



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Traitement avec prescription d'héroïne / de diacétylmorphine (HeGeBe) en 2009 et 2010¹

Juin 2011

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

L'ESSENTIEL EN BREF	3
1. LE HEGEBE EN SUISSE EN 2009 ET 2010	5
1.1. NOMBRE DE PATIENTS	5
1.2. ADMISSIONS	7
• NOMBRE ET AGE	7
• TRAITEMENTS ANTERIEURS A L'ADMISSION	8
• PLACEMENT	9
• CONDITIONS DE LOGEMENT	10
• REVENU	10
• ANAMNESE DE LA CONSOMMATION	12
• ETAT DE SANTE, VIH ET HEPATITE, TROUBLES PSYCHIATRIQUES	13
1.3. DEPARTS	17
1.4. COUTS ET FINANCEMENT	18
1.5. DEVELOPPEMENT DU PERSONNEL DANS LES CENTRES HeGeBe	18
2. AXES D'ACTION DE L'OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (OFSP)	19
2.1. COORDINATION ET TRAVAIL EN RESEAU	19
2.2. AUTORISATIONS / SECRETARIAT	19
2.3. SOUTIEN, SUIVI ET CONTROLE	19
2.4. EVOLUTION DE LA QUALITE	20
2.5. PROMOTION DE LA RECHERCHE	20
2.6. MONITORAGE / EVALUATIONS	20
3. DIACETYLMORPHINE (DAM) : UTILISATION ET DONNEES STATISTIQUES	20
3.1. INSPECTIONS	20
3.2. FORMES PHARMACEUTIQUES	21
3.3. QUANTITES UTILISEES	21
3.4. DONNEES STATISTIQUES COMMUNIQUEES A L'ORGANE INTERNATIONAL DE CONTROLE DES STUPEFIANTS DE L'ONU (OICS), A VIENNE	23
4. ETUDES PUBLIEES EN 2009 ET 2010 SUR LE TRAITEMENT AVEC PRESCRIPTION D'HEROÏNE	24
ANNEXE	26

L'essentiel en bref²

(par ordre alphabétique)

Avant-propos :

Sur la base des changements mineurs constatés au niveau des données statistiques, il est permis de qualifier la situation de stable. En raison du nombre peu élevé de cas, la prudence est de mise lors de l'interprétation de ces changements.

Admissions : 177 personnes ont entamé un traitement HeGeBe en 2010 (2009: 125). L'âge moyen des nouveaux patients était de 37 ans en 2010 (2009: 36).

Age : en 2010, les patients étaient âgés de 41.1 ans en moyenne (2009: 41 ans), la médiane se situant à 41 ans (2009: 40 ans) dans une fourchette allant de 21 à 73 ans (2009: 20 à 72 ans).

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

Coûts : en 2010, une journée de traitement dans un centre HeGeBe a coûté en moyenne 62 francs (2009: 59 francs) par personne. Les coûts sont largement compensés par le bénéfice économique global. En d'autres termes, un héroïnomanie traité dans un centre HeGeBe permet à la collectivité de réaliser des économies, notamment en termes de poursuites pénales et de justice ainsi qu'en terme de la santé.

Départs : en 2010, 135 patients sont sortis du HeGeBe (2009: 160). Le taux de transferts vers des services proposant d'autres formes de traitement (p. ex., traitement à la méthadone ou thérapie orientée vers l'abstinence) reste élevé et stable à 67.4 % (2009: 66.1%).

Logement : environ 45% des patients nouvellement admis en 2010 vivaient seuls (2009: 40%), 19 % vivaient en ménage avec leur partenaire (2009: 27%).

Modes d'administration : environ deux tiers des traitements 2009 et 2010 ont été administrés par injection, et un tiers par voie orale. La voie orale permet aux patients de se libérer de leur mode de vie toxicomane ainsi que de prendre leur distance par rapport au milieu de la drogue.

Nombre de patients : 1370 personnes étaient en traitement à la fin de l'année 2010 (2009: 1356).

Personnel : 408 personnes travaillaient en 2009 et 2010 dans les 23 centres HeGeBe (majoritairement employées à temps partiel). Les centres fonctionnent 365 jours par an.

Placement : en 2009 et 2010, la majorité des patients rejoignent un centre HeGeBe de leur propre initiative ou y ont été placés par un autre service spécialisé en matière de dépendances.

Sexe : 77% des personnes traitées en 2009 et 2010 étaient de sexe masculin, 23% de sexe féminin.

Situation en matière de travail : en 2010, un peu plus que la moitié des nouveaux patients d'un centre HeGeBe percevaient l'aide sociale (2009: environ la moitié). 22 % touchaient en 2009 et 2010 l'AI ou l'AVS. 10% des nouveaux arrivants en 2010 subvenaient eux-mêmes à leurs besoins (2009: 15%). Près de 45% des nouveaux patients HeGeBe avaient une activité professionnelle.

² Dans la mesure du possible, les chiffres actuels de 2009/2010 sont indiqués. En leur absence, les données d'anciens rapports annuels sont déterminantes (www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=fr).

Souffrance psychique : outre la toxicodépendance, au moins un trouble psychiatrique supplémentaire a été diagnostiqué chez 48 % des patients à leur admission dans un centre HeGeBe en 2010 (2009: 47%). Selon l'étude réalisée en 2007, une enquête représentative menée auprès de la population générale au moyen du questionnaire SCL-27³ a montré que les patients HeGeBe, en Suisse, présentaient des valeurs plus élevées à tous les niveaux. Ce résultat est le signe d'une détresse psychique plus importante⁴.

Symptômes somatiques : la prévalence enregistrée pour l'hépatite A, B et C ainsi que pour le VIH indique que, comme jusqu'ici, les nouveaux patients ont des problèmes de santé très graves.

Taux de rétention : il est à prévoir que la moitié des patients HeGeBe resteront en traitement pendant au moins deux ans et demi. Le traitement devrait durer au moins quinze ans dans près de 20% des cas.

Taux de réussite : HeGeBe est un traitement pour des patients présentant une addiction sévère et majoritairement chronique. Il ne s'agit donc pas seulement de qualifier les passages dans un traitement orienté vers l'abstinence comme succès (2010: 6,6%), mais également le transfert vers d'autres formes de traitement (2010: 60.6%).

Traitements avant l'admission : plus de 90 % des patients nouvellement admis en 2009 et 2010 suivaient déjà un traitement de substitution, et environ 80 % des patients nouvellement admis en 2010 avaient déjà tenté au moins un sevrage (2009: 70%). En outre, plus de la moitié a déjà sollicité une consultation ambulatoire ou bénéficié d'une thérapie résidentielle avant de suivre le traitement avec prescription d'héroïne en 2009 et 2010.

Traitements de substitution : le HeGeBe représente, moins de 10% de l'ensemble des traitements de substitution en Suisse, alors que plus de 80% des patients au bénéfice d'un traitement de substitution sont traités à l'aide de la méthadone. Les traitements restants sont menés avec de la buprénorphine (une forme spéciale de morphine), de la morphine, de la codéine ou d'autres substances.

³ Le questionnaire SCL-27 est un screening pour des troubles psychiques.

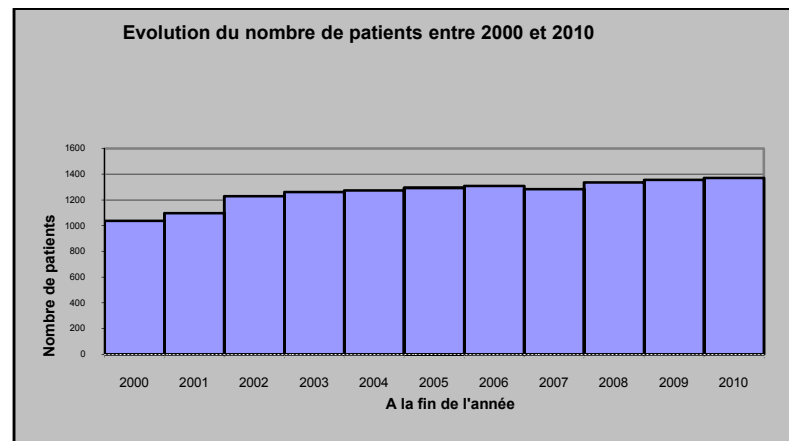
⁴ OFSP (2008). Traitement avec prescription d'héroïne / de diacétylmorphine (HeGeBe) en 2007

1. Le HeGeBe en Suisse en 2009 et 2010

Ce chapitre présente et commente les résultats du relevé annuel des données du monitoring HeGeBe. Parmi ceux-ci figurent notamment des chiffres et des données relatifs au nombre de patients, à leur état de santé psychique et physique et à leur situation sociale, ainsi qu'aux départs des centres HeGeBe.

