



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Le traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2001

Octobre 2002

Table des matières

L'essentiel en bref	3
1. Comment le traitement avec prescription d'héroïne est-il perçu par les patients ?	4
2. Le traitement avec prescription d'héroïne	
2.1. Nombre de patients	6
2.2. Admissions	8
2.3. Changements ou interruptions	8
2.4. Réalisation des objectifs de traitement	9
2.5. Coûts et financement	11
2.6. Evolution à l'échelle internationale	12
3. Activités marquantes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)	
3.1. Règlement du financement	13
3.2. Publication du manuel en français	13
3.3. Soutien, suivi et contrôle	13
3.4. Rapport annuel de l'HeGeBe	13
3.5. Développement de la qualité	14
3.6. Formation continue	15
3.7. Promotion de la recherche	15
3.8. Visite de délégations étrangères	16
4. Contrôle, formes pharmaceutiques et quantités administrées (Diacétylmorphine, DAM)	
4.1. Contrôle de l'utilisation de l'héroïne	17
4.2. Diverses formes pharmaceutiques de l'héroïne	17
4.3. Quantités administrées	17
Bibliographie	19

L'essentiel en bref

- Le nombre des patients est passé de 1038 début janvier à 1098 fin décembre, soit une augmentation de 60 personnes contre 101 en 2000. Alors que 1194 places de traitement avec prescription d'héroïne étaient disponibles au 1^{er} janvier 2001, on en comptait 1237 le 31 décembre ; 43 places ont donc été créées, dont 33 dans les locaux existants et dix dans le centre de traitement récemment ouvert à la prison de Realta (GR). Fin 2001, le taux d'occupation des centres était en moyenne de 89% (contre 87% en 2000).
- Le traitement avec prescription d'héroïne a coûté en moyenne 61 francs par jour et par personne, soit 22 265 francs par patient pour l'année 2001.
- 199 personnes ont quitté les centres de traitement avec prescription d'héroïne (centres). Parmi elles, 90 sont passées à un traitement à la méthadone, soit 38,5% (contre 37,6% en 2000), et 48 à une thérapie orientée vers l'abstinence, soit 20,5% (contre 30,1% en 2000). On constate donc une certaine stabilité des départs « positifs » par rapport à l'année précédente.
- Les études portant sur la durée du traitement confirment que le traitement avec prescription d'héroïne demande du temps : 3,3 ans en moyenne.
- Les patients estiment que le traitement les aide considérablement à se stabiliser dans leur vie quotidienne et à atteindre leurs objectifs prioritaires. Les améliorations sont significatives dans tous les domaines de la vie, même si les règles et les modalités de traitement sont parfois critiquées pour leur sévérité.
- Les injections, forme d'administration la plus risquée, ont été moins nombreuses qu'en 2000, comme le montrent l'utilisation accrue de comprimés de Diacétylmorphine (DAM) et les informations relatives aux divers modes d'administration régulièrement recueillies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- En décembre 2001, l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) a enregistré la solution injectable par voie intraveineuse (i. v.) utilisée dans le cadre du traitement. Dans la mesure où le traitement avec prescription d'héroïne figure au catalogue des prestations couvertes par les caisses maladie le 1^{er} juillet 2002, la Confédération n'assurera plus de financement direct dès la fin 2002. En revanche, elle continuera de mettre à disposition les ressources humaines et financières nécessaires à l'assurance qualité, la formation continue, la recherche et l'évaluation des résultats, et apportera son soutien et ses conseils spécialisés aux centres.
- Au cours du deuxième semestre 2001, la Commission qualité a organisé une séance d'apprentissage mutuel (*peer-teaching*), destinée aux responsables HeGeBe, sur le thème de la réduction de la consommation parallèle. Les conclusions paraîtront dans la prochaine version du manuel HeGeBe vers la fin 2002.
- Des études complémentaires sur les comportements délictueux ont confirmé les résultats précédents : même sur une longue période d'observation et même si le traitement est terminé, ce comportement reste très profondément ancré dans la personne.

1. Comment le traitement avec prescription d'héroïne est-il perçu par les patients ?

« Avant 1994, je m'étais fait à l'idée que j'étais un héroïnomane, que c'était ma vie et que je finirais ainsi. Le projet HeGeBe m'a fait changer d'avis : il y a encore beaucoup à voir sur cette terre, et je ne veux pas dépendre de l'HeGeBe jusqu'à l'âge d'entrer à l'hospice ; c'est tout à fait possible de décrocher. »

David*, 30 ans, héroïnomane depuis dix ans, fait partie de la première génération de patients. Il est l'un des cinq patients de longue durée gravement dépendants à avoir exprimé avec leurs mots, au cours d'entretiens semi-directifs, ce qui avait changé dans leur vie, quels facteurs étaient liés au succès ou à l'échec de leur traitement et quelles améliorations pouvaient être apportées (cf. Jacobshagen 2002).

Les personnes interviewées ont attribué très largement le succès de leur traitement à la remise d'héroïne, à l'absence du stress lié à l'approvisionnement en drogue et à la criminalité qui s'ensuit, ainsi qu'au nouveau cercle de relations qui s'est créé à l'intérieur comme à l'extérieur du programme. Après six ans de traitement et une cure de sevrage réussie, Urs, 37 ans, a quitté le projet :

« A mon avis, le fait de ne plus être dans la rue a été décisif. (...) Je n'ai plus pris de cocaïne ». Il évoque la disparition du stress quotidien lié à l'approvisionnement : « Quand tu es dans la rue, tu n'as plus de temps, tu as un stress permanent. (Grâce au traitement) tout cela est fini. (...) J'ai commencé à avoir une meilleure opinion de moi ; je me suis dit que j'avais réussi quelque chose. »

Toutes les personnes interviewées accordent aussi beaucoup d'importance à la constance et à l'engagement des participants. Elles estiment, à l'unanimité, que l'éloignement du milieu de la drogue et l'abstinence de cocaïne, deux facteurs souvent liés, constituent un premier tournant dans le déroulement du traitement.

Peter, 41 ans, a également suivi le traitement. Après plusieurs cures de sevrage, il reconnaît avoir occasionnellement consommé de nouveau de l'héroïne dans la rue. Avec le recul, il explique :

« Les entretiens et l'aide sociale accordée grâce à l'intervention des médecins ont beaucoup compté ! Autant que les médicaments. Le désir d'abstinence, l'envie de sortir de cette galère m'ont également beaucoup motivé ». Question : « Y a-t-il eu un élément, au cours du traitement, qui a renforcé votre volonté d'abstinence et votre désir de tout mettre en œuvre pour y parvenir ? » Peter : « Oui, le fait d'être comme un esclave, privé de toute liberté et contraint de ramer simplement pour survivre, comme un sous-homme. C'était insupportable. (...) Je ressentais parfois ce manque de liberté presque comme une punition. Cela a joué un rôle, même si ça n'a pas été l'élément déclencheur. »

Les personnes interrogées soulignent deux changements sur le plan psychique : elles sont « plus calmes » et ont « moins de craintes ». Claire a 32 ans. Elle a commencé à consommer régulièrement de la cocaïne il y a douze ans, puis elle est passée aux injections d'héroïne. A 25 ans, elle a entrepris un traitement avec prescription d'héroïne. Voilà ce qu'elle dit de la période qui a précédé : « J'étais très souvent dans un état d'anxiété : je croyais ne plus pouvoir sortir de ce trou, de cet enfer de la drogue qu'était devenu mon appartement. Pourtant, je voulais fonder une famille et vivre comme tout le monde. »

Grâce au climat psychosocial dans lequel se déroule son traitement, elle parvient à surmonter ses dépressions plus rapidement : « Mes états d'anxiété ont disparu, mais je traverse encore de temps à autre des périodes de dépression, même si elles sont moins longues. C'est en partie grâce aux rencontres que l'on fait ici. (...) Je m'y sens comme au sein d'un foyer, d'une petite famille ».

