

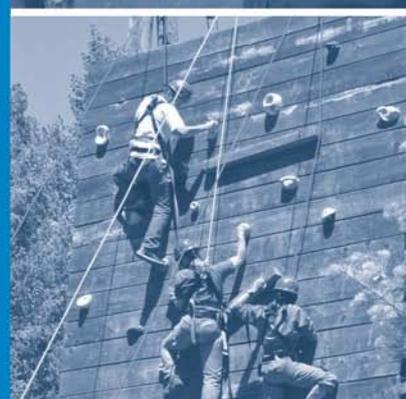
Rapport annuel act-info 2013

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse

Table des matières

1	Introduction	3
1.1	Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes	3
1.2	Le système de monitoring <i>act-info</i>	4
1.2.1	Objectif d' <i>act-info</i>	4
1.2.2	Les instruments <i>act-info</i>	5
1.2.3	Exploitations de routine et diffusion des résultats	7
1.3	Statistiques sectorielles participantes: situation 2013	8
1.4	Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes	9
1.5	Saisie des données	10
1.6	Protection des données	12
2	Aspects méthodologiques	13
2.1	Degré de couverture	13
2.2	Données manquantes	15
2.3	Unité d'analyse et données utilisées	15
2.4	Sous-groupes (variables indépendantes)	17
2.5	Variables cibles (variables dépendantes)	18
2.6	Procédures d'analyse	18
3	Clientèles et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013	19
3.1	Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal	19
3.2	Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission	20
3.3	Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission	20
3.4	Initiative du premier traitement	21
3.5	Âge moyen au moment de la première consommation	21
3.6	Consommation quotidienne avant l'admission	22
3.7	Autres problèmes addictifs au moment de l'admission	23
3.8	Consommation par injection avant l'admission	27
3.9	Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal	29
4	Tableaux	30
Tableau 1a	Problème principal, selon le sexe (admissions 2013)	30
Tableau 1b	Trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2013)	30
Tableau 2	Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2013)	31
Tableau 3	Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2013)	31
Tableau 4	Âge à l'admission, selon le problème principal (2013)	33
Tableau 5	État civil à l'admission, selon le problème principal (2013)	34
Tableau 6	Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2013)	35
Tableau 7	Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2013)	36
Tableau 8	Situation de logement à l'admission, selon le problème principal (2013)	37
Tableau 9	Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2013)	38
Tableau 10	Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2013)	39
Tableau 11	Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2013)	41
Tableau 12	Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2013)	43
Tableau 13	Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes, selon le problème principal actuel (2013)	44

Table des matières

Tableau 14	Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2013)	46
Tableau 15	Fréquence de consommation de la principale substance posant problème avant l'admission (2013)	48
Tableau 16	Principales combinaisons de substances lors de troubles liés à l'utilisation de drogues multiples (admissions 2013)	49
Tableau 17	Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2013)	50
Tableau 18	Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2013)	51
Tableau 19	Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2013)	52
Tableau 20	Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2013)	54
Tableau 21	Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2013)	55
Tableau 22	Injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2013)	56
Tableau 23	Echange de matériel d'injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2013)	57
Tableau 24	Problème principal, selon le sexe (sorties 2013)	58
Tableau 25	Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2013)	59
Tableau 26	Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2013)	59
Tableau 27	Âge à la sortie, selon le problème principal (2013)	61
Tableau 28	Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2013)	62
Tableau 29	Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts, selon le problème principal (sorties 2013)	64
Tableau 30	Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès, selon le problème principal (sorties 2013)	65
5	Evolution jusqu'en 2013	66
5.1	Evolution des cas enregistrés et des taux de couverture dans les différents secteurs de prise en charge	66
5.2	Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2013)	68
5.3	Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2006-2013)	69
5.4	Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2006-2013)	70
5.5	Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2004-2013)	71
5.6	Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2004-2013)	72
	Bibliographie	75

1. Introduction

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

Le présent rapport décrit le développement et l'état actuel du projet global et présente une analyse des données *act-info* recueillies en 2013 pour l'ensemble de la Suisse ainsi que, pour la première fois dans le rapport annuel *act-info*, un suivi des évolutions au cours du temps.

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

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

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

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

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

1. Introduction

1.2 Le système de monitoring *act-info*

act-info (acronyme pour addiction, care and therapy information) est le système harmonisé de monitoring des usagers des structures du domaine de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse. Ce système national de documentation, qui a le statut d'un relevé statistique fédéral, porte sur les différentes offres de traitement ambulatoire et résidentiel des personnes ayant des problèmes liés aux substances légales ou illégales, ou souffrant de dépendances non liées à une substance. Les instituts de recherche impliqués (Addiction Suisse à Lausanne et ISGF à Zurich) sont responsables de la collecte et de l'exploitation des données dans les différents domaines de traitement. *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est également responsable du projet global.

1.2.1 Objectif d'*act-info*

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

Les objectifs spécifiques peuvent être résumés comme suit:

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

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

1.2.2 Les instruments act-info

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

- **Treatment Demand Indicator** Standard Protocol (TDI) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA 2012)
- **Dokumentationsstandards III** pour l'évaluation des traitements de personnes dépendantes (DG-Sucht 2001) de la «Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie»
- **Addiction Severity Index (ASI)** (McLellan et al. 1992)
- **questionnaires antérieurs** des statistiques sectorielles de 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 (Heatherton et al. 1991).

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

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

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

Questions thématiques: ces questions ne sont posées que 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 cures de sevrage ou troubles alimentaires. De nombreux modules thématiques ou spécifiques aux secteurs de prise en charge sont disponibles (17 pour l'entrée et 16 pour la sortie), et d'autres encore peuvent être élaborés si nécessaire.

1. Introduction

Suite à la révision du TDI au niveau européen (EMCDDA 2012), les instruments *act-info* ont été révisés afin de maintenir leur compatibilité avec les nouvelles normes internationales. Les nouveaux instruments ont été introduits en janvier 2013.

Les questionnaires d'entrée et de sortie *act-info* rassemblent au total quelque 45 **questions de base** bien documentées, qui couvrent les domaines suivants (voir aussi les pages Internet *act-info*: www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03293/index.html?lang=fr):

Questionnaire d'entrée

Cadre de la prise en charge:

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

Données sociodémographiques:

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

Substances consommées, comportement addictif:

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

Santé: test de dépistage VIH resp. hépatite C.

Questionnaire de sortie

Cadre de la prise en charge:

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

Données sociodémographiques:

sexe, année de naissance; conditions d'habitation.

Substances consommées, comportement addictif:

problèmes addictifs lors de la sortie.

1.2.3 Exploitations de routine et diffusion des résultats

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

Rapports d'institution: dans les secteurs de prise en charge SAMBAD, *act-info-FOS*, *act-info-Residalc* et HeGeBe, chaque institution participante reçoit de l'institut de recherche responsable du secteur correspondant un rapport d'institution confidentiel relatif à sa clientèle de l'année de référence avec tableaux et/ou graphiques. Les données comprennent toutes les entrées et sorties qui ont eu lieu durant l'année civile (les éventuelles entrées multiples d'un-e même client-e 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). De son côté, la Statistique nationale de la méthadone offre aux cantons la possibilité de requêtes d'analyses interactives sur Internet (sous la forme d'analyses cantonales spécifiques).

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

et en allemand (et en partie aussi en italien) et une version électronique est mise à disposition sur leurs sites Internet. De son côté, la statistique HeGeBe fournit actuellement à l'OFSP les chiffres nécessaires à l'élaboration de son rapport sectoriel, tandis que la Statistique nationale de la méthadone propose des requêtes d'analyses interactives sur Internet portant sur l'ensemble de la Suisse.

Rapport global d'*act-info*: la constitution d'une banque de données centralisée contenant les variables de base permet de procéder à des analyses globales. Le présent rapport est le dixième rapport annuel (données 2013) sur l'ensemble des secteurs couverts par *act-info*. Les résultats sont présentés selon la principale substance posant problème, indépendamment du domaine de prise en charge. Contrairement à l'approche adoptée dans les rapports spécifiques aux secteurs de traitement ou aux institutions, où l'épisode de prise en charge constitue l'unité d'analyse, le rapport global d'*act-info* présente une statistique relative aux personnes, conformément aux recommandations du protocole TDI (EMCDDA, 2012). Cela signifie que plusieurs épisodes de prise en charge concernant une même personne au cours d'une même année sont comptabilisés ici comme une seule unité d'analyse (voir le sous-chapitre 2.3).

Communication des résultats: les instituts de recherche choisissent la forme appropriée pour diffuser les résultats dans leur secteur de traitement. 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, au besoin, à des rencontres organisées par les institutions en Suisse romande et en Suisse alémanique et communique des informations sur le projet global *act-info* et sur *act-info-Residalc*. Dans le domaine ambulatoire, des séances peuvent être organisées sur demande des associations concernées pour présenter et discuter les résultats recueillis dans ce secteur de prise en charge.

1. Introduction

1.3 Statistiques sectorielles participantes: situation 2013

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

act-info-FOS: 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 devenue en 1995 la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS), bénéficiant d'une large représentation. Le passage à *act-info*, qui a eu lieu le 1^{er} janvier 2003 déjà avec les instruments d'alors, a également servi d'ultime phase test pour le projet global. L'année suivante, la possibilité d'une saisie par Internet était offerte. Le nombre d'établissements offrant des traitements résidentiels pour des client-e-s ayant des problèmes liés à des substances illégales est de 54. En 2013, ils étaient 46 à participer au réseau de recherche et tous ont livré des données. En sus des établissements thérapeutiques, quelques appartements protégés et un programme de placement familiaux participent également au monitoring. La description du projet, la liste des publications et les rapports annuels sont disponibles sur Internet sous le lien www.isgf.ch (ensuite Projekte > illegale Drogen > FOS - stationäre Suchttherapie).

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

Suisse et couvre des établissements résidentiels à 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. Le passage à *act-info* a eu lieu le 1^{er} janvier 2004. On compte une vingtaine d'établissements résidentiels spécialisés de ce type en Suisse, dont 16 ont participé au monitoring de la clientèle en 2013. La plupart sont des centres de réhabilitation et des cliniques spécialisées. La description du projet et les rapports annuels peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info-Residalc*).

SAMBAD: la statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD) est également réalisée par Addiction Suisse. Elle concerne aussi bien les centres de consultation spécialisés dans la prise en charge de problèmes addictifs que les services polyvalents qui suivent, en plus d'autres groupes de client-e-s, également des personnes ayant un problème de dépendance. SAMBAD a été lancé en 1994 avec une phase pilote et poursuivi par un relevé systématique dès 1995 sous la responsabilité de l'Office fédéral de la statistique. Depuis le passage à *act-info* le 1^{er} janvier 2004, la collecte des données est effectuée directement par Addiction Suisse. En 2013, on enregistre en Suisse 193 établissements dans ce secteur, dont plus des deux tiers (69.4%) traitent exclusivement de problèmes de dépendance. La participation au monitoring a quelque peu diminué au cours des deux dernières années. On comptait 72 services participants en 2013. La description du projet et les rapports annuels se trouvent à l'adresse suivante: www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info SAMBAD*).

HeGeBe: le monitoring des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est mené par l'ISGF et regroupe en 2013 22 établissements de traitement ambulatoire, dont deux programmes de distribution en milieu carcéral. Pour intégrer le programme, il faut être héroïnomane depuis plus de deux ans (selon

la CIM-10), être majeur, avoir échoué au moins deux fois dans ses tentatives de traitement et avoir subi des atteintes au niveau physique, psychologique et/ou de sa vie sociale du fait de sa consommation. La statistique HeGeBe, alors baptisée PROVE (abréviation de l'allemand Projekt für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln) a débuté en 1994 à titre d'essai. A partir de 1998, le traitement avec prescription d'héroïne a été adopté en tant que possibilité de traitement 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 de par la loi. La description du projet et la liste de publications se trouvent à l'adresse suivante: www.isgf.ch (ensuite Projekte > illegale Drogen > Heroingestützte Behandlung [HeGeBe-Monitoring]).

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 dans le cadre de l'obligation d'autorisation à laquelle les traitements de substitution sont soumis. En 2013, 12 cantons utilisaient les logiciels mis à disposition et 11 d'entre eux ont livré des données individuelles anonymisées à la statistique nationale. 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 recueille en plus des données d'admission et de fin de traitement en principe une fois par année des données en cours de traitement servant aux prolongations d'autorisations délivrées par le médecin cantonal. L'introduction des instruments d'*act-info* doit être approuvée par chaque autorité cantonale (médecins cantonaux)

et n'a pas pu être réalisée pour l'instant. Par contre, toutes les données compatibles avec *act-info* sont converties aux standards officiels et intégrées à la banque de données centralisée.

La page Internet www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/06217/index.html?lang=fr présente une description du projet et permet de consulter les résultats selon des requêtes d'analyse interactives.

1.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes

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

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

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

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

Foyers: en font partie les ateliers et les offres d'hébergement et de soins destinées aux personnes confrontées à un problème de toxicomanie ou d'alcoolodépendance. Ces structures font office soit de postcure ou de solution intermédiaire, soit de lieu

1. Introduction

de vie pour des personnes qui ne peuvent pas être resocialisées.

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

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.

1.5 Saisie des données

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

SAMBAD

www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info* SAMBAD puis sous Publications & téléchargements)

act-info-Residalc

www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info-Residalc* puis sous Publications & téléchargements)

act-info-FOS

www.isgf.ch/ (ensuite Projekte > illegale Drogen > FOS - Stationäre Suchttherapie puis sous Methodik > Instrumente)

HeGeBe

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

Pour la **Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone**, des formulaires cantonaux sont utilisés. Un logiciel est en outre mis à disposition par l'OFSP pour la gestion des autorisations de prescription et pour la saisie électronique des données.

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 l'instance de coordination du projet global au moyen d'un logiciel adapté 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.

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

- Sur mandat de la direction du projet global, un masque de saisie (**act-info PC**) 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 révision des questionnaires 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 nouvelle version a été introduite en 2007 et une mise à jour garantissant la compatibilité avec les nouveaux systèmes d'exploitation a été effectuée en 2011. La dernière révision des questionnaires a eu lieu en 2013.
- *act-info-FOS* met le logiciel **DataPool** à la disposition des institutions participantes, qui peuvent ainsi saisir les données de leur clientèle directement par le biais d'Internet. Le logiciel comprend des procédures préalables de filtrage et de vérification, qui améliorent la qualité des données (plausibilité, exhaustivité). Actuellement, 80% des institutions participant aux relevés d'*act-info-FOS* saisissent leurs données en ligne.

- Depuis début 2013, *act-info-Residalc* et *SAMBAD* mettent à disposition des institutions une application web (**act-info online**) permettant la saisie en ligne des données. Cette application dispose également de fonctions de filtrage et de contrôle qui améliorent la qualité des données. Cette nouvelle application a également été adaptée pour le secteur HeGeBe, dans lequel elle est fonctionnelle depuis mi 2014.
- 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 introduit dans aucun canton. Actuellement, une révision des variables destinées à la statistique nationale des traitements de substitution a été initiée et une nouvelle application sera mise à disposition des cantons au cours de l'année 2015.

Par ailleurs, des sociétés informatiques commercialisent des systèmes complets de gestion de la clientèle intégrant les modules de questions d'*act-info*. Ces modules ont été établis sur la base des spécifications 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. Introduction

1.6 Protection des données

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

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

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

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

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

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

2. Aspects méthodologiques

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

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

2.1 Degré de couverture

Si le système de monitoring *act-info* a été conçu dès l'origine pour permettre un recensement exhaustif, la participation était toutefois restée jusqu'ici dans une large mesure facultative pour les institutions et ne pouvait par conséquent pas être garantie. Depuis, l'inclusion le 15 janvier 2014 de la « Statistique de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (*act-info*) » dans la liste des relevés statistiques de la Confédération (Ordonnance sur les relevés statistiques, numéro 188) a jeté les bases légales pour l'obligation de relever des données dans le domaine des drogues illégales. Jusqu'ici, seuls les centres HeGeBe avaient l'obligation de participer au relevé. Dans le secteur des traitements substitutifs, des demandes d'autorisation doivent être déposées, qui sont utilisées pour la récolte de données de base à l'intention de 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.

Comme ce fut le cas les années précédentes, la participation des différents secteurs de prise en charge au monitoring de la clientèle en 2013 n'est pas homogène:

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

Les taux de participation des deux secteurs résidentiels sont nettement plus élevés que celui du secteur ambulatoire. Ainsi, 46 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés à l'abus de drogues sur un total de 54 ont participé à *act-info-FOS* (soit 85%) et 16 des 20 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments ont participé à *act-info-Residalc* (80%). En comparaison, 37% (72 sur 193) des centres ambulatoires (spécialisés ou polyvalents) ont participé au monitoring SAMBAD en 2013. Ici, le taux de participation est légèrement inférieur à celui de l'année précédente.

En 2013, 11 cantons ont participé à la Statistique nationale de la méthadone et ont livré des données individuelles. Dans le secteur des traitements substitutifs, les variables *act-info* ne sont cependant pas toutes récoltées, si bien que certains thèmes ne sont pas couverts. Les cantons restants n'ont fourni que des données agrégées ou des données ne pouvant pas être intégrées dans la banque de données centralisée d'*act-info*.

Le taux de participation des institutions ne représente toutefois qu'une approximation du taux de couverture effectif, puisque le nombre total de personnes traitées reste inconnu. Une couverture incomplète

2. Aspects méthodologiques

par ce système de monitoring peut poser problème pour la généralisation des résultats, en particulier si le nombre de cas enregistrés est insuffisant et/ou que des distorsions systématiques amènent à douter de la représentativité des cas saisis. Il apparaît toutefois peu probable que les données disponibles présentent de graves distorsions. La décision de participer ou non au monitoring ne semble en effet guère liée au profil de la clientèle des centres respectifs.

Pour l'année 2013, le nombre de clients et clientes dont les données peuvent être analysées, compris entre N=3883 et N=8424 selon la question, s'avère suffisant (données concernant l'admission; sous-questions filtrées exclues). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats avec prudence, car les données ne peuvent garantir une représentativité strictement contrôlée de la population visée. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble de la participation pour l'année 2013.

Participation des institutions à act-*info*, selon le secteur de prise en charge (2013)

	Institutions existantes (N)	Participation (n)	Participation (%)
HeGeBe	22	22	100%
FOS	54	46	85%
Residalc	20	16	80%
SAMBAD	193	72	37%
	Cantons ayant une offre de substitution à la méthadone (N)	Cantons disposant de données individuelles (n)	Participation (%)
Méthadone	26	11	42%

2.2 Données manquantes

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

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

2.3 Unité d'analyse et données utilisées

Conformément au protocole TDI (EMCDDA 2012), les exploitations annuelles portant sur l'ensemble des secteurs de prise en charge ont les personnes pour unité d'analyse. Autrement dit, contrairement à ce qui se fait pour les analyses spécifiques à un secteur, une personne ayant été prise en charge à plusieurs reprises au cours de l'année de référence n'est comptabilisée ici qu'une seule fois. Pour cela, il a fallu introduire un identifiant unique (voir le chapitre 1.6) valable pour tous les secteurs de prise en charge et complètement anonymisé. Celui-ci permet en principe d'identifier les épisodes de prise en charge parallèles ou répétés concernant une même personne au cours de l'année considérée. Pour l'analyse des données relatives aux admissions, la statistique prend en considération, en cas de prises en charge multiples, la première entrée en date. Pour l'analyse des données relatives aux sorties, le principe est analogue: c'est la première sortie enregistrée durant l'année civile qui est prise en compte. Il faut toutefois partir du point de vue qu'un certain nombre de prises en charge parallèles ou répétées ne peuvent pas être identifiées comme telles, car les éléments nécessaires pour générer l'identifiant unique font parfois défaut. Par ailleurs, des erreurs au niveau des données qui servent à générer ce code ne sont pas totalement exclues. Dans les limites exposées ci-dessus, le tableau suivant présente le nombre de personnes enregistrées par chaque statistique sectorielle et concernées par au moins une admission ou une sortie durant l'année 2013.

