



Bundesamt  
für Gesundheit

---

Office fédéral  
de la santé publique

---

Ufficio federale  
della sanità pubblica

---

Uffizi federal  
da sanadad publica

---

# Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2004

Août 2005

# Sommaire

<b>L'essentiel en bref</b>	<b>3</b>
<b>1. Le traitement avec prescription d'héroïne en 2004</b>	
1.1. Nombre de patients	4
1.2. Admissions	6
1.3. Départs	6
1.4. Réalisation des objectifs de traitement	7
1.5. Questionnaire SCL-90-R : état de santé psychique des patients	9
1.6. Coûts et financement	11
1.7. Evolution à l'échelle internationale	11
<b>2. Principales activités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)</b>	
2.1. Autorisation des comprimés de diacétylmorphine (DAM) pour administration orale	12
2.2. Coordination et travail en réseau	12
2.3. Autorisations / secrétariat	13
2.4. Soutien, suivi et contrôle	13
2.5. Développement du personnel dans les centres HeGeBe	13
2.6. Développement de la qualité (DQ-HeGeBe)	13
2.7. Formation continue	14
2.8. Promotion de la recherche	14
<b>3. Contrôles, formes pharmaceutiques et quantités administrées de diacétylmorphine (héroïne)</b>	
3.1. Contrôle de l'utilisation de l'héroïne	14
3.2. Diverses formes pharmaceutiques de l'héroïne	15
3.3. Quantités administrées	15
<b>4. Bibliographie internationale des nouvelles parutions consacrées à l'HeGeBe en 2004</b>	<b>16</b>

## L'essentiel en bref

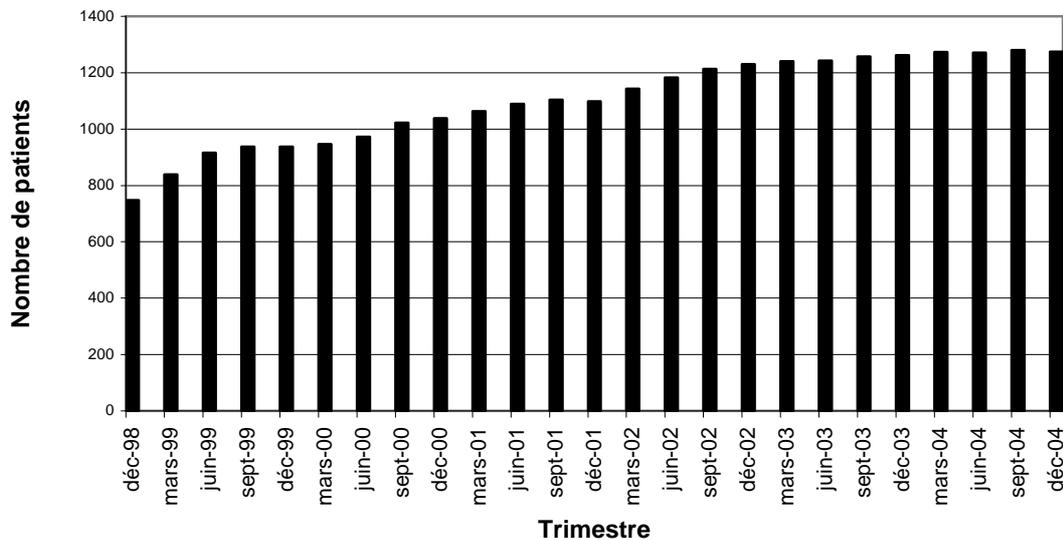
- Durant la période sous revue, le nombre de patients a augmenté de 11 personnes, passant de 1262 personnes au début janvier 2004 à 1273 à fin décembre 2004. En 2003, le nombre de patients avait augmenté de 32 personnes. Le nombre maximal de places de traitement avec prescription d'héroïne en Suisse a augmenté de 17 en 2004, pour atteindre 1389. Ces 17 places supplémentaires ont été créées dans les institutions existantes. Fin 2004, l'occupation moyenne des centres s'élevait à 92 % (2003 : 92% ; 2002 : 90 % ; 2001 : 89 % ; 2000 : 87 %).
- En 2004, une journée de traitement dans un centre avec prescription d'héroïne a coûté en moyenne 57 francs, ce qui correspond à un montant de 20 805 francs par patient et par an. Un héroïnomanie participant au HeGeBe permet donc d'économiser la somme de CHF. 38.— par jour, surtout en frais de justice et de poursuite pénale.
- En 2004, 182 personnes ont quitté les centres de traitement avec prescription d'héroïne, 42,3 % d'entre elles étant passées à un traitement à la méthadone ou à une thérapie orientée vers l'abstinence.
- Les études effectuées cette année sur la durée du traitement confirment que le traitement avec prescription d'héroïne demande du temps. La durée moyenne du traitement est de 2,83 ans. 20 % des personnes qui ont commencé en 1994 poursuivent le traitement.
- Tous les patients qui consomment des comprimés diacétylmorphine (DAM) sont inclus dans une étude de cohorte devant prouver la sécurité du médicament. Cette étude s'achèvera fin 2005. La même année, une demande d'homologation des comprimés DAM sera présentée par le fabricant.
- C'est la première fois que le relevé de l'état de santé psychique (SCL-90-R) fait partie du rapport annuel. En effet, comparé au reste de la population, les patients HeGeBe connaissent nettement plus de difficultés psychologiques. Nous tenons ici à remercier le Dr. A. Moldoványi, médecin-chef des policliniques Lifeline et Crossline à Zurich, pour sa contribution à ce chapitre.
- Une nette majorité des patients sont satisfaits, voire très satisfaits, des résultats obtenus au cours de la thérapie. Cette conclusion confirme, elle aussi, les résultats de ces dernières années.
- Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Institut de recherche sur les addictions (ISF) de Zurich a étroitement collaboré à la rédaction du présent rapport.
- Conformément à l'art. 16, al. 1, let. g, de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne, le présent rapport est soumis chaque année au Conseil fédéral.

## 1. Le traitement avec prescription d'héroïne en 2004

### 1.1. Nombre de patients

Durant la période sous revue, le nombre de patients a augmenté de 11 personnes, passant de 1262 personnes début janvier 2004 à 1273 fin décembre 2004. En 2003, le nombre de patients avait augmenté de 32 personnes. Le nombre maximal de places de traitement avec prescription d'héroïne en Suisse s'élevait, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, à 1372 unités et, le 31 décembre de la même année, à 1389 unités, ce qui correspond à une augmentation de 17 places. Ces places ont été créées dans les institutions existantes. Les centres HeGeBe de Berthoud et de Reinach ont augmenté leurs capacités de 5 places chacun, les centres Crossline/Lifeline à Zurich, quant à eux, de 7 places. Aucun nouveau centre HeGeBe n'a été ouvert dans la période sous revue. Fin 2004, l'occupation moyenne des centres s'élevait à 92 % (2003 : 92 %).

