Tableau de bord

Tableau de bord

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Les addictions

à La Réunion

Décembre 2011

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... **5**

OFFRE ET PRODUCTION..... **6**
ALCOOL..... 7
Mise à la consommation d'alcool pur
Mise à la consommation d'alcool en volumes réels

TABAC..... 8
Ventes des produits du tabac

COMPORTEMENTS..... **9**
COMPORTEMENTS ADDICTIFS FACE AUX PRODUITS..... 10
Chez les jeunes (2008)
Chez les usagers des CCAA (2010)
Chez les usagers des CSST (2010)
Chez les usagers du CAARUD (2010)
Chez les usagers de la CJC (2010)

COMPORTEMENTS ADDICTIFS SANS PRODUIT..... 15
En population générale (2010)

CONSEQUENCES..... **18**
CONSEQUENCES SANITAIRES..... 19
Alcool (morbidité liée aux intoxications aiguës, alcoolisation pendant la grossesse, accidents de la route, mortalité)
Tabac (mortalité)
Drogues illicites (morbidité liée aux drogues injectables)

CONSEQUENCES JUDICIAIRES..... 24
Alcool (accidents avec alcool, interpellations pour ivresse, contrôles routiers et alcoolémie)
Drogues illicites (infractions à la législation, saisies douanières, stage de sensibilisation, médicaments détournés de leur usage)
Dopage

PRISE EN CHARGE..... **30**
INTERVENTION PRECOCE..... 31
Recours à la CJC

REDUCTION DES RISQUES..... 32
Recours au CAARUD
Traitements de Substitution aux Opiacés

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE…….. 34
Les consultations externes
Equipe de liaison

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE……. 35
Recours aux CCAA
Recours aux CSST

SEVRAGE TABAGIQUE……..…… 38
Ventes de produits d'aide au sevrage tabagique
Dispositif départemental d'aide à l'arrêt du tabac

PREVENTION…….. 39

POLITIQUES PUBLIQUES……..…… 40
Une priorité régionale de santé publique

ACTEURS DE PREVENTION…….. 42

ACTIONS DE PREVENTION……. 43

ANNEXES…….…….. 44

GLOSSAIRE……...……. 45

REPERTOIRE DES SIGLES…… 46

PRINCIPALES SOURCES DE DONNEES……...……. 47

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES D'INFORMATIONS…….. 48

POUR EN SAVOIR PLUS…….. 49

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES (sites internet, numéros d'appel)…… 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.

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.

Offre et production

ALCOOL

Mise à la consommation d'alcool pur

Mise à la consommation d'alcool en volumes réels

TABAC

Ventes des produits du tabac

ALCOOL

Mise à la consommation d'alcool pur

► Légère augmentation de la quantité d'alcool pur déclarée mise à la consommation

- Avec près de 65 000 hectolitres (hl) d'alcool pur proposés à la consommation, l'offre d'alcool augmente de 5% en 2010.
- La quantité d'alcool pur déclarée mise à la consommation est de 10,4 litres par habitant de 15 ans ou +. A titre de comparaison, la vente d'alcool par habitant âgé de 15 ans ou est de 12,0 litres d'alcool pur en 2010 en métropole et les ventes métropolitaines d'alcool poursuivent leur baisse en 2010 [1].

► Augmentation plus visible pour les quantités de vins déclarées mises à la consommation

- Les quantités de vin déclarées mises à la consommation en 2010 augmentent davantage que celles des autres boissons alcoolisées : +9% (vs +1% pour le rhum et +4% respectivement pour les autres alcools forts et les bières).
- Il y a peu d'évolution dans la répartition des quantités d'alcool déclarées mises à la consommation en 2010 ; les alcools forts autres que le rhum restent légèrement en retrait par rapport aux autres boissons.

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
2010	25	22	26	27

Source : Direction Régionale des Droits et Douanes Indirects * sans le rhum

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. Les achats d'alcool de non résidents sur le territoire français ne sont pas déduits de ces chiffres. Les achats d'alcool par des français à l'étranger ne sont pas non plus intégrés dans le calcul.*

REMARQUE METHODOLOGIQUE

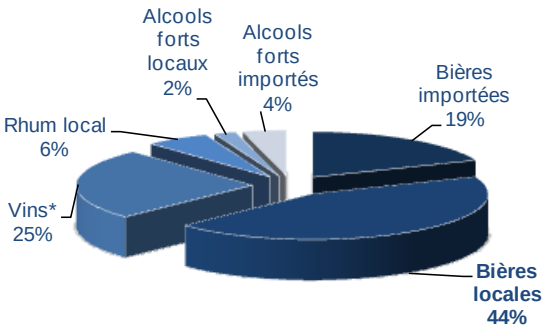
La quantité d'alcool contenue dans les différentes boissons est très variable. Il n'est donc pas possible d'additionner des litres de bière, de vin ou de whisky. C'est pourquoi il faut convertir les quantités totales : soit en équivalent d'alcool pur, soit en litres de volumes réels.

Mise à la consommation d'alcool en volumes réels

► 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 2010 comme en 2009.
- Entre 2009 et 2010, Il n'y a pas eu de changements liés aux volumes réels d'alcool déclarés mis à la consommation : près de 531 400 hl d'alcool mis à la consommation sur l'île.
- Le volume de bières produites localement est 2 fois plus élevé que celui des bières importées : 233 300 hl contre 100 300 hl.

Boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation à La Réunion en 2010 (en volume réel)



Source : Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects de La Réunion
* y compris les champagnes

► L'offre de bière toujours à la hausse

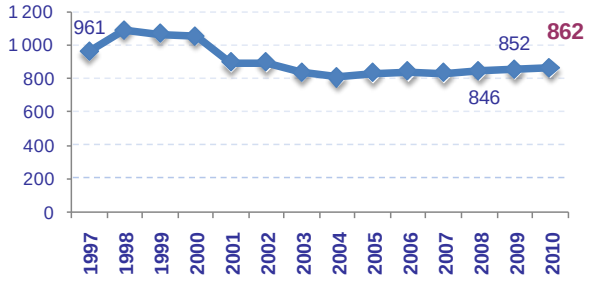
- Après avoir marqué le pas en 2008, les importations de bières continuent de progresser : +15% en 2010. En revanche, la production locale de bières s'est stabilisée en 2010.

Ventes des produits du tabac

► Tendance légère à la hausse de l'offre globale de tabac sur l'île

- Les ventes de tabac à La Réunion ont très légèrement augmenté en 2010 pour atteindre un total de 862 tonnes.
- Les cigarettes représentent 95% de l'offre globale de tabac sur l'île (815 tonnes* importées ou produites sur l'île).
- Depuis 2005, l'offre globale de tabac a légèrement augmenté de 4%, ce qui représente plus de 20 tonnes de produits du tabac déclarées mises à la consommation sur le marché local.
- En France métropolitaine, les ventes de tabac ont augmenté très légèrement de 0,5% par rapport à 2009 [2].

Evolution du marché global du tabac à La Réunion (en tonnes), 1997-2010

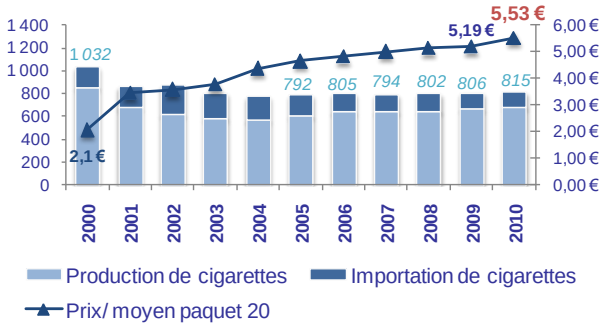


Sources : SITAR, DRDDI **Exploitation ORS**
*** le poids moyen d'une cigarette est sujet à discussion ; celui retenu ici est : 1 cigarette = 1 gramme.**

► Stabilité de l'offre de cigarettes

- En 2010, 815 millions de cigarettes ont été mises à la vente sur le marché réunionnais, la majorité étant produite localement (84%). Les ventes de cigarettes sont quasiment stables par rapport à 2009 malgré deux augmentations de prix à un an d'intervalle.
- Une hausse de 6% du prix des cigarettes a été fixée par arrêté ministériel et appliqué en novembre 2010. Elle a été de l'ordre de 20 à 30 centimes selon le paquet de cigarettes. La précédente augmentation des prix datait de novembre 2009.
- 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 (+14% entre 2005 et 2010). A l'inverse, les importations suivent une nette tendance à la baisse (-31%).
- En France métropolitaine, le constat est comparable : les ventes de cigarettes ont été quasi stables entre 2009 et 2010 malgré les augmentations successives [2].

Production, importations de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes La Réunion, 2000-2010



Sources : SITAR, DRDDI **Exploitation ORS**

REMARQUE METHODOLOGIQUE

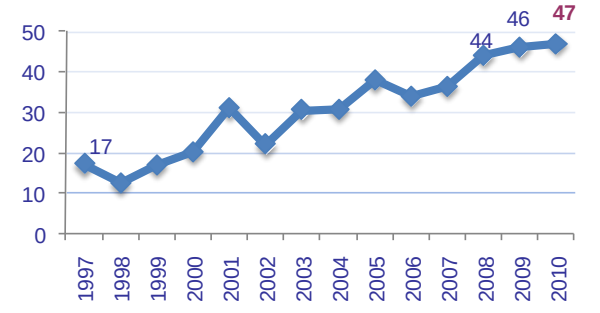
La production comme elle est évoquée ici concerne uniquement le conditionnement sur place du tabac importé à la SITAR (Société Industrielle des Tabacs de La Réunion). La production réelle de tabac ne se fait plus à La Réunion depuis 1994.

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 ou des achats en duty free et hors département.

► Légère hausse des ventes des autres produits du tabac

- En 2010, 47 tonnes de tabac à rouler et autres produits du tabac ont été mises à la consommation sur l'île.
- L'offre locale des autres produits du tabac (tabac à rouler, cigares/cigarillos) n'a augmenté que de 2% par rapport à 2009, après une période de forte hausse. Les quantités observées sur ces dernières années tendent à se stabiliser.
- L'évolution de ces autres produits du tabac observée à La Réunion diffère de celle constatée au niveau métropolitain.
- En métropole, le renchérissement du prix moyen du tabac à rouler de près de 60 centimes, avait interrompu la hausse quasi continue des ventes de ces produits. En 2010, ces ventes sont de nouveau à la hausse [2].

Evolution des importations des autres produits du tabac* à La Réunion (en tonnes), 1997-2010



Sources : SITAR, DRDDI **Exploitation ORS**
*** tabac à rouler, cigares, cigarillos**

Comportements

Comportements addictifs face aux produits

Chez les jeunes (2008)
Chez les usagers des CCAA (2010)
Chez les usagers des CSST (2010)
Chez les usagers du CAARUD (2010)
Chez les usagers de la CJC (2010)

Comportements addictifs sans produit

En population générale (2010)

COMPORTEMENTS ADDICTIFS FACE AUX PRODUITS

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) [3.] Une nouvelle enquête a été réalisé en 2011 ; les résultats seront disponibles en 2012.
Pour compléter ces indicateurs issus d'enquêtes régulières, un zoom sur les différentes enquêtes régionales abordant la thématiques de la consommation de produits chez les jeunes sera présenté (enquête ETDAR, enquête en missions locales, enquête à l'Université). Ces différentes sources d'informations permettent de confronter les données sur cette population des jeunes de 13 à 25 ans.

► L'alcool : le produit le plus expérimenté

- A 17-18 ans, l'usage régulier d'alcool ou de cannabis concernent respectivement moins de 5% des jeunes réunionnais. En revanche, les comportements d'usage abusif d'alcool correspondent à des proportions 2 fois plus élevées à La Réunion.
- L'usage quotidien de tabac concerne près de 2 jeunes sur 10.
- En revanche, l'expérimentation d'autres produits illicites restent faibles chez les jeunes réunionnais.

► Sur-consommation masculine

- Les garçons concernés sont davantage concernés par les consommations de produits psycho actifs, quels que soient les fréquences d'usage ou le produit.

► Sous-consommation régionale

- Les jeunes Réunionnais présentent des niveaux d'usages nettement inférieurs à ceux mesurés en métropole et ce quels que soient le produit et la fréquence d'usage.
- Les jeunes de 17-18 ans de La Réunion ont un profil qui se situe globalement dans la moyenne des autres DOM et qui s'avère nettement sous consommateur par rapport à l'Hexagone.

► Des évolutions différentes de celles observées en métropole

- Les tendances dans le Département apparaissent franchement différentes de celles constatées au niveau métropolitain : la plupart des évolutions sont restés stables entre 2005 et 2008 contrairement à celles observées pour la métropole qui sont à la baisse. Seules les épisodes d'alcoolisation ponctuelle et les ivresses apparaissent plus fréquents en 2008 qu'en 2005, concernant ces dernières l'évolution à la hausse constatée s'oppose à la stagnation observée en métropole.

ZOOM : les contextes de consommation chez les jeunes de 17-18 ans en 2005 [4]

Les jeunes Réunionnais consomment préférentiellement des boissons alcoolisées dans le milieu familial ou amical et beaucoup moins dans des lieux fermés (bars, discothèques …) et dans des lieux ouverts (dehors, dans la rue, à la plage …). Les jeunes réunionnais ont une nette attirance pour les alcools forts : ce sont les boissons les plus consommées devant la bière et les prémix. La hiérarchie des alcools les plus consommés est proche de celle observée en métropole.
A noter cependant que parmi ces alcools forts, le rhum occupe une place plus importante à La Réunion qu'au niveau national, tout en sachant qu'il n'apparaît qu'en 5ème position sur les 6 alcools étudiés. Enfin, le vin est la boisson la moins consommée.

Consommations de produits psychoactifs à 17-18 ans à La Réunion et en métropole

INDICATEURS EN %	La Réunion					Métropole		
	Garçon 2008	Fille 2008	Global 2008	Global 2005	Evol 05-08	Global 2008	Global 2005	Evol 05-08
Usage quotidien de tabac (>= 1 cig par jour)	18	15*	16*	17	→	28,9	33,0	↘
Usage régulier d'alcool (>= 10 fois dans le mois)	5	2*	3*	4	→	8,9	12,0	↘
Episodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère (>=3 fois dans le mois)	13	5*	9*	7	↗	19,7	17,9	↗
Ivresse répétée (>=3 fois dans l'année)	16	8*	12*	9	↗	25,6	26,0	→
Expérimentation de cannabis (>=1 fois dans la vie)	43	24*	34*	38	↘	42,2	49,4	↘
Usage régulier de cannabis (>= 10 fois dans le mois)	8	1*	4*	4	→	7,3	10,8	↘
Expérimentation de poppers (>=1 fois dans la vie)	3	2	3*	2	→	13,7	5,5	↗
Expérimentation d'ecstasy (>=1 fois dans la vie)	2	1*	1*	2	→	2,9	3,5	↘
Expérimentation de cocaïne (>=1 fois dans la vie)	1	1	1*	<0,5	→	3,2	2,53	↗
Expérimentation d'héroïne (>=1 fois dans la vie)	1	<0,5*	1*	<0,5	→	1,1	0,7	↗

Source : ESCAPAD 2008, OFDT
Note de lecture : * indique une différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons (colonne 2008, Filles) et entre ceux observés dans la Métropole et dans la région (colonne 2008, Global). Les flèches descendantes et montantes indiquent des variations significatives entre 2005 et 2008. Utilisation du test du Chi-2 au seuil .05

ZOOM EN POPULATION JEUNE

ZOOM chez les élèves de 13-15 ans [5]

Une enquête épidémiologique a été réalisée par l'Education Nationale auprès des jeunes scolarisés en 4ème, seconde et terminale en 2006-2007. Le questionnaire utilisé est celui de l'enquête nationale ESPAD de l'OFDT, adapté au contexte local [5]. Cette enquête fait suite à une précédente enquête réalisée en 1996-1997. L'objectif principal de cette enquête est de mieux connaître le comportement des adolescents face à l'alcool, au tabac et aux autres drogues, et leur perception du phénomène.

► Des comportements addictifs sont observés chez les élèves enquêtés :

- **Tabac** : La moitié des jeunes a déjà fumé une cigarette, et 18 % fument quotidiennement
- **Alcool** : Plus de 8 jeunes sur 10 ont expérimenté l'alcool, et plus de la moitié en ont bu récemment, 57 % déclarent en avoir consommé durant les 30 derniers jours, 8 % déclarent consommer régulièrement2, et 2 % le font de façon quotidienne. Près de la moitié des répondants ont déjà été ivres au cours de leur vie. Cependant, les ivresses régulières ne concernent que 3 % des jeunes.
- **Drogues illicites** : 29 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, 11 % en ont consommé récemment, 1% ont déclaré en consommer quotidiennement. 13% ont déjà expérimenté les produits à inhaler ; 8% des somnifères ou des tranquillisants sans ordonnance, 12% ont déjà expérimenté des mélanges associant des médicaments.
- **Poly-consommation alcool/tabac/cannabis** : Un jeune sur 4 a expérimenté une poly-consommation, 5 % le font régulièrement : phénomène plus spécialement masculin.

