



ADDICTION | SUISSE



Lausanne, septembre 2022
Rapport de recherche n° 143

Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats de l'enquête 2021

Gerhard Gmel
Florian Labhart
Etienne Maffli

*Ce projet a été financé par l'Office fédéral de la santé publique
(contrat n° 17.018313 / 204.0001-1584/2)*

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE



Impressum

Contact :	Gerhard Gmel, tél. 021 321 29 59, courriel : ggmel@suchtschweiz.ch
Réalisation :	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Addiction Suisse, Lausanne
Distribution :	Addiction Suisse, Recherche scientifique, av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, tél. +41 (0)21 321 29 80, fax +41 (0)21 321 29 40 rbischof@addictionsuisse.ch
Numéro de commande :	Rapport de recherche n° 143
Graphisme/mise en page :	Addiction Suisse
Copyright :	© Addiction Suisse Lausanne 2022
ISBN :	978-2-88183-288-8
Citation recommandée :	Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2022) <i>Traitement avec prescription d'héroïne/diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2021 (Rapport de recherche n° 143)</i> , Lausanne, Addiction Suisse.

Table des matières

Table des matières	3
Index des tableaux	4
Index des illustrations	5
1 Introduction	7
2 Vue d'ensemble du nombre de patients	9
3 Évolution du nombre de patients	11
4 Antécédents médicaux des patients admis en 2021	14
5 Données sociodémographiques	18
6 Consommation de substances	23
7 Hépatites et VIH	30
7.1 Usage intraveineux	30
7.2 Hépatite A	31
7.3 Hépatite B	31
7.4 Hépatite C	33
7.5 VIH	35
8 Motifs de départ / arrêts du traitement	36
9 Troubles psychiques	37
10 Remise de diacétylmorphine pendant l'épidémie de COVID-19	40
10.1 Combien de centres HeGeBe ont eu recours à cette option ?.....	40
10.2 Pour quelle durée le médicament est-il remis ?	41
10.3 Qu'est-ce qui a été remis aux patients ?	42
10.4 Pour quelles raisons le médicament est-il remis ?	43
10.5 Pour quelles raisons le médicament n'est-il pas remis ?.....	43
10.6 Satisfaction vis-à-vis des mesures et perspectives	44
11 Références	46
12 Annexe	47

Index des tableaux

Tableau 1a :	Admissions en 2021.....	10
Tableau 1b :	Départs en 2021.....	10
Tableau 2 :	Formes de traitement prévues au début du traitement, 2021.....	14
Tableau 3 :	Traitements suivis précédemment, par substance (plusieurs réponses possibles), 2021.....	15
Tableau 4 :	Traitements avec prescription d'agonistes opioïdes déjà suivis par les patients HeGeBe admis (plusieurs réponses possibles), 2021.....	15
Tableau 5 :	Origine du placement en centre HeGeBe, 2021.....	16
Tableau 6 :	Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? (2021).....	19
Tableau 7 :	Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? (2021).....	20
Tableau 8 :	Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? (2021).....	21
Tableau 9 :	Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2021.....	25
Tableau 9 :	Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2021 (suite).....	26
Tableau 10 :	Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2021.....	26
Tableau 10 :	Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2021 (suite).....	27
Tableau 11 :	Statut concernant l'hépatite A pour 166 admissions (y c. réadmissions) en 2021.....	31
Tableau 12 :	Interprétation des marqueurs de l'hépatite B.....	32
Tableau 13 :	Dépistage de l'hépatite B chez les 166 patients admis en 2021 (y c. réadmissions)..	32
Tableau 14 :	Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 95 patients admis, 2021...	33
Tableau 15 :	Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec l'année 2020 (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres drogues, hormis les opioïdes/opiacés).....	37
Tableau 16 :	Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec les années 2018 - 2020, sans compter les troubles liés à l'usage de substances (les opioïdes/opiacés, l'alcool et les autres drogues sont exclus).	38
Tableau 17 :	Fréquence des groupes de diagnostic figurant au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec les années 2019 et 2020 (plusieurs réponses possibles).....	39
Tableau 18 :	Nombre de mentions des quatre principales raisons justifiant la remise de diacéylmorphine pour l'ensemble des centres et des trimestres (seules sont prises en compte les réponses relatives aux trimestres où la remise a été pratiquée).....	43

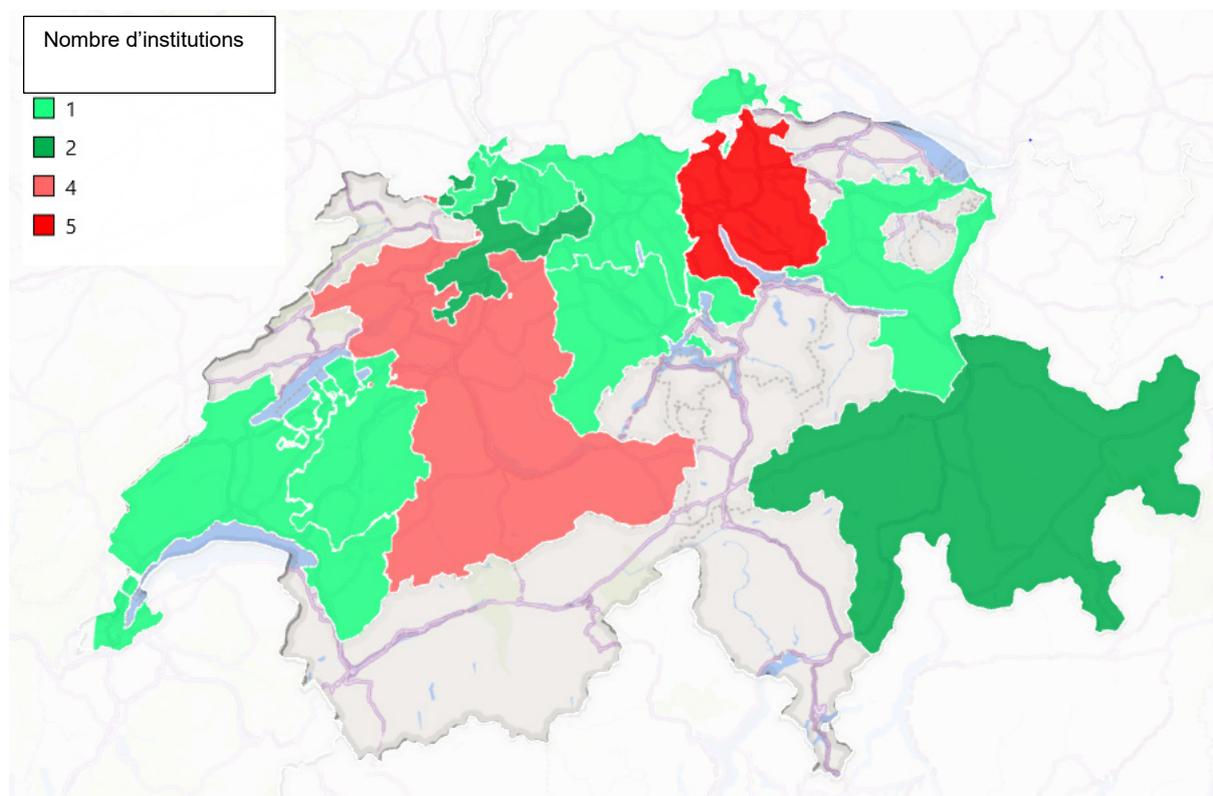
Index des illustrations

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton.....	7
Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994.....	11
Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2021	12
Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre les années 2019, 2020 et 2021 et les années 2013 à 2018	13
Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2021.....	18
Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2021	19
Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2021	22
Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2021, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation).....	24
Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2021	28
Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2021	30
Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2021	34
Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2021	35
Illustration 13 : Motifs de départ en 2021 et comparaison avec la période 2013-2019 ¹ et 2020 ² . Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Illustration 14 : Pourcentage de patients auxquels la diacétylmorphine a été remise (uniquement les 14 centres ayant régulièrement remis le médicament au cours de l'année 2021).....	41
Illustration 15 : Voies d'administration prévues pour la remise de diacétylmorphine	42
Illustration 16 : Estimation du degré d'acceptation de la part du personnel, de l'influence sur le traitement et sur le quotidien des patients.	44

1 Introduction

En Suisse, le monitoring du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est effectué régulièrement depuis 2001. Le présent rapport expose les résultats de l'enquête 2021. Le nom du traitement a un fondement historique et s'utilise tel quel depuis longtemps, même s'il faudrait plutôt employer le terme de traitement avec prescription de diacétylmorphine, cette substance étant la forme pharmaceutique de l'héroïne qui est administrée comme médicament sous le nom de Diaphin®. En 2021, 23 institutions réparties dans 14 cantons disposaient d'une autorisation pour prescrire la diacétylmorphine (illustration 1). Un nouveau centre à Fribourg, le premier dans ce canton, s'est ajouté aux centres existants en 2021. Dans le sillage de la pandémie de COVID, l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction (ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants, OASup) a été révisée en septembre 2020, afin de faciliter la remise de la diacétylmorphine pour une utilisation à domicile. Cette modification peut avoir une influence sur les résultats. Le présent rapport analysera spécifiquement ce changement de pratique au chapitre 10.

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton



Étant donné que le monitoring est inscrit dans la loi sur les stupéfiants, dans l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et dans l'ordonnance sur les relevés statistiques, les institutions sont tenues d'y participer. Conformément à l'art. 24 de l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction, l'OFSP publie annuellement un rapport sur la mise en œuvre, le déroulement et l'évolution du traitement avec prescription de diacétylmorphine. À cet effet, des questions sont posées à chaque patient lors de son admission (ou de sa réadmission consécutive à une interruption de traitement). Elles portent sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les caractéristiques de la consommation ; des données sociodémographiques sont également récoltées. De la même manière, au moment de l'arrêt du traitement (y c. en cas de transfert vers une autre institution), les principales questions posées lors de l'admission sont répétées, afin de déterminer les éventuels changements survenus en cours de traitement, et complétées par des questions explorant les raisons de l'arrêt.

Les objectifs du traitement avec prescription de diacétylmorphine¹ peuvent être résumés comme suit :

- Créer un lien thérapeutique durable
- Améliorer l'état de santé physique et psychique des personnes et favoriser leur intégration sociale
- Induire une consommation à faible risque et créer les conditions pour une abstinence durable
- Éloigner les usagers du milieu illicite et prévenir la criminalité liée à l'approvisionnement en substances

Pour les patients, les critères d'admission cumulatifs sont les suivants (art. 10 OASup) :

- Majorité (18 ans)
- Dépendance grave à l'héroïne depuis au moins deux ans
- Deux tentatives au moins de traitement préalable infructueuses (résultats insatisfaisants ou interrompus)
- Répercussions physiques, psychiques ou sociales imputables à la consommation

Le programme HeGeBe fait partie intégrante d'*act-info* (*addiction, care and therapy information*), le système national de monitoring destiné aux usagers de l'aide professionnelle en matière de dépendance. Parallèlement à HeGeBe, *act-info* tient d'autres statistiques comme les traitements de substitution par agonistes opioïdes et d'autres traitements ambulatoires ou hospitaliers (p. ex. pour consommation abusive d'alcool ou de drogues illégales). Depuis 2013, les institutions HeGeBe peuvent saisir ces données directement en ligne (<https://www.act-info-online.ch>). Ainsi, dans le cadre de ses évaluations, Addiction Suisse bénéficie d'un accès direct aux résultats partiellement anonymisés. Par « partiellement anonymisé », on entend, par exemple, que les noms ont été convertis en un code et qu'ils ne sont donc pas connus du service qui tient la statistique. Ce code est utilisé pour pouvoir observer les patients de manière longitudinale et donc pour voir, par exemple, s'ils ont été transférés vers une autre institution ou s'ils ont réintégré le programme HeGeBe après avoir interrompu le traitement. Le présent rapport expose les résultats concernant les admissions et les départs enregistrés en 2021 dans la banque de données *act-info*.

Encadré 1. Problèmes relatifs à l'observation longitudinale

Les statistiques HeGeBe ont été gérées par l'Institut suisse de recherche sur les dépendances et la santé (ISGF) jusqu'en 2017. Les données antérieures à 2013 n'étaient accessibles qu'à l'ISGF. Pour des raisons de protection des données, il n'a pas été possible avant mai 2020 d'installer le fichier complet depuis le début du monitoring. Toutefois, pour le présent rapport, les données des patients remontant jusqu'à 2001 environ sont également disponibles. Des statistiques étaient déjà réalisées depuis plus longtemps (à partir de 1994). Cependant, dans les données statistiques des premières années, il arrive souvent qu'aucun code personnel ou date de naissance des patients n'ait été recueilli, de sorte que ces patients ne pouvaient pas être clairement identifiés lorsqu'ils changeaient d'établissement pour un traitement. En d'autres termes, les données relatives aux traitements de longue durée ne sont pas exactes à 100 %. Le calcul des durées de traitement doit donc être traité avec prudence.

À l'avenir, des efforts supplémentaires seront entrepris pour reconstruire les données antérieures à l'année 2013 de manière encore plus précise que dans le présent rapport et pour les intégrer dans la base de données actuelle.

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

2 Vue d'ensemble du nombre de patients

Au moment de la rédaction du présent rapport (août 2022), la base de données du monitoring contenait les admissions et départs pour 2021 de l'ensemble des 23 institutions. Pour l'année 2021, ces institutions ont enregistré 177 admissions (2020 : 150 ; 2019 : 173 ; 2018 : 163) (tableaux 1a et 1b). Comme il n'y a pas eu au moins 30 jours entre les traitements (voir encadré 2), les 11 transferts d'une autre institution HeGeBe ne sont pas comptés dans les analyses qui suivent concernant les admissions en 2021.

En 2021, 84 départs ont été enregistrés (2020 : 99 ; 2019 : 137 ; 2018 : 135). Les dix transferts vers une autre institution HeGeBe n'ont pas été pris en compte dans les analyses qui suivent concernant les départs, car les patients sont encore en traitement.

De manière générale, il y a eu plus d'admissions et moins de départs en 2021 par rapport à l'année précédente.

Encadré 2. Traitement, réadmission, transfert et épisode de prise en charge : définitions

- *Le transfert vers une autre institution* désigne le changement d'institution sans une interruption de traitement supérieure à 30 jours.
- On entend par *réadmission* la reprise du traitement après une interruption d'au moins 30 jours.
- Un *traitement* consiste à prendre en charge un patient sans interruption supérieure à 30 jours. Le patient peut changer d'institution sans toutefois interrompre le traitement. En d'autres termes, les patients ayant suivi plusieurs traitements HeGeBe successifs ne sont comptabilisés plusieurs fois que si l'interruption a duré au moins 30 jours.
- Par *épisode de prise en charge*, on entend un cas allant de l'admission jusqu'au départ, que le traitement ait été poursuivi dans une autre institution ou non.

La majeure partie des admissions (cf. tableau 1a) concerne des patients admis pour la première fois (n=132, 122 personnes plus neuf personnes ayant déjà arrêté le traitement et une personne ayant été transférée vers une autre institution). Quasiment tous les patients admis en 2021 sont encore en traitement, à l'exception de neuf nouveaux arrivants en 2021 qui ont cessé le traitement la même année ou ont suivi plusieurs traitements successifs et les ont interrompus (n=5). Les personnes qui sont encore en traitement et qui ont effectué un transfert depuis une autre institution HeGeBe constituent le groupe le plus jeune, avec une moyenne de 36 ans. Elles sont suivies des patients ayant été transférés vers une autre institution (37,4 ans). Parmi les patients admis pour la première fois, le plus jeune a tout juste 18 ans, mais on trouve également une personne admise pour la première fois à 64 ans. Parmi les patients admis pour la première fois et qui sont encore en traitement, la proportion d'hommes, d'environ 77 %, est proche de celle des années précédentes (Hiltebrand et al., 2018 ; Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020 ; Gmel et al., 2021).

