0.0%
Total	375	100%	44	100%	36	100%	13	100%
données manquantes	18		0		1		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).
Question: qmab040

Tableau 29 Destination des transferts, selon le problème principal (2004)

<i>Filtre: seulement en cas de fin régulière avec transfert</i>	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
traitement résidentiel	14	5.1%	13	39.4%	1	5.9%	1	16.7%
prise en charge ambulatoire	232	85.0%	10	30.3%	7	41.2%	3	50.0%
appartement protégé	11	4.0%	7	21.2%	3	17.6%	1	16.7%
autre institution spécialisée	16	5.9%	3	9.1%	6	35.3%	1	16.7%
Total	273	100%	33	100%	17	100%	6	100%
données manquantes	28		2		1		1	
Hommes								
traitement résidentiel	11	5.9%	11	40.7%	1	10.0%	1	25.0%
prise en charge ambulatoire	159	84.6%	7	25.9%	4	40.0%	1	25.0%
appartement protégé	6	3.2%	6	22.2%	3	30.0%	1	25.0%
autre institution spécialisée	12	6.4%	3	11.1%	2	20.0%	1	25.0%
Total	188	100%	27	100%	10	100%	4	100%
données manquantes	21		1		1		0	
Femmes								
traitement résidentiel	3	3.6%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
prise en charge ambulatoire	72	85.7%	3	50.0%	3	42.9%	2	100.0%
appartement protégé	5	6.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
autre institution spécialisée	4	4.8%	0	0.0%	4	57.1%	0	0.0%
Total	84	100%	6	100%	7	100%	2	100%
données manquantes	7		1		0		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).
Question: qmab041

Tableau 30 Cause du décès, selon le problème principal (2004)

<i>Filtre: seulement en cas de décès</i>	Alcool		Opiacés		Cocaïne/Crack/Freebase		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
suicide	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
accident	6	54.5%	1	100.0%	1	33.3%	2	100.0%
maladie	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
surdose ou intoxication aiguë	1	9.1%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%
autre cause de décès	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	11	100%	1	100%	3	100%	2	100%
<i>données manquantes</i>	5		0		0		0	
Hommes								
suicide	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
accident	4	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%
maladie	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
surdose ou intoxication aiguë	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%
autre cause de décès	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	8	100%	0	0%	2	100%	2	100%
<i>données manquantes</i>	5		0		0		0	
Femmes								
suicide	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
accident	2	66.7%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
maladie	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
surdose ou intoxication aiguë	1	33.3%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
autre cause de décès	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	3	100%	1	100%	1	100%	0	0%
<i>données manquantes</i>	0		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission. Cette information fait défaut chez les client-e-s ayant débuté leur prise en charge avant 2004. Les données relatives aux sorties des statistiques sectorielles Méthadone et HeGeBe ne sont pas disponibles pour l'année 2004. Ces limitations peuvent engendrer certains biais de sélection (voir point 2.2.9). Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes. Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktails (héroïne et cocaïne).
Question: qmab044

Chapitre 3. Evolution au cours du temps

Un système de monitoring a notamment pour tâche de mettre en évidence l'évolution au fil du temps des caractéristiques de la population cible étudiée. Une telle approche n'étant guère possible à partir de la banque de données commune de la première année d'exploitation du réseau *act-info*, ce sont les données issues des statistiques sectorielles FOS et SAMBAD préexistantes auxquelles il a été recouru pour répondre à des questions portant sur l'évolution des client-e-s pris en charge pour des problèmes liés aux drogues illégales.

3.1 Evolution des principales substances posant problème et de l'âge des client-e-s

L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et l'Institut de recherche sur la santé et les addictions (ISGF) ont été mandatés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour traiter, en se fondant sur les données issues des deux statistiques sectorielles FOS et SAMBAD, les questions suivantes:

- Quelle a été, de 1995 à 2005, l'évolution des principales substances posant problème aux client-e-s pris en charge?
- Quelle a été, au cours de la même période de référence, l'évolution de l'âge de la clientèle? ¹

3.1.1 Données de base et variables analysées

Les données servant de base aux analyses sont l'ensemble des entrées et sorties enregistrées par SAMBAD (statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance)² et *act-info-FOS* (thérapie résidentielle). Pour mesurer l'évolution au cours du temps, les entrées ont été analysées par année civile (de 1995 à 2005 pour *act-info-FOS* et de 1995 à 2004 pour SAMBAD). Pour chaque année, la proportion de client-e-s selon la substance posant principalement problème au début du traitement ou de la prise en charge a été mise en évidence. L'âge moyen au moment de l'admission a également été calculé pour chaque catégorie de substance principale. Cette dernière est celle que les client-e-s considèrent eux-mêmes comme étant la plus problématique. Une partie des personnes prises en charge se caractérise par des problèmes de polyconsommation. Les combinaisons de substances ne sont toutefois pas considérées dans les analyses ci-après.

On compte environ 26% de femmes dans les établissements résidentiels (2003 et 2004). Parmi les client-e-s débutant une prise en charge ambulatoire, la proportion de femmes varie selon l'année entre 26% et 30%.

¹ Hosek Martin (2006). Zunahme des Kokainproblemes, alternde Hilfesuchende. Hauptproblemsubstanz in der stationären und ambulanten Suchthilfe – Altersprofile der Klienten 1995 – 2005 (2004). Interne Studie des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.

² L'évaluation des données SAMBAD est fondée uniquement sur les données de la clientèle traitée pour des problèmes liés aux substances illégales.

3.1.2 Taux de couverture des secteurs de prise en charge

La statistique act-info-FOS couvre depuis 1997 80% à 90% des thérapies résidentielles en Suisse (drogues illégales). Le nombre d'établissements participants était légèrement inférieur pendant la mise en place du projet, c'est-à-dire entre 1995 et 1996.

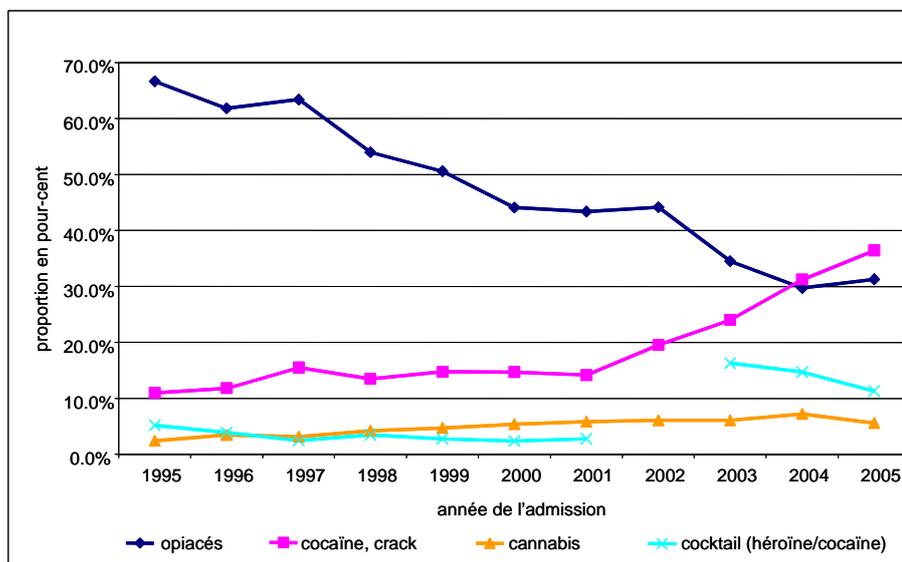
Pour la statistique SAMBAD relative au secteur ambulatoire, le nombre de client-e-s recensés a diminué de 1997 à 2003, avant tout en raison du recul du nombre d'établissements participant à la statistique. Le volume de données reste cependant important et l'on peut supposer que cette diminution n'affecte pas sensiblement les tendances mises en évidence ci-après.