► Des comportements addictifs plus précoces à La Réunion

Quel que soit le produit consommé, les fréquences d'usage à 13 ans sont plus élevées à La Réunion qu'en métropole. Cette précocité dans les comportements addictifs sont particulièrement observés pour les épisodes d'ivresses où les jeunes réunionnais sont 2 plus concernés par une ivresse à 13 ans.

► Des comportements favorisés par un accès aux produits jugé facile par les jeunes :

Plus de la moitié des jeunes estiment qu'il est facile de se procurer du tabac et de l'alcool, et plus de 40% du cannabis. L'accessibilité aux produits illicites sont facilités par la connaissance des produits : 96% connaissent le cannabis, 86% la cocaïne, 79% les médicaments détournés de leur usage (rivotril®, artane®, …), 71% l'héroïne, …

► Pourtant ces consommations sont désapprouvées par les jeunes :

La consommation régulière est plus désapprouvée que la consommation occasionnelle quelle que soit la substance. Et plus la consommation est fréquente plus elle est jugée à risque.

ZOOM chez les jeunes primo-inscrits en Missions locales (16-25 ans) [6]

Une enquête a été réalisée auprès de jeunes nouvellement inscrits dans les 4 missions locales (ML) de La Réunion afin de réaliser un état des lieux sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans, déscolarisés, en parcours d'insertion et inscrits en ML [6]. L'objectif final de l'étude est de permettre aux ML de mettre en place des actions adaptées pour garantir à ce public l'accès aux soins et à la prévention. Cette enquête réalisée en septembre 2010 auprès d'un échantillon de 1 088 jeunes « primo-inscrits » en ML a permis de mettre en évidence les constats suivants sur leurs comportements vis-à-vis des addictions avec produits :

► Des comportements addictifs sont observés chez les jeunes enquêtés :

- **Tabac** : près d'un quart des enquêtés fument quotidiennement, dont 10% au moins 10 cigarettes par jour (59% d'expérimentateurs et 32% de fumeurs actuels).
- **Alcool :** la moitié des jeunes enquêtés a bu au cours du dernier mois, les3/4 d'entre eux ayant consommé uniquement lors de fêtes. Ils sont 16% à consommer de l'alcool de manière hebdomadaire et 3% sont des consommateurs quotidiens. Quel que soit le niveau d'usage, les hommes sont davantage concernés. Ce constat est également observé pour les comportements d'ivresse. La moitié des jeunes a déjà été ivre au cours de leur vie (7% ont connu leur 1ère ivresse avant 15 ans). Près de 20% des enquêtés ont été ivres au cours du mois précédant l'enquête ; 6% connaissent des épisodes d'ivresse de manière hebdomadaires et 1% des enquêtés ont déclaré des ivresses quotidiennes.

- **Drogues illicites :** 38% d'expérimentateurs, et 11% de consommateurs actuels. De plus, 4% des enquêtés consomment d'autres produits, 10% ont déclaré consommer des médicaments détournés de leurs usage et 5% des mélanges de produits. Ce sont de manière prédominante des comportements masculins.

► D'autant plus que ces jeunes présentent également des facteurs de vulnérabilités :

- des situations de détresse psychologique (1 jeune sur 5 a déjà pensé au suicide, …) ;
- des traumatismes vécus (violences, accidents, ….) : 30% de jeunes victimes de violences (physiques, sexuelles, morales), 35% des jeunes passés à l'hôpital suite à un accident.

► A noter que ces jeunes ne sollicitent pas nécessairement les aides formelles :

Peu de demande d'aide auprès des professionnels (médecin, psy, éducateur), les jeunes en souffrance sollicitent, quand c'est le cas, majoritairement les amis ou la famille.

► Mais expriment un désir de prise en charge, immédiat ou ultérieur :

8 fumeurs actuels sur 10 souhaiteraient arrêter de fumer ; ¾ des consommateurs de drogues illicites souhaiteraient également arrêter leurs consommations.

ZOOM chez les étudiants 18-25 ans [7]

Afin d'apporter des connaissances sur les usages et mésusages aux jeux et à Internet à La Réunion, une enquête, financée par la MILDT, a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé dans le cadre des travaux de la Commission Addictions sans Produit [7]. Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1 178 étudiants inscrits à l'Université de La Réunion et ayant fréquenté les services de médecine préventive au cours du mois d'octobre 2010. Cette enquête a permis également de recueillir des données sur les consommations de produits psycho actifs.

- La moitié des étudiants enquêtés a déjà expérimenté le tabac, dont 24% sont des fumeurs quotidiens au cours des 12 derniers mois.
- 8 étudiants sur 10 ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, dont 19% sont des consommateurs hebdomadaires d'alcool au cours des 12 derniers mois.
- L'expérimentation du zamal concerne plus d'un étudiant sur 3, dont 15% sont des consommateurs hebdomadaires de zamal.
- Les médicaments détournés de leur usage (artane® et rivotril®) ont déjà été expérimentés par respectivement 2 et 3% des étudiants enquêtés.
- Les mélanges de produits ont été déclarés par 14% des étudiants.
- Les hommes sont davantage concernés par les expérimentations ou les consommations de produits psycho actifs, à l'exception du tabac.
- Près de 6 étudiants sur dix avouent avoir consommé au moins une fois par mois un produit au cours des 12 derniers mois.
- On retrouve les mêmes caractéristiques que chez les jeunes scolarisés : l'alcool est la substance psycho-active la plus expérimentée et la plus consommée régulièrement et les garçons sont plus consommateurs que les filles.
- Face à cette réalité, des besoins d'informations ont été exprimés par les étudiants vis-à-vis des addictions avec produits.

Prévu par le décret du 14 mai 2007, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures devant résulter du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST). En 2010, les CSAPA n'étaient pas encore mis en place sur l'île. Les résultats ci-après présentent les données relatives au dispositif de prise en charge médico-sociale existant en 2010 (CCAA et CSST).

Chez les usagers des CCAA

► Des poly-consommations dans 6 cas sur 10

- Les 3 produits les plus fréquemment déclarés par les usagers des Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie (CCAA) sont l'alcool, le tabac et le cannabis. La consommation d'autres produits reste rare.
- En 2010, aucun usager ne présentait des addictions sans produit.
- La poly-consommation est pratiquée par la majorité des usagers (62%) : « alcool+tabac » ou « alcool+tabac + cannabis » sont les associations les plus fréquentes.

► Alcool : produit le plus dommageable

- Les usagers pris en charge en CCAA viennent consulter majoritairement pour leur consommation d'alcool : dans 8 cas sur 10, c'est le produit le plus dommageable pour la santé.
- Le tabac, puis le cannabis sont les 2ème et 3ème produits qui motivent le recours au CCAA.

Répartition des usagers des CCAA selon les produits ou comportements déclarés

	Produit dommageable n°1			Total consommations*		
	2009	2010	Evol	2009	2010	Evol
Alcool	85%	82%	↘	89%	87%	↘
Tabac	12%	15%	↗	66%	69%	↗
Cannabis	1%	2%	→	17%	16%	→
Opiacés	0%	1%		0%	1%	
Cocaïne et crack	0%	0%		0%	0%	
Amphétamines, ecstasy, …	0%	0%		0%	0%	
Médicaments détournés de leur usage	0%	1%		1%	1%	
TSO**	0%	0%		0%	0%	
Addictions sans produit	0%	0%		0%	0%	
Autres	0%	0%		1%	1%	

Source : Rapports d'activités ANPAA 974
* Parmi les 3 produits et/ou les comportements les plus dommageables pour la santé ** Traitements de substitution aux opiacés

Chez les usagers de CSST

► Des poly-consommations dans 8 cas sur 10

- Plus de 80% des usagers des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) ont déclaré être poly-consommateurs, le cannabis restant le produit le plus dommageable (pour la santé) à l'origine de la prise en charge (41%). Les associations « cannabis/alcool ± médicaments détournés de leur usage » sont les plus observées.
- Derrière l'alcool et cannabis, on retrouve les opiacés et les médicaments détournés de leur usage en 3ème et 4ème produits à l'origine de la prise en charge (12% et 9%).
- Près d'un quart des usagers en 2010 a déclaré une consommation de médicaments détournés de leur usage (loin devant les autres produits illicites, hors cannabis).
- Le tabac est plus souvent retrouvé en produit dommageable n°2 ou n°3.
- On note en 2010 plus d'usagers présentant des addictions sans produits.

► Evolution des typologies de consommateurs

- Les consommateurs d'alcool sont stables parmi la file active des usagers du CSST, et les usagers de cannabis sont moins fréquents en 2010.
- En revanche, les consommateurs d'opiacés et de TSO (subutex notamment) sont plus fréquents en 2010 (même pour le produit dommageable n°1 pour la santé). La consommation de cocaïne et de crack est également à la hausse : en 2ème ou 3ème produit.
- On note aussi une hausse des usages de tabac.

Répartition des usagers des CSST selon les produits ou comportements déclarés*

	Produit dommageable n°1			Total consommations*		
	2009	2010	Evol	2009	2010	Evol
Cannabis	51%	41%	↘	71%	61%	↘
Alcool	20%	18%	→	51%	51%	→
Opiacés	9%	12%	↗	10%	16%	↗
Médicaments détournés de leur usage	11%	9%	↘	33%	25%	↘
Tabac	0%	5%	↗	40%	46%	↗
TSO**	0%	5%	↗	0%	6%	↗
Cocaïne et crack	1%	1%	→	4%	6%	↗
Amphétamines, ecstasy, …	0%	0%	→	0%	1%	→
Addictions sans produit	1%	2%	→	1%	4%	↗
Autres	7%	6%	→	12%	36%	↗

Source : Rapports d'activités ANPAA 974, Kaz'Oté !
* Parmi les 3 produits et/ou les comportements les plus dommageables pour la santé (produit dommageable n°1, n°2 et n°3)
** Traitements de substitution aux opiacés

REMARQUE
Quand on parle de produit dommageable, il s'agit d'un produit dommageable pour la santé de l'usager.

Chez les usagers du CAARUD

*Les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, « sleep in ») au sein de structures uniques. Il existe un CAARUD à La Réunion qui se situe dans l'Ouest de l'île.*

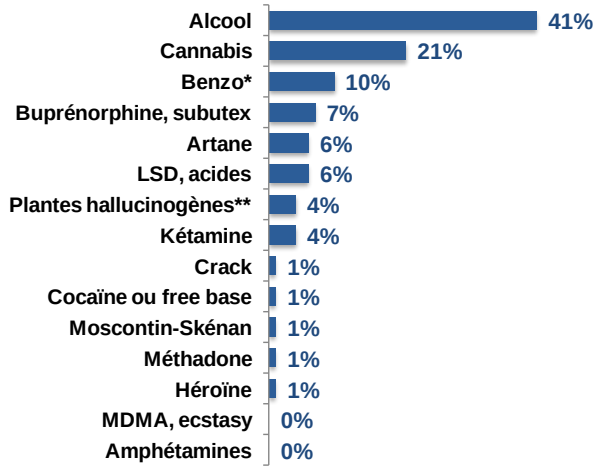
► Consommation diversifiée de produits au sein de la file active du CAARUD

- L'alcool est le produit le plus consommé, devant le cannabis.
- Les médicaments détournés de leur usage arrivent en 3ème position.
- Les buprénorphines/subutex représentent 7% des consommateurs accueillis ou rencontrés par l'équipe du CAARUD (fixe ou mobile).

ZOOM : Observations de terrain [8]

- *L'alcool reste le produit phare pour les mélanges : dans une recherche de potentialisation des effets par l'usage de l'alcool mélangé avec des médicaments détournés de leurs usages thérapeutiques. Le but est d'obtenir un effet rapide et maximal.*
- *Les observateurs de terrain (région Ouest) notent une augmentation de la consommation de subutex détourné de son usage thérapeutique. D'autant plus que ce produit apparaît comme plus accessible dans la rue (prix en baisse notamment) et de plus en plus utilisé par des personnes n'ayant jamais connu de dépendance majeure aux opiacés.*

Fréquence des produits consommés au sein de la file active du CAARUD en 2010 (1)



Source : Rapports d'activités Kaz'Oté !
(1) Parmi les 2 produits et/ou les comportements les plus dommageables (produit dommageable n°1, n°2) – Pourcentages calculés par la structure
* rivotril®, rohypnol®, valium, tranxène, temesta, …
** champignons, datura, …

Chez les usagers de la CJC

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes. Partant de ce constat, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont décidé de mettre en place, en février 2005, un dispositif de « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » a vu le jour : communément appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs ». A La Réunion, il existe une « Consultation Jeune Consommateur » qui se situe dans l'Ouest de l'île.

► Poly-consommation : pratique quasi-unanime chez les usagers reçus à la CJC

- En 2010, la quasi-totalité des consommateurs reçus en CJC consomment au moins 2 produits dommageable (100% en 2009).

► Cannabis : 1er produit dommageable

- Le cannabis est le produit le plus consommé par les jeunes usagers de la file active de la CJC en 2010.
- C'est le produit dommageable n°1 observé en 2010 (comme les années précédentes), devant les médicaments détournés de leur usage et l'alcool. En 2010

► Evolution des consommations

- On observe plus de consommateurs de tabac en 2010 (principalement en 2ème produit dommageable).
- La fréquence de consommation des opiacés (hors produits de substitutions détournés de leur usage) est également en hausse (souvent en 2ème produit dommageable).
- En revanche, on observe en 2010, une baisse de la consommation d'alcool et des produits détournés de leur usage thérapeutique (médicaments, TSO).

Répartition des usagers de la CJC selon les produits ou comportements déclarés*

	Produit dommageable n°1			Total consommations*		
	2009	2010	Evol	2009	2010	Evol
Alcool	33%	9%	↘	47%	44%	↘
Tabac	0%	2%	↗	3%	21%	↗
Cannabis	42%	70%	↗	87%	79%	↘
Opiacés	1%	1%	→	1%	4%	↗
Cocaïne, crack	2%	1%	→	4%	4%	→
Amphétamines, ecstasy	0%	1%	→	7%	1%	↘
Médicaments psychotropes détournés	19%	12%	↘	42%	35%	↘
TSO**	4%	2%	↘	10%	2%	↘
Addictions sans substance	0%	0%	→	0%	0%	→
Autres	0%	0%	→	0%	0%	→

Source : Rapports d'activités Kaz'Oté !
* Parmi les 3 produits et/ou les comportements les plus dommageables (produit dommageable n°1, n°2) ** Traitements de substitution aux opiacés

REMARQUE METHODOLOGIQUE
Les proportions présentées dans le tableau ci-dessus sont calculées sur les données disponibles. Les fréquences de consommations sont probablement sous-estimées pour 2010 puisque le taux de situations non renseignées est élevé : 21% (Pas de non renseigné en 2009).

COMPORTEMENTS ADDICTIFS SANS PRODUITS

Les « addictions sans produits » correspondent à un investissement excessif, compulsif et nocif dans des activités d'ordinaire anodines : les achats, l'alimentation, le sport, le sexe, Internet, les jeux (de hasard ou d'argent, les jeux vidéo, les jeux en ligne, …).
A La Réunion, très peu de données existent sur ces comportements sans produits. Des données existent uniquement sur la fréquence d'usage face aux jeux et à Internet mais très peu de données sur les comportements problématiques, pathologiques.
C'est pourquoi sont présentées ci-après les données sur les usages des jeux de hasard et d'argent et sur les usages d'Internet. Sans pouvoir quantifier les usages problématiques, ces données permettent de connaitre l'évolution des pratiques et le contexte plus ou moins favorisant des comportements addictifs.

En population générale

Jeux de tirage, grattage, loterie

► Moindre densité de points de vente …

- Au 31 décembre 2010, 322 points de vente des jeux de grattage, de loterie et de paris sportifs de la Française des jeux existent sur l'île. Depuis 2007, le nombre de points de vente diminue (-13% entre 2007 et 2009).
- A La Réunion, on compte une densité moyenne de un point de vente pour 2 500 habitants, contre 1 pour 1 800 habitants sur l'ensemble du territoire national.
- A noter également que les points de ventes ne proposent pas tous les mêmes services (grattage, rapido, tirage).

Indicateurs sur les jeux de grattage, tirage et loterie

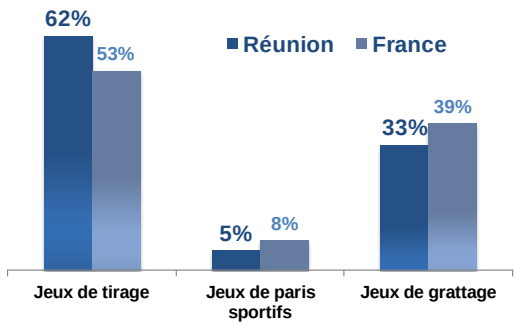
	2007	2008	2009	2010
Réunion				
Nombre de points de vente	369	338	325	322
Mise moyenne hebdomadaire par hab. de 18 ans et + *	3,18€	3,07€	3,17€	3,26€
Métropole				
Nombre de points de vente	38 700	37 600	36 597	35 800
Mise moyenne hebdomadaire par hab. de 18 ans et +	2,80€	2,75€	2,96€	3,1€

Sources : Française des jeux, INSEE * Exploitation FDJ

► … Mais une mise moyenne plus élevée sur l'île

- Malgré une moindre proximité des points de vente sur l'île, la mise moyenne hebdomadaire par habitant à La Réunion dépasse de 6% celle observée en métropole.
- L'écart Réunion/métropole continue de se réduire en 2010 puisque les mises annuelles ont progressé de 3% sur l'île face à une progression nationale globale de 5%.
- Des différences Réunion/France apparaissent en termes de préférence de jeux : des mises moins fréquentes pour les jeux de tirage à La Réunion ; à l'inverse la part des mises pour les jeux de grattage est plus élevée sur l'île.

