



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, septembre 2021
Rapport de recherche n° 135

Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats de l'enquête 2020

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)*

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Impressum

Contact : Gerhard Gmel, tél. 021 321 29 59, e-mail : ggmel@addictionsuisse.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 46, fax ++41 (0)21 321 29 40
cgmel@addictionsuisse.ch

Numéro de commande : Rapport de recherche n° 135

Graphisme /mise en page : Addiction Suisse

Copyright : © Addiction Suisse Lausanne 2021

ISBN : 978 2 88183 275 8

Citation recommandée : 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.

Table des matières

1	Introduction.....	6
2	Vue d'ensemble du nombre de patients.....	9
3	Évolution du nombre de patients	11
4	Antécédents médicaux des patients admis en 2020	15
5	Données sociodémographiques	18
6	Consommation de substances	24
7	Hépatites et VIH	32
7.1	Usage intraveineux	32
7.2	Hépatite A	33
7.3	Hépatite B	33
7.4	Hépatite C	35
7.5	VIH	37
8	Motifs de départ / arrêts du traitement	38
9	Troubles psychiques	39
10	Références	42
11	ANNEXE.....	43

Index des tableaux

Tableau 1 :	Admissions et départs en 2020.....	10
Tableau 2 :	Voies d'administration prévues au début du traitement, 2020.....	15
Tableau 3 :	Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2020.	16
Tableau 4 :	Traitements déjà suivis avec prescription d'agoniste d'opioïdes pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2020.....	16
Tableau 5 :	Origine du placement en centre HeGeBe, 2020.....	17
Tableau 6 :	Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2020	20
Tableau 7 :	Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? 2020	21
Tableau 8 :	Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? 2020	22
Tableau 9 :	Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2020	27
Tableau 9 :	Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2020 (suite).....	28
Tableau 10 :	Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2020	28
Tableau 10 :	Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2020 (suite).....	29
Tableau 11 :	Statut concernant l'hépatite A pour 150 admissions (y c. réadmissions) en 2020	33
Tableau 12 :	Interprétation des marqueurs de l'hépatite B.....	34
Tableau 13 :	Dépistage de l'hépatite B chez les 150 patients admis en 2020 (y c. réadmissions)..	34
Tableau 14 :	Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 94 patients admis, 2020 ...	35
Tableau 15 :	Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément 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 2020 et comparaison avec l'année 2019 (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres drogues, hormis les opioïdes/opiacés).....	39
Tableau 16 :	Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément 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 2020 et comparaison avec les années 2013 - 2019, sans troubles liés à l'usage de substances (les opioïdes/opiacés, l'alcool et les autres drogues sont exclus).....	40
Tableau 17 :	Fréquence des groupes de diagnostic CIM-10 selon le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2020 et comparaison avec les années 2018 et 2019 (plusieurs réponses possibles).....	41

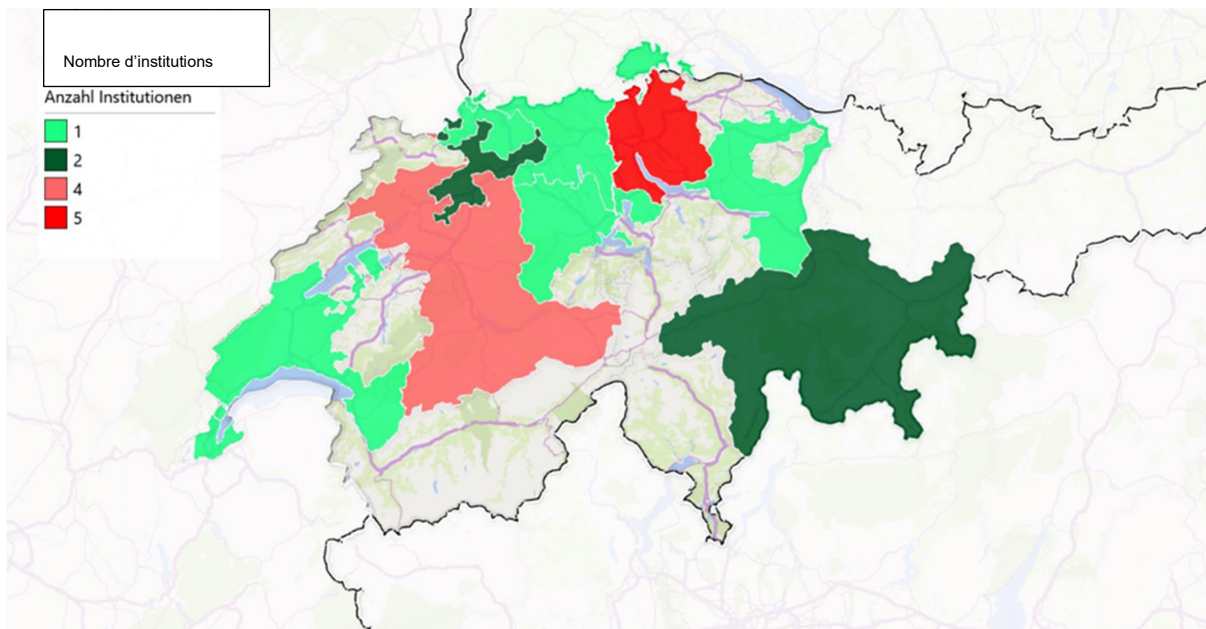
Index des illustrations

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton.....	6
Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994.....	12
Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2020	13
Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre les années 2018, 2019 et 2020 et les années 2013 à 2017	14
Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2020.....	18
Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2020	19
Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2020	23
Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2020, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation).....	25
Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2020	30
Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2020	32
Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2020	36
Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2020.....	37
Illustration 13 : Motifs de départ en 2020 et comparaison avec la période 2013-2018 ¹ et 2019 ²	38

1 Introduction

En Suisse, le monitoring du traitement avec prescription de diacétylmorphine (HeGeBe) est effectué régulièrement depuis 2001. Le présent rapport expose les résultats de l'enquête 2020. L'acronyme HeGeBe a un fondement historique et s'utilise tel quel depuis longtemps. D'une manière générale, il faudrait 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 2020, 22 institutions réparties dans 13 cantons disposaient d'une autorisation pour prescrire la diacétylmorphine (illustration 1). 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 son utilisation à domicile. Cette modification peut avoir une influence sur les résultats. Le rapport sur les données récoltées en 2021 analysera spécifiquement ce changement de pratique.

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton



Étant donné que le monitoring est ancré 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. En conformité avec 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). Les questions portent sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les habitudes de 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 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 sont les suivants :

- 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 du système national de monitoring destiné aux usagers de l'aide professionnelle en matière de dépendance *act-info* (addiction, care and therapy information). Parallèlement à HeGeBe, *act-info* tient d'autres statistiques comme les traitements de substitution et d'autres traitements ambulatoires ou hospitaliers (p. ex., en raison de la consommation 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 dans 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 en coupe 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. En parallèle, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tient une banque de données séparée concernant le programme HeGeBe : les autorisations pour les traitements de chaque patient y sont documentées. Le présent rapport expose les résultats concernant les admissions et les départs enregistrés en 2020 dans la banque de données *actinfo*.

Encadré 1. Problèmes relatifs à la coupe 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.

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

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

2 Vue d'ensemble du nombre de patients

Au moment de la rédaction du présent rapport (août 2021), la base de données du monitoring contenait les admissions et départs pour 2020 de l'ensemble des 22 institutions. Pour l'année 2020, ces institutions ont enregistré 150 admissions (2019 : 173 ; 2018 : 163) et 99 départs (2019 : 137 ; 2018 : 135) (tableau 1). Les 12 transferts d'une autre institution HeGeBe ou les 15 transferts vers une autre institution HeGeBe ne sont pas comptés comme des admissions ou des départs, car il n'y a pas eu au moins 30 jours entre les deux traitements (voir encadré 2). Il semble y avoir, de manière générale, moins d'admissions et de départs que les deux années précédentes. Cela peut toutefois être lié aux statistiques plus précises (voir encadré 1), qui permettent de mieux éliminer les doublons.

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 1) concerne des patients admis pour la première fois (n=114, 105 personnes plus 9 personnes ayant déjà arrêté le traitement). Quasiment tous les patients admis en 2020 sont encore en traitement, à l'exception de 9 nouveaux arrivants en 2020 qui ont cessé le traitement la même année ou ont suivi plusieurs traitements successifs et les ont interrompus (n=9). Les personnes qui sont encore en traitement et qui ont effectué un transfert vers une autre institution HeGeBe représentent les plus jeunes patients, avec une moyenne de 41 ans. Parmi les patients admis pour la première fois, les plus jeunes ont tout juste 20 ans, mais on y trouve également la personne la plus âgée, à savoir 70 ans. De façon générale, les personnes âgées font partie de celles qui ont suivi un traitement (sans interruption) de manière constante et qui ont à présent arrêté le traitement ou font partie des réadmissions. Parmi les patients admis pour la première fois et qui sont encore en traitement, la proportion d'hommes, d'environ 78 %, est proche de celle des années précédentes (Hiltebrand et al., 2018 ; Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020). Avec plus de 90 %, la proportion d'hommes est nettement parmi les personnes qui sont encore en traitement, mais qui changent d'institution. Il s'agit souvent de personnes qui ont séjourné temporairement en prison.

Tableau 1 : Admissions et départs en 2020

Admission ou départ 2019	Traitement	Épisode de prise en charge	Admission en 2020	Admission antérieure	Âge moyen	< 40 ans	40 - 60 ans	> 60 ans	Hommes
Départ	Traitement terminé	Un seul traitement							
	Traitement terminé	Traitements successifs							
	Traitement en cours	Traitements successifs Transfert vers une autre institution							
Admission	Traitement en cours	Première admission							
	Traitement en cours	Réadmission							
	Traitement en cours	Transfert vers une autre institution							

Ein- oder Austritt 2019	Behandlung	Behandlungsepisode	mit Eintritt 2020	früherer Eintritt	Durchschnittsalter	< 40 Jahre	40 - 60 J.	> 60 Jahre	männlich
Austritte	Behandlung beendet	eine Behandlung	9	58	46.5	28%	63%	9%	75%
	Behandlung beendet	Mehrfache Behandlung	9	23	41.4	47%	53%	0%	81%
	Noch in Behandlung	Mehrfache Behandlung Übergang zu anderer Institution		15	43.4	53%	47%	0%	93%
Eintritt	Noch in Behandlung	Ersteintritt	105		42.0	41%	58%	1%	78%
	Noch in Behandlung	Wiedereintritt	27		46.0	26%	63%	11%	78%
	Noch in Behandlung	Übergang von anderer Institution	12		41.3	42%	58%	0%	92%

Se situant légèrement au-dessus de 46 ans, l'âge moyen le plus élevé s'observe chez les patients qui sortent du programme en ayant suivi un seul traitement (n=67, dont 9 personnes en 2020 et 58 personnes avant 2020 ont arrêté le traitement), et la personne la plus âgée avait 60 ans.

