

Les addictions

à La Réunion

Décembre 2010

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
OFFRE ET PRODUCTION	6
CONSOMMATION.....	10
CONSEQUENCES SUR LA SANTE	17
CONSEQUENCES JUDICIAIRES	25
OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE.....	30
POLITIQUES REGIONALES ET STRATEGIES DE PREVENTION	40
ANNEXES	44
SYNTHESES	51

Introduction

Contexte

- La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.
- En 2001, le Comité de Lutte contre la Drogue et de Prévention des Dépendances en lien avec le PRS Addictions (Programme Régional de Santé) a souhaité disposer d'un outil de surveillance permettant le suivi des consommations de substances psycho-actives et l'évaluation des pratiques addictives dans notre région.
- Destiné à l'origine aux pouvoirs publics, désireux d'adapter les actions de prévention à mettre en place et d'évaluer l'impact de leurs mesures, ce document de synthèse permet aussi de mettre à la disposition de tous, institutionnels, associations ou grand public des éléments clés sur les addictions au niveau régional.
- Ce tableau de bord annuel des indicateurs sur les addictions à La Réunion est réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé dans le cadre de la convention avec l'ARS-OI.
- Ce projet s'inscrit dans le cadre du suivi des mesures du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) visant à agir sur les conduites addictives d'une part, et à fédérer les différents producteurs de connaissance dans le champ sanitaire, social et médicosocial d'autre part.

Objectifs

- L'objectif principal de ce tableau de bord est de dresser un état des lieux des connaissances disponibles sur les addictions à La Réunion, à une période donnée.
- Les objectifs spécifiques de ce travail sont de :
 - rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents, de nature et d'origine diverses (mortalité, consommation, production-ventes, soins, ...) sur les addictions à La Réunion ;
 - suivre les évolutions du phénomène des addictions à La Réunion ;
 - faire apparaître les particularités régionales.
- L'objectif final est de guider les actions de prévention.

Méthodologie

- Les produits concernés sont l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les drogues sans substance.
- Les indicateurs présentés ici visent à offrir une vision la plus large possible des addictions.
- Ce travail, à visée descriptive, repose sur la collecte, la synthèse des données existantes et la mise à jour d'indicateurs régionaux les plus récents sur l'offre et la production, la consommation, les conséquences sur la santé, l'offre de soins et la prise en charge, les conséquences judiciaires, les politiques régionales et les stratégies de prévention.
- Il convient de souligner la difficulté de mobiliser de façon continue certaines sources de données. Au fil des ans, certains indicateurs peuvent évoluer (par leur mode de recueil, de comptage, ...), apparaître ou au contraire disparaître.
- Par ailleurs, certaines données n'ont pu être recueillies pour être intégrées dans ce document. Les données seront complétées et affinées l'année prochaine. L'interprétation des résultats peut donc être biaisée par certaines visions partielles.
- Les principales sources de données utilisées sont :
 - les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC
 - les données de l'INSEE (pour les calculs de taux)
 - les données de la Direction Régionale des Douanes et Droits indirects et de la SITAR pour l'importation et la production de cigarettes et autres produits du tabac
 - les données d'activités des structures de prises en charge (structures médico-sociales, ANPAA 974 et la Kaz'Oté, CHR site Félix Guyon et site GHSR)
 - les données de consommation issues d'études spécifiques
 - les données relatives aux campagnes menées par le Département de La Réunion
 - les données du registre des cancers du Département
 - les données des dispositifs d'observation mis en place par l'OFDT (tableau de bord tabac, ILIAD, SIAMOIS, ...)
 - les données des grossistes répartiteurs
 - les données de la DRSM (Direction Régionale du Service Médical)
 - Les données du COREVIH, ...
- Le descriptif des sources de données est présenté en annexe.

Définitions

- **Addiction** : état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non (définition OMS -1975).
- **Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives** : code CIM10 : J40-J44, J47
- **Cardiopathies ischémiques** : code CIM10 : I20-I25
- **Cirrhoses, maladies chroniques du foie** : code CIM10 : K70, K73-K74
- **Mortalité prématurée** : ensemble des décès qui surviennent avant l'âge de 65 ans.
- **Mortalité évitable** : certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prises en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. Les « décès évitables » peuvent se subdiviser en 2 sous-groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence : les décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire (décès évitables par une action sur les facteurs de risque individuels) et les décès évitables grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (décès évitables par des actions sur le système de soins).
- **Psychoses alcooliques et alcoolisme** : code CIM10 : F10
- **Prévention** : ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir. On distingue 4 types de prévention :
 - La prévention primaire : interventions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.
 - La prévention secondaire : interventions destinées à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Cette prévention intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
 - La prévention tertiaire : interventions destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Cette prévention agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes.
 - La prévention quaternaire : elle consiste en l'accompagnement du mourant, c'est l'ensemble des traitements et soins palliatifs dispensés par les professionnels de santé aux malades en phase terminale.
- **Taux standardisé de mortalité ou taux standardisé (sur l'âge)** : taux que l'on observerait dans la région (ou le département) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France entière au RP2006). Un taux standardisé permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.
- **Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'oesophage** : code CIM10 : C00-C15
- **Tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon** : code CIM10 : C32-C34

Offre et production

ALCOOL

7

Quantités d'alcool pur déclarées mises à la consommation

Boissons déclarées mises à la consommation en volume réel (VR)

TABAC

9

Ventes de cigarettes et autres produits de tabac

OFFRE ET PRODUCTION - ALCOOL

Quantités d'alcool pur déclarées mises à la consommation

► Stabilité de la quantité d'alcool pur déclarée mise à la consommation en 2009.

Avec près de 62 000 hectolitres (hl) d'alcool pur proposés à la consommation, l'offre d'alcool poursuit sa stagnation en 2009.

► Rebond de la quantité de rhum déclarée mise à la consommation en 2009 et baisse pour les autres alcools forts

- La stabilité de la quantité totale d'alcool pur mise à la consommation masque des évolutions différentes selon le type de boisson.
- En 2009, les quantités de rhum ont enregistré une augmentation contrairement à l'année précédente, retrouvant un niveau comparable à celui observé avant 2008..
- En contrepartie, les quantités d'alcools forts ont enregistré une baisse en 2009 (-22%), une évolution qui rompt avec la tendance à la hausse observée les 2 années précédentes.
- Peu d'évolutions significatives sont observées pour la bière et le vin en 2009.
- Face à ces évolutions, la répartition des quantités d'alcool pur déclarées mises à la consommation en 2009 s'équilibre de nouveau entre le rhum, le vin et la bière (26%), les alcools forts (autres que le rhum) restant en recul (22%).

DEFINITION

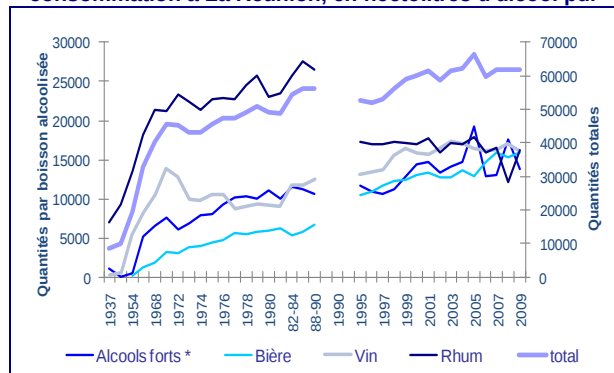
Les quantités de boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation en hectolitre d'alcool pur correspondent à la somme de la production destinée au marché réunionnais et des importations. Cet indicateur fournit une estimation de la consommation d'alcool pur à La Réunion. Les chiffres présentés ici permettent de suivre les tendances de consommation d'alcool pur sur l'île.

Le pourcentage d'alcool pur contenu dans une boisson est exprimé en degré alcoolique : 10° signifie 10% d'alcool pur en volume ou encore 10 cl d'alcool pur par litre de boisson : Vin : 10 à 13°, Bière : 4 à 8°, Alcools forts : 20 à 75°, Rhum : 40 à 75°.

► Pas de changement pour la quantité d'alcool pur par habitant : 10 litres par habitant de 15 ans ou +

- La quantité d'alcool pur par habitant se maintient plus ou moins au même niveau (la légère baisse observée en 2009 étant directement imputable à l'augmentation de la population face à la stabilité de l'offre).
- Rapportée à la population des 15 ans ou plus, la quantité d'alcool pur par habitant est de 10,1 litres par habitant répartis en : 2,6 litres pour le rhum, la bière et le vin respectivement et 2,3 litres d'autres alcools forts.
- A titre de comparaison, la consommation d'alcool par habitant de 15 ans ou plus s'établit à 12,5 litres en métropole en 2009 [1].

Quantités de boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation à La Réunion, en hectolitres d'alcool pur*



Source : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion

* Alcools forts sans le rhum

Nous ne disposons pas de données régulières sur la période 1988-1995.

Répartition des boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation à La Réunion (en %)

Année	Rhum	Autres alcools forts*	Bière	Vin
1954	69	2	1	27
1964	55	16	4	25
1974	50	18	9	23
1990	37	23	14	26
2000	28	24	22	26
2001	29	24	22	26
2002	27	23	22	28
2003	28	23	21	28
2004	27	24	22	27
2005	27	29	19	25
2006	27	22	25	27
2007	27	21	26	26
2008	19	28	25	27
2009	26	22	26	26

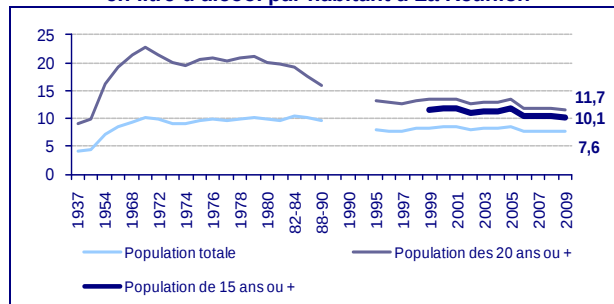
Source : Direction Régionale des Droits et Douanes Indirects

* sans le rhum

REMARQUE METHODOLOGIQUE

La quantité d'alcool contenue dans les différentes boissons est très variable. Il n'est donc pas possible d'additionner des litres de bière, de vin ou de whisky. C'est pourquoi il faut convertir les quantités totales : soit en équivalent d'alcool pur, soit en litres de volumes réels.

Evolution de la quantité d'alcool mise à la consommation en litre d'alcool par habitant à La Réunion



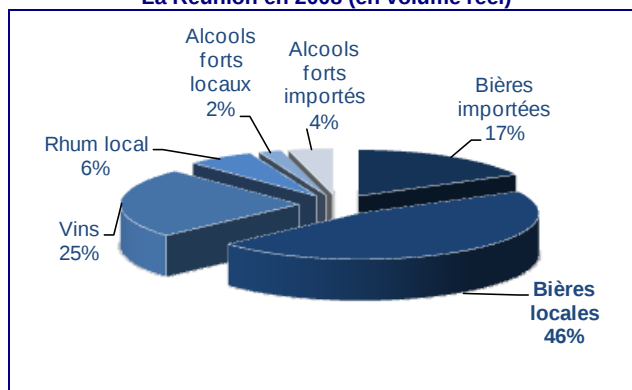
Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion, INSEE et DRASS (statiss) pour les estimations de population

Boissons déclarées mises à la consommation en volume réel (VR)

► La bière : première boisson consommée

- Comme les années précédentes, les bières, qu'elles soient importées ou produites localement occupent une place prépondérante dans l'offre de consommation d'alcool dans notre région : 63% des volumes réels déclarés en 2009 (61% en 2008).
- Entre 2008 et 2009, peu de changement relatifs aux volumes réels d'alcool déclarés mis à la consommation : près de 500 000 hl d'alcool mis à la consommation sur l'île. La part des alcools forts importés autres que le rhum ainsi que celle du vin ont légèrement diminué au profit de la bière et du rhum.

Boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation à La Réunion en 2008 (en volume réel)

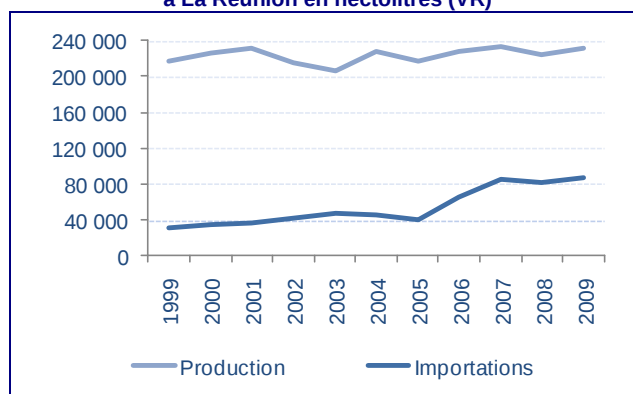


Source : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion

► L'offre de bière de nouveau à la hausse

- Le volume de bières produites localement est près de trois fois plus élevé que celui des bières importées : 232 000 hl contre 87 000 en 2008.
- En 2009, les importations et la production locale de bières suivent conjointement une tendance à la hausse, après avoir marqué le pas en 2008. Les augmentations de 2009 sont de 3% pour les bières produites sur l'île et de 7% pour les bières importées.

Production* et importations de bière à La Réunion en hectolitres (VR)

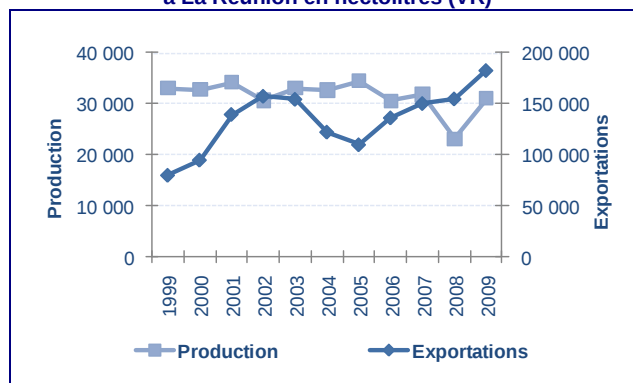


Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion
* Production de bière mise à la consommation localement

► Augmentation de l'offre de rhum

- La majorité de la production locale de rhum est destinée aux exportations.
- En 2009, ce sont 31 000 hl de rhum qui sont mis à la consommation sur l'île, soit une augmentation de 34% de la production locale de rhum réservée à la consommation locale par rapport à 2008. Le niveau de 2009 rejoint celui de 2007, après la baisse observée en 2008.

Production* et exportations de rhum à La Réunion en hectolitres (VR)



Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion
* Production de rhum mise à la consommation localement

OFFRE ET PRODUCTION - TABAC

Ventes de cigarettes et autres produits de tabac

► Stabilité de l'offre de cigarettes

- En 2009, sur les 852 tonnes de tabac mises à la consommation sur l'île, les cigarettes ont représenté 806 tonnes (806 millions d'unités* importées ou produites sur l'île). La majorité des cigarettes vendues a été produite localement (83% du marché local).
- Il n'y a pas eu d'évolution significative de l'offre globale de cigarettes entre 2008 et 2009 même si le nombre de cigarettes mises sur le marché a augmenté, passant de 802 millions d'unités en 2008 à 806 en 2009.
- Cette relative stabilité est concomitante avec celle du prix du paquet de cigarettes qui n'a pas connu d'évolution significative ces dernières années. En 2009, le prix moyen du paquet de cigarettes est passé à 5,14€ jusqu'en novembre. En novembre 2009, une hausse du prix du paquet de cigarettes est intervenue au niveau national et a été répercutée localement. Depuis, le prix moyen du paquet de cigarettes est de 5,40€. Cette hausse de prix n'a pu jouer que sur les 2 derniers mois de l'année et ne paraît pas avoir encore eu d'impact sur l'offre de cigarettes.
- La relative stabilité de la mise à la consommation de cigarettes masque des évolutions contraires entre production locale et importation. Depuis 2005, la production locale de cigarettes ne cesse de s'accroître (+11% entre 2005 et 2009). A l'inverse, les importations suivent une nette tendance à la baisse (-28%).

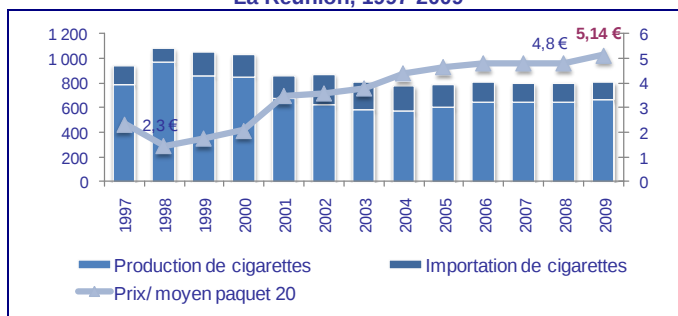
► Progression des ventes des autres produits du tabac

- En 2009, 46 tonnes ont été mises à la consommation sur l'île, soit une légère augmentation de 5% par rapport à 2008.
- L'offre locale des autres produits du tabac (tabac à rouler, cigares/cigarillos) continue de progresser.
- Au niveau national, le tabac à rouler a subi 2 augmentations de prix, en janvier et novembre 2009. En métropole, le renchérissement du prix moyen du tabac à rouler de près de 60 centimes, a interrompu la hausse quasi continue des ventes de ce produit.
- L'augmentation de prix des tabacs à rouler de janvier 2009 n'a pas été répercutée à La Réunion, car les prix de vente sur l'île étaient déjà bien supérieurs à ceux de la métropole.
- La hausse de prix de novembre 2009 n'a pas eu à La Réunion le même impact qu'en métropole. Néanmoins, la hausse des importations des autres produits du tabac paraît plus modérée que celles des années précédentes. Cette décélération peut résulter de l'impact de cette augmentation de prix de fin d'année.

► Légère tendance à la hausse de l'offre globale de tabac

Malgré les hausses de prix intervenues en fin d'année, l'offre globale de tabac semble repartir à la hausse en 2009. Plus de 850 tonnes de produits du tabac ont été mis à la consommation sur l'île (845 en 2008).

Production, importations de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes
La Réunion, 1997-2009



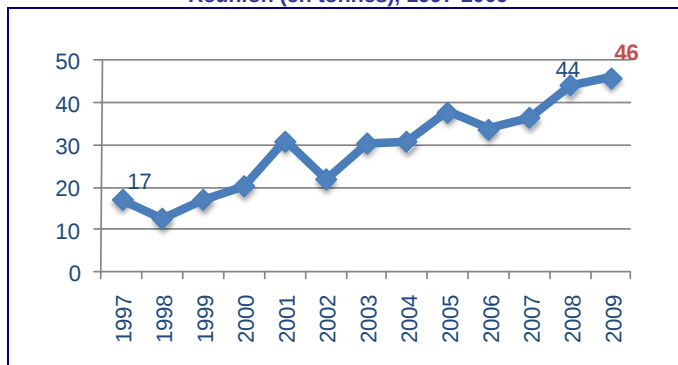
Source : SITAR, DRDDI * le poids moyen d'une cigarette est sujet à discussion ; celui retenu ici est : 1 cigarette = 1 gramme.

Avertissements

La production comme elle est évoquée ici concerne uniquement le conditionnement sur place du tabac importé à la SITAR (Société Industrielle des Tabacs de La Réunion). La production réelle de tabac ne se fait plus à La Réunion depuis 1994.

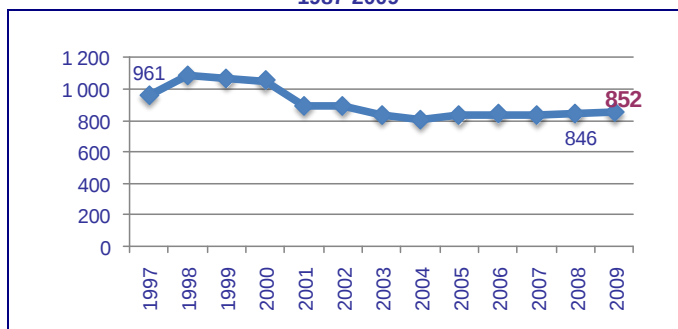
La mise à la consommation de cigarettes a été estimée par la somme de la production locale de cigarettes (et destinée au marché local) et des importations de cigarettes. Cet indicateur permet de suivre les tendances de consommation sur l'île mais ne traduit pas totalement la réalité du marché. En effet, se rajoutent aux ventes présentées ici celles des produits issus de la contrebande. En 2008, plus de 12 000 paquets de cigarettes ont été saisis par les Douanes (en provenance de Madagascar dans 80% des cas).

Evolution des importations des autres produits du tabac à La Réunion (en tonnes), 1997-2009



Source : SITAR, DRDDI

Evolution du marché global du tabac à La Réunion (en tonnes), 1987-2009



Source : SITAR, DRDDI

Consommation

ALCOOL	11
Consommation chez les jeunes	
TABAC	12
Consommation chez les jeunes	
DROGUES ILLICITES	13
Consommation chez les jeunes	
POLYCONSOMMATION	14
Consommation chez les jeunes	
JEUX DE HASARD ET D'ARGENT	15
Jeux de tirage, grattage, loterie	
Jeux de courses de chevaux	
Casinos	

CONSOMMATION - ALCOOL

Consommation chez les jeunes

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête nationale ESCAPAD renouvelée en 2008 par l'OFDT chez les jeunes participant à la journée d'appel à la défense (JAPD) [2] et de l'enquête locale ETADAR réalisée par l'Education Nationale et la DRASS auprès des jeunes scolarisés en 4^{ème}, seconde et terminale en 2006-2007 [3].

Ces différentes sources d'informations permettent de confronter les données sur cette population des jeunes de 13 à 18 ans.

► Précocité de l'expérimentation d'alcool

- Entre 13 et 15 ans, 8 jeunes sur 10 ont déjà expérimenté l'alcool sur l'île, garçons comme filles.
- La fréquence de l'expérimentation augmente avec l'âge.
- Les usages précoces semblent plus fréquents chez les jeunes Réunionnais que chez leurs homologues métropolitains : à 13 ans, l'expérimentation d'alcool est plus observée à La Réunion qu'en métropole, en particulier chez les filles.

► Usage régulier déclaré moins fréquent ...

- Les élèves réunionnais de 14-15 ans ont une consommation régulière déclarée moins élevée qu'en métropole (6% contre 9% au niveau métropolitain).
- L'écart Réunion/métropole est encore plus marqué quand il s'agit des jeunes de 17-18 ans participant à la JAPD. Il est important de rappeler ici que ces résultats sont issus des déclarations des jeunes eux-mêmes, dans un contexte particulier (JAPD).