Tableau 1a : Admissions en 2021

Traitement	Épisode de prise en charge	n	Âge moyen	Hommes (%)
Traitement en cours	Première admission	122	40,4	77 %
Traitement en cours	Réadmission	29	44,5	90 %
Traitement en cours	Transfert vers une autre institution	11	35,9	82 %

Tableau 1b : Départs en 2021

Traitement	Épisode de prise en charge	Admission en 2021	Admission antérieure	Âge moyen	Hommes (%)
Traitement terminé	Un seul traitement	9	56	46,1	69 %
Traitement terminé	Traitements successifs	5	14	48,2	79 %
Traitement en cours	Traitements successifs Transfert vers une autre institution	1	9	37,4	70 %

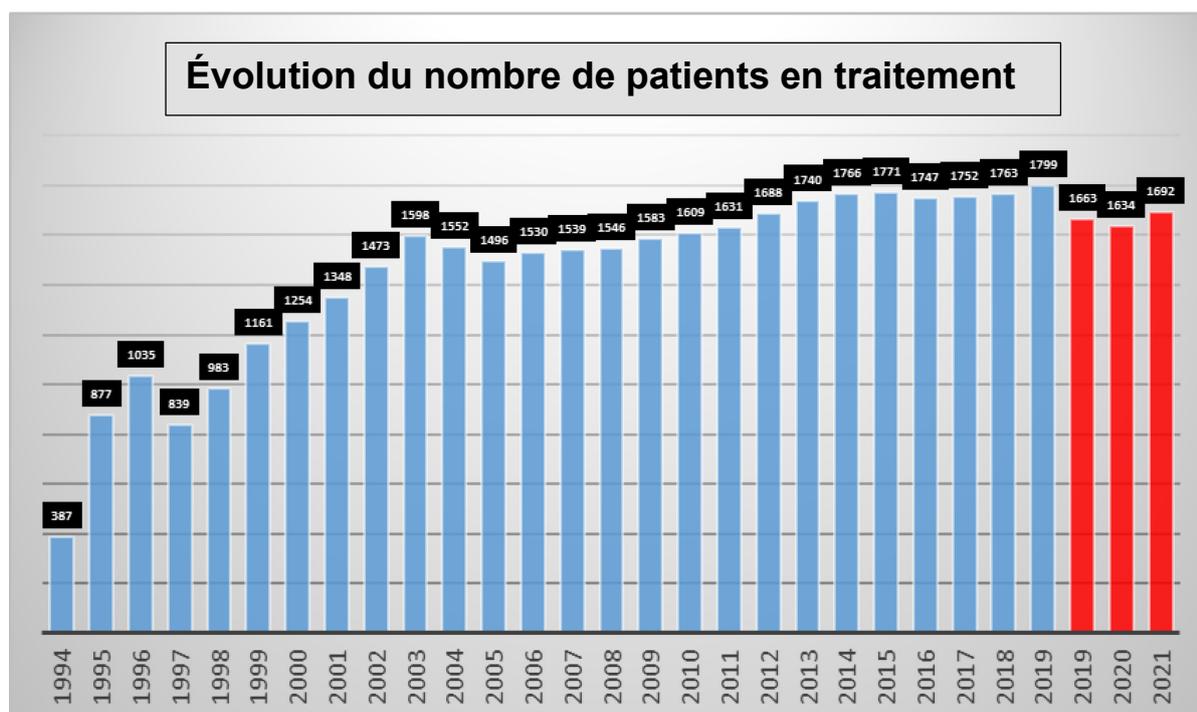
Les patients qui sortent du programme (tableau 1b) en ayant suivi un seul traitement (n=65) ou plusieurs traitements (n=19) présentent un âge moyen assez élevé, dépassant respectivement 46 et 48 ans.

L'essentiel en bref : La ventilation par sexe montre que les hommes interrompent plus souvent leur traitement que les femmes. La proportion de femmes atteint tout juste un tiers dans les premières admissions et les départs avec seulement un traitement. La proportion d'hommes est particulièrement importante parmi les personnes ayant suivi plusieurs traitements ou ayant changé d'institution.

3 Évolution du nombre de patients

Nous considérons actuellement que 1692 patients étaient encore sous traitement en 2021 (voir illustration 2). C'est bien moins que le nombre de patients comptabilisés jusqu'en 2018, ce qui s'explique par des problèmes de méthode (voir encadré 1). Dans l'ensemble, le nombre de patients reste en fait stable depuis plusieurs années ; nous sommes d'avis qu'il a simplement été fortement surestimé au cours des dernières années. Pendant l'année 2021, marquée par le COVID-19, le nombre de patients en traitement a même légèrement augmenté. Selon nos statistiques, il y a également eu plus d'admissions que de départs cette année-là. À titre de comparaison, on peut utiliser les autorisations enregistrées dans la base de données de l'OFSP. Les autorisations sont toujours accordées pour deux ans et doivent ensuite être renouvelées. D'après les données de l'OFSP, 1526 autorisations étaient valides en 2021. La raison de cette divergence est que la base de données *act-info* a toujours contenu un grand nombre d'entrées en double, qui ont progressivement été éliminées suite à la consolidation des sources de données de l'ISGF et d'*act-info*. Il y a aussi d'autres raisons pour lesquelles les chiffres ne correspondent pas nécessairement. C'est le cas, par exemple, lorsque des départs sont signalés à la banque de données *act-info*, mais que les institutions ne les signalent pas à l'OFSP dans l'espoir que les patients reviendront, par exemple pour ne pas avoir à demander une nouvelle autorisation.

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994

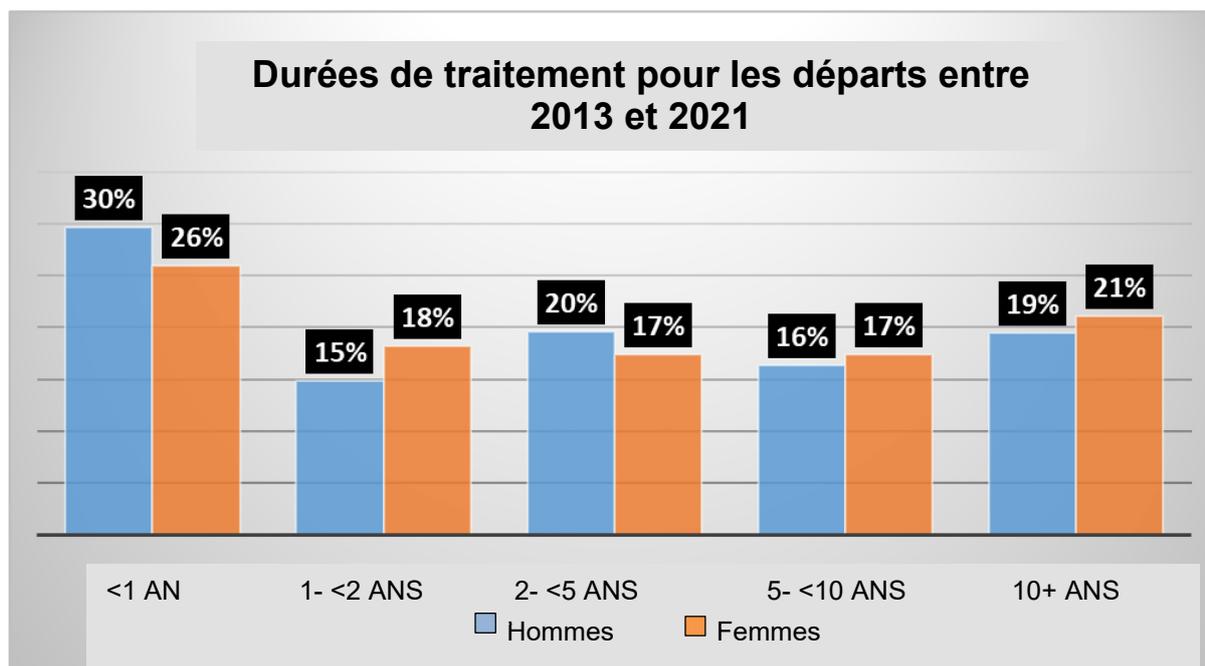


Remarque : En rouge les nouveaux calculs pour 2019 à 2021, en bleu les calculs originaux et leur continuation en 2019. Le premier chiffre indiqué pour 2019 (en bleu) correspond à la somme de la valeur calculée pour 2018 et de la différence entre les admissions et les départs en 2019.

Pour en savoir plus sur la répartition des patients par tranche d'âge, il convient de se référer au rapport 2017 d'Hiltebrand et al. (2018). On observe clairement un vieillissement de la population. En 1994, 78,0 % des patients HeGeBe avaient moins de 35 ans, contre moins de 15 % en 2017. Tandis qu'en 1994, presque aucun patient n'avait plus de 55 ans, on en recensait environ 15 % en 2017 et 19,4 % en 2020. Pour les patients dont nous disposons de la date de naissance (422 valeurs manquantes ; 24,9 %), seuls 12,8 % des personnes encore en traitement en 2021 avaient alors moins de 35 ans.

L'illustration 3 montre les durées de traitement des hommes et des femmes qui sont sortis du programme HeGeBe entre 2013 et 2021.

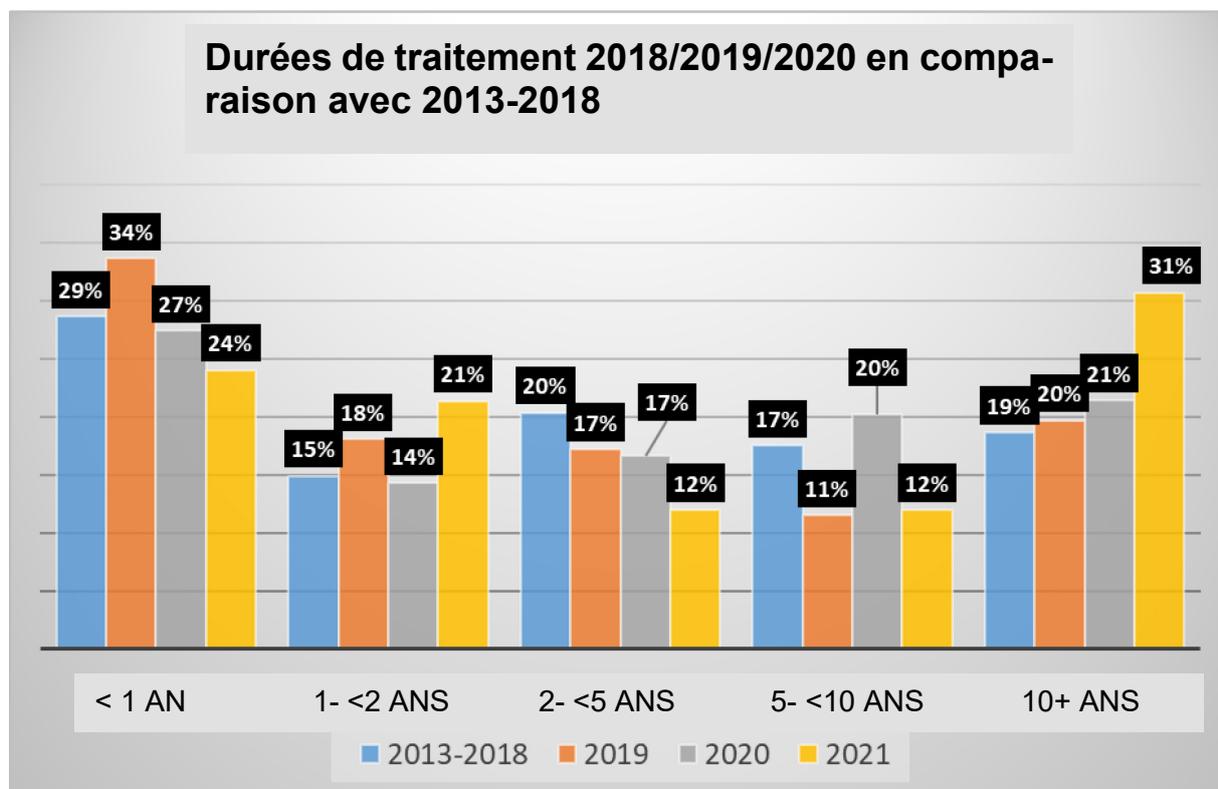
Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2021



En règle générale, les femmes restent plus longtemps sous traitement et cessent plus rarement le traitement la première année que les hommes. On ne peut que spéculer sur les raisons de cette disparité. Il est possible que la pression psychologique exercée sur les femmes « dans la rue » soit plus grande, si bien qu'elles acceptent mieux le traitement, quand bien même, au début, il ne serait pas pleinement satisfaisant.

L'illustration 4 compare la durée de traitement en 2019, 2020 et 2021 avec celle enregistrée entre 2013 et 2018. On constate que cette durée peut varier d'une année à l'autre, en partie à cause du faible nombre de cas enregistrés. On note en particulier que les traitements à court terme, c'est-à-dire d'une durée inférieure à un an, se sont faits plus rares en 2021 qu'ils ne l'étaient en moyenne dans les années 2013 à 2018 ; en 2019, au contraire, ils étaient plus fréquents. Dans le présent rapport, nous prenons en compte les traitements et non les épisodes. Sont comptabilisés comme traitements les cas où il n'y a eu qu'une prise en charge, ainsi que les reprises après une interruption d'au moins un mois (30 jours). Il n'est pas rare que les patients reprennent leur traitement plus de 5 à 6 ans après son interruption. À l'inverse, un seul traitement peut se poursuivre sans interruption même si les patients changent d'institution. En 2021, les données sur lesquelles on peut s'appuyer indiquent une durée moyenne de traitement de 6,5 ans. À quelques exceptions près, la durée moyenne du traitement est très stable au fil des ans et se situe entre 5 et 6 ans. Dans l'ensemble, elle semble s'être allongée quelque peu au cours des deux dernières années.

Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre les années 2019, 2020 et 2021 et les années 2013 à 2018



L'essentiel en bref : Le nombre de patients en traitement reste stable depuis des années. Les traitements sont plus souvent interrompus (provisoirement ou définitivement) chez les hommes que les femmes. On observe donc une meilleure adhésion des femmes au traitement. Par ailleurs, il apparaît clairement que les patients en traitement deviennent, en moyenne, de plus en plus vieux. Dans les rapports précédents, la durée de traitement a probablement été sous-estimée et s'élève plutôt à 5 à 6 ans en moyenne. Cette moyenne s'est nettement élevée en 2020 pour atteindre 6,6 ans et s'est maintenue à 6,5 ans en 2021. D'autre part, on considère dans le calcul qu'il s'agit d'un (nouveau) traitement lorsqu'il y a eu une interruption. Certains patients sont donc familiers du traitement depuis très longtemps, mais ils l'ont interrompu (définitivement ou provisoirement). Les raisons de ce phénomène restent à clarifier.

4 Antécédents médicaux des patients admis en 2021

S'agissant des admissions, seuls les nouveaux arrivants et les patients réadmis sont recensés. Les transferts ne sont donc pas pris en considération en raison d'un déficit d'informations. On dénombre 166 patients admis (voir tableau 1). 132 d'entre eux sont des patients admis pour la première fois et 34 sont des patients réadmis.

Au moment de leur admission, surtout lorsqu'il s'agit de la première fois (72,0 %), la plupart des patients se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (tableau 2). Pour environ 4 % des patients (premières admissions : 4,8 % ; réadmissions : 3,3 %), différents types d'administration sont prévus, en général la voie orale et la voie intraveineuse. Dans l'ensemble, on observe une légère augmentation des prescriptions pour administration par voie orale et une baisse des administrations multiples, ce qui peut être lié à un recours plus important à la remise de diacétylmorphine (à emporter), suite à la modification de la base légale du traitement dans le contexte du COVID-19. Cette remise est prévue en règle générale pour une administration par voie orale (cf. chapitre 10). Des proportions plus faibles d'administration par voie orale pour les réadmissions et plus élevées d'administration par voie intraveineuse indiquent que l'administration par voie orale uniquement n'a pas toujours été conservée pendant toute la durée du traitement. Ceci peut être lié à des interruptions de traitement qui, lors de la reprise, ont débouché sur davantage d'administrations par voie intraveineuse et par voies multiples. Les années précédentes, on observait aussi que lors d'une réadmission, les traitements par voie intraveineuse et par voies multiples étaient plus fréquents, et ceux uniquement par voie orale plus rares.

Tableau 2 : Formes de traitement prévues au début du traitement, 2021

Formes de traitement prévues	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021	
	n	%	n	%
Voie intraveineuse	8	26,7 %	26	20,8 %
Voie orale	19	63,3 %	90	72,0 %
Voie intramusculaire	2	6,7 %	3	2,4 %
Voies multiples	1	3,3 %	6	4,8 %
Total	30	100,0 %	125	100,0 %

Remarque : 11 valeurs manquantes, dont 7 parmi les premières admissions

Sans surprise (cf. critères de l'art. 10 OASTup pour le traitement avec prescription de diacétylmorphine), presque tous les patients avaient déjà été traités pour des problèmes de dépendance avant de suivre le traitement actuel avec prescription de diacétylmorphine (tableau 3). Pour 71,2 % d'entre eux (n'apparaît pas sur le tableau), les drogues (généralement l'héroïne) sont la seule substance à l'origine de traitements antérieurs, le corollaire étant que plus d'un quart (28,8 %) avaient déjà été traités pour des problèmes liés à plusieurs substances. Ces chiffres n'ont guère changé par rapport à l'année précédente.

Tableau 3 : Traitements suivis précédemment, par substance (plusieurs réponses possibles), 2021

Cause du traitement	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	5	15,6 %	15	12,1 %	24	22,2 %
Drogues	29	90,6 %	117	94,4 %	104	96,3 %
Médicaments	6	18,8 %	17	13,7 %	15	13,9 %
Tabac	3	9,4 %	4	3,2 %	1	0,9 %
Comportement ad-dictif	3	9,4 %	9	7,3 %	4	3,7 %

Remarque : 10 valeurs manquantes, dont 8 parmi les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2021) ; les pourcentages se basent sur un total de 34 réadmissions en 2021, 132 premières admissions en 2021 et 108 premières admissions en 2020

Comme pour l'année précédente (tableau 4) ainsi que les années antérieures, les traitements de substitution par agoniste opioïde sont les plus fréquemment cités. Pour 28,8 % des patients (ne figurent pas dans le tableau), un seul type de traitement est indiqué. Plus des deux tiers ont donc déjà bénéficié de diverses thérapies (mais sans succès). Il est à noter que les sevrages sont suivis par un professionnel ; il ne s'agit donc pas de sevrages réalisés hors du cadre du traitement.