1.1. Nombre de patients

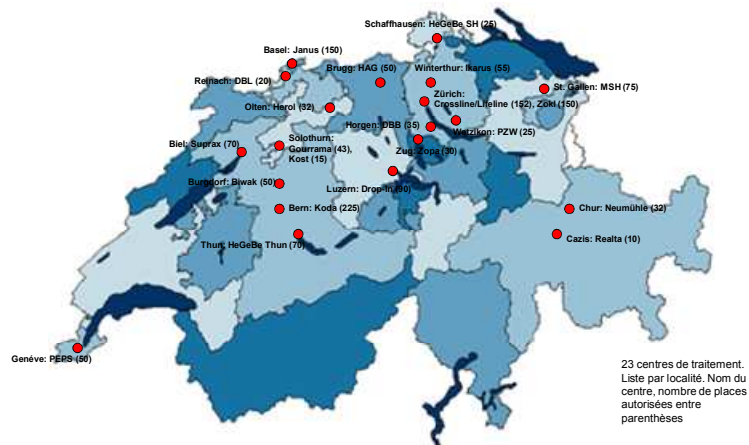
Le nombre de patients reste, comme jusqu'ici, relativement stable. Durant la période sous revue, le nombre de patients a augmenté de 15 personnes, passant de 1355 début janvier 2009 à 1370 fin décembre 2010. Aucun nouveau centre HeGeBe n'a été ouvert durant la période sous revue. Fin 2010, le taux d'occupation moyen des centres s'élevait à 93 % (2009: 92%, 2008: 92%). Le nombre total de places de traitement avec prescription d'héroïne s'élevait à 1476 unités (fin 2009: 1456, fin 2008: 1454, fin 2007: 1444).



Source: OFSP, base de données HeGeBe, 2010
 Ill. 1: Evolution du nombre de patients entre 2000 et 2010

III. 1: Evolution du nombre de patients entre 2000 et 2010

Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2010

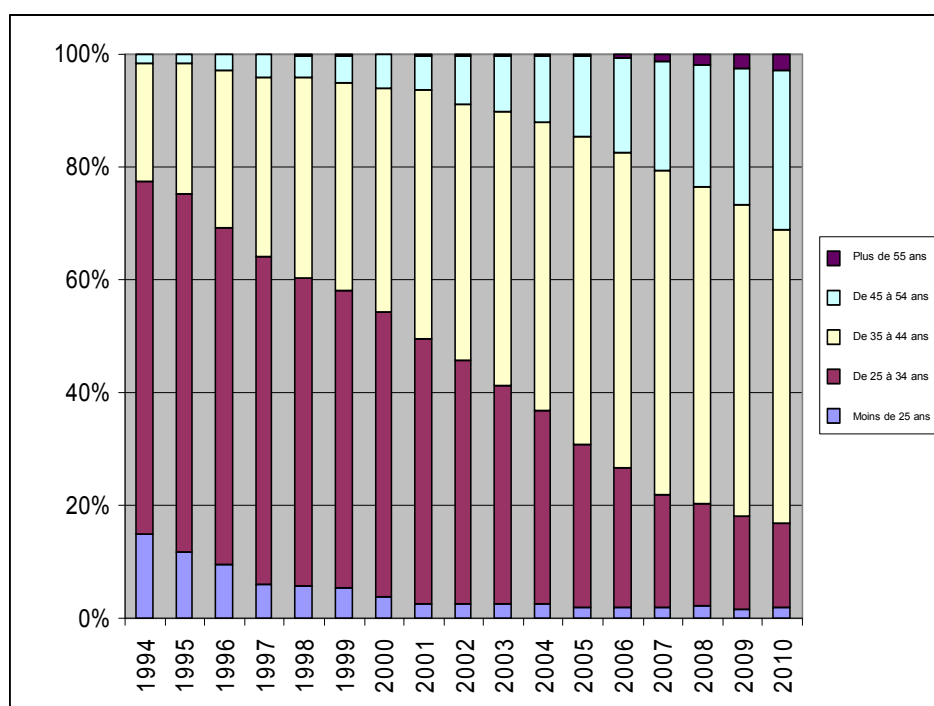


Source: OFSP, base de données HeGeBe, 2009/2010
 III. 2 : Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2010

Sur l'ensemble de l'année 2009, 1493 personnes au total ont suivi un traitement avec prescription d'héroïne, dont 347 femmes et 1146 hommes. Les patients étaient âgés de 41 ans en moyenne, la fourchette allant de 20 à 72 ans avec une médiane se situant à 40 ans.

Sur les 1513 personnes en traitement en 2010, 1151 étaient de sexe masculin et 362 de sexe féminin. Les patients étaient âgés de 41,1 ans en moyenne, la fourchette allant de 21 à 73 ans avec une médiane se situant à 41 ans.

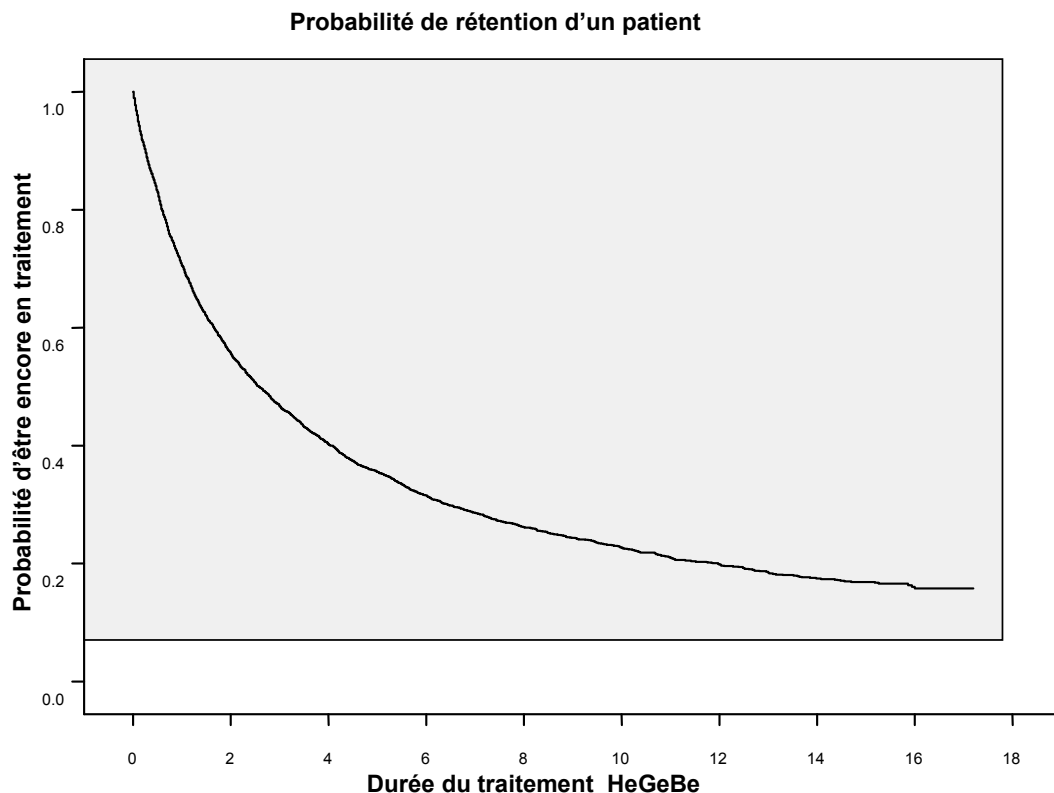
L'illustration suivante décrit la répartition des patients HeGeBe par tranche d'âge entre 1994 et 2010. Alors qu'en 1994, 77.5% des patients HeGeBe avaient moins de 35 ans, ils ne sont plus que 16.7% en 2010. La part des patients âgés d'au moins 45 ans a également enregistré une hausse constante. Elle atteint 31.1% en 2010, ce qui indique que la cohorte vieillit. Le fait qu'actuellement moins de jeunes personnes sont dépendantes à l'héroïne qu'avant pourrait expliquer cette tendance. Une autre explication serait que de meilleures formes de traitement spécifiques de la toxicodépendance augmentent l'espérance de vie des patients. Il faut s'attendre à ce que la part des patients âgés s'accroisse encore et que celle des jeunes patients nouvellement admis demeure à un niveau bas et stable ou continue de baisser.



