ADDICTION | SUISSE

Lausanne, octobre 2019
Rapport de recherche N° 108

Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse

Résultats de l'enquête 2018

Gerhard Gmel
Florian Labhart
Etienne Maffli

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

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

Impressum

Compléments d'information :	Gerhard Gmel, tél. 021 321 29 59, courriel : ggmel@addictionsuisse.ch
Réalisation :	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Addiction Suisse, Lausanne
Diffusion :	Addiction Suisse, Recherche scientifique, case postale 870, 1001 Lausanne, tél. ++41 (0)21 321 29 46, fax ++41 (0)21 321 29 40 ggmel@addictionsuisse.ch
Numéro de commande :	Rapport de recherche N° 108
Graphisme/mise en page :	Addiction Suisse
Copyright :	© Addiction Suisse Lausanne 2019
ISBN :	978-2-88183-244-4
Citation recommandée :	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

Table des matières

Table des matières 3
Liste des tableaux 4
Liste des illustrations 5
1 Introduction 7
2 Vue d'ensemble du nombre de patients 9
3 Évolution du nombre de patients 11
4 Antécédents médicaux des patients admis en 2018 14
5 Données sociodémographiques 17
6 Consommation de substances 22
7 Hépatites et VIH 30
7.1 Usage intraveineux 30
7.2 Hépatite A 31
7.3 Hépatite B 31
7.4 Hépatite C 33
7.5 VIH 35
8 Motifs de départ / arrêts du traitement 36
9 Troubles psychiatriques 37
10 Références 39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Admissions et départs en 2018 10

Tableau 2 : Voies d'administration prévues au début du traitement, 2018 14

Tableau 3 : Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2018. 14

Tableau 4 : Traitements déjà suivis avec prescription d'opiacés pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2018 15

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2018 15

Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2018 18

Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? 2018 19

Tableau 8 : Quel a été votre statut professionnel principal au cours des 30 derniers jours ? 2018 20

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2018 25

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2018, suite 26

Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2018..... 27

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 148 admissions (y c. réadmissions) en 2018..... 31

Tableau 12 : Interprétation des marqueurs de l'hépatite B 32

Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 148 patients admis en 2018 (y c. réadmissions) .. 32

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 78 patients admis..... 33

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 2018 et comparaison avec les années 2013-2017 37

Tableau 16 : 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 2018 et comparaison avec les années 2013-2017 (plusieurs réponses possibles)..... 38

Liste des illustrations

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton 7

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994 11

Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2017..... 12

Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre 2018 et les années 2013-2017..... 13

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2018 17

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2018..... 18

Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2018..... 21

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2018, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation) 23

Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2018..... 28

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection 30

Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2018..... 35

Illustration 13 : Motifs de départ en 2018 et comparaison avec la période 2013-2017. 36

1 Introduction

En Suisse, le monitorage du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est effectué régulièrement depuis 2001. Le présent rapport expose les résultats de l'enquête 2018. 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 2018, 22 institutions réparties dans 13 cantons disposaient d'une autorisation pour prescrire de la Diaphin® (illustration 1).

Illustration 1 : Répartition des institutions HeGeBe par canton

Étant donné que le monitorage 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. 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 diacétylmorphine peuvent être résumés comme suit (cf. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html) :

- 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 monitorage 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. Malheureusement, il manque actuellement encore les données relatives aux personnes qui ont été admises avant 2013 et qui, depuis, n'ont pas terminé le traitement ou ont changé d'institution. Il s'agira d'enregistrer ultérieurement ces personnes dans la banque de données en ligne. 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 2018 dans la banque de données act-*info*.

2 Vue d'ensemble du nombre de patients

Pour 2018, la banque de données de l'OFSP recense 1532 autorisations délivrées aux patients. Ces autorisations sont toujours valables deux ans et doivent ensuite faire l'objet d'un renouvellement. Les autorisations valables actuellement arriveront à échéance entre 2019 et 2021. En 2018, 809 autorisations ont été délivrées. À noter que ce chiffre n'indique pas seulement les premières admissions et les réadmissions, mais il tient compte également des prolongations octroyées. Conformément à la banque de données de l'OFSP relative aux autorisations, 73 départs ont été comptabilisés en 2018.

Au moment de rédiger le présent rapport (octobre 2019), la banque de données du monitorage contenait des informations complètes sur les admissions et les départs pour 2018 de 19 institutions, tandis que pour une autre institution, les données n'étaient que partiellement disponibles. En 2018, ces 20 institutions ont enregistré 163 admissions (2017 : 135) et 135 départs (2017 : 131) (tableau 1). Parmi ces départs, quinze cas ne constituent pas une sortie du programme à proprement parler, mais seulement un transfert vers un autre centre de prescription d'héroïne.

Encadré 1. 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 légère augmentation des admissions par rapport à l'année précédente peut en partie s'expliquer par l'ouverture en 2018 d'un centre de traitement, les nouveaux arrivants venant ainsi élargir le cercle de patients. Certes, le nombre de départs est nettement plus élevé que celui indiqué dans la banque de données de l'OFSP, mais il convient de tenir compte du fait que, dans les départs documentés, les transferts vers d'autres institutions sont également comptabilisés (cf. encadré 1), ce qui n'a pas nécessité l'octroi de nouvelles autorisations. Une autre explication pourrait être liée au fait que les traitements ne se sont pas terminés comme prévu, par exemple, en cas de perte de contact avec les patients. Certes, les institutions documentent les départs, mais elles ne les annoncent pas encore à l'OFSP comme étant des départs officiels car elles attendent que l'autorisation pour la période de traitement arrive à échéance, au cas où le contact avec le patient serait rétabli. Il se peut également qu'elles laissent simplement l'autorisation arriver à échéance, celle-ci devenant caduque au bout de deux ans en l'absence de renouvellement.