Lors des réadmissions, un traitement par diacétylmorphine avait logiquement été indiqué pour la grande majorité (87,0 %) des personnes. Il est toutefois étonnant que la prescription de diacétylmorphine ne soit pas mentionnée pour la totalité des patients réadmis. Cela s'explique sans doute par le fait que la prescription de diacétylmorphine est tellement évidente en cas de réadmission qu'elle n'est pas citée de manière explicite dans le cadre de l'enquête. Trois cas sont concernés (déduction faite des valeurs erronées). Plus surprenant en revanche, parmi les nouveaux arrivants, 13 ont suivi un traitement antérieur avec prescription de diacétylmorphine. On peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit de patients réadmis, mais qui avaient suivi un traitement très tôt (c'est-à-dire principalement avant 2005) et qui donc n'ont pas pu être identifiés dans la banque de données comme étant des réadmissions (en raison de l'absence de code patient et de date de naissance).

Tableau 4 : Traitements avec prescription d'agonistes opioïdes déjà suivis par les patients HeGeBe admis (plusieurs réponses possibles), 2021

Traitement	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Traitement par agonistes opioïdes	20	87,0 %	101	92,7 %	88	89,8 %
Prescription de diacétylmorphine	20	87,0 %	13	11,9 %	9	9,2 %
Thérapie résidentielle	10	43,5 %	56	51,4 %	32	32,7 %
Sevrage suivi par un professionnel	13	56,5 %	54	49,5 %	43	43,9 %
Autre	4	17,4 %	16	14,7 %	15	15,3 %

Remarque : 34 valeurs manquantes, dont 23 parmi les premières admissions ; ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

Comme pour l'année précédente (tableau 5) mais aussi les années antérieures, l'orientation des patients vers un centre de traitement avec prescription de diacétylmorphine résulte le plus souvent d'une initiative personnelle ou de conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances, sans le concours d'une institution professionnelle. Toutefois, comme en 2020, la proportion de personnes venant d'un cabinet médical ou d'une institution spécialisée dans les addictions est plus élevée qu'en 2019.

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2021

Origine du placement	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Condamnation/mesure/autorité judiciaire/police	3	12,5 %	1	0,9 %	4	3,8 %
Cabinet médical	3	12,5 %	19	16,2 %	16	15,2 %
Autre établissement spécialisé	4	16,7 %	26	22,2 %	25	23,8 %
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	2	8,3 %	14	12,0 %	8	7,6 %
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	12	50,0 %	49	41,9 %	48	45,7 %
Autres	0	0,0 %	8	6,8 %	4	3,8 %
Total	24	100 %	117	100 %	105	100 %

Remarque : 25 valeurs manquantes, dont 15 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

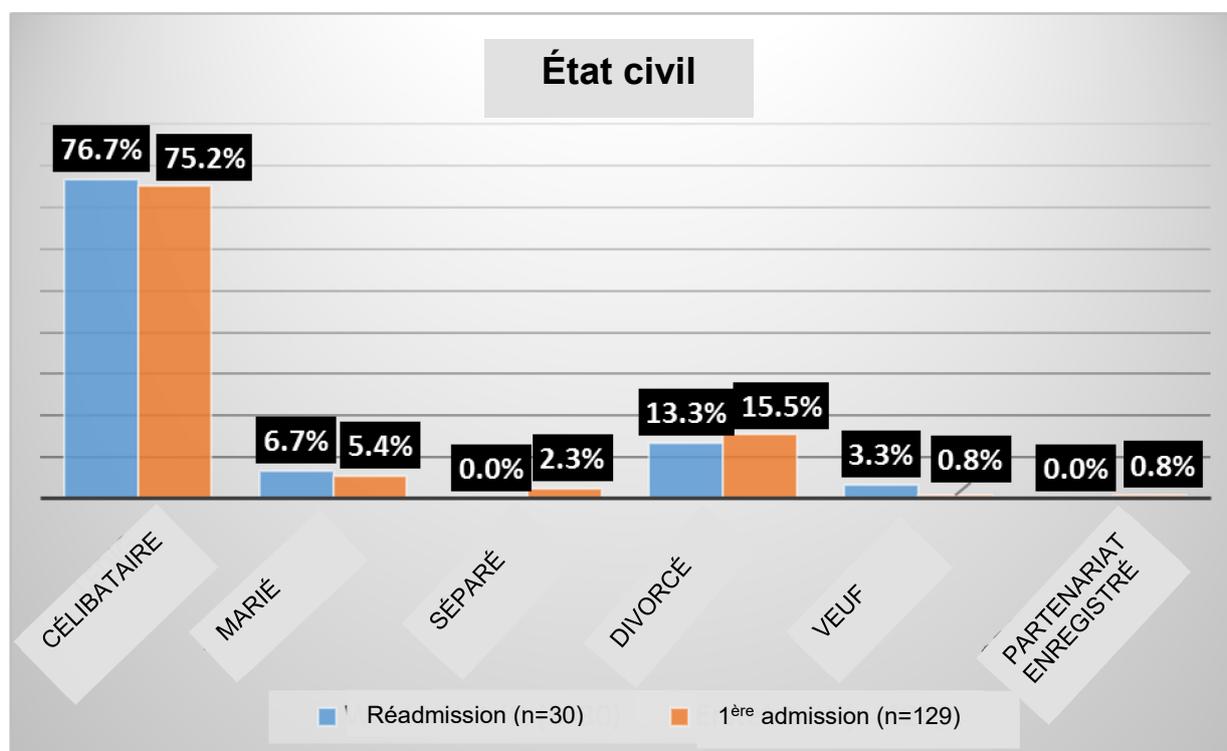
L'essentiel en bref : En ce qui concerne les antécédents médicaux des patients, on n'observe pratiquement aucune évolution par rapport aux années précédentes. La majeure partie des patients a déjà été traitée pour des problèmes de dépendance. Néanmoins, plus d'une personne sur cinq avait déjà suivi un traitement en raison d'autres comportements addictifs. Les traitements antérieurs consistaient essentiellement en traitements par agonistes opioïdes. Toutefois, plus de deux tiers des patients avaient déjà suivi plusieurs formes de thérapies, comme des traitements en milieu résidentiel ou des sevrages. Le plus souvent, les patients se rendent dans un centre HeGeBe de leur propre initiative ou sur les conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances. Ceux qui y ont accédé par le biais de leur médecin ou d'une institution spécialisée sont devenus plus nombreux.

5 Données sociodémographiques

Parmi les 132 nouveaux patients admis en 2021, 94 (71,2 %) possédaient la nationalité suisse. Bien que ce chiffre soit supérieur à celui de l'année précédente (67,5 %), il est nettement inférieur à celui de 2019 (83,7 %) et à ceux des précédentes enquêtes. Il apparaît donc que davantage de patients qui ne sont pas de nationalité suisse ont recours au traitement. Parmi les patients réadmis, ce pourcentage est de 76,5 %. Sept patients admis avaient une double nationalité et 37 (23,4 %, 8 valeurs manquantes) étaient d'une autre nationalité, notamment française ou portugaise (quatre personnes respectivement) et italienne (huit personnes). Nous ne disposons pour l'instant d'aucune explication quant à l'augmentation de la proportion d'étrangers, cependant cette évolution s'est répétée par rapport à l'année précédente. Il conviendra donc de continuer d'observer l'évolution au cours des prochaines années.

Comme les années précédentes, la plupart des patients étaient célibataires en 2021. Environ 15 % des patients sont séparés (illustration 5).

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2021



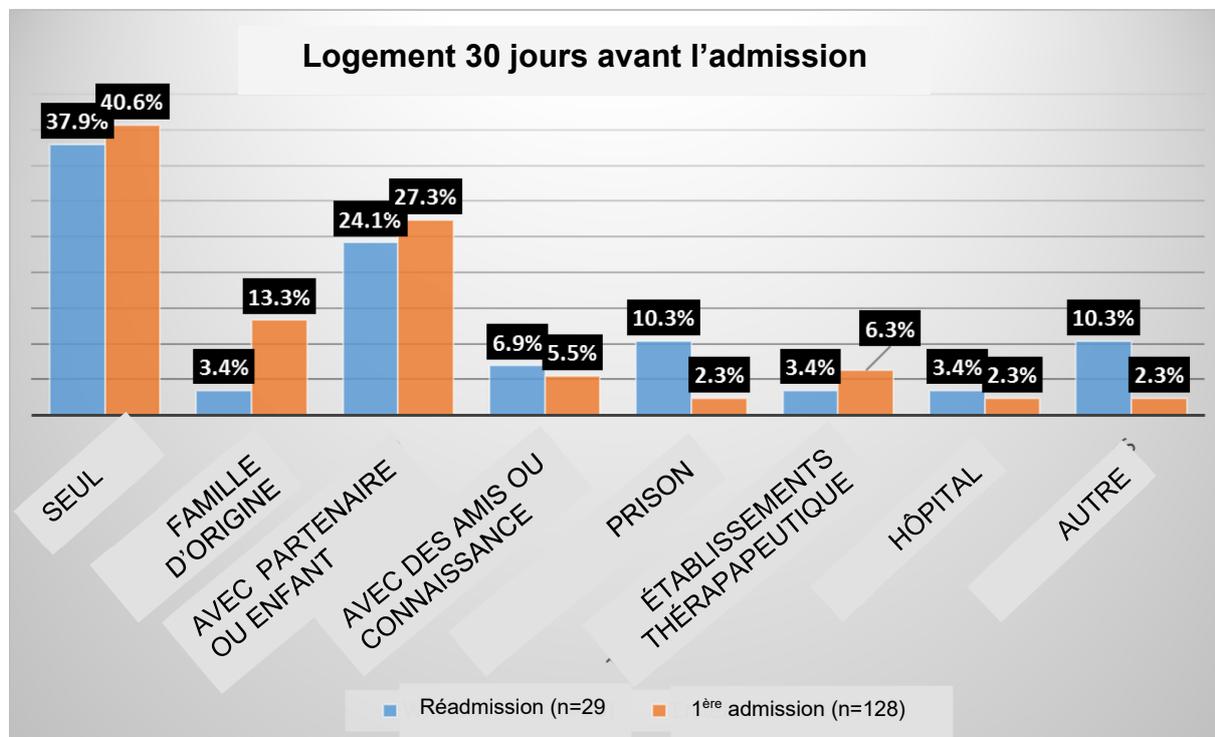
Remarque : 7 valeurs manquantes, dont 3 pour les premières admissions

En 2020, les patients admis pour la première fois vivent plus souvent dans leur famille d'origine ou avec un partenaire ou leur(s) enfant(s) que les patients réadmis (illustration 6). La proportion de personnes vivant seules parmi les patients réadmis est passée de 64,5 % en 2020 à 37,9 % en 2021. Ce recul est dû à une augmentation du nombre de patients vivant avec un partenaire et/ou leur(s) enfant(s), mais aussi à davantage de séjours en prison et à « d'autres raisons ». Le nombre accru de patients admis pour la première fois qui vivent avec leur famille d'origine ou avec un partenaire ou leur(s) enfant(s) semble logique si l'on considère la courte durée de l'addiction à ce moment. Il y a peu de différences entre les sexes. Les hommes vivent plus fréquemment seuls ou dans leur famille d'origine au cours des 30 derniers jours, les femmes plutôt avec un partenaire ou leur(s) enfant(s), ou dans un établissement thérapeutique. Ces différences pouvaient déjà être observées l'année précédente et semblent se stabiliser.

Il y a peu de différences entre les réadmissions et les premières admissions en ce qui concerne la vie avec les enfants. Environ deux tiers des personnes n'ont pas d'enfant (67,9 %), tandis qu'un peu moins d'un quart ont un ou des enfants, mais ne vivent plus dans le même foyer (23,1 %). 7,7 % vivent encore avec au moins un enfant. Les chiffres restent stables par rapport aux années précédentes, toutefois la

proportion de patients sans enfants a reculé par rapport à l'année précédente (73,8 %) et se situe à peu près au même niveau qu'en 2019 (66,6 %).

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? (2021)



Remarque : 9 valeurs manquantes, dont 4 pour les premières admissions

Comme le montre le tableau 6, 91,3 % des patients admis pour la première fois ont une situation de logement relativement stable (domicile fixe ou établissement thérapeutique) en 2021. Ce pourcentage est comparable à celui de l'année précédente (92,9 %) et nettement supérieur à ceux de 2019 (84,7 %) et 2018 (81,0 %). Chez les patients réadmis, il a légèrement diminué par rapport à l'année précédente (90,3 %), mais s'est nettement et constamment amélioré par rapport aux années 2018 et 2019 (2019 : 71,9 %, 2018 : 64,7 %).

Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? (2021)

Situation de logement	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Domicile fixe	18	64,3 %	102	80,3 %	90	80,4 %
Situation instable	4	14,3 %	7	5,5 %	6	5,4 %
Prison	3	10,7 %	4	3,1 %	2	1,8 %
Établissement thérapeutique	3	10,7 %	14	11,0 %	14	12,5 %

Remarque : 11 valeurs manquantes, dont 5 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

L'essentiel en bref : En termes de conditions de vie, on observe des différences entre les nouveaux arrivants et les patients réadmis en 2021. Cela démontre qu'il est important de différencier les premières admissions des réadmissions. Les patients admis pour la première fois vivent bien plus souvent dans

leur famille d'origine que les patients réadmis. À l'inverse, on observe une diminution nette de la proportion de personnes vivant seules chez les patients réadmis en 2021.

La situation de logement 30 jours avant l'admission présente une tendance nettement positive. À présent, 91,3 % des patients admis pour la première fois et 75,0 % des patients réadmis ont un domicile fixe. Il s'agit d'augmentations claires par rapport à 2018 et 2019, en dépit d'une légère baisse par rapport à 2020 (premières admissions : 92,9 % ; réadmissions : 90,3 %).

Il est indispensable de développer la base de données *act-info* relative au programme HeGeBe et, à l'avenir, de réaliser également des analyses sur plusieurs années, afin de disposer d'un plus grand nombre de cas en vue d'une analyse des réadmissions. Les données récoltées lors des réadmissions (y c. transferts depuis d'autres institutions) constituent souvent l'unique source permettant d'observer l'évolution des conditions de vie des patients. En effet, lors des départs, les patients ne sont souvent pas présents, d'où des lacunes concernant les données relatives aux personnes sorties du traitement.

Comme on pouvait s'y attendre, environ deux tiers des patients admis pour la première fois vivaient de l'aide sociale (38,3 %) ou touchaient une rente (27,3 %). Les patients avec un revenu professionnel étaient proportionnellement un peu plus nombreux (18,8 %) par rapport à l'année précédente (17,4 % ; cf. tableau 7) et nettement plus nombreux qu'en 2019 (13,2 %). Pour le reste, on ne constate pas de différence notable chez les patients admis pour la première fois par rapport à l'année précédente. Pour les réadmis, une partie des patients vivant avec l'aide sociale (35,7 % ; 2020 : 39,4 % ; 2019 : 53,1 %) s'est déplacée vers ceux vivant d'une rente (2021 : 42,9 % ; 2020 : 42,4 % ; 2019 : 25 %), ce qui peut être lié au vieillissement de certains patients.

Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? (2021)

Moyens de subsistance	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Revenu d'une activité lucrative	3	10,7 %	24	18,8 %	17	13,2 %
Économies	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Rente (AVS/AI)	12	42,9 %	35	27,3 %	34	26,4 %
Aide sociale/assistance	10	35,7 %	49	38,3 %	65	50,4 %
Assurance-chômage	1	3,6 %	4	3,1 %	3	2,3 %
Soutien du partenaire	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Soutien des parents, de proches ou d'amis	0	0,0 %	5	3,9 %	2	1,6 %
Trafic	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Autres revenus illégaux	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe tarifé	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Assurance d'indemnités journalières	1	3,6 %	6	4,7 %	3	2,3 %
Autre	1	3,6 %	4	3,1 %	3	2,3 %
Total	28	100,0 %	128	100,0 %	129	100,0 %

Remarque : 10 valeurs manquantes, dont 4 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffii (2021)

En 2021, 24,0 % (contre 26,2 % en 2020, 19,7 % en 2019 et 24,0 % en 2018) des nouveaux patients exerçaient une activité professionnelle (travail à temps complet ou à temps partiel, ou emplois occasionnels). Ainsi, la majorité (34,4 %) était au chômage en 2021 (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 39,8 % en 2020, 45,7 % en 2019 et 48,8 % en 2018) ou sans activité professionnelle (bénéficiaire de rentes, incapacité de travail, femme/homme au foyer ; 36,0 % ; 29,1 % en 2020 ; 28,3 % en 2019 ; 24,0 % en 2018 ; cf. tableau 8). On voit se dessiner, au moins sur ces dernières années, une tendance des personnes au chômage à sortir du marché du travail. Par rapport à l'année précédente, on observe certes une augmentation du nombre de patients réadmis passant à une situation d'emploi à plein temps (19,2 %), mais ce chiffre est similaire à celui de 2019 (2020 : 9,1 % ; 2019 : 18,8 %). La proportion de patients au chômage sans recherche active d'emploi a de nouveau reculé à 23,1 % (2020 : 27,3 % ; 2019 : 40,6 %) ; la part de situations d'incapacité de travail s'élève à 30,8 % (2020 : 39,4 % ; 2019 : 12,5 %). Il convient de rappeler que le nombre de cas de patients réadmis est faible et que cette tendance à la baisse concernant le chômage sans recherche active d'emploi doit encore être confirmée au cours des prochaines années.