Répartition (en %) des mises collectées par gamme en 2010



Sources : Française des jeux, INSEE Exploitation ORS

ZOOM : La prévalence du jeu problématique en France (Hors DOM) [9]

- *En France, en 2011, l'absence de données de prévalence sur le jeu pathologique est enfin comblée avec la parution des résultats de la première enquête nationale de prévalence dirigée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) [9].*
- *Pour l'ensemble de la population française, l'étude estime que 0,9% des individus (400 000 personnes) présentent un risque modéré et que 0,4% sont des joueurs excessifs (200 000 personnes), soit 1,3% de joueurs dits problématiques.*
- *Cette première enquête permet néanmoins de situer la France par rapport aux autres pays, même si la diversité des tests de repérage du jeu problématique utilisés selon les pays rend délicate les comparaisons internationales. Avec la prévalence observée du jeu pathologique, la France (hors DOM) se classe à un niveau relativement bas par rapport aux autres pays ayant mené ce type d'enquête. Elle se place loin derrière les Etats-Unis ou l'Australie (autour de 5%) mais également en retrait par rapport à l'Italie, le Canada, la Belgique et la Grande Bretagne plutôt aux alentours de 2%.*

Courses de chevaux

► Plus grande proximité des points de vente …

- Au 31 décembre 2010, 156 points de paris pour les courses de chevaux sont présents sur l'île.
- A La Réunion, on compte une densité moyenne de un point de vente pour près 5 300 habitants, contre 1 pour 6 000 habitants sur l'ensemble du territoire national.

► … Et mises moyennes plus élevées sur l'île

- La mise hebdomadaire moyenne par habitant est plus élevée à La Réunion : elle dépasse de 35% la moyenne nationale.
- La mise moyenne par an et par habitant de 18 ans et + est de 290€ à La Réunion contre 160€ en moyenne sur le territoire national.
- En termes de fréquence de jeux, on constate 51% de parieurs réguliers (qui jouent au moins une fois par semaine) à La Réunion contre 35% au niveau national.

Indicateurs sur les jeux de courses de chevaux

	2007	2008	2009	2010
Réunion				
Nombre de points de vente	138	151	158	156
Mise moyenne hebdomadaire par habitant *	3,80 €	3,84 €	3,77 €	3,81 €
Métropole				
Nombre de points de vente	9 785	9 985	10 400	10 734
Mise moyenne hebdomadaire par habitant*	2,67 €	2,77 €	2,75 €	2,83 €

Sources : PMU, INSEE * Exploitation ORS

ZOOM SUR LES PARIS JOUES

Le Quinté+ est le pari le plus joué à La Réunion : 46% des enjeux totaux de l'île contre 23% au niveau national (pari en 3ème position). A l'inverse, le « simple » est le pari le plus joué en France (30%), il n'est qu'en 4ème position à La Réunion (11%). Ainsi, les objectifs de jeux des joueurs réunionnais et nationaux sont différents : à La Réunion, les joueurs jouent dans une perspective de gains élevés ; au niveau national, les perspectives de gains fréquents sont privilégiées.

Sources : statistiques PMU

Casinos

► Tendance à la hausse des demandes d'exclusion de casinos

- Actuellement, il existe 3 casinos sur l'île (196 casinos autorisés fonctionnent sur le territoire national.).
- Plus de 80 demandes d'exclusions de casinos ont été recensées sur l'île. Ces démarches personnelles dénotent la volonté des joueurs de se protéger de leurs pratiques à risque.
- Depuis 2008, le nombre de demandes d'exclusions de casinos renoue avec une évolution à la hausse (+41% entre 2008 et 2010).

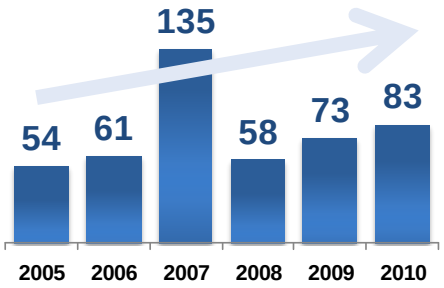
► Nette hausse des demandes de levées d'exclusion de casinos

- 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).

A NOTER *[10]*

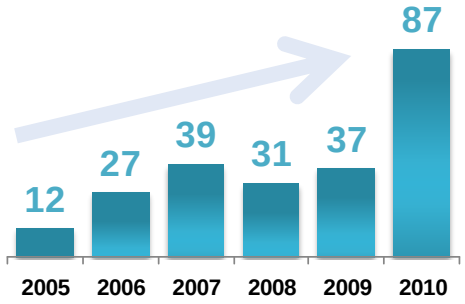
- *90 % du chiffre d'affaire des casinos est réalisé sur les machines à sous, le reste sur les jeux dits «de table ou grands jeux» (roulette, black jack, Poker, ...).*
- *Sur les 83 demandes d'exclusions en 2010, on compte 34 hommes et 43 femmes et la moyenne d'âge est de 47 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes.*
- *L'addiction la plus forte est liée aux machines à sous. Une très forte majorité de femmes se disent « envoutées » par les machines, alors que les hommes présentent souvent, en plus, des formes d'addiction aux jeux de tables.*
- *L'autorisation donnée en 2007 aux casinos d'exploiter le Texas Hold'em Poker a rajeuni la clientèle des jeux de table*

Nombre de demandes d'exclusions dans les casinos de La Réunion



Source : Préfecture de La Réunion (services des libertés publiques)
Note de lecture : la fermeture d'un des 2 lieux de dépôt de dossiers pour les demandes d'exclusions de casinos a pu entraîner la baisse des effectifs observée en 2008 après le pic de fréquence de 2007. Ainsi la distance (St-Denis restant le seul lieu de dépôt des dossiers) peut représenter un frein pour ces démarches personnelles.

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



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

Usages d'Internet en population générale (15 ans et +)

► Généralisation des pratiques Internet

- Les fréquences de connexions régulières (au moins une fois par mois) ont plus que doublé en 8 ans, parmi la population réunionnaise de 15 ans ou plus.

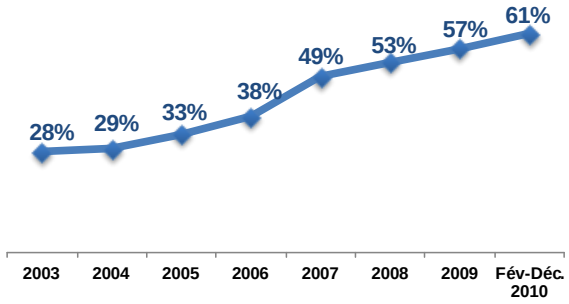
► Des connexions souvent quotidiennes

- Parmi les internautes réguliers (connexion au moins 1 fois/mois), environ ¾ se connectent tous les jours ou presque.

► Des usages du net différents selon l'âge

- Les usages ludiques d'Internet sont davantage observés chez les jeunes de moins de 25 ans. A l'inverse, les jeunes se connectent moins pour des usages pratiques d'Internet.

Fréquence de connexion à Internet au moins une fois par mois à La Réunion* (en %)



Source : Région Réunion, enquête Tic Track réalisée par IPSOS Océan Indien [11]
* Personnes de 15 ans et + équipées en téléphonie fixe

Usages d'Internet à La Réunion en 2010 (en %)

	Population 15-18 ans	Population 15-25 ans	Population 15 ans et
Connexion à Internet *			
Connexion au moins une fois par mois	85%	83%	61%
Connexion tous les jours ou presque	71%	74%	75%
Les différentes utilisations d'Internet au cours des 30 derniers jours**			
Envoyer/recevoir des emails	68%	76%	82%
Rechercher des informations en rapport avec votre métier ou vos études	73%	73%	64%
Réaliser des opérations bancaires	7%	26%	44%
Rechercher des informations ou faire des réservations pour vos loisirs	19%	21%	36%
Effectuer des achats	6%	11%	20%
Communiquer en direct avec vos amis via une messagerie instantanée	82%	79%	59%
Communiquer ou échanger des informations via des réseaux sociaux	85%	77%	53%
Télécharger de la musique, des jeux, des films	45%	41%	28%
Participer à des jeux en ligne	25%	22%	16%
Télécharger à des émissions de TV ou radio en podcast	5%	7%	7%

Source : Région Réunion, enquête Tic Track réalisée par IPSOS Océan Indien [11]
* internautes équipés de téléphonie fixe ** parmi les internautes se connectant au moins une fois par mois

ZOOM EN POPULATIONS JEUNES

Usages et mésusages d'Internet et des jeux vidéo chez les étudiants [7]

Afin d'apporter des connaissances sur les usages et mésusages aux jeux et à Internet à La Réunion, une enquête, financée par la MILDT, a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé dans le cadre des travaux de la Commission Addictions sans Produit. Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1 178 étudiants inscrits à l'Université de La Réunion et ayant fréquenté les services de médecine préventive au cours du mois d'octobre 2010. Les analyses descriptives ont permis de mieux connaître les pratiques de jeux et d'Internet, ainsi que d'estimer les prévalences d'usage problématique des jeux vidéo et d'Internet parmi la population universitaire à La Réunion.

- Ainsi, les usages sont fréquents chez les jeunes enquêtés et les mésusages réels. L'usage problématique des jeux et d'Internet est une réalité chez les étudiants : 6% ont un usage problématique d'Internet, 8% ont un usage problématique des jeux vidéo (18% des joueurs). Mais ces mésusages ne sont pas toujours perçus comme tels par les étudiants. La majorité des étudiants concernés juge leur usage normal malgré des mésusages repérés.
- Les étudiants enquêtés sont par ailleurs souvent en situation de vulnérabilité tant d'un point de vue traumatique que par des consommations de produits psychoactifs. D'ailleurs des facteurs associés (sans caractère de causalité démontré) ont clairement été établis : le fait d'être de sexe masculin pour les jeux vidéo et les troubles à potentiel traumatique ou psychiatrique pour les jeux vidéo et Internet.
- Le repérage des usages problématiques, et le manque de repère des jeunes face à leurs pratiques, cumulé aux désirs d'informations explicitement formulés (30% des étudiants désirent être davantage informés) définissent des besoins réels de prévention et de prise en charge au sein de cette population universitaire.

Conséquences

Conséquences sanitaires

Alcool

Morbidité liée aux intoxications aigües
Morbidité liée à l'alcool pendant la grossesse
Accidents de la route avec alcool
Mortalité liée à l'alcoolisme

Tabac

Mortalité liée au tabagisme

Drogues illicites

Morbidité liée aux drogues injectables

Conséquences judiciaires

Alcool

Accidents avec alcool
Interpellations pour ivresse sur la voie publique
Contrôles routiers et alcoolémie

Drogues illicites

Ensemble des faits constatés liés aux stupéfiants
Infractions à la législation sur les stupéfiants
Saisies des services douaniers
Stages de sensibilisation aux stupéfiants
Médicaments pouvant être détournés de leur usage

Dopage

Conséquences sanitaires

Alcool

Morbidité liée aux intoxications aigües

► Près de 3 800 recours aux urgences pour intoxications aigües d'alcool en 2010

- En 2010, il y a eu en moyenne 10 passages par jour aux services des urgences dans notre région : près de 320 passages par mois.
- Ces recours aux urgences concernaient principalement des hommes (85%).

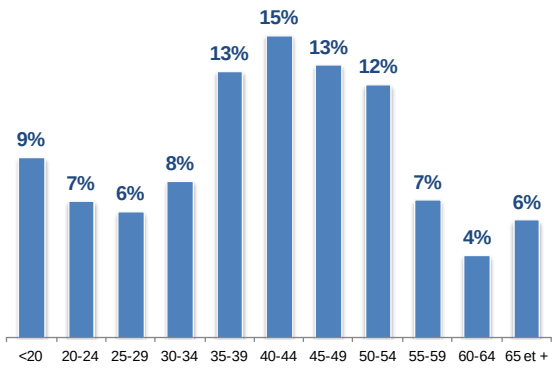
► Près de 600 passages pour des jeunes de moins de 25 ans

- Plus de 40% des passages aux urgences pour intoxications aigües d'alcool concernaient des patients de 35 à 54 ans.
- Néanmoins, les moins de 25 ans représentent 16% de ces recours aux urgences.

► Des adolescents et des jeunes également concernés

- Pour 5% des passages en 2010, il s'agissait de mineurs : 193 passages concernés, dont 78 enfants de 9 à 15 ans : c'est-à-dire d'enfants scolarisés au primaire ou au collège.
- Au total, 16% des recours concernent des jeunes de moins de 25 ans.

Répartition des passages aux urgences pour intoxications aigües d'alcool selon l'âge à La Réunion



Source : Réseau OSCOUR® : services des urgences du CHR, CHGM et GHER / Cire OI / ARS OI

ZOOM SUR LES PERIODES DE RECOURS

Les pics de passages aux urgences pour intoxications aigües d'alcool sont observés à fréquence régulière et coïncident avec les périodes de versement des allocations.
Ainsi, tous les mois, on observe un pic de fréquence de recours aux urgences pour ivresse alcoolique (au cours de la 2ème semaine).
Les recours aux urgences pour ivresses alcooliques sont plus fréquents durant le week-end : plus du tiers des recours surviennent le samedi ou le dimanche (34%)

Morbidité liée à l'alcool pendant la grossesse

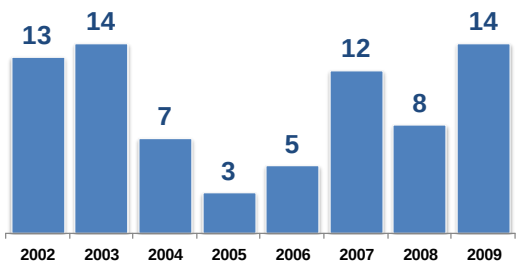
► Alcool : des méfaits sur le fœtus

- Le Registre des Malformations Congénitales de l'association « Naître aujourd'hui », a recensé 14 malformations en lien à l'alcoolisation maternelle en 2009 sur les 14 349 naissances de l'année.

REMARQUE METHODOLOGIQUE

Ces chiffres sont 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 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)

ZOOM : le réseau de santé REUNISAF

Il existe à La Réunion depuis 2001 un réseau de santé de prévention du SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale). Ce réseau intervient sur les territoires de santé Sud, et Nord-Est (le territoire Ouest n'est pas encore couvert actuellement).
En 2010, le réseau a eu 37 signalements de femmes : dans un tiers des cas, les situations signalées en 2010 ont été adressées au réseau car l'alcoolisation pendant la grossesse était connue ou suspectée. Au total, Reunisaf a pris en charge 137 femmes en 2010. (Sources : statistiques d'activités du réseau)

Accidents de la route avec alcool

► 20 personnes tuées sur les routes dans des accidents avec alcoolémie positive

- A La Réunion, le bilan 2010 des victimes des accidents avec alcool est de : 20 personnes tuées, 97 blessés dont 50 hospitalisés.
- Le nombre d'accidents avec alcoolémie positive et le nombre de victimes associées ont baissé entre 2009 et 2010 (respectivement -24% et -33%).

► Alcool présent dans la moitié des accidents mortels

- Le facteur alcool dans les accidents routiers se maintient à un niveau élevé. L'alcool est présent dans 11% des accidents routiers corporels, mais dans 48% des accidents routiers mortels.
- L'alcool est responsable de la moitié 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 :

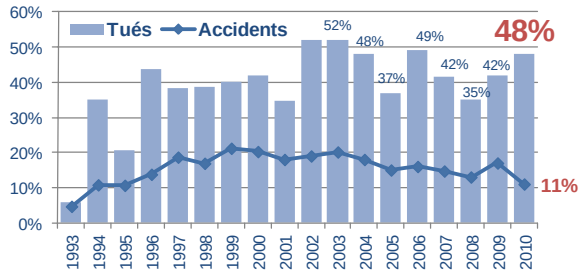
  - Les victimes graves (tués et blessés hospitalisés) représentent ainsi 60% des victimes dans le cas des accidents avec alcool contre 29% des victimes pour l'ensemble des accidents routiers corporels.
  - L'indice de gravité globale (tués + blessés hospitalisés pour 100 accidents) est également multiplié par 2 : soit près d'une victime grave par accident avec alcool contre moins d'1 victime grave pour 2 accidents pour l'ensemble des accidents.
  - la part des personnes tuées est multipliée par 4 lorsque l'alcool est mis en cause (17% des victimes avec alcool contre 4% de l'ensemble des victimes).