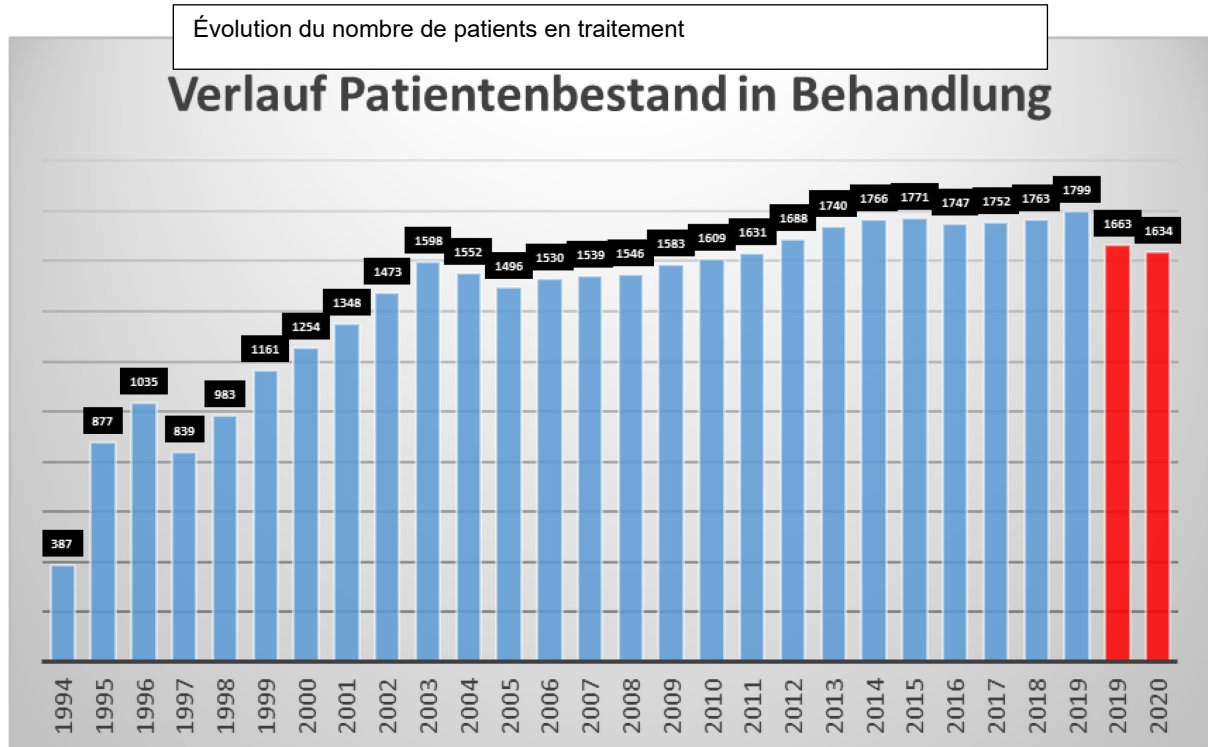
L'essentiel en bref : La ventilation par sexe montre que les hommes interrompent plus souvent leur traitement que les femmes. La proportion de femmes atteint tout juste un quart dans les premières admissions et les départs avec seulement un traitement. Il semble y avoir une plus forte proportion d'hommes en particulier parmi les personnes ayant suivi plusieurs traitements et ayant changé d'institution.

3 Évolution du nombre de patients

Pour les raisons mentionnées ci-dessus (voir encadré 1), nous ne sommes actuellement pas en mesure de fournir des informations fiables à 100 % sur l'ensemble de la population de patients. Mais en combinant les données antérieures de l'ISGF avec la base de données en ligne, nous avons une bien meilleure vue d'ensemble que lors des années avant 2019.

Nous considérons actuellement que 1634 patients étaient encore sous traitement en 2020 (voir illustration 2). C'est bien moins que le nombre de patients comptabilisés encore jusqu'en 2018. Cette diminution est toutefois relative, dans la mesure où il y a par exemple eu plus d'admissions que de départs en 2019. Le nombre de patients devrait donc plutôt avoir augmenté. Si nous actualisons pour 2019 le nombre de patients encore en traitement tel que calculé dans les rapports précédents, celui-ci serait de 1799, avec 36 admissions de plus que les départs. Selon nos statistiques, il y a également eu plus d'admissions que de départs en 2020, mais le nombre de patients semble reculer en raison de données de meilleure qualité au cours des dernières années. À titre de comparaison, on peut utiliser les autorisations enregistrées dans la base de données de l'OFSP. Les autorisations sont toujours accordées pour 2 ans et doivent ensuite être renouvelées. D'après les données de l'OFSP, 1530 autorisations étaient valides en 2020. Les chiffres de la base de données *act-info* se rapprochent donc de ceux de l'OFSP. Il reste toutefois toujours une divergence. La raison de cette divergence est que la base de données *act-info* a toujours contenu un grand nombre d'entrées à 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. En substance, le nombre de patients reste stable depuis des années ; à notre avis, il a été seulement surestimé au cours des années précédentes. La différence qui persiste entre la base de données *act-info* et celle de l'OFSP est très probablement due à d'autres doublons qui n'ont pas pu être complètement éliminés, du fait, en particulier, que les admissions antérieures à 2005 environ ne comportaient souvent pas de date de naissance ou de code patient. Le suivi des patients – des patients de longue durée à tout le moins – en a pâti, ainsi que l'enregistrement précis des départs et des transferts vers d'autres institutions du programme HeGeBe. En outre, les patients qui étaient entrés et sortis la même année étaient comptés comme deux cas dans la base de données de l'ISGF. Le nouveau calcul est basé sur les patients qui, selon les chiffres dont nous disposons, étaient encore sous traitement à la fin de l'année (au 31 décembre 2020).

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994

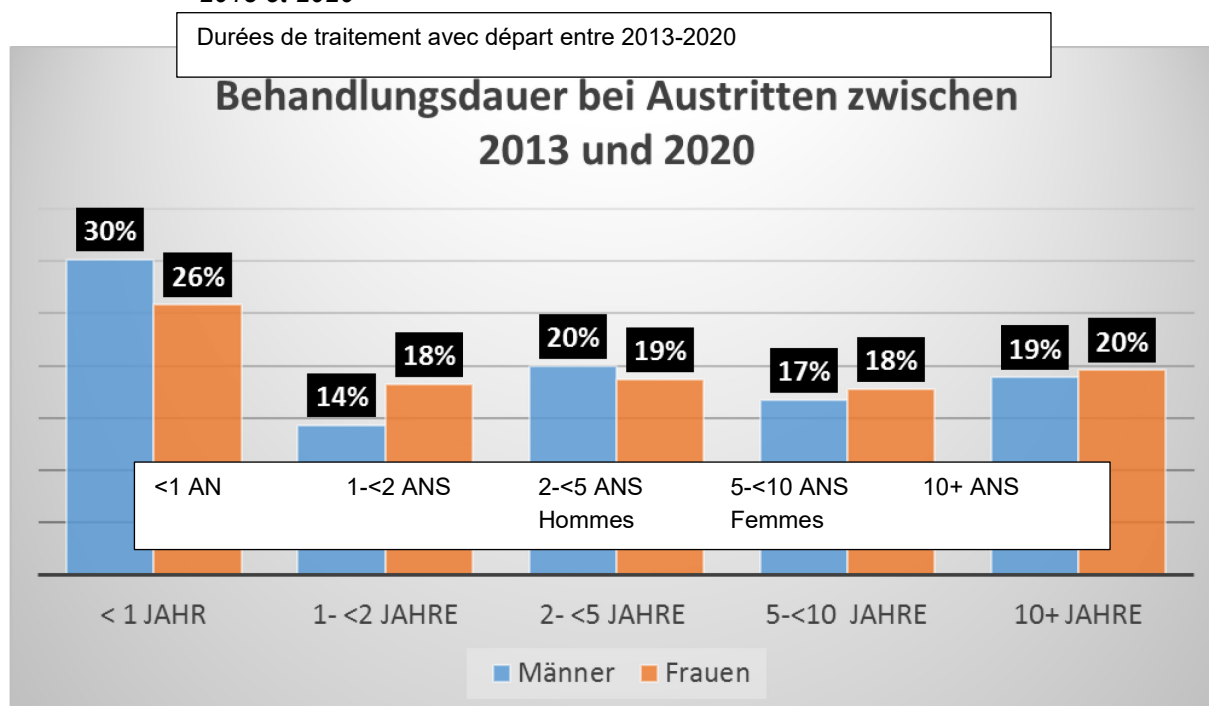


Remarque : En rouge les nouveaux calculs pour 2019 et 2020, en bleu la continuation du calcul original jusqu'à 2019 en tant que somme de 2018 et la différence entre les admissions et départs en 2019.

Pour en savoir plus sur la répartition des patients par tranche d'âge, il convient de se référer au rapport 2017 Hildebrand 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), seuls 13,6 % des personnes encore en traitement avaient moins de 35 ans en 2020.

L'illustration 3 montre les durées de traitement des hommes et des femmes qui sont sortis du programme HeGeBe entre 2013 et 2020.

Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2020

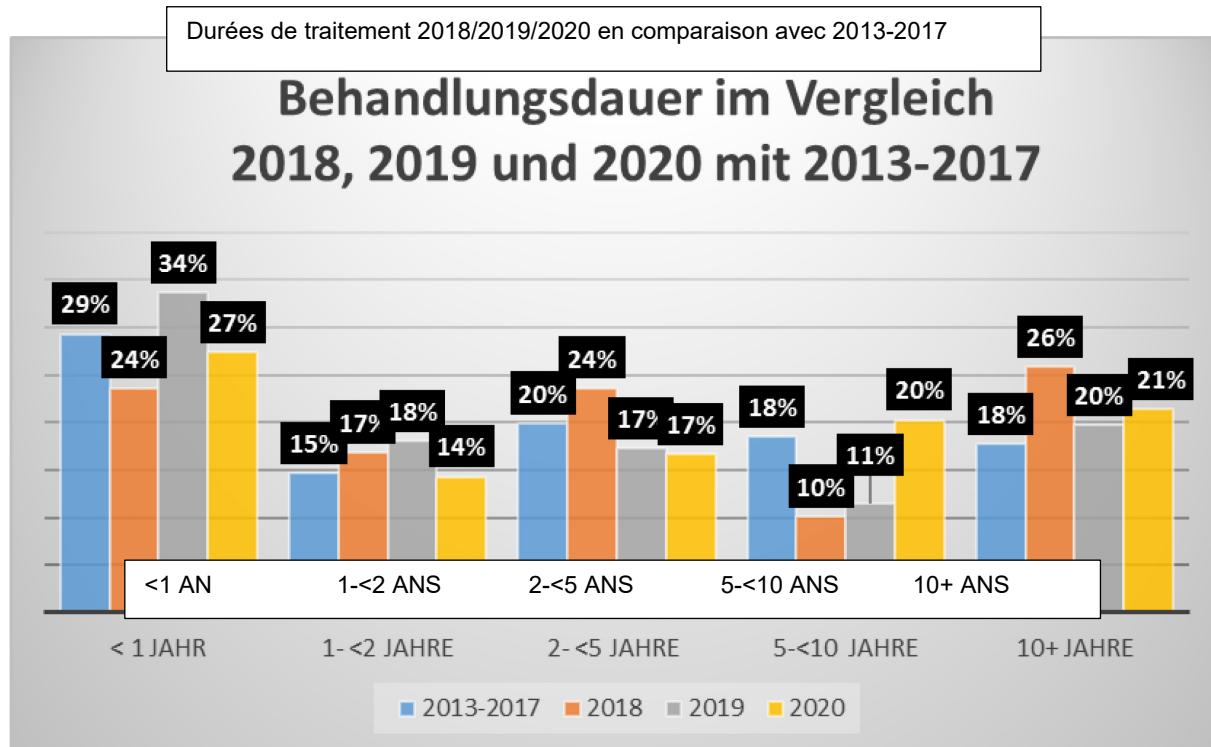


En règle générale, les femmes restent plus longtemps sous traitement et cessent plus rarement le traitement la première année que les hommes. On ne peut que spéculer sur les raisons de cette disparité. Il est possible que la pression psychologique exercée sur les femmes « dans la rue » soit plus grande, 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 2018, 2019 et 2020 avec celle enregistrée entre 2013 et 2017. On constate que la durée de traitement 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 2018 qu'ils ne l'étaient en moyenne dans les années 2013 à 2017 ; en 2019, au contraire, ils étaient plus fréquents. Avec 27 % en 2020, ils étaient dans la moyenne des années 2013 à 2017. Dans le présent rapport, nous prenons en compte des traitements et non des épisodes. On parle d'un seul traitement soit lorsqu'il n'y a eu qu'une seule prise en charge, soit lorsque le traitement a été interrompu pendant au moins un mois (30 jours) – même s'il y a eu reprise de traitement après. Il n'est pas rare que les patients reprennent leur traitement plus de 5 ou 6 ans après son interruption. À l'inverse, un seul traitement peut se poursuivre sans interruption même si les patients changent d'institution. Malheureusement, nous ne disposons pas toujours de la date d'admission dans les données recueillies pendant les toutes premières années (pour les traitements débutés avant 2005 environ), en particulier pour les femmes. Il y a aussi généralement moins de femmes en traitement, ce qui explique la variabilité des répartitions par sexe sur des périodes d'un an. C'est pourquoi la ventilation par sexe dans l'illustration 3 n'a été calculée que sur des statistiques agrégées. La durée de traitement sera encore sous-estimée pour 2018, 2019 et 2020, car dans certains cas il est difficile de reconstituer la durée de traitement des patients ayant été admis avant 2005. En 2020, les données sur lesquelles on peut s'appuyer indiquent une durée moyenne de traitement de 6,6 ans, soit environ un an de plus que l'année précédente (2019 : 5,4 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. Afin de savoir si

la durée du traitement en 2020 constitue une valeur extrême, une augmentation de la durée de traitement ou une amélioration des données statistiques des dernières années, il faut attendre les données des années suivantes à titre de comparaison.

Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre les années 2018, 2019 et 2020 et les années 2013 à 2017



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. 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. Il faut encore attendre pour savoir s'il s'agit d'une valeur extrême ou si cela indique que les situations de traitements sont plus stables. 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 longtemps, mais ils l'ont interrompu (définitivement ou provisoirement). Les raisons de cette disparité restent à clarifier.

4 Antécédents médicaux des patients admis en 2020

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 150 patients admis (= 162-12, voir tableau 1). À notre connaissance, 36 (= 9+27) sont des réadmissions et 114 (= 9+105) des premières admissions.

Au moment de leur admission, surtout lorsqu'il s'agit de la première fois (69,4 %), la plupart des patients se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (tableau 2). Pour environ 8 % (premières admissions : 4,9 % ; réadmissions : 11,8 %), différents types d'administration sont prévus, en général la voie orale et la voie intraveineuse. L'année précédente, le rapport entre les premières admissions et les réadmissions était inversé et on observait une proportion plus élevée d'administrations multiples pour les premières admissions. Des proportions plus faibles d'administration par voie orale pour les réadmissions et plus élevées d'administration par voie intraveineuse et par voies multiples 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 d'une reprise de traitement, ont débouché sur davantage d'administrations par voie intraveineuse et multiple. Toutefois, le nombre de patients réadmis est trop faible pour permettre d'en tirer des conclusions définitives. On remarque cependant que l'année précédente déjà, les mêmes constatations ont été faites concernant des traitements plus fréquents par voie intraveineuse et multiples et plus rares par voie orale uniquement pour les réadmissions par rapport aux premières admissions.

Tableau 2 : Voies d'administration prévues au début du traitement, 2020

Voies d'administration prévues	Réadmissions 2020		Premières admissions	
	n	%	n	%
Voie intraveineuse	12	35,3 %	27	25,0 %
Voie orale	16	47,1 %	75	69,4 %
Voie intramusculaire	2	5,9 %	1	0,9 %
Voies multiples	4	11,8 %	5	4,6 %
Total	34	100,0 %	108	100,0 %

Remarque : 8 valeurs manquantes, dont 6 parmi les premières admissions

Sans surprise, presque tous les patients étaient déjà traités pour des problèmes de dépendance, avant de suivre le traitement actuel avec prescription de diacétylmorphine (tableau 3). Pour 72,2 % 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 (27,8 %) ont déjà suivi un traitement pour des problèmes liés à plusieurs substances. Ces chiffres n'ont guère changé par rapport à l'année précédente.

Tableau 3 : Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2020.

Cause du traitement	Réadmissions 2020		Premières admissions		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	4	11,1 %	24	22,2 %	16	12,0 %
Drogues	34	94,4 %	104	96,3 %	131	98,5 %
Médicaments	8	22,2 %	15	13,9 %	23	17,3 %
Tabac	1	2,8 %	1	0,9 %	2	1,5 %
Comportement ad-dictif	5	13,9 %	4	3,7 %	2	1,5 %

Remarques : 6 valeurs manquantes, toutes pour des premières admissions ; ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2020) ; les pourcentages se basent sur un total de 36 réadmissions en 2020, 108 premières admissions en 2020 et 133 premières admissions en 2019

Comme pour les années précédentes, les traitements de substitution par agoniste opioïde sont les plus fréquemment cités (tableau 4). Pour 37,0 % des patients, un seul type de traitement est indiqué. Près 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, la grande majorité (82,8 %) des personnes avaient logiquement déjà suivi un traitement par diacétylmorphine. Il est 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. Cinq cas sont concernés (déduction faite des valeurs erronées). Plus surprenant en revanche, parmi les nouveaux arrivants, 9 ont suivi un traitement antérieur avec prescription de diacétylmorphine. Malheureusement, les précédents rapports ne mentionnent aucune indication à cet égard, si bien qu'il est impossible de savoir si cette situation est spécifique à 2020. Ces cas concernent toutefois aussi 2019. 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 déjà suivis avec prescription d'agonistes opioïdes pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2020

Traitement	Réadmissions 2020		Premières admissions		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Traitement par agonistes opioïdes	25	86,2 %	88	89,8 %	111	92,5 %
Prescription de diacétylmorphine	24	82,8 %	9	9,2 %	9	7,5 %
Thérapie résidentielle	18	62,1 %	32	32,7 %	53	44,2 %
Sevrage suivi par un professionnel	18	62,1 %	43	43,9 %	63	52,5 %
Autre	5	17,2 %	15	15,3 %	8	6,7 %

Remarques : 23 valeurs manquantes, dont 16 pour les premières admissions ; ¹ cf. vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2020)

Comme pour les années précédentes, 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 (tableau 5). Toutefois, la proportion de personnes venant d'un cabinet médical ou d'une institution spécialisée dans les addictions a augmenté par rapport à l'année précédente.

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2020

Origine du placement	Réadmissions 2020		Premières admissions		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Condamnation/mesure/autorité judiciaire/police	1	3,3 %	4	3,8 %	7	6,0 %
Cabinet médical	3	10,0 %	16	15,2 %	13	11,1 %
Autre établissement spécialisé	7	23,3 %	25	23,8 %	20	17,1 %
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	3	10,0 %	8	7,6 %	10	8,5 %
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	13	43,3 %	48	45,7 %	61	52,1 %
Autres	3	10,0 %	4	3,8 %	6	5,1 %
Total	30	100 %	105	100 %	117	100 %

Remarques : 15 valeurs manquantes, dont 9 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2020)

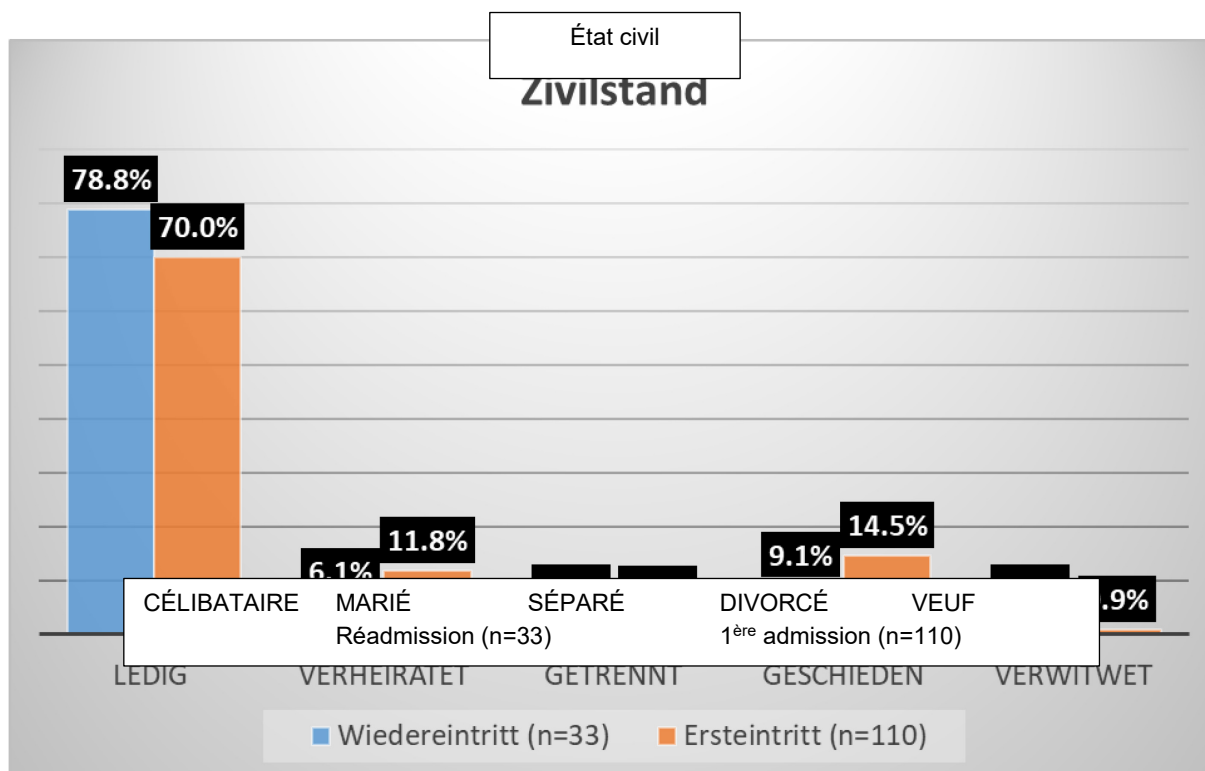
L'essentiel en bref : En ce qui concerne les antécédents médicaux des patients, on n'observe pratiquement aucune évolution par rapport aux années précédentes. La majeure partie des patients a déjà été traitée pour des problèmes de dépendance. Néanmoins, plus d'une personne sur cinq avait déjà suivi un traitement en raison d'autres comportements addictifs. Les traitements antérieurs consistaient essentiellement en traitements par agonistes opioïdes. Toutefois, environ deux tiers des patients avaient déjà suivi une thérapie en milieu résidentiel ou des sevrages. La majorité des 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 114 nouveaux patients admis en 2020, 77 (67,5 %) possédaient la nationalité suisse. Ce chiffre est nettement inférieur à celui de l'année précédente (83,7 %) et à ceux des précédentes enquêtes. Parmi les patients réadmis, le pourcentage est de 85,3 %. Quatre patients admis avaient une double nationalité et 38 (25,7 %, 2 valeurs manquantes) étaient d'une autre nationalité, notamment allemande (6 personnes) et italienne (9 personnes). Ne disposant pour l'instant d'aucune explication quant à l'augmentation de la proportion d'étrangers, il conviendra d'observer l'évolution au cours des prochaines années.

Comme l'année précédente, le pourcentage de célibataires était plus faible en 2020 parmi les premières admissions que parmi les patients réadmis. Dans l'ensemble, la part de célibataires a diminué d'environ 5 points de pourcentage. À l'inverse, la proportion de personnes mariées a augmenté tant parmi les patients réadmis (de 3,6 % à 6,1 %) que parmi les patients admis pour la première fois (de 3,9 % à 11,8 %) (illustration 5). Un patient admis pour la première fois vivait en partenariat enregistré. Les différences parmi les patients réadmis entre les différentes années doivent être traitées avec prudence, car les chiffres relatifs aux réadmissions ne sont basés que sur quelques cas. L'augmentation des patients mariés admis pour la première fois est toutefois significative. Il convient à l'avenir d'observer si les personnes mariées ont davantage recours au traitement par diacétylmorphine, dont l'accès est à bas seuil, avant une séparation.