► ... Mais des usages abusifs plus fréquents chez les très jeunes réunionnais (13-15 ans).

- La fréquence des expérimentations et des ivresses régulières augmente avec l'âge : près d'un tiers d'expérimentateurs à 13 ans contre 44% à 14-15 ans.
- On observe une différence des comportements avec la métropole, et en particulier une plus grande précocité à La Réunion : à 13 ans, les jeunes réunionnais ont plus souvent expérimenté l'ivresse que leurs homologues métropolitains, et ce quel que soit le sexe (31% contre 16%). L'écart se réduit chez les 14-15 ans.

► Des épisodes d'alcoolisation ponctuelle ou d'ivresse également retrouvés chez les aînés

- A 17-18 ans, près d'un jeune sur 10 déclare connaître des épisodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère (5 verres ou + en une occasion), avec une nette prédominance masculine (sex ratio H/F =3).
- Les ivresses répétées concernent plus d'un jeune sur 10, principalement les garçons.
- Les comportements d'usage excessif paraissent moindres à La Réunion qu'en métropole (avec les mêmes réserves que plus haut).

► Evolution 2005/2008 : augmentation des usages excessifs sur l'île

- Selon les données des enquêtes ESCAPAD 2005 et 2008, les tendances dans le Département apparaissent franchement différentes de celles constatées en métropole : la plupart des évolutions sont restées stables sur l'île alors qu'elles sont à la baisse en métropole.

- Seuls les épisodes d'alcoolisation ponctuelle et les ivresses sont en augmentation entre 2005 et 2008, alors qu'ils stagnent en métropole.

Expérimentation de l'alcool chez les 13-15 ans à La Réunion et en métropole (en %), 2006-2007

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans	76%	76%	76%	74%	71%	72%
14-15 ans	81%	83%	82%	84%	83%	84%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC – ETADAR 2006/2007, Enquête HBSC 2006

Usage régulier * d'alcool chez les 13-15 ans et les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
14-15 ans**	8%	4%	6%	11%	5%	9%
17-18 ans***	5%	2%	3%	14%	4%	9%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC – ETADAR 2006/2007, Enquête HBSC 2006, Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT)

* Au moins 10 fois dans le mois

** 2006-2007

*** 2008

Expérimentation de l'ivresse chez les 13-15 à La Réunion et en métropole (en %)*, 2006-2007

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans	30%	31%	31%	17%	14%	16%
14-15 ans	42%	46%	44%	44%	38%	41%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC – ETADAR 2006/2007, Enquête HBSC 2006

Episodes d'alcoolisation ponctuelle et épisodes d'ivresses chez les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	Réunion			Métropole		
	G	F	T	G	F	T
Episodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère*	13%	5%	9%	28%	11%	20%
Ivresse répétée**	16%	8%	12%	32%	19%	26%

Source : Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT)

* « 5 verres ou plus en une occasion » au moins 3 fois dans le mois, ** au moins 3 fois dans l'année

* « 5 verres ou plus en une occasion » au moins 3 fois dans le mois

** au moins 3 fois dans l'année

Evolution des consommations d'alcool chez les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	Réunion			Métropole		
	2005	2008	Evol	2005	2008	Evol
Usage régulier d'alcool *	4%	3%	➔	12%	9%	➔
Episodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère**	7%	9%	➔	18%	20%	➔
Ivresse répétée***	9%	12%	➔	26%	26%	➔

Source : Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT)

* au moins 10 fois dans le mois

* « 5 verres ou plus en une occasion » au moins 3 fois dans le mois

** au moins 3 fois dans l'année

CONSOMMATION - TABAC

Consommation chez les jeunes

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête nationale ESCAPAD renouvelée en 2008 par l'OFDT chez les jeunes participants à la journée d'appel à la défense (JAPD) [2] et de l'enquête locale ETADAR réalisée par l'Education Nationale et la DRASS auprès des jeunes scolarisés en 4^{ème}, seconde et terminale en 2006-2007 [3].

Ces différentes sources d'informations permettent de confronter les données sur cette population des jeunes de 13 à 18 ans.

► Expérimentation : 1 jeune sur 2 a déjà fumé du tabac

- La moitié des jeunes Réunionnais de 13 à 15 a déjà fumé au moins une cigarette au cours de la vie.
- L'expérimentation augmente avec l'âge (28% à 13 ans contre 51% à 14-15 ans) ; mais concerne indifféremment les garçons et les filles.
- Depuis la précédente enquête en 1996/1997, la consommation de tabac a augmenté chez les jeunes : l'expérimentation déclarée concernait 1 jeune sur 3 en 1996/1997 contre 1 sur 2 dix ans plus tard.

Expérimentation du tabac chez les 13-15 ans à La Réunion et en métropole (en %), 2006-2007

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans	28%	29%	28%	30%	29%	30%
14-15 ans	50%	53%	51%	52%	57%	55%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC – ETADAR 2006/2007, Enquête HBSC 2006

► Usage quotidien plus précoce sur l'île

- L'usage quotidien du tabac augmente avec l'âge : 5% des jeunes de 13 ans sont concernés, 18% à 14-15 ans.
- A 13 ans, les jeunes réunionnais paraissent plus concernés que les jeunes métropolitains par l'usage quotidien du tabac, et ce quel que soit le sexe.
- A 14-15 ans, la fréquence du tabagisme quotidien est comparable à celle observée en métropole. A 17-18 ans, les données de fréquence déclarées localement apparaissent en décalage favorable par rapport aux données métropolitaines.
- Les données d'ESCAPAD pour les jeunes de 17-18 ans apparaissent sous-déclarées au regard des données chez la tranche d'âge 13-15 ans et des données métropolitaines.

Consommation quotidienne de tabac chez les 13-15 ans et les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans*	5%	5%	5%	3%	2%	2%
14-15 ans*	17%	20%	18%	17%	19%	18%
17-18 ans**	18%	15%	16%	30%	28%	29%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC – ETADAR 2006/2007, Enquête HBSC 2006, Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT) * 2006-2007, ** 2008

► Evolution 2005/2008 : stagnation de la fréquence d'usage quotidien du tabac chez les jeunes

- Selon les données des enquêtes ESCAPAD 2005 et 2008, le niveau d'usage quotidien du tabac s'est maintenu sur le Département.
- Cette tendance est différente de l'évolution à la baisse observée en métropole.
- Encore une fois, les tendances locales sont en contradiction avec la situation métropolitaine, ou les indicateurs liés au tabac sont plus favorables en 2008 (que ce soit pour l'expérimentation, l'usage quotidien, ou intensif).

Evolution des consommations de tabac chez les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	Réunion			Métropole		
	2005	2008	Evol	2005	2008	Evol
Usage quotidien du tabac	17%	16%	➡	33%	29%	⬇

Source : Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT)

CONSOMMATION - DROGUES ILLICITES

Consommation chez les jeunes

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête nationale ESCAPAD renouvelée en 2008 par l'OFDT chez les jeunes participants à la journée d'appel à la défense (JAPD) [2] et de l'enquête locale ETADAR réalisée par l'Education Nationale et la DRASS auprès des jeunes scolarisés en 4^{ème}, seconde et terminale en 2006-2007 [3].

Ces différentes sources d'informations permettent de confronter les données sur cette population des jeunes de 13 à 18 ans.

► Expérimentation du cannabis plus précoce sur l'île

- Près de 3 élèves de 13-15 ans sur 10 ont déclaré avoir déjà expérimenté le cannabis (29%), les garçons plus fréquemment que les filles : 37% vs 22%.
- La Réunion paraît plus concernée que la métropole par les usages précoces de cannabis : à 13 ans, près d'un jeune réunionnais sur 10 a déjà expérimenté le cannabis contre 1 métropolitain sur 20 (2 fois moins).

► Usage régulier déclaré moindre à La Réunion ?

- Plus les consommations sont régulières, plus la proportion de jeunes concernés diminue : 11% des élèves de 13-15 ans déclarent une consommation actuelle (consommation au cours du dernier mois), 3% sont concernés par une consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois au cours du mois).
- Hormis les expérimentations chez les 13 ans, La Réunion présente des niveaux d'usage déclarés inférieurs à ceux retrouvés au niveau métropolitain.
- Les écarts Réunion/métropole sont plus visibles chez les 17-18 ans. Comme pour l'alcool et le tabac, des précautions sont d'usage pour ces résultats qui sont issus de données déclaratives lors des JAPD.

► Prédominance masculine

- Les comportements sont clairement différenciés selon le sexe. On observe une prédominance masculine quels que soient les usages et la fréquence des consommations et des ivresses.

► Evolution 2005/2008 : stagnation pour les usages réguliers

- Les expérimentations à 17-18 ans paraissent fléchir en 2008 à La Réunion comme en métropole.
- Malgré ce constat, les niveaux d'usage régulier se sont maintenus entre 2005 et 2008 chez les jeunes réunionnais alors que ces pratiques sont également en recul chez les jeunes métropolitains.

► Des expérimentations variables selon les produits

- En dehors de l'alcool, du cannabis et du tabac, les produits à inhaler sont les plus souvent expérimentés par les jeunes de 13-15 ans : 13% ont déclaré ce type d'expérimentation, devant les tranquillisants ou somnifères sans ordonnance (8%).
- Pour les autres drogues illicites, l'expérimentation déclarée reste marginale (entre 0 à 2%).

Expérimentation du cannabis chez les 13-15 ans et les 17-18 ans à La Réunion (en %)

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans*	15%	5%	9%	5%	4%	5%
14-15 ans*	32%	19%	26%	30%	25%	28%
17-18 ans**	43%	24%	34%	46%	38%	42%

Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC - ETADAR 2006/2007, OFDT - Enquête ESCAPAD 2008
* 2006-2007, ** 2008

Usage régulier* du cannabis chez les 14-15 ans et les 17-18 ans à La Réunion (en %)

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
14-15 ans**	13%	4%	9%	14%	11%	12%
17-18 ans***	8%	1%	4%	11%	4%	7%

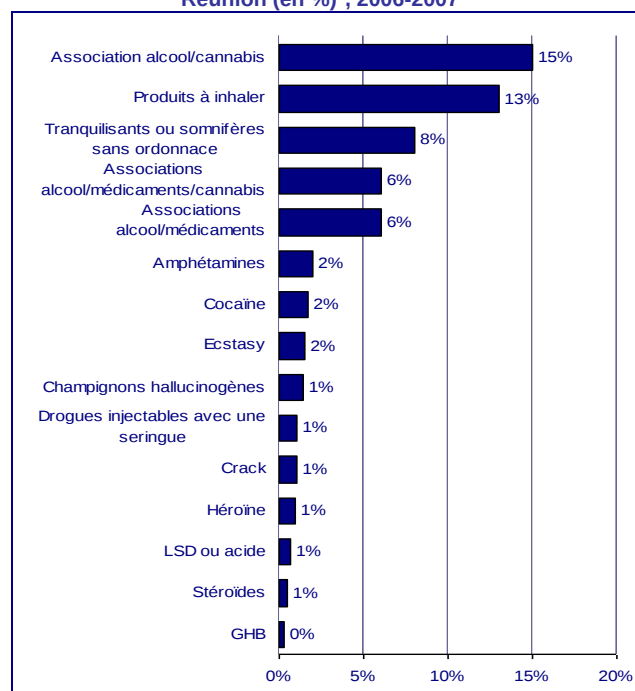
Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC - ETADAR 2006/2007, OFDT - Enquête ESCAPAD 2008
* au moins 10 fois dans le mois, ** 2006-2007, *** 2008

Evolution des consommations de cannabis chez les 17-18 ans à La Réunion et en métropole (en %)

	Réunion			Métropole		
	2005	2008	Evol	2005	2008	Evol
Expérimentation du cannabis	38%	34%	↘	49%	42%	↘
Usage régulier du cannabis*	4%	4%	→	11%	7%	↘

Source : Enquête ESCAPAD 2008 (OFDT) * au moins 10 fois dans le mois

Fréquences d'usage de produits chez les 13-15 à La Réunion (en %)*, 2006-2007



Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC - ETADAR 2006/2007

CONSOMMATION - POLYCONSOMMATION

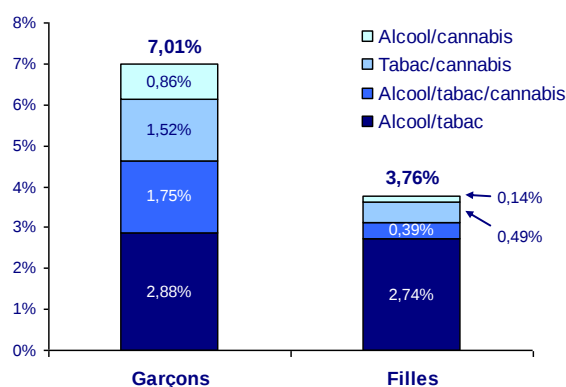
Consommation chez les jeunes

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de la récente enquête épidémiologique (ETADAR) réalisée par l'Education Nationale et la DRASS auprès des jeunes scolarisés en 4^{ème}, seconde et terminale en 2006-2007. Un des objectifs de l'enquête était de mieux connaître le comportement des adolescents face à l'alcool, au tabac et aux autres drogues, et leurs perceptions du phénomène [4].

► Un jeune sur 4 a expérimenté une polyconsommation

- Ce comportement est davantage masculin : 32% des garçons et 20% des filles ont déclaré avoir déjà expérimenté une polyconsommation associant alcool et/ou tabac et/ou cannabis.
- L'usage régulier d'au moins 2 produits sur 3 concerne 5% des jeunes de 13-15 ans, avec une fréquence plus élevée chez les garçons (7% contre 4%).
- L'association alcool/tabac est l'usage de polyconsommation le plus fréquemment déclaré par les jeunes.

Fréquences de la polyconsommation régulière chez les 13-15, selon le sexe, à La Réunion (en %), 2006-2007

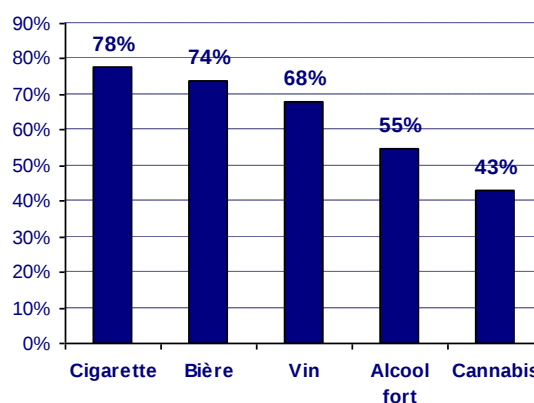


Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC - ETADAR 2006/2007

► Des produits facilement accessibles pour les jeunes

- Malgré l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, les élèves de 13-15 ans interrogés ont déclaré pouvoir se procurer facilement des cigarettes. C'est en l'occurrence, le produit le plus facilement accessible selon les jeunes (jugement porté par près de 80% des jeunes).
- Le constat est le même pour les boissons alcoolisées : la majorité des jeunes estime qu'il est facile de s'en procurer, plus particulièrement pour les bières (74%).
- Le cannabis apparaît également comme un produit accessible : 4 jeunes sur 10 ont déclaré pouvoir s'en procurer facilement.

Proportion de jeunes de 13-15 ans déclarant se procurer facilement du tabac, de l'alcool et du cannabis à La Réunion (en %), 2006-2007



Source : Rectorat, DRASS, CIC-EC - ETADAR 2006/2007

CONSOMMATION - JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Jeux de tirage, grattage, loterie

► Hausse des dépenses liées aux jeux de tirage de grattage et de loterie

- Au 31 décembre 2009, 325 points de vente des jeux de grattage, de loterie et de paris sportifs de la Française des jeux existent sur l'île. Le nombre de points de vente continue de diminuer (-4% par rapport à 2008).
- A La Réunion, on compte une densité moyenne de un point de vente pour 2 514 habitants, contre 1 pour 1 775 habitants sur l'ensemble du territoire national. Les points de ventes ne proposent pas tous les mêmes services (grattage, rapido, tirage).
- Malgré une moindre proximité des points de vente sur l'île, la mise moyenne hebdomadaire par habitant à La Réunion dépasse de 7% celle observée en métropole.
- L'écart Réunion/métropole s'est réduit en 2009 puisque les mises annuelles ont progressé de 5% sur l'île face à une progression nationale globale de 9%.
- Les jeux de tirage et de pronostics représentent 69% du chiffre d'affaire en 2009 (31% pour les jeux de grattage).

Indicateurs sur les jeux de grattage, tirage et loterie

	2007	2008	2009
Réunion			
Nombre de points de vente	369	338	325
Mise moyenne hebdomadaire par habitant de 18 ans et + *	3,18€	3,07€	3,17€
Métropole			
Nombre de points de vente	38 700	37 600	36 597
Mise moyenne hebdomadaire par habitant de 18 ans et +	2,80€	2,75€	2,96€

Sources : Française des jeux, INSEE * Exploitation FDJ

Courses de chevaux

► Stabilité des mises pour les courses de chevaux

- Au 31 décembre 2009, 158 points de paris pour les courses de chevaux sont présents sur l'île (légère augmentation de 2% par rapport à 2008 et + 14% par rapport à 2007).
- A La Réunion, on compte une densité moyenne de un point de vente pour près 5 200 habitants, contre 1 pour 6 300 habitants sur l'ensemble du territoire national.
- A cette plus grande proximité des points de vente, on observe une mise hebdomadaire moyenne par habitant plus élevée à La Réunion qu'en métropole (+38% par rapport à la moyenne nationale).
- Le Quinté+ est le pari le plus joué à La Réunion (45% des enjeux totaux de l'île). C'est effectivement un pari qui offre des perspectives de gains élevés. En métropole, ce pari est en 3^{ème} position.
- Les autres paris les plus joués à La Réunion sont : Multi (12%) ; Couplé Placé (8%) ; Simple Placé (7%)

Indicateurs sur les jeux de courses de chevaux

	2007	2008	2009
Réunion			
Nombre de points de vente	138	151	158
Mise moyenne hebdomadaire par habitant *	3,80 €	3,84 €	3,79 €
Métropole			
Nombre de points de vente	9 785	9 985	10 400
Mise moyenne hebdomadaire par habitant de 18 ans et +	2,67 €	2,77 €	2,75 €

Sources : PMU, INSEE

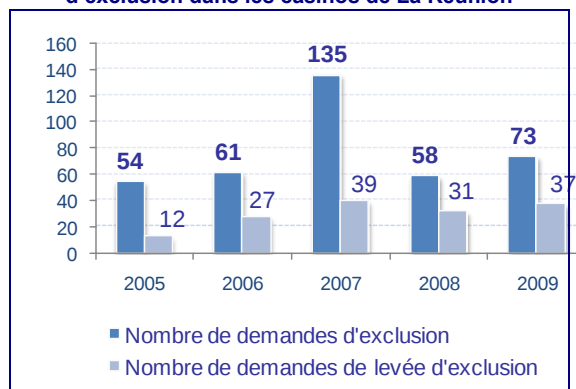
* Exploitation ORS

Casinos

► Légère reprise des demandes d'exclusion de casinos

- Actuellement, il existe 3 casinos sur l'île.
- Après la forte augmentation constatée entre 2005 et 2007, le nombre de demandes d'exclusions de casinos a chuté en 2008 en raison de la fermeture de l'antenne sud où se font les demandes.
Rappelons que ces demandes relèvent d'une démarche exclusivement personnelle traduisant chez le joueur la volonté de se protéger de sa pratique à risque. La distance (St-Denis restant le seul lieu pour déposer son dossier) peut représenter un frein dans cette démarche.
- En 2009, le nombre de demandes d'exclusion de casinos est à la hausse par rapport au niveau de 2008 (+26%) : soit plus de 70 demandes réalisées.
- Le nombre de levées d'exclusion est également en légère hausse en 2009 ; il se rapproche du niveau de 2007 (soit près de 40 demandes effectuées).

Nombre de demandes d'exclusions et de levées d'exclusion dans les casinos de La Réunion



Source : Préfecture de La Réunion (services des libertés publiques)

Les interdictions de casinos

Tout joueur compulsif peut demander au ministère de l'intérieur de figurer sur la liste des interdits de jeux volontaires en vue de se protéger contre sa propre addiction et de se voir refuser l'accès aux casinos. En principe, les casinos qui détiennent obligatoirement le fichier des interdits de jeu, doivent vérifier que le joueur n'est pas inscrit sur la liste. S'il l'est, l'accès doit lui être interdit.

Démarche à suivre pour se faire interdire de casino en France :

- Adresser sa demande d'interdiction par lettre manuscrite au Ministère de l'Intérieur, service des libertés publiques et de la réglementation,
 - Le demandant est convoqué par le service local de la police des jeux (Renseignements Généraux) qui va contrôler qu'il s'agit bien là d'une démarche volontaire de sa part,
 - Le demandant figure alors dans le fichier des interdits de casinos dont la mise à jour se fait tous les deux mois.
- Pendant les six mois environs que dure la procédure, la personne peut se rétracter, mais ensuite, l'interdiction est irrévocable durant 5 années. A l'issue de cette période, vous pouvez demander votre réintégration : demande de levée d'interdiction.

Conséquences sur la santé

ALCOOL 18

Mortalité
Morbidity hospitalière liée à l'alcool
Accidents de la route avec alcool
Morbidity liée à l'alcool pendant la grossesse

TABAC 22

Mortalité

DROGUES ILLICITES 24

Mortalité
Morbidity

CONSEQUENCES SUR LA SANTE - ALCOOL

Mortalité

► 268 décès directement causés par l'alcool en moyenne chaque année

• Depuis les années 2000, le nombre de décès directement liés à l'alcool se maintient au dessous des 300 décès annuels ; 268 Réunionnais sont morts d'une des trois pathologies directement imputables à l'alcool sur la période 2006-2008 : psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie, cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Les cancers des VADS incluent les cancers de l'œsophage et ceux de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx.

• Le nombre de décès liés à une consommation excessive d'alcool est ici sous-estimé. L'alcool est responsable de davantage de décès si on y inclut en plus des causes directes présentées ici, les causes indirectes (telles les morts violentes : accidents de la route, accidents domestiques, homicides, ou les décès ayant une cause neurologique ou une pathologie induite, ...).

• Les décès directement causés par l'alcool représentent 6% de l'ensemble des décès sur l'île.

► 34 décès directement liés à l'alcool pour 100 000 habitants

Le taux brut de mortalité directement liée à l'alcool est de 54 pour 100 000 chez les hommes contre 15 pour 100 000 chez les femmes.

► Nette surmortalité masculine mais ...

• Les hommes meurent 3 fois plus que les femmes d'une pathologie directement liée à l'alcool : 206 décès versus 62 décès chez les femmes.