Clientes et clients (proches exclus) enregistrés à l'admission et à la sortie, par statistique sectorielle (2013)

	FOS		HeGeBe		Méthadone		SAMBAD		Residalc		act-info	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrée												
hommes	352	76.5	62	81.6	697	72.8	4074	72.4	849	65.2	6034	71.6
femmes	108	23.5	14	18.4	261	27.2	1556	27.6	453	34.8	2392	28.4
Total	460	100.0	76	100.0	958	100.0	5630	100.0	1302	100.0	8426	100.0
données manquantes	1		0		0		0		0		1	
Sortie												
hommes	306	75.7	88	77.9	99	76.7	3909	71.1	904	65.8	5306	70.6
femmes	98	24.3	25	22.1	30	23.3	1590	28.9	470	34.2	2213	29.4
Total	404	100.0	113	100.0	129	100.0	5499	100.0	1374	100.0	7519	100.0
données manquantes	0		0		0		0		0		0	

2. Aspects méthodologiques

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 2013 mais constituent plutôt un fragment de celle-ci, tributaire de la participation des institutions aux relevés (voir sous-chapitre 2.1).

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 (Astudillo et al. 2014).

La statistique ne permet pas encore de tirer des conclusions précises – excepté pour le secteur HeGeBe – quant à l'effectif de la clientèle des institutions qui y participent. Les résultats exposés dans ce rapport ne se réfèrent donc strictement qu'aux entrées et aux sorties enregistrées durant la période d'observation. Pour évaluer l'effectif des client-e-s pris en charge dans les différents secteurs de traitement des dépendances, une estimation du nombre de client-e-s en traitement au cours d'un jour-type a été entreprise en 2014 sur la base des données à disposition (HeGeBe, *act-info*-FOS, *act-info*-Residalc: nombre effectif) et des informations relatives au taux de participation (date de référence: 30.09.2014). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Estimation de l'effectif* des client-e-s du système de prise en charge des dépendances (date de référence: 30.09.2014)

	Nombre de client-e-s
HeGeBe	1'382
FOS	715
Residalc	556
SAMBAD	24'500
Méthadone	17'000
Total (arrondi)	44'000

* Uniquement les secteurs de prise en charge qui participent au monitoring *act-info*

Il faut compter avec des marges d'erreurs assez larges pour les chiffres estimés dans le secteur ambulatoire et celui des traitements de substitution. C'est la raison pour laquelle ils ont été arrondis. Précisons que dans le secteur ambulatoire, dont l'offre s'étend à l'ensemble des problèmes addictifs, 51% de l'effectif ont l'alcool pour principal problème, 41% une drogue illégale ou un hypnotique/sédatif, 5% un trouble non lié à une substance et la part restante une autre substance légale.

Si l'on met en commun les chiffres relatifs aux cinq secteurs de prise en charge participant à *act-info*, on obtient un chiffre global d'environ 44'000 personnes en traitement. Le nombre des personnes bénéficiant d'un accompagnement psychosocial ou d'une thérapie dans les autres secteurs de prise en charge (offres à bas seuil, sevrage, psychiatrie, foyers, appartements protégés, etc.) peut, quant à lui, être estimé entre 5'000 et 10'000.

2.4 Sous-groupes (variables indépendantes)

Pour les exploitations statistiques standardisées de l'année 2013, 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 ne peuvent être interprétées de manière adéquate qu'en lien avec la substance ou la catégorie de substances concernée. La présentation des résultats par secteur de prise en charge n'a pas été jugée nécessaire dans la mesure où des analyses propres aux secteurs sont déjà disponibles et qu'il est déjà possible de procéder à des comparaisons à ce niveau (voir le point 1.2.3). Les résultats relatifs aux sorties sont également présentés selon la principale substance posant problème et c'est la substance indiquée au moment de l'admission qui est prise en compte.

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

- en Allemagne (www.suchthilfestatistik.de/cms/)
- aux Pays-Bas (www.sivz.eu/ivz-addiction-care/ladis.html)
- ou aux USA (www.samhsa.gov/data/substance-abuse-facilities-data-nssats).

Dans les cas de polytoxicomanie, on cherche en principe toujours à identifier quelle est la substance qui pose subjectivement le plus de problèmes. Avec les instruments révisés, il est néanmoins possible d'indiquer, comme information complémentaire, qu'il s'agit en réalité de polytoxicomanie selon la définition de la CIM-10. Les personnes enregistrées dans la Statistique nationale de la méthadone ou de HeGeBe ont par principe l'héroïne pour principal problème, puisque la dépendance à cette substance est – logiquement – le facteur principal menant à ces traitements.

Les exploitations standardisées ne retiennent que les quatre catégories les plus grandes de principales substances posant problème. Ensemble, ces catégories représentent 89.7% de toutes les admissions enregistrées en 2013. Il s'agit des catégories suivantes:

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

Les cas enregistrés dans les sous-groupes restants sont nettement moins nombreux, ce qui limite considérablement les possibilités d'analyse. Ainsi, le profil des clients et clientes enregistrés en 2013 qui ont indiqué les autres stimulants, les hallucinogènes, les hypnotiques/sédatifs, les substances volatiles, le tabac ou d'autres substances comme principal problème n'est pas analysé en détail. Cela s'applique aussi aux clients et clientes ayant principalement des troubles non liés à une substance, tels que les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique, la dépendance aux ordinateurs et/ou à Internet et d'autres comportements assimilables à une addiction, qui sont également pris en compte par *act-info*.

2. Aspects méthodologiques

2.5 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. Celles-ci découlent en grande partie des priorités définies par le protocole TDI.

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

2.6 Procédures d'analyse

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

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

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

3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

Le présent chapitre expose les principaux résultats issus des données act-*info* 2013 récoltées lors de l'admission ou de la sortie des client-e-s. L'ensemble des résultats des analyses standardisées se trouve, quant à lui, sous forme de tableaux dans le chapitre 4.

3.1 Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal

Le graphique 1 présente la répartition des problèmes principaux au sein de la clientèle enregistrée par act-*info* en 2013. Il s'agit de problèmes liés à une substance ou de problèmes assimilables à une addiction tels que le jeu pathologique ou la dépendance aux ordinateurs et/ou à Internet. En ce qui concerne les problèmes liés à une substance, l'héroïne, la méthadone, la buprénorphine (usage abusif) et les autres opioïdes sont regroupés sous la catégorie 'opioïdes'. De la même façon, la catégorie 'cocaïne' réunit la cocaïne sous forme de poudre, le crack (sel de cocaïne, chlorhydrate de cocaïne et bicarbonate) et les autres

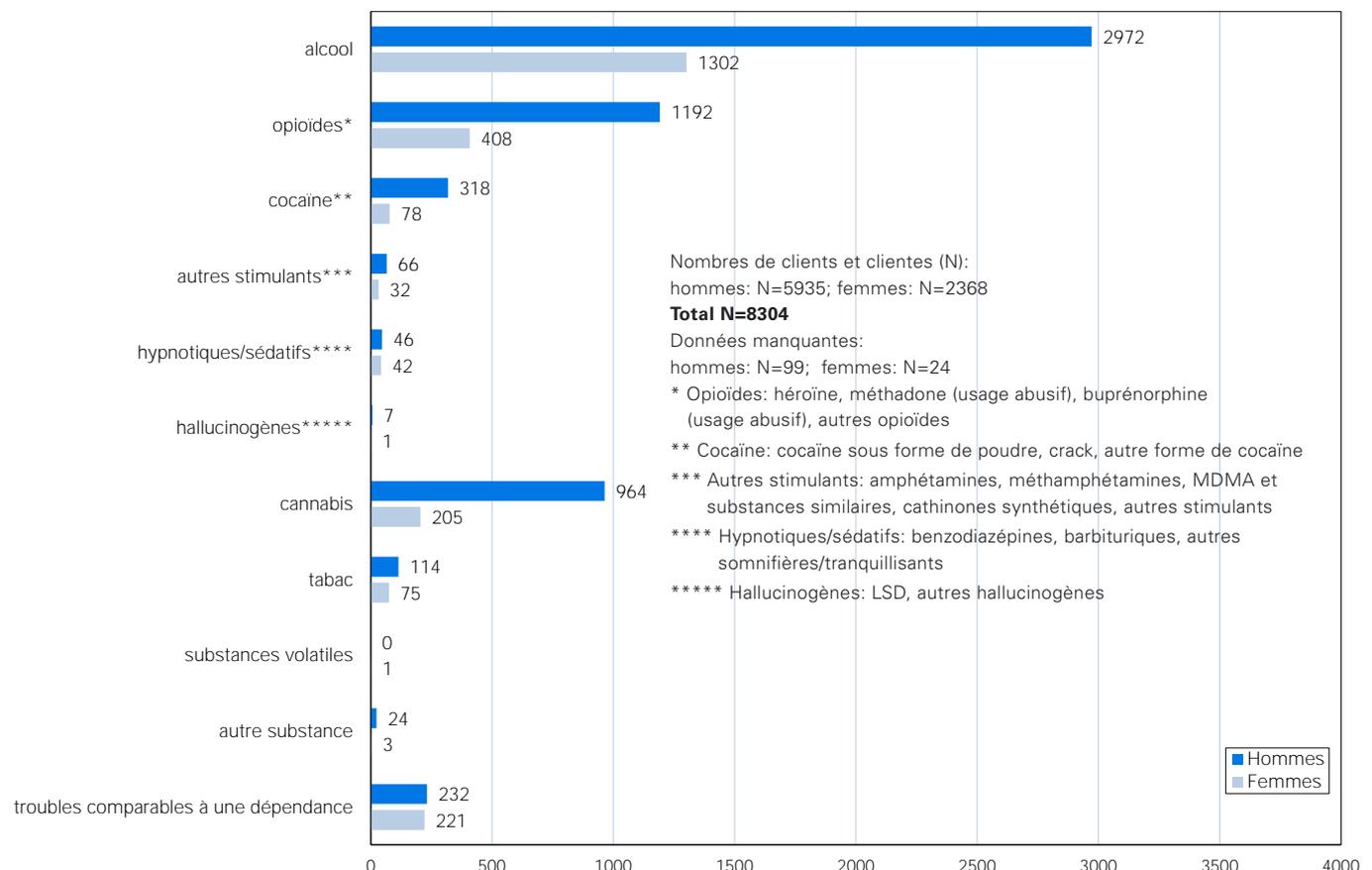
formes de cocaïne.

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

Le graphique 1 montre que l'alcool est la principale substance posant problème la plus souvent mentionnée au début de la prise en charge ambulatoire ou résidentielle. Il est suivi par les opioïdes, le cannabis et la cocaïne. Au total, ces quatre catégories de substances représentent 89.7% des problèmes principaux enregistrés par act-*info*.

Les hallucinogènes (par exemple le LSD) et les substances volatiles ne sont signalés comme problème principal que par quelques client-e-s. Les substances qui ne constituent que rarement le problème principal peuvent néanmoins jouer un rôle en tant que problème secondaire (voir sous-chapitre 3.7).

Graphique 1
Problème principal à l'admission, selon le sexe (2013)

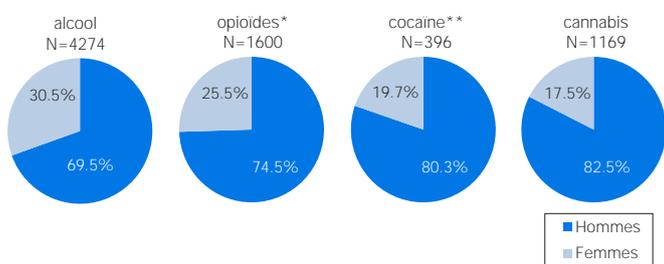


3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

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

Le graphique 2 montre la répartition hommes/femmes dans les quatre catégories de principales substances posant problème les plus souvent mentionnées. Les femmes sont nettement sous-représentées dans toutes ces catégories. Leur présence est la plus marquée dans le groupe 'alcool' (30.5%) et la plus faible dans le groupe 'cannabis', avec 17.5%.

Graphique 2
Clientes et clients enregistrés à l'admission, selon le problème principal (2013)



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

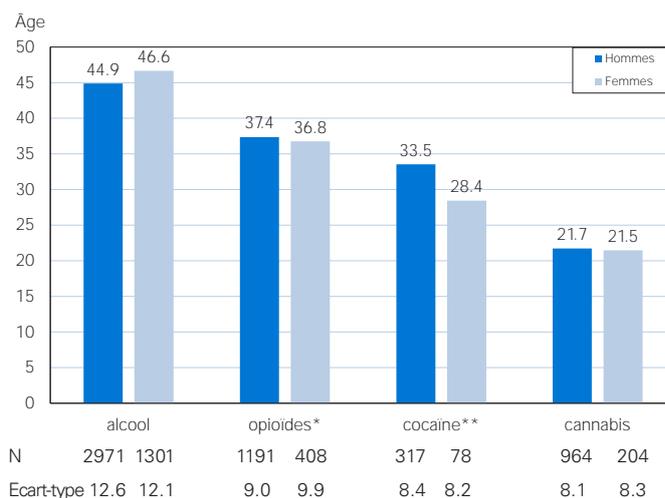
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

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

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

Le groupe de client-e-s ayant l'alcool pour problème principal est, avec un âge moyen de 44.9 ans pour les hommes et de 46.6 ans pour les femmes, nettement plus âgé que les autres groupes. A l'opposé, les client-e-s pris en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis forment le groupe le plus jeune.

Graphique 3
Âge moyen (en années) des clientes et des clients à l'admission, selon le problème principal (2013)



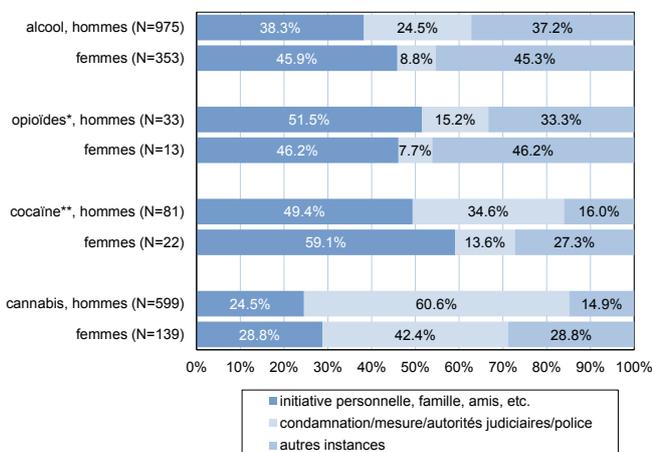
* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

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

3.4 Initiative du premier traitement

Pour mieux connaître les motivations qui conduisent à une première prise en charge, seuls les client-e-s traités ou pris en charge pour la toute première fois pour un problème addictif sont pris en considération dans cette analyse (graphique 4). Environ deux cinquièmes des nouveaux client-e-s ayant l'alcool pour problème principal et environ la moitié de ceux/celles ayant les opioïdes resp. la cocaïne comme problème principal disent avoir cherché de l'aide de leur propre initiative ou y avoir été poussés par leur famille, des amie-s ou d'autres connaissances (employeur exclu). Parmi les client-e-s dont le principal problème est le cannabis, cette proportion est d'un quart environ. Dans ce dernier groupe, ce sont les condamnations et mesures prononcées qui jouent le rôle le plus important. On trouvera le détail des instances d'envoi pour l'ensemble des client-e-s enregistrés en 2013 dans la section regroupant les tableaux standardisés (tab. 14).

Graphique 4
Principale instance d'envoi des clientes et des clients pour la première prise en charge, selon le problème principal (2013)



Filtre: seul-e-s les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération: N=2215

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

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

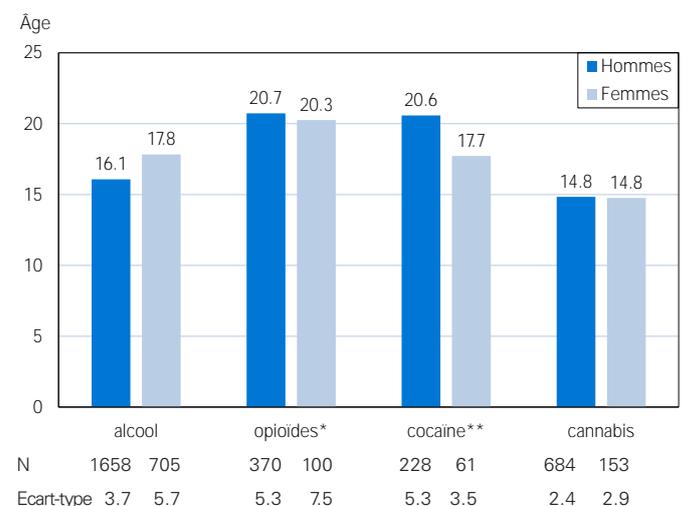
3.5 Âge moyen au moment de la première consommation

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

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

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

Graphique 5
Âge moyen des clientes et des clients au début de la consommation, selon le problème principal (2013)



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

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

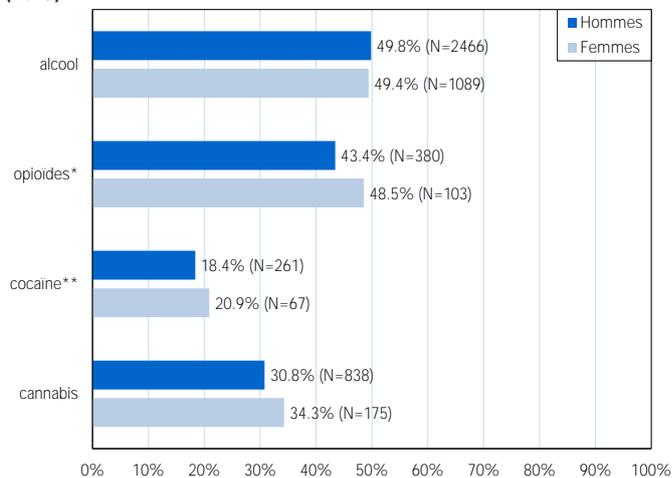
3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

3.6 Consommation quotidienne avant l'admission

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

Environ la moitié des client-e-s dont le principal problème est l'alcool disent avoir consommé une ou plusieurs fois par jour cette substance avant leur prise en charge. C'est un peu moins le cas des client-e-s pris en charge pour un problème principal lié aux opioïdes. La part des consommateurs/trices quotidiens parmi les client-e-s ayant principalement un problème avec le cannabis ou la cocaïne est nettement plus petite. Parmi le groupe 'opioïdes', les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à signaler un usage quotidien.

Graphique 6
Fréquence de la consommation quotidienne avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement), selon le sexe et le problème principal (2013)



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

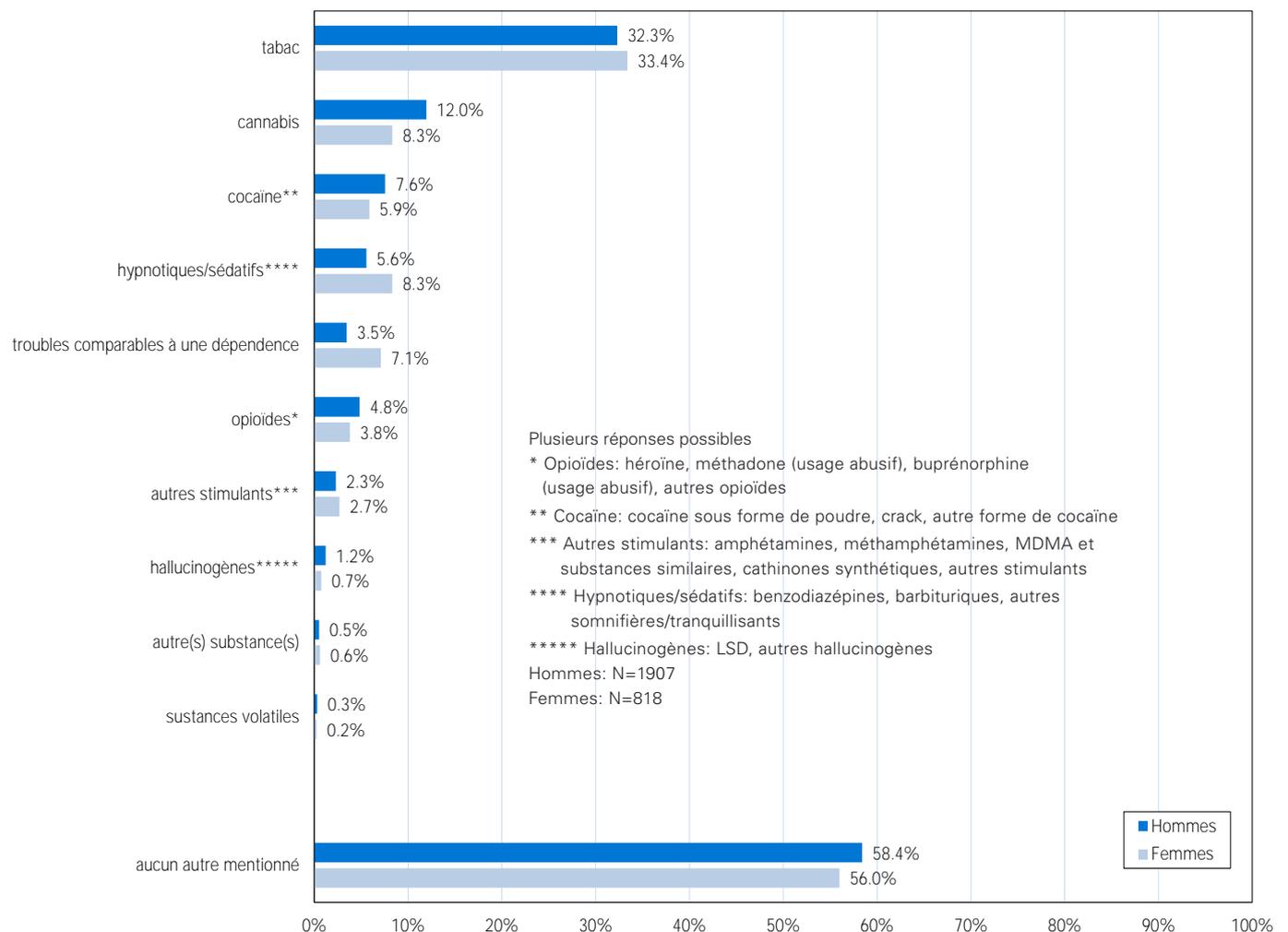
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne
Période de référence: 30 derniers jours avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement)

3.7 Autres problèmes addictifs au moment de l'admission

La présence, en plus du problème principal, d'autres problèmes liés à des substances ou 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, à savoir l'alcool (7A), les opioïdes (7B), la cocaïne (7C) et le cannabis (7D), sont considérées séparément. La part des personnes qui n'indiquent aucun autre problème de dépendance est également prise en compte. L'ordre de présentation reflète la fréquence des mentions. Précisons encore que plusieurs réponses sont possibles.

