

Rapport annuel act-info 2022

Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse
Résultats du système de monitoring



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse

Table des matières

1	Introduction	2
1.1	Objectifs d'act-info	2
1.2	Développement et instruments d'act-info	2
1.3	Statistiques sectorielles act-info	4
1.4	Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes	4
2	Aspects méthodologiques	6
2.1	Degré de couverture du monitoring act-info	6
2.1.1	Domaine médical et domaine psychosocial	6
2.1.2	Précautions méthodologiques	6
2.1.3	Participation dans les différents secteurs	6
2.2	Données manquantes	7
2.3	Unité d'analyse et données utilisées	8
2.4	Enquête sur la demande globale de traitement	9
2.5	Sous-groupes (variables indépendantes)	11
2.6	Variables cibles (variables dépendantes)	11
3	Profil des clientes et clients pris en charge en 2022	12
3.1	Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal	12
3.2	Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission	13
3.3	Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission	13
3.4	Initiative du premier traitement	14
3.5	Âge moyen au moment de la première consommation	14
3.6	Consommation quotidienne avant l'admission	15
3.7	Autres problèmes addictifs au moment de l'admission	16
3.8	Consommation par injection avant l'admission	20
3.9	Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal	22
4	Evolution jusqu'en 2022	23
5.1	Evolution des cas enregistrés dans les différents secteurs de prise en charge	23
5.2	Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2022)	25
5.3	Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2013-2022)	26
5.4	Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2013-2022)	27
5.5	Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2006-2022)	28
5.6	Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2006-2022)	29
	Bibliographie	32

1. Introduction

act-info (acronyme pour addiction, care and therapy information) est le système harmonisé de monitoring des usagers des structures du domaine de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse. Ce système national de documentation, qui a le statut d'un relevé statistique fédéral, collecte des informations sur les personnes qui ont recours à des prestations ambulatoires et résidentielles de traitement, de conseil et de prise en charge en matière d'addictions.

Le présent rapport décrit le contenu et le développement du projet global et présente une analyse des données *act-info* recueillies en 2022 pour l'ensemble de la Suisse. Un aperçu des tendances de la demande en matière de traitement au cours du temps est présenté en fin de rapport. Un recueil de tableaux avec les résultats détaillés pour l'année 2022 peut être téléchargé sous le lien : www.addictionsuisse.ch/publication/act-info-prise-en-charge-et-traitement-des-dependances-en-suisse-recueil-de-tableaux-du-rapport-annuel-2022/.

1.1 Objectifs d'*act-info*

Le système *act-info* fournit des connaissances basées sur des preuves afin d'aider les acteurs de l'aide aux personnes dépendantes et les décideurs du monde politique et de l'administration dans leur travail. Les objectifs spécifiques incluent :

- l'amélioration des connaissances relatives aux groupes de personnes qui font appel aux infrastructures de prise en charge des problèmes addictifs : données sociodémographiques (p.ex. sexe, âge), informations sur les problèmes d'addiction (p.ex. problème principal, fréquence de consommation), l'état de santé (p. ex. maladies transmissibles telles que l'hépatite C) et le cadre de la prise en charge (p.ex. instances d'envoi).
- identification des tendances à un stade précoce, s'agissant des caractéristiques des clientes et des clients en traitement, de leurs habitudes de consommation, de leur comportement addictif, ainsi que de leurs problèmes et de leurs besoins spécifiques.
- l'amélioration des connaissances sur le développement à l'échelle nationale et le recours aux offres

d'aide destinées aux personnes dépendantes.

En promouvant les activités de monitoring et en mettant en place un réseau d'information harmonisé dans le domaine du traitement des addictions, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend favoriser le développement et l'optimisation de mesures d'aide et de prévention fondées sur les évidences scientifiques.

1.2 Développement et instruments d'*act-info*

Le système de monitoring *act-info* a été introduit en 2004 dans le but d'harmoniser les instruments des différentes statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions en Suisse (pour plus de détails par rapport au lancement, voir Maffli et al. 2008). Les systèmes de collecte de données et de monitoring sectoriels, développés dans des circonstances variables, ont été réunis pour former un système global cohérent. La banque de données commune permet une analyse transversale des caractéristiques des usagers de l'ensemble du système de prise en charge des dépendances.

Le système de monitoring *act-info* se base sur le Treatment Demand Indicator (TDI), un protocole standard adopté pour la première fois en 2000 dans le cadre de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA 2000) et qui a retenu l'attention au-delà des frontières européennes (Donmall 2006). Entre temps, ces normes ont été révisées et introduites en Europe en 2013 (EMCDDA 2012). Ainsi, *act-info*, qui avait pris part à ce processus de révision, a repris ces normes en 2013 également. Les données pour l'année 2022 présentées dans ce rapport reposent donc sur ces normes internationales.

L'instrumentaire d'*act-info* est constitué d'un ensemble de questions posées au début et à la fin d'une prise en charge. Les questions des relevés effectués à l'admission et à la sortie sont structurées de la manière suivante:

1. Introduction

Questions de base: les instruments de collecte des données consistent en une série de questions imposées pour toutes les statistiques sectorielles d'*act-info*. Ces questions garantissent la compatibilité tant entre les différents domaines de traitement qu'avec les normes internationales (TDI, voir plus haut). Les questionnaires d'admission et de sortie *act-info* rassemblent au total quelque 45 **questions de base** bien documentées, qui couvrent les domaines résumés ci-dessous.

Questions spécifiques aux secteurs de prise en charge: ces questions ne sont posées que dans un ou plusieurs domaine(s) de traitement mais y sont alors obligatoires. Il s'agit par exemple de questions relatives aux clientes ou aux clients qui font appel à un service ambulatoire en raison de problèmes de dépendance chez des proches et qui ne sont dès lors pertinentes que dans le domaine ambulatoire. Cette approche permet d'obtenir également des informations au plan national sur des thèmes ciblés, ne concernant que des groupes particuliers.

Contenu du questionnaire d'admission

Cadre de la prise en charge:

date d'admission; propres problèmes addictifs ou problèmes de proches; traitements antérieurs pour problèmes addictifs; expérience en matière de traitement de substitution; instance d'envoi principale.

Données sociodémographiques:

sexe, année de naissance; degré d'urbanisation du domicile; état civil; nationalité; conditions d'habitation; enfant(s); source de revenu principale, activité professionnelle principale; formation(s) achevée(s).

Substances consommées, comportement addictif:

problèmes addictifs: fréquence; problème principal: mode d'administration, âge lors de la première consommation et lors des premiers problèmes, utilisation de substances multiples; injection.

Santé: test de dépistage VIH, hépatite C et B.

Contenu du questionnaire de sortie

Cadre de la prise en charge:

date de sortie; propres problèmes addictifs ou problèmes de proches; type de sortie.

Données sociodémographiques:

sexe, année de naissance; conditions d'habitation.

Substances consommées, comportement addictif:

problèmes addictifs lors de la sortie.

1.3 Statistiques sectorielles act-info

Le système de monitoring act-*info* comprend plusieurs domaines de prise en charge, dont les origines se situent dans les années 1980 et 1990 (voir Krizic et al. 2022). Ces secteurs continuent de mener des statistiques spécifiques après leur harmonisation, conformément au concept modulaire des instruments et de publier des rapports sectoriels. Un bref aperçu des **cinq statistiques sectorielles** est présenté ici.

Pour plus d'informations sur le projet et les rapports des statistiques sectorielles, voir www.addictionsuisse.ch/le-secteur-recherche/recherche-observer-et-comprendre/act-info/.

Le **secteur résidentiel** comprend les statistiques sectorielles **FOS** et **Residalc**. La statistique act-info-FOS renseigne sur la clientèle des établissements résidentiels à vocation socio-thérapeutique qui sont spécialisés dans le traitement des problèmes liés aux drogues illégales. La statistique act-info-Residalc renseigne sur la clientèle des établissements résidentiels, qui sont spécialisés dans le traitement des problèmes d'alcool et de prise de médicaments.

SAMBAD: la statistique du secteur ambulatoire de l'aide en matière de dépendance (SAMBAD) comprend aussi bien des centres de consultation spécialisés dans la prise en charge de problèmes addictifs que les services polyvalents qui, à côté d'autres groupes de client-e-s, suivent également des personnes ayant un problème de dépendance. En règle générale, les centres proposent une aide pour un large éventail de problèmes de dépendance.

Statistique nationale des traitements par agonistes

opioïdes de substitution: Dans les cas de dépendance aux opioïdes, le traitement de substitution consiste à remplacer l'usage illicite d'opioïdes par la prescription médicale d'un médicament de substitution légal ayant un effet similaire (méthadone, buprénorphine, morphine retard orale ou autres). La Suisse dispose d'une base légale pour ce type de traitements depuis 1975 et la surveillance des TAO relève de la responsabilité des cantons. Bien que très proche dans son contenu et dans ses objectifs, la prescription médicale d'héroïne (diacétylmorphine) est régie et autorisée au niveau fédéral et fait l'objet d'une statistique distincte (voir ci-après).

HeGeBe: le monitoring des traitements avec prescription de diacétylmorphine (héroïne) (abréviation HeGeBe pour «heroingestützte Behandlung») renseigne sur la clientèle des unités de traitement, qui disposent d'une autorisation pour prescrire la diacétylmorphine (forme pharmaceutique de l'héroïne). La participation des centres HeGeBe au système de monitoring des client-e-s, intégré dès 2005 à act-*info*, est obligatoire de par la loi.

En plus des statistiques sectorielles présentées ci-dessus, une **enquête institutionnelle** est menée à l'échelle nationale dès 2018. Celle-ci s'adresse à toutes les institutions en Suisse qui offrent des traitements ou consultations structurés aux personnes ayant des problèmes liés à des substances ou des comportements comparables à une addiction. L'objectif est de pouvoir estimer l'ampleur de la demande de prise en charge pour des problèmes d'addiction en Suisse, d'évaluer la couverture du monitoring act-*info* (statistiques sectorielles) et d'obtenir des informations supplémentaires sur les offres (p. ex. spécialisations et capacités d'accueil).

1. Introduction

1.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes

Outre les secteurs de prise en charge qui constituent les domaines traditionnels et prioritaires du monitoring *act-info*, il existe d'autres offres d'aide aux personnes dépendantes, qui sont décrites brièvement ici:

Cliniques privées et cliniques psychiatriques: les cliniques privées ne sont pas prises en compte. Il en va de même des unités psychiatriques ayant une offre de traitement résidentiel pour des problèmes de dépendance, car elles participent déjà à la Statistique médicale des hôpitaux (Office fédéral de la statistique). Des données de base concernant ce domaine sont néanmoins récoltées dans le cadre de l'enquête institutionnelle.

Sevrage: ce domaine comprend les traitements ambulatoires et résidentiels pratiquant le sevrage, les centres de désintoxication spécialisés, le sevrage en milieu hospitalier ou en clinique psychiatrique. En règle générale, le sevrage physique est une étape préliminaire à une demande de suivi, entrant ensuite directement dans la cible d'*act-info*.

Offres à bas seuil pour la réduction des risques: cette catégorie regroupe diverses formes telles que travail de rue (travail social «hors murs»), foyers d'urgence, locaux d'injection, programmes de distribution ou d'échange de seringues, structures d'accueil de jour, où les mesures sociales ou sanitaires sont appliquées sans exigence de modification de la consommation des personnes concernées. Un recensement systématique des client-e-s de ce secteur, tel qu'*act-info* l'effectue, ne serait que difficilement réalisable du fait que l'accès à ce type d'offre est libre et souvent anonyme.

Les **offres de conseil en ligne** permettent de demander de l'aide sur Internet de manière simple et généralement anonyme, par exemple sous la forme de chat en ligne avec des spécialistes qualifiés. La plateforme SafeZone.ch constitue une offre de référence dans ce domaine pour toute la Suisse. En 2022, 2130 consultations en ligne (avec 5400 contacts de consultation) ont été réalisées dans ce cadre (Infodrog 2023). A l'instar des offres à bas seuil susmentionnées, il n'est guère possible de réaliser un recensement de cette clientèle compatible avec *act-info* en raison de l'accès libre et anonyme.

Foyers: en font partie les ateliers et les offres d'hébergement et de soins destinées aux personnes confrontées à un problème de toxicomanie ou d'alcoolodépendance. Ces structures font office soit de postcure ou de solution intermédiaire, soit de lieu de vie pour des personnes qui ne peuvent pas être resocialisées.

Appartements protégés: ce domaine comprend des offres très diverses de postcure résidentielle prenant le relais au terme d'une thérapie. Une partie est prise en compte dans la statistique *act-info-FOS* si l'offre est proposée dans le cadre du concept de traitement adopté par une institution thérapeutique.

Traitement des dépendances en milieu carcéral: Seuls les traitements de substitution ou de prescription d'héroïne dans les prisons sont enregistrés par les statistiques sectorielles Substitution et HeGeBe.

2. Aspects méthodologiques

De façon à permettre une bonne lecture des résultats présentés et d'éviter des interprétations erronées, quelques questions méthodologiques fondamentales sont évoquées en guise de préalable aux chapitres suivants. Une première question concerne le degré de couverture des statistiques sectorielles participantes et le problème que posent les données manquantes. Un deuxième point à relever est celui des options prises par rapport à l'unité d'analyse et par rapport à la mise en oeuvre de l'enquête institutionnelle. Dans ce contexte, les résultats de l'enquête institutionnelle concernant la demande de traitement sont également présentés. Enfin, des aspects concernant les sous-groupes sélectionnés (variables indépendantes) et les thèmes traités (variables dépendantes) dans la suite du rapport seront précisés.

2.1 Degré de couverture du monitoring *act-info*

Si le système de monitoring *act-info* a été conçu dès l'origine pour permettre un recensement exhaustif, la participation est toutefois restée en grande partie facultative pour les institutions et ne peut par conséquent pas être garantie. Même si la révision de la loi sur les stupéfiants du 1^{er} juillet 2011 et l'inclusion en janvier 2014 de la «Statistique de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (*act-info*)» dans la liste des relevés statistiques de la Confédération (Ordonnance sur les relevés statistiques, no 188) ont jeté les bases légales pour des relevés obligatoires dans certains secteurs, la participation reste facultative dans de larges domaines. Dans le secteur du traitement avec prescription d'héroïne, il existe en principe une obligation stricte à participer, qui va de paire avec les autorisations délivrées par l'OFSP. Dans le secteur des traitements substitutifs également, des demandes d'autorisation doivent être déposées au niveau cantonal, qui sont utilisées pour la récolte de données de base à l'intention de la Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution. Par ailleurs, certains cantons demandent aux institutions de participer à un système de documentation standardisé.