► ... L'écart homme/femme se réduit

• Le sex ratio H/F continue de se réduire : 4,5 en 2002-2004, 4,2 en 2004-2006, 3,8 en 2005-2007 et 3,3 en 2006-2008

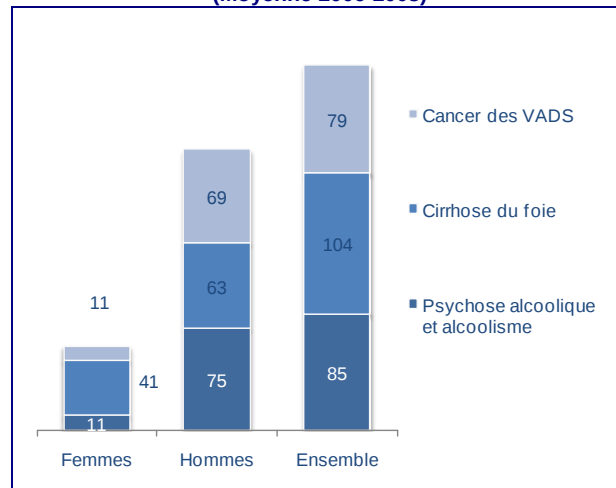
• Cette tendance s'explique par une inversion des évolutions de mortalité entre les 2 sexes : le nombre de décès continue de régresser chez les hommes alors qu'il a tendance à augmenter chez les femmes ces dernières années.

► Forte mortalité prématurée liée à l'alcool

• Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement chez les moins de 65 ans : 7 décès sur 10 sont ainsi prématurés, soit environ 180 décès en moyenne chaque année sur la période 2006-2008.

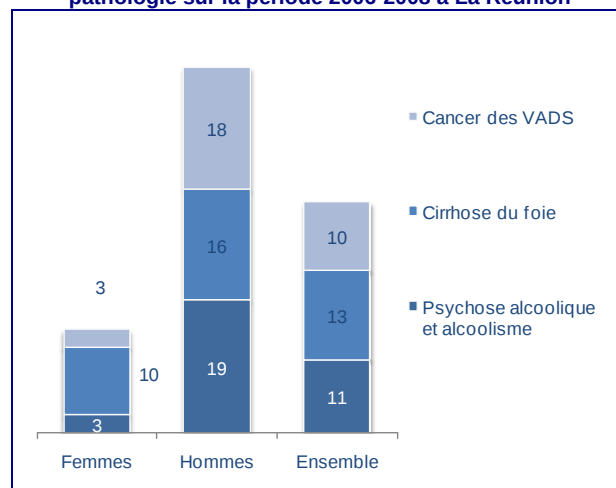
• La part des décès directement imputables à l'alcool représente 15% de l'ensemble des décès prématurés (avant 65 ans).

Nombre annuel de décès liés à l'alcool à La Réunion (Moyenne 2006-2008)



Sources : INSERM CépiDC

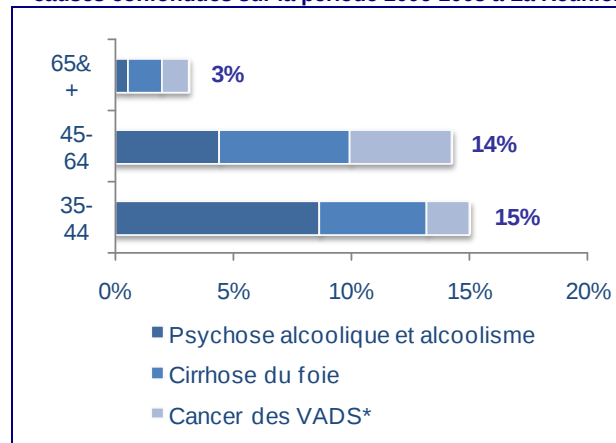
Taux* brut de mortalité liée à l'alcool selon le sexe et la pathologie sur la période 2006-2008 à La Réunion



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Réunion

* Taux pour 100 000 habitants

Part des décès (en %) liés à l'alcool dans la mortalité toutes causes confondues sur la période 2006-2008 à La Réunion



Sources : INSERM CépiDC

* Cancers des Voies aéro-digestives supérieures

► Nette surmortalité régionale liée à l'alcool

- Sur la période 2006-2008, le taux standardisé de mortalité directement liée à l'alcool était de 48 décès pour 100 000 habitants dans notre région, soit près de 2 fois supérieur au taux métropolitain.
- Cet indice de surmortalité est observé quel que soit le sexe et la pathologie concernée (hormis les cancers féminins).
- L'écart entre La Réunion et la métropole est aggravé pour les psychoses alcooliques et alcoolismes : le taux standardisé de mortalité régionale est 3 fois plus élevé dans notre île.
- En revanche, le différentiel est moins marqué pour les cancers des VADS.

► Une mortalité globale en baisse, mais tendance à la stagnation chez les femmes

- Le taux standardisé de mortalité directement lié à l'alcool a globalement diminué depuis une vingtaine d'années : passant de 111 décès pour 100 000 habitants sur la période 1986-1988 à 48 entre 2006 et 2008 (-57% en 2 décennies).
- Le taux standardisé chez les hommes continue son évolution à la baisse, à La Réunion comme en métropole.
- Chez les femmes, ces dernières années, l'évolution de la mortalité a tendance à stagner à La Réunion. En métropole, la mortalité féminine directement liée à l'alcool continue de régresser régulièrement.

► Tendance à la stagnation de la mortalité liée aux psychoses alcooliques et alcoolisme chez les hommes réunionnais

Malgré une nette diminution de la mortalité liée aux psychoses alcooliques et alcooliques à La Réunion chez les hommes, le taux semble stagner ces dernières années.

La mortalité féminine à La Réunion liée à cette pathologie a considérablement chuté (-75% en 20 ans). La baisse se poursuit sur la période 2006-2008.

► Une baisse de la mortalité par cancers des VADS chez les hommes

- La diminution du taux standardisé de mortalité par cancers des VADS est de -45% en 20 ans : -23% chez les femmes et -51% chez les hommes.
- Chez les femmes, le taux réunionnais est comparable au taux métropolitain, de l'ordre de 4 décès pour 100 000 habitants.
- Pour les hommes, l'évolution du taux standardisé de mortalité est marquée par des irrégularités. Depuis la fin des années 80, la tendance globale est à la baisse, malgré des phases consécutives de baisse et de hausse. Après une tendance à la hausse sur la période 2002-2004, le taux de mortalité masculine poursuit sa baisse sur la période 2006-2008 pour atteindre la valeur de 31 décès pour 100 000 habitants (vs 23 pour 100 000 en métropole).

Taux standardisé* de mortalité liée à l'alcool à La Réunion et en métropole, 2006-2008 (taux pour 100 000 habitants)**

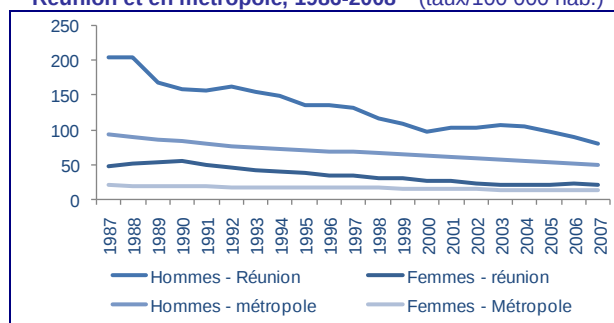
	La Réunion			Métropole		
	H	F	T	H	F	T
Cancers de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et de l'oesophage	30,8	4,0	15,8	23,1	4,1	12,6
Psychoses alcooliques et alcoolismes	25,7	3,1	13,5	8,0	1,8	4,7
Cirrhoses du foie	23,9	14,4	18,8	18,7	6,7	12,2
Ensemble	80,4	21,6	48,2	49,9	12,6	29,5

Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* taux standardisé sur la population France entière au RP 2006

** moyenne calculée sur la période triennale 2006-2008.

Taux standardisé* de mortalité liée à l'alcool à La Réunion et en métropole, 1986-2008 (taux/100 000 hab.)**

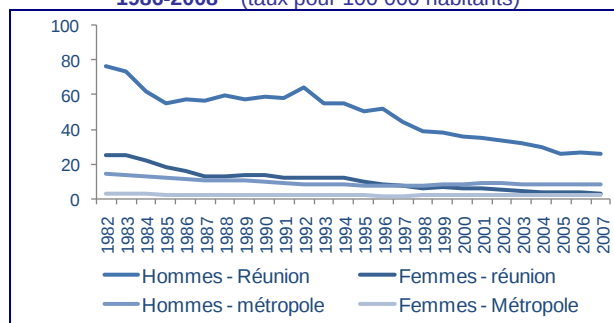


Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* taux standardisé sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Taux standardisé* de mortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme à La Réunion et en métropole, 1986-2008 (taux pour 100 000 habitants)**

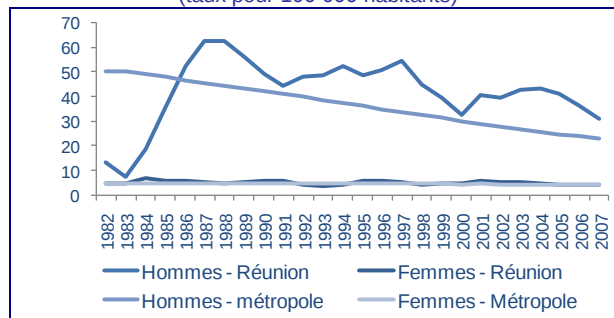


Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* taux standardisé sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Taux standardisé* de mortalité par cancer des VADS et de l'oesophage à La Réunion et en métropole, 1986-2008 (taux pour 100 000 habitants)**



Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* taux standardisé sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Accidents de la route avec alcool

► 20 personnes tuées sur les routes à cause de l'alcool

A La Réunion, le bilan 2009 des victimes des accidents avec alcool est de : 20 tués, 175 blessés dont 72 hospitalisés (plus de 24 heures).

► Bilan lié à l'alcool au volant moins bon en 2009

Les chiffres liés à « l'alcool au volant » sont moins bons que ceux observés en 2008 : le nombre d'accidents et celui des victimes a augmenté alors que les chiffres liés à l'accidentologie globale se sont améliorés.

► Alcool présent dans 45% des accidents mortels

Le facteur alcool dans les accidents routiers se maintient à un niveau élevé. L'alcool est présent dans 17% des accidents routiers corporels, dans 45% des accidents routiers mortels et est responsable de 42% des personnes tuées sur les routes.

► Gravité plus élevée dans les accidents avec alcool

Les accidents où l'alcool est impliqué s'avèrent plus graves que les autres accidents :

- les personnes tuées et hospitalisées représentent la moitié des victimes avec alcool (contre 38% pour le total des victimes tous accidents) ;
- la part des personnes tuées est multipliée par 2 lorsque l'alcool est mis en cause (11% des victimes avec alcool contre 5% de l'ensemble des victimes).
- L'indice de gravité globale (tués + blessés hospitalisés pour 100 accidents) est également multiplié par 2 : soit près d'une victime grave par accident avec alcool contre 1 victime grave pour 2 accidents pour l'ensemble des accidents.

► Victimes avec alcool : des hommes jeunes

Les hommes représentent 93% des victimes des accidents avec alcool (85% des tués). Les moins de 25 ans représentent près de la moitié des victimes des accidents où l'alcool est en cause.

► Victimes avec alcool : usagers de 2-roues et automobilistes plus vulnérables

- Les victimes des accidents avec alcool se répartissent : 77 usagers de 2-roues (motos, bicyclettes, cyclomoteurs), 73 automobilistes et 25 piétons.
- Les piétons et les conducteurs de 2-roues sont plus vulnérables que les autres usagers. Les taux de vulnérabilité sont respectivement de 50% chez les conducteurs de motos et 20% pour les piétons, contre 8% pour les automobilistes.

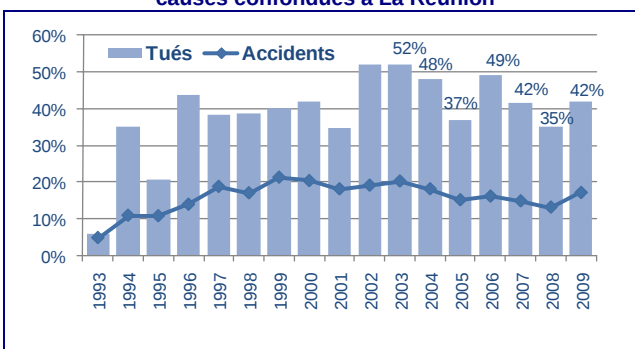
Nombre d'accidents routiers et de personnes tuées à La Réunion de 1999 à 2009*

	ENSEMBLE DES ACCIDENTS CORPORELS		ACCIDENTS CORPORELS AVEC ALCOOLÉMIE POSITIVE	
	Nombre d'accidents	Nombre de tués	Nombre d'accidents	Nombre de tués
1999	802	95	170	38
2000	775	98	157	41
2001	761	104	138	36
2002	697	90	130	47
2003	720	73	145	38
2004	723	67	129	32
2005	742	73	110	27
2006	779	71	125	35
2007	782	72	115	30
2008	777	51	103	18
2009	720	48	119	20
Evolution 2008-2009	- 7%	-6%	+13%	+11%

Source : Direction Départementale de l'Équipement (DDE Réunion)

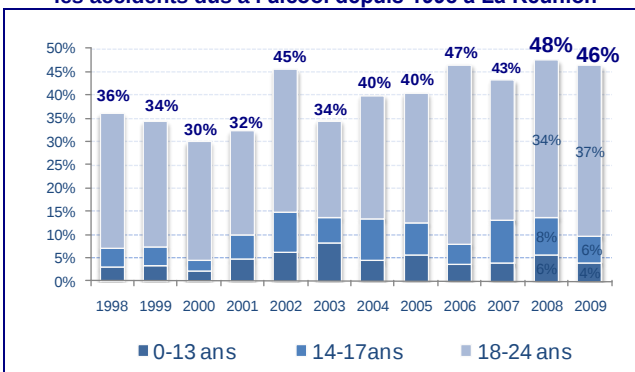
* il faut rester vigilant dans l'interprétation de l'évolution du nombre de tués car les définitions ont changé depuis 2005 : avant 2005, les tués correspondaient aux personnes décédées sur le coup ou dans les 6 jours ; depuis 2005, les tués correspondent aux personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours.

Pourcentage de personnes tuées et d'accidents corporels liés à l'alcool par rapport aux accidents corporels toutes causes confondues à La Réunion



Source : DDE Réunion

Evolution de la part des victimes de moins de 25 ans dans les accidents dus à l'alcool depuis 1998 à La Réunion



Source : DDE Réunion

DEFINITIONS

- Victimes : tués, BH, BNH

* tués : décédés sur le coup ou dans les 30 jours

* BH : blessés hospitalisés (plus de 24h)

* BNH : blessés non hospitalisés (ou hospitalisés moins de 24h)

- Alcoolémie : teneur en alcool du sang, exprimée en gramme par litre.

- Le dépistage de l'alcoolémie se fait soit dans l'air expiré à l'aide d'un éthylotest soit dans le sang. Sa mesure précise s'effectue soit indirectement en analysant l'air expiré (éthylomètre), soit par une prise de sang s'il n'est pas possible de faire autrement (plus rare).

- Un accident « où l'alcool est en cause » ou « avec alcoolémie positive » est un accident corporel dans lequel un des impliqués a été contrôlé avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal de 0,5 grammes par litre de sang (ou 0,25 milligrammes par litre d'air expiré).

Gravité globale = $\frac{\text{tués+blessés hospitalisés}}{\text{Accidents corporels}} \times 100$ Vulnérabilité = $\frac{\text{tués}}{\text{victimes}}$

Morbidité liée à l'alcool pendant la grossesse

Alcool : des méfaits importants sur le fœtus

- Il est aujourd'hui clairement établi que la consommation d'alcool pendant la grossesse expose le fœtus à un ensemble de troubles, qu'on appelle ETCAF, Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale. La forme la plus grave de ces troubles est le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) qui comporte un retard de croissance, des malformations, et surtout une atteinte cérébrale s'exprimant par des troubles cognitifs majeurs et des troubles comportementaux. Les dernières études évoquaient une prévalence plus élevée dans notre région et celle du Nord-Pas-de-Calais, par rapport aux autres régions françaises.

- La consommation d'alcool pendant la grossesse peut exposer le fœtus à un risque de malformations qui sont les conséquences les plus apparentes à la naissance.

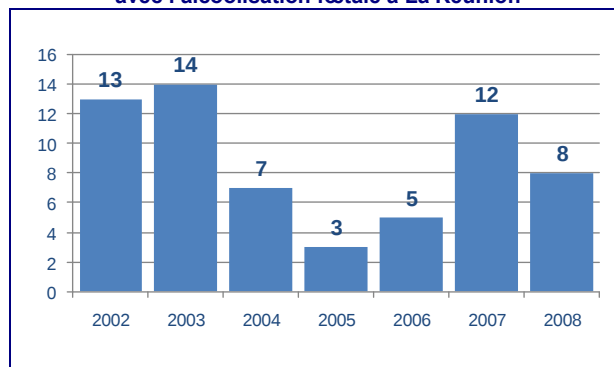
- Le Registre des Malformations Congénitales de l'association « Naître aujourd'hui », recense les malformations en lien avec l'alcoolisation fœtale. En 2008, sur les 14 000 naissances annuelles, 8 malformations en lien à l'alcoolisation maternelle ont été constatées dans le cadre du registre. Ces chiffres sont également à interpréter avec prudence car ils ne reflètent pas la réalité du SAF sur l'île, et pourraient être sous-estimés.

- En raison de l'absence de consensus national sur les critères diagnostiques de ce syndrome, il est très difficile d'appréhender le phénomène.

- La difficulté à reconnaître la dysmorphie à la naissance, le tabou de la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'absence de traitement spécifique se conjuguent pour que le diagnostic de SAF reste souvent ignoré.

- Le constat est également vrai pour les EAF (Effets de l'Alcool sur le Fœtus) dont les signes peuvent être décelés de manière très tardive. Pour cette raison, le nombre d'enfants touchés par de possibles EAF peut être beaucoup plus élevé que celui du SAF.

Nombre d'enfants* présentant des malformations en lien avec l'alcoolisation fœtale à La Réunion



Source : Registre des malformations congénitales de Naître aujourd'hui
* parmi les enfants vivants, les morts nés, les fœtus de plus de 16 SA (semaines d'aménorrhée)

Conséquences sur la santé - TABAC

Mortalité

► Plus de 560 décès annuels liés au tabac

- La mortalité due au tabagisme est estimée par trois causes principales : les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons ; les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives ; les cardiopathies ischémiques.
- Ces 3 causes ont entraîné en moyenne 563 décès par an à La Réunion entre 2006 et 2008.
- Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus fréquents (58%), devant les décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (28%) et les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (14%).
- Ces décès liés au tabagisme représentent 14% de l'ensemble des décès sur l'île.

► 71 décès liés au tabagisme pour 100 000 habitants.

Le taux brut de mortalité est 2 fois plus important chez les hommes : 46 décès pour 100 000 femmes contre 97 pour 100 000 hommes.

► Tabac : 1^{ère} cause de mortalité par cancer

Le tabac représente la 1^{ère} cause de décès par cancer, puisque 15% des décès par cancer sont localisés au niveau de la trachée, des bronches et du poumon.

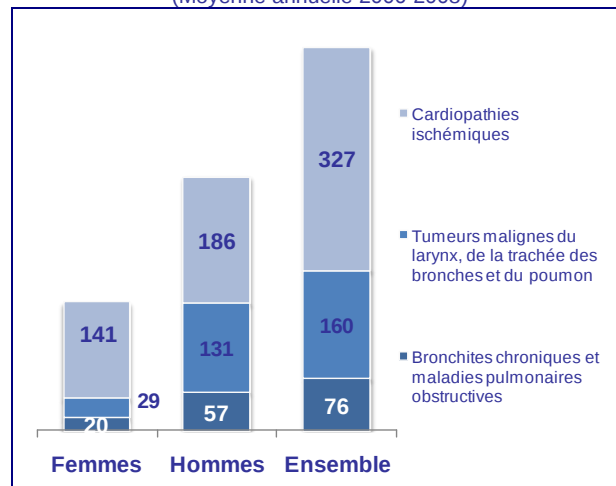
► Deux fois plus de décès chez les hommes

- Plus de deux décès sur trois (64%) surviennent chez les hommes (374 décès masculins en moyenne entre 2006 et 2008).
- L'écart est aggravé pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (taux multiplié par 5 chez les hommes).

► Des décès prématurés dans près d'un tiers des décès directement liés au tabac

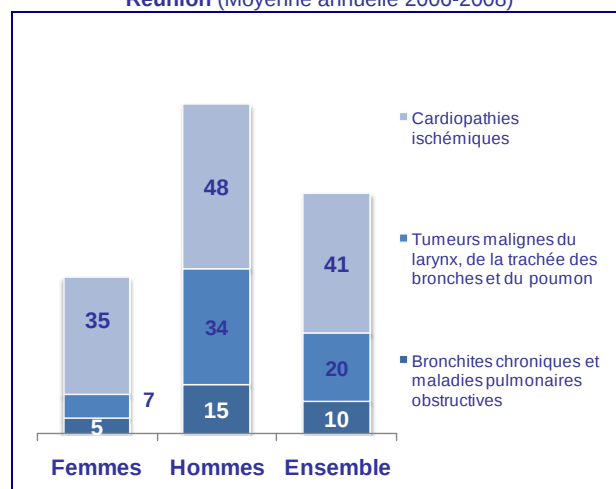
- Trois décès liés au tabagisme sur 10 surviennent avant l'âge de 65 ans.
- La mortalité prématurée liée au tabagisme représente 172 décès par an entre 2006 et 2008. Dans 9 cas sur 10, les décès prématurés liés au tabac concernent des hommes.
- La mortalité principalement liée au tabac représente 13% des décès prématurés.