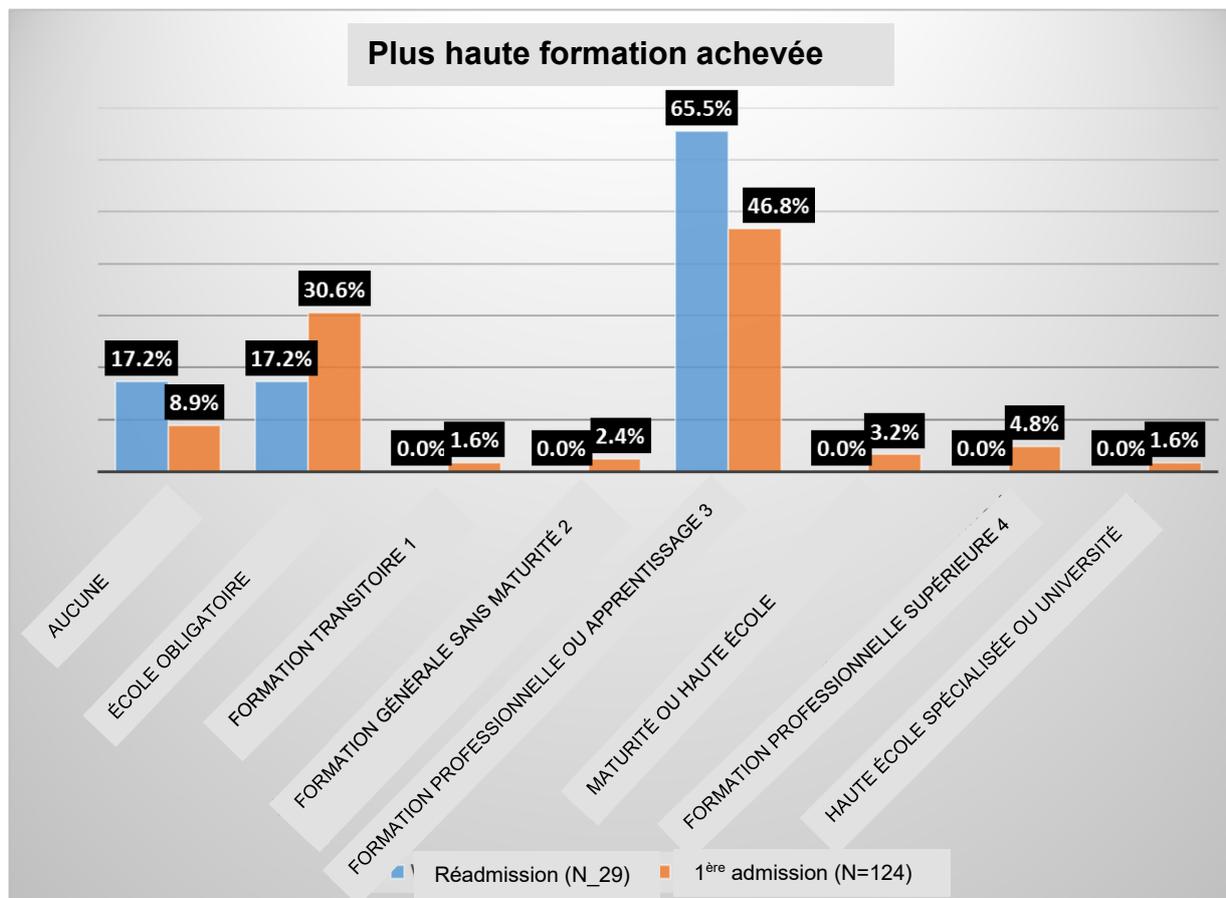
Tableau 8 : Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? (2021)

Situation professionnelle	Réadmissions 2021		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Travail à temps complet (70 % ou plus)	5	19,2 %	22	17,6 %	15	14,6 %
Travail à temps partiel	2	7,7 %	6	4,8 %	10	9,7 %
Emplois occasionnels	1	3,8 %	2	1,6 %	2	1,9 %
En formation	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Au chômage, en recherche active d'emploi	0	0,0 %	14	11,2 %	12	11,7 %
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	6	23,1 %	29	23,2 %	29	28,2 %
Bénéficiaire d'une rente (retraite, AVS, réserves financières)	3	11,5 %	3	2,4 %	12	11,7 %
Incapacité de travail (AI/indemnités journalières)	8	30,8 %	41	32,8 %	17	16,5 %
Homme/femme au foyer	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,0 %
Autre	1	3,8 %	6	4,8 %	5	4,9 %
Total	26	100 %	125	100 %	103	100 %

Remarque : 15 valeurs manquantes, dont 7 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

Il est intéressant de noter que 56,5 % (2020 : 50,5 % ; 2019 : 60,8 % ; 2018 : 60,5 %) des patients admis pour la première fois ont suivi une formation professionnelle initiale ou une formation supérieure (illustration 7). Cette proportion atteint toutefois 65,5 % parmi les réadmissions. En 2021, 35,7 % des femmes admises pour la première fois n'avaient aucune formation ou n'avaient achevé que l'école obligatoire (hommes : 40,6 %). Elles étaient encore 55,0 % en 2020 (contre 50,0 % en 2019) et eux 37,3 % (2019 : 26,4 %). On observe une augmentation de la proportion d'hommes ayant un faible niveau de formation. Au total, 39,5 % des patients admis pour la première fois n'ont aucune formation ou ont seulement terminé l'école obligatoire (2020 : 40,8 % ; 2019 : 31,7 % ; 2018 : 34,5 %).

Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2021



Remarque : 13 valeurs manquantes, dont 8 pour les premières admissions

1 : formation de 1 an : préapprentissage, année d'école supplémentaire, école d'orientation professionnelle, année d'enseignement ménager, école de langue avec certificat, année d'engagement social, formation transitoire ou équivalente

2 : formation de 2 à 3 ans : école de degré diplôme, école de culture générale (ECG), école d'administration et des transports ou formation équivalente

3 : formation de 2 à 4 ans : apprentissage, formation professionnelle initiale avec certificat fédéral de capacité ou attestation fédérale de formation professionnelle, formation élémentaire, école professionnelle à plein temps, école de commerce, école de métiers ou formation équivalente

4 : brevet fédéral, examen professionnel supérieur avec diplôme fédéral ou maîtrise, école supérieure (ES) technique, école supérieure d'économie, école d'ingénieur ETS, école supérieure ESCEA, école supérieure d'arts appliqués (ESAA), IES ou formation équivalente

L'essentiel en bref : La majorité des patients a suivi au moins une formation d'une durée allant de deux à quatre ans et près d'un quart (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels) dispose encore d'un revenu (irrégulier) d'une activité lucrative. Toutefois, dans la majeure partie des cas, les patients dépendent d'une rente ou de l'aide sociale et, de plus en plus, d'une rente pour incapacité de travail.

6 Consommation de substances

Encadré 3. Incertitudes dans les données sur la consommation de substances :

Les valeurs manquantes ont un impact considérable sur les données relatives à la consommation de substances. Il existe deux types de valeurs manquantes : a) il est indiqué de manière explicite que l'information n'est pas disponible (inconnue), on est conscient que l'information fait défaut, et b) pas de réponse, donc valeurs manquantes, mais on ne sait pas si l'information est inconnue ou si elle a été oubliée. Le formulaire à remplir sur la consommation de substances est très complexe. Dans un premier temps, il faut indiquer si la personne a consommé ou non la substance au cours de sa vie. Si la réponse est « oui », un autre masque de saisie s'ouvre où il faut indiquer la consommation au cours des 30 derniers jours, l'âge d'entrée en consommation, les modes de consommation, etc. Le masque ne s'ouvre pas si la réponse cochée est « non » ou si la personne n'a coché ni « oui » ni « non » (donc pas de réponse). Le problème qui se pose alors est que, en cas de non-consommation d'une substance, certaines personnes responsables de la saisie des données omettent la question relative à cette substance et n'indiquent pas « non » de manière explicite. Il existe deux scénarios lors du calcul statistique :

- a) Scénario 1 : seules les valeurs valides avec la réponse « oui » ou « non » sont prises en considération.
- b) Scénario 2 : en l'absence de réponse (aucune mention explicite selon laquelle l'information n'est pas disponible), on considère qu'il n'y a pas de consommation de la substance en question.

Du fait des nombreuses valeurs manquantes, toutes les admissions (y c. les réadmissions) ont été prises en compte, l'idée étant de pouvoir analyser un plus grand nombre de cas. Les tableaux 9 et 10 exposent les résultats concernant la consommation de substances au cours de la vie déjà écoulée (prévalence au cours de la vie), l'âge d'entrée en consommation et le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours. S'agissant de la consommation au cours de la vie, deux scénarios (cf. encadré 3) sont pris en considération. Les conclusions varient légèrement en fonction du scénario retenu. Cependant, le classement concernant la prévalence de consommation des substances est assez similaire dans les deux scénarios. L'illustration 8 montre la prévalence au cours de la vie selon le scénario 2. Il s'agit du scénario retenu dans les rapports précédents. En annexe, vous trouverez l'illustration de la prévalence selon le scénario 1. Quel que soit le scénario, il apparaît clairement que les patients ont fréquemment consommé, outre l'héroïne, de la cocaïne, du tabac, de l'alcool, du cannabis et des benzodiazépines.

Parmi les patients ayant consommé une substance dans les 30 jours avant leur admission, on note un nombre important de jours de consommation durant cette période (15 jours ou plus, données prises en compte seulement pour les substances comptant plus de dix consommateurs), surtout en ce qui concerne l'usage illégal d'héroïne, les benzodiazépines, le cannabis ou le tabac (tableau 10). Ces résultats sont semblables à celles de l'année précédente.

Les données de l'illustration 8 sont affichées dans le même ordre que celles de 2019 et 2020, bien qu'il s'agisse des données de 2021, ce qui permet de distinguer les fluctuations dans le classement. On peut d'ailleurs constater que ces classements n'ont guère changé par rapport à l'année précédente.

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions), 2021, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation)

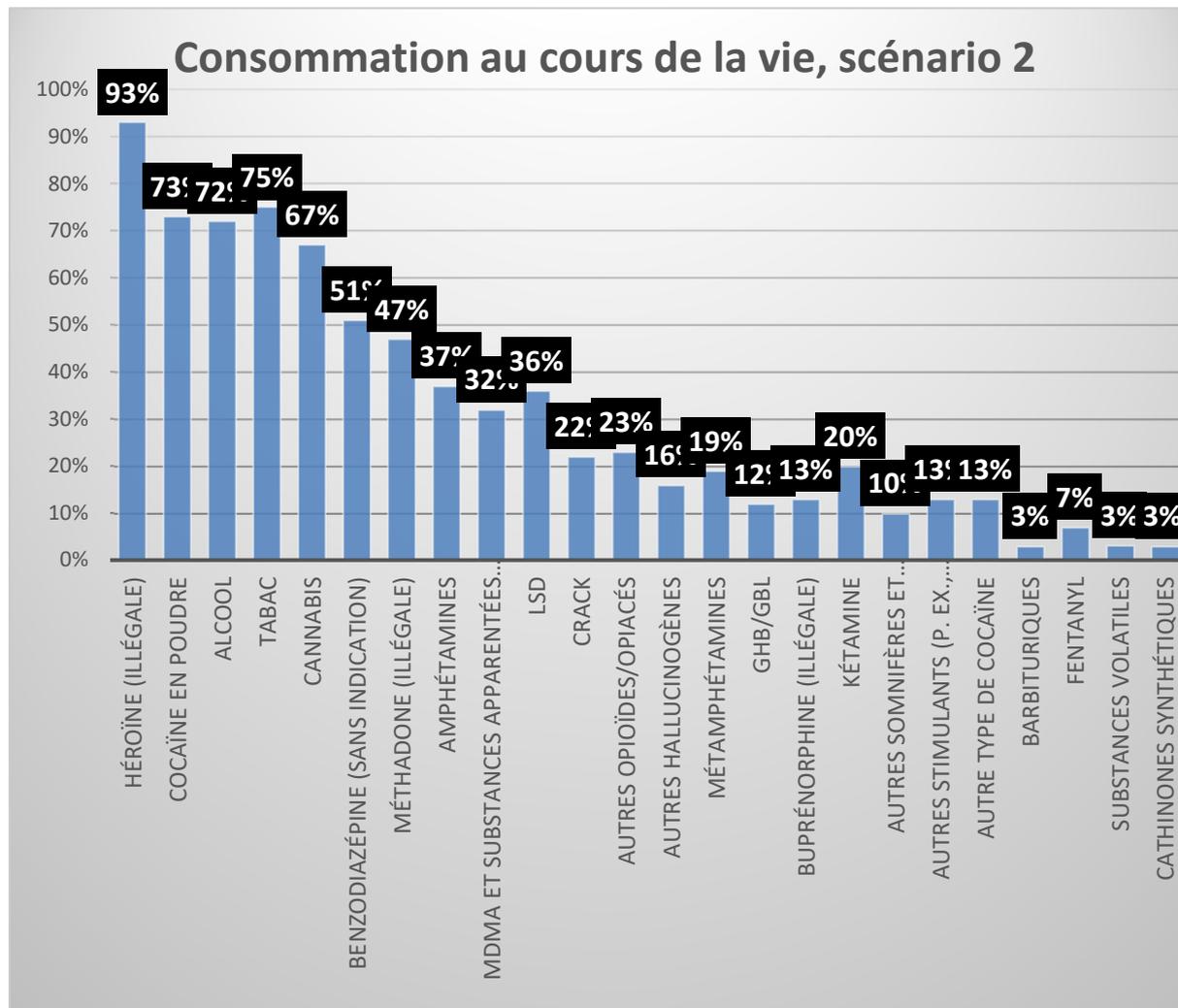


Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2021

Substance	Consommation au cours de la vie					Âge d'entrée en consommation			
	Valeurs manquantes	Dont absence de réponse	Valeurs valides	Oui, consommation, scénario 1	Oui, consommation, scénario 2	Valeurs valides (réponse oui)	Min.	Max.	Âge moyen (en années) d'entrée en consommation
Alcool	43	35	123	92,7 %	72,2 %	87(114)	9	28	14,5
Héroïne (illégal)	15	12	151	100,0 %	92,6 %	118(151)	10	40	20,2
Méthadone (illégal)	41	21	125	55,2 %	47,3 %	43(69)	14	40	24,6
Buprénorphine (illégal)	44	27	122	16,4 %	13,4 %	10(20)	17	35	25,5
Fentanyl	50	34	116	8,6 %	6,7 %	8(10)	16	45	25,4
Autres opioïdes/opiacés	63	34	103	31,1 %	23,4 %	21(32)	14	52	27,0
Cocaïne en poudre	41	35	125	93,6 %	73,1 %	90(117)	10	40	20,5
Crack	60	46	106	32,1 %	22,4 %	31(49)	16	54	24,2
Autre type de cocaïne	76	51	90	21,1 %	13,5 %	13(19)	16	43	25,5
Amphétamines	93	88	73	80,8 %	36,6 %	46(59)	11	48	20,1
Métamphétamines	101	92	65	46,2 %	19,1 %	22(30)	13	32	19,9
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	99	91	67	76,1 %	32,3 %	40(51)	13	33	19,6
Cathinones synthétiques	111	98	55	7,3 %	2,6 %	1(4)	21	21	21,0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	114	98	52	36,5 %	12,7 %	9(19)	10	33	20,3
Barbituriques	93	81	73	6,8 %	3,2 %	3 (5)	18	20	18,7
Benzodiazépine (sans indication médicale)	73	70	93	89,2 %	50,9 %	61(83)	13	48	23,9
GHB/GBL	83	76	83	22,9 %	11,9 %	15(19)	16	36	21,1
Autres somnifères et tranquillisants	95	82	71	22,5 %	10,5 %	6(16)	14	42	22,5
LSD	102	100	64	93,8 %	36,1 %	47(60)	13	35	19,2
Kétamine	106	101	60	53,3 %	19,9 %	20(32)	16	39	21,6

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2021 (suite)

Substance	Consommation au cours de la vie					Âge d'entrée en consommation			
	Valeurs manquantes	Dont absence de réponse	Valeurs valides	Oui, consommation, scénario 1	Oui, consommation, scénario 2	Valeurs valides (réponse oui)	Min.	Max.	Âge moyen (en années) d'entrée en consommation
Autres hallucinogènes	113	107	53	47,2 %	15,6 %	18(23)	14	33	19,7
Substances volatiles	64	47	102	3,9 %	2,7 %	3(4)	18	33	23,3
Cannabis	42	33	124	84,7 %	66,9 %	77(105)	9	25	14,9
Tabac	40	33	126	95,2 %	75,5 %	87(120)	7	22	14,4

Remarque : scénario 1 : seules les réponses « oui » et « non » ont été prises en considération.
 scénario 2 : en l'absence de réponse (sans la mention « inconnu »), on considère qu'il n'y a pas de consommation de la substance en question.

Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2021

Substance	Consommation durant les 30 derniers jours							
	Valeurs manquantes	Pas de consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours	Moyenne (en jours)	n avec consommation 30 jours	Moyenne (en jours) chez les consommateurs
Alcool	78	37,2 %	21,8 %	14,1 %	26,9 %	10,0	49	11,3
Héroïne (illégal)	105	21,9 %	6,7 %	9,5 %	61,9 %	19,5	82	24,8
Méthadone (illégal)	35	68,6 %	17,1 %	2,9 %	11,4 %	4,4	11	14,0
Buprénorphine (illégal)	6	83,3 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	6,0	1	30,0
Fentanyl	6	83,3 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	1,2	1	7,0
Autres opioïdes/opiacés	18	55,6 %	16,7 %	11,1 %	16,7 %	7,1	8	16,0
Cocaïne en poudre	73	52,1 %	24,7 %	11,0 %	12,3 %	5,5	35	11,4
Crack	29	51,7 %	37,9 %	3,4 %	6,9 %	3,3	14	8,4
Autre type de cocaïne	11	54,5 %	9,1 %	18,2 %	18,2 %	8,1	5	17,8
Amphétamines	35	82,9 %	14,3 %	0,0 %	2,9 %	1,2	6	7,0
Métamphétamines	15	86,7 %	6,7 %	0,0 %	6,7 %	2,1	2	15,5

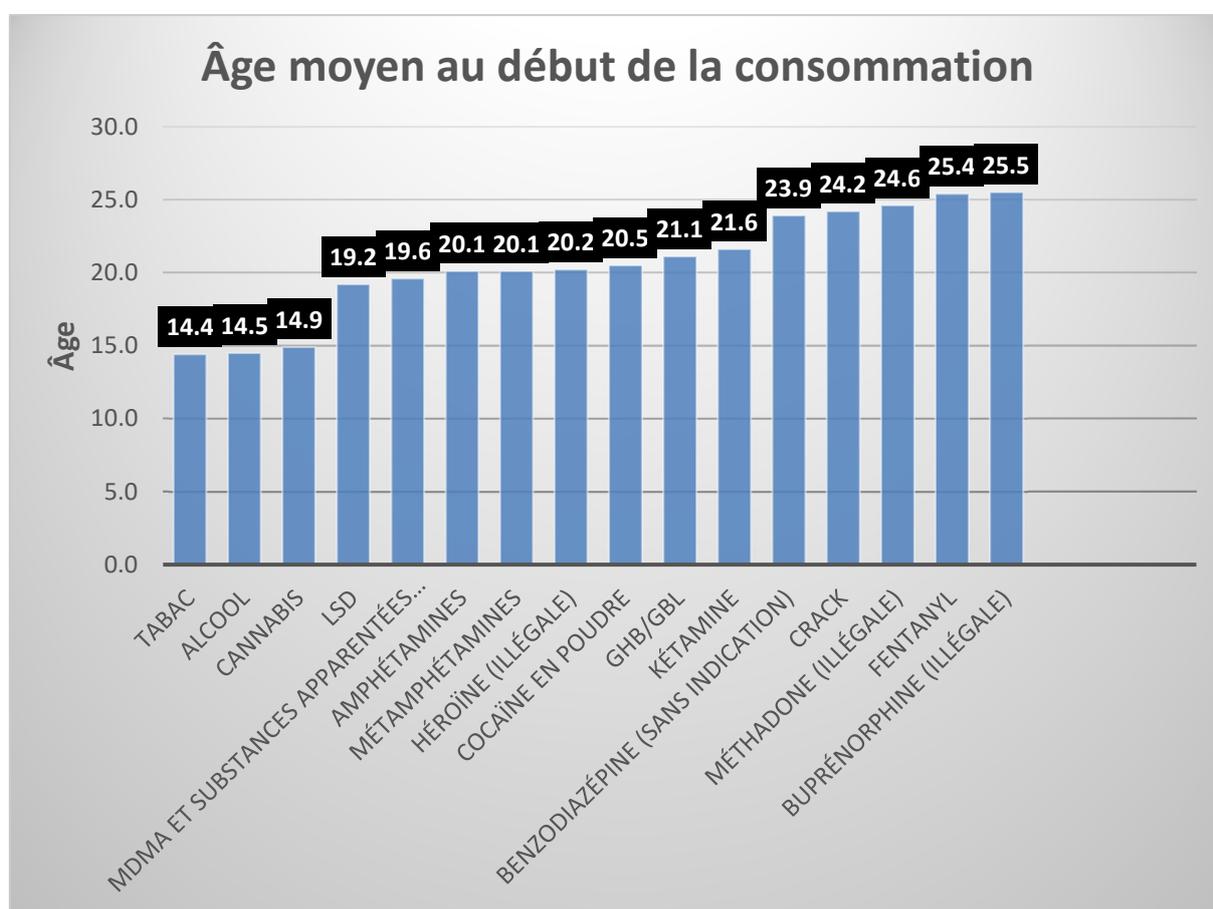
Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2021 (suite)

Substance	Valeurs valides	Pas de consommation	Consommation durant les 30 derniers jours				Moyenne (en jours)	n avec consommation 30 jours	Moyenne (en jours) chez les consommateurs
			1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours				
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	29	93,1 %	6,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0	2	1,0	
Cathinones synthétiques	1	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0	0	0,0	
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	7	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0	
Barbituriques	3	66,7 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	1,7	1	5,0	
Benzodiazépine (sans indication médicale)	54	37,0 %	11,1 %	7,4 %	44,4 %	14,2	34	22,6	
GHB/GBL	11	81,8 %	9,1 %	0,0 %	9,1 %	2,5	2	16,3	
Autres somnifères et tranquillisants	5	20,0 %	40,0 %	0,0 %	40,0 %	13,0	4	16,3	
LSD	33	93,9 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %	0,2	2	3,0	
Kétamine	14	78,6 %	21,4 %	0,0 %	0,0 %	0,5	3	2,3	
Autres hallucinogènes	12	91,7 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1	1	1,0	
Substances volatiles	3	66,7 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,7	1	2,0	
Cannabis	66	45,5 %	19,7 %	4,5 %	30,3 %	9,4	36	17,3	
Tabac	77	3,9 %	1,3 %	0,0 %	94,8 %	28,4	74	29,6	

L'illustration 9 indique l'âge moyen du début de la consommation pour diverses substances. Il est important de souligner que cet âge moyen n'a été calculé que pour les consommateurs pour lesquels il a été indiqué (réponse « oui ») qu'ils ont consommé la substance au cours de leur vie (ce qui ouvre le masque de saisie de données additionnelles). Ces substances ne sont pas toutes utilisées par l'ensemble des patients (cf. illustration 8). Les valeurs reflètent des moyennes chez les consommateurs. Le tableau 9 indique la fourchette des âges du début de consommation.

S'il peut y avoir quelques rares changements dans le classement des substances à l'intérieur des grands blocs (p. ex. début de la consommation plus précoce pour les substances légales et le cannabis, et plus tardif pour le crack, la méthadone, le fentanyl ou la buprénorphine) par rapport à l'année précédente (cf. Gmel, Labhart et Maffli, 2021), l'ordre des blocs, lui, reste le même pour l'essentiel. L'alcool venait par exemple avant le tabac en 2020 alors que c'est l'inverse en 2021, mais l'âge de début de la consommation des substances légales et du cannabis – pris comme un seul bloc de substances – est beaucoup plus précoce que pour les autres substances.

Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2021



Remarque : Les autres types de cocaïne, hormis le crack et la poudre, les autres stimulants, les autres somnifères et tranquillisants, ainsi que les autres hallucinogènes ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus. Les substances volatiles, les barbituriques et les cathinones synthétiques n'y figurent pas non plus, en raison du nombre faible de cas. Ces substances sont toutefois présentes dans le tableau 9.

L'essentiel en bref : Les patients HeGeBe consomment souvent plusieurs substances. Outre l'héroïne et les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ils consomment notamment de la cocaïne, du cannabis et des benzodiazépines. Durant les 30 jours avant leur admission, les patients prennent non seulement de l'héroïne, mais souvent aussi d'autres opioïdes, des benzodiazépines, de la méthadone et du cannabis. Les données relatives à l'âge de début de la consommation suggèrent que les personnes commencent par l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est à un âge plus tardif que les patients HeGeBe commencent à prendre de la cocaïne et de l'héroïne. Le fentanyl et la buprénorphine illégale viennent s'y ajouter plus tard encore, vers l'âge de 25 ans.

7 Hépatites et VIH

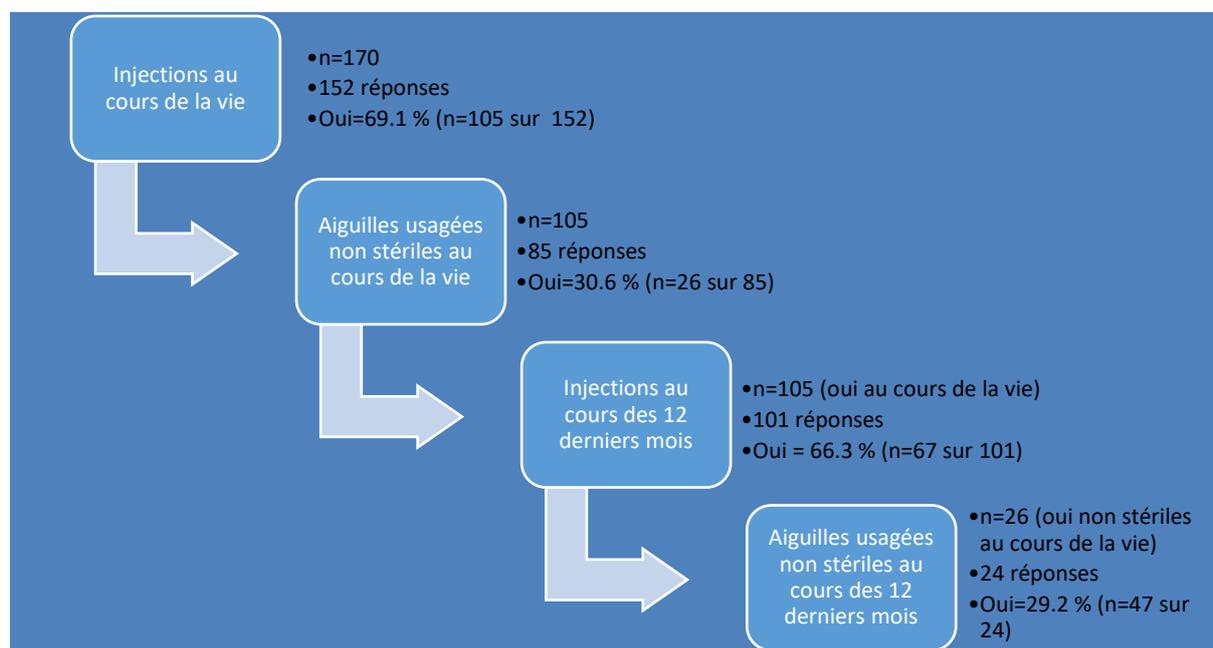
Dans le cadre de l'évaluation des données relatives aux hépatites et au VIH, tous les patients pour lesquels des résultats de tests ou des données sur le statut de vaccination étaient disponibles ont été pris en compte. C'est la raison pour laquelle les personnes n'ayant jamais été dépistées pour l'hépatite A ou B sont mentionnées. Les résultats des tests de dépistage de l'hépatite B dont nous disposons ne permettent pas de distinguer les infections aiguës et chroniques.

7.1 Usage intraveineux

Outre les rapports sexuels non protégés, l'usage de seringues non stériles est l'une des principales voies de transmission des hépatites et du VIH. Or, cette problématique concerne particulièrement les patients HeGeBe. Les statistiques exposées ci-après prennent en compte l'ensemble des admissions, y compris les réadmissions.

Il est intéressant de constater que, selon leurs propres déclarations, 30,9 % des patients HeGeBe ne se sont jamais injecté de substances au cours de leur vie (cf. illustration 10). Cela explique le pourcentage élevé de traitements par voie orale (cf. tableau 2), qui devrait être en partie lié à la nouvelle ordonnance relative à la remise de diacétylmorphine (cf. chapitre 10). Durant les douze mois avant leur admission, plus de 50 % des personnes ne pratiquaient pas d'injection (66,3 % de 69,1 % = 45,8 % avec injections). Dans l'ensemble, la proportion de personnes n'ayant jamais pratiqué d'injection au cours de leur vie (30,9 % en 2021 contre 25,9 % en 2020 et 18,2 % en 2019) et au cours des douze derniers mois (54,2 % en 2021 contre 53,2 % en 2020 et 39,8 % en 2019) a augmenté de manière significative par rapport à l'année précédente.

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2021



Plus d'un cinquième des personnes (30,6 % de 69,1 % = 21,1 %) ont déjà utilisé, une fois au cours de leur vie, des seringues potentiellement non stériles, et 8,9 % (29,2 % de 30,6 % = 8,9 %) au cours des douze mois avant le début du traitement. Ce dernier chiffre représente une augmentation significative par rapport aux années précédentes (2020 : 1,5 % ; 2019 : 4,9 % au cours des douze derniers mois). L'utilisation de seringues non stériles au cours de la vie ayant quant à elle reculé (2021 : 21,1 % ; 2020 : 25,5 % ; 2019 : 32,1 %), il se peut donc qu'il s'agisse d'un problème lié au nombre réduit de cas au cours des douze derniers mois, avec un cumul de valeurs manquantes.

L'essentiel en bref : Une population non négligeable de patients gravement dépendants (30,9 %) est placée sous traitement avec diacétylmorphine bien que ces patients n'aient pas eu recours aux injections d'après leurs informations. Le pourcentage que représentent ces patients semble avoir augmenté au cours des dernières années. Plus d'un cinquième des personnes ont utilisé des aiguilles non stériles durant leur vie, ce qui entraîne une forte vulnérabilité aux hépatites et au VIH. Ces chiffres sont heureusement en baisse.

7.2 Hépatite A

L'hépatite A présente seulement deux tableaux cliniques : le patient est soit positif (phase aiguë), soit négatif. La vaccination est recommandée, mais la personne est également immunisée à vie après guérison. Après des années de baisse, le nombre de cas d'hépatite A enregistrés en Suisse a nettement augmenté en 2017 par rapport à l'année précédente : avec 110 cas déclarés, il a été multiplié par 2,5 (OFSP-Bulletin 23 du 4 juin 2018).

Parmi les 166 patients nouvellement admis (réadmissions comprises), 71 (soit 42,7 %) ne savaient ni s'ils avaient été vaccinés, ni s'ils avaient effectué un test.

17 autres patients admis ont répondu à la question concernant la vaccination, mais on ignore si un test a été effectué. Neuf d'entre eux ont une vaccination complète et font donc partie du groupe « immunisé ». Au total, 37 personnes (y compris celles ayant effectué un test) ont indiqué avoir une vaccination complète, ce qui correspond à 22,3 % des patients admis sur un total de 166 (contre 26,0 % en 2020 et 27,1 % en 2019). Cependant, chez 91 personnes (54,8 %), le statut vaccinal n'est pas connu. Seuls cinq patients ont indiqué n'avoir encore jamais fait de test ; deux personnes ont refusé de répondre. 71 individus ont indiqué avoir fait un test et 65 disposent du résultat. Si l'on y ajoute les neuf personnes du groupe « immunisé », on dispose d'un résultat de test pour 74 personnes, alors que le statut concernant l'hépatite A est inconnu pour 92 personnes (tableau 11).

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 166 admissions (y c. réadmissions) en 2021

Statut	n (=166)	% de tous les patients admis (n=166)	% parmi les résultats disponibles (n=74)
Inconnu	92	55,4 %	-
Négatif, donc patient non immunisé	39	23,5 %	52,7 %
Patient immunisé (vaccination, infection guérie)	35	21,1 %	47,3 %

Les résultats correspondent peu ou prou à ceux des années précédentes.

L'essentiel en bref : On connaît mal le statut immunitaire de cette population vulnérable vis-à-vis de l'hépatite A, qu'il s'agisse du statut vaccinal ou de dépistage. Près de 80 % des patients ne sont pas immunisés ; il est donc nécessaire de leur fournir suffisamment d'informations, notamment en matière de prévention.

7.3 Hépatite B

En Suisse, quelque 44 000 personnes sont atteintes d'une hépatite B chronique (OFSP, Infodrog, 2019). 5 à 10 % des malades infectés à l'âge adulte en développent une. À l'échelle mondiale, la prévalence et l'incidence de l'hépatite B ont fortement diminué. En Suisse, environ 40 personnes développent une hépatite B aiguë chaque année, les hommes étant nettement plus touchés, avec une proportion d'environ 75 %. La majorité des infections (environ 55 %) concerne des personnes entre 35 et 60 ans².