2.1.1 Domaine médical et domaine psychosocial

A partir de 2018, les taux de participation ne sont plus estimés à l'échelon des institutions mais directement au plan individuel (nombre de personnes admises), ceci grâce au déploiement d'une nouvelle enquête auprès des institutions visant à établir de la façon la plus exhaustive possible le nombre des admissions annuelles

(description au point 2.4). Il faut préciser ici que cette enquête n'est pas seulement destinée aux institutions traditionnellement ciblées par le monitoring, généralement d'orientation psychosociale, mais s'adresse également aux établissements et unités du domaine médical, qui participent souvent à d'autres relevés (p. ex. à la statistique médicale des hôpitaux). Il a semblé judicieux de considérer séparément le domaine médical et le domaine psychosocial pour rapporter les taux de participation puisque les institutions ciblées traditionnellement par le monitoring *act-info* se situent pour la plupart dans le domaine psychosocial et que les estimations de participation faites jusqu'au relevé de 2017 ne se référaient implicitement pratiquement qu'à ce domaine. Comme les traitements de substitution sont recensés par les autorités cantonales, ils sont comptés à part.

2.1.2 Précautions méthodologiques

Les résultats du monitoring *act-info* portent sur les personnes admises au cours d'une année (traitements multiples ou épisodes parallèles comptés qu'une fois). Les nombres agrégés d'admissions provenant de l'enquête auprès des institutions ont donc été ajustés avec le facteur résultant de l'identification de traitements multiples par le monitoring.

2.1.3 Participation dans les différents secteurs

Le tableau I met en regard le nombre estimé de toutes les personnes admises dans le système d'aide en matière d'addiction et celui des personnes enregistrées par le monitoring sur la base de données individuelles au cours de l'année de référence. La couverture qui en résulte est indiquée pour chaque secteur.

Comme les années précédentes, la participation au monitoring de 2022 est différente selon les secteurs. Le secteur des traitements avec prescription d'héroïne (He-GeBe) atteint un taux de couverture de 100% puisque la participation est ici obligatoire.

Dans le domaine de la substitution, des données individuelles ont pu être fournies par tous les cantons et incluses dans la banque de données commune (couverture de 100%). Cependant, pour certains cantons, seules des données de base étaient disponibles, de sorte que les données présentent parfois des lacunes pour certains thèmes. La couverture dans le secteur résidentiel s'avère plus élevée que dans le secteur ambulatoire. Pour ce qui est de la cible traditionnelle d'*act-info* (approches psychosociales), la participation atteint environ 59% dans le secteur résidentiel et 42% dans le secteur ambulatoire.

2. Aspects méthodologiques

Une couverture incomplète des relevés peut poser problème pour la généralisation des résultats, en particulier si le nombre de cas enregistrés est insuffisant et/ou que des distorsions systématiques amènent à douter de la représentativité des cas saisis. On peut douter de l'existence de graves distorsions dans les données disponibles. La décision de participer ou non au monitoring ne semble en effet guère liée au profil de la clientèle des centres respectifs.

2.2 Données manquantes

De façon générale, des données manquent lorsque des questions sont oubliées par inadvertance, qu'une personne refuse une question ou ne sait pas comment y répondre. Cependant, en ce qui concerne les données exploitées ici, une partie des données manquantes sont dues à une compatibilité encore incomplète des questionnaires (principalement dans le secteur des traitements substitutifs et dans le secteur ambulatoire). Il manque ainsi un nombre non négligeable de données pour plusieurs questions, un point qu'il semble important de relever.

Les données manquantes sont systématiquement exclues des analyses auxquelles il est procédé pour le présent rapport. Mais leur nombre est indiqué pour tous les groupes et sous-groupes analysés et devrait être impérativement pris en compte pour interpréter les résultats.

L'exclusion des données manquantes part du point de vue que celles-ci révéleraient une répartition similaire aux données disponibles, si leurs valeurs étaient connues. Compte tenu de cela, il convient d'interpréter avec une prudence toute particulière les résultats pour lesquels le taux de données manquantes est sensiblement élevé. La remarque vaut en particulier pour le sous-groupe des personnes pour qui les opioïdes constituent le problème principal, car dans le domaine des traitements substitutifs de nombreux thèmes ne font pas encore l'objet d'un relevé.

Pour l'année 2022, le nombre de clients et clientes dont les données peuvent être analysées varie entre 3238 et 8396 selon la question, ce qui s'avère suffisant (données concernant l'admission; sous-questions filtrées exclues). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats avec prudence, car les données ne peuvent garantir une représentativité strictement contrôlée de la population visée. Le domaine médical, en dehors des offres de traitement de prescription d'opioïdes, est notamment peu couvert par act-info.

Tableau I
Couverture du monitoring act-info dans le domaine médical et le domaine psychosocial (2022)

	Client-e-s admis en 2022: extrapolation* de l'enquête au- près des institutions (N)		Client-e-s enregistrés à l'admission** (2022) monitorage act-info (n)		Participation au monitorage act-info (%)	
	psychosocial	médical	psychosocial	médical	psychosocial	médical
HeGeBe	-	(152)	-	152	-	100%
résidentiel	962	12'345	569	1143	59.1%	9.3%
ambulatoire	11'021	12'962	4573	420	41.5%	3.2%
	Admissions enregistrées** secteur substitution (N)		Admissions enregistrées** avec données individuelles (n)		Participation secteur substitution (%)	
substitution	1574		1574		100%	

*le nombre d'admissions recensées a été ajusté en fonction du facteur résultant de l'identification de traitements multiples dans le monitoring de la clientèle (2022: 0.942).

** en cas de traitements multiples, seul la première admission de l'année est retenue.

2.3 Unité d'analyse et données utilisées

Conformément au protocole TDI (EMCDDA 2012), les exploitations annuelles portant sur l'ensemble des secteurs de prise en charge ont les personnes pour unité d'analyse. Autrement dit, contrairement à ce qui se fait pour les analyses sectorielles, une personne ayant été prise en charge à plusieurs reprises au cours de l'année de référence n'est comptabilisée ici qu'une seule fois. Pour cela, il a fallu introduire un identifiant unique valable pour tous les secteurs de prise en charge et complètement anonymisé (voir Krzic et al. 2022). Celui-ci permet en principe d'identifier les épisodes de prise en charge parallèles ou répétés concernant une même personne au cours de l'année considérée. Pour l'analyse des données relatives aux admissions, la statistique ne retient, en cas de prises en charge multiples, que la première entrée en date. Pour l'analyse des données relatives aux sorties, le principe est analogue: c'est la première sortie enregistrée durant l'année qui est prise en compte. Il faut toutefois partir du point de vue qu'un certain nombre de prises en charge parallèles ou répétées ne peuvent pas être identifiées comme telles, car les éléments nécessaires pour générer l'identifiant unique font parfois défaut. Par ailleurs, des erreurs au niveau des données

qui servent à générer ce code ne sont pas exclues. Dans les limites exposées ci-dessus, le tableau II indique pour chaque secteur le nombre de personnes enregistrées présentant au moins une admission ou une sortie au cours de l'année 2022. On rappellera que les données recueillies dans le secteur ambulatoire et relatives aux personnes venues consulter pour les problèmes d'un-e proche ne sont pas prises en compte ici puisqu'elles ne concernent que ce secteur. Les analyses qui s'y rapportent sont présentées dans le rapport annuel de la statistique sectorielle SAMBAD (Vorlet & Krzic 2023).

Tableau II
Monitoring act-info 2022: Clientes et clients avec un propre problème enregistrés à l'admission et à la sortie, par statistique sectorielle

	SAMBAD		Résidentiel (FOS & Residalc)		Substitution		HeGeBe		act-info (total)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Admission										
hommes	3488	69.9	1138	66.5	1218	77.5	113	74.3	5957	70.7
femmes	1504	30.1	574	33.5	354	22.5	39	25.7	2471	29.3
Total	4992	100.0	1712	100.0	1572	100.0	152	100.0	8428	100.0
données manquantes	1		0		2		0		3	
Sortie										
hommes	3541	70.4	1144	67.4	1313	75.9	56	70.0	6054	70.9
femmes	1489	29.6	553	32.6	418	24.1	24	30.0	2484	29.1
Total	5030	100.0	1697	100.0	1731	100.0	80	100.0	8538	100.0
données manquantes	1		0		3		0		4	

2. Aspects méthodologiques

2.4 Enquête sur la demande globale de traitement

Afin d'estimer l'ampleur de la demande totale dans les différents domaines de traitement des dépendances, une enquête annuelle a été réalisée en 2023 auprès de toutes les institutions existantes offrant des consultations ou des traitements structurés destinés aux personnes ayant des problèmes liés à une substance ou des comportements comparable à une addiction. L'objectif de cette enquête est de permettre des projections plus précises par rapport à l'ensemble du domaine du traitement des dépendances en Suisse. Il s'agit avant tout de déterminer le nombre global de personnes traitées ainsi que la répartition selon le type de problème principal. Pour cette enquête annuelle auprès des institutions, l'univers des institutions ambulatoires et résidentielles de l'aide aux personnes dépendantes a été actualisé sur la base du répertoire de la plateforme en ligne «indexaddictions.ch». Dans le cas de services géographiquement séparés ou de structures clairement distinctes avec des cadres différents, les institutions identifiées ont ensuite été divisées en unités correspondantes. Après plusieurs relances, la participation des institutions contactées a atteint environ 95%. Suite à un examen approfondi de la base de données disponible et des informations obtenues

grâce à l'enquête, ce sont en tout 362 unités cibles qui ont pu être identifiées. Comme pour les enquêtes précédentes, les institutions axées exclusivement sur le tabac n'ont pas été incluses, car elles se distinguent des autres offres par leur forme (p. ex. cours à plusieurs sans réel accompagnement individuel) et ne peuvent être couvertes que de manière insuffisante.

Presque 30% des 362 unités identifiées représentait des offres résidentielles alors que les autres unités peuvent être qualifiées d'ambulatoires. Parmi ces unités, 218 avaient une offre classique, 5 étaient exclusivement axées sur les comportements, 22 étaient accréditées pour réaliser les programmes de traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) et 9 autres étaient des structures de jour. En l'absence de réponse ou en cas de données manquantes, les lacunes ont été comblées avec les meilleures estimations possibles afin de maintenir le caractère exhaustif de l'enquête. Ainsi, le cas échéant, des informations provenant des rapports annuels des institutions concernées, de l'enquête précédente ou d'autres sources ont été utilisées. Dans certains cas, les données ont dû être estimées en utilisant des approches de «missing imputation» (utilisation de la moyenne d'un groupe de référence avec un profil comparable).

Tableau III

Enquête auprès des institutions: nombre des admissions 2022, selon le problème principal, le cadre et le type de l'offre (recensement exhaustif avec estimations complémentaires, admissions multiples possibles)

	Offre ambulatoire				Offre résidentielle			
	médical		psychosocial		médical		psychosocial	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	5415	39.3	6489	55.4	7691	58.7	512	50.1
cannabis	1444	10.5	1721	14.7	827	6.3	79	7.7
opioïdes*	2275	16.5	344	2.9	1373	10.5	113	11.1
cocaïne	1421	10.3	1092	9.3	1654	12.6	243	23.8
autres stimulants	339	2.5	164	1.4	263	2.0	30	2.9
hypnotiques/sédatifs	1058	7.7	160	1.4	777	5.9	17	1.7
hallucinogènes	23	0.2	20	0.2	46	0.4	3	0.3
substances volatiles	1	0.0	4	0.0	6	0.0	0	0.0
tabac	572	4.2	145	1.2	13	0.1	0	0.0
autres substances	83	0.6	118	1.0	122	0.9	12	1.2
jeu de hasard, gambling	264	1.9	518	4.4	60	0.5	3	0.3
médias, internet	282	2.0	366	3.1	64	0.5	4	0.4
troubles alimentaires	404	2.9	205	1.8	197	1.5	3	0.3
autres comportements	184	1.3	358	3.1	17	0.1	3	0.3
Total	13765	100	11704	100	13110	100	1022	100

* les traitements de substitution auprès de médecins privés ne sont pas inclus dans l'enquête auprès des institutions.

Les principales questions de l'enquête visaient, d'une part, à déterminer le nombre de personnes admises au cours de l'année écoulée (2022) et, d'autre part, à quantifier l'utilisation globale du système d'aide à une date de référence définie (dans une période de fonctionnement ordinaire).

Les résultats pour les structures de jour et les institutions uniquement consacrées aux comportements ne sont pas détaillés ici car ces offres étaient exclues jusqu'ici du monitoring *act-info*. Les résultats de l'enquête auprès des institutions sur le nombre d'admissions au cours de l'année écoulée et leur répartition en fonction du problème principal dans les secteurs résidentiel et ambulatoire figurent dans le tableau III ci-contre. Comme l'année dernière, les cas traités par prescription d'opioïdes (HeGeBe et substitution) sont désormais pris en compte. Rappelons ici que les traitements de substitution dispensés par des médecins privés ne sont pas inclus dans l'enquête auprès des institutions. En outre, une subdivision est appliquée en fonction du type de l'offre, liée aussi à son financement (médical versus psychosocial).

Le tableau IV ci-dessous présente les chiffres relatifs aux effectifs des mêmes services au jour de référence (traitements en cours à cette date). Si l'on ajoute les estimations disponibles pour les traitements de substitution auprès de médecins privés (N=9055), pour les services traitant exclusivement les comportements (N=377) et pour les structures de jour (N=313), on arrive à une estimation globale d'environ 49 000 personnes qui sont traitées pour des problèmes de dépendance en Suisse.

Table IV

Enquête auprès des institutions: nombre de client-e-s un jour de fonctionnement usuel* selon le problème principal, le cadre et le type de l'offre (recensement exhaustif avec estimations complémentaires)

	Offre ambulatoire				Offre résidentielle			
	médical		psychosocial		médical		psychosocial	
	n	%	n	%	n	%	n	%
alcool	6543	29.3	9076	61.6	706	50.3	356	47.3
cannabis	1733	7.8	1566	10.6	92	6.6	67	8.9
opioïdes**	8029	35.9	815	5.5	156	11.1	89	11.8
cocaïne	1732	7.8	1239	8.4	192	13.7	181	24.0
autres stimulants	499	2.2	186	1.3	41	2.9	21	2.8
hypnotiques/sédatifs	1052	4.7	188	1.3	82	5.8	10	1.3
hallucinogènes	48	0.2	13	0.1	10	0.7	1	0.1
substances volatiles	11	0.0	2	0.0	1	0.1	0	0.0
tabac	1081	4.8	233	1.6	36	2.6	0	0.0
autres substances	162	0.7	159	1.1	14	1.0	13	1.7
jeu de hasard, gambling	335	1.5	367	2.5	15	1.1	3	0.4
médias, internet	245	1.1	304	2.1	13	0.9	7	0.9
troubles alimentaires	470	2.1	170	1.2	43	3.1	2	0.3
autres comportements	407	1.8	421	2.9	3	0.2	3	0.4
Total	22347	100	14739	100	1404	100	753	100

* jour de référence: 15 mars 2023

** les traitements de substitution auprès de médecins privés ne sont pas inclus dans l'enquête auprès des institutions

2. Aspects méthodologiques

2.5 Sous-groupes (variables indépendantes)

Pour les exploitations statistiques standardisées annuelles, il est apparu judicieux de pratiquer une distinction par sexe d'une part, et par problème principal d'autre part. Les résultats sont donc toujours présentés séparément pour les deux sexes. Par ailleurs, la présentation par catégories de substances posant principalement problème est aussi parue appropriée puisque les variables dépendantes ne peuvent être interprétées de manière adéquate qu'en lien avec la substance ou la catégorie de substances concernée. La présentation des résultats par secteur de prise en charge n'a pas été jugée nécessaire dans la mesure où des analyses propres aux secteurs sont déjà disponibles et qu'il est déjà possible de procéder à des comparaisons à ce niveau. Les résultats relatifs aux sorties sont également présentés selon le problème principal et c'est le problème indiqué au moment de l'admission qui est pris en compte. Cette présentation des résultats par problème principal se retrouve dans d'autres systèmes de monitoring, comme par exemple en Allemagne (www.suchthilfe-statistik.de), aux Pays-Bas (www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers) ou aux Etats-Unis (www.datafiles.samhsa.gov/dataset/treatment-episode-data-set-admissions-2019-teds-2019-ds0001).

