



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, septembre 2023
Rapport de recherche n° 157

Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats de l'enquête 2022

Gerhard Gmel
Florian Labhart

*Ce projet a été financé par l'Office fédéral de la santé publique
(contrat n° 142005213 / 321.4-7/9)*

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Impressum

Renseignements : Gerhard Gmel, tél. 021 321 29 59, courriel : ggmel@addictionsuisse.ch

Réalisation : Gerhard Gmel, Florian Labhart, Addiction Suisse, Lausanne

Distribution : Addiction Suisse, Recherche scientifique, av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, tél. +41 (0)21 321 29 80
rbischof@addictionsuisse.ch

Numéro de commande : Rapport de recherche n° 157

Graphisme / mise en page : Addiction Suisse

Copyright : © Addiction Suisse Lausanne 2023

ISBN : 978-2-88183-308-3

doi: <https://doi.org/10.58758/rech157>

Citation recommandée : Gmel, G., Labhart, F., (2023) Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse : résultats de l'enquête 2022 (rapport de recherche n° 157), Lausanne : Addiction Suisse.

Table des matières

Index des tableaux	4
Index des illustrations.....	6
Résumé	7
1 Introduction	8
2 Évolution du nombre de patients depuis le début des statistiques en 1994.....	10
3 Aperçu des admissions et des départs de patients en 2022.....	14
4 Antécédents médicaux des patients admis en 2022.....	16
5 Données sociodémographiques	19
6 Consommation de substances.....	25
7 Hépatites et VIH.....	30
7.1 Usage intraveineux	30
7.2 Hépatite A	31
7.3 Hépatite B	32
7.4 Hépatite C	34
7.5 VIH	36
8 Motifs de départ / arrêts du traitement	38
9 Troubles psychiques	39
Références.....	42
Annexe Remarques méthodologiques.....	43

Index des tableaux

Tableau 1a : Admissions en 2022	15
Tableau 1b : Départs en 2022	15
Tableau 2 : Forme de traitement prévue au début du traitement, 2022	17
Tableau 3 : Traitements suivis précédemment, par substance (plusieurs réponses possibles), 2022	17
Tableau 4 : Traitements avec prescription d'agonistes opioïdes déjà suivis par les patients HeGeBe admis (plusieurs réponses possibles), 2022	18
Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2022	18
Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? (2022)	21
Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? (2022)	22
Tableau 8 : Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? (2022)	23
Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2022	27
Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2022	28
Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 168 admissions (y c. réadmissions) en 2022. 32	
Tableau 12 : Interprétation des marqueurs de l'hépatite B.....	33
Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 168 patients admis en 2022 (y c. réadmissions)	33
Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 91 patients admis, 2022	34
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 2022, et comparaison avec les années 2021 et 2020 (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres drogues, hormis les troubles liés aux opioïdes/opiacés).....	40
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 2022, et comparaison avec les années 2010-2020, sans les troubles liés à l'utilisation de substances (opioïdes/opiacés, alcool et autres drogues sont exclus)	40
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 2022, et comparaison avec les années 2020
et 2021 (plusieurs réponses possibles) 41

Index des illustrations

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton en 2023.....	8
Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994.....	11
Illustration 3 : Durée de traitement des hommes et des femmes sortis du programme entre 2013 et 2022	12
Illustration 4 : Comparaison de la durée de traitement entre les années 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 et 2022	13
Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2022.....	20
Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2022.....	21
Illustration 7 : Niveau de formation le plus élevé, 2022.....	24
Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions), 2022.....	26
Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2022	29
Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2022	31
Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2022	35
Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2022.....	36
Illustration 13 : Motifs de départ en 2022 et comparaison avec les périodes 2013-2015 ¹ , 2016-2018 ^{1,2} et 2019-2021 ³	38

Résumé

Ce rapport présente les données concernant le traitement à base de diacétylmorphine (avec le médicament autorisé Diaphin®) en 2022 dans 23 institutions situées dans 14 cantons. Depuis ses débuts en Suisse, ce traitement y est nommé HeGeBe, un sigle allemand pour « *heroinestützte Behandlung* », soit « traitement avec prescription d'héroïne ». Toutes les institutions autorisées sont tenues de livrer des données sur les admissions et les départs de leurs patients.

Ces deux dernières années, le nombre de patients a augmenté et, d'après les données sur lesquelles ce rapport se fonde, s'élevait à 1801 personnes en 2022. En 2022, 168 personnes ont été admises, dont 123 pour la première fois, et 87 sont sorties. La durée d'un épisode de traitement s'élève en moyenne à 5,8 ans. La population traitée est de plus en plus âgée. Si, au début des statistiques en 1994, 78 % des personnes traitées avaient encore moins de 35 ans, cette part s'élevait à seulement 14,3 % en 2022. À l'inverse, en 1994, on ne dénombrait pratiquement aucun patient de plus de 55 ans, contre 20,9 % en 2022.

67,9 % de la population commence le traitement par la prise orale de diacétylmorphine. En cas de reprise des traitements après une interruption (réadmissions), on se tourne vers davantage de traitements intraveineux. Pour la première fois, des applications nasales étaient possibles, mais elles n'ont été utilisées qu'à titre exceptionnel. Comme prescrit en cas de traitement avec prescription de diacétylmorphine, les patients présentent des traitements antérieurs avec d'autres traitements par agonistes opioïdes. Un quart suivait des traitements supplémentaires en raison d'autres problèmes d'addiction ; les traitements en raison d'abus de tabac ou de médicaments ont augmenté en 2022.

La majorité des patients vivent d'une rente, de l'aide sociale et des allocations d'incapacité de travail. Près d'un quart exerce une activité lucrative, parfois non réglementée. Les premières admissions proviennent à 89,2 % de situations de logement stables ou d'établissements thérapeutiques. La part de personnes n'ayant suivi aucune formation scolaire ou seulement la scolarité obligatoire a légèrement augmenté pour atteindre 42,6 % en 2022.

Outre l'héroïne, les patients consomment souvent d'autres substances illégales (en particulier des benzodiazépines acquises illégalement) avant l'admission, mais aussi les substances légales que sont l'alcool et le tabac.

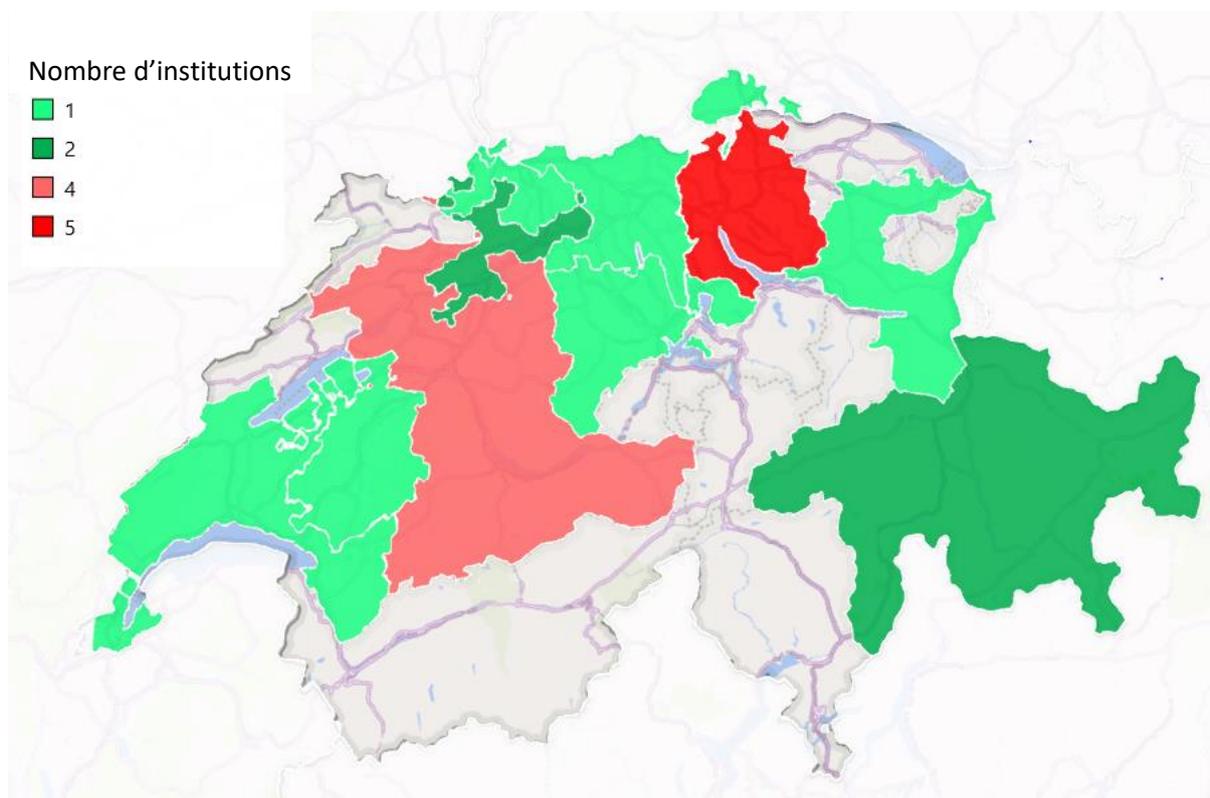
Près d'un quart de la population HeGeBe a utilisé des seringues potentiellement non stérilisées dans sa vie (9,6 % dans les douze mois précédant le traitement) et est ainsi particulièrement exposée aux hépatites et au VIH. Cependant, comme jusqu'ici, les données concernant ces infections sont de mauvaise qualité, en raison de l'absence de valeurs. Malgré tout, les résultats ne semblent comprendre pratiquement aucune personne avec une hépatite B aiguë ou chronique. La majorité des personnes qui se font tester – un geste malheureusement trop rare – sont négatives à l'hépatite C, et la prévalence de personnes atteintes d'une hépatite C chronique a diminué. En 2022, elle est inférieure à 10 %. Aucune nouvelle infection au VIH n'a été établie. Il faut toutefois souligner que, en règle générale, il n'existe aucun résultat de test pour les hépatites A, B et C et le VIH chez plus de 50 % de la population.

S'agissant des sorties, les transferts prévus vers d'autres institutions ou d'autres formes de traitement sont en net recul et représentaient 24 % des sorties en 2022. En revanche, les décès sont en hausse et s'élevaient à 34 % en 2022.

1 Introduction

En Suisse, le monitoring du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est assuré depuis 2001. Le présent rapport expose les résultats de l'enquête 2022. Le nom du traitement ayant un fondement historique, le présent rapport continue de l'utiliser, même s'il serait plus correct d'employer le terme de traitement avec prescription de diacétylmorphine. Forme pharmaceutique de l'héroïne, la diacétylmorphine est administrée comme médicament sous le nom de Diaphin®. En 2022, 23 institutions réparties dans 14 cantons disposaient d'une autorisation pour la prescrire (illustration 1). Dans le sillage de la pandémie de COVID-19, l'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 pratique ayant fait ses preuves, le Conseil fédéral a décidé, le 3 mars 2023, de la pérenniser. Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2023, la modification correspondante de l'ordonnance a également introduit la possibilité pour les centres HeGeBe de déléguer l'administration de diacétylmorphine à des institutions externes appropriées. L'objectif est de permettre un accès à la diacétylmorphine aux patients qui, en raison de leur âge, de l'éloignement géographique ou de peines privatives de liberté, ne peuvent pas se rendre plusieurs fois par jour dans un tel centre. Bien que cette réglementation ne soit entrée en vigueur qu'en 2023, elle correspondait déjà à une pratique courante pendant et après la pandémie de COVID-19 et s'applique donc aux résultats présentés dans ce rapport.

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton en 2023



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 OASup, l'OFSP publiait jusqu'à présent un rapport chaque année sur la mise en œuvre, le déroulement et l'évolution du traitement avec prescription de diacétylmorphine. Ce document sera désormais publié tous les deux ans. Le prochain paraîtra donc en 2025. Des questions sont posées à chaque patient lors de son admission (ou de sa réadmission après

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 compris 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 et les critères d'admission du traitement avec prescription de diacétylmorphine sont décrits sur le site web de l'OFSP¹.

La collecte de données sur le 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 des statistiques sur 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 à l'aide d'un outil en ligne dans le navigateur web. Des remarques méthodologiques figurant en annexe décrivent les problèmes liés à la collecte des données pour la période antérieure à 2013 (voir l'annexe A1 « Code personnel »). Le présent rapport expose les résultats concernant les admissions et les départs enregistrés en 2022 dans la banque de données *act-info*.