La majeure partie des admissions (cf. tableau 1) concerne des patients admis pour la première fois (n=129, y compris 20 personnes ayant déjà arrêté le traitement). Quasiment tous les patients admis en 2018 sont encore en traitement, à l'exception de 20 nouveaux arrivants en 2018 qui ont cessé le traitement la même année (n=6, début 2019 : n=14) ou qui ont suivi plusieurs traitements successifs et qui les ont interrompus (n=3). Les patients admis pour la première fois et qui sont encore en traitement représentent la catégorie la plus jeune avec une moyenne de 39,7 ans (2017 : arrondi à 39 ans). À noter que la personne la plus jeune a 19 ans et la plus âgée 62 ans. Comme pour l'année précédente (Hilte-

brand et al., 2018), la proportion d'hommes s'élève à 75 %. 18,8 % des personnes sont des réadmissions (n=16) ou des transferts depuis une autre institution (n=12). Ce dernier chiffre recense notamment certains patients qui ont été transférés de Genève à Lausanne, où un centre s'est ouvert.

Tableau 1 : Admissions et départs en 2018

Admission ou départ 2018	Traitement	Épisode de prise en charge	Admission en 2018	Admission antérieure	Age moyen	< 40 ans	40 - 60 ans	> 60 an	Hommes
Départ	Traitement terminé	Un seul traitement	20	80	44.4 ans	35%	57%	8%	77%
	Traitement terminé	Traitements successifs	3	17	40.2 ans	50%	45%	5%	90%
	Traitement en cours	Traitements successifs Transfer vers une autre institution	3	12	40.3 ans	43%	57%	0%	86%
Admission	Traitement en cours	Première admission	109		39.7 ans	50%	48%	2%	75%
	Traitement en cours	Réadmission	16		40.4 ans	44%	56%	0%	81%
	Traitement en cours	Transfert depuis une autre institution	12		41.7 ans	33%	67%	0%	83%

Se situant légèrement au-dessus de 44 ans, l'âge moyen le plus élevé s'observe chez les patients qui sortent du programme en ayant suivi un seul traitement (n=100). La personne la plus âgée avait tout juste 70 ans. La proportion d'hommes s'élève à 77 %, un chiffre similaire à celui des premières admissions. Les patients qui sortent du programme et ont suivi des traitements successifs sont nettement plus jeunes (40,2 et 40,3 ans) et la proportion de femmes s'avère bien plus faible (10 % et 14 %).

L'essentiel en bref : La ventilation par âge et par sexe montre que les hommes interrompent plus souvent leur traitement que les femmes, et ce à un âge encore relativement jeune. S'agissant des premières admissions et des patients ayant suivi un seul traitement (donc sans interruption), la proportion des femmes est tout juste d'un quart. Les personnes ayant suivi des traitements multiples, et ayant donc interrompu leur traitement pendant au moins 30 jours, la part de femmes est nettement plus faible.

3 Évolution du nombre de patients

Pour calculer le nombre de patients pour 2018, nous nous sommes basés sur les données du rapport 2017 (cf. Hiltebrand et al., 2018) et avons ajusté les chiffres en tenant compte des admissions et des départs enregistrés en 2018 (cf. illustration 2).

Illustration 2 : Évolution du nombre de patients HeGeBe depuis 1994

Pour en savoir plus sur la répartition des patients par tranche d'âge, il convient de se référer au rapport 2017 Hiltebrand et al. (2018). On observe clairement un vieillissement de la population de patients HeGeBe. En 1994, 78,0 % des patients 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.

L'illustration 3 montre les durées de traitement des hommes et des femmes qui sont sortis du programme HeGeBe entre 2013 et 2017.

Illustration 3 : Durées de traitement des hommes et des femmes ayant cessé le traitement entre 2013 et 2017

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 les durées de traitement en 2018 avec celles enregistrées entre 2013 et 2017. En 2018, les durées de traitement sont généralement plus longues que les années précédentes. Ce sont surtout les traitements à court terme, c'est-à-dire d'une durée inférieure à un an, qui se font plus rares. Cela est probablement dû au fait que pour 2018, nous avons tenu compte des traitements, alors que les années précédentes, les épisodes de prise en charge étaient vraisemblablement souvent pris en considération (cf. encadré 1 pour les définitions). Dans le présent rapport, on considère qu'un traitement se poursuit même si, dans l'intervalle, les patients ont changé d'institution, sans toutefois que le traitement ne soit interrompu pendant plus de 30 jours. Malheureusement, il arrive que nous ne disposions pas de la date d'admission, surtout chez les femmes, pour les données antérieures à 2013. De même, la ventilation par sexe (illustration 3) n'a été effectuée que jusqu'en 2017. Pour 2018, les durées de traitement sont encore sous-estimées car il manque parfois la durée de traitement des patients admis avant 2013 et n'ayant suivi qu'un seul traitement (donc sans réadmission consécutive à une interruption du traitement). En moyenne, les traitements durent 5,7 ans, pour autant que les données soient tangibles.