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2009/2010
III. 3 : Répartition des patients par tranche d'âge

Le graphique ci-dessous indique la probabilité (axe Y) pour un patient de rester pendant une durée définie (axe X) dans le programme HeGeBe. A titre d'exemple, il est à prévoir qu'un patient sur deux restera en traitement pendant au moins deux ans et demi. En outre, le traitement devrait durer au moins quinze ans dans près de 20% des cas. Ce taux de rétention pour arriver à établir un lien thérapeutique stable peut être considéré comme un succès, d'autant plus qu'avant la création du programme HeGeBe, ces patients passaient pour être résistants au traitement. L'établissement

d'une relation thérapeutique stable crée les conditions préalables qui conduiront peut-être, un jour, à vivre sans consommer de drogue.



Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010
III. 4: Probabilité de rétention d'un patient HeGeBe

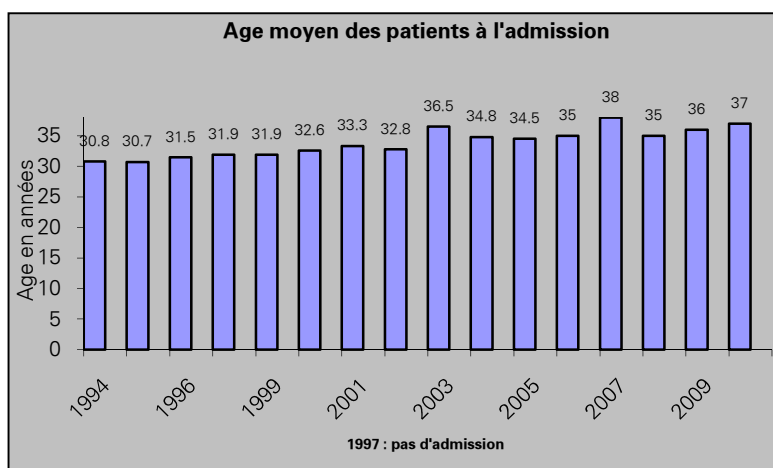
Depuis le début du traitement avec prescription d'héroïne, 3377 personnes différentes ont été au moins une fois en traitement.

1.2. Admissions

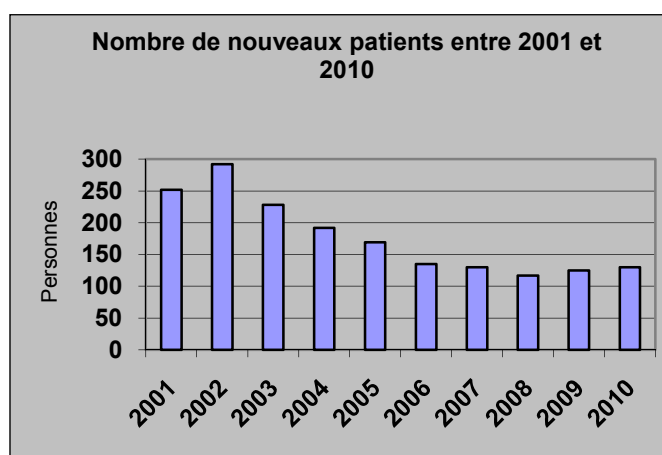
• Nombre et âge

En 2010, 177 admissions ont été enregistrées. Ce nombre se répartit comme suit: 130 nouvelles admissions, 36 réadmissions et 11 transferts dans un autre centre HeGeBe. Les patients étaient âgés de 37 ans en moyenne.

En 2009, 125 nouvelles admissions (sans compter 14 transferts et 52 réadmissions) ont été enregistrées. L'âge moyen des nouveaux patients était de 36 ans.



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2009/2010
III. 5 : Age moyen des patients à l'admission



Source : ISGF, Monitorage HeGeBe, 2009/2010
III. 6 : Nombre de nouveaux patients entre 2001 et 2010

Le nombre de nouveaux arrivants augmente légèrement en 2009 et 2010, même si sur une période de dix ans, la tendance générale est à la baisse. Alors que l'on comptait encore près de 300 nouvelles admissions en 2002, ce chiffre est tombé à 125 en 2009. Il se montait à 130 en 2010. L'âge moyen des patients au moment de leur admission augmente simultanément chaque année. Même si l'interprétation de ces chiffres est difficile en raison du manque de recul temporel, il est permis d'émettre deux hypothèses: le nombre de personnes gravement dépendantes à l'héroïne diminue tendanciellement et l'attractivité de ces traitements est diminuée en raison des contraintes thérapeutiques qui y sont liées.

• **Traitements antérieurs à l'admission**

Sur l'ensemble des nouveaux arrivants en 2009 et 2010, plus de 90% avaient déjà participé à un traitement de substitution, presque 80% avaient tenté au moins un sevrage (2009: 70%), et environ la moitié des nouveaux patients était passée par une consultation ambulatoire ou par une thérapie résidentielle. Ces valeurs sont stables depuis 2005.

Tab. 1 : Traitements déjà suivis par les nouveaux patients HeGeBe (plusieurs réponses possibles)
Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 321/5, 2008/2009 : 226/1, 2010 : 121/3

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Traitement de substitution	294	91.6	210	92.9	112	92.6
Autre traitement médicamenteux	58	18.1	30	13.3	21	17.4
Traitement ambulatoire	169	52.6	109	48.2	66	54.5
Thérapie résidentielle	172	53.6	113	50.0	70	57.9
Sevrage	251	78.2	157	69.5	96	79.3
Groupe d'entraide	25	7.8	12	5.3	12	9.9
Autre expérience	11	3.4	13	5.8	5	4.1

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Le tableau qui suit indique les catégories de traitement ayant le plus souvent précédé le traitement avec prescription d'héroïne, avec le nombre moyen de traitements effectués et leur durée totale.

Tab. 2 : Nombre de mois moyen de traitement de toutes les personnes ayant déjà effectué au moins une fois le traitement correspondant (plusieurs réponses possibles).

	2005/2006/2007	2008/2009	2010
	Durée (mois)	Durée (mois)	Durée (mois)
Substitution	64.9	63.5	67.2
Thérapie résidentielle	19.2	20.0	19.9
Sevrage	7.5	6.5	5.2

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

• Placement

83% des nouveaux arrivants en 2009 et 2010 ont déclaré s'être inscrits de leur propre initiative. 36.4% des nouveaux patients ont indiqué en 2010 avoir été placés par un service spécialisé en matière de dépendances (2009: 29.3%). La réponse « cabinet médical » a été plus rarement mentionnée en 2010 (env. 5%) que les années précédentes.

Tab. 3 : Institutions/personnes ayant contribué au placement (plusieurs réponses possibles)
Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 323/3, 2008/2009 : 225/2, 2010 : 121/3

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	nombre	%	nom.	%	nom.	%
Initiative personnelle	269	83.3	187	83.1	101	83.5
Partenaire	29	9.0	25	11.1	14	11.6
Famille	31	9.6	19	8.4	15	12.4
Amis/collègues/connaissances	68	21.1	35	15.6	17	14.0
Institution ambulatoire spécialisée	82	25.4	57	25.3	36	29.8
Institution hospitalière spécialisée	11	3.4	9	4.0	8	6.6
Cabinet médical	45	13.9	25	11.1	6	5.0
Hôpital/clinique	17	5.3	13	5.8	5	4.1
Services sociaux	35	10.8	14	6.2	12	9.9
Condamnation/mesure	23	7.1	14	6.2	7	5.8
Employeur/enseignant	0	0.0	1	0.9	0	0.0
Autre réponse	5	1.5	22	9.8	7	5.8

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

• **Conditions de logement**

Environ 45% des patients nouvellement admis en 2010 vivaient seuls lors de leur admission dans un centre HeGeBe (2009: 39.3%). 19% vivaient en ménage avec un partenaire (2009: 27%).

Tab. 4 : Avec qui avez-vous habité durant les 30 derniers jours ?

Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 326/0, 2008/2009 : 226/1, 2010 : 123/1

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	nombre	%	nom.	%	nom.	%
Seul(e)	134	41.2	89	39.3	55	44.7
Avec les/un des parents	33	10.1	20	8.8	7	5.7
Sans partenaire, avec enfant(s)	5	1.5	5	2.2	4	3.3
Avec partenaire (sans enfant)	51	15.6	46	20.4	16	13.0
Avec partenaire et enfant(s)	15	4.6	15	6.6	3	2.4
Avec d'autres parents/proches	4	1.2	2	0.9	0	0.0
Avec des amis (colocation)	20	6.1	8	3.5	8	6.5
Autre	64	19.7	41	18.1	30	24.4
Total	326	100.0	226	100.0	123	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Plus de 70% des nouveaux patients admis en 2009 et 2010 avaient un domicile fixe. Ce taux n'a pas considérablement varié par rapport aux années précédentes.

Tab. 5 : Quelle a été votre situation de domicile durant les 30 derniers jours ?

Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 324/2, 2008/2009 : 224/3, 2010 : 124/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Domicile fixe	242	74.7	171	76.4	87	70.2
Sans domicile fixe	36	11.1	31	13.8	18	14.5
En institution	46	14.2	22	9.8	19	15.3
Total	324	100.0	224	100.0	124	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

• **Revenu**

55% des nouveaux patients HeGeBe admis en 2010 percevaient l'aide sociale (2009: 49.7%). 22% étaient au bénéfice de l'AI ou l'AVS en 2009 et 2010. Environ 10% en 2010 et 15% en 2009 disposaient d'un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins.

Tab. 6 : Comment avez-vous subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ?
Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 324/2, 2008/2009 : 226/1, 2010 : 124/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Revenu d'une activité lucrative	35	10.8	34	15.0	13	10.5
Economies, épargne	2	0.6	2	0.9	3	2.4
Rente (AVS/AI)	75	23.1	50	22.1	27	21.8
Aide sociale	168	51.9	112	49.7	69	55.7
Assurance-chômage	14	4.3	2	0.9	3	2.4
Soutien du/de la partenaire	6	1.9	3	1.3	0	0.0
Soutien des parents, de proches ou d'amis	5	1.5	6	2.7	2	1.6
Trafic, combines	6	1.9	5	2.2	5	4.0
Autres revenus illégaux	2	0.6	1	0.4	0	0.0
Prostitution	3	0.9	1	0.4	0	0.0
Autre réponse	8	2.5	10	4.4	2	1.6
Total	324	100.0	227	100.0	124	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Près de 45% de tous les nouveaux patients HeGeBe admis en 2009 et 2010 avaient une activité professionnelle (travail à plein temps, travail à temps partiel, en quête d'emploi, futur emploi garanti). Ce chiffre est plus élevé que dans les années 2005 à 2008. On entend par « sans activité professionnelle » les retraités, les hommes et les femmes au foyer ou les bénéficiaires d'une rente AVS/AI. La répartition est restée stable en 2010.

Tab. 7 : Quelle a été votre statut principal au cours des 30 derniers jours ?
Données valides/manquantes : 2005/2006/2007 : 318/8, 2008/2009 : 223 /4, 2010 : 120/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	Nombre	%	nombre	%	nombre	%
Travail à plein temps (dès 70%)	32	10.1	31	13.9	10	8.3
Travail à temps partiel	28	8.8	18	8.1	8	6.7
Plusieurs activités lucratives	7	2.2	4	1.8	1	0.8
En formation	2	0.6	2	0.9	1	0.8
Sans activité professionnelle	162	50.9	91	40.7	44	36.7
Sans travail, mais en quête d'emploi	67	21.1	47	21.1	36	30.0
Sans travail, mais futur emploi garanti	1	0.3	0	0.0	0	0.0
Autre réponse	19	6.0	30	13.5	20	16.7
Total	318	100.0	223	100.0	120	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

• **Anamnèse de la consommation**

Le tableau ci-dessous donne le nombre moyen de jours où, pendant les 30 jours ayant précédé leur admission, les nouveaux patients ont consommé telle ou telle substance.

Il apparaît, par exemple, que les personnes nouvellement admises en 2010 consomment plus fréquemment de la benzodiazépine (calmant), que leurs prédécesseurs des années 2005 à 2009 et que la consommation moyenne de méthaqualone (somnifère, calmant) a fortement baissé par rapport aux années précédentes. Toutes les autres différences par rapport aux années précédentes ne sont pas significatives.

Tab. 8 : Consommation moyenne de diverses substances (nombre de jours au cours des 30 derniers jours) des nouveaux patients HeGeBe pour les années 2005 à 2010

Données valides/manquantes : 2005 : 117/5, 2006 : 106/4, 2007 : 92/94, 2008 : 106/0, 2009 : 118/3, 2010 : 122/2

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alcool (tout type de consommation)	7.54	10.84	10.38	8.39	8.47	7.98
Alcool (jusqu'à l'ivresse)	1.47	1.72	1.32	1.45	1.44	1.57
Héroïne (illégal)	18.03	19.01	19.27	19.85	18.49	18.80
Méthadone	14.45	15.08	12.62	15.01	12.43	12.94
Autres opiacés/opioïdes	0.34	0.21	0.91	0.01	0.39	1.56
Benzodiazépine (sans indication)	3.86	6.86	8.38	6.21	9.03	11.06
Méthaqualone (somnifère/calmant)	0.88	0.43	0.00	0.02	0.00	0.00
Barbituriques (somnifère)	0.09	0.30	0.00	0.00	0.51	0.26
Autres somnifères, calmants	1.23	2.34	1.12	0.69	0.69	0.84
Cocaïne	8.62	5.69	7.12	3.20	5.84	4.88
Crack, freebase	0.46	0.87	1.32	0.84	0.20	0.68
Cocktail (héroïne et cocaïne)	5.91	3.78	3.85	1.40	2.57	2.25
Amphétamines (y c. pilules thaïes)	0.00	0.01	0.02	0.06	0.03	0.29
Ecstasy (stimulants)	0.26	0.01	0.02	0.03	0.03	0.03
Autres stimulants (khat, etc.)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cannabinoïdes	10.83	7.89	7.80	6.62	6.21	9.52
LSD	0.00	0.28	0.01	0.01	0.06	0.45
Autres hallucinogènes, y c. champignons	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25
Substances volatiles	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.25
Tabac	26.75	26.32	25.79	25.99	25.14	25.25

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

• **Etat de santé, VIH et hépatite, troubles psychiatriques**

Hépatite A

L'hépatite A est une maladie aiguë et non chronique. La phase aiguë de la maladie se déclare environ quatre semaines après la contamination. En règle générale, il faut compter cinq semaines pour une guérison complète. Une personne ayant eu l'hépatite A ou s'étant fait vacciner est immunisée contre cette maladie pour le reste de sa vie.

Le tableau suivant illustre la fréquence à laquelle les nouveaux arrivants sont encore réceptifs à l'hépatite A et indique, s'ils sont déjà immunisés, si cette immunité résulte de la guérison de la maladie ou d'une vaccination.

Parmi les nouveaux patients admis en 2009 et 2010, les personnes immunisées après guérison de l'hépatite A sont bien moins nombreuses qu'entre 2005 et 2008. Les patients dont les résultats des tests ne sont pas disponibles mais qui ont émis la volonté de se faire vacciner apparaissent également dans le tableau. Tous les patients qui ont fait un test et qui sont réceptifs à cette infection ont décidé de se faire vacciner.

Il ressort du tableau qu'en 2010, sur les 84 nouveaux arrivants, pour lesquels les données sur l'hépatite A sont disponibles, six refusent une vaccination et seraient donc susceptibles d'être atteints d'une hépatite A aiguë. Toutes les autres personnes sont déjà immunisées (41 personnes, 48.8%) ou ont planifié une vaccination (37 personnes, 44.1%).