Pour que l'analyse soit davantage pertinente, toutes les admissions enregistrées en 2021, y compris les réadmissions, ont été prises en considération. Trois marqueurs sont particulièrement importants. Les anticorps **anti-HBs** sont dirigés contre la protéine de la membrane située sur l'enveloppe du virus de l'hépatite B. Il s'agit d'anticorps créés par le système immunitaire et qui persistent même après une vaccination. Les **antigènes HBs (HBsAg)** indiquent la présence d'infections aiguës ou chroniques. Ils disparaissent après guérison. La présence d'anti-HBs après disparition des HBsAg indique une immunisation, apparue soit après une guérison complète, soit après une vaccination. Les **anticorps HBc**

² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>

(Anti-HBc) permettent de savoir si le patient a été en contact avec le virus. Le résultat est positif si le patient a développé une hépatite B aiguë ou chronique, ou s'il a guéri de la maladie (cf. tableau 12).

Afin de pouvoir déterminer si une personne est immunisée grâce à une vaccination ou si elle a guéri de la maladie, il faut savoir si elle a été vaccinée ou si des anti-HBc sont présents. La personne vaccinée n'est protégée que si elle a constitué, au cours des semaines suivant la dernière injection, une quantité d'anti-HBs permettant leur détection avec certitude. Or ce contrôle ultérieur est souvent négligé.

Tableau 12 : Interprétation des marqueurs de l'hépatite B

Anti-HBc	HBsAg	Anti-HBs	Statut
positif	positif	-	infection en cours
positif	-	positif	infection guérie
positif	négatif	négatif	guérison, pas de protection immunitaire
-	négatif	positif	vacciné ou guéri, pas d'infection en cours
négatif	-	positif	vacciné, jamais aucun contact avec le virus

52,4 % des patients admis (n=87) indiquent avoir déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B, alors que 44,5 % des patients n'ont donné aucune information à cet égard (inconnu ou valeurs manquantes). Seules trois personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test et deux personnes ne souhaitaient pas répondre. 27 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 16,3 % de l'ensemble des admissions (contre 21,3 % en 2020 et 25,9 % en 2019). 46 patients (27,7 % contre 34,6 % en 2020 et 22,9 % en 2019) ont déclaré avoir fait un test antérieurement.

Afin de pouvoir établir un diagnostic relativement sûr, il faut connaître au moins deux marqueurs, si possible les trois. Comme le montre le tableau 13, les trois marqueurs sont disponibles seulement pour 20,5 % (contre 20,0 % en 2020 et 21,8 % en 2019) des 166 patients admis, c'est-à-dire pour 34 personnes.

Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 166 patients admis en 2021 (y c. réadmissions)

Marqueur	positif	négatif	% de l'ensemble des admissions (n=166)
Anti-HBc	8	43	30,7 %
HBsAg	21	28	29,5 %
Anti-HBs	2	39	24,7 %
Résultats de dépistage complets			20,5 %
Aucun résultat			62,0 %

S'agissant des résultats de dépistage, l'objectif était de voir également, dans la mesure du possible, si les patients avaient déjà été vaccinés, afin de pouvoir formuler des affirmations plus étayées pour les cas où l'on ne disposait pas de tous les marqueurs. Nous ne disposons d'aucune donnée pour 53,0 % (contre 46,0 % en 2020 et 48,2 % en 2019) des patients (n=88). Parmi les 78 personnes ayant fourni des indications, 42 (53,8 %) ont indiqué une vaccination complète. Huit personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Neuf personnes n'ont pas fait de test, car elles étaient déjà positives aux anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Huit personnes ont refusé de se soumettre au test, quatre patients vont le faire ultérieurement (la décision est prise) et sept personnes ont avancé d'autres raisons pour justifier la non-vaccination. Le tableau 14 indique une estimation (*best guess*) du statut vis-à-vis de l'hépatite B pour 95 patients admis (sur 166).

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 95 patients admis, 2021.

	Patients	%	Remarques
Non immunisé	24	25 %	Diagnostic clair seulement chez 5 patients
Immunisé (vacciné)	42	44 %	
Immunisé (après guérison)	5	5 %	
Contact avec le virus (statut inconnu)	0	0 %	
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	1	1 %	
Aucun marqueur, mais vaccination complète	14	15 %	
Infection à l'hépatite B en cours	9	9 %	
Total	95	100 %	

L'essentiel en bref : Il n'y a pas suffisamment de données relatives à l'hépatite B en raison de l'absence fréquente de diagnostic. Il s'agira de comprendre pourquoi les tests de dépistage sont si rares. Malgré le déficit de données, il apparaît assez clairement que seuls quelques patients sont atteints d'une infection aiguë ou chronique. Par ailleurs, un quart des patients (25 %) ne sont pas immunisés contre l'hépatite B.

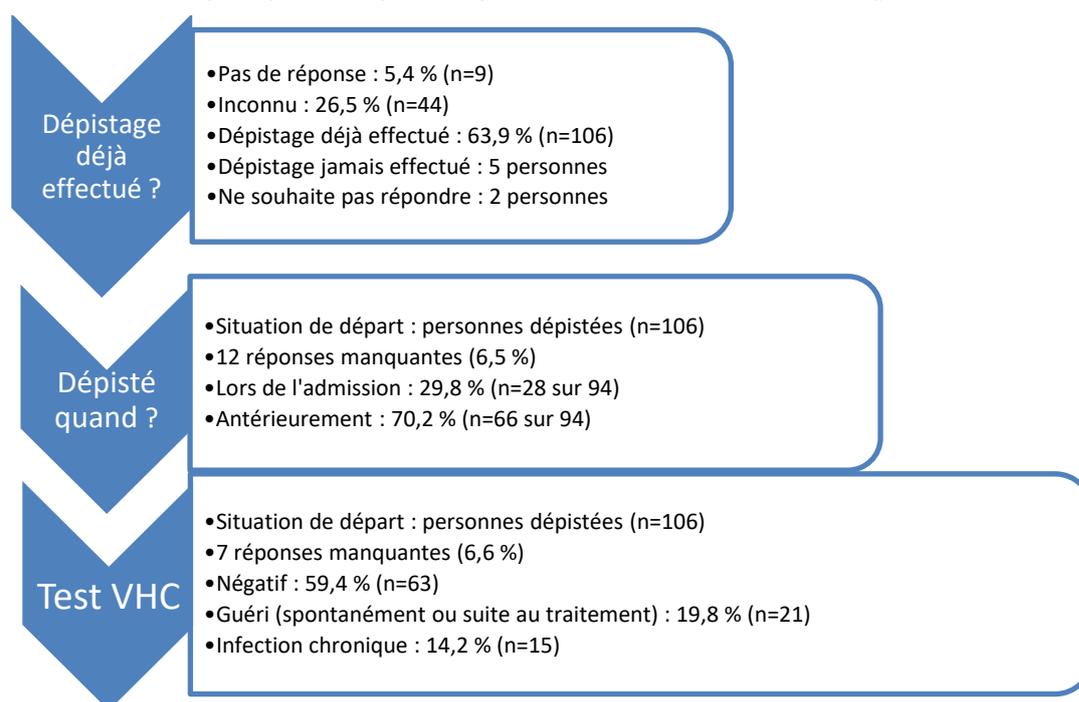
7.4 Hépatite C

En Suisse, environ 0,5 % de la population est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC). Quelque 40 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique (OSFP, Infodrog, 2019). Dans notre pays, le nombre de déclarations d'hépatite C aiguë est stable depuis 2006 (une cinquantaine de déclarations par an). La part des hommes parmi les cas est élevée et se situe constamment autour de 70 %. Les jeunes adultes entre 20 et 39 ans sont également très touchés (environ 60 à 65 % des cas). La majorité des nouvelles infections diagnostiquées est due à la consommation par voie intraveineuse.

Chaque année, on diagnostique le VHC chez environ 500 usagers de drogue par voie intraveineuse. Selon les estimations, entre 7700 et 15 400 consommateurs sont infectés par ce virus (OFSP, Infodrog, 2019). On estime qu'environ 30 % des personnes qui suivent un traitement résidentiel ou fréquentent un centre d'accueil à bas seuil sont porteurs du VHC. Cette proportion se monte à 60 % pour les patients qui commencent un traitement avec prescription de diacétylmorphine (OFSP, Infodrog, 2019).

L'analyse des données sur l'hépatite C repose sur l'ensemble des admissions comptabilisées en 2021, y compris les réadmissions (illustration 11), étant donné qu'un examen annuel est recommandé. La raison en est que même après une infection guérie, l'hépatite C ne confère pas d'immunité. Il est donc possible d'être à nouveau contaminé par ce même virus. Par ailleurs, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. Cependant, depuis peu, des médicaments efficaces sont disponibles ; ces derniers ne peuvent pas empêcher une nouvelle infection, mais ils préviennent la transmission de la maladie par les personnes guéries. Un dépistage et un traitement systématiques pourraient ainsi éliminer la maladie à moyen terme. L'OMS a fixé un objectif de réduction de 80 % des infections aiguës et de 65 % de la mortalité pour 2030 (OMS, 2021).

Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2021



On constate que, sur 166 patients admis en 2021, le statut immunitaire de 67 personnes vis-à-vis de l'hépatite C est inconnu, soit 40,3 % (contre 34,7 % l'année précédente). Cela s'explique notamment par le fait qu'on ignore, pour 36,1 % des patients, s'ils ont effectué un dépistage (cf. illustration 11). Cela confirme en partie certaines estimations selon lesquelles entre un quart et la moitié des personnes suivant un traitement de substitution par agoniste opioïde n'ont pas été dépistées (OFSP, Infodrog, 2019). Chez les patients pour lesquels on dispose de données sur leur statut, seuls cinq précisent explicitement qu'ils n'ont pas encore effectué de dépistage. Pour 63,9 % des patients (contre 71,3 % en 2020 et 71,2 % en 2019), on sait au moins qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat est parfois inconnu. Parmi les patients dépistés, 29,8 % (contre 32,7 % en 2020 et 43,8 % en 2019) l'ont été au moment de leur admission, alors que 70,2 % (contre 60,7 % en 2020 et 53,7 % en 2019) avaient fait un test antérieurement (cf. illustration 11), le dépistage remontant à plus d'une année pour environ un tiers d'entre eux. Si l'on se rapporte aux patients ayant été dépistés, le résultat est négatif dans 59,2 % des cas (contre 57,0 % en 2020 et 52,2 % en 2019). Au moment du test, 19,8 % des patients (contre 26,0 % en 2020 et 26,3 % en 2019) étaient guéris et 14,2 % (contre 15,0 % en 2020 et 18,6 % en 2019) atteints d'une infection chronique.

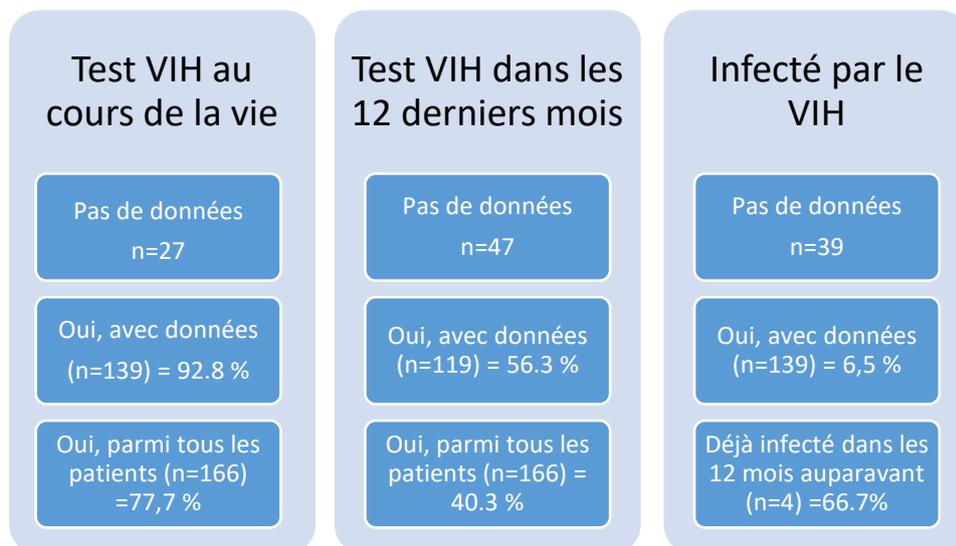
La proportion de patients HeGeBe atteints d'hépatite chronique est en recul depuis des années. Selon Hiltbrand et al. (2018), elle s'élevait à 72,7 % durant la période 2001-2004, reculant à 37,1 % en 2013-2016, pour atteindre 33,3 % en 2017. Pour 2019, la prévalence d'hépatites chroniques se situait à 19 %, alors qu'en 2020 elle est tombée à 15 %. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hiltbrand et al. (2018) ne se rapportaient qu'aux cas valables. Cela ne concernait, pour 2001-2004, que 6,1 % des premières admissions, pour 2013-2016, 51,4 %, pour 2017, 60,0 %, alors qu'en 2021, les cas valables représentent presque 63,9 % des premières admissions. Ce pourcentage atteignait cependant déjà les 70 % en 2020. Il se pourrait donc que durant les années précédentes, on n'effectuait des dépistages qu'en cas de sérieux soupçons d'infection, ce qui pourrait expliquer en partie le recul apparemment marqué des hépatites chroniques. Par ailleurs, cela montre non seulement que le dépistage est désormais plus fréquent, mais aussi que les mesures visant à augmenter le dépistage du VHC ont porté leurs fruits et qu'elles ont probablement eu un effet préventif. Il conviendra néanmoins de ne pas réduire la fréquence des dépistages.

L'essentiel en bref : La situation relative aux données disponibles sur l'hépatite C dans le programme HeGeBe s'est nettement améliorée ces dernières années. Il n'en reste pas moins que le statut immunitaire est inconnu pour près de 36,1 % des patients admis en 2021. Cette proportion est toutefois nettement plus faible que celle d'années antérieures, mais plus élevée qu'en 2020. La majorité des personnes pour lesquelles les résultats du dépistage sont connus ont un test négatif. Avec un pourcentage de moins de 15 %, la prévalence des hépatites C chroniques a considérablement diminué.

7.5 VIH

En 2021, 77,7 % des patients (n=129 sur 166) ont indiqué avoir déjà fait une fois un test VIH au cours de leur vie (contre 81,3 % en 2020 et 84,7 % en 2019). Seules neuf personnes ont déclaré ne pas s'être encore soumises à un dépistage et une personne n'a pas souhaité répondre. En d'autres termes, plus de 90 % des personnes (92,8 % contre 96,1 % en 2020 et 97,3 % en 2019) pour lesquelles on dispose de données ont déjà effectué un test VIH dans leur vie (cf. illustration 12).

Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2021



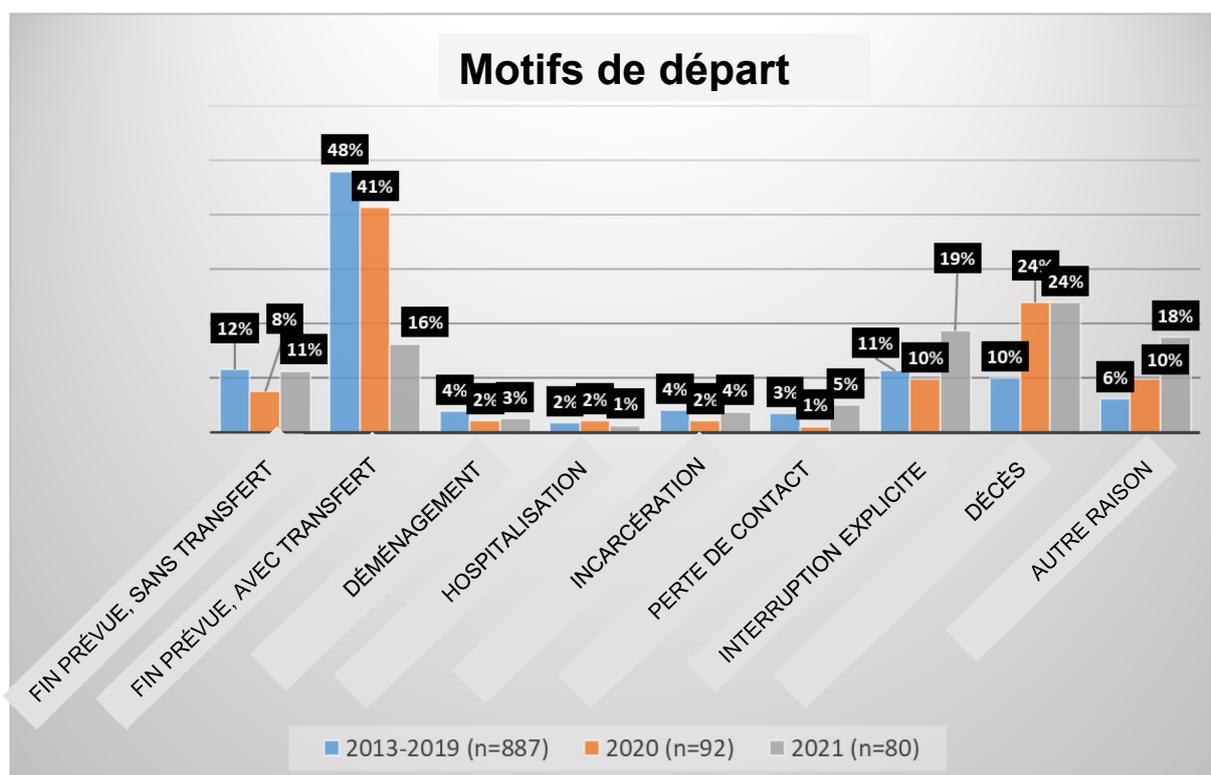
Force est de constater cependant que seuls 56,3 % des patients pour lesquels on dispose de données (contre 70,6 % en 2020 et 76,3 % en 2019) ont fait un test au cours des douze derniers mois. Si l'on rapporte ce chiffre à l'ensemble des patients admis, y compris ceux pour lesquels on ne dispose pas de données (inconnu ou valeurs manquantes), cela représente 40,3 % (contre 56,0 % en 2020 et 57,1 % en 2019) de l'ensemble des admissions. Parmi les six personnes séropositives, quatre indiquent avoir été infectées plus de douze mois auparavant. Contrairement aux années précédentes (cf. Hiltbrand et al., 2018, Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020, Gmel et al., 2021), de nouveaux cas ont été enregistrés en 2021.