3.1.3 Evolution relative à la principale substance posant problème

Au début de la période considérée, en 1995, 67% des client-e-s avaient les opiacés pour problème principal au moment de leur entrée dans une institution résidentielle pour toxicomanes (voir graphique 11). Ce pourcentage s'abaisse ensuite jusqu'à 44% en 2000, puis – après une stabilisation à ce niveau pendant trois ans – diminue à nouveau entre 2002 à 2005, jusqu'à 31%: en 11 ans, la proportion de client-e-s ayant les opiacés pour principal problème est ainsi passée de deux tiers à moins d'un tiers. En 1995, la cocaïne constituait la principale substance posant problème pour 11% seulement des personnes admises. On observe ensuite une légère augmentation de cette proportion jusqu'à 15%, qui reste constante jusqu'en 2001, puis un accroissement annuel d'environ 5% conduisant à un taux de 37% en 2005.

Graphique 11

Etablissements FOS 1995-2005: Problème principal à l'admission dans un établissement résidentiel



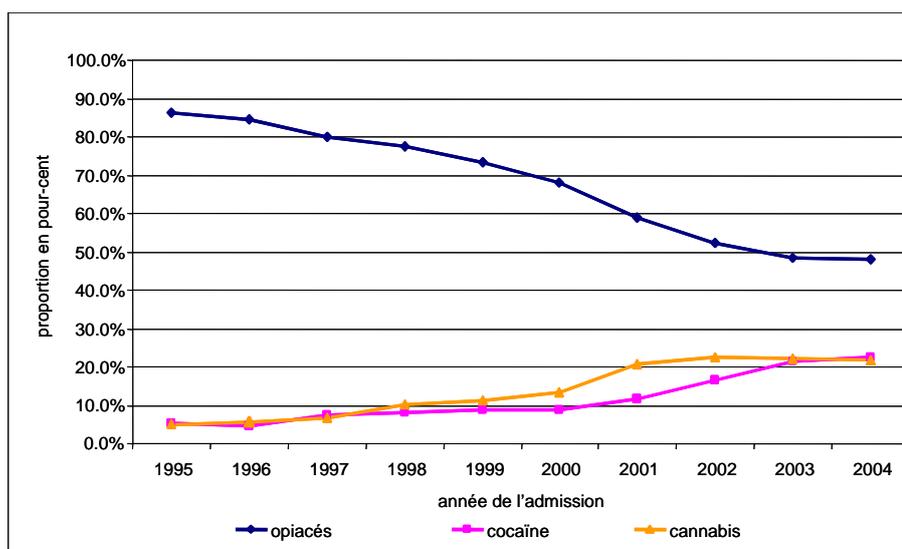
A compter de 2004, les personnes ayant des problèmes liés à la cocaïne constituent le plus grand groupe de client-e-s traités en milieu résidentiel. Entre 2001 et 2003, on constate une augmentation marquée des cocktails héroïne-cocaïne en tant que principale substance posant problème (notons cependant que les cocktails n'ont pas été recensés en 2002). Les personnes admises dans un éta-

blissement résidentiel pour des problèmes liés principalement au cannabis représentent une petite minorité. Et même si sa fréquence est trois fois plus élevée en 2005 qu'en 1995, passant de 2% à 6%, cette substance reste faiblement représentée en tant que problème principal. Les autres substances posant principalement problème qui sont citées marginalement sont l'alcool (9% en 2005), les amphétamines (1%), l'ecstasy (0,4%), les barbituriques (0,1%), les benzodiazépines et autres somnifères (2%), le LSD (0,1%) ainsi que le tabac (0,3%).

La tendance est comparable pour les personnes qui ont demandé de l'aide auprès de services de consultation ambulatoires, tout au moins pour ce qui est des opiacés (voir graphique 12). Si 86% des client-e-s citaient les opiacés comme problème principal en 1995, ils n'étaient plus que 48% en 2004, ce qui équivaut presque à une diminution de moitié en l'espace de 10 ans. La part des personnes demandant de l'aide pour un problème principal lié à la cocaïne passe quant à elle de 5% à 23%. La progression est comparable pour le cannabis. En 2004, 44% des client-e-s avaient pour principal problème le cannabis ou la cocaïne, soit une proportion à peine inférieure à celle enregistrée chez les client-e-s dont les opiacés étaient le principal problème. Cela étant, les opiacés restent, à la différence de ce que l'on observe dans le secteur résidentiel, la catégorie de substances la plus souvent citée.

Graphique 12

Services de consultation SAMBAD 1995-2004: Problème principal au début de la prise en charge psychosociale ou de la thérapie ambulatoire

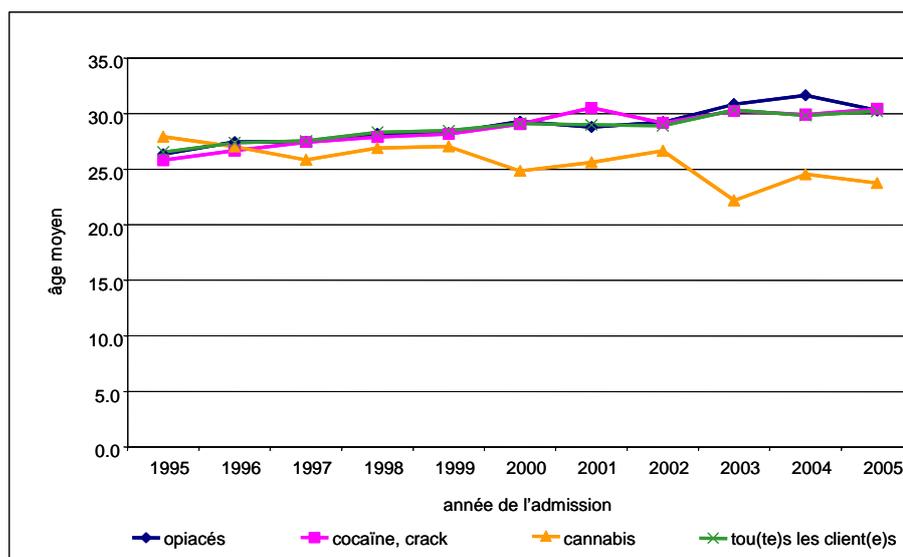


3.1.4 Evolution relative à l'âge

Globalement, l'évolution de l'âge de la clientèle à l'admission dans un établissement résidentiel participant à act-info-FOS est relativement linéaire (voir graphique 13): de 26,5 ans en 1995, l'âge moyen au moment de l'admission passe à 30,2 ans en 2005. Chaque année, la cohorte d'entrée vieillit ainsi de quatre mois environ. L'évolution de l'âge chez les personnes admises principalement pour des problèmes liés aux opiacés ou à la cocaïne (voire le crack) est similaire à l'évolution globale. En revanche, les client-e-s qui entament une thérapie résidentielle en raison du cannabis principalement tendent à être de plus en plus jeunes, puisque leur âge moyen passe de 27,9 ans en 1995 à 23,8 ans en 2005. Toutefois, leur nombre reste faible par rapport à l'ensemble des personnes (voir ci-dessus): 14 personnes en 1995 (soit 2.4% du total des entrées) et 41 en 2005 (5.6%).