Graphique 7A (Problème principal: alcool)
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2013)

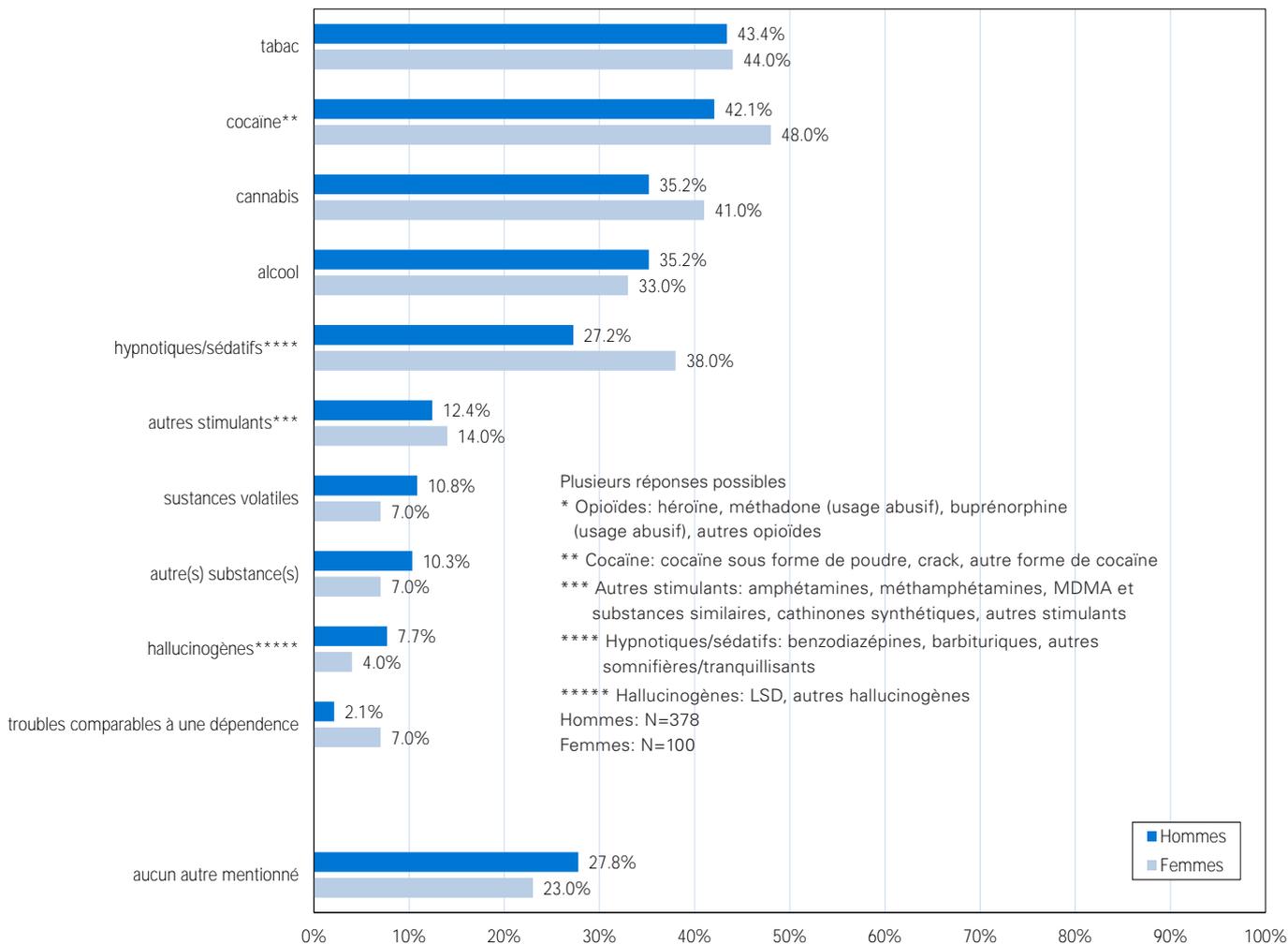


Chez les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le tabac est la substance problématique secondaire la plus souvent mentionnée (graphique 7A). En comparaison, les autres substances ou comporte-

ments assimilables à une addiction ne jouent qu'un rôle globalement limité. Un peu plus de la moitié des client-e-s de ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

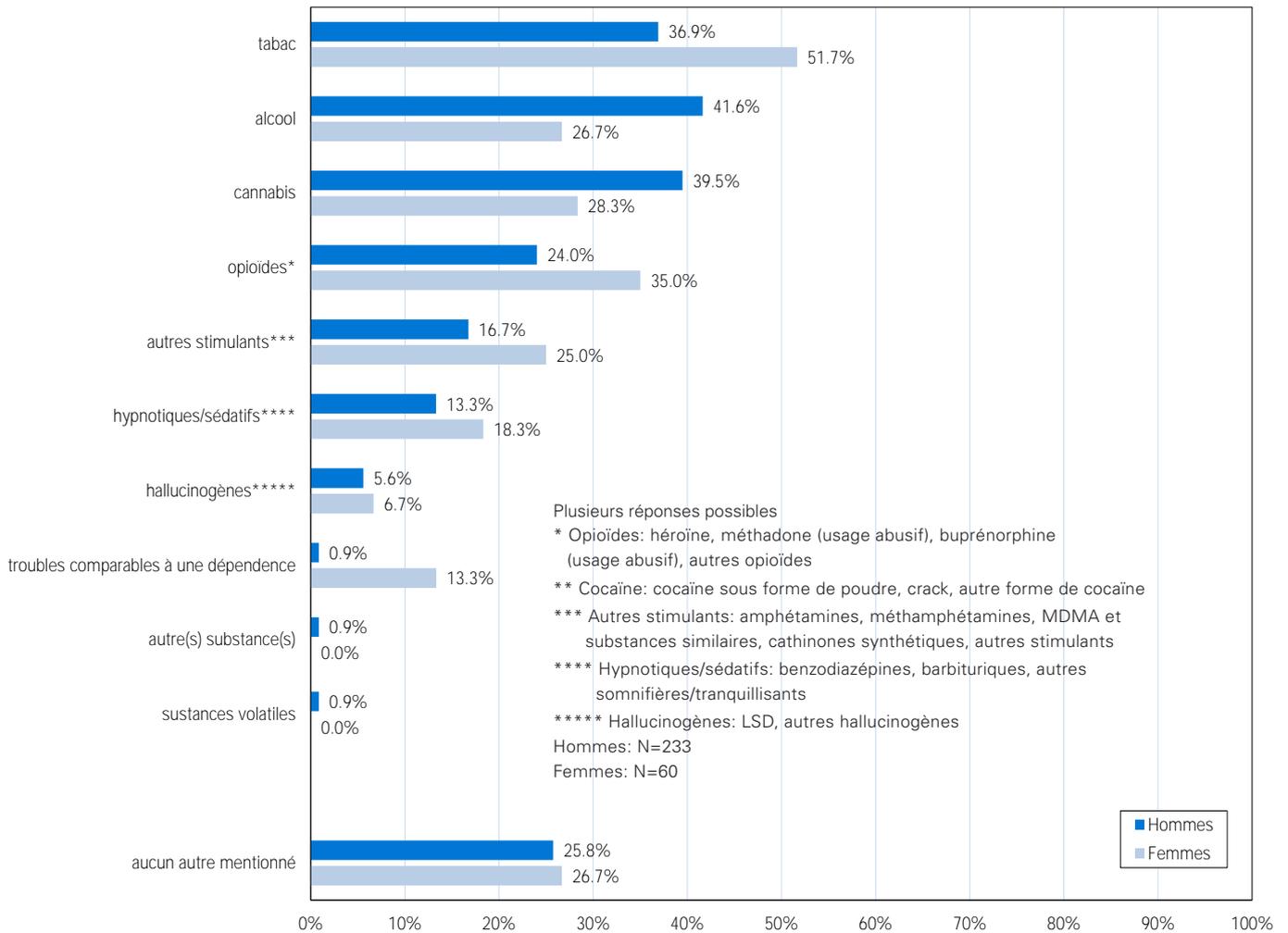
3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

Graphique 7B (Problème principal: opioïdes*)
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2013)



Le groupe des client-e-s ayant les opioïdes pour principal problème se caractérise par différents autres problèmes addictifs: tabac, cocaïne, cannabis, alcool et hypnotiques/sédatifs sont fréquemment cités (graphique 7B). La part des client-e-s sans autre problème addictif est relativement petite (environ un quart). Ces chiffres sont en accord avec les résultats d'analyses approfondies effectuées dans le cadre des statistiques sectorielles, qui suggèrent que la poly-toxicomanie est un phénomène fréquent parmi les personnes dépendantes aux opioïdes.

Graphique 7C (Problème principal: cocaïne)**
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2013)

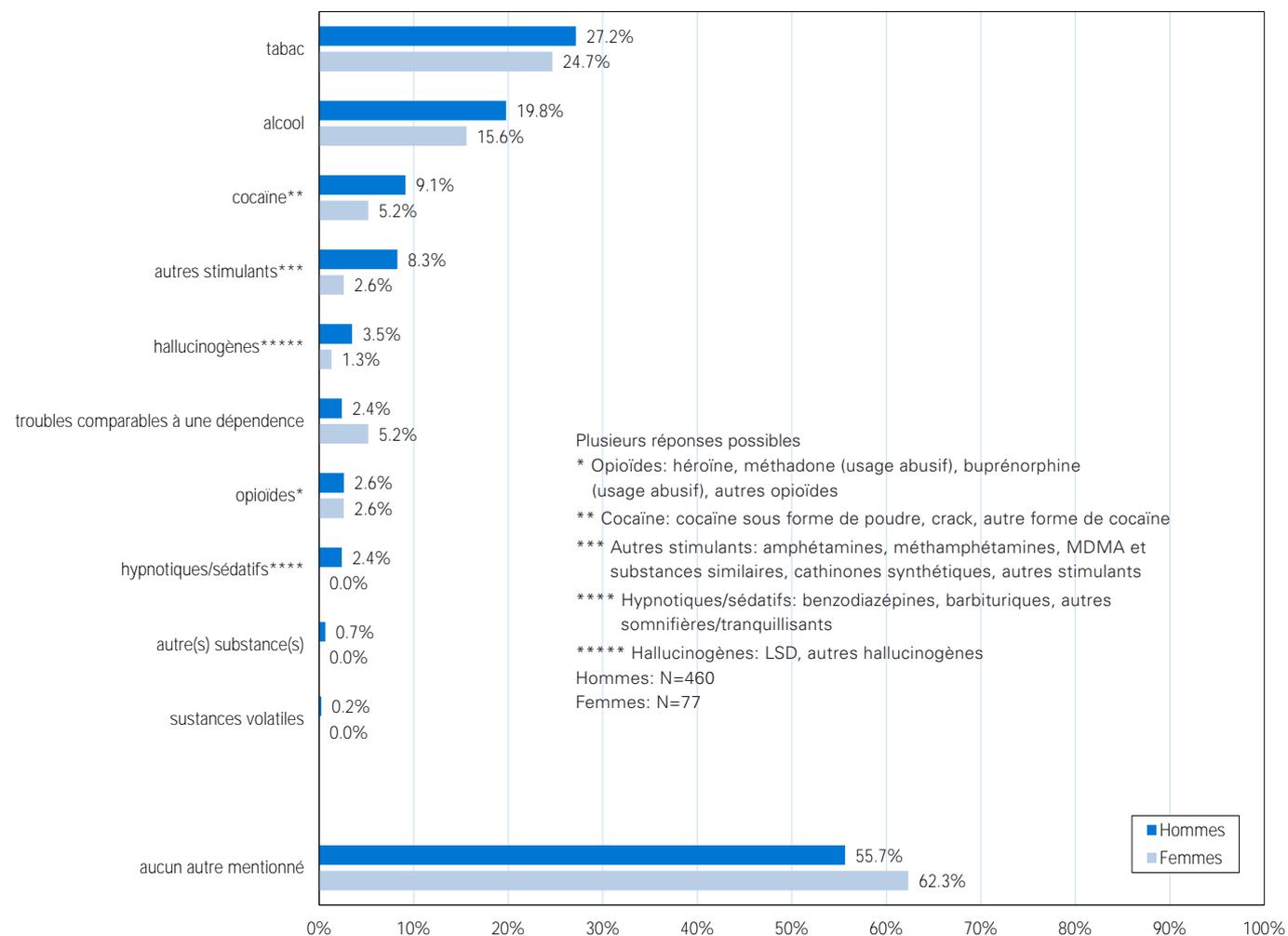


Une image comparable se dégage du graphique 7C, qui présente les autres problèmes addictifs du groupe 'cocaïne'. Ici, le tabac, l'alcool, le cannabis, les opioïdes et les autres stimulants sont les autres substances problématiques les plus fréquemment mentionnées. Au total, environ un quart des personnes appartenant à ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

Graphique 7D (Problème principal: cannabis)

Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2013)

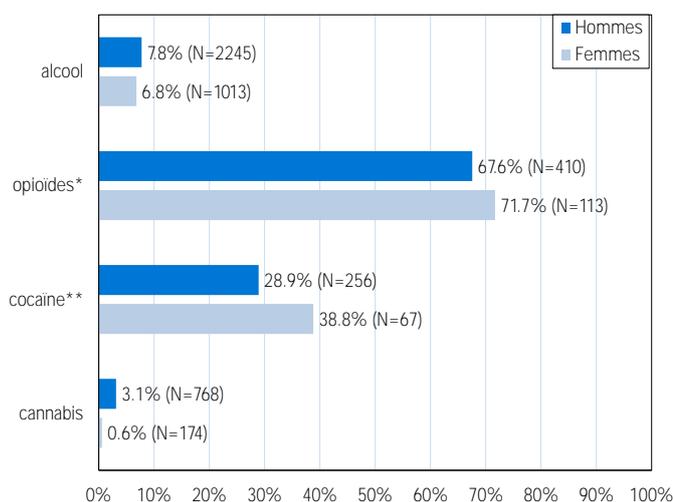


Dans le groupe des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème, ce sont le tabac et l'alcool qui sont le plus souvent cités comme problèmes secondaires (graphique 7D). Dans ce groupe, un peu plus de la moitié des hommes et près de deux tiers des femmes ne font état d'aucun autre problème addictif.

3.8 Consommation par injection avant l'admission

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

Graphique 8A (Prévalence au cours de la vie)
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2013)

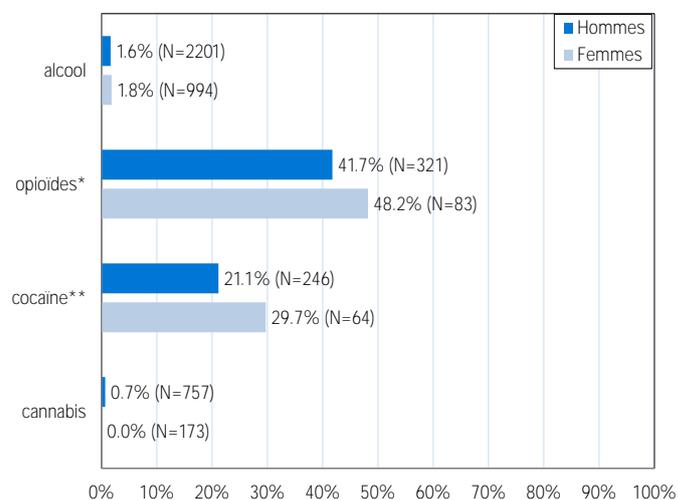


* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

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

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

Graphique 8B (Prévalence au cours des 12 derniers mois)
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2013)



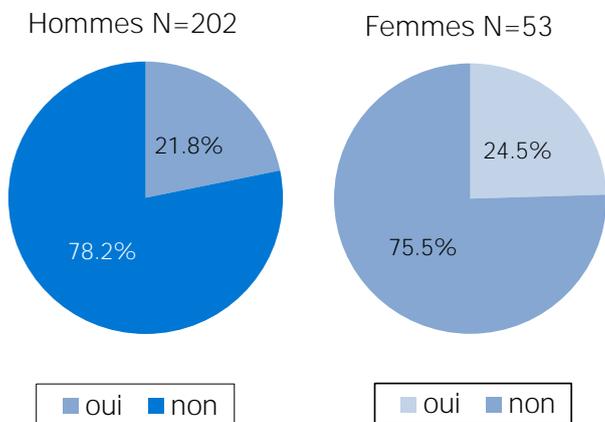
* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

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

On observe une image assez similaire pour la prévalence à douze mois, bien que les proportions soient toutes plus petites: environ deux clients sur cinq et près de la moitié des clientes du groupe 'opioïdes' ainsi qu'un client sur cinq resp. près d'une cliente sur trois du groupe 'cocaïne' signalent avoir consommé une drogue illégale par injection au cours des douze mois qui ont précédé leur prise en charge (graphique 8B). Dans les groupes 'alcool' et 'cannabis', les proportions de client-e-s qui ont recouru à l'injection dans les douze derniers mois sont très faibles et peuvent être mises en relation avec les données relatives aux autres problèmes mentionnés par ces client-e-s: les drogues injectables sont peu fréquemment citées en tant que substance problématique secondaire (voir le point 3.7). A noter que ces derniers résultats ne sont pas directement comparables à ceux enregistrés les années précédentes, vu que la période de référence est désormais passée de six à douze mois. En revanche, la prévalence à 30 jours a été ajoutée au relevé. Celle-ci s'avère encore relativement élevée auprès des personnes du groupe 'opioïdes' avec des proportions de 27.4% (clients) et 32.2% (clientes). Comme pour les autres périodes de référence, les proportions de personnes mentionnant s'être injecté des drogues illégales au cours des 30 derniers jours sont moins élevées dans le groupe 'cocaïne' (12.9% des clients et 22.6% des clientes).

3. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2013

Graphique 9
Echange de matériel d'injection chez les clientes et les clients ayant injecté au cours des 12 mois avant l'admission (2013)



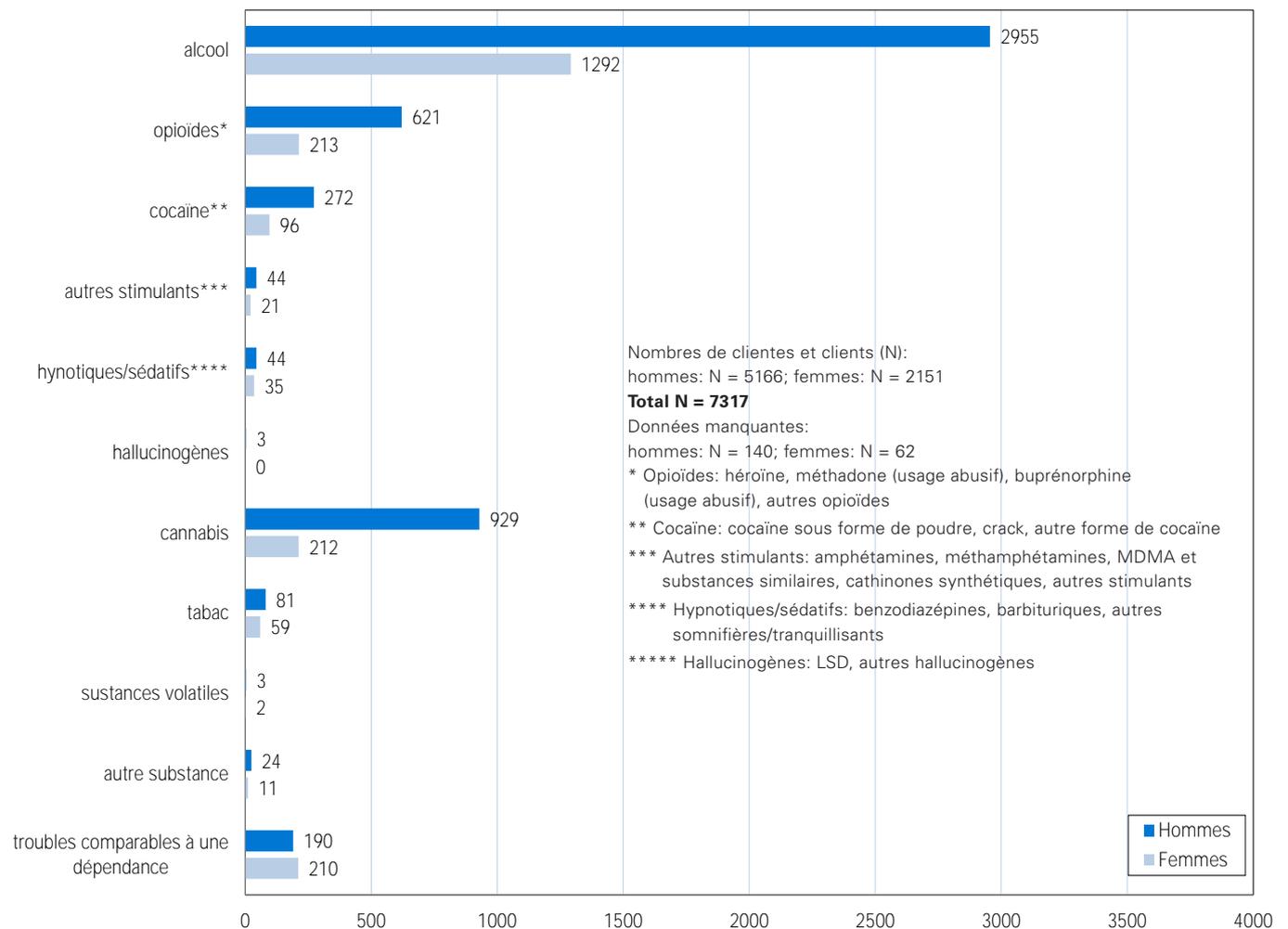
Le graphique 9 montre, pour tous les client-e-s ayant consommé par injection au cours des douze mois précédant l'admission, s'ils/si elles ont fait usage de matériel d'injection partagé avec d'autres consommateurs/trices au cours de cette même période. Tous les client-e-s ayant injecté sont pris en compte, indépendamment de leur problème principal. Malgré les risques de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite, une proportion non négligeable de client-e-s faisant usage de drogues par voie intraveineuse – soit en tout 22.4% – ont utilisé du matériel d'injection partagé.

3.9 Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal

Le système de monitoring *act-info* a enregistré 7519 personnes sorties en 2013. Le graphique 10 concerne les client-e-s sortis en 2013 pour lesquels le principal problème au moment de l'admission est connu. Il présente les problèmes principaux que les client-e-s avaient mentionnés au début de leur prise en charge. Les client-e-s pour qui le problème principal fait défaut ne sont pas pris en considération dans les analyses.

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

Graphique 10
Raison principale de la prise en charge des clientes et des clients sortis en 2013



4. Tableaux

Tableau 1a:
Problème principal, selon le sexe (admissions 2013)

Le problème principal doit être défini même en présence de troubles liés à l'usage de substances multiples (voir ci-dessous)

	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
alcool	2972	50.1	1302	55.0	4274	51.5
héroïne	1143	19.3	381	16.1	1524	18.4
méthadone (usage abusif)	38	0.6	16	0.7	54	0.7
buprénorphine (usage abusif)	1	0.0	0	0.0	1	0.0
fentanyl (usage abusif)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres opioïdes	10	0.2	11	0.5	21	0.3
cocaïne sous forme de poudre	300	5.1	76	3.2	377	4.5
crack	15	0.3	2	0.1	17	0.2
autre forme de cocaïne	3	0.1	0	0.0	3	0.0
amphétamines	34	0.6	18	0.8	52	0.6
méthamphétamines (crysals méth, ice, pilules thaï)	10	0.2	2	0.1	12	0.1
MDMA et substances similaires (ecstasy)	15	0.3	10	0.4	25	0.3
cathinones synthétiques (méphredone, méthylone etc)	4	0.1	0	0.0	4	0.0
autres stimulants	3	0.1	2	0.1	5	0.1
barbituriques (usage abusif)	1	0.0	1	0.0	2	0.0
benzodiazépines (usage abusif)	41	0.7	36	1.5	77	0.9
GHB/GBL	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres somnifères/tranquillisants	4	0.1	5	0.2	9	0.1
LSD	6	0.1	1	0.0	7	0.1
kétamine	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres hallucinogènes	1	0.0	0	0.0	1	0.0
substances volatiles	0	0.0	1	0.0	1	0.0
cannabis	964	16.2	205	8.7	1169	14.1
tabac	114	1.9	75	3.2	189	2.3
autres substances (tous types)	24	0.4	3	0.1	27	0.3
jeu pathologique	104	1.8	25	1.1	129	1.6
dépendance aux ordinateurs et/ou internet	47	0.8	3	0.1	50	0.6
troubles alimentaires	13	0.2	153	6.5	166	2.0
autres troubles comparables à une dépendance	68	1.1	40	1.7	108	1.3
Total	5935	100.0	2368	100.0	8304	100.0
données manquantes	99		24		123	

Question: qned010

Tableau 1b:
Trouble lié à l'utilisation de substances multiples (admissions 2013)

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

	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
trouble lié à l'usage de substances multiples	495	17.6	150	14.0	645	16.6
Total	2814	100.0	1068	100.0	3883	100.0
données manquantes	3220		1324		4544	

Question: qned015

Tableau 2:
Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2013)

	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	2972	69.5	1192	74.5	318	80.3	964	82.5
femmes	1302	30.5	408	25.5	78	19.7	205	17.5
Total	4274	100.0	1600	100.0	396	100.0	1169	100.0
données manquantes	0		0		1		0	

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

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

Question: qmec010

Tableau 3:
Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	3	0.1	0	0.0	0	0.0	32	2.7
15-19	61	1.4	13	0.8	23	5.8	676	57.9
20-24	144	3.4	126	7.9	49	12.4	160	13.7
25-29	291	6.8	241	15.1	88	22.2	115	9.8
30-34	434	10.2	270	16.9	88	22.2	95	8.1
35-39	423	9.9	268	16.8	59	14.9	35	3.0
40-44	566	13.2	315	19.7	50	12.6	27	2.3
45-49	716	16.8	221	13.8	27	6.8	12	1.0
50-54	607	14.2	99	6.2	8	2.0	7	0.6
55-59	468	11.0	33	2.1	3	0.8	5	0.4
60-64	292	6.8	8	0.5	1	0.3	2	0.2
65-69	177	4.1	4	0.3	0	0.0	2	0.2
70-74	71	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	19	0.4	1	0.1	0	0.0	0	0.0
Total	4272	100.0	1599	100.0	396	100.0	1168	100.0
données manquantes	2		1		1		1	

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

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

Question: qmec020

4. Tableaux

Tableau 3 (suite):

Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2013)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	2	0.1	0	0.0	0	0.0	22	2.3
15-19	41	1.4	8	0.7	10	3.2	562	58.3
20-24	117	3.9	84	7.1	34	10.7	129	13.4
25-29	210	7.1	176	14.8	68	21.5	100	10.4
30-34	338	11.4	196	16.5	73	23.0	76	7.9
35-39	302	10.2	218	18.3	51	16.1	28	2.9
40-44	404	13.6	248	20.8	45	14.2	24	2.5
45-49	465	15.7	156	13.1	25	7.9	10	1.0
50-54	394	13.3	71	6.0	7	2.2	6	0.6
55-59	328	11.0	24	2.0	3	0.9	4	0.4
60-64	191	6.4	6	0.5	1	0.3	2	0.2
65-69	119	4.0	3	0.3	0	0.0	1	0.1
70-74	48	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	12	0.4	1	0.1	0	0.0	0	0.0
Total	2971	100.0	1191	100.0	317	100.0	964	100.0
données manquantes	1		1		1		0	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	1	0.1	0	0.0	0	0.0	10	4.9
15-19	20	1.5	5	1.2	13	16.7	114	55.9
20-24	27	2.1	42	10.3	15	19.2	31	15.2
25-29	81	6.2	65	15.9	20	25.6	15	7.4
30-34	96	7.4	74	18.1	14	17.9	19	9.3
35-39	121	9.3	50	12.3	8	10.3	7	3.4
40-44	162	12.5	67	16.4	5	6.4	3	1.5
45-49	251	19.3	65	15.9	2	2.6	2	1.0
50-54	213	16.4	28	6.9	1	1.3	1	0.5
55-59	140	10.8	9	2.2	0	0.0	1	0.5
60-64	101	7.8	2	0.5	0	0.0	0	0.0
65-69	58	4.5	1	0.2	0	0.0	1	0.5
70-74	23	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	7	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1301	100.0	408	100.0	78	100.0	204	100.0
données manquantes	1		0		0		1	

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

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

Question: qmec020

Tableau 4:
Âge à l'admission, selon le problème principal (2013)

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	45.4	37.2	32.5	21.7
écart-type	12.4	9.2	8.6	8.1
1 ^{er} quartile	36.0	30.0	27.0	17.0
valeur médiane	46.0	37.0	31.0	18.0
3 ^e quartile	54.0	44.0	39.0	25.0
N	4272	1599	396	1168
données manquantes	2	1	1	1

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	44.9	37.4	33.5	21.7
écart-type	12.6	9.0	8.4	8.1
1 ^{er} quartile	35.0	30.0	28.0	17.0
valeur médiane	45.0	38.0	32.0	18.0
3 ^e quartile	54.0	44.0	40.0	25.0
N	2971	1191	317	964
données manquantes	1	1	1	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	46.6	36.8	28.4	21.5
écart-type	12.1	9.8	8.2	8.3
1 ^{er} quartile	39.0	29.0	23.0	16.0
valeur médiane	47.0	36.0	26.0	18.0
3 ^e quartile	55.0	45.0	33.0	24.0
N	1301	408	78	204
données manquantes	1	0	0	1

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

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

Question: qmec020

4. Tableaux

Tableau 5:
État civil à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1588	39.1	607	70.7	276	72.6	1011	92.9
marié-e	1208	29.7	102	11.9	46	12.1	37	3.4
séparé-e	201	4.9	25	2.9	17	4.5	9	0.8
divorcé-e	952	23.4	111	12.9	38	10.0	25	2.3
veuf/veuve	94	2.3	7	0.8	2	0.5	2	0.2
partenariat enregistré	22	0.5	7	0.8	1	0.3	4	0.4
Total	4065	100.0	859	100.0	380	100.0	1088	100.0
données manquantes	209		741		17		81	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1190	41.9	471	70.8	214	70.4	838	93.8
marié-e	868	30.6	86	12.9	41	13.5	30	3.4
séparé-e	135	4.8	19	2.9	14	4.6	6	0.7
divorcé-e	587	20.7	81	12.2	32	10.5	16	1.8
veuf/veuve	41	1.4	4	0.6	2	0.7	1	0.1
partenariat enregistré	16	0.6	4	0.6	1	0.3	2	0.2
Total	2837	100.0	665	100.0	304	100.0	893	100.0
données manquantes	135		527		14		71	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	398	32.4	136	70.1	62	82.7	173	88.7
marié-e	340	27.7	16	8.2	5	6.7	7	3.6
séparé-e	66	5.4	6	3.1	2	2.7	3	1.5
divorcé-e	365	29.7	30	15.5	6	8.0	9	4.6
veuf/veuve	53	4.3	3	1.5	0	0.0	1	0.5
partenariat enregistré	6	0.5	3	1.5	0	0.0	2	1.0
Total	1228	100.0	194	100.0	75	100.0	195	100.0
données manquantes	74		214		3		10	

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

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

Question: qmec040

Tableau 6:
Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	3167	82.5	640	70.6	267	75.0	858	84.8
EU	496	12.9	232	25.6	56	15.7	103	10.2
autre	174	4.5	35	3.9	33	9.3	51	5.0
Total	3837	100.0	907	100.0	356	100.0	1012	100.0
données manquantes	437		693		41		157	

Hommes	Alcool		Opioides**		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	2152	80.7	467	67.2	211	74.6	701	83.8
EU	378	14.2	198	28.5	44	15.5	90	10.8
autre	136	5.1	30	4.3	28	9.9	46	5.5
Total	2666	100.0	695	100.0	283	100.0	837	100.0
données manquantes	306		497		35		127	

Femmes	Alcool		Opioides**		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	1015	86.7	173	81.6	56	77.8	157	89.7
EU	118	10.1	34	16.0	11	15.3	13	7.4
autre	38	3.2	5	2.4	5	6.9	5	2.9
Total	1171	100.0	212	100.0	72	100.0	175	100.0
données manquantes	131		196		6		30	

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

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

Questions: qnec050

4. Tableaux

Tableau 7:
Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2013)

	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
grands centres urbains	351	8.5	47	3.0	28	7.3	10	0.9
périphérie des grands centres	621	15.1	71	4.6	49	12.8	117	10.3
villes moyennes	651	15.8	506	32.8	65	17.0	285	25.1
petites villes	1310	31.8	491	31.8	154	40.3	370	32.6
campagne	1188	28.8	430	27.8	86	22.5	354	31.2
Total	4121	100.0	1545	100.0	382	100.0	1136	100.0
données manquantes	153		55		15		33	

	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
grands centres urbains	243	8.5	41	3.6	22	7.2	8	0.9
périphérie des grands centres	438	15.3	49	4.3	40	13.1	98	10.5
villes moyennes	428	14.9	363	31.5	53	17.3	238	25.4
petites villes	913	31.8	379	32.9	122	39.9	305	32.6
campagne	849	29.6	319	27.7	69	22.5	287	30.7
Total	2871	100.0	1151	100.0	306	100.0	936	100.0
données manquantes	101		41		12		28	

	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
grands centres urbains	108	8.6	6	1.5	6	8.0	2	1.0
périphérie des grands centres	183	14.6	22	5.6	9	12.0	19	9.5
villes moyennes	223	17.8	143	36.3	11	14.7	47	23.5
petites villes	397	31.8	112	28.4	32	42.7	65	32.5
campagne	339	27.1	111	28.2	17	22.7	67	33.5
Total	1250	100.0	394	100.0	75	100.0	200	100.0
données manquantes	52		14		3		5	

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

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

Question: qmec030

Tableau 8:
Situation de logement à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	3105	84.9	333	64.3	212	64.6	796	86.2
situation instable, sdf	168	4.6	56	10.8	32	9.8	51	5.5
en prison	28	0.8	32	6.2	19	5.8	11	1.2
en institution/foyer- hôpital/autre	358	9.8	97	18.7	65	19.8	65	7.0
Total	3659	100.0	518	100.0	328	100.0	923	100.0
données manquantes	615		1082		69		246	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	2117	83.7	256	63.1	169	65.3	659	86.8
situation instable, sdf	122	4.8	45	11.1	24	9.3	39	5.1
en prison	27	1.1	29	7.1	18	6.9	11	1.4
en institution/foyer- hôpital/autre	264	10.4	76	18.7	48	18.5	50	6.6
Total	2530	100.0	406	100.0	259	100.0	759	100.0
données manquantes	442		786		59		205	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
situation stable	988	87.5	77	68.8	43	63.2	137	83.5
situation instable, sdf	46	4.1	11	9.8	8	11.8	12	7.3
en prison	1	0.1	3	2.7	1	1.5	0	0.0
en institution/foyer- hôpital/autre	94	8.3	21	18.8	16	23.5	15	9.1
Total	1129	100.0	112	100.0	68	100.0	164	100.0
données manquantes	173		296		10		41	

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

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

Période de référence: 30 derniers jours)

Question: qnec070

4. Tableaux

Tableau 9:
Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	110	3.4	34	3.9	27	8.4	171	19.0
scolarité obligatoire	395	12.3	291	33.4	82	25.4	480	53.5
scolarité complémentaire***	2135	66.6	500	57.4	184	57.0	224	24.9
formations supérieures****	565	17.6	46	5.3	30	9.3	23	2.6
Total	3205	100.0	871	100.0	323	100.0	898	100.0
données manquantes	1069		729		74		271	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	69	3.1	26	3.9	21	8.2	132	18.1
scolarité obligatoire	256	11.4	194	29.3	57	22.2	404	55.3
scolarité complémentaire***	1484	66.3	404	60.9	156	60.7	179	24.5
formations supérieures****	429	19.2	39	5.9	23	8.9	16	2.2
Total	2238	100.0	663	100.0	257	100.0	731	100.0
données manquantes	734		529		61		233	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	41	4.2	8	3.8	6	9.2	39	23.4
scolarité obligatoire	139	14.4	97	46.6	24	36.9	76	45.5
scolarité complémentaire***	651	67.3	96	46.2	28	43.1	45	26.9
formations supérieures****	136	14.1	7	3.4	7	10.8	7	4.2
Total	967	100.0	208	100.0	65	100.0	167	100.0
données manquantes	335		200		13		38	

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

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

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

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

Question: qnec120

Tableau 10:

Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	1777	45.1	130	22.1	147	39.1	287	26.4
économies, épargne	109	2.8	9	1.5	5	1.3	9	0.8
rente (AVS, AI, etc.)	668	16.9	92	15.7	40	10.6	40	3.7
aide sociale	687	17.4	254	43.3	105	27.9	142	13.1
assurance-chômage	232	5.9	28	4.8	20	5.3	36	3.3
soutien par partenaire	205	5.2	12	2.0	4	1.1	9	0.8
soutien parents/ proches/amis	84	2.1	17	2.9	19	5.1	538	49.4
deal, combines	0	0.0	10	1.7	7	1.9	5	0.5
autres revenus illégaux	1	0.0	2	0.3	4	1.1	0	0.0
prostitution	2	0.1	3	0.5	0	0.0	0	0.0
assurance d'indem- nités journalières	119	3.0	14	2.4	9	2.4	8	0.7
autre	60	1.5	16	2.7	16	4.3	14	1.3
Total	3944	100.0	587	100.0	376	100.0	1088	100.0
données manquantes	330		1013		21		81	

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

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

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec080

4. Tableaux

Tableau 10 (suite):

Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2013)