Nombre d'accidents routiers et de personnes tuées à La Réunion de 1999 à 2010*

	ENSEMBLE DES ACCIDENTS		ACCIDENTS AVEC ALCOOLEMIE POSITIVE	
	Nombre d'accidents	Nombre de tués	Nombre d'accidents	Nombre de tués
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
2010	807	42	90	20
Evolution 2009-2010	↗ (+12%)	↘ (-13%)	↘ -24%	→ (0%)

Source : Direction Départementale de l'Equipement (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

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/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/litre de sang (ou 0,25 milligrammes/litre d'air expiré).

$$\text{Gravité globale} = \frac{\text{(Tués+blessés hospitalisés)*100}}{\text{Accidents corporels}} \qquad \text{Vulnérabilité} = \frac{\text{tués}}{\text{victimes}}$$

ZOOM : Profil des usagers impliqués dans les accidents avec alcool

► *Des hommes jeunes*

- *Les hommes représentent 94% des victimes des accidents avec alcool (85% des tués). Les moins de 25 ans représentent 40% des victimes des accidents où l'alcool est en cause.*

► *Usagers de 2-roues et automobilistes plus vulnérables*

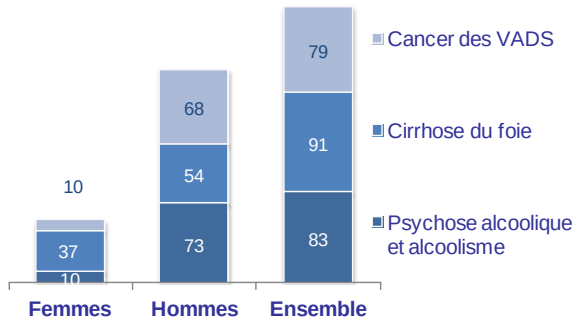
- *Plus de la moitié (53%) des victimes des accidents de la route avec alcool sont des usagers de 2-roues (44% en 2009, 34% en 2008).*
- *Les piétons et les conducteurs de 2-roues sont plus vulnérables que les autres usagers. Les taux de vulnérabilité sont respectivement de 25% chez les conducteurs de motos et 33% pour les piétons, contre 6% pour les automobilistes.*

Mortalité liée à l'alcoolisme

► Environ 250 décès directement causés par l'alcool en moyenne chaque année

- Sur la période 2007-2009, 252 Réunionnais sont morts d'une des trois pathologies directement associés à l'alcool : 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.
- Les décès directement causés par l'alcool représentent 6% de l'ensemble des décès sur l'île.
- Les hommes meurent 3 fois plus que les femmes d'une pathologie directement liée à l'alcool : 195 décès versus 57 décès chez les femmes.

Nombre annuel de décès liés à l'alcool à La Réunion (Moyenne 2007-2009)

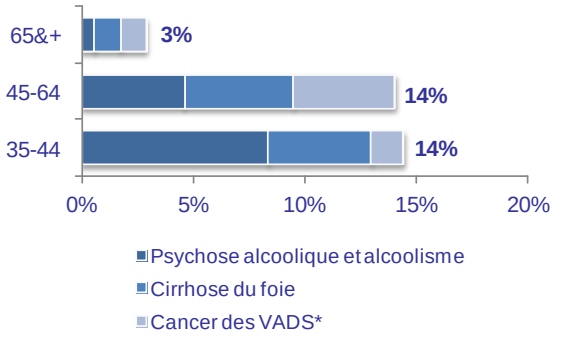


Sources : INSERM CépiDC [12]

► Forte mortalité prématurée liée à l'alcool

- Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement chez les personnes de moins de 65 ans : 7 décès sur 10 sont prématurés en moyenne chaque année sur la période 2007-2009 (172 décès).
- La part des décès directement imputables à l'alcool représente 15% de l'ensemble des décès prématurés (avant 65 ans).

Part des décès (en %) liés à l'alcool dans la mortalité totale sur la période 2007-2009 à La Réunion



Sources : INSERM CépiDC [12] * Cancers des Voies aéro-digestives supérieures

► Nette surmortalité masculine

- Le taux standardisé de mortalité liée à l'alcool est 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- L'écart homme/femme est observé de manière plus marquée pour les cancers des VADS ou les psychoses alcooliques et alcoolisme (taux masculin multipliés par 7 par rapport au taux féminin).

► Surmortalité régionale

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité directement liée à l'alcool était de 46 décès pour 100 000 habitants dans notre région, soit plus de 1,5 fois supérieur au taux métropolitain.
- Cet indice de surmortalité est observé quels que soient le sexe et la pathologie concernés (hormis les cancers féminins).
- La surmortalité liée à l'alcool s'observe de manière plus marquée pour les psychoses alcooliques et alcoolismes : le taux régional est près de 3 fois plus élevé dans notre île.

Taux standardisé* de mortalité liée à l'alcool à La Réunion et en métropole, 2007-2009 (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'œsophage	29,0	3,8	**14,9**	22,3	4,2	**12,3**
Psychoses alcooliques et alcoolismes	23,9	3,2	**12,8**	7,8	1,8	**4,6**
Cirrhoses du foie	19,8	12,3	**15,8**	18,3	6,4	**11,9**
Ensemble	**72,7**	**19,3**	**45,8**	**48,3**	**12,4**	**28,7**

Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS
* taux standardisé sur la population France entière au RP 2006
** moyenne calculée sur la période triennale 2006-2008.

► Une mortalité liée à l'alcool en baisse

- La mortalité globale liée à l'alcool régresse au fil des années à La Réunion (comme en métropole). Le taux standardisé de mortalité directement liée à l'alcool a globalement diminué depuis 20 ans (-51%).
- Cette baisse est observée quels que soient la pathologie et le sexe.
- Néanmoins, c'est pour les psychoses alcooliques et alcoolismes que la mortalité a régressé de manière plus marquée : le taux a diminué de plus de 60% en 20 ans (en particulier chez les femmes -75%).

REMARQUE METHODOLOGIQUE

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, …).

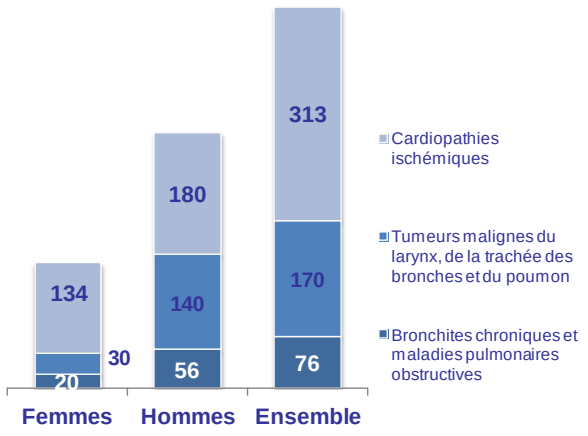
Tabac

Mortalité liée au tabagisme

► 560 décès annuels liés au tabac

- Trois causes ont été identifiées comme cause de décès directement associées au tabagisme. Ces causes ont entraîné en moyenne 560 décès par an sur l'île entre 2007 et 2009 : des hommes dans 2 décès sur 3 (67%).
- Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus fréquents (56%), devant les décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (30%) 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.
- Le tabac représente la 1ère cause de décès par cancer : 15% des décès par cancer sont localisés au niveau de la trachée, des bronches et du poumon.

Nombre de décès pour les trois causes les plus liées au tabagisme selon le sexe à La Réunion
(Moyenne annuelle 2007-2009)



Source : Inserm CépiDc [12]

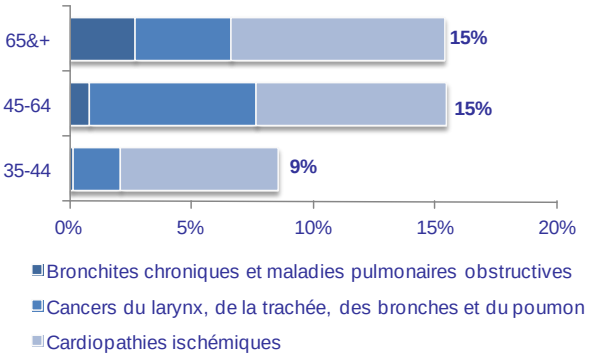
► Des décès prématurés dans près d'un tiers des décès directement liés au tabac

- Trois décès liés au tabagisme sur 10 surviennent avant l'âge de 65 ans : 174 décès par an entre 2007 et 2009. Dans 9 cas sur 10, les décès prématurés liés au tabac concernent des hommes.
- La mortalité principalement liée au tabac représente 14% des décès prématurés.

► Surmortalité masculine

- Le taux standardisé de mortalité liée au tabagisme est 2 fois plus élevé chez les hommes.
- L'écart homme/femme est observé de manière plus marquée pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (taux masculin multipliés par 7 par rapport au taux féminin).

Part des décès (en %) liés au tabac dans la mortalité toutes causes confondues à La Réunion, 2007-2009*



Source : Inserm CépiDc [12] * moyenne sur 3 ans

► Surmortalité régionale liée au tabagisme

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité liée au tabagisme est supérieur de 17% à celle observée en métropole.
- Le différentiel Réunion/métropole est aggravé chez les femmes : +21% vs +11% chez les hommes.
- Les écarts sont variables selon la pathologie. 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, mais stabilité pour les cancers liés au tabagisme

- La mortalité globale liée au tabac régresse au fil des années à La Réunion (comme en métropole). Le taux standardisé de mortalité directement liée au tabac a globalement diminué depuis 20 ans : (-40%), quel que soit le sexe.
- Ce constat est vrai quelle que soit la pathologie à l'exception des cancers des VADS pour lesquels les taux de mortalité sont stables sur la période 2007-2009.

Taux standardisé* de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole, 2007-2009** (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	72	11	**37**	84	20	**47**
Bronchites chroniques, maladies pulmonaires obstructives	40	9	**21**	22	7	**12**
Cardiopathies ischémiques	100	58	**76**	85	37	**57**
Ensemble	**212**	**78**	**133**	**191**	**64**	**117**

Sources : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS
* Standardisation sur la population France entière au RP 2006
** données lissées sur 3 ans,

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.

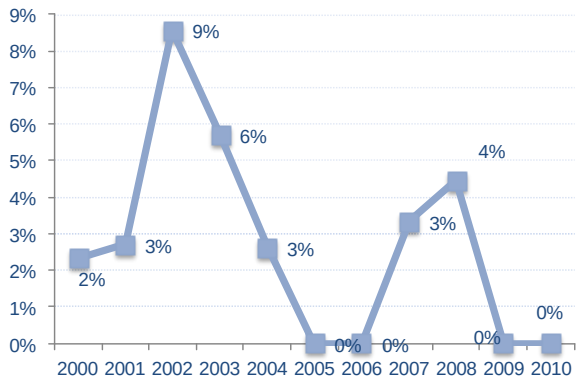
Morbidité liée aux drogues injectables

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 2000-2010. 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 et 2010.
- 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 2010 (en %)



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

Morbidité liée aux intoxications aigües

- Selon les données transmises par les services des urgences de l'île, on a recensé en 2010, 35 recours aux urgences pour des intoxications aiguës liées à l'utilisation de substances psychoactives (hors alcool) : cannabis, opiacés, cocaïne, hallucinogènes, solvants, utilisation de drogues multiples*. Dans 4 recours sur 10, il s'agit d'intoxications liées à l'utilisation de drogues multiples et dans un cas sur 3, les intoxications sont liées au cannabis.

- Dans 6 cas sur 10 (57%), les recours concernent des jeunes de moins de 25 ans, dans près d'un quart des cas, il s'agit de mineurs. Dans plus de 6 passages aux urgences sur 10 (63%), ce sont des patients masculins.

Source : Réseau OSCOUR® : services des urgences du CHR, CHGM et GHER / Cire OI / ARS OI

* sont pris en compte les codes cim 10 suivants : F110 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : intoxication aiguë, F120 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis : intoxication aiguë, F130 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : intoxication aiguë, F140 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : intoxication aiguë, F150 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine : intoxication aiguë, F160 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes : intoxication aiguë, F180 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : intoxication aiguë, F190 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : intoxication aiguë

Conséquences judiciaires

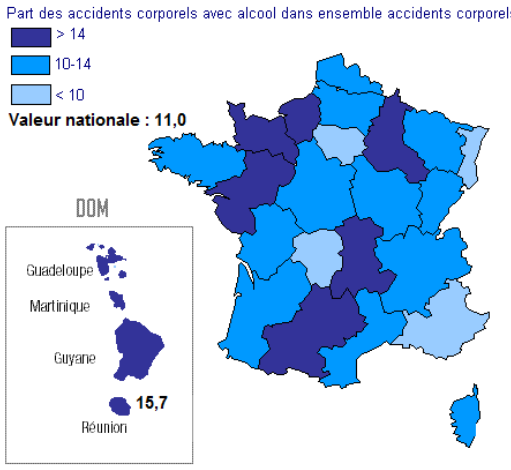
Alcool

Accidents avec alcool

► Sur risque régional lié aux accidents avec alcool sur les routes

- En 2009, la part d'accidents avec alcoolémie illégale était de 13% dans notre région contre 11% sur l'ensemble du territoire national.
- La Réunion se place au 4ème rang des régions françaises où la part des accidents corporels avec alcool est la plus élevée.
- Ce constat va dans le sens de comportements à risque plus élevés dans notre île par rapport à l'ensemble du territoire.

Part des accidents corporels avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels (en %) en 2009



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), ONISR

Interpellations pour ivresse sur la voie publique

► Baisse des interpellations pour ivresse sur la voie publique à La Réunion en 2009

- En 2009, les services de gendarmerie et de police ont procédé à plus de 1 200 interpellations pour « ivresse publique et manifeste » dans notre région.
- Le nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique continue de diminuer en 2009 (-26% par rapport à 2008).

► Un taux d'interpellations pour ivresse parmi les plus élevés des régions françaises

- Le taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique est de 25,7 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans pour notre île.
- La Réunion est la 5ème région où ce taux est le plus élevé.

DEFINITION

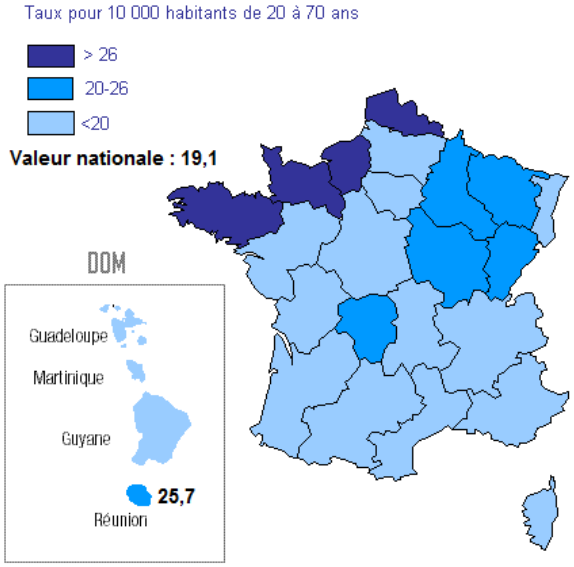
« L'ivresse publique et manifeste » Article L.3342-1 (ex L.76 du CDB) : "une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue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

Nombre et taux* d'interpellations pour ivresse sur la voie publique à La Réunion,

	2006	2007	2008	2009	Evolution 2008/2009
Nombre	1 522	1 914	1 660	1 236	-26%
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans	32,8	41,3	35,1	25,7	-9,4 pts

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

Interpellations pour ivresse sur la voie publique en 2009



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), DGGN, DGPN

Contrôles routiers et alcoolémie

► 3% de dépistages d'alcoolémie positifs

- A La Réunion, 155 253 dépistages ont été pratiqués en 2010 par les services de répression. Parmi eux, 3% se sont révélés positifs.
- Le nombre de dépistage d'alcoolémie réalisés a légèrement augmenté en 2010 (+6%).
- Le nombre de dépistages effectués dans chaque département est fonction de la politique adoptée par les autorités locales.
-

Dépistages d'alcoolémie effectués à La Réunion

	2008	2009	2010	Evolution 2009/2010
Nombre de dépistages	146 323	146 091	155 253	↗ (+6%)
Dont dépistages positifs	3986	4399	4724	↗ (+7%)
Taux de dépistages positifs	**3%**	**3%**	**3%**	→

Sources : Forces de l'Ordre (Police et Gendarmerie)

PRECISION

Les forces de police et de gendarmerie pratiquent des dépistages du taux d'alcoolémie des automobilistes et des accompagnateurs d'élèves conducteurs :
- en cas d'accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel, même si l'automobiliste n'en est pas responsable.
- en cas d'infraction au code de la route, même en dehors d'un état d'ivresse manifeste.
- des dépistages peuvent être également ordonnés par le procureur de la République ou les officiers de police, en dehors de toute infraction ou accident de la circulation.