Graphique 13

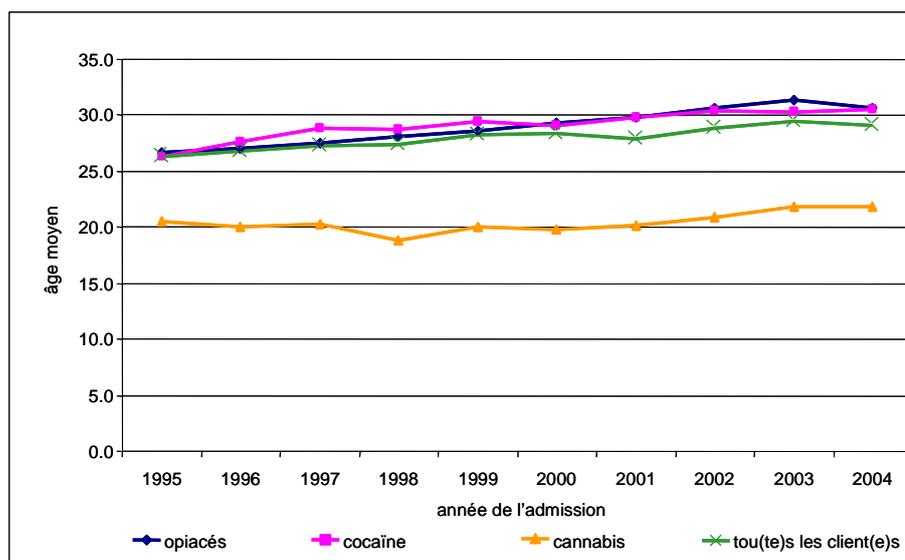
Etablissements FOS 1995-2005: Âge des client-e-s à l'admission selon la principale substance posant problème dans le secteur résidentiel de l'aide aux toxicomanes.



Comme dans le secteur résidentiel, les client-e-s du secteur ambulatoire dont le principal problème est une drogue illégale tendent à devenir plus âgés (voir graphique 14). Entre 1995 et 2004, l'âge moyen est passé de 26,3 à 29,1 ans – soit un accroissement de 2,8 ans -, ce qui correspond à une augmentation annuelle moyenne de 3,4 mois. Âgés en moyenne de 26,6 ans en 1995, les client-e-s ayant les opiacés pour principal problème avaient 30,7 ans en moyenne en 2004: l'augmentation globale est de 4,1 ans, soit 4,9 mois en moyenne par an. Pour la clientèle aux prises avant tout avec la cocaïne, l'élévation de l'âge moyen est de 4,3 ans (de 26,3 à 30,6 ans), soit 5 mois en moyenne par année. La clientèle dont le problème principal est le cannabis est plus jeune: son âge moyen est de 20,5 ans en 1995 et de 21,8 ans 2004. Cet âge tend donc également à s'accroître légèrement, de 1,6 mois par an en moyenne. Cette tendance est toutefois moins marquée que pour l'ensemble de la clientèle.

Graphique 14

Services de consultation SAMBAD 1995-2004: Âge des client-e-s à l'admission selon la principale substance posant problème dans le secteur ambulatoire de l'aide psychosociale selon le problème principal



3.1.5 Résumé

Dans le milieu des années 1990, les personnes ayant des problèmes liés à l'héroïne constituaient la grande majorité de la clientèle des secteurs résidentiels et ambulatoires de l'aide aux toxicomanes. Les autres substances étaient alors marginales. La mutation aura été profonde puisque le nombre de personnes principalement confrontées à des problèmes liés aux opiacés s'est abaissé environ de moitié ces dix dernières années (ou ces onze dernières années). Les problèmes liés à la cocaïne ont augmenté aussi bien dans le secteur ambulatoire que dans le secteur résidentiel, tandis que ceux liés au cannabis se sont accrus, dans une moindre mesure dans le secteur résidentiel et de façon plus nette dans le secteur ambulatoire. Même si le présent rapport est axé sur la substance constituant le problème principal, soulignons que la majorité des client-e-s est dans une situation de polytoxicomanie, dans le secteur résidentiel en tous les cas. Ainsi, la plupart des client-e-s du groupe 'cocaïne' consomment également de l'héroïne.

Les deux secteurs de prise en charge, le résidentiel et l'ambulatoire, continuent d'accueillir une population constituée en majorité de jeunes adultes, mais qui tend à vieillir. Si le client type demandant de l'aide en 1995 était âgé d'un peu plus de 26 ans en moyenne, celui de 2005 (ou 2004) a en moyenne déjà 30 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle moyenne de 3-4 mois. Seule la clientèle dont le principal problème est le cannabis est plus jeune (20 à 24 ans). Ici, la tendance au vieillissement est moins marquée et ne s'observe que dans l'un des deux secteurs de prise en charge.

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.

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.

Galliker M, Delgrande Jordan M (2002). Kurzbericht über die act-info-Pilotphase im ambulanten Bereich und im stationären Alkoholbereich. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

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 (2005). Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance – Résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2004 – Recueil de tableaux statistiques. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

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

Schaaf S (2001). act-info: Beurteilung der Pilotphase Einführung von act-info bei ausgewählten Einrichtungen des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie FOS: Zwischenbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).

Annexe

Liste des questions de base

QMEB050 **Ⓜ** **Auparavant, avez-vous déjà suivi un traitement ou été pris-e en charge pour des problèmes liés à une substance ou pour des troubles comparables à une dépendance?**

① *une seule réponse possible*

VMEB050 -1 pas connu

1 non

2 oui, veuillez aussi répondre à la question QMEB060

QMEB060 **Si oui, le(s)quel(s)?**

plusieurs réponses possibles

VMEB060i pas connu

VMEB060a traitement avec prescription d'héroïne

VMEB060b substitution: méthadone, Subutex®, etc.