Après s'être prostituée pendant des années pour se procurer illégalement de la cocaïne et de l'héroïne, Claire vit aujourd'hui avec son compagnon, autrefois son client. Elle a quitté un emploi de secrétaire pour élever leur enfant âgé de trois ans.

Les opinions ne sont pas aussi convergentes concernant les contrôles effectués par les équipes HeGeBe et la rigidité des modalités de traitement. Si les critères d'admission paraissent en partie sensés et nécessaires, au quotidien, ils sont parfois perçus comme allant à l'encontre des objectifs visés.

* Les noms des patients et les données personnelles les concernant ont été modifiés afin de garantir leur anonymat.

Urs : « Avec le recul, je dois dire que le projet a été vraiment bien pensé. Mais on ne le ressent pas forcément ainsi lorsque l'on est patient ! Ce n'est pas toujours drôle pour un adulte de s'entendre dire : « Fais ceci ! Ne fais pas cela ! » sans ne rien pouvoir répondre... A mon avis, cela crée un climat d'hostilité et ne nous aide pas à avoir une meilleure opinion de nous ». Pour Christine aussi, la participation au traitement passe parfois par l'estime de soi : « Je pense souvent qu'il est inutile de me traiter de la sorte. »

Comment améliorer le traitement avec prescription d'héroïne ? Les personnes interrogées estiment que les soins supplémentaires d'un psychologue pourraient être proposés dans le cadre du projet (David : « Les médicaments sont généralement la seule réponse apportée aux problèmes psychiques. On continue de travailler trop avec les médicaments et à méconnaître l'aspect psychologique ») ; il conviendrait également, selon ces patients, d'accorder plus de place aux activités de loisir.

D'autres propositions visent à améliorer l'autonomie et l'autodétermination : par exemple, un programme organisé par paliers, prévoyant des traitements individualisés selon la durée de participation et le degré de réinsertion, permettrait de satisfaire d'autres désirs de développements personnel et thérapeutique. Christine : « C'est parfois très strict ! Je comprends qu'une certaine discipline soit nécessaire, mais le programme devrait comporter différentes phases. Les nouveaux venus pourraient faire leurs preuves ; (...) les autres pourraient avancer et bénéficier d'un peu plus de liberté. Ce serait aussi plus motivant. »

Peter est également favorable à un programme différencié : « Ceux qui ont franchi une étape supplémentaire devraient suivre un autre régime ; au lieu de cela, on met tout le monde dans le même panier. Il faudrait éviter ce qui ressemble parfois à un traitement à la chaîne, même s'il est clair que l'équipe soignante ne peut pas traiter chaque patient individuellement. (...) ». Les autres propositions d'amélioration concernent l'organisation d'activités en commun, telles que des excursions ou des travaux de groupe, afin d'« ouvrir des horizons nouveaux ».

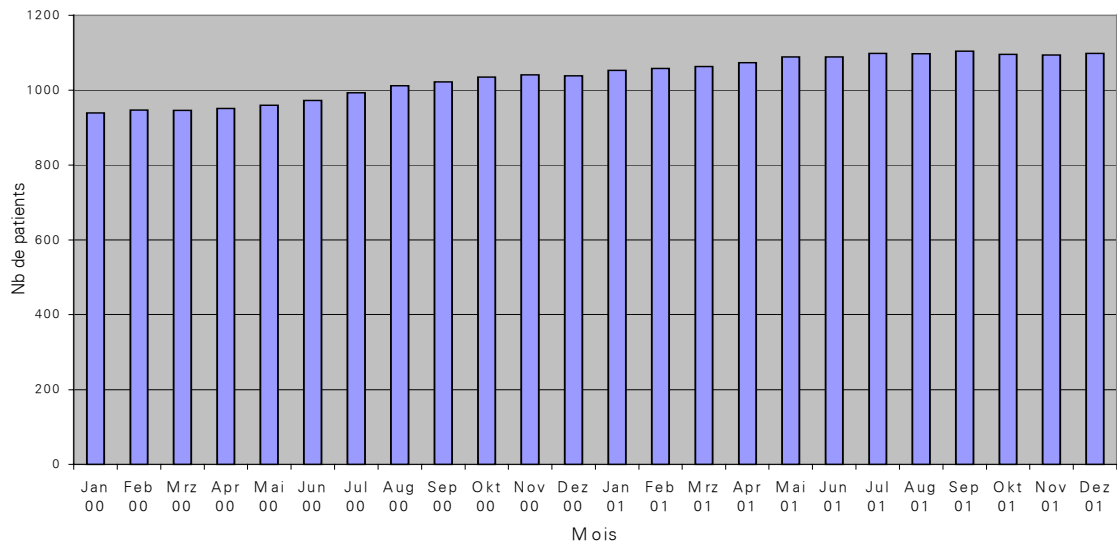
Interrogé sur les principaux risques de rechute, David répond : « Pour moi, la fin du projet serait catastrophique ! (...) On serait à nouveau dans la rue, on se retrouverait dans l'engrenage de l'illégalité avec les conséquences que l'on connaît. Un autre risque de rechute serait de voir la société me refuser une nouvelle chance d'intégration en raison de mon passé ; ou encore d'être trop abîmé physiquement et moralement pour pouvoir réaliser mes rêves ». Claire affirme : « Pour moi, le risque serait d'entrer carrément en dépression, d'aller mal, ou au contraire de me déchaîner quand je vais en ville parce que je suis bien, et de prendre vite un petit quelque chose qui me fait replonger. Chaque jour est semé de milliers d'embûches que je dois, ou que je devrais, éviter... Du moins j'essaie ! »