L'essentiel en bref : Selon les indications des patients, seuls deux nouveaux cas de VIH ont été enregistrés en 2021. Il convient toutefois de souligner que moins de la moitié des patients a fait un test récemment (au cours des douze derniers mois). De manière générale, le nombre de dépistages semble avoir légèrement reculé.

8 Motifs de départ / arrêts du traitement

Depuis 2013, les raisons à l'origine de l'arrêt du traitement sont très similaires (cf. illustration 13). On observe une prédominance de transferts prévus vers d'autres institutions ou le passage à un autre traitement, qu'il s'agisse d'un programme avec prescription de méthadone, soit au sein de l'institution, soit vers les programmes correspondants d'autres institutions (y c. médecin traitant), ou du changement du médicament de substitution (par exemple un passage à Sevre-Long®). Une tendance à l'augmentation des décès semble se dessiner et peut être liée à l'âge croissant de la cohorte. En 2021, 19 décès ont été enregistrés (contre 22 en 2020), ce qui correspond proportionnellement à 24 % des patients, soit autant que l'année précédente et environ deux fois plus que les années antérieures.

Illustration 13 : Motifs de départ en 2021 et comparaison avec la période 2013-2019¹ et 2020².



Remarque : N=80, 4 valeurs manquantes ; ¹ cf. Hildebrand et al. (2018), Gmel et al. (2019), Gmel et al. (2020). ² cf. Gmel et al. (2021)

9 Troubles psychiques

Le présent chapitre porte sur les prévalences, lors des départs, des troubles diagnostiqués qui figurent au chapitre V de la classification CIM-10, intitulé « Troubles mentaux et du comportement ». Contrairement aux années précédentes, nous abordons également les troubles liés à l'usage de substances. Toutefois, les troubles provoqués par la consommation d'opioïdes (et d'opiacés) ne sont pas pris en considération, étant donné qu'ils devraient toujours être présents chez les patients HeGeBe. Afin de permettre des comparaisons avec les années précédentes, les résultats présentés ci-après indiquent également les prévalences hors troubles liés à l'usage de substances (cf. tableau 16).

En tenant compte des autres troubles liés à l'usage de substances autres que les opioïdes/opiacés (p. ex. alcool, cannabinoïdes, cocaïne, usage de substances multiples), on constate que seule une petite partie des patients (15,3 %) ne présente pas au moins un autre trouble psychiatrique ou de comportement diagnostiqué qui soit lié à l'usage de substances. 81,9 % des patients souffrent au moins d'un autre trouble lié à la consommation de substances, en général d'autres substances illégales et souvent de substances multiples (F19, n'apparaît pas sur le tableau). Cependant, on observe également d'autres troubles psychiques ou du comportement qui ne sont pas liés à la consommation de substances. Ainsi, 26,4 % des patients ne sont diagnostiqués qu'à cause de l'usage de substances (alcool ou autres drogues, hormis les opioïdes/opiacés), soit un peu plus que les années précédentes (p. ex. 23,4 % en 2020).

Tableau 15 : Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec l'année 2020 (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres drogues, hormis les opioïdes/opiacés)

Nombre de diagnostics (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, mais pas aux opioïdes)				
	2021		2020	
	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés aux opioïdes	11	15,3 %	11	13,4 %
Un diagnostic	30	41,7 %	20	24,4 %
Deux diagnostics	19	26,4 %	29	35,4 %
Trois diagnostics	10	13,9 %	15	18,3 %
Quatre diagnostics	2	2,8 %	4	4,9 %
Cinq diagnostics	0	0,0 %	3	3,7 %
Total	72	100,0 %	82	100,0 %

Remarque : 12 valeurs manquantes en 2021 sur toutes les questions relatives aux diagnostics

Tableau 16 : Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés qui figurent au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec les années 2018 - 2020, sans compter les troubles liés à l'usage de substances (les opioïdes/opiacés, l'alcool et les autres drogues sont exclus).

Nombre de diagnostics hors troubles liés à l'usage de substances								
	2021		2020 ¹		2019 ¹		2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés à l'usage de substances (y c. opioïdes)	47	65,3 %	30	36,6 %	49	41,2 %	50	45,9 %
Un diagnostic	19	26,4 %	31	37,8 %	50	42,0 %	46	42,2 %
Deux diagnostics	5	6,9 %	14	17,1 %	18	15,1 %	10	9,2 %
Trois diagnostics	1	1,4 %	5	6,1 %	2	1,7 %	2	1,8 %
Quatre diagnostics	0	0,0 %	2	2,4 %	0	0,0 %	1	0,9 %
Cinq diagnostics	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total	72	100,0 %	82	100,0 %	119	100,0 %	109	100,0 %

Remarque : 12 valeurs manquantes en 2021 sur toutes les questions relatives aux diagnostics ; ¹ cf. Gmel et al. (2019, 2020, 2021)

Une grande partie des patients HeGeBe souffre, parallèlement aux troubles liés à l'alcool (25,0 % contre 13,4 % en 2020 et 29,4 % en 2019), d'autres troubles mentaux et du comportement en raison de l'usage de substances (77,8 % contre 74,4 % en 2020 et 68,9 % en 2019, cf. tableau 17) : le diagnostic révèle généralement l'usage de substances multiples (CIM-10 : F19). Aucune donnée n'est disponible pour les années antérieures à 2018 (cf. Hiltbrand et al., 2018).

Les troubles non liés à des substances sont plus rarement diagnostiqués. Comme les années précédentes, les plus fréquents sont les troubles de la personnalité ou du comportement, que l'on diagnostique chez 16,7 % des patients (tableau 17). Ce type de diagnostic concernait toutefois environ un quart des patients sortants les années antérieures. Un trouble de la personnalité se caractérise par des traits de la personnalité durables, inflexibles et inadéquats quant à la perception, à la pensée, aux émotions et au comportement, qui divergent sensiblement des attentes socio-culturelles. Les personnes concernées ont des difficultés importantes à gérer le quotidien dans les contextes sociaux ou autres. Selon leur définition, les troubles de la personnalité commencent durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et persistent. Par ailleurs, on observe, chez 6,9 % des patients (contre 13,4 % en 2020 et 11,8 % en 2019), des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 : F90-F98). En outre, les troubles affectifs (6,9 % contre 29,3 % en 2020 et 17,6 % en 2019) et les troubles schizophréniques (8,3 % contre 8,5 % en 2020 et 13,4 % en 2019) sont fréquents.

Tableau 17 : Fréquence des groupes de diagnostic figurant au chapitre V de la CIM-10, « Troubles mentaux et du comportement », chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2021, et comparaison avec les années 2019 et 2020 (plusieurs réponses possibles)

Trouble	2021		2020		2019	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	1	1,4 %	4	4,9 %	5	4,2 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	18	25,0 %	11	13,4 %	35	29,4 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (hors opioïdes)	56	77,8 %	61	74,4 %	82	68,9 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	6	8,3 %	7	8,5 %	16	13,4 %
Troubles affectifs	5	6,9 %	24	29,3 %	21	17,6 %
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	3	4,2 %	11	13,4 %	5	4,2 %
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0	0,0 %	2	2,4 %	1	0,8 %
Troubles de la personnalité et du comportement	12	16,7 %	21	25,6 %	29	24,4 %
Retard mental	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Troubles du développement psychologique	0	0,0 %	1	1,2 %	0	0,0 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	5	6,9 %	11	13,4 %	14	11,8 %
Trouble mental, sans précision	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

L'essentiel en bref : Les patients HeGeBe ne présentent qu'exceptionnellement un trouble uniquement lié à l'usage d'opioïdes. En règle générale, s'y ajoutent des troubles liés à l'utilisation d'autres substances (p. ex., alcool, cannabinoïdes, cocaïne). Un trouble lié à l'usage de substances multiples est donc souvent diagnostiqué. En outre, on observe fréquemment des troubles de la personnalité et du comportement, apparus généralement durant l'enfance et l'adolescence, ainsi que des troubles affectifs et schizophréniques.

10 Remise de diacétylmorphine pendant l'épidémie de COVID-19

Le 25 septembre 2020, l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants a été modifiée (cf. art. 13, al. 3 à 6, OASup). Elle prévoyait que les patients considérés comme vulnérables en raison de l'épidémie de COVID-19 se voient remettre jusqu'à 4 doses quotidiennes de diacétylmorphine (à emporter), sous les conditions suivantes :

- Le patient a suivi un traitement avec prescription de diacétylmorphine pendant au moins six mois sans interruption
- Le patient présente un état sanitaire et social suffisamment stabilisé
- Les deux dernières analyses d'urine n'ont pas mis en évidence de stupéfiants hormis la diacétylmorphine
- On estime que le risque d'abus est très faible

Chez les patients présentant des facteurs de risque accrus comme des comorbidités, le médecin traitant peut augmenter à sept le nombre de doses quotidiennes remises.

La modification devait être en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 uniquement. Les centres étaient tenus d'informer l'OFSP chaque trimestre concernant la remise de diacétylmorphine. À cette fin, le Service de médecine des addictions du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a été chargé de réaliser une enquête trimestrielle auprès des centres. Des données sont donc disponibles pour chaque trimestre de l'année 2021. Ce chapitre présente une analyse des quatre enquêtes trimestrielles réalisées en 2021.

10.1 Combien de centres HeGeBe ont eu recours à cette option ?

Tous les centres ont fourni des données au cours de l'année 2021³.

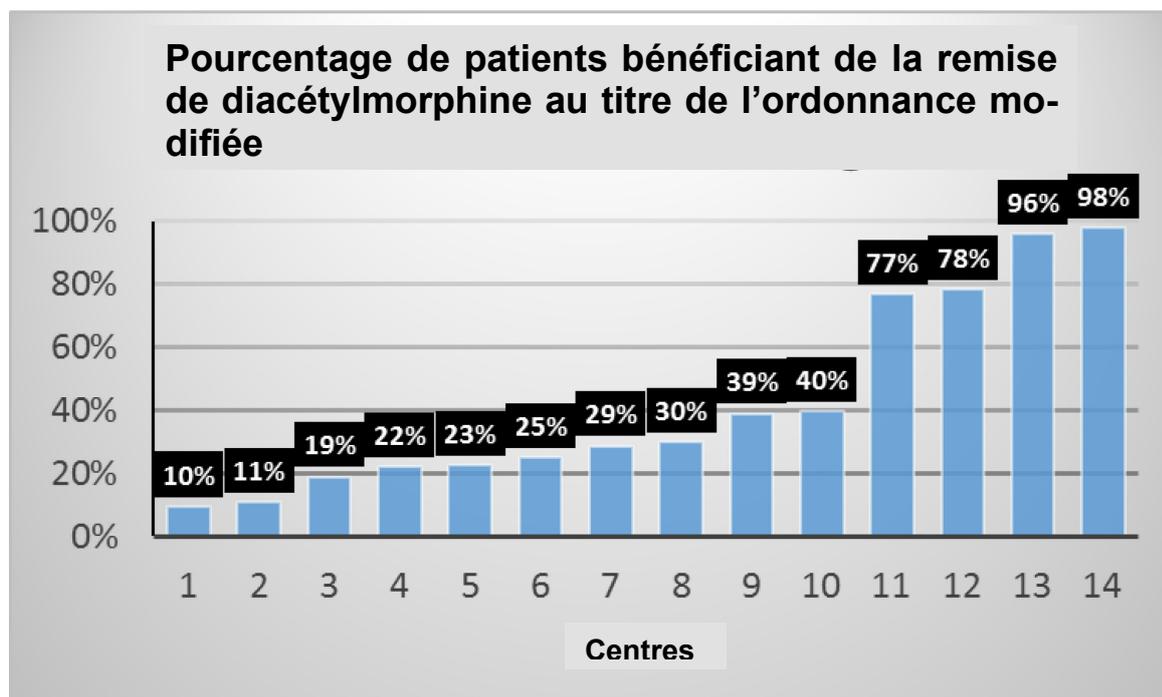
Il leur a été demandé à combien de patients la diacétylmorphine a été administrée, et à combien elle avait été remise. Seul un centre n'a pas eu recours à la remise du médicament en 2021. Dans six autres centres, la pratique en la matière a été modifiée au cours de l'année.

Deux centres ont dans un premier temps remis de la diacétylmorphine, puis ont abandonné la pratique au cours de l'année. Dans les deux cas, la remise du médicament était initialement limitée à des cas isolés. L'un des centres a indiqué, à titre d'exemple, qu'elle concernait des patients ayant par la suite été traités au Sevre-Long® et qui ont ainsi été pris en charge sur place par le personnel de la clinique.

Quatre centres ne remettaient initialement pas le médicament, mais ont ensuite adopté cette pratique. Trois d'entre eux l'ont fait uniquement dans certains cas isolés. En fin d'année, un seul centre avait considérablement modifié sa pratique initiale. Dans ce centre, la diacétylmorphine a alors été remise à moins d'un tiers des patients.

³ Les données de deux centres ont été regroupées, car ceux-ci disposent d'une même structure de direction et d'administration, et n'ont fourni des données séparées qu'à partir du deuxième trimestre. C'est la raison pour laquelle le rapport ne comprend que 21 centres.

Illustration 14 : Pourcentage de patients auxquels la diacétylmorphine a été remise (uniquement les 14 centres ayant régulièrement remis le médicament au cours de l'année 2021)



Comme le montre l'illustration 14, le pourcentage de patients ayant reçu de la diacétylmorphine à l'emporter varie fortement. Cinq centres ont indiqué avoir remis de la diacétylmorphine à moins d'un quart de leurs patients en moyenne au cours de l'année, cinq centres ont remis le médicament à entre un quart et un peu plus d'un tiers de leurs patients, tandis que dans quatre centres, la remise du médicament concernait en règle générale plus de trois quarts des patients.

Peu d'éléments laissent penser que ces 14 centres ont modifié leurs pratiques en matière de remise au cours de l'année. De la même manière, peu d'éléments indiquent que la pratique diffère entre les femmes et les hommes.

L'essentiel en bref : Dans l'ensemble, les centres savent très tôt s'ils remettront ou non de la diacétylmorphine à leurs patients et maintiennent leurs pratiques en la matière, dans la mesure où les patients remplissent les critères requis (cf. art. 13 OASTup). Dans les centres étant passés d'une absence de remise du médicament à une remise de celui-ci (ou inversement) au cours de l'année, le changement ne concernait que quelques patients isolés. Dans ceux ayant constamment pratiqué la remise, le pourcentage de patients en ayant bénéficié n'a quasiment pas changé au fil de l'année, ce qui témoigne là encore de la stabilité des pratiques.

10.2 Pour quelle durée le médicament est-il remis ?

Chaque trimestre, trois questions ont été posées aux centres concernant la durée pour laquelle le médicament était remis. Il s'agissait, en substance, de classer les durées suivantes par ordre de fréquence : 1 à 2 jours, 3 à 4 jours et 5 à 7 jours.

Trois modèles se dessinent à cet égard. Ils sont restés stables à quelques exceptions près. La présente section décrit des estimations en moyenne. Dans les centres n'ayant pas remis de diacétylmorphine au cours de chaque trimestre, seuls les trimestres concernés ont été inclus.

Modèle A (huit centres) :

Le schéma le plus fréquent dans ces centres était une remise du médicament pour une durée de 1 à 2 jours, suivie, en fréquence, d'une durée de 3 à 4 jours. L'option 5 à 7 jours était au mieux la troisième option la plus fréquente, mais celle-ci n'a parfois pas du tout été sélectionnée au cours d'un des trimestres.

Modèle B (quatre centres (+ un autre centre)) :

La durée la plus fréquente était 1 à 2 jours, plus rarement 3 à 4 jours. L'option 5 à 7 jours n'a été sélectionnée pendant aucun des trimestres, ce qui différencie le modèle B du modèle A. Un cinquième centre,

se rapprochant de ce modèle, a sélectionné 3 à 4 jours comme durée la plus courante, suivie de 1 à 2 jours. L'option 5 à 7 jours n'a été citée par ce centre que pour l'un des quatre trimestres, en tant que troisième durée la plus fréquente.

