RECUEIL COMMUN SUR LES ADDICTIONS ET LES PRISES EN CHARGE

ANALYSE DE L'ACTIVITE DU CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN ALCOOLOGIE ET TOXICOMANIE POUR L'ANNEE 2019

RAPPORT REDIGE PAR
LE DISPOSITIF D'EXPLOITATION DES DONNEES DE SANTE
DE LA DIRECTION DE LA SANTE

NOVEMBRE 2020

Sommaire

1. Introduction 5
1.1 Le centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) en Polynésie française 5
1.2 RECAP et l'OFDT en France métropolitaine 5
1.3 Intérêt de RECAP en Polynésie française et objectifs du recueil 6
2. Méthode 6
3. Résultats et analyse 10
3.1 Caractéristiques sociodémographiques 10
3.2 La prise en charge des patients 14
3.3 La santé des patients 15
3.4 Les consommations des patients 18
3.4.1 Les consommations à l'origine de la prise en charge 18
3.4.1.1 La consommation de produits inhalables à l'origine de la prise en charge 20
3.4.1.2 La consommation de produits ingérables à l'origine de la prise en charge 21
3.4.1.3 Les addictions sans produit à l'origine de la prise en charge 21
3.4.2 Les consommations dans les 30 derniers jours 22
3.4.2.1 Les consommations de cannabis 24
3.4.2.2 Les consommations d'alcool et de tabac 25
3.4.2.3 Les multi-consommations 25
3.4.2.4 Les consommations de drogues dures 26
3.5 Quatre profils de patients 26
3.5.1 Les consultations des jeunes au CCSAT 27
3.5.2 Les patients en cours de suivi ou en reprise de traitement 28
3.5.3 Les actifs en début de suivi au CCSAT 32
3.5.4 Les consommateurs de plus de 50 ans 34
4. Conclusion 36
Annexe : Adaptation de l'outil RECAP pour la Polynésie française 38

Index des graphiques

Figure 1 : Répartition des patients par tranches d'âge (N=1281) 10
Figure 2 : Répartition des patients par sexe (N=1281) 11
Figure 3 : Répartition des patients par catégorie socioprofessionnelle (N=1274) 11
Figure 4 : Répartition des patients par situation professionnelle au cours des 6 mois précédents l'entretien (N=1272) 12
Figure 5 : Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants (N=1281) 12
Figure 6 : Répartition des patients en fonction de leur entourage au moment de l'entretien (N=1215) 12
Figure 7 : Répartition des patients selon leur logement pour les 6 mois après l'entretien (N=1279) 13
Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'origine de leurs ressources au cours des 6 mois précédents l'entretien (N=1275) 13
Figure 9 : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude achevé au moment de l'entretien (N=1256) 14
Figure 10 : Répartition des patients selon le type de prise en charge au CCSAT (N=1279) 14
Figure 11 : Répartition des patients selon le délai entre le début de la prise en charge au CCSAT et l'entretien RECAP, quel que soit le type de prise en charge (N=1281) 15
Figure 12 : Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge (N=1260) 15
Figure 13 : Répartition des patients en fonction d'une prescription médicale spécifique aux addictions en cours : traitement de substitution aux opiacés ou autres traitements (N=1281) 16
Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la réalisation d'au moins un test de dépistage du VIH et du résultat sérologique (N=1123) 16
Figure 15 : Répartition des patients en fonction de la réalisation d'au moins un test de dépistage de l'hépatite C et du résultat sérologique (N=1112) 16
Figure 16 : Répartition des patients en fonction du statut vaccinal pour l'hépatite B (N=1035) 17
Figure 17 : Répartition des patients en fonction de leurs hospitalisations psychiatriques antérieures hors sevrage (N=1267) 17
Figure 18 : Répartition des patients en fonction des tentatives de suicide (N=1259) 17
Figure 19 : Répartition des patients en fonction des antécédents d'incarcération (N=1278) 18
Figure 20 : Répartition des patients en fonction des durées d'incarcération (N=202) 18
Figure 21 : Répartition des patients en fonction du produit à l'origine de la prise en charge (N=1277) 19
Figure 22 : Répartition des patients en fonction de la fréquence de consommation du produit à l'origine de la prise en charge (N=1257) 19
Figure 23 : Répartition des patients en fonction de l'usage du produit à l'origine de la prise en charge (N=1267) 19
Figure 24 : Répartition des patients en fonction de l'âge de la première consommation du produit à l'origine de la prise en charge (N=1263) 20
Figure 25 : Répartition des patients majeurs en fonction de l'âge de la première consommation du produit à l'origine de la prise en charge (N=913) 20
Figure 26 : Répartition des patients en fonction des modalités de consommation du produit à l'origine de la prise en charge (N=1277) 20

Figure 27 : Proportion de patients dans le groupe « produits inhalables » (N=799) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 21

Figure 28 : Proportion de patients dans le groupe « produits ingérables » (N=436) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 21

Figure 29 : Proportion de patients dans le groupe « addictions sans produit » (N=42) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 22

Figure 30 : Répartition des patients selon leur consommation de tabac dans les 30 derniers jours (N=624) 22

Figure 31 : Répartition des patients selon leur consommation de cannabis dans les 30 derniers jours (N=680) 23

Figure 32 : Répartition des patients selon leur consommation de produits problématiques dans les 30 derniers jours (N=1280) 23

Figure 33 : Répartition des patients selon les produits problématiques consommés dans les 30 derniers jours (N=1113) 24

Figure 34 : Répartition des patients en fonction des consommations motivant leur prise en charge au CCSAT (N=1113) 24

Figure 35 : Proportion de patients dans le groupe « cannabis » (N=583) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 25

Figure 36 : Proportion de patients dans le groupe « alcool et tabac » (N=387) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 25

Figure 37 : Proportion de patients dans le groupe « multi-consommateurs » (N=131) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 26

Figure 38 : Proportion de patients dans le groupe « drogues dures » (N=12) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe 26

Figure 39 : Profils des patients (N=1281) 27

Figure 40 : Proportion de patients dans le groupe « jeunes » (N=507) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe 28

Figure 41 : Proportion de patients dans le groupe « longs suivis » (N=377) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe 30

Figure 42 : Proportion de patients dans le groupe « actifs » (N=347) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe 32

Figure 43 : Proportion de patients dans le groupe « retraités » (N=50) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe 34

Index des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des résultats de l'enquête RECAP 2019 en Polynésie française comparés aux résultats de l'enquête RECAP 2018 réalisée en France métropolitaine 7

Tableau 2 : Répartition des âges de première prise en charge par groupe de patients et sur l'ensemble des patients (en années) 35

1. Introduction

1.1 Le centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) en Polynésie française

Connu en premier lieu sous le nom de « service d'alcoologie et de toxicomanie », l'actuel Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT), localisé à Papeete, est un service actif de la Direction de la santé depuis 1984. C'est le seul service spécialisé en addictologie de la Polynésie française et il intervient aussi bien à Tahiti que dans les autres îles de Polynésie française.

Le CCSAT assure un accompagnement et des soins spécialisés en ambulatoire, gratuits et anonymes, pour toute personne confrontée à une ou plusieurs addictions, avec ou sans produit. Le centre prend en charge aussi bien les consommateurs que leur entourage, quel que soit leur âge et leur niveau de consommation.

Les missions du CCSAT sont définies dans l'arrêté n°673/CM du 15 avril 2004 modifié portant organisation de la Direction de la santé :

- la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie sous toutes leurs formes et par tous les moyens dont il dispose ;
- la mise en œuvre d'une activité de prévention par l'éducation et l'information tout public ;
- la prise en charge médicale et psychologique spécifique pour ces malades ;
- le suivi en postcure ;
- la réinsertion sociale et professionnelle des malades.

Les activités du CCSAT recouvrent plusieurs domaines d'actions tels que :

- la prévention en matière d'addictions et de toxicomanies à l'échelle du territoire,
- la formation des professionnels relais sur le terrain, pour la prévention des addictions, le repérage précoce et l'intervention brève auprès des usagers à risque,
- l'accueil et l'information des patients alcooliques et toxicomanes et de leur entourage, ainsi que la prise en charge médicale, psychologique, sociale et familiale de ces derniers.

En plus des consultations dans les locaux du CCSAT, des consultations ouvertes aux jeunes scolarisés se tiennent plusieurs fois par mois dans plusieurs établissements scolaires de Tahiti, d'où une forte proportion de jeunes parmi les patients du centre.

1.2 RECAP et l'OFDT en France métropolitaine

Le Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (RECAP) est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) opérant en France métropolitaine et dans les DOM. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (gestion informatisée des dossiers médicaux de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions. Depuis 2005, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), relais national de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (EMCDDA), diffuse chaque année une synthèse en ligne des résultats nationaux de l'enquête RECAP.

La définition de ce recueil commun sur les addictions a été menée, en France métropolitaine, au sein de groupes de travail composés de professionnels de la prise en charge et de représentants des administrations et agences concernées (Direction générale de la santé (DGS), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins professionnels (DHOS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDT), Institut de veille sanitaire (InVS), Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)) animés et coordonnés par l'OFDT. Le travail de ces groupes a conduit à l'adoption d'un questionnaire pour les CSAPA et d'un guide de remplissage. Parallèlement, les structures concernées restent libres d'adapter l'outil RECAP (ajout de question, décomposition des réponses) pour obtenir le niveau de détail correspondant à leurs besoins propres.

L'objectif de ce recueil est de pouvoir disposer d'indicateurs permettant de suivre le nombre et les caractéristiques des consommateurs de drogues, licites ou illicites, pris en charge par chaque structure mais également au niveau régional, national et européen. RECAP est en effet une adaptation à la situation française du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement dont les recommandations sont aujourd'hui suivies dans la quasi-totalité des pays de l'UE.

Les données recueillies doivent contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté.

1.3 Intérêt de RECAP en Polynésie française et objectifs du recueil

Dans l'axe 3 du Schéma d'organisation sanitaire (SOS) de la Polynésie française 2016-2021, la priorité est donnée à l'adéquation et à l'efficience de l'offre de soins par rapport aux besoins. La mise en place d'indicateurs en santé, à partir de dispositifs de mesure continus, est une aide pour adapter l'offre à la demande. En suivant l'axe 4.3 du SOS, la promotion de la santé (dans le domaine des addictions notamment), ne peut être efficace qu'avec une meilleure connaissance des comportements locaux.

La Polynésie française dispose de données sur les addictions à travers la réalisation d'enquêtes faites en 2009, dans l'enseignement secondaire, de la classe de 6e à la terminale (enquête Ecaap avec l'Inpes), en 2010 dans la population générale entre 18 et 64 ans (Enquête Stepwise avec l'OMS), et en 2015 dans la population scolarisée des 13/17 ans (Enquête GSHS avec l'OMS). Ces enquêtes ponctuelles et déclaratives ont permis de mesurer les comportements et les connaissances liés à l'usage d'alcool et de drogues en Polynésie.

La dernière enquête en 2015 révélait une proportion de jeunes de 13/17 ans consommant de l'alcool (au moins 1 jour dans le mois avant l'enquête) en Polynésie française dépassant significativement les taux observés dans d'autres pays de la zone Pacifique. Ils étaient près de 41% en Polynésie à déclarer avoir déjà été ivres en consommant de l'alcool alors que ce taux se trouvait entre 16 et 13% dans la même population au Vanuatu, aux Tonga et aux Iles Fidji.

Concernant la consommation de tabac chez les 13/17 ans scolarisés dans l'enquête GSHS 2015, le taux de fumeurs de tabac déclarés en Polynésie française n'était pas significativement différent des taux observés aux Iles Cook, aux Tonga et au Vanuatu (p=0,1). Le taux en Polynésie était significativement plus élevé que celui aux îles Fidji.

En 2015/2016, 27% des jeunes scolarisés interrogés avaient déjà consommé du cannabis alors qu'ils n'étaient que 5% au Vanuatu et 10% aux Iles Cook. Parmi ces consommateurs, ils étaient 10% en Polynésie à avoir expérimenté le cannabis avant l'âge de 14 ans.

Ces résultats issus de la dernière enquête OMS font partie des 5 indicateurs clés de l'EMCDDA. Ils quantifient, de manière objective et standardisée, la problématique de la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes Polynésiens entre 13/17 ans. Comme le préconisent l'OFDT et l'observatoire européen, la reproduction d'enquêtes dans d'autres populations permettrait d'avoir une vision complète de la problématique de l'usage de l'alcool et des drogues sur le territoire. L'outil RECAP, déjà testé dans plus de 250 centres de soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie, traduit une volonté d'harmoniser les recueils et ainsi fournir des données comparables sur les prises en charge des personnes en difficulté face à une ou plusieurs addictions.

Enquêter auprès de la population prise en charge par le CCSAT de Polynésie française permet de disposer d'indicateurs standardisés qui offriront aux pouvoirs publics la possibilité d'évaluer les besoins nécessaires à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'accompagnement. RECAP permet également de suivre l'impact des actions sur le terrain et l'évolution des indicateurs dans le temps. Ces indicateurs quantitatifs ne donnent qu'un aperçu de cette problématique mais permettront de prioriser les actions en fonction des conséquences sociales et médicales. Les données issues de RECAP font partie d'un premier socle de connaissances de cette population en difficulté et sont un préalable indispensable à la mise en place d'enquêtes complémentaires plus spécifiques utilisant des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives).

L'objectif principal de cette première année de recueil auprès du CCSAT, avec l'outil RECAP, consiste à décrire les caractéristiques (sociodémographiques, médicales et d'usage des produits) des consommateurs de substances psychoactives pris en charge par les professionnels du CCSAT. Les données recueillies pourraient également servir de base à la réalisation d'un tableau de bord annuel d'indicateurs clés, standardisés et fiables sur l'usage problématique de drogues par les patients du CCSAT (données minimales de surveillance en Polynésie française des usagers de drogues en cours de traitement). Dans une perspective longitudinale, ces indicateurs pourraient être comparés dans le temps, mais aussi avec ceux de la France métropolitaine et des autres pays participant à ce même recueil.

2. Méthodes

L'enquête RECAP adaptée à la Polynésie française est une étude transversale non interventionnelle, répétée et monocentrique. Elle suit la méthodologie de l'enquête RECAP réalisée par l'OFDT.

L'exploitation statistique des données et la rédaction du présent rapport ont été réalisées par le Dispositif d'exploitation des données de santé (DEDS) de la Direction de la Santé de Polynésie française. Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel R. Le test du Chi² a été utilisé pour comparer les différents taux présentés. Pour chaque test statistique, une valeur test (notée « p » dans ce rapport) est comparée à un seuil de

significativité. Si la valeur test « p » est inférieure à ce seuil, l'écart testé est considéré comme statistiquement significatif, c'est-à-dire que le risque de se tromper en affirmant que la différence entre les taux testés n'est pas due au hasard est inférieur au seuil de significativité. Pour ce rapport, le risque d'erreur était au maximum inférieur au seuil de 5%. Par ailleurs, afin de tenir compte de l'ensemble des facteurs pouvant avoir une influence sur les patients, trois analyses dites « multivariées » ont été réalisées pour ce rapport. Pour chacune d'elles, une analyse des correspondances multiples (ACM) permettait, en premier lieu, de tenir compte simultanément d'un ensemble de variables cibles et de l'influence qu'elles pouvaient avoir les unes sur les autres. Dans un second temps, une typologie des individus était réalisée à partir des résultats de l'ACM, via une méthode de classification ascendante hiérarchique (CAH). La CAH rassemblait les individus en fonction de leurs ressemblances dans des groupes les plus homogènes possibles. A chaque groupe correspondait un profil, dressé à partir des caractéristiques les plus partagées par les membres du groupe.

Les résultats présentés dans ce rapport concernent uniquement l'année d'activité 2019, soit le recueil réalisé au CCSAT du 1er mars 2019 au 29 février 2020, à l'issue de la phase de test du questionnaire, par les douze praticiens du CCSAT (3 psychiatres, 5 psychologues, 3 infirmiers, 1 psychomotricienne).

S'agissant de la première mise en œuvre du recueil en Polynésie française, pour chaque patient reçu au CCSAT au cours de l'année d'étude, une fiche RECAP au format papier était complétée par le praticien qui recevait le patient lors du premier entretien (une fiche par patient et par année). Selon la disponibilité des items, la fiche pouvait être complétée à partir du dossier du patient ou avec le patient en face-à-face. Les données recueillies sur la fiche RECAP correspondent à des informations demandées dans le cadre de la prise en charge classique du patient. La fiche de recueil des données respecte la fiche nationale établie par l'OFDT, mais plusieurs propositions de réponses ont été ajoutées ou complétées pour adapter l'outil RECAP au contexte polynésien (*Cf. Questionnaire RECAP adapté en annexe*). Le remplissage de la fiche prend moins de 10 minutes pour chaque patient. Les données se découpent en 29 questions réparties dans trois grands ensembles (*Tableau 1*) :

- Les informations générales concernant le patient.
- La prise en charge du patient au CCSAT.
- Les informations concernant la santé du patient.

Les fiches complétées étaient ensuite transmises au DEDS pour être saisies à l'aide d'un masque de saisie élaboré par le DEDS. Les données saisies alimentaient deux bases de données :

- La base destinée à être traitée par l'OFDT : base annuelle des patients reçus du 1er janvier au 31 décembre de l'année d'étude et transmise à l'OFDT pour être analysée sur le plan national, en ne tenant compte que du socle commun d'items initialement prévus dans l'outil RECAP.
- La base destinée à être traitée par le DEDS : base annuelle des patients reçus pendant la période d'étude (du 1er mars 2019 au 29 février 2020), analysée localement par le DEDS, en tenant compte de l'ensemble des items de l'outil RECAP, y compris les adaptations liées aux particularités locales.

Au total, 1290 fiches RECAP ont été enregistrées entre le 1er mars 2019 et le 29 février 2020. Cette étude portant sur les consommateurs, 9 fiches d'accompagnants venus consulter au CCSAT au cours de la période ont été retirées de l'analyse, soit un total de **1281 patients** reçus au CCSAT au cours de la période d'étude, dans le cadre du traitement de leur addiction.

Tableau 1 : Synthèse des résultats de l'enquête RECAP 2019 en Polynésie française comparés aux résultats de l'enquête RECAP 2018 réalisée en France métropolitaine

	RECAP-Pf 2019		**RECAP-Fr 2018**
	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages
Sexe			
Homme	966	75,4%	77,4%
Femme	315	24,6%	22,6%
Age			
Moyenne	31 ans		39,5 ans
Ecart-type	14,4 ans		13,6 ans
Médiane	30 ans		39,0 ans
Classes d'âge			
Moins de 20 ans	437	34,1%	7,0%
Dont moins de 18 ans	*355*	*27,7%*	*3,6%*
20-24 ans	71	5,5%	8,4%
25-29 ans	130	10,1%	10,1%
30-39 ans	278	21,7%	26,4%
40-49 ans	209	16,3%	23,7%
50-59 ans	118	9,2%	16,3%
60 ans et plus	38	3,0%	8,0%

	RECAP-Pf 2019		RECAP-Fr 2018
	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages
Enfants			
Sans enfant	680	53,1%	52,4%
Au moins 1 enfant	601	46,9%	47,6%
1 enfant	*183*	*30,4%*	*36,8%*
2 enfants ou plus	*418*	*69,6%*	*63,2%*
CSP			
Sans profession	729	57,2%	29,7%
Employé	224	17,6%	31,9%
Ouvrier	102	8,0%	22,9%
Artisan, commerçant	85	6,7%	3,9%
Retraité	50	3,9%	3,8%
Profession intermédiaire	32	2,5%	3,2%
Agriculteur	27	2,1%	0,7%
Cadre, profession libérale	25	2,0%	4,0%
Entourage (6 derniers mois)			
Vit avec ses parents	407	33,5%	20,4%
Couple avec enfant	317	26,1%	16,0%
Vit avec des membres de la famille	224	18,4%	-
Couple sans enfant	114	9,4%	14,4%
Vit seul	86	7,1%	33,0%
Seul avec enfant	42	3,5%	5,1%
Vit avec des amis	13	1,1%	2,3%
Autre	9	0,7%	5,1%
Etablissement pénitentiaire	3	0,2%	3,8%
Logement (6 prochains mois)			
Durable chez des proches	666	52,1%	19,1%
Durable indépendant	494	38,6%	62,9%
Provisoire institution	56	4,4%	5,9%
Provisoire chez des proches	33	2,6%	5,0%
Autre provisoire	14	1,1%	2,8%
Durable institution	9	0,7%	1,8%
SDF	7	0,5%	2,5%
Origine des ressources (6 derniers mois)			
Revenus d'emplois	459	36,0%	40,1%
Autres ressources et sans revenu	345	27,1%	17,0%
Ressources d'un tiers	326	25,6%	6,1%
Revenus non déclarés	68	5,3%	-
Retraites ou pensions d'invalidité	43	3,4%	5,4%
Autres prestations sociales	25	2,0%	25,1%
Allocation Adulte Handicapé	9	0,7%	6,3%
Situation professionnelle (6 derniers mois)			
Etudiant, élève, stage non rémunéré	443	34,8%	8,3%
CDI	301	23,7%	33,9%
Autre inactif	296	23,3%	18,8%
CDD plus de 6 mois	82	6,4%	2,1%
Activité rémunérée intermittente	53	4,2%	9,7%
Retraité	50	3,9%	5,2%
Activité rémunérée ponctuelle	29	2,3%	-
Chômage	18	1,4%	22,0%
Niveau d'étude			
Pas fini le primaire	14	1,1%	0,6%
Primaire	385	30,7%	4,0%
BEPC	311	24,8%	16,6%
BEP, CAP	272	21,7%	41,2%
BAC	170	13,5%	19,1%
Bac+2	39	3,1%	9,9%
Sup Bac+2	65	5,2%	8,6%
Origine prise en charge			
Justice post-sentencielle	458	36,3%	13,1%
Milieu scolaire ou universitaire	382	30,3%	1,5%
Patient	198	15,7%	42,5%
Justice pré-sentencielle	99	7,9%	3,5%
Proches	44	3,5%	7,5%
Médecin ville	24	1,9%	7,8%
Autre hôpital ou sanitaire	31	2,5%	6,7%
Institution ou service social	17	1,3%	4,2%
Autre	7	0,6%	13,2%
Type prise en charge			
Entrée structure	645	50,4%	-
Suivi continu	367	28,7%	-
Reprise traitement	267	20,9%	-
Durée de la prise en charge			
Moins d'un mois	636	49,6%	-
1 à 6 mois	190	14,8%	-
7 à 23 mois	178	13,9%	-
2 à 7 ans	145	11,3%	-
8 ans et plus	132	10,3%	-