Dans les cas de consommation multiple, on cherche en principe toujours à identifier quelle est la substance qui pose subjectivement le plus de problèmes. Il est néanmoins possible d'indiquer, comme information complémentaire, qu'il s'agit en réalité de polytoxicomanie selon la définition de la CIM-10. Les personnes enregistrées dans la Statistique nationale des traitements par opioïdes agonistes de substitution ou par HeGeBe ont par principe l'héroïne pour principal problème, puisque la dépendance à cette substance est le facteur principal menant à ces traitements.

Les exploitations standardisées sont centrées sur les quatre catégories les plus importantes. Ensemble, ces catégories de problèmes principaux représentent 87.0% de toutes les admissions enregistrées en 2022. Il s'agit des catégories suivantes:

1. alcool
2. opioïdes (héroïne, méthadone [usage abusif], buprénorphine [usage abusif], autres opioïdes)
3. cocaïne (cocaïne sous forme de poudre, crack, autres formes de cocaïne)
4. cannabis

Les cas enregistrés dans les sous-groupes restants sont nettement moins nombreux, ce qui limite considérablement les possibilités d'analyse. Ainsi, le profil des clients et clientes enregistrés en 2022 qui ont indiqué les autres stimulants, les hallucinogènes, les hypnotiques/sédatifs, le tabac ou d'autres substances comme principal problème n'est pas analysé en détail. Cela s'applique aussi aux clients et clientes avec des problèmes non liés à une substance (troubles alimentaires, jeu de hasard, utilisation problématique d'ordinateurs et/ou d'Internet et d'autres comportements comparables à une addiction), également enregistrés par *act-info*.

2.6 Variables cibles (variables dépendantes)

Le choix des thèmes faisant l'objet d'analyses repose sur les variables de base communes aux différents secteurs de prise en charge. Celles-ci découlent en grande partie des priorités définies par le protocole TDI.

Comme il n'est pas rare que les client-e-s du secteur résidentiel aient préalablement suivi une cure de sevrage ou aient été incarcérés, il était important que les questions relatives à leur situation et à leur comportement de consommation avant leur admission se réfèrent, le cas échéant, aux 30 jours avant le sevrage ou le séjour en prison. Ainsi, il est possible d'appréhender la situation globale des personnes et leur problématique avant l'intervention et non pas celle prévalant lors d'un éventuel traitement préliminaire ou séjour en prison.

3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

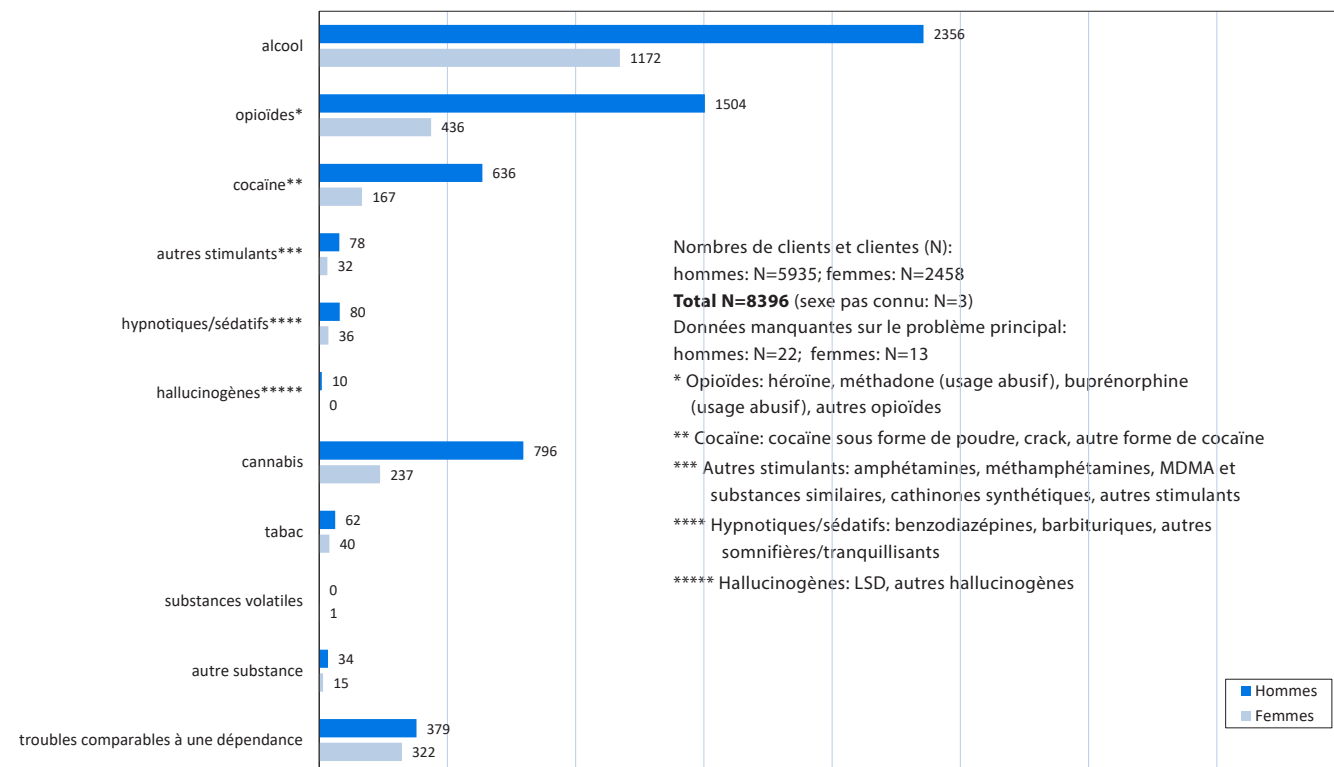
Le présent chapitre expose les principaux résultats issus des données act-*info* 2022 récoltées lors de l'admission ou de la sortie des client-e-s. L'ensemble des résultats des analyses standardisées se trouve quant à lui dans le recueil de tableaux séparé (voir chapitre 1).

3.1 Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal

Le graphique 1 présente la répartition des problèmes principaux au sein de la clientèle enregistrée par act-*info* en 2022. Il s'agit de problèmes liés à une substance ou de troubles comparables à une addiction tels que le trouble du jeu de hasard ou la dépendance aux ordinateurs et/ou à Internet. En ce qui concerne les problèmes liés à une substance, l'héroïne, la méthadone, la buprénorphine (usage abusif) et les autres opioïdes sont regroupés sous la catégorie 'opioïdes'. De même, la catégorie 'cocaïne' réunit la cocaïne sous forme de poudre, le crack (sel de cocaïne, chlorhydrate de cocaïne et bicarbonate) et les autres formes de cocaïne. La couverture du système de monitoring étant encore

incomplète, il n'est pas possible de garantir que la répartition obtenue reflète la situation effective au sein de la population cible (voir pour cela la répartition issue des données de l'enquête auprès des institutions au tableau III). Ainsi, seuls les chiffres absolus sont mentionnés ici. Le graphique 1 montre que l'alcool est le problème principal le plus souvent mentionné au début de la prise en charge ambulatoire ou résidentielle. Il est suivi par les opioïdes, le cannabis et la cocaïne. Comme mentionné plus haut, ces quatre catégories de substances représentent ensemble 87.0% des problèmes principaux enregistrés par act-*info* en 2022. Les hallucinogènes (par exemple le LSD) et les substances volatiles ne sont signalés comme problème principal que par quelques client-e-s. Les substances qui ne constituent que rarement le problème principal peuvent néanmoins jouer un rôle en tant que problème secondaire (voir 3.7).

Graphique 1
Problème principal à l'admission des personnes enregistrées, selon le sexe (2022)

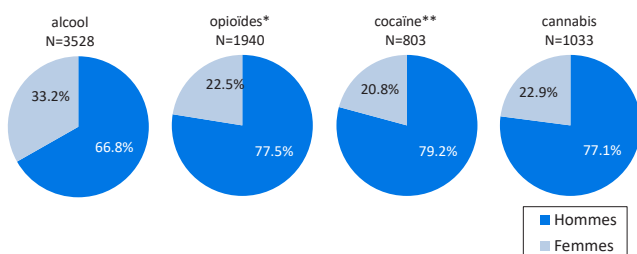


3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

3.2 Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission

Le graphique 2 montre la répartition hommes/femmes dans les quatre catégories de principales substances posant problème les plus souvent mentionnées. Les femmes sont nettement sous-représentées dans toutes ces catégories. Leur présence est la plus marquée dans le groupe 'alcool' (33.2%) et la plus faible dans le groupe 'cocaïne', avec 20.8%.

Graphique 2
Client-e-s et clients enregistrés à l'admission, selon le problème principal (2022)



* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

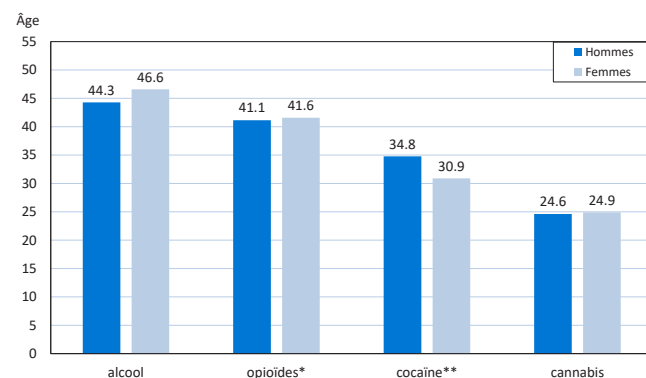
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

3.3 Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission

Le graphique 3 présente l'âge moyen des client-e-s au moment de leur admission, selon la catégorie de substance posant le problème principal.

Le groupe de client-e-s ayant l'alcool pour problème principal est, avec un âge moyen de 44.3 ans pour les hommes et de 46.6 ans pour les femmes, plus âgé que les autres groupes. A l'opposé, les client-e-s pris en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis constituent clairement le groupe le plus jeune (hommes: 24.6 ans; femmes: 24.9 ans).

Graphique 3
Âge moyen (en années) des client-e-s et des clients à l'admission, selon le problème principal (2022)



N 2352 1169 1504 436 635 167 795 237

StAbw 13.0 13.3 11.1 12.2 9.0 10.3 9.7 10.9

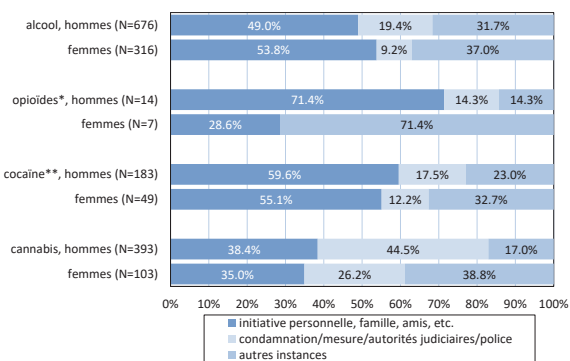
* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

3.4 Initiative du premier traitement

Pour mieux connaître les motivations qui conduisent à une première prise en charge, seuls les client-e-s traités ou pris en charge pour la toute première fois pour un problème de dépendance sont pris en considération dans cette analyse (graphique 4). Plus de la moitié des nouveaux client-e-s ayant l'alcool (petite moitié chez les hommes) et la cocaïne pour problème principal disent avoir cherché de l'aide de leur propre initiative ou y avoir été poussés par leur famille, des amie-s ou d'autres connaissances (employeur exclu). Il est de même pour le groupe des hommes ayant les opioïdes pour problème principal, tandis que chez les femmes, ce sont d'autres instances (p.ex. autres institutions spécialisées dans les addictions) qui jouent le rôle le plus important. La part de personnes venant de leur propre initiative ou motivées par des proches est également basse au sein du groupe avec un problème principal lié au cannabis. Ici, ce sont les condamnations et mesures prononcées ou d'autres instances qui prévalent. On trouvera le détail des instances d'envoi pour l'ensemble des client-e-s enregistrés en 2022 dans le recueil statistique séparé.

Graphique 4
Principale instance d'envoi des clientes et des clients pour la première prise en charge, selon le problème principal (2022)



Filtre: seul-e-s les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération: N=1801

* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

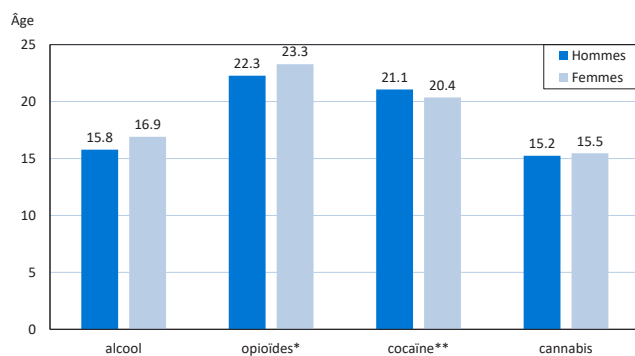
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

3.5 Âge moyen au moment de la première consommation

Le graphique 5 indique l'âge moyen des client-e-s au moment où ils/elles ont consommé pour la première fois la substance qui leur pose principalement problème. Relevons qu'il s'agit de données rétrospectives, portant

souvent sur une longue période, et qui ne peuvent donc pas toujours être communiquées avec exactitude. Selon les indications des client-e-s concernés, le début de la consommation de cannabis a eu lieu en moyenne vers l'âge de 15 ans, soit environ sept ans plus tôt en moyenne que l'âge du début d'un usage d'opioïdes ou presque six ans avant le début d'un usage de cocaïne, comme on l'observe auprès des client-e-s avec le problème principal correspondant. Selon les données récoltées, l'âge moyen de la première consommation d'alcool chez les personnes ayant cette substance pour principal problème se situe à un peu moins de 16 (hommes) et de 17 ans (femmes). Pour les client-e-s du groupe 'alcool', en raison de leur âge généralement plus élevé lors de l'admission, la période rétrospective est plus longue que pour les autres groupes. Il est donc problématique de procéder à des comparaisons directes de l'âge du début de consommation, sans compter que la première consommation d'une substance socialement acceptée telle que l'alcool revêt une autre signification que le premier usage de substances illégales. Dans les différentes catégories de principales substances posant problème, hommes et femmes font état d'âges assez similaires au moment de la première consommation.

