

DOSSIER THEMATIQUE



La prise en charge des addictions en milieu hospitalier et ambulatoire en Guadeloupe et dans la collectivité d'outre mer de Saint-Martin en 2009

La population prise en charge

Les consultations jeunes consommateurs

Les consultations de tabacologie en milieu hospitalier

La réduction des risques



CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'addictologie (SRA) prévu par le Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, l'ORSaG a été sollicité par l'Agence régionale de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (ARS), afin de décrire de manière homogène et d'un point de vue épidémiologique, les indicateurs relatifs à la prise en charge des addictions en Guadeloupe et à Saint-Martin. Ce travail sera renouvelé chaque année, permettant dans quelques temps d'avoir du recul et une bonne connaissance de l'évolution de la prise en charge des addictions à Saint-Martin et en Guadeloupe. La finalité est de conduire une politique de santé relative à la prise en charge des addictions, en adéquation avec l'observation du terrain.

ELEMENTS METHODOLOGIQUES

Le groupe de travail « prise en charge » de la Commission régionale addiction (CRA)

Ce groupe de travail était composé de référents des structures de prise en charge des addictions en Guadeloupe. Quatre réunions ont été l'objet de réflexions méthodologiques en particulier sur l'élaboration d'outils de recueil des données, le choix des structures à enquêter, la définition de la population à prendre en compte pour le recueil de l'information, l'année de recueil des données.

Le recueil des données

Avec le soutien méthodologique de l'ORSaG, un formulaire a été conçu par le groupe de travail afin de collecter des données quantitatives homogènes. Il reprend 14 indicateurs du rapport de la Direction générale de la santé (DGS) adressé aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et du rapport de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) adressé aux équipes de liaison et de soins en addictologie. Le formulaire est complété de l'indication du lieu de résidence des personnes vues au moins une fois par les structures.

Population étudiée

La population ciblée par la mesure de la prise en charge des addictions est la file active des structures. La file active correspond aux personnes vues au moins une fois au cours de l'année.

Les structures ambulatoires et hospitalières sollicitées

La prise en charge des addictions se fait en milieu ambulatoire ou en milieu hospitalier. Deux principales catégories de structure de prise en charge sont identifiées en milieu ambulatoire. Certaines structures ambulatoires sont « historiquement » spécialisées dans la prise en charge des comportements problématiques vis-à-vis de l'alcool (CSAPA AGEPTA et ABPTA), elles ont été désignées structures de la filière « alcool ». D'autres, qualifiées de généralistes, dans les

faits, assurent la prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation de substances illicites (CSAPA COREDAF, SLD et Montéran), elles ont été désignées structures de la filière « substances illicites ». Dans notre région, l'unité de soins et de liaison en addictologie (USLA), assure une prise en charge ambulatoire ayant pour vocation de prendre en charge tous les types d'addictions aux produits. En milieu hospitalier, des consultations ou des prises en charge plus lourdes dans des unités ou services dédiés sont proposées aux usagers.

Les données présentées dans ce document concernent onze structures de prise en charge des addictions en Guadeloupe et dans la collectivité d'outre-mer (COM) de Saint-Martin. Il s'agit de cinq structures médico-sociales spécialisées, quatre unités hospitalières, une unité de soins et de liaison en addictologie et une association d'aide à la réduction des risques (Tableau I).

Tableau I. Désignation des structures de prise en charge sollicitées

		Libellé	Ancienne appellation	Localisation
Prise en charge ambulatoire	CSAPA* AGEPTA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – Association guadeloupéenne pour l'étude, la prévention et le traitement de l'alcoolisme	(CCAA ¹ Pointe-à-Pitre)	Pointe-à-Pitre
	CSAPA ABPTA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – Association Basse-Terrienne pour la prévention et le traitement de l'alcoolisme	(CCAA Basse-Terre)	Basse-Terre
	CSAPA COREDAF	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - COREDAF	(CSST ² Pointe-à-Pitre)	Pointe-à-Pitre
	CSAPA Montéran	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – Centre hospitalier de Montéran	(CSST Basse-Terre)	Basse-Terre
	CSAPA SLD	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - Association Sida liaisons dangereuses	(CSST Saint-Martin)	Saint-Martin
	CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues		Abymes
	USLA CHU PTP	Unité de soins et de liaison en addictologie - --service de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre	-	Pointe-à-Pitre
Prise en charge hospitalière	Alcoologie CHLDB	Service d'alcoologie du Centre hospitalier Louis Daniel Beauperthuy	-	Pointe-Noire
	USSUD CHLDB	Unité de soins pour usagers de drogues du Centre hospitalier Louis Daniel Beauperthuy	-	Pointe-Noire
	Tabacologie CHU PTP	Consultation de tabacologie - service de pneumologie du Centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre		Pointe-à-Pitre
	Tabacologie CHBT	Unité de coordination de tabacologie – service de cardiologie du Centre hospitalier de Basse-Terre		Basse-Terre