Nombre de décès pour les trois causes les plus liées au tabagisme selon le sexe à La Réunion
(Moyenne annuelle 2006-2008)



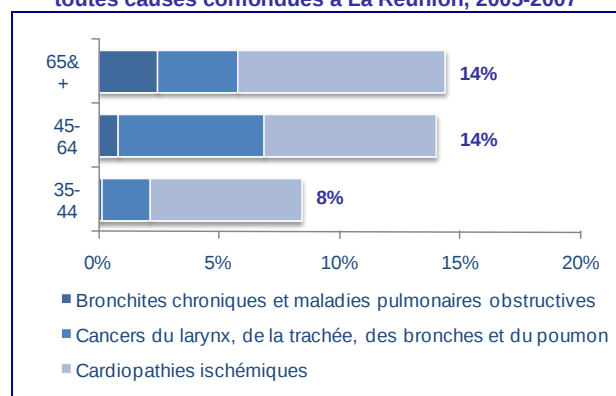
Source : Inserm CépiDc [7]

Taux* brut de mortalité par tabagisme selon le sexe à La Réunion (Moyenne annuelle 2006-2008)



Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion
* Taux pour 100 000 habitants

Part des décès (en %) liés au tabac dans la mortalité toutes causes confondues à La Réunion, 2005-2007*



Source : Inserm CépiDc

* moyenne sur 3 ans

► Surmortalité régionale liée au tabagisme

- La Réunion se distingue par une surmortalité par pathologies liées au tabac comparativement à la moyenne métropolitaine.
- Sur la période 2006-2008, le taux standardisé de mortalité générale est supérieur de 17% à celle observée en métropole.
- Le différentiel Réunion/métropole est aggravé chez les femmes : +29% contre +13% chez les hommes.
- Les écarts sont variables selon la pathologie observée. Si les taux réunionnais sont nettement supérieurs à ceux de la métropole pour les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et pour les cardiopathies ischémiques, la situation est inversée pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon.

► Une mortalité générale en baisse, en particulier chez les hommes ...

- Le taux standardisé de mortalité associée au tabagisme a globalement diminué depuis une vingtaine d'année : passant de 213 décès pour 100 000 habitants sur la période 1986-1988 à 141 entre 2006 et 2008 (-34%).
- Sur la période 2006-2008, les évolutions sont toujours à la baisse, chez les hommes comme chez les femmes.

► ... Mais augmentation de la mortalité par cancer en particulier chez les femmes

- La diminution de la mortalité générale associée au tabac masque l'augmentation de la mortalité par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon sur la période 2006-2008.
- Le taux masculin est en hausse sur la période 2006-2008 à La Réunion alors qu'il poursuit sa baisse en métropole.
- Pour les femmes, le taux connaît ces dernières années une évolution à la hausse, à La Réunion comme en métropole.
- En 20 ans, le taux standardisé de mortalité liée au cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon a diminué de 6% pour les hommes ; chez les femmes, le taux a augmenté près de 40% en 20 ans. La mortalité féminine reste cependant inférieure à celle des hommes.
- Le taux standardisé de mortalité féminin est passé de 8 décès pour 100 000 habitants sur la période 1985-1987 à 11 pour 100 000 entre 2006 et 2008.

Taux standardisé* de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole, 2006-2008 (taux pour 100 000 habitants)**

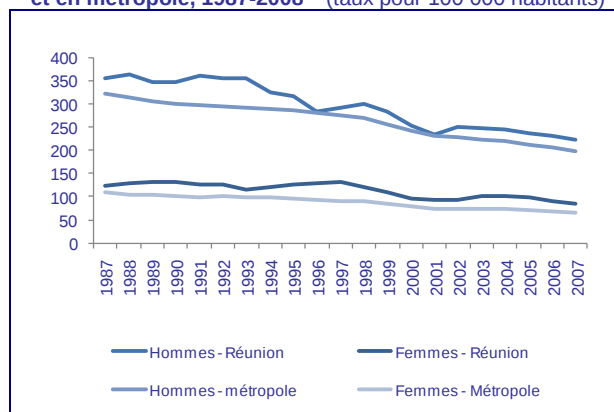
	La Réunion			Métropole		
	H	F	T	H	F	T
Cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	71,1	11,0	36,1	85,9	19,2	48,1
Bronchites chroniques, maladies pulmonaires obstructives	43,3	9,7	21,9	22,3	6,8	12,6
Cardiopathies ischémiques	108,8	64,6	83,4	89,7	39,6	60,1
Ensemble	223,2	85,3	141,4	197,8	65,6	120,7

Sources : Inerm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* Standardisation sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans.

Taux standardisé* de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole, 1987-2008 (taux pour 100 000 habitants)**

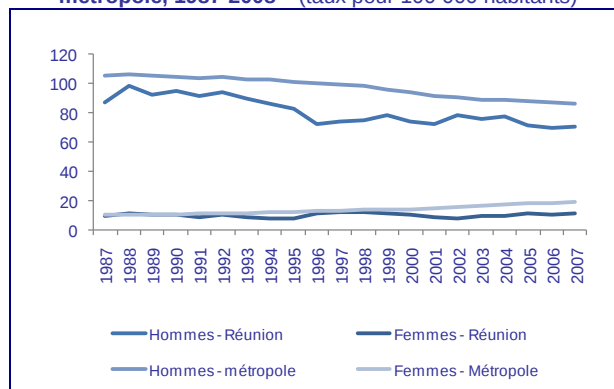


Sources : Inerm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* Standardisation sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Taux standardisé* de mortalité par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon* à La Réunion et en métropole, 1987-2008 (taux pour 100 000 habitants)**



Sources : Inerm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* Standardisation sur la population France entière au RP 2006

** données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Conséquences sur la santé - DROGUES ILLICITES

Les effets sanitaires et sociaux de la consommation de drogues illicites sont très différents selon les produits concernés et leur mode de consommation. Le nombre de consommateurs étant bien plus faible que pour l'alcool et le tabac, l'importance des dommages dans la population est moins apparente. Les risques sanitaires et sociaux sont les surdoses, les effets toxiques, les troubles du comportement, les risques infectieux liés à l'injection ou au « sniff », ainsi que les situations de précarité et d'exclusion sociale. Néanmoins, ces risques liés à la consommation de produits paraissent plus ou moins difficiles à quantifier.

Mortalité

Compte-tenu de l'absence de pathologies spécifiques aux drogues illicites et de la faible proportion des consommateurs à risque dans la population générale, il est difficile de recueillir des indicateurs de mortalité liée à la consommation de drogues illicites.

► Des décès par surdose plus fréquents

Le nombre de décès par surdose est en augmentation sur l'île. Sur l'année 2006, on a recensé 6 décès par surdose, soit un taux brut de mortalité de 2,7 pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans (1,6 en métropole).

Il faut rester vigilant dans l'interprétation de ce résultat en raison de la faiblesse des effectifs.

Nombre annuel de décès par surdose* à La Réunion et en métropole, en 2003, 2005 et 2006

	2002	2005	2006
Réunion			
Nombre	0	<5	6
Taux/100 000 hab. de 20 à 39 ans	0,0	0,4	2,7
Métropole			
Nombre	69	302	275
Taux/100 000 hab. de 20 à 39 ans	0,4	1,8	1,6

Sources : Données OCERTIS (dispositif ILIAD – OFDT)

* A partir de 2007, les données afférentes aux décès par surdoses sont issues du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC/Inserm). Pour le CépiDC, les surdoses mortelles regroupent tous les décès codés F11 à F16, F18 et F19, F55 et X42 selon les catégories de la 10^{ème} Classification Internationale des Maladies.

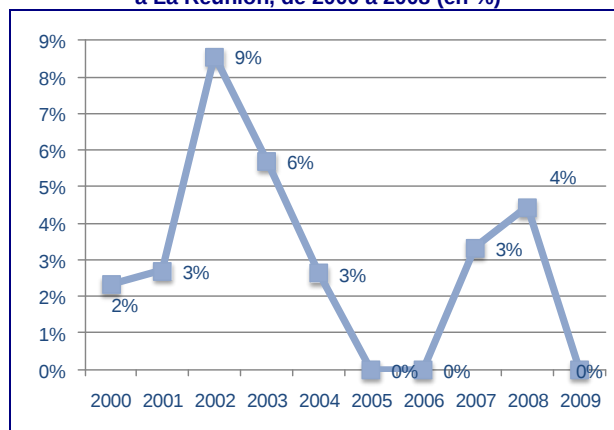
Morbidité

Les dommages provoqués par la consommation de drogues illicites sont souvent liés aux pratiques d'injection. La contamination par le VIH et les hépatites B et C peut ainsi être liée aux injections avec du matériel non stérile, ainsi qu'aux pailles utilisées pour le sniff. Certains indicateurs peuvent ainsi permettre d'appréhender les conséquences sanitaires liés à l'usage de drogues illicites par injection : les nouvelles contaminations VIH, les nouveaux cas de SIDA.

► Des nouvelles contaminations VIH par injection de drogues relativement rares

- Les données locales du COREVIH (ex-CISIH) indiquent 36 contaminations annuelles en moyenne dans notre région sur la période 2000-2009. Sur ces nouvelles contaminations, environ 3% en moyenne chaque année se font par des usages de drogue par voie injectable.
- Après une hausse observée sur les années 2007 et 2008, il n'y a pas de contamination au VIH par usage de drogue injectable comptabilisée en 2009.
- Il faut rester vigilant dans l'interprétation de ces résultats en raison de la faiblesse des effectifs considérés.

Fréquence de la contamination par utilisation de drogues injectables (UDI) parmi les nouveaux séropositifs à La Réunion, de 2000 à 2008 (en %)



Source : COREVIH (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH)

Conséquences judiciaires

ALCOOL **26**

Accidents avec alcool

Interpellations pour ivresse sur la voie publique

DROGUES ILLICITES **27**

Ensemble des faits constatés liés aux stupéfiants

Infractions à la législation sur les stupéfiants

Saisies des services douaniers

Médicaments pouvant être détournés de leur usage

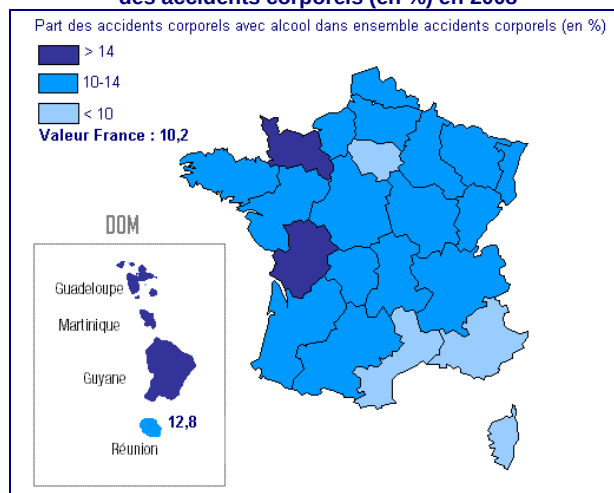
CONSEQUENCES JUDICIAIRES - ALCOOL

Accidents avec alcool

► La Réunion très marquée par l'alcool au volant

- La proportion d'accidents corporels avec alcool à La Réunion dépasse la moyenne nationale.
- En 2008, cette proportion était de 13% dans notre région contre 10% sur le territoire national.
- Ce constat va dans le sens de comportements à risque plus élevés dans notre île par rapport à l'ensemble du territoire.
- La Réunion se place au 7ème rang des régions françaises où la part des accidents corporels avec alcool est la plus élevée.

Part des accidents corporels avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels (en %) en 2008



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), ONISR

Interpellations pour ivresse sur la voie publique

► Près de 1 700 interpellations pour ivresse sur la voie publique

- En 2008, les services de gendarmerie et de police ont procédé à 1 660 interpellations pour « ivresse publique et manifeste » dans notre région, ce qui représente un taux de 41,3 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans.
- Les interpellations pour ivresse sur la voie publique ont diminué par rapport à 2007 (-13%).
- La Réunion est la 2ème région où ce taux est le plus élevé (derrière la Bretagne).

Interpellations pour ivresse sur la voie publique à La Réunion, de 2006 à 2008

	2006	2007	2008	Evolution 2007/2008
Nombre	1 522	1 914	1 660	-13%
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans	32,8	41,3	35,1	-6,2 pts

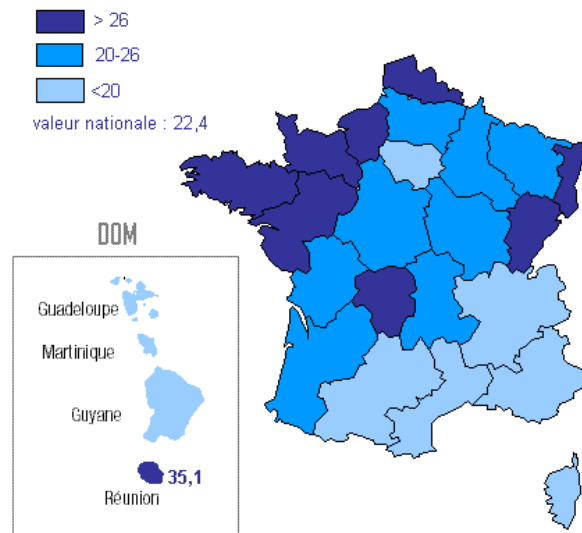
Sources : OFDT (dispositif ILIAD), DGGN, DGP, INSEE
* Taux pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans

DEFINITION

« L'ivresse publique et manifeste » Article L.3342-1 (ex L.76 du CDB) : "une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison".

Interpellations pour ivresse sur la voie publique en 2008

Taux pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), DGGN, DGP

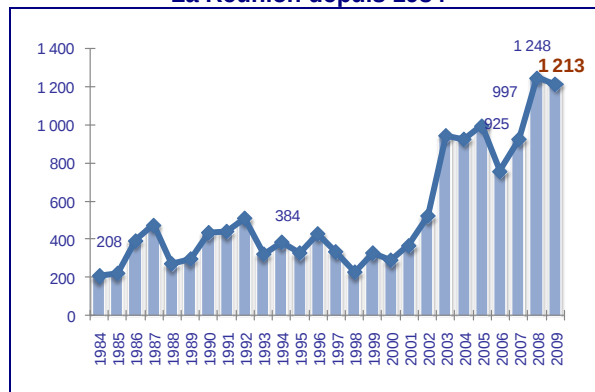
CONSEQUENCES JUDICIAIRES - DROGUES ILLICITES

Ensemble de faits constatés liés aux stupéfiants

► Stagnation des faits constatés liés aux stupéfiants à La Réunion en 2009

- Les faits constatés liés aux stupéfiants regroupent le trafic sans usage, l'usage et revente, l'usage et détention, et toutes les autres infractions à la législation sur les stupéfiants.
- En 2009, le nombre de faits constatés liés aux stupéfiants par les forces de l'ordre (Police et Gendarmerie) se maintient à un niveau élevé, comparable à celui observé en 2008 : plus de 1 200 faits constatés dans notre région sur l'année.
- Les chiffres sont à interpréter avec prudence puisque la recrudescence des faits depuis 2003 pourrait s'expliquer par une banalisation de la consommation de stupéfiants, et/ou une augmentation du nombre de contrôles par les forces de l'ordre.

Nombre de faits constatés liés aux stupéfiants* à La Réunion depuis 1984



Source : Préfecture de La Réunion

* les faits constatés liés aux stupéfiants regroupent le trafic sans usage, l'usage et revente, l'usage et détention et d'autres faits constatés non détaillés.

Infractions à la législation sur les stupéfiants

► Augmentation du nombre d'interpellations liées au cannabis à La Réunion

- Le nombre d'interpellations des usagers de cannabis poursuit sa progression sur l'île en 2008.
- Plus de 400 interpellations ont été comptabilisées en 2008 : +13% par rapport à 2007, +163% par rapport à 2006.
- A La Réunion, le taux d'interpellation des usagers de cannabis est passé de 4 pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 2006 à 12 pour 10 000 en 2008.
- Malgré l'augmentation observée, les taux réunionnais se situent nettement en deçà des taux métropolitains.

Nombre annuel d'interpellations des usagers de cannabis de 2006 à 2008

	2006	2007	2008	Evolution 2007-2008
Nombre	162	313	426	+ 36%
Taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	4,4	8,5	11,8	+ 3,3 pts

Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS, INSEE

* taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans

Nombre d'interpellations des usagers de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 2008

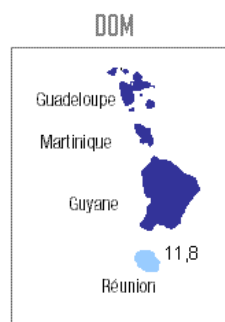
Nombre d'interpellations de cannabis pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans

> 50

40-50

<40

Valeur métropole : 52,1



Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS

► Des taux d'interpellations liées à l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy nettement inférieurs à La Réunion

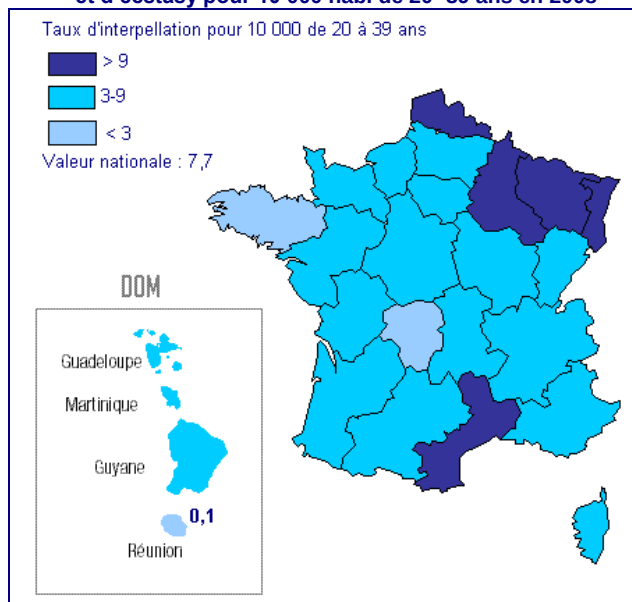
- Selon les données enregistrées dans le fichier national des Infractions Liées aux Stupéfiants (ILS), les interpellations des usagers de cocaïne, d'héroïne ou d'ecstasy sont rares dans notre région.
- En 2008, moins de 5 infractions ont été comptabilisées à La Réunion.
- Le taux régional d'interpellations est quasi-nul. Le taux national est de l'ordre de 8 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans.

Nombre annuel d'interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy de 2006 à 2008

	2006	2007	2008
Nombre	0	0	<5
Tx / 10 000 habitants de 20 à 39 ans	0,0	0,0	0,1

Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS, INSEE

Nombre d'interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy pour 10 000 hab. de 20- 39 ans en 2008



Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS

Saisies des services douaniers

► Plus de produits et de quantités saisis

- En 2009, les saisies atteignent un niveau record. Les saisies sont plus diversifiées en produits et plus élevées en termes de quantités.

► Zamal, premier produit saisi dans l'île par les services douaniers

- Le cannabis / zamal (sous toutes ses formes) est le produit le plus saisi en 2009 comme pour les années précédentes avec une saisie de près de 90kg (sous forme d'herbe pour 94% du total).

- On note en particulier en 2009, des saisies de médicaments à usage détourné : l'artane en premier lieu. On comptabilise un nombre de cachets d'artane bien supérieur à ceux observés les années précédentes. Des saisies d'autres médicaments comme le rivotril ou la méthadone sont également à signaler pour 2009.

- Il faut rester prudent dans l'interprétation des chiffres présentés ici car ils n'offrent qu'une vision partielle de la situation dans la mesure où les saisies réalisées par les services de Police et de Gendarmerie ne sont pas prises en compte.

Evolutions des saisies de stupéfiants réalisées par les services douaniers à La Réunion, de 1997 à 2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis et dérivés *	1 782	3 440	1 822	4 357	4 429	37 260	33 952	25 704	32 868	18 708	38 623	90 922
Héroïne *	11	0	4	0	1	2010	0	2	1		169	32
Opium *	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Cocaïne *	1	243	0	0	0	0	1	122	7		4,5	41
Artane® **	1518	82	2 780	12 981	11 499	0				0	6 084	24 090
Ecstasy **	9	30	2	2	0	0	15	399	103		2	
LSD ***	3	0	1	2	0	0	0	1	0	25		25
Amphétamines *	128	0	0	210	0	0	0	0	0			13
Champignons *	1	5	1	2	0	0	306	11	45	56	694	3
Kath *	0	7 540	1 750	910	0	330	0	1 800	0	600		
non précisé (subutex, rivotril, rohypnol, neuroleptiques, ...)			5		14		1 440	5 920 doses 7 gr	2 gr		6 doses	41 doses de méthadone 3 300 cachets de rivotril

Source : Direction Régionale des Droits et Douanes Indirects

* grammes, ** cachets, *** buvard, **** doses ou grammes

(a) depuis 2004, les saisies de médicaments n'ont

pu être détaillées comme les années précédentes, elles sont regroupées dans la rubrique « Autres ».

Médicaments détournés de leur usage

Les comportements toxicomaniaques peuvent être également associés au détournement de médicaments.

Certains usagers détournent les médicaments de leur usage premier pour modifier leur psychisme, leur perception et leur comportement.

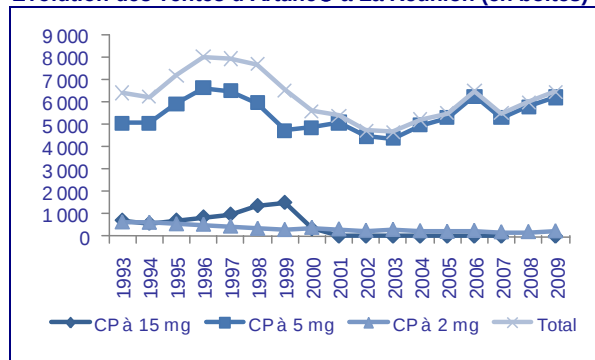
Parmi les médicaments détournés de leur usage, les 3 produits les plus fréquemment observés dans la littérature locale sont :

- **l'artane®** : médicament antiparkinsonien dont l'utilisation détournée est la plus ancienne, et sans doute la plus importante. C'était le produit phare des usagers de drogues avant son déclin observé au début des années 2000 [12]. Les effets attendus sont la sensation « d'être cassé » ou d'une certaine invulnérabilité, des hallucinations, une déshinhibition pour passer à l'acte avec « courage » ;
- **le rivotril®** : anticonvulsivant de la famille des benzodiazépines, ce produit est de plus en plus prisé au détriment de l'artane® et du rohypnol®. Les effets attendus sont la levée des inhibitions et les passages à l'acte délictueux ;
- **le rohypnol®** (Flunitrazépam) : hypnotique de la famille des benzodiazépines, ce produit est toujours consommé par certains usagers mais reste très difficile d'accès. Les effets attendus sont anxiolytiques, une somnolence, un oubli des difficultés.