Illustration 4 : Comparaison des durées de traitement entre 2018 et les années 2013-2017

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, pour 2018, à 5,7 ans en moyenne.

4 Antécédents médicaux des patients admis en 2018

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 151 patients admis (=163-12, cf. tableau 1) ; à noter que, dans trois autres cas, les données ne permettent pas de savoir s'il s'agit effectivement de réadmissions (p. ex., date de cessation du traitement antérieur inconnue). Nous nous basons donc sur 148 patients, dont 19 sont, à notre connaissance, des réadmissions et 129 des premières admissions.

Au moment de leur admission, surtout lorsqu'il s'agit de la première fois (57,3 %), la plupart des patients se voient administrer la diacétylmorphine par voie orale (tableau 2). Pour les premières admissions uniquement (12,1 %), différents types d'administration sont prévus, en général la voie orale et la voie intraveineuse. Cela pourrait signifier que, dans le cas de réadmissions, une forme d'administration privilégiée durant les traitements antérieurs s'est établie. Toutefois, le nombre de patients réadmis est trop faible pour permettre d'en tirer des conclusions définitives.

Tableau 2 : Voies d'administration prévues au début du traitement, 2018

Administration prévue	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018	
	n	%	n	%
Voie intraveineuse	7	38,9 %	34	27,4 %
Voie orale	9	50,0 %	71	57,3 %
Voie intramusculaire	2	11,1 %	4	3,2 %
Voies multiples	0	0,0 %	15	12,1 %
Total	18	100,0 %	124	100,0 %

Remarque : 6 valeurs manquantes, dont 5 parmi les premières admissions

Sans surprise, presque tous les patients ont déjà suivi un traitement pour des problèmes de drogue (tableau 3). Pour 78,1 % des individus, les drogues (généralement l'héroïne) sont la seule substance à l'origine de traitements antérieurs, le corollaire étant que 21,9 % ont déjà suivi un traitement pour des problèmes liés à plusieurs substances.

Tableau 3 : Traitements suivis en fonction des problèmes (plusieurs réponses possibles), 2018.

Cause du traitement	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	1	5,3 %	20	15,9 %	14	17,5 %
Drogues	19	100,0 %	122	96,8 %	71	88,8 %
Médicaments	3	15,8 %	12	9,5 %	11	13,8 %
Tabac	1	5,3 %	3	2,4 %	1	1,3 %
Comportement addictif	0	0,0 %	7	5,6 %	6	7,5 %

Remarque : 3 valeurs manquantes, toutes pour des premières admissions ; [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

Comme pour les années précédentes, les traitements de substitution sont les plus fréquemment cités (tableau 4). Pour 29,3 % des patients, un seul type de traitement est indiqué. Plus de 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 est étonnant que la prescription d'héroïne n'ait pas été indiquée pour la totalité des patients réadmis. Cela s'explique sans doute par le fait que la prescription d'héroïne est tellement évidente en cas de réadmission qu'elle n'est pas citée de manière explicite dans le cadre de l'enquête. Trois cas sont concernés. Plus surprenant en revanche, parmi les nouveaux arrivants, 18 ont suivi un traitement antérieur avec prescription d'héroïne. 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 2018. On peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit de patients réadmis, mais qui avaient suivi un traitement avant 2013 et qui donc n'ont pas pu être identifiés dans la banque de données comme étant des réadmissions.

Tableau 4 : Traitements déjà suivis avec prescription d'opiacés pour les patients HeGeBe admis pour la première fois (plusieurs réponses possibles), 2018

Prescription d'opiacés	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Traitement de substitution	15	93,8 %	95	88,8 %	68	85,0 %
Prescription d'héroïne	13	81,3 %	18	16,8 %	n.d.	n.d.
Thérapie résidentielle	8	50,0 %	50	46,7 %	44	55,0 %
Sevrage suivi par un professionnel	9	56,3 %	57	53,3 %	42	52,5 %
Autre	1	6,3 %	7	6,5 %	6	7,5 %

Remarque : 25 valeurs manquantes, dont 22 pour les premières admissions ; [1] cf. Hiltebrand et al. (2018), n.d. non disponible

Comme pour les années précédentes, l'orientation des patients vers un centre de traitement avec prescription d'héroïne 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).

Tableau 5 : Origine du placement en centre HeGeBe, 2018

Orientation des patients vers un centre de traitement avec prescription d'héroïne	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Condamnation/mesure/autorité judiciaire/police	0	0,0 %	4	3,5 %	0	0,0 %
Cabinet médical	2	13,3 %	11	9,6 %	3	3,8 %
Autre établissement spécialisé	1	6,7 %	27	23,5 %	26	33,3 %
Autres services sanitaires, médicaux ou sociaux	1	6,7 %	8	7,0 %	6	7,7 %
Sans le concours d'une institution ou d'un spécialiste	10	66,7 %	61	53,0 %	40	51,3 %
Autres	1	6,7 %	4	3,5 %	3	3,8 %
Total	15	100 %	115	100 %	78	100,0 %

Remarque : 18 valeurs manquantes, dont 14 pour les premières admissions, [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

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 drogue. Néanmoins, plus d'une personne sur cinq avait déjà suivi un traitement en raison d'autres comportements addictifs. Les traitements antérieurs à base d'opioïdes consistaient essentiellement en des traitements de substitution. Toutefois, plus de deux tiers des patients avaient déjà suivi un traitement sous plusieurs formes comme les thérapies résidentielles ou les 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.