Graphique 5
Âge moyen des clientes et des clients au début de la consommation, selon le problème principal (2022)



N 1301 630 515 161 408 110 508 142
StAbw 4.4 5.2 8.1 9.0 6.1 6.3 2.5 3.3

* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

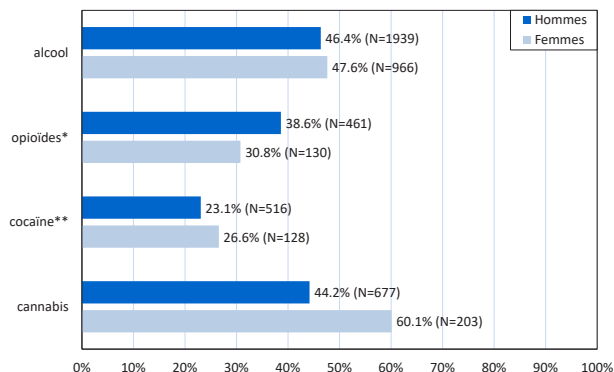
3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

3.6 Consommation quotidienne avant l'admission

La consommation quotidienne de substances psychoactives constitue un indicateur important pour apprécier globalement une problématique et plus particulièrement pour déterminer s'il y a dépendance. Le graphique 6 indique la proportion de clientes et de clients qui font état d'une consommation quotidienne de la principale substance posant problème durant les 30 jours précédant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement).

Une petite moitié des client-e-s dont le principal problème est l'alcool disent avoir consommé une ou plusieurs fois par jour cette substance avant leur prise en charge. La proportion des client-e-s pris en charge pour un problème principal lié aux opioïdes avec une consommation quotidienne se situe autour de 35%, ce qui est en dessous des attentes vu le haut potentiel de dépendance lié à ces substances. Il est possible qu'une partie de ces personnes se trouvaient déjà sous substitution avant l'admission enregistrée et ne rapportait de ce fait pas de consommation (incontrôlée) (voir aussi recueil statistique). La part des consommateurs/trices quotidiens parmi les client-e-s ayant principalement un problème avec la cocaïne est globalement un peu moins élevée en comparaison avec les autres sous-groupes (environ 23% des hommes et presque 27% des femmes de ce groupe). Cela corrobore le caractère souvent récréatif de la consommation de cocaïne (consommation le week-end). Parmi les personnes dont le problème principal est le cannabis, on notera la proportion plus importante de femmes ayant rapporté un usage quotidien avant l'admission (60.1% contre 44.2% chez les femmes). Les différences entre hommes et femmes sont moins marquées auprès des autres groupes. Seulement pour le problème principal des opioïdes on note la part légèrement plus élevée de la consommation quotidienne chez les hommes (38,6% contre 30,8% chez les femmes).

Graphique 6
Fréquence de la consommation quotidienne avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement), selon le sexe et le problème principal (2022)



* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne
Période de référence: 30 jours avant l'admission (resp. le sevrage ou l'emprisonnement)

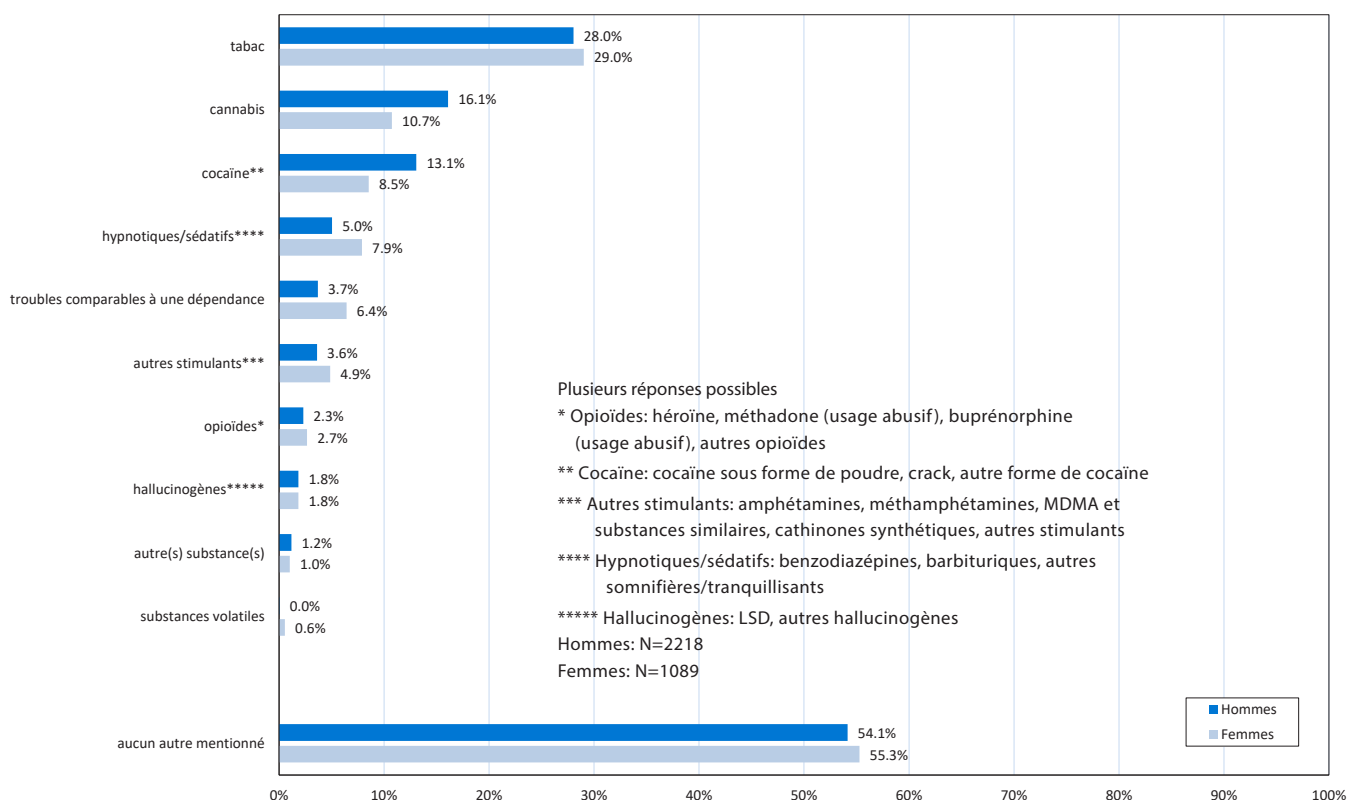
3.7 Autres problèmes addictifs au moment de l'admission

La présence, en plus du problème principal, d'autres problèmes liés à des substances ou comparables à une addiction posent un défi particulier à la prise en charge de personnes dépendantes. Les graphiques 7A à D présentent les substances ou comportements comparables à une dépendance qui – en plus du problème principal – sont aussi considérés comme problématiques. Pour ces résultats, les quatre plus importantes catégories de substances représentant le problème principal, à savoir l'alcool (7A), les opioïdes (7B), la cocaïne (7C) et le cannabis (7D), sont considérées séparément. La part des personnes qui n'indiquent aucun autre problème de

dépendance est également prise en compte (rubrique «aucun autre mentionné»). L'ordre de présentation reflète la fréquence des mentions. Précisons encore que plusieurs réponses sont possibles.

Chez les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le tabac est la substance problématique secondaire la plus souvent mentionnée (graphique 7A). En comparaison, les autres substances ou comportements comparables à une dépendance sont signalés nettement moins souvent comme autre problème. Plus de la moitié des client-e-s de ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

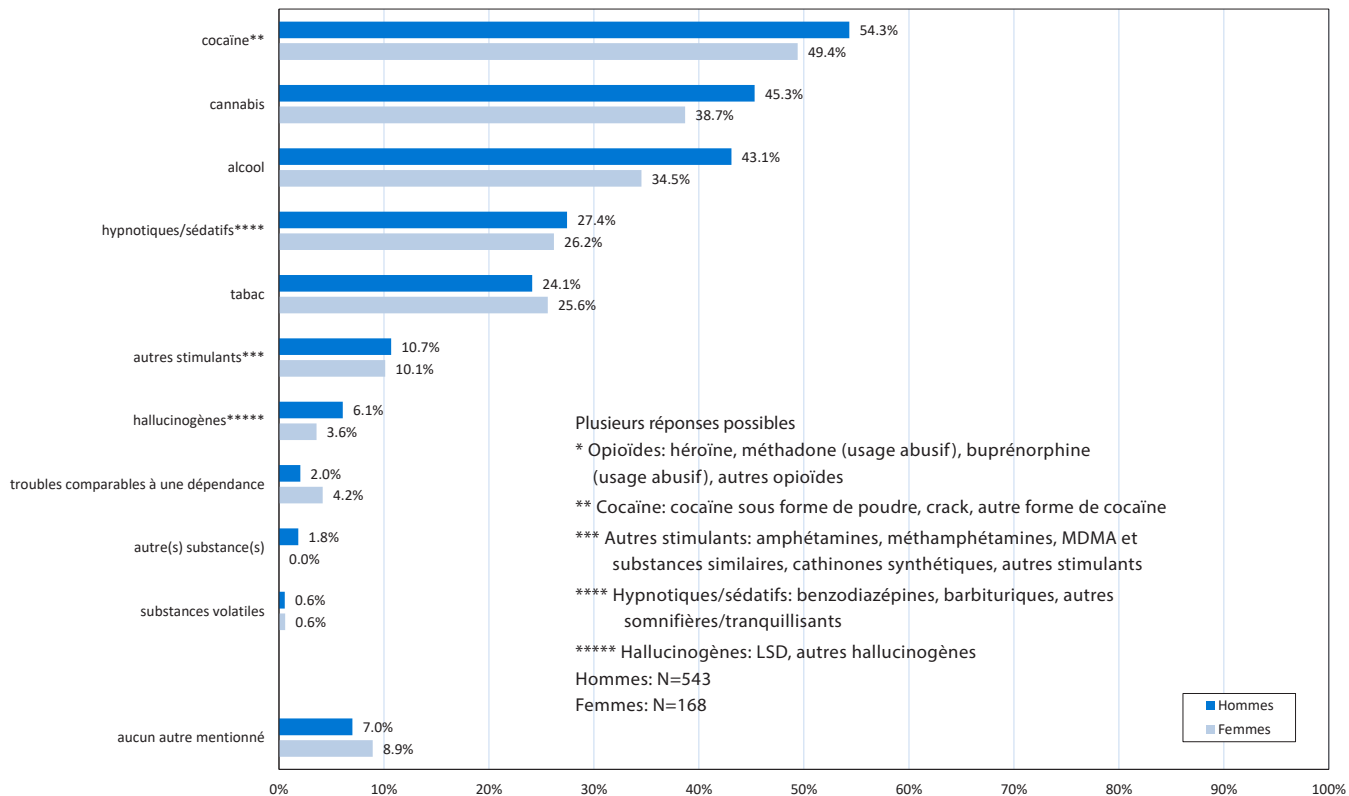
Graphique 7A
Problème principal alcool: problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2022)



3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

Graphique 7B

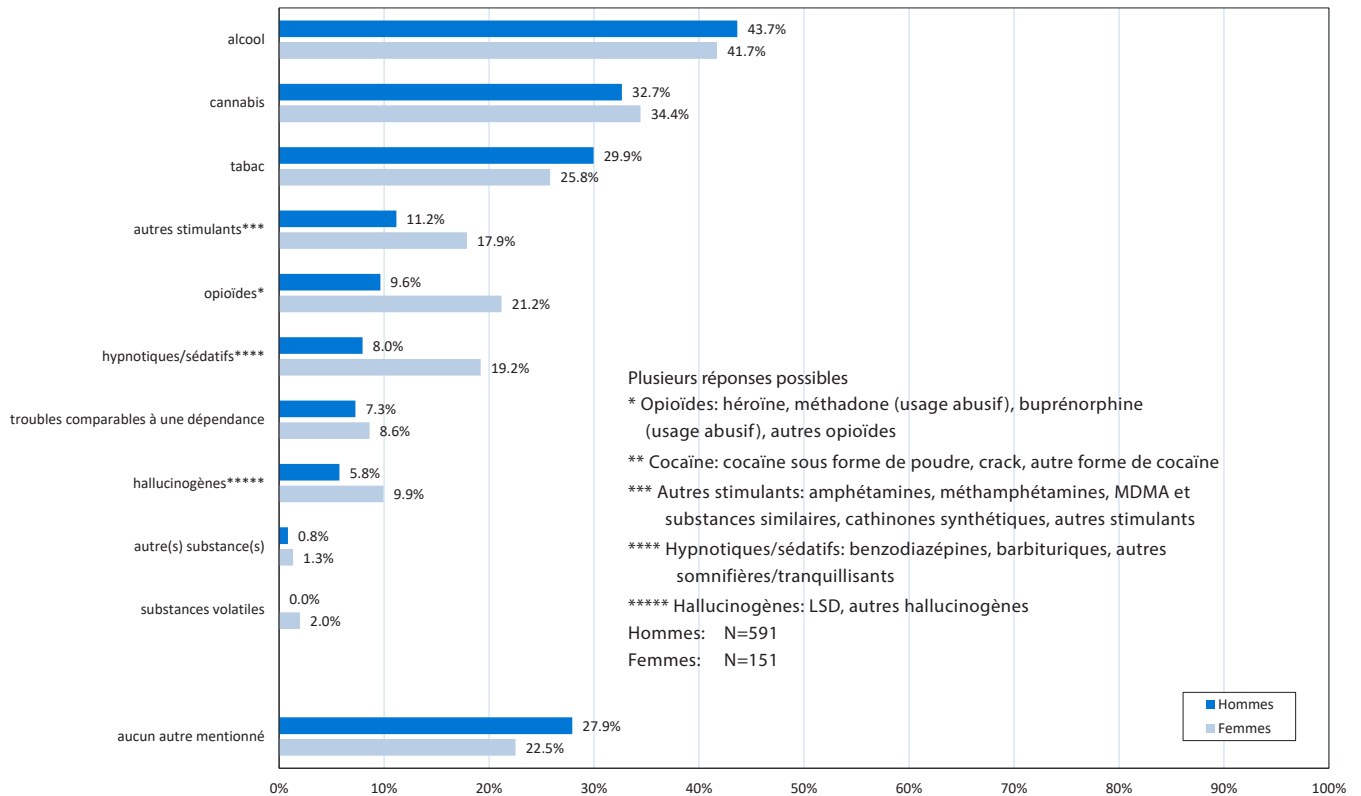
Problème principal opioïdes*: Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2022)



Le groupe des client-e-s ayant les opioïdes pour principal problème se caractérise par différents autres problèmes addictifs: cocaïne, cannabis, alcool, hypnotiques/sédatifs et tabac ont été mentionnés le plus souvent (graphique 7B). La part des client-e-s sans autre problème addictif est relativement petite (moins d'une personne sur dix de ce groupe).