Tab. 9 : Statut concernant l'hépatite A de tous les nouveaux patients HeGeBe
Données valides/manquantes : 2005 : 102/20, 2006 : 96/14, 2007 : 72/22, 2008 : 84/22, 2009 : 92/29, 2010 : 84/40

Hépatite A	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Réceptif/réceptive	28	27.5	23	24.0	16	22.2	28	33.4	29	31.6	25	29.8
Immunisé(e) (vacciné[e])	21	20.6	25	26.0	18	25.0	20	23.8	27	29.3	27	32.1
Immunisé(e) (après guérison de la maladie)	29	28.3	31	32.3	20	27.7	19	22.6	14	15.2	13	15.5
Immunisé(e) (pour des raisons inconnues)	2	2.0	0	0.0	3	4.2	2	2.4	7	7.6	1	1.2
Résultats du test non disponibles, mais décision de se faire vacciner	12	11.8	10	10.4	11	15.3	9	10.7	7	7.6	12	14.3
Résultats du test non disponibles, refus de la vaccination	10	9.8	7	7.3	4	5.6	6	7.1	8	8.7	6	7.1
Total	102	100.0	96	100.0	72	100.0	84	100.0	92	100.0	84	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Hépatite B

Après une phase aiguë de moins de 12 semaines la plupart du temps, l'hépatite B peut soit totalement guérir soit devenir une maladie chronique si elle ne guérit pas complètement. Une hépatite B chronique peut durer des dizaines d'années et occasionner d'autres maladies du foie. Si l'infection guérit entièrement, la personne est immunisée pour le reste de sa vie. En outre, la vaccination permet d'être immunisé.

13 patients (17.6%) sur les 74 nouvellement admis en 2010, pour lesquels les données sur l'hépatite B sont disponibles, souffrent d'une hépatite B chronique. 31 personnes (41.8%) sont réceptives à cette infection, 27 (36.5%) sont immunisées (22 [29.7%] par vaccination et 5 [6.8%] après guérison de la maladie aiguë). Trois personnes (4.1%) ont seulement indiqué qu'elles étaient « séropositives » cela veut dire que les anti-corps sont décelés dans le sang. Toutefois, cela peut aussi bien signifier qu'elles sont atteintes d'une hépatite B chronique ou qu'elles sont immunisées contre cette infection.

Tab. 10 : Statut concernant l'hépatite B de tous les nouveaux patients HeGeBe

Données valides/manquantes : 2005 : 92/30, 2006 : 88/22, 2007 : 61/33, 2008 : 75/31, 2009 : 76/45, 2010 : 74/50

Hépatite B	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Réceptif/réceptive	39	42.4	30	34.0	16	26.3	33	44.0	33	43.4	31	41.8
Immunisé(e) (vacciné[e])	16	17.4	20	22.7	19	31.1	18	24.0	26	34.2	22	29.7
Immunisé(e) (après guérison de la ma- ladie)	12	13.0	13	14.8	8	13.1	4	5.3	5	6.6	5	6.8
Séropositif/séropositive (statut inconnu)	3	3.3	7	8.0	2	3.3	5	6.7	4	5.3	3	4.1
Hépatite chronique	22	23.9	18	20.5	16	26.2	15	20.0	8	10.5	13	17.6
Total	92	100.0	88	100.0	61	100.0	75	100.0	76	100.0	74	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Hépatite C

Comme l'hépatite B, l'hépatite C peut, après une phase aiguë, soit totalement guérir soit devenir chronique. Après guérison complète de la maladie, la personne n'est toutefois pas immunisée. Par ailleurs, il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.

Sur les 80 nouveaux patients admis en 2010, pour lesquels les données sur l'hépatite C étaient disponibles, 34 (42.5%) souffraient d'une hépatite C chronique (ou aiguë) et 32 (40.0%) n'avaient aucune trace du virus dans leur sang. Parmi ces derniers, 30 (37.5%) n'avaient jamais contracté la maladie et 2 (2.5%) étaient complètement guéris. 14 personnes (17.5%) ont seulement indiqué qu'elles étaient « séropositives ». Cela peut aussi bien signifier qu'elles sont atteintes d'une hépatite C chronique ou que cette maladie est totalement guérie. Cependant, il convient de partir du principe que la majorité de ces 14 personnes sont atteintes d'une hépatite C chronique. Chez les nouveaux arrivants admis en 2010, la prévalence de l'hépatite C est donc d'environ 60%.

Tab. 11 : Prévalence de l'hépatite C de tous les nouveaux patients HeGeBe

Données valides/manquantes : 2005 : 91/31, 2006 : 78/32, 2007 : 58/36, 2008 : 70/36, 2009 : 75/46, 2010 : 80/44

Hépatite C	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test négatif	26	28.6	23	29.5	17	29.3	33	47.2	33	44.1	30	37.5
Maladie guérie	1	1.1	5	6.4	2	3.4	1	1.4	4	5.3	2	2.5
Séropositif/séropositif	17	18.7	17	21.8	6	10.3	7	10.0	7	9.3	14	17.5
Hépatite chronique	47	51.6	33	42.3	33	57.0	29	41.4	31	41.3	34	42.5
Total	91	100.0	78	100.0	58	100.0	70	100.0	75	100.0	80	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

VIH

Le tableau suivant fournit la prévalence du VIH chez les nouveaux arrivants entre 2005 et 2010. La prévalence est légèrement plus élevée que les deux années précédentes (10 personnes testées positives au VIH). Cependant, elle ne diffère pas considérablement de celle enregistrée entre 2005 et 2009.

Tab. 12 : Prévalence du VIH de tous les nouveaux patients HeGeBe

Données valides/manquantes : 2005 : 84/38, 2006 : 81/29, 2007 : 58/36, 2008 : 70/36, 2009 : 73/48, 2010 : 74/50

VIH	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Négatif	72	85.7	69	85.2	51	87.9	66	94.3	66	90.4	64	86.5
Positif	12	14.3	12	14.8	7	12.1	4	5.7	7	9.6	10	13.5
Total	84	100.0	81	100.0	58	100.0	70	100.0	73	100.0	74	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Les prévalences des infections par des virus de l'hépatite et des infections au VIH chez les nouveaux patients admis dans les HeGeBe montrent que ceux-ci ont des problèmes de santé plus graves. Grâce à la bonne assistance médicale fournie par les centres HeGeBe, la majorité des patients peuvent toutefois être vaccinés au cours du traitement (vaccination contre l'hépatite A et B dans la mesure où il n'existe aucune contre-indication médicale et que les patients ont donné leur consentement). Pour les patients testés positifs, des thérapies (médicamenteuses) adaptées au traitement ont pu être mise au point.

Troubles psychiatriques

Un trouble psychiatrique supplémentaire au moins (en plus de la toxicomanie) est détecté chez 47.7% des nouveaux patients admis en 2010 dans un service HeGeBe (2009: 45.6%). Les résultats des années précédentes sont légèrement plus élevés.

Tab. 13: Nombre de diagnostics psychiatriques à l'admission dans un HeGeBe, années 2005 à 2010
Données valides/manquantes: 2005: 120/2, 2006: 110/0, 2007: 93/1, 2008: 106/0, 2009: 114/7, 2010: 111/13

Nombres de diagnostics psychiatriques	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	66	55.0	58	52.7	47	50.4	50	47.2	62	54.4	58	52.3
1	45	37.5	44	40.0	34	36.6	46	43.4	44	38.6	37	33.3
2	7	5.8	6	5.5	9	9.7	9	8.5	8	7.0	13	11.7
3	1	0.8	2	1.8	2	2.2	1	0.9	0	0.0	3	2.4
4	1	0.8	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	120	100.0	110	100.0	93	100.0	106	100.0	114	100.0	111	100.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

Des troubles affectifs ont été diagnostiqués chez 25.2% des personnes nouvellement admises dans un service HeGeBe en 2010 (2009: 17.7%). 20.7% des nouveaux patients, le diagnostic concernait des troubles de la personnalité ou du comportement (2009: 21.8%). Contrairement aux années précédentes, la prévalence des troubles affectifs est plus élevée que celle des troubles de la personnalité ou du comportement. En 2010, les nouveaux patients présentaient, en outre, bien plus rarement des troubles névrotiques somatoformes psychologiques diagnostiqués que les personnes admises les années précédentes. Toutes les autres différences par rapport à l'année 2009 ne sont pas significatives.