2. Le traitement avec prescription d'héroïne

2.1. Nombre de patients

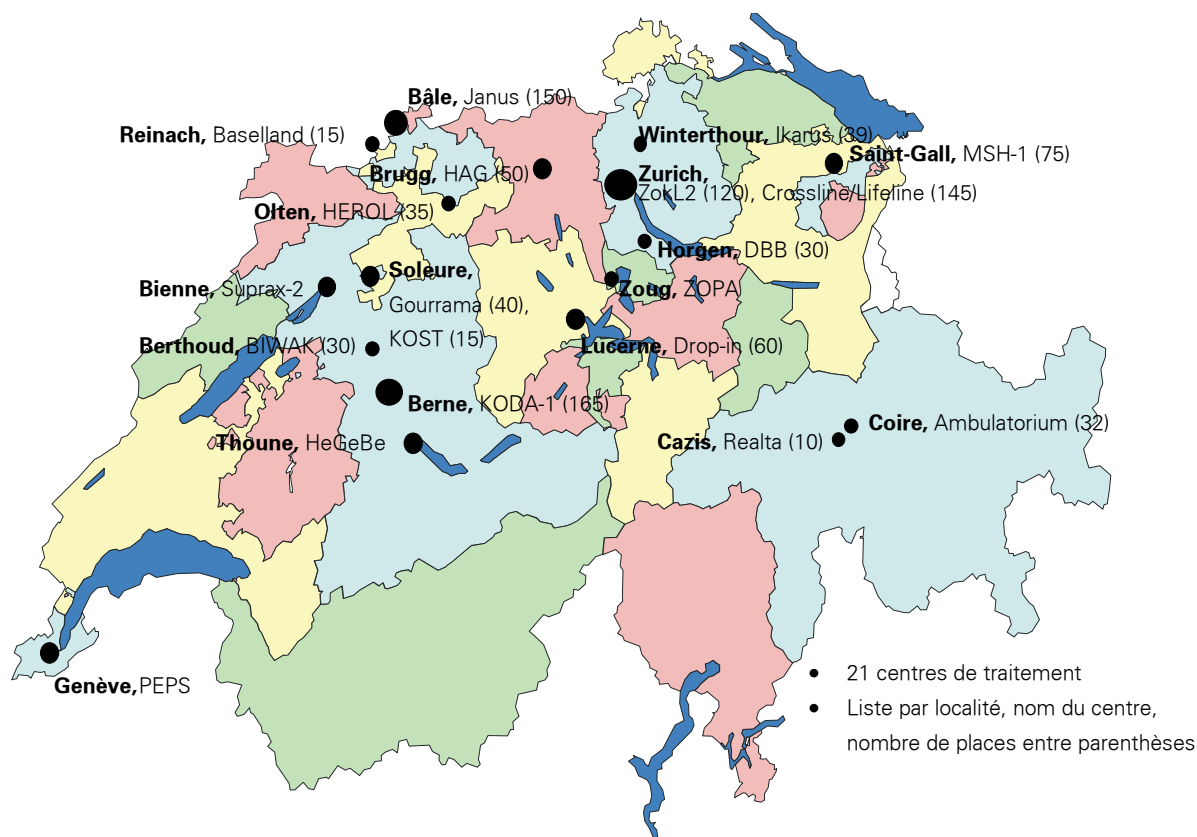
Le nombre des patients est passé de 1038 début janvier à 1098 fin décembre, soit une augmentation de 60 personnes contre 101 en 2000. Alors que 1194 places de traitement avec prescription d'héroïne étaient disponibles au 1^{er} janvier 2001, on en comptait 1237 le 31 décembre ; 43 places ont donc été créées, dont 33 dans les locaux existants et dix dans le centre de traitement récemment ouvert à la prison de Realta (GR). Fin 2001, le taux d'occupation des centres était en moyenne de 89%, contre 87% en 2000 (source : Banque de données sur les patients, OFSP).

Evolution du nombre de patients entre 2000 et 2001



Comme l'illustre le graphique ci-dessus, le nombre de patients a légèrement augmenté. Notons que certaines régions ne disposent pas encore de centres (le Tessin et une grande partie de la Suisse romande). L'OFSP, s'il ne mène pas de campagne de promotion dans ce sens, apporte son soutien aux régions et aux cantons désireux de créer un centre.

Les centres HeGeBe en Suisse au 31 décembre 2001

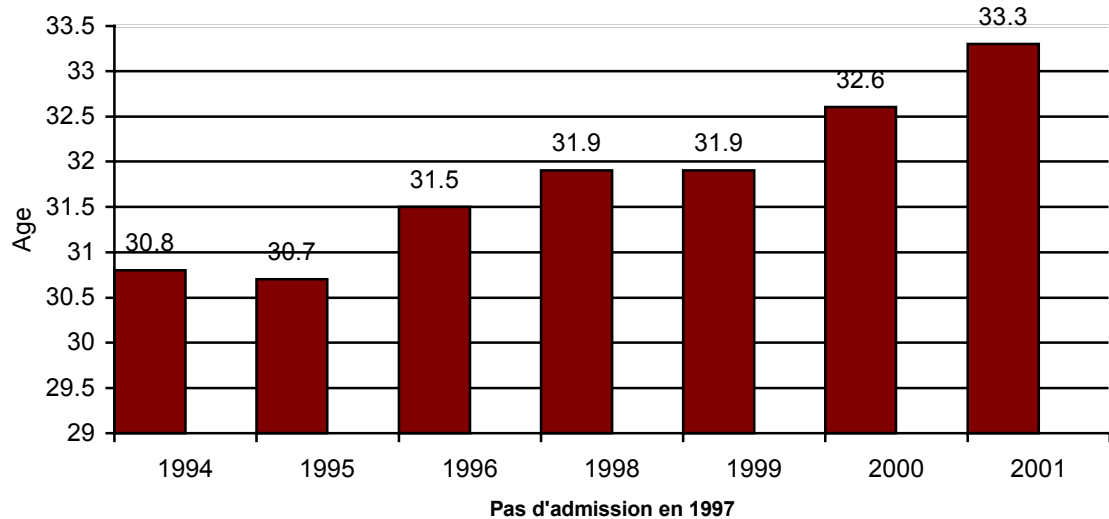


Centres	HeGeBe depuis	Nombre de patients au 31.12.2001	Places autorisées (augmentation par rapport à 2000)
Bâle	10/1994	134	150
Reinach	06/2000	15	15
Berne	05/1994	160	165
Bienne	09/1995	60	60 (5)
Brugg	09/2000	20	50
Berthoud	05/2000	30	30
Cazis, prison de Realta	01/2001	9	10 (10)
Coire	07/2000	31	32 (2)
Genève	09/1995	46	50
Horgen	09/1995	22	30
Lucerne	09/1995	59	60
Olten	05/1994	31	35
Soleure	08/1995	38	40
Soleure, prison de Schöngrün	09/1995	10	15
Saint-Gall	09/1995	72	75
Ville de Zurich, Crossline	08/1995	61	145 (Lifeline et Crossline ensemble)
Ville de Zurich, Lifeline	01/1994	61	145 (Lifeline et Crossline ensemble)
Thoune	07/1994	60	70 (10)
Winterthour	08/1995	44	55 (16)
Zoug	08/1995	27	30
Zurich, ZokL2	01/1994	108	120
Total		1098	1237 (43)

2.2. Admissions

252 personnes (dont 204 hommes, soit 81 %) ont commencé un traitement en 2001. L'âge d'admission connaît toujours une tendance à la hausse, puisqu'il était de 33,29 ans en moyenne.¹