	RECAP-Pf 2019		RECAP-Fr 2018
	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages
Produit à l'origine de la prise en charge			
Cannabis	580	45,4%	21,2%
Alcool	415	32,5%	45,5%
Méthamphétamine	121	9,5%	0,0%
Tabac	99	7,8%	6,5%
Cyber addiction	28	2,2%	0,8%
Jeux d'argent	3	0,2%	1,2%
Héroïne	3	0,2%	12,7%
Trouble du comportement alimentaire	3	0,2%	0,7%
Benzodiazépine	2	0,2%	0,6%
Méthadone	2	0,2%	1,4%
Amphétamine	1	0,1%	0,2%
Cocaïne (poudre)	1	0,1%	2,8%
Autre hypnotique ou tranquillisant	1	0,1%	0,2%
Autres opiacés	9	0,7%	1,6%
Autre hallucinogène	1	0,1%	0,0%
Autre produit	3	0,2%	0,4%
Autre addiction sans produit	5	0,4%	0,6%
Polyconsommation			
Non	981	77,0%	-
Oui	293	23,0%	-
Nombre de consommations (30 derniers jours)			
Pas de produit consommé	167	13,0%	17,6%
Consommation (30 jours)	1113	87,0%	82,4%
Un seul produit	*608*	*54,6%*	*40,8%*
2 produits	*375*	*33,7%*	*35,6%*
3 produits	*98*	*8,8%*	*16,5%*
4 produits et plus	*32*	*2,9%*	*7,1%*
Produits si consommation (30 derniers jours)			
Cannabis	678	60,9%	42,2%
Alcool	621	55,8%	61,2%
Tabac	286	25,7%	65,0%
Methamphétamine	80	7,2%	0,1%
Cyber addiction	77	6,9%	1,1%
Jeux d'argent	16	1,4%	1,8%
Autres opiacés	6	0,5%	2,2%
Autre addiction sans produit	6	0,5%	0,8%
Benzodiazépine	4	0,4%	2,6%
Trouble du comportement alimentaire	4	0,4%	1,2%
Méthadone	2	0,2%	2,3%
Buprénorphine haut dosage (BHD)	1	0,1%	2,6%
Antidépresseur	1	0,1%	0,3%
Colle/solvant	1	0,1%	0,1%
LSD	1	0,1%	0,7%
Autre hypnotique/tranquillisant	1	0,1%	0,5%
Autre produit	1	0,1%	1,0%
Traitement de substitution aux opiacés en cours			
Non	1264	99,0%	77,5%
Oui	13	1,0%	22,5%
Méthadone	*9*	*69,2%*	*61,2%*
Buprénorphine haut dosage (BHD)	*3*	*23,1%*	-
Autre	*1*	*7,7%*	*38,8%*
Traitement médicamenteux en cours			
Non	1134	88,6%	86,7%
Oui	146	11,4%	13,3%
Anxiolytiques	*48*	*32,9%*	*64,9%*
Neuroleptiques	*48*	*32,9%*	*24,2%*
Antidépresseurs	*29*	*19,9%*	*46,0%*
Substitut nicotinique	*26*	*17,8%*	*3,5%*
Hypnotiques	*9*	*6,2%*	*24,6%*
Naltrexone	*9*	*6,2%*	*3,5%*
Autre	*37*	*25,3%*	-
Consommation quotidienne de tabac (30 derniers jours)			
Fumeurs irréguliers	12	1,9%	28,3%
Fumeurs quotidiens	612	98,1%	71,7%
Moins de 10 cigarettes	*272*	*44,4%*	*19,8%*
10 à 19 cigarettes	*190*	*31,0%*	*37,7%*
20 à 39 cigarettes	*145*	*23,7%*	*38,1%*
40 cigarettes et plus	*5*	*0,8%*	*4,4%*
Consommation quotidienne de cannabis (30 derniers jours)			
Consommation irrégulière	218	32,1%	65,5%
Consommation quotidienne	462	67,9%	34,5%
Moins de 4 joints ou pipettes	*321*	*69,5%*	*50,5%*
4 à 6 joints ou pipettes	*84*	*18,2%*	*26,9%*
7 joints ou pipettes et plus	*57*	*12,3%*	*22,6%*

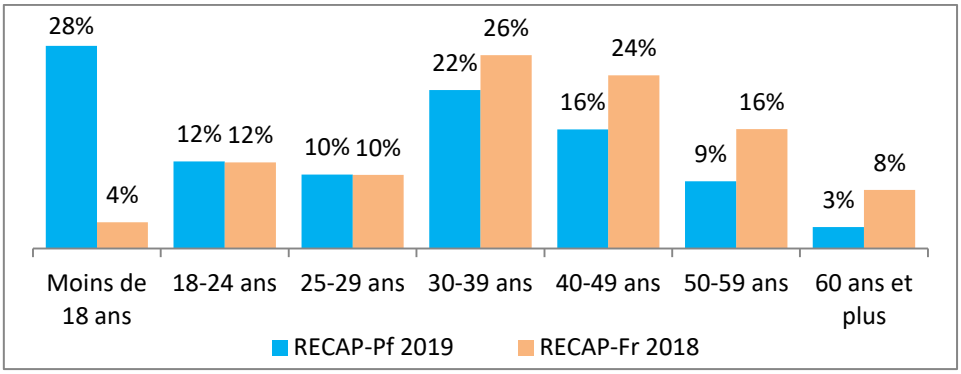
	RECAP-Pf 2019		RECAP-Fr 2018
	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages
Usage voie intraveineuse			
Jamais	1266	99,2%	86,3%
Au moins une fois	10	0,8%	13,7%
Antérieurement mais pas dans l'année	*8*	*80,0%*	*36,4%*
Dans l'année mais pas dans le dernier mois	*1*	*10,0%*	*34,2%*
Dans les 30 derniers jours	*1*	*10,0%*	*29,4%*
Test VIH			
Non	805	71,7%	81,2%
Oui	318	28,3%	18,8%
Sérologie négative (sur les 272 sérologies connues)	*271*	*99,6%*	*96,9%*
Sérologie positive (sur les 272 sérologies connues)	*1*	*0,4%*	*3,1%*
Test VHC			
Non	923	83,0%	81,4%
Oui	189	17,0%	18,6%
Sérologie négative (sur les 160 sérologies connues)	*159*	*99,4%*	*84,9%*
Sérologie positive (sur les 160 sérologies connues)	*1*	*0,6%*	*15,1%*
Vaccination VHB complète			
Oui	821	79,3%	-
Non	214	20,7%	-
Hospitalisation psychiatrique (hors sevrage)			
Non	1184	93,4%	80,3%
Oui	83	6,6%	19,7%
Tentatives de suicide			
Non	1121	89,0%	83,5%
Oui	138	11,0%	16,5%
Incarcérations			
Non	1075	84,1%	73,5%
Oui	203	15,9%	26,5%

3. Résultats et analyse

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

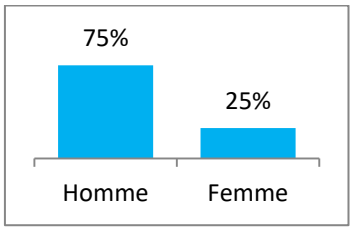
Sur l'ensemble des 1281 patients reçus au CCSAT du 1er mars 2019 au 29 février 2020, les moins de 18 ans représentaient la part la plus importante (28%). Dans l'ensemble, les consultations du CCSAT concernaient des individus plutôt jeunes ; la moitié des patients avaient moins de 30 ans et les trois quarts moins de 43 ans (*Figure 1*). On observait ici une particularité polynésienne par rapport aux populations reçues dans les CSAPA de France métropolitaine en 2018. Les moins de 20 ans étaient en effet minoritaires en France métropolitaine (7%, dont 3,6% de moins de 18 ans). Si la part des 25-29 ans était semblable en Polynésie française (Pf) et en France métropolitaine (Fr ; 10,1%), les 30-49 ans constituaient nettement la part principale des patients métropolitains (50,1% vs 38% en Pf). Les patients de 50 ans et plus étaient, en outre, deux fois plus nombreux en France métropolitaine (24,4% vs 12,2% en Pf) et le taux de 60 ans et plus métropolitain (8%) était presque trois fois supérieur au taux polynésien (3%).

Figure 1 : Répartition des patients par tranches d'âge, en Pf (N=1281) et en Fr



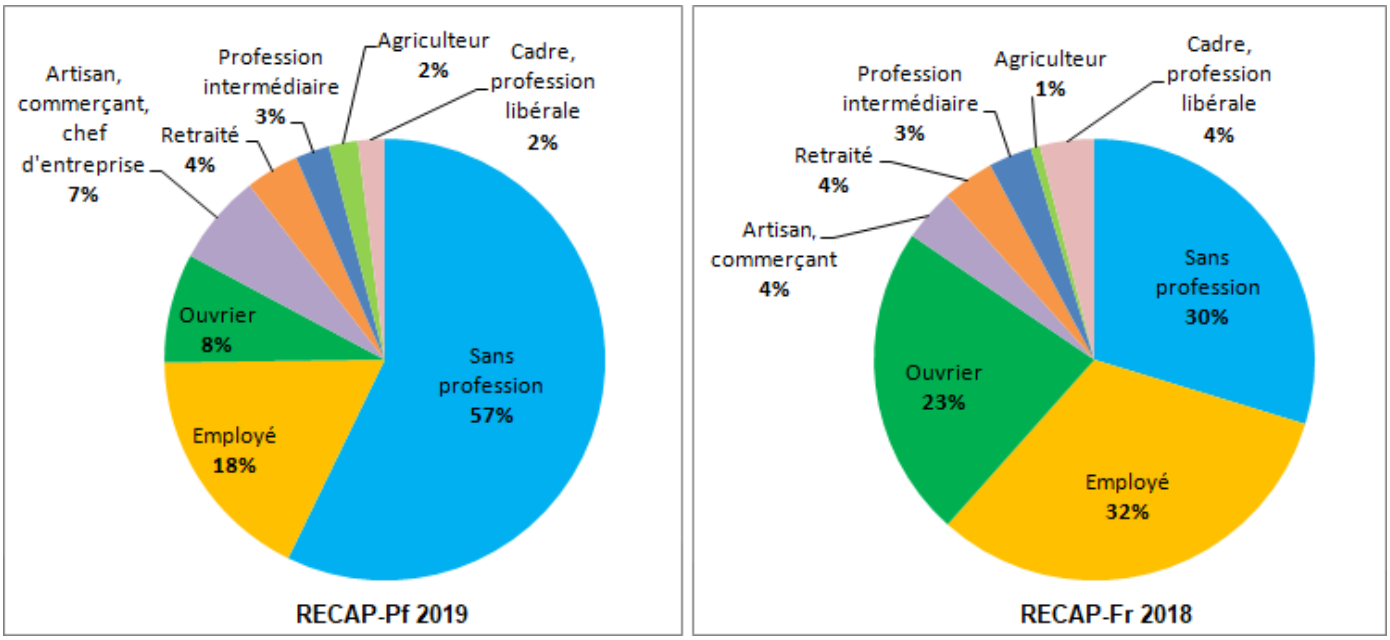
Dans les trois quarts des cas, les patients étaient des hommes (*Figure 2*). On retrouvait ainsi en Polynésie française des proportions similaires à celles constatées en France métropolitaine en 2018, avec un ratio homme-femme de 3 pour 1.

Figure 2 : Répartition des patients par sexe, en Pf (N=1281)



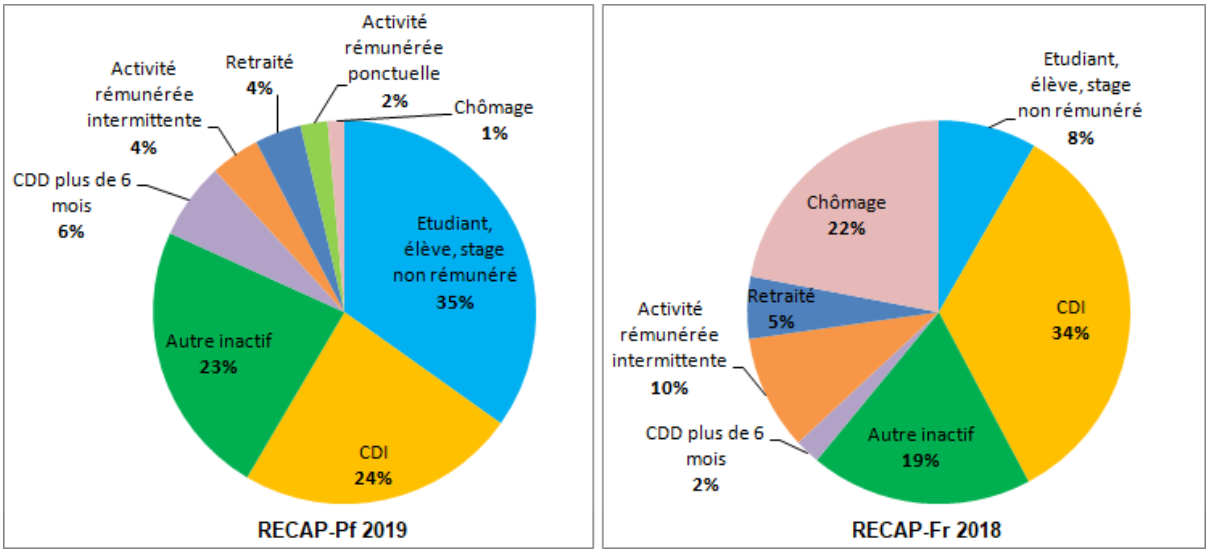
Sur l'ensemble des 1274 patients du CCSAT dont la catégorie professionnelle était connue, la majorité ne déclarait aucune profession au moment de la consultation (57% ; *Figure 3*). Par ailleurs, le quart des patients déclaraient être employé ou ouvrier (25,6%). Si ces trois catégories socioprofessionnelles recouvraient une part semblable en Polynésie française et en France métropolitaine (respectivement 82,8% et 84,5%), la répartition de chacune d'elle était toutefois très différente. Les employés étaient les plus nombreux à consulter en France métropolitaine en 2018 (31,9% vs 17,6% en Pf). On décomptait ensuite les patients sans profession (29,7%) puis les ouvriers (22,9% vs 8% en Pf).

Figure 3 : Répartition des patients par catégorie socioprofessionnelle, en Pf (N=1274) et en Fr



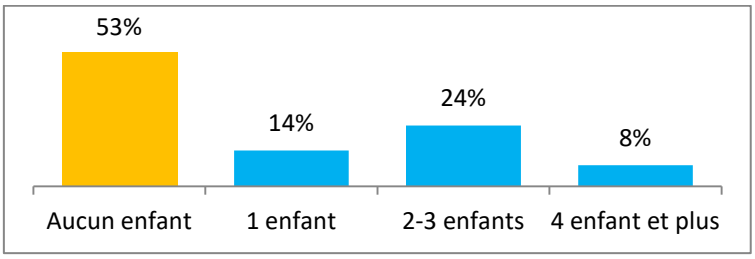
Parmi les patients ayant déclaré une situation professionnelle au cours des 6 mois précédant l'entretien (1272), il apparait trois grandes situations professionnelles (*Figure 4*). En lien avec l'importante part de jeunes patients du CCSAT, les étudiants, élèves ou individus en stage non rémunéré étaient les plus nombreux et représentaient un peu plus du tiers des individus ayant consulté en Pf en 2019 (35%). Au contraire, cette situation professionnelle était l'une des moins représentée en 2018 en France métropolitaine (8,3%). S'en suivaient, parmi les patients du CCSAT, les individus déclarant être en CDI ou avec un contrat équivalent (23,7% vs 33,9% en France métropolitaine) et les autres inactifs ou exerçant un emploi non rémunéré (23,3% vs 18,8% en France métropolitaine). Environ un patient sur huit du CCSAT déclarait une situation professionnelle rémunérée provisoire (12,9%) ; 6,4% déclaraient exercer une profession en contrat à durée déterminée depuis plus de 6 mois, 4,2% déclaraient une activité rémunérée intermittente (une activité exercée pendant au moins 3 mois sur les 6 mois précédents l'entretien) et 2,3% déclaraient une activité rémunérée ponctuelle (activité de moins de 3 mois sur les 6 mois précédents l'entretien). Cette dernière catégorie est une particularité ajoutée à la fiche RECAP polynésienne qui n'apparait pas sur le questionnaire métropolitain.

Figure 4 : Répartition des patients par situation professionnelle au cours des 6 mois précédents l'entretien, en Pf (N=1272) et en Fr



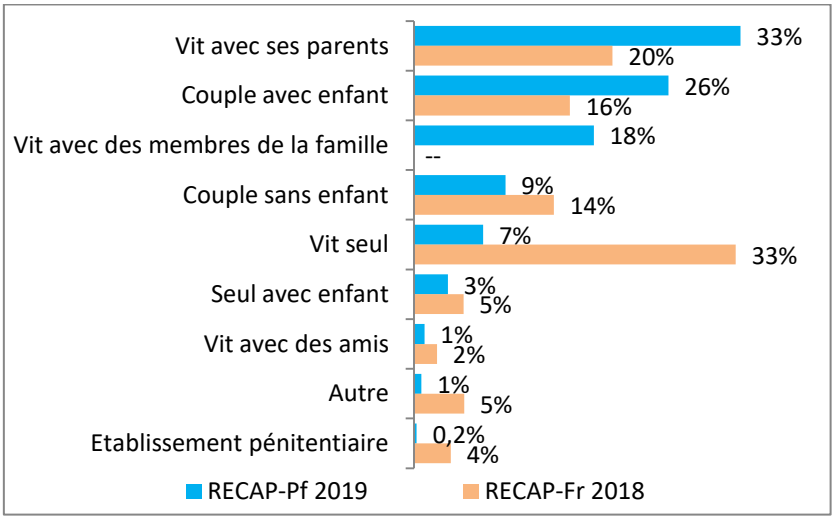
Comme en France métropolitaine, 53% des patients polynésiens n'avaient aucun enfant (*Figure 5*). Parmi les 601 patients qui déclaraient avoir au moins un enfant, la moitié avait 2 à 3 enfants. Au maximum, pour 2019, un patient déclarait avoir 10 enfants.

Figure 5 : Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants, en Pf (N=1281)



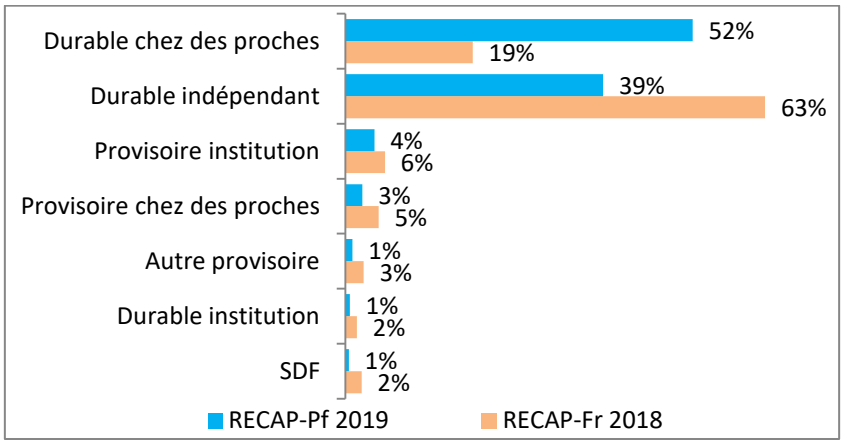
Le tiers des patients du CCSAT vivaient avec leurs parents au moment de l'entretien (vs 20,4% en France métropolitaine ; *Figure 6*), soit un taux équivalent à celui des individus déclarant vivre seuls d'après l'enquête métropolitaine de 2018 (33% vs 7,1% en Pf). Cette disproportion des individus vivant avec leurs parents peut s'expliquer par la large part de jeunes patients au CCSAT. La part de ceux qui vivaient avec leurs parents varie, en effet, de 33,5% à 14,6% si l'on observe uniquement la population des 20 ans et plus. Toutefois, la part des 20 ans et plus vivant seuls reste faible (10,3%) par rapport aux observations métropolitaines. Il semble apparaitre ici une particularité polynésienne dans la constitution de l'entourage qui a justifié l'ajout de la modalité « vit avec des membres de la famille (hors parents, enfant et conjoint) » dans la fiche RECAP administrée en Polynésie française. Tout âge confondu, cette configuration d'entourage était la troisième citée en 2019 (18,4% des patients du CCSAT) et elle était la deuxième plus répandue parmi les patients de 20 ans ou plus (16,3%).

Figure 6 : Répartition des patients en fonction de leur entourage au moment de l'entretien, en Pf (N=1215) et en Fr



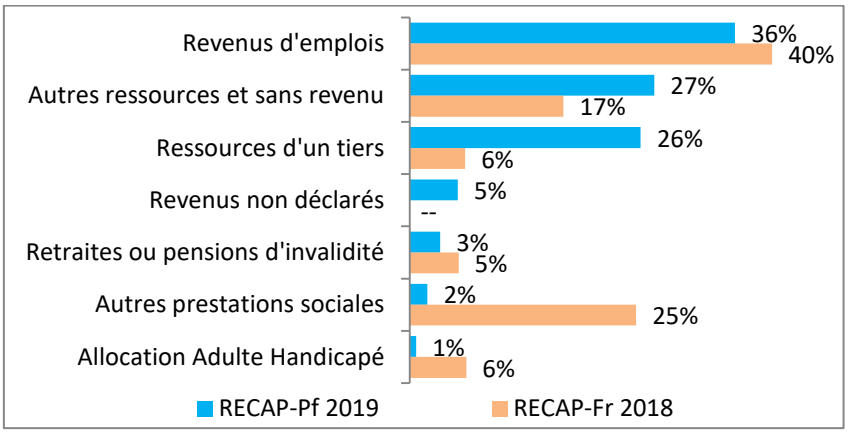
La quasi-totalité des patients du CCSAT disposaient d'un logement dans les 6 mois suivant leur entretien (99%). 7 patients se déclaraient sans domicile fixe (soit 0,5% vs 2,5% en France métropolitaine). Parmi ceux qui bénéficiaient d'un logement, il s'agissait 9 fois sur 10 d'une solution durable (*Figure 7*). Si la proportion de logement durable était également très importante selon l'enquête RECAP métropolitaine (85,9%), ce type de logement apparaissait significativement plus souvent en Polynésie française (p<0,1%). Par ailleurs, tandis qu'en Polynésie française, la moitié des patients en 2019 étaient logés de façon durable chez des proches (52%), ils n'étaient que 19,1% dans cette situation en France métropolitaine. La majeure partie des patients métropolitains disposaient plutôt d'un logement durable indépendant (62,9% vs 38,6% en Pf).