Tab. 14 : Fréquence des groupes de diagnostic à l'admission dans un HeGeBe selon codification ICD-10 (2005 à 2010)
2005/2006/2007 : 323/3, 2008/2009 : 220/7, 2010 : 111/13

Groupe de diagnostic	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris troubles <u>symptomatiques</u>	3	0.9	1	0.5	1	0.9
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	16	5.0	20	9.1	8	7.2
Troubles affectifs	53	16.4	39	17.7	28	25.2
Troubles névrotiques somatoformes psychologiques	18	5.6	9	4.1	2	1.8
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	3	0.9	0	0.0	4	3.6
Troubles de la personnalité et du comportement	76	23.5	48	21.8	23	20.7
Retard mental	2	0.6	0	0.0	0	0.0
Troubles du développement	1	0.3	0	0.0	0	0.0
Troubles du comportement et troubles émotionnels <u>apparaissant durant l'enfance et l'adolescence</u>	15	4.6	9	4.1	6	5.4
Troubles mentaux non précisés	3	0.9	1	0.5	0	0.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

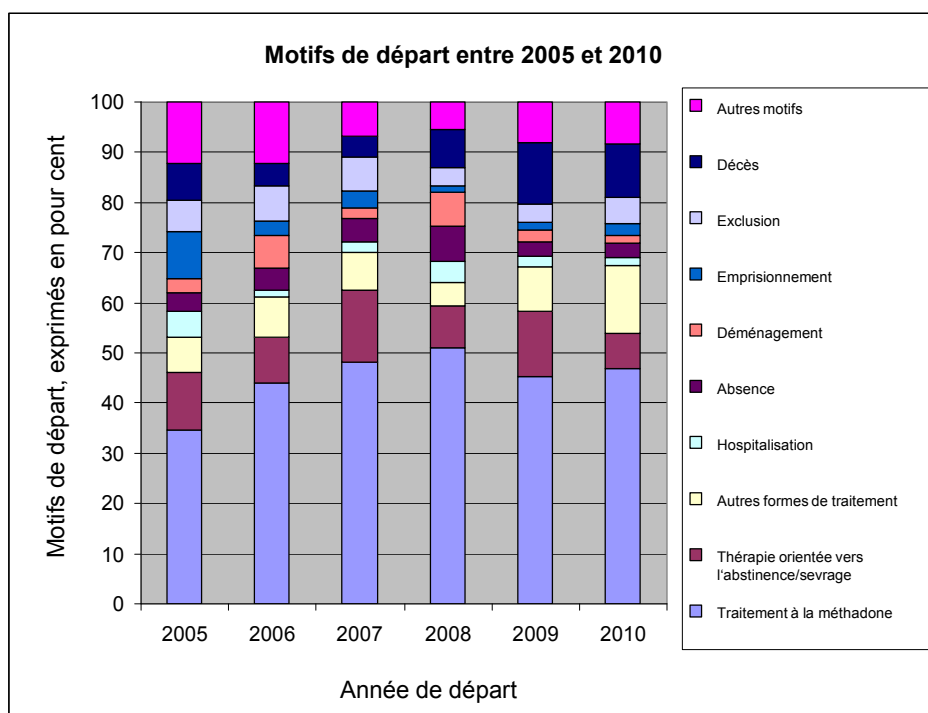
1.3. Départs

Le tableau 15 fournit des informations sur la fin prévue du traitement et les départs en 2010. L'illustration 7 donne un aperçu des principaux motifs de départs entre 2005 et 2010. Par comparaison avec les années précédentes, la raison la moins souvent mentionnée est un déménagement, et les autres formes de traitement sont le motif le plus souvent cité (probabilité d'erreur : 5% dans les deux cas). Toutes les autres différences par rapport aux années antérieures ne sont pas significatives.

Tab. 15 : Départ (n=135, pas de données manquantes)

	2009 N=139	%	2010 N=135	%
Fin prévue du traitement sans transfert vers un service spécialisé en matière de dépendances	12	8.6	9	6.7
Fin prévue du traitement avec transfert vers un service spécialisé en matière de dépendances	76	54.7	70	51.9
Fin non planifiée du traitement avec transfert vers un service spécialisé en matière de dépendances	19	13.7	31	23.0

Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010



Source : ISGF, Monitoring HeGeBe, 2009/2010

III. 7 : Motifs de départ entre 2005 et 2010

En 2010, le taux de transferts vers des services proposant d'autres formes de traitement (p. ex., traitement à la méthadone ou thérapie orientée vers l'abstinence) reste élevé et stable à 67.4% (2009: 66.1%). Pour les patients qui ont déjà un très long passé de toxicomanes et qui souffrent souvent d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, l'arrêt définitif est particulièrement difficile. Pour une partie d'entre eux, un suivi de plusieurs années n'est pas à exclure et s'avère même judicieux : c'est le seul moyen pour eux de mener une vie plus digne et structurée d'une part, et d'être suffisamment encadré d'autre part, pour ne pas mobiliser tout le système de santé, et les services des urgences en particulier.

1.4. Coûts et financement

En 2010, les coûts d'un traitement avec prescription d'héroïne se sont élevés – en raison de l'inflation et de l'évolution des coûts d'exploitation - en moyenne à 62 francs par personne et par jour (2009: 59 francs). Pour environ 1300 patients, les coûts totaux sont estimés à 29 millions de francs par an, dont environ 80% sont pris en charge par les caisses-maladie⁵ (à l'exclusion de la quote-part et de certaines parties de l'accompagnement psychosocial).

Le bénéfice économique calculé en 1997 dans le cadre d'une étude socio-économique d'envergure⁶ s'élevait à 96 francs par jour et par personne. Ce montant se compose de la différence entre les coûts totaux enregistrés avant et pendant le traitement. Les coûts d'un traitement avec prescription d'héroïne en 1997 se sont élevés à 51 francs par personne et par jour. Par conséquent le bénéfice économique global l'emportait sur les coûts par 45 francs. En d'autres termes, un héroïnomane traité dans un centre HeGeBe permet à la collectivité de réaliser des économies, notamment en termes de poursuites pénales et de justice ainsi qu'en termes de la santé. On peut supposer que le bénéfice économique global l'emporte toujours sur les coûts. Une étude de faisabilité réalisée en 2003 en réponse au postulat Waber (00.3482) pour déterminer l'opportunité d'actualiser le calcul du coût total du traitement avec prescription d'héroïne avait conclu qu'une nouvelle analyse coûts-bénéfices donnerait des résultats similaires, raison pour laquelle le conseil fédéral y avait renoncé.

1.5. Développement du personnel dans les centres HeGeBe

Le recensement effectué par l'OFSP pour avoir une vue d'ensemble de la situation du personnel (tous types de traitement de substitution confondus) dans les centres HeGeBe a donné les résultats suivants (saisie de l'effectif, et non des équivalents plein temps) : en 2009 et 2010, les 23 centres de traitement, pour couvrir une activité de 365 jours par an, employaient, en moyenne, 29 personnes occupant un poste de direction, 31 médecins, 82 personnes issues des groupes professionnels Travail social, Pédagogie sociale et Psychologie, 243 personnes assignées aux soins et à l'administration des traitements ainsi que 23 collaborateurs administratifs.

⁵ L'annexe I, point 8 « psychiatrie », de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) règle les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie des traitements de substitution en cas de dépendance aux opiacés. En effet, il faut que le traitement soit effectué selon les directives légales et que la substance ou la préparation utilisée figure sur la liste des médicaments avec tarif ou sur la liste des spécialités. En 2002, la diaphine (l'« héroïne médicale ») a été inscrite dans la liste des spécialités. De ce fait, le traitement médical avec cette substance est soumis à l'obligation de remboursement. Les toxicomanes sont exposés à des risques sanitaires plus importants que la moyenne. Ils sont plus souvent malades et plus souvent en traitement hospitalier. Le traitement HeGeBe, financé en partie par les caisses maladie, permet d'améliorer sensiblement l'état de santé physique et psychique des personnes concernées. Les hospitalisations d'urgence et d'autres mesures médicales sont moins fréquentes. Ce système permet de décharger le système de santé et a des effets positifs sur les coûts de l'assurance-maladie. Vu le nombre limité des nouveaux consommateurs d'héroïne, les coûts ne devraient pas augmenter dans les années à venir.

⁶ Frei, A ; Greiner, R.-A.; Mehnert, A. & Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht.

2. Axes d'action de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

2.1. Coordination et travail en réseau

Durant les années sous revue, les responsables administratifs et médicaux des centres HeGeBe de Suisse ont été conviés à quatre séances communes. Ces rencontres permettent la diffusion d'informations en provenance de l'OFSP, des centres et des partenaires externes, et servent également de plateforme d'échange et de coordination. Parmi les thèmes abordés en 2009 et 2010 figurent notamment: les problèmes somatiques liés à la dépendance à l'héroïne; l'insertion sur le marché du travail; les cas somatiques : signification de l'expression « être malade » en cas de dépendance à l'héroïne; les soins somatiques intégrés.