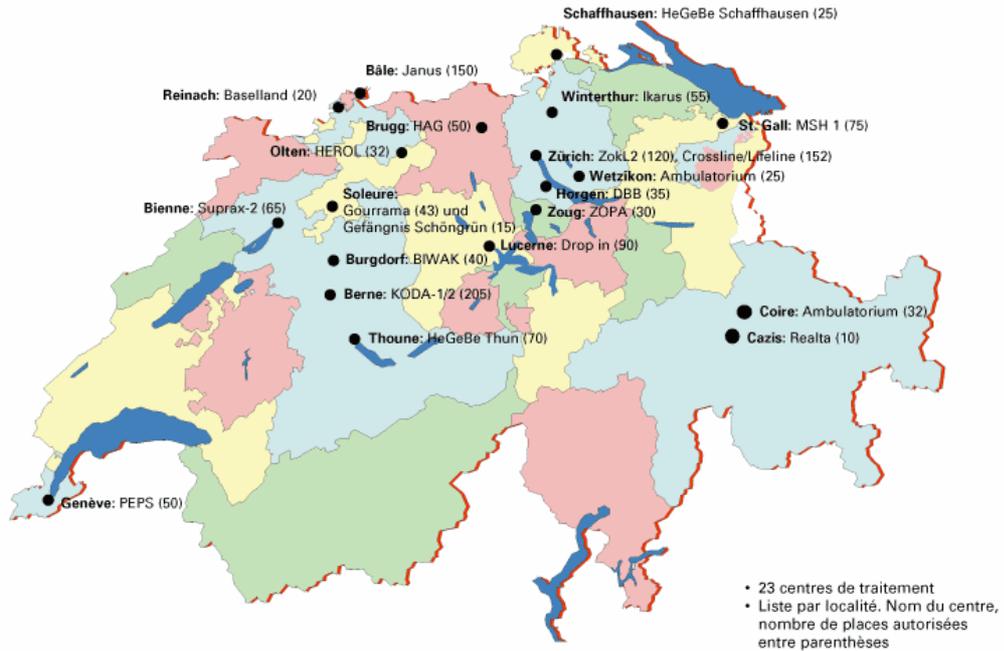
**Evolution du nombre de patients 1999-2004**



Source : OFSP, base de données des patients HeGeBe

Le graphique indique une poursuite de la stabilisation du nombre de patients en 2004. Certaines régions de Suisse ne disposent toujours pas de centres HeGeBe (le Tessin et une grande partie de la Suisse romande). Bien que l'OFSP n'y mène pas de campagne de promotion active, il apporte cependant son soutien aux régions et aux cantons désireux de créer un centre.

### Centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2004



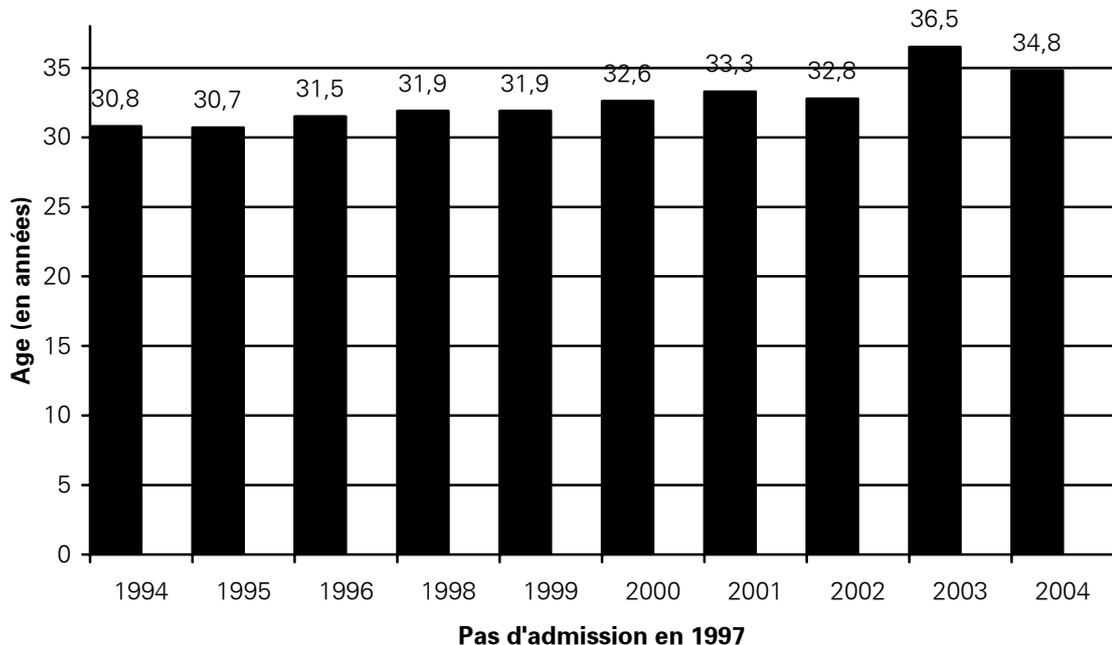
Centres	HeGeBe depuis	Nombre de patients au 31.12.2004	Places autorisées (augmentation par rapport à 2003)
Bâle	octobre 1994	149	150
Bâle-Campagne	juin 2000	19	20 (5)
Berne	mai 1994	194	205
Bienne	septembre 1995	63	65
Brugg	septembre 2000	19	50
Berthoud	mai 2000	39	40 (5)
Cazis, prison de Realta	janvier 2001	3	10
Coire	juillet 2000	23	32
Genève	septembre 1995	36	50
Horgen	septembre 1995	30	35
Lucerne	septembre 1995	88	90
Olten	mai 1994	29	32
Schaffhouse	mai 2002	23	25
Soleure	août 1995	43	43
Soleure, prison de Schöngrün	septembre 1995	11	15
St-Gall	septembre 1995	69	75
Ville de Zurich, Crossline	août 1995	77	152 (7)
Ville de Zurich, Lifeline	janvier 1994	70	
Thoune	juillet 1994	69	70
Wetzikon	janvier 2002	16	25
Winterthour	août 1995	53	55
Zoug	août 1995	30	30
Zurich, ZokL2	janvier 1994	120	120
<b>Total</b>		<b>1273</b>	<b>1389 (17)</b>

Source : OFSP, base de données des patients HeGeBe

## 1.2. Admissions

Avec 192 personnes, le nombre de nouvelles entrées a reculé par rapport à l'année dernière (2003 : 228 ; 2002 : 292). 79,2 %, soit 156 personnes, étaient des hommes. L'âge de ces patients était de 34,8 ans en moyenne (écart-type : 6,77).