Age moyen des patients à leur entrée dans un centre



2.3. Changements ou interruptions

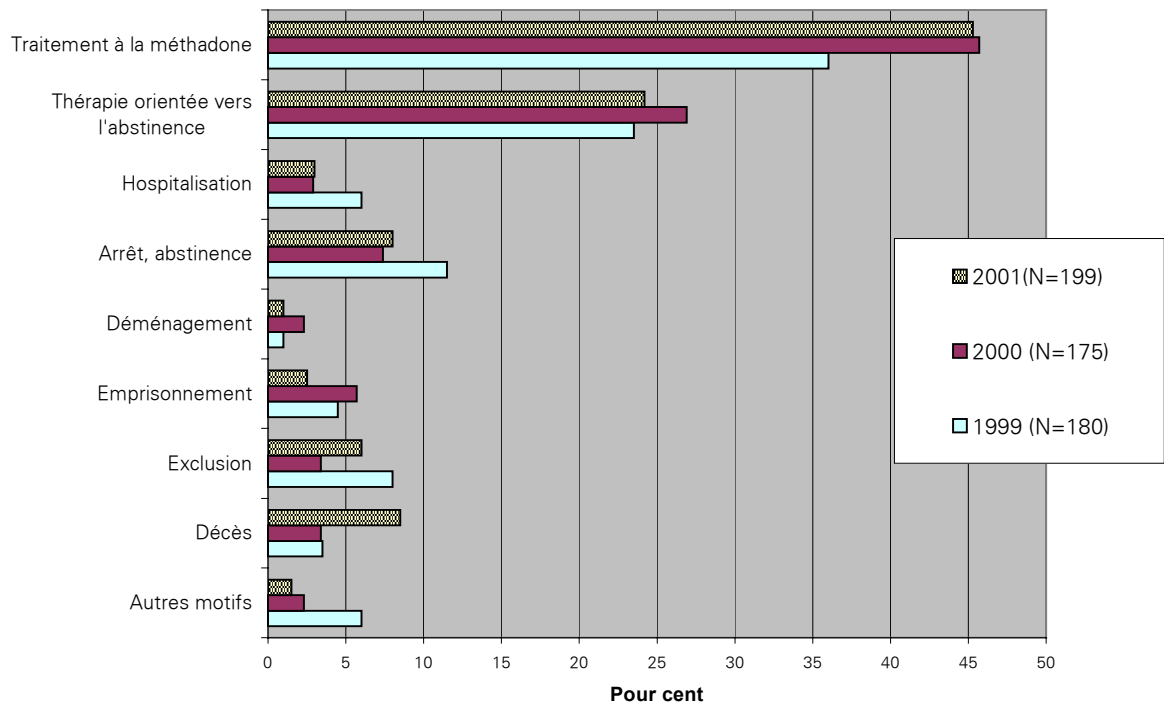
199 personnes ont quitté les centres en 2001. Parmi elles, 90 (soit 38,5%) sont passées à un traitement à la méthadone et 48 (soit 20,5%) à une thérapie orientée vers l'abstinence. Le nombre des départs « positifs » est donc resté relativement stable par rapport à l'année précédente.

Les données les plus marquantes concernent le nombre de décès, qui est passé de 6 à 17. Les cas de décès survenus en cours de traitement sont tous minutieusement examinés : aucun lien n'a été établi entre les décès et les prescriptions d'héroïne ; en revanche, il s'agit d'une population fragilisée par un parcours difficile avant son arrivée dans les centres. Le taux de mortalité de cette catégorie de patients reste cependant relativement bas : 1,6% par an.

Comme le montre le graphique ci-dessous, la majorité des personnes qui ont quitté les centres, en 2000 et en 2001, sont passées soit à un traitement à la méthadone, soit à une thérapie orientée vers l'abstinence. Cependant, ce second choix accuse un léger recul par rapport à 2000. Un point positif mérite d'être souligné : les départs pour cause d'emprisonnement ont été moins nombreux.

¹ L'Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich (ISF), mandaté par l'OFSP, a largement participé à l'élaboration de ce rapport en nous fournissant et en traitant les informations provenant du recueil de données relatives aux patients. Nous tenons à adresser nos remerciements à ses responsables.

Comparaison des motifs de départ entre 1999 et 2001



2.4. Réalisation des objectifs du traitement

Selon l'article 1^{er} de l'ordonnance fédérale sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999, les objectifs du traitement sont :

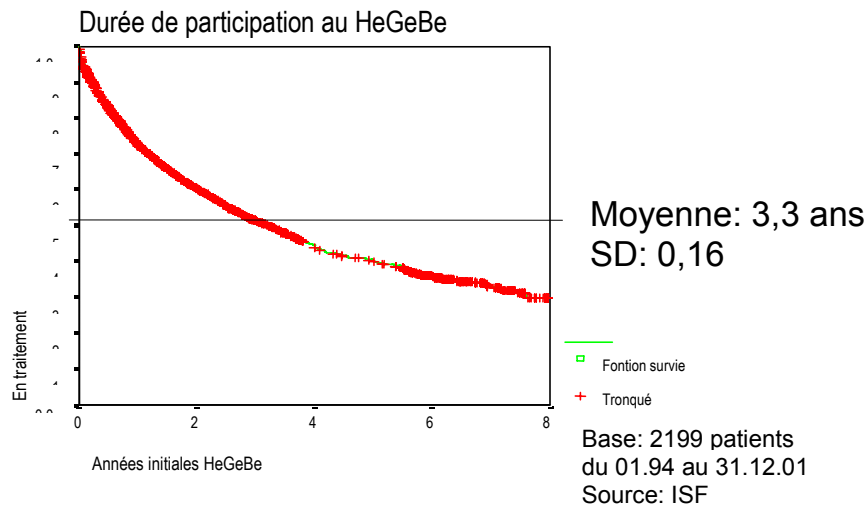
1. établir un lien thérapeutique stable ;
2. améliorer l'état de santé physique et/ou psychique des patients ;
3. améliorer leur intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation par rapport au milieu de la drogue, réduction de la délinquance);
4. faire cesser durablement leur consommation d'opiacés.

La réalisation de l'objectif thérapeutique n°1 peut être évaluée grâce au « taux de rétention » (durée de participation au traitement). Dans le cadre d'une publication scientifique dans le journal „Lancet” (Rehm et al. 2001), le « taux de rétention » de l'ensemble des patients admis entre janvier 1994 et décembre 2000 a été mesuré. Plus de 70% d'entre eux ont suivi le traitement au-delà d'une année : parmi les patients admis en 2000, 79% sont restés au moins une année en traitement, contre 66% en 1994, lorsque la prescription d'héroïne en était à ses débuts (source : Banque de données des patients, OFSP). Cet accroissement du « taux de rétention » pourrait signifier que le traitement est perçu aujourd'hui de manière plus réaliste par les personnes dépendantes de l'héroïne, d'où une diminution du nombre de départs prématurés. En outre, le personnel soignant ayant acquis une vaste expérience des relations avec les groupes cibles, il sait mieux gérer les situations critiques et éviter ainsi les départs prématurés.

Les études portant sur la durée du traitement confirment que, pour la plupart des patients, le traitement avec prescription d'héroïne demande du temps : 3,3 ans en moyenne.