VMEB060c autre traitement médicamenteux des dépendances

VMEB060d prise en charge ambulatoire

VMEB060e traitement résidentiel

VMEB060f sevrage

VMEB060g groupe d'entraide ou d'auto-support

VMEB060h autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEB061

QMEB061 **De quel(s) traitement(s) ou prise(s) en charge s'agissait-il?**

VMEB061

QMEB070 **Ⓜ** **Etes-vous actuellement dans un programme de substitution ou de prescription d'héroïne?**

① *une seule réponse possible*

VMEB070 -1 pas connu

1 non

2 oui, veuillez aussi répondre à la question QMEB075

QMEB075 **Si oui, lequel?**

① *une seule réponse possible*

VMEB075 -1 pas connu

1 héroïne

2 méthadone

3 autres opiacés: p. ex. la buprénorphine (Temgesic®, Subutex®)

4 autres substances: p. ex. la naltrexone (Naltrexin®)

QMEB080 **Ⓜ** **Quelle est la personne ou l'institution qui a le plus contribué à votre demande d'admission dans le centre/l'institution actuel-le?**

① *une seule réponse possible*

VMEB080 -1 pas connu

1 initiative personnelle

2 conjoint-e/partenaire

3 famille

4 ami-e-s/collègues/connaissances

5 institution ambulatoire spécialisée dans les addictions

6 institution résidentielle spécialisée dans les addictions

7 cabinet médical

8 hôpital/clinique

9 services sociaux

10 condamnation/mesure pénale ou administrative/autorités judiciaires

11 employeur/employeuse

12 enseignant-e

13 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEB081

QMEB081 **De quelle personne ou institution s'agit-il?**

VMEB081

QMEB085 **Ⓜ** **Quelles autres personnes ou institutions ont également contribué à votre demande d'admission?**

plusieurs réponses possibles

VMEB085n pas connu

VMEB085o aucune

VMEB085a initiative personnelle

VMEB085b conjoint-e/partenaire

VMEB085c famille

VMEB085d ami-e-s/collègues/connaissances

VMEB085e institution ambulatoire spécialisée dans les addictions

VMEB085f institution résidentielle spécialisée dans les addictions

VMEB085g cabinet médical

VMEB085h hôpital/clinique

VMEB085i services sociaux

VMEB085j condamnation/mesure pénale ou administrative/autorités judiciaires

VMEB085k employeur/employeuse

VMEB085l enseignant-e

VMEB085m autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEB086

QMEB086 **De quelle(s) personne(s) ou institution(s) s'agit-il?**

VMEB086

B. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

QMEC010

Sexe

① une seule réponse possible

VMEC010

- 1 pas connu
1 masculin
2 féminin

QMEC022

Année de naissance

| Année |

VMEC022

--	--	--	--	--

QMEC035

Degré d'urbanisation

① une seule réponse possible

VMEC035

- 1 grands centres urbains
2 périphérie des grands centres urbains
3 villes moyennes
4 petites villes
5 rural

QMEC040

Quel est votre état civil?

① une seule réponse possible

VMEC040

- 1 pas connu
1 célibataire
2 marié-e
3 séparé-e (juridiquement)
4 divorcé-e
5 veuf/veuve
6 partenariat enregistré (PaCS)

QMEC050

Quelle est votre nationalité?

① une seule réponse possible

VMEC050

- 1 pas connu
1 CH - Suisse
2 AL - Albanie
3 BA - Bosnie-Herzégovine
4 DE - Allemagne
5 FR - France
6 IT - Italie
7 HR - Croatie
8 AT - Autriche
9 PT - Portugal
10 SI - Slovénie
11 ES - Espagne
12 TR - Turquie
13 BE - Belgique
14 DK - Danemark
15 FI - Finlande
16 GR - Grèce
17 IE - Irlande
18 LU - Luxembourg
19 NL - Pays-Bas
20 GB - Royaume-Uni (Grande-Bretagne)
21 SE - Suède
22 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC051

QMEC051

De quelle nationalité s'agit-il?

VMEC051

QMEC052

Avez-vous une deuxième nationalité?

① une seule réponse possible

VMEC052

- 1 pas connu
1 oui
2 non, → veuillez passer à la question

QMEC053

 **Quelle est votre deuxième nationalité?**

① une seule réponse possible

VMEC053

- 1 pas connu
- 1 CH - Suisse
 - 2 AL - Albanie
 - 3 BA - Bosnie-Herzégovine
 - 4 DE - Allemagne
 - 5 FR - France
 - 6 IT - Italie
 - 7 HR - Croatie
 - 8 AT - Autriche
 - 9 PT - Portugal
 - 10 SI - Slovénie
 - 11 ES - Espagne
 - 12 TR - Turquie
 - 13 BE - Belgique
 - 14 DK - Danemark
 - 15 FI - Finlande
 - 16 GR - Grèce
 - 17 IE - Irlande
 - 18 LU - Luxembourg
 - 19 NL - Pays-Bas
 - 20 GB - Royaume-Uni (Grande-Bretagne)
 - 21 SE - Suède
 - 22 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC054

QMEC054

De quelle deuxième nationalité s'agit-il?

VMEC054

.....

QMEC055

 **Avez-vous une troisième nationalité?**

① une seule réponse possible

VMEC055

- 1 pas connu
- 1 oui
 - 2 non, → veuillez passer à la question

QMEC056

 **Quelle est votre troisième nationalité?**

① une seule réponse possible

VMEC056

- 1 pas connu
- 1 CH - Suisse
 - 2 AL - Albanie
 - 3 BA - Bosnie-Herzégovine
 - 4 DE - Allemagne
 - 5 FR - France
 - 6 IT - Italie
 - 7 HR - Croatie
 - 8 AT - Autriche
 - 9 PT - Portugal
 - 10 SI - Slovénie
 - 11 ES - Espagne
 - 12 TR - Turquie
 - 13 BE - Belgique
 - 14 DK - Danemark
 - 15 FI - Finlande
 - 16 GR - Grèce
 - 17 IE - Irlande
 - 18 LU - Luxembourg
 - 19 NL - Pays-Bas
 - 20 GB - Royaume-Uni (Grande-Bretagne)
 - 21 SE - Suède
 - 22 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC057

QMEC057

De quelle troisième nationalité s'agit-il?

VMEC057

.....

QMEC060

 **Avec qui avez-vous principalement habité au cours des 30 jours précédant votre admission?**

① une seule réponse possible

VMEC060

- 1 pas connu
- 1 seul-e en ménage
 - 2 avec un ou les parents
 - 3 avec un ou des enfants (sans partenaire)
 - 4 avec un-e partenaire (sans enfants)
 - 5 avec un-e partenaire et un/des enfant(s)
 - 6 avec d'autres proches
 - 7 avec des amis (colocation)
 - 8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC061

QMEC061

De quelle situation de logement s'agissait-il?

VMEC061

.....

QMEC065 **Avec qui avez-vous principalement habité au cours des 6 mois précédant votre admission?**

① *une seule réponse possible*

- VMC065 -1 pas connu
- 1 seul-e en ménage
 2 avec un ou les parents
 3 avec un ou des enfants (sans partenaire)
 4 avec un-e partenaire (sans enfants)
 5 avec un-e partenaire et un/des enfant(s)
 6 avec d'autres proches
 7 avec des amis (colocation)
 8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC066

QMEC066 **Quelle était votre situation de logement?**

VMC066

QMEC070 **Au cours des 30 jours précédant votre admission, quelle a été votre situation de domicile prédominante?**

① *une seule réponse possible*

- VMC070 -1 pas connu
- 1 domicile fixe
 2 sans domicile fixe
 3 institution

QMEC075 **Au cours des 6 mois précédant votre admission, quelle a été votre situation de domicile prédominante?**

① *une seule réponse possible*

- VMC075 -1 pas connu
- 1 domicile fixe
 2 sans domicile fixe
 3 institution

QMEC080 **Quelle a été votre principale source de revenu au cours des 30 jours précédant votre admission?**