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2020

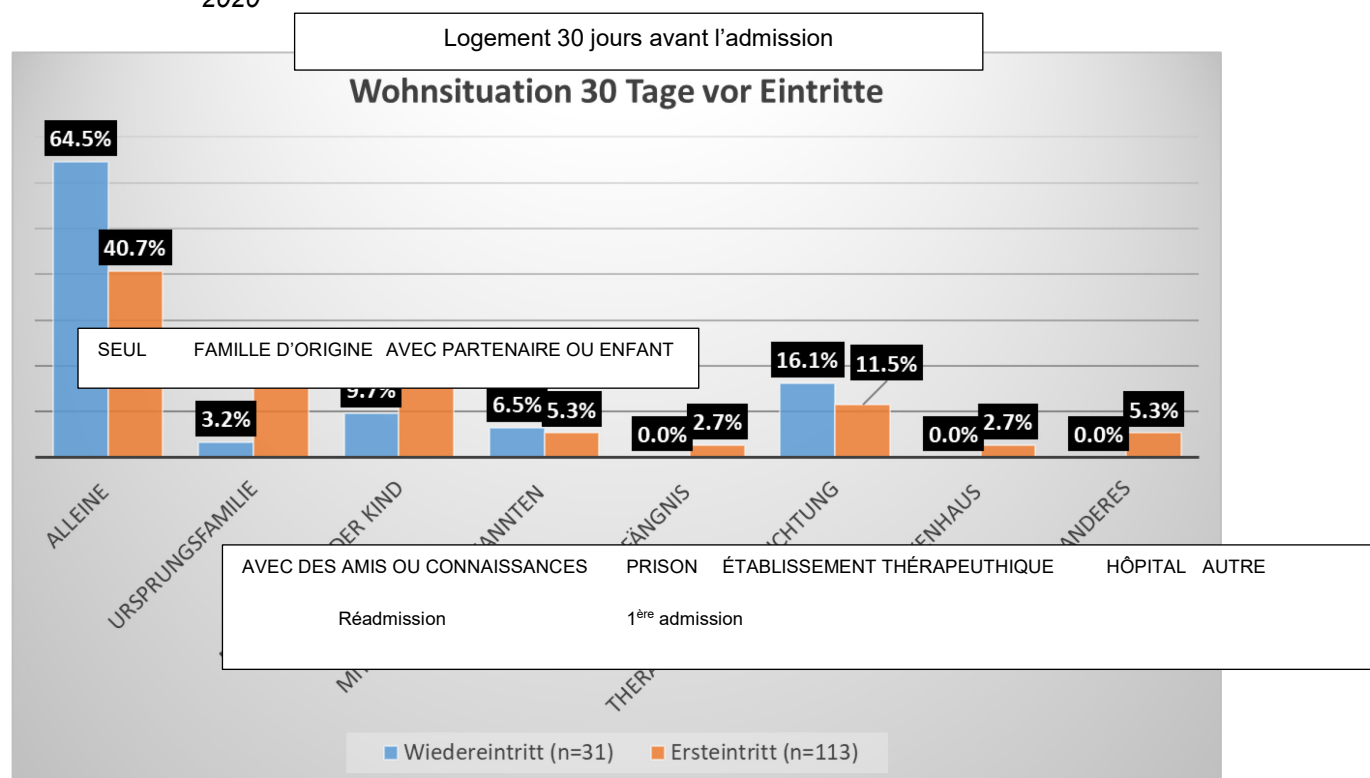


Remarque : 7 valeurs manquantes, dont 4 pour les premières admissions

Alors qu'en 2019, les personnes admises pour la première fois (cf. Gmel, Labhart & Maffli, 2020) étaient moins nombreuses que les patients réadmis à vivre dans leur famille d'origine ou avec un partenaire ou leur(s) enfant(s), ce n'était le cas ni en 2018 (cf. Gmel, Labhart & Maffli, 2019) ni en 2020 (illustration 6). 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) et sont donc plus rarement seuls que les patients réadmis. Cela 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. Les différences sont toutefois très faibles et fluctuent d'année en année.

Il n'y a pas non plus de différences entre les réadmissions et les premières admissions en ce qui concerne la vie avec les enfants. Plus de deux tiers des personnes n'ont pas d'enfant (73,8 %), tandis qu'un peu moins d'un quart ont certes un ou des enfants, mais ne vivent plus dans le même foyer (22,8 %). 3,4 % vivent encore avec au moins un enfant. Les chiffres restent stables par rapport à l'année précédente, toutefois la proportion de patients sans enfants a augmenté par rapport à l'année précédente (66,6 %).

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2020



Remarque : 6 valeurs manquantes, dont 1 pour les premières admissions

Comme le montre le tableau 6, 92,9 % des patients admis pour la première fois ont une situation de logement relativement stable (domicile fixe ou établissement thérapeutique). On constate une augmentation nette et constante par rapport à l'année précédente (84,7 %) et 2018 (81 %). Chez les patients réadmis, la situation s'est également nettement et constamment améliorée avec 90,3 % (année précédente : 71,9 %, 2018 : 64,7 %).

Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2020

Situation de logement	Réadmissions 2020		Premières admissions 2020		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Domicile fixe	23	74,2 %	90	80,4 %	86	66,2 %
Situation instable	3	9,7 %	6	5,4 %	15	11,5 %
Prison	0	0,0 %	2	1,8 %	5	3,8 %
Établissement thérapeutique	5	16,1 %	14	12,5 %	24	18,5 %

Remarque : 7 valeurs manquantes, dont 2 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2020)

L'essentiel en bref : Contrairement à 2019, où les différences entre les nouveaux arrivants et les patients réadmis sont moindres, en 2020 comme en 2018, elles sont plus importantes en termes de conditions de vie. 2019 semble donc être une année particulière. Cela démontre qu'il est important de différencier les premières admissions des réadmissions. Les patients admis pour la première fois vivent bien plus rarement seuls et bien plus souvent dans leur famille d'origine que les patients réadmis.

La situation de logement 30 jours avant l'admission présente une tendance nettement positive. À présent, plus de 90 % des patients admis pour la première fois et réadmis ont un domicile fixe. Il s'agit d'augmentations claires par rapport à 2018 (première admission 92,9 % contre 81 % en 2018), en particulier pour les réadmissions (90,3 % contre 64,7 % en 2018).

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 du nombre de patientes et patients eu égard à leurs conditions de vie. En effet, lors des départs, les patientes et patients ne sont souvent pas présents, d'où des lacunes concernant les données relatives aux personnes sorties du HeGeBe.

Deux tiers des patients admis pour la première fois vivaient de l'aide sociale (41,3 %) ou touchaient une rente (27,5 %). Les patients avec un revenu professionnel étaient proportionnellement un peu plus nombreux (17,4 %) par rapport à l'année précédente (13,2 % ; tableau 7). Le soutien des parents, de proches et d'amis a également augmenté parmi les patients admis pour la première fois (5,5 %) par rapport à l'année précédente (1,6 %). 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 (39,4 % ; 2019 : 53,1 %) s'est déplacée vers ceux vivant d'une rente (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 ? 2020

Moyens de subsistance	Réadmissions 2020		Premières admissions 2020		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Revenu d'une activité lucrative	3	9,1 %	19	17,4 %	17	13,2 %
Économies	1	3,0 %	2	1,8 %	0	0,0 %
Rente (AVS/AI)	14	42,4 %	30	27,5 %	34	26,4 %
Aide sociale/assistance	13	39,4 %	45	41,3 %	65	50,4 %
Assurance-chômage	0	0,0 %	1	0,9 %	3	2,3 %
Soutien du partenaire	0	0,0 %	2	1,8 %	1	0,8 %
Soutien des parents, de proches ou d'amis	0	0,0 %	6	5,5 %	2	1,6 %
Trafic	1	3,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Autres revenus illégaux	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe tarifé	1	3,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Assurance d'indemnités journalières	0	0,0 %	1	0,9 %	3	2,3 %
Autre	0	0,0 %	3	2,8 %	3	2,3 %
Total	33	100,0 %	109	100,0 %	129	100,0 %

Remarque : 8 valeurs manquantes, dont 5 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2020)

En 2020, 26,2 % (contre 19,7 % l'année précédente et 24 % en 2018) des nouveaux patients exerçaient une activité professionnelle (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels). Ainsi, la majorité (39,8 %) était au chômage en 2020 (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 45,7 % l'année précédente, et 48,8 % en 2018) ou sans activité professionnelle (bénéficiaire de rentes, incapacité de travail, femme/homme au foyer ; 29,1 % en 2019 ; 24 % en 2018 ; cf. tableau 8). Cela indique donc un passage des personnes au chômage vers leur sortie du marché du travail. Par rapport à l'année précédente, une partie des patients réadmis semble être passée d'une situation d'emploi à temps plein (9,1 % contre 18,8 % l'année précédente) ou de chômage sans recherche active d'emploi (27,3 % contre 40,6 % l'année précédente) à une situation d'incapacité de travail (39,4 % contre 12,5 % l'année précédente). Il convient de rappeler que le nombre de cas de patients réadmis est faible et que cette tendance doit encore être confirmée au cours des prochaines années.

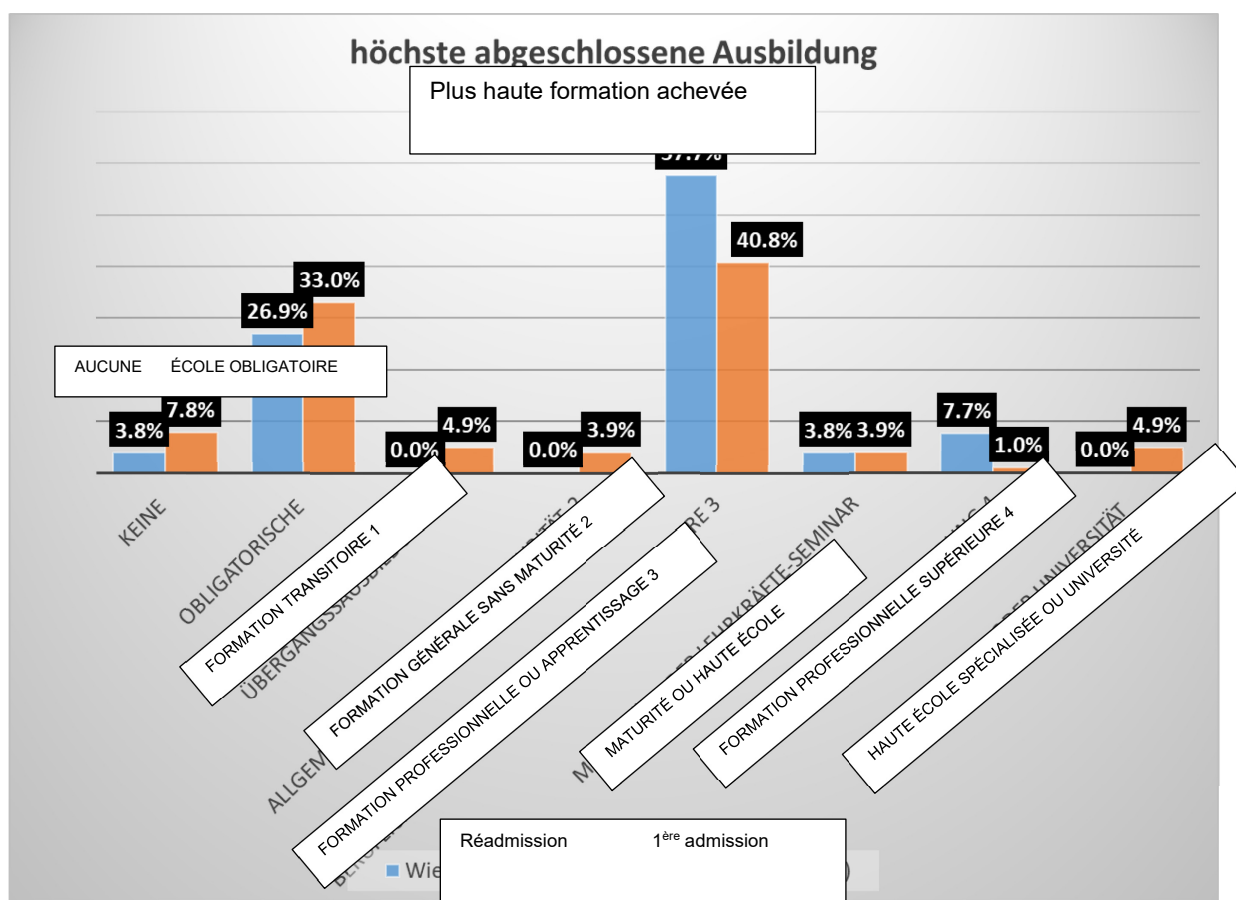
Tableau 8 : Quelle a été votre situation professionnelle principale durant les 30 derniers jours ? 2020