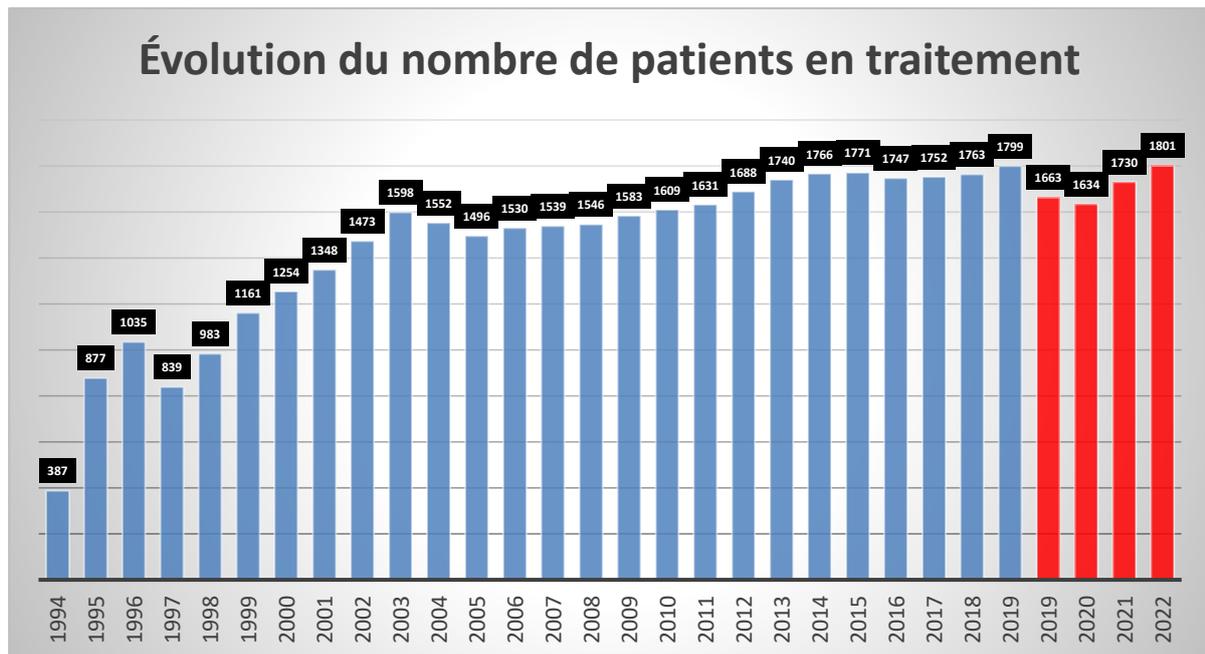
¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

2 Évolution du nombre de patients depuis le début des statistiques en 1994

Le nombre de patients en traitement a de nouveau augmenté ces deux dernières années. Cela pourrait être dû à la pandémie de COVID-19, mais aussi à l'assouplissement des conditions pour la remise de plusieurs doses quotidiennes de diacétylmorphine. La possibilité de saisir les données en ligne sur act-info améliore également la collecte des statistiques. Les résultats indiquent que les hommes sont plus susceptibles d'interrompre ou d'abandonner un traitement que les femmes. Ces dernières restent un peu plus souvent sous traitement, risquent moins d'abandonner le traitement au cours de la première année et sont un peu plus nombreuses à présenter une durée de traitement relativement longue, c'est-à-dire de cinq ans ou plus. On observe donc une adhésion thérapeutique légèrement supérieure chez les femmes. Il apparaît clairement que les patients en traitement deviennent, en moyenne, de plus en plus vieux. La proportion de patients de plus de 55 ans est toujours plus importante, tandis que celle de patients de moins de 35 ans est désormais inférieure à 15 %. La durée du traitement a probablement été sous-estimée dans les rapports précédents et se chiffre plutôt à cinq à six ans en moyenne (5,8 ans en 2022). La durée totale du traitement est sans doute plus élevée, car de nombreux patients reprennent leur traitement après une interruption.

Pour l'année 2022, nous estimons que 1801 patients sont encore en traitement (voir illustration 2). En raison des problèmes méthodologiques rencontrés au cours des premières années de la statistique (voir les remarques méthodologiques de l'annexe A2 « Données manquantes et doublons »), il faudrait probablement déduire de ce nombre environ 150 à 200 personnes, qui ont sans doute abandonné le traitement, mais dont le départ n'a pas pu être comptabilisé en tant que tel. D'après les données de l'OFSP, 1605 autorisations étaient valides en 2022, contre 1526 en 2021. L'amélioration de la collecte de données via act-info online permet désormais d'observer de manière beaucoup plus fidèle les variations de l'effectif. Il apparaît clairement que le nombre de patients HeGeBe a augmenté ces dernières années, ce que confirment les statistiques sur les admissions et les départs (voir chap. 3).

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994

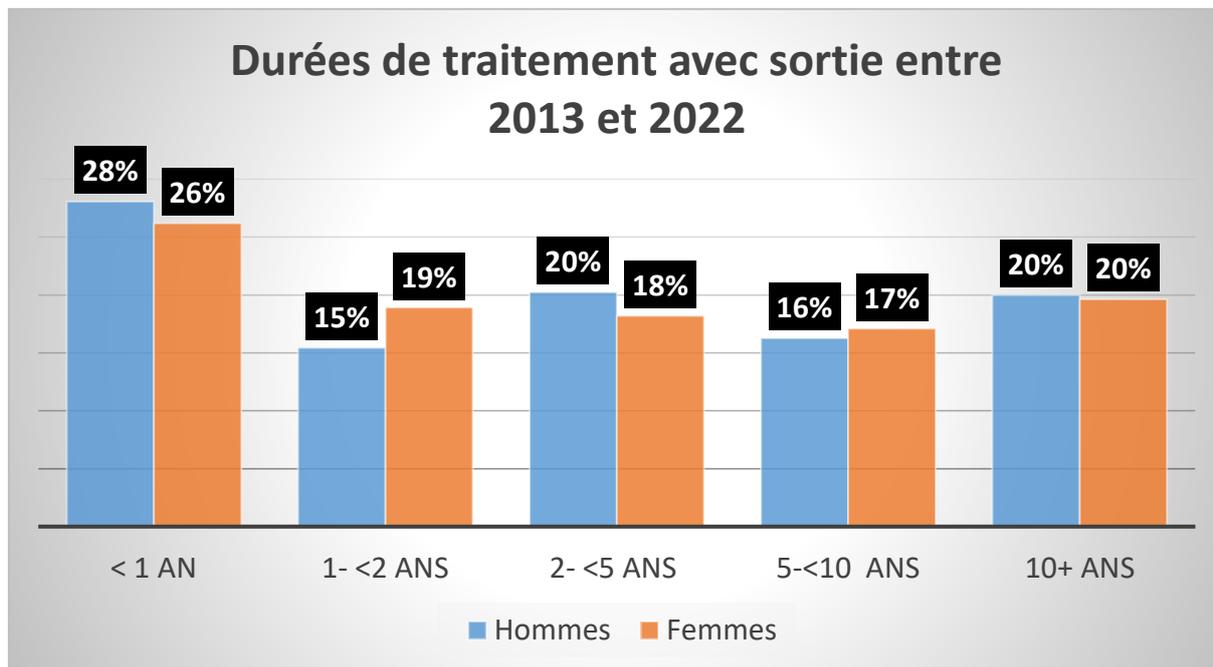


Remarque : en rouge, les nouveaux calculs pour les années 2019 à 2022 ; en bleu, la poursuite des calculs initiaux jusqu'en 2019 ; les données en bleu pour l'année 2019 correspondent à la somme des données pour 2018 et de la différence entre les admissions et les départs en 2019.

Pour en savoir plus sur la répartition des patients par tranche d'âge jusqu'en 2017, il convient de se référer au rapport d'Hiltebrand et al. (2018). On observe clairement un vieillissement de l'effectif. En 1994, 78,0 % des patients HeGeBe avaient moins de 35 ans, contre moins de 15 % en 2017. Alors qu'en 1994, presque aucun patient n'avait plus de 55 ans, on en recensait environ 15 % en 2017, 16,4 % en 2021 et 20,9 % en 2022. Pour autant que la date de naissance soit disponible (406 valeurs manquantes ; 22,5 %), seuls 12,4 % des patients en traitement avaient moins de 35 ans en 2021 et 14,3 % en 2022.

L'illustration 3 montre la durée de traitement des hommes et des femmes sortis du programme HeGeBe entre 2013 et 2022.

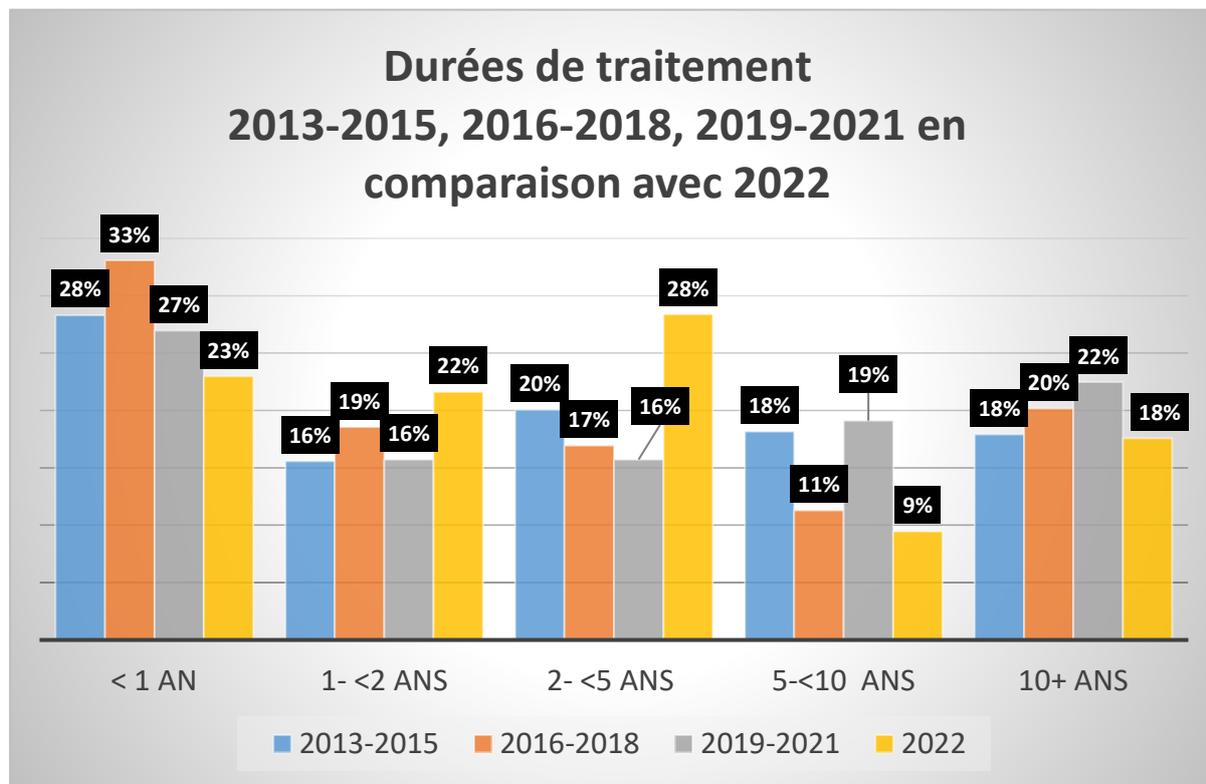
Illustration 3 : Durée de traitement des hommes et des femmes sortis du programme entre 2013 et 2022



La durée de traitement ne diffère guère entre les femmes et les hommes. Les femmes sont un peu moins nombreuses à quitter le traitement dès la première année et sont un peu plus nombreuses à présenter une durée de traitement de cinq ans ou plus.

L'illustration 4 compare la durée de traitement par périodes de trois ans depuis 2013 (début de l'enquête sur la plateforme *act-info* online) avec l'année 2022. On constate que cette durée peut varier, notamment en raison du faible nombre des départs. En particulier, les traitements courts de moins d'un an étaient moins fréquents en 2022 et plus fréquents en 2016-2018 qu'ils ne l'étaient en moyenne entre 2013 et 2022. Ce rapport tient compte des traitements et non des épisodes. Un traitement correspond soit à une prise en charge sans interruption, soit à une réadmission après une interruption d'au moins un mois (30 jours) (voir les remarques méthodologiques de l'annexe A3 « Épisodes de traitement, transfert entre institutions et réadmissions »). Il n'est pas rare que des patients reprennent leur traitement plus de cinq à six ans après son interruption. La durée d'un traitement, pour autant que celle-ci soit connue, était de 5,8 ans en moyenne en 2022. La durée moyenne de traitement était donc légèrement plus courte que les années précédentes (6,5 ans). À quelques exceptions près, elle est toutefois très stable au fil des ans et se situe entre cinq et six ans. Cependant, on observe une réduction sensible du nombre de personnes qui ont été sous traitement sans interruption (cinq ans ou plus) parmi les départs. Cela pourrait signifier que, grâce à la modification de la pratique de remise, les personnes dont la situation thérapeutique est stable restent plus longtemps en traitement. Il peut toutefois aussi s'agir d'une fluctuation aléatoire, le nombre de départs après un traitement de longue durée ayant augmenté l'année précédente.

Illustration 4 : Comparaison de la durée de traitement entre les années 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 et 2022



3 Aperçu des admissions et des départs de patients en 2022

Au cours des deux dernières années, il y a eu plus d'admissions et moins de départs qu'en 2020. Les femmes représentent environ un quart des personnes traitées. La proportion de femmes n'ayant suivi qu'un seul traitement est légèrement plus élevée, avec environ un tiers de femmes, indiquant leur plus forte adhésion au traitement. Comme en 2021, les premières admissions correspondent à la population la plus jeune, avec une moyenne d'âge d'environ 40 ans (fourchette de 19 à 66 ans). Les patients en réadmission et en départ sont en moyenne plus âgés de trois à cinq ans et ceux en transfert vers d'autres institutions sans interruption de traitement plus âgés d'environ dix ans. L'âge plus élevé des personnes en départ comparés à celles en première admission découle de la durée de traitement ajoutée. De même, les personnes qui sont réadmisées après une rechute temporaire sont plus âgées que celles qui entrent en première admission. Pour les transferts, cela est lié au maintien des traitements de longue durée, même avec de nouvelles circonstances personnelles comme un changement de domicile.

Au moment de la rédaction du présent rapport (août 2023), la base de données du monitoring contenait les admissions et les départs pour 2022 de 22 des 23 institutions, une institution ayant déclaré n'avoir enregistré aucune admission et aucun départ. Pour l'année 2022, ces institutions ont enregistré un total de 176 admissions (2021 : 177 ; 2020 : 150 ; 2019 : 173 ; 2018 : 163) (tableaux 1a et 1b). Sont considérés comme des réadmissions les traitements repris après une interruption d'au moins 30 jours. Dans le cas des transferts, le traitement se poursuit sans interruption, mais dans une autre institution (voir aussi l'encadré 2 dans l'annexe A3 « Épisodes de traitement, transfert entre institutions et réadmissions »). Les analyses qui suivent concernant les admissions en 2022 ne tiennent pas compte des huit transferts depuis une autre institution HeGeBe.