Graphique 7C

Problème principal: cocaïne**: problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2022)

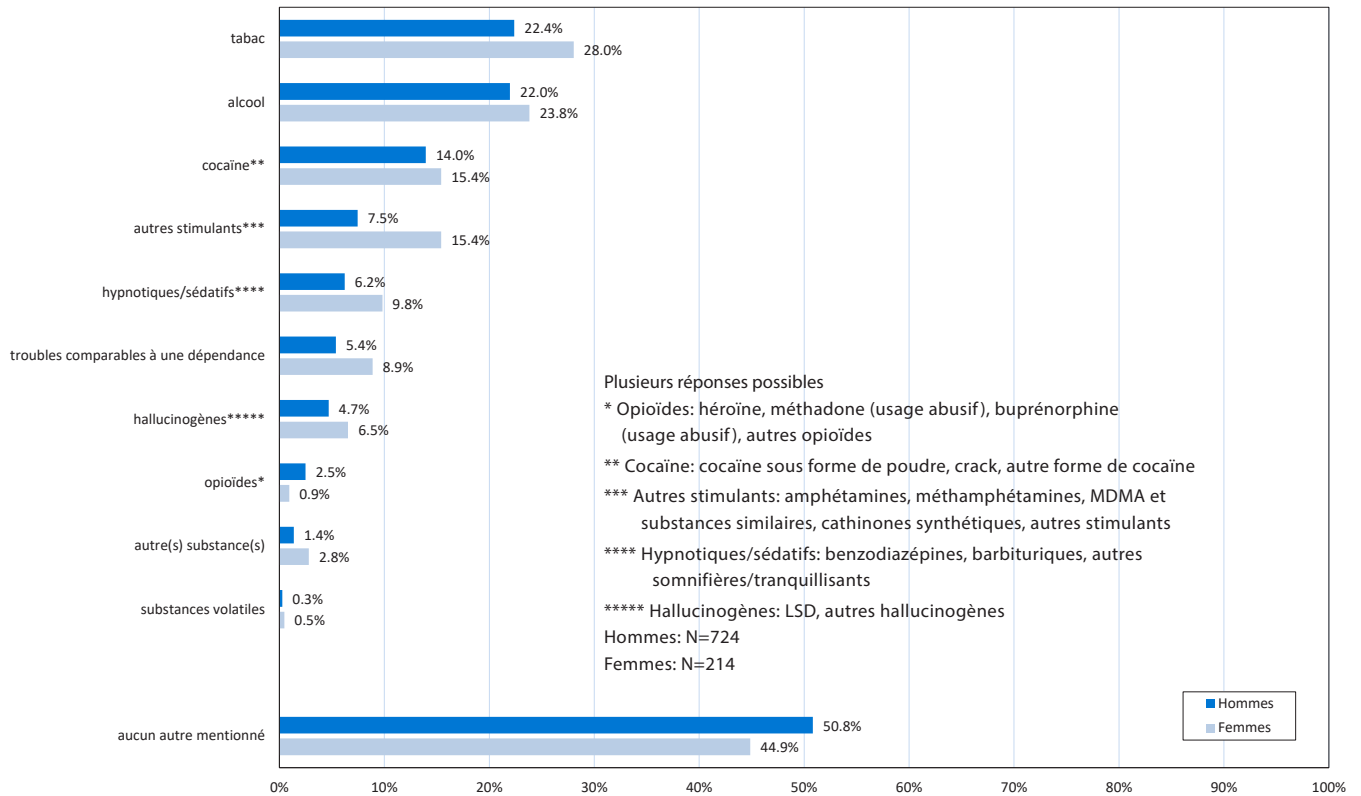


Les client-e-s dont le problème principal est la cocaïne présentent également souvent une accumulation de problèmes. Les substances les plus fréquemment désignées comme autres problèmes sont l'alcool, le cannabis, le tabac, les autres stimulants, les opioïdes et les hypnotiques/sédatifs (7C). Globalement, environ un quart des personnes appartenant à ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

Graphique 7D)

Problème principal cannabis: problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2022)

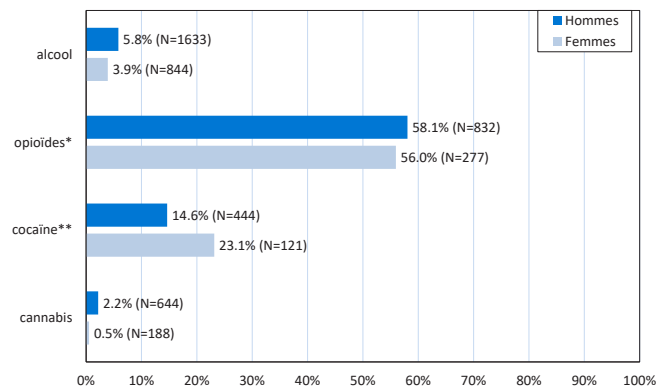


On observe dans le groupe des client-e-s ayant le cannabis pour principal problème moins souvent de problèmes secondaires que dans les groupes dont le problème principal sont les opioïdes ou la cocaïne. Les substances légales que sont le tabac et l'alcool, sont le plus fréquemment mentionnées comme problèmes secondaires. La cocaïne et d'autres stimulants apparaissent également assez souvent comme substances secondaires (graphique 7D). Dans ce groupe, presque la moitié des personnes ne font état d'aucun autre problème addictif.

3.8 Consommation par injection avant l'admission

Le graphique 8A présente pour chacune des quatre catégories de problème principal les proportions de client-e-s qui ont consommé des substances illégales par injection au cours de leur vie (prévalence à vie). Le graphique 8B se rapporte, quant à lui, au comportement d'injection au cours des douze mois précédant le début de la prise en charge (prévalence sur une année). Aucune information concernant la ou les substances injectées n'a été recueillie. L'effectif du groupe de référence est chaque fois mentionné (N=100%).

Graphique 8A
Comportement d'injection des clientes et des clients avant l'admission, selon le problème principal (prévalence au cours de la vie) (2022)

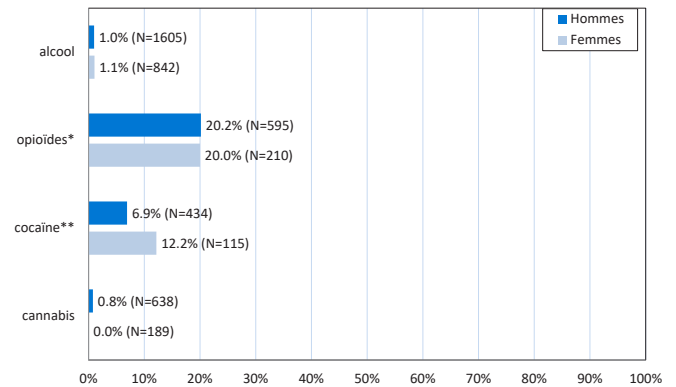


* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Comme on pouvait s'y attendre, ce sont principalement les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal qui indiquent avoir déjà consommé des substances illégales par injection (plus de la moitié). Dans le groupe ayant la cocaïne pour problème principal, les proportions sont moins élevées, mais la part proportionnellement plus importante des femmes avec une expérience d'injection est à relever (graphique 8A).

Graphique 8B
Comportement d'injection des clientes et des clients avant l'admission, selon le problème principal (Prévalence au cours des 12 derniers mois) (2022)



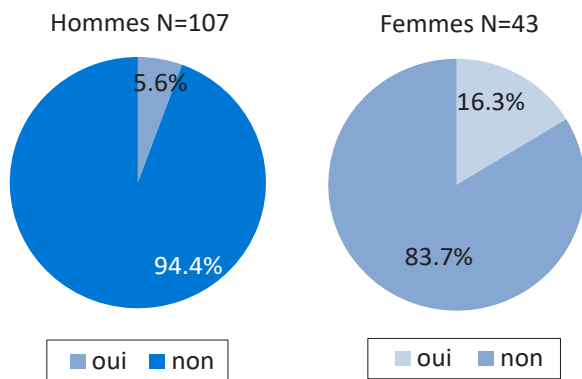
* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

L'image est similaire pour ce qui est de la prévalence à douze mois. Environ deux personnes sur dix du groupe avec opioïdes comme problème principal ont signalé des expériences d'injection dans l'année précédant leur admission. Par contre, pour le groupe 'cocaïne' la proportion est inférieure à 10%. Dans les groupes 'alcool' et 'cannabis', les proportions de client-e-s qui ont recouru à l'injection dans les douze derniers mois sont insignifiantes (moins de 1.5% dans les deux groupes). Ces résultats peuvent être mis en lien avec les observations concernant les problèmes secondaires: les drogues injectables n'apparaissent pas non plus fréquemment comme substances problématiques secondaires lorsque le problème principal mentionné est l'alcool ou le cannabis (voir 3.7).

3. Profil des clientes et clients pris en charge en 2022

Graphique 9
Echange de matériel d'injection chez les clientes et les clients ayant injecté au cours des 12 mois avant l'admission (2022)



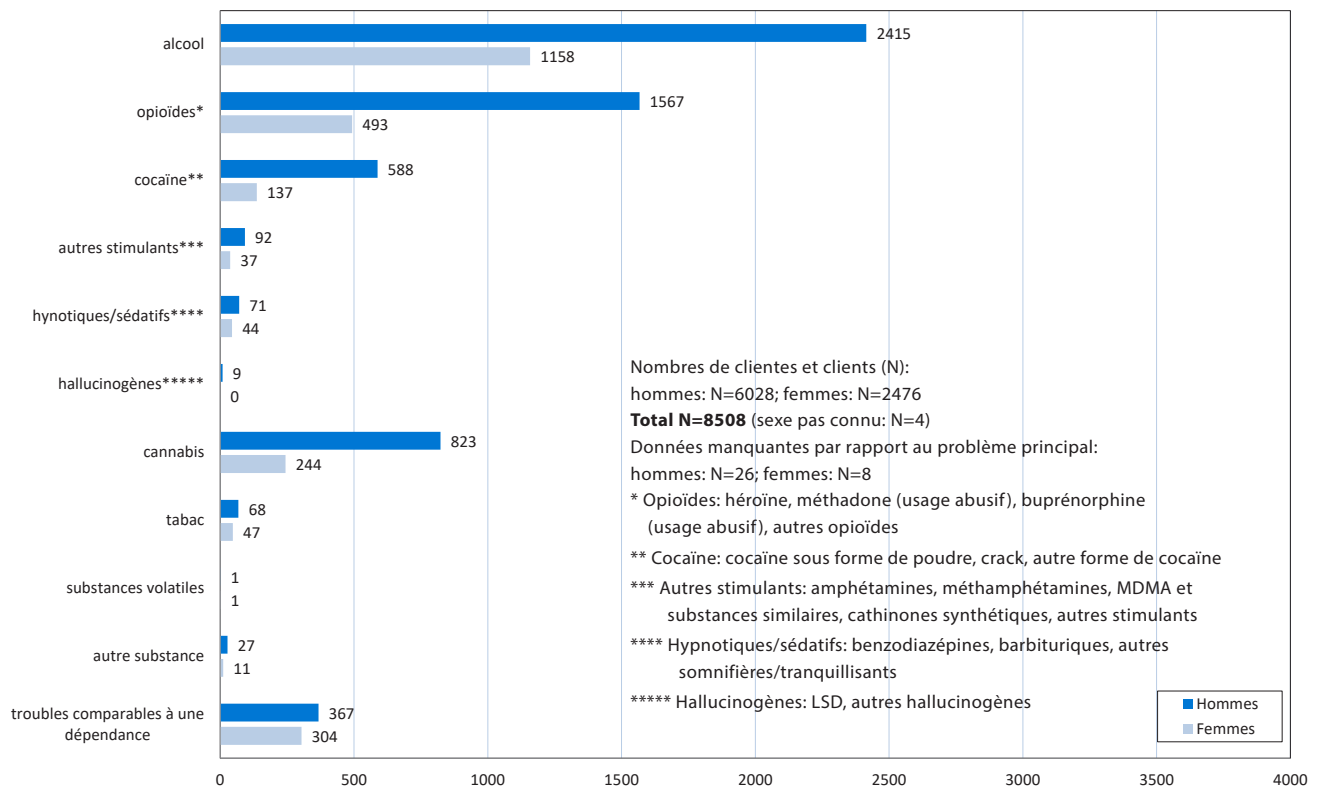
Le graphique 9 montre, pour tous les client-e-s ayant consommé par injection au cours des douze mois précédant l'admission, s'ils/si elles ont fait usage de matériel d'injection partagé avec d'autres consommateurs ou consommatrices au cours de cette même période. Tous les client-e-s ayant injecté sont pris en compte, indépendamment de leur problème principal. Malgré les risques de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite, une proportion non négligeable de client-e-s faisant usage de drogues par voie intraveineuse – soit environ 9% – ont utilisé du matériel d'injection partagé. Le pourcentage élevé de 16,3% chez les femmes est à relever.

3.9 Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal

Le système de monitoring act-*info* a enregistré en tout 8542 personnes sorties en 2022. Le graphique 10 concerne les client-e-s sortis en 2022 pour lesquels le principal problème au moment de l'admission est connu. Il présente les problèmes principaux que les clientes et les clients montraient au début de leur prise en charge. Les client-e-s pour qui le problème principal fait défaut ne sont pas pris en considération dans les analyses. Comme pour le graphique 1, seuls

les nombres absolus sont indiqués et non les pourcentages, ceci en raison de lacunes existantes dans la récolte des données par le système de monitoring. Ainsi, la répartition des principales substances posant problème ne reflète pas forcément la répartition effective des problèmes au sein de la population cible. Une grande partie des client-e-s enregistrés au moment de leur sortie avaient été pris en charge principalement pour des problèmes liés à l'alcool.

Graphique 10
Raison principale de la prise en charge des clientes et des clients sortis en 2022



4. Evolution jusqu'en 2022

Ce chapitre présente, dans le cadre du rapport annuel, une sélection de résultats reflétant l'évolution des tendances au niveau de la demande en matière de traitement ainsi que par rapport à quelques caractéristiques de base des personnes prises en charge. Le monitoring *act-info* recueille depuis 2004 des données dans le domaine de la prise en charge des dépendances et offre ainsi la possibilité de suivre à la fois les développements à long terme et les tendances actuelles dans ce domaine. Lors des processus d'harmonisation et de révision, un soin particulier a été apporté au maintien de la comparabilité des instruments avec leurs versions précédentes. Ce sont les fluctuations dans la participation des institutions qui représentent le défi le plus important dans l'interprétation de l'évolution des résultats. On rappellera que la plupart des relevés sont réalisés sur une base volontaire, ce qui entraîne des limitations inévitables en terme de couverture. Il convient donc d'en tenir compte dans l'évaluation des tendances. Il s'agira d'utiliser les données de façon différenciée en fonction des aspects traités. Notamment concernant la question de *l'évolution de la demande en matière de traitement*, il est important de contrôler les éventuels effets de participation par des mesures appropriées. La méthode de choix consiste ici à sélectionner les institutions ayant fourni des données de façon constante dans le temps. Étant donné que le nombre d'institutions remplissant cette condition diminue avec la durée de la période d'observation et que le potentiel des données pourrait s'en trouver affaibli, il semble judicieux d'utiliser ici des séries chronologiques plus courtes en vue de refléter au mieux les tendances actuelles. En revanche, les questions qui visent à *suivre certaines caractéristiques des client-e-s au fil du temps* sont susceptibles d'être beaucoup moins sensibles aux fluctuations de la participation. Dans ce cas, ce sont des proportions qui sont calculées et on peut supposer que les valeurs correspondantes restent relativement indépendantes du nombre disponible de cas enregistrés annuellement. Des périodes rétrospectives plus longues sont donc possibles pour ce type d'analyses, et celles-ci peuvent prendre en compte toutes les données enregistrées.