Drogues illicites

Ensemble de faits constatés liés aux stupéfiants

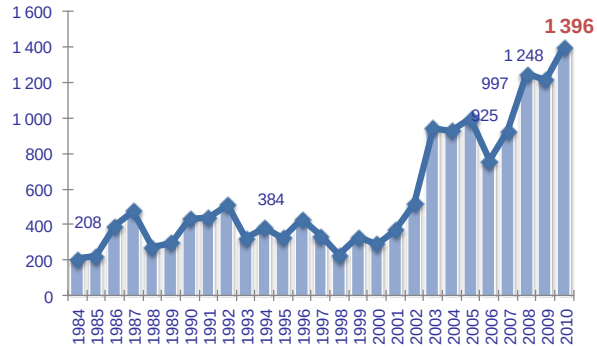
► Nouvelle hausse des faits constatés liés aux stupéfiants sur l'île

- 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 2010, le nombre de faits constatés liés aux stupéfiants par les forces de l'Ordre augmentent de 15% : près de 1 400 faits constatés dans notre région.
- 70% des faits constatés concernent des usages et détentions.

REMARQUE

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 : Forces de l'Ordre (Police et Gendarmerie)

* 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 pour usage de cannabis à La Réunion

- Le nombre d'interpellations pour usage de cannabis poursuit sa progression sur l'île en 2009 : près de 500 interpellations ont été comptabilisées en 2009.

Nombre annuel d'interpellations pour usage de cannabis

	2006	2007	2008	2009	Evolution 2007-2008
Nombre	162	313	426	495	+ 16%
Taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	4,4	8,5	11,8	13,6	+ 1,8 pts

Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS, INSEE
* taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans

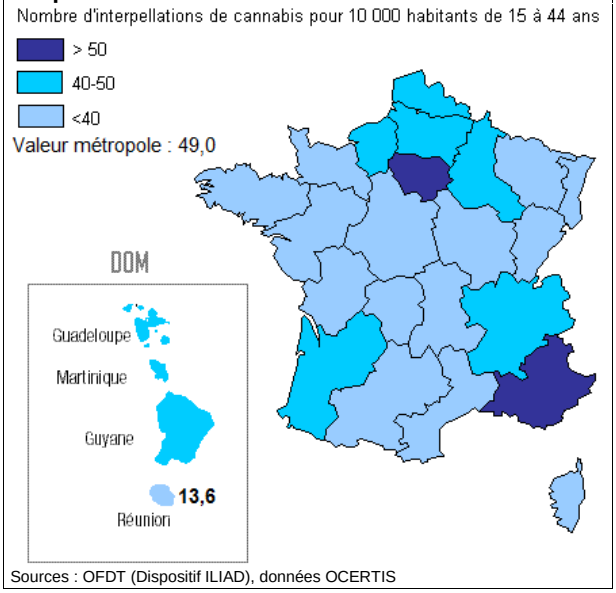
► Un taux d'interpellations moindre à La Réunion …

- Avec un taux annuel de 13,6 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans, La Réunion se situe nettement en deçà de la valeur moyenne nationale et de celle observée dans les Départements Français d'Amérique (41 pour 10 000).

► … Mais le taux de croissance le plus élevé de France

- Les effectifs d'interpellations pour usage de cannabis ont augmenté de 16% par rapport à 2008. Les chiffres ont été multipliés par 3 entre 2006 et 2009.
- La Réunion est la région où ces effectifs ont connu la progression la plus forte entre 2008 et 2009. Sur le territoire national, les chiffres sont en légère diminution (-6%) sur la même période.

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



Sources : OFDT (Dispositif ILIAD), données OCERTIS

Saisies des services douaniers

► Plus de produits et de quantités saisis

- En 2010, 447 saisies ont été réalisées par les services douaniers. Les saisies sont plus diversifiées en produits et plus élevées en termes de quantités.

REMARQUE

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 ici.

► 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 2010. La quantité saisie en 2010 est comparable à celle de l'année dernière : près de 90kg (sous forme d'herbe pour 97% du total).

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis et dérivés *	3 440	1 822	4 357	4 429	37 260	33 952	25 704	32 868	18 708	38 623	90 922	89 380
Héroïne *	0	4	0	1	2010	0	2	1		169	32	59
Opium *	0	0	0	0	0	0	0	0				
Cocaïne *	243	0	0	0	0	1	122	7		4,5	41	59
Artane® **	82	2 780	12 981	11 499	0				0	6 084	24 090	
Ecstasy **	30	2	2	0	0	15	399	103		2		1
LSD ***	0	1	2	0	0	0	1	0	25		25	
Amphétamines *	0	0	210	0	0	0	0	0			13	5
Champignons *	5	1	2	0	0	306	11	45	56	694	3	13
Kath *	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 rivortril®**	**2,2gr**

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 ».

Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants

Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants a été créé par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. Il peut être prononcé à titre de peine complémentaire pour certains délits, notamment en cas de violences ou administration de substances nuisibles ayant entraîné une mutilation ou infirmité permanente. Il peut en outre être envisagé comme une mesure alternative aux poursuites, dans le cadre d'une ordonnance pénale ou d'une composition pénale.

Cette peine vise aussi bien les majeurs que les mineurs de plus de 13 ans, auteurs soit du délit d'usage de produits stupéfiants, soit d'une autre infraction commise sous l'emprise des stupéfiants. Le stage doit être exécuté dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle la condamnation est définitive.

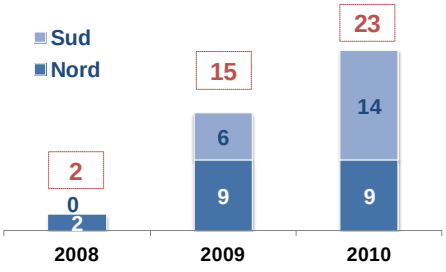
► Montée en charge du dispositif des stages de sensibilisation

- 23 stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ont été organisés en 2010 par l'Association ANPAA 974.
- Le dispositif connaît une évolution à la hausse depuis sa mise en place.
- Les stages organisés concerne les contrevenants sur l'ensemble du territoire régional et se déroulent dans les 2 micro-régions de l'île : Nord et Sud.
- En 2009, 2 stages étaient spécifiquement à destination des publics mineurs. En 2010, les stages sont organisés pour des publics majeurs uniquement.

► Un nombre croissant de stagiaires

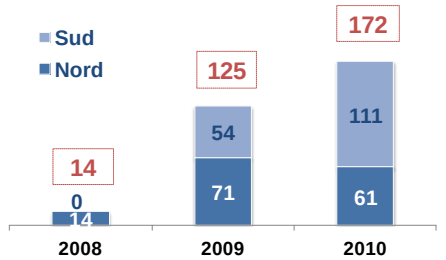
- En 2010, plus de 170 adultes ont bénéficié des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants à La Réunion : 65% dans le Nord.
- En 2009, on recensait 12 stagiaires mineurs sur les 2 stages dédiés au public mineur (11% des bénéficiaires).

Nombre de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants à La Réunion



Sources : Rapport d'activités ANPAA 974 *

Nombre de stagiaires lors des stages de sensibilisation à La Réunion



Sources : Rapport d'activités ANPAA 97 * avec ou sans la présence de l'entourage

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. Les effets attendus sont la sensation « d'être cassé » ou d'une certaine invulnérabilité, des hallucinations, une déshinibition pour passer à l'acte avec « courage » ;*
*- 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.*
*- **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 ;*
Les données présentées ci-dessous sont issues des statistiques d'activités des grossistes et des statistiques de remboursement de la CGSS. Le différentiel entre les boîtes vendues par les grossistes et les boîtes remboursées peut être un indicateur du phénomène de détournement de ces produits.

► Stabilisation des ventes d'artane®

- En 2010, 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 se stabilisent en 2010 après une hausse en 2008 et 2009.
- Néanmoins, entre 2008 et 2010, les ventes d'artane® ont augmenté de 8% sur l'île alors qu'elles ont baissé de 10% au niveau métropole.
- En 2010, environ 5 800 boîtes d'Artane® ont été remboursées par la CGSS, soit 90% des boîtes vendues. Cet écart de 10% pourrait signifier des consommations non thérapeutiques de ce produit. D'ailleurs, 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.

► Rohypnol® : hausse des ventes en 2010 après une phase de stabilisation

- Les ordonnances sécurisées et l'arrêt de commercialisation des boîtes de 14 comprimés en 2001 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 2010, près de 5 580 boîtes de rohypnol® ont été vendues sur l'île. Les ventes de 2010 enregistrent une augmentation de 25% par rapport à 2009, après une période de stabilité des effectifs.
- Sur l'année, un peu plus de 4 900 boîtes de Rohypnol® ont été remboursées par la CGSS, soit 88% des boîtes vendues (fréquence équivalente en 2009).

► Rivotril® : nouveau conditionnement en 2008 et ordonnance sécurisée en 2011

- Afin de rationnaliser 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.
- Afin de renforcer cette mesure, des nouvelles mesures ont été décidées par l'AFSSAPS. En particulier, dès septembre 2011, la sécurisation des ordonnances est appliquée pour ce produit. L'effet attendu, comme pour le rohypnol®, est la diminution de la consommation de ce médicament, notamment de son utilisation détournée.
- En 2010, près de 29 500 boîtes ont été vendues à La Réunion. Le nouveau conditionnement (boîte de 28 comprimés) représente 26% des ventes alors que l'ancien conditionnement représentait 22% des ventes en 2007.
- En 2010, près de 25 340 boîtes de rivotril® ont été remboursées par la CGSS (nouveau conditionnement compris), soit 86% des boîtes vendues.

REMARQUE
Depuis 2006, le rivotril® fait l'objet d'une surveillance renforcée par l'AFSSAPS et notamment par son réseau d'addictovigilance (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - CEIP). Cette surveillance a mis en évidence, pour les formes orales, une prescription très élevée et persistante en dehors des indications de l'AMM (Autorisations de Mise sur le Marché) et en particulier dans les douleurs neuropathiques, un usage détourné croissant chez les toxicomanes ainsi que l'émergence d'un trafic reposant notamment sur la falsification d'ordonnances.
Afin de favoriser le bon usage du rivotril® et de limiter le détournement de son utilisation, l'AFSSAPS avait décidé en 2008 de sécuriser et d'encadrer ses conditions de prescription et de délivrance par la mise en place d'un plan de gestion des risques (PGR) au niveau national.
Malgré ces mesures, les résultats 2010 du suivi d'addictovigilance ont montré la persistance de l'utilisation très importante du rivotril® en dehors de ses indications, mais également de l'émergence d'un trafic reposant principalement sur la falsification d'ordonnances. Ce trafic concerne principalement la forme comprimé et touche l'ensemble du territoire français (y compris les collectivités et départements d'Outre-Mer).
En conséquence, l'AFSSAPS a pris deux mesures supplémentaires afin de mieux encadrer et sécuriser les conditions de prescription et de délivrance des formes orales de rivotril® :
- *La première mesure concerne la sécurisation des prescriptions par application d'une partie de la réglementation des stupéfiants : la prescription des formes orales du rivotril® doit être faite sur des ordonnances dites « sécurisées » depuis le 7 septembre 2011.*
- *La 2ème mesure concerne la restriction de la prescription initiale des formes orales de rivotril® aux spécialistes en neurologie ou aux pédiatres qui devront la renouveler chaque année. Les renouvellements intermédiaires pourront être effectués par tout médecin. Cette mesure sera mise en œuvre à compter du 2 janvier 2012.*

Dopage

L'homme a toujours voulu se dépasser, diminuer sa fatigue, augmenter sa puissance, et de tout temps il a utilisé différentes substances pour améliorer ses performances. Tout comme le cadre, l'étudiant, le médecin, l'homme politique, nombreux sont ceux qui emploient différents produits pour tenir leurs objectifs et être performants. Il s'agit de conduites dopantes[1]. D'autres emploient des produits dopants dans un but esthétique ou de culturisme. Les conduites dopantes touchent aussi bien les sportifs de haut niveau que ceux qui ont une pratique de loisirs. Elles sont très mal appréhendées.

La loi française du 23 mars 1999 définit le dopage comme l'utilisation, au cours des compétitions et manifestations sportives ou en vue d'y participer, de substances ou de procédés, de nature à modifier artificiellement la performance et inscrits sur une liste déterminée par arrêté. Font également partie du dopage les utilisations de produits ou de procédés destinés à masquer l'emploi de produits dopants.

Seul le dopage sportif est encadré par la loi. L'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) établit un programme annuel de contrôles. Les contrôles antidopage sont réalisés à l'occasion d'entraînements, de manifestations ou de compétitions sportives organisées ou autorisées par les fédérations sportives. Une mission de contrôle peut comporter un ou plusieurs prélèvements. Ils peuvent être inopinés ou non, voire obligatoires dans le cas d'accord bipartite entre la fédération et l'AFLD. Pour leur mise en oeuvre, elle s'appuie sur les services déconcentrés du ministère en charge des Sports. Une convention entre l'AFLD et les directions régionales de la Jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en établit les modalités. Les DRJSCS qui bénéficient de préleveurs agrées par l'AFLD doivent effectuer des prélèvements obligatoire, prescrits par les fédérations sportives nationales ainsi que des contrôles réalisés dans le cadre de leur stratégie régionale de lutte contre le dopage.

L'objectif de ces dépistages est de réduire les accidents sanitaires liés à la prise de substances dopantes : troubles du comportement, risques cardiovasculaires, lésions musculo-tendineuses sévères, dépendance, …

► Plus de 150 contrôles réalisés en 2010 à La Réunion

- Les contrôles sont réalisés à partir de prélèvements d'urine et de sang.
- En 2010, 154 contrôles antidopage ont été effectués par la DJSCS Réunion par 14 médecins/infirmiers préleveurs agréés par l'AFLD. Ce nombre est en augmentation depuis 2008 (+40%).
- En 2009, 4% des contrôles se sont révélés positifs sur l'île, 3% au niveau national.

Evolution du nombre de contrôles pratiqués et part des dépistages positifs à La Réunion et en métropole

	2007	2008	2009	2010
Réunion				
Nombre de contrôle		110	120	154
% dépistages positifs		nd	4,1%	nd
Métropole				
Nombre de contrôle	8 600	10 368	10 130	10 511
% dépistages positifs	3,4%	3,1%	2,8%	2,3%

Sources : DJSCS Réunion, AFLD (rapport d'activités 2010) Exploitation ORS

ZOOM : Consommation de produits dopants en population (France métropolitaine) [13]

Selon le baromètre santé 2005, parmi les 15-75 ans, 5,9% ont pris au moins un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles au cours des douze derniers mois. Ce sont principalement des produits de prescription courante, tels que des vitamines, et non pas à proprement parler des produits interdits, inscrits sur la liste des substances et méthodes interdites. Peu d'enquêtes ont été menées directement auprès des sportifs, amateurs ou professionnels. Chez les adultes amateurs, la consommation de produits dopants ne semble pas marginale (entre 3% et 10% selon les études). Ces consommations concernent davantage les garçons que les filles.

Définition – Liste des produits dopants

Une liste des produits dopants est établie chaque année par l'Agence mondiale Antidopage (AMA). Editée au premier octobre de l'année N-1, elle est effective au premier janvier de l'année N, et valable dans tous les pays ayant adhéré ou ratifié la convention internationale contre le dopage.

Pour être inscrit sur cette liste un produit ou un procédé doit satisfaire à deux des conditions suivantes : être reconnu pour améliorer les performances, risquer de nuire à la santé de l'utilisateur ou, par son usage, aller à l'encontre de l'éthique sportive.

Certains produits sont interdits en permanence :

S0 – Substances non approuvées actuellement par une autorité gouvernementale réglementaire de la santé (depuis 2011), S1 - Agents anabolisants, S2- Hormones peptidiques, facteurs de croissance et substances apparentées, S3- Bêta-2 agonistes, S4- Antagonistes et modulateurs hormonaux, S5- Diurétiques et autres agents masquants, M1- Amélioration du tranfert d'oxygène, M2- Manipulation chimique et physique, M3- Dopage génétique

D'autres sont interdits lors des compétitions (en plus des catégories ci-dessus) : S6- Stimulants, S7- Narcotiques, S8- Cannabinoïdes, S9- Glucocorticoïdes

1. « Utilisation d'une substance chimique, dans le but de surmonter un obstacle réel ou supposé ou ressenti comme tel par la personne ou par son entourage » (Dr Patrick Laure)

Prise en charge

Intervention précoce
Recours à la CJC

Réduction des risques
Recours au CAARUD
Traitements de Substitution aux Opiacés

Prise en charge hospitalière
Les consultations externes
Equipe de liaison

Prise en charge médico-sociale
Recours aux CCAA
Recours aux CSST

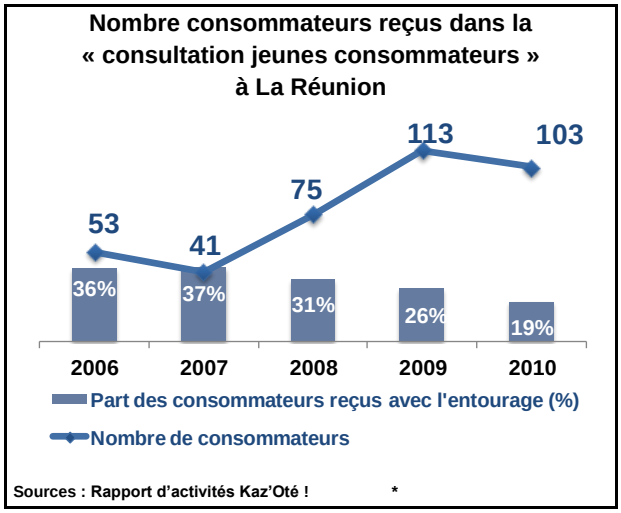
Sevrage tabagique
Ventes de produits d'aide au sevrage tabagique
Dispositif départemental d'aide à l'arrêt du tabac

Recours à la CJC

Le cannabis est le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, en particulier chez les jeunes. Partant de ce constat, le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont décidé de mettre en place, en février 2005, un dispositif de « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » a vu le jour : communément appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs ; elles ont progressivement ouvert dans tous les départements (à raison d'une structure au moins par département.
Depuis son lancement fin 2004, le dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (CJC) propose un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles
C'est une consultation destinée aux moins de 25 ans qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire.