Figure 7 : Répartition des patients selon leur logement pour les 6 mois après l'entretien, en Pf (N=1279) et en Fr



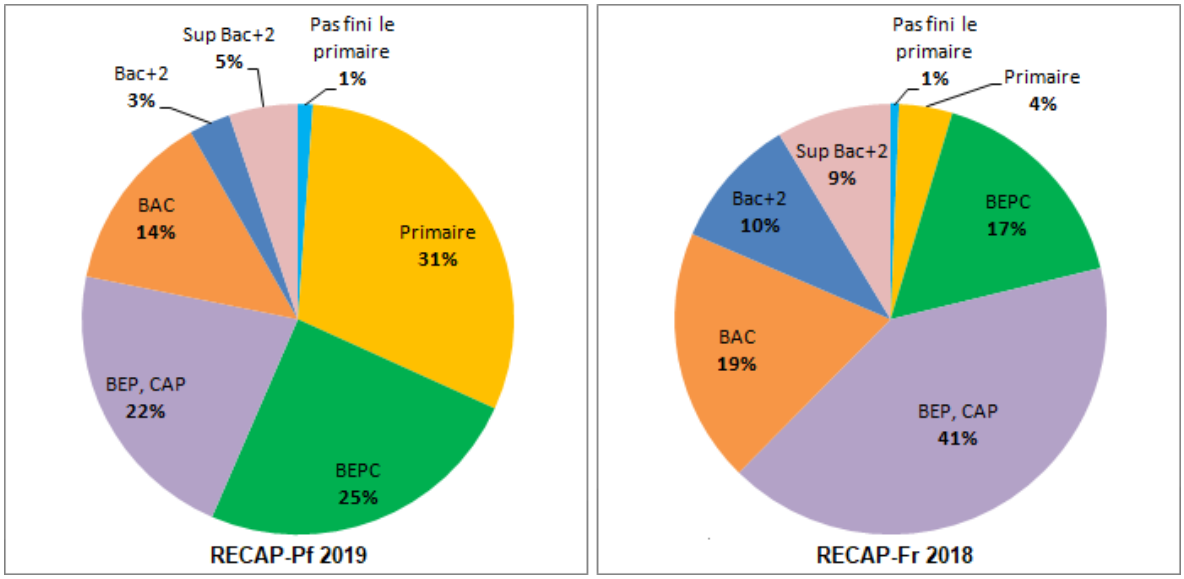
De même qu'en France métropolitaine (40,1%), les revenus d'emplois étaient la première source de revenus des patients traités en Polynésie française en 2019 (36% ; *Figure 8*). En France métropolitaine, en 2018, l'ensemble des prestations sociales (ASSEDIC – 9,7%, RSA – 13,2% et autres – 2,1%) constituait le second poste de ressources des patients (25,1%). Les ASSEDIC et le RSA n'existant pas en Polynésie française, ces ressources étaient probablement redistribuées parmi les autres origines de ressources possibles et notamment au sein des catégories « autres ressources (y compris sans revenu) », 1,6 fois plus représentée en Pf (27,1% vs 17% en France métropolitaine), et « ressources d'un tiers », 4 fois plus représentée chez les patients du CCSAT (25,6% vs 6,1% en France métropolitaine). Pour cette dernière source de revenus, on ne peut pas non plus exclure une influence de la forte proportion de jeunes patients, et en particulier de mineurs, dans la population analysée.

Figure 8 : Répartition des patients en fonction de l'origine de leurs ressources au cours des 6 mois précédents l'entretien, en Pf (N=1275) et en Fr



En raison de facteurs propres à la population observée mais également intrinsèques à la situation en Polynésie française par rapport à la France métropolitaine, il est assez difficile de comparer la répartition des niveaux d'étude entre les deux enquêtes RECAP. Le dernier recensement en Polynésie française (ISPF, 2017) décomptait un total de 75,2% d'individus de 15 ans et plus ayant au plus atteint le niveau lycée. A minima, 34,4% des individus recensés n'avaient pas dépassé le collège. Parmi les patients suivis au CCSAT en 2019, 91,7% avaient au plus achevé le niveau baccalauréat et ils étaient déjà 56,5% à ne pas avoir dépassé le niveau du diplôme national du brevet (*Figure 9*). Cette majorité de patients ayant achevé un niveau d'étude inférieur au lycée (brevet au plus) n'apparaissait pas en France métropolitaine en 2018 (21,2%). La part la plus importante des patients métropolitains avait achevé le niveau BEP/CAP (41,2%), soit deux fois plus de patients concernés que ce qu'on observait en Pf en 2019 (21,7%).

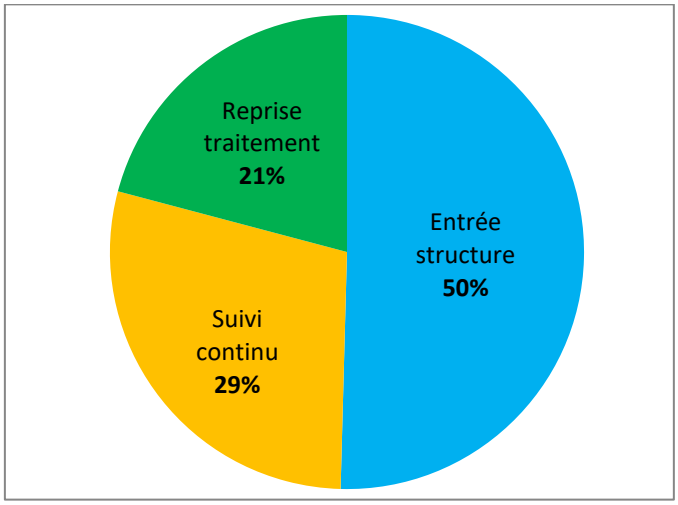
Figure 9 : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude achevé au moment de l'entretien, en Pf (N=1256) et en Fr



3.2 La prise en charge des patients

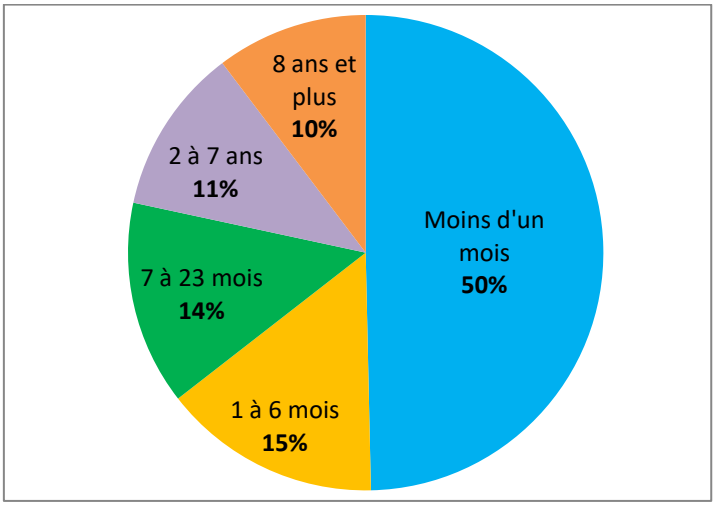
Pour l'année 2019, la moitié des consultations du CCSAT correspondait à l'entretien d'un nouveau patient, n'ayant jamais fait appel à la structure auparavant (*Figure 10*). L'autre moitié des patients étaient déjà connue du CCSAT, soit dans le cadre d'un suivi continu, sans interruption supérieure à six mois (29%), soit pour une reprise de traitement impliquant une rupture des contacts avec la structure pendant au moins six mois (21%).

Figure 10 : Répartition des patients selon le type de prise en charge au CCSAT (N=1279)



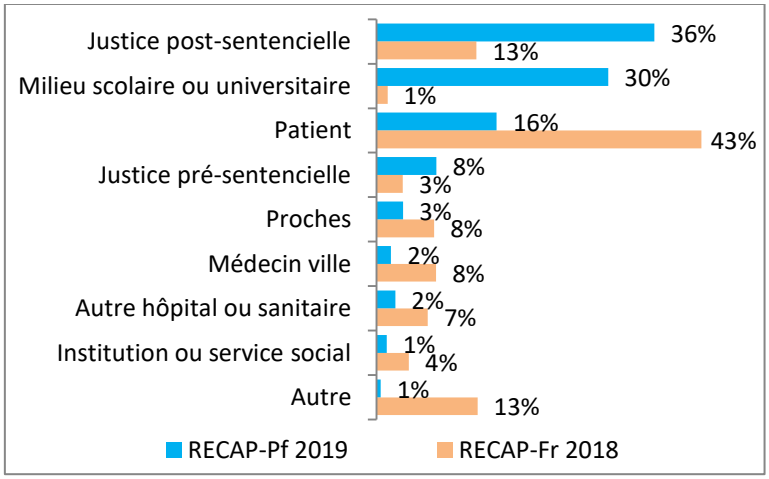
De manière générale, la fiche RECAP des nouveaux patients était remplie dans le premier mois de leur prise en charge au CCSAT (5% étaient connus de la structure depuis 1 à 6 mois). En outre, les fiches RECAP de la moitié des patients en suivi continu ou en reprise de traitement étaient remplies dans les 8 mois suivant le début de la prise en charge du patient. Tous types de prise en charge confondus, la majorité des patients polynésiens consultaient au CCSAT, en 2019, depuis moins de 7 mois (64%) mais l'on pouvait toutefois constater des suivis sur plusieurs années (la plus longue durée était de 29 ans ; *Figure 11*).

Figure 11 : Répartition des patients selon le délai entre le début de la prise en charge au CCSAT et l'entretien RECAP, quel que soit le type de prise en charge (N=1281)



Tandis qu'en France métropolitaine en 2018, le patient était le plus souvent à l'initiative de la prise en charge (42,5%), en 2019, en Polynésie française, il s'agissait de la troisième origine de prise en charge (15,7%). En effet, le plus souvent, les patients étaient orientés vers le CCSAT dans le cadre d'une décision de justice post-sentencielle (36,3% vs 13,1% en France métropolitaine) ou par leur milieu scolaire ou universitaire (30,3% vs 1,5% en France métropolitaine).

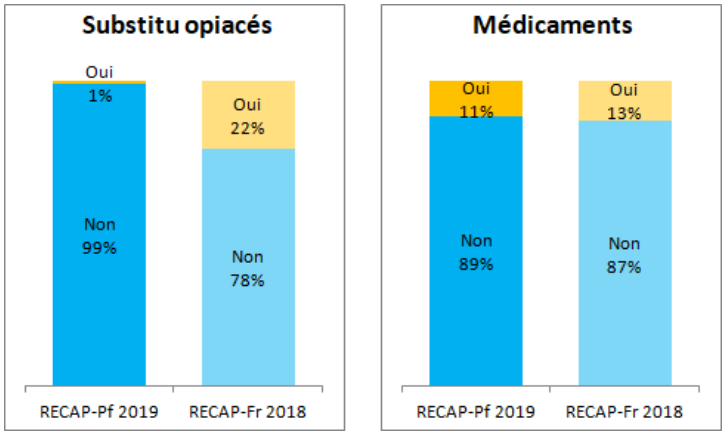
Figure 12 : Répartition des patients selon l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1260) et en Fr



3.3 La santé des patients

Sur l'ensemble des patients du CCSAT suivis en 2019, peu suivaient déjà un traitement médicamenteux spécifique aux addictions (11%, soit 146 individus) ou un traitement de substitution aux opiacés (1%, soit 13 individus, dont 9 sous méthadone ; *Figure 13*). En cas de traitement médicamenteux, on observait un cumul de 2 à 4 traitements pour un peu moins du tiers des patients (29%, soit 42 individus). En 2018, en France métropolitaine, si la grande majorité des patients ne suivaient aucun traitement, comme en Polynésie française en 2019, la part de patients sous traitement était plus importante ; 22,5% suivaient un traitement de substitution aux opiacés (le plus souvent de la méthadone, comme en Pf) et 13,3% suivaient un traitement médicamenteux (des anxiolytiques pour 64,9% d'entre eux, soit deux fois plus qu'en Pf).

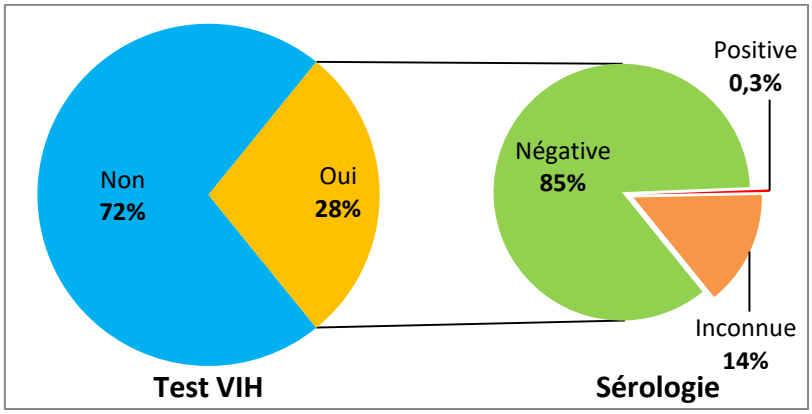
Figure 13 : Répartition des patients en fonction d'une prescription médicale spécifique aux addictions en cours : traitement de substitution aux opiacés ou autres traitements, en Pf (N=1281) et en Fr



Dans le cadre de l'enquête polynésienne, l'usage de drogue par voie intraveineuse était très rare et concernait 10 patients du CCSAT (0,8%). L'enquête métropolitaine de 2018 dénombrait, quant à elle, 13,7% de patients déclarant au moins une consommation par injection au cours de leur vie.

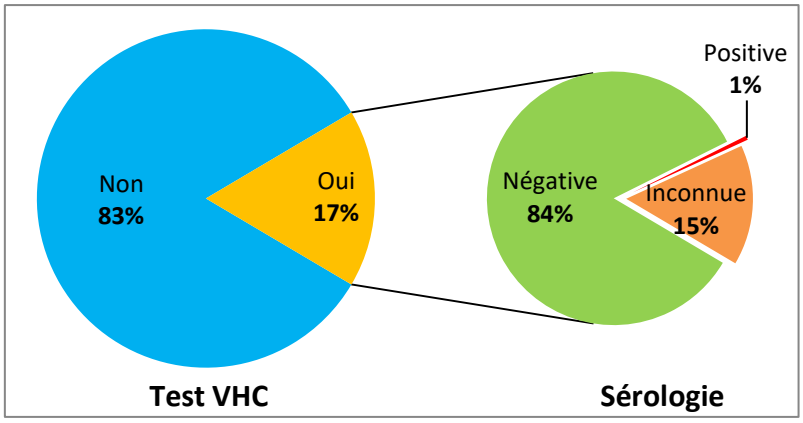
Par rapport aux données métropolitaines de 2018, les patients polynésiens effectuaient significativement (p<0,1%) plus souvent le test du VIH au moins une fois dans leur vie (28% vs 18,8% en France métropolitaine ; *Figure 14*). Si l'on ne tient compte que des résultats sérologiques connus, la sérologie du test du VIH était négative dans la quasi-totalité des cas (99,6% en Pf) et significativement plus souvent en Polynésie française par rapport à la France métropolitaine (96,9% ; p<5%).

Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la réalisation d'au moins un test de dépistage du VIH et du résultat sérologique, en Pf (N=1123)



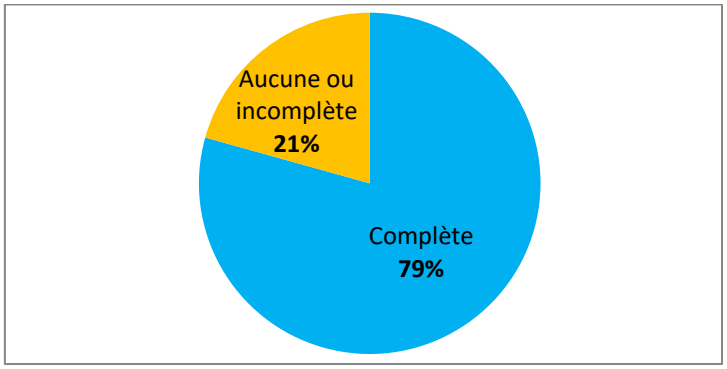
Le test du VHC (*Figure 15*) était, quant à lui, autant réalisé en Polynésie française qu'en France métropolitaine (17% en Pf vs 18,6% en France métropolitaine). Comme pour le test du VIH, en ne tenant compte que des résultats sérologiques connus, la sérologie apparaissaient très généralement négative (99,4%) et ce, significativement plus souvent qu'en France métropolitaine (84,9% ; p<0,1%).

Figure 15 : Répartition des patients en fonction de la réalisation d'au moins un test de dépistage de l'hépatite C et du résultat sérologique, en Pf (N=1112)



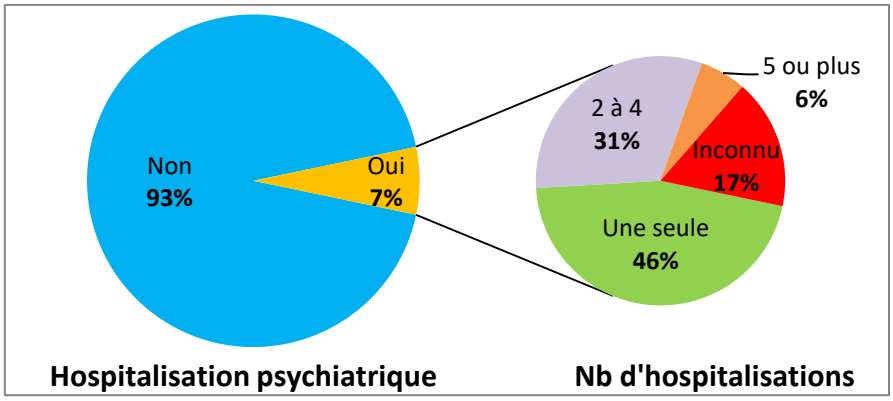
En Polynésie française, la vaccination contre l'hépatite B est systématique pour les enfants depuis 1991. Ainsi, on ne sera pas surpris d'observer, en 2019, une forte proportion de patients du CCSAT ayant validé un schéma de vaccination complet (79% des individus dont le statut de vaccination est connu ; *Figure 16*). Toutefois, la part de non réponses pour cet item restait élevée (19%) et si l'on pouvait affirmer qu'il y avait plus de patients avec une vaccination complète que de patients non vaccinés ou de façon incomplète, les proportions réelles de chaque groupe restaient difficile à définir précisément.

Figure 16 : Répartition des patients en fonction du statut vaccinal pour l'hépatite B, en Pf (N=1035)



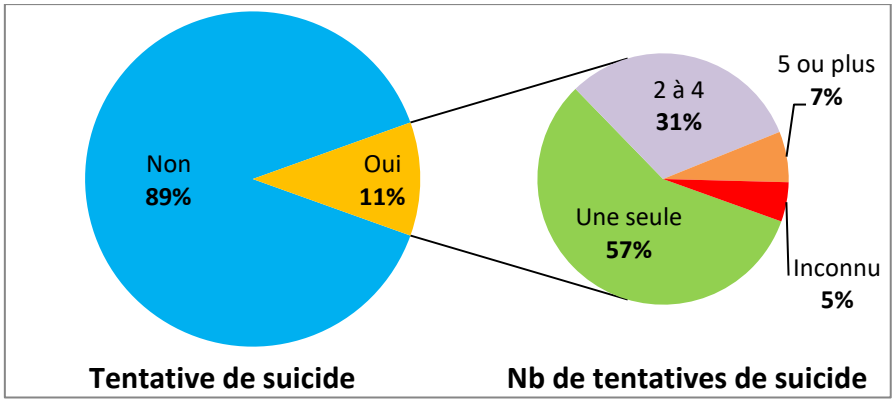
Le plus souvent, les patients polynésiens et métropolitains n'avaient jamais été hospitalisés pour des antécédents d'ordre psychiatrique, en dehors des hospitalisations pour sevrage (respectivement 93,4% et 80,3% ; *Figure 17*). Toutefois la part des patients ayant des antécédents d'hospitalisation étant significativement plus faible en Polynésie française par rapport à un taux métropolitain presque trois fois supérieur (6,6%, soit 83 patients *vs* 19,7% ; p<0,1%). Le taux élevé d'inconnus concernant le nombre d'hospitalisations psychiatriques parmi les patients du CCSAT empêche toute analyse (17%), les durées sont présentées dans la Figure 17 à titre indicatif.