4.1 Evolution des cas enregistrés dans les différents secteurs de prise en charge

Le graphique 11A montre l'évolution du nombre de cas enregistrés par *act-info* depuis le début des relevés communs jusqu'en 2022, selon le secteur de prise en charge. Conformément aux normes européennes du TDI (EMCDDA 2000, 2012), les personnes admises plusieurs fois au cours d'une même année civile ne sont si possible comptées qu'une

seule fois. Les défis relatifs au recrutement de nouvelles institutions dans la phase de lancement d'*act-info* apparaissent clairement dans le nombre des clientes et clients enregistrés. C'est seulement après quelques années qu'une certaine saturation a été atteinte. Ainsi, on peut observer une augmentation du nombre de clientes et clients enregistrés jusqu'en 2011. On assiste ensuite à un fléchissement des cas documentés jusqu'en 2014. On observe dès 2015 une recrudescence qui ne se poursuit plus lors des quatre dernières années. Ces tendances au cours du temps semblent s'expliquer principalement par l'évolution du nombre de prises en charge enregistrées dans le secteur ambulatoire SAMBAD. Certaines fluctuations plus marquées dans le domaine des traitements de substitution influencent également le tableau général, tandis que les autres secteurs affichent des chiffres plus stables dans le temps.

En raison de la participation en grande partie volontaire au système de monitoring et des fluctuations qui y sont associées, les chiffres annuels bruts du graphique 11A ne sauraient être interprétés comme tendance réelle de la sollicitation du système d'aide en matière de dépendance. Ces chiffres reflètent certainement bien plus la participation au monitoring *act-info*.

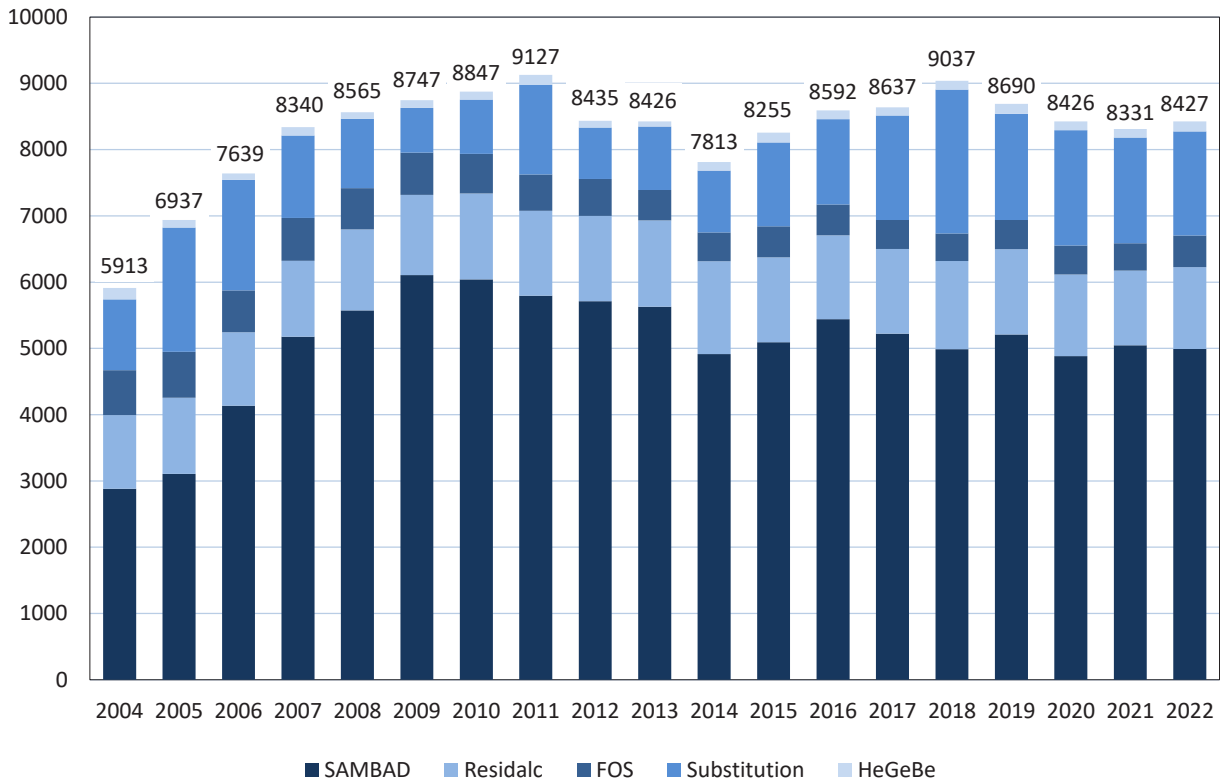
Si l'on ne prend en compte que les institutions qui ont participé au monitoring sans interruption au fil du temps, l'évolution semble en effet assez différente (graphique 11B) et devrait correspondre davantage aux tendances réelles de la demande en matière de traitement. Afin d'éviter une perte excessive de données, une période rétrospective plus courte de dix ans a été choisie ici. On ne peut pas reconnaître ici de tendance particulière, mais seulement de légères fluctuations. Ainsi, les chiffres de 2013 et de 2022 sont relativement proches.

Comme tous les problèmes sous-jacents se trouvent ici mélangés, les tendances spécifiques qui contribuent à l'image globale ne peuvent pas encore être identifiées à ce stade. Les sections 4.3 et 4.4 présentent une description des tendances en fonction des substances sur la base de ces mêmes chiffres absolus.

Les autres résultats de trends présentés dans ce chapitre sont basés chaque fois sur des proportions et peuvent donc, comme évoqué plus haut, reposer sur l'ensemble des cas enregistrés et couvrir des périodes plus longues.

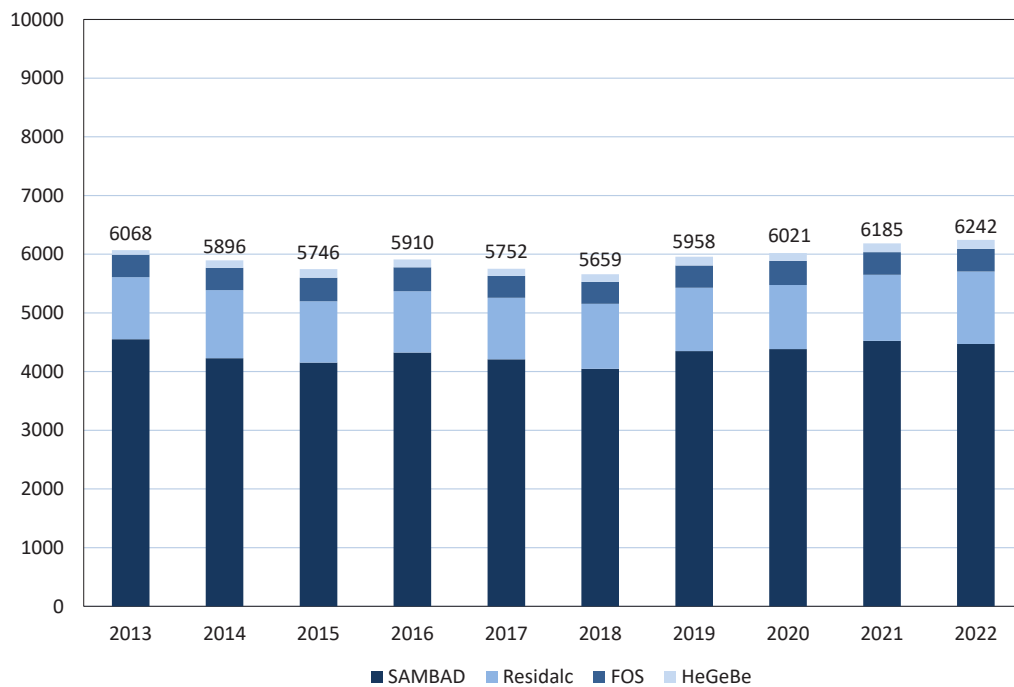
Graphique 11A

Nombre de personnes enregistrées annuellement par act-info à l'admission et répartition selon le secteur de traitement (2004-2022)



Graphique 11B

Nombre de personnes enregistrées annuellement à l'admission provenant d'institutions ayant fourni des données de façon constante sur la période d'observation, selon le secteur de traitement (2013-2022)



4. Evolution jusqu'en 2022

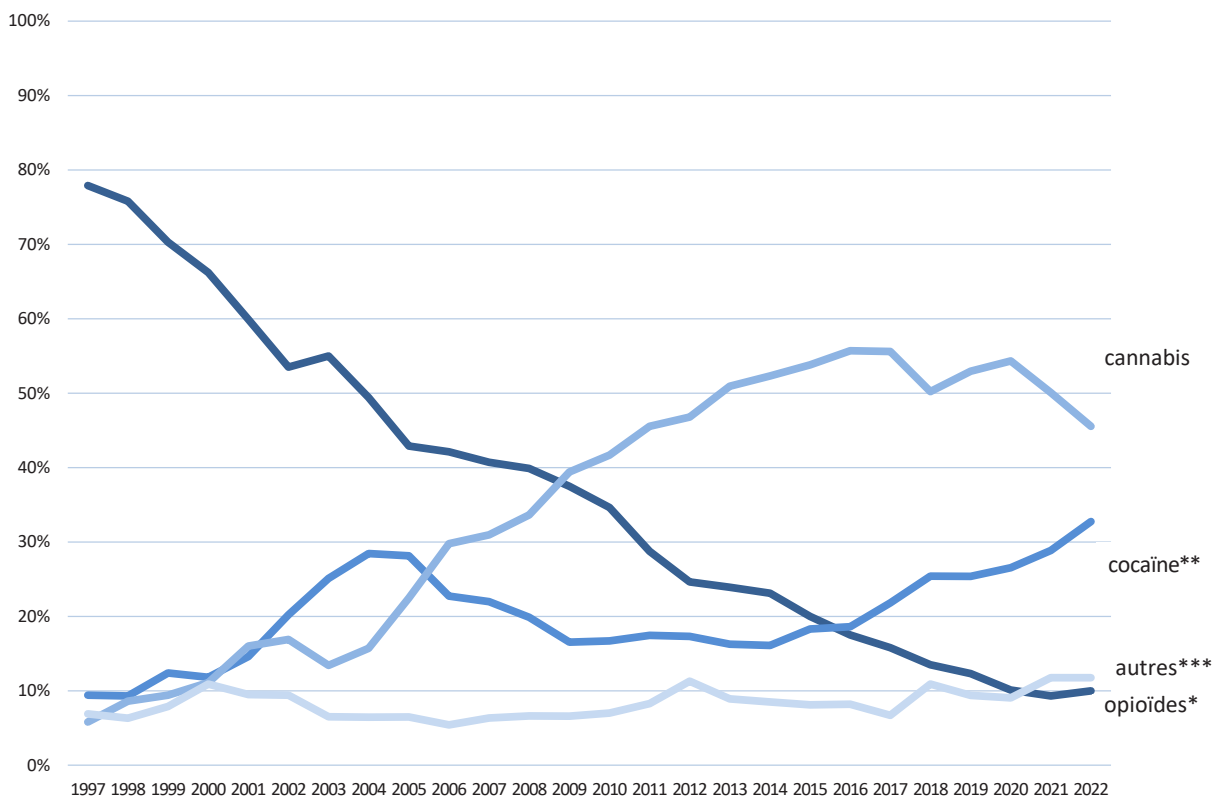
4.2 Evolution des parts relatives des problèmes principaux dans le domaine des drogues illégales (1997-2022)

Les admissions enregistrées par SAMBAD et act-info-FOS dans le domaine des drogues illégales peuvent servir de source pour une première rétrospective à long terme (approches psychosociales, principalement). Dans ces deux secteurs, l'indicateur clé est resté comparable avec les relevés antérieurs à l'introduction des premiers outils harmonisés d'act-info en 2004. Le graphique 12 présente l'évolution des fréquences relatives des admissions de client-e-s ayant les opioïdes, la cocaïne, le cannabis ou une autre substance psychotrope pour problème principal (alcool et tabac exceptés). Cette perspective offre l'avantage d'un recul plus important et n'est que peu sensible aux fluctuations du taux de participation, vu qu'il s'agit pour chaque année de parts relatives. En 1997, près de quatre admissions sur cinq (77.9%) dans le domaine des drogues illégales concernaient un problème principal lié aux opioïdes. Par la suite, la part de ces admissions recule de façon assez régulière pour re-

présenter en 2022 environ 10% des demandes enregistrées. Sur la même période, on observe une augmentation considérable de la part des demandes liées au cannabis comme problème principal. Ainsi, cette proportion est passée de 5,8% en 1997 à plus de la moitié de toutes les admissions enregistrées en 2020 (54,3%), avec un net recul ces deux dernières années (2022 : 45,5%). La part des demandes pour un problème principalement attribué à la cocaïne a atteint un pic en 2004 (28.4%) pour repartir à la baisse jusque vers 2009 (16.5%). Une nouvelle tendance à la hausse peut être observée au cours des dernières années (2022: 32.7%). La part des admissions pour d'autres substances a dépassé en 2021 la barre des 10% et a été pour la première fois supérieure à la part des admissions pour opioïdes. Si les tendances en terme de fréquences relatives présentent l'avantage d'être relativement insensibles aux fluctuations de la participation, ces proportions sont cependant interdépendantes et ne peuvent être interprétées isolément.