En 2022, 87 départs ont été enregistrés (2021 : 84 ; 2020 : 99 ; 2019 : 137 ; 2018 : 135). Les huit transferts vers une autre institution HeGeBe ne sont pas non plus pris en compte dans les analyses concernant les départs, car ces patients sont encore en traitement.

De manière générale, comme en 2021, il y a eu plus d'admissions et moins de départs en 2022 qu'en 2020.

La plus grande partie des admissions (voir tableau 1a) concerne des patients admis pour la première fois (n=123 ; 114 plus neuf personnes qui ont déjà abandonné le traitement). Presque toutes les admissions en 2022 sont encore en traitement, à l'exception de neuf patients qui ont commencé pour la première fois un traitement en 2022 et l'ont abandonné la même année et de dix personnes qui avaient repris un traitement après l'avoir interrompu et l'ont de nouveau abandonné. Les personnes encore en traitement qui viennent d'une autre institution HeGeBe représentent le groupe le plus âgé, avec environ 52 ans. L'âge moyen des patients transférés vers une autre institution est similaire (49,8 ans). Parmi les patients admis pour la première fois, le plus jeune a tout juste 19 ans, mais on trouve également une personne admise pour la première fois à l'âge de 66 ans. Parmi les patients admis pour la première fois et qui sont encore en traitement, la proportion d'hommes est proche de celle des années précédentes (Hiltebrand et al., 2018 ; Gmel et al., 2019 ; Gmel et al., 2020 ; Gmel et al., 2021), soit autour des trois quarts. On constate que les personnes qui ont commencé pour la première fois un

traitement sont certes logiquement plus jeunes que celles qui en ont suivi plusieurs, mais aussi que des personnes plus âgées sans traitement préalable avec prescription d'héroïne sont encore prêtes à en bénéficier. Cela montre également que certaines personnes, par exemple en cas de changement de domicile, sont prêtes à continuer un traitement de longue durée en changeant d'institution.

Tableau 1a : Admissions en 2022

Traitement	Épisode de traitement	n	Âge moyen	% masculin
Encore en traitement	Première admission	114	39,5	76 %
Encore en traitement	Réadmission	35	45,4	69 %
Encore en traitement	Transfert depuis une autre institution	8	52,0	75 %

Tableau 1b : Départs en 2022

Traitement	Épisode de traitement	Admission en 2022	Admission antérieure	Âge moyen	% masculin
Traitement terminé	Un traitement	9	43	44,3	67 %
Traitement terminé	Traitement multiple	10	25	42,3	74 %
Encore en traitement	Traitement multiple Transfert vers une autre institution	0	8	49,8	75 %

Les patients qui sortent du programme présentent naturellement un âge moyen plus élevé que celui des patients admis pour la première fois ; cet âge moyen est de 42 ans pour les patients n'ayant suivi qu'un seul traitement (n=52) et de 44 ans pour ceux en ayant suivi plusieurs.

4 Antécédents médicaux des patients admis en 2022

Le mode d'administration de la diacétylmorphine (voie orale, intraveineuse, intramusculaire) est défini au début du traitement en accord avec le patient ; des applications mixtes sont également possibles. Des administrations par voie nasale ont été autorisées pour la première fois en 2022. La tendance à l'augmentation des administrations mixtes (généralement par voie orale et intraveineuse) s'est poursuivie en 2022 et est probablement liée à la remise de plusieurs doses quotidiennes. Comme les années précédentes, la majorité des patients étaient déjà traités pour un problème lié à une consommation de substance illicite. Ce résultat était attendu, car l'existence de traitements préalables est une condition d'admission au programme de traitement avec prescription de diacétylmorphine. Cependant, plus d'un quart des patients avaient déjà suivi un traitement pour d'autres types de dépendance. Les traitements pour la consommation de tabac et de médicaments ont notamment augmenté. Les traitements antérieurs consistaient essentiellement en traitements par agonistes opioïdes. Plus de deux tiers des patients avaient toutefois déjà suivi plusieurs formes de thérapies, comme des traitements en milieu résidentiel ou des sevrages. Ces derniers ont augmenté ces dernières années. Comme les années précédentes, les patients se rendent souvent dans un centre HeGeBe de leur propre initiative ou sur les conseils de membres de la famille, d'amis ou de connaissances. Les origines du placement sont stables ces dernières années.

S'agissant des admissions, seuls les nouveaux admis et les patients réadmis sont recensés. Les transferts ne sont donc pas pris en considération en raison d'un déficit d'informations. On dénombre 168 patients admis (voir tableau 1), dont 123 le sont pour la première fois et 45 sont des patients réadmis.

Au moment de leur admission, surtout lorsqu'il s'agit de la première fois (67,9 %), la plupart des patients se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (tableau 2). L'administration uniquement par voie orale a légèrement diminué par rapport à 2021 (72,0 %). À l'inverse, les administrations par voies multiples ont augmenté et atteignent désormais une proportion d'environ 13 % (premières admissions : 13,4 % ; réadmissions : 12,5 %) contre environ 4 % en 2021. Il s'agit en général d'administrations combinées par voie orale et voie intraveineuse. Cette évolution est probablement liée à l'assouplissement des conditions de remise de plusieurs doses quotidiennes, où les administrations par voie intraveineuse sur place sont combinées avec la remise d'administrations par voie orale. La part plus faible des administrations par voie orale et la part plus élevée des administrations par voie intraveineuse dans le cas des réadmissions indiquent que les administrations uniquement par voie orale n'ont pas toujours fait leurs preuves sur la durée et pourraient jouer un rôle dans les interruptions de traitement. L'administration purement orale est alors plus souvent modifiée en faveur d'une administration par voie intraveineuse et par voies multiples lors de la reprise du traitement. Le constat d'un recours accru aux traitements intraveineux et d'un recul des traitements uniquement par voie orale lors des réadmissions avait déjà été établi les années précédentes. Des administrations par voie nasale ont été proposées pour la première fois en 2022. Elles restent toutefois relativement rares.

Tableau 2 : Forme de traitement prévue au début du traitement, 2022

Forme de traitement prévue	Réadmissions 2022		Premières admissions 2022		Premières admissions 2021	
	n	%	n	%	n	%
Voie intraveineuse	14	35,0 %	19	17,0 %	26	20,8 %
Voie orale	18	45,0 %	76	67,9 %	90	72,0 %
Voie intramusculaire	2	5,0 %	1	0,9 %	3	2,4 %
Voie nasale	1	2,5 %	1	0,9 %	-	-
Voies multiples	5	12,5 %	15	13,4 %	6	4,8 %
Total	40	100,0 %	112	100,0 %	125	100,0 %

Remarque : 2022 : 16 valeurs manquantes, dont 11 parmi les premières admissions ; 2021 : 7 valeurs manquantes parmi les premières admissions

Sans surprise (étant donné les critères d'admission fixés à l'art. 10 OASup pour le traitement avec prescription de diacétylmorphine), presque tous les patients admis pour la première fois avaient déjà été traités pour des problèmes de dépendance avant de suivre le traitement actuel avec prescription de diacétylmorphine (tableau 3). 98,3 % avaient déjà consommé des substances illégales. Pour 69,5 % d'entre eux (n'apparaît pas dans le tableau), ces substances (généralement l'héroïne) étaient les seules pour lesquelles ils avaient déjà été traités antérieurement. Le corollaire est que plus d'un quart (30,5 %) avaient déjà été traités pour des problèmes liés à plusieurs substances. Ces chiffres n'ont, dans l'ensemble, guère changé par rapport à l'année précédente. Les traitements préalables pour consommation de tabac ou de médicaments ont, quant à eux, augmenté.

Tableau 3 : Traitements suivis précédemment, par substance (plusieurs réponses possibles), 2022

Cause du traitement	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021 ¹		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	21	17,9 %	15	12,1 %	24	22,2 %
Substances illégales	115	98,3 %	117	94,4 %	104	96,3 %
Médicaments	29	24,8 %	17	13,7 %	15	13,9 %
Tabac	8	6,8 %	4	3,2 %	1	0,9 %
Addictions comportementales	6	5,1 %	9	7,3 %	4	3,7 %

Remarque : 6 valeurs manquantes pour 2022 ; ¹ voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022) ; les pourcentages se basent sur un total de 117 premières admissions en 2022, 124 en 2021 et 108 en 2020.

Comme en 2021 (tableau 4) mais aussi les années antérieures, les traitements de substitution par agonistes opioïdes sont les plus fréquemment cités (tableau 4). Près de trois patients sur quatre ont déjà bénéficié de diverses thérapies. Ces dernières années, les traitements en milieu résidentiel et les sevrages assistés ont augmenté. Il faut noter qu'il s'agit ici de sevrages avec un accompagnement professionnel, et non de sevrages réalisés hors du cadre d'un traitement.

Tableau 4 : Traitements avec prescription d'agonistes opioïdes déjà suivis par les patients HeGeBe admis (plusieurs réponses possibles), 2022

Traitement	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021 ¹		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Traitement par agonistes opioïdes	106	95,5 %	101	92,7 %	88	89,8 %
Prescription de diacétylmorphine	8	7,2 %	13	11,9 %	9	9,2 %
Thérapie résidentielle	59	53,2 %	56	51,4 %	32	32,7 %
Sevrage avec accompagnement professionnel	63	56,8 %	54	49,5 %	43	43,9 %
Autres	11	9,9 %	16	14,7 %	15	15,3 %

Remarque : 12 valeurs manquantes parmi les premières admissions en 2022 ; ¹ voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022)

Comme les années précédentes (tableau 5), l'orientation des patients vers un centre de traitement pour une première admission ne passe pas, dans la plupart des cas, par une institution professionnelle. Les chiffres sont stables par rapport aux années précédentes.

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2022

Origine du placement	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Condamnation/mesure/autorité judiciaire/police	2	1,8 %	1	0,9 %	4	3,8 %
Cabinet médical	17	15,6 %	19	16,2 %	16	15,2 %
Autre établissement spécialisé dans les addictions	22	20,2 %	26	22,2 %	25	23,8 %
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	7	6,4 %	14	12,0 %	8	7,6 %
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	54	49,5 %	49	41,9 %	48	45,7 %
Autre	7	6,4 %	8	6,8 %	4	3,8 %
Total	109	100 %	117	100 %	105	100 %

Remarque : 14 valeurs manquantes parmi les premières admissions en 2022, ¹ voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022)

5 Données sociodémographiques

Dans la majorité des cas, les patients vivent d'une rente, de l'aide sociale et des allocations d'incapacité de travail. Près d'un quart d'entre eux (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels) ont également une autre source de revenu (non réglementée).

La majorité des patients a terminé au moins une formation d'une durée de deux à quatre ans. La proportion de personnes sans formation ou ayant seulement terminé l'école obligatoire est en augmentation et s'élève à 42,6 % en 2022. Les femmes présentent plus souvent que les hommes un faible niveau de formation ou aucune formation.

La situation de logement 30 jours avant l'admission s'est légèrement dégradée. 89,2 % des patients admis pour la première fois et 80,5 % des patients réadmis avaient un domicile fixe en 2022. Cependant, malgré une légère baisse pour les premières admissions ces dernières années (2021 : 91,3 % ; 2020 : 92,9 %), la situation s'est nettement améliorée, pour les premières admissions comme pour les réadmissions, par rapport aux années 2018 et 2019.

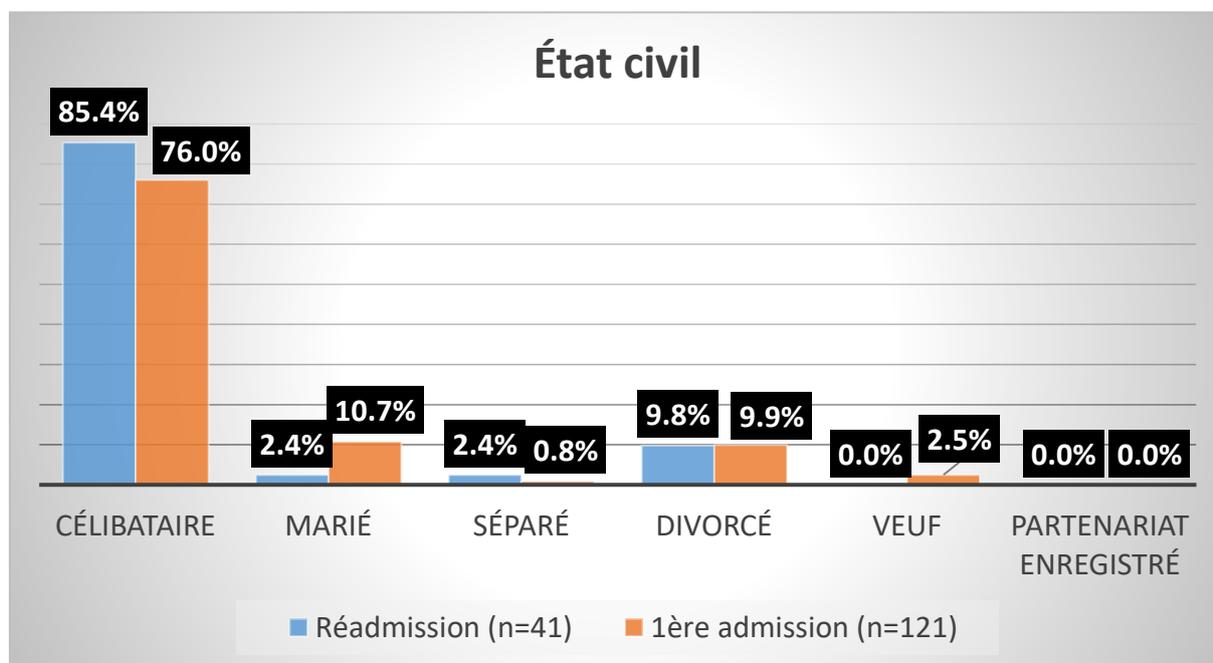
On constate des différences claires entre les premières admissions et les réadmissions, mais la base de données sur les réadmissions est trop réduite pour procéder à des observations annuelles et devrait donc être analysée par tendance ou par un résumé sur plusieurs années. Les données récoltées lors des réadmissions (y compris les 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, il n'est souvent pas possible d'interroger les patients, d'où des lacunes concernant leurs données.