► Artane® : tendance à la hausse des ventes

- En 2009, près de 6 500 boîtes d'Artane® (sous forme de comprimés) ont été vendues sur l'île.
- Les ventes d'Artane® à La Réunion, essentiellement concernées par les ventes de boîtes de comprimés de 5mg poursuit sa hausse en 2009 après un recul en 2007 (+8% entre 2008 et 2009).
- Les ventes ne reflètent pas la totalité de la consommation d'Artane®, le trafic est également une réalité sur l'île comme évoqué ci-dessus.
- En 2009, un peu plus de 5 300 boîtes d'Artane® ont été remboursées par la CGSS (pour les 3 conditionnements).

Evolution des ventes d'Artane® à La Réunion (en boîtes)**



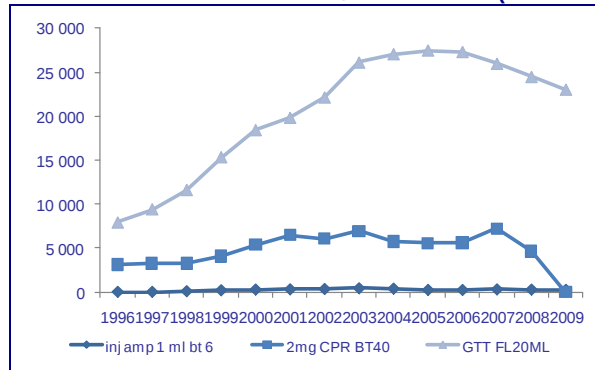
Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP

** les conditionnements suivants ne sont pas pris en compte pour l'analyse : ARTANE 0,4% GTTE BUV FL/30ML, ARTANE 10MG/5ML SOL INJ 5/5 ML

► Rivotril® : nouveau conditionnement

- Afin de rationaliser l'usage de ce médicament, le conditionnement des comprimés de Rivotril® 2mg en boîte de 40 a été remplacé (depuis mi 2008) par un conditionnement en boîte de 28 comprimés dans un objectif d'harmonisation des conditionnements des médicaments psychotropes.
- L'évolution présentée ici n'est donc que partielle dans la mesure où les données sur ce « nouveau conditionnement » sont manquantes. Il n'est pas possible d'apprécier les reports de ventes sur cette nouvelle forme.
- En 2009, plus de 26 000 boîtes ont été remboursées par la CGSS (nouveau conditionnement compris).

Evolution des ventes de Rivotril® à La Réunion (en boîtes)



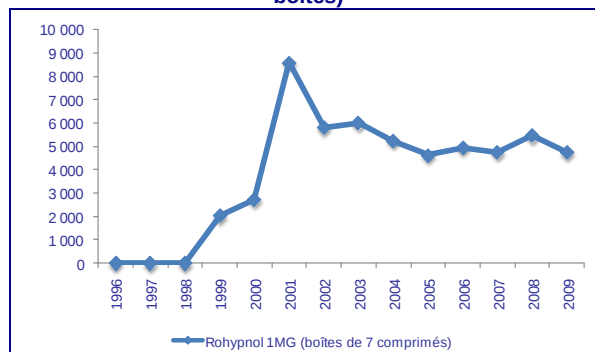
Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP

* chiffres estimés sur la période 1996 à 2006 à partir des données exhaustives en 2007 et des parts de marché de chacun des 3 grossistes

► Rohypnol® : tendance à la baisse en 2009

- En raison du risque fréquent de détournement de ce médicament, l'AFSSAPS a appliqué au Rohypnol® les conditions de prescription et de délivrance des stupéfiants : depuis 2001, le Rohypnol® doit être prescrit sur ordonnance sécurisée pour une durée limitée de 14 jours, avec délivrance fractionnée de 7j.
- Cette réglementation plus stricte et l'arrêt de commercialisation des boîtes de 14 comprimés ont eu un impact important sur les ventes de ce produit. En 2002, le nombre de boîtes vendues a chuté. Depuis cette chute, les ventes sont relativement stables avec de légères variations annuelles observées.
- En 2009, le nombre de boîtes vendues enregistre une nouvelle baisse de 13% par rapport à 2008 : soit moins de 5 000 boîtes vendues.
- En 2009, un peu plus de 4 100 boîtes de Rohypnol® ont été remboursées par la CGSS.

Evolution des ventes de Rohypnol® à La Réunion (en boîtes)



Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP

* chiffres estimés sur la période 1996 à 2006 à partir des données exhaustives en 2007 et des parts de marché de chacun des 3 grossistes

Offre de soins et de prise en charge

DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE	31
Offre de prise en charge ambulatoire	
Offre de prise en charge médico-sociale	
Offre de prise en charge hospitalière	
Réseaux de santé	
RECOURS AUX SOINS DANS LES CCAA	35
Fréquence du recours aux soins	
Les consultants	
SEVRAGE TABAGIQUE	36
Aide au sevrage tabagique	
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	
RECOURS AUX SOINS DANS LES CSST	37
Fréquence du recours aux soins	
Les consultants	
RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS	38
Consultations externes	
Equipe de liaison et de soins en addictologie	
DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES	38
Le CAARUD	
Traitement de substitution aux opiacés	
Ventes de kit de prévention (vente de seringues)	

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

Dispositifs de prise en charge

Les données présentées ci-après prennent en compte l'offre de soins ambulatoires proposés par les médecins généralistes libéraux, les structures hospitalières ou médico-sociales.

Cette vision est incomplète dans la mesure où il est impossible d'appréhender dans quelles proportions interviennent le secteur libéral et le secteur médico-social et hospitalier dans la prise en charge ambulatoire des patients souffrant de problèmes d'addictions.

Offre de prise en charge en ambulatoire

► Différents professionnels concernés

- Plusieurs acteurs de la prise en charge des addictions peuvent être identifiés dans le secteur libéral : les médecins généralistes, les infirmiers, les sages-femmes, psychologues, ...

Sont présentés ci-après les densités des professionnels libéraux pouvant intervenir dans la prise en charge ambulatoire des addictions (ceux pour lesquels les données sont disponibles).

► Une densité de médecins généralistes inégale sur l'île

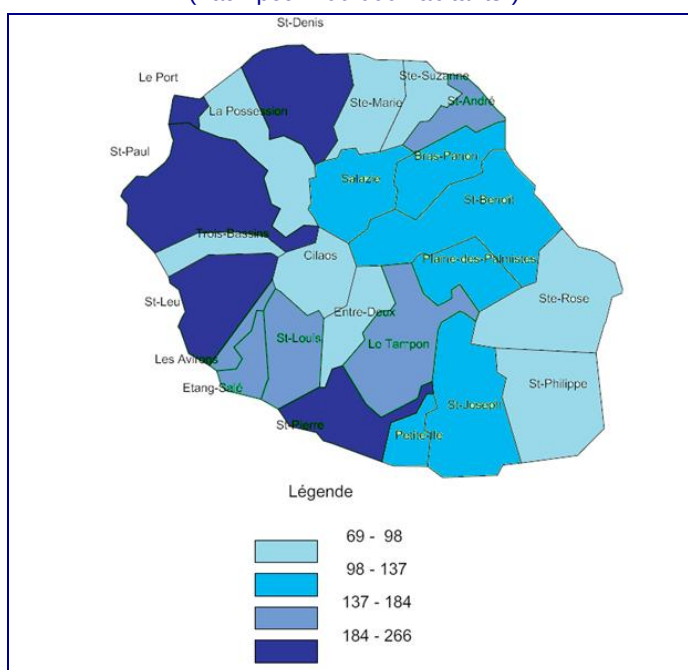
- Les médecins généralistes peuvent prendre en charge les patients ayant des difficultés avec leur consommation d'alcool, de tabac ou autres drogues illicites.

- Avec plus de 900 médecins généralistes libéraux, la densité régionale de médecins généralistes libéraux est d'environ 110 médecins pour 100 000 habitants.

- La densité régionale masque des disparités communales fortes. La densité est globalement plus faible dans la région Est de l'île.

- Les communes du Nord-Est (Ste-Marie, Ste-Suzanne) ainsi que les villes du Sud-est (Ste-Rose et St-Philippe), Cilaos, ou l'Entre-deux sont marquées par les densités les plus faibles de l'île.

Densité des médecins généralistes libéraux selon la commune, à La Réunion au 01/01/2010
(Taux pour 100 000 habitants*)

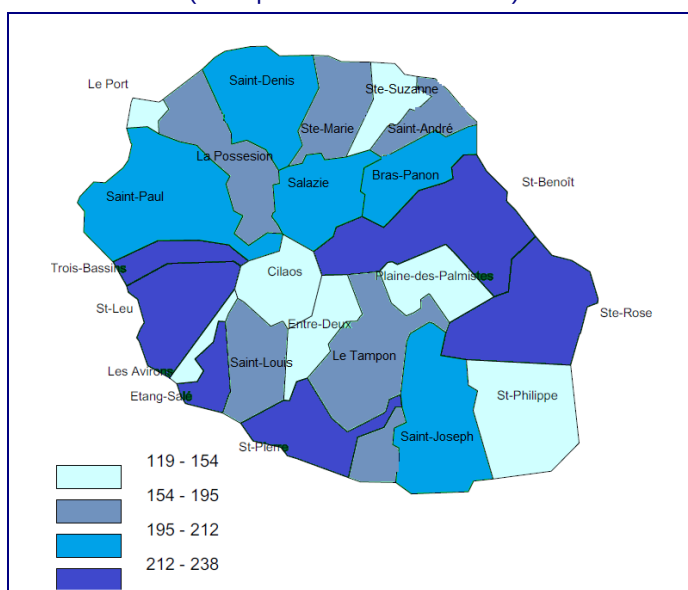


Sources : DRASS (STATISS, fichier ADEL), Base éco-santé, INSEE Réunion * Taux calculé à partir du recensement de la population 2006

► **Des disparités territoriales également observées pour les autres professionnels de santé**

Au 01/01/2010, on compte près de 1 500 infirmiers libéraux sur l'île : 35% des effectifs dans le Sud contre seulement 13% dans l'Est. Les densités d'infirmiers libéraux sont particulièrement inférieures pour certaines communes : Cilaos, Entre-Deux, Les Aviron, St-Philippe, ...

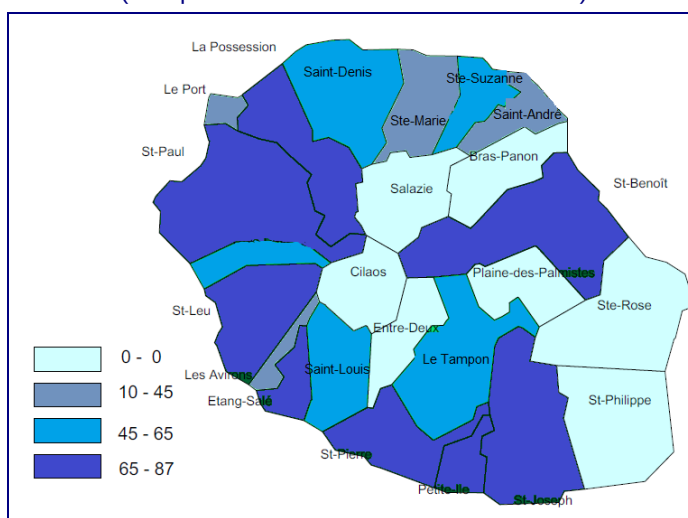
Densité des infirmiers libéraux selon la commune, à La Réunion au 01/01/2010
(Taux pour 100 000 habitants*)



Sources : DRASS (démographie des professionnels de santé, fichier ADELI)

Au 01/01/2010, on compte 114 sages-femmes libérales sur l'île : 39% des effectifs dans le Sud contre seulement 11% dans l'Est. Les densités apparaissent plus élevées dans le Sud et l'Ouest de l'île.

Densité des sages-femmes libérales selon la commune, à La Réunion au 01/01/2010
(taux pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)



Sources : DRASS (démographie des professionnels de santé, fichier ADELI)

Offre de prise en charge médico-sociale

Le Schéma d'Organisation Sociale et Médico-Sociale a retenu 4 territoires en référence aux micro-régions administratives dans le cadre du Schéma d'Aménagement Régional :

- Le NORD : St-Denis à Ste-Marie
- L'EST : de Ste-Suzanne à Ste-Rose
- L'OUEST : de la Possession à St-Leu
- Le SUD : des Aviron à St-Philippe

La prise en charge médico-sociale des addictions est assurée par :

- Les CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (à orientation alcool et tabac) ;
- Les CSST : Centres de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes (à orientation drogues illicites)
- Le CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

► Contexte en mutation

- Depuis le décret de mai 2007, il est prévu que de nouvelles structures regroupent les services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST) : les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** (CSAPA).
- La création des CSAPA s'inscrit dans le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et prévention, globale, des addictions. Seront accueillis dans ces structures :
 - les personnes qui sont dans une relation de dépendance plus ou moins forte et néfaste à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique à risque (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...),
 - mais également l'entourage (parents, conjoints, famille, amis).
- Ces structures sont en cours de mise en place dans notre région.
- Cette réorganisation médico-sociale se déclinera par la présence d'un CSAPA généraliste dans chaque territoire d'intervention.
- Le territoire Ouest est actuellement le seul territoire à disposer d'un CAARUD.

Dispositifs de prise en charge médico-sociale des addictions à La Réunion

TERRITOIRE D'INTERVENTION	Equipement au 01/01/2010	Equipement prévu pour 2011
TERRITOIRE NORD	1 CSST + 1 CCAA	1 CSAPA généraliste
TERRITOIRE EST	1 CCAA (+ 2 antennes délocalisées)	1 CSAPA généraliste
TERRITOIRE SUD	1 CSST* + 1 CCAA (+ 2 antennes délocalisées)	1 CSAPA généraliste
TERRITOIRE OUEST	1 CSST + 2 CCAA + 1 CAARUD	1 CSAPA généraliste + 1 CAARUD

Source : Schéma Régional Addictologie [4]

* Il existe officiellement 2 CSST dans l'île : un dans l'ouest porté par le réseau Oté ! et l'autre dans le Nord porté par l'ANPAA974, le CSST de St-Denis a une antenne dans le Sud. Ce qui explique la présence du CSST dans le territoire Sud.

Offre de prise en charge hospitalière

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2005-2010, retient un à trois territoires de santé selon les niveaux dans l'offre de soins sanitaire :

- 3 territoires de santé de niveau 1 : territoire Nord-Est (de St-Denis à Ste-Rose), territoire Ouest (de la Possession à Trois Bassins), territoire Sud (de St-Leu à St-Philippe),
- 2 territoires de santé de niveau 2 : le territoire Nord (regroupant les territoires du Nord, de l'Est et de l'Ouest) et le territoire Sud (de St-Leu à St-Philippe),
- 1 territoire de niveau 3 qui recouvre La Réunion et Mayotte.

La prise en charge hospitalière est assurée par les établissements suivants :

- CHR : Centre Hospitalier Régional par le biais de ses 2 antennes :
 - o CHR- site Nord : Centre Hospitalier Régional Félix Guyon (CHR FG)
 - o CHR – site Sud : Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR)
- IRD : Institut Robert Debré (Clinique privée)
- EPSMR : Etablissement Public de Santé Mentale à La Réunion

► Inégalité de l'offre de soins hospitaliers selon les territoires

- Les territoires de santé Nord-Est (et plus précisément le Nord) et Ouest concentrent l'essentiel des capacités de prise en charge. L'offre est limitée dans le territoire Sud, se déclinant sur les communes de St-Pierre et de St-Joseph.
- Le sous-territoire Est n'est actuellement doté que d'une équipe de liaison portée par l'EPSMR alors que cette zone est la plus concernée par la mortalité liée à l'alcool [5].

Dispositifs de prise en charge hospitalière des addictions à La Réunion en 2010

	Nord-Est	Ouest	Sud
NIVEAU 1			
Consultation d'addictologie	1 (CHR FG)	0	1 (GHSR)
Equipe de liaison en addictologie	2 (CHR FG + EPSMR St-Benoît)	1 (CHGM)	1 (GHSR)
NIVEAU 2			
Médecine à orientation addictologique	0		0
Hôpital de jour	1 (CHR FG)		1 (GHSR)
Hospitalisation complète	2 CHR FG + IRD		1 (GHSR)
SSR à orientation addictologique	2 CHR FG + IRD		0
NIVEAU 3 (pôle régional enseignement et recherche)		0	

Source : Schéma Régional Addictologie [4]

Réseaux de santé

- Dans le champ des addictions, La Réunion compte depuis 2001 un réseau de santé spécifiquement dédié à la problématique du syndrome d'alcoolisation fœtale et plus largement autour des questions d'addictions chez la femme. Ce réseau intervient sur les régions Nord, Sud et Est. L'Ouest n'est pas couvert par l'activité du réseau.
- Le plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007 - 2011 prévoit la mise en place de réseaux de santé orientés de manière plus large sur l'ensemble des addictions. Un cahier des charges dévolu aux réseaux de santé en addictologie est annoncé dans la circulaire relative à la filière de soins en addictologie de septembre 2008.
- Par ailleurs, un réseau, basé dans le Sud de l'île, se consacre aux questions entourant la natalité. A ce titre, il est également concerné par la lutte contre les addictions lors de la grossesse.

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

RECOURS AUX SOINS DANS LES CCAA¹

Fréquence de recours aux soins dans les CCAA¹

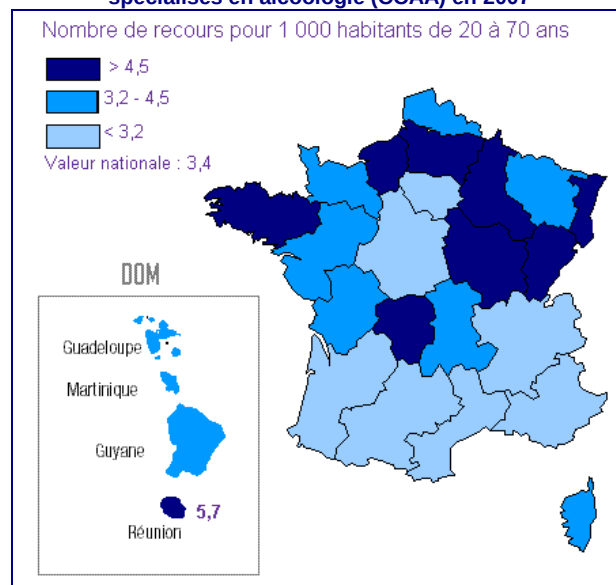
► Un recours élevé dans les centres spécialisés à La Réunion

- Le taux de fréquentation des CCAA est élevé à La Réunion comme dans les autres DOM.
- Avec un taux de 6 recours pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans, La Réunion se situe bien au dessus de la moyenne nationale (3/1 000) : 2^{ème} région française où le taux recours est le plus élevé (derrière la Picardie).

► Baisse des consultants en 2009

- Le nombre de consultants dans les CCAA diminue légèrement en 2009, après une augmentation régulière entre 2005 et 2008 (-3% par rapport à 2008).
- La part des nouveaux consultants parmi l'ensemble des patients vus au moins une fois, se maintient à un niveau élevé : 1 consultant sur 2.
- En 2009, dans 85% des cas, le 1^{er} produit à l'origine de la prise en charge est l'alcool, 13% le tabac et 2% le cannabis.
- En 2009, 6 consultants des CCAA sur 10 (61% contre 45% en 2008) sont poly-consommateurs : au moins 2 produits dommageables. Près de 15% associent au moins 3 produits dommageables.
- Pour 85% des patients ayant au moins 2 produits dommageables, le tabac représente le 2^{ème} produit dommageable, le cannabis dans 9% des cas.
- Dans 26% des prises des charges, il s'agit d'une orientation judiciaire (obligation de soin, injonction thérapeutique ou classement avec orientation), 26% suite à d'autres démarches administratives ou judiciaires, 8% une démarche personnelle ou une initiative familiale, 7% sont adressés par les médecins généralistes ou médecins du travail.

Nombre de recours par habitant dans les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) en 2007



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), rapport d'activités des CCAA 2005

Nombre de consultants en alcoologie dans les CCAA à La Réunion, de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
CCAA	1 958	2 141	2 693	2 912	2 820
<i>Dont % nouveaux patients</i>	48%	54%	55%	54%	48%

Source : Rapports d'activités des CCAA

Les consultants

Il n'est pas possible de distinguer le profil des consultants selon le produit le plus dommageable.

► Des hommes à partir de 30 ans

- En 2009, le profil des consultants n'a pas évolué.
- Dans 8 cas sur 10, ce sont des hommes.
- 8 patients pris en charge sur 10 ont au moins 30 ans en 2008 : près d'un tiers entre 40 et 49 ans.
- Dans la quasi-totalité des cas, les patients pris en charge ont un logement durable (94%).
- 40% des consultants ont déclaré des revenus d'emploi ; 49% vivent de l'ASSEDIC ou des prestations sociales.

Caractéristiques* des usagers pris en charge dans les CCAA à La Réunion (en %)

	2008	2009	Evolution
Sexe			
Hommes	84%	84%	→
Femmes	16%	16%	→
Age			
Moins de 20 ans	3%	2%	↘
dont moins de 18 ans	1%	1%	→
20-24 ans	7%	8%	↗
25-29 ans	10%	10%	→
30-39 ans	29%	28%	↘
40-49 ans	32%	32%	↗
50 et +	20%	21%	↗
Logement			
Durable	94%	94%	→
Provisoire	5%	5%	→
SDF	1%	1%	→
Revenus			
Revenus du travail	41%	40%	↘
ASSEDIC	14%	16%	↗
RMI, AAH et autres prestations	34%	33%	→
Tiers	1%	1%	→
Autres	11%	9%	↘

Source : Rapports d'activités des CCAA

* % sur les données renseignées

1. Transformation en cours des CCAA en CSAPA

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

SEVRAGE TABAGIQUE

Aide au sevrage tabagique

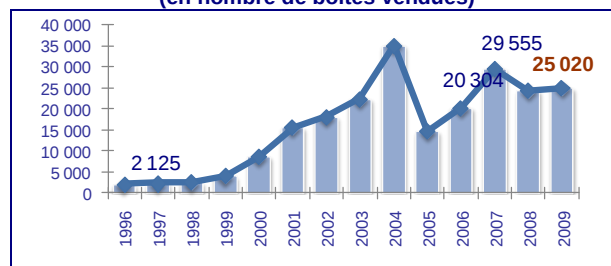
► Progression légère relative des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac

- En 2009, les ventes de médicaments d'aide au sevrage tabagique progressent légèrement (+ 3% par rapport à 2008).
- Cette tendance légère à l'augmentation est également observée au niveau national (+1%).
- Depuis février 2007, l'Assurance Maladie a mis en place un système de prise en charge partielle des substituts nicotiques (à hauteur de 50€ par an). Le nombre de forfaits pris en charge par la CGSS poursuit sa baisse en 2009 : 1 060 en 2007, 723 en 2008 et 626 en 2009 (-14%).