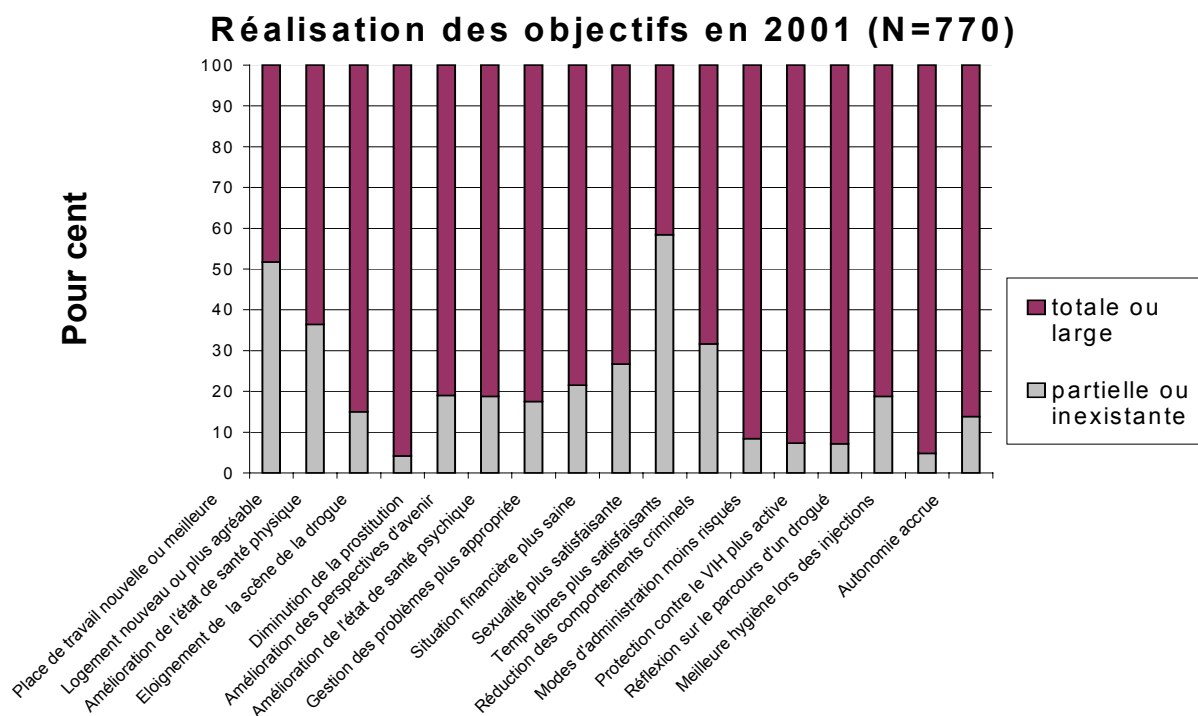
Durée du traitement HeGeBe

(analyse de survie d'après Kaplan-Meier)



Le système de recueil de données sur le traitement avec prescription d'héroïne, mis en œuvre par l'ISF en janvier 2001, nous fournit quelques éléments de réponse intéressants sur la réalisation des objectifs thérapeutiques n°2 et 3. Parmi les outils de recensement figure un questionnaire dans lequel les personnes en traitement depuis au moins une année ont indiqué quelles améliorations avaient été apportées depuis leur arrivée. Ces informations ont donc été recueillies en 2001 auprès de 770 personnes. Certains patients n'ont pas répondu à toutes les questions : le nombre des réponses oscillent en effet entre 561 et 741 (232 pour la question relative au recul de la prostitution).

Comme le met en évidence le graphique suivant, les patients confirment l'amélioration de leur état de santé physique et psychique. Une faible majorité d'entre eux mentionne également une diminution des actes criminels grâce au traitement. Par contre, ils ne notent pas d'amélioration significative de leur situation matérielle (logement) ni professionnelle. Ceci tient peut-être au fait que, pour de nombreuses personnes, la question du logement était réglée lors de leur admission en traitement. L'amélioration des possibilités d'embauche, quant à elle, est réservée à une partie seulement des patients prêts à d'énormes efforts, en raison des handicaps qu'ils ont accumulés (longues périodes de chômage, diminution des capacités de travail due à des années de dépendance, invalidité et manque d'autonomie).



La réalisation de l'objectif thérapeutique n°4 (faire cesser durablement leur consommation d'opiacés) est évaluée à la lumière d'une étude de l'ISF portant sur le suivi, sur 6 ans, de patients ayant commencé leur traitement en 1994. 64% de ceux qui ont quitté leur centre (soit 112 personnes) ont pu être interrogés. Parmi eux, 16% (soit 18 personnes) ont affirmé n'avoir consommé aucune substance illégale au cours des six derniers mois, et ne pas suivre de traitement de substitution (Gschwend et al., in press).

Ces résultats nous montrent combien il est important de préparer soigneusement un départ et, dans le doute, de poursuivre la thérapie plutôt que d'accepter un départ prématuré avec, à la clef, la rechute. Un groupe de travail élabore actuellement des recommandations en ce sens dans le cadre du projet de développement de la qualité HeGeBe (cf. ch. 3.5.).

2.5. Coûts et financement

Le traitement avec prescription d'héroïne a coûté en moyenne 61 francs par jour et par personne, soit 22 265 francs par patient pour l'année 2001.

1084 personnes en moyenne ont participé au traitement pour un coût global d'environ 24 millions de francs. L'OFSP a soutenu directement les centres à hauteur de 4% des dépenses totales (7% en 2000 ; 10% en 1999 ; 15% en 1998). Les cantons et les communes ont supporté environ 52% des coûts, les caisses maladie environ 25% et les patients environ 19%.

Dans la mesure où le traitement figure dans le catalogue des prestations couvertes par les caisses maladie et ce, depuis le 1er juillet 2002, la Confédération n'assurera plus de financement direct à partir de la fin 2002. En revanche, elle continuera de mettre à disposition les ressources humaines et financières nécessaires à l'assurance qualité, la formation continue, la recherche et l'évaluation des résultats, et apportera son soutien et ses conseils spécialisés aux centres.

2.6. Evolution à l'échelle internationale

En 2001 et début 2002, plusieurs pays ont entrepris des recherches sur le traitement avec prescription d'héroïne ou sont sur le point de faire des essais :

Aux **Pays-Bas**, une étude a été menée avec 550 patients entre 1998 et 2001. Le rapport de recherche, publié en février 2002, confirme les résultats suisses et souligne l'utilité d'un tel traitement. Aussi le ministère de la Santé néerlandais a-t-il proposé au Parlement la poursuite du traitement avec prescription d'héroïne en mars 2002. En Hollande, l'héroïne doit en outre être inscrite sur la liste des médicaments.

En **Allemagne**, un projet pilote national de prescription d'héroïne a démarré fin février 2002 à Bonn. L'ancienne capitale était la première de sept grandes villes à contrôler l'application des thérapies et à remettre de l'héroïne sous surveillance médicale. Comme en Suisse, la participation au programme est assortie d'un accompagnement thérapeutique obligatoire. Plus de 1000 personnes participent au projet dans toute l'Allemagne. Après Bonn, des essais ont également démarré à Cologne, à Karlsruhe, à Hanovre et à Hambourg. Les autres villes participant au projet – Munich et Francfort-sur-le-Main - devraient commencer les essais d'ici la fin de l'année 2002.

En **Grande-Bretagne**, l'héroïne a toujours été considérée comme un médicament ; de récentes études indiquent que 400 à 500 héroïnomanes ont reçu des prescriptions d'héroïne. Fin 2001, le ministère de l'Intérieur s'est prononcé en faveur d'une extension de la prescription d'héroïne assortie d'un protocole de traitement très strict établi selon le modèle suisse. Pour l'heure, le gouvernement a réuni un groupe d'experts chargé d'évaluer la pertinence d'un vaste projet de recherche. On ne connaît pas encore la date de la décision finale.

En **Espagne**, la Catalogne et l'Andalousie envisagent de mener chacune des essais de traitement. Ces deux projets doivent encore être approuvés par l'autorité gouvernementale compétente en matière de produits thérapeutiques. L'autorisation est attendue dans le courant de l'été, les projets devraient donc démarrer en automne 2002.