Les personnes admises pour la première fois sont plus souvent célibataires et moins souvent mariées que les personnes réadmisses. Elles sont nettement plus nombreuses à vivre seules, dans leur famille d'origine ou avec un partenaire ou un enfant. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes et plus fréquemment avec un partenaire ou un enfant ou dans un établissement thérapeutique. Ce constat est stable ces dernières années.

Il apparaît que davantage de patients qui ne sont pas de nationalité suisse ont recours au traitement. Sur les 123 nouveaux patients admis en 2022, 94 (71,2 %) possédaient la nationalité suisse. Comme en 2021 (71,2 %) et en 2020 (67,5 %), c'est moins qu'en 2019 (83,7 %) et que lors des enquêtes précédentes. Nous ne disposons pour l'instant d'aucune explication sur la raison de cette augmentation de la proportion d'étrangers. Comme cette évolution s'observe depuis plusieurs années, il faut la considérer comme bien établie.

Comme les années précédentes, la majorité des patients étaient célibataires en 2022. Ceux qui ont été admis pour la première fois étaient plus souvent mariés que les personnes réadmis. Environ 10 % étaient divorcés (illustration 5).

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2022



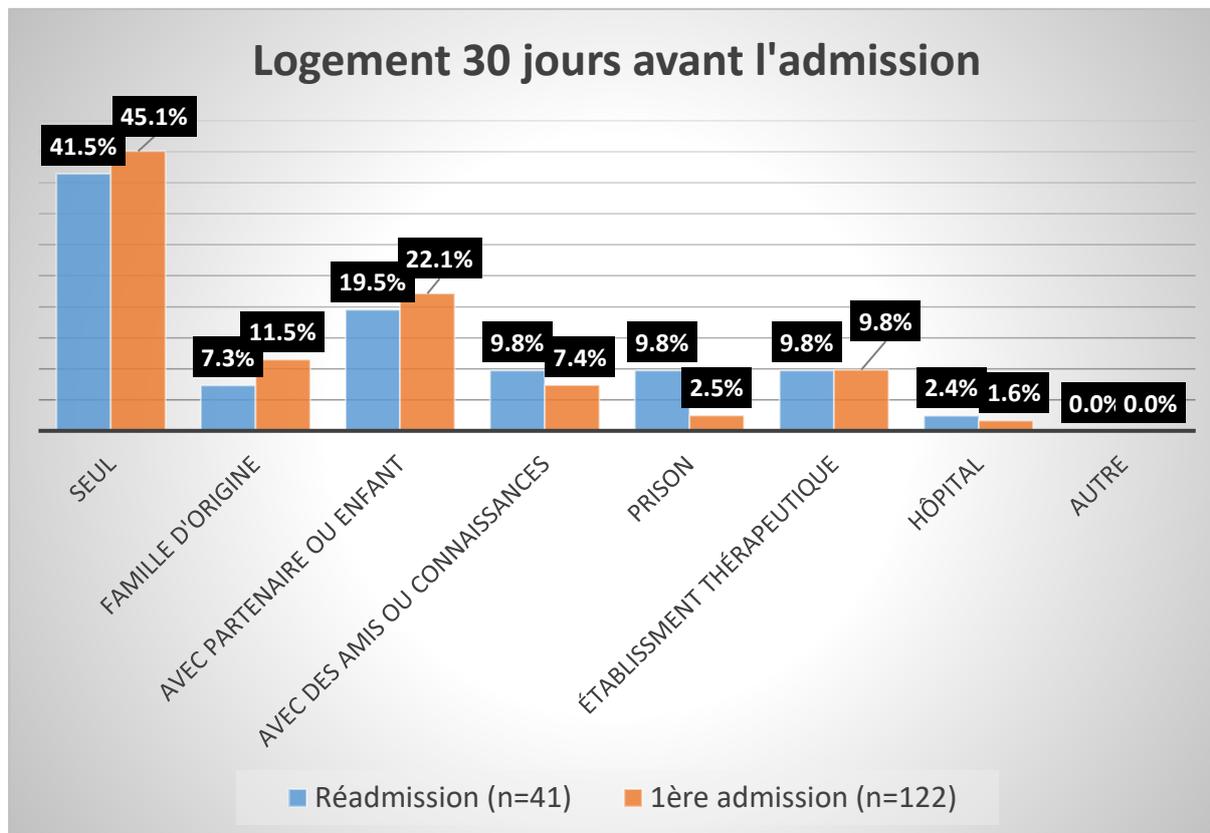
Remarque : 6 valeurs manquantes, dont 2 pour les premières admissions

En 2022, les patients admis pour la première fois vivaient plus souvent dans leur famille d'origine ou avec un partenaire ou leurs enfants que les patients réadmis (illustration 6). Les patients réadmis étaient, quant à eux, plus nombreux à sortir de prison. La proportion de personnes vivant seules parmi les patients réadmis était passée de 64,5 % en 2020 à 37,9 % en 2021 et s'élève à 41,5 % en 2022. Ce recul est dû à une augmentation du nombre de patients vivant avec un partenaire ou leurs enfants, mais aussi à davantage de séjours en prison. Le fait que les patients admis pour la première fois soient plus nombreux à vivre avec leur famille d'origine, un partenaire ou leurs enfants pourrait s'expliquer comme suit : en comparaison avec les personnes réadmis, ils n'ont encore pas parcouru un si long chemin dans l'addiction, si bien que les effets sociaux ne sont pas encore si marqués.

On observe des différences entre les sexes. Les hommes vivaient plus fréquemment seuls au cours des 30 jours précédant leur admission, tandis que les femmes vivaient plus souvent avec un partenaire ou leurs enfants, chez des amis ou des connaissances ou dans un établissement thérapeutique. Ces différences pouvaient déjà s'observer les deux années précédentes et semblent se stabiliser.

En ce qui concerne la vie avec les enfants, il y a peu de différences par rapport aux années précédentes. La situation est assez stable. Environ deux tiers des patients n'avaient pas d'enfant (68,6 %), tandis qu'un cinquième avaient un ou plusieurs enfants, mais ne vivaient plus dans le même foyer (20,5 %). 9,0 % vivaient encore avec au moins un enfant. On observe toutefois là aussi des différences entre les réadmissions et les premières admissions. Les patients réadmis sont moins nombreux à ne pas avoir d'enfants (60 % contre 72 % pour les premières admissions) ou ont des enfants, mais ne vivent plus avec eux (30 % contre 17 %). Les patients admis pour la première fois étaient deux fois plus nombreux que les patients réadmis (10 % contre 5 %) à vivre encore avec au moins un enfant.

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ?
2022



Remarque : 5 valeurs manquantes, dont 1 pour les premières admissions

Comme le montre le tableau 6, 89,2 % des patients admis pour la première fois avaient une situation de logement stable ou vivaient dans un établissement thérapeutique en 2022. Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui des deux années précédentes (2021 : 91,3 % ; 2020 : 92,9 %), mais nettement supérieur à ceux de 2019 (84,7 %) et 2018 (81,0 %). En ce qui concerne les patients réadmis (ne figure pas dans le tableau), ce pourcentage (80,5 %) est légèrement meilleur que l'année précédente (2021 : 75,0 % ; 2020 : 90,3 %) et en nette progression 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 ? (2022)

Situation de logement	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021 ¹		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Domicile fixe	96	80,0 %	102	80,3 %	90	80,4 %
Situation instable	10	8,3 %	7	5,5 %	6	5,4 %
Prison	3	2,5 %	4	3,1 %	2	1,8 %
Établissement thérapeutique	11	9,2 %	14	11,0 %	14	12,5 %

Remarque : 3 valeurs manquantes parmi les premières admissions en 2022, 1 voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022)

Comme on pouvait s'y attendre, plus de deux tiers des patients admis pour la première fois vivaient de l'aide sociale (38,8 %) ou d'une rente (33,9 %). La proportion de bénéficiaires d'une rente a notamment augmenté ces dernières années. La proportion de patients vivant du revenu d'une activité professionnelle était, avec 15,7 %, légèrement inférieure aux deux années précédentes (2021 : 18,8 % ; 2020 : 17,4 %, voir tableau 7), mais supérieure à 2019 (13,2 %). Pour le reste, on ne constate pas de différence notable par rapport à l'année précédente pour ce qui est des patients admis pour la première fois. En ce qui concerne les réadmissions (ne figure pas dans le tableau), la proportion de patients vivant de l'aide sociale est en baisse à 32,5 % (2021 : 35,7 % ; 2020 : 39,4 % ; 2019 : 53,1 %) ; les patients touchant une rente étaient moins nombreux (37,5 %) que l'année précédente (2021 : 42,9 % ; 2020 : 42,4 % ; 2019 : 25,0 %), tandis que la proportion de patients exerçant une activité lucrative est passée de 10,7 % en 2021 à 17,5 % en 2022. Compte tenu du faible nombre de cas, on ne peut pas encore parler de tendance pour ces deux dernières observations.

Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? (2022)

Moyens de subsistance	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021 ¹		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Revenu d'une activité lucrative	19	15,7 %	24	18,8 %	17	13,2 %
Économies	2	1,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Rente AVS/AI	41	33,9 %	35	27,3 %	34	26,4 %
Aide sociale / assistance	47	38,8 %	49	38,3 %	65	50,4 %
Assurance-chômage	2	1,7 %	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	5	4,1 %	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	1	0,8 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Assurance d'indemnités journalières	0	0,0 %	6	4,7 %	3	2,3 %
Autre	4	3,3 %	4	3,1 %	3	2,3 %
Total	121	100,0 %	128	100,0 %	129	100,0 %

Remarque : 2 valeurs manquantes parmi les premières admissions en 2022, ¹ voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022)

En 2022, 23,1 % (contre 24,0 % en 2021, 26,2 % en 2020, 19,7 % en 2019 et 24,0 % en 2018) des patients admis pour la première fois exerçaient une activité professionnelle (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels). Ainsi, la majorité était en 2022 soit au chômage (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 40,2 % contre 34,4 % en 2021, 39,8 % en 2020, 45,7 % en 2019 et 48,8 % en 2018) soit en dehors du marché du travail (bénéficiaire de rente, incapacité de travail, femme ou homme au foyer ; à hauteur de 33,3 % contre 36,0 % en 2021, 29,1 % en 2020, 28,3 % en 2019 et 24,0 % en 2018 ; voir tableau 8). La tendance des personnes au chômage à sortir du marché du travail qui se dessinait les années précédentes ne s'est pas poursuivie en 2022. En ce qui concerne les réadmissions (ne figure pas dans le tableau), 21,1 % des patients exerçaient un emploi à plein temps, une proportion en légère augmentation par rapport aux années précédentes, à l'exception de 2020 (2021 : 19,2 % ; 2020 : 9,1 % ; 2019 : 18,8 %). La proportion de patients au chômage sans recherche active d'emploi est, avec 23,7 %, proche de celle de 2021 (23,1 %) et inférieure à celle de 2020 (27,3 %) et 2019 (40,6 %). Ici, il faut tenir compte du faible nombre de cas de réadmissions et donc des fortes variations d'une année à l'autre.

Tableau 8 : Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? (2022)