► Des traitements sous formes orales principalement

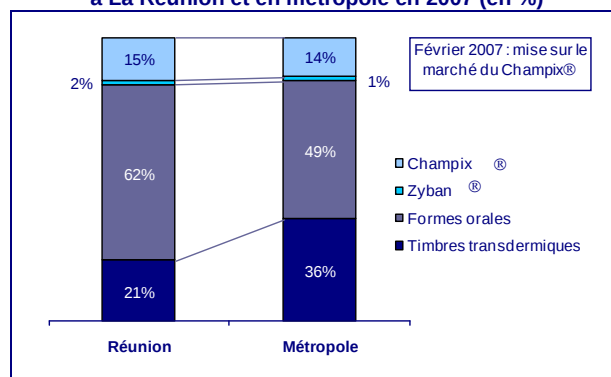
- En 2009, les traitements pharmacologiques (Zyban® et Champix®) voient leur volume de ventes traduit en nombre de patients traités diminuer. Leur part de marché enregistre un net recul en 2009 : 17% des ventes contre 26% en 2008. Cette baisse est celle du Champix® qui semble connaître une certaine désaffection en 2009.
- Les partages des parts de marché ont ainsi évolué en faveur des substituts nicotiques qui constituent toujours la très grande majorité des traitements.
- Les ventes de substituts sous forme orale augmentent de 13% entre 2008 et 2009. Cette catégorie représente 62% de parts de marché, +18 points entre 2008 et 2009.
- Ces évolutions sont également observées au niveau national.
- Les formes orales paraissent surreprésentées dans notre région par rapport à la situation nationale.

Evolution des ventes de médicaments d'aide au sevrage tabagique à La Réunion depuis 1996 à 2008 (en nombre de boîtes vendues)



Sources : Grossistes répartiteurs *CERP-SIPR, PHARMAR, SOREDIP

Répartition des ventes de substituts nicotiques en équivalent « mois de traitement » (*) à La Réunion et en métropole en 2007 (en %)



Source : Grossistes répartiteurs *CERP-SIPR, PHARMAR, SOREDIP
 (*) Méthodologie OFDT. La durée moyenne de traitement est ici estimée à un mois (compte tenu des échecs précoces), soit 60 comprimés de zyban®, 30 timbres transdermiques ou 300 formes orales, 60 comprimés de champix® (estimations OFDT).

Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac

- Augmentation des bénéficiaires du dispositif du Conseil Général pour l'aide à l'arrêt du tabac
- En 2009, plus de 2 650 boîtes ont été distribuées à la demande des structures hospitalières, médico-sociales ou autres.
- Le nombre de boîtes délivrées a augmenté par rapport à l'année 2008 (+17% d'augmentation, soit plus de 300 boîtes supplémentaires délivrées).
- Les destinataires de la distribution des patchs sont variables d'une année sur l'autre. En 2009, les CCAA étaient destinataires de 60% des boîtes délivrées dans le cadre de ce dispositif départemental.

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

RECOURS AUX SOINS DANS LES CSST²

Fréquence de recours aux soins dans les CSST²

► Légère progression du nombre de patients pris en charge dans les CSST ...

• Avec 431 patients en 2009, le nombre de patients suivis dans l'un des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes (CSST) de l'île ne cesse d'augmenter : +2% par rapport à 2008.

• La part des nouveaux consultants a évolué à la baisse en 2009 : près de 60% des patients accueillis en 2009 fréquentaient pour la première fois le CSST.

• En 2009, 34% des patients pris en charge sont venus de leur propre initiative ; 35% ont été adressés suite à une mesure judiciaire ou administrative. Les orientations d'origine sanitaire, sociale ou scolaire représentent moins d'un quart des patients suivis (respectivement 13%, 9% et 2%).

• Le zamal, est le produit le plus dommageable pour la moitié des consultants (51%), devant l'alcool (20%), les médicaments détournés de leur usage (11% vs 9% en 2008), les opiacés (9% vs 7% en 2008), et les addictions sans produit (7% vs 4% en 2008).

• Le phénomène de poly-toxicomanie est une réalité pour les consultants des CSST, associant zamal, alcool/tabac et autres produits (médicaments détournés, ...) : 77% des patients associent au moins 2 produits et la moitié au moins 3 produits.

• Le 2^{ème} produit le plus dommageable est : le tabac (32%), l'alcool (29%), le cannabis (16%), les médicaments détournés de leur usage (15%).

• La poly-toxicomanie continue de progresser parmi les consultants des CSST. En particulier, la fréquence des consommateurs d'au moins 3 produits a été multipliée par 4 entre 2008 et 2009.

Consultations dans les CSST de La Réunion

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre total de consultants*	318	332	373	424	431
Part des nouveaux consultants	76%	64%	62%	68%	58%

Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données CSST, rapports d'activités des CSST

* Patients vus au moins une fois

Origine de la prise en charge en CSST à La Réunion

	2005	2006	2007	2008	2009
Patient ou proches	34%	33%	36%	35%	34%
Sanitaire	14%	12%	11%	9%	13%
Social	10%	5%	6%	6%	9%
Scolaire	3%	3%	3%	3%	2%
Justice	30%	38%	36%	41%	35%
Autres	9%	7%	6%	5%	5%
NR	0%	3%	1%	1%	2%

Source : rapports d'activités des CSST

Produits à l'origine de la prise en charge en CSST à La Réunion

	2007	2008	2009
1^{er} produit dommageable			
Alcool	19%	16%	20%
Cannabis	51%	55%	51%
Opiacés	6%	8%	9%
Cocaïne et crack	1%	0%	1%
Médicaments détournés de leur usage	1%	7%	11%
Addictions sans produit	0%	4%	1%
Autres	9%	7%	7%
NR	7%	0%	1%
Au moins 2 produits	31%	70%	77%
Au moins 3 produits	20%	14%	50%

Source : rapports d'activités des CSST

Les consultants

► Les usagers pris en charge : des jeunes hommes sans emploi

• En 2009, la population accueillie dans les CSST est jeune (plus d'un usager sur 2 a moins de 30 ans) et composée essentiellement d'hommes (près de 90%).

• 16% des consultants sont en difficulté concernant le logement et seuls 30% disposent d'un salaire. Un quart des consultants vit du RMI ou autres prestations sociales ; 9% de l'ASSEDIC.

• Par rapport à 2008, on note peu d'évolutions. Cependant, les patients âgés de moins de 18 ans et de plus de 40 ans sont plus nombreux.

Consultations jeunes consommateurs

La forte représentation du public jeune parmi ces consultants suivis par les CSST (contrairement aux consultants en alcoologie ou tabacologie) s'explique par la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives, et à leur famille le 1er janvier 2005 à La Réunion (suite à la circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004).

Caractéristiques des usagers pris en charge dans les CSST à La Réunion en 2008 (en %)

	2007	2008	2009	Evolution
Hommes	84%	87%	86%	→
Femmes	16%	13%	14%	→
Moins de 20 ans	25%	28%	27%	→
dont moins de 18 ans	14%	15%	18%	↗
20-24 ans	14%	13%	16%	↗
25-29 ans	15%	13%	9%	↘
30-39 ans	26%	25%	23%	↘
40 et +	19%	22%	25%	↗
Logement				
Durable	83%	85%	84%	↘
Provisoire	11%	9%	9%	→
SDF	6%	6%	7%	↗
Revenus				
Revenus du travail	31%	29%	29%	→
ASSEDIC	12%	9%	9%	→
RMI, AAH et autres prestations sociales	25%	26%	26%	→
Tiers	19%	18%	18%	→
Autres	13%	19%	19%	↗

Source : rapports d'activités des CSST

2. Transformation en cours des CSST en CSAPA

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS

LES CONSULTATIONS EXTERNES

► Une activité en consultation hospitalière externe importante

- En 2009, l'activité du site Sud du CHR a été comparable à celle de 2008 (légère augmentation). Dans le nord, l'activité 2009 a montré une baisse significative pour des raisons fonctionnelles (effectif réduit).
- C'est l'alcool qui a motivé le maximum des consultations hospitalières externes : plus de 1 300 patients.
- Les consultations de tabacologie ont diminué de moitié.
- Dans l'Ouest, la mise en place des consultations externes prévue en 2009 n'a pas été possible faute de financement.

Nombre de patients suivis en consultation externe pour les 2 services d'addictologie du CHR en 2009

	CHR Nord**	CHR Sud	Total CHR
Alcool	550	795	1 345
Tabac	335	378	713
Autres*	106	116	222
TOTAL	991	1 289	2 280

Source : rapports d'activités des services d'addictologie du CHR

* autres : polyconsommation, polytoxicomanie, médicaments

détournés de leur usage, cannabis, opiacés, autres sevrages, ...

** ne sont pas prises en compte les consultations extra-muros.

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

► Activité de liaison en hausse

- En 2009, plus d'un millier de consultations ont été assurées par les équipes de liaison et de soins en addictologie des 2 sites du Centre Hospitalier Régional (CHR), soit une hausse de 15% par rapport à 2008 (+38% par rapport à 2007).
- Une équipe de liaison s'est mise en place mi-juillet 2010 au Centre Hospitalier Gabriel Martin de St-Paul. Cette équipe a fonctionné de manière réduite en 2010 et a permis d'assurer 146 consultations (au 02/12/2010).
- La vision n'est pas complète dans la mesure où ne sont pas prises en compte les données de l'Unité d'Addictologie de Liaison (UDAL) de St-Benoît (données non disponibles).

Nombre de consultations de liaison pour le CHR

	2007	2008	2009	Evolution
Nord	353	434	472	↗
Sud	450	535	640	↗
Total	803	969	1 112	↗

Source : rapports d'activités des services d'addictologie du CHR

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES

LE CAARUD

Les données présentées ci-dessous sont issues du rapport d'activités du Réseau Oté !

► Montée en charge des activités du CAARUD, en particulier du CAARUD fixe

- Le CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) est présent dans l'Ouest de l'île depuis 2 ans et dispose d'un CAARUD « rue » et d'un CAARUD « accueil fixe ».
- L'équipe mobile (CAARUD rue) se compose de 3 binômes d'intervenants de rue, permettant de quadriller une partie de la région Ouest de l'île (La Saline et St-Leu ne sont pas couverts). Lors de leurs interventions extra muros, ces acteurs de proximité rencontrent une population plus marginalisée, exclue, sans logement ou mal logée, et apparaissent comme des acteurs privilégiés notamment pour le public SDF (sans domicile fixe) fréquentant ou pas les structures d'aide dans la région ouest. L'équipe du CAARUD « rue » a enregistré en 2009 une file active de 373 personnes prises en charge pour près de 2 800 contacts réalisés. Le nombre de personnes prises en charge en 2009 est moindre qu'en 2008 mais pourrait s'expliquer par une plus grande implication pour les accompagnements réalisés auprès d'un public en difficultés, plus fragilisé.
- Le CAARUD « accueil fixe » offre des prestations d'accueil, d'écoute et d'accompagnement (social ou au soin) pour le public rencontré notamment lors des interventions extra-muros du CAARUD rue. L'activité CAARUD fixe a enregistré une augmentation de la file active : 211 personnes rencontrées en 2009 contre 184 en 2008 (soit +14% par rapport à 2008). Le nombre total d'usagers est de 2 697 en 2009.
- On observe en 2009 une plus grande utilisation du matériel mis à la disposition des usagers dans le cadre du CAARUD (plus de kits d'injections distribués, plus de préservatifs (masculins ou féminins) distribués, ...).

OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE

DISPOSITIF DE REDUCTION DES RISQUES

Traitements de substitution aux opiacés

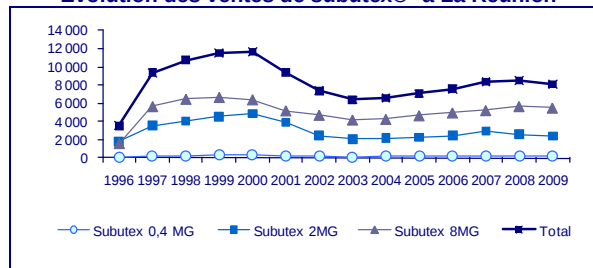
► Baisse des ventes de buprénorphine haut dosage en 2009

- En 2009, ce sont plus de 14 000 boîtes de buprénorphine haut dosage (Subutex® et génériques) qui ont été vendues par les 3 grossistes répartiteurs de l'île aux pharmacies, ce qui équivaut à 8 100 boîtes de 7 comprimés dosés à 8 mg. On observe une baisse de 5% par rapport à 2008.
- Les génériques commercialisés représentent 11% des ventes en 2009 (18% en 2008, 9% en 2007).
- En 2009, près de 12 000 boîtes de buprénorphine haut dosage ont été remboursées par la CGSS. Selon les données de la CGSS, on recense une centaine de bénéficiaires de ce produit sur l'île (98 bénéficiaires au 1er semestre 2009 et 97 au 2nd semestre, en excluant les patients ayant bénéficié d'une délivrance ponctuelle). Les données disponibles révèlent un phénomène de nomadisme médical (au moins 3 pharmacies, 3%) mais aussi certaines posologies journalières dépassant les quantités autorisées par l'AMM (de l'ordre de 23%).

► Méthadone : nouveaux conditionnements

- La Méthadone® est désormais mise à disposition sous forme de boîtes de 7 gélules dosées à 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg ou 40 mg. Cette présentation permettra un meilleur suivi des traitements. Néanmoins pour limiter au maximum les risques de mésusage et d'abus de cette nouvelle forme de Méthadone®, la mise sur le marché a été très encadrée (cadre spécifique de prescription et de délivrance).
- En 2009, près de 22 000 boîtes de Méthadone® sous forme de sirop ont été vendues (-50% par rapport à 2008). Cette nette baisse s'explique par le report des ventes sur les nouveaux conditionnements. Néanmoins, il n'est pas possible de connaître le transfert de ces ventes faute de données disponibles sur ces nouveaux conditionnements.
- En 2009, près de 20 500 boîtes de Méthadone® ont été remboursées par la CGSS (dont 71% sous forme de sirop). Selon les données de la CGSS, on recense environ 90 bénéficiaires de ce produit sur l'île (en excluant les personnes ayant eu des prescriptions ponctuelles). Pour ce produit également, on relève des posologies journalières dépassant les quantités autorisées par l'AMM et un phénomène de nomadisme médical (variable selon les types de conditionnement).

Evolution des ventes de subutex®* à La Réunion



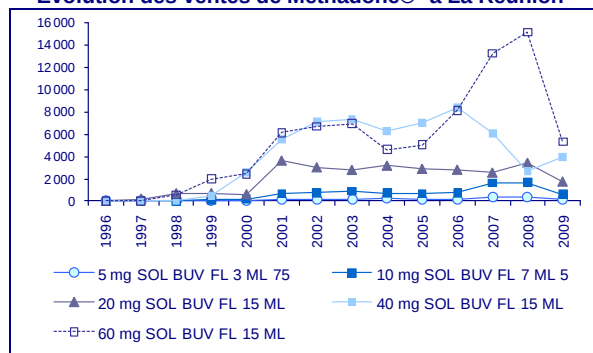
Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP. * y compris les génériques, en équivalent nombre de boîtes "théoriques" de 7 comprimés dosés à 8 mg

SUBUTEX® ET METHADONE®

Le Subutex® (buprénorphine haut dosage, BHD) et la méthadone® sont des traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Les règles de prescription sont différentes pour ces deux produits (méthadone classée comme stupéfiant avec une durée maximale de prescription de 14 jours – versus 28 jours pour la BHD), par leur présentation différente (sirop pour la méthadone versus comprimé sublingual pour la BHD) et par leurs modalités d'accès différentes (méthadone initiée uniquement par des médecins exerçant en CSST ou en milieu hospitalier – depuis 2002 – alors qu'une initialisation de prescription est possible par tout médecin pour la BHD). Et contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation associée à d'autres psychotropes.

Evolution des ventes de Méthadone®* à La Réunion**



Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP
* en équivalent en nombre de flacons "théoriques" de 60 mg

** Les ventes de méthadone sous forme gélule ne sont pas encore intégrées dans ces évolutions (non disponibles)

Ventes de kit de prévention (ventes de seringues)

- Outre les traitements de substitution aux opiacés, le dispositif de réduction des risques s'articule autour de l'accès à du matériel d'injection stérile.
- En 2009, à La Réunion, 432 boîtes de Stéribox® ont été vendues, soit une nette diminution de 40% par rapport à 2008.
- Mais ces ventes ne reflètent pas leur utilisation. D'ailleurs, le nombre de kits d'injections IV distribués ou pris dans le CAARUD (accueil fixe) a nettement augmenté en 2009, passant de 180 kits en 2008 à 255 en 2009 (+42%).

Ventes de kits de Stéribox®

	2007	2008	2009
Nombre de boîtes vendues	643	717	432

Source : Grossistes répartiteurs de l'île

STERIBOX®

Ce kit de prévention contient 2 seringues (1 ml), 2 tampons d'alcool, un stérilisateur, 2 flacons d'eau stérile, un préservatif, 1 mode d'emploi et des conseils. L'utilisation de Stéribox prévient la contamination des virus du VIH, des hépatites et autres agents infectieux.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

Politiques régionales et stratégies de prévention

POLITIQUES REGIONALES 41

Programme Régional de Santé Publique
Les autres politiques régionales
Le Schéma Régional Addiction (SRA)

STRATEGIES DE PREVENTION 42

Actions et acteurs de la prévention
Acteurs de l'aide au sevrage tabagique et alcoolique

POLITIQUES REGIONALES ET STRATEGIES DE PREVENTION

Politiques régionales

Le Programme Régional de Santé Publique

► Une problématique clairement identifiée dans le Programme Régional de Santé Publique

- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2010, porté par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble de programmes d'actions pluriannuels.
- A La Réunion, un des 11 objectifs du PRSP est dédié à la lutte contre les comportements à risques parmi lesquels figurent les conduites addictives (objectif n°2 du plan) [9].
- Des actions concernent plus spécifiquement les addictions. Elles visent la protection de la population du tabagisme, avec comme population cible les jeunes, les femmes et les fumeurs passifs, la diminution des consommations d'alcool, de drogues illicites et de médicaments détournés de leur usage, l'incitation à l'absence d'alcool chez les femmes enceintes.

► Une nouvelle politique régionale en perspective

- Avec la mise en place de l'ARS-OI (Agence de Santé Océan Indien), le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) va remplacer le PRSP. Le PSRS, 1ère partie du Projet Régional de Santé (PRS), constitue le socle commun de tous les domaines d'intervention de l'agence à partir duquel seront déclinés :

- les schémas d'organisation (soins, prévention, médico-social) mais également
- les projets territoriaux de santé issus des travaux des conférences de territoire.

A partir des objectifs dits « généraux » et « spécifiques » du PSRS, les schémas définiront des objectifs opérationnels. Les conférences de territoire quant à elles, auront à décliner les objectifs régionaux en objectifs pour leur territoire.

Ces dispositifs devront se mettre en place en 2011.

Mais d'ores et déjà, les 5 domaines stratégiques du PSRS ont été définis : maladies chroniques, santé mentale, risques sanitaires, handicap et vieillissement, périnatalité et petite enfance. Les addictions sont intégrées dans le groupe de travail « Santé mentale ». Ce groupe de travail a pour objectif de définir les priorités pour cet axe stratégique en préparation du PSRS.

Les autres politiques régionales

► Plusieurs politiques mises en œuvre autour de la problématique des addictions

- Le PRSP doit s'articuler avec les autres politiques de lutte contre les addictions mises en œuvre sur l'île par :
 - le Conseil Général, qui perçoit les taxes sur le tabac, se mobilise également depuis plusieurs années pour la lutte contre le tabagisme. La politique départementale se décline en 3 orientations principales :
 - Aider les fumeurs à s'arrêter. En effet, le Département a lancé, en amont même de la promulgation du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, une campagne « d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac » qui se poursuit chaque année depuis 2003. Ces campagnes permettent la délivrance gratuite de traitements nicotiniques par dispositifs transdermiques (« patchs ») aux centres de tabacologie dans le cadre d'un suivi de consultation.
 - Documenter, informer et apporter des conseils méthodologiques.
 - Favoriser et soutenir les acteurs de terrain qui interviennent en prévention primaire, tout particulièrement en direction des jeunes.
 - la Préfecture qui décline le programme MILDT ;

En 2010, a été mis en place à La Réunion comme partout en France, le Dispositif d'Appui Territorial (DAT). Ce dispositif a vocation à remplacer et généraliser l'ancien dispositif des CIRDD. Le DAT est donc la structure relais de la politique nationale de la MILDT, au service des acteurs régionaux, institutionnels et de terrain. Il a pour objectif de permettre la mise en œuvre déconcentrée d'une politique de prévention globale permettant d'éviter durablement les entrées en consommation de drogues illicites et les abus d'alcool. Les travaux du DAT et le site internet devront être présentés en 2011.

Le Schéma Régional Addictions (SRA)

- La lutte contre les pratiques addictives est inscrite parmi les orientations nationales comme un enjeu important de santé public au regard du bien-être de la population et de la préservation de sa santé.
- Ses orientations se sont traduites depuis ces dernières années par la publication de différents plans (plan de prise en charge et de prévention des pratiques addictives 2007-2011/ plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011), dont les objectifs principaux sont de favoriser la prévention des conduites à risque, de mener une lutte contre les trafics illégaux des substances illicites et d'initier ou renforcer une offre de soins.
- Ils se traduisent localement dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) qui a identifié dès 1995 des orientations prioritaires, relatives notamment à la lutte contre la surconsommation alcoolique, orientations reconduites et amplifiées dans le cadre du deuxième et troisième PRSP.
- Le Schéma Régional d'Addictologie (SRA), présenté en début d'année 2010, doit permettre de décliner ces différentes orientations nationales et régionales. Le bilan réalisé sur la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population doit permettre aux autorités compétentes de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et également de préciser le cadre de la coopération et de la coordination à adopter sur le champ du médico-social et du sanitaire. Le schéma est disponible sur le site de la Préfecture.
- Les orientations du SRA définissent les CSAPA comme enjeu de la restructuration du secteur médico-social et véritable pivot de la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive.

POLITIQUES REGIONALES ET STRATEGIES DE PREVENTION

Stratégies de prévention

Actions et acteurs de prévention

► Une diversité d'acteurs dans le domaine de la prévention des addictions

- En 2007, l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) a réalisé un état des lieux régional de l'éducation à la santé [11].
- L'IREPS a ainsi recensé 71 structures comme acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ des conduites addictives. L'annuaire de ces acteurs est disponible sur le site internet de l'IREPS (www.irepsreunion.org).
- 64% des structures concernées par la prévention et l'éducation à la santé recensées par l'IREPS œuvrent dans le champ des conduites addictives.