① *une seule réponse possible*

- VMC080 -1 pas connu
- 1 salaire
 2 économies, épargne
 3 rente (AVS/AI ou autres)
 4 aide sociale
 5 assurance-chômage
 6 soutien du/de la partenaire
 7 soutien des parents/proches/ami-e-s
 8 deal, combines
 9 autres revenus illégaux
 10 prostitution
 11 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC081

QMEC081 **De quelle source de revenu s'agissait-il?**

VMC081

QMEC085 **Aviez-vous d'autres sources de revenu au cours des 30 jours précédant votre admission?**

plusieurs réponses possibles

- VMC085i pas connu
 VMC085m aucune
- VMC085a salaire
 VMC085b économies, épargne
 VMC085c rente (AVS/AI ou autres)
 VMC085d aide sociale
 VMC085e assurance-chômage
 VMC085f soutien du/de la partenaire
 VMC085g soutien des parents/proches/ami-e-s
 VMC085h deal, combines
 VMC085i autres revenus illégaux
 VMC085j prostitution
 VMC085k autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEC086

QMEC086 **De quelle(s) autre(s) source(s) de revenu s'agissait-il?**

VMC086

QMEC090 **Quelle a été votre principale source de revenu au cours des 6 mois précédant votre admission?**

une seule réponse possible

- VMEC090 -1 pas connu
- 1 salaire
- 2 économies, épargne
- 3 rente (AVS/AI ou autres)
- 4 aide sociale
- 5 assurance-chômage
- 6 soutien du/de la partenaire
- 7 soutien des parents/proches/ami-e-s
- 8 deal, combines
- 9 autres revenus illégaux
- 10 prostitution
- 11 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC091

QMEC091 De quelle source de revenu s'agissait-il?

VMEC091

QMEC095 **Aviez-vous d'autres sources de revenu au cours des 6 mois précédant votre admission?**

plusieurs réponses possibles

- VMEC095i pas connu
- VMEC095m aucune
- VMEC095a salaire
- VMEC095b économies, épargne
- VMEC095c rente (AVS/AI ou autres)
- VMEC095d aide sociale
- VMEC095e assurance-chômage
- VMEC095f soutien du/de la partenaire
- VMEC095g soutien des parents/proches/ami-e-s
- VMEC095h deal, combines
- VMEC095i autres revenus illégaux
- VMEC095j prostitution
- VMEC095k autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEC096

QMEC096 De quelle(s) autre(s) source(s) de revenu s'agissait-il?

VMEC096

QMEC100 **Quel taux d'activité aviez-vous principalement au cours des 30 jours précédant votre admission?**

une seule réponse possible

- VMEC100 -1 pas connu
- 1 activité professionnelle à plein temps (70% ou plus)
- 2 activité professionnelle à temps partiel
- 3 plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- 4 en formation (école, études, apprentissage)
- 5 sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- 6 sans travail, mais en quête d'emploi
- 7 sans travail, mais futur emploi garanti
- 8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC101

QMEC101 De quelle situation s'agissait-il?

VMEC101

QMEC105 **Aviez-vous d'autres formes d'activité au cours des 30 jours précédant votre admission?**

plusieurs réponses possibles

- VMEC105i pas connu
- VMEC105j aucune
- VMEC105a activité professionnelle à plein temps (70% ou plus)
- VMEC105b activité professionnelle à temps partiel
- VMEC105c plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- VMEC105d en formation (école, études, apprentissage)
- VMEC105e sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- VMEC105f sans travail, mais en quête d'emploi
- VMEC105g sans travail, mais futur emploi garanti
- VMEC105h autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEC106

QMEC106 De quelle(s) autre(s) forme(s) d'activité s'agissait-il?

VMEC106

QMEC110 **Quel taux d'activité aviez-vous principalement au cours des 6 mois précédant votre admission?**

une seule réponse possible

- VMEC110 -1 pas connu
- 1 activité professionnelle à plein temps (70% ou plus)
- 2 activité professionnelle à temps partiel
- 3 plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- 4 en formation (école, études, apprentissage)
- 5 sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- 6 sans travail, mais en quête d'emploi
- 7 sans travail, mais futur emploi garanti
- 8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMEC111

QMEC111 De quelle situation s'agissait-il?

VMEC111

QMEC115 **Aviez-vous d'autres formes d'activité au cours des 6 mois précédant votre admission?**

plusieurs réponses possibles

- VMEC115i pas connu
- VMEC115j aucune
- VMEC115a activité professionnelle à plein temps (70% ou plus)
- VMEC115b activité professionnelle à temps partiel
- VMEC115c plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- VMEC115d en formation (école, études, apprentissage)
- VMEC115e sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- VMEC115f sans travail, mais en quête d'emploi
- VMEC115g sans travail, mais futur emploi garanti
- VMEC115h autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMEC116

QMEC116 De quelle(s) autre(s) forme(s) d'activité s'agissait-il?

VMEC116

QMEC120 **Quelle(s) formation(s) avez-vous achevée(s)?**

plusieurs réponses possibles

- VMEC120k pas connu
- VMEC120a aucune formation achevée
- VMEC120b scolarité obligatoire
- VMEC120c scolarité complémentaire (1 ou 2 ans)
- VMEC120d apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- VMEC120e lycée/gymnase/collège, école préparant à la maturité, école de degré diplôme
- VMEC120f école normale, école pédagogique
- VMEC120g formation professionnelle supérieure (brevet, maîtrise)
- VMEC120h école professionnelle supérieure
- VMEC120i haute école spécialisée
- VMEC120j université, haute école

QMEC125 **Quelle formation suivez-vous au moment de votre admission?**

une seule réponse possible

- VMEC125 -1 pas connu
- 1 aucune formation au moment de l'admission
- 2 scolarité obligatoire
- 3 scolarité complémentaire (1 ou 2 ans)
- 4 apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- 5 lycée/gymnase/collège, école préparant à la maturité, école de degré diplôme
- 6 école normale, école pédagogique
- 7 formation professionnelle supérieure (brevet, maîtrise)
- 8 école professionnelle supérieure
- 9 haute école spécialisée
- 10 université, haute école

C. CONSOMMATIONS, DÉPENDANCES ET COMPORTEMENTS ASSIMILABLES À UNE ADDICTION

QMED005 **Votre problème principal est-il lié à une substance ou à un comportement comparable à une dépendance?**

une seule réponse possible

- VMED005 1 à une substance (par ex. alcool, héroïne)
- 2 à un comportement assimilable à une addiction (p. ex. jeu pathologique)

QMED010 **Quelle substance constitue votre problème principal?**

① une seule réponse possible

- VMED010 -1 pas connu
- 1 alcool
 2 cocktails (héroïne et cocaïne)
 3 héroïne
 4 méthadone
 5 autres opiacés (morphine, codéine, etc.)
 6 cocaïne
 7 crack, freebase
 8 amphétamines
 9 MDMA et substances similaires (ecstasy)
 10 autres stimulants (khat, etc.)
 11 barbituriques
 12 benzodiazépines
 13 autres somnifères et tranquillisants
 14 LSD
 15 autres hallucinogènes
 16 substances volatiles (solvants, etc.)
 17 cannabis
 18 tabac
 19 autre substance, veuillez aussi répondre à la question QMED011

QMED011 De quelle substance s'agit-il?