### Age moyen des patients à leur entrée



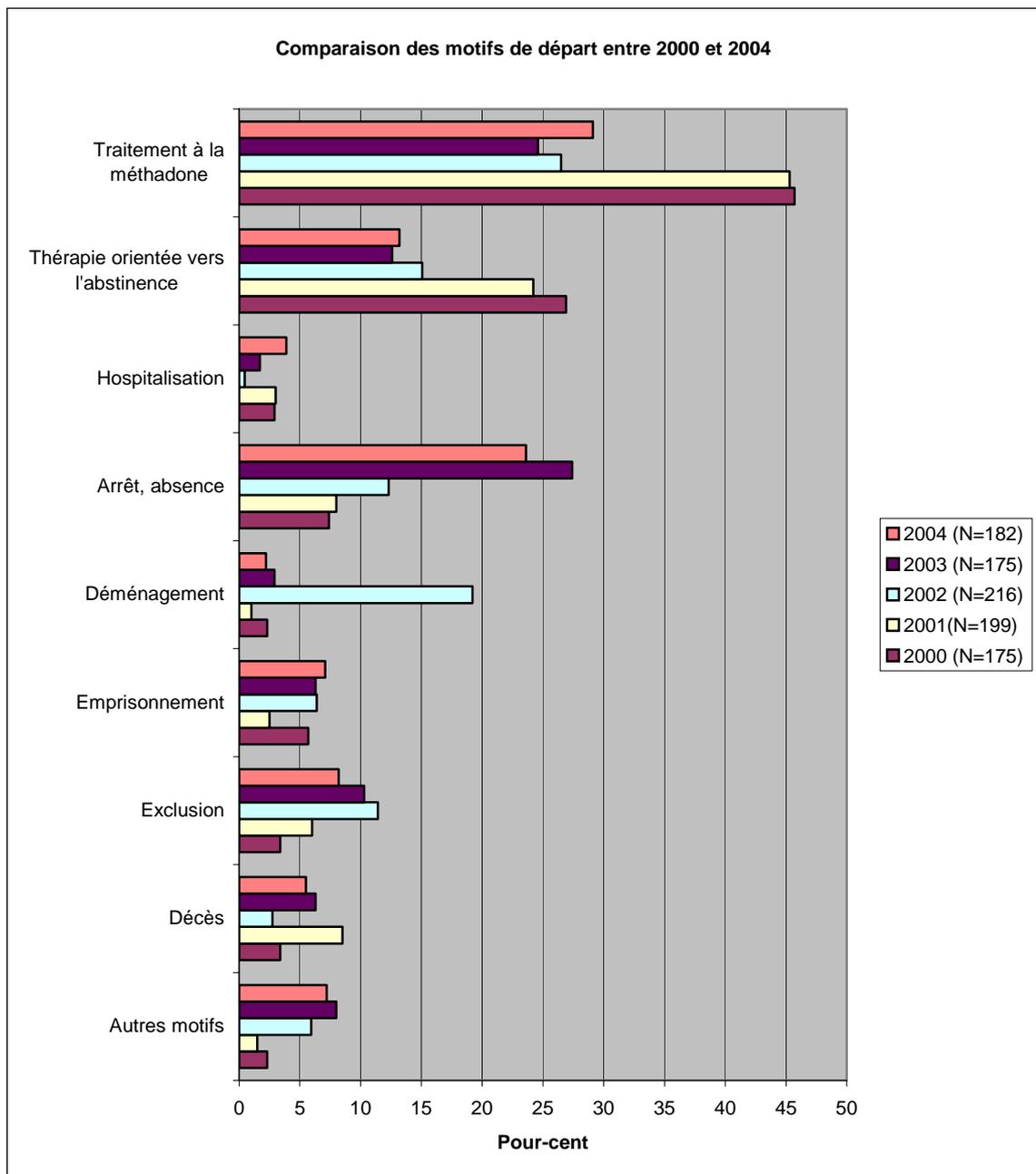
Source : OFSP, base de données des patients HeGeBe

## 1.3. Départs

En 2004, 182 personnes ont quitté les centres de traitement avec prescription d'héroïne. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, 29,1 % (53) des patients sont passés à un traitement à la méthadone et 13,2 % (24) à une thérapie orientée vers l'abstinence. Ainsi, 42,3% des personnes qui ont quitté leur centre sont passées à un traitement relais, ce qui traduit une légère augmentation des départs que l'on peut évaluer positivement par rapport à 2003.

Le nombre d'interruptions de traitement et d'absences injustifiées a de nouveau reculé par rapport à 2003 : 20,3% (37) des patients ont stoppé le traitement en 2004 (2003 : 27,4 %). Avec dix cas, le nombre de personnes décédées pendant le traitement est comparable à celui des années antérieures. Une analyse détaillée de la mortalité dans le traitement avec prescription d'héroïne entre 1994 et 2000 vient d'être réalisée par Rehm et al. (en cours d'impression).

Une étude scientifique complémentaire a analysé plus avant les motifs de départ entre 2000 et 2003 et a proposé des mesures qui seront intégrées dans le recensement des données en 2005 (permettant une nouvelle amélioration du recensement des sorties).



Source : ISGF, monitoring HeGeBe

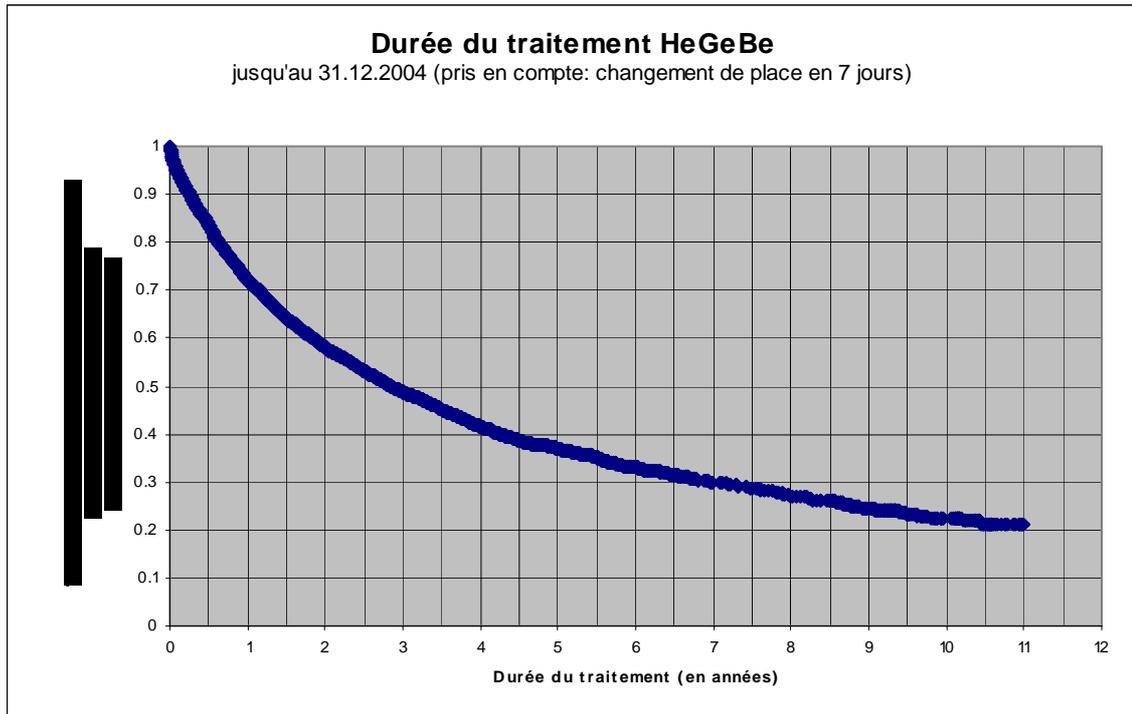
#### 1.4. Réalisation des objectifs de traitement