Figure 17 : Répartition des patients en fonction de leurs hospitalisations psychiatriques antérieures hors sevrage, en Pf (N=1267)



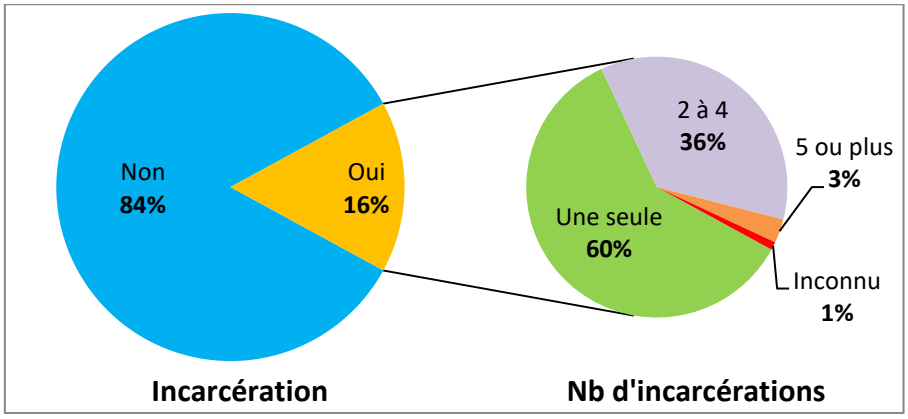
La comparaison entre les données polynésiennes et métropolitaines concernant les tentatives de suicide était assez similaire à ce qu'on pouvait observer pour les hospitalisations psychiatriques (*Figure 18*). Dans l'ensemble, moins de 2 patients sur 10 avaient tenté de se suicider, avec un taux polynésien significativement plus faible qu'en France métropolitaine (11% soit 138 patients *vs* 16,5% ; p<0,1%). Dans la majorité des cas (57%), on ne dénombrait qu'une seule tentative et 2 à 4 tentatives pour un tiers des patients ayant déjà fait une tentative de suicide.

Figure 18 : Répartition des patients en fonction des tentatives de suicide, en Pf (N=1259)



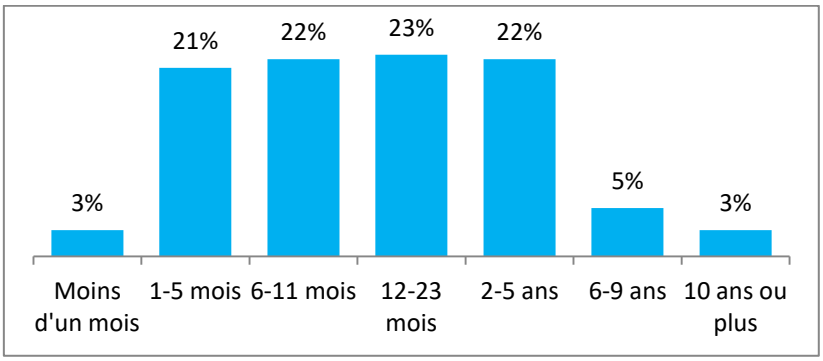
En Polynésie française, un peu moins d'un patient du CCSAT sur six (15,9%, soit 203 individus ; *Figure 19*) avait déjà été incarcéré au moins une fois dans sa vie, contre environ un sur quatre en France métropolitaine (26,5% ; p<0,1%). La majorité des patients ayant des antécédents d'incarcérations, en Polynésie française, ne l'ont été qu'une seule fois (60%) et un peu plus du tiers (36%) déclarait 2 à 4 incarcérations.

Figure 19 : Répartition des patients en fonction des antécédents d'incarcération, en Pf (N=1278)



En cas d'incarcération, la durée totale cumulée n'excédait pas 6 mois pour le quart des patients polynésiens et 12 mois pour la moitié d'entre eux (*Figure 20*).

Figure 20 : Répartition des patients en fonction des durées d'incarcération, en Pf (N=202)

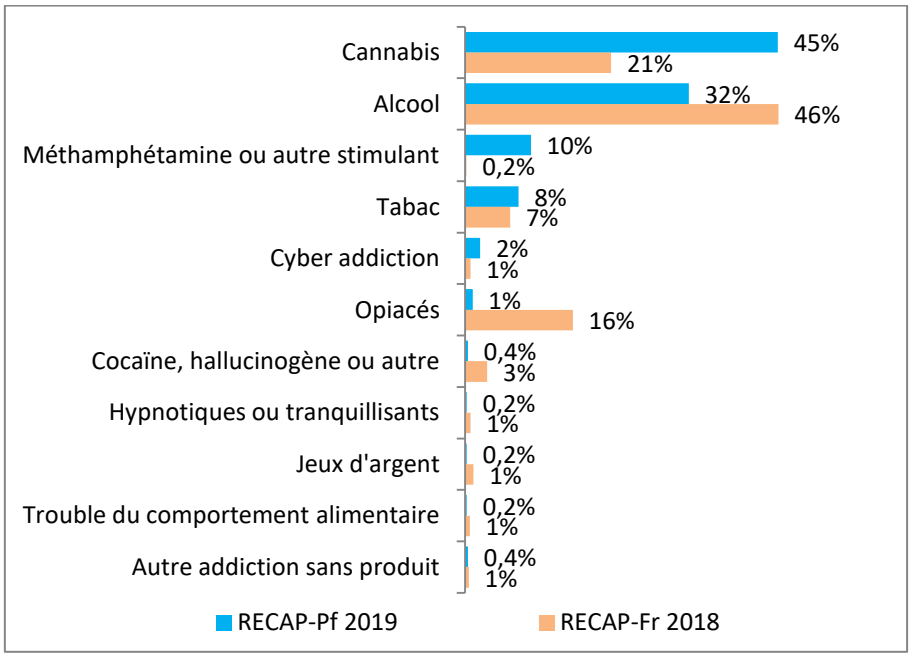


3.4 Les consommations des patients

3.4.1 Les consommations à l'origine de la prise en charge

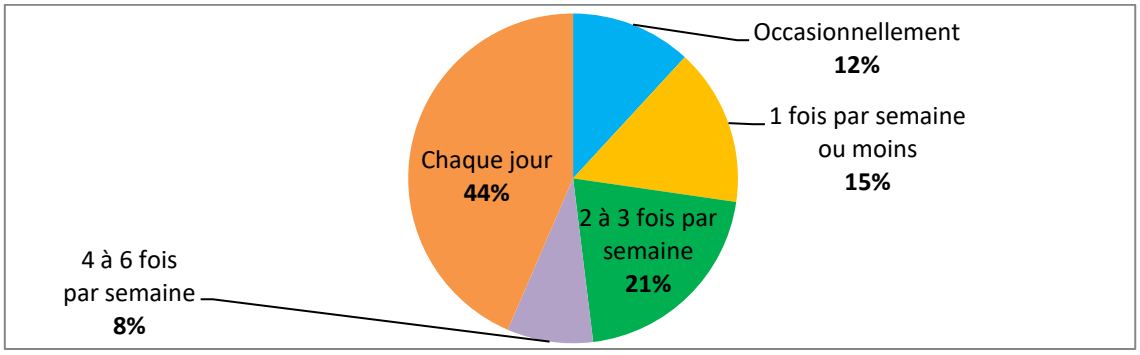
En Polynésie française, en 2019, un peu moins de la moitié (45,4%) des consultations au CCSAT avaient pour origine une consommation de cannabis. Il s'agissait du premier motif de consultation, avant l'alcool (32,5%). En France métropolitaine, en 2018, ces produits étaient également les deux principaux à l'origine de la prise en charge mais l'alcool occupait la première place (45,5%), suivi du cannabis (21,2%). Tandis que la consommation de méthamphétamine constituait le troisième motif de prise en charge en Polynésie française (9,5%), elle était presque inexistante en 2018 en France métropolitaine (moins de 0,1%) ; les patients métropolitains lui préférant l'héroïne (12,7%), à l'inverse, très peu consommée en Polynésie française (0,2%). Le tabac était le quatrième produit à l'origine de la prise en charge, quelle que soit la population étudiée et dans des proportions similaires (7,8% en Pf vs 6,5% en France métropolitaine).

Figure 21 : Répartition des patients en fonction du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1277) et en Fr



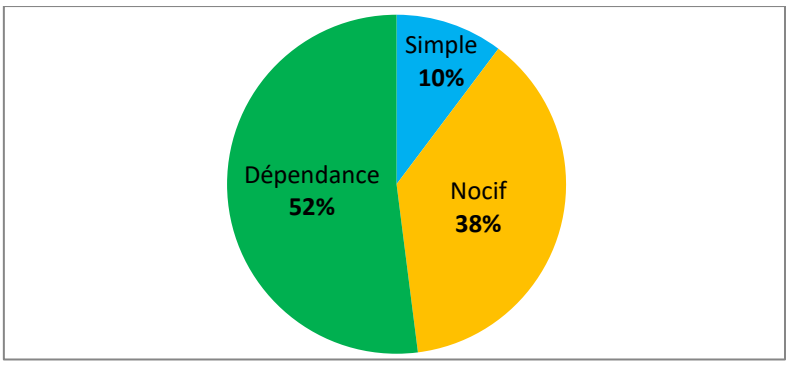
Tous les produits à l'origine de la prise en charge confondus, le plus souvent, les patients du CCSAT consultaient dans le cadre d'une consommation quotidienne (44% ; *Figure 22*). Les trois quarts des patients consommaient au moins 2 fois par semaine (73%).

Figure 22 : Répartition des patients en fonction de la fréquence de consommation du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1257)



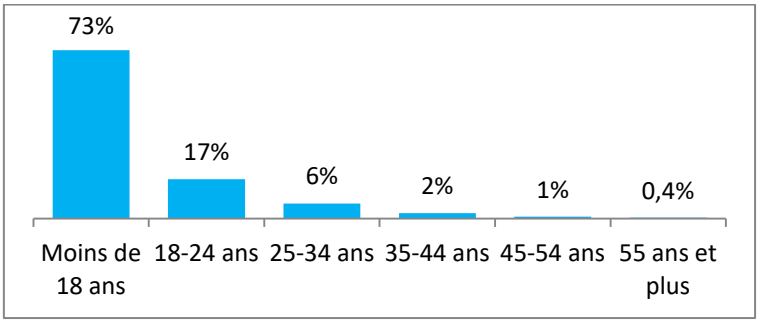
Les usages simples, c'est-à-dire avec des dommages potentiels mais non immédiats liés à la consommation du produit, concernaient un patient du CCSAT sur dix (10% ; *Figure 23*). Pour les autres, l'usage était a minima nocif (préjudiciable pour la santé psychique, psychique ou la vie sociale). Une fois sur deux (52%), le patient présentait une dépendance au produit avec, notamment, un désir puissant de consommer, des difficultés à contrôler sa consommation et/ou un syndrome de sevrage.

Figure 23 : Répartition des patients en fonction de l'usage du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1267)



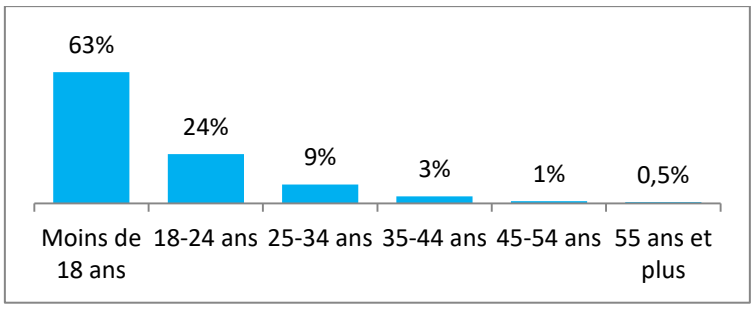
En Polynésie française, le produit à l'origine de la prise en charge était généralement consommé depuis l'enfance, avec un âge minimum de 5 ans (7 patients). Un patient sur deux au CCSAT déclarait avoir débuté sa consommation avant l'âge de 16 ans et trois sur quatre avant l'âge de 18 ans (*Figure 24*).

Figure 24 : Répartition des patients en fonction de l'âge de première consommation du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1263)



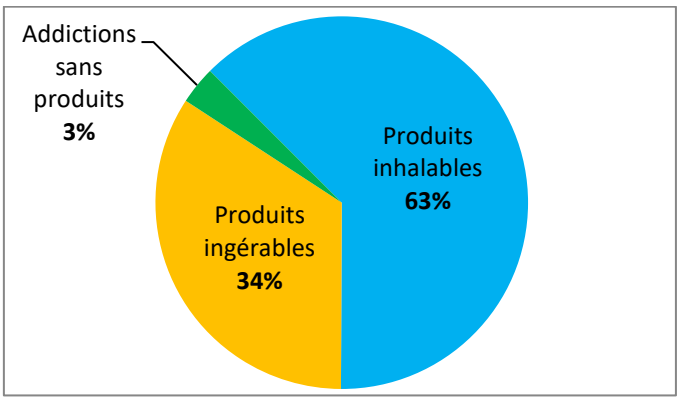
L'importante part de patients mineurs reçus au CCSAT en 2019 influait automatiquement sur la part d'individus mineurs lors de leur première consommation du produit. Pour autant, si l'on se concentre uniquement sur les patients âgés d'au moins 18 ans, reçus au CCSAT en 2019, la part de consommation du produit pendant l'enfance restait majoritaire (63% ; Figure 25). Elle concernait encore 58% des patients d'au moins 25 ans reçus au CCSAT en 2019.

Figure 25 : Répartition des patients majeurs en fonction de l'âge de première consommation du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=913)



L'analyse statistique des cinq items concernant la consommation à l'origine de la prise en charge des patients du CCSAT permettait de mettre en évidence 3 profils de consommateurs en fonction du produit consommé, de son type d'usage, du mode et de la fréquence de consommation et de l'âge de la première consommation (*Figure 26*).

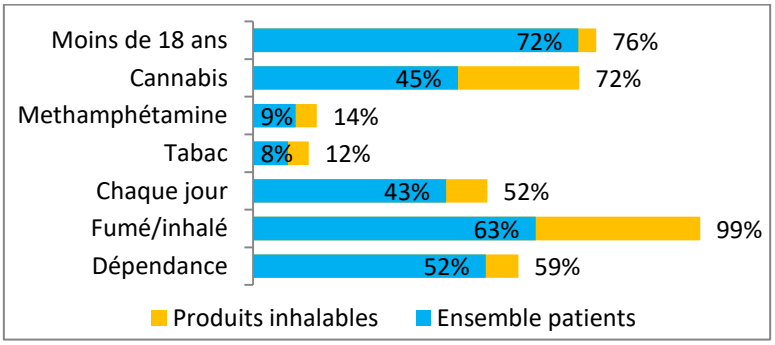
Figure 26 : Répartition des patients en fonction des modalités de consommation du produit à l'origine de la prise en charge, en Pf (N=1277)



3.4.1.1 La consommation de produits inhalables à l'origine de la prise en charge

Le premier groupe « Produits inhalables » concernait trois patients sur cinq reçus au CCSAT en 2019 (799 patients). La quasi-totalité des patients qui consommait leur produit à l'origine de la prise en charge en le fumant ou en l'inhalant appartenait à ce groupe (99%). Ce groupe présentait presque exclusivement ce mode de consommation, soit 1,6 fois plus souvent que sur l'ensemble des patients (99% vs 63% ; p<0,1% ; *Figure 27*). On retrouvait ainsi quasiment tous les consommateurs de cannabis (99,7%), soit 72,3% du groupe, la totalité des consommateurs de tabac, soit 12% du groupe et une très grande part des consommateurs de méthamphétamine (93,4%), soit 14,1% du groupe. Pour chacun de ces produits, la part des consommateurs était significativement plus importante dans le groupe par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (p<1%).

Figure 27 : Proportion de patients dans le groupe « produits inhalables » (N=799) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe

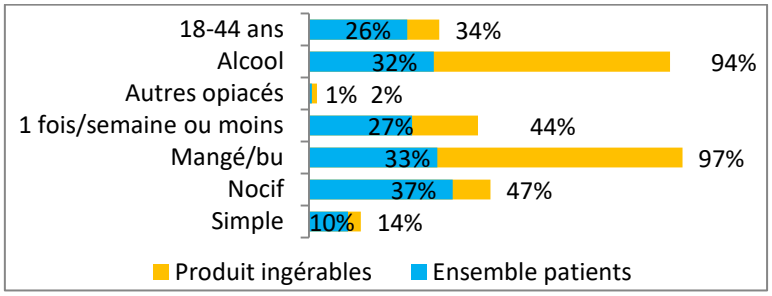


Ce groupe se caractérisait également par sa jeunesse. En effet, les trois quarts des individus le constituant avaient moins de 18 ans, soit une part significativement plus grande que sur l'ensemble des patients (76% vs 72% sur l'ensemble ; p<0,1%). On pourra également noter qu'aucun patient de ce groupe n'avait plus de 54 ans. En outre, également significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, la moitié des individus appartenant à ce groupe consommaient quotidiennement le produit à l'origine de leur prise en charge (52% vs 43% sur l'ensemble ; p<0,1%) et ils présentaient trois fois sur cinq une dépendance au produit (59% vs 52% ; p<0,1%).

3.4.1.2 La consommation de produits ingérables à l'origine de la prise en charge

Le second groupe « Produits ingérables » concernait un tiers des patients reçus au CCSAT en 2019 (436 patients). La quasi-totalité des patients qui consommait le produit à l'origine de la prise en charge en le mangeant ou en le buvant appartenait à ce groupe (99,3%). Ce dernier présentait presque exclusivement ce mode de consommation, soit environ trois fois plus souvent que sur l'ensemble des patients (97% vs 33% ; p<0,1% ; *Figure 28*). On retrouvait ici 99% des patients pris en charge pour une consommation d'alcool, qui composaient 94% du groupe et l'ensemble des 9 patients pris en charge pour une consommation d'autres opiacés (hors héroïne, BHD, méthadone et fentanyl). Pour chacun de ces produits, la part des consommateurs était significativement plus importante dans le groupe par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (p<1%).

Figure 28 : Proportion de patients dans le groupe « produits ingérables » (N=436) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe



Ce groupe se caractérisait également par des patients significativement plus souvent d'âges intermédiaires (entre 18 et 44 ans) par rapport à l'ensemble des patients du CCSAT (34% vs 26% sur l'ensemble ; p<5%). A l'inverse, il s'agit du seul groupe dans lequel les patients de moins de 18 ans étaient significativement sous-représentés (63% vs 72% ; p<0,1%).

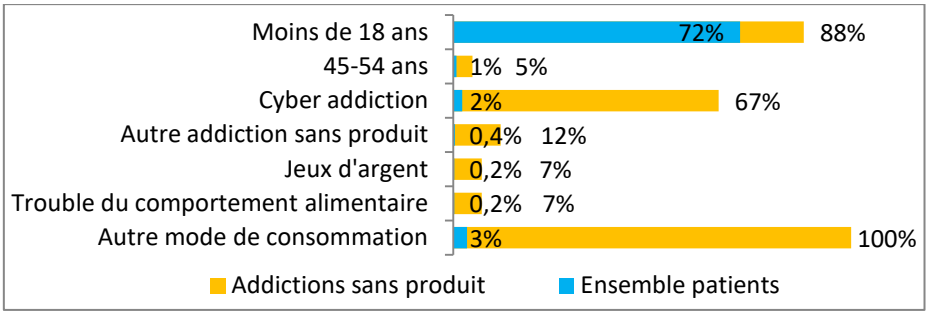
En outre, ce groupe était caractérisé par une fréquence moindre de consommation du produit. En effet, la fréquence de consommation « au plus une fois par semaine » était près de deux fois plus importante dans ce groupe par rapport à ce qu'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (44% vs 27% ; p<1%). Les patients présentant un usage simple à nocif du produit à l'origine de leur prise en charge étaient aussi surreprésentés (usage simple : 14% vs 10% sur l'ensemble, usage nocif : 47% vs 37% sur l'ensemble ; respectivement p<1%et p<0,1%).

3.4.1.3 Les addictions sans produit à l'origine de la prise en charge

Le troisième groupe « Addictions sans produits » concernait une petite portion des patients reçus au CCSAT en 2019 (42 patients). La totalité des patients ayant été pris en charge dans le cadre d'une cyber-addiction (28 patients), d'addiction aux jeux d'argent (3 patients), de trouble du comportement alimentaire (3 patients) ou pour une autre addiction sans produit (5 patients), appartenaient à ce groupe et y étaient dès lors surreprésentés (*Figure 29*). En dehors de la consommation d'alcool, nettement sous-représentée (7% vs 33% sur l'ensemble ; p<0,1%), aucune

autre consommation n'apparaissait dans ce groupe. Dans la continuité de cette première observation, seul le mode de consommation « autre » était pratiqué dans ce groupe.

Figure 29 : Proportion de patients dans le groupe « addictions sans produit » (N=42) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe



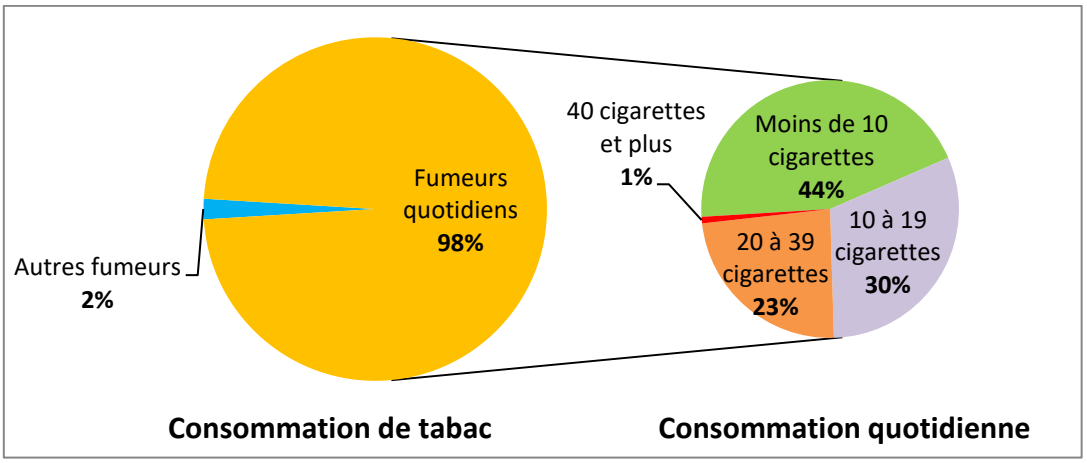
Ce groupe se caractérisait, comme le premier, par sa jeunesse. En effet, dans ce groupe, près de neuf patients sur dix avaient moins de 18 ans, soit une part significativement plus grande que sur l'ensemble des patients (88% vs 72% sur l'ensemble ; p<5%). On notera également une surreprésentation significative des patients âgés de 45 à 54 ans dans le groupe (5% vs 1% sur l'ensemble ; p<5%). Aucun type d'usage ou aucune fréquence de consommation du produit à l'origine de la prise en charge n'apparaissait surreprésenté pour ce groupe. Seules les consommations occasionnelles n'étaient jamais représentées ici et, comme sur l'ensemble des patients, la consommation quotidienne était la plus fréquente (57% des patients du groupe). Pour 88% des patients de ce groupe, l'usage du produit à l'origine de la prise en charge allait de nocif à une dépendance (vs 89% sur l'ensemble).