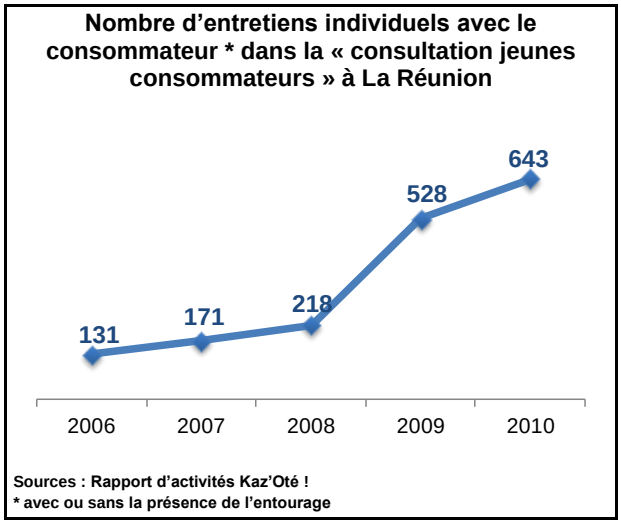
► Evolution à la hausse de la file active de la « consultation jeunes consommateurs » (CJC) sur l'île

- Il existe 1 consultation pour jeunes consommateurs (CJC) à La Réunion, elle est gérée par la Kaz'Oté.
- Une centaine de consommateurs de moins de 25 ans ont été reçus lors de ces consultations en 2010, soit 2 fois plus qu'en 2006.
- En 2010, dans 2 situations sur 10, le consommateur était reçu avec son entourage. Cette proportion est à la baisse depuis 2006 (une part divisée par 2 depuis 2006).
- Il y a eu en 2010, 5 consultations où seul l'entourage du consommateur a été reçu ; ces consultations restent rares (entre 0 et 5 au fil des ans).



► Un nombre d'entretiens en nette augmentation

- Deux types d'actes peuvent être mis en place dans le cadre de la « consultation jeunes consommateurs » : les entretiens individuels et les séances de groupe (avec ou sans la présence de l'entourage).
- En 2010, plus de 640 entretiens individuels avec le consommateur ont été réalisés à La Réunion dans le cadre de la CJC. Ces entretiens ont été complétés par 15 entretiens à destination de l'entourage (sans le consommateur).
- Le nombre d'entretiens individuels a été multiplié par 5 entre 2006 et 2010 (+22% par rapport à 2009).
- 6 séances de groupe « consommateurs » ont été organisés en 2010 (l'effectif variant entre 1 et 6 depuis 2006). Aucune séance de groupe n'a été organisée pour l'entourage des consommateurs en 2010 (entre 0 et 3 selon les ans).



Réduction des risques

Recours au CAARUD

*Les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, « sleep in ») au sein de structures uniques. Le CAARUD s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.*

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) fixe aux CAARUD les missions suivantes :

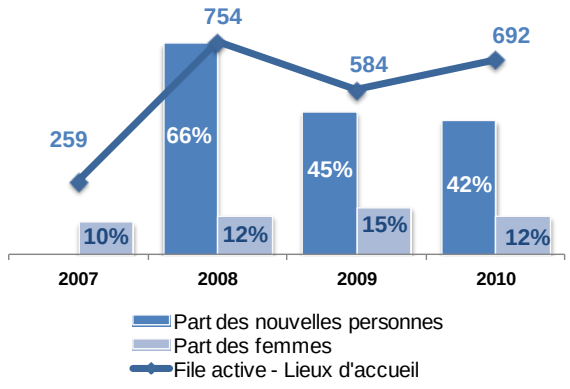
- *l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues*
- *l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles…)*
- *le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle*
- *la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)*
- *l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers*
- *le développement d'actions de médiation sociale.*

Ils peuvent également participer au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

► Augmentation de la file active en 2010

- Il existe un CAARUD à La Réunion. Il est présent dans l'Ouest de l'île et dispose d'un CAARUD « rue » et d'un CAARUD « accueil fixe ».
- En 2010, près de 700 usagers ont été accueillis par l'équipe du CAARUD fixe, soit une hausse de 18% par rapport à 2009. La file active s'est renouvelée à 40% en 2010. Le renouvellement de la file active diminue d'année en année, témoignant d'une certaine « fidélité » des usagers vers ce dispositif.
- La part des femmes accueillies en 2010 reste faible ; elle varie entre 10% et 15% selon l'année.

File active du CAARUD fixe à La Réunion



Sources : Rapport d'activités Kaz'Oté !

► De nombreuses interventions de proximité

- Ce dispositif permet de mettre en œuvre des interventions de proximité par le biais des équipes mobiles, ou via les interventions extérieures (interventions de rue, en squat, en prison). 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) dans la région ouest.
- Près de 800 personnes ont été vues via les interventions extérieures (rue, squat, prison).
- Les interventions extérieures représentent près de 1 500 contacts sur l'année 2010 : soit 2 contacts par usager contre 11 par usager pour les lieux d'accueil.

File active et nombre de contacts selon le mode de fonctionnement du CAARUD en 2010

	File active	Nombre de contacts	Nombre de contacts / personnes
Lieux d'accueil	**692**	**7 361**	**11**
Local principal	*268*	*4 440*	*17*
Unité mobile	*424*	*2 921*	*7*
Interventions extérieures	**785**	**1469**	**2**
Interventions / rue	*750*	*1 200*	*2*
Interventions / squat	*26*	*237*	*9*
Interventions / prison	*9*	*32*	*4*

Sources : Rapport d'activités Kaz'Oté !

► CAARUD : principalement un lieu d'accueil, de refuge ou de lien social pour les usagers

- Le CAARUD « accueil fixe » offre des prestations d'accueil, d'écoute et d'accompagnement (social ou au soin) pour le public rencontré ou accueilli.
- Plus de 5 600 actes ont été réalisés pour les usagers du CAARUD. Les activités d'accueil/refuge ou lien social représente la moitié des actes, devant les activités de soins (20%) et les actions en faveur de la formation ou l'emploi des usagers (13%).

Typologie des actes réalisés en 2010

	n	%
Accueil/refuge/lien social	2 921	52%
Soins*	1 132	20%
Démarche d'accès aux droits ou de maintien**	742	13%
Formation et emploi	544	10%
Réduction des risques liés à l'usage de drogue et à la sexualité	152	3%
Hygiène	43	1%
Dépistage et vaccination (VIH, IST, …)	60	1%
Logement ***	38	1%

Sources : Rapport d'activités Kaz'Oté !

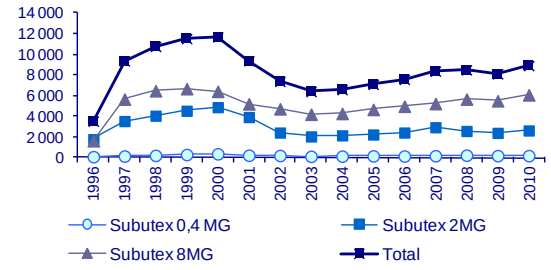
* soins infirmiers, médecine générale, accès à la substitution aux opiacés, suivi psy, traitement des hépatites ou vih, soins dentaires, …
** droits sociaux, santé, administratifs, justice, …
*** court ou moyen séjour, logement personnel ou autonome, actions de maintien dans le logement
**** accès et recherche de formation ou d'emploi, …

Traitements de substitution aux opiacés

► Hausse des ventes de buprénorphine haut dosage en 2010

- En 2010, près de 15 500 boîtes de buprénorphine haut dosage (Subutex® et génériques) ont été vendues par les 3 grossistes répartiteurs de l'île aux pharmacies, ce qui équivaut à environ 8 900 boîtes vendues de 7 comprimés dosés à 8 mg.
- On observe une hausse de 8% par rapport à 2009.
- Les génériques commercialisés représentent 15% des ventes en 2010 (11% en 2009, 18% en 2008, 9% en 2007).
- En 2010, près de 11 750 boîtes de buprénorphine haut dosage ont été remboursées par la CGSS, ce qui représente 76% des boîtes vendues.

Evolution des ventes de buprénorphine haut dosage (BHD)* à La Réunion



Sources : CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP, * y compris les génériques et le subutex®, en équivalent nombre de boites "théoriques" de 7 comprimés dosés à 8 mg

► 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 (en s'inspirant de l'avis de l'HAS [Haute Autorité de Santé] du 19/12/2007) :
  - *La forme gélule de la méthadone®, par sa commodité d'usage, est susceptible d'améliorer la qualité de vie des patients et d'accroître l'adhérence thérapeutique en renforçant l'acceptabilité de la poursuite du traitement par méthadone®, après une durée minimale de traitement d'un an par la forme sirop ;*
  - *Ma mise à disposition d'un dosage de méthadone® gélule à 1mg pourrait répondre au besoin de disposer de dosages permettant une adaptation posologique optimale en fin de traitement dans le cadre d'un sevrage progressif (actuellement impossible avec les dosages sous forme sirop).*
- 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 2010, plus de 28 200 boîtes de Méthadone® sous forme de sirop ou de gélules ont été vendues. Les formes gélules représentent 34% des ventes totales de méthadone®.
- Les conditionnements dosés à 40mg sont les plus vendues (18% des ventes totales pour la forme sirop et 17% pour la forme gélule).
- En 2010, près de 19 650 boîtes de Méthadone® ont été remboursées par la CGSS (dont 63% sous forme de sirop, 71% en 2009). Les boîtes remboursées représentent 70% des boîtes vendues en 2010 : 75% pour les formes gélules contre 67% pour les formes sirop.

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.

En 2008, une autorisation de mise sur le marché a été accordée par l'Afssaps à une forme gélule de méthadone dans le traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Cette nouvelle forme est réservée aux patients traitées par la forme sirop de méthadone depuis au moins un an et stabilisés notamment sur le plan médical et des conditions addictives.
Un cadre spécifique de prescription et de délivrance a été défini afin de limiter les risques de mésusage et d'abus de cette nouvelle forme de méthadone et, notamment, la prise du médicament par des patients peu ou non dépendants aux opiacés, pour lesquels le risque d'overdose mortelle est réel.
En accord avec l'Afssaps, le laboratoire commercialisant la méthadone gélule a informé les professionnels de santé concernés, par une lettre aux professionnels de santé datant du 20/10/2011, sur les modifications de l'information des spécialités METHADONE AP-HP, sirop et gélules, liées : aux risques d'intoxication accidentelle chez l'enfant et les personnes peu ou non dépendantes aux opiacés, à l'introduction d'une contre-indication en cas d'association avec la naltrexone, à une modification du cadre de prescription pour la forme gélule.
Sur ce dernier point, il faut savoir que l'instauration d'un traitement par la méthadone doit toujours faire l'objet d'une prescription initiale par un médecin exerçant en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes. En revanche, il n'y a plus d'obligation de renouvellement semestriel dabs ces mêmes centres. A près la mise en place du traitement gélule en relais de la forme sirop, le médecin primoprescripteur adresse, le cas échéant, le patient à son médecin traitant avec une ordonnance de délégation de prescription.

Prise en charge hospitalière

La prise en charge des addictions englobe les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.
Néanmoins, il n'y a pas de données pour la prise en charge ambulatoire (médecins spécialistes ou généralistes, libéraux, …). De plus il est impossible d'appréhender dans quelles 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.
Les données présentées ci-après sont celles relevant des activités hospitalières et médico-sociales. De fait, la vision présentée ci-après est incomplète.

Les consultations externes

► Augmentation de l'activité pour les consultations externes d'addictologie en 2010

- En 2010, près de 4 300 consultations externes ont été réalisés par les 2 services d'addictologie de l'île. L'activité a augmenté de 8% entre 2009 et 2010.
- Cette augmentation est surtout celle liée à l'activité du site Sud du CHR : +20% en 2010 (les consultations pour tabacologie, +78% et les consultations autres que « alcool » et « tabac », +28%).
- Dans le nord, l'activité 2010 est relativement comparable à celle de 2009 avec une augmentation du nombre de consultations autres que « alcool » et « tabac » (+11%).
- L'alcool est le motif de recours le plus fréquent : plus de 2 200 consultations externes (47%).
- Les effectifs sont relativement stables entre 2009 et 2010 pour l'alcool. En revanche, on note des augmentations plus importantes pour les consultations de tabacologie et les autres consultations (poly-consommation, cannabis, opiacés, médicaments détournés, …).

Nombre de consultations externes pour les 2 services d'addictologie du CHR en 2010

	CHR Nord**	CHR Sud	Total CHR	Evol 2009-2010
Alcool	1 474	730	2 204	↗ (+2%)
Tabac	820	671	1 491	↗ (+22%)
Autres*	452	148	600	↗ (+15%)
TOTAL	2 746	1 549	4 295	↗ (+8%)

Source : rapports d'activités des services d'addictologie du CHR
* autres : poly-consommation, poly-toxicomanie, médicaments détournés de leur usage, cannabis, opiacés, autres sevrages, …
** ne sont pas prises en compte les consultations extra-muros.

A NOTER
Dans l'Ouest, les consultations externes ont démarré en janvier 2011 (Centre Hospitalier Gabriel Martin – CHGM).

Equipe de liaison et de soins en addictologie

► Hausse soutenue de l'activité de liaison en 2010

- En 2010, près de 1 750 consultations ont été assurées par les équipes de liaison et de soins en addictologie de l'île.
- Les consultations et actes sont réalisés en partie par le personnel médical et en partie par des infirmier-e-s diplômé-e-s d'Etat (IDE). En 2010, 88% des consultations sont réalisées par l'IDE pour le CHR Sud et 48% pour le CHR Nord.
- Depuis 2007, l'activité de liaison ne cesse de se développer sur l'île. En 2010, le nombre de consultations est en hausse de 60% par rapport à 2009.
- Les services d'addictologie du CHR connaissent une progression régulière de leurs activités depuis 2007 …
- … mais l'augmentation plus marquée en 2010 s'explique également par la mise en place de l'équipe de liaison 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 près de 300 consultations.

Nombre de consultations de liaison pour le CHR

	2007	2008	2009	2010	Evolution
Nord	353	434	472	646	↗
Sud	450	535	640	817	↗
Ouest*	-	-	-	284	-
Total	803	969	1 112	1 747	↗

Source : rapports d'activités des services d'addictologie du CHR
* fonctionnement à partir de juillet 2010 – données période juillet-décembre 2010

Prise en charge médico-sociale

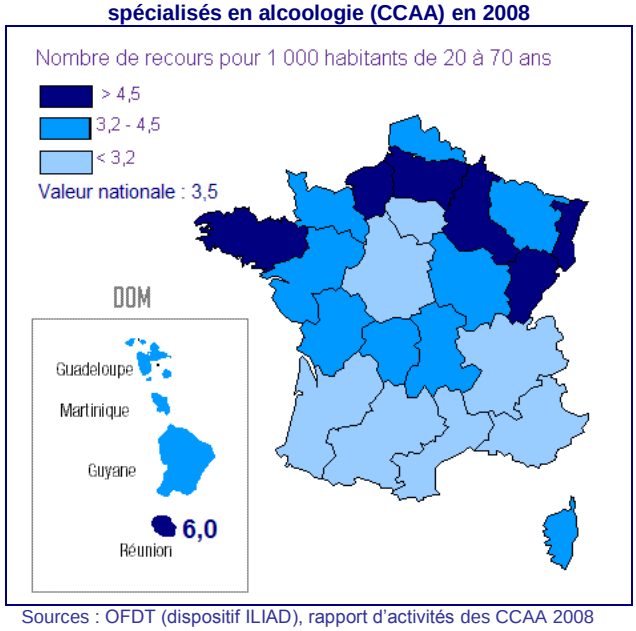
A La Réunion, 2 CSAPA généralistes ont été mis en place en 2011 : un dans le territoire de santé Nord-Est et l'autre dans le territoire de santé Sud. Ces structures sont gérées par l'ANPAA 974. Pour l'instant le CSAPA du territoire de santé Ouest n'est pas effectif. Dans l'Ouest de l'île, un CSST et 2 CCAA sont présents.
Néanmoins, comme en 2010, le dispositif n'était pas encore mis en place, les données présentées ci-après distinguent les données d'activités des CCAA et les données d'activités des CSST.

Recours aux CCAA

► 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).
- La Réunion est la 3ème région française où le taux recours est le plus élevé (derrière la Picardie et la région Champagne-Ardenne).