Selon l'art. 1 de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne, les objectifs du traitement sont les suivants :

1. établir un lien thérapeutique stable avec les patients ;
2. améliorer leur état de santé physique et psychique ;
3. améliorer leur intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation par rapport à la scène de la drogue, réduction de la délinquance) ;
4. faire cesser durablement leur consommation d'opiacés.

La réalisation de l'objectif thérapeutique n°1 peut être évaluée grâce au « taux de rétention » (durée de participation au traitement). Ce dernier donne des informations sur la durée de participation au traitement avec prescription d'héroïne. Les 2383 entrées comptabilisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 1994 et le 31 décembre 2004 ont servi de base de données. Sur la totalité des patients admis, 72 % sont restés en traitement un an et 58 % deux ans ou plus. Le taux de rétention

moyen s'élève à 2,83 ans, en relative constance depuis trois ans (2003 : 2,86 ; 2002 : 2,76). Le traitement avec prescription d'héroïne est donc une thérapie de longue durée pour la plupart des patients. Toutefois, comme le montre le graphique ci-dessous, les départs s'étalent sur toute la période d'observation. Environ 20 % des patients sont encore en traitement après onze années.

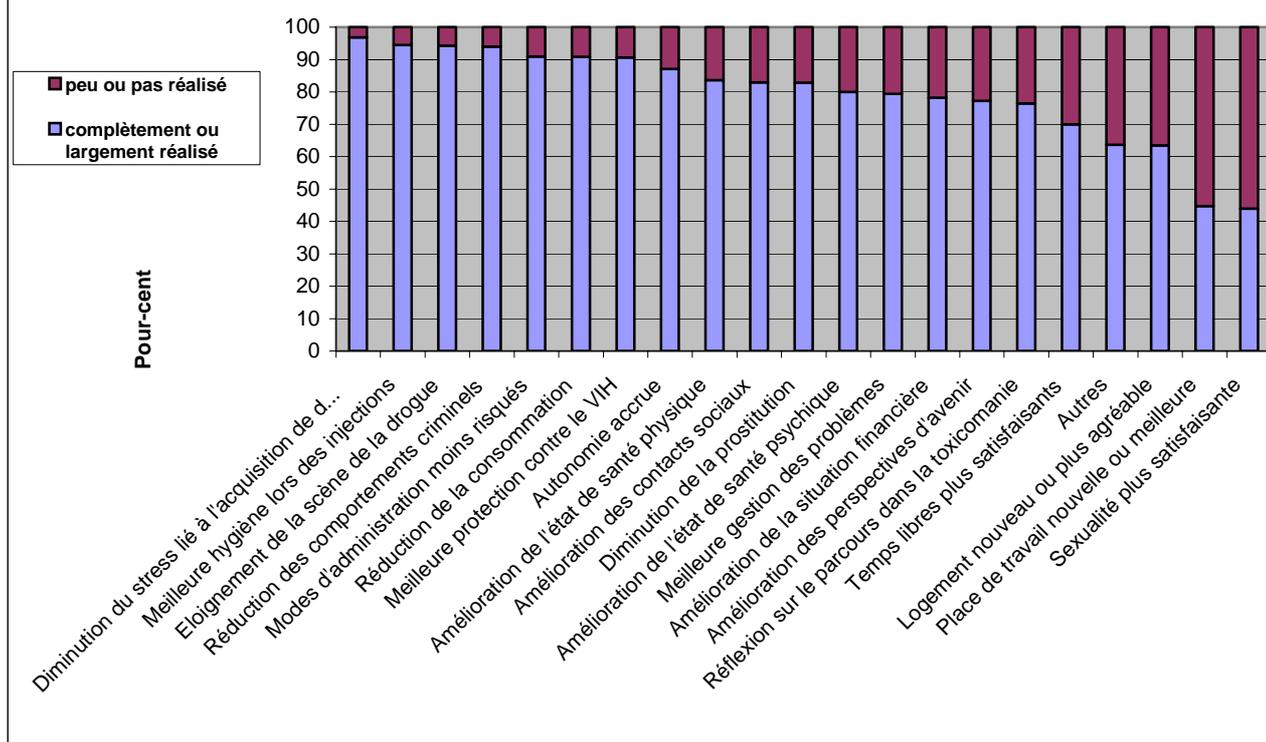


Source : ISGF, monitoring HeGeBe

En 2004, 605 patients ont pu être interrogés sur l'atteinte des objectifs de traitement 2 et 3. Une majorité des personnes ont indiqué une nette amélioration dans les différents domaines, sauf dans ceux du travail et de la sexualité (seuls 40% indiquent une amélioration dans ceux-ci). Dans le domaine du travail, cela est dû essentiellement à la situation économique difficile ainsi qu'aux déficits personnels des patients.

Plus de 90 % des personnes interrogées mentionnent une amélioration pour les autres objectifs de la thérapie (amélioration de la santé physique et psychique, meilleure intégration sociale, diminution des comportements criminels). Les résultats du monitoring confirment les résultats de diverses études réalisées l'année passée.

## Réalisation des objectifs en 2004 (N=605)



Source : ISGF, monitoring HeGeBe

Environ 13% des patients qui sont sortis des programmes HeGeBe ont été transférés vers une thérapie orientée vers l'abstinence (voir graphique p. 7). Ce résultat apparemment peu élevé est à mettre en relation avec l'état de santé physique et psychique généralement mauvais (voir p. 9ss) des patientes et patients qui suivent des traitements avec prescription d'héroïne. Si l'on prend en considération les dommages importants à leur état de santé (dépressions, troubles de personnalité, Hépatite, HIV, etc.) et le fait qu'à leur entrée, ils ont plus de 10 ans de dépendances et plusieurs traitements infructueux, ces résultats sont considérables. Les sorties de traitements HeGeBe doivent aussi être préparées avec beaucoup de soin, car, en cas d'interruption prématurée d'une thérapie, le danger d'une rechute dans la consommation illégale d'héroïne et les risques de décès par overdoses qui en résultent sont très élevés.