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	1340	49.0	106	23.5	126	41.7	248	27.7
économies, épargne	88	3.2	9	2.0	3	1.0	8	0.9
rente (AVS, AI, etc.)	401	14.7	58	12.9	33	10.9	28	3.1
aide sociale	489	17.9	196	43.5	72	23.8	105	11.7
assurance-chômage	180	6.6	24	5.3	15	5.0	31	3.5
soutien par partenaire	45	1.6	9	2.0	3	1.0	7	0.8
soutien parents/ proches/amis	65	2.4	14	3.1	16	5.3	442	49.4
deal, combines	0	0.0	10	2.2	7	2.3	5	0.6
autres revenus illégaux	1	0.0	1	0.2	3	1.0	0	0.0
prostitution	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
assurance d'indem- nités journalières	85	3.1	10	2.2	9	3.0	8	0.9
autre	38	1.4	14	3.1	15	5.0	12	1.3
Total	2733	100.0	451	100.0	302	100.0	894	100.0
données manquantes	239		741		16		70	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	437	36.1	24	17.6	21	28.8	39	20.1
économies, épargne	21	1.7	0	0.0	2	2.7	1	0.5
rente (AVS, AI, etc.)	267	22.0	34	25.0	7	9.6	12	6.2
aide sociale	198	16.4	58	42.6	32	43.8	37	19.1
assurance-chômage	52	4.3	4	2.9	5	6.8	5	2.6
soutien par partenaire	160	13.2	3	2.2	1	1.4	2	1.0
soutien parents/ proches/amis	19	1.6	3	2.2	3	4.1	96	49.5
deal, combines	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres revenus illégaux	0	0.0	1	0.7	1	1.4	0	0.0
prostitution	1	0.1	3	2.2	0	0.0	0	0.0
assurance d'indem- nités journalières	34	2.8	4	2.9	0	0.0	0	0.0
autre	22	1.8	2	1.5	1	1.4	2	1.0
Total	1211	100.0	136	100.0	73	100.0	194	100.0
données manquantes	91		272		5		11	

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

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

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec080

Tableau 11:
Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1487	41.2	121	22.3	127	35.2	194	18.6
temps partiel	347	9.6	21	3.9	12	3.3	23	2.2
jobs occasionnels	51	1.4	7	1.3	13	3.6	14	1.3
en formation	85	2.4	10	1.8	15	4.2	564	54.0
sans travail mais en quête d'emploi	448	12.4	90	16.6	49	13.6	88	8.4
sans travail et sans espoir d'emploi	334	9.3	134	24.7	64	17.7	50	4.8
rente (retraite)	224	6.2	14	2.6	6	1.7	5	0.5
incapacité de travail	299	8.3	70	12.9	34	9.4	23	2.2
femme/homme au foyer	71	2.0	3	0.6	1	0.3	0	0.0
autre	264	7.3	73	13.4	40	11.1	83	8.0
Total	3610	100.0	543	100.0	361	100.0	1044	100.0
données manquantes	664		1057		36		125	

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

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

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec100

4. Tableaux

Tableau 11 (suite):

Statut professionnel à l'admission, selon le problème principal (2013)

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1219	48.0	104	24.4	112	38.5	170	19.8
temps partiel	130	5.1	9	2.1	8	2.7	16	1.9
jobs occasionnels	40	1.6	7	1.6	12	4.1	13	1.5
en formation	61	2.4	7	1.6	12	4.1	464	54.0
sans travail mais en quête d'emploi	342	13.5	76	17.8	37	12.7	71	8.3
sans travail et sans espoir d'emploi	230	9.1	103	24.1	47	16.2	42	4.9
retraité-e (rente, AVS)	137	5.4	12	2.8	5	1.7	4	0.5
incapacité de travail	193	7.6	50	11.7	28	9.6	19	2.2
femme/homme au foyer	5	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autre	182	7.2	59	13.8	30	10.3	61	7.1
Total	2539	100.0	427	100.0	291	100.0	860	100.0
données manquantes	433		765		27		104	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	268	25.0	17	14.7	15	21.7	24	13.0
temps partiel	217	20.3	12	10.3	4	5.8	7	3.8
jobs occasionnels	11	1.0	0	0.0	1	1.4	1	0.5
en formation	24	2.2	3	2.6	3	4.3	100	54.3
sans travail mais en quête d'emploi	106	9.9	14	12.1	12	17.4	17	9.2
sans travail et sans espoir d'emploi	104	9.7	31	26.7	16	23.2	8	4.3
retraité-e (rente, AVS)	87	8.1	2	1.7	1	1.4	1	0.5
incapacité de travail	106	9.9	20	17.2	6	8.7	4	2.2
femme/homme au foyer	66	6.2	3	2.6	1	1.4	0	0.0
autre	82	7.7	14	12.1	10	14.5	22	12.0
Total	1071	100.0	116	100.0	69	100.0	184	100.0
données manquantes	231		292		9		21	

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

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

Période de référence: 30 derniers jours

Question: qnec100

Tableau 12:

Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	2425	62.5	544	91.3	250	70.2	284	26.7
non	1455	37.5	52	8.7	106	29.8	780	73.3
Total	3880	100.0	596	100.0	356	100.0	1064	100.0
données manquantes	394		1004		41		105	

Hommes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	1622	60.4	422	91.9	202	70.9	237	27.1
non	1062	39.6	37	8.1	83	29.1	639	72.9
Total	2684	100.0	459	100.0	285	100.0	876	100.0
données manquantes	288		733		33		88	

Femmes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	803	67.1	122	89.1	48	68.6	47	25.0
non	393	32.9	15	10.9	22	31.4	141	75.0
Total	1196	100.0	137	100.0	70	100.0	188	100.0
données manquantes	106		271		8		17	

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

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

Question: qneb050

4. Tableaux

Tableau 13:
Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes,
selon le problème principal actuel (admissions 2013)

Filtre ¹	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
alcool	1598	94.5	63	15.8	33	15.9	34	21.9
drogues	320	18.9	389	97.3	199	95.7	139	89.7
médicaments	76	4.5	59	14.8	15	7.2	8	5.2
tabac.	19	1.1	5	1.3	1	0.5	1	0.6
comportement comparable à une dépendance	40	2.4	12	3.0	9	4.3	7	4.5
N	1691	100.0	400	100.0	208	100.0	155	100.0
données manquantes	734		144		42		129	

Plusieurs réponses possibles

¹ Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure

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

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

Question: qneb050

Tableau 13 (suite):

Type de problème prépondérant lors de prises en charge précédentes, selon le problème principal actuel (admissions 2013)

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
alcool	1083	94.6	52	16.1	25	15.2	32	23.5
drogues	241	21.0	313	97.2	158	95.8	123	90.4
médicaments	39	3.4	40	12.4	13	7.9	7	5.1
tabac.	14	1.2	4	1.2	1	0.6	1	0.7
comportement comparable à une dépendance	15	1.3	7	2.2	7	4.2	5	3.7
N	1145	100.0	322	100.0	165	100.0	136	100.0
données manquantes	477		100		37		101	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
alcool	515	94.3	11	14.1	8	18.6	2	10.5
drogues	79	14.5	76	97.4	41	95.3	16	84.2
médicaments	37	6.8	19	24.4	2	4.7	1	5.3
tabac.	5	0.9	1	1.3	0	0.0	0	0.0
comportement comparable à une dépendance	25	4.6	5	6.4	2	4.7	2	10.5
N	546	100.0	78	100.0	43	100.0	19	100.0
données manquantes	257		44		5		28	

Plusieurs réponses possibles

¹ Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure

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

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

Question: qneb050

4. Tableaux

Tableau 14:
Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2013)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	449	11.6	79	13.5	70	19.3	499	46.7
cabinet médical	493	12.7	58	9.9	24	6.6	38	3.6
autre institution spécialisée	353	9.1	106	18.1	45	12.4	29	2.7
autre service médical, social ou de santé	683	17.6	69	11.8	47	13.0	92	8.6
institution forma- trice ou éducative	22	0.6	1	0.2	0	0.0	54	5.1
aucune instance ou professionnel-le: employeur	147	3.8	5	0.9	3	0.8	17	1.6
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	1682	43.4	258	44.0	165	45.6	322	30.1
autre	45	1.2	11	1.9	8	2.2	18	1.7
Total	3874	100.0	587	100.0	362	100.0	1069	100.0
données manquantes	400		1013		35		100	

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

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

Question: qneb080

Tableau 14 (suite):

Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2013)

Hommes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	379	14.1	70	15.4	60	20.8	425	48.7
cabinet médical	307	11.4	44	9.7	16	5.5	30	3.4
autre institution spécialisée	229	8.5	72	15.9	35	12.1	24	2.7
autre service médical, social ou de santé	449	16.7	56	12.3	37	12.8	72	8.2
institution forma- trice ou éducative	15	0.6	1	0.2	0	0.0	37	4.2
aucune instance ou professionnel-le: employeur	120	4.5	5	1.1	2	0.7	15	1.7
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	1155	43.0	199	43.8	132	45.7	257	29.4
autre	35	1.3	7	1.5	7	2.4	13	1.5
Total	2689	100.0	454	100.0	289	100.0	873	100.0
données manquantes	283		738		29		91	

Femmes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
condamnation/ mesure/autorités judiciaires/police	70	5.9	9	6.8	10	13.9	74	37.8
cabinet médical	186	15.7	14	10.5	8	11.1	8	4.1
autre institution spécialisée	124	10.5	34	25.6	10	13.9	5	2.6
autre service médical, social ou de santé	234	19.7	13	9.8	10	13.9	20	10.2
institution forma- trice ou éducative	7	0.6	0	0.0	0	0.0	17	8.7
aucune instance ou professionnel-le: employeur	27	2.3	0	0.0	1	1.4	2	1.0
aucune instance ou professionnel-le: initiative personnelle, famille, amis etc.	527	44.5	59	44.4	32	44.4	65	33.2
autre	10	0.8	4	3.0	1	1.4	5	2.6
Total	1185	100.0	133	100.0	72	100.0	196	100.0
données manquantes	117		275		6		9	

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

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

Question: qneb080

4. Tableaux

Tableau 15:
Fréquence de consommation de la principale substance posant problème avant l'admission (2013)

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	1767	49.7	215	44.5	62	18.8	318	31.4
4-6 jours par semaine	423	11.9	36	7.5	44	13.4	81	8.0
2-3 jours par semaine	407	11.4	52	10.8	58	17.6	167	16.5
1 jour par semaine ou moins souvent.	288	8.1	51	10.6	81	24.6	202	19.9
aucune consommation	670	18.8	129	26.7	84	25.5	245	24.2
Total	3555	100.0	483	100.0	329	100.0	1013	100.0
données manquantes	719		1117		68		156	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	1229	49.8	165	43.4	48	18.4	258	30.8
4-6 jours par semaine	277	11.2	29	7.6	37	14.2	68	8.1
2-3 jours par semaine	279	11.3	40	10.5	44	16.9	143	17.1
1 jour par semaine ou moins souvent.	193	7.8	41	10.8	64	24.5	163	19.5
aucune consommation	488	19.8	105	27.6	68	26.1	206	24.6
Total	2466	100.0	380	100.0	261	100.0	838	100.0
données manquantes	506		812		57		126	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chaque jour	538	49.4	50	48.5	14	20.9	60	34.3
4-6 jours par semaine	146	13.4	7	6.8	7	10.4	13	7.4
2-3 jours par semaine	128	11.8	12	11.7	14	20.9	24	13.7
1 jour par semaine ou moins souvent.	95	8.7	10	9.7	17	25.4	39	22.3
aucune consommation	182	16.7	24	23.3	15	22.4	39	22.3
Total	1089	100.0	103	100.0	67	100.0	175	100.0
données manquantes	213		305		11		30	

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

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

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

Question: qneb073

Tableau 16:

Principales combinaisons de substances lors de troubles liés à l'utilisation de drogues multiples (admissions 2013)

Filtre ¹	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
tabac/alcool	34	10.5	15	16.0	49	11.8
cannabis/alcool	26	8.0	4	4.3	30	7.2
tabac/cannabis/alcool	23	7.1	4	4.3	27	6.5
cocaïne**/alcool	21	6.5	2	2.1	23	5.5
médicaments***/alcool	11	3.4	10	10.6	21	5.0
opioïdes*/alcool	12	3.7	2	2.1	14	3.4
cocaïne*/opioïdes*/alcool	11	3.4	1	1.1	12	2.9
médicaments***/opioïdes	8	2.5	4	4.3	12	2.9
tabac/opioïdes*/alcool	8	2.5	3	3.2	11	2.6
médicaments***/cocaïne**/opioïdes*	7	2.2	2	2.1	9	2.2
cannabis/cocaïne**/alcool	8	2.5	1	1.1	9	2.2
tabac/cannabis/cocaïne**/alcool	8	2.5	1	1.1	9	2.2
cocaïne**/opioïdes*	7	2.2	1	1.1	8	1.9
médicaments***/opioïdes*/alcool	5	1.5	3	3.2	8	1.9
tabac/médicaments***/alcool	4	1.2	4	4.3	8	1.9
tabac/cocaïne**/alcool	4	1.2	3	3.2	7	1.7
tabac/cannabis/cocaïne**/opioïdes*/alcool	7	2.2	0	0.0	7	1.7
tabac/cannabis/médicaments***/ cocaïne**/opioïdes*/alcool	4	1.2	2	2.1	6	1.4
cannabis/cocaïne**/opioïdes*/alcool	2	.6	3	3.2	5	1.2
tabac/cocaïne**/opioïdes*/alcool	4	1.2	1	1.1	5	1.2
tabac/médicaments***/opioïdes*/alcool	3	.9	2	2.1	5	1.2
tabac/cannabis/opioïdes*/alcool	4	1.2	1	1.1	5	1.2
tabac/cannabis/cocaïne**/opioïdes*	5	1.5	0	0.0	5	1.2
tabac/cannabis/médicaments***/ cocaïne**/opioïdes*	5	1.5	0	0.0	5	1.2
médicaments***/cocaïne**/opioïdes*/alcool	3	.9	1	1.1	4	1.0
cannabis/cocaïne**	3	.9	1	1.1	4	1.0
cannabis/substances volatiles/opioïdes*	3	.9	1	1.1	4	1.0
cannabis/substances volatiles/cocaïne**	4	1.2	0	0.0	4	1.0
cannabis/substances volatiles/ médicaments***/opioïdes*/alcool	3	.9	1	1.1	4	1.0
autres combinaisons****	76	23.5	21	22.3	97	23.3
Total	323	100.0	94	100.0	417	100.0
données manquantes	172		56		228	

¹ Seulement auprès des client-e-s pour lesquel-le-s des troubles liés à l'utilisation de drogues multiples ont été établis, voir tableau 1b

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

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

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

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

Question: qned016

4. Tableaux

Tableau 17:

Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2013)

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	16.6	20.6	20.0	14.8
écart-type	4.5	5.8	5.1	2.5
1 ^{er} quartile	14.0	17.0	17.0	14.0
valeur médiane	16.0	19.0	19.0	15.0
3 ^e quartile	18.0	23.0	22.0	15.0
N	2363	470	290	837
données manquantes	1911	1130	107	332

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	16.1	20.7	20.6	14.8
écart-type	3.7	5.3	5.3	2.4
1 ^{er} quartile	14.0	18.0	17.0	14.0
valeur médiane	16.0	20.0	20.0	15.0
3 ^e quartile	17.0	23.0	23.0	16.0
N	1658	370	228	684
données manquantes	1314	822	90	280

	Alcool	Opioides*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	17.8	20.3	17.7	14.8
écart-type	5.7	7.5	3.5	2.9
1 ^{er} quartile	15.0	15.0	16.0	13.0
valeur médiane	16.0	18.0	17.0	15.0
3 ^e quartile	19.0	23.0	20.0	15.0
N	705	100	61	153
données manquantes	597	308	17	52

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

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

Question: qmed040

Tableau 18:

Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2013)

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	33.2	23.2	23.7	17.2
écart-type	12.2	6.8	6.7	4.4
1 ^{er} quartile	23.0	18.0	18.0	15.0
valeur médiane	31.0	21.0	22.0	16.0
3 ^e quartile	41.0	26.0	28.0	18.0
N	2493	393	271	759
données manquantes	1781	1207	126	410

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	32.0	23.5	24.5	17.2
écart-type	12.1	6.5	7.0	4.2
1 ^{er} quartile	22.0	19.0	20.0	15.0
valeur médiane	30.0	22.0	23.0	16.0
3 ^e quartile	40.0	26.0	29.0	18.0
N	1685	305	214	612
données manquantes	1287	887	104	352

	Alcool	Opiïdes*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	35.7	22.5	20.6	17.1
écart-type	12.0	7.6	4.5	5.0
1 ^{er} quartile	26.0	17.0	17.0	15.0
valeur médiane	35.0	20.0	20.0	16.0
3 ^e quartile	45.0	25.0	24.0	18.0
N	808	88	56	147
données manquantes	494	320	22	58

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

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

Question: qmed060

4. Tableaux

Tableau 19:
Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		166	34.7	113	38.4	103	19.2
opioïdes*	123	4.5	-		77	26.2	14	2.6
cocaïne**	192	7.0	207	43.3	-		46	8.6
autres stimulants***	66	2.4	61	12.8	54	18.4	40	7.4
somnifères/ tranquillisants****	174	6.4	141	29.5	42	14.3	11	2.0
hallucinogènes*****	29	1.1	33	6.9	17	5.8	17	3.2
substances volatiles	8	0.3	48	10.0	2	0.7	1	0.2
cannabis	296	10.9	174	36.4	109	37.1	-	
tabac	889	32.6	208	43.5	117	39.8	144	26.8
autre(s) substance(s)	15	0.6	46	9.6	2	0.7	3	0.6
troubles assimilables à une addiction	124	4.6	15	3.1	10	3.4	15	2.8
aucun mentionné	1572	57.7	128	26.8	77	26.2	304	56.6
N	2725	100.0	478	100.0	294	100.0	537	100.0
données manquantes	3121		1250		180		936	

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

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

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

***** Hallucinogènes: LSD, autres hallucinogènes

Question: qned070

Tableau 19 (suite):

Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2013)

Hommes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		133	35.2	97	41.6	91	19.8
opioïdes*	92	4.8	-		56	24.0	12	2.6
cocaïne**	144	7.6	159	42.1	-		42	9.1
autres stimulants***	44	2.3	47	12.4	39	16.7	38	8.3
somnifères/ tranquillisants****	106	5.6	103	27.2	31	13.3	11	2.4
hallucinogènes*****	23	1.2	29	7.7	13	5.6	16	3.5
substances volatiles	6	0.3	41	10.8	2	0.9	1	0.2
cannabis	228	12.0	133	35.2	92	39.5	-	
tabac	616	32.3	164	43.4	86	36.9	125	27.2
autre(s) substance(s)	10	0.5	39	10.3	2	0.9	3	0.7
troubles assimilables à une addiction	66	3.5	8	2.1	2	0.9	11	2.4
aucun mentionné	1114	58.4	105	27.8	60	25.8	256	55.7
N	1907	100.0	378	100.0	233	100.0	460	100.0
données manquantes	2179		919		145		760	

Femmes	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	-		33	33.0	16	26.7	12	15.6
opioïdes*	31	3.8			21	35.0	2	2.6
cocaïne**	48	5.9	48	48.0	-		4	5.2
autres stimulants***	22	2.7	14	14.0	15	25.0	2	2.6
somnifères/ tranquillisants****	68	8.3	38	38.0	11	18.3	0	0.0
hallucinogènes*****	6	0.7	4	4.0	4	6.7	1	1.3
substances volatiles	2	0.2	7	7.0	0	0.0	0	0.0
cannabis	68	8.3	41	41.0	17	28.3	-	
tabac	273	33.4	44	44.0	31	51.7	19	24.7
autre(s) substance(s)	5	0.6	7	7.0	0	0.0	0	0.0
troubles assimilables à une addiction	58	7.1	7	7.0	8	13.3	4	5.2
aucun mentionné	458	56.0	23	23.0	16	26.7	48	62.3
N	818	100.0	100	100.0	60	100.0	77	100.0
données manquantes	942		331		34		176	

Plusieurs réponses possibles

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

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

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

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

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

***** Hallucinogènes: LSD, autres hallucinogènes

Question: qned070

4. Tableaux

Tableau 20:
Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2013)

Total	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	243	7.5	358	68.5	100	30.9	25	2.7
non	3015	92.5	165	31.5	224	69.1	917	97.3
Total	3258	100.0	523	100.0	324	100.0	942	100.0
données manquantes	1004		1075		72		223	

Hommes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	174	7.8	277	67.6	74	28.9	24	3.1
non	2071	92.2	133	32.4	182	71.1	744	96.9
Total	2245	100.0	410	100.0	256	100.0	768	100.0
données manquantes	719		781		61		194	

Femmes	Alcool		Opioïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	69	6.8	81	71.7	26	38.8	1	0.6
non	944	93.2	32	28.3	41	61.2	173	99.4
Total	1013	100.0	113	100.0	67	100.0	174	100.0
données manquantes	285		294		11		29	

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

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

Question: qned090

Tableau 21:

Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2013)