► L'alcool : la thématique dominante pour la prévention des addictions

- La prévention de l'alcoolisme reste la thématique dominante pour les structures mobilisées sur les addictions (95%). Le tabac mobilise également de nombreux acteurs associatifs mais aussi institutionnels, privés et publics : plus de 3 structures sur 4 interviennent sur la thématique « tabac ».
- De manière générale, divers publics sont ciblés pour les actions de prévention et d'éducation à la santé. Néanmoins, les adolescents ou jeunes adultes et les femmes sont des cibles privilégiées.

Acteurs de l'aide au sevrage tabagique ou alcoolique

► De nombreux professionnels concernés

- A La Réunion, on compte plusieurs lieux de consultations disponibles, en secteur hospitalier ou médico-social.
- Les médecins libéraux ou ceux des services de santé au travail sont également des personnes ressources pour l'aide à l'arrêt du tabac (un millier de médecins généralistes en 2010 et une quarantaine de médecins du travail).
- D'autres acteurs ressources (infirmiers, psychologues, enseignants, travailleurs sociaux, ...) sont également compétents en tabacologie ou alcoologie de par leurs formations, diplômantes ou non.
- Les sages-femmes peuvent également être des acteurs privilégiés pour l'aide à l'arrêt du tabac dans la mesure où elles peuvent prescrire des patchs ; ces professionnelles sont également des interlocutrices privilégiées pour inciter les femmes enceintes à l'absence d'alcool pendant la grossesse.

Annexes

PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATIONS	45
BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES DE DONNEES	46
ADRESSES UTILES	48
POUR PLUS D'INFORMATIONS	50

ANNEXES

Principales sources d'informations

Les diagnostics principaux d'hospitalisation en établissements de soins de courte durée

Les données d'hospitalisation sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces données permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées.

Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

Les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC.

Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDC) sont établies à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès.

Ce certificat comporte des données démographiques et une description du processus pathologique ayant conduit à la mort avec une cause initiale de décès notée sur la dernière ligne et définie comme étant la pathologie à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. L'analyse de ces données permet de suivre l'évolution des causes de décès, d'élaborer des indicateurs de mortalité contribuant à la définition des priorités de santé publique et d'évaluer l'impact des actions de santé. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10).

Les effectifs de population de l'INSEE (pour les calculs de taux).

Les données sont issues des estimations régionales de la population. Les effectifs de population par sexe et tranche d'âge quinquennal sont estimés au 1^{er} janvier de chaque année.

Base d'informations ILIAD

La base ILIAD, mise en place par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional, dans le domaine des addictions et dépendances aux substances licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne), depuis 1997, pour la France métropolitaine, **et depuis 2006 pour les départements d'outre mer (DOM)**. Pour chaque département ou région, une fiche "indicateurs" de la zone géographique sélectionnée présente des statistiques de ventes, de décès, d'interpellations d'usagers et de prise en charge sanitaire et sociale. Les différentes sources statistiques sont détaillées dans les notes, permettant de mieux saisir les indicateurs présentés et leurs limites.

Plusieurs sources sont mobilisées dans le cadre de ce travail.

Les données sont actualisées chaque année. Cependant, certains indicateurs, ne sont disponibles qu'avec une ou plusieurs années de décalage. **Les données présentées sont les dernières données disponibles à la date d'actualisation des fiches départementales et régionales.**

Enquête Escapad-OFDT

Enquête sur la consommation de substances psychoactives auprès de jeunes âgés de 17-18 ans, lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD).

Interpellations pour ivresse sur la voie publique ; DGNP/DGGN

L'ivresse publique manifeste Article L.3342-1 (ex L.76 du CDB) : "une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison". Seules les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction ou une intervention de police-secours sont comptabilisées par :

- DGNP : Direction Générale de la Police Nationale (Ministère de l'Intérieur) comptabilise le nombre d'interventions pour dégrisement suite au constat d'une ivresse publique et manifeste pour les services de police nationale

- DGGN : Direction Générale de la Gendarmerie Nationale (Ministère de la Défense) comptabilise le nombre annuel d'infractions constatées par les services de gendarmerie et de la Préfecture de police de Paris.

Fichier national des auteurs d'infractions à la législation des stupéfiants

Ce fichier est géré par l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (Ocrtis) du Ministère de l'Intérieur. Dans ce fichier sont enregistrées toutes les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées sur le territoire national, que ce soit par les forces de police, de gendarmerie ou par la douane.

L'Ocrtis n'enregistre pas l'ensemble des affaires de stupéfiants, mais uniquement celles qui font l'objet d'une procédure ou d'un message d'information judiciaire. Les faits les moins graves et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas enregistrés dans le fichier.

Les statistiques d'ILS ne constituent pas un indicateur direct du nombre de consommateurs de stupéfiants ou de l'importance du trafic, dans la mesure où elles dépendent en partie de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes.

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Les données sont issues des Bulletins d'Analyse d'Accidents Corporels (BAAC) centralisées et gérées l'ONISR (Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière). Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC, rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent. La remontée des BAAC emprunte un circuit différent selon qu'ils ont été établis par les services de gendarmerie ou de la police nationale. Les informations sont centralisées in fine à l'ONISR où elles subissent de nombreux contrôles et corrections. Les données recueillies concernent les caractéristiques et lieux de l'accident (Description du/des véhicule(s) en cause, description du/des usager(s) impliqué(s), information sur les stupéfiants (depuis 2004). Les accidents corporels avec alcool regroupent les accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie = 0,5g/l de sang, rapporté au nombre d'accidents corporels. Le biais lié à cette source d'information est que certains Bulletins d'Analyse d'Accidents Corporels (BAAC) ne sont pas remplis ou ne sont pas transmis à l'ONISR - l'alcoolémie (dépistage - résultat) n'est pas forcément connue (prise de sang impossible du fait de la gravité de l'accident, résultat de la prise de sang inconnu, refus (rare)).

Les données locales détaillées sont transmises par la DDE de La Réunion.

Les données de ventes des médicaments

Les données sont issues des statistiques d'activités des grossistes répartiteurs de l'île concernant les ventes vers les officines de l'île.

Les données d'offre et de production d'alcool

Les données d'offre et de production d'alcool reposent sur les données d'importation, d'exportation et de production des boissons alcoolisées des services des Douanes, au niveau national et local pour les productions.

Les données de consommation sont estimées à partir des quantités d'alcool déclarées mises à la consommation.

Rapport d'activités des structures médico-sociales

Les structures médico-sociales (CCAA et CSST) transmettent chaque année à la DRASS un rapport standardisé (depuis 2004) sur leurs activités au cours de l'année.

Les chiffres se rapportent aux recours recensés durant l'année, aux caractéristiques des patients recueillis, aux actes réalisés, ... mais également aux caractéristiques de la structure concernée.

OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible)

Enquête annuelle effectuée par les CEIP (Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) auprès d'offices sentinelles concernant les ordonnances falsifiées.

ANNEXES

Bibliographie et sources de données

- [1] Drogues, chiffres clés
OFDT ; 3^{ème} édition ; juin 2010 ; 6p.
- [2] ESCAPAD 2008
Site internet de l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, données nationales, séries statistiques.
www.ofdt.fr
- [3] Enquête épidémiologique auprès des jeunes scolarisés en quatrième, seconde et terminale à l'île de La Réunion en 2006-2007 (ETADAR)
DRASS, Académie de La Réunion, MILDT, CIC-EC ; mars 2010 ; 100p.
- [4] Schéma Régional Addiction de l'île de La Réunion – 2005-2010
ARS-OI ; 2010 ; 15p. www.ars.sante.fr
- [5] Tableau de bord sur les addictions à La Réunion
ORS Réunion ; décembre 2009 ; 56p.
- [6] Plan régional de santé publique de La Réunion, 2006-2008.
DRASS de La Réunion ; 42p.
- [7] Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.
Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
- [8] Baromètre Toxicomanie 2003.
DRASS, DEPARTEMENT, CGSS, Institut Louis HARRIS, décembre 2003, 80p.
- [9] « Tabac, alcool, cannabis moins consommés par les jeunes à La Réunion ».
Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S., Economie de La Réunion, INSEE, n°129, mars 2007, 6p.
- [10] Les consommations de produits psychoactifs des jeunes de 17 et 18 ans à La Réunion en 2005.
Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S., Infos Réunion, Etudes et statistiques, DRASS de La Réunion, n°3, mars 2007, 8p.
- [11] OFDT,
http://www.ofdt.fr/BDD_len/ESCAPAD/2005_REUNION.xhtml
- [12] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).
<http://www.CépiDc.vesinet.inserm.fr>
- [13] Exposition prénatale à l'alcool.
ORS Réunion, Tableau de bord ; septembre 2008 ; 4p. www.orsrun.net
- [14] OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible)
RESULTATS DE L'ENQUETE 2008
AFSSAPS, CEIP ; 2010 ; 6p.
- [15] Les addictions dans les régions de France.
FNORS, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ors d'Alsace, de Bourgogne, du Centre, de Martinique, du Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; Coll. « Les études du réseau des ORS » ; septembre 2007 ; 101p.
- [16] Base Score-Santé - FNORS ; - www.fnors.org
- [17] Le tableau de bord mensuel des indicateurs tabac – Bilan de l'année 2007.
OFDT ; 4p ; www.ofdt.fr
- [18] Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005).
INVS, Hôpitaux de Lyon, Réseau FRANCIM, Institut National du Cancer ; Conférence de presse du 21 février 2008 ; 24p ; http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf
- [19] Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND), La Réunion, 2003 : rapport de site du dispositif TREND.
Muriel RODDIER – ORS Réunion, OFDT ; 2004 ; 44p.
- [20] Drogues et dépendances : données essentielles.
OFDT ; 2005 ; www.ofdt.fr
- [21] Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Une expertise collective de l'INSERM.
INSERM ; Dossier de presse ; 22 juillet 2008 ; 11p.
- [22] Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
www.drogues.gouv.fr
- [23] Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac 2008.
INVS ; BEH, 27 mai 2008 / n° 21-22 ; 24p.
- [24] Les addictions dans les régions de France.
FNORS, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ors d'Alsace, de Bourgogne, du Centre, de Martinique, du Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; Coll. « Les études du réseau des ORS » ; septembre 2007 ; 101p.
- [25] Les addictions en Bourgogne.
ORS / CIRDD ; septembre 2008 ; 129p.
- [26] Enquête ETADAR - Tabac, alcool, drogues à La Réunion 2006-2007.
DRASS, Rectorat ; Infos Réunion, Etudes et statistiques n°11 ; avril 2009 ; 6p.
- [27] La Santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006 – Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children.
Godeau E., Arnaud C., Navarro F., Saint-Denis : INPES, coll. Etudes de santé, 2008 : 274 p.
- [28] Etat des lieux de l'éducation pour la santé à La Réunion.
CRES Réunion ; novembre 2007 ; 26p.
- [29] Rapport d'activité des structures ambulatoires – dispositif spécialisé de lutte contre les conduites addictives (CCAA, CSST).
- [30] Rapport d'activité des services hospitaliers d'addictologie (CHR site Félix Guyon et site GHSR).



EN SAVOIR PLUS

❖ ADDICTIONS

Rapport annuel 2008-Etat du phénomène de la drogue en Europe.
OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). 03/2009.

Addictions.
ANPAA. 03/2009.

Rapport de la Commission sur le problème mondial de la drogue au cours des dix dernières années.
OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). 03/2009.

Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, en France.
Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Beck F. ; BEH, n°13 ; 25 mars 2008 ; pp89-92.

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).
INPES, Education Nationale ; dossier de presse ; Septembre 2008 ; 18p.

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children.
Edition INPES ; 274 p.

Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence.
Legleye S., Spilka S., Le Nézet O. et al. ; OFDT ; Tendances n° 59 ; mars 2008 ; 4p.

Les addictions, Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge.
Valleur M., Matysiak J-C. ; Armand Colin ; Paris ; 2006 ; 379p. (collection « sociétales »).

Les pathologies de l'excès. Sexe, alcool, drogues, jeux. Les dérives de nos passions.
Valleur M., Matysiak J-C. ; 2006 ; Paris ; JC Lattès.

❖ ALCOOL

Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?
IRDES ; Questions d'économie de la santé ; n°129 ; janvier 2008 ; 6p.

Mortalité due à l'alcool : le mode de consommation compte.
INPES ; Actualités alcool ; n°39 juin 2008.

FOCUS alcoolologie.
IREB. 06/2009.

Alcool et grossesse : des comportements à faire évoluer.

Alcool et grossesse : une amélioration des connaissances.
INPES ; Actualités alcool ; n°39 juin 2008 ; pp : 8-8.
Série statistique sur l'évolution de la consommation d'alcool.
OFDT, http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml

« Liens entre alcool et violence » les résultats de la première étude
Peut-on considérer le binge drinking comme un facteur de création ?
IREB ; Recherche et alcoologie ; n°32 ; janvier 2007.

« Numéro thématique – Alcool et santé en France, état des lieux ».
InVS, BEH, n°34/35, 12 septembre 2006, p. 251-266.
http://www.invs.sante.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf

❖ TABAC

Une évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France, recours à une cohorte de fumeurs.
INPES ; Evolutions ; n°13 ; mai 2008 ; 6P.

Net recul du tabagisme passif.
INPES ; Equilibres, n°37, avril 2008 ; p. 3.

Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : le programme MPOWER.
OMS ; 7 février 2008 ; 342p. <http://www.who.int>

Les Français et la cigarettes en 2005 : un divorce pas encore consommé.
Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

Loi anti-tabac : des effets bénéfiques rapides.
INPES ; Tabac actualités, n°86 ; pp : 6.

Poly-consommation : le rôle du tabac souvent négligé.
INPES ; Tabac actualités, n°86 ; pp : 4-5.

Effect of the italian smoking ban on population rates of acute coronary events.
Cesaroni G et al. ; Circulation 2008 ; 117p.
<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/CIRCULATION.AHA.107.729889v1>

Le tabac : la première cause de cancer évitable en France.
INCA, 2006, 12p.

Évaluation de l'expérimentation « Lycées non-fumeurs ».
V. Driard, T. Branellec, OFDT, Evaluation des politiques publiques, septembre 2006, 147p.

Emplois jeunes tabac, évaluation qualitative ex post d'un dispositif national de développement des actions de proximité en prévention du tabagisme.
INPES ; Evolutions ; n°11 ; mars 2008 ; 6p.

❖ DROGUES ILLICITES ET AUTRES PRODUITS

Les habitués du cannabis.
OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT). 01/2009.

Primo-prescription de méthadone en établissements de santé.
Obradovic I., Canarelli T. ; OFDT ; Tendances ; n° 60 ; avril 2008, 4p.

Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD.
Toufik A., Cadet-Ta'rou A., Janssen E. ; OFDT ; tendances ; n°61 ; mai 2008, 4p.

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, huitième rapport national du dispositif TREND.
Toufik A., Cadet-Ta'rou A., Gandilhon M. ; OFDT ; février 2008 ; 191p.

Huitième rapport national du dispositif TREND.
Cadet-Ta'rou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I. ; OFDT ; tendances n°58 ; février 2008 ; 4p.

Cannabis : de nouvelles inquiétudes.
Bulletin de l'Académie nationale de médecine ; Tome 192 ; mars 2008 ; n°3 (3^{ème} trimestre 2008)

Tendances à propos de la consommation d'héroïne en France.
AFSSPS, OFDT, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, InVS, MILDT ; communiqué de presse ; août 2008.
www.afssaps.sante.fr

Chiffres transmis par les consultations jeunes consommateurs, bilan de 2 ans d'activité (de mars 2005 à février 2007).
OFDT ; 3p ; www.ofdt.fr

Cannabis : fumer un joint a les mêmes effets sur les poumons que fumer 2 à 5 cigarettes.
Institut de recherche médicale de Wellington ; in revue thorax ; août 2007.

❖ DROGUES SANS SUBSTANCES

Expertise collective « Jeux de hasard et d'argent – contextes et addictions ».
Edition INSERM ; juillet 2008 ; 492p.

Rapport pour la MILDT concernant le problème des addictions aux jeux.
Venisse J-L, avec la collaboration de Ades J., et Valleur M. ; 2007 ; www.gouv.fr/article5152.html

Les pathologies de l'excès. Sexe, alcool, drogues, jeux. Les dérives de nos passions.
Valleur M., Matysiak JC. ; 2006 ; Paris.

Le jeu pathologique.
Valleur M., Bucher C. ; Paris ; Armand Colin ; 2006.

Les addictions sans drogue(s).
Valleur M., Véléla D. ; in toxibase, n°6 ; 2002.

Les nouvelles formes d'addiction : le sexe, l'amour, les jeux vidéo.
Valleur M., Matysiak JC. ; Paris, Flammarion ; Champs.

Le jeu pathologique : quand jouer n'est plus jouer.
Hautefeuille M., Valleur M., Trepos J-Y. et al ; Psychotropes ; vol. 11, 2.

Prévention du jeu et des achats compulsifs.
Lejoyeux M. ; in Venisse J-L, Bailly D., Reynaud M. : Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelles prévention ? : 121-126, Paris, Masson.

Le jeu compulsif.
Suisa AJ. ; Vérités et mensonges ; Québec, Fides ; 205.

L'évolution des jeux de hasard et d'argent. Le modèle français à l'épreuve – rapport d'information n°58 de M. le Sénateur François Trucy, fait au nom de la commission des finances, déposé le 7 novembre 2006.
Trucy F. ; 2006-2007 ; Paris ; Commission des finances du Sénat.

Addiction aux jeux vidéo : étude en ligne d'une population de joueurs passionnés.
MOUSSA N. 2008.

Les addictions aux jeux vidéo.
ROCHER B. 2008.

Addiction et conduites dopantes. 2e partie - Alcool, psychoactifs et substances illicites.
KARILA L. 2008.

La française des jeux, jackpot de l'état
Turay S. ; 2007 ; Editions First.

« À propos de la prise en charge d'un joueur pathologique »
Aubry C., Romo L., Djordjian J., Legauffre C., Ades J. (2005) : In Journal de Thérapie comportementale et cognitive, 15 (4) : 154-158

Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux.
Beaumont C., Charbonneau R., Delisle J., Landry A., Ménard J-M, Paquette D., Ross DF., (2005) : Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

« Le jeu pathologique ».
Boilet V., (2007) : In Nervure, Journal de Psychiatrie, 20, (4) : 1-3

Recherche de sensation et alexythymie dans différents types de jeux. Comparaison entre des joueurs pathologiques réguliers et occasionnels.
Bonnaire C., (2007) : Thèse de doctorat de Psychologie, Université Paris 5.

Addiction aux jeux vidéo versus addiction aux jeux d'argent.
SIMON O. Dépendances ; 04/2006, 28.

La bibliothèque médicale de l'hôpital Marmottan vous propose un dossier documentaire complet sur le jeu pathologique et d'autres bibliographies sur les thèmes « jeux vidéo et cyberaddiction » et « cocaïne, crack et excitants ».
Contact : Aurélie Wellenstein
Hôpital Marmottan

tél : 01 45 74 00 04 -
mail : documentation.cmm@wanadoo.fr
site internet : <http://www.hopital-marmottan.fr/documentation/>

ANNEXES

Adresses utiles

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

NORD

CCAA/ CSSTCASTOR de St-Denis

Adresse : 43 rue Mazagran – 97 400 Saint-Denis

Tél : 0262 30 11 31 Mail : ccaa-stdenis@wanadoo.fr

Service d'addictologie – CHR Félix GUYON

Adresse : Niv.7 – Bâtiment M1 – Bellepierre / St-Denis

Tél : 0262.90.56.01 / 0262. 90.56.04

CCA de Ste-Suzanne

Adresse : PMI – 01 A rue Pierre Bérégovoy – 97 441 Sainte-Suzanne

Tél : 0262 98 05 70

OUEST

CCAA du Port

Adresse : 06 rue de Bruxelles – 97 420 Le Port

Tél : 0262 45 99 60 Mail : ccaa-leport@wanadoo.fr

CCAA de St-Paul

Adresse : 31 rue Chaussée Royale – 97 460 Saint-Paul

Tél : 0262 55 14 08 Mail : ccaa.stpaul@wanadoo.fr

CAA de Saint-Leu

Adresse : Mairie Annexe du Piton St-Leu – 10 rue Adrien Lagourgue

– 97 436 Saint-Leu Tél : 0262 34 31 01

Equipe addictologique – CHGM

Adresse : St-Paul

Tél : 0262 45.30.30

CSST La Kaz'Oté

Adresse : 7 chemin Pavé – Grande Fontaine – 97 460 Saint-Paul

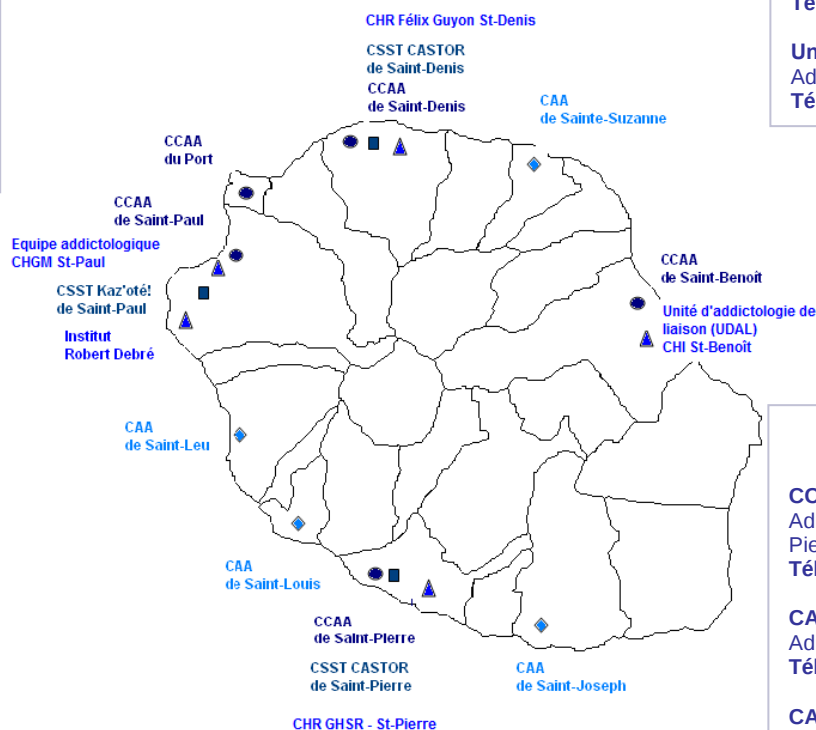
Tél : 0262 45 26 55 - GSM : 0692 23 04 99