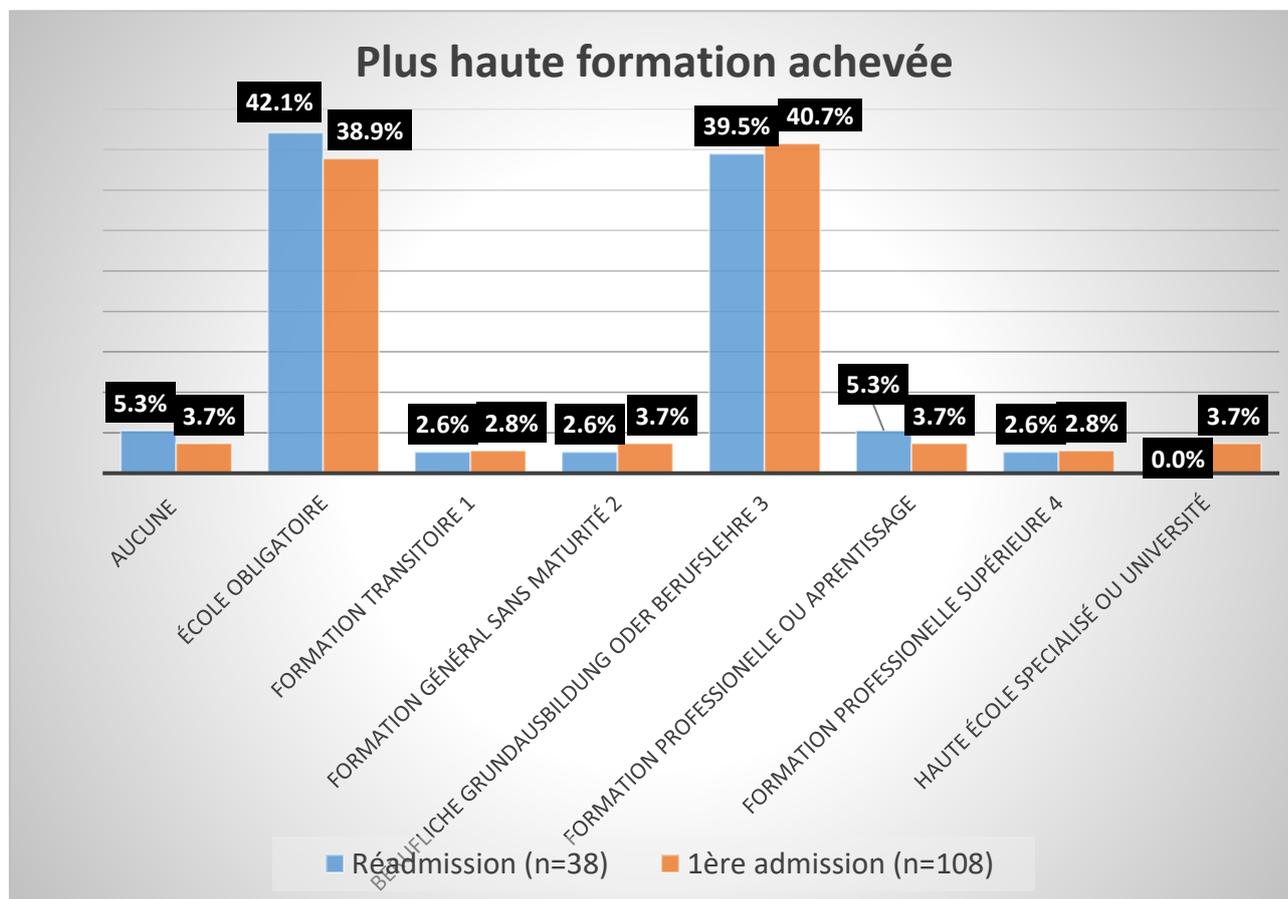
Situation professionnelle	Premières admissions 2022		Premières admissions 2021 ¹		Premières admissions 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Travail à plein temps (70 % ou plus)	17	14,5 %	22	17,6 %	15	14,6 %
Travail à temps partiel	7	6,0 %	6	4,8 %	10	9,7 %
Emplois occasionnels	3	2,6 %	2	1,6 %	2	1,9 %
En formation	1	0,9 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Au chômage, en recherche active d'emploi	12	10,3 %	14	11,2 %	12	11,7 %
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	35	29,9 %	29	23,2 %	29	28,2 %
Bénéficiaire de rente (pension, AVS, réserves financières)	8	6,8 %	3	2,4 %	12	11,7 %
Incapacité de travail (AI / indemnités journalières)	31	26,5 %	41	32,8 %	17	16,5 %
Homme / femme au foyer	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,0 %
Autre	3	2,6 %	6	4,8 %	5	4,9 %
Total	117	100 %	125	100 %	103	100 %

Remarque : 6 valeurs manquantes parmi les premières admissions en 2022, ¹ voir Gmel, Labhart et Maffli (2021) ainsi que Gmel, Labhart et Maffli (2022)

Il est intéressant de noter que, comme les années précédentes (2021 : 56,5 % ; 2020 : 50,5 % ; 2019 : 60,8 % ; 2018 : 60,5 %), plus de la moitié (50,9 %) des patients admis pour la première fois en 2022 avaient achevé une formation professionnelle initiale ou une formation d'un niveau plus élevé (illustration 7). La situation n'est guère différente en ce qui concerne les réadmissions. En 2022, 58,5 % des femmes admises pour la première fois n'avaient aucune formation ou n'avaient achevé que l'école obligatoire (hommes : 37,5 %). À l'exception de 2021 (femmes : 35,7 % ; hommes : 40,6 %), la proportion de femmes ayant un faible niveau de formation (sans formation ou école obligatoire) a toujours été nettement supérieure à celle des hommes. En 2020, c'était déjà le cas de 55,0 % (50,0 % en 2019) des femmes admises pour la première fois contre 37,3 % (2019 : 26,4 %) des hommes. Du

moins chez les hommes, on observe ces dernières années une augmentation de la proportion de patients avec un faible niveau de formation. Au total, 42,6 % des patients admis pour la première fois n'avaient aucune formation ou avaient seulement terminé l'école obligatoire (2021 : 39,5 % ; 2020 : 40,8 % ; 2019 : 31,7 % ; 2018 : 34,5 %), un chiffre en augmentation.

Illustration 7 : Niveau de formation le plus élevé, 2022



Remarque : 22 valeurs manquantes, dont 15 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

6 Consommation de substances

Les patients HeGeBe ont souvent consommé plusieurs substances durant leur vie. Outre l'héroïne et les substances addictives légales que sont l'alcool et le tabac, ils consomment notamment de la cocaïne, du cannabis, du LSD, des benzodiazépines et des amphétamines. De même, durant les 30 jours précédant leur admission, les patients consomment non seulement de l'héroïne, mais souvent aussi des benzodiazépines, de l'alcool et du tabac. Les données sur l'âge de début de la consommation suggèrent que les personnes commencent par l'alcool, le tabac et le cannabis. Les patients prennent ensuite d'autres substances illégales comme la cocaïne et l'héroïne. Ce n'est que plus tard, vers l'âge de 25 ans, que s'y ajoutent la méthadone, le crack et la buprénorphine. On constate que la consommation de fentanyl commence beaucoup plus tôt, mais elle ne s'observe que chez un petit nombre de patients.

Afin de disposer d'un plus grand nombre de cas (voir les remarques méthodologiques de l'annexe A4 « Incertitudes dans les données sur la consommation de substances ») et en raison de nombreuses valeurs manquantes, toutes les admissions, y compris les réadmissions, ont été utilisées. Les tableaux 9 et 10 montrent les résultats concernant la consommation de substances au cours de la vie écoulée (prévalence au cours de la vie), l'âge de début de la consommation et le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours. L'illustration 8 montre l'ordre de consommation des prévalences au cours de la vie en 2022. L'ordre n'a que peu changé par rapport aux années précédentes. Il apparaît clairement qu'en plus de l'héroïne, les patients ont souvent consommé du tabac, du LSD, de la cocaïne, de l'alcool, du cannabis, des amphétamines et des benzodiazépines. L'augmentation de la consommation de crack, de fentanyl et de GHB/GBL au cours de la vie est frappante en comparaison avec les années précédentes.

Parmi les patients ayant consommé l'une de ces substances dans les 30 jours précédant l'admission, le nombre de jours de consommation durant cette période est particulièrement élevé (10 jours ou plus en moyenne, données prises en compte seulement pour les substances comptant plus de dix consommateurs) pour la consommation illégale d'héroïne, les autres opiacés, les benzodiazépines, l'alcool et le tabac (tableau 10). Ces résultats sont comparables à ceux des années précédentes.

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions), 2022

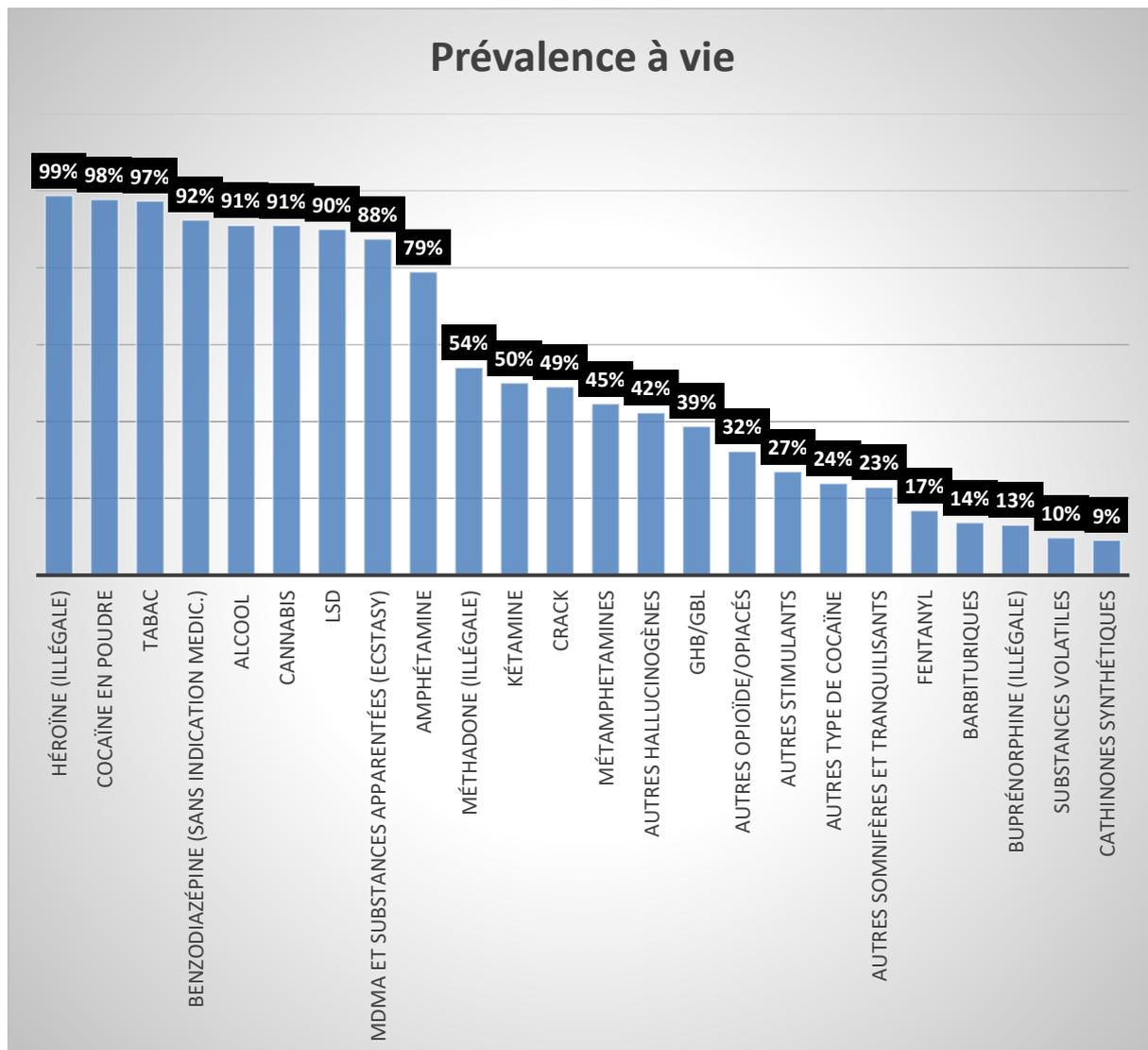


Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2022

Substance	Prévalence à vie			Âge de début de la consommation			
	Valeurs manquantes	Valeurs valides	Consommation au cours de la vie	Valeurs valides (réponse oui)	min.	max.	Âge moyen (en années) de début de la consommation
Alcool	23	145	91.0%	87 (132)	8	37	15.3
Héroïne (illégal)	9	159	98.7%	114 (157)	6	33	19.6
Méthadone (illégal)	31	137	54.0%	41 (74)	14	43	26.0
Buprénorphine (illégal)	53	115	13.0%	8(15)	17	46	28.0
Fentanyl	55	113	16.8%	10(19)	15	30	22.2
Autres opioïdes/opiacés	50	118	32.2%	16(38)	13	44	24.9
Cocaïne en poudre	33	135	97.8%	92(132)	12	48	19.6
Crack	66	102	49.0%	34(50)	13	40	22.6
Autre type de cocaïne	80	88	23.9%	13(21)	16	51	23.9
Amphétamine	92	76	78.9%	42(60)	13	47	19.0
Métamphétamines	102	65	44.6%	17(29)	15	46	24.8
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	96	72	87.5%	43(63)	11	42	18.8
Cathinones synthétiques	113	55	9.1%	2(5)	18	40	29.0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	116	52	26.9%	8(14)	10	45	22.1
Barbituriques	95	73	13.7%	5 (10)	15	40	21.4
Benzodiazépine (sans indication médicale)	62	106	92.5%	57(98)	13	50	23.4
GHB/GBL	88	80	38.8%	18(31)	16	38	20.9
Autres somnifères et tranquillisants	98	70	22.9%	10(14)	15	40	23.4
LSD	108	60	90.0%	36(60)	13	28	18.9
Kétamine	113	54	50.0%	16(27)	15	40	22.5
Autres hallucinogènes	123	45	42.2%	14(19)	15	40	20.0
Substances volatiles	65	103	9.7%	6(10)	15	25	19.5
Cannabis	24	144	91.0%	91(131)	8	23	14.8
Tabac	15	153	97.4%	97(149)	9	20	14.3