Il est évident que les patients ne doivent pas rester plus longtemps que nécessaire en traitement. C'est la raison pour laquelle l'OFSP a édicté dans le cadre du projet de développement de la qualité, des recommandations pour la structuration temporelle des plans de traitements (voir p. 13). Il y est recommandé, pour des patientes et des patients relativement jeunes, en bonne santé et bien intégrés, de planifier une fin du traitement avec prescription d'héroïne à partir d'une durée de thérapie de deux ans (Manuel HeGeBe, chap.1. p. 73).

### 1.5. Commentaires : questionnaire SCL-90-R Etat de santé psychique des patients

Les résultats de l'enquête réalisée au moyen du questionnaire standardisé SCL-90-R (inventaire des symptômes, Derogatis, 1973) donnent des indications sur l'état de santé psychique et émotionnelle des patients. Les niveaux de détresse symptomatique éprouvée sont évalués selon neuf dimensions :

- **Somatisation** : simple problème physique jusqu'à troubles fonctionnels.
- **Troubles obsessionnels compulsifs** : légers troubles de l'attention et de la concentration au travail jusqu'à manies prononcées.

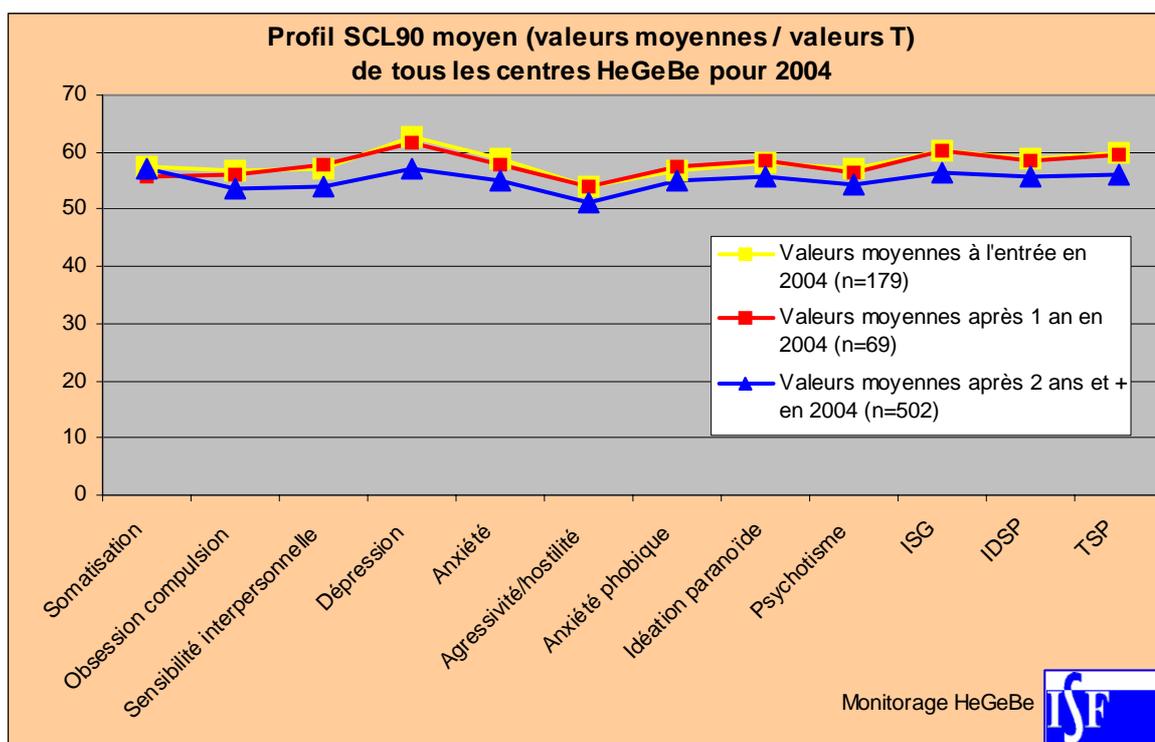
- **Sensibilité interpersonnelle** : légère anxiété sociale jusqu'à sentiment de totale incompetence sociale.
- **Dépression** : état de tristesse jusqu'à grave dépression.
- **Anxiété** : état de nervosité physique jusqu'à angoisses profondes.
- **Agressivité / hostilité** : irritabilité et instabilité jusqu'à forte agressivité accompagnée de manifestation d'hostilité.
- **Anxiété phobique** : léger sentiment de menace jusqu'à forte angoisse phobique.
- **Idéation paranoïde** : méfiance et sentiment d'infériorité jusqu'à fortes pensées paranoïdes.
- **Psychotisme** : léger sentiment d'isolement et d'inadaptation jusqu'à preuve manifeste de la psychose.

De plus, on se sert de trois indices de détresse psychologique du questionnaire SCL-90-R :

- **ISG** (indice de sévérité globale) : mesure générale de l'adaptation du patient.
- **IDSP** (indice de détresse des symptômes positifs) : mesure l'intensité des réponses données.
- **TSP** (total des symptômes positifs) : donne des informations sur le nombre des symptômes pour lesquels existe une détresse.

Les valeurs sont données en valeurs T standardisées. Des valeurs T se situant entre 60 et 70 montrent une détresse psychologique manifeste, des valeurs T entre 70 et 80 montrent une détresse psychologique forte à très marquée.

Le graphique ci-après montre les différences pour tous les patients au moment de leur entrée (n=179) et, comparativement, la valeur moyenne des patients interrogés qui sont encore en traitement après un an (n=69) et deux ans (n=502). Il ne s'agit pas du suivi d'un groupe de patients défini, mais d'une vue instantanée à un moment précis. Entre l'entrée et la première année, on remarque peu de différences dans les détresses symptomatiques. Les valeurs mesurant la dépression sont élevées à l'entrée et même après une année. En revanche, on peut noter une amélioration concernant toutes les dimensions - à l'exception de la somatisation - chez les patients qui sont en traitement depuis plus de deux ans. On voit également que le collectif de patients HeGeBe montre une détresse psychique plus élevée que le reste de la population à chaque moment.



## 1.6. Coûts et financement

En 2004, une journée de traitement avec prescription d'héroïne a coûté en moyenne 57 francs par jour et par personne, ce qui correspond à un montant de 20 840 francs par patient et par an (base de calcul : les 20 centres de traitement ambulatoire). Ce coût, légèrement inférieur à celui de l'année 2003 (60 francs et 30 centimes) résulte vraisemblablement du financement, par l'OFSP, de l'étude de cohorte pour la demande d'autorisation des comprimés DAM (cf. point 2.1). Le coût du traitement est à mettre en relation avec les coûts journaliers causés par un héroïnomanes ne participant pas au programme, qui s'élèvent à CHF 95.—selon une étude de coûts et bénéfices réalisée en l'an 2000. Un héroïnomanes participant au HeGeBe permet donc d'économiser la somme de CHF 38.—par jour, ceci surtout en frais de justice et de poursuite pénale.