5 Données sociodémographiques

Parmi les 129 nouveaux patients admis en 2018, 112 (86,8 %) possédaient la nationalité suisse. Cette proportion est similaire à celle observée les années précédentes. Parmi les patients réadmis, le pourcentage est de 78,9 %. 6 patients admis avaient une double nationalité et 16 (10,8 %) étaient d'une autre nationalité, notamment allemande (3 personnes), portugaise (3) et italienne (5).

Les chiffres indiquent que la proportion de célibataires est plus élevée chez les nouveaux arrivants que chez les patients réadmis, ces derniers étant plus souvent séparés ou divorcés (illustration 5). À noter qu'un patient était déjà veuf. Ces disparités sont à interpréter avec prudence puisque les données concernant les réadmissions ne reposent que sur 18 cas. Elles pourraient toutefois s'expliquer par l'âge moins élevé (cf. tableau 1) et une consommation de drogues moins longue chez les personnes nouvellement admises.

Illustration 5 : État civil au moment de l'admission en 2018

Remarque : 4 valeurs manquantes, dont 3 pour les premières admissions

S'agissant de la situation en matière de logement, la même prudence est de mise, étant donné le faible nombre de patients réadmis et l'âge plus jeune des nouveaux arrivants ainsi que leur dépendance aux drogues plus courte : les personnes admises pour la première fois vivent plus souvent que les patients réadmis dans leur famille d'origine ou avec leur partenaire ou leur(s) enfant(s) (illustration 6). En effet, les personnes nouvellement admises (24,3 %) ont moins souvent des enfants que les patients réadmis (27,7 %), mais 5 (4,1 %) vivent encore avec leur(s) enfant(s) (non indiqué dans le tableau). En 2018, aucun des patients réadmis ne vit encore avec son/ses enfant(s).

Illustration 6 : Avec qui avez-vous principalement habité durant les 30 jours avant votre admission ? 2018

Remarque : 8 valeurs manquantes, dont 7 pour les premières admissions

Comme le montre le tableau 6, 81,0 % des patients admis pour la première fois ont une situation de logement relativement stable (domicile fixe ou établissement thérapeutique). Le pourcentage était de 83,8 % l'année précédente. Chez les patients réadmis, la situation est moins favorable (64,7 %), probablement en raison d'une plus longue consommation de drogues.

Tableau 6 : Quelle a été votre principale situation de domicile durant les 30 jours avant votre admission ? 2018

Situation de logement	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Domicile fixe,	9	52.9%	82	67.8%	57	71.3%
Situation instable	5	29.4%	17	14.0%	11	13.6%
Prison	1	5.9%	6	5.0%	2	2.5%
Établissement thérapeutique	2	11.8%	16	13.2%	10	12.5%

Remarque : 10 valeurs manquantes, dont 8 pour les premières admissions, [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

L'essentiel en bref : Les chiffres montrent clairement combien il est important de ne pas considérer, parmi les admissions, que les patients admis pour la première fois. En effet, ces derniers ont plus souvent une situation stable. Ils vivent, plus fréquemment que les patients réadmis, dans leur famille d'origine ou avec leur partenaire ou leur(s) enfants(s) et sont plus nombreux à avoir un domicile fixe.

Il est indispensable de développer la base de données act-*info* relative au programme HeGeBe, c'est-à-dire de la compléter avec des données antérieures à 2013 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 patients eu égard à leurs conditions de vie. En effet, lors des départs, les patients ne sont souvent pas présents, d'où des lacunes concernant les données relatives aux personnes sorties du HeGeBe.

Comme on pouvait s'y attendre, trois quarts des patients admis pour la première fois vivaient de l'aide sociale (45,5 %) ou touchaient une rente (29,3 %). Un peu plus de 15 % avaient un revenu professionnel ou vivaient de leurs économies (tableau 7).

Tableau 7 : Comment avez-vous principalement subvenu à vos besoins durant les 30 derniers jours ? 2018

Moyens de subsistance	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Revenu d'une activité lucrative	2	11,8 %	17	13,8 %	11	13,8 %
Économies, épargne	0	0,0 %	2	1,6 %	0	0,0 %
Rente (AVS/AI)	3	17,6 %	36	29,3 %	19	23,8 %
Aide sociale/assistance	10	58,8 %	56	45,5 %	43	53,8 %
Assurance-chômage	0	0,0 %	2	1,6 %	2	2,5 %
Soutien du partenaire	0	0,0 %	3	2,4 %	1	1,3 %
Soutien des parents, de proches ou d'amis	0	0,0 %	3	2,4 %	1	1,3 %
Trafic	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Autres revenus illégaux	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe tarifé	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Assurance d'indemnités journalières	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,3 %
Autre	2	11,8 %	2	1,6 %	2	2,5 %
Total	17	100,0 %	123	100,0 %	80	100,0 %

Remarque : 8 valeurs manquantes, dont 6 pour les premières admissions, [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

En 2018, 24,0 % des nouveaux patients exerçaient une activité professionnelle (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels). Ainsi, la majorité était au chômage (avec ou sans recherche active d'un emploi ; 48,8 %) ou sans activité professionnelle (bénéficiaire de rentes, incapacité de travail, femme/homme au foyer ; 24,0 % ; cf. tableau 8).