Situation professionnelle	Réadmissions 2020		Premières admissions		Premières admissions 2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Travail à temps complet (70 % ou plus)	3	9,1 %	15	14,6 %	16	12,6 %
Travail à temps partiel	2	6,1 %	10	9,7 %	5	3,9 %
Emplois occasionnels	0	0,0 %	2	1,9 %	4	3,1 %
En formation	2	6,1 %	0	0,0 %	2	1,6 %
Au chômage, en recherche active d'emploi	1	3,0 %	12	11,7 %	12	9,4 %
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	9	27,3 %	29	28,2 %	46	36,2 %
Bénéficiaire d'une rente (retraite, AVS, réserves financières)	1	3,0 %	12	11,7 %	9	7,1 %
Incapacité de travail (AI/indemnités journalières)	13	39,4 %	17	16,5 %	26	20,5 %
Femme/homme au foyer	0	0,0 %	1	1,0 %	1	0,8 %
Autre	2	6,1 %	5	4,9 %	6	4,7 %
Total	33	100 %	103	100 %	127	100 %

Remarque : 14 valeurs manquantes, dont 11 pour les premières admissions, ¹ cf. Gmel, Labhart & Maffli (2020)

Il est intéressant de noter que seuls 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 69,2 % parmi les réadmissions. Contrairement à 2018, les femmes admises pour la première fois ne sont pas davantage représentées dans les niveaux de formation élevés (maturité ou haute école pédagogique, formation professionnelle supérieure, haute école spécialisée ou université). Ce n'était déjà plus le cas en 2019, il s'agit donc d'une situation particulière à 2018. On constate en général plutôt le contraire. En 2020, 55 % des femmes admises pour la première fois n'avaient aucune formation ou n'avaient achevé que l'école obligatoire (hommes : 37,3 %). Elles étaient 50 % l'année précédente et eux 26,4 %. Au total, 40,8 % des patients admis pour la première fois n'ont aucune formation ou ont seulement terminé l'école obligatoire (2019 : 31,7 % ; 2018 : 34,5 %). Cette proportion est en augmentation. Il convient ici aussi de rappeler que parmi les personnes suivant un traitement, les femmes sont bien moins représentées que les hommes et que des variations peuvent exister plus fréquemment que pour les hommes en raison du faible nombre de cas.

Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2020



Remarque : 21 valeurs manquantes, dont 10 pour les premières admissions

1 : formation de 1 an : préapprentissage, année d'école supplémentaire, école d'orientation professionnelle, année d'enseignement ménager, séjour linguistique avec diplôme, 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, HES ou formation équivalente

L'essentiel en bref : La majorité des patients a suivi au moins une formation d'une durée allant de 2 à 4 ans et un cinquième (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.

Il conviendra d'observer dans quelle mesure une tendance à une scolarisation plus faible se développe chez les patients admis pour la première fois.

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. À cet égard, 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, l'âge d'entrée en consommation et le nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours. S'agissant de la consommation tout au long de la vie, deux scénarios (cf. encadré 3) sont pris en considération. Les conclusions varient en fonction du scénario retenu. Par exemple, le LSD a-t-il été consommé par 60,7 % des patients au cours de leur vie (seules les valeurs valides avec la réponse « oui » ou « non » sont prises en considération) ou par seulement moins du tiers (29,8 %, en l'absence de réponse on considère qu'il n'y a pas eu de consommation) ? Est-ce que presque tous les patients fument (98,9 %) et consomment du cannabis (85,7 %) ou « seulement » un peu plus de la moitié (respectivement 61,2 % et 52,7 %) ?

Heureusement, 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 la substance en question 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 plus de 10 consommateurs, les données concernant moins de 10 consommateurs n'ont pas été retenues) surtout en ce qui concerne l'usage illégal d'héroïne, les autres opioïdes, les benzodiazépines, le cannabis ou le tabac, et en 2020 également la méthadone (tableau 10).

Les données de l'illustration 8 sont affichées dans le même ordre que celles de 2019, bien qu'il s'agisse des données de 2020, 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. La substance ayant connu la baisse la plus significative est la cocaïne en poudre à 68 % (contre 85 % l'année précédente).

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2020, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation)

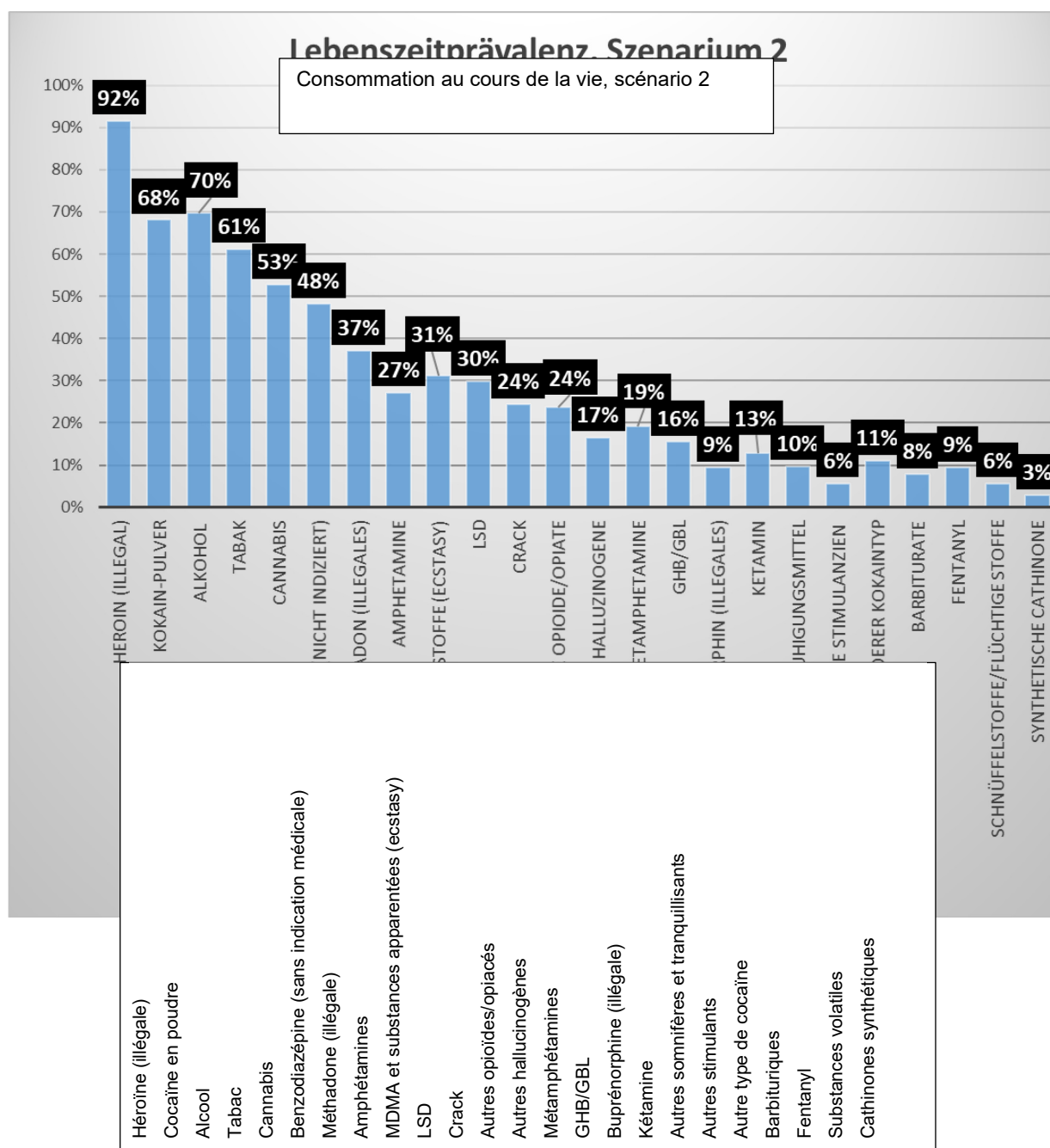


Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2020

Substance	Consommation tout au long de la vie					Âge d'entrée en consommation			
	Valeurs manquantes	Pas de réponse	Valeurs valides	Oui, consommation, scénario 1	Oui, consommation, scénario 2	Valeurs valides (parmi les oui)	Min.	Max.	Âge moyen (en années) d'entrée en consommation
Alcool	48	43	102	99,0 %	69,7 %	85 (101)	5	33	14,4
Héroïne (illégal)	19	12	131	100,0 %	91,6 %	110 (131)	12	40	20,3
Méthadone (illégal)	43	25	107	45,8 %	37,1 %	36 (49)	16	36	24,0
Buprénorphine (illégal)	39	26	111	11,7 %	9,5 %	8 (13)	17	45	30,8
Fentanyl	42	29	108	12,0 %	9,5 %	10 (12)	16	50	29,7
Autres opioïdes/opiacés	54	30	96	31,3 %	23,8 %	19 (30)	16	53	27,3
Cocaïne en poudre	51	42	99	97,0 %	68,1 %	84 (96)	12	48	19,1
Crack	57	46	93	36,6 %	24,5 %	27 (34)	12	37	23,4
Autre type de cocaïne	51	46	99	16,2 %	11,0 %	12 (16)	16	32	22,3
Amphétamines	87	84	63	63,5 %	27,2 %	36 (40)	12	41	18,6
Métamphétamines	91	87	59	47,5 %	19,2 %	22 (28)	12	50	21,7
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	93	87	57	78,9 %	31,3 %	38 (45)	12	50	20,5
Cathinones synthétiques	96	89	54	7,4 %	2,8 %	4 (4)	15	25	19,0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	98	89	52	15,4 %	5,7 %	6 (8)	15	42	26,5
Barbituriques	83	72	67	16,4 %	7,9 %	8 (11)	16	30	19,9
Benzodiazépine (sans indication médicale)	72	65	78	88,5 %	48,3 %	54 (69)	12	45	23,5
GHB/GBL	77	68	73	30,1 %	15,6 %	20 (22)	12	40	21,9
Autres somnifères et tranquillisants	87	70	63	20,6 %	9,8 %	13 (13)	18	40	24,5
LSD	92	89	58	60,7 %	29,8 %	46 (54)	12	50	19,0
Kétamine	93	91	57	33,3 %	12,8 %	17 (19)	12	37	23,3

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation, 2020 (suite)