Les coûts totaux du traitement avec prescription d'héroïne se sont élevés à quelque 28,3 millions de francs en 2004. Les cantons et les communes en ont supporté environ 20 %, les caisses maladie environ 80 %. Ces chiffres ont été obtenus en opérant un calcul mixte du traitement avec prescription d'héroïne et du traitement de substitution à la méthadone dans les centres de traitement avec prescription d'héroïne. D'une manière tendancielle, les centres s'éloignent de plus en plus de la spécialisation à un traitement avec prescription d'héroïne pour devenir des centres avec prescription de différents médicaments de substitution. Si cela représente une amélioration concrète du traitement pour les patients, il n'est toutefois plus possible de faire une différenciation des coûts.

## 1.7. Evolution à l'échelle internationale

### Allemagne

Un projet-pilote de prescription d'héroïne a été lancé en 2002 dans les villes de Hambourg, Hanovre, Cologne, Francfort, Karlsruhe, Munich et Bonn. La phase destinée à incorporer plus de 1000 patients s'est achevée fin 2003 dans les dernières villes. Si les résultats scientifiques de cette étude sont attendus pour l'été 2006, plusieurs expériences positives se profilent déjà. Ainsi, on a pu observer une nette amélioration de l'état de santé des patients. Le taux de rétention est très élevé et la consommation parallèle a clairement diminué. Certains patients manifestent de l'esprit d'initiative et souhaitent diminuer leur dose d'héroïne, avec pour objectif l'abstinence. On a pu convaincre une partie des participants de se diriger vers une autre forme de traitement : traitement de substitution à la méthadone ou thérapie axée sur l'abstinence.

Les craintes selon lesquelles les centres de traitement à l'héroïne engendreraient une « scène ouverte » ou qu'ils incommoderaient le voisinage ne se sont pas confirmées.

### Belgique

Une nouvelle étude concernant la « remise contrôlée d'héroïne : étude de faisabilité et de suivi » a été mise en place avec les objectifs suivants :

- La réalisation d'une étude bibliographique sur les expériences faites de la remise contrôlée d'héroïne dans des études terminées ou en cours ;
- Une analyse quantitative des données disponibles ;
- Une étude de faisabilité du point de vue légal et administratif ;
- Le développement de différentes études concernant les offres existantes, les aspects criminologiques et économiques (coûts/utilité).

Les résultats de ce projet seront publiés courant 2005.

### Canada

En Amérique du Nord, les inscriptions au premier essai clinique du traitement avec prescription d'héroïne ont commencé le 9 février 2005 à Vancouver. Cet essai tentera de déterminer si les héroïnomanes, qui ne pouvaient être pas pris en charge dans un programme de substitution à la méthadone ou dans une thérapie orientée vers l'abstinence jusqu'ici, pourraient profiter d'une prescription médicale d'héroïne. Les trois centres - Vancouver, Montréal et Toronto - prévoient d'intégrer 470 personnes. Les centres de Toronto et de Montréal procèdent à l'incorporation en 2005. Chaque centre prévoit 157 participants, dont environ la moitié se verra remettre de l'héroïne

de qualité pharmaceutique (groupe expérimental). L'autre moitié suivra un traitement à la méthadone (groupe de comparaison).

L'héroïne sera prescrite et remise sous surveillance médicale dans une clinique spécialement conçue. Les participants du groupe expérimental seront traités pendant 12 mois avec de l'héroïne puis dirigés graduellement, pendant une période transitoire de trois mois, vers une thérapie relais avec prescription de méthadone ou vers un autre traitement. Les chercheurs prévoient une période de recrutement de six à neuf mois ; l'étude durera de 21 à 24 mois au total.

### **Espagne**

En Andalousie, les résultats provisoires de l'étude sur le traitement avec prescription d'héroïne seront disponibles au printemps 2005. On peut d'ores et déjà dire que les améliorations sanitaires et sociales du groupe traité avec de l'héroïne sont aussi remarquables que celles du groupe de comparaison, traités avec de la méthadone (env. 30 patients). Le nombre souhaité de 120 patients par groupe n'a pas pu être atteint.

### **Grande-Bretagne**

Un essai pour le traitement avec prescription d'héroïne prévu dans deux polycliniques londoniennes commence en 2005.

### **Pays-Bas**

En juin 2004, le Parlement a décidé que les autorités communales seraient habilitées à augmenter de 300 à 1000 le nombre de places pour le traitement médical avec prescription d'héroïne. Ces places ont été réparties sur 15 unités de traitement dans 11 régions. Cette décision fait suite à une proposition commune des ministres de la santé, Hans Hoogervorst, de la justice, Piet Hein Donner, et de la réforme administrative, Thom de Graaf. En outre, il est prévu d'enregistrer la solution injectable et la forme inhalable. La demande d'homologation aux autorités néerlandaises est en préparation.

## **2. Principales activités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

### **2.1. Autorisation des comprimés de diacétylmorphine (DAM) pour administration orale**

Depuis 1998, des comprimés DAM sont également prescrits en Suisse dans le cadre du traitement à l'héroïne. L'un des principaux objectifs du traitement avec prescription d'héroïne est d'encourager les formes de consommation moins risquées. C'est ainsi que les patients qui se sont injectés de l'héroïne pendant des années peuvent passer progressivement aux comprimés. Il s'agit là d'un grand succès thérapeutique. Par ailleurs, les personnes fortement dépendantes qui ne se sont jamais fait d'injection mais ont sniffé ou inhalé la substance peuvent être admises dans le traitement HeGeBe.

Alors que la solution intraveineuse a été autorisée par l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (Swissmedic depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002) dès décembre 2001 sous la marque « Diaphine », une telle autorisation fait encore défaut pour les comprimés. Des études scientifiques doivent attester de l'efficacité et de la sécurité du médicament avant qu'une homologation soit demandée. Une telle étude a pu être lancée en novembre 2003. Tous les patients auxquels on prescrivait jusqu'alors des comprimés ont été intégrés dans une étude de cohorte sur la sécurité des médicaments. Suite aux données et aux résultats de l'étude de cohorte, une demande d'homologation des comprimés DAM sera soumise à Swissmedic.

### **2.2. Coordination et travail en réseau**

Cette année également, l'OFSP a proposé les plates-formes nécessaires pour garantir la coordination entre l'autorité de contrôle (OFSP) et les centres de traitement ainsi que la coordination entre ces derniers. Parallèlement au séminaire annuel de « peer-teaching » (voir 2.7) et aux séances de formation continue, les centres et l'OFSP se réunissent trois fois par an

pour échanger leurs expériences, discuter des problèmes soulevés et garantir le flux d'informations. Cette forme d'échange institutionnalisée contribue largement à l'amélioration de la qualité du traitement et à l'établissement d'une bonne pratique. Pour les nouveaux médecins et les chefs de centre en particulier, l'échange relatif aux différentes composantes du traitement et de la gestion de l'exploitation est très important.