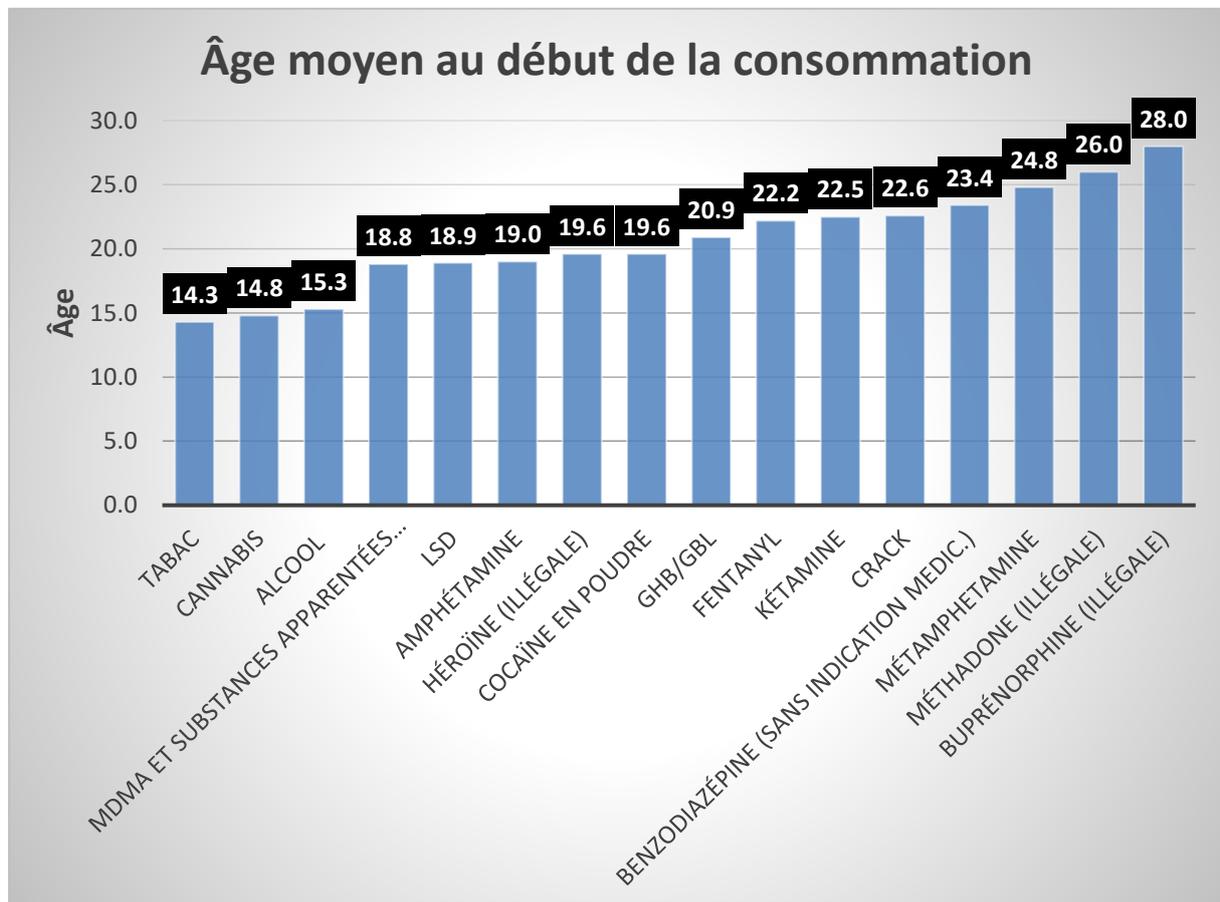
Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2022

Substance	Consommation durant les 30 derniers jours							
	Valeurs valides	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	76	36,8 %	22,4 %	6,6 %	34,2 %	11,5	48	12,3
Héroïne (illégal)	104	20,2 %	12,5 %	4,8 %	62,5 %	19,6	83	24,6
Méthadone (illégal)	31	67,7 %	3,2 %	6,5 %	22,6 %	7,5	10	14,0
Buprénorphine (illégal)	7	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Fentanyl	8	75,0 %	0,0 %	12,5 %	12,5 %	5,3	2	21,0
Autres opioïdes/opiacés	16	43,8 %	6,3 %	12,5 %	37,5 %	12,7	9	22,6
Cocaïne en poudre	80	51,3 %	28,8 %	6,3 %	13,8 %	5,4	39	11,2
Crack	26	65,4 %	15,4 %	3,8 %	15,4 %	5,5	9	16
Autre type de cocaïne	10	40,0 %	30,0 %	0,0 %	30,0 %	8,2	6	13,7
Amphétamine	25	92,0 %	4,0 %	0,0 %	4,0 %	1,3	2	16,0
Métamphétamines	10	80,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7	2	3,5
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	30	96,7 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	1,0	1	30
Cathinones synthétiques	2	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	8	37,5 %	12,5 %	0,0 %	50,0 %	15,3	5	24,0
Barbituriques	6	83,3 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	5,0	1	30,0
Benzodiazépine (sans indication médicale)	57	42,1 %	15,8 %	1,8 %	40,4 %	12,6	33	21,7
GHB/GBL	14	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Autres somnifères et tranquillisants	10	80,0 %	10,0 %	10,0 %	0,0 %	2,0	2	10,0
LSD	23	91,3 %	8,7 %	0,0 %	0,0 %	0,2	2	2,0
Kétamine	10	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Autres hallucinogènes	11	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Substances volatiles	3	66,7 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,7	1	2,0
Cannabis	70	54,3 %	12,9 %	7,1 %	25,7 %	9,0	32	19,7
Tabac	100	8,0 %	1,0 %	2,0 %	89,0 %	26,9	74	29,2

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 patients ayant consommé la substance en question au cours de leur vie. Tous les patients ne consomment pas toutes ces substances (voir illustration 8). Les valeurs représentent des moyennes parmi les utilisateurs. Le tableau 9 indique l'âge minimal et l'âge maximal de début de la consommation.

S'il peut y avoir de rares changements dans le classement des substances à l'intérieur de grands regroupements (p. ex. début de la consommation plus précoce pour les substances légales et le cannabis, et plus tardif pour le crack, la méthadone ou la buprénorphine) par rapport aux années précédentes (voir Gmel, Labhart et Maffli, 2022), l'ordre de ces regroupements reste, lui, pour l'essentiel le même. On remarque que, comparé à l'année précédente, l'âge de début de la consommation de fentanyl est plus précoce et celui des métamphétamines, plus tardif. Ces deux indications reposent toutefois sur les données de moins de 20 personnes.

Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2022



Remarque : Les autres types de cocaïne hors crack et 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.

7 Hépatites et VIH

Lors 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 des 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.

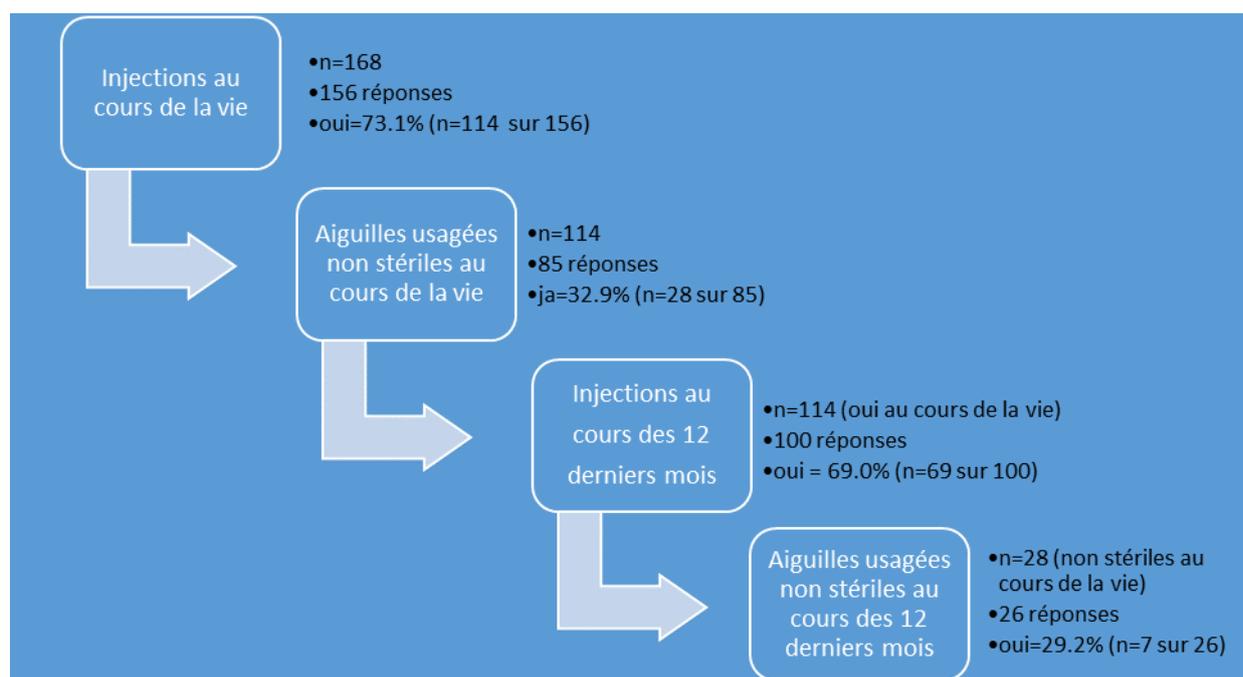
7.1 Usage intraveineux

Une proportion non négligeable (26,9 %) de patients fortement dépendants accède au traitement avec prescription de diacétylmorphine tout en déclarant n'avoir jamais consommé de substances par voie intraveineuse. Après avoir augmenté au cours des trois dernières années, cette proportion affiche une baisse pour la première fois. Près d'un patient sur quatre a déjà utilisé du matériel d'injection non stérile au cours de sa vie et était donc très vulnérable aux hépatites et au VIH. Près d'un patient sur dix a utilisé du matériel non stérile au cours des douze derniers mois. Comme en 2021, cela représente une nette augmentation par rapport aux deux années précédentes.

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, une problématique particulièrement importante chez les patients HeGeBe. Les statistiques présentées ci-après prennent en compte l'ensemble des admissions, y compris les réadmissions.

Comme les années précédentes, plus d'un quart (26,9%) des patients HeGeBe déclarent n'avoir jamais consommé de substances par voie intraveineuse au cours de leur vie (voir l'illustration 10). En 2021, cette proportion était même de 30,9 %. Cela explique également la proportion élevée de traitements par voie orale (voir tableau 2), qui pourrait toutefois aussi être liée à la nouvelle ordonnance relative à la remise de diacétylmorphine. Comme les années précédentes, près de 50 % des patients n'ont pas pratiqué d'injection dans les douze mois précédant leur admission (69,0 % de 73,1 % = 50,4 % avec injections). Dans l'ensemble, la proportion de personnes n'ayant jamais consommé de substances par voie intraveineuse au cours de leur vie est en recul pour la première fois (18,2 % en 2019, 25,9 % en 2020, 30,9 % en 2021, 26,9 % en 2022). Il en va de même pour la proportion de patients sans consommation par voie intraveineuse au cours des douze derniers mois (39,8 % en 2019, 53,2 % en 2020, 54,2 % en 2021, 49,6 % en 2022).

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2022



Près d'un quart des patients (32,6 % de 73,1 % = 24,1 %) ont déjà utilisé des seringues potentiellement non stériles au moins une fois dans leur vie et 9,6 % (29,2 % de 32,9 % = 9,6 %) au cours des douze mois précédant le début du traitement. Ce dernier chiffre représente une augmentation par rapport aux années précédentes (2019 : 4,9 % ; 2020 : 1,5 % ; 2021 : 8,9 %).

7.2 Hépatite A

Le statut immunitaire de cette population de consommateurs de drogues vulnérables vis-à-vis de l'hépatite A, qu'il s'agisse du statut vaccinal ou du dépistage, est mal connu. Près de 75 % des patients pourraient ne pas être immunisés (non immunisé ou statut inconnu). Il faudrait soit renforcer l'information et la prévention auprès de ces patients, soit inciter les institutions à accorder plus d'importance au dépistage lors des admissions.

L'hépatite A présente seulement deux tableaux cliniques : le patient est soit positif (phase aiguë), soit négatif. La vaccination est recommandée, mais la guérison assure également une immunité à vie. 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).

Sur les 168 patients admis en 2022 (réadmissions comprises), on ignore dans 62 cas à la fois s'ils sont vaccinés et s'ils ont effectué un test. C'est, avec 36,9 %, nettement moins que l'année dernière (42,7 % en 2021).

Le statut vaccinal de treize autres patients admis est connu, mais on ignore si un test a été effectué. Dix d'entre eux ont une vaccination complète et font donc partie du groupe des patients immunisés. Au total, 35 personnes (y compris celles ayant effectué un test) ont indiqué avoir une vaccination complète, soit 20,8 % des 168 patients (2021 : 22,3 % ; 2020 : 26,0 % ; 2019 : 27,1 %). Cependant, le statut vaccinal de 101 personnes (60,1 %) n'est pas connu. 81 personnes ont déclaré avoir fait un test et

74 disposent du résultat. Si l'on y ajoute les dix personnes immunisées en raison de leur statut vaccinal, l'immunité par rapport à l'hépatite A est connue pour 85 personnes et non connue pour 83 autres (tableau 11).

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 168 admissions (y c. réadmissions) en 2022

Statut	n (= 168)	% des patients admis (n=168)	% des résultats disponibles (n=85)
Inconnu	83	49,4 %	
Négatif, donc patient non immunisé	42	25,0 %	49,4 %
Patient immunisé (vaccination, infection guérie)	43	25,6 %	50,6 %

Les résultats correspondent plus ou moins à ceux des années précédentes.

7.3 Hépatite B

Les données sur l'hépatite B sont insuffisantes en raison de l'absence fréquente de diagnostic. Il faudra comprendre à l'avenir pourquoi les tests de dépistage sont si rarement effectués. Malgré l'état lacunaire des données, il apparaît assez clairement que seul un faible nombre de patients sont infectés de manière aiguë ou chronique. Près d'un tiers des patients (25 %) ne seraient toutefois pas immunisés contre l'hépatite B.

En Suisse, quelque 62 000 personnes sont infectées par l'hépatite B². Environ 5 à 10 % des malades infectés à l'âge adulte développent une hépatite B chronique. À l'échelle mondiale et en Suisse, la prévalence et l'incidence de l'hépatite B ont 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 ans³. Le risque d'infection lors de l'utilisation de matériel d'injection non stérile est environ 50 à 100 fois plus élevé pour l'hépatite B que pour le VIH⁴.

Pour obtenir des résultats à peu près significatifs, toutes les admissions enregistrées en 2022, c'est-à-dire les premières admissions et les réadmissions, ont été examinées pour l'hépatite B. 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 produits 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 (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 (voir tableau 12).