Nombre de recours par habitant dans les centres spécialisés en alcoologie (CCAA) en 2008



Sources : OFDT (dispositif ILIAD), rapport d'activités des CCAA 2008

► Stabilisation de la file active en 2010

- Le nombre de consultants dans les CCAA est stable entre 2009 et 2010 (+1%) : 2 840 consultants vus au moins une fois dans les structures.
- La part des nouveaux consultants au sein de la file active se maintient à un niveau élevé : 1 usager sur 2. La fréquence de renouvellement de la file active est comparable à celle de 2009.

Nombre de consultants en alcoologie dans les CCAA à La Réunion, de 2005 à 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CCAA	1 958	2 141	2 693	2 912	2 820	2 840
Dont % nouveaux patients	*48%*	*54%*	*55%*	*54%*	*48%*	*49%*

Source : Rapports d'activités des CCAA

► Des hommes à partir de 30 ans

- Dans 8 cas sur 10, ce sont des hommes. Le recours des femmes reste très limité.
- 8 patients pris en charge sur 10 ont au moins 30 ans en 2010 : 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.
- En 2010, le profil des consultants n'a pas évolué.

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

	2008	2009	2010	Evol.*
Sexe				
Hommes	84%	84%	84%	→
Femmes	16%	16%	16%	→
Age				
Moins de 20 ans	3%	2%	2%	→
dont moins de 18 ans	1%	1%	1%	→
20-24 ans	7%	8%	7%	→
25-29 ans	10%	10%	11%	→
30-39 ans	29%	28%	27%	→
40-49 ans	32%	32%	32%	→
50 et +	20%	21%	21%	→
Logement				
Durable	94%	94%	94%	→
Provisoire	5%	5%	5%	→
SDF	1%	1%	1%	→
Revenus				
Revenus du travail	41%	40%	40%	→
ASSEDIC	14%	16%	16%	→
RMI, AAH et autres prestations	34%	33%	33%	→
Tiers	1%	1%	1%	→
Autres	11%	9%	9%	→

Source : Rapports d'activités des CCAA * % sur les données renseignées
* Evolution 2009-2010

► Origine judiciaire de la prise en charge

- Dans 1 cas sur 2, le secteur judiciaire ou administratif est à l'origine de la prise en charge du patient.
- Les démarches personnelles n'interviennent qu'en 2ème position : près d'un quart de la file active est concerné.
- Le secteur sanitaire, principalement les médecins de ville ou travail, a orienté près de 20% des usagers en 2010.

Origine de la prise en charge dans les CCAA à La Réunion en 2010 (en %)

	n	%
Initiative du patient ou des proches	665	23%
Médecin de ville, du travail	252	9%
Autres structures spécialisées (CCAA, CSST)	91	3%
Equipe de liaison	27	1%
Autre hôpital / autre sanitaire	144	5%
Institutions et services sociaux	143	5%
Justice, obligation de soins	744	26%
Justice, injonction thérapeutique	3	0%
Justice, classement avec orientation	93	3%
Autres mesures administratives et judiciaires	613	22%
Milieu scolaire/universitaire	0	0%
Autres	65	2%
Patient	**665**	**23%**
Sanitaire	**514**	**18%**
Social	**143**	**5%**
Justice	**1453**	**51%**
Scolaire	**0**	**0%**
Autres	**65**	**2%**
NR	**0**	**0%**

Source : Rapports d'activités des CCAA * % sur les données renseignées

► 5 actes par usager en moyenne dans les CCAA

- Les actes de santé sont majoritaires : près de 3 actes sur 4.
- Néanmoins, les actes sociaux ont progressé entre 2009 et 2010 : leur part est passée de 19% en 2009 à 28% en 2010.
- Le nombre moyen d'actes par usager est de 5 en 2010 comme en 2009.
- Il y autant d'actes de médecins généralistes que d'actes de travailleurs sociaux par patient en 2010.
- A noter que 241 actes supplémentaires ont été réalisés uniquement avec l'entourage des usagers.

Actes réalisés dans les CCAA à La Réunion en 2010

	Nombre total			Nombre moyen par patient		
	2009	2010	Evol	2009	2010	Evol
Médecins généralistes	5 895	5 732	↘	3	3	→
Psychiatres	618	654	↗	2	1	↘
Infirmiers	3 585	3 019	↘	2	2	→
Psychologues	982	914	↘	3	3	→
Travailleurs sociaux*	2 602	4 033	↗	2↗	3	↗
Total	13682	14352	↗	5	5	→

Source : Rapports d'activités des CCAA * % sur les données renseignées
* Assistants sociaux, éducateurs spécialisés, animateurs, autres, …

Recours aux CSST

► Hausse de la file active des CSST en 2010

- Avec 452 patients en 2010, la file active des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes (CSST) de l'île a augmenté par rapport à 2009 (+7%).
- La part des nouveaux consultants continue de baisser en 2010 : 55% des patients accueillis en 2010 fréquentaient pour la première fois le CSST. 5 ans plutôt, la fréquence de renouvellement des usagers était proche de 80%.

Consultations dans les CSST de La Réunion

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre total de consultants*	318	332	374	424	422	452
Part des nouveaux consultants	76%	64%	62%	68%	58%	55%

Source : rapports d'activités des CSST (ANPAA 974, Kaz'Oté !)
* Patients vus au moins une fois

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

- En 2010, la population accueillie dans les CSST est jeune (1 usager sur 2 a moins de 30 ans) et est composée essentiellement d'hommes (plus de 80%).
- Près de 20% des consultants sont en difficulté concernant le logement et seuls 20% disposent d'un salaire. Plus de la moitié des usagers de la file active vit avec les allocations ou grâce au soutien d'un tiers ou n'a aucun revenu.

► Paupérisation de la file active

- On note des changements en 2010.
- La part des femmes augmente d'année en année. En 2010 : 17% des usagers sont des femmes.
- La file active vieillit en 2010 : la part des 40 ans et plus continue de progresser. A l'inverse la part des 18-24 ans régresse.
- La part des allocataires des minima sociaux et des salariés à régressé en 2010 en faveur des personnes aidé financièrement par un tiers ou n'ayant aucun revenu. Leur part a été multiplié par 4 entre 2009 et 2010 (de 6% à 24%).
- En 2010, les CSST ont pris en charge des prisonniers (3% de la file active).

► Origine judiciaire de la prise en charge

- Pour près de 40% des usagers de la file active, le recours relève d'une démarche personnelle.
- Les démarches judiciaires ou administratives est à l'origine d'un quart des prises en charge en 2010.
- Le secteur sanitaire, principalement les médecins de ville ou travail, a orienté près de 20% des usagers en 2010.

► 7 actes par usager en moyenne dans les CSST en 2010

- Les actes de santé sont majoritaires : près de 2 actes sur 3.
- Néanmoins, les actes sociaux ont progressé entre 2009 et 2010 : leur part est passée de 18% en 2009 à 32% en 2010.
- Le nombre moyen d'actes par usager est de 7 en 2010 (en légère hausse par rapport à 2009).
- La prise en charge par des psychologues ou psychiatres est également en hausse en 2010. En revanche, celle réalisée par les médecins ou infirmiers tend à diminuer.

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

	2008	2009	2010	Evol.**
Sexe				
Hommes	88%	86%	83%	↘
Femmes	13%	14%	17%	↗
Age				
Moins de 20 ans	28%	27%	25%	↘
dont moins de 18 ans	15%	18%	18%	→
20-24 ans	13%	16%	13%	↘
25-29 ans	13%	9%	11%	↗
30-39 ans	25%	23%	23%	→
40 ans et +	22%	25%	28%	↗
Logement				
Durable	85%	84%	81%	↘
Provisoire	9%	9%	9%	→
SDF	6%	7%	7%	→
Prison	0%	0%	3%	↗
Revenus				
Revenus du travail	29%	22%	19%	↘
ASSEDIC	9%	9%	11%	↗
RMI, AAH et autres prestations	26%	43%	31%	↘
Tiers	18%	6%	24%	↗
Autres	19%	20%	15%	↘

Source : rapports d'activités des CSST (ANPAA 974, Kaz'Oté !)
* pourcentages calculés sur les données disponibles
** Evolution 2009-2010

Origine de la prise en charge dans les CSST à La Réunion en 2010 (en %)

	n	%
Initiative du patient ou des proches	162	36%
Médecin de ville, du travail	42	9%
Autres structures spécialisées (CCAA, CSST)	19	4%
Equipe de liaison	12	3%
Autre hôpital / autre sanitaire	17	4%
Institutions et services sociaux	36	8%
Justice, obligation de soins	43	10%
Justice, injonction thérapeutique	36	8%
Justice, classement avec orientation	5	1%
Autres mesures administratives et judiciaires	29	6%
Milieu scolaire/universitaire	13	3%
Autres	24	5%
NR	14	3%
Patient	**162**	**36%**
Sanitaire	**90**	**20%**
Social	**36**	**8%**
Justice	**113**	**25%**
Scolaire/Universitaire	**13**	**3%**
Autres	**24**	**5%**
NR	**14**	**3%**

Source : Rapports d'activités des CCAA renseignées * % sur les données

Actes réalisés dans les CCAA à La Réunion en 2010

	Nombre total			Nombre moyen par patient		
	2009	2010	Evol	2009	2010	Evol
Médecins généralistes	722	679	↘	4	4	
Psychiatres	191	201	↗	3	4	
Infirmiers	369	334	↘	4	3	
Psychologues	658	773	↗	3	3	
Travailleurs sociaux*	440	952	↗	2	3	
Total	2 380	2 939	↗	6	7	

Source : Rapports d'activités des CCAA renseignées * % sur les données
* Assistants sociaux, éducateurs spécialisés, animateurs, autres, …

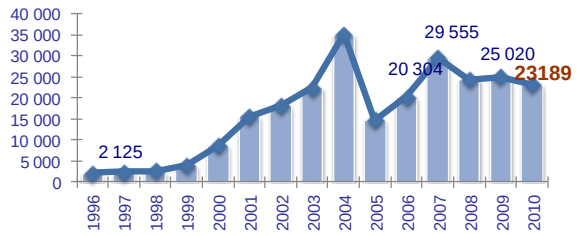
Sevrage tabagique

Ventes de produits d'aide au sevrage tabagique

► Diminution des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac

- En 2010, les ventes de médicaments d'aide au sevrage tabagique diminuent -7% par rapport à 2009 : près de 23 200 boîtes vendues.
- Cette tendance régionale est différente de observée au niveau national (où on observe une augmentation sensible des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac [2].
- Depuis février 2007, l'Assurance Maladie a mis en place un système de prise en charge partielle des substituts nicotiniques (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, 626 en 2009, 612 en 2010.

Evolution des ventes de médicaments d'aide au sevrage tabagique à La Réunion depuis 1996 à 2010 (en nombre de boîtes vendues)

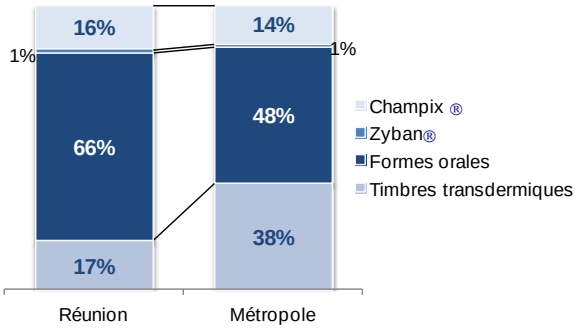


Sources : Grossistes répartiteurs 'CERP-SIPR, PHARMAR, SOREDIP

► Des traitements sous formes orales principalement

- En 2010, les traitements pharmacologiques (Zyban® et Champix®) voient leur volume de ventes traduit en nombre de patients traités diminuer encore (-4%). Leur part de marché continue de baisser en 2010 : 15% des ventes contre 17% en 2009 et 26% en 2008.
- Les partages des parts de marché ont ainsi évolué en faveur des substituts nicotiniques qui constituent toujours la très grande majorité des traitements.
- Les ventes de substituts sous forme orale augmentent continue d'augmenter en 2010. Cette catégorie représente 66% de parts de marché (62% en 2009). A l'inverse, la part des timbres est en diminution (17% en 21010 contre 21% en 2009).
- Ces évolutions sont différentes de celles observées au niveau national [2]. La part de marché des timbres progresse en 2010, celle des formes orales régressent.
- Les formes orales paraissent surreprésentées dans notre région par rapport à la situation nationale.

Répartition des ventes de substituts nicotiniques en équivalent « mois de traitement » (*) à La Réunion et en métropole en 2010 (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 départemental d'aide à l'arrêt du tabac

- En 2010, près de 2 630 boîtes ont été distribuées à la demande des structures hospitalières, médico-sociales ou autres.
- Le nombre de boîtes délivrées est stable par rapport à l'année précédente.
- Les destinataires de la distribution des patchs sont variables d'une année sur l'autre. En 2010, les CCAA étaient destinataires de 60% des boîtes délivrées dans le cadre de ce dispositif départemental.

A NOTER

Le Conseil Général relance son dispositif de gratuité du patch après 6 mois d'interruption en 2011 mais avec des critères d'attribution modifiés : population vulnérables et précaires seuls. Ces éléments vont impacter sur l'évolution des données pour 2011.

Prévention

Politiques publiques

Acteurs de prévention

Actions de prévention

Une priorité régionale de santé publique

► Une problématique clairement identifiée dans le Projet de Santé Réunion-Mayotte

- Le Projet de Santé de la Réunion et de Mayotte (PRS) porté par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI) se compose de plusieurs documents stratégiques :
  - le Plan Stratégique de Santé de La Réunion et de Mayotte (PSRS)
  - les schémas régionaux :
    - schéma de prévention
    - schéma d'organisation médico-sociale
    - schéma d'organisation sanitaire

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Réunion-Mayotte [14] porté par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI) et validé en avril 2011, définit 6 domaines stratégiques d'actions dont l'un inclut la problématique des addictions :

– Périnatalité et petite enfance,
– Maladies chroniques,
– Handicap et vieillissement,
– Santé mentale **y compris les addictions** et la santé des jeunes,
– Santé environnement dont risques sanitaires,
– Performance du système de santé.

- L'enjeu du domaine « santé mentale, y compris les addictions et la santé des jeunes »pour la population se situe dans l'accès à des dispositifs adaptés, la continuité des prises en charge et la transition entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- Dans le cadre de ce domaine stratégique, les priorités et objectifs directement liés aux addictions sont les suivantes :

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Promotion de la santé mentale et prévention des conduites à risques	Renforcer les mesures de prévention des conduites à risque	Agir sur les déterminants de santé
		Structurer et coordonner l'offre de prévention auprès du public jeune
		Améliorer la formation des acteurs de prévention
Prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou de publics spécifiques	Améliorer les prises en charge des patients	Prendre en charge les morbidités somatiques associées et les problématiques liées aux conduites addictives
	Consolider l'offre de prise en charge des patients en difficultés avec les addictions	Développer l'offre de prise en charge résidentielle dans le secteur médico-social (communautés thérapeutiques, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement, équipes mobiles intervenant dans les structures d'hébergement social)
		Renforcer l'articulation avec la psychiatrie
		Améliorer la prise en charge de la toxicomanie
		Développer l'offre de soins pour les addictions sans substance

- Le Schéma Régional de Prévention (SRP), en cours de validation, a pour objectif de définir les orientations visant, pour l'ensemble des territoires de santé de La Réunion, à améliorer l'offre de services de prévention individuelle et collective. Cette offre doit contribuer à développer un environnement favorable à la santé de la population et aider chaque réunionnais à s'approprier ou développer les moyens nécessaires pour maintenir ou améliorer son état de santé. Il précisera les orientations stratégiques en matière de prévention notamment dans le domaine des conduites addictives.

► Une articulation avec les priorités de la MILDT

- La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) est chargée de coordonner l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies en veillant à la cohérence des différentes approches, qu'elles soient préventive, sanitaire ou répressive. Elle élabore les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances et mobilise les ministères concernés autour des objectifs arrêtés dans ses plans.
- Les orientations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies sont déclinées localement par le chef de projet régional « drogue et toxicomanie » de la Préfecture.

- Les objectifs définis par la Préfecture de La Réunion au titre de 2011 sont les suivants :
  - Prévenir les usages et les trafics de drogues dans les milieux scolaires et péri-scolaires, dans les zones sensibles, en milieu carcéral,
  - Prévenir les risques liés aux consommations abusives d'alcool,
  - Prévenir les risques liés au tabagisme, plus particulièrement chez les jeunes,
  - Prévenir les pratiques addictives ou dopantes en milieux sportifs ou de loisirs,
  - Prévenir les risques liés à l'addiction aux jeux et à Internet chez les jeunes,
  - Réduire les accidents du travail, l'absentéisme lié à l'alcool ou à l'usage de psychotropes,
  - Affiner les diagnostics, échanger les expériences, déterminer des pratiques pertinentes, former les intervenants,
  - Communiquer auprès du grand public sur les risques aux drogues et à l'alcool.

- Le Dispositif d'Appui Territorial (DAT), mis en place en juin 2010, vise à apporter une aide au chef de projet régional « drogue et toxicomanie » pour relayer sur tout le territoire la stratégie de prévention de la MILDT. Ses objectifs sont d'apporter une aide au diagnostic local sur cette problématique, de donner des conseils méthodologiques sur la mise en œuvre des actions de prévention et d'être un relais d'information et de capitalisation des expériences.