### **2.3. Autorisations / secrétariat**

Une des tâches principales de l'OFSP consiste dans l'administration et la vérification des autorisations. Chaque patient dispose d'une autorisation de l'OFSP qui est valable deux ans après l'admission et qui doit ensuite être renouvelée chaque année. Lors du renouvellement, on vérifie si le traitement avec prescription d'héroïne est toujours la forme de thérapie adaptée pour la personne en question. Les institutions et les médecins traitants disposent, eux aussi, d'une autorisation de l'OFSP, qui est vérifiée périodiquement. Les tâches administratives dans ce domaine ont continuellement augmenté depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance HeGeBe au 1<sup>er</sup> avril 1999. Cela est dû à l'augmentation du nombre de centres de traitement ainsi qu'à l'augmentation du nombre de patients durant cette période. L'automatisation, qui s'est accrue, a permis de gérer ce volume plus élevé, malgré les nettes suppressions de personnel.

### **2.4. Soutien, suivi et contrôle**

Durant la période sous revue, tous les centres de traitement ont été visités par les collaborateurs compétents de l'OFSP. Ces visites sont destinées avant tout à vérifier si les directives et les dispositions légales sont respectées, mais elles permettent aussi d'échanger des expériences en matière de développement du traitement et de gestion des problèmes. De nombreuses questions ont également été traitées par téléphone ou par courrier.

### **2.5. Développement du personnel dans les centres HeGeBe**

Le recensement de cette année effectué par l'OFSP pour avoir une vue d'ensemble de la situation du personnel (données du nombre de personnes, pas des fractions de poste), a donné les résultats suivants : fin 2004, 52 médecins, 68 employés dans les domaines du suivi et de la thérapie des groupes professionnels Service social, Pédagogie sociale et Psychologie, 177 personnes assignées aux soins et à l'administration du traitement ainsi que 34 collaborateurs administratifs travaillaient dans les 23 centres de traitement. Le taux de fluctuation du personnel était de 16,7 % (21 %) en 2004 (base de calcul : 22 centres de traitement ambulatoire).

### **2.6. Développement de la qualité (DQ-HeGeBe)**

En janvier 2004, deux nouveaux sous-chapitres ont été intégrés au manuel HeGeBe (« Consommation parallèle et polytoxicomanie » ainsi que « Structure du plan de traitement dans le temps »), qui contiennent les nouvelles recommandations et directives de qualité, mettant ainsi fin à un premier cycle de développement de la qualité HeGeBe (DQ-HeGeBe). Dans le cadre du développement de la qualité HeGeBe, des indicateurs pour mesurer le succès du traitement ont été déterminés ; ils seront recensés à l'aide d'un monitoring. En outre, un réseau de « peer-teaching » des centres a été mis en place. Les conférences annuelles ont notamment permis d'échanger et de discuter les résultats des traitements et d'élaborer des stratégies efficaces pour gérer les problèmes liés au traitement. Lors du colloque « peer-teaching » de fin 2004, la réalisation de cycles de qualité a été lancée dans les centres pour la première fois. En 2005, tous les centres introduiront des mesures individuelles pour continuer d'améliorer leur traitement et en mesureront les effets au moyen d'indicateurs adaptés.

## 2.7. Formation continue

En 2004, comme les années précédentes, l'OFSP était chargé de promouvoir la formation continue du personnel spécialisé travaillant dans les centres. L'OFSP a cofinancé les formations pour la dernière fois cette année. Toutefois, avant de se retirer, il a veillé à ce que ces offres, qui s'avèrent très prisées et positives (notamment le cours d'introduction destiné aux nouveaux collaborateurs des centres HeGeBe et l'entretien de motivation), continuent d'être proposés et soient accessibles non seulement pour les centres HeGeBe mais également pour les autres cliniques ambulatoires de substitution. Dès 2005, elles feront partie de l'offre de la Haute école spécialisée en travail social de Lucerne.

Offre de cours 2004	Durée
Cours d'introduction destiné aux nouveaux collaborateurs des centres HeGeBe	2 x 3 jours
Entretiens de motivation (personnel soignant et personnel d'encadrement)	2 x 2 jours (introduction) 2 x 1 jour (suite)
Conduite face aux agressions	2 x 2 jours
Transfert de pratiques Suisse romande - Suisse alémanique (médecins)	2 jours
Echange international sur HeGeBe (chefs de service)	2 jours

## 2.8. Promotion de la recherche

En 2004, les questions de recherche en relation avec l'enregistrement des comprimés d'héroïne (comprimés DAM) ont constitué un thème prioritaire. Elles comportaient deux études :

Une étude pharmacologique, qui étudiait le comportement des comprimés à effet retard dans le corps et les différences au niveau de l'assimilation par rapport aux comprimés à libération instantanée. Des données pharmacocinétiques essentielles ainsi ont pu ainsi être recueillies.

Une étude médicale, qui porte sur le relevé des effets secondaires indésirables qui surviennent lors du traitement avec les comprimés d'héroïne. Les données seront recensées et évaluées sur un an. Le rapport d'évaluation est attendu pour le printemps 2005.

Le traitement de la consommation parallèle de cocaïne chez les héroïnomanes était un autre thème important. En juillet 2004 a été lancée une étude pilote qui visait à obtenir des informations sur l'utilité du méthylphénidate (Ritaline) et de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de la consommation de cocaïne chez les patients en traitement avec prescription d'héroïne. Les premiers résultats sont attendus pour fin 2005.

## 3. Contrôle, formes pharmaceutiques et quantités administrées de diacétylmorphine (héroïne)

### 3.1. Contrôle de l'utilisation de l'héroïne

La conformité à la loi de l'utilisation de l'héroïne par les 23 cliniques proposant en Suisse un traitement avec prescription d'héroïne a été contrôlée par Swissmedic. Le contrôle de l'utilisation de l'héroïne (contrôle du flux de substance) comprend entre autres, pour chacune des cliniques, une inspection sur place réalisée au moins une fois par an par la division Stupéfiants de Swissmedic.

Des mesures de sécurité efficaces ont été prises afin de garantir une utilisation de l'héroïne conforme à la loi. Ces mesures ont pour but d'écarter les éventuelles utilisations abusives comme le détournement d'héroïne et ont fait de nouveau leurs preuves en 2004.

### 3.2. Les diverses formes pharmaceutiques de l'héroïne

L'héroïne existe sous trois formes galéniques : la solution injectable, les comprimés d'héroïne à libération instantanée et les comprimés d'héroïne à libération lente (effet retard).