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

2.2. Autorisations / secrétariat

En 2009, l'OFSP a octroyé 1356 autorisations aux patients en vertu de l'art. 16, al. 1, let. a, de l'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne (autorisations ou renouvellement d'autorisations aux patients, 87 autorisations de remise de doses à emporter, 129 autorisations d'hospitalisation, 12 autorisations ou renouvellement d'autorisations aux médecins et 21 renouvellement d'autorisations à des institutions) après vérification de la conformité aux dispositions en vigueur. En 2010, 1418 autorisations aux patients, 95 autorisations de remise de doses à emporter, 162 autorisations d'hospitalisation, 6 autorisations ou renouvellement d'autorisations aux médecins et 10 renouvellement d'autorisations à des institutions ont été délivrées. La forte hausse du nombre de demandes d'autorisation d'hospitalisation met en évidence que de nombreux patients souffrent de maladies graves parfois chroniques et, qu'en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la cohorte - les patients les plus âgés ont déjà plus de 70 ans -, des troubles supplémentaires liés à l'âge apparaissent.

2.3. Soutien, suivi et contrôle

L'OFSP visite et contrôle l'ensemble des centres HeGeBe tous les deux ans. Ces visites lui permettent non seulement de s'assurer que les dispositions légales sont respectées, mais aussi de discuter d'aspects et de problèmes techniques, de prendre connaissance des affaires courantes et de garantir l'échange d'informations entre les centres. Les principaux sujets abordés sont le développement de la qualité, les données du monitoring HeGeBe ainsi que les développements dans les centres. Aucune infraction n'a été observée en 2009 et 2010 dans le cadre de ces contrôles.

2.4. Evolution de la qualité

- **QuaTheDA**

L'ancrage du système d'assurance qualité QuaTheDA, introduit en partie dans les centres He-GeBe, s'est poursuivi et a pu être contrôlé par le biais des audits internes effectués en 2009 et 2010, et des rapports de gestion remis à l'OFSP. Certains centres HeGeBe ont déjà obtenu la certification.

2.5. Promotion de la recherche

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

La demande d'autorisation pour les comprimés de diacétylmorphine (DAM) a été déposée en décembre 2005. Swissmedic les a homologués le 20 décembre 2010. Les comprimés offrent des avantages au niveau de la prévention et de la réduction des risques. En effet, leur forme de consommation présente moins de risques sur le plan médical que la solution injectable. Ils doivent être considérés comme une étape supplémentaire permettant à un consommateur d'héroïne par injection de quitter la rue. Par ailleurs, ils donnent la possibilité aux personnes qui fument de l'héroïne mais qui ne se la sont jamais injectée dans la rue, de rejoindre un centre qui propose un traitement avec prescription d'héroïne.

2.6. Monitoring / évaluations

Depuis le lancement de l'étude de cohorte nationale 1994, les centres HeGeBe bénéficient d'un accompagnement scientifique. En 2009 et 2010, l'ensemble des patients ont été systématiquement interrogés lors de leur admission dans un centre et à leur sortie. L'évaluation de ces données trouve sa place dans le présent rapport.

3. Diacétylmorphine (DAM) : utilisation et données statistiques

3.1. Inspections

L'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) surveille depuis 2002 les modalités d'administration de la diacétylmorphine en Suisse, sur mandat de l'OFSP. En 2009 et 2010, Swissmedic a été chargé de réaliser 23 inspections HeGeBe. Il a aussi procédé à l'inspection bi-annuelle chez le fournisseur.

Résultat des contrôles : Comme les années précédentes, aucune infraction n'a été observée en 2009 et 2010.

3.2. Formes pharmaceutiques

Les formes pharmaceutiques suivantes étaient disponibles en 2009 et 2010 :

- Diaphin®, flacons à 10 grammes de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté injectable;
- Diaphin® IR 200, comprimés dosés à 200 mg de diacétylmorphine hydrochlorique anhydre (équivalents à 209 mg de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée) à libération rapide ;
- Diaphin® SR 200, comprimés dosés à 200 mg de diacétylmorphine hydrochlorique anhydre (équivalents à 209 mg de diacétylmorphine hydrochlorique monohydratée) à libération lente.

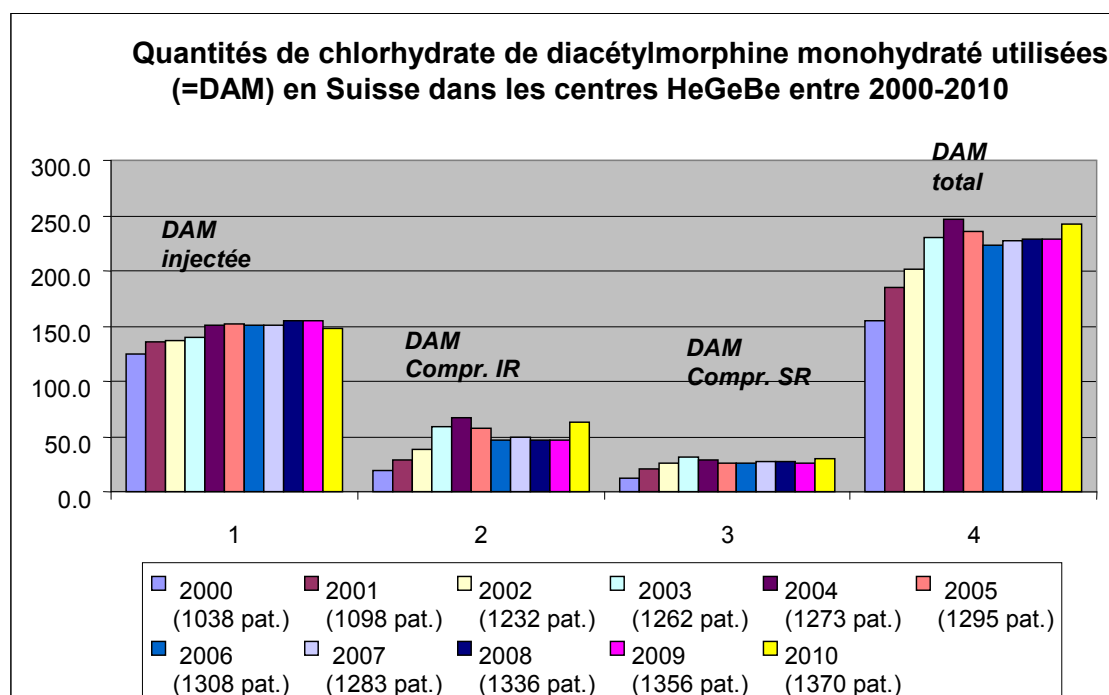
3.3. Quantités utilisées

En 2010, les 23 centres ont remis aux patients au total 242.6 kg d'héroïne comme chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté. La perte de gestion s'élevait à 5.4 kg. La différence s'explique par des pertes lors de l'emploi des solutions injectables, quelques milligrammes de substance restant inévitablement dans l'ampoule lors du prélèvement. Cette perte de gestion reste dans le cadre de la valeur maximale de tolérance de 5%.