Au **Luxembourg**, la révision de la loi sur les produits thérapeutiques, adoptée en mars 2001, constitue une base légale pour le traitement avec prescription d'héroïne. Le ministère de la Santé a fixé le démarrage d'un essai en 2003/2004 et il a constitué un groupe de travail chargé de préparer cette échéance. Reste à décider de manière définitive où se déroulera cette étude et quelles institutions y prendront part.

En **France**, au cours du second semestre 2001, le gouvernement et le ministère de la Santé se sont déclarés conjointement favorables, sur le fond, au lancement d'un projet de recherche. Un groupe de travail, constitué d'experts de diverses institutions, prépare actuellement ce projet qui devrait débiter en 2003.

En **Belgique**, un protocole de recherche a été présenté au gouvernement afin d'obtenir un financement. Le projet sera conduit dans les villes de Liège, Bruxelles et Anvers. La date de la décision de financement n'est pas encore fixée.

Au **Canada**, l'organisme chargé de promouvoir la recherche au niveau national a approuvé les protocoles de recherche dans les villes de Vancouver, Toronto et Montréal et il a abordé la question des crédits de fonctionnement. Les provinces concernées n'ont pas encore arrêté le début effectif de ces projets pour des raisons politiques.

3. Activités marquantes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

3.1. Règlement du financement

La solution injectable par voie i. v. utilisée dans les préparations administrées dans le cadre du traitement a été enregistrée en décembre 2001 par l'OICM (Swissmedic depuis le 1^{er} janvier 2002). L'inscription dans la liste des spécialités a eu lieu le 1^{er} juillet 2002; une grande partie des traitements sera donc financée à l'avenir par les caisses maladie. Les cantons et les communes s'en trouveront soulagés et la Confédération stoppera tout financement direct de fonctionnement à la fin de 2002.

3.2. Publication du manuel en français

La version française du manuel « Traitement avec prescription d'héroïne : directives, recommandations, informations », publié dans un premier temps en allemand, a vu le jour en décembre 2001. Les obstacles linguistiques étant levés, une standardisation du traitement au plan national est donc garantie. Cependant, les instructions données dans ce manuel continuent de laisser suffisamment de marge pour permettre à chaque centre de proposer des soins plus spécifiques.

3.3. Soutien, suivi et contrôle

Comme les années précédentes, les collaborateurs de l'OFSP ont visité chaque centre deux fois durant la période passée sous revue. Ces visites sont destinées avant tout à vérifier si les directives et les dispositions légales ont été 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.

3.4. Rapport annuel de l'HeGeBe

Les rapports annuels, que les centres remettent à l'OFSP en début d'année, offrent une vue d'ensemble des ressources humaines : fin 2001, les 21 centres comptaient 35 médecins, 54 assistants sociaux, pédagogues et psychologues employés au soutien et au suivi des patients, ainsi que 133 personnes chargées des soins ou de l'administration du traitement. Le taux de fluctuation annuel a été de 24%. Au total, 202 femmes et 94 hommes ont travaillé dans les centres de traitement, dont dix femmes et treize hommes au poste de directeur.

L'OFSP propose chaque année un thème spécifique à traiter dans le rapport annuel. En 2001, chaque centre devait décrire son type d'organisation en indiquant ses avantages et ses inconvénients.

19 rapports annuels ont présenté quatre types de gestion : neuf centres sont sous la responsabilité de privés, quatre sont rattachés à une clinique psychiatrique, deux relèvent du département municipale d'aide sociale et deux autres dépendent du département de la justice.

A l'exception d'un centre réellement indépendant (« stand alone »), les centres gérés par des privés sont sous l'autorité d'une association qui regroupe plusieurs institutions travaillant dans le domaine de la drogue. C'est également le cas des services municipaux, subordonnés au département de l'action sociale. Parmi les centres rattachés à un service public de psychiatrie, deux sont physiquement détachés de la clinique et proposent, en plus, un traitement de substitution à la méthadone. Les centres sous l'autorité du département de la justice sont, quant à eux, intégrés à une prison.

Dans l'ensemble, les centres semblent satisfaits de leur mode d'organisation : les structures privées et municipales favorisent avant tout les échanges avec d'autres institutions similaires travaillant dans le domaine de la drogue ; de ce fait, les aspects sociaux sont traités plus efficacement. Les centres rattachés à un établissement de soins psychiatriques mettent davantage l'accent sur le traitement des problèmes psychiques et somatiques. Quant à la prison, elle peut être l'occasion pour le patient d'améliorer son état de santé.

De rares inconvénients liés au mode d'organisation ont été évoqués. Ainsi, pour les centres privés orientés vers des drogues spécifiques, la collaboration étroite peut se révéler préjudiciable au patient (p. ex. phénomène de stigmatisation). Par ailleurs, dans les centres privilégiant les soins psychiatriques, les fréquents mouvements de personnel, notamment chez les médecins-assistants, sont susceptibles de compliquer une collaboration interdisciplinaire.

3.5 Développement de la qualité

La Commission qualité, organe de direction du projet de développement de la qualité dans le traitement avec prescription d'héroïne (QE-HeGeBe), a élaboré début 2001 un plan d'action suivant trois axes :

1. Améliorer la base de données ;
2. Optimiser le traitement des patients de longue durée ;
3. Réduire la consommation parallèle de cocaïne, d'alcool et de benzodiazépines, et éviter la polytoxicomanie.

La base de données

Le traitement et l'exploitation de données sur les patients sont indispensables pour évaluer les centres les uns par rapport aux autres, évaluation qui constitue un élément essentiel du QE-HeGeBe. En octobre 2001, les centres disposaient des premières informations (pour le premier semestre 2001) provenant du système de recueil de données mis en place en janvier 2001. Dans les centres ayant suffisamment de patients pour permettre une étude statistique, ces résultats ont été examinés avec les représentants de l'OFSP à l'occasion de leurs visites, en automne 2001. Les personnes rencontrées sur place étaient généralement très ouvertes à la discussion et tout à fait disposées à aborder les aspects positifs et négatifs ainsi mis en évidence.

Les difficultés liées au traitement

Les difficultés soulignées par la Commission qualité (mentionnées au début de ce chapitre dans le cadre des 3 axes du plan d'action) ont bien entendu déjà été observées par ailleurs. Aussi la Commission « formation continue » de l'HeGeBe a-t-elle intégré la problématique des patients de longue durée dans son programme. Notons que le directeur du QE-HeGeBe est également président de la Commission « formation continue », la communication entre les deux organes est donc assurée.

Deux séminaires d'une journée, l'un en novembre 2000, l'autre en novembre 2001, ont été organisés à l'attention des chefs de service et des médecins-chefs sur le thème des « patients de longue durée ». Le compte rendu du second séminaire a été présenté à la Commission qualité chargée d'élaborer des recommandations en la matière. Ce travail a commencé en 2002.

Au cours du second semestre 2001, la Commission qualité a également mis sur pied une séance d'apprentissage mutuel, destinée aux responsables de centre, sur le thème d'une réduction de « la consommation parallèle ». Cette formation, qui a eu lieu en janvier 2002, a connu un fort taux de participation et a été une vraie réussite au dire des participants. La Commission qualité s'appuie sur les conclusions de cette séance pour poursuivre ses travaux et élaborer des directives et des recommandations qui seront insérées dans le manuel HeGeBe lors de sa prochaine révision, fin 2002.