Substance	Consommation tout au long de la vie					Âge d'entrée en consommation			
	Valeurs manquantes	Pas de réponse	Valeurs valides	Oui, consommation, scénario 1	Oui, consommation, scénario 2	Valeurs valides (parmi les oui)	Min.	Max.	Âge moyen (en années) d'entrée en consommation
Autres hallucinogènes	98	91	54	44,4 %	16,6 %	19 (24)	12	30	19,6
Substances volatiles	77	68	73	11,0 %	5,7 %	8 (8)	13	25	17,0
Cannabis	59	57	91	85,7 %	52,7 %	64 (78)	9	21	15,0
Tabac	59	56	91	98,9 %	61,2 %	72 (90)	6	21	14,5

Remarques : 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, 2020

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	70	41,4 %	22,9 %	8,6 %	27,1 %	9,4	41	11,5
Héroïne (illégal)	101	18,8 %	9,9 %	18,8 %	52,5 %	17,8	83	21,9
Méthadone (illégal)	31	64,5 %	12,9 %	0,0 %	22,6 %	7,3	11	19,3
Buprénorphine (illégal)	7	85,7 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	0,6	1	4,0
Fentanyl	9	88,9 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1	1	1,0
Autres opioïdes/opiacés	21	47,6 %	28,6 %	0,0 %	23,8 %	7,4	11	14,2
Cocaïne en poudre	72	47,2 %	25,0 %	12,5 %	15,3 %	6,4	38	12,2
Crack	24	70,8 %	16,7 %	4,2 %	8,3 %	3,4	7	11,1
Autre type de cocaïne	10	60,0 %	10,0 %	10,0 %	20,0 %	7,0	4	17,5
Amphétamines	29	86,2 %	13,8 %	0,0 %	0,0 %	0,4	4	3,0
Métamphétamines	18	88,9 %	5,6 %	0,0 %	5,6 %	1,9	2	17,5
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	33	97,0 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	1	1,0

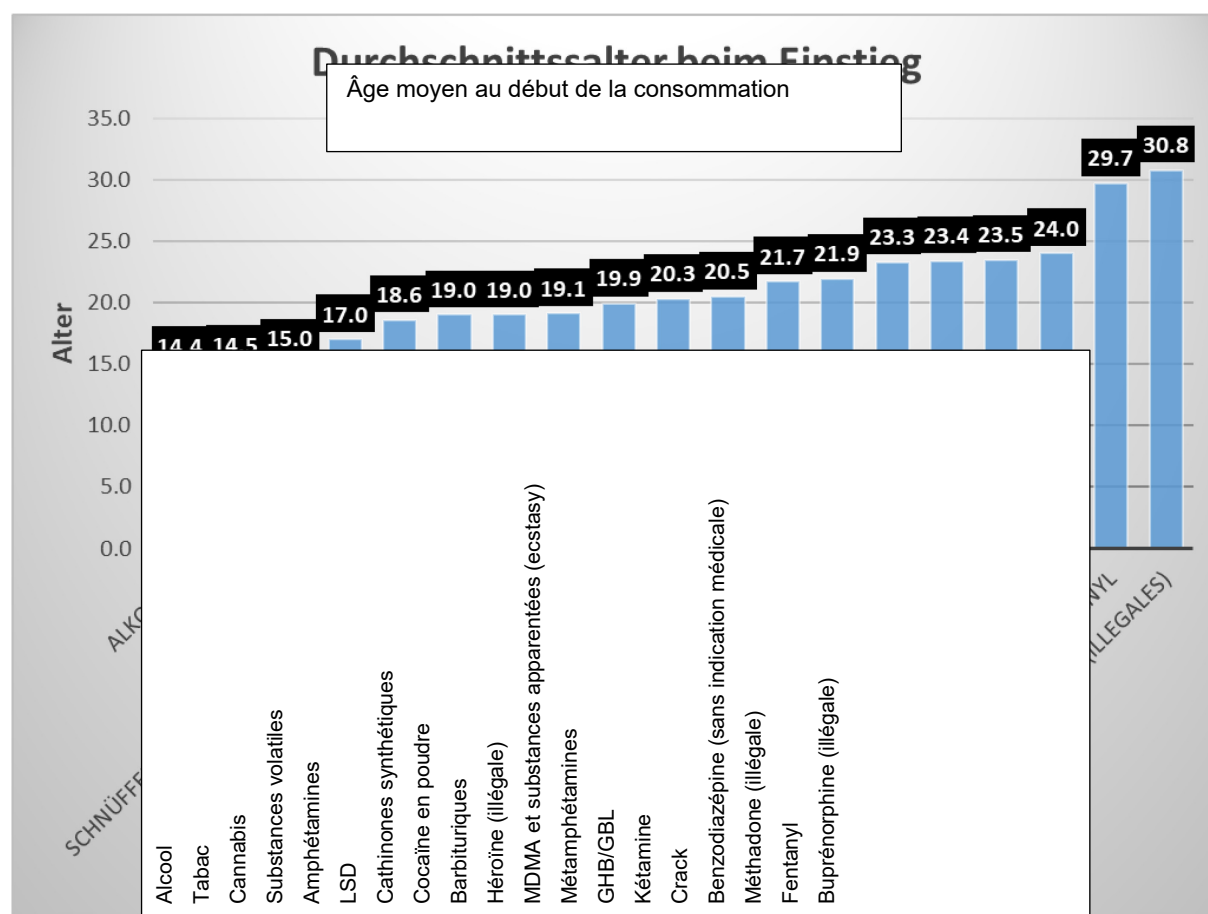
Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2020 (suite)

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
Cathinones synthétiques	3	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil sans indication médicale, khat)	5	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Barbituriques	8	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Benzodiazépine (sans indication médicale)	50	42,0 %	26,0 %	8,0 %	24,0 %	8,9	29	15,3
GHB/GBL	16	87,5 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,4	2	3,0
Autres somnifères et tranquillisants	11	81,8 %	9,1 %	9,1 %	0,0 %	1,4	2	7,5
LSD	34	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Kétamine	11	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Autres hallucinogènes	16	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Substances volatiles	5	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Cannabis	53	45,3 %	9,4 %	15,1 %	30,2 %	10,8	29	19,9
Tabac	59	8,5 %	3,4 %	0,0 %	88,1 %	26,4	54	28,8

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 de la substance tout au long de la vie qui ont répondu « oui » (ce qui ouvre le masque de saisie de données additionnelles). Ces substances ne sont pas toutes utilisées par l'ensemble des patients HeGeBe (cf. illustration 8). Les valeurs reflètent des moyennes chez les consommateurs. Le tableau 9 indique la fourchette des âges du début de consommation.

S'agissant du début de la consommation, l'évolution est classique. En effet, vers 14-15 ans, les jeunes commencent par les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ainsi que par le cannabis. Les substances volatiles représentent ensuite des produits de transition. Puis, vers 18-19 ans, ils passent à des substances telles que le LSD, les amphétamines, l'ecstasy, les cathinones synthétiques et la cocaïne. Un peu plus tard, ils commencent à consommer des barbituriques et de l'héroïne. D'autres substances vont souvent de pair avec la toxicomanie, comme le crack, la benzodiazépine et la méthadone. Par la suite, vers 30 ans, se rajoutent le fentanyl et la buprénorphine. S'il peut y avoir quelques rares changements dans le classement des substances à l'intérieur des grands blocs par rapport à l'année précédente (cf. Gmel, Labhart et Maffli, 2019), l'ordre des blocs, lui, reste le même pour l'essentiel. Le tabac venait par exemple avant l'alcool en 2019 alors que c'est l'inverse en 2020, 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 2020



Remarque : les autres types de cocaïne, hormis le crack et la poudre, les autres stimulants, les autres somnifères et tranquillisants, les autres stimulants ainsi que les autres hallucinogènes ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus, mais dans le tableau 9.

L'essentiel en bref : Il n'est pas surprenant de constater que 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, du LSD et des benzodiazépines. Durant les 30 jours avant leur admission, les patients prennent non seulement de l'héroïne, mais aussi fréquemment 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 consommer les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ainsi que du cannabis. C'est à un âge plus tardif que les patients HeGeBe commencent à prendre de la cocaïne et de l'héroïne. C'est relativement tard, vers l'âge de 30 ans, que s'ajoutent le fentanyl et la buprénorphine illégale.

7 Hépatites et VIH

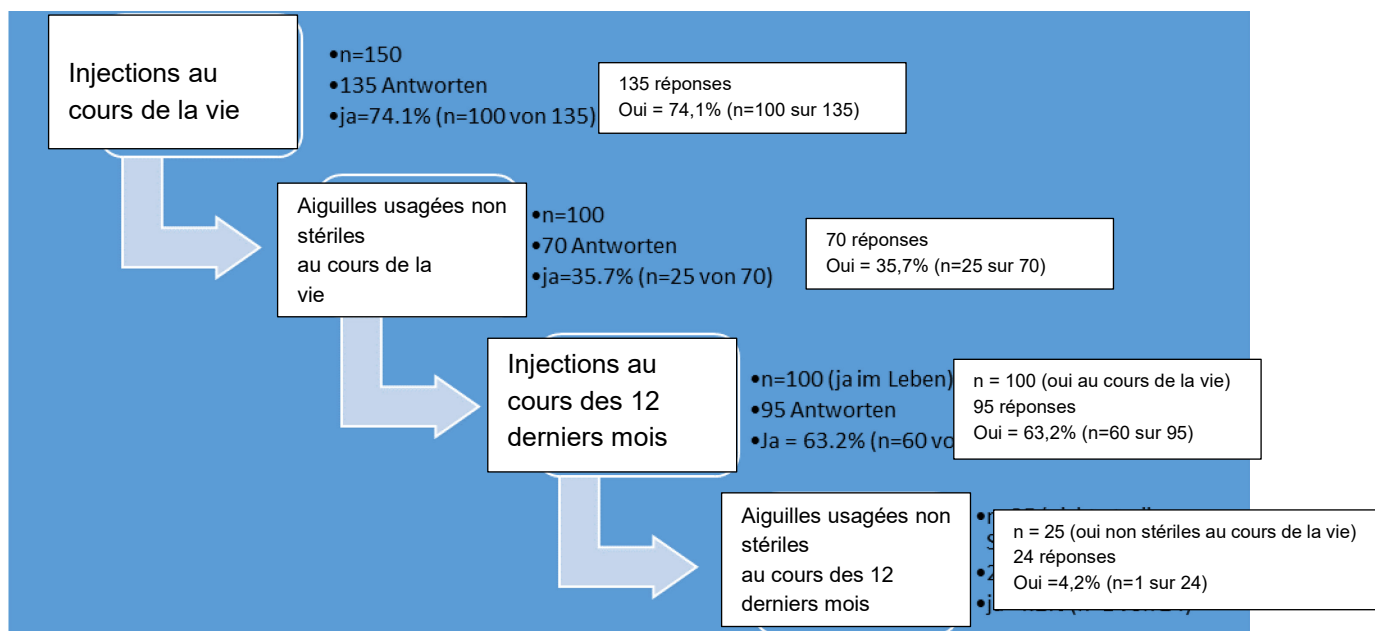
Dans le cadre de l'évaluation des données relatives aux hépatites et au VIH, tous les patients pour lesquels des résultats de tests ou des données sur le statut de vaccination étaient disponibles ont été pris en compte. C'est la raison pour laquelle les personnes n'ayant jamais été dépistées pour l'hépatite 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, 25,9 % des patients HeGeBe n'ont jamais injecté de substances au cours de leur vie (cf. illustration 10), d'où le pourcentage élevé de traitements par voie orale (cf. tableau 2). Durant les 12 mois avant leur admission, plus de 50 % des personnes ne pratiquaient pas d'injection (63,2 % de 74,1 % = 46,8 % avec injections). Dans l'ensemble, la proportion de personnes n'ayant jamais pratiqué d'injection au cours de leur vie (25,9 % contre 18,2 % en 2019) et au cours des 12 derniers mois (53,2 % contre 39,8 % en 2019) a augmenté de manière significative par rapport à l'année précédente. À ce stade, il convient de tenir compte du fait que des valeurs ont plus souvent fait défaut que l'année passée

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection, 2020



Plus d'un quart des personnes (35,7 % de 74,1 % = 26,5 %) ont déjà utilisé, une fois au cours de leur vie, des seringues potentiellement non stériles et tout juste 1,5 % (4,2 % de 35,7 % = 1,5 %) au cours des 12 mois avant le début du traitement. Il s'agit d'une baisse significative par rapport à l'année précédente (2019 : 32,1 % au cours de leur vie et 4,9 % au cours des 12 derniers mois).