² <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-b>

³ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>

⁴ <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-b>

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, aucun contact avec le virus

Pour 85 patients admis (50,8 %), il est indiqué qu'un test de dépistage de l'hépatite B a déjà été effectué (2021 : 52,4 %), alors qu'aucune information n'est disponible (pas connu ou valeurs manquantes) pour 40,0 % des patients (2021 : 44,5 %). Seules neuf personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test. 23 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 13,7 % de l'ensemble des admissions (2021 : 16,3 % ; 2020 : 21,3 % ; 2019 : 25,9 %). La fréquence des tests effectués lors de l'admission continue donc de diminuer. 51 autres personnes, soit 30,5 % (2021 : 27,7 % ; 2020 : 34,6 % ; 2019 : 22,9 %) 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 ne sont toutefois disponibles que pour 21,4 % (2021 : 20,5 % ; 2020 : 20,0 % ; 2019 : 21,8 %) des patients admis, c'est-à-dire pour 36 personnes. La situation s'est légèrement améliorée. La proportion des personnes pour lesquelles aucun marqueur n'était disponible est passée de 63,0 % en 2021 à 57,8 % en 2022.

Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 168 patients admis en 2022 (y c. réadmissions)

Marqueur	positif	négatif	% des admissions (n=168)
Anti-HBc	13	48	36,3 %
Anti-HBs	25	32	33,9 %
HBsAg	0	44	26,5 %
Résultats de dépistage complets			21,4 %
Aucun résultat			57,8 %

Afin de pouvoir formuler des affirmations plus étayées pour les cas où l'on ne disposait pas de tous les marqueurs, les analyses ont également pris en compte si les patients avaient déjà été vaccinés. Pour 54,8 % des patients (2021 : 53,0 % ; 2020 : 46,0 % ; 2019 : 48,2 %), aucune information n'est disponible sur la vaccination (n=92). Parmi les 76 personnes ayant fourni des indications, 43 (56,8 % contre 53,8 % en 2021) ont indiqué une vaccination complète. Neuf personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Pour dix personnes, aucun test n'a été effectué, car elles étaient déjà positives aux

anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Sept personnes ont refusé de se soumettre au test, quatre patients vont le faire ultérieurement (la décision est prise) et trois personnes ont avancé d'autres raisons pour justifier leur refus de la vaccination. La situation lacunaire des données n'a, pour l'essentiel, pas beaucoup changé par rapport à 2021. Le tableau 14 indique une estimation (*best guess*) du statut vis-à-vis de l'hépatite B pour 91 patients admis (sur 168).

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 91 patients admis, 2022

	Patients	%
Non immunisé	28	31 %
Immunisé (vacciné)	25	27 %
Immunisé (après guérison)	10	11 %
Contact avec le virus (statut inconnu)	8	9 %
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	2	2 %
Aucun marqueur, mais vaccination complète	18	20 %
Infection à l'hépatite B en cours	0	0 %
Total	91	100 %

7.4 Hépatite C

La situation des données sur l'hépatite C dans le programme HeGeBe s'est nettement améliorée ces dernières années. Le statut immunitaire de 41,6 % des patients admis en 2022 reste toutefois inconnu. Cette proportion est 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. La prévalence des hépatites C chroniques a considérablement diminué et se situe désormais en dessous de 10 %.

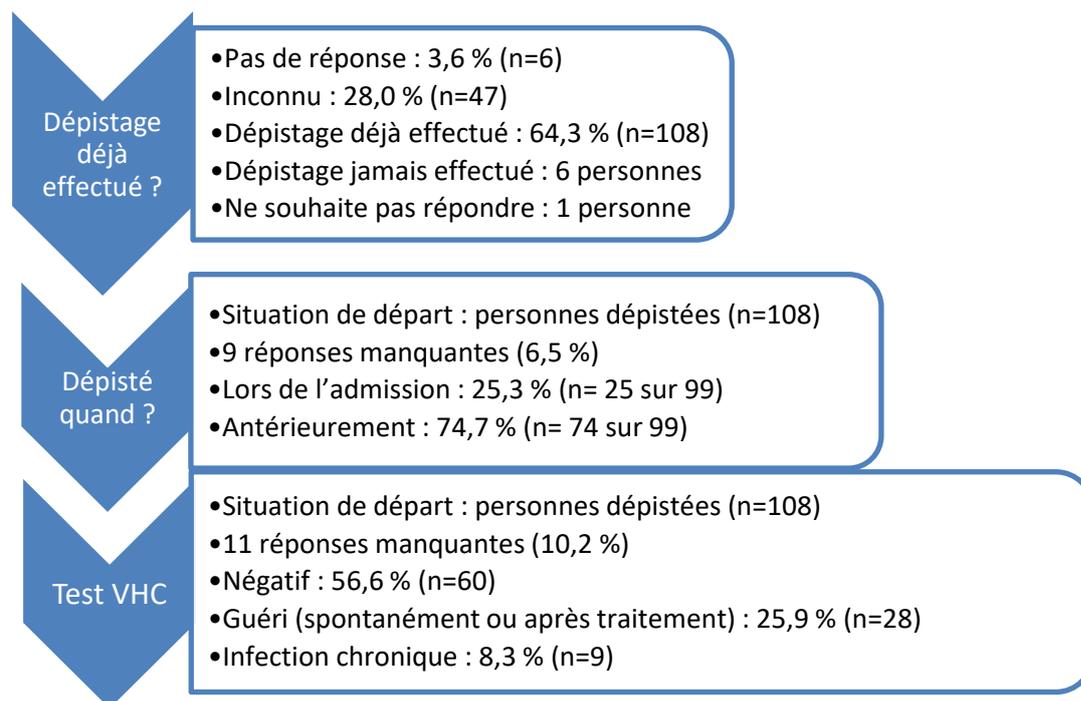
En Suisse, environ 0,5 % de la population est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC). Quelque 32 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique, et environ 900 à 1000 nouveaux diagnostics d'infection chronique sont signalés chaque année à l'OFSP⁵. Le nombre de déclarations d'hépatite C aiguë est stable depuis 2006 (une cinquantaine de déclarations par an ; OFSP, Infodrog, 2019). 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 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 personnes qui consomment des drogues 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).

⁵ <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-c>

L'analyse des données sur l'hépatite C repose sur l'ensemble des admissions comptabilisées en 2022 (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 ; 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 d'ici 2030 (OMS, 2021).

Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2022



On constate que, sur 166 patients admis en 2022, le statut immunitaire de 69 personnes vis-à-vis de l'hépatite C est inconnu, soit 41,6 % (2021 : 40,4 % ; 2020 : 34,7%). Cela s'explique notamment par le fait qu'on ignore, pour 35,7 % des patients, s'ils ont effectué un dépistage (voir illustration 11). Cela confirme en partie certaines estimations selon lesquelles entre un quart et la moitié des personnes suivant un traitement de substitution par agonistes opioïdes 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 64,3 % des patients (2021 : 63,9 % ; 2020 : 71,3 % ; 2019 : 71,2 %), on sait au moins qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat est parfois inconnu. Parmi les patients dépistés, 25,3 % (2021 : 29,8 % ; 2020 : 32,7% ; 2019 : 43,8 %) l'ont été au moment de leur admission, alors que 74,7 % (2021 : 70,2 % ; 2020 : 60,7 % ; 2019 : 53,7 %) avaient fait un test antérieurement (voir illustration 11), le dépistage remontant à plus d'une année pour environ un tiers d'entre eux. La fréquence des tests effectués lors de l'admission continue donc de diminuer. Si l'on se rapporte aux patients ayant été dépistés, le résultat est négatif dans 56,0 % des cas (2021 : 59,2 % ; 2020 : 57,0 % ; 2019 : 52,2 %). Au moment du test, 29,9 % des patients (2021 : 19,8 % ; 2020 : 26,0 % ; 2019 : 26,3 %) étaient guéris et 8,3 % (2021 : 14,2 % ; 2020 : 15,0 % ; 2019 : 18,6 %) atteints d'une infection chronique.

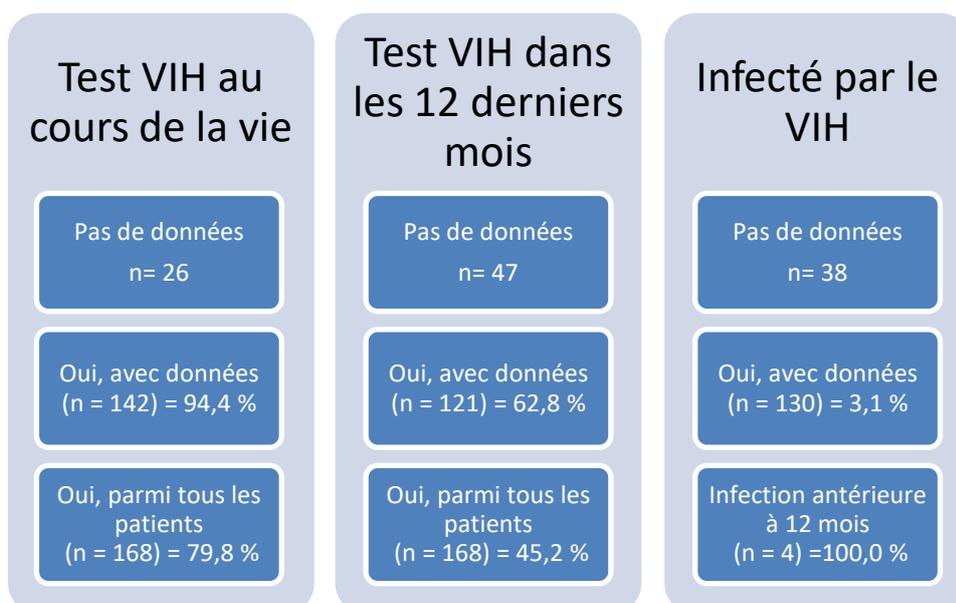
La proportion de patients HeGeBe atteints d'hépatite chronique est en recul depuis des années. Selon Hildebrand et al. (2018), elle s'élevait à 72,7 % durant la période 2001-2004, reculant à 37,1 % en 2013-2016, pour atteindre 33,3 % en 2017. Pour 2019, la prévalence d'hépatites chroniques se situait à 19 % et autour de 15 % en 2020 et 2021. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hildebrand et al. (2018) ne se rapportaient qu'aux cas valables. Cela ne concernait que 6,1 % des premières admissions pour 2001-2004, 51,4 % pour 2013-2016 et 60,0% pour 2017, alors qu'en 2022, les cas valables représentent presque 64,9 % 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.

7.5 VIH

Selon les informations fournies par les patients, il n'y a pas eu de nouveaux cas de VIH en 2022, comme les années précédentes (à l'exception de 2021). Il faut toutefois tenir compte du fait que moins de la moitié des patients a fait un test récemment (au cours des douze derniers mois). Si le dépistage a légèrement augmenté par rapport à 2021, il tend à reculer par rapport aux années précédentes.

En 2022, 79,8 % des patients admis (n=134 sur 168) ont indiqué avoir déjà fait un test VIH au cours de leur vie (2021 : 77,7 % ; 2020 : 81,3 % ; 2019 : 84,7 %). Seules huit personnes ont déclaré n'en avoir encore jamais fait, et deux n'ont pas souhaité répondre. En d'autres termes, 94,4 % (2021 : 92,8 % ; 2020 : 96,1 % ; 2019 : 97,3 %) des patients pour lesquels on dispose de données ont déjà effectué un test VIH au cours de leur vie (voir illustration 12).

Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2022

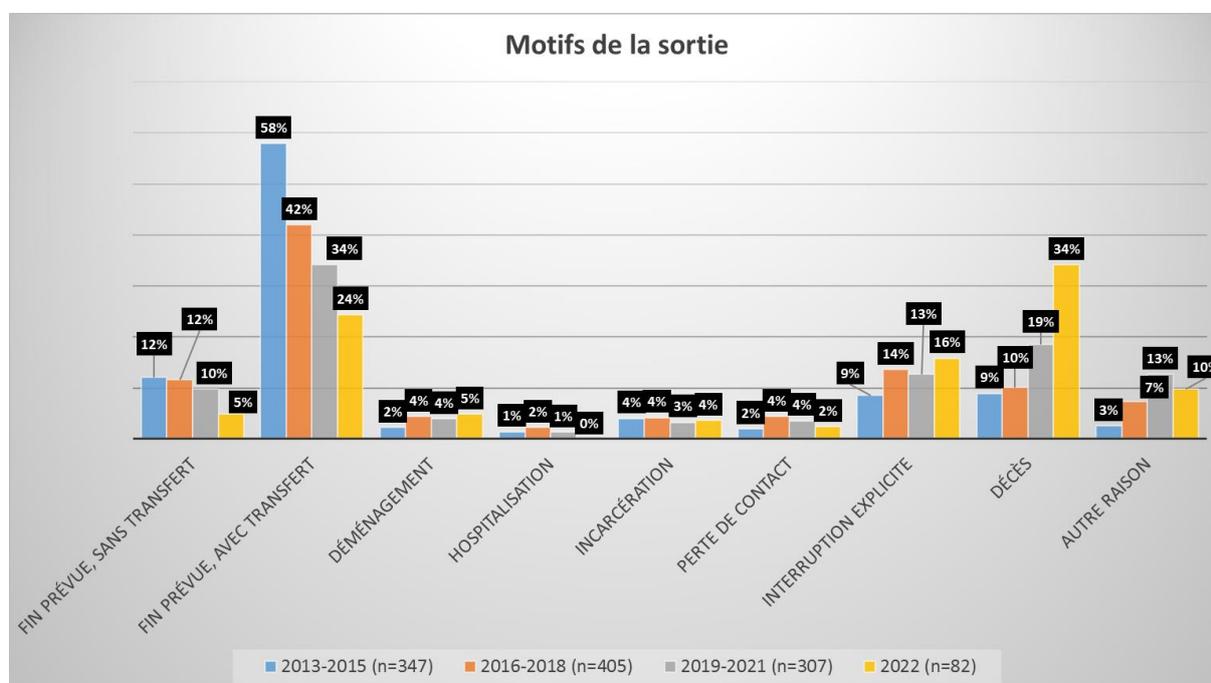


Cependant, seulement 62,8 % des patients pour lesquels on dispose de données (2021 : 56,3 % ; 2020 : 70,6 % ; 2019 : 76,3 %) ont effectué un test au cours des douze derniers mois. Si l'on rapporte ce chiffre à l'ensemble des patients admis, y compris ceux pour lesquels on ne dispose pas de données (inconnu ou valeurs manquantes), cela représente 45,2 % (2021 : 40,4 % ; 2020 : 56,0 % ; 2019 : 57,1 %) de toutes les admissions. Quatre personnes sont séropositives, et toutes ont indiqué que leur infection remonte à plus de douze mois. Comme les années précédentes (à l'exception de deux nouveaux cas en 2021) (voir Hildebrand et al., 2018 ; Gmel et al., 2019 ; Gmel et al., 2020 ; Gmel et al., 2021), il n'y a pas de nouveaux cas en 2022.