Tableau 8 : Quel a été votre statut professionnel principal au cours des 30 derniers jours ? 2018

Situation professionnelle	Réadmissions 2018		Premières admissions 2018		Premières admissions 2017[1]	
	n	%	n	%	n	%
Travail à temps complet (70 % ou plus)	3	17,6 %	17	13,6 %	7	8,8 %
Travail à temps partiel	1	5,9 %	7	5,6 %	1	1,3 %
Emplois occasionnels	0	0,0 %	6	4,8 %	2	2,5 %
En formation	0	0,0 %	2	1,6 %	0	0,0 %
Au chômage, en recherche active d'emploi	0	0,0 %	16	12,8 %	12	15,0 %
Au chômage, sans rechercher activement un emploi	6	35,3 %	45	36,0 %	32	40,0 %
Bénéficiaire d'une rente (retraite, AVS, réserves financières)	0	0,0 %	8	6,4 %	2	2,5 %
Incapacité de travail (AI, indemnités journalières)	4	23,5 %	21	16,8 %	19	23,8 %
Femme/homme au foyer	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,3 %
Autre	3	17,6 %	2	1,6 %	4	5,0 %
Total	17	100 %	125	100 %	80	100,0 %

Remarque : 6 valeurs manquantes, dont 4 pour les premières admissions, [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

Il est intéressant de noter que 60,5 % des patients admis pour la première fois ont suivi une formation professionnelle initiale ou une formation supérieure (illustration 7). Il apparaît (pas dans l'illustration) que, principalement dans les niveaux de formation élevés (maturité ou haute école pédagogique, formation professionnelle supérieure, haute école spécialisée ou université), les femmes sont davantage représentées (16,1 %) que les hommes (10,7 %). Cet aspect n'ayant encore jamais été pris en considération dans les précédents rapports, nous ne disposons d'aucune base de comparaison pour déterminer s'il s'agit de fluctuations aléatoires, ce qui est fort possible compte tenu du faible nombre de cas chez les femmes. Il n'en demeure pas moins que plus d'un tiers des nouveaux arrivants n'ont aucune formation ou n'ont terminé que l'école obligatoire (34,5 %).

Illustration 7 : Plus haute formation achevée, 2018

Remarque : 15 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 ou 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 presque un quart (travail à temps complet ou à temps partiel ou emplois occasionnels) dispose encore d'un revenu (irrégulier) d'une activité lucrative. Toutefois, dans la majeure partie des cas, les patients dépendent d'une rente ou de l'aide sociale.

6 Consommation de substances

Encadré 2. 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. 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 2) sont pris en considération. Les conclusions varient en fonction du scénario retenu. Par exemple, le LSD a-t-il été consommé par 85 % des patients au cours de leur vie ou par seulement un peu plus du tiers (35,4 %) ? Est-ce que presque tous les patients fument (99,0 %) et boivent de l'alcool (87,5 %) ou « seulement » environ deux tiers (respectivement 67,1 % et 63,2 %) ?

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 (illustration 9). 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, donnée prise en compte seulement pour plus de 10 consommateurs), surtout en ce qui concerne l'usage illégal d'héroïne et de méthadone, les autres opioïdes ou le cannabis (tableau 10).

Illustration 8 : Prévalence au cours de la vie de diverses substances, ensemble des admissions (y c. réadmissions) 2018, scénario 2 (pas de réponse = pas de consommation)

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2018

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 d'entrée en consommation
Alcool	52	37	96	87,5 %	63,2 %	64 (84)	10	30	14,5
Héroïne (illégale)	18	5	130	99,2 %	95,6 %	105 (129)	10	48	19,7
Méthadone (illégale)	46	28	102	56,9 %	44,6 %	39 (58)	14	48	24,1
Buprénorphine (illégale)	68	51	80	20,0 %	12,2 %	12(16)	20	44	30,4
Fentanyl	73	55	75	10,7 %	6,2 %	5(8)	20	41	29,2
Autres opioïdes/opiacés	75	56	73	23,3 %	13,2 %	7(17)	12	46	25,0
Cocaïne en poudre	39	29	109	100,0 %	79,0 %	82(109)	11	36	19,5
Crack	76	54	72	37,5 %	21,4 %	18(27)	15	36	23,2
Autre type de cocaïne	92	67	56	21,4 %	9,8 %	8(12)	13	26	18,9
Amphétamines	90	84	58	79,3 %	32,4 %	32(46)	13	47	19,1
Métamphétamines	105	97	43	48,8 %	15,0 %	17(21)	13	35	20,8
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	90	83	58	79,3 %	32,6 %	37(46)	13	38	19,3
Cathinones synthétiques	114	106	34	11,8 %	2,9 %	4(4)	18	30	22,0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil non indiqué, khat)	114	105	34	23,5 %	5,8 %	5(8)	18	49	30,2
Barbituriques	102	87	46	21,7 %	7,5 %	8 (10)	14	33	21,9
Benzodiazépine (sans indication)	67	59	81	96,3 %	55,7 %	48(78)	15	46	23,7
GHB/GBL	92	80	56	48,2 %	19,9 %	19(27)	15	45	22,2
Autres somnifères et tranquillisants	102	89	46	37,0 %	12,6 %	9(17)	13	39	25,3
LSD	88	84	60	85,0 %	35,4 %	38(51)	11	35	18,2
Kétamine	105	98	43	41,9 %	12,8 %	13(18)	15	33	21,1
Autres hallucinogènes	107	101	41	56,1 %	16,2 %	15(23)	12	33	19,7