Graphique 12

Evolution de la fréquence relative de la principale substance posant problème au moment de l'admission (uniquement client-e-s des institutions SAMBAD [seulement drogues illégales] et act-info-FOS) (1997-2022)



Pour chaque année de relevé, on obtient un total de 100 %

* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

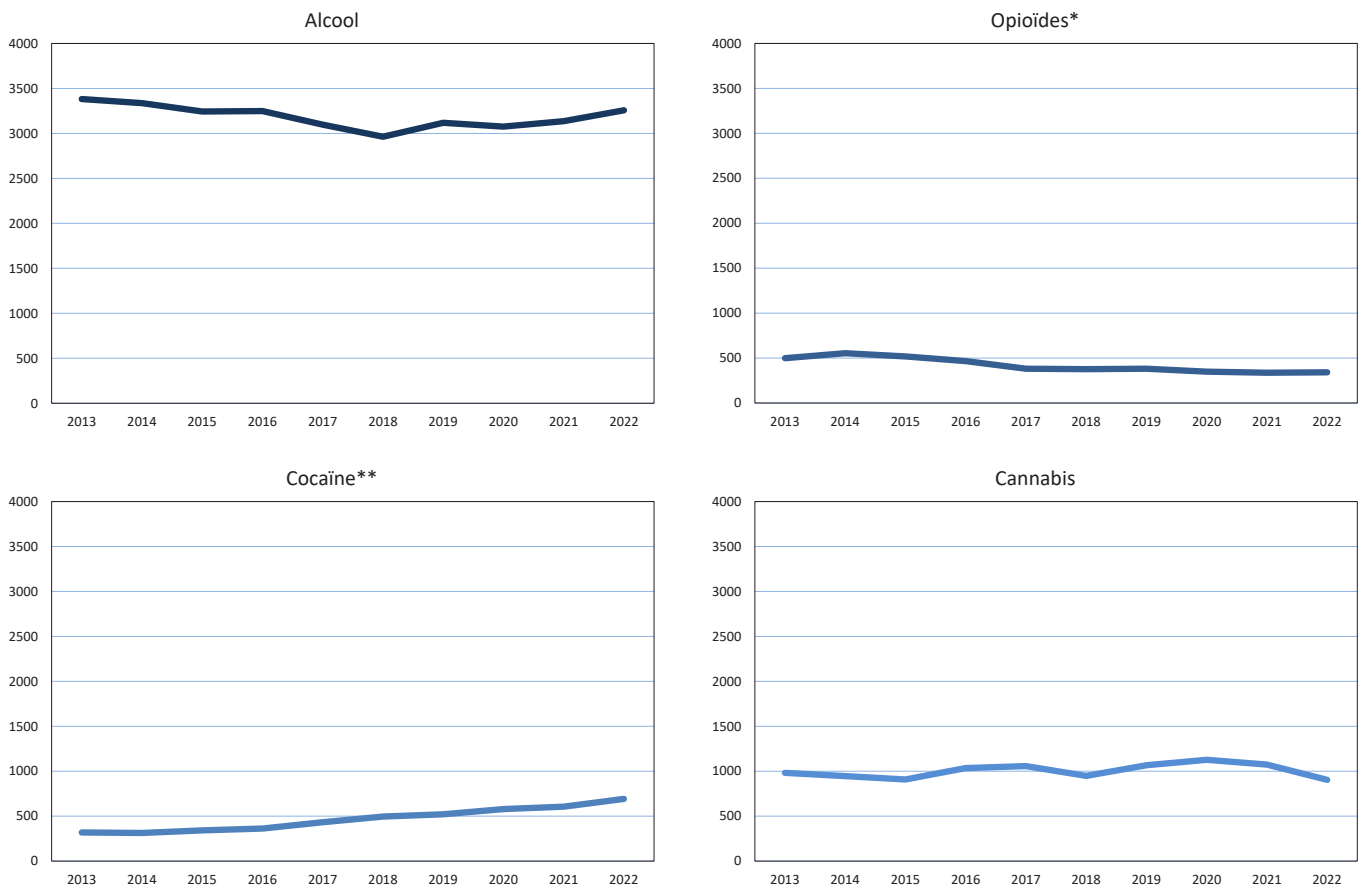
*** Autres: autres substances psychotropes (alcool et tabac exceptés)

4.3 Evolution de la demande de prise en charge globale selon le problème principal (2013-2022)

De façon à pouvoir suivre l'évolution des sollicitations à l'endroit du système d'aide en matière de dépendance, tout en essayant de neutraliser les éventuels biais liés aux fluctuations du taux de participation, les nombres absolus – et non plus les parts relatives – de client-e-s admis par problème principal (alcool, opioïdes, cocaïne et cannabis) ont été calculés pour une sélection d'institutions ayant livré des données tout au long de la période d'observation (de 2013 à 2022). Le fait de considérer une fenêtre d'observation plus étroite permet de limiter les pertes de cas. A noter qu'ici les analyses se basent sur les données des secteurs SAMBAD, act-info-FOS, act-info-Residalc et HeGeBe, mais sans celui des traitements de substitution, les informations sur la constance de la participation n'ayant pas été disponibles jusqu'en 2015. Avec ce critère, 69.9% des cas enregistrés par act-info avec une indication sur le problème principal ont pu être inclus dans ces calculs. Le graphique 13 présente l'évolution du nombre de client-e-s pour chaque problème

principal et permet ainsi de suivre au mieux les tendances de la demande de prise en charge en terme d'évolution, mais pas d'ampleur, vu la part restreinte d'institutions pouvant être considérées ici. Dans cette approche, c'est donc l'évolution des courbes qui est au centre de l'attention et non pas les nombres qui les constituent. Selon ces résultats, la demande de prise en charge pour un problème principal lié à l'alcool semble d'abord diminuer puis augmenter entre 2013 et 2022 (index 2013-2022: -3.7%). Après une légère augmentation entre 2013 et 2014, la demande de traitement pour un problème principal lié aux opioïdes montre depuis une tendance à la baisse (index 2013-2022: -31.7%). Les demandes de traitement pour un problème primaire lié au cannabis révèlent une évolution fluctuante avec une baisse importante en 2022 (index 2013-2022: -7.9%). Les demandes de prise en charge pour un problème principal lié à la cocaïne affichent une nette augmentation (index 2013-2022: +116.9%), comme dans d'autres pays européens (Antoine et al. 2021).

Graphique 13
Evolution du nombre des demandes d'aide en matière de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation 2013-2022)



* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

5. Evolution jusqu'en 2022

4.4 Evolution des premières prises en charge selon le problème principal (2013-2022)

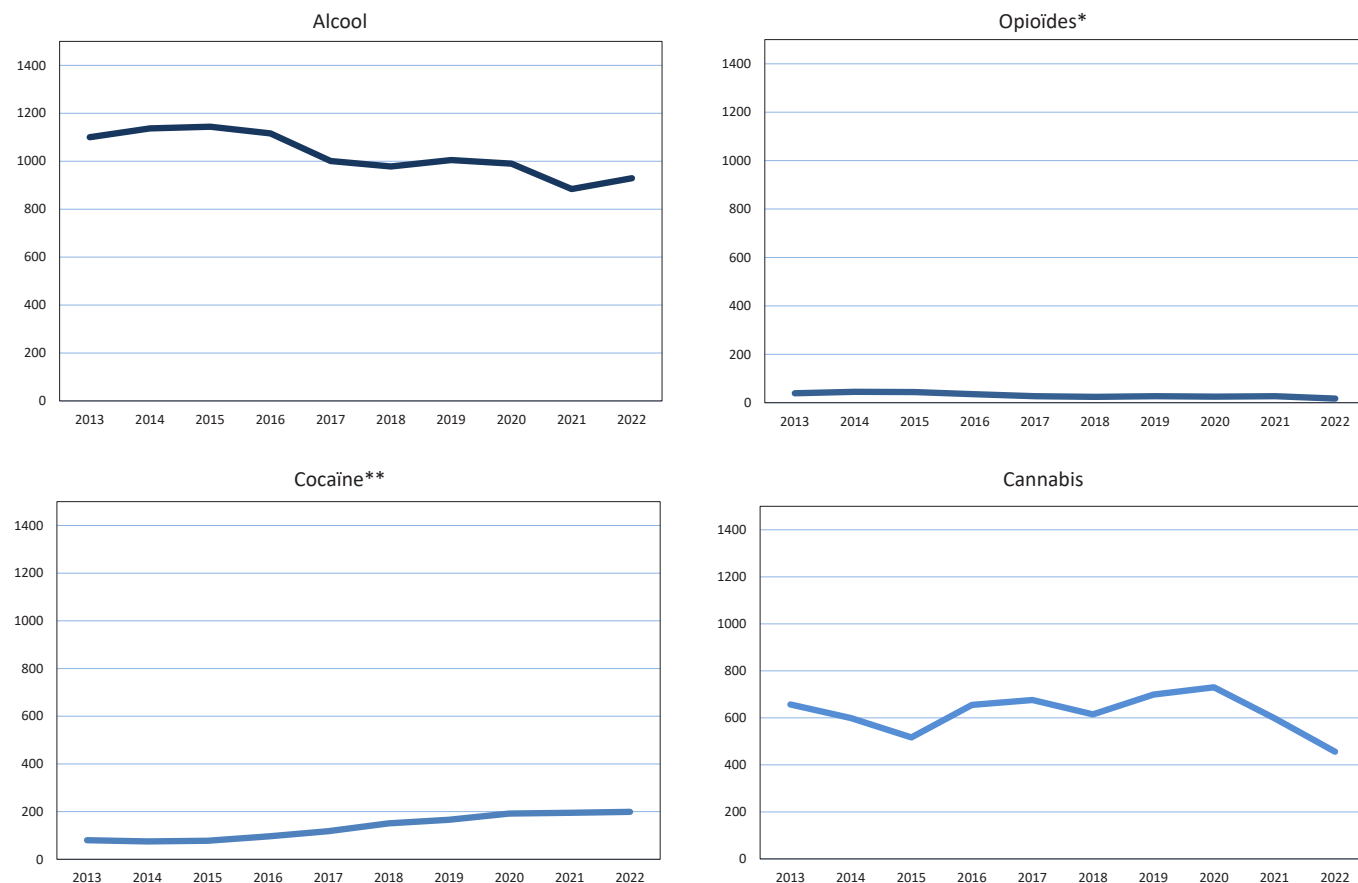
Le nombre de client-e-s pour lesquels il s'agit de la toute première prise en charge pour un problème de dépendance peut être considéré comme un indicateur 'proxy' de l'évolution de l'incidence du problème concerné au sein de la population générale. L'évolution de l'incidence constitue une mesure appropriée de la tendance de diffusion d'un trouble donné et de la rapidité à laquelle il se propage ou régresse. Les remarques méthodologiques relatives au graphique 13 s'appliquent également au graphique 14. Ainsi, les nombres présentés sont ceux enregistrés par les institutions ayant pris part de façon constante au monitoring act-*info* de 2013 à 2022. Ici aussi, c'est le tracé de la courbe qu'il importe de considérer et non pas les nombres eux-mêmes, car ils ne représentent pas la totalité de la demande.

Le graphique 14 montre l'évolution du nombre des toutes premières prises en charge selon le problème principal. Dans l'ensemble, on observe des évolutions assez comparables à celles du nombre global des demandes de prise en

charge (voir 4.3), bien que plus marquées et à des niveaux plus bas, surtout s'agissant du problème principal 'opioïdes', ce qui rappelle le caractère chronique de cette problématique (part élevée des prises en charge récurrentes). Les premières demandes de prise en charge pour un problème principal lié à l'alcool montrent des fluctuations avec une tendance globale à la baisse (index 2013-2022: -15.5%). Partant de chiffres globalement plus bas, l'évolution des toutes premières prises en charge pour un problème principal lié aux opioïdes montre une tendance générale à la baisse (index 2013-2022: -56.4%). Quant aux problèmes primaires liés à la cocaïne, on observe au contraire une augmentation considérable des premières demandes de prise en charge (index 2013-2022: +148.8%). Concernant les premières prises en charge pour un problème principal lié au cannabis, on observe des fluctuations assez importantes avec une forte baisse depuis 2020 (index 2013-2022: -30.6%).

Graphique 14

Evolution du nombre des toutes premières prises en charge pour problèmes de dépendance, selon le problème principal (uniquement institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation 2013-2022)



* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

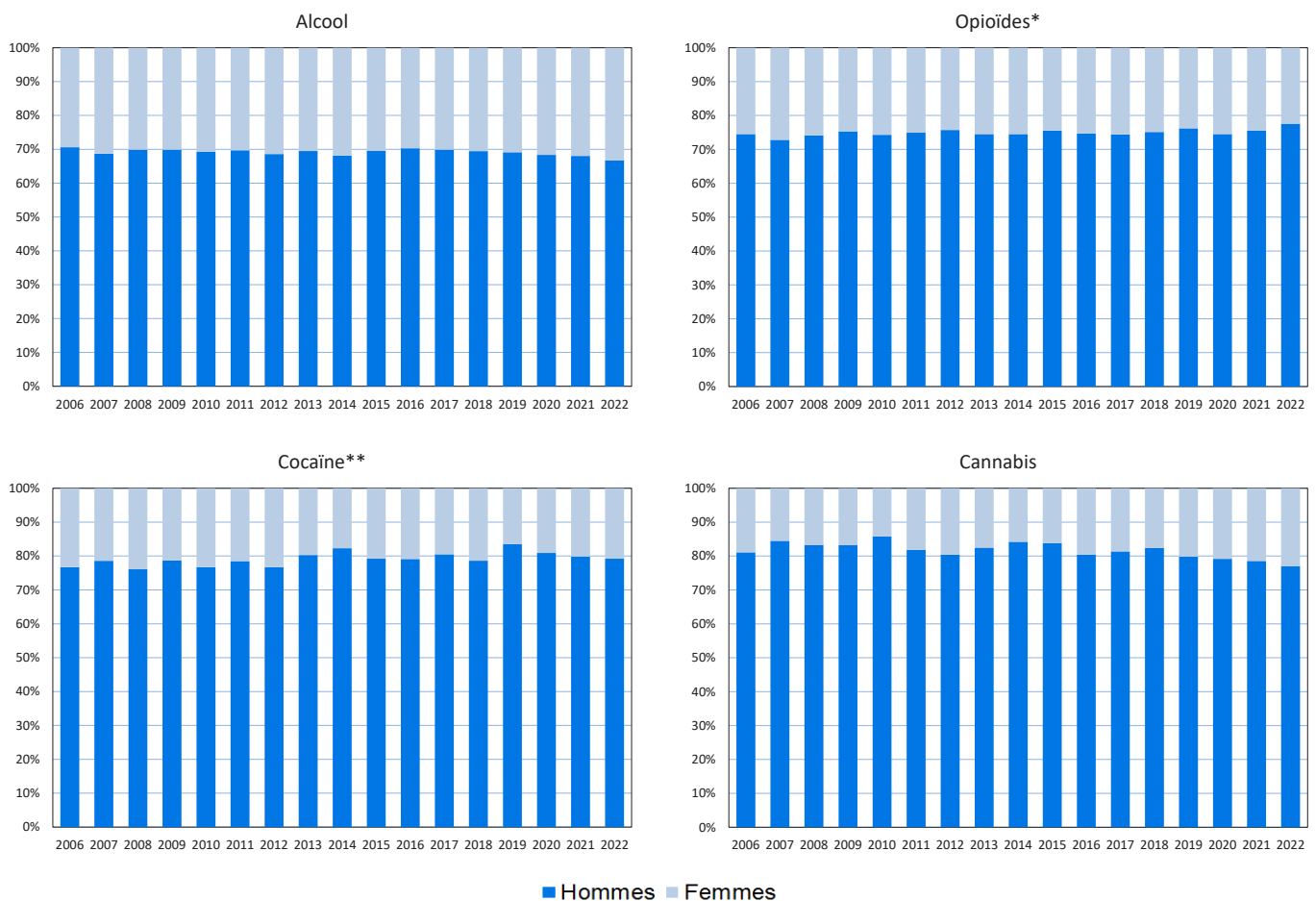
** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

4.5 Répartition hommes/femmes selon le problème principal (2006-2022)

Le graphique 15 présente la proportion d'hommes et de femmes selon le problème principal à l'admission pour l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring *act-info* entre 2006 et 2022. Les résultats montrent que la répartition des hommes et des femmes reste relativement stable au cours de la période d'observation parmi les client-e-s ayant pour problème principal l'alcool (environ 30% de femmes), avec une légère augmentation de la proportion de femmes depuis 2016. Pour un problème principal lié aux opioïdes (environ un quart de femmes), les proportions sont également relativement stables, avec une légère

augmentation de la proportion des hommes depuis 2020. Des fluctuations plus importantes sont observées dans les deux autres groupes de client-e-s. Ainsi, la part des femmes parmi les client-e-s dont le problème principal est la cocaïne oscille entre un minimum de 16.5% (2019) et un maximum de 23.9% (2008). Cette même part fluctue entre 14.2% (2010) et 22.9% (2022) parmi les client-e-s ayant le cannabis pour problème principal. Pour toute la période d'observation, la proportion de femmes s'avère la plus élevée parmi les personnes dont le problème principal est l'alcool et la plus basse parmi celles dont le problème principal est le cannabis, même si la part de femmes se trouve en augmentation sur les quatre dernières années dans le groupe cannabis.