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
jusqu'à 14 ans	6	3.9	7	3.0	2	3.0	0	0.0
15-19	59	38.1	92	38.8	27	40.9	9	47.4
20-24	48	31.0	78	32.9	20	30.3	8	42.1
25-29	30	19.4	38	16.0	12	18.2	2	10.5
30-34	7	4.5	14	5.9	1	1.5	0	0.0
35-39	3	1.9	6	2.5	3	4.5	0	0.0
40 et plus	2	1.3	2	0.8	1	1.5	0	0.0
Total	155	100.0	237	100.0	66	100.0	19	100.0
données manquantes	88		121		34		6	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
jusqu'à 14 ans	5	4.3	3	1.6	2	4.0	0	0.0
15-19	38	33.0	69	36.5	17	34.0	8	44.4
20-24	39	33.9	62	32.8	18	36.0	8	44.4
25-29	24	20.9	35	18.5	8	16.0	2	11.1
30-34	5	4.3	13	6.9	1	2.0	0	0.0
35-39	2	1.7	5	2.6	3	6.0	0	0.0
ab 40 Jahre	2	1.7	2	1.1	1	2.0	0	0.0
Total	115	100.0	189	100.0	50	100.0	18	100.0
données manquantes	59		88		24		6	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
jusqu'à 14 ans	1	2.5	4	8.3	0	0.0	0	0.0
15-19	21	52.5	23	47.9	10	62.5	1	100.0
20-24	9	22.5	16	33.3	2	12.5	0	0.0
25-29	6	15.0	3	6.3	4	25.0	0	0.0
30-34	2	5.0	1	2.1	0	0.0	0	0.0
35-39	1	2.5	1	2.1	0	0.0	0	0.0
40 et plus	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	40	100.0	48	100.0	16	100.0	1	100.0
données manquantes	29		33		10		0	

¹ Seulement en cas d'injection au cours de la vie

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

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

Question: qmed096

4. Tableaux

Tableau 22:
Injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	54	1.7	174	43.1	71	22.8	5	0.5
non	3141	98.3	230	56.9	240	77.2	925	99.5
Total	3195	100.0	404	100.0	311	100.0	930	100.0
données manquantes	1079		1196		86		239	

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	36	1.6	134	41.7	52	21.1	5	0.7
non	2165	98.4	187	58.3	194	78.9	752	99.3
Total	2201	100.0	321	100.0	246	100.0	757	100.0
données manquantes	771		871		72		207	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	18	1.8	40	48.2	19	29.7	0	0.0
non	976	98.2	43	51.8	45	70.3	173	100.0
Total	994	100.0	83	100.0	64	100.0	173	100.0
données manquantes	308		325		14		32	

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

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

Question: qned094

Tableau 23:

Echange de matériel d'injection au cours des 12 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2013)

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	11	47.8	29	39.2	8	36.4	2	100.0
non	12	52.2	45	60.8	14	63.6	0	0.0
Total	23	100.0	74	100.0	22	100.0	2	100.0
données manquantes	31		100		49		3	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	7	58.3	24	40.7	5	29.4	2	100.0
non	5	41.7	35	59.3	12	70.6	0	0.0
Total	12	100.0	59	100.0	17	100.0	2	100.0
données manquantes	24		75		35		3	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	4	36.4	5	33.3	3	60.0	0	0.0
non	7	63.6	10	66.7	2	40.0	0	0.0
Total	11	100.0	15	100.0	5	100.0	0	0.0
données manquantes	7		25		14		0	

¹ Seulement en cas d'injection durant les 12 mois précédant l'admission

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

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

Question: qned094

4. Tableaux

Tableau 24:
Problème principal selon le sexe (sorties 2013)

	Hommes		Femmes		Toutes sorties	
	n	%	n	%	n	%
alcool	2955	57.2	1292	60.1	4247	58.0
héroïne	563	10.9	185	8.6	748	10.2
méthadone (usage abusif)	43	0.8	17	0.8	60	0.8
buprénorphine (usage abusif)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fentanyl (usage abusif)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres opioïdes	15	0.3	11	0.5	26	0.4
cocaïne sous forme de poudre	256	5.0	94	4.4	350	4.8
crack	13	0.3	2	0.1	15	0.2
autre forme de cocaïne	3	0.1	0	0.0	3	0.0
amphétamines	28	0.5	11	0.5	39	0.5
méthamphétamines (crysal meth, ice, pilules thaï)	2	0.0	1	0.0	3	0.0
MDMA et substances similaires (ecstasy)	12	0.2	9	0.4	21	0.3
cathinones synthétiques (méphredone, méthylone etc)	2	0.0	0	0.0	2	0.0
autres stimulants	0	0.0	0	0.0	0	0.0
barbituriques (usage abusif)	2	0.0	0	0.0	2	0.0
benzodiazépines (usage abusif)	40	0.8	26	1.2	66	0.9
GHB/GBL	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autres somnifères/tranquillisants	1	0.0	9	0.4	10	0.1
LSD	3	0.1	0	0.0	3	0.0
kétamine	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autres hallucinogènes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
substances volatiles	3	0.1	2	0.1	5	0.1
cannabis	929	18.0	212	9.9	1141	15.6
tabac	81	1.6	59	2.7	140	1.9
autres substances (tous types)	24	0.5	11	0.5	35	0.5
jeu pathologique	79	1.5	33	1.5	112	1.5
dépendance aux ordinateurs et/ou internet	17	0.3	1	0.0	18	0.2
troubles alimentaires	10	0.2	155	7.2	165	2.3
autres troubles comparables à une dépendance	84	1.6	21	1.0	105	1.4
Total	5166	100.0	2151	100.0	7317	100.0
données manquantes	140		62		202	

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

Tableau 25:

Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2013)

	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	2955	69.6	621	74.5	272	73.9	929	81.4
femmes	1292	30.4	213	25.5	96	26.1	212	18.6
Total	4247	100.0	834	100.0	368	100.0	1141	100.0
données manquantes	0		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmac001

Tableau 26:

Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2013)

Total	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	1	0.0	0	0.0	0	0.0	24	2.1
15-19	51	1.2	8	1.0	12	3.3	636	55.8
20-24	139	3.3	65	7.8	51	13.9	176	15.4
25-29	249	5.9	142	17.0	75	20.4	118	10.4
30-34	409	9.6	153	18.3	80	21.7	93	8.2
35-39	397	9.4	146	17.5	59	16.0	37	3.2
40-44	550	13.0	144	17.3	48	13.0	25	2.2
45-49	730	17.2	106	12.7	33	9.0	19	1.7
50-54	592	14.0	49	5.9	9	2.4	5	0.4
55-59	495	11.7	13	1.6	1	0.3	6	0.5
60-64	324	7.6	5	0.6	0	0.0	0	0.0
65-69	191	4.5	3	0.4	0	0.0	1	0.1
70-74	80	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	35	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4243	100.0	834	100.0	368	100.0	1140	100.0
données manquantes	4		0		0		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmac005

4. Tableaux

Tableau 26 (suite):

Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2013)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	1	0.0	0	0.0	0	0.0	17	1.8
15-19	35	1.2	3	0.5	4	1.5	526	56.6
20-24	103	3.5	43	6.9	34	12.5	139	15.0
25-29	183	6.2	95	15.3	52	19.1	104	11.2
30-34	320	10.8	111	17.9	59	21.7	70	7.5
35-39	292	9.9	117	18.8	50	18.4	31	3.3
40-44	400	13.6	114	18.4	38	14.0	19	2.0
45-49	481	16.3	76	12.2	25	9.2	12	1.3
50-54	378	12.8	46	7.4	9	3.3	5	0.5
55-59	338	11.5	11	1.8	1	0.4	6	0.6
60-64	222	7.5	4	0.6	0	0.0	0	0.0
65-69	123	4.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0
70-74	54	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	21	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2951	100.0	621	100.0	272	100.0	929	100.0
données manquantes	4		0		0		0	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	3.3
15-19	16	1.2	5	2.3	8	8.3	110	52.1
20-24	36	2.8	22	10.3	17	17.7	37	17.5
25-29	66	5.1	47	22.1	23	24.0	14	6.6
30-34	89	6.9	42	19.7	21	21.9	23	10.9
35-39	105	8.1	29	13.6	9	9.4	6	2.8
40-44	150	11.6	30	14.1	10	10.4	6	2.8
45-49	249	19.3	30	14.1	8	8.3	7	3.3
50-54	214	16.6	3	1.4	0	0.0	0	0.0
55-59	157	12.2	2	0.9	0	0.0	0	0.0
60-64	102	7.9	1	0.5	0	0.0	0	0.0
65-69	68	5.3	2	0.9	0	0.0	1	0.5
70-74	26	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	14	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1292	100.0	213	100.0	96	100.0	211	100.0
données manquantes	0		0		0		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmac005

Tableau 27:

Âge à la sortie, selon le problème principal (2013)

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
Total				
moyenne	46.3	36.6	33.2	22.1
écart-type	12.5	9.2	8.5	8.0
1 ^{er} quartile	37.0	29.0	27.0	17.0
valeur médiane	47.0	36.0	32.0	18.0
3 ^e quartile	55.0	43.0	39.0	25.0
N	4243	834	368	1140
données manquantes	4	0	0	1

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
Hommes				
moyenne	45.7	37.3	34.0	22.0
écart-type	12.6	9.1	8.5	7.9
1 ^{er} quartile	36.0	30.0	28.0	17.0
valeur médiane	46.0	38.0	33.0	18.0
3 ^e quartile	55.0	44.0	40.5	25.0
N	2951	621	272	929
données manquantes	4	0	0	0

	Alcool	Opioides*	Cocaïne **	Cannabis
Femmes				
moyenne	47.7	34.7	30.8	22.5
écart-type	12.3	9.5	8.3	8.6
1 ^{er} quartile	40.0	28.0	24.0	17.0
valeur médiane	48.0	34.0	29.5	19.0
3 ^e quartile	56.0	42.0	35.5	26.0
N	1292	213	96	211
données manquantes	0	0	0	1

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmac005

4. Tableaux

Tableau 28:
Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2013)

Total	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	2025	48.3	166	24.4	138	39.2	762	67.6
fin régulière avec transfert	591	14.1	150	22.1	45	12.8	57	5.1
changement domicile	71	1.7	23	3.4	4	1.1	17	1.5
hospitalisation	55	1.3	11	1.6	5	1.4	4	0.4
détention	9	0.2	13	1.9	2	0.6	2	0.2
perte de contact	860	20.5	127	18.7	72	20.5	171	15.2
rupture explicite	480	11.4	147	21.6	81	23.0	103	9.1
décès	60	1.4	35	5.1	3	0.9	0	0.0
autre raison	43	1.0	8	1.2	2	0.6	11	1.0
Total	4194	100.0	680	100.0	352	100.0	1127	100.0
données manquantes	53		154		16		14	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmab040

Tableau 28 (suite):

Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2013)

Hommes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	1431	49.1	121	24.0	104	40.2	615	67.1
fin régulière avec transfert	383	13.2	108	21.4	37	14.3	45	4.9
changement domicile	46	1.6	18	3.6	3	1.2	13	1.4
hospitalisation	34	1.2	7	1.4	4	1.5	4	0.4
détention	7	0.2	13	2.6	2	0.8	2	0.2
perte de contact	609	20.9	93	18.5	50	19.3	140	15.3
rupture explicite	329	11.3	109	21.6	55	21.2	89	9.7
décès	43	1.5	30	6.0	3	1.2	0	0.0
autre raison	30	1.0	5	1.0	1	0.4	9	1.0
Total	2912	100.0	504	100.0	259	100.0	917	100.0
données manquantes	43		117		13		12	

Femmes	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	594	46.3	45	25.6	34	36.6	147	70.0
fin régulière avec transfert	208	16.2	42	23.9	8	8.6	12	5.7
changement domicile	25	2.0	5	2.8	1	1.1	4	1.9
hospitalisation	21	1.6	4	2.3	1	1.1	0	0.0
détention	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
perte de contact	251	19.6	34	19.3	22	23.7	31	14.8
rupture explicite	151	11.8	38	21.6	26	28.0	14	6.7
décès	17	1.3	5	2.8	0	0.0	0	0.0
autre raison	13	1.0	3	1.7	1	1.1	2	1.0
Total	1282	100.0	176	100.0	93	100.0	210	100.0
données manquantes	10		37		3		2	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

Question: qmab040

4. Tableaux

Tableau 29:
Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts,
selon le problème principal (sorties 2013)

Filtre ¹	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
traitement résidentiel	53	10.6	14	11.9	6	16.2	13	31.7
prise en charge								
structure/clinique de jour	38	7.6	10	8.5	6	16.2	3	7.3
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	333	66.6	68	57.6	15	40.5	19	46.3
appartement protégé	18	3.6	1	0.8	1	2.7	2	4.9
autre institution								
spécialisée	58	11.6	25	21.2	9	24.3	4	9.8
Total	500	100.0	118	100.0	37	100.0	41	100.0
données manquantes	91		32		8		16	

Filtre ¹	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
traitement résidentiel	36	11.0	12	13.8	5	17.2	12	37.5
prise en charge								
structure/clinique de jour	23	7.0	9	10.3	5	17.2	3	9.4
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	210	64.0	50	57.5	13	44.8	14	43.8
appartement protégé	14	4.3	0	0.0	1	3.4	1	3.1
autre institution								
spécialisée	45	13.7	16	18.4	5	17.2	2	6.3
Total	328	100.0	87	100.0	29	100.0	32	100.0
données manquantes	55		21		8		13	

Filtre ¹	Alcool		Opioides*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
traitement résidentiel	17	9.9	2	6.5	1	12.5	1	11.1
prise en charge								
structure/clinique de jour	15	8.7	1	3.2	1	12.5	0	0.0
prise en charge/thérapie								
ambulatoire	123	71.5	18	58.1	2	25.0	5	55.6
appartement protégé	4	2.3	1	3.2	0	0.0	1	11.1
autre institution								
spécialisée	13	7.6	9	29.0	4	50.0	2	22.2
Total	172	100.0	31	100.0	8	100.0	9	100.0
données manquantes	36		11		0		3	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

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

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

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qnab041

Tableau 30:

Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès, selon le problème principal (sorties 2013)

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
suicide	5	13.9	2	7.4	0	0.0	0	0.0
accident	2	5.6	2	7.4	0	0.0	0	0.0
maladie	23	63.9	15	55.6	1	100.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	3	8.3	6	22.2	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	3	8.3	2	7.4	0	0.0	0	0.0
Total	36	100.0	27	100.0	1	100.0	0	0.0
données manquantes	24		8		2		0	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
suicide	5	19.2	2	8.7	0	0.0	0	0.0
accident	2	7.7	2	8.7	0	0.0	0	0.0
maladie	16	61.5	12	52.2	1	100.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	1	3.8	5	21.7	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	2	7.7	2	8.7	0	0.0	0	0.0
Total	26	100.0	23	100.0	1	100.0	0	0.0
données manquantes	17		7		2		0	

Filtre ¹	Alcool		Opiïdes*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
suicide	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
accident	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
maladie	7	70.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0
surdose ou intoxication aiguë	2	20.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
autre cause de décès	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	10	100.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0
données manquantes	7		1		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

¹ Seulement en cas de décès

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

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

Question: qmab044

5. Evolution jusqu'en 2013

Ce chapitre présente – pour la première fois dans le cadre du rapport annuel *act-info* – une sélection de résultats issus des données recueillies dans le cadre du monitoring *act-info* au moment de l'admission des client-e-s depuis son lancement en 2004. La plupart des évolutions présentées ici couvrent donc la période 2004-2013.

Malgré le soin particulier apporté au maintien de la comparabilité des instruments avec leurs versions précédentes lors des processus d'harmonisation et de révision, l'interprétation de l'évolution des résultats annuels du monitoring *act-info* reste difficile en raison des fluctuations dans la participation des institutions ciblées. En effet, la plupart des relevés n'ont pu être effectués jusqu'ici que sur une base volontaire, ce qui implique inévitablement des limitations dont il faut tenir compte pour estimer les tendances, surtout s'agissant de l'évolution de la demande de prise en charge.

Conformément aux normes européennes du TDI (EMCDDA 2000, 2012), les personnes avec plusieurs admissions au cours de la même année civile ne sont dans la mesure du possible comptées qu'une seule fois (voir sous-chapitre 2.3). Certaines analyses partant de bases de données spécifiques font exception et ne peuvent considérer que la prise en charge comme unité de comptage.

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

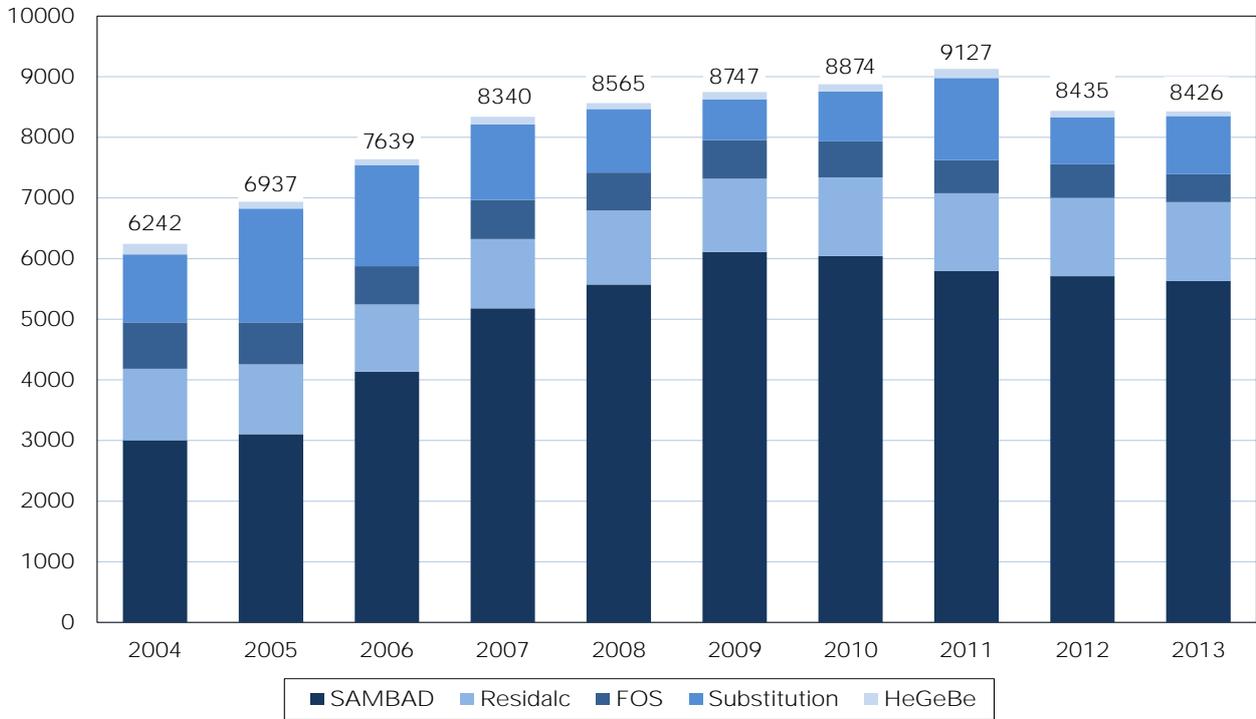
Le graphique 11A montre l'évolution du nombre de cas enregistrés par *act-info* dans les institutions participantes, selon le secteur de prise en charge. A noter que l'un des cinq secteurs constituant *act-info* – celui de la prise en charge avec prescription d'héroïne (HeGeBe) – n'a intégré le monitoring qu'à partir de la deuxième année, soit 2005. Depuis l'introduction d'*act-info*, le nombre de cas enregistrés s'est accru progressivement jusqu'en 2011, puis a fléchi en 2012 et paraît se stabiliser en 2013. Cette tendance temporelle semble s'expliquer principalement par l'évolution du nombre de prises en charge enregistrées dans le secteur ambulatoire SAMBAD qui compte un nombre nettement plus élevé de cas que les quatre autres secteurs.