¹ Centre de cure ambulatoire en alcoologie

² Centre de soins spécialisé pour toxicomanes

* Depuis la loi du 2 janvier 2002, la fusion du cadre juridique des CSST et des CCAA prévoit la création des CSAPA.

Analyse des données

Les données relatives aux consultations de tabacologie et au CAARUD sont présentées en fin de document. Pour les autres structures, dans un premier temps, les caractéristiques de l'ensemble des personnes vues dans les structures ont été décrites et comparées en fonction des filières et du milieu de prise en charge. Pour les structures de la filière « substances illicites », les données concernant les personnes vues dans le cadre des consultations jeunes consommateurs ont fait l'objet d'un chapitre séparé. Dans un second temps, les taux de prise en charge à l'échelle de la Guadeloupe, de Saint-Martin et des territoires de santé pressentis ont été estimés. Ces taux ont été calculés en tenant compte des doublons potentiels, c'est-à-dire des personnes susceptibles d'avoir fréquenté au moins deux structures au cours de l'année. Les proportions et les taux sont comparés à l'aide d'un test d'égalité des proportions au seuil de signification de 5 %. Les éléments de

comparaison cités pour le niveau national sont issus des tableaux statistiques du Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 2008. Les données remontées par les structures au format Excel® ont été analysées à l'aide du logiciel Stata® version 9.1.

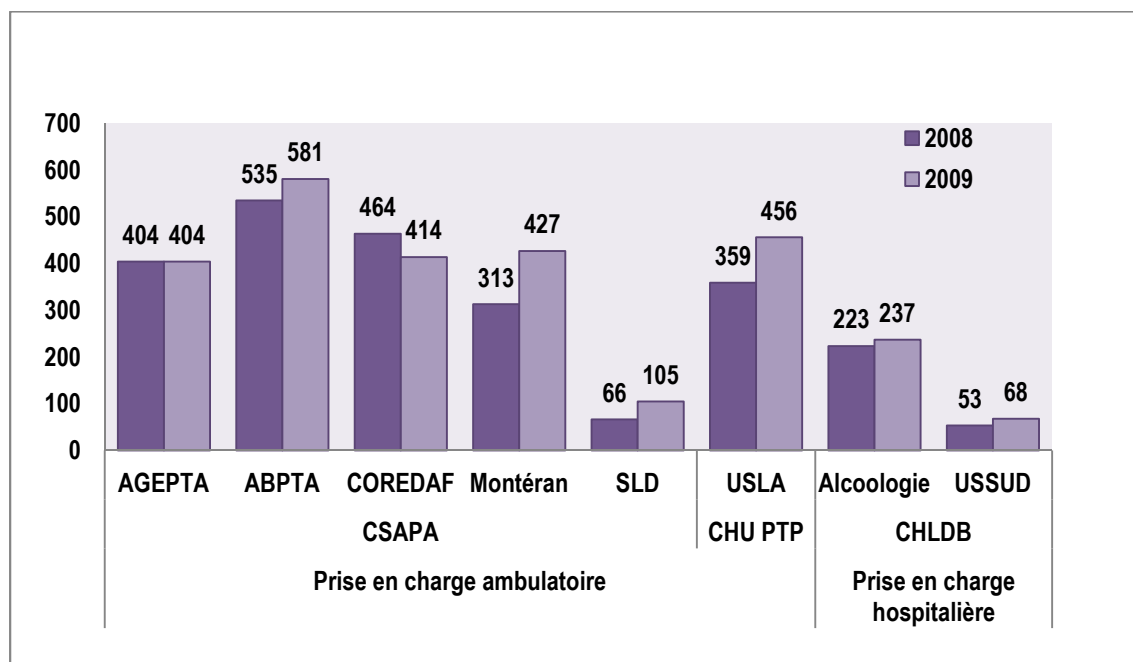
LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Dans cette partie, la prise en charge des addictions en ambulatoire sera abordée à travers l'activité des 5 CSAPA et de l'USLA (file active ambulatoire uniquement). La prise en charge en milieu hospitalier concernera l'USSUD et le service d'alcoologie du CHLDB.