ZOOM SUR LES POLITIQUES NATIONALES

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue te la Toxicomanie (MILDT), l'Institut de prévention et d'éduction pour la santé (Inpes), le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Ministère de l'Outre-Mer, déploient depuis 2010 dans les Départements d'Outre-Mer, un vaste dispositif de communication en 3 volets : la prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes, la prévention de la consommation de drogues illicites et la promotion des dispositifs d'écoute, de conseil et de prise en charge des consommateurs d'alcool, de drogues ou de leur entourage [15].

En effet, les données épidémiologiques disponibles ont montré dans les DOM des spécificités de consommations des produits psychoactifs.

Face aux constats mis en exergue, un dispositif de communication spécifique a été déployé dans les Départements d'Outre-Mer :

- Une campagne de prévention ciblée sur la consommation d'alcool chez les jeunes
  Afin d'amener les jeunes à réfléchir aux risques liés à leur mode de consommation d'alcool et de limiter les situations d'ivresses répétées, la campagne télévisée « Boire trop » a été rediffusée du 4 juillet au 14 août 2011 sur le réseau de chaînes locales et dans les cinémas à La Réunion.
- Une sensibilisation aux risques liés à la consommation de drogues illicites
  Déjà diffusée en décembre 2010, la campagne télévisée « Contre les drogues, chacun peut agir » a pour objectif d'amener les parents et l'entourage à s'interroger sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prévention de la consommation de drogue chez leurs enfants ainsi que sur les actions à mettre en œuvre. Elle a été diffusée du 12 septembre au 2 octobre 2011, sur le réseau des chaînes locales.
- La promotion des dispositifs d'aide à distance
  L'Inpes rappelle dans ses campagnes les dispositifs d'aide à distance qui ont pour vocation d'informer, d'écouter et d'orienter le public vers les structures ou les professionnels à même de leur apporter de l'aide. Pour promouvoir le dispositif, une vaste campagne d'affichage urbain était visible en octobre dans les DOM

ACTEURS DE PREVENTION

Recensement des acteurs

A l'île de La Réunion, les acteurs qui oeuvrent pour la lutte contre les addictions sont nombreux et appartiennent à des secteurs variés.

► Des acteurs nombreux …

Dans le cadre des travaux du DAT, un travail de recensement et d'actualisation de la liste des acteurs en addictologie a été réalisé en 2010 à partir du répertoire des acteurs réalisé en 2007 par l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé).

Sur le territoire, la lutte contre les addictions est portée par différents acteurs pouvant être classés de la manière suivante :

- les **acteurs de soins** (secteurs sanitaire et médico-social)
- les **acteurs de prévention**, dont c'est l'activité principale (la majorité étant des associations)
- les acteurs occasionnels ou indirects, à savoir :
  - des **acteurs dont les missions sont indirectement en lien avec cette problématique** (ex. lutte contre la précarité, lutte contre le SIDA...)
  - d'autres **acteurs dont l'addictologie n'est pas le cœur de métier** et qui font, généralement, appel à des prestataires

Au total, **82 opérateurs sont recensés** (mise à jour février 2011) menant ou ayant mené des actions dans cette thématique au cours des 4 dernières années.

Certaines actions reposent sur le bénévolat et ne bénéficient d'aucun financement institutionnel ; ceci peut expliquer qu'une partie des acteurs échappent au présent recensement.

Recensement des acteurs en addictologie à La Réunion (recensement mis à jour en février 2011)

	Effectifs	Pourcentages
Acteurs de prévention	10	12%
Acteurs de soins	8	10%
Acteurs occasionnels ou indirects	64	78%
Total	82	100%

Sources : DAT (bilan DAT 2010)

► … et des acteurs variés

- La majorité des acteurs en addictologie ont un statut associatif (64%).
- La moitié des acteurs développe des interventions de proximité (47%), les autres actions ou servcies le plus fréquemment proposés par les acteurs sont : accueil et information (19%), relais de campagnes nationales (16%).
- Les acteurs sont répartis sur l'ensemble du territoire. Néanmoins, les régions Sud et Ouest semblent moins bien dotées.
- Les principaux champs d'intervention des acteurs sont :
  - Prévention : 28%
  - Santé : 26%
  - Social : 20%

Typologie des acteurs en addictologie à La Réunion

	Pourcentages
Statut des répondants	
Association	64%
Service déconcentré de l'Etat	3%
Collectivité territoriale	14%
Etablissement public	14%
Entreprise	3%
Types d'actions ou de services développés	
Accueil et Information	19%
Relais de campagnes nationales	16%
Documentation	11%
Interventions de proximité	47%
Créations d'outils	13%
Appui méthodologique	11%
Territoire d'interventions	
Toute l'île	31%
Nord	22%
Sud	17%
Est	22%
Ouest	8%

Sources : DAT (bilan DAT 2010)

Actions de prévention

La pluralité des acteurs de prévention permet la réalisation de nombreuses actions dont le recensement précis est difficile à effectuer. Ces actions sont financées par différents partenaires principalement l'Agence de Santé Océan Indien, les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale.

► Des actions d'information et de sensibilisation

- Des actions d'information et de sensibilisation sont menées en population générale. Certaines actions de proximité visent les quartiers les plus reculés de l'île et permettent de toucher notamment les personnes en situation précaire et d'isolement.

- Le public jeune est largement visé par les actions d'information et de sensibilisation : jeunes âgés de 8 à 25 ans, déjà consommateurs ou non.

- Les actions en faveur des jeunes se font essentiellement en milieu scolaire afin d'en toucher un grand nombre et de manière structurée (programmes en partenariat avec le Rectorat pour les CM2, 5è et CAP). L'objectif est d'agir de manière précoce afin de prévenir les premières consommations et les usages abusifs. L'approche est adaptée selon la tranche d'âge. Il s'agit le plus souvent d'actions d'information et de sensibilisation.

- Des actions sont faites également hors milieu scolaire et visent principalement les jeunes en difficulté (public des missions locales).

► Des actions d'écoute, de soutien et d'accompagnement

- Des actions ont pour objectif le soutien et l'accompagnement des personnes malades alcooliques, abstinentes ou non, et de leur entourage. C'est un maillon complémentaire entre l'information "tout public" et la démarche de soin en CSAPA (l'accompagnement se faisant avant, pendant et après le soin).

- L'aide au sevrage tabagique est organisée au niveau des centres de sevrage tabagique à travers notamment la mise à disposition de patchs nicotiniques.

Annexes

Glossaire

Répertoire des sigles

Principales sources de données

Bibliographie et sources d'informations

Pour en savoir plus

Ressources complémentaires ***(sites internet numéros d'appel)***

Glossaire

- **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 visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou des accidents (définition O.M.S.). On distingue plusieurs approches dont :

  ⇒ prévention primaire/secondaire/tertiaire/quaternaire

  ⇒ prévention universelle/orientée/ciblée

- **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'œsophage :** code CIM10 : C00-C15

- **Tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon :** code CIM10 : C32-C34

Répertoire des Sigles

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AFLD	Agence Française de Lutte contre le Dopage
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANPAA	*Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie*
BH	Blessés Hospitalisés
BNH	Blessés Non Hospitalisés
ARS OI	Agence de Santé Océan Indien
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CEIP	Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CHGM	Centre Hospitalier Gabriel Martin
CHR	Centre Hospitalier Régional
CIRE OI	Cellule Inter-régionale d'Epidémiologie Océan Indien
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes
DAT	Dispositif d'Appui Territorial
DEAL	Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logemen
DJSCS	Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DOM	Département d'Outre-Mer
DRDDI	Direction régionale des Douanes et Droits Indirects
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
EAF	Effets de l'Alcool sur le Fœtus
FDJ	Française des Jeux
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
GHSR	Groupe Hospitalier Sud Réunion
ILIAD	Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PEAF	Possibles Effets de l'Alcool sur le Foetus
PMU	Pari Mutuel Urbain
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RDR	Réduction des Risques
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Foetale
SIAMOIS	Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
VADS	Voies Aéro-digestives Supérieures

Principales sources de données

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, 10ème 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 1er 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 ; DGPN/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 :
- DGPN : 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 forcement 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'officines sentinelles concernant les ordonnances falsifiées.

Bibliographie et sources d'informations

[1] Séries statistiques
OFDT ; http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html

[2] Le tableau de bord mensuel des indicateurs tabac – Bilan de l'année 2010.
OFDT ; 5p ; http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_10bil.pdf

[2] ESCAPAD 2008
OFDT ; données locales.
http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html
[

[4] Atlas régional des consommations d'alcool 2005 - Données INPES/OFDT
Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé territoires, 2008 : 336 p.
http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1135.pdf

[5] Enquête ETADAR - Tabac, alcool, drogues à La Réunion 2006-2007.
DRASS, Rectorat ; Infos Réunion, Etudes et statistiques n°11 ; avril 2009 ; 6p.

[6] Etat de santé des primo-inscrits en missions locales à La Réunion.
ORS Réunion. Mai 2011. 82p. www.ors-reunion.fr

[7] Usages et mésusages des jeux et d'Internet chez les étudiants à La réunion.
ORS Réunion. Novembre 2011. 88p. www.ors-reunion.fr

[8] Rapport qualitatif CAARUD 2010
Réseau Oté ! mai 2011. 4p.

[9] Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010
Costes J-M., Pousset M., Eroukmanoff V., Le Nezet O., Richard J-B., Guignard., Beck F., Arwidson P. *Tendances n° 77, OFDT, Septembre 2011, 8 p.*

[10] Jeu excessif, jeu pathologique & jeu d'argent à La Réunion – colloque régional Addictions, jeux et dépendances - Les aspects législatifs et la réponse de l'Etat
Actes du colloque – www.frar.asso.fr

[11] Rapport Tic TRack – Réunion – résultats du 4ème trimestre 2010. IPSOS Océan Indien. Rapport d'étude remis à la Région Réunion. Février 2011. 93p.

[12] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).
http://www.CépiDc.vesinet.inserm.fr

[13] Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé
INPES. Novembre 2007. 574p.

[14] Plan stratégique de santé de La Réunion et de Mayotte.
ARS OI. Avril 2011. 49p. http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PSRS.pdf

[15] Alcool et drogues : un dispositif de communication spécifique déployé dans les Départements d'Outre-Mer.
MILDT, Inpes, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Outre-Mer. Communiqué de presse. Septembre 2011.

Pour en savoir plus

CHU BORDEAUX. Etude OPPIDUM : Principaux résultats 2010 en Aquitaine et Départements d'Outre Mer. 2011.
http://www.dat974.fr/IMG/pdf/R-sultats_en_Aquitaine_et_DOM.pdf

AFSSAPS, CEIP. Résultats de l'enquête OSIAP 2009. Avril 2011.
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/e3aca65806f6ca762a5d683b4003cf9f.pdf

CREDOC/APR/AP. L'organisation des soirées étudiantes et la prévention des risques routiers : Le comportement des organisateurs de soirées étudiantes, 2010.
http://www.assureurs-prevention.fr/sites/upload/docs/application/pdf/2011-10/etudecredocsoireesetudiantesjuin2010.pdf

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT). Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge Données 2010 : tableaux statistiques, 2011.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2010.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). Rapport annuel 2011-Etat du phénomène de la drogue en Europe, 2011.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/AR2011oedt.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). Children's voices, 2010.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/childrensvoices.pdf

EMCDDA, EUROPOL. 2010 Annual Report : on the information exchange, risk-assessment and control of new psychoactive substances, 2011.
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_132857_EN_EMCDDA-Europol%20Annual%20Report%202010A.pdf

MILDT, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » Paris 25 juin 2010, Synthèse, 2010.
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Assises_nationales_Drogues_illicites_et_risques_professionnels___Synthese.pdf

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Alcool et grossesse, parlons-en : Guide à l'usage des professionnels, 2011.
http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/telechargement/guide-alcool-et-grossesse.pdf

INPES, MILDT, MINISTERE CHARGE DE LA SANTE. Cannabis : les risques expliqués aux parents, 2010.
http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/806.pdf

ORGANE INTERNATIONAL DE CONTROLE DES STUPEFIANTS. Rapport annuel 2010, 2011.
http://www.incb.org/pdf/annual-report/2010/fr/AR_2010_French.pdf

COMMISSION EUROPEENNE. Bilan 2010 de l'état d'avancement du plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012), 2010.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/bil2010planUE20092012.pdf

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT). Répertoire des nouvelles drogues de synthèse identifiées en France depuis 2008. Note d'information Sintes, novembre 2011.
http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_110509_nds.pdf

REYNAUD-MAURUPT C., HOAREAU E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés », décembre 2010, OFDT, TREND.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcrqc.pdf

CHALUMEAU M. Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD, juillet 2010, OFDT.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcq7.pdf

TRUCY F. Faut-il revoir la loi sur les jeux en ligne ? Rapport d'information fait au nom de la commission des finances n° 17 (2011-2012), Sénat, 12 octobre 2011.
http://www.senat.fr/rap/r11-017/r11-017.html

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf

FEDERATION ADDICTION. Guide santé justice : Les soins obligés en addictologie, 2011.
http://www.anitea.fr/download/guide_sante_internet.pdf

FFA; REYNAUD M.; MOREL A. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France, 2011.
http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf

COMMISSION EUROPEENNE. Livre vert sur les jeux d'argent et de hasard en ligne dans le marché intérieur. 2011.
http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/docs/2011/online_gambling/com2011_128_fr.pdf

OMS. Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148067/RC61_fdoc13.pdf

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. Jeux vidéo : quelle régulation des contenus et des pratiques ? Note d'analyse – Questions sociales, n° 201, novembre 2010.
http://www.crje.fr/admin/preview/note_analyse_cae.pdf

INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues: synthèse et recommandations, 2010.
http://www.inserm.fr/content/download/12993/97898/file/synthese_reduction_risques.pdfConsommation

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT). Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse épidémiologique, avril 2011.
http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap11/epfxblr4.html

MISSION D'INFORMATION SUR LES TOXICOMANIES. Toxicomanies : rejeter la fatalité, renouveler les stratégies, Assemblée Nationale, Sénat, 30 juin 2011.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3612-ti.pdf

CASERO L.; ET AL. L'usage de drogues en Communauté française. Rapport 2010
http://www.eurotox.org/documents/documents.html

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT). Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, 2010.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjcq2.pdf

ANPAA. Alcool : Mémento Législatif, octobre 2011.
http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/telechargement/alcool-memento.pdf

ANPAA. Tabac : Mémento Législatif, octobre 2011.
http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/telechargement/tabac-memento.pdf

INPES, INCA. « International Tobacco Control », projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac : Rapport national ITC France, Résultats de la deuxième vague, octobre 2011.
http://www.inpes.sante.fr/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf

MILDT. Les collectivités territoriales face aux conduites addictives (stupéfiants - alcool - tabac) : guide pratique, 2011.
http://www.amf.asso.fr/document/fichier.asp?FTP=AMF_10753_GUIDE_MILDT.pdf&ID_DOC=10753&DOT_N_ID=35

Ressources complémentaires
(sites internet, numéros d'appels)

➢ Sites internet de référence

Mission Interministérielle contre les drogues et les Toxicomanies	www.drogues.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.drogues-dependance.fr
Drogues Info Services	www.drogues-info-service.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	www.oft-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
Agence Mondiale Antidopage	www.wada-ama.org/fr
Agence Française de Lutte contre le Dopage	www.afld.fr
Dopage	www.dopage.com

➢ Sites internet locaux

Dispositif d'Appui territorial	www.dat974.fr
Fédération Régionale d'Addictologie de La Réunion	www.frar.asso.fr
Institut Robert Debré	www.institutrobertdebre.com
Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé	www.irepsreunion.org
Pôle régional de compétences en éducation pour la santé et Promotion de la Santé	http://www.polecompetencesante974.re/

➢ 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

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.

Ce tableau de bord est un outil régional de synthèse des données existantes sur le phénomène des comportements addictifs à destination des professionnels et des acteurs publics. Il permet de suivre l'évolution du phénomène afin de pouvoir définir les orientations en termes de prévention.

Réalisé en partenariat avec l'Agence de Santé Océan indien (ARS-OI) et les partenaires œuvrant dans ce domaine, ce présent document dresse un état des lieux des données disponibles à La Réunion sur l'alcool, le tabac, les drogues illicites et sur les drogues sans substance, comme les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo ou Internet.

Des documents de synthèse présentent les principaux constats et tendances à retenir par thématique ou par produit.

Les documents (tableau de bord complet et synthèses) sont téléchargeables sur le site de l'ORS :
www.ors-reunion.org

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 GHSR, Cire-OI, CSST-CAARUD Kaz'Oté, COREVIH, DJSCS, Département de La Réunion, DEAL Réunion (Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), DRDDI, DRSM, Française des Jeux, INSEE, INSERM, FNORS, OFDT, PHARMAR, PMU, Préfecture de La Réunion, Services de Police et Gendarmerie, SITAR, SOREDIP…

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

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

Financement et coordination

ars Agence de Santé Océan Indien