Le graphique 11B illustre, quant à lui, l'évolution du taux

de participation des institutions dans les secteurs SAMBAD, *act-info*-FOS et *act-info*-Residalc. HeGeBe n'est pas présenté vu que la participation à cette statistique sectorielle revêt un caractère obligatoire (100% de participation). Les indications disponibles sur la participation dans le secteur des traitements de substitution ne figurent pas non plus ici, car elles ne concernent que la livraison de données individuelles cantonales ou non et ne seraient donc pas directement comparables. Comme évoqué précédemment, les résultats montrent que le système de monitoring *act-info* doit composer avec une participation partielle et fluctuante de la part des institutions (excepté le secteur HeGeBe). Ils suggèrent en outre que la tendance observée au niveau du nombre de cas enregistrés peut être mise en rapport avec le degré de participation des services de consultation ambulatoires (SAMBAD). Autrement dit, le graphique 11A présentant les cas enregistrés annuellement par *act-info* reflète probablement davantage les fluctuations du taux de participation des institutions au système de monitoring que l'évolution effective du nombre de client-e-s pris en charge par le système d'aide en matière de dépendance en Suisse. Pour rendre compte de telles tendances – aussi longtemps que les statistiques sectorielles ne seront pas toutes obligatoires, ce qui permettrait un recensement complet de la clientèle – il convient d'adopter d'autres méthodes d'analyse (voir plus loin, sous-chapitres 5.2 et 5.3).

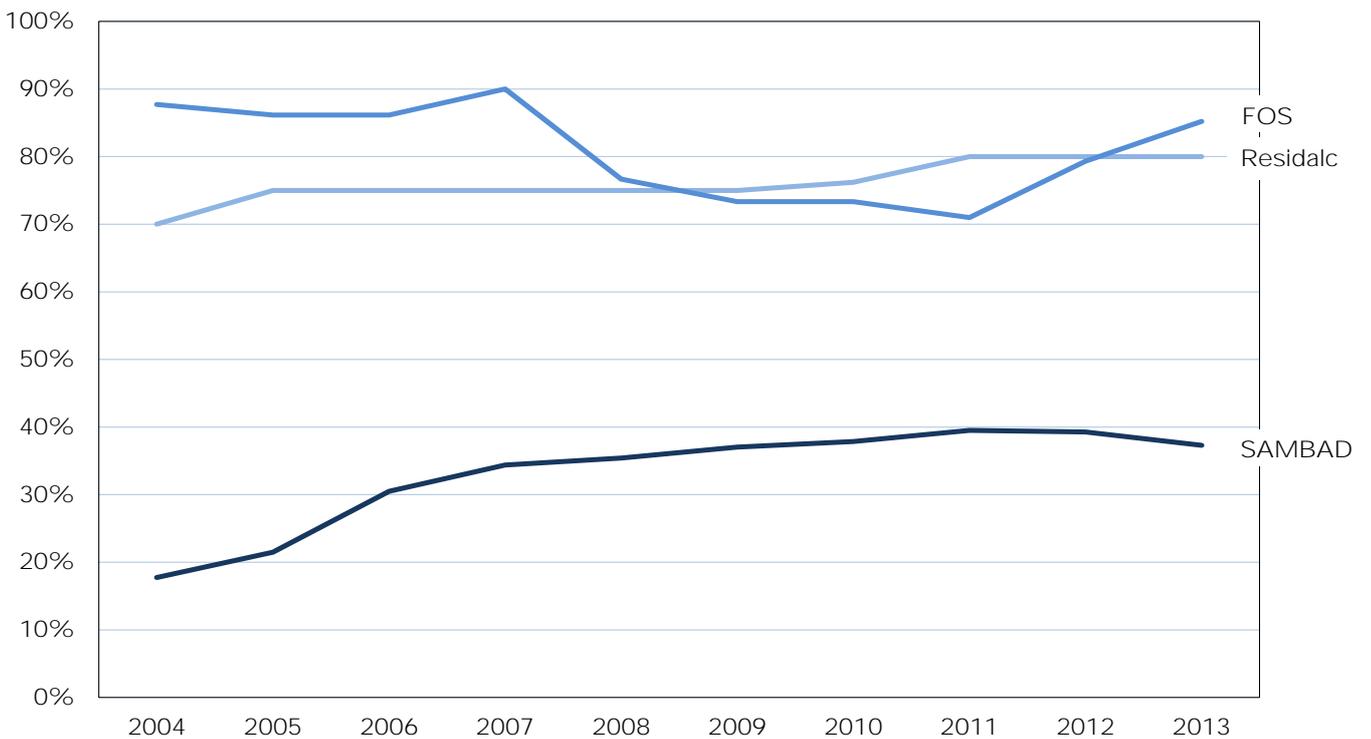
Graphique 11A

Evolution du nombre de cas enregistrés par act-info dans les institutions participantes, avec répartition entre les secteurs de prise en charge (2004-2013)



Graphique 11B

Evolution du taux de participation à act-info, dans chaque secteur de prise en charge (2004-2013)



5. Evolution jusqu'en 2013

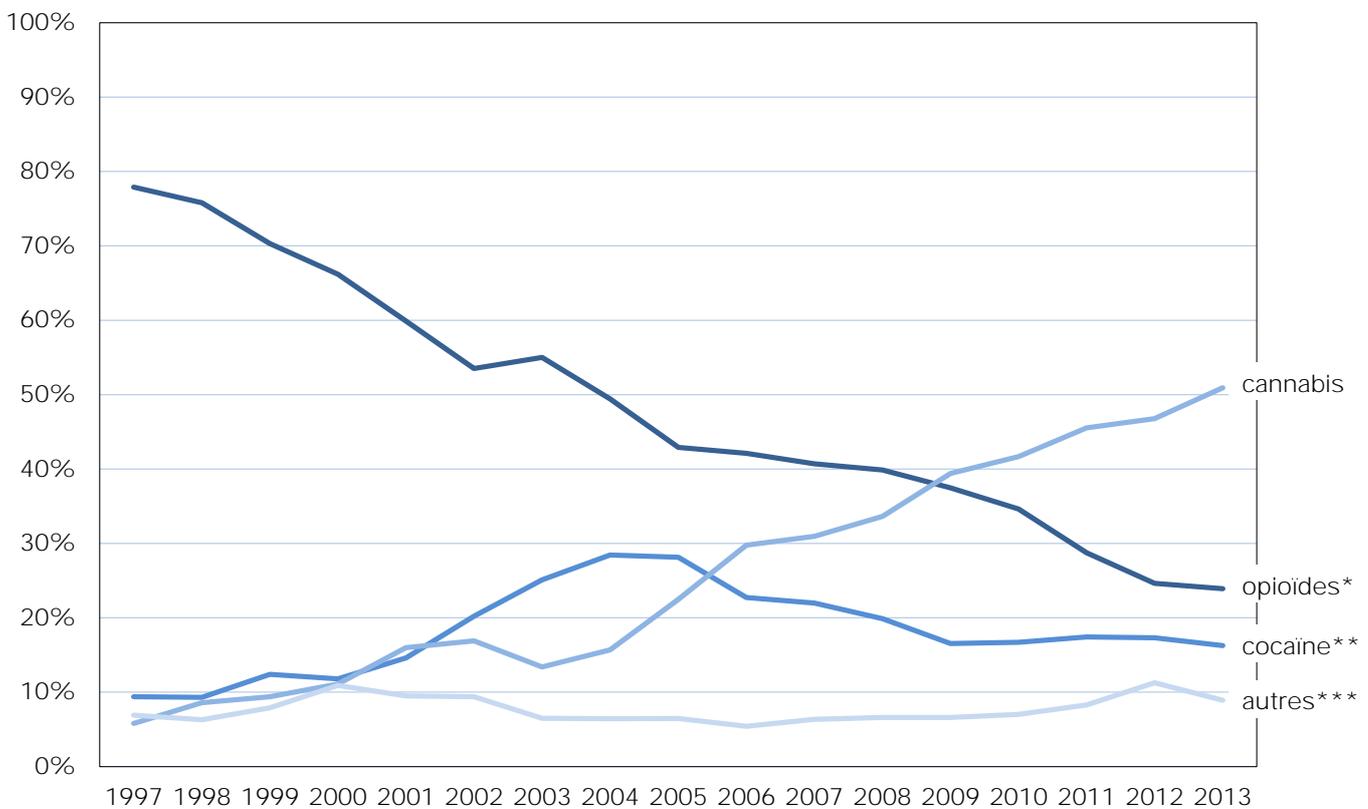
5.2 Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2013)

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

tant et n'est que peu sensible aux fluctuations du taux de participation, vu qu'il s'agit pour chaque année de parts relatives. En 1997, près de quatre admissions sur cinq (77.9%) dans les secteurs act-info-FOS et SAMBAD concernent un problème principal lié aux opioïdes. Par la suite, la part de ces admissions recule de façon assez régulière pour ne représenter en 2013 qu'un quart environ (23.9%) des demandes enregistrées. Sur la même période, la part des demandes 'cannabis' est en revanche presque multipliée par 10, passant de 5.8% en 1997 à la moitié de l'ensemble des admissions en 2013 (50.9%). La part des demandes 'cocaïne' s'accroît de façon quasi continue entre 1997 (9.4%) et 2004 (28.4%), puis repart dès 2006 tendanciellement à la baisse pour se rapprocher en 2013 (16.3%) de son niveau de 2009 (16.5%). Enfin, la part des admissions pour un problème principal lié à une autre substance ne suit pas de tendance claire, restant généralement au-dessous de 10%.

Graphique 12

Evolution de la fréquence relative de la principale substance posant problème au moment de l'admission (uniquement client-e-s des institutions SAMBAD [seulement drogues illégales] et act-info-FOS) (1997-2013)



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

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

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

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

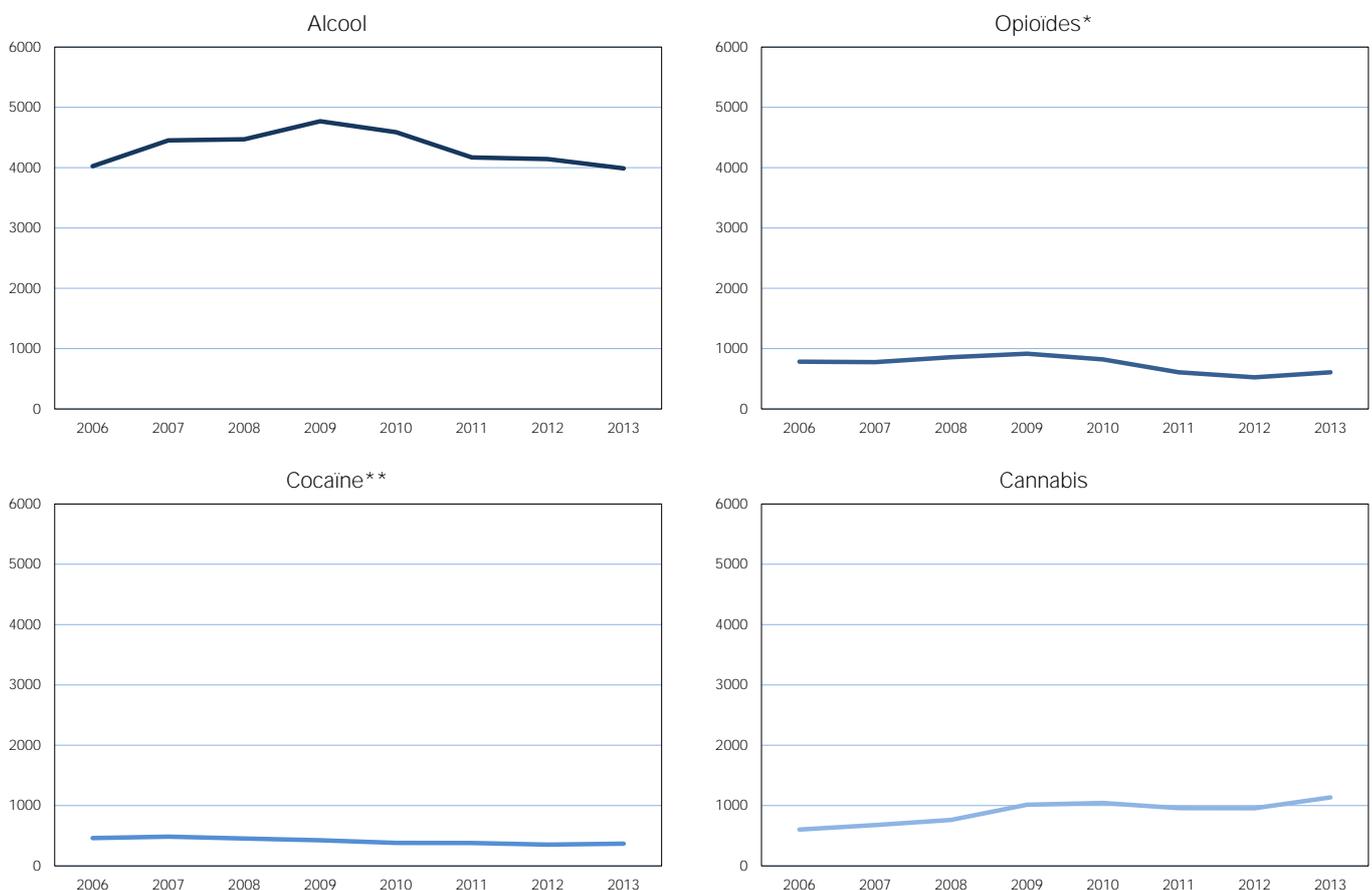
5.3 Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2006-2013)

De façon à pouvoir suivre l'évolution des sollicitations à l'endroit du système d'aide en matière de dépendance, tout en essayant de neutraliser les éventuels biais liés aux fluctuations du taux de participation, les nombres absolus – et non plus les parts relatives – de client-e-s admis par problème principal (alcool, opioïdes, cocaïne et cannabis) ont été calculés pour une sélection d'institutions ayant livré des données tout au long de la période d'observation (de 2006 à 2013). Le fait de considérer une fenêtre d'observation plus étroite permet de limiter les pertes de cas. A noter qu'ici les analyses se basent sur les données des secteurs SAMBAD, act-info-FOS, act-info-Residalc et HeGeBe, mais pas celui des traitements de substitution, les informations sur la constance de la participation n'étant dans ce cas pas disponibles. Avec ce critère, 87,9% des cas enregistrés par act-info (voir graphique 11A) ont pu être inclus dans ces calculs.

Le graphique 13 présente donc l'évolution des nombres de client-e-s pour chaque problème principal et permet ainsi de suivre au mieux les tendances de la demande de prise en charge en terme d'évolution, mais pas d'ampleur, vu la part restreinte d'institutions pouvant être considérées ici. Dans cette approche, c'est donc l'évolution des courbes qui est au centre de l'attention et non pas les nombres qui les constituent. Il apparaît que la demande de prise en charge pour le problème principal 'alcool' tend à s'accroître entre 2006 et 2009, puis a tendance à reculer jusqu'en 2013. La demande liée au problème principal 'opioïdes' semble légèrement augmenter en 2008 et 2009, puis marque une baisse en 2010 et 2011 pour se maintenir ensuite à un niveau inférieur à celui de 2006. La demande liée au problème principal 'cannabis' suit une courbe orientée à la hausse, tandis que celle en lien avec le problème principal 'cocaïne' a tendance à baisser jusqu'en 2010 puis reste relativement stable.

Graphique 13

Evolution du nombre des demandes d'aide en matière de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation 2006-2013)



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

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

5. Evolution jusqu'en 2013

5.4 Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2006-2013)

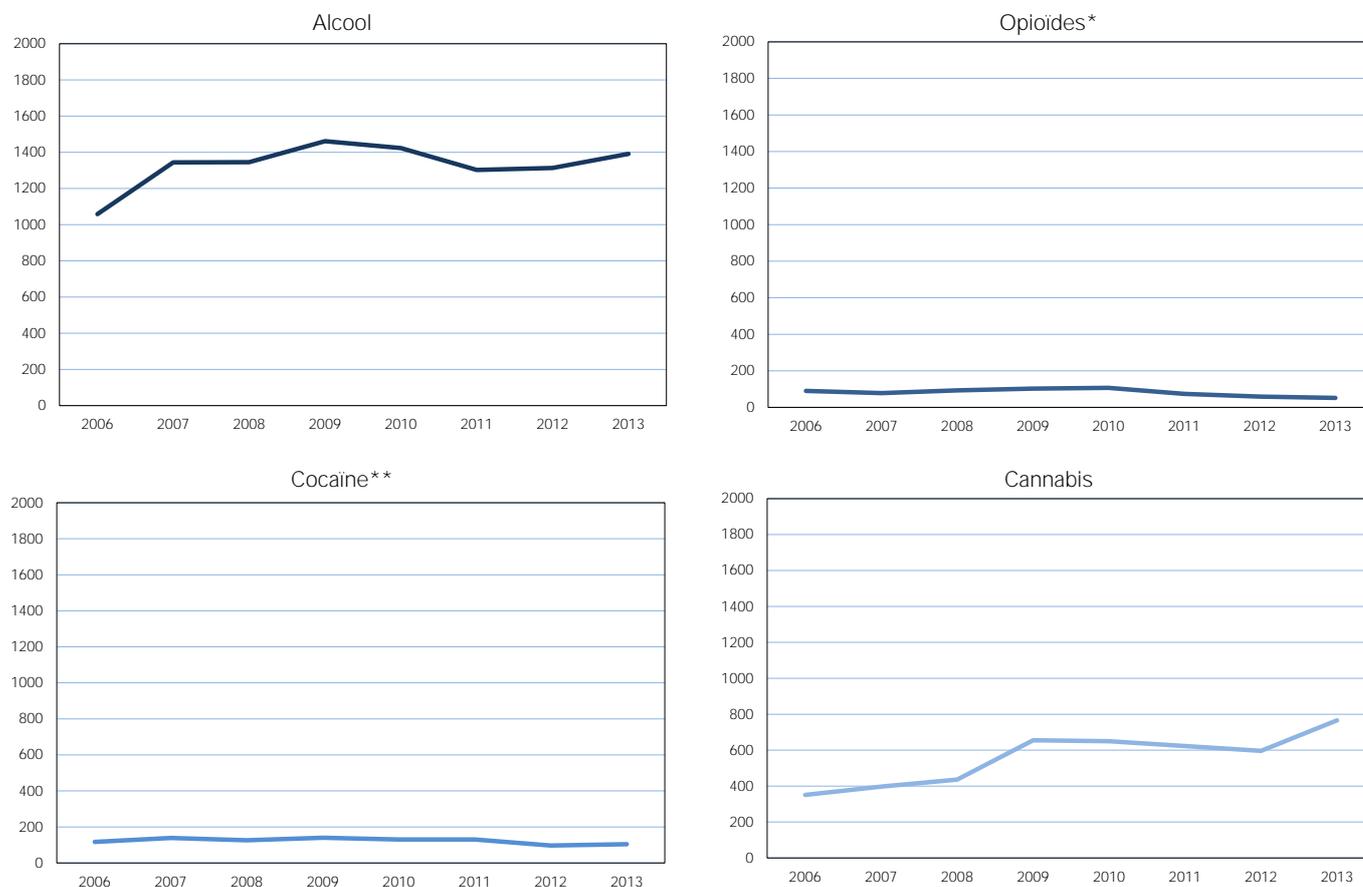
Le nombre des client-e-s pour lequel-le-s il s'agit de la toute première prise en charge pour problèmes addictifs peut être considéré comme un indicateur approximatif de l'évolution de l'incidence de ces problèmes au sein de la population générale. L'évolution de l'incidence constitue une mesure appropriée de la tendance de diffusion d'un trouble donné et de la vitesse à laquelle il se diffuse (voir Maffli et al., 2012).

Les remarques méthodologiques relatives au graphique 13 s'appliquent également au graphique 14. Ainsi, les nombres présentés sont ceux enregistrés par les institutions ayant pris part de façon constante au monitoring *act-info* de 2006 à 2013. Ici également, c'est le tracé de la courbe qu'il importe de considérer et non pas les nombres eux-mêmes, car ils ne représentent pas la totalité de la demande.

Le graphique 14 montre l'évolution du nombre des toutes premières prises en charge, selon le problème principal. Globalement, on observe des évolutions assez comparables à celles du nombre global des demandes de prise en charge (voir sous-chapitre 5.3), mais à des niveaux bien plus bas, surtout s'agissant du problème principal 'opioïdes'. Selon ces résultats, les premières demandes de prise en charge pour un problème principal lié à l'alcool tendent à s'accroître entre 2006 et 2009, reculent en 2010 et 2011 puis semblent repartir à la hausse en fin de période. L'évolution des toutes premières prises en charge pour un problème principal lié aux opioïdes ressemble à celle des premières demandes pour un problème principal 'cocaïne': on observe dans les deux cas une relative stabilité jusqu'en 2010 resp. 2011, puis une légère baisse s'amorce dès 2011 resp. 2012. Quant aux premières prises en charge pour un problème principal lié au cannabis, elles augmentent jusqu'en 2009 puis reculent légèrement jusqu'en 2012, avant de s'élever à nouveau.