Tableau 9 : Prévalence au cours de la vie et âge d'entrée en consommation durant les 30 jours avant l'admission, 2018, 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 d'entrée en consommation
Substances volatiles	106	103	42	11,9 %	3,4 %	4(5)	14	30	
Cannabis	57	56	91	96,7 %	59,9 %	69(88)	9	30	15,2
Tabac	49	47	99	99,0 %	67,1 %	74(98)	7	46	14,9

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

Tableau 10 : Consommation de drogues durant les 30 jours avant l'admission, 2018

	Consommation durant les 30 derniers jours							
	Valeurs valides	Pas de consommation	1-9 jours	10-19 jours	20-30 jours	Moyenne	n avec consommation 30 jours	Moyenne consommateurs
Alcool	57	31,6 %	24,6 %	7,0 %	36,8 %	12,7	39	18,5
Héroïne (illégale)	97	16,5 %	16,5 %	9,3 %	57,7 %	18,8	81	22,5
Méthadone (illégale)	29	62,1 %	10,3 %	0,0 %	27,6 %	8,6	11	22,7
Buprénorphine (illégale)	9	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Fentanyl	3	66,7 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	6,7	1	20
Autres opioïdes/opiacés	7	28,6 %	14,3 %	0,0 %	57,1 %	17,3	5	24,2
Cocaïne en poudre	77	35,1 %	35,1 %	15,6 %	14,3 %	7,8	50	12
Crack	12	33,3 %	33,3 %	16,7 %	16,7 %	8,7	8	13
Autre type de cocaïne	5	80,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	6,0	1	30
Amphétamines	25	88,0 %	4,0 %	0,0 %	8,0 %	2,5	3	20,7
Métamphétamines	11	81,8 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3	2	1,5
MDMA et substances apparentées (ecstasy)	29	89,7 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3	3	3,33
Cathinones synthétiques	2	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0
Autres stimulants (p. ex., méthylphénidate ou modafinil non indiqué, khat)	6	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0
Barbituriques	6	80,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	5,0	1	30
Benzodiazépine (sans indication)	48	35,4 %	25,0 %	6,3 %	33,3 %	11,7	31	18,1
GHB/GBL	14	78,6 %	7,1 %	0,0 %	14,3 %	4,4	3	20,3
Autres somnifères et tranquillisants	9	33,3 %	22,2 %	22,2 %	22,2 %	10,9	6	16,3
LSD	30	96,7 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	0,5	1	15
Kétamine	10	90,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1	1	1
Autres hallucinogènes	13	92,3 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	2,3	1	30
Substances volatiles	4	75,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	3,0	1	12
Cannabis	60	50,0 %	16,7 %	6,7 %	26,7 %	8,7	30	17,5
Tabac	65	6,2 %	7,7 %	0,0 %	86,2 %	15,9	61	14,9

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. 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. Puis, vers 18-19 ans, ils passent aux drogues « douces » ou à des substances faciles à obtenir telles que le LSD, les substances volatiles, les amphétamines et l'ecstasy. Plus ou moins au même âge, ils commencent à consommer de la cocaïne et de l'héroïne. D'autres substances vont souvent de pair avec la toxicomanie, comme les barbituriques, le crack, la benzodiazépine et la méthadone. Ce n'est que bien plus tard, vers 30 ans, que les personnes prennent du fentanyl et de la buprénorphine, probablement parce que ces substances ne sont arrivées sur le marché que récemment.

Illustration 9 : Âge au début de la consommation de diverses substances, admissions 2018

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 et des benzodiazépines. Durant les 30 jours avant

leur admission, les patients prennent non seulement de l'héroïne, mais aussi fréquemment de la méthadone, d'autres opioïdes et du cannabis. La carrière de consommation typique commence avec les substances légales que sont l'alcool et le tabac, ainsi qu'avec le cannabis. Elle évolue ensuite vers ce que l'on appelle les « drogues douces », jusqu'à la prise de cocaïne et d'héroïne.

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 contaminées 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, 22,3 % 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 40 % des personnes ne pratiquaient pas d'injection (74,2 % de 77,7 % = 57,7 % avec injections). À ce stade, il convient de tenir compte du fait que même si des valeurs font parfois défaut, elles concernent un nombre relativement faible de cas.

Illustration 10 : Consommation de drogues par injection

Environ un tiers des personnes (36,8 % de 77,7 % = 28,6 %) ont déjà utilisé, une fois au cours de leur vie, des seringues potentiellement contaminées et un peu moins de 10 % (29,2 % de 28,6 % = 8,3 %) au cours des 12 mois avant le début du traitement.

L'essentiel en bref : La consommation de drogues sans injection est fréquente chez ces patients généralement gravement dépendants. Environ un tiers des personnes ont utilisé des aiguilles usagées durant leur vie et environ 10 % au cours des 12 mois avant leur admission, d'où leur forte vulnérabilité aux hépatites et au VIH.

7.2 Hépatite A

L'hépatite A présente seulement deux tableaux cliniques : le patient est soit positif (phase aigüe), 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).