Tab. 16 : Quantités de diacétylmorphine (en kg) utilisées en 2010 (chiffres de 2009)

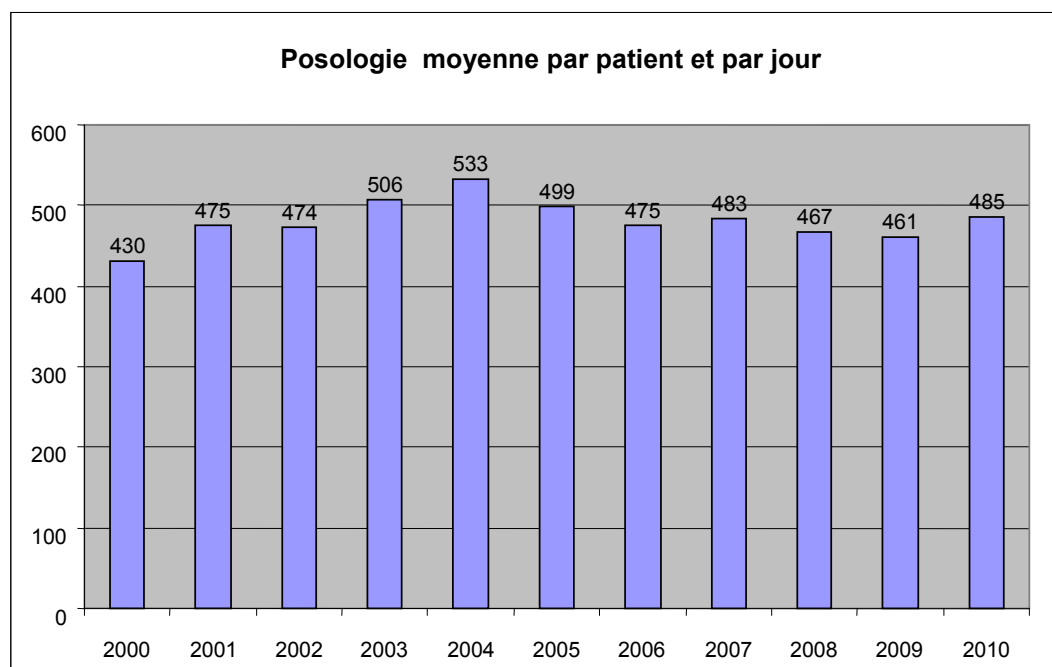
	2009	2010
➤ Quantité totale de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté utilisée pour les patients traités en Suisse (sans perte)	228.1 kg	242.6 kg
➤ Proportion de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté utilisée sous forme injectable (Diaphin® i.v.)	68.1 %	61.25 %
➤ Proportion de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté utilisée sous forme orale – comprimés IR	20.35 %	26.24 %
➤ Proportion de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté utilisée sous forme orale – comprimés SR	11.56 %	12.51 %

Source : Swissmedic 2009/10



III. 8 : Quantités de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté utilisées entre 2000 et 2010
Source : Swissmedic 2009/2010

L'illustration 8 révèle que la consommation de comprimés a considérablement augmenté en 2010. Etant donné que Swissmedic a récemment homologué ces comprimés, cette tendance à la hausse pourrait encore s'accroître ces prochaines années.



III. 9 : Doses journalières moyenne de chlorhydrate de diacétylmorphine monohydraté administrées en mg
Source : Swissmedic 2009/2010

La variation du dosage quotidien moyen en diacétylmorphine au cours des dernières années s'explique en premier lieu par le type de formes pharmaceutiques à disposition. Concrètement, la

quantité nécessaire de diacétylmorphine orale (comprimés IR, comprimés SR) sera trois fois supérieure en cas d'administration par voie orale, en raison d'une moins bonne biodisponibilité.

3.4. Données statistiques communiquées à l'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU (OICS), à Vienne

Conformément à l'art. 32 de la loi sur les stupéfiants, les autorités sanitaires suisses doivent communiquer à l'Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations Unies (OICS), à Vienne, les données de l'année précédente concernant la consommation et la fabrication nationales, les importations et les exportations ainsi que les variations du stock entre le début et la fin de l'année, en vue de l'établissement des statistiques internationales et de leur publication à la fin du mois de juin de l'année en cours. Les données en question ont été transmis.

4. Etudes publiées en 2009 et 2010 sur le traitement avec prescription d'héroïne

Blanken P, van den Brink W, Hendriks VM, Huijsman IA, Klous MG, Rook EJ, Wakelin JS, Barendrecht C, Beijnen JH, van Ree JM. Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2010; 20 Suppl 2: S105-58.

Brekke M, Vetlesen A, Høiby L, Skeie I. [Quality of life among patients in drug-assisted rehabilitation programmes]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010; 130(13): 1340-2.

Demaret I, Lemaître A, Ansseau M. [Efficacy diacetylmorphine (pharmaceutical heroin) for heroin treatment]. *Rev Med Liege*. 2010;65(12):681-7.

Eide-Olsen B. [Promising change of policy for drug-assisted rehabilitation]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010; 130(13):1332.

Eiroa-Orosa FJ, Haasen C, Verthein U, Dilg C, Schäfer I, Reimer J. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(3): 226-33.

Eiroá-Orosa FJ, Verthein U, Kuhn S, Lindemann C, Karow A, Haasen C, Reimer J. Implication of gender differences in heroin-assisted treatment: results from the German randomized controlled trial. *Am J Addict*. 2010; 19(4): 312-8.

Frick U, Wiedermann W, Schaub M, Uchtenhagen A, Rehm J. [Prognostic factors from a long-term follow-up of heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2007]. *Psychiatr Prax*. 2010; 37(4): 175-82.

Haasen C, Verthein U, Eiroa-Orosa FJ, Schäfer I, Reimer J. Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German randomised controlled trial. *Eur Addict Res*. 2010;16(3): 124-30.

Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(3):209-15.

Neira-León M, Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, de la Fuente L, Domingo-Salvany A, Pulido J, Santos S; Project Itinere Group. Infrequent opioid overdose risk reduction behaviours among young adult heroin users in cities with wide coverage of HIV prevention programmes. *Int J Drug Policy*. 2011; 22(1):16-25.

Nosyk B, Geller J, Guh DP, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Schechter MT, Anis AH. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 111(1-2): 161-5.

Oviedo-Joekes E, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Nosyk B, Krausz M, Anis A, Christian WM, Spittal P, Schechter MT. Characteristics and response to treatment among Aboriginal people receiving heroin-assisted treatment. *Can J Public Health*. 2010; 101(3): 210-2.

Oviedo-Joekes E, March JC, Romero M, Perea-Milla E. The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: a 2 year follow-up. *Drug Alcohol Rev*. 2010; 29(1): 75-80.

Reimer J, Verthein U, Karow A, Schäfer I, Naber D, Haasen C. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomised controlled maintenance treatment trial. *Addiction*. 2011: In press.

Schäfer I, Eiroa-Orosa FJ, Verthein U, Dilg C, Haasen C, Reimer J. Effects of psychiatric comorbidity on treatment outcome in patients undergoing diamorphine or methadone maintenance treatment. *Psychopathology*. 2010; 43(2): 88-95.

Verthein U, Haasen C, Reimer J. Switching From Methadone to Diamorphine-2-Year Results of the German Heroin-Assisted Treatment Trial. *Subst Use Misuse* 2011: In press.

Wurst FM, Thon N, Yegles M, Halter C, Weinmann W, Laskowska B, Strasser J, Skipper G, Wiesbeck GA, Dürsteler-Macfarland K. Optimizing heroin-assisted treatment (HAT): Assessment of the contribution of direct ethanol metabolites in identifying hazardous and harmful alcohol use. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 115(1-2): 57-61.

Annexe

Centre	Traitement avec prescription d'héroïne depuis	Nombre de patients au 31.12.2009	Nombre de patients au 31.12.2010	Places autorisées au 31.12.2010 (augmentation du nombre de places par rapport à 2009)
Bâle, Janus	octobre 1994	148	150	150
Bâle-Campagne, PDA	juin 2000	20	25	25 (+5)
Berne, Koda	mai 1994	206	196	225
Bienne, Suprax	septembre 1995	69	70	70
Brugg, HAG	septembre 2000	19	21	50
Berthoud, Biwak	mai 2000	50	49	50
Cazis, Realta	janvier 2001	8	7	10
Coire, Neumühle	juillet 2000	34	34	34
Genève, Peps	septembre 1995	50	50	50
Horgen, DBB	septembre 1995	30	31	35
Lucerne, Drop-In	septembre 1995	88	90	90
Olten, Herol	mai 1994	29	31	32
Schaffhouse, HeGeBe SH	mai 2002	23	24	25
Soleure, Gourrama	août 1995	41	43	43
Soleure, Kost	septembre 1995	6	2	15
Saint-Gall, MSH	septembre 1995	72	75	75
Zurich, Crossline	août 1995	76	144	152
Zurich, Lifeline	janvier 1994	77		
Thoune, HeGeBe Thun	juillet 1994	69	69	70
Wetzikon, PZW	janvier 2002	12	10	25
Winterthour, Ikarus	août 1995	54	54	60 (+5)
Zoug, Zopa	août 1995	29	28	30
Zurich, ZokL2	janvier 1994	145	160	160 (+10)
Total		1355	1370	1476

Source : OFSP, base de données des patients HeGeBe, 2009/2010