VMED011

QMED020 **Au cours des 30 jours précédant votre admission, à quelle fréquence avez-vous consommé la principale substance posant problème?**

① une seule réponse possible

- VMED020 -1 pas connu
- 1 jamais
 2 1 jour par semaine ou moins
 3 2 à 3 jours par semaine
 4 4 à 6 jours par semaine
 5 1 fois par jour
 6 plusieurs fois par jour

QMED025 **Au cours des 6 mois précédant votre admission, à quelle fréquence avez-vous consommé la principale substance posant problème?**

① une seule réponse possible

- VMED025 -1 pas connu
- 1 jamais
 2 1 jour par semaine ou moins
 3 2 à 3 jours par semaine
 4 4 à 6 jours par semaine
 5 1 fois par jour
 6 plusieurs fois par jour

QMED030 **Au cours des 30 jours précédant votre admission, quel était le mode d'administration prédominant de la principale substance posant problème?**

① une seule réponse possible

- VMED030 -1 pas connu
- 1 pas de consommation durant les 30 jours précédant l'admission
 2 injection
 3 fumée/inhalation
 4 ingestion (manger/boire)
 5 sniff
 6 autre, veuillez aussi répondre à la question QMED031

QMED031 De quel mode d'administration s'agissait-il?

VMED031

QMED035 **Au cours des 6 mois précédant votre admission, quel était votre mode d'administration prédominant de la principale substance posant problème?**

① une seule réponse possible

- VMED035 -1 pas connu
- 1 pas de consommation durant les 6 derniers mois
 2 injection
 3 fumée/inhalation
 4 ingestion (manger/boire)
 5 sniff
 6 autre, veuillez aussi répondre à la question QMED036

QMED036 De quel mode d'administration s'agissait-il?

VMED036

QMED040 **Quel âge aviez-vous lorsque vous avez consommé pour la première fois la principale substance posant problème?**

VMED040 âge:

VMED041 -1 pas connu

QMED050 **Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à consommer régulièrement la principale substance posant problème?**

VMED050 âge:

VMED051 -1 pas connu

QMED060 **Quel âge aviez-vous lorsque votre consommation est devenue problématique?**

VMED060 âge:

VMED061 -1 pas connu

QMED009 **Quel comportement comparable à une dépendance constitue votre problème principal?**

① une seule réponse possible

- VMED009 -1 pas connu
- 1 jeu pathologique
 2 troubles alimentaires
 3 autre trouble assimilable à une addiction, *veuillez aussi répondre à la question QMED012*

QMED012 **De quel comportement comparable à une dépendance s'agit-il?**

VMED012

QMED021 **Au cours des 30 jours précédant votre admission, à quelle fréquence votre comportement comparable à une dépendance s'est-il manifesté?**

① une seule réponse possible

- VMED021 -1 pas connu
- 1 jamais
 2 1 jour par semaine ou moins
 3 2 à 3 jours par semaine
 4 4 à 6 jours par semaine
 5 1 fois par jour
 6 plusieurs fois par jour

QMED026 **Au cours des 6 mois précédant votre admission, à quelle fréquence votre comportement comparable à une dépendance s'est-il manifesté?**

① une seule réponse possible

- VMED026 -1 pas connu
- 1 jamais
 2 1 jour par semaine ou moins
 3 2 à 3 jours par semaine
 4 4 à 6 jours par semaine
 5 1 fois par jour
 6 plusieurs fois par jour

QMED045 **Quel âge aviez-vous lorsque le comportement comparable à une dépendance s'est manifesté pour la première fois?**

VMED045 âge:

VMED046 -1 pas connu

QMED055 **Quel âge aviez-vous lorsque le comportement comparable à une dépendance est devenu régulier?**

VMED055 âge:

VMED056 -1 pas connu

QMED065 **Quel âge aviez-vous lorsque votre comportement comparable à une dépendance est devenu problématique?**

VMED065 âge:

VMED066 -1 pas connu

QMED070 **Quelle(s) autre(s) substance(s) ou quel(s) autre(s) comportement(s) comparable(s) à une dépendance sont un problème pour vous?**

plusieurs réponses possibles

- VMED070w pas connu
 VMED070x aucun
- VMED070a alcool
 VMED070b cocktails (héroïne et cocaïne)
 VMED070c héroïne
 VMED070d méthadone
 VMED070e autres opiacés (morphine, codéine, etc.)
 VMED070f cocaïne
 VMED070g crack, freebase
 VMED070h amphétamines
 VMED070i MDMA et substances similaires (ecstasy)
 VMED070j autres stimulants (khat, etc.)
 VMED070k barbituriques
 VMED070l benzodiazépines
 VMED070m autres somnifères et tranquillisants
 VMED070n LSD
 VMED070o autres hallucinogènes
 VMED070p substances volatiles (solvants, etc.)
 VMED070q cannabis
 VMED070r tabac
 VMED070s autre(s) substance(s), *veuillez aussi répondre à la question QMED071*

QMED071 **De quelle(s) substance(s) s'agit-il?**

VMED071

- VMED070t jeu pathologique
 VMED070u troubles alimentaires
 VMED070v autre(s) trouble(s) assimilable(s) à une addiction, *veuillez aussi répondre à la question QMED072*

QMED072 **De quel(s) trouble(s) comparable(s) à une dépendance s'agit-il?**

VMED072

QMED080 **👤** **Au cours des 30 jours précédant votre admission, quelle(s) substance(s) avez-vous consommée(s) ou quel(s) comportement(s) comparable(s) à une dépendance se sont-ils manifestés?**

plusieurs réponses possibles

- VMED080w pas connu
 VMED080x aucun
- VMED080a alcool
 VMED080b cocktails (héroïne et cocaïne)
 VMED080c héroïne
 VMED080d méthadone
 VMED080e autres opiacés (morphine, codéine, etc.)
 VMED080f cocaïne
 VMED080g crack, freebase
 VMED080h amphétamines
 VMED080i MDMA et substances similaires (ecstasy)
 VMED080j autres stimulants (khat, etc.)
 VMED080k barbituriques
 VMED080l benzodiazépines
 VMED080m autres somnifères et tranquillisants
 VMED080n LSD
 VMED080o autres hallucinogènes
 VMED080p substances volatiles (solvants, etc.)
 VMED080q cannabis
 VMED080r tabac
 VMED080s autre(s) substance(s), veuillez aussi répondre à la question QMED081

QMED081 **De quelle(s) substance(s) s'agit-il?**

VMED081

- VMED080t jeu pathologique
 VMED080u troubles alimentaires
 VMED080v autre(s) trouble(s) assimilable(s) à une addiction, veuillez aussi répondre à la question QMED082

QMED082 **De quel(s) trouble(s) comparable(s) à une dépendance s'agit-il?**

VMED082

QMED090 **👤** **Avez-vous déjà consommé une drogue illégale par injection?**

① une seule réponse possible

- VMED090 -1 pas connu
 1 oui
 2 jamais

QMED091 **👤** **Avez-vous consommé une drogue illégale par injection au cours des 6 mois précédant votre admission?**