Janv. 2001	Démarrage du système de recueil de données sur les patients, système qui servira de base à l'évaluation comparative des centres.
Avr. 2001	Définition du domaine d'action spécifique d'ici à 2002 : la réduction de la consommation parallèle.
Juil. 2001	Publication de l'HeGeBe-News n°1 (lettre d'information sur le thème de la consommation parallèle).
Oct. 2001	Les centres disposent des premières informations provenant du système de recueil de données ; celles-ci font l'objet de discussions à l'occasion des visites des centres par L'OFSP.
Nov. 2001	Formation continue sur le thème des patients de longue durée (problème n°1 selon le compte rendu d'octobre 2000) ; la Commission qualité est chargée d'élaborer des recommandations.
Janv. 2002	Séance d'apprentissage mutuel (peer-teaching), destinée aux responsables de centre, sur le thème de la « consommation parallèle ».

3.6. Formation continue

Comme les années précédentes, l'OFSP était chargé en 2001 de promouvoir la formation continue du personnel spécialisé travaillant dans les centres. Les besoins spécifiques sont toujours transmis à l'OFSP en début d'année, lorsque les centres remettent leur rapport annuel. A partir de ces demandes, la Commission « formation continue » de l'HeGeBe planifie l'offre de formation en tenant compte des fluctuations de personnel et de la proportion des différentes professions. Durant l'année 2001 et le premier semestre 2002, les formations suivantes ont été proposées :

Intitulé du cours	Durée
Entretiens de motivation (personnel soignant et personnel d'encadrement)	2 x 2 jours (introduction) 2 x 1 jour (suite)
Cours d'introduction destiné aux nouveaux collaborateurs des centres	3 jours
Travailler avec des patients de longue durée dans le cadre de l'HeGeBe (collaborateurs HeGeBe)	2 jours
« Gérer l'agressivité » (personnel chargé d'administrer le traitement)	2 x 2 jours
Héroïne : il faut du temps, mais combien de temps ? (chefs de service et médecins)	2 jours

3.7. Promotion de la recherche

2001 a vu plusieurs années de recherche sur le traitement avec prescription d'héroïne enfin récompensées. En effet, toutes les équipes de recherche ayant participé au projet (dans les domaines de la pharmacologie, du traitement, de la criminologie et de l'économie) ont publié des articles révélateurs dans des journaux internationaux (consulter la bibliographie). Cette reconnaissance croissante du monde scientifique s'explique aussi par la renommée internationale des chercheurs suisses. Ainsi le professeur J. Rehm, successeur du professeur A. Uchtenhagen à l'ISF (Institut für Suchtforschung à Zurich), a-t-il été nommé président du comité scientifique de suivi du traitement avec prescription d'héroïne en Allemagne. De plus, les initiateurs de l'HeGeBe en Suisse (Mme Rihs et MM. Zeltner, Uchtenhagen, Hämmig, Seidenberg) ont été honorés du Zinnberg-Award de la Drug Policy Foundation (fondation américaine pour une politique en matière de stupéfiants) ; ils sont ainsi les premiers Suisses à recevoir cette distinction pour leur « contribution exceptionnelle au progrès de la médecine ».

Au-delà de la poursuite des projets en cours, une constatation a marqué cette année 2001 : en Suisse, le mode de consommation de l'héroïne change, passant des injections par voie i. v. à l'inhalation de fumée. Les besoins en héroïne non injectable par voie i. v. s'en trouvent accrus ; une série d'études a donc été lancée visant l'enregistrement de comprimés d'héroïne, comme le prévoyait déjà le programme de recherche de 1993.

Les principales prestations fournies :

- Une vaste analyse, sur 6 années, des répercussions du traitement à long terme a montré qu'en l'état actuel des connaissances, la durée optimale du traitement est d'environ quatre ans, et que plus le traitement est long, plus le patient est prêt à réduire, voire à stopper, sa consommation de drogue. Les résultats de cette analyse ont été publiés dans le journal « Lancet ».
- Une étude portant sur la détérioration des fonctions cognitives occasionnée par une consommation prolongée d'héroïne révèle que les dommages à long terme causés par la consommation d'héroïne provenant de la rue ne sont que partiellement réversibles (dans le cadre d'un traitement avec prescription d'héroïne ou de méthadone). Pour limiter ces dommages, le traitement doit commencer le plus tôt possible.
- Un essai en double aveugle sur l'héroïne et la morphine a clairement démontré que l'héroïne est mieux tolérée. Les résultats ont été publiés dans un journal spécialisé.
- Les travaux de recherche visant l'inscription des injections d'héroïne par voie i. v. sont terminés et les résultats ont été portés au dossier d'inscription. Le suivi des patients après leur départ du centre (*post release monitoring*) n'a pas fourni d'élément nouveau concernant les dommages à long terme occasionnés par la consommation d'héroïne dans le cadre du traitement.
- La recherche de routine sur l'accompagnement a été poursuivie dans le même cadre que précédemment. Les données ont été recueillies au cours d'une phase pilote selon le système de documentation d'Act-Info. Une nouvelle technologie de gestion de l'information devrait être testée en 2002 et 2003.
- Des études complémentaires sur les comportements délictueux ont confirmé les résultats précédents : même après une longue période d'observation et bien que le traitement soit terminé, ce comportement reste très profondément ancré dans la personne.
- Une étude de faisabilité a laissé apparaître des besoins en soins psychologiques et psychiatriques bien supérieurs aux premières estimations. D'où la nécessité d'entreprendre des projets de recherche dans ce domaine, d'autant plus que les problèmes psychiatriques liés à la toxicomanie ont été analysés uniquement dans des manuels de traitement concernant les états psychotiques. Ces études doivent donc être développées en matière de dépressions et de troubles de la personnalité, en tenant compte, le cas échéant, de l'expérience acquise à l'étranger.

Les projets de recherche lancés :

- Traiter les consommateurs de cocaïne : il s'agit d'examiner si les méthodes les plus efficaces dont nous disposons actuellement permettent de stopper la consommation parallèle de cocaïne ;
- Préparer l'enregistrement des formes d'administration de l'héroïne par voie orale ;
- Développer le système de recueil de données relatives au traitement en vue de gérer la documentation de routine.

Les problèmes rencontrés :

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques (LPT) le 1^{er} janvier 2002, seuls les médicaments et les formes galéniques enregistrés peuvent être utilisés. Les formes d'administration par voies orale et intramusculaire n'étant pas encore enregistrées, des travaux de recherche ont été entrepris dans ce sens dès 2001.

3.8. Visite des délégations étrangères

Comme les années précédentes, plusieurs délégations étrangères sont venues en Suisse en 2001 afin de mieux connaître la politique générale de notre pays en matière de stupéfiants, et l'HeGeBe en particulier.

Notons que l'« International Network Conference » sur le traitement avec prescription d'héroïne s'est tenue à Berne en février 2001. Elle a réuni des intervenants australiens, canadiens, allemands, anglais, néerlandais, nord-américains, portugais et suisses. Parmi les participants se trouvaient des experts et des personnalités de la vie politique, dont Mme M.G. Monteiro, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et Mme M. Nilson, de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

4. Contrôle, formes pharmaceutiques et quantités administrées (Diacétylmorphine, DAM)

4.1. Contrôle de l'utilisation de l'héroïne

L'utilisation de l'héroïne par les institutions de l'HeGeBe est contrôlée régulièrement sur place par Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques. En 2001, les contrôles ont été effectués conformément à la législation.