L'essentiel en bref : La consommation de substances sans injection est fréquente chez ces patients gravement dépendants et on peut même constater une augmentation de la proportion. Plus d'un quart des personnes ont utilisé des aiguilles non stériles durant leur vie et environ 1,5 % au cours des 12 mois avant leur admission, d'où leur forte vulnérabilité aux hépatites et au VIH. Il est réjouissant de constater que ces chiffres sont 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 : il a été multiplié par 2,5 avec 110 cas déclarés (OFSP-Bulletin 23 du 4 juin 2018).

Douze autres patients admis ont répondu à la question concernant la vaccination, mais on ignore si un test a été effectué. Sept d'entre eux ont une vaccination complète et font donc partie du groupe « immunisé ». Au total, 39 personnes (y compris celles ayant effectué un test) ont indiqué avoir une vaccination complète, ce qui correspond à 26,0 % des patients admis sur un total de 150 (contre 27,1 % l'année précédente). Cependant, chez 84 personnes (56,0 %), le statut vaccinal n'est pas connu. Seuls six patients ont indiqué n'avoir encore jamais fait de test ; personne n'a refusé de répondre. 76 individus ont indiqué avoir fait un test et 66 disposent du résultat. Si l'on y ajoute les 7 personnes du groupe « immunisé », on dispose d'un résultat de test pour 73 personnes, alors que le statut concernant l'hépatite A est inconnu pour 77 personnes (tableau 11).

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 150 admissions (y c. réadmissions) en 2020

Statut	n (=150)	% de tous les patients admis (n=150)	% parmi les résultats disponibles (n=73)
Inconnu	77	51,3 %	
Négatif, donc patient non immunisé	34	22,7 %	46,6 %
Patient immunisé (vaccination, infection guérie ou phase aiguë surmontée)	39	26,0 %	53,4 %

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

L'essentiel en bref : Cette population vulnérable connaît mal son statut immunitaire vis-à-vis de l'hépatite A, qu'il s'agisse du statut vaccinal ou de dépistage de l'hépatite A. Plus de 70 % 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 développent une hépatite B chronique. 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 les personnes entre 35 et 60 ans².

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

Pour que l'analyse soit davantage pertinente, toutes les admissions enregistrées en 2020, 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. La disparition de l'**antigène HBs (HBsAg)** est suivie de l'apparition d'anti-HBs, signe d'une immunisation intervenue après guérison complète ou vaccination. L'HBsAg indique donc s'il s'agit d'une infection aiguë ou chronique. 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 (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 suffisamment d'anti-HBs au cours des semaines suivant la dernière injection. 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

62,6 % des patients admis (n=94) indiquent avoir déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B, alors que 34,6 % des patients n'ont donné aucune information à cet égard (inconnu ou valeurs manquantes). Seules quatre personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test. 32 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 21,3 % de l'ensemble des admissions (contre 25,9 % l'année précédente). 52 patients (34,6 % contre 22,9 % l'année précédente) ont déclaré avoir fait un test antérieurement.

Afin de pouvoir établir un diagnostic relativement sûr, il faut connaître au moins deux marqueurs, mais en réalité les trois sont nécessaires. Comme le montre le tableau 13, les trois marqueurs sont disponibles seulement pour 20 % (contre 21,8 l'année précédente) des 150 patients admis, c'est-à-dire pour 30 personnes.

Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 150 patients admis en 2020 (y c. réadmissions)

Marqueur	positif	négatif	% de l'ensemble des admissions (n=150)
Anti-HBc	16	43	39,3 %
HBsAg	0	49	32,7 %
Anti-HBs	29	24	35,3 %
Résultats de dépistage complets			20,0 %
Aucun résultat			49,3 %

S'agissant des résultats de dépistage, l'objectif était également de voir 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 46,0 % (contre 48,2 % l'année précédente) des patients (n=69). Parmi les 81 personnes ayant fourni des indications, 44 (54,3 %) ont indiqué

une vaccination complète. Quatre personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Onze personnes n'ont pas fait de test, car elles étaient déjà positives aux anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Six personnes ont refusé de se soumettre au test, cinq patients vont le faire ultérieurement (la décision est prise) et onze personnes ont avancé d'autres raisons pour justifier la non-vaccination. Le tableau 14 indique une estimation (best guess) du statut de l'hépatite B pour 94 patients admis (sur 150).

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 94 patients admis, 2020

	Patients	%	Remarques
Non immunisé	27	29 %	Diagnostic clair seulement chez 13 patients
Immunisé (vacciné)	34	36 %	
Immunisé (après guérison)	5	5 %	
Contact avec le virus (statut inconnu)	6	6 %	Probablement 3 cas d'infection en cours
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	4	4 %	
Aucun marqueur, mais vaccination complète	10	11 %	
Infection à l'hépatite B en cours	8	9 %	
Total	94	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 clairement que seuls quelques patients se trouvent dans une phase aiguë de la maladie ou sont atteints d'une infection chronique. Par ailleurs, un petit tiers des patients (29 %) ne sont pas immunisés contre l'hépatite B.

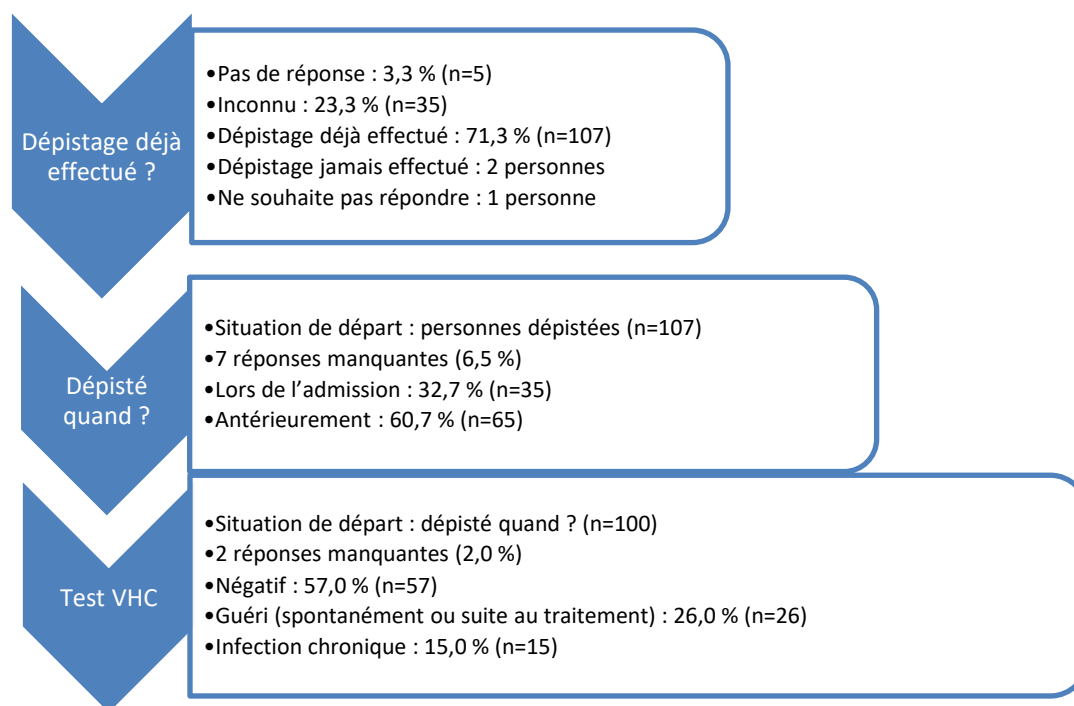
7.4 Hépatite C

En Suisse, environ 0,5 % de la population a contracté 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 demeure très élevée et atteint 70 % environ. 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 par voie intraveineuse. Selon les estimations, entre 7700 et 15 400 d'entre eux sont infectés par le VHC (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 2020, y compris les réadmissions (illustration 11), étant donné qu'un examen annuel est recommandé. En effet, même après guérison, l'hépatite C ne confère pas d'immunité pour la vie, ce qui signifie qu'il est 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.

Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2020



On constate que, sur 150 patients admis en 2020, le statut immunitaire de 52 personnes est inconnu vis-à-vis de l'hépatite C, soit 34,7 % tout comme l'année précédente. Cela s'explique notamment par le fait qu'on ignore, pour 26,6 % 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 deux précisent explicitement qu'ils n'ont pas encore effectué de dépistage. Pour 71,3 % des patients (contre 71,2 % l'année précédente), on sait au moins qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat est parfois inconnu. Parmi les patients dépistés, 32,7 % (contre 43,8 % l'année précédente) l'ont été au moment de leur admission, alors que 60,7 % (contre 53,7 % l'année précédente) 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 dont le statut de dépistage est connu, le résultat est négatif dans 57,0 % des cas (contre 52,2 % l'année précédente). Au moment du test, 26,0 % des patients (contre 26,3 % l'année précédente) étaient guéris et 15,0 % (contre 18,6 % l'année précédente) atteints d'une infection chronique. Le pourcentage est de 15,3 % (contre 19,8 % l'année précédente) si l'on ne prend en considération que les personnes avec un statut de dépistage connu.

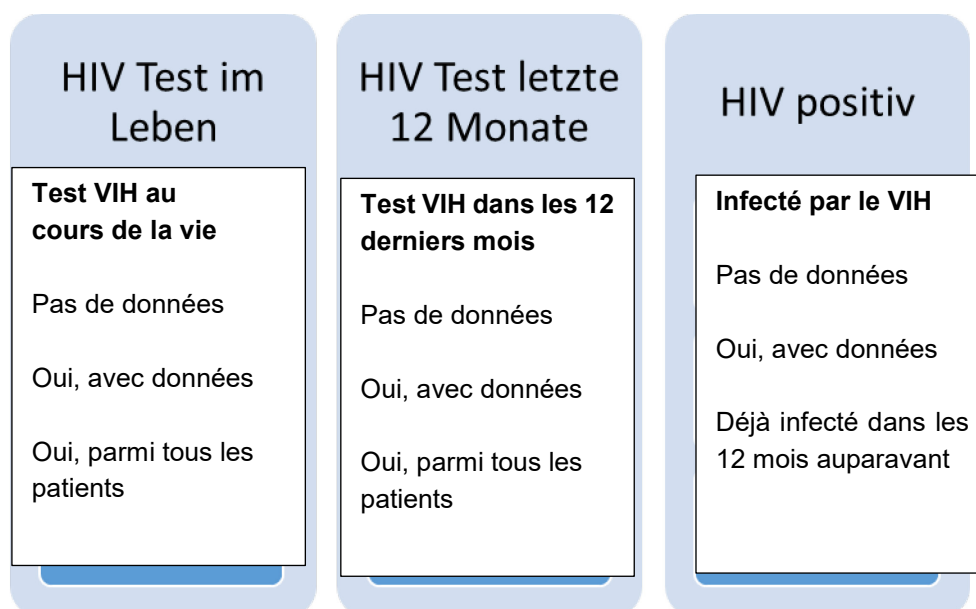
La proportion de patients HeGeBe atteints d'hépatite chronique est en recul depuis des années. Selon Hildebrand et al. (2018), elle s'élevait à 72,7 % durant la période 2001 – 2004, reculant à 37,1 % en 2013-2016, pour atteindre 33,3 % en 2017. Pour 2019, la prévalence d'hépatites chroniques se situait à 19 %, alors qu'en 2020 elle est tombée à 15 %. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hildebrand 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 2020, les cas valables représentent presque 70 % des premières admissions. 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 eu un effet préventif.