3.4.2 Les consommations dans les 30 derniers jours

Qu'il s'agisse ou non d'une consommation motivant la prise en charge, 53% des patients polynésiens déclaraient consommer au moins occasionnellement du tabac dans les 30 derniers jours et autant de cannabis.

Parmi les consommateurs de tabac dont la fréquence de consommation quotidienne était connue, la quasi-totalité (98%) déclaraient fumer au moins une cigarette par jour en 2019 (*Figure 30*). Ainsi, le taux de consommateurs quotidiens dans les 30 derniers jours, en Polynésie française, apparaissait significativement plus élevé que le taux constaté en 2018 en France métropolitaine (71,7% ; p<0,1%). Pour autant, le nombre de cigarettes consommées par jour était globalement plus faible en Polynésie française ; 76% des consommateurs quotidiens polynésiens déclaraient fumer moins de 20 cigarettes par jour, contre 58% en France métropolitaine, où trois fumeurs sur quatre consommaient de 10 à 39 cigarettes.

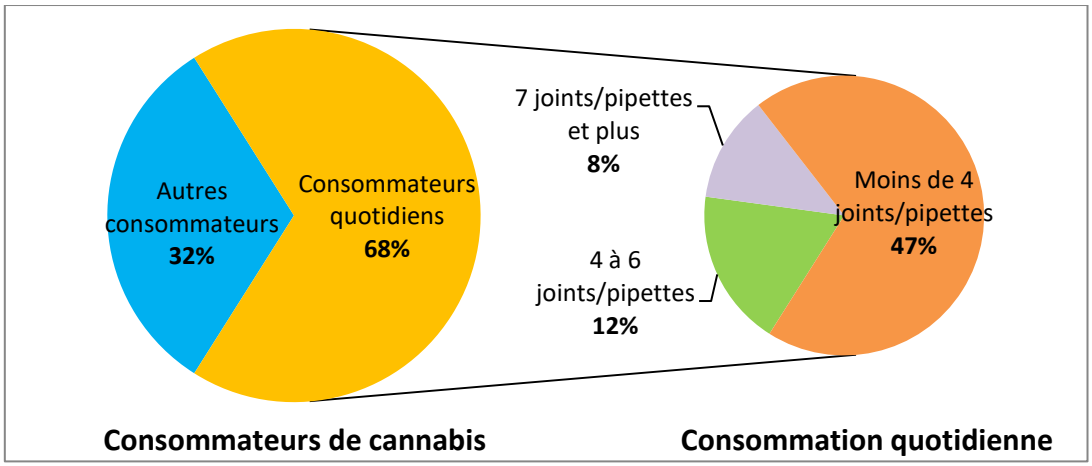
Figure 30 : Répartition des patients selon leur consommation de tabac dans les 30 derniers jours, en Pf (N=624)



Parmi les consommateurs de cannabis polynésiens dont la fréquence de consommation quotidienne était connue, 68% déclaraient consommer au moins un joint ou une pipette par jour en 2019 (*Figure 31*). Ce taux de consommateurs quotidiens était deux fois plus élevé que le taux observé en 2018 en France métropolitaine (35% ; p<0,1%). Toutefois, comme pour la consommation de tabac, on constatait un nombre de joints ou de pipettes consommés par jour globalement plus faible en Polynésie française. En effet, 70% des consommateurs quotidiens polynésiens déclaraient consommer moins de 4 joints ou pipettes, soit significativement plus qu'en France

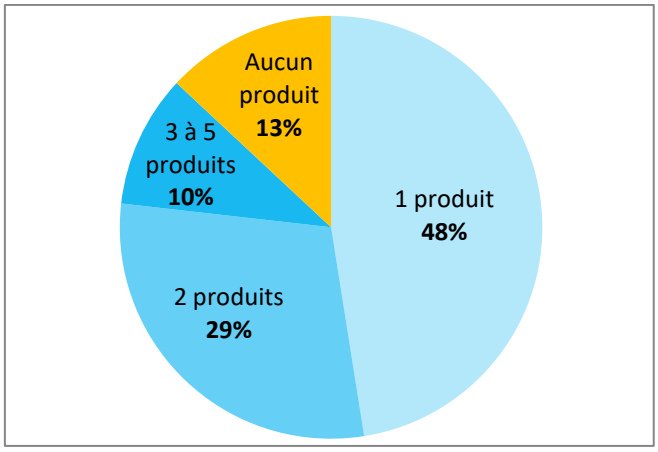
métropolitaine (51% ; p<0,1%). Ils étaient, à l'inverse, deux fois moins nombreux en Polynésie française à consommer au moins 7 joints ou pipettes de cannabis par jour (12% vs 23% en France métropolitaine ; p<0,1%).

Figure 31 : Répartition des patients selon leur consommation de cannabis dans les 30 derniers jours, en Pf (N=680)



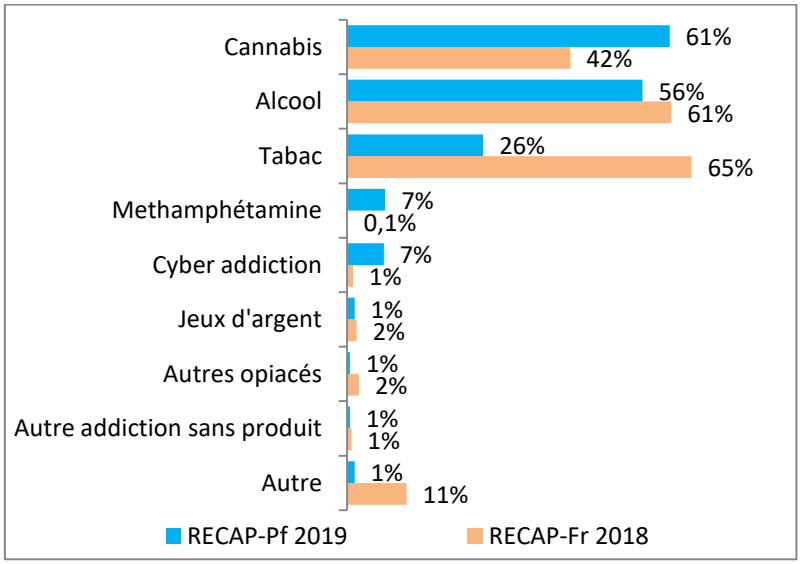
Par ailleurs, dans la grande majorité des cas, les patients reçus au CCSAT en 2019 déclaraient au moins une consommation problématique dans les 30 jours précédant le moment où la fiche RECAP a été remplie (87% ; *Figure 32*). De même, on relevait un taux de consommation problématique dans les 30 derniers jours très majoritaire en France métropolitaine en 2018, mais il était significativement moins important que le taux polynésien (82,4% ; p<0,1%). Lorsqu'il y avait consommation, en Polynésie française comme en France métropolitaine, il s'agissait le plus souvent d'un seul produit (respectivement 54,6% et 40,8%) ; le taux polynésien étant significativement plus important que le taux métropolitain (p<0,1%). A l'inverse, 45% des patients polynésiens déclarant une consommation problématique dans les 30 derniers jours cumulaient 2 à 5 produits.

Figure 32 : Répartition des patients selon leur consommation de produits problématiques dans les 30 derniers jours, en Pf (N=1280)



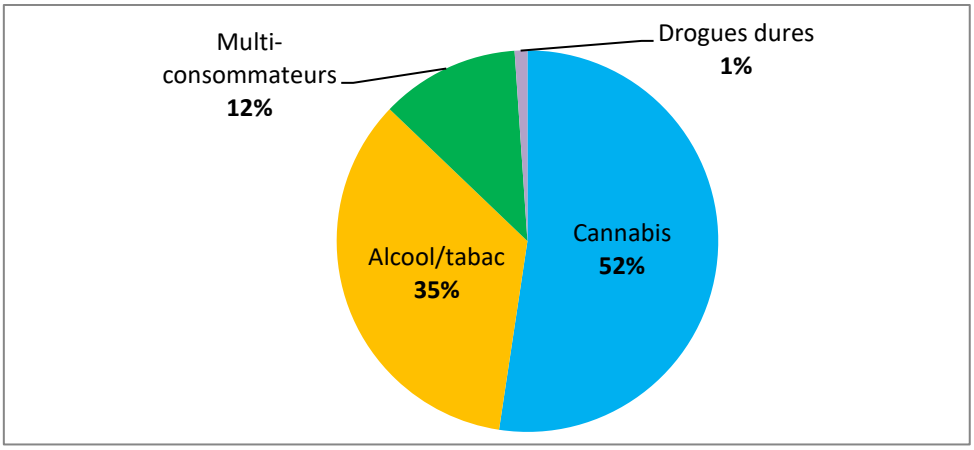
En Polynésie française, en 2019, trois patients sur cinq pris en charge au CCSAT et déclarant au moins une consommation problématique dans les 30 derniers jours, consommaient du cannabis (60,9% ; *Figure 33*). Il s'agissait du premier produit, avant l'alcool (55,8%) et le tabac (25,7%). En France métropolitaine, en 2018, ces produits étaient également les trois principaux produits problématiques à avoir été consommés dans les 30 derniers jours mais, si l'alcool restait le second produit le plus consommé, le taux de consommateurs était significativement plus important qu'en Polynésie française (61,2% ; p<0,1%). En outre, le tabac, consommé par presque trois fois plus de patients qu'en Polynésie française (65%) était le produit le plus consommé. A l'inverse, le cannabis concernait significativement moins de patients en France métropolitaine et occupait la troisième place (42,2% ; p<0,1%).

Figure 33 : Répartition des patients selon les produits problématiques consommés dans les 30 derniers jours, en Pf (N=1113) et en Fr



L'analyse statistique croisant simultanément le nombre de produits consommés dans les 30 derniers jours ainsi que les dix grands types de produits (alcool, cannabis, tabac, methamphétamine, cyber addiction, jeux d'argent, autres addictions sans produit, opiacés, hypnotiques ou tranquillisant et autres produits) posant le plus de problèmes au patient et motivant sa prise en charge au CCSAT en 2019, aura permis de mettre en évidence 4 profils de consommations (*Figure 34*).

Figure 34 : Répartition des patients en fonction des consommations motivant leur prise en charge au CCSAT (N=1113)

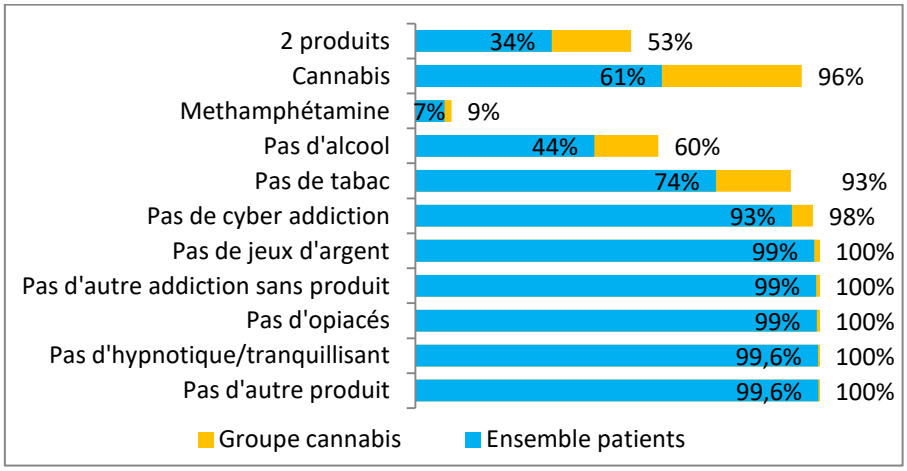


3.4.2.1 Les consommations de cannabis

Le premier groupe « Cannabis » concernait un peu plus de la moitié des patients reçus au CCSAT en 2019 (583 patients). La quasi-totalité des patients appartenant à ce groupe présentaient une consommation problématique de cannabis dans les 30 derniers jours (96% ; *Figure 35*). A l'inverse, aucun des membres de ce groupe, ou une très faible proportion d'entre eux (significativement moins fréquente que sur l'ensemble des patients ; p<5%), ne consommait de substance hypnotique ou tranquillisante (0%), d'opiacés (0%), de tabac (7%), ou ne présentait une addiction aux jeux d'argent (0%), une cyber-addiction (2%) ou une autre addiction sans produit (0%).

Significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, ce groupe de patients avait consommé deux produits dans les 30 derniers jours (53% vs 34% sur l'ensemble ; p<0,1%), mais jamais plus. 47% des membres de ce groupe ne déclaraient qu'un seul produit, soit significativement moins que sur l'ensemble des patients (55% ; p<0,1%). Ainsi, les consommateurs de cannabis de ce groupe, lorsqu'ils consommaient également un second produit, consommaient en général de l'alcool (quoi que significativement moins souvent que sur l'ensemble des patients : 40% vs 56% ; p<0,1%) et de la méthamphétamine significativement plus souvent que sur l'ensemble des consommateurs (9% vs 7% ; p<5%).

Figure 35 : Proportion de patients dans le groupe « cannabis » (N=583) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe

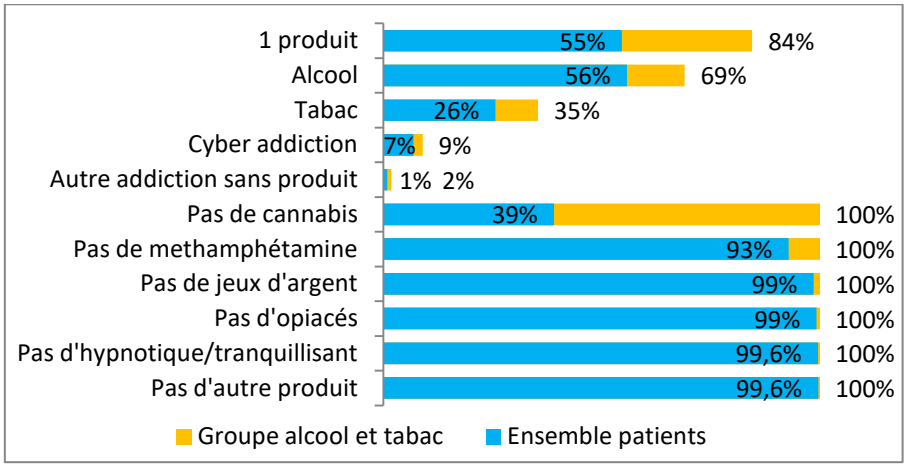


3.4.2.2 Les consommations d'alcool et de tabac

Le second groupe « Alcool et tabac » concernait un peu plus du tiers des patients reçus au CCSAT en 2019 (387 patients). Significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, les membres de ce groupe ne déclaraient qu'un produit problématique consommé dans les 30 derniers jours (85% vs 55% sur l'ensemble ; p<0,1% ; *Figure 36*). 16% des membres de ce groupe déclaraient la consommation de deux produits justifiant la prise en charge, soit deux fois moins que sur l'ensemble des patients (34% ; p<0,1%). Les patients de ce groupe, ne déclaraient jamais de consommation au-delà de deux produits.

Le plus souvent et significativement plus que sur l'ensemble des consommateurs, les patients de ce groupe avaient consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours (69% vs 56% ; p<0,1%). Dans une moindre mesure, mais toujours significativement plus qu'en moyenne, les patients de ce groupe se caractérisaient par une consommation de tabac (35% vs 26% ; p<0,1%), une cyber-addiction (9% vs 7% ; p<5%) ou une autre addiction sans produit (2% vs 1% ; p<5%). A l'inverse, aucun des membres de ce groupe ne déclarait une consommation de cannabis, de méthamphétamine, d'opiacés, d'hypnotique ou tranquillisant, d'un autre produit ou de jeux d'argent.

Figure 36 : Proportion de patients dans le groupe « alcool et tabac » (N=387) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe



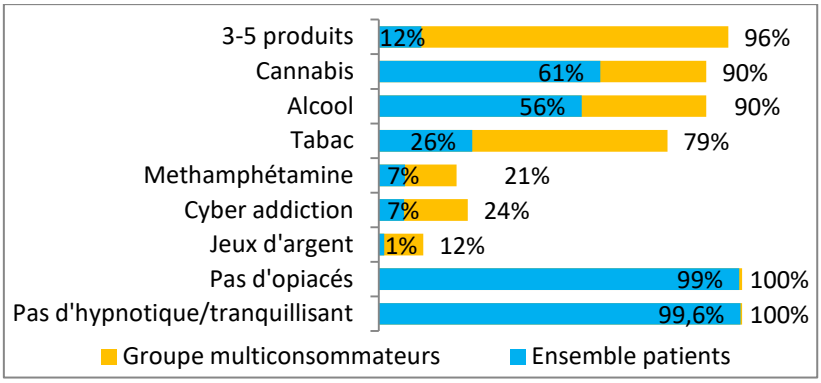
3.4.2.3 Les multi-consommations

Le troisième groupe « Multi-consommateurs » concernait un peu plus du tiers des patients reçus au CCSAT en 2019 (131 patients). Huit fois plus souvent que sur l'ensemble des patients, les membres de ce groupe déclaraient avoir consommé 3 à 5 produits problématiques dans les 30 derniers jours (96% vs 12% sur l'ensemble ; p<0,1% ; *Figure 37*).

A l'exception des « opiacés » et des « hypnotiques ou tranquillisants », qui n'étaient jamais consommés dans ce groupe, tous les autres produits étaient cités. En particulier, le cannabis (90%), l'alcool (90%) et le tabac (79%) constituaient les trois principales consommations de ce groupe et était consommés significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients consommateurs (p<0,1%). Dans une moindre mesure, les membres de ce groupe

déclaraient des consommations de méthamphétamine (21%), ainsi qu'une cyber-addiction et/ou une addiction aux jeux d'argent, également significativement plus souvent qu'en moyenne (p<0,1%).

Figure 37 : Proportion de patients dans le groupe « multi-consommateurs » (N=131) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe



3.4.2.4 Les consommations de drogues dures

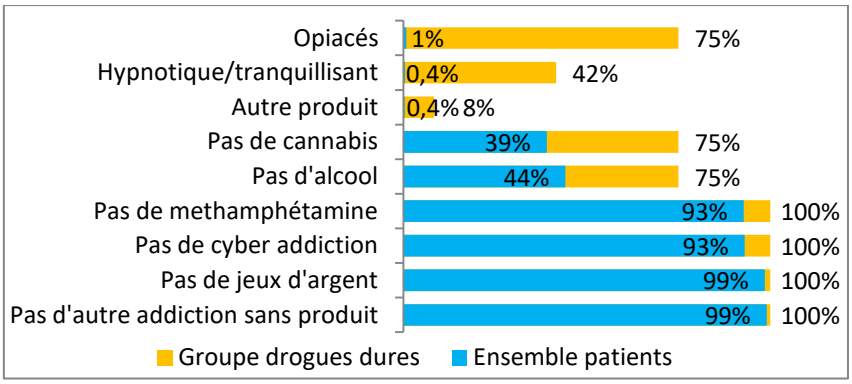
Le dernier groupe « Drogues dures » constituait une exception au sein des patients reçus au CCSAT en 2019 puisqu'il ne concernait que 12 patients.

A la différence des trois autres groupes, ces patients ne se caractérisaient pas par un nombre particulier de produits consommés ; en effet, la répartition du nombre de consommations était similaire à celle observée sur l'ensemble des patients consommateurs, avec la moitié des patients ne déclarant consommer qu'un produit justifiant leur prise en charge et un tiers, 3 à 5 produits.

Ce qui caractérisait essentiellement ce petit groupe de patients était qu'il s'agissait du seul groupe à présenter une consommation d'opiacés (75%) ou d'hypnotiques ou tranquillisants (42%), de sorte que l'ensemble des consommateurs de ces deux produits se retrouvaient dans ce groupe (*Figure 38*). En outre, les patients ayant déclaré une consommation d'autres produits problématiques dans les 30 derniers jours étaient également significativement surreprésentés dans ce dernier groupe (8% vs 0,4% sur l'ensemble des patients consommateurs ; p<5%).

A l'inverse, les consommateurs de cannabis (25% vs 61% ; p<5%) et d'alcool (25% vs 56% ; p<5%) étaient significativement sous-représentés dans ce groupe et on ne dénombrait aucune consommation de méthamphétamine et aucune cyber-addiction ou addiction aux jeux d'argent ou autre sans produit.

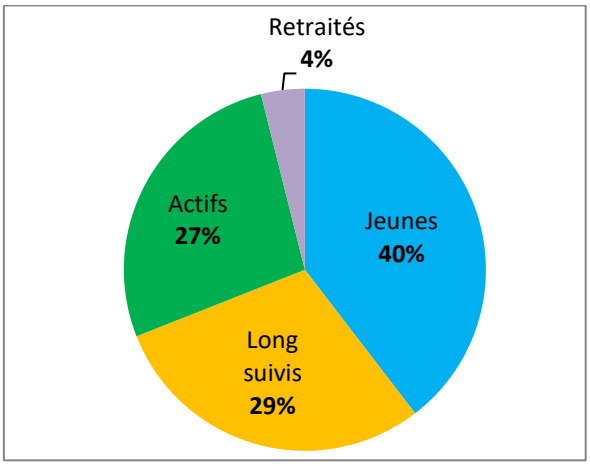
Figure 38 : Proportion de patients dans le groupe « drogues dures » (N=12) pour chaque item significativement surreprésenté dans le groupe



3.5 Quatre profils de patients

En croisant simultanément les caractéristiques sociodémographiques, de prise en charge, de santé et les différents profils précédemment décrits des patients reçus au CCSAT en 2019, quatre grands profils de patients peuvent être mis en évidence (*Figure 39*).