Graphique 15
Evolution de la répartition hommes/femmes, selon le problème principal (2006-2022)



* Opioïdes: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

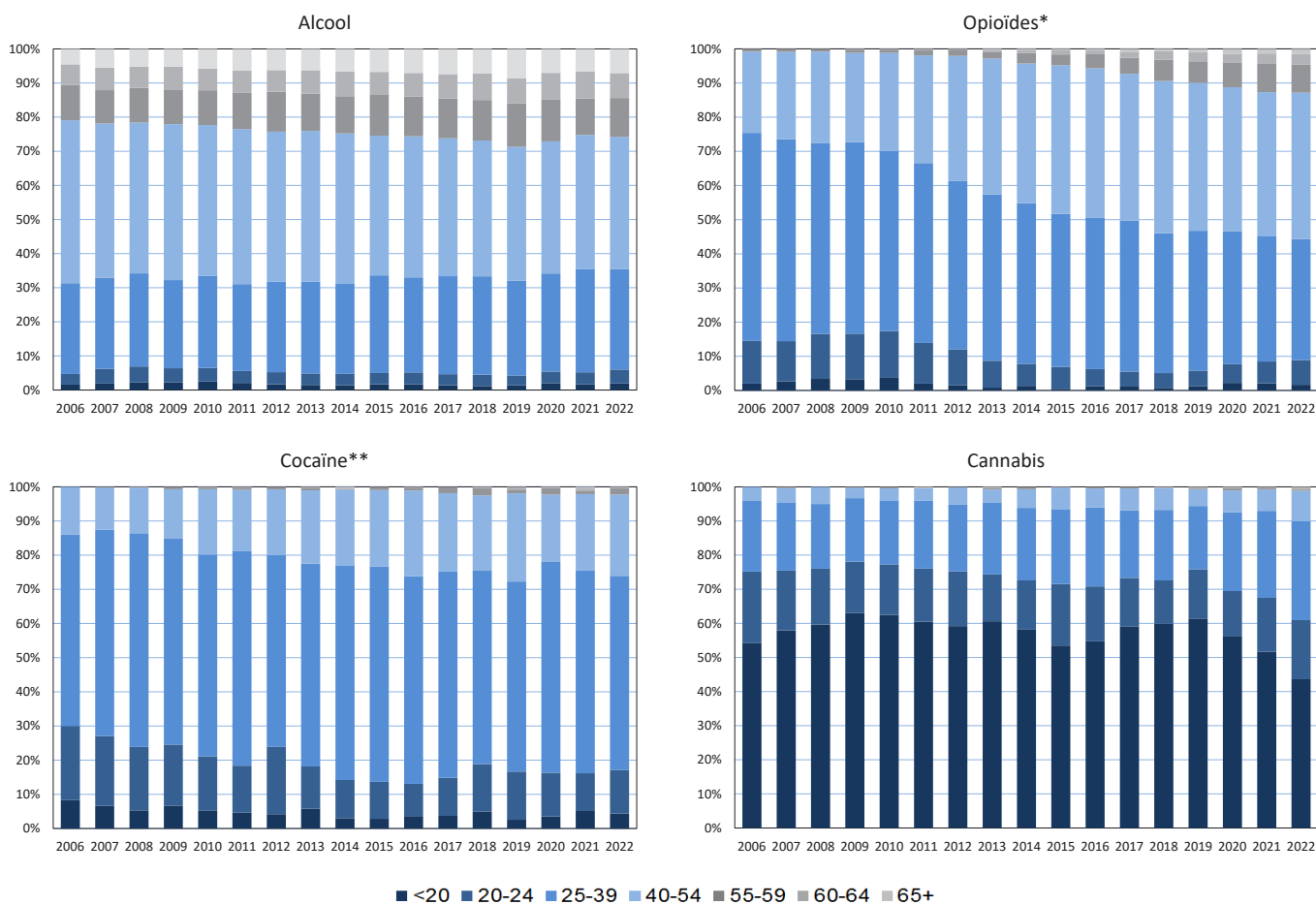
5. Evolution jusqu'en 2022

4.6 Âge au moment de l'admission selon le problème principal (2006-2022)

Le graphique 16 présente la répartition des client-e-s sur sept catégories d'âge à l'admission, selon le problème principal. Les analyses portent sur l'ensemble des client-e-s enregistrés par le monitoring *act-info* entre 2006 et 2022. Parmi les client-e-s ayant l'alcool pour problème principal, on observe une augmentation de la proportion des 55 ans et plus entre 2006 et 2022 (de 20.9% à 25.8%) et une diminution correspondante (de 47.7% à 38.8%) de celle des adultes d'âge moyen (40-54 ans), catégorie restant la plus représentée. Parmi les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, on note un net recul auprès des 25-39 ans entre 2006 et 2022 (de 60.9% à 35.4%). Ceci est aussi le cas pour les catégories d'âge les plus jeunes, bien qu'on y observe une légère augmentation depuis 2018. En même temps, on assiste à un fort accroissement de la catégorie d'âge des 40-54 ans (de 23.8% à 42.8%) entre

2006 et 2022. Dans les dernières années, on trouve aussi de plus en plus de personnes âgées de plus de 54 ans avec un problème principal lié aux opioïdes. Cette évolution suggère l'existence d'une cohorte vieillissante de personnes dépendantes aux opioïdes. S'agissant des client-e-s dont le problème principal est la cocaïne, on observe une tendance à la baisse de la proportion des moins de 25 ans jusqu'en 2016. Après, cette proportion repart temporairement à la hausse. La majorité des personnes admises pour un problème principal lié à la cocaïne reste âgée entre 25 et 39 ans. Parmi les personnes ayant le cannabis pour principal problème, les moins de 20 ans sont les plus représentées. Après une augmentation de leur part entre 2006 et 2009, on observe une diminution de cette part jusqu'en 2015. Entre 2015 et 2019, on constate une nouvelle augmentation de la part des moins de 20 ans, suivi d'une baisse notable, de 61,4% en 2019 à 43,6% en 2022.

Graphique 16
Evolution de l'âge au moment de l'admission, selon le problème principal (2006-2022)



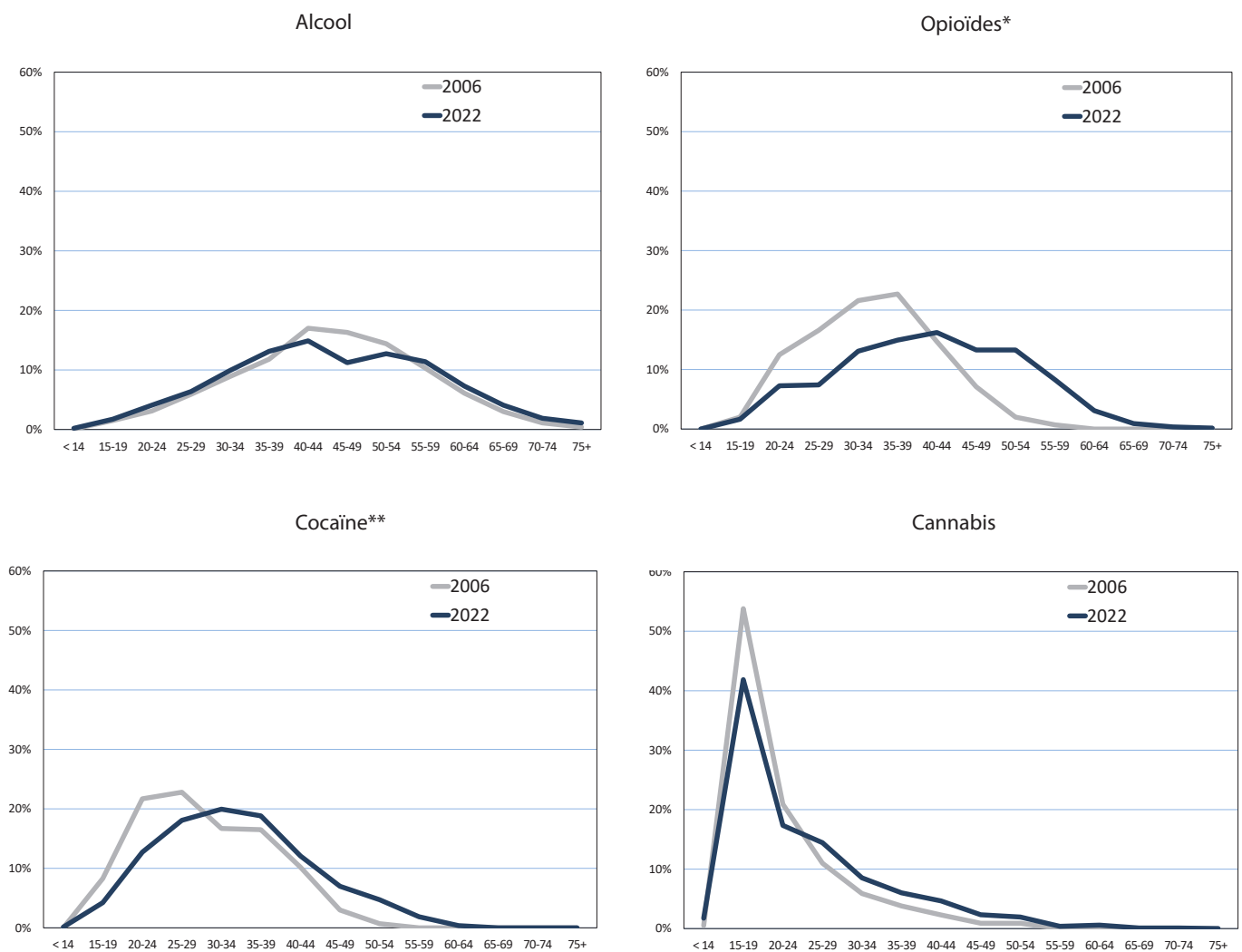
* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

Le graphique 17 compare la distribution de 2006 et celle de 2022 des âges des client-e-s au moment de leur admission selon le problème principal (tranches de 5 ans). Globalement, on observe à nouveau des évolutions très différentes selon la substance. Pour les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le décalage du sommet de la courbe de distribution suggère un besoin d'aide devenant plus marqué après l'âge de 50 ans et avant l'âge de 35 ans. Concernant les client-e-s ayant les opioïdes pour problème principal, un net décalage de l'ensemble de la structure d'âge peut être observé, avec une bonne partie des client-

e-s nécessitant de l'aide de façon récurrente. Comme déjà évoqué, cela va dans le sens de l'hypothèse de l'existence d'une cohorte vieillissante, qui aurait été exposée à un âge sensible à la déferlante d'héroïne des années 90. On assiste en outre à un aplatissement de la courbe de distribution entre 2006 et 2022, ce qui indique un certain élargissement du spectre de ce groupe avec le temps. Le taux de renouvellement de la demande d'aide pour un problème principal lié aux opioïdes dans les tranches d'âge les plus jeunes semble s'éroder avec le temps, ce qui pourrait indiquer une perte de l'attrait des opioïdes auprès des jeunes.

Graphique 17
Evolution de la structure des âges au moment de l'admission, selon le problème principal (2006-2022)



* Opioides: héroïne, méthadone (usage abusif), buprénorphine (usage abusif), autres opioïdes

** Cocaïne: cocaïne sous forme de poudre, crack, autre forme de cocaïne

5. Evolution jusqu'en 2022

Parmi les client-e-s dont la cocaïne est le problème principal, on observe également un certain décalage de la structure d'âge avec le temps, ce qui suggère un vieillissement de cette clientèle. Alors qu'il n'y avait pratiquement aucune personne de plus de 50 ans dans ce groupe en 2006, il n'est pas rare d'en trouver en 2022.

La distribution de l'âge auprès des client-e-s avec un problème principal lié au cannabis révèle certes quelques fluctuations au cours de la période d'observation. Ce groupe reste néanmoins caractérisé par une concentration de très jeunes personnes, indépendamment des fluctuations de la demande (voir 4.3).

Bibliographie

- Antoine J, Berndt N, Astudillo M, Cairns D, Jahr S, Jones A, Kuijpers W, Llorens N, Lyons S, Maffli E, Magliocchetti N, Molina Olivas M, Palle C, Schwarzkopf L, Wisselink J, Montanari L. (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction* 116:1131-1143.
- Donmall M (2006). *Guidance for the measurement of drug treatment demand*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2000). *Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2012). *Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Infodrog (2023). *SafeZone.ch – fiche d’information 2022*. Berne: Infodrog.
- Krizic I, Maffli E, Balsiger N, Gmel G, Labhart F, Vorlet J (2022). *Rapport annuel act-info 2021: Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Maffli E, Schaaf S, Delgrande Jordan M, Güttinger F (2008). Treatment of substance-related problems in Switzerland: implementing a new harmonised monitoring system. *Int J Public Health* 53: 31-39.
- Vorlet J, Krizic I (2023). *Domaine de la prise en charge ambulatoire: Résultats de la statistique act-info-SAMBAD 2022*. Lausanne: Addiction Suisse.

Indication concernant les questionnaires

Les questionnaires des différentes statistiques sectorielles peuvent être consultés à cette adresse:
<https://www.addictionsuisse.ch/le-secteur-recherche/recherche-observer-et-comprendre/act-info/>

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur: Office fédéral de la santé publique

Publication: décembre 2023

Informations complémentaires:

OFSP, Division Prévention des maladies non transmissibles, Section Bases scientifiques

3003 Berne, téléphone +41 (0)58 465 71 73

Courriel: sebastian.mader@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand

Auteurs: Ivo Krizic, Nora Balsiger, Gerhard Gmel, Florian Labhart, Jeanne Vorlet, Joanna Amos

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Illustration: Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Photos: Pexels

BAG OeG 2021-OEG-30d-15f

Imprimé sur du papier blanchi sans chlore