① une seule réponse possible

- VMED091 -1 pas connu
 1 non
 2 oui, veuillez aussi répondre à la question QMED092

QMED092 **Si oui, au cours des 6 mois précédant votre admission, vous êtes-vous injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisée par un autre consommateur/ une autre consommatrice?**

① une seule réponse possible

- VMED092 -1 pas connu
 1 oui
 2 non

QMED095 **👤** **Avez-vous consommé une drogue illégale par injection au cours des 30 jours précédant votre admission?**

① une seule réponse possible

- VMED095 -1 pas connu
 1 oui
 2 non

QMED096 **👤** **Quel âge aviez-vous lors de la première injection?**

VMED096 âge lors de la première injection: ans

- VMED097 -1 pas connu

D. GÉNÉRALITÉS

QMED100 **📄** **Qui, principalement, a fourni les informations contenues dans le questionnaire d'entrée?**

① une seule réponse possible

- VMED100 1 informations fournies par le client/la cliente
 2 informations fournies par l'intervenant-e principal-e

QMED105 **📄** **Le questionnaire d'entrée a-t-il été complété jusqu'à cette dernière question?**

① une seule réponse possible

- VMED105 1 oui
 2 non

II. SORTIE

QMAB001 **A quelle date le questionnaire de sortie a-t-il été rempli?**

| jour | mois | année |

VMAB001

.....

A. CADRE DE LA PRISE EN CHARGE

QMAB020 **A quelle date considère-t-on que le traitement ou la prise en charge a pris fin?**

| jour | mois | année |

VMAB020

fin du traitement ou de la prise en charge/sortie

.....

QMAB025 **Quel type de traitement ou de prise en charge le client/la client a-t-il/elle suivi dans ce centre/cette institution?**

① une seule réponse possible

VMAB025

- 1 SAMBAD: traitement ambulatoire des problèmes liés à l'alcool
- 2 SAMBAD: traitement ambulatoire des problèmes liés aux drogues illégales
- 3 HeGeBe: traitement avec prescription d'héroïne
- 4 substitution: méthadone
- 5 FOS: traitement résidentiel des problèmes liés aux drogues illégales
- 6 Sakram/Cirsa: traitement résidentiel des problèmes liés à l'alcool ou aux médicaments
- 7 autre, veuillez aussi répondre à la question QMAB026

QMAB026

De quel type de traitement ou de prise en charge s'agit-il?

VMAB026

.....

QMAB030 **Avez-vous été traité-e ou suivi-e pour vos propres problèmes de dépendance ou pour les problèmes d'un tiers (proche, etc.)?**

① une seule réponse possible

VMAB030

- 1 propres problèmes liés à une substance ou comportements assimilables à une addiction
- 2 problèmes d'un tiers (proche, etc.)

QMAB040 **Quel est la raison principale de la fin du traitement ou de la prise en charge?**

① une seule réponse possible

VMAB040

-1 pas connu

- 1 fin régulière du traitement ou de la prise en charge sans transfert vers un centre/une institution spécialisé en matière de dépendances
- 2 fin régulière du traitement ou de la prise en charge avec transfert vers un centre/une institution spécialisé en matière de dépendances, veuillez aussi répondre à la question QMAB041

QMAB041

De quel type de centre/d'institution spécialisé en matière de dépendances s'agit-il?

① une seule réponse possible

VMAB041

-1 pas connu

- 1 traitement résidentiel
- 2 prise en charge ambulatoire
- 3 appartement protégé
- 4 autre centre/institution spécialisé

VMAB040

- 3 changement de domicile
- 4 hospitalisation
- 5 détention
- 6 perte de contact, veuillez aussi répondre à la question QMAB042

QMAB042

Depuis combien de jours le contact est-il rompu?

VMAB042

depuis: jours -1 pas connu

VMAB043

VMAB040

- 7 rupture explicite du traitement de la part du client/de la cliente ou du centre/de l'institution
- 8 décès, veuillez aussi répondre à la question QMAB044

QMAB044

Quelle est la cause du décès?

① une seule réponse possible

VMAB044

-1 pas connu

- 1 suicide
- 2 accident
- 3 maladie
- 4 surdose ou intoxication aiguë
- 5 autre cause de décès, veuillez aussi répondre à la question QMAB045

QMAB045

De quelle cause de décès s'agit-il?

VMAB045

.....

VMAB040

- 9 autre raison pour la fin du traitement ou de la prise en charge, veuillez aussi répondre à la question QMAB046

QMAB046

De quelle autre raison s'agit-il?

VMAB046

.....

QMAB050 **Au cours de votre traitement ou prise en charge, avez-vous été dans un programme de substitution ou de prescription d'héroïne?**

① une seule réponse possible

VMAB050 -1 pas connu

1 non

2 oui, veuillez aussi répondre à la question QMAB055

QMAB055 **Si oui, lequel?**

① une seule réponse possible

VMAB055 -1 pas connu

1 héroïne

2 méthadone

3 autres opiacés: par ex. la buprénorphine (Temgesic®, Subutex®)

4 autres substances: par ex. la naltrexone (Naltrexin®)

QMAB060 **Est-il prévu que vous suiviez un programme de substitution ou de prescription d'héroïne immédiatement après la fin du traitement ou de la prise en charge?**

① une seule réponse possible

VMAB060 -1 pas connu

1 non

2 oui: prescription d'héroïne

3 oui: traitement de substitution (métadone, Subutex®, etc.)

B. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

QMAC001 **Sexe**

① une seule réponse possible

VMAC001 -1 pas connu

1 masculin

2 féminin

QMAC007 **Année de naissance**

| Année |

VMAC007

--	--	--	--	--	--

QMAC015 **Degré d'urbanisation**

① une seule réponse possible

VMAC015

1 grands centres urbains

2 périphérie des grands centres urbains

3 villes moyennes

4 petites villes

5 rural

QMAC020 **Quel est votre état civil?**

① une seule réponse possible

VMAC020

-1 pas connu

1 célibataire

2 marié-e

3 séparé-e (juridiquement)

4 divorcé-e

5 veuf/veuve

6 partenariat enregistré

QMAC030 **Avec qui habitez-vous à votre sortie?**

① une seule réponse possible

VMAC030

-1 pas connu

1 seul-e en ménage

2 avec un ou les parents

3 avec un ou des enfants (sans partenaire)

4 avec un-e partenaire (sans enfants)

5 avec un-e partenaire et un/des enfant(s)

6 avec d'autres proches

7 avec des amis (colocation)

8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMAC031

QMAC031 **De quelle situation de logement s'agit-il?**

VMAC031

.....

QMAC040 **Quelle est votre situation de domicile à votre sortie?**

① une seule réponse possible

VMAC040

-1 pas connu

1 domicile fixe

2 sans domicile fixe

3 institution

QMAC050  **Quelle est votre principale source de revenu à votre sortie?**

une seule réponse possible

- VMAC050
- 1 pas connu
- 1 salaire
- 2 économies, épargne
- 3 rente (AVS/AI ou autres)
- 4 aide sociale
- 5 assurance-chômage
- 6 soutien du/de la partenaire
- 7 soutien des parents/proches/ami-e-s
- 8 deal, combines
- 9 autres revenus illégaux
- 10 prostitution
- 11 autre, veuillez aussi répondre à la question QMAC051

QMAC051 De quelle source de revenu s'agit-il?