Parmi les 148 admissions (y c. les réadmissions), on ignore pour 52 personnes (35,1 %) si elles ont été vaccinées ou si elles ont fait un test.

16 autres patients ont répondu à la question concernant la vaccination, mais on ignore s'ils ont effectué un test. Trois personnes ont une vaccination complète et deux personnes n'ont pas été vaccinées car elles étaient positives. Ces cinq personnes font donc partie du groupe « immunisé ». Au total, 37 personnes (y compris celles ayant effectué un test) ont indiqué avoir une vaccination complète, ce qui correspond à 25 % des patients admis (sur un total de 148). Cependant, chez 77 personnes (52,0 %), le statut vaccinal n'est pas connu. Seuls quatre patients ont indiqué n'avoir encore jamais fait de test ; une personne a refusé de répondre. 75 individus ont indiqué avoir fait un test et 71 disposent du résultat. Si l'on y ajoute les cinq personnes du groupe « immunisé », on dispose d'un résultat de test pour 76 personnes, alors que le statut concernant l'hépatite A est inconnu pour 72 personnes (tableau 11).

Tableau 11 : Statut concernant l'hépatite A pour 148 admissions (y c. réadmissions) en 2018

Statut	n (=148)	% de tous les patients admis	% parmi les résultats disponibles
inconnu	72	48,6 %	
négatif, donc patient non immunisé	34	23,0 %	44,7 %
patient immunisé (vaccination, infection guérie ou phase aiguë surmontée)	42	28,4 %	55,3 %

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. Presque un patient sur deux n'est pas immunisé ; il est donc nécessaire de lui 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 âgées entre 35 et 60 ans (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, y compris les réadmissions, enregistrées en 2018 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

58,8 % des patients admis (n=87) indiquent avoir déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B. 38,5 % des patients n'ont donné aucune information à cet égard (inconnu ou valeurs manquantes). Seules trois personnes ont indiqué explicitement n'avoir jamais fait de test. 33 personnes ont effectué le test au moment de leur admission, ce qui correspond à 22,2 % de l'ensemble des admissions. 40 patients (27,0 %) 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, on ne dispose des trois marqueurs que pour seulement 20,2 % (n=30) des 148 patients admis.

Tableau 13 : Dépistage de l'hépatite B chez les 148 patients admis en 2018 (y c. réadmissions)

Marqueur	positif	négatif	% de l'ensemble des admissions (n=148)
Anti-HBc	12	42	36,5 %
HBsAg	2	41	29,1 %
Anti-HBs	30	19	33,1 %
Résultats de dépistage complets			20,2 %
Aucun résultat			58,8 %

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 48,0 % des patients (n=71). Parmi les 77 personnes ayant fourni des indications, 44 (57,1 %) ont indiqué une vaccination complète. Huit personnes ont déclaré avoir une vaccination incomplète. Neuf personnes n'ont pas fait de test car elles étaient déjà positives aux anticorps HBc (avec ou sans anticorps HBs). Quatre personnes ont refusé de se soumettre au test, deux patients vont le faire ultérieurement (la décision est prise) et dix 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 78 patients admis (sur 148).

Tableau 14 : Statut immunitaire présumé vis-à-vis de l'hépatite B pour 78 patients admis.

	Patients	%	Remarque
Non immunisé	26	33 %	Diagnostic clair seulement chez 13 patients
Immunisé (vacciné)	20	26 %	
Immunisé (après guérison)	9	12 %	
Contact avec le virus (statut inconnu)	4	5 %	Probablement, 1 cas d'infection en cours
Probablement guéri, aucune protection immunitaire ou situation ambiguë	3	4 %	
Aucun marqueur, mais vaccination complète	16	21 %	
Total	78	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, environ un tiers des patients 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. Quelque 40 000 personnes sont atteintes d'une infection chronique (OSFP, Infodrog, 2018). 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 de drogue par voie intraveineuse.

Chaque année, on diagnostique le VHC chez environ 500 usagers de drogue par voie intraveineuse. Selon les estimations, entre 7700 et 15 400 d'entre eux sont infectés par le VHC (OFSP, Infodrog, 2019). On estime qu'environ 30 % des personnes qui suivent un traitement résidentiel de l'addiction 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 d'héroïne (OFSP, Infodrog, 2019).

L'analyse des données sur l'hépatite C repose sur l'ensemble des admissions comptabilisées en 2018, 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.

Illustration 11 : Dépistage de l'hépatite C pour l'ensemble des admissions (y c. réadmissions) en 2018

Force est de constater que, sur 148 patients admis en 2018, on ignore le statut immunitaire de 46 personnes vis-à-vis de l'hépatite C, soit 31,1 %. Cela s'explique notamment par le fait que l'on ne sait pas, pour 23,7 % des patients, s'ils se sont fait dépister (cf. illustration 11). Cela confirme en partie certaines estimations selon lesquelles entre un quart et la moitié des personnes suivant un traitement de substitution 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 ne se sont pas encore prêtés à un test de dépistage. Pour 73,6 % des patients, on sait au moins qu'ils ont déjà été dépistés une fois, même si le résultat n'est parfois pas connu. Parmi les patients dépistés, un peu moins de 40 % l'ont été au moment de leur admission, alors que 56,9 % avaient fait un test antérieurement (cf. illustration 11), le dépistage remontant à plus d'une année pour environ un tiers d'entre eux. Il est réjouissant de constater que le résultat est négatif pour 58,1 % des patients ayant indiqué quand ils ont été dépistés. Si l'on se rapporte aux patients dont le statut de dépistage est connu, le résultat est négatif dans 59,8 % des cas. Au moment du test, 21,9 % des patients étaient guéris et 17,1 % atteints d'une infection chronique. Le pourcentage est de 17,6 % 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 Hiltebrand 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 2018, la prévalence d'hépatites chroniques est inférieure à 18 %. Il convient toutefois de souligner que les chiffres indiqués par Hiltebrand et al. (2018) ne se rapportent 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 2018, 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 30 % des patients admis en 2018. 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 actuellement inférieur à 18 %, la prévalence des hépatites chroniques a considérablement diminué.