La forme injectable, stérile et lyophilisée, est homologuée en Suisse sous la marque Diaphine® depuis le 7 décembre 2001 et peut être utilisée comme spécialité pour le traitement de la dépendance à l'héroïne dans le cadre de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (autoriser un médicament signifie que l'autorité de contrôle des médicaments a vérifié la qualité, la sécurité et l'efficacité dudit médicament et lui a attribué une autorisation de mise en vente en Suisse).

Les comprimés ont été administrés dans le cadre d'une étude clinique qui a servi à recueillir des données pour présenter une demande d'autorisation auprès de Swissmedic.

Le tableau ci-dessous montre les propriétés des comprimés d'héroïne par rapport à l'héroïne injectable :

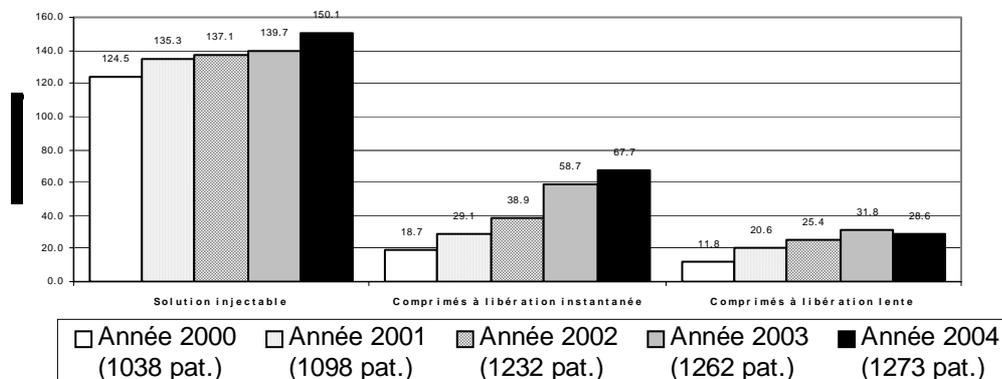
Comprimés d'héroïne	Héroïne injectable
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de demi-vie plus longue, en particulier pour les comprimés à libération lente</li> <li>• Les risques liés à l'injection disparaissent</li> <li>• En raison de leur biodisponibilité moindre, il faut davantage d'héroïne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet immédiat, mais de courte durée (2-4 injections quotidiennes)</li> <li>• Administration facilement contrôlable</li> </ul>

### 3.3. Quantités administrées

En 2004, 246 kilos d'héroïne hydrochlorique ont été administrés aux personnes en traitement avec prescription d'héroïne en Suisse<sup>1</sup>.

- Par rapport à l'année 2003, 16 kilos supplémentaires (+7 %) ont été administrés. Cette différence s'explique par la légère augmentation moyenne de la dose (cf. infra).
- Le nombre de patients s'est accru en 2004 de 11 patients, pour atteindre le nombre de 1273 personnes à fin décembre 2004 (+0,9 %).
- La proportion de comprimés dans la quantité annuelle totale d'héroïne administrée a affiché une augmentation constante depuis 2000 et s'est élevée en 2003 à 39 %. En 2004, cette proportion est restée quasi inchangée avec 39 %.
- En 2004, la consommation moyenne d'héroïne par patient a augmenté de 5,3 % à 533 mg par jour en moyenne (toutes formes galéniques confondues) (2003 : 506 mg). Il faut tenir compte du fait que ces données résultent d'un calcul mixte d'héroïne injectable et de comprimés d'héroïne et que la biodisponibilité de l'héroïne en comprimé est grosso modo trois fois plus faible que celle de l'héroïne injectable.

Répartition par forme galénique de l'héroïne administrée en Suisse de 2000 à 2004



Remarque concernant la légende : entre parenthèses se trouve le nombre des patients pour la fin décembre de chaque année.

<sup>1</sup> Pour une comparaison plus simple toutes les déclarations se rapportent à l'héroïne chlorhydrate monohydrate même si les comprimés d'héroïne contiennent de l'héroïne chlorhydrate qui est plus légère.

#### **4. Bibliographie des nouvelles parutions sur le traitement avec prescription d'héroïne en 2004**

Bassetti S, Wolfisberg L, Jaussi B, Frei R, Kuntze MF, Battegay M, Widmer AF. Carriage of *Staphylococcus aureus* among injection drug users: lower prevalence in an injection heroin maintenance program than in an oral methadone program. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004; 25 (2): 133-137.

Blanken P, Hendriks VM, Koeter MWJ, van Ree JM, van den Brink W. Matching of treatment-resistant heroin-dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results from two randomized controlled trials. *Addiction* 2004; 100:89-95.

Brands B, Blake J, Sproule B, Gourlay D, Busto U. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 73 (2): 199-207.

Caplehorn J. prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Dutch heroin trials show retention is better with methadone alone. *BMJ* 2004; 328 (7433): 228-229.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/228-c>

Dehue T. Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: double blinding is not possible. *BMJ* 2004; 328 (7433): 228. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/228>

March, JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Gomez M, Rodriguez S, Leon MI, Rodriguez C, Equipo PEPSA. The experimental drug prescription program in Andalusia (PEPSA): procedure for recruiting participants (Artikel in Spanisch). *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (3): 245-247.

Gschwend P, Rehm J, Blättler R, Steffen T, Seidenberg A, Christen S et al. Dosage regimes in the prescription of heroin and other narcotics to chronic opioid addicts in Switzerland – Swiss national cohort study. *European Addiction Research* 2004; 10(1):41-48.

Luty J. New guidelines for prescribing injectable heroin in opiate addiction. *J Subs Abuse* 2004; 9(1):2-4.

March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Gomez M, Rodriguez S, Leon MI. Captacion de participantes en el programa experimental de prescripcion de estupefacientes en Andalusia (PEPSA). *Gac Sanit* 2004; 18(3):245-247.

Miller CL, Schechter MT, Wood E, Spittal PM, Li K, Laliberte N et al. The potential health and economic impact of implementing a medically prescribed heroin program among Canadian injection drug users. *Intern J Drug Pol* 2004; 259-263.

Mitchell TB, White JM, Somogyi AA, Bochner F. Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence. *Addiction* 2004; 99 (8): 940-945.

Reed LJ, de Wet C, Bearn J. Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: replacement therapies need to be tested on a level playing field. *BMJ* 2004; 328 (7433): 228.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/228-a>

Ribeaud, D. Long-term impacts of the swiss heroin prescription trials on crime of treated heroin users. *Journal of Drug Issues* 2004; 34(1):163-194.

Scherbaum N, Rist F. Prescribing heroin: What is the evidence? *Addiction* 2004; 99:520.

Sell L, Zador D. Patients prescribed injectable heroin or methadone – their opinions and experiences of treatment. *Addiction* 2004; 99 (8): 940-945.

Van den Brink W, Blanken V, Hendriks M. Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Authors' reply. *BMJ* 2004; 328 (7433): 229.  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/229-a>

Voth EA, Aeschbach E. Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: heroin handouts are flawed policy. *BMJ* 2004; 328 (7433): 229.  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7433/229>