4.2. Diverses formes pharmaceutiques de l'héroïne

Il existe trois formes galéniques d'héroïne : les solutions injectables, les comprimés d'héroïne à libération instantanée et les comprimés à libération lente (retard).

4.3. Quantités administrées

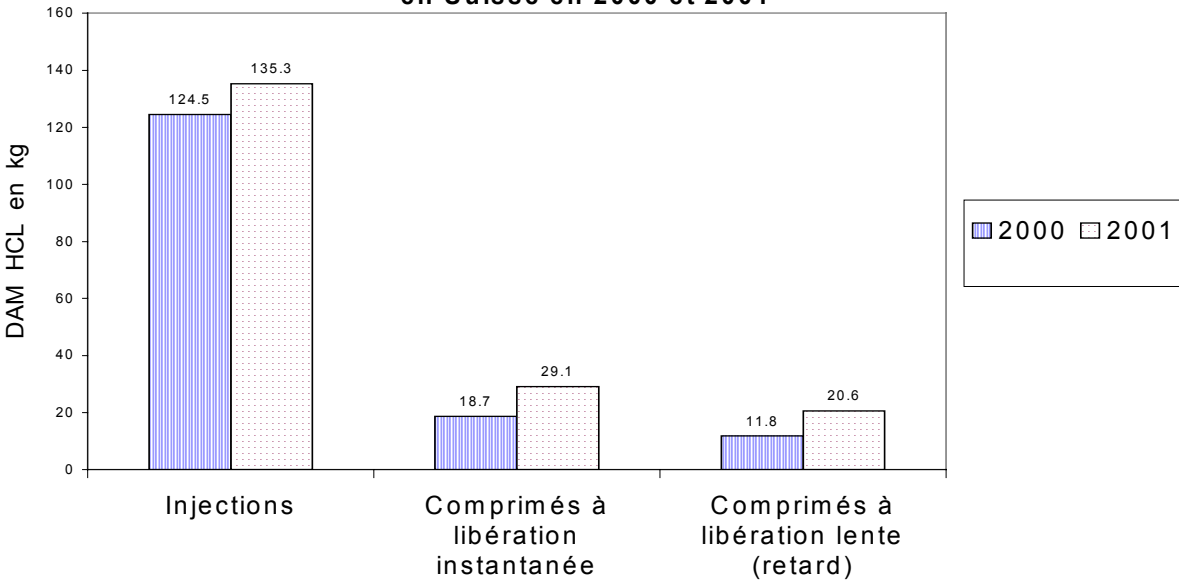
En 2001, environ 185 kilos d'héroïne hydrochlorique ont été administrés aux personnes en traitement en Suisse.

- Par rapport à l'année 2000, 30 kilos supplémentaires (+19%) ont été administrés ;
- 60 personnes supplémentaires ont suivi le traitement en 2001 (+5,7%) ;
- La disproportion entre la progression du nombre de patients et l'augmentation de la quantité d'héroïne administrée s'explique en grande partie par un emploi plus fréquent des comprimés : du fait qu'ils sont pris par voie orale, les comprimés offrent une biodisponibilité plus faible que les solutions injectables ; pour obtenir les mêmes résultats, les doses d'héroïne en comprimés doivent donc être plus fortes qu'en solutions injectables. En 2000, les comprimés représentaient 20% de la quantité totale d'héroïne administrée contre 27% en 2001.

Le tableau et le graphique ci-dessous offrent une vue d'ensemble des quantités d'héroïne administrées (quantités totales et répartition d'après la forme pharmaceutique):

Formes pharmaceutiques de l'héroïne hydrochlorique (HCL):	Quantité administrée en 2000	Quantité administrée en 2001
Solutions injectables	124,5 kg (80%)	135,3 kg (73%)
Comprimés à libération instantanée	18,7 kg (12%)	29,1 kg (16%)
Comprimés à libération lente (retard)	11,8 kg (8%)	20,6 kg (11%)
Quantité annuelle totale	155 kg (100%)	185 kg (100%)

**Répartition de l'héroïne administrée
en Suisse en 2000 et 2001**



Bibliographie

- Arbeitsgruppe HeGeBe Doppeldiagnosen: Komorbidität: psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer Heroin gestützten Behandlung, Psychiatrische Praxis 2001, submitted.
- Frei A., Rehm J. (2001): Komorbidität. Psychische Störungen bei Opiatabhängigen in Heroin gestützter Behandlung (Schlussbericht), Zurich: Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich (ISF), rapport n°128
- Güttinger F., Gschwend P., Schulte B., Rehm J., Uchtenhagen A. (2001): Untersuchung der Langzeitverläufe in und nach der Heroin gestützten Therapie (Schlussbericht), Zurich: Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich (ISF), rapport n°132.
- Jacobshagen N. (2002): Die heroingestützte Behandlung aus der Sicht ihrer Teilnehmer. In: Bundesamt für Gesundheit: Rihs-Middel M., Jacobshagen N. & Seidenberg A. (éd.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse, Berne : Ed. Hans Huber.
- Kuntze M., Bullinger A., Ladewig D.: Swiss experiences – Heroin-assisted treatment and multiple-drug use. World J of Biol Psych 2 (suppl 1) 131 pp., 2001.
- Kuntze M., Bullinger A.H., Ladewig D. (2001): Deaths among patients before, within, and after Swiss heroin treatment, Actas Espanolas de Psiquiatria 29 (suppl 1) pp. 119-120.
- Kuntze M., Ladewig D.: Die opiatgestützte Behandlung – Noch umstritten schon veraltet? FORUM 2/01.
- Rehm J., Gschwend P., Steffen T., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A., Uchtenhagen A (2001): « Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. ». Lancet, 358 : pp. 1417-1420.
- Rehm J., Gschwend P., Uchtenhagen A., Güttinger F. (2001) : Heroin-assisted treatment for opioid dependence in Switzerland – An overview. In: National Bureau of Controlled Drugs (NBCD) under the auspices of Department of Health Taiwan R.O.C. (Eds.), 2001 Taipei International Conference on Drug Abuse (pp. 77-85), Taipei, R.O.C.: NBCD.
- Ribeaud D., Aebi M. : « Langfristige Auswirkungen der Heroinverschreibung auf die Delinquenz der Behandelten, » Crimiscopes 18-Dezember 2001, Lausanne
- Scherbaum N., Beckman J.P., Klein S., Rehm J. (2001): Medizinethische Aspekte der ärztlichen Heroinverschreibung, Nervenarzt, 72 (9): pp. 717-722.
- Steffen T., Blättler R., Gutzwiller F., Zwahlen M. (2001): HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme, European Journal of Public Health, 11 : pp. 425-430.
- Steffen T., Christen S., Blättler R., Gutzwiller F. (2001): Infectious diseases and public health: risk-taking behavior during participation in the Swiss program for a medical prescription of narcotics (PROVE), Subst Use Misuse, 36 (1-2): pp. 71-89
- Steffen T. (2001): HIV and AIDS in Switzerland. In Karen McElrath (Eds.). HIV and AIDS : A Global Review, New York, Greenwood Publishing Group Incorporated.