8 Motifs de départ / arrêts du traitement

En ce qui concerne les raisons à l'origine de l'arrêt du traitement depuis 2013, deux caractéristiques principales ressortent (voir l'illustration 13). D'un côté, on observe une nette diminution des transferts vers d'autres institutions ou du passage à un autre traitement, qu'il s'agisse d'un programme avec prescription de méthadone, au sein de la même institution ou dans d'autres structures (y compris médecin traitant), ou du changement du médicament de substitution (p. ex. un passage à Sevre-Long®). D'un autre côté, une nette tendance à l'augmentation des décès se dessine, probablement liée à l'âge croissant de la cohorte. En 2022, 28 décès ont été enregistrés (contre 19 en 2021 et 22 en 2020), ce qui correspond proportionnellement à 34 % des arrêts du traitement, soit presque le double par rapport aux années 2019-2021 et plus du triple par rapport aux années 2013-2018.

Illustration 13 : Motifs de départ en 2022 et comparaison avec les périodes 2013-2015¹, 2016-2018^{1,2} et 2019-2021³



Remarque : N=82, 5 valeurs manquantes ; ¹ voir Hildebrand et al. (2018) ; ² Gmel et al. (2019) ; ³ Gmel et al. (2020), Gmel et al. (2021), Gmel et al. (2022) .

9 Troubles psychiques

Les patients HeGeBe ne présentent qu'exceptionnellement un trouble uniquement lié à l'usage d'opioïdes. S'y ajoutent en règle générale des troubles liés à l'utilisation d'autres substances (p. ex., alcool, cannabinoïdes, cocaïne). Le diagnostic de troubles multiples liés à la consommation de plusieurs substances est souvent posé. 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.

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 rapports des années précédentes, nous indiquons également les troubles liés à la consommation de substances (tableau 15). Les troubles liés à la consommation d'opioïdes (et d'opiacés) ne sont toutefois pas pris en considération, étant donné qu'ils sont attendus 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 la consommation de substances (voir tableau 16).

Si l'on tient compte des troubles liés à la consommation de substances autres que les opioïdes/opiacés (p. ex. alcool, cannabinoïdes, cocaïne, consommation de substances multiples) et des autres troubles, on constate que la grande majorité (85,3 %) présente au moins un autre trouble mental ou comportemental diagnostiqué (14,7 % avec exclusivement un trouble lié aux opioïdes, cf. tableau 15). 72,1 % 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, ne figure pas dans le tableau). Cependant, seuls 27,9 % des personnes concernées par un seul trouble sont diagnostiquées pour une autre consommation de substances (et non pour d'autres troubles mentaux). C'est un peu plus que les années précédentes (p. ex. 2021 : 26,4 % ; 2020 : 23,4 %).

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 2022, et comparaison avec les années 2021 et 2020 (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres drogues, hormis les troubles liés aux opioïdes/opiacés)

Nombre de diagnostics (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, hormis les troubles liés aux opioïdes/opiacés)						
	2022		2021 ¹		2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés aux opioïdes	10	14,7 %	11	15,3 %	11	13,4 %
Un autre diagnostic	24	35,3 %	30	41,7 %	20	24,4 %
Deux autres diagnostics	14	20,6 %	19	26,4 %	29	35,4 %
Trois autres diagnostics	14	20,6 %	10	13,9 %	15	18,3 %
Quatre autres diagnostics	5	7,4 %	2	2,8 %	4	4,9 %
Cinq autres diagnostics	1	1,5 %	0	0,0 %	3	3,7 %
Total	68	100,0 %	72	100,0 %	82	100,0 %

Remarque : 19 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics en 2022 ; ¹ voir Gmel et al. (2021, 2022)

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 2022, et comparaison avec les années 2010-2020, sans les troubles liés à l'utilisation de substances (opioïdes/opiacés, alcool et autres drogues sont exclus)

Nombre de diagnostics hors troubles liés à l'utilisation de substances								
	2022		2021 ¹		2020 ¹		2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés à l'utilisation de substances (y c. opioïdes)	28	41,2 %	47	65,3 %	30	36,6 %	49	41,2 %
Un diagnostic	27	39,7 %	19	26,4 %	31	37,8 %	50	42,0 %
Deux diagnostics	11	16,2 %	5	6,9 %	14	17,1 %	18	15,1 %
Trois diagnostics	1	1,5 %	1	1,4 %	5	6,1 %	2	1,7 %
Quatre diagnostics	1	1,5 %	0	0,0 %	2	2,4 %	0	0,0 %
Cinq diagnostics	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total	68	100,0 %	72	100,0 %	82	100,0 %	119	100,0 %

Remarque : 19 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics en 2022 ; ¹ voir Gmel et al. (2020, 2021, 2022)

Une grande partie des patients HeGeBe souffre, parallèlement aux troubles liés à l'alcool (30,9 % ; 2021 : 25,0 % ; 2020 : 13,4 % ; 2019 : 29,4 %), d'autres troubles mentaux et du comportement en raison de l'utilisation de substances (61,8 % ; 2021 : 77,8 % ; 2020 : 74,4 % ; 2019 : 68,9 %, voir tableau 17) : le diagnostic révèle généralement l'utilisation de substances multiples (CIM-10 : F19).

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 26,5 % des patients (tableau 7). 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 7,4 % des patients (contre 6,9 % en 2021 et 13,4 % en 2020), des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 : F90-F98). En outre, les troubles affectifs (23,5 % contre 6,9 % en 2021 et 29,3 % en 2020) et les troubles schizophréniques (11,8 % contre 8,3 % en 2021, 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 2022, et comparaison avec les années 2020 et 2021 (plusieurs réponses possibles)

Trouble	2022		2021 ¹		2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0	0,0 %	1	1,4 %	4	4,9 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	21	30,9 %	18	25,0 %	11	13,4 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (hors opioïdes)	42	61,8 %	56	77,8 %	61	74,4 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	8	11,8 %	6	8,3 %	7	8,5 %
Troubles affectifs	16	23,5 %	5	6,9 %	24	29,3 %
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	7	10,3 %	3	4,2 %	11	13,4 %
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	2	2,9 %	0	0,0 %	2	2,4 %
Troubles de la personnalité et du comportement	18	26,5 %	12	16,7 %	21	25,6 %
Retard mental	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Troubles du développement psychologique	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,2 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	5	7,4 %	5	6,9 %	11	13,4 %
Trouble mental, sans précision	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Remarque : 19 valeurs manquantes en 2022 ; ¹ voir Gmel et al. (2021, 2022)

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.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E. (2022) *Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2021* (Rapport de recherche n° 143), 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.

Annexe Remarques méthodologiques

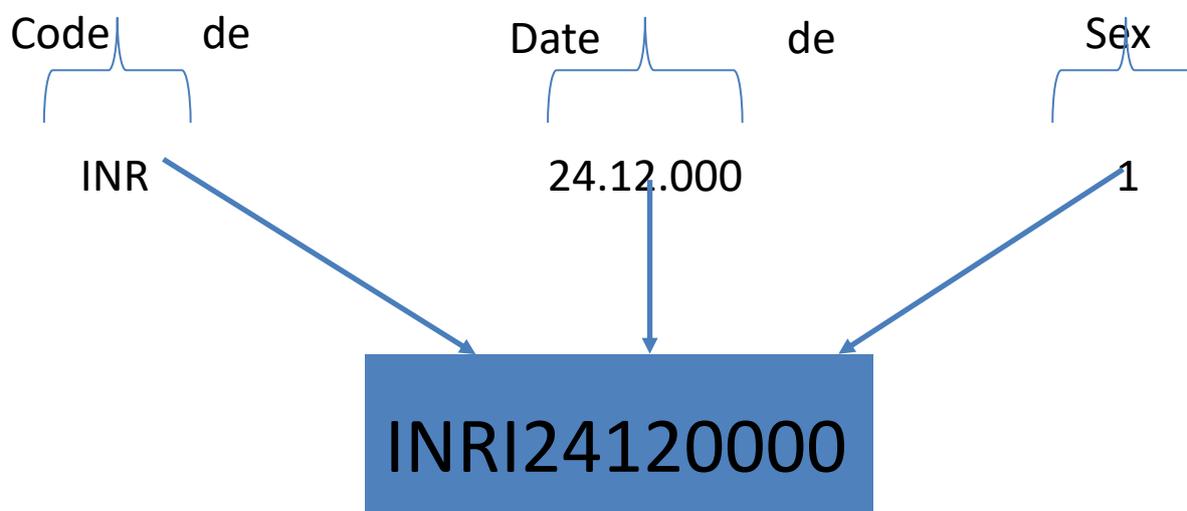
A1 Code personnel

Depuis l'introduction de la base de données *act-info* online, Addiction Suisse a un accès direct aux résultats partiellement anonymisés pour procéder aux évaluations correspondantes. Cela signifie notamment que les noms ont été convertis en un code et ne sont donc pas connus du service chargé des statistiques. Ce code est nécessaire pour procéder à l'observation longitudinale des patients, par exemple pour savoir s'ils sont passés dans une autre institution ou s'ils ont réintégré le programme HeGeBe après une interruption de traitement. Les problèmes de l'observation longitudinale sont expliqués dans l'encadré 1.

Le code est élaboré comme suit (voir illustration A1) :

- Code à quatre lettres (basé sur le prénom et le nom de famille : 3^e lettre du prénom, 3^e lettre du nom de famille, avant-dernière lettre du prénom, avant-dernière lettre du nom de famille)
- Date de naissance (jour, mois, année)
- Sexe (1 = masculin ; 2 = féminin)

Illustration A1 : Code personnel univoque



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. Des raisons liées à la protection des données n'ont pas permis de mettre en place le fichier complet depuis le début du monitoring. Depuis mai 2020, les données des patients remontant jusqu'à 2001 environ sont également disponibles. Il existait déjà des statistiques pour les années précédentes (à partir de 1994). Cependant, dans les premières années de la statistique, les codes personnels ou la date de naissance des patients n'étaient souvent pas recueillis, de sorte qu'il n'était pas possible d'identifier clairement ces patients en cas de changement de traitement vers une autre institution. En d'autres termes, les données relatives aux traitements de longue durée ne sont pas exactes à 100 %. Le calcul de la durée des traitements doit donc être traité avec prudence.

A2 Données manquantes et doublons

En raison de problèmes méthodologiques (voir encadré 1), il ne nous est pas possible de savoir avec certitude quels patients sont encore en traitement. Un élément certain est que le nombre de personnes en traitement a augmenté au cours des deux dernières années. Selon nos statistiques, il y a eu plus d'admissions que de départs cette année. Cependant, il est probable que certains patients restent comptabilisés alors qu'ils ne sont plus en traitement. Cela tient à l'impossibilité de relier leur départ à une admission antérieure à 2013. 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. Pour l'année 2022, il y avait 1526 autorisations valides selon la base de données de l'OFSP. Cependant, dans les données d'*act-info* online, le nombre de personnes pour lesquelles il n'y a pas de départ s'élève à 1801, soit 175 de plus. La raison de cette divergence est que la base de données *act-info* contient encore un grand nombre de doublons, par exemple en cas de passage dans une autre institution. Nous continuons à identifier ces doublons lors de changements d'institutions, de réadmissions ou de départs et à nettoyer progressivement la base de données *act-info*. D'autres raisons expliquent pourquoi 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. De même, un doublon peut apparaître lorsqu'un patient entre en prison, que son admission dans l'établissement pénitentiaire est signalée, mais pas son départ, car le patient revient dans l'institution après avoir purgé sa peine.

A3 Épisodes de traitement, transfert entre institutions et réadmissions

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

- Un *transfert vers une autre institution* désigne le changement d'institution sans une interruption de traitement supérieure à 30 jours.
- Une *réadmission* correspond à 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 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 ou non dans une autre institution.

A4 Incertitudes dans les données sur la consommation de substances

Les années précédentes, les valeurs manquantes ont eu un impact considérable sur les données relatives à la consommation de substances. Il y avait deux types de valeurs manquantes : a) celles pour lesquelles il était indiqué de manière explicite que l'information n'était pas disponible et faisait défaut (non connu), et b) les absences de réponse, c'est-à-dire les valeurs manquantes, sans que l'on sache si l'information n'était pas connue ou si la réponse avait été oubliée. Le formulaire à remplir sur la consommation de substances est très complexe. Dans un premier temps, il fallait 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 y avait deux scénarios dans les rapports précédents :

- 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 connue), on considère qu'il n'y a pas de consommation de la substance en question.

Depuis 2022, les questions portant sur la consommation d'autres substances au cours de la vie doivent obligatoirement être remplies. Il y a donc moins de réponses manquantes, et seul le scénario 1 est présenté ici. S'il y a toujours un nombre conséquent de valeurs manquantes, elles correspondent désormais aux cas où la case « non connu » a été explicitement cochée. Nous traitons la réponse « non connu » comme une valeur manquante et ne nous référons qu'aux réponses explicites « oui » ou « non ».