Modèle C (cinq centres (+ deux autres centres)) :

Ces centres ont sélectionné 5 à 7 jours comme principale option. La deuxième option était non pas 3 à 4 jours, mais 1 à 2 jours. Ces centres ont donc opté, s'ils faisaient confiance aux patients, pour une durée de 5 à 7 jours. Dans le cas contraire, ils optaient pour une remise du médicament pour une durée inférieure. Un sixième centre a adopté un modèle qui s'apparentait le plus à celui-ci. L'option la plus fréquemment choisie était dans ce cas 5 à 7 jours, suivie toutefois de 3 à 4 jours, puis 1 à 2 jours. Un septième centre optait également le plus souvent pour 5 à 7 jours ou 1 à 2 jours (3 à 4 jours étant l'option la plus rarement choisie). 1 à 2 jours était toutefois l'option la plus fréquente, suivie de 5 à 7 jours.

L'essentiel en bref : la plupart des centres ont le plus fréquemment opté pour une remise du médicament pour 1 à 2 jours, et plusieurs d'entre eux n'ont pratiquement pas opté pour une durée de 5 à 7 jours. Environ un tiers des centres optait le plus souvent pour une durée de 5 à 7 jours.

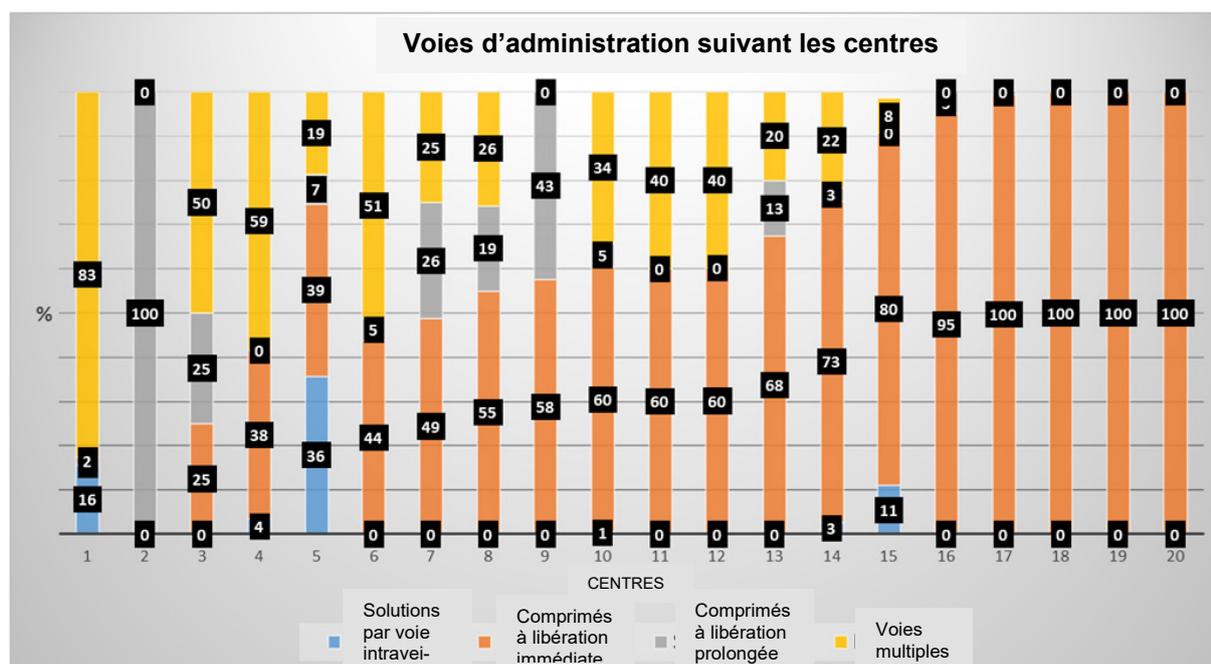
10.3 Qu'est-ce qui a été remis aux patients ?

Les centres devaient estimer le pourcentage d'utilisation de cinq voies d'administration. Il était possible de donner plusieurs réponses, toutefois la somme des différents pourcentages ne devait pas dépasser les 100 %. Un compteur affichait le total des valeurs saisies, afin qu'il ne puisse pas franchir cette limite. Les voies d'administration étaient les suivantes : a) solution administrée par voie intraveineuse, b) comprimés à libération immédiate, c) comprimés à libération prolongée, d) solution pour pulvérisation nasale et e) administration par voies multiples.

Tous centres confondus, les comprimés à libération immédiate constituent le type d'administration le plus fréquent (environ deux tiers des cas). Les solutions nasales n'ont pratiquement pas été utilisées et ne sont donc pas prises en compte sur l'illustration 15. Dans certains centres, des solutions pour administration intraveineuse ont été remises dans quelques rares cas. On ignore malheureusement en quoi consistaient précisément les administrations par voies multiples. Toutefois, il devrait s'agir en règle générale de combinaisons de comprimés à libération immédiate et à libération prolongée ou – rarement – de combinaisons comprenant des solutions administrées par voie intraveineuse.

L'essentiel en bref : la diacétylmorphine est en grande majorité remise aux patients sous forme de comprimés à libération immédiate et à libération prolongée.

Illustration 15 : Voies d'administration prévues pour la remise de diacétylmorphine



10.4 Pour quelles raisons le médicament est-il remis ?

Comme pour la durée d'utilisation, les centres pouvaient indiquer la première, deuxième et troisième raison principale de la remise de diacétylmorphine. Les sept réponses suivantes étaient possibles :

- Le patient était exposé à un risque accru de contamination en raison de sa situation sociale (p. ex. son lieu de vie)
- En cas de contamination, le patient est particulièrement vulnérable en raison de comorbidités
- Le patient présente un état stable sur le plan sanitaire, thérapeutique et social
- Réduction du risque de contamination pour les autres patients, le personnel soignant et les personnes habitant avec le patient
- Le nombre de patients à prendre en charge est trop élevé en raison d'un manque de personnel
- Réduction des coûts et de la charge du personnel
- Autre, merci de préciser _____

Quatre raisons principales de la remise de diacétylmorphine sont ressorties de l'enquête.

Tableau 18 : Nombre de mentions des quatre principales raisons justifiant la remise de diacétylmorphine pour l'ensemble des centres et des trimestres (seules sont prises en compte les réponses relatives aux trimestres où la remise a été pratiquée)

Importance	Risque de contamination du patient en raison de sa situation sociale	Comorbidités du patient	Situation stable du patient	Réduction du risque de contamination pour les autres
Raison la plus importante	0	17	36	7
Deuxième raison la plus importante	2	22	12	19
Troisième raison la plus importante	10	6	13	20
Somme	12	45	61	46

Remarque : Les autres raisons ont toutes été mentionnées plus rarement.

L'essentiel en bref : la situation stable du patient constitue la raison principale de la remise de diacétylmorphine. Les motifs tels que le risque accru de contamination pour le patient et pour les autres ne viennent qu'ensuite.

10.5 Pour quelles raisons le médicament n'est-il pas remis ?

La question n'est posée que si la diacétylmorphine n'a été remise à aucun patient au cours d'un trimestre. Les réponses suivantes étaient possibles :

- Aucun patient ne le souhaitait
- Il existait une contre-indication pour tous les patients en raison de leur état physique ou psychique
- Aucun des patients ne remplissait tous les critères (traitement pendant six mois sans interruption, stabilité suffisante, deux analyses d'urine propre, faible risque d'abus)
- Refus général de la remise par le personnel de traitement/de l'institution
- Coûts supplémentaires trop élevés et pris en charge seulement partielle
- Requier une charge trop importante en termes d'organisation.

L'absence de remise de diacétylmorphine est généralement fondée sur une combinaison de trois facteurs, à savoir le refus des patients, une contre-indication ou la non-conformité aux critères correspondants. Dans deux centres, il a également été souligné qu'il n'existait aucun besoin sur le plan opérationnel car la pratique jusqu'alors dominante avait fait ses preuves, ou parce que la remise engendrerait une charge de travail trop importante. En revanche, les potentiels coûts supplémentaires de cette mesure n'ont jamais été mentionnés.

10.6 Satisfaction vis-à-vis des mesures et perspectives

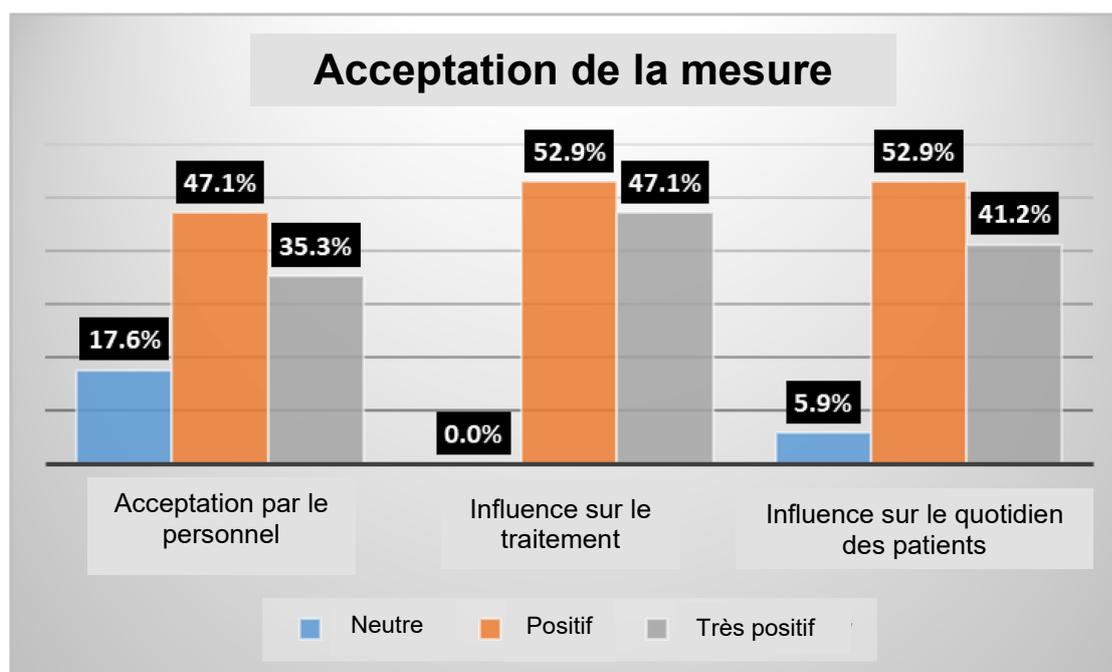
L'enquête du quatrième trimestre comprenait des questions complémentaires au sujet de la modification des pratiques de prescription et la satisfaction des acteurs vis-à-vis de la possibilité d'une remise. 19 centres ont répondu. Deux centres n'ont pas reçu de questions complémentaires car ils n'avaient pas eu recours à la remise du médicament (à l'exception d'un seul patient dans l'un de ces centres pendant le premier trimestre, mais aucune remise du médicament n'a été effectuée lors des trois trimestres suivants).

Sur les 17 centres pour lesquelles des données étaient disponibles au quatrième trimestre, 14 ont indiqué que la voie d'administration n'avait pas changé et trois ont déclaré qu'ils étaient passés à un recours plus fréquent à la voie orale, sans pour autant modifier les doses.

Il a été demandé aux 17 centres si le fait de faciliter la remise du médicament les incitait à admettre de nouveaux patients. Neuf centres ont répondu oui, six centres ont répondu non et deux centres n'ont pas pu se prononcer (réponse : « je ne sais pas »).

Il a également été demandé aux centres d'évaluer le degré d'acceptation par le personnel de la remise facilitée de diacétylmorphine, son influence sur le traitement et sur le quotidien des patients, et ce, sur une échelle à cinq niveaux allant de « très négatif » à « très positif ».

Illustration 16 : Estimation du degré d'acceptation de la part du personnel, ainsi que de l'influence sur le traitement et sur le quotidien des patients.



Remarque : n=17 centres, échelle de réponses à 5 niveaux, de très négatif à très positif

Comme le montre l'illustration 16, aucun des centres procédant à la remise de diacétylmorphine conformément à la nouvelle réglementation n'émet d'appréciation négative, ne serait-ce que pour un seul des trois critères. Hormis trois exceptions concernant l'acceptation auprès du personnel et une exception concernant l'influence sur le quotidien des patients (appréciation neutre), les trois aspects sont perçus de manière positive.

L'essentiel en bref : les centres considèrent quasiment toujours la possibilité étendue de remettre la diacétylmorphine comme positive pour le traitement et le quotidien des patients. Le degré d'acceptation au sein du personnel des centres est élevé.

Une question ouverte a été posée concernant les difficultés potentielles qu'a engendrées l'élargissement des possibilités de remise du médicament. Trois des 17 centres n'ont pas répondu à la question, et trois autres ont explicitement indiqué que cette pratique n'avait posé aucune difficulté particulière.

Les onze autres réponses peuvent être résumées en trois grands points.

Charge administrative et logistique accrue (cinq mentions) : cela inclut des discussions plus nombreuses au sein de l'équipe et avec les patients, ainsi que davantage de planification de l'administration de médicaments (intervalles de temps et dosages individuels). En cas d'utilisation stricte, c'est-à-dire uniquement pour les patients en quarantaine ou en isolement, des ressources supplémentaires sont nécessaires pour livrer les médicaments au patient. En outre, la réduction de la fréquence des interactions nécessitait que le personnel se renseigne plus activement auprès des patients.

Sélection des patients et communication avec les autres patients ne bénéficiant pas d'une remise du médicament (trois mentions) : il était impératif de procéder à une évaluation très précise des risques, car tous les patients ne pouvaient pas se voir remettre de diacétylmorphine sur de longues périodes en raison de l'absence d'indication ou d'un risque d'abus trop élevé. Cette situation engendrait également des problèmes de communication, car il n'était pas possible de satisfaire les demandes ou souhaits de certains patients de se voir remettre des médicaments sur de plus longues périodes, ce qu'il fallait alors leur communiquer.

Problèmes concernant le dosage et l'administration (trois mentions) : le manque de structuration de la journée, la disparition des contacts sociaux (dans les centres) ainsi que la disponibilité de la substance en plus grande quantité ont engendré des problèmes pour certains patients. La répartition de la dose journalière a dans un premier temps posé des problèmes et donné lieu à une demande accrue de médicaments, avant que celle-ci ne se régularise au fil du temps. Dans un des centres, il n'était initialement prévu de ne remettre le médicament qu'en vue d'une administration par voie orale. Cette approche a dû être abandonnée car certains patients ont par la suite été à nouveau testés positifs à la cocaïne.

Une autre question ouverte permettait aux centres d'indiquer s'ils avaient observé des signes d'abus des médicaments remis. Deux des 17 centres n'ont pas répondu à cette question. Dix centres n'ont relevé aucune indication en ce sens, et deux autres centres ont en relevé peu, ou en tout cas pas plus qu'auparavant. Trois centres ont noté des éléments portant à croire que des comprimés s'étaient retrouvés sur le marché noir, que des comprimés prescrits pour une administration par voie orale avaient été prisés (sans pour autant s'être retrouvés sur le marché noir) et que des comprimés avaient été injectés, une situation à laquelle il a été possible de remédier par la remise de diacétylmorphine sous forme liquide.

Une dernière question ouverte donnait aux centres la possibilité de faire des remarques complémentaires concernant la modification du 25 septembre 2020 de l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants. Sur les 17 centres, huit n'ont fait aucune déclaration et trois ont explicitement indiqué qu'ils n'avaient pas de remarques complémentaires. Un centre a demandé s'il serait possible, la prochaine fois, de sauvegarder les questionnaires remplis en vue d'une utilisation en interne. Parmi les cinq autres remarques, trois étaient des remerciements concernant la simplification apportée par cette mesure pour les patients, et exprimaient le souhait que cette option soit maintenue. Les deux dernières réponses soulignaient que la fréquence de la remise de médicaments devait être une décision d'ordre médical et non juridique. Ces deux réponses affirmaient que, d'un point de vue médical, la réglementation stricte concernant la prescription de diacétylmorphine n'était pas compréhensible et que les quatre critères d'admissibilité pour la remise n'étaient pas justifiables, de même que les règles qui régissaient la remise du médicament avant la modification du 25 septembre 2020.

11 Références

Office fédéral de la santé publique, Infodrog. L'hépatite C chez les usagers de drogue : Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte Berne : Office fédéral de la santé publique, 2019

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2019) *Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse – Résultats de l'enquête 2018 (rapport de recherche n° 108)*, Lausanne, Addiction Suisse.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2020) *Traitement avec prescription d'héroïne/diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2019 (Rapport de recherche n° 118)*, Lausanne, Addiction Suisse.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2021) *Traitement avec prescription d'héroïne/diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2020 (Rapport de recherche n° 135)*, Lausanne, Addiction Suisse.

Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., Schaub, M. (2018). *Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse – Résultats de l'enquête 2017*. Zurich : Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (rapport ISGF n° 383).

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021). *Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

12 Annexe

Pour les différents scénarios de consommation au cours de la vie, veuillez vous référer au chapitre 6.

Illustration A1 Consommation au cours de la vie de diverses substances selon le scénario 1 (seules les réponses oui et non ont été évaluées), 2021.