Mail : kazote.reseau.ote@wanadoo.fr

Institut Robert Debré (clinique privé)

Adresse : 18 imp des Oliviers – 97435 Saint-Gilles 97435

Tél.: 02 62 59 37 37



Un annuaire des structures en addictologie est également disponible sur le site de la FRAR :

http://www.frar.asso.fr/IMG/pdf/Livret_coordonnees_Addicto2010.pdf

EST

CCAA de St-Benoît

Adresse : SIDR Fragance – Bâtiment A2 – Porte 35 – 97 470 Saint-Benoît

Tél : 0262 50 67 35 Mail : ccaa-stbenoit@wanadoo.fr

Unité d'addictologie de liaison (UDAL) – CHI St-Benoît

Adresse : 43 rue Leconte de Lisle/Beaulieu – 97470 St-Benoît

Tél : 0262.50.11.05

SUD

CCAA / CSST CASTOR de St-Pierre

Adresse : 458-460 rue du Père Raimbault – 97 410 Saint-Pierre

Tél : 0262 35 23 74 Mail : ccaa-stpierre@wanadoo.fr

CAA de Saint-Joseph

Adresse : DPEF, 2 rue de la crèche – 97 480 Saint-Joseph

Tél : 0262 56 00 02

CAA de St-Louis

Adresse : GHSR, site de St-Louis – 97 450 Saint-Louis

Tél : 0262 96 79 95

Service d'addictologie – CHR GHSR

Adresse : Terre Sainte

Tél : 0262 35 97 15

**ASSOCIATIONS DEPARTEMENTALES**

ALANON - Les alcooliques anonymes	Tél : 0262 41 16 14 (répondeur) Permanence à St-Denis, St-Paul, St-Pierre, St-Gilles Les Hauts
ANPAA 974 Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie	Adresse : 8 Bd de la Trinité, B.P 1047 – 97 481 Saint-Denis Tél : 0262 30 22 93 Fax : 0262 30 47 50 Email : anpaa974@wanadoo.fr
FRAR Fédération Régionale d'Alcoologie de La Réunion	Adresse : 2, lotissement des Oliviers – 97435 SAINT-GILLES LES HAUTS Tél : 0262 71 90 00 (24H/24H) Fax: 0262 71 96 47 Email : frar@guetali.fr Site internet : www.frar.asso.fr
Réseau Oté	Adresse : 316, rue Saint-Louis – 97 460 Saint-Paul Tél : 0262 45 19 26
Point Info Santé (Département)	Adresse : 6, rue amiral Lacaze – 97 400 St-Denis Tél : 0262 41 43 97

**ASSOCIATIONS DE PROXIMITE**

ANCRE Les affranchis de l'alcool	Adresse : Salle d'animation du 12 ^{ème} - 39, rue Dachery – 97 430 Le Tampon Tél-Fax : 0262 59 19 93 GSM : 0692 24 17 39
Club Animation Prévention	Adresse : 14 rue Moulin à vent – BP13 – 97 461 Saint-Denis Cedex Tél : 02 62 41 11 04 Fax : 0262 41 61 42 Email : cap-reunion@wanadoo.fr
Les maillons de l'Espoir	St-Denis GSM : 0693 02 55 69 (JP BARLIEU) ou 0692 69 29 89
Mouvement Vie Libre	Adresse : 61, rue Georges Paulin – 97421 La Rivière St-Louis Tél : 0262 39 41 61 Fax : 0262 39 73 92 Adresse : 2 rue des Ecoliers – 97 480 Saint-Joseph Tél : 0262 37 59 43
RESA Renaître sans alcool	Adresse : Impasse des Paille-en-Queue – Domenjod – 97 490 Sainte-Clotilde Tél : 0262 53 86 27 GSM : 0692 69 61 91

**RESEAUX DE SANTE**

REUNISAF Réseau de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, coordination du parcours de soin des femmes en difficulté avec l'alcool en capacité de procréer	BASSIN SUD : Adresse : 9 rue Victor Hugo – 97 450 St-Louis Téléphone : 0262 22 10 04 Fax : 0262 91 12 02 GSM : 0692 70 94 33 ou 0692 82 07 19 Email : coeurdereseau@reunisaf.com BASSIN NORD-EST : Adresse : 34, Avenue du Stade – 97440 St-André Téléphone : 0262 22 10 04 Fax : 0262 91 12 02 GSM : 0692 82 06 18 Email : coeurdereseau@reunisaf.com
REPERE Réseau Périnatal Réunion	Adresse : 10 bis allée des Gloxinias - 97410 SAINT PIERRE Tél. : 0262 35 15 59 Fax : 0262 35 16 65 Site internet : http://www.repere.re/

**NUMERO D'APPELS UTILES**

Drogues Info service	0 800 23 13 13
Ecoute Cannabis	0 811 91 20 20
Ecoute Alcool	0 811 91 30 30
Tabac Info Service	0 825 309 310
Fil santé jeune	0 800 235 236
Les Alcooliques Anonymes	0262 41 16 14
Joueur écoute Info service	09.74.75.13.13 (coût appel local)
SOS JOUEURS	0.810.600.115
SOS - Solitude	02 62 25 83 05
Prévention suicide	0262 35 69 38
Suicide écoute	01.45.39.40.00

ANNEXES

Pour plus d'informations

➤ Sites internet de référence

Mission Interministérielle contre les drogues et les Toxicomanies	www.droques.gouv.fr
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé	www.inpes.sante.fr
Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie	www.ofdt.fr
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie	www.anpaa.asso.fr
Portail sur la santé des adolescents (dossiers et discussions en ligne)	www.tasante.com
Jeunes, alcool et risques	www.boiretrop.fr
Drogues et dépendances	www.droques-dependance.fr
Tabac Info service	www.tabac-info-service.fr
Site d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	www.tabac.gouv.fr
Forum sur la santé des jeunes	www.filsante.jeune.com
Institut de Recherche Scientifique sur les Boissons	www.ireb.com
Office Français de Prévention du tabagisme	http://www.ofp-asso.fr/
Fédération des Acteurs en Alcoologie et Addictologie (F3A)	www.alcoologie.org
Comité National contre le tabac (CNCT)	www.cnct.org
Jeunes et tabac	www.vousdecidez.fr

➤ Sites internet locaux

Fédération Régionale d'Addictologie de La Réunion	www.frar.asso.fr
Institut Robert Debré	www.institutrobertdebre.com
Comité Régional d'Education pour la Santé	www.irepsreunion.org
Centre Régional Information Jeunesse de La Réunion	www.crij-reunion.org

➤ Numéro d'appel

Drogues Info service	0 800 23 13 13
Ecoute Cannabis	0 811 91 20 20
Ecoute Alcool	0 811 91 30 30
Tabac Info Service	0 825 309 310
Fil santé jeune	0 800 235 236
Les Alcooliques Anonymes	0262 41 16 14
Joueur écoute Info service	09 74 75 13 13 (coût appel local)
SOS JOUEURS	0.810.600.115
SOS - Solitude	02 62 25 83 05
Prévention suicide	0262 35 69 38
Suicide écoute	01 45 39 40 00

Synthèses

ALCOOL	52
TABAC	53
DROGUES ILLICITES	54
DROGUES SANS SUBSTANCES	55
POLYCONSOMMATION	55
SYNTHESE GENERALE	56

SYNTHESE

ALCOOL

Le contexte 2009 n'a pas beaucoup évolué. Il fait toujours apparaître l'importance de l'alcoolisme à La Réunion : une quantité d'alcool déclarée mise à la consommation à un niveau élevé, une forte morbidité et mortalité liée à l'alcool, avec notamment une mortalité prématurée importante (avant 65 ans). La Réunion se place ainsi dans les régions françaises les plus à risque en termes de morbidité, mortalité et d'infractions même si les données de consommation paraissent moindres sur l'île.

Néanmoins, les usages excessifs d'alcool paraissent importants en particulier chez les jeunes réunionnais. La consommation d'alcool chez les jeunes se caractérise par une précocité de l'expérimentation et de l'usage abusif plus fréquente et par une augmentation des pratiques excessives entre 2005 et 2008.

- Stabilité de la quantité d'alcool pur déclarée mise à la consommation à La Réunion en 2008.
- L'offre de consommation de bière continue de se développer.
- Augmentation de l'offre de rhum en 2009 après un net recul en 2008 (hausse qui se fait au détriment des autres alcools forts).
- Précocité de l'expérimentation d'alcool et des usages excessifs, plus fréquente chez les jeunes réunionnais :
 - 8 jeunes de 13-15 ans sur 10 ont déjà expérimenté l'alcool à La Réunion : des filles autant que des garçons.
 - Des épisodes d'ivresse fréquents chez les jeunes réunionnais : près d'un tiers des jeunes de 13 ans et 44% des jeunes de 14-15 ans.
- Des pratiques excessives de consommation d'alcool en augmentation chez les jeunes réunionnais de 17-18 ans contrairement à la situation métropolitaine où les fréquences d'usage tendent à se stabiliser.
- 268 décès directement liés à l'alcool en moyenne chaque année à La Réunion (période 2006-2008).
- Nette surmortalité masculine : 3 fois plus de décès chez les hommes mais l'écart Homme/Femme tend à se réduire.
- Forte mortalité prématurée : 7 décès sur 10 liés à l'alcool surviennent avant l'âge de 65 ans.
- Nette surmortalité régionale par alcool, en particulier pour les psychoses alcooliques et alcoolismes.
- Mortalité directement liée à l'alcool en baisse, mais tendance à la stagnation chez les femmes.
- Alcool mis en cause dans 45% des accidents mortels de la route à La Réunion en 2009.
- 4 personnes sur 10 tuées sur les routes de l'île le sont à cause de l'alcool (20 personnes en 2009).
- Les victimes des accidents routiers imputables à l'alcool : des hommes jeunes (une victime sur 2 a moins de 25 ans).
- Recours élevé aux structures spécialisées malgré une légère baisse observée en 2009 sur l'île.
- Près de 1 700 interpellations pour ivresse sur la voie publique : La Réunion, 2^{ème} région française où le taux d'interpellations est le plus élevé.
- L'alcool représente une priorité de santé publique à La Réunion.
- Plusieurs acteurs interviennent dans la prévention de l'alcoolisme et des addictions de manière générale.
- Une douzaine de lieux de consultations d'alcoologie existe sur l'île.

SYNTHESE

TABAC

Comme au niveau national, le contexte de 2009 fait apparaître une légère hausse de l'offre globale de tabac : pas de nouvelles mesures fortes en 2009, l'augmentation des prix en novembre 2009 n'a pas permis de faire baisser les ventes de tabac.

Par ailleurs, les jeunes réunionnais sont plus concernés par un usage quotidien précoce et les pratiques quotidiennes paraissent stagner chez les jeunes de 17-18 ans.

- Légère hausse de l'offre de tabac : les ventes de cigarettes se stabilisent mais celles des autres produits du tabac (tabac à rouler, cigares, ...) continuent à se développer, comme en 2008.
- Près de 50% des jeunes réunionnais de 13 à 15 ans ont déjà expérimenté le tabac et près de 20% déclarent être des fumeurs quotidiens.
- Usage quotidien du tabagisme plus précoce chez les jeunes réunionnais.
- Stagnation de l'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17-18 ans alors que l'évolution est à la baisse en métropole sur cette tranche d'âge.
- Selon les jeunes de 13-15 ans, la consommation régulière de cigarettes est celle qui présente le plus de risques pour la santé et l'accès aux cigarettes est jugé facile.
- La progression des ventes de tabac à rouler suggère la tendance du report des consommateurs de cigarettes vers un produit moins cher, donc plus accessible à tous, et aux jeunes en particulier, mais plus toxique.
- Les trois causes de décès les plus directement liées au tabagisme (cancers du poumon, bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques) sont responsables de plus de 560 décès par an en moyenne (13% des décès sur l'île).
- Plus de 60% des décès concernent les hommes.
- 30% des décès liés au tabac sont prématurés (172 décès annuels en moyenne avant 65 ans).
- A La Réunion, comme en métropole, on note une diminution de la mortalité directement liée au tabac ...
- ... Mais la mortalité régionale liée au tabagisme reste supérieure à celle de la métropole.
- ... Et le nombre de nouveau cas et de décès liés au cancer de la trachée, des bronches et du poumon est en augmentation, et surtout chez les femmes.
- Le tabac constitue la première cause de décès par cancer (15%).
- La protection de la population du tabagisme est une des priorités définies par le Programme Régional de Santé Publique et par le Département.
- Plusieurs acteurs interviennent dans la prévention du tabagisme et des addictions de manière générale.
- Une douzaine de lieux de consultations de tabacologie existe sur l'île.
- Le nombre de consultations hospitalières en tabacologie a diminué en 2008 (-16%).
- Les ventes des traitements d'aide à l'arrêt du tabac ont diminué en 2008 (-17% par rapport à 2007).

SYNTHESE

DROGUES ILLICITES

Le contexte de 2009 fait apparaître des indicateurs relatifs aux drogues illicites (y compris les médicaments détournés de leur usage) préoccupants à La Réunion : augmentation des consultants, augmentation des infractions, augmentation des saisies de zamal et de médicaments détournés de leur usage, ...

Par ailleurs, les pratiques d'usage chez les jeunes réunionnais sont marquées par une précocité plus fréquente et par une stagnation des usages réguliers chez les jeunes de 17-18 ans.

- 3 jeunes de 13-15 ans sur 10 ont déjà expérimenté le cannabis sur l'île, les garçons sont plus fréquemment concernés, quelle que soit la fréquence d'usage.
- Expérimentation plus précoce sur l'île.
- Les fréquences d'usages réguliers paraissent stagner chez les jeunes réunionnais de 17-18 ans entre 2005 et 2008 contrairement à la situation nationale où les évolutions sont à la baisse.
- L'expérimentation d'autres produits illicites est plus rare chez les jeunes réunionnais.
- 6 décès par surdose ont été comptabilisés sur l'île en 2006.
- Pas de contamination au VIH par usage de drogues injectables sur l'île en 2009.
- Plus de 1 200 faits constatés par les forces de l'ordre liés aux stupéfiants en 2009, niveau stable par rapport à 2008 mais niveau élevé comparativement aux années précédentes.
- Les interpellations liées au cannabis ne cessent d'augmenter.
- Le cannabis reste également le produit le plus saisi par les services des douanes : près de 90kg saisis en 2009.
- Les saisies des Douanes révèlent des quantités plus importantes et des produits plus diversifiés.
- Les médicaments détournés de leur usage restent l'objet de trafics importants, l'artane en tête.
- Les ventes d'Artane® continuent d'ailleurs sur son évolution à la hausse.
- Le nombre de consultants dans les CSST (centres spécialisés de soins pour les toxicomanes) ne cesse d'augmenter : +2% entre 2008 et 2009 (+16% entre 2007 et 2009).
- On observe une montée en charge du dispositif CAARUD, en particulier du CAARUD accueil fixe, et une plus utilisation du matériel de réduction des risques.
- Le public accueilli dans les CSST ou plus particulièrement celui rencontré par les équipes du CAARUD apparaît davantage en difficultés, plus vulnérables, que celui recourant aux autres structures médico-sociales.
- Environ 190 personnes sont bénéficiaires des traitements de substitution aux opiacés : 100 personnes environ pour le buprénorphine haut dosage (subutex et génériques) et 90 pour la Méthadone®.
- Des formes gélule de la méthadone sont désormais disponibles avec un encadrement spécifique.
- La diminution de la consommation de drogues illicites et de médicaments détournés de leur usage est un des objectifs du Programme Régional de Santé Publique.
- Plusieurs acteurs interviennent dans la prévention de la toxicomanie et des addictions de manière générale.

SYNTHESE

DROGUES SANS SUBSTANCE

Les données de 2009 font apparaître des indicateurs en hausse par rapport à 2008.

- La mise moyenne par habitant et par semaine dédiée aux jeux de grattage, de tirage, et de loterie a diminué mais reste supérieure à la moyenne nationale : 3,17€ en moyenne sur l'île contre 2,96€ en métropole.
- Les mises sont plus élevées à La Réunion malgré une proximité moindre des points de vente.
- Le nombre de points de pari pour les courses de chevaux est en légère hausse en 2009, accentuant la plus grande proximité des points de vente observée sur l'île par rapport à la situation nationale.
- La mise moyenne par habitant pour les courses de chevaux dépasse de près de 40% la mise moyenne observée sur l'ensemble du territoire nationale : 3,79€ par semaine et par habitant à La Réunion contre 2,75€ au niveau national.
- Après le net recul du nombre de demandes d'exclusion de casinos en 2008 (suite à la fermeture d'un service), l'évolution est de nouveau à la hausse en 2009.

SYNTHESE

POLYCONSOMMATION

Les données locales 2009 font apparaître un contexte fréquent de poly-consommation dans les pratiques des usagers de drogues licites, illicites et sans substance, chez les jeunes comme chez les personnes ayant recours aux structures spécialisées.

- A La Réunion, 1 jeune de 13-15 ans sur 4 a déjà expérimenté une poly-consommation, des garçons plus fréquemment.
- Chez les jeunes réunionnais, l'association « alcool / tabac » est l'usage de consommation le plus fréquemment déclaré, d'autant plus que ces produits sont jugés facilement accessibles.
- 6 consultants sur 10 des CCAA sont poly-consommateurs (au moins deux produits dommageables à l'origine de la prise en charge) en 2009.
- En 2009, plus des $\frac{3}{4}$ des consultants des CSST sont des poly-consommateurs (au moins 2 produits associés et la moitié des consultants en associent au moins 3). Alcool, zamal et médicaments détournés de leur usage sont les premiers produits consommés. Les TSO font également l'objet d'usage détourné.

SYNTHESE

L'Observatoire Régional de la Santé réalise depuis 2001 un tableau de bord sur les addictions à La Réunion dont l'objectif est de rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents, de nature et d'origine diverses sur les addictions à La Réunion. Cet outil permet de suivre l'évolution du phénomène afin de pouvoir définir les orientations en termes de prévention. Ce présent document dresse un état des lieux des données disponibles sur l'alcool, le tabac, les drogues illicites et sur les drogues sans substances, comme les jeux de hasard et d'argent.

Offre et production

- L'offre et la production d'alcool en 2009 sont marquées par une progression du rhum malgré une relative stabilité de l'offre globale d'alcool. En volumes réels, la bière locale reste la boisson alcoolisée plus fréquemment déclarée mise à la consommation à La Réunion, l'offre de consommation continue par ailleurs de progresser.
- L'offre globale de tabac est en légère augmentation : stabilité des ventes de cigarettes mais progression de celles des autres produits du tabac (tabac à rouler en particulier).

Consommation

- L'alcool reste le produit le plus expérimenté et le plus consommé chez les jeunes réunionnais de 13-15 ans. Il bénéficie d'une image moins négative que les autres produits au niveau des jeunes.
- Les jeunes réunionnais paraissent plus concernés par des pratiques plus précoces d'expérimentation de produits mais aussi d'usage excessif d'alcool et d'usage régulier de zamal.
- Les évolutions de consommation sont plus inquiétantes à La Réunion qu'en métropole ; augmentation des pratiques excessives, stagnation des usages quotidiens de tabac ou de usages réguliers de zamal.
- La poly-consommation est fréquente chez les jeunes et chez les consultants des structures médico-sociales. Alcool, zamal et médicaments détournés de leur usage sont les premiers produits consommés. Les TSO font également l'objet d'un usage détourné.
- Les mises moyennes par habitant sont plus élevées à La Réunion qu'en métropole, que ce soit pour les jeux de grattage, tirage ou pour les courses de chevaux.

Conséquences sur la santé

- 20% des décès sont directement liés aux addictions sur l'île.
- 268 décès sont directement liés à l'alcool en moyenne chaque année à La Réunion (2006-2008), principalement des hommes avant 65 ans.
- La mortalité régionale liée à l'alcool est marquée par une forte mortalité prématurée et une surmortalité par rapport à la métropole.
- 560 décès sont directement liés au tabac en moyenne chaque année à La Réunion (2006-2008).
- Même si la mortalité globale liée au tabac est en baisse, les décès par cancer chez les femmes augmentent.

Conséquences judiciaires

- La Réunion reste très marquée par le phénomène d'alcool au volant même si les indicateurs s'améliorent en 2008. Notre région est également l'une des plus concernées par les interpellations pour ivresse sur la voie publique.
- Le nombre de faits constatés liés aux stupéfiants se maintient à un niveau élevé en 2009 : plus de 1 200 faits.
- Une nouvelle augmentation des ventes d'Artane® est observée en 2009, cumulée à des saisies importantes de cachets d'Artane® sur l'année.
- Par ailleurs, les saisies douanières sont plus diversifiées et plus importantes en 2009 : en particulier plus de 90kg de zamal saisi en 2009

Offre de soins et de prises en charge

- Différentes structures et différents types de prises en charge existent sur l'île pour répondre aux besoins des patients, des patients toujours plus nombreux dans les structures médico-sociales au fil des années. Le dispositif médico-social est en cours d'évolution : les CSAPA vont regrouper les CCAA et les CSST.
- Les ventes de traitement d'aide à l'arrêt du tabac augmentent en 2009.
- Environ 190 personnes sont bénéficiaires des traitements de substitution aux opiacés sur l'île en 2009.

Politiques régionales et stratégies de prévention

- Les addictions constituent une priorité régionale de Santé Publique à La Réunion (PRSP 2006-2010).
- La politique régionale s'est concrétisée par la mise en œuvre du Schéma Régional Addictions qui devra s'articuler avec la nouvelle politique régionale qui sera mise en œuvre avec l'ARS OI (Agence de Santé Océan Indien).

Ce tableau de bord a pu être réalisé grâce à la participation des financeurs et de l'ensemble des organismes producteurs de données : ANPAA 974, ARS OI, AVENTIS, CERP-SIPR, CGSS, CHGM, CHR site Félix Guyon et site GHSS, CSST-CAARUD Kaz'Oté, COREVIH, Département de La Réunion, DDE, Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects, DRSM, Française des Jeux, INSEE, INSERM, FNORS, OFDT, PHARMAR, PMU, Préfecture de La Réunion, SITAR, SOREDIP.



Directrice de la publication : Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction : Dr Emmanuelle RACHOU

Auteure : Monique RICQUEBOURG

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis

Tél : 02.62.94.38.13 / Fax : 02.62.94.38.14

Site : <http://www.ors-reunion.org> / Courriel : orsrun@orsrun.net

Centre de documentation : documentation@orsrun.net