Figure 39 : Profils des patients (N=1281)



3.5.1 Les consultations des jeunes au CCSAT

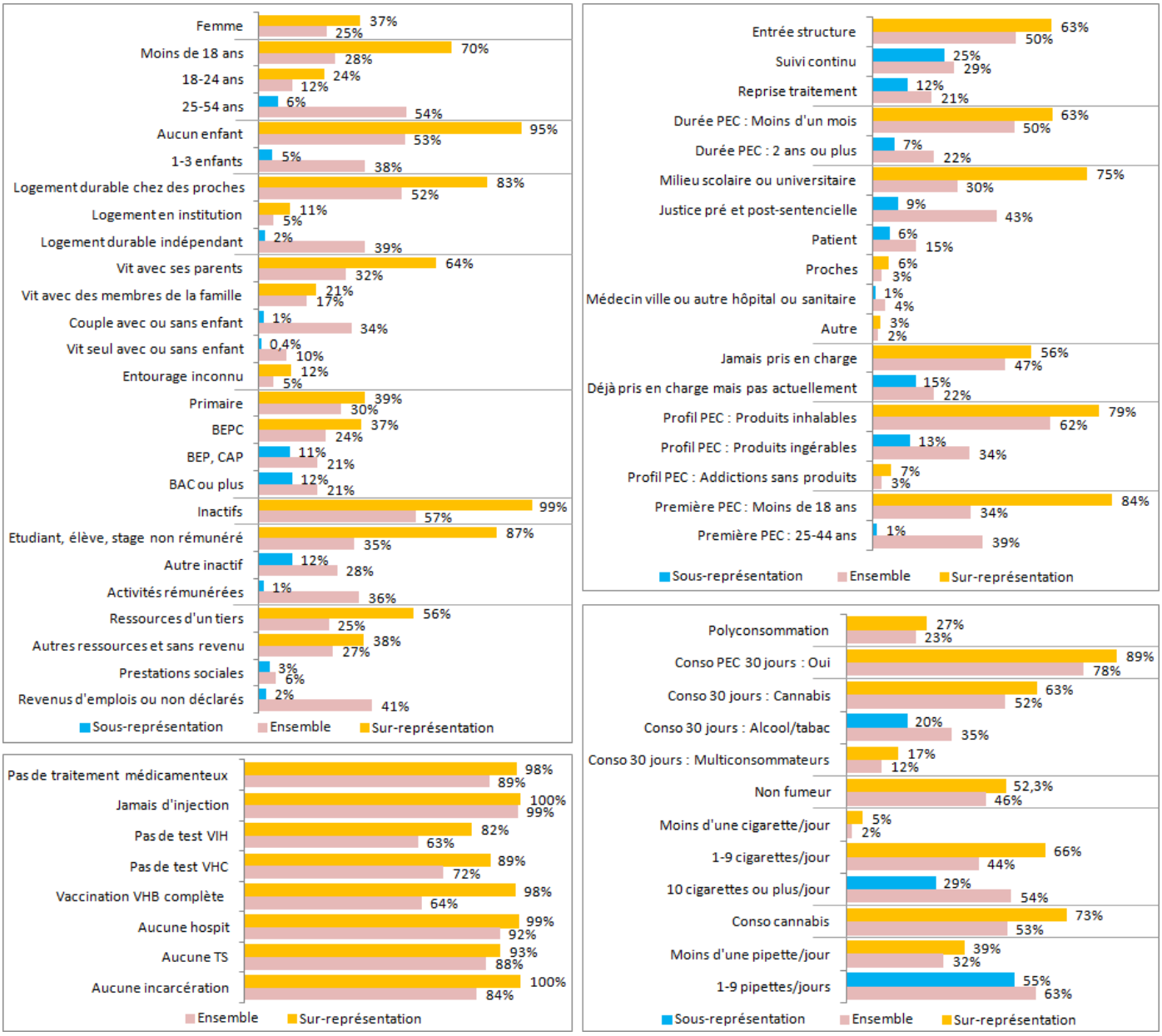
Ce principal et premier profil (« les jeunes ») concernait 40% des consultations du CCSAT pour l'année 2019, soit 507 patients.

Le jeune âge des patients caractérisait principalement ce groupe (*Figure 40*). En effet, plus de neuf membres de ce groupe sur dix avaient moins de 25 ans (94% vs 40% sur l'ensemble des patients) et moins de 18 ans sept fois sur dix (70% vs 28% sur l'ensemble des patients). Ainsi, la totalité des patients de moins de 18 ans appartenait à ce groupe. Par ailleurs, si l'on décomptait malgré tout une petite part d'individus âgés de 25 à 54 ans, ils étaient significativement moins représentés dans ce groupe par rapport à l'ensemble des 1281 patients (6% vs 54% ; p<0,1%). Aucun patient de ce groupe n'avait plus de 54 ans. Ce groupe était également le seul à afficher une surreprésentation des femmes par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients du CCSAT (37% vs 25% ; p<0,1%).

En lien avec ces particularités d'âge, plusieurs éléments caractérisaient également ce groupe. Notamment, l'ensemble des patients dont l'origine de la prise en charge correspondait au milieu scolaire ou universitaire appartenait à ce groupe et représentait les trois quarts des patients de ce dernier (75% vs 30% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). En outre, seul 1% des membres de ce groupe avaient achevé un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (vs 8% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les trois quarts avaient seulement achevé le primaire ou le collège (76% vs 54% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Par ailleurs, la quasi-totalité des membres de ce groupe était sans profession (99% vs 57% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). 99% des patients correspondant à la catégorie des « étudiants, élèves ou en stage non rémunéré » appartenaient à ce groupe (87% du groupe vs 35% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les patients de ce groupe ne déclaraient que très peu de revenus d'emplois, déclarés ou non (2% vs 41% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Dans plus de la moitié des cas, les ressources des patients de ce groupe provenaient d'une tierce personne (56% vs 25% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et un peu plus d'un tiers déclarait d'autres ressources ou une absence de revenu (38% vs 27% ; p<0,1%). Si les « autres prestations sociales » étaient ici significativement surreprésentées (3% vs 2% sur l'ensemble des patients ; p<1%), les « allocations adulte handicapé » ou les « retraites ou pensions d'invalidité » étaient inexistantes.

L'environnement de vie des patients de ce groupe était cohérent avec les éléments précédemment décrits. Les membres du groupe n'avaient généralement aucun enfant (95% vs 53% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et aucun ne déclarait plus de 3 enfants. Les logements durables chez des proches étaient les plus répandus (83% vs 52% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et les logements durables ou provisoires en institution (incluant le logement en internat) étaient également significativement surreprésentés (11% vs 5% ; p<0,1%), tandis que les logements durables indépendants étaient significativement sous-représentés (2% vs 39% sur l'ensemble des patients; p<0,1%). Les autres types de logements se retrouvaient dans ce groupe dans des proportions similaires à celles relevées sur l'ensemble des patients. La majorité des membres de ce groupe vivaient avec leurs parents (65% vs 32% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), ou éventuellement avec d'autres membres de leur famille (21% vs 17% sur l'ensemble des patients ; p<5%). Toutefois, dans ce groupe, l'entourage n'est pas renseigné dans 12% des cas (vs 5% sur l'ensemble). Dès lors, si la surreprésentation des deux types d'entourage les plus importants n'est pas remise en question, ils peuvent être nettement sous-estimés. Les autres types d'entourages, dont les proportions étaient bien inférieures à la part d'entourage inconnu, ne sont pas interprétables.

Figure 40 : Proportion de patients dans le groupe « jeunes » (N=507) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe



Concernant plus spécifiquement la prise en charge des patients au CCSAT, il s'agissait le plus souvent, pour ce groupe, d'une nouvelle entrée dans la structure (63% vs 50% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), associée à une prise en charge depuis moins d'un mois dans la majorité des cas (63% vs 50% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les prises en charge d'une durée de deux ans ou plus étaient significativement moins représentées dans ce groupe par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble de la population (7% vs 22% ; p<0,1%).

Un peu plus de la moitié des patients de ce groupe n'avait jamais été pris en charge auparavant dans le cadre d'un usage de substances psychoactives (56% vs 47% ; p<0,1%). La part des patients de ce groupe suivie actuellement dans ce cadre était similaire à celle observée sur l'ensemble des patients, tandis que les patients déjà pris en charge mais pas actuellement étaient significativement moins représentés dans ce groupe (15% vs 22% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Parmi les patients suivis actuellement ou déjà pris en charge dans le cadre d'un usage de substances psychoactives, au regard de l'importante part de patients mineurs dans ce groupe, la part de patients également mineurs lors de leur première prise en charge est très majoritaire (84% vs 34% sur l'ensemble ; p<0,1%). En outre, l'âge de la première prise en charge ne dépassait jamais 44 ans dans ce groupe.

A partir des profils de consommation à l'origine de la prise en charge précédemment décrits, les individus appartenant au profil des « produits inhalables » représentaient quatre patients de ce groupe sur cinq (79% vs 62% ; p<0,1%). Le profil des « addictions sans produits » était, en outre, deux fois plus représenté dans ce groupe par rapport à ce qu'on observait sur l'ensemble des patients (7% vs 3% ; p<0,1%). A l'inverse, le profil des « produits ingérables » était significativement sous-représenté dans ce groupe (13% vs 34% ; p<0,1%).

Tout en restant minoritaires dans le groupe, les patients présentant un problème de polyconsommation étaient significativement plus représentés dans ce groupe (27% vs 23% ; p<5%). Possiblement en lien avec la prise en charge généralement récente, 95% des patients de ce groupe déclaraient au moins une consommation problématique dans les 30 derniers jours (vs 87% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et près de neuf patients de ce groupe sur dix avaient consommé au moins une fois le produit à l'origine de leur prise en charge dans les 30 derniers jours (89% vs 78% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Sur l'ensemble des membres du groupe déclarant une consommation problématique dans les 30 derniers jours, deux des profils de consommations décrits précédemment étaient significativement surreprésentés ; le profil « cannabis » qui concernait plus de la moitié du groupe (63% vs 52% sur l'ensemble des patients consommateurs ; p<0,1%) et le profil « multi-consommateurs » (17% vs 12% sur l'ensemble des patients consommateurs ; p<1%). Le profil « alcool et tabac » était, quant à lui, significativement moins représenté dans ce groupe (20% vs 35% sur l'ensemble des patients consommateurs ; p<0,1%). On n'observait pas de différence significative par rapport à l'ensemble des patients consommateurs concernant le profil « drogues dures ».

Concernant plus spécifiquement les consommations, problématiques ou non, de tabac et de cannabis, si un peu plus de la moitié des patients du groupe ne déclaraient pas de consommation de tabac (52% vs 46% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), près de trois patients du groupe sur quatre déclaraient consommer du cannabis (73% vs 53% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). 94% des consommateurs de cannabis de ce groupe fumaient moins de 10 pipettes par jour et ceux qui en consommaient moins d'une par jour étaient significativement surreprésentés (39% vs 32% sur l'ensemble des patients consommateurs de cannabis ; p<5%). Lorsqu'elle existait, le schéma de consommation du tabac était assez similaire, avec une part significativement plus importante de patients dans le groupe qui consommait moins de 10 cigarettes par jours (71% vs 46% ; p<0,1%).

Du point de vue de la santé générale des patients de ce groupe, dans la plupart des cas les patients ne recevaient aucun traitement de substitution aux opiacés, ni d'autre prescription médicale. Ils n'avaient jamais utilisé la voie intraveineuse, ni été testé pour le VIH ou l'hépatite C. Ils présentaient également presque tous une vaccination complète contre l'hépatite B, cette dernière étant systématique en Polynésie française pour toute personne née sur le territoire après 1991. Les hospitalisations psychiatriques antérieures hors sevrage, les tentatives de suicides et les incarcérations étaient également quasiment inexistantes (1 patient).

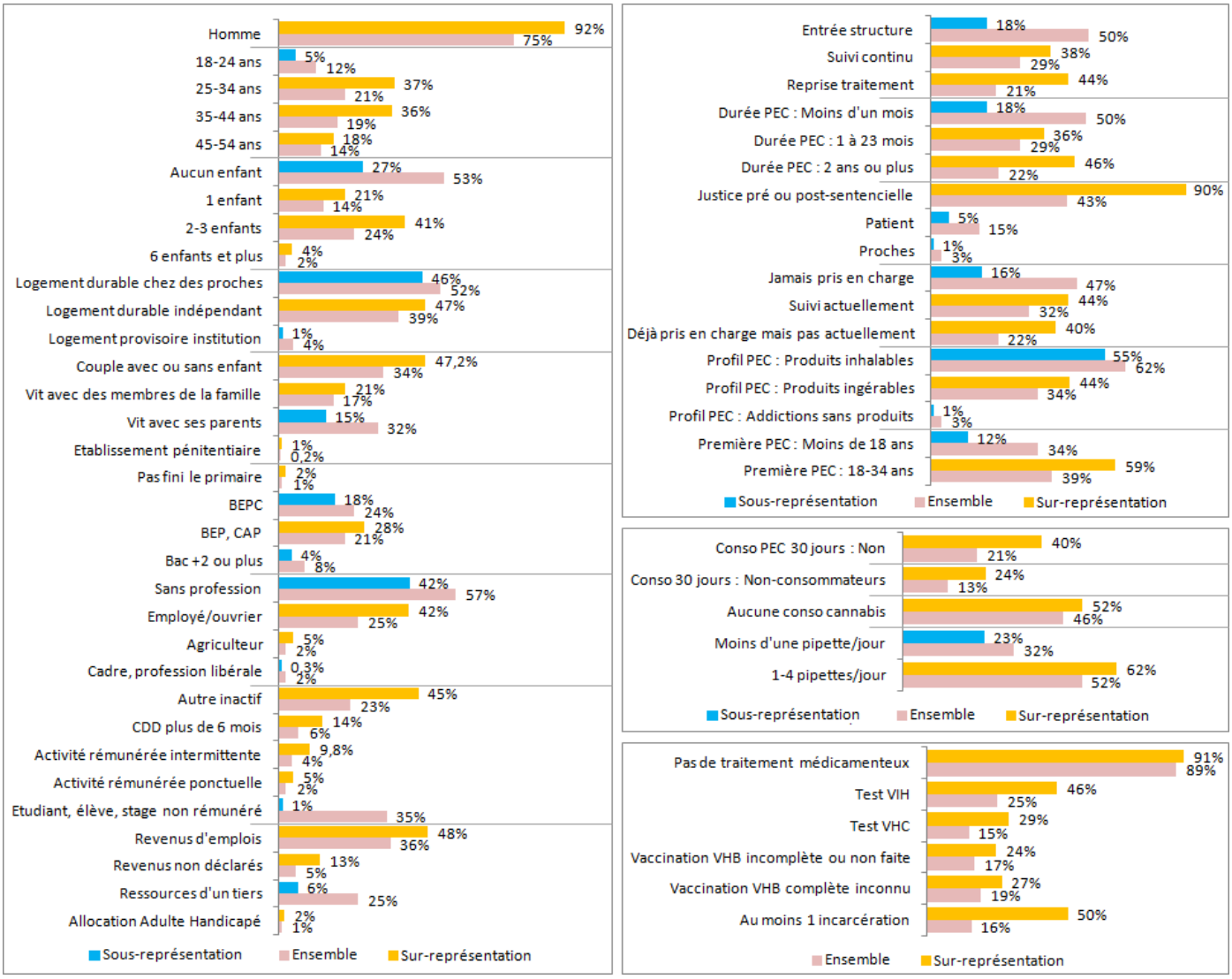
Ainsi, deux patients du CCSAT sur cinq ayant bénéficié d'une consultation en 2019, présentaient un profil de consommateurs jeunes, nouvellement pris en charge par la structure. Le plus souvent mineurs, ces patients étaient essentiellement orientés vers le CCSAT, en général par le milieu scolaire ou universitaire. Polyconsommateurs pour un quart d'entre eux, ce groupe de patients consommait fréquemment encore activement le produit à l'origine de leur prise en charge. Il s'agissait huit fois sur dix d'un profil de consommation par inhalation, parfois de tabac mais préférentiellement de cannabis, toutefois modérée en terme de consommation quotidienne. Rappelons également qu'une grande part des patients consommateurs de méthamphétamine appartenait au profil des « produits inhalables ». Possiblement de par leur jeunesse, les patients de ce groupe ne présentaient que de rares problèmes de santé ou antécédents psychiatriques ou judiciaires.

3.5.2 Les patients en cours de suivi ou en reprise de traitement

Le second profil (« les longs suivis ») concernait 29% des consultations du CCSAT pour l'année 2019, soit 377 patients.

Ce groupe se caractérisait principalement par la présence de patients suivis par le CCSAT antérieurement à l'année d'étude (*Figure 41*). En effet, il s'agissait du seul groupe pour lequel les nouvelles entrées dans la structure étaient significativement moins représentées par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients du CCSAT (18% vs 50% ; p<0,1%). A l'inverse, on décomptait significativement plus de suivis continus (38% vs 29% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et de reprises de traitement (44% vs 20% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) dans ce groupe. Dans la continuité, les durées de prise en charge d'un mois ou plus étaient significativement surreprésentées dans ce groupe (82% vs 50% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et près de la moitié des patients de ce groupe étaient pris en charge depuis au moins 2 ans (46% vs 23% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Sans surprise, 84% des patients de ce groupe avaient déjà été pris en charge au cours de leur vie dans le cadre d'une consommation de substance psychoactive (vs 53% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Pour plus de la moitié des patients de ce groupe et significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, l'âge de la première prise en charge se situait entre 18 et 34 ans (59% vs 39% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Ce groupe était également le seul à afficher une surreprésentation des hommes par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients du CCSAT (92% vs 75% ; p<0,1%).

Figure 41 : Proportion de patients dans le groupe « longs suivis » (N=377) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe



De même que le groupe des « jeunes », les patients du groupe des « longs suivis » étaient le plus souvent orientés vers le CCSAT, mais cette fois par la justice neuf fois sur dix (p<0,1%), le plus souvent en post-sentencielle (76% vs 36% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). En outre, sur l'ensemble des patients, seuls trois résidaient en établissement pénitentiaire et tous appartenaient à cette classe. Pour autant, ce groupe semblait bien présenter une certaine dimension carcérale dans la mesure où la moitié des patients qui le composait avaient déjà été incarcérés au moins une fois dans leur vie (50% vs 16% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) ; de moins d'un mois à 10 ans ou plus, dans des proportions similaires à celles relevées sur l'ensemble des patients, mais avec une majorité des patients de ce groupe cumulant une durée totale d'incarcération supérieure à 1 an (55%) sur plusieurs séjours.

Un peu plus de la moitié des patients de ce groupe appartenaient au profil « produits inhalables » concernant les consommations à l'origine de la prise en charge. Toutefois, bien que majoritaire, ce profil était significativement moins représenté dans ce groupe par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (55% vs 62% ; p<0,1%). A l'inverse, le profil « produits ingérables » était significativement surreprésenté et concernait presque tous les autres patients composant le groupe (44% vs 34% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%).

Du point de vue des caractéristiques sociodémographiques, ce groupe était caractérisé par une surreprésentation de patients âgés de 25 à 54 ans (91% vs 54% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Aux extrêmes, ce groupe ne présentait aucun patient de moins de 18 ans ou de plus de 64 ans. En cohérence avec l'âge, la grande majorité des patients du groupe disposait d'un logement durable (93%) et le plus souvent indépendant (47% vs 39% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Bien que significativement sous-représentés dans ce groupe, les logements durables chez des proches constituaient le second type de logement le plus déclaré (46% vs 52% sur l'ensemble des patients ; p<1%). En outre, près de la moitié des patients du groupe vivaient en couple, avec ou sans enfant (47% vs 34% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les patients vivant avec des membres de leur famille étaient également significativement surreprésentés dans le groupe (21% vs 17% sur l'ensemble des patients ; p<5%), à l'inverse de ceux vivant avec leurs parents, significativement sous-représentés (15% vs 32% sur l'ensemble des patients ;

p<0,1%). Par ailleurs, les patients de ce groupe qui avaient au moins 1 enfant étaient significativement surreprésentés par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (73% vs 47% ; p<0,1%).

Sur le plan scolaire, les patients de ce groupe étaient significativement moins souvent représentés parmi ceux qui avaient achevé un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (4% vs 8% sur l'ensemble des patients ; p<1%). Ceux qui avaient validé le niveau baccalauréat (14%) se retrouvaient dans des proportions similaires à celles observées sur l'ensemble des patients, de même que les patients qui avaient achevé le primaire (32%). Deux catégories étaient finalement significativement surreprésentées dans le groupe ; les patients n'ayant pas fini le primaire (2% vs 1% sur l'ensemble des patients ; p<5%) et ceux ayant achevé un BEP ou CAP (28% vs 21% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%).

Professionnellement, presque la moitié des patients de ce groupe étaient inactifs au cours des 6 derniers mois (48%). Les patients considérés comme étant au chômage (sans emploi déclaré mais en recherche active de travail) se retrouvaient dans ce groupe à hauteur de 2%, dans les mêmes proportions que sur l'ensemble des patients. Au regard de l'âge des patients du groupe, on ne dénombrait aucun retraité et une infime part d'étudiants, élèves ou personnes en stage non rémunéré (1% vs 35% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Toutefois, les autres inactifs étaient non seulement significativement surreprésentés dans le groupe mais constituaient la principale situation professionnelle (45% vs 23% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les situations professionnelles précaires étaient également significativement surreprésentées avec un doublement dans le groupe par rapport à l'ensemble des patients, d'une manière générale, des CDD de plus de 6 mois (14% vs 6% ; p<0,1%) et des activités rémunérées intermittentes (10% vs 4%, p<0,1%) ou ponctuelles (5% vs 2% ; p<1%). La part des patients de ce groupe en CDI était similaire à celle relevée sur l'ensemble des patients (23%). En outre, trois catégories socioprofessionnelles étaient significativement surreprésentées dans le groupe ; les employés (25% vs 17% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), les ouvriers (17% vs 8% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et les agriculteurs (5% vs 2% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Dès lors, les revenus d'emplois étaient significativement surreprésentés dans ce groupe en âge d'exercer une activité professionnelle mais ne concernait que la moitié de ces patients (48% vs 36% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). En outre, il s'agissait du seul groupe de patients pour lequel les ressources « revenus non déclarés » (13% vs 5% ; p<0,1%) et « allocation adulte handicapé » (2% vs 1% ; p<5%) étaient significativement surreprésentées par rapport aux ressources de l'ensemble des patients.