VMAC051

QMAC055  **Avez-vous d'autres sources de revenu?**

plusieurs réponses possibles

- VMAC055i pas connu
- VMAC055m aucune
- VMAC055a salaire
- VMAC055b économies/épargne
- VMAC055c rente (AVS/AI ou autre)
- VMAC055d aide sociale
- VMAC055e assurance-chômage
- VMAC055f soutien du/de la partenaire
- VMAC055g soutien des parents/proches/ami-e-s
- VMAC055h deal, combines
- VMAC055i autres revenus illégaux
- VMAC055j prostitution
- VMAC055k autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMAC056

QMAC056 De quelle(s) autre(s) source(s) de revenu s'agit-il?

VMAC056

QMAC060  **Quel taux d'activité avez-vous principalement à votre sortie?**

une seule réponse possible

- VMAC060
- 1 pas connu
- 1 activité professionnelle à plein temps (70% ou plus)
- 2 activité professionnelle à temps partiel
- 3 plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- 4 en formation (école, études, apprentissage)
- 5 sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- 6 sans travail, mais en quête d'emploi
- 7 sans travail, mais futur emploi garanti
- 8 autre, veuillez aussi répondre à la question QMAC061

QMAC061 De quel taux d'activité s'agit-il?

VMAC061

QMAC065  **Avez-vous d'autres formes d'activité?**

plusieurs réponses possibles

- VMAC065i pas connu
- VMAC065j aucune
- VMAC065a activité professionnelle à plein temps (70% et plus)
- VMAC065b activité professionnelle à temps partiel
- VMAC065c plusieurs activités professionnelles (temps partiels, petits jobs occasionnels)
- VMAC065d en formation (école, études, apprentissage)
- VMAC065e sans activité professionnelle (rentier/rentière, femme/homme au foyer, AVS/AI)
- VMAC065f sans travail, mais en quête d'emploi
- VMAC065g sans travail, mais futur emploi garanti
- VMAC065h autre(s), veuillez aussi répondre à la question QMAC066

QMAC066 De quelle(s) autre(s) forme(s) d'activité s'agit-il?

VMAC066

QMAC070  **Quelle(s) formation(s) avez-vous achevée(s) à votre sortie?**

plusieurs réponses possibles

- VMAC070k pas connu
- VMAC070a aucune formation achevée
- VMAC070b scolarité obligatoire
- VMAC070c scolarité complémentaire (1 ou 2 ans)
- VMAC070d apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- VMAC070e lycée/gymnase/collège, école préparant à la maturité, école de degré diplôme
- VMAC070f école normale, école pédagogique
- VMAC070g formation professionnelle supérieure (brevet, maîtrise)
- VMAC070h école professionnelle supérieure
- VMAC070i haute école spécialisée
- VMAC070j université, haute école

QMAC075

Quelle formation suivez-vous au moment de votre sortie?

① une seule réponse possible

VMAC075

- 1 pas connu
- 1 aucune formation en cours au moment de la sortie
- 2 scolarité obligatoire
- 3 scolarité complémentaire (1 ou 2 ans)
- 4 apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- 5 lycée/gymnase/collège, école préparant à la maturité, école de degré diplôme
- 6 école normale, école pédagogique
- 7 formation professionnelle supérieure (brevet, maîtrise)
- 8 école professionnelle supérieure
- 9 haute école spécialisée
- 10 université, haute école

C. CONSOMMATIONS, DÉPENDANCES ET COMPORTEMENTS ASSIMILABLES À UNE ADDICTION

QMAD010

Quelle(s) substance(s) ou quel(s) comportement(s) comparable(s) à une dépendance vous posent problème au moment de la sortie?

 plusieurs réponses possibles

VMAD010w

 pas connu

VMAD010x

 aucune

VMAD010a

 alcool

VMAD010b

 cocktails (héroïne et cocaïne)

VMAD010c

 héroïne

VMAD010d

 méthadone

VMAD010e

 autres opiacés (morphine, codéine, etc.)

VMAD010f

 cocaïne

VMAD010g

 crack, freebase

VMAD010h

 amphétamines

VMAD010i

 MDMA et substances similaires (ecstasy)

VMAD010j

 autres stimulants (khat, etc.)

VMAD010k

 barbituriques

VMAD010l

 benzodiazépines

VMAD010m

 autres somnifères et tranquillisants

VMAD010n

 LSD

VMAD010o

 autres hallucinogènes

VMAD010p

 substances volatiles (solvants, etc.)

VMAD010q

 cannabis

VMAD010r

 tabac

VMAD010s

 autre(s) substance(s), veuillez aussi répondre à la question QMAD011

QMAD011

De quelle(s) substance(s) s'agit-il?

VMAD011

VMAD010t

 jeu pathologique

VMAD010u

 troubles alimentaires

VMAD010v

 autre(s) trouble(s) assimilable(s) à une addiction, veuillez aussi répondre à la question QMAD012

QMAD012

De quel(s) trouble(s) comparables(s) à une dépendance s'agit-il?

VMAD012

QMAD020

Au cours des 30 jours précédant votre sortie, quelle(s) substance(s) avez-vous consommée(s) ou quel(s) comportement(s) comparable(s) à une dépendance se sont-ils manifestés ?

plusieurs réponses possibles

VMAD020w

pas connu

VMAD020x

aucune

VMAD020a

alcool

VMAD020b

cocktails (héroïne et cocaïne)

VMAD020c

héroïne

VMAD020d

méthadone

VMAD020e

autres opiacés (morphine, codéine)

VMAD020f

cocaïne

VMAD020g

crack, freebase

VMAD020h

amphétamines

VMAD020i

MDMA et substances similaires (ecstasy)

VMAD020j

autres stimulants (khat, etc.)

VMAD020k

barbituriques

VMAD020l

benzodiazépines

VMAD020m

autres somnifères et tranquillisants

VMAD020n

LSD

VMAD020o

autres hallucinogènes

VMAD020p

substances volatiles (solvants, etc.)

VMAD020q

cannabis

VMAD020r

tabac

VMAD020s

autre(s) substance(s), veuillez aussi répondre à la question QMAD021

QMAD021

De quelle(s) substance(s) s'agit-il?

VMAD021

.....

VMAD020t

jeu pathologique

VMAD020u

troubles alimentaires

VMAD020v

autre(s) trouble(s) assimilable(s) à une addiction, veuillez aussi répondre à la question QMAD022

QMAD022

De quel(s) trouble(s) comparable(s) à une dépendance s'agit-il?

VMAD022

.....

QMAD030

Au cours des 30 jours précédant votre sortie, vous êtes-vous injecté une substance illégale ?

① une seule réponse possible

VMAD030

-1 pas connu

1 oui

2 non

D. GÉNÉRALITÉS

QMAD040

Qui, principalement, a fourni les informations contenues dans le questionnaire de sortie ?

① une seule réponse possible

VMAD040

- 1 informations fournies par le client/la cliente
2 informations fournies par l'intervenant-e principal-e

QMAD050

Le questionnaire de sortie a-t-il été complété jusqu'à cette dernière question ?

① une seule réponse possible

VMAD050

- 1 oui
2 non