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 plus de 35 % des patients admis en 2020. Cette proportion est toutefois nettement plus faible que celle des années précédentes. La majorité des personnes pour lesquelles les résultats du dépistage sont connus ont un test négatif. Avec un pourcentage d'environ 15 %, la prévalence des hépatites C chroniques a considérablement diminué.

7.5 VIH

En 2020, 81,3 % des patients (n=122 de 150) ont indiqué avoir déjà fait une fois un test VIH au cours de leur vie (contre 84,7 % l'année précédente). Seules cinq personnes ont déclaré ne pas s'être encore soumises à un dépistage. En d'autres termes, presque toutes les personnes (96,1 % contre 97,3 % l'année précédente) 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 2020



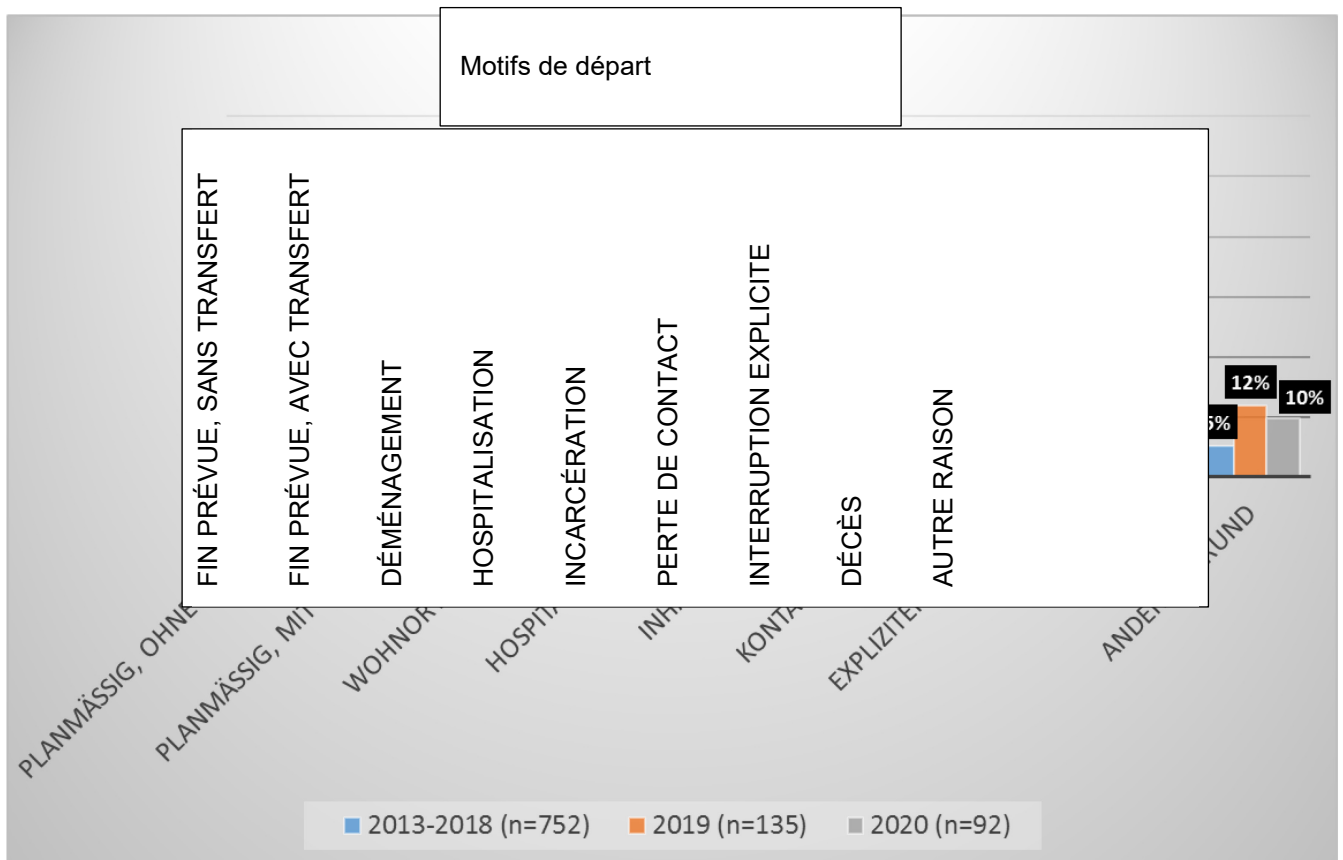
Force est de constater cependant que seuls 70,6 % des patients pour lesquels on dispose de données (contre 76,3 % l'année précédente) ont fait un test au cours des 12 derniers mois. Si l'on rapporte ce chiffre à l'ensemble des patients admis, y compris ceux pour lesquels on ne dispose pas de données (inconnu ou valeurs manquantes), cela représente 56,0 % (contre 57,1 % l'année précédente) de l'ensemble des admissions. Parmi les quatre personnes séropositives, toutes indiquent avoir été infectées plus de 12 mois auparavant. Comme les années précédentes (cf. Hiltbrand et al., 2018, Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020), aucun nouveau cas n'a été enregistré en 2020.

L'essentiel en bref : Selon les indications des patients, aucun nouveau cas de VIH n'a été enregistré en 2020. Il convient toutefois de souligner que seule un peu plus de la moitié des patients a fait un test récemment (au cours des 12 derniers mois).

8 Motifs de départ / arrêts du traitement

Depuis 2013, les raisons à l'origine de l'arrêt du traitement sont 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 dans d'autres institutions (y c. médecin traitant), ou du changement du médicament de substitution (par exemple 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 2020, 22 décès ont été enregistrés, ce qui correspond proportionnellement à 24 % des patients, c'est-à-dire environ deux fois plus que les années précédentes.

Illustration 13 : Motifs de départ en 2020 et comparaison avec la période 2013-2018¹ et 2019².



Remarques : N=99 y c. transferts, 7 valeurs manquantes ; ¹ cf. Hillebrand et al. (2018) et Gmel et al. (2019) ; ² cf. Gmel et al., 2020

9 Troubles psychiques

Le présent chapitre porte sur les prévalences des troubles diagnostiqués selon le chapitre V de la classification CIM-10 « Troubles mentaux et du comportement » lors des départs. Notre approche étant différente de celle des 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 vu que ces substances sont censées faire partie du programme HeGeBe. Afin de permettre des comparaisons avec les années précédentes, les résultats présentés ci-après indiquent également les prévalences sans les troubles liés à l'usage de substances (cf. tableau 16).

En tenant compte des autres troubles liés à l'usage de substances hormis les opioïdes/opiacés (p. ex. alcool, cannabinoïdes, cocaïne, usage de substances multiples), on constate que seule une petite partie des patients (13,4 %) ne présente pas au moins un autre trouble psychiatrique ou de comportement diagnostiqué lié à l'usage de substances. 76,8 % des patients souffrent au moins d'un autre trouble lié à la consommation de substances, en général de 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, 23,2 % des patients ne sont diagnostiqués qu'à cause de l'usage de substances (alcool ou autres drogues, hormis les opioïdes/opiacés), ce qui correspond à peu près aux résultats des années précédentes.

Tableau 15 : Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément 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 2020 et comparaison avec l'année 2019 (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)				
	2020		2019	
	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés aux opioïdes	11	13,4 %	14	11,8 %
Un diagnostic	20	24,4 %	33	27,7 %
Deux diagnostics	29	35,4 %	44	37,0 %
Trois diagnostics	15	18,3 %	25	21,0 %
Quatre diagnostics	4	4,9 %	2	1,7 %
Cinq diagnostics	3	3,7 %	1	0,8 %
Total	82	100,0 %	119	100 %

Remarques : 17 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics en 2020

Tableau 16 : Nombre de diagnostics psychiatriques confirmés conformément 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 2020 et comparaison avec les années 2013 - 2019, sans troubles liés à l'usage de substances (les opioïdes/opiacés, l'alcool et les autres drogues sont exclus).

Nombre de diagnostics sans troubles liés à l'usage de substances								
	2020		2019 ¹		2018 ¹		2013-2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés à l'usage de substances (y c. opioïdes)	30	36,6 %	49	41,2 %	50	45,9 %	343	45,9 %
Un diagnostic	31	37,8 %	50	42,0 %	46	42,2 %	303	40,6 %
Deux diagnostics	14	17,1 %	18	15,1 %	10	9,2 %	85	11,4 %
Trois diagnostics	5	6,1 %	2	1,7 %	2	1,8 %	14	1,9 %
Quatre diagnostics	2	2,4 %	0	0,0 %	1	0,9 %	2	0,3 %
Cinq diagnostics	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total	82	100,0 %	119	100 %	109	100 %	747	100 %

Remarques : 17 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics en 2020 ; ¹ cf. Hiltbrand et al. (2018) et Gmel et al. (2019, 2020)

Une grande partie des patients HeGeBe souffre, parallèlement aux troubles liés à l'alcool (13,4 % contre 29,4 % l'année précédente), d'autres troubles mentaux et du comportement en raison de l'usage de substances (74,4 % contre 68,9 % l'année précédente, 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).

Un trouble de la personnalité ou du comportement, qui fait partie des troubles non liés aux substances, a été diagnostiqué chez un patient sur quatre (tableau 17), ce qui correspond grosso modo aux chiffres enregistrés les années précédentes. 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 sont fortement affectées pour 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 13,4 % des patients (contre 11,8 % l'année précédente), des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 : F90-F98). En outre, les troubles affectifs (29,3 % contre 17,6 % l'année précédente) et les troubles schizophréniques (8,5 % contre 13,4 % l'année précédente) sont fréquents. On dénombre également davantage de troubles neurotiques liés au stress et de troubles somatoformes (13,4 %) que les années précédentes.

Tableau 17 : Fréquence des groupes de diagnostic CIM-10 selon le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » chez les patients qui ont arrêté le traitement dans un centre HeGeBe en 2020 et comparaison avec les années 2018 et 2019 (plusieurs réponses possibles)

Trouble	2020		2019		2018	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	4	4,9 %	5	4,2 %	4	3,7 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool	11	13,4 %	35	29,4 %	34	31,2 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psycho-actives (sans opioïdes)	61	74,4 %	82	68,9 %	78	71,6 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	7	8,5 %	16	13,4 %	12	11,0 %
Troubles affectifs	24	29,3 %	21	17,6 %	23	21,1 %
Troubles névrotiques somatoformes psychologiques	11	13,4 %	5	4,2 %	3	2,8 %
Syndromes du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	2	2,4 %	1	0,8 %	1	0,9 %
Troubles de la personnalité et du comportement	21	25,6 %	29	24,4 %	23	21,1 %
Retard mental	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Troubles du développement	1	1,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	11	13,4 %	14	11,8 %	10	9,2 %
Troubles mentaux non précisés	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 d'autres 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, schizophréniques et neurotiques liés au stress.

10 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 OFSP, 2019

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2019) *Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse – Résultats de l'enquête 2018 (rapport de recherche No 108)*, Lausanne, Addiction Suisse.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2020) *Traitement avec prescription d'héroïne/diacéylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2019 (Rapport de recherche n° 118)*, 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 no 383).

11 ANNEXE

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

Les données de l'illustration A1 sont affichées dans le même ordre que celles de 2019, bien qu'il s'agisse des données de 2020. Ceci permet de distinguer les fluctuations dans le classement.

Illustration A1 Consommation au cours de la vie de diverses substances selon le scénario 1 (seules les réponses oui et non ont été évaluées), 2020.