Graphique 14

Evolution du nombre des toutes premières prises en charge pour problèmes de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation (2006-2013))



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

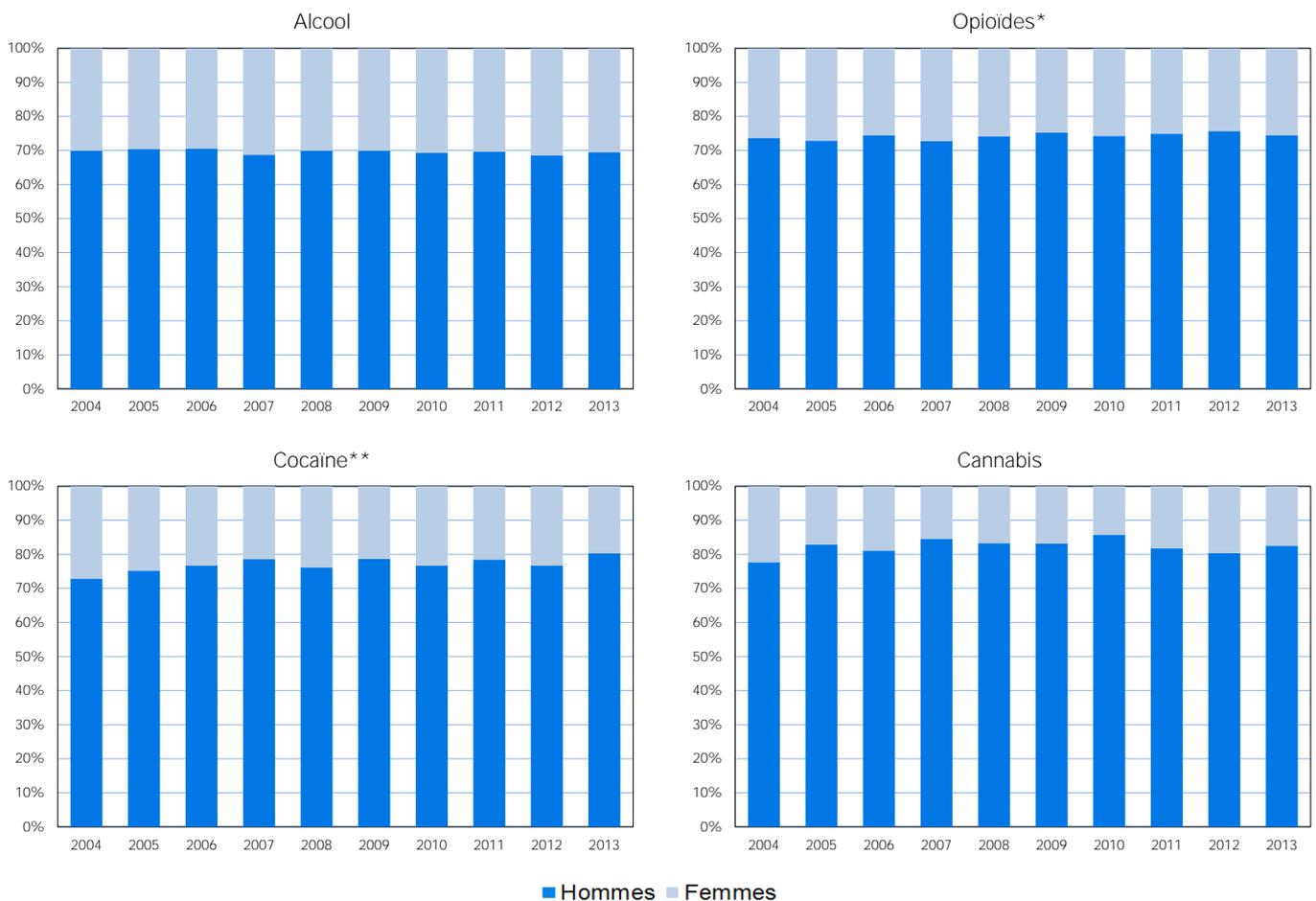
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

5.5 Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2004-2013)

Le graphique 15 présente la proportion d'hommes et de femmes selon le problème principal à l'admission pour l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring *act-info* entre 2004 et 2013. Les résultats montrent que la proportion de femmes reste relativement stable au cours de la période d'observation parmi les client-e-s ayant l'alcool (environ 30%) resp. les opioïdes (environ un quart) pour problème principal. Elle s'avère en revanche plus fluctuante et sans tendance claire dans les

deux autres groupes de client-e-s. La part des femmes oscille en effet entre un minimum de 19.7% (2013) et un maximum de 27.1% (2004) parmi les client-e-s dont le problème principal est la cocaïne et entre 14.2% (2010) et 22.3%(2004) parmi les client-e-s ayant le cannabis pour problème principal.

Graphique 15
Evolution de la répartition hommes/femmes, selon le problème principal (2004-2013)



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

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

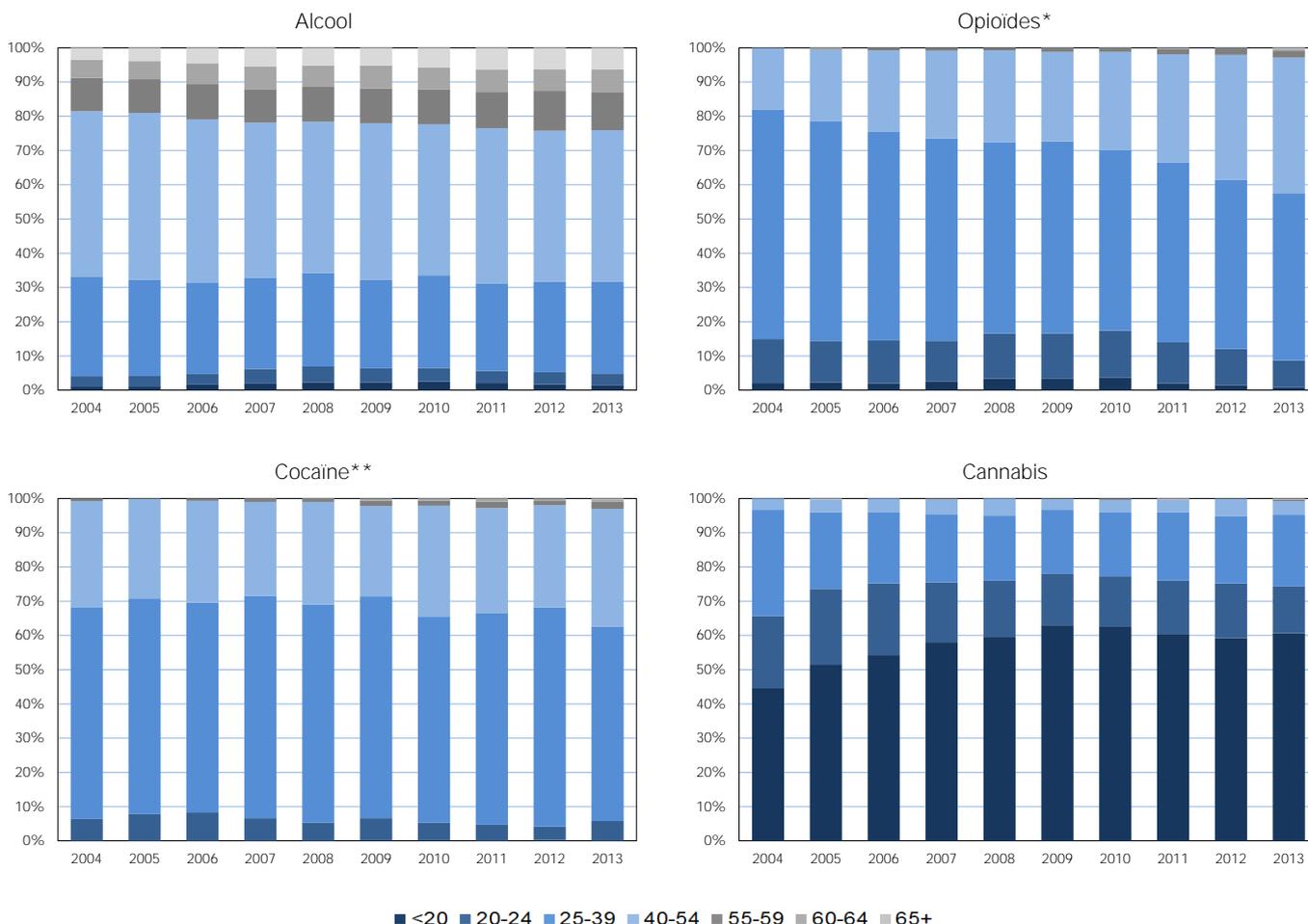
5. Evolution jusqu'en 2013

5.6 Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2004-2013)

Le graphique 16 présente la répartition des client-e-s sur sept catégories d'âge au moment de leur admission, selon le problème principal. Les analyses portent sur l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring act-*info* entre 2004 et 2013. Parmi les client-e-s ayant l'alcool pour problème principal, on observe une augmentation de la proportion des 55 ans et plus entre 2004 (18.6%) et 2013 (24.1%) et une diminution de celle des adultes d'âge moyen (40-54 ans; 48.4% resp. 44.2%), qui reste néanmoins la catégorie d'âge la plus représentée. Parmi les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, on note un net recul de la part des client-e-s de 25-39 ans entre 2004 (67.0%) et

2013 (48.7%) – de loin la catégorie d'âge la plus étendue – parallèlement à un doublement de la catégorie d'âge des 40-54 ans (2004: 17.8% et 2013: 39.7%). S'agissant des client-e-s pour lesquel-le-s la cocaïne est le problème principal, on constate certaines variations entre les différents groupes d'âge, mais sans qu'une tendance claire ne se dégage. Enfin, parmi les client-e-s admis principalement pour des problèmes liés au cannabis, on constate un net accroissement de la part des moins de 20 ans entre 2004 (44.6%) et 2009 (60.6%), catégorie d'âge la plus représentée dans ce groupe sur l'ensemble de la période. A l'inverse, la part des 20-24 ans resp. des 25-39 ans tend à reculer entre 2004 et 2009. Pour les années 2010 et suivantes, la répartition entre les catégories reste en revanche assez stable.

Graphique 16
Evolution de l'âge au moment de l'admission, selon le problème principal (2004-2013)



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

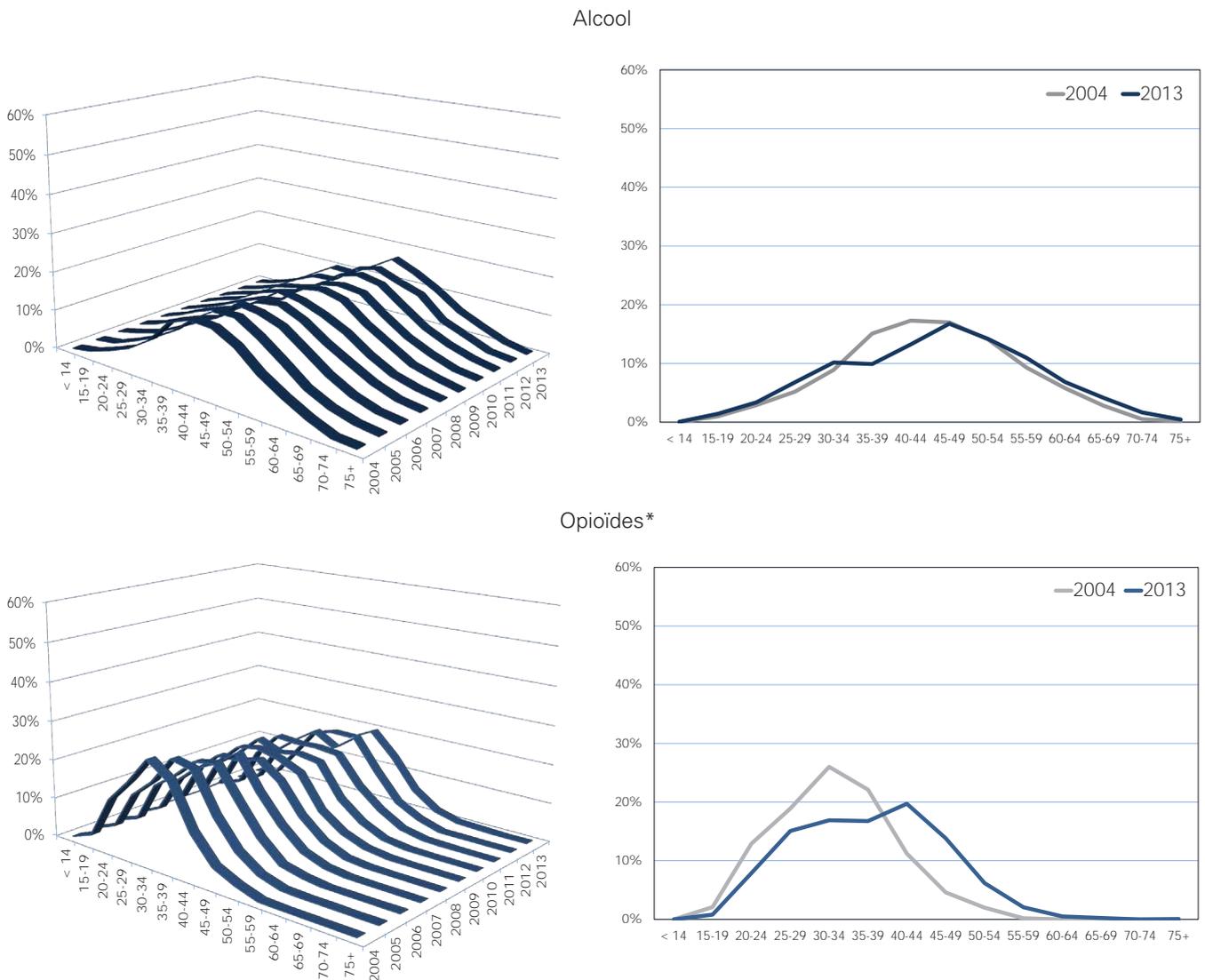
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Le graphique 17 illustre une vision plus fine de l'évolution de la distribution des âges des client-e-s au moment de leur admission (tranches de 5 ans), toujours selon le problème principal. Une comparaison directe entre la distribution de 2004 et celle de 2013 est ajoutée. Globalement, on observe à nouveau des évolutions très différentes selon la substance. Pour les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le petit décalage vers la droite des courbes de distribution en fin de période suggère un léger vieillissement de cette clientèle, tout en laissant supposer un taux élevé de renouvellement de la demande d'aide pour ce type de problème. Ce dernier constat semble aussi s'appliquer aux client-

e-s 'cocaïne' et 'cannabis'. Dans ce dernier groupe de client-e-s, on constate en revanche une tendance au rajeunissement, du moins jusqu'en 2009. Les données ne permettent cependant pas de dire s'il s'agit d'une augmentation de l'incidence du problème chez les jeunes dans la population générale ou d'une plus grande sensibilisation au problème (voir aussi **Groupe de coordination act-info** 2014). Concernant les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, le net déplacement des courbes de distribution vers la droite suggère un vieillissement notable de cette clientèle. Autrement dit, il est bien probable qu'il s'agisse là d'un phénomène de cohorte avec une bonne partie des client-e-s qui restent en traitement de nombreuses années.

Graphique 17

Evolution de la structure des âges au moment de l'admission, selon le problème principal (2004-2013)



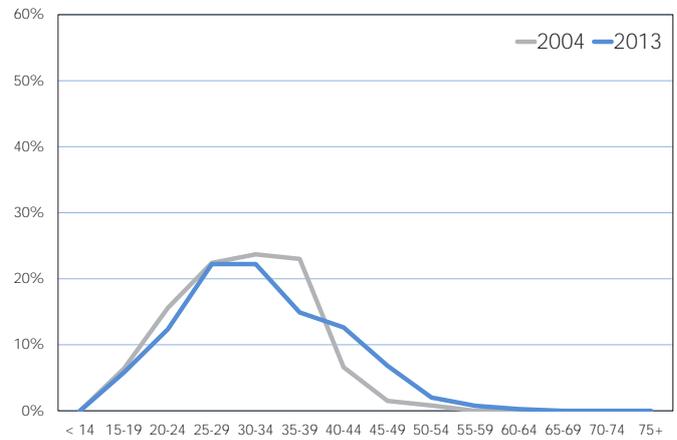
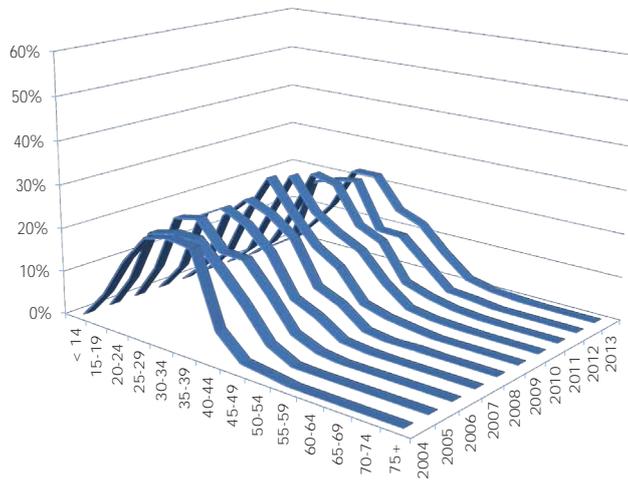
* Opioides : héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

5. Evolution jusqu'en 2013

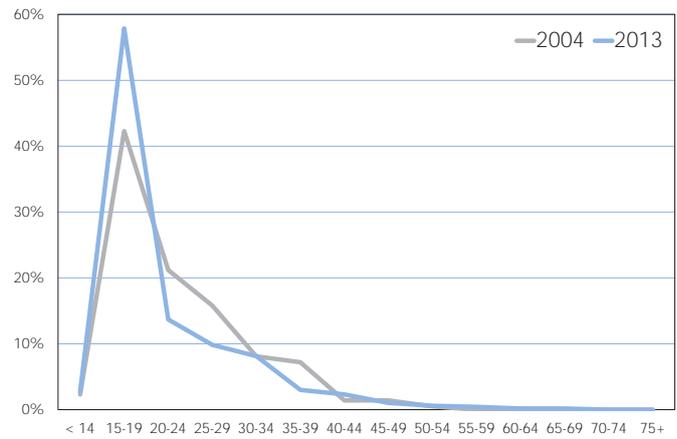
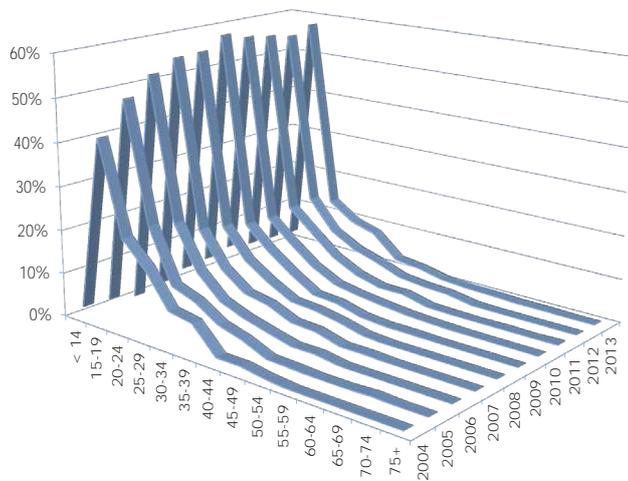
Graphique 17 (suite)

Evolution de la structure des âges au moment de l'admission, selon le problème principal (2004-2013)

Cocaïne**



Cannabis



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

Bibliographie

Astudillo M, Notari L, Maffli E (2014). Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance - Résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2013 – Recueil de tableaux statistiques. Lausanne: Addiction Suisse.

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.

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

Groupe de coordination act-*info* (2014). Prévalence de la consommation de cannabis et profil des client-e-s prises en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis au cours de la période 2006 à 2012. OFSP: Éclairages 2014.

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., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., & Schaub, M. (2012). Zum ersten Mal in Suchtbehandlung. Klienten und Klientinnen in Erstbehandlung: Entwicklung zwischen 2005 und 2009. Abhängigkeiten, 2, 83-98.

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

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

Indication concernant les questionnaires

Les questionnaires contenant les variables de base peuvent être consultés à cette adresse:
www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03293/index.html?lang=fr