En matière de consommation, le groupe des « longs suivis » était le seul à afficher une part de patients n'ayant pas consommé le produit à l'origine de leur prise en charge depuis au moins 30 jours, significativement supérieure à ce qu'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (40% vs 21% ; p<0,1%). Il s'agissait également du seul groupe où les patients n'ayant consommé aucun produit problématique depuis au moins 30 jours étaient significativement plus représentés que sur l'ensemble des patients (24% vs 13% ; p<0,1%). Pour les consommateurs du groupe, la répartition dans les différents profils de consommation était semblable à celle observée sur l'ensemble des patients. Par ailleurs, les patients de ce groupe ne fumaient ni plus, ni moins de tabac par rapport à l'ensemble des patients, mais ils étaient une petite majorité à ne déclarer aucune consommation de cannabis dans les 30 derniers jours (52% vs 46% sur l'ensemble des patients ; p<1%). Pour les patients du groupe ayant déclaré une consommation de cannabis dans les 30 derniers jours, la consommation dépassait rarement les 4 pipettes par jour (85%), avec une surreprésentation significative des consommations comprises entre 1 et 4 pipettes par jour (62% vs 52% ; p<5%).

Comme pour l'ensemble des patients, la prise en charge actuelle ne comprenait généralement aucun traitement de substitution aux opiacés et, significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, les membres de ce groupe ne prenaient aucun traitement médicamenteux (91% vs 89% ; p<5%). Dans la plupart des cas, les patients du groupe n'avaient jamais utilisé la voie intraveineuse. Il s'agissait, par contre, du seul groupe à avoir été testé au moins une fois au cours de leur vie pour le VIH (46% vs 25% ; p<0,1%) ou l'hépatite C (29% vs 15% ; p<0,1%) significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients. Comme sur l'ensemble des patients, la grande part d'inconnu pour ces deux items empêche d'estimer précisément les proportions d'individus testés et non testés au sein du groupe. La même remarque peut s'appliquer à la vaccination contre l'hépatite B pour ce groupe. Tout en restant minoritaires, les patients du groupe n'avaient pas été vaccinés contre l'hépatite B significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients (24% vs 17% ; p<0,1%), mais l'importance des valeurs manquantes pour cet item empêche toute conclusion définitive concernant la proportion réelle des patients non vaccinés dans le groupe. Enfin, dans des proportions similaires à celles de l'ensemble des patients, environ 6% des patients du groupe présentaient des antécédents d'hospitalisation psychiatrique hors sevrage et 12% des antécédents de tentatives de suicide.

Ainsi, un peu moins du tiers des patients du CCSAT ayant bénéficié d'une consultation en 2019 présentaient un profil de consommateurs masculins, déjà suivis par la structure ou en reprise de traitement. Ces patients étaient essentiellement orientés vers le CCSAT, en général dans le cadre d'une procédure de justice pré ou post-sentencielle. Ce groupe se répartissait selon deux profils de consommation à l'origine de la prise en charge ; soit par inhalation, soit par ingestion (d'alcool classiquement). Appartenant généralement à la tranche d'âge des actifs, les patients du groupe des « longs suivis » présentaient globalement un niveau scolaire assez faible et à peu près autant

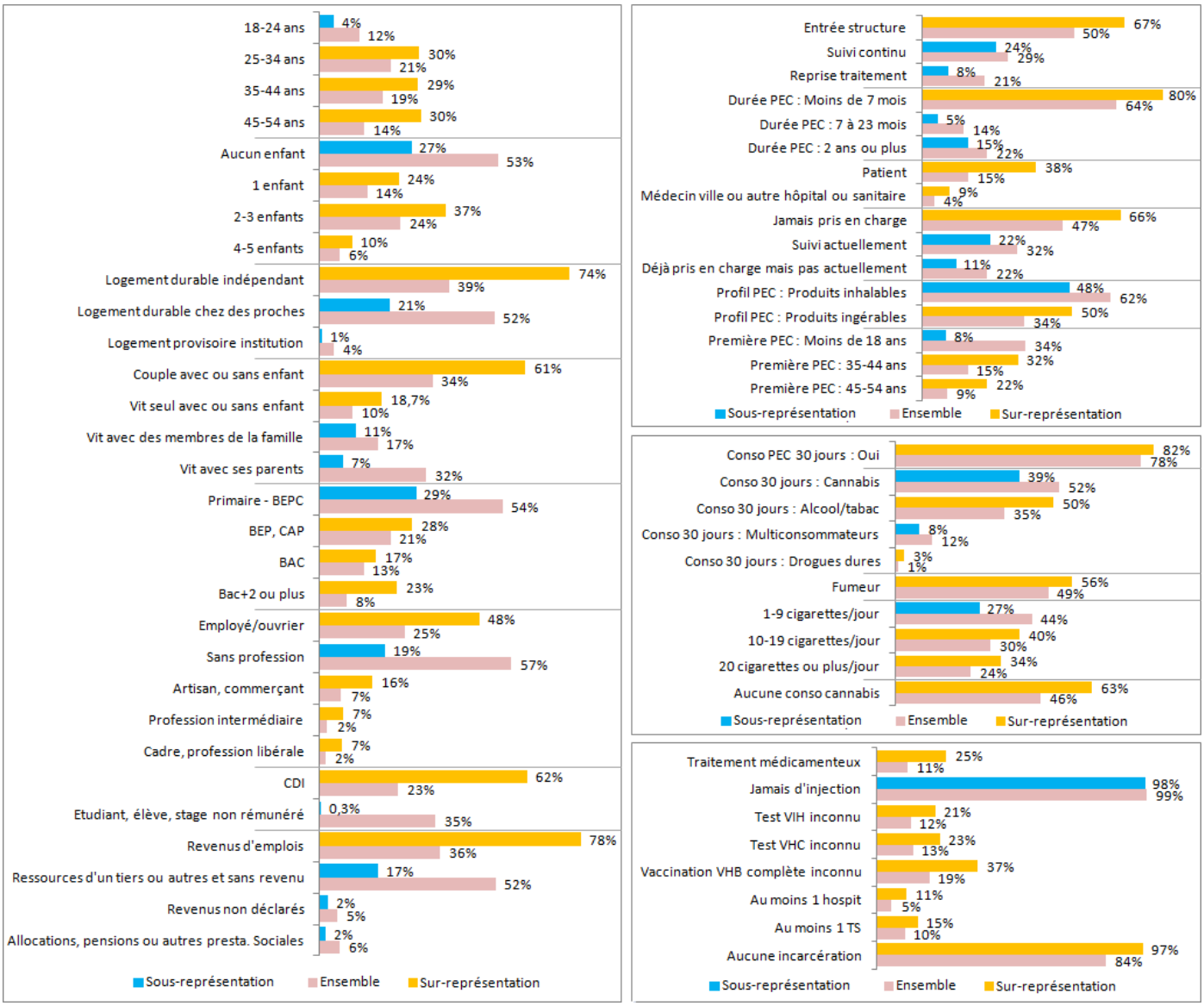
d'inactifs que d'actifs. Par ailleurs, ce groupe était celui présentant la part la plus importante de patients non consommateurs du produit à l'origine de la prise en charge ou d'un produit problématique, depuis au moins 30 jours. Un peu moins de la moitié de ces patients déclarait toutefois une consommation récente de cannabis mais rarement supérieure à 4 pipettes par jour. En dehors d'importants antécédents d'incarcération, on ne comptait pas plus d'antécédents d'hospitalisation ou de tentative de suicide parmi les patients de ce groupe. Il présentait toutefois les plus forts taux de test pour le VIH et l'hépatite C.

3.5.3 Les actifs en début de suivi au CCSAT

Le troisième profil (« les actifs ») concernait 27% des consultations du CCSAT pour l'année 2019, soit 347 patients.

Ce groupe était très similaire au précédent (« longs suivis ») du point de vue de l'âge (*Figure 42*). En effet, comme dans le second groupe, on ne dénombrait aucun mineur, ni aucun patient de plus de 64 ans dans ce groupe et une surreprésentation significative des patients de 25 à 54 ans (89% vs 54% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). De même, possiblement en raison des similitudes d'âge, les patients de ce groupe qui avaient au moins 1 enfant étaient significativement surreprésentés par rapport à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients (73% vs 47% ; p<0,1%). Pour autant, les similitudes entre ce troisième groupe et le précédent s'arrêtaient là.

Figure 42 : Proportion d'individus dans le groupe « actifs » (N=347) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe



Concernant les caractéristiques sociodémographiques, si les hommes étaient certes majoritaires dans le groupe (76%), ils l'étaient en raison de la très grande part d'hommes présents dans l'ensemble des patients du CCSAT et se retrouvaient dans des proportions similaires à ce que l'on pouvait observer en moyenne. Sur le plan scolaire et professionnel, les caractéristiques de ce groupe laissaient entendre un niveau de vie supérieur à celui du groupe

précédent. A l'inverse, les patients de ce groupe ayant au plus terminé le collège étaient significativement sous-représentés (29% vs 55% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), tandis que ceux disposant du baccalauréat ou de diplômes supérieurs étaient significativement surreprésentés (40% vs 21% ; p<0,1%). En outre, la majorité des patients du groupe exerçait une activité professionnelle dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée (62% vs 24% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et plus des trois quarts disposaient de ressources issues de leurs revenus d'emplois (78% vs 36% ; p<0,1%). Ce groupe était le seul où l'on dénombrait une part significativement supérieure à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients, pour les catégories socioprofessionnelles « artisan, commerçant » (16% vs 7% ; p<0,1%), « profession intermédiaire » (7% vs 3% ; p<0,1%) et « cadre, profession libérale » (7% vs 2% ; p<0,1%). Notons, en outre, que 96% des patients appartenant à la catégorie professionnelle « cadre, profession libérale » étaient inclus dans ce groupe. Significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, les patients du groupe des « actifs » vivaient majoritairement en couple, avec ou sans enfant (61% vs 34% ; p<0,1%) ou seuls, avec ou sans enfant (19% vs 10% ; p<0,1%), trois fois sur quatre dans un logement durable indépendant (74% vs 39% ; p<0,1%).

Comme les « jeunes », le groupe des patients « actifs » était majoritairement pris en charge au CCSAT dans le cadre d'une nouvelle entrée dans la structure (67% vs 50% ; p<0,1%) et depuis moins de 7 mois (80% vs 64% ; p<0,1%), mais la démarche de prise en charge semblait plus personnelle dans ce groupe, par rapport aux deux précédents. Significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, le patient lui-même était à l'origine de sa prise en charge dans le groupe des « actifs » (38% vs 15% ; p<0,1%). On notait également une surreprésentation des prises en charge initiées par une structure de soins, tel que le médecin, l'hôpital ou un autre établissement sanitaire (9% vs 4% ; p<0,1%). Les orientations de justice post-sentencielle restaient toutefois très présentes (37%) mais dans des proportions similaires à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients. A l'inverse du groupe « longs suivis », les patients « suivis actuellement » (22% vs 32% ; p<0,1%) ou « précédemment pris en charge » (11% vs 22% ; p<0,1%) dans le cadre d'une prise en charge de substances psychoactives, étaient significativement sous-représentés au sein du groupe des « actifs », par rapport à ce qu'on observait sur l'ensemble des patients, tandis que ceux « jamais pris en charge » étaient majoritaires et significativement surreprésentés (66% vs 47% ; p<0,1%). Une fois sur deux et significativement plus que sur l'ensemble, les patients du groupe « actifs » appartenaient au profil « produits ingérables » concernant les consommations à l'origine de la prise en charge (50% vs 34% ; p<0,1%). Le profil « produits inhalables » concernait presque tous les autres patients du groupe mais était significativement sous-représenté (48% vs 62% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les 2% restant appartenaient au profil « addictions sans produit », dans des proportions similaires à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients.

La plupart des patients de ce groupe déclarait avoir consommé le produit à l'origine de leur prise en charge dans les 30 derniers jours (82% vs 78% sur l'ensemble des patients ; p<5%). En cas de consommation problématique au cours du mois précédent, la moitié des patients consommateurs du groupe appartenait au profil de consommation « alcool et tabac » (50% vs 35% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Les profils « Cannabis » (39% vs 52% ; p<0,1%) et « Multi-consommateurs » (8% vs 12% ; p<5%) constituaient les second et troisième profils de consommation dans ce groupe mais concernaient significativement moins de patients consommateurs de ce groupe par rapport à l'ensemble des patients. On dénombrait, en outre, trois fois plus de consommateurs appartenant au profil « drogues dures » dans ce groupe par rapport à l'ensemble des patients (3% vs 1% ; p<5%). Ainsi, la majorité des patients de ce groupe ne déclarait aucune consommation de cannabis dans le mois précédent (63% vs 46% ; p<0,1%), mais plus de la moitié avaient fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours (56% vs 49% ; p<5%). A la différence des deux précédents groupes, les patients fumeurs de ce groupe présentaient une consommation importante de tabac, les trois quarts d'entre eux consommant au moins 10 cigarettes quotidiennement (73% vs 54% ; p<0,1%). Le tiers déclarait une consommation d'au moins 20 cigarettes par jour (34% vs 24% ; p<1%).

Comme pour l'ensemble des patients, la prise en charge actuelle des patients de ce groupe ne comprenait généralement aucun traitement de substitution aux opiacés. Le plus souvent, les patients de ce groupe n'étaient pas non plus sous traitement médicamenteux (hors substitution), mais la part de ceux qui prenaient au moins un médicament était significativement plus importante que sur l'ensemble des patients (25% vs 11% ; p<0,1%). La part des patients du groupe ayant déjà consommé par voie intraveineuse était semblable à celle observée sur l'ensemble des patients du CCSAT (1%). On notera cependant une part d'inconnu concernant l'utilisation de l'injection significativement plus élevée dans ce groupe par rapport à l'ensemble des patients et suffisante pour que les patients n'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse soient significativement sous-représentés dans ce groupe (98% vs 99% ; p<5%). En l'état, il n'est pas possible d'affirmer une différence d'usage de la voie intraveineuse dans ce groupe par rapport à l'ensemble des patients. De même, le statut concernant les tests pour le VIH et l'hépatite C n'était pas connu pour un peu moins du quart des patients du groupe (respectivement 21% et 23%, contre 12% et 13% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), rendant impossible toute analyse de ces données pour le groupe. Les patients n'ayant pas été vaccinés contre l'hépatite B étaient significativement plus nombreux dans ce groupe que sur l'ensemble des patients (26% vs 17% ; p<0,1%). Si cette surreprésentation est indéniable, il est impossible de déterminer précisément les parts de patients vaccinés et non vaccinés dans ce groupe dans la mesure où cette information n'était pas connue pour 37% d'entre eux.

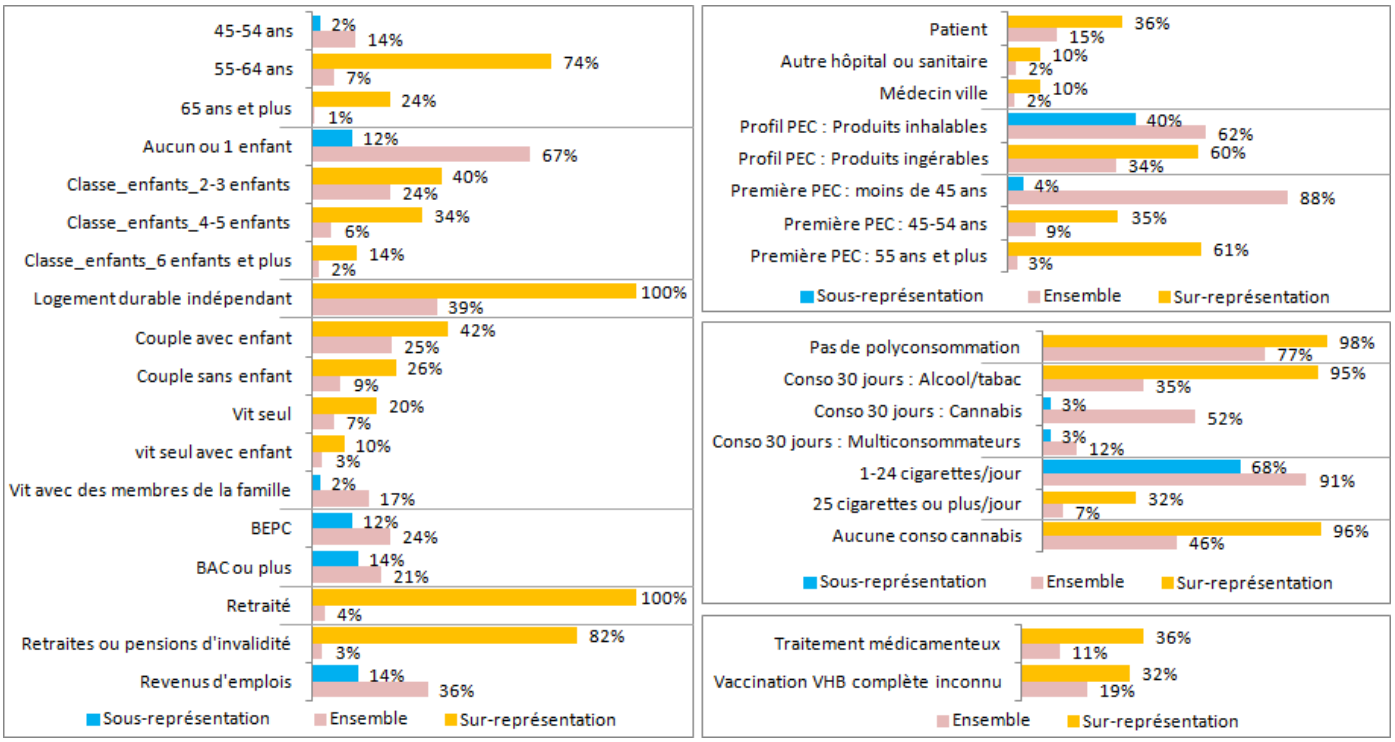
Par ailleurs, significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, les membres du groupe « actifs » avaient été hospitalisés au moins une fois au cours de leur vie (11% vs 5% ; p<0,1%) et avaient fait au moins une tentative de suicide (15% vs 10% ; p<5%)). Ce groupe était le seul à présenter cette surreprésentation. A l'inverse, il apparaissait significativement moins d'antécédents d'incarcération dans ce groupe (2% vs 16% ; p<0,1%)). Sur les 8 patients du groupe des « actifs » ayant des antécédents d'incarcération, un seul l'a été plus d'une fois et tous cumulaient une durée d'incarcération inférieure à 2 ans.

Ainsi, un large quart des patients du CCSAT ayant bénéficié d'une consultation en 2019 présentaient un profil de consommateurs d'âges intermédiaires (25-54 ans), nouvellement pris en charge par la structure. Présentant les niveaux scolaires les plus élevés, les patients du groupe des « actifs » étaient le plus souvent autonomes en matière de ressources financières et de logement, avec une activité professionnelle stable. La démarche de consultation apparaissait plus personnelle dans ce groupe ; un peu plus du tiers consultant d'eux-mêmes le CCSAT. La plupart des patients de ce groupe consommaient encore le produit à l'origine de leur prise en charge. Le groupe se divisait à parts égales entre le profil de consommation à l'origine de la prise en charge par ingestion et le profil par inhalation. La moitié des consommations problématiques dans le mois précédent correspondaient au profil de consommation « alcool et tabac » avec, effectivement plus de la moitié des patients du groupe qui consommaient quotidiennement du tabac. La consommation de cannabis est également présente mais moins qu'en moyenne. Un quart des patients du groupe des « actifs » était sous traitement médicamenteux. Enfin, les patients de ce groupe ne présentaient que de rares antécédents d'incarcérations mais étaient les seuls à faire état de plus d'antécédents d'hospitalisation ou de tentatives de suicide qu'en moyenne.

3.5.4 Les consommateurs de plus de 50 ans au CCSAT

Le quatrième et dernier profil (« les retraités ») concernait 4% des consultations du CCSAT pour l'année 2019, soit 50 patients.

Figure 43 : Proportion d'individus dans le groupe « retraités » (N=50) pour chaque item significativement sur ou sous-représenté dans le groupe



A l'inverse du premier groupe (« les jeunes ») qui se caractérisait par une forte prédominance des patients de moins de 25 ans, le groupe des « retraités » n'était composé que de patients âgés d'au moins 45 ans (*Figure 43*). Plus en détails, un seul patient de ce groupe avait moins de 55 ans (53 ans) et l'ensemble des 12 patients de 65 ans ou plus appartenait à ce groupe. Dès lors, trois patients sur quatre du groupe « retraités » avaient entre 55 et 64 ans, soit douze fois plus que sur l'ensemble des patients (74% vs 6% ; p<0,1%). En outre, les 50 patients de ce groupe étaient tous retraités, d'où une large surreprésentation des ressources issues de pensions de retraite ou d'invalidité (82% vs 3% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Ils vivaient également tous dans un logement durable indépendant. Les patients de ce groupe n'ayant aucun enfant étaient nettement sous-représentés et quasi inexistant (2% vs 53% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Il s'agissait, au contraire, du groupe de patients qui comptait le plus d'enfants. 88%

d'entre eux avaient au moins 2 enfants (vs 33% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et près d'un sur deux en déclarait au moins 4 (48% vs 8% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Dans la majorité des cas, les patients de ce groupe vivaient en couple, avec ou sans enfant (68% vs 34% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%) et la moitié vivait avec au moins un enfant, seul ou en couple (52% vs 28% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Environ un patient sur trois de ce groupe ne vivait pas en couple (30% vs 10% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Dans ce groupe, un seul patient sortait de ces catégories d'entourages et résidait avec d'autres membres de sa famille.

La part des différents types d'entrées au CCSAT était similaire pour ce groupe à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients, avec environ un patient sur deux nouvellement enregistré (54%), l'autre moitié des patients se répartissait relativement également entre les patients en continuité de suivi (24%) et ceux qui reprenaient leur traitement (22%) en 2019. Les durées de prise en charge étaient également semblables à la répartition sur l'ensemble des patients, ainsi que les précédentes prises en charge liées à l'usage de substances psychoactives. Toutefois, pour les patients du groupe des « retraités » ayant déjà été pris en charge ou en cours de suivi, l'âge de la première prise en charge apparaissait plus tardif que pour l'ensemble des patients mais aussi par rapport aux trois autres groupes (*Tableau 2*). En effet, les trois quarts des « retraités » avaient plus de 50 ans lors de leur première prise en charge, contre 16 ans sur l'ensemble des patients et de 13 ans à 28 ans pour les trois autres groupes.