7.5 VIH

88,5 % des patients (n=131 de 148) ont indiqué avoir déjà fait une fois un test VIH au cours de leur vie. Seule une personne ne s'est pas encore soumise à un dépistage. En d'autres termes, presque 100 % des personnes pour lesquelles on dispose de données ont déjà effectué un test VIH (cf. illustration 12).

Illustration 12 : Dépistage du VIH et statut immunitaire, patients admis en 2018

Force est de constater cependant que seuls 64,8 % des patients pour lesquels on dispose de données 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 moins de 50 % de l'ensemble des admissions. Parmi les huit personnes séropositives, toutes indiquent avoir été infectées plus de 12 mois auparavant. Comme l'année précédente (cf. Hiltebrand et al., 2018), aucun nouveau cas n'a été enregistré en 2018.

L'essentiel en bref : Selon les indications des patients, aucun nouveau cas de VIH n'a été enregistré en 2018. Il convient toutefois de souligner que seule 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). Par ailleurs, treize décès ont été enregistrés en 2018, ce qui correspond grosso modo aux chiffres des années précédentes.

Illustration 13 : Motifs de départ en 2018 et comparaison avec la période 2013-2017.

Remarque : N=130 y c. transferts, 5 valeurs manquantes ; [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

9 Troubles psychiatriques

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 15).

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 (8,3 %) ne présente pas au moins un autre trouble diagnostiqué lié à l'usage de substances. En règle générale, il s'agit donc de troubles liés à l'utilisation de substances multiples (CIM-10 : F19). Si l'on ne tient pas compte de l'usage de substances, 45,3 % des patients ne sont diagnostiqués qu'à cause de l'utilisation de substances, 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 2018 et comparaison avec les années 2013-2017

Nombre de diagnostics (y c. troubles liés à l'alcool et à d'autres substances, mais pas aux opioïdes)			**Nombre de diagnostics sans troubles liés à l'usage de substances**						
	2018			2018		2017[1]		2013-2016[1]	
	n	%		n	%	n	%	n	%
Exclusivement troubles liés aux opioïdes	9	8.3%	**Exclusivement troubles liés à l'usage de substances (y c. opioïdes)**	50	45.9%	64	48,9 %	279	45,3 %
Un diagnostic	39	35,8 %	Un diagnostic	46	42,2 %	50	38,2 %	253	41,1 %
Deux diagnostics	39	35,8 %	Deux diagnostics	10	9,2 %	13	9,9 %	72	11,7 %
Trois diagnostics	18	16,5 %	Trois diagnostics	2	1,8 %	3	2,3 %	11	1,8 %
Quatre diagnostics	3	2,8 %	Quatre diagnostics	1	0,9 %	1	0,8 %	1	0,2 %
Cinq diagnostics	1	0,9 %	Cinq diagnostics	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total	109	100 %		109	100 %	131	100 %	616	100 %

Remarque : 11 valeurs manquantes sur toutes les questions relatives aux diagnostics ; [1] cf. Hiltebrand et al. (2018)

Une grande partie des patients HeGeBe souffre, parallèlement aux troubles liés à l'alcool (31,2 %), d'autres troubles mentaux et du comportement en raison de l'utilisation de substances (71,6 %, cf. tableau 16) : le diagnostic révèle généralement l'usage de substances multiples (CIM-10 : F19). Aucune donnée n'était disponible les années précédentes (cf. Hiltebrand 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 cinq (tableau 16), 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 9,2 % des patients, des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 : F90-F98). Par ailleurs, les troubles affectifs (21,1 %) et les troubles schizophréniques (11,0 %) sont fréquents.

Tableau 16 : 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 2018 et comparaison avec les années 2013-2017 (plusieurs réponses possibles)

Trouble	2018		2017		2013-2016	
	n	%	n	%	n	%
Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	4	3,7 %	2	1,5 %	15	2,4 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	34	31,2 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (sans opioïdes)	78	71,6 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	12	11,0 %	11	8,4 %	58	9,4 %
Troubles affectifs	23	21,1 %	22	16,8 %	114	18,5 %
Troubles névrotiques somatoformes psychologiques	3	2,8 %	6	4,6 %	34	5,5 %
Syndromes du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1	0,9 %	1	0,8 %	4	0,6 %
Troubles de la personnalité et du comportement	23	21,1 %	34	26,0 %	170	27,6 %
Retard mental	0	0,0 %	0	0,0 %	4	0,6 %
Troubles du développement	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	10	9,2 %	13	9,9 %	34	5,5 %
Troubles mentaux non précisés	0	0,0 %	0	0,0 %	34	5,5 %

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 et schizophréniques.

10 Références

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).

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.