Tableau 2 : Répartition des âges de première prise en charge par groupe de patients et sur l'ensemble des patients (en années)

	Jeunes	Longs suivis	Actifs	Retraités	Ensemble
Age minimum	9	7	13	39	7
Age 1er quartile	13	23	28	51	16
Age médian	**15**	**29**	**36**	**56**	**25**
Age 3e quartile	17	36	44	59	35
Age maximum	38	56	63	75	75

Comme pour le groupe des « actifs », significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, le patient lui-même était à l'origine de sa prise en charge dans le groupe des « retraités » (36% vs 15% ; p<0,1%). Les prises en charge initiées par un professionnel de santé ou une structure de soin (médecin de ville, hôpital ou autre sanitaire) étaient également significativement surreprésentées (20% vs 4% ; p<0,1%). Les orientations de justice post-sentencielle concernaient un petit tiers des patients du groupe (30%) mais dans des proportions similaires à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients. Concernant les consommations à l'origine de la prise en charge, trois patients « retraités » sur cinq appartenaient au profil « produits ingérables » (60% vs 34% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%), tandis que les patients restant étaient concernés par le profil « produits inhalables » (40% vs 62% sur l'ensemble des patients ; p<1%).

Sur les 50 patients du groupe « retraités », un seul présentait un problème de polyconsommation. En outre, plus de trois patients du groupe sur quatre déclaraient avoir consommé le produit à l'origine de leur prise en charge au cours du mois précédent (78%), soit une proportion semblable à celle de l'ensemble des patients. En lien avec le profil de consommation à la prise en charge, tous les patients du groupe sauf 2, appartenaient au profil de consommations problématiques dans les 30 derniers jours « alcool et tabac » (95% vs 33% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%). Un patient appartenait au profil « cannabis » et un autre au profil « multi-consommateurs ». En effet, significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients, le groupe « retraités » ne déclarait pas de consommation de cannabis (96% vs 46% ; p<0,1%) et l'on décomptait autant de fumeurs qu'en moyenne (56%), avec une surreprésentation significative des fumeurs consommant 25 cigarettes ou plus par jour (32% vs 7% sur l'ensemble des patients ; p<0,1%).

Comme pour l'ensemble des patients, la prise en charge actuelle des patients de ce groupe ne comprenait généralement aucun traitement de substitution aux opiacés. En majorité, les patients de ce groupe n'étaient pas non plus sous traitement médicamenteux, mais la part de ceux qui prenaient au moins un médicament était significativement plus importante que sur l'ensemble des patients (36% vs 11% ; p<0,1%). Parmi les quatre groupes, les « retraités » présentaient la part la plus importante de patients sous traitement médicamenteux.

Tous les patients de ce groupe affirmaient n'avoir jamais consommé de produit par injection intraveineuse. Le plus souvent, les patients « retraités » n'avaient jamais réalisé de tests de dépistage du VIH (58%) ou de l'hépatite C (66%), dans des proportions similaire à ce que l'on pouvait observer sur l'ensemble des patients. Le groupe des « retraités » présentait la part la plus importante de patients n'ayant pas été vaccinés contre l'hépatite B par rapport aux trois autres groupes et significativement plus souvent que sur l'ensemble des patients (46% vs 17% ; p<0,1%). Si la surreprésentation par rapport à l'ensemble des patients pouvait difficilement être remise en cause, le statut vaccinal du tiers du groupe des « retraités » n'était pas connu et il était impossible de déterminer précisément les parts de patients vaccinés et non vaccinés dans ce groupe.

Enfin, dans les mêmes proportions que sur l'ensemble des patients, les patients du groupe des « retraités », n'avaient généralement pas d'antécédents psychiatriques tels que des hospitalisations (94%) ou des tentatives de suicide (96%), ni d'antécédents d'incarcération (92%).

Ainsi, environ un patient sur vingt ayant bénéficié d'une consultation au CCSAT en 2019 présentait un profil de consommateur d'âge avancé (45 ans et plus), tous retraités. Ce groupe de patients apparaissait, en outre, tout à fait indépendant en termes de logement. Nouvellement pris en charge par la structure pour moitié, ces patients consultaient plus souvent d'eux-mêmes le CCSAT. La plupart des patients de ce groupe consommaient encore le produit à l'origine de leur prise en charge et appartenaient au profil des « produits ingérables » dans le cadre de cette consommation. Effectivement, la quasi-totalité des consommations problématiques dans le mois précédent correspondaient au profil de consommation « alcool et tabac », avec plus de la moitié des patients qui consommaient beaucoup de tabac quotidiennement. La consommation de cannabis était anecdotique. La part des patients sous traitement médicamenteux était la plus importante pour ce groupe qui ne comptait, à l'inverse, aucun utilisateur d'injection en intraveineuse. Enfin, le groupe des « retraités » ne présentait que de rares antécédents d'ordre psychiatrique ou carcéral.

4. Conclusion

Cette enquête, reposant sur l'outil de recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), selon la méthodologie établie par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et menée du 1er mars 2019 au 29 février 2020, a été réalisée par le Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie de Polynésie française (CCSAT), en collaboration avec le Dispositif d'exploitation des données de santé de la Direction de la santé (DEDS) pour la méthodologie et le suivi du recueil et l'exploitation statistique des données. Elle concernait un total de 1281 patients reçus dans le cadre du traitement de leur addiction.

Il ressort de l'analyse de l'activité du CCSAT des particularités polynésiennes par rapport aux observations concernant la prise en charge des addictions en France métropolitaine. La première – très importante dans la mesure où elle interagit avec un certain nombre de caractéristiques de la population étudiée – est la jeunesse des patients du CCSAT, due notamment à une orientation du CCSAT qu'on ne trouve pas forcément en France métropolitaine. En effet, au-delà de la simple activité de consultation dans les locaux du centre, les praticiens du CCSAT se déplacent directement dans plusieurs structures scolaires et universitaires dans le cadre d'interventions de prévention en matière d'addiction, augmentant ainsi la part des mineurs et des jeunes de moins de 30 ans au sein de la file active du CCSAT mais également la part des consultations initiées dans le cadre d'une orientation institutionnelle vers le CCSAT. Les caractéristiques sociodémographiques liées à l'âge se retrouvent également impactées et les comparaisons avec les données métropolitaines sont rendues plus difficiles.

Concernant les principales consommations à l'origine de la prise en charge, l'âge des patients polynésiens pourrait avoir un lien avec la prédominance de la consommation de cannabis parmi les produits à l'origine de la prise en charge, alors que ce dernier était classé second, derrière l'alcool (second en Polynésie française), en France métropolitaine. En outre, les analyses statistiques multivariées des consommations à l'origine de la prise en charge et des consommations problématiques dans les 30 derniers jours semblaient indiquer une concomitance des consommations de cannabis et de méthamphétamine (l'ICE notamment). Ces deux types de produit seraient dès lors consommés par le même profil de patient et, en l'occurrence, des patients généralement jeunes, voire souvent mineurs. La forte proportion de jeunes parmi les patients du CCSAT, par rapport aux patients de France métropolitaine, constituerait donc une piste explicative au fait que la méthamphétamine soit le troisième produit à l'origine des prises en charge en Polynésie française, alors que cette consommation était quasi-inexistante sur l'hexagone.

Le cannabis prend une place importante dans l'analyse des données recueillies au CCSAT. En effet, sa consommation quotidienne, problématique ou non, apparaissait deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Si l'on n'étudiait que les consommations problématiques au cours du mois précédent, le cannabis se positionnait également en première position, alors qu'il se classait troisième en France métropolitaine, après le tabac et l'alcool. Toutefois, si la consommation générale de cannabis semblait plus fréquente que dans l'hexagone, les consommateurs polynésiens présentaient une consommation plus modérée. Il en était de même avec le tabac qui concernait globalement plus de patients polynésiens que de patients métropolitains, mais avec un nombre quotidien de cigarettes globalement plus faible en Polynésie française. Pour autant, ces constats doivent être considérés avec précaution en raison de l'influence potentielle de l'âge des patients sur ces observations.

Des biais méthodologiques tels que l'âge peuvent limiter les possibilités de comparaison entre les données polynésiennes et les données métropolitaines, mais ne remettent pas en question l'étude intrinsèque de la population des patients du CCSAT. Ainsi, les résultats de cette enquête auront permis de dégager quatre grands « profils » de patients traités dans le cadre de problématiques d'addictions :

- Les **« jeunes »** représentaient 40% des patients pris en charge par le CCSAT en 2019. Ces patients étaient le plus souvent mineurs, nouvellement pris en charge et orientés vers le CCSAT par le milieu scolaire ou universitaire. Appartenant essentiellement au profil de consommation par « inhalation », préférentiellement de cannabis, parfois de tabac et éventuellement de méthamphétamine, la plupart de ces patients consommaient encore le produit à l'origine de leur prise en charge dans le mois précédent. Enfin, ils ne présentaient que de rares problèmes de santé ou antécédents psychiatriques ou judiciaires.
- Les **« longs suivis »** représentaient 29% des patients pris en charge par le CCSAT en 2019. Ces patients étaient tous majeurs, jamais âgés de plus de 64 ans, essentiellement masculins, peu diplômés et inactifs pour moitié. Ce profil de patients apparaissait teinté d'une dimension judiciaire, avec des patients présentant d'importants antécédents d'incarcération, en général orientés vers le CCSAT, dans le cadre d'une procédure de justice pré ou post-sentencielle. La durée de prise en charge était plus étalée dans le temps, les patients étant en grande majorité déjà suivis par la structure avant 2019 ou en reprise de traitement. Appartenant au profil de consommation soit par « inhalation » (de cannabis notamment), soit par « ingestion » (d'alcool essentiellement), la plupart des patients ne consommaient plus le produit à l'origine de leur prise en charge, ni d'autres produits depuis au moins 30 jours. Enfin, ils présentaient les plus forts taux de test pour le VIH et l'hépatite C.
- Les **« actifs »** représentaient 27% des patients pris en charge par le CCSAT en 2019. Ces patients étaient tous majeurs, jamais âgés de plus de 64 ans et présentaient les niveaux scolaires les plus élevés. Avec une activité professionnelle stable, ils semblaient généralement autonomes financièrement et en matière de logement. Le plus souvent nouvellement pris en charge par la structure, ce profil de patients était plus souvent à l'initiative de sa prise en charge. Appartenant à parts égales aux profils de consommation par « ingestion » ou par « inhalation », la plupart des patients de ce groupe consommaient encore le produit à l'origine de leur prise en charge dans le mois précédent. En outre, la moitié des consommations problématiques dans le mois précédent correspondaient au profil « alcool et tabac ». Enfin, ces patients étaient plus souvent sous traitement médicamenteux et présentaient plus d'antécédents d'hospitalisation ou de tentatives de suicide qu'en moyenne.
- Les **« retraités »** représentaient 4% des patients pris en charge par le CCSAT en 2019. Ces patients étaient tous retraités, âgés d'au moins 45 ans et indépendants en matière de logement. Nouvellement pris en charge par la structure pour moitié, les patients de ce profil consultaient plus souvent d'eux-mêmes. Appartenant en majorité au profil de consommation par « ingestion », la plupart de ces patients consommaient encore le produit à l'origine de leur prise en charge dans les 30 derniers jours. La quasi-totalité des consommations problématiques dans le mois précédent correspondaient au profil « alcool et tabac ». Enfin, ce profil présentait la plus grande part de patients sous traitement médicamenteux mais aucun utilisateur de l'injection intraveineuse. Par ailleurs, ils ne présentaient que de rares antécédents d'ordre psychiatrique ou carcéral.

L'outil RECAP, déjà testé dans plus de 250 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en France métropolitaine et dans les DOM, permettait à la Polynésie française de s'inscrire dans un dispositif de mesures continu et déjà éprouvé. Outre la mise en place d'indicateurs de santé permettant d'avoir une vision plus complète des problématiques d'addiction sur le territoire, cet outil a vocation à harmoniser les recueils afin de fournir des données comparables à la fois dans le temps, sur le plan local, mais également, de façon transversale, aux données de France métropolitaine, voire européennes. Par cette démarche, le CCSAT fait écho à l'**axe 3 du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française** (SOS 2016-2021) qui stipule de prioriser l'adéquation et l'efficience de l'offre de soin par rapport aux besoins et recommande d'adapter l'offre en santé à l'évolution des besoins. La démarche renvoie également directement à l'**axe 4.3 du SOS** établissant que seule une meilleure connaissance des comportements locaux peut rendre efficace la promotion de la santé, notamment dans le domaine des addictions.

Les indicateurs standardisés obtenus à partir de cette enquête ont permis de décrire, dans ce rapport, un ensemble de caractéristiques sociodémographiques, médicales et de consommation de la population prise en charge par le CCSAT de Polynésie française en 2019, dans le cadre de problématiques d'addictions. A un autre niveau, ces indicateurs pourraient être utilisés afin d'évaluer les besoins nécessaires à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'accompagnement auprès de cette population.

Les particularités locales de fonctionnement du CCSAT s'inscrivent dans une démarche justifiée et pérenne. L'absence d'items dans la fiche RECAP pour identifier les patients concernés par les activités propres au CCSAT et qui le distingue du fonctionnement des structures métropolitaines, révèle une faille méthodologique dans la construction de cette première version de l'outil RECAP polynésien. Inclure notamment, dans les études à venir, un item identifiant les consultations dans les locaux du CCSAT et celles réalisées lors d'interventions hors du CCSAT (consultations en établissements scolaires par exemple), permettrait de comparer plus finement l'activité du CCSAT avec celles des CSAPA de France métropolitaine.

Annexe : Adaptation de l'outil RECAP pour la Polynésie française

*ajouts/modifications pour la Polynésie française

1.Type de fiche
- ☐ Entrée dans la structure
- ☐ Reprise de traitement
- ☐ Suivi continu

Numéro du dossier patient*
|__|__|__|__|__|
Lettre + 4 chiffres

2. Date de l'entretien
|__|__| |__|__| |__|__|
J J M M A A

3. Date de début de la prise en charge dans le centre
|__|__| |__|__| |__|__|
J J M M A A

4. Sexe
- ☐ Homme
- ☐ Femme

5. Année de naissance ou âge approximatif
|__|__|__|__| |__|__|

6. Nombre d'enfants
|__|__| *(pas d'enfants = 0)*

7. Dpt
987

8. Catégorie socio-professionnelle
Emploi déclaré
- ☐ Agriculteur
- ☐ Artisan, Commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Retraité
- ☐ Sans profession
- ☐ Ne sait pas

9. Logement
Pour les 6 prochains mois :
- ☐ Durable indépendant
- ☐ Durable chez des proches
- ☐ Durable en institution/collectivité*
- ☐ Provisoire chez des proches
- ☐ Provisoire en institution/collectivité*
- ☐ Autre provisoire
- ☐ SDF
- ☐ Ne sait pas

10. Entourage
- ☐ Vit seul
- ☐ Vit avec ses parents
- ☐ Vit seul avec enfant(s)
- ☐ Vit avec un conjoint seulement
- ☐ Vit avec un conjoint et enfant(s)
- ☐ Vit avec des amis
- ☐ Vit en établissement pénitentiaire
- ☐ Vit en institution
- ☐ Vit avec des membres de la famille*
- ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas

11. Origine principale des ressources
Au cours des 6 derniers mois :
- ☐ Revenus d'emplois
- ☐ Retraites ou pensions d'invalidité
- ☐ ~~ASSEDIC~~
- ☐ Revenus non déclarés*
- ☐ Revenu de solidarité active (RSA)
- ☐ Allocation adulte handicapé
- ☐ Autre(s) prestation(s) sociale(s)
- ☐ Ressources provenant d'un tiers
- ☐ Autre ressources (y compris sans revenus)
- ☐ Ne sait pas

12. Situation professionnelle déclarée
Au cours des 6 derniers mois :
- ☐ CDI ou équivalent
- ☐ CDD de plus de 6 mois
- ☐ Act. rémunérée intermittente (>3mois sur 6)
- ☐ Act. Rémunérée ponctuelle (<3mois sur 6)
- ☐ Chômage
- ☐ Etudiant, élève, stage non rémunéré
- ☐ Retraité
- ☐ Autre inactif *(ou emploi non déclaré)*
- ☐ Ne sait pas

13. Niveau d'étude (*achevé*)
- ☐ N'a pas terminé le primaire
- ☐ Niveau primaire
- ☐ Niveau diplôme national du brevet
- ☐ Niveau BEP, CAP
- ☐ Niveau Bac
- ☐ Niveau Bac +2
- ☐ Niveau au-delà Bac +2
- ☐ Ne sait pas

14. Origine de la prise en charge actuelle
- ☐ Le patient lui-même
- ☐ Les proches (famille ou amis)
- ☐ Médecin de ville
- ☐ ~~Structure spécialisée en toxicomanie~~
- ☐ ~~Structure de réduction des risques~~
- ☐ ~~Structure spécialisée en alcoologie~~
- ☐ ~~Equipe de liaison~~
- ☐ Autre hôpital ou autre sanitaire
- ☐ Institution ou service social
- ☐ Justice, orientation post-sentencielle
- ☐ Justice, orientation pré-sentencielle
- ☐ ~~Justice, classement avec orientation~~
- ☐ Autre mesure judiciaire ou administrative
- ☐ Milieu scolaire ou universitaire
- ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas

15. Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives (*dans la vie*)
- ☐ Jamais pris en charge
- ☐ Déjà pris en charge mais pas actuellement
- ☐ Suivi actuellement
- ☐ Ne sait pas

Année de la première prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives
|__|__|__|__|

16. Traitement de substitution aux opiacés en cours (prescription médicale)
- ☐ Non
- ☐ Oui, méthadone
- ☐ Oui, buprénorphine haut dosage (BHD)
- ☐ Autre (sulfate de morphine, codéine)
- ☐ Ne sait pas

Si oui, depuis quelle date
|__|__| |__|__| |__|__|
J J M M A A

17. Autre(s) traitement(s) en cours[4] (prescription médicale)
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)
- ☐ Acamprosate
- ☐ Naltrexone
- ☐ Antabuse
- ☐ Substitut(s) nicotinique(s)
- ☐ Antidépresseur(s)
- ☐ Bupropion
- ☐ Anxiolytique(s)
- ☐ Hypnotique(s)
- ☐ Neuroleptique(s)
- ☐ Autre(s)

18. Produits consommés : indiquer les produits consommés au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, posent le plus de problèmes au patient et motivent la prise en charge actuelle.

Code produit	Mode de consommation habituel		Fréquence de consommation (30 derniers jours)		Usage/Dépendance		Age de début consommation
1. |__|__|	|__|	1. Injecté	|__|	1. Pas plus d'une fois	|__|	1. Usage simple 2. Usage nocif 3. Dépendance 4. NSP	|__|__|
2. |__|__|	|__|	2. Fumé / inhalé	|__|	2. ≤ 1 x par semaine	|__|		|__|__|
3. |__|__|	|__|	3. Mangé / bu	|__|	3. 2 à 3 x par semaine	|__|		|__|__|
4. |__|__|	|__|	4. Sniffé	|__|	4.4 à 6 x par semaine	|__|		|__|__|
5. |__|__|	|__|	5. Autre 6. NSP	|__|	5. Chaque jour 6. NSP	|__|		|__|__|

19. Produit à l'origine de la prise en charge actuelle (si différent du 1er produit consommé ou si pas de produit consommé)

|__|__|	|__|		|__|		|__|		|__|__|

20. Problème de polyconsommation : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

21. Produits consommés dans la vie : indiquer les produits consommés au moins une fois dans la vie (avec ou sans addiction)

1.|__\|__\| 2.|__\|__\| 3.|__\|__\| 4.|__\|__\| 5.|__\|__\| 6.|__\|__\| 7.|__\|__\|

22. Nombre de joints (ou ~~équivalent~~ pipettes) cannabis consommés en moyenne (30 derniers jours) :

par jour |__\|__\| **ou par semaine*** |__\|__\| **ou par mois*** |__\|__\|

23. Le patient fume-t-il ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, nombre de cigarettes (roulées ou pas*) consommées en moyenne par jour (30 derniers jours) |__\|__\|

☐ Ne sait pas*

24. Utilisation de la voie intraveineuse

☐ Jamais
☐ Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année
☐ Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours
☐ Oui, au cours des 30 derniers jours
☐ Ne sait pas

Si oui : âge lors de la première injection |__\|__\|

25. Partage des seringues

☐ Jamais
☐ Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année
☐ Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours
☐ Oui, au cours des 30 derniers jours
☐ Ne sait pas

26. Sérologie VIH

☐ Inconnue
☐ Résultat positif
☐ Résultat négatif

Test VIH

☐ Jamais fait de test
☐ Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois
☐ Test réalisé au cours des 12 derniers mois
☐ Ne veut pas répondre
☐ Ne sait pas

27. Sérologie VHC

☐ Inconnue
☐ Résultat positif
☐ Résultat négatif

Test VHC

☐ Jamais fait de test
☐ Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois
☐ Test réalisé au cours des 12 derniers mois
☐ Ne veut pas répondre
☐ Ne sait pas

28. Vaccination VHB complète ☐ Oui (ou né en PF après 1991)* ☐ Non ☐ Ne sait pas

29. Antécédents psychiatriques

Hospitalisation(s) antérieure(s)

☐ Oui .....nombre |__\|__\|
☐ Non, jamais
☐ Ne sait pas

Tentative(s) de suicide

☐ Oui .....nombre |__\|__\|
☐ Non, jamais
☐ Ne sait pas

30. Incarcérations

☐ Oui
☐ Non, jamais
☐ Ne sait pas

Si oui :

Nombre d'incarcérations

|__\|__\|

Durée totale d'incarcération

|__\|__\|__\| mois

REMARQUES/COMMENTAIRES sur le remplissage ou l'interprétation :

.....

.....

.....

.....

.....

Direction de la santé en Polynésie française

58, Rue des Poilus Tahitiens / B.P. 611 Papeete - 98713 Tahiti
Tél. : (+689) 40.46.00.05 - Fax : (+689) 40.43.00.74
E-mail : secretariat@sante.gov.pf