Augmentation de la fréquentation de la plupart des structures entre 2008 et 2009

Entre 2008 et 2009, la file active de la plupart des structures a augmenté. Cependant, pour le CSAPA du COREDAF, une diminution de la file active est observée. Selon l'information obtenue auprès de la structure, cette diminution semble imputable au mouvement social qui a touché la Guadeloupe au début de l'année 2009. La file active du CSAPA de l'AGEPTA est restée stable sur la période (Figure 1).

Figure 1. Nombre de personnes prises en charge en milieu ambulatoire et hospitalier en 2008 et 2009



Des files actives majoritairement masculines

Quelles que soient les structures de prise en charge, les files actives sont majoritairement masculines. Selon les structures, le sex-ratio (hommes/femmes) varie entre 3 et 7.

L'alcool principal produit à l'origine de la demande de prise en charge

Dans la plupart des structures, le produit à l'origine de la prise en charge correspond à l'orientation de l'activité de la structure. Ainsi, la majorité de la file active des CSAPA spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'alcool avait demandé une prise en charge pour des difficultés liées à la consommation d'alcool. L'USLA, unité de soins et de liaison des addictions, sans orientation « produit » particulière, compte dans sa file active une majorité de personnes prise en charge pour des problèmes liés à la consommation d'alcool (59 %). Le principal produit à l'origine de la demande de prise en charge par les CSAPA du COREDAF et de Montéran est le cannabis. Ce produit concerne respectivement 43 % et 51 % des demandes de prise en charge par les personnes vues dans ces CSAPA (Tableau II). Pour les CSAPA SLD du COREDAF et de Montéran, une part de la prise en charge des problèmes liés à la consommation de cannabis relève des consultations jeunes consommateurs mises en place dans ces CSAPA (respectivement 92,9 %, 25,8 % et 30,6 %).

Toutes structures confondues, le principal produit à l'origine de la demande de prise en charge en 2009 en Guadeloupe est l'alcool (52 %), suivi du cannabis (22 %) et du crack (8 %). Au niveau national, en 2008, selon l'OFDT¹, l'alcool est également le principal produit à l'origine de la demande de prise en charge (50 %). Cependant, la consommation d'opiacés, cocaïne et autres substances est la seconde catégorie de produit à l'origine de la demande de prise en charge (36 %) devant le cannabis (14 %).

Tableau II. Répartition des personnes prises en charge par structure selon le produit à l'origine de la demande en 2009

	Proportion de personnes prises en charge (%)							
	Milieu ambulatoire						Milieu hospitalier	
	CSAPA AGEPTA	CSAPA ABPTA	CSAPA SLD	CSAPA Montéran	CSAPA COREDAF	USLA CHU PTP	USSUD CHLDB	Alcoologie CHLDB
Taille de la file active	(n = 404)	(n = 581)	(n = 105)	(n = 427)	(n = 414)	(n = 456)	(n = 68)	(n = 237)
Alcool	95,3	87,6	25,7	12,4	3,6	58,6	2,9	100,0
Cannabis	1,2	1,2	26,7	50,6	43,0	14,0	-	-
Opiacés	-	0,4	5,7	0,2	4,6	1,1	-	-
Crack	-	1,4	12,4	11,5	9,6	9,4	95,6	-
Cocaïne	-	-	14,3	0,9	3,9	6,1	-	-
Autres	3,5	3,4	9,5	13,6	5,1	10,8	1,5	-
Non renseigné	-	6,0	5,7	10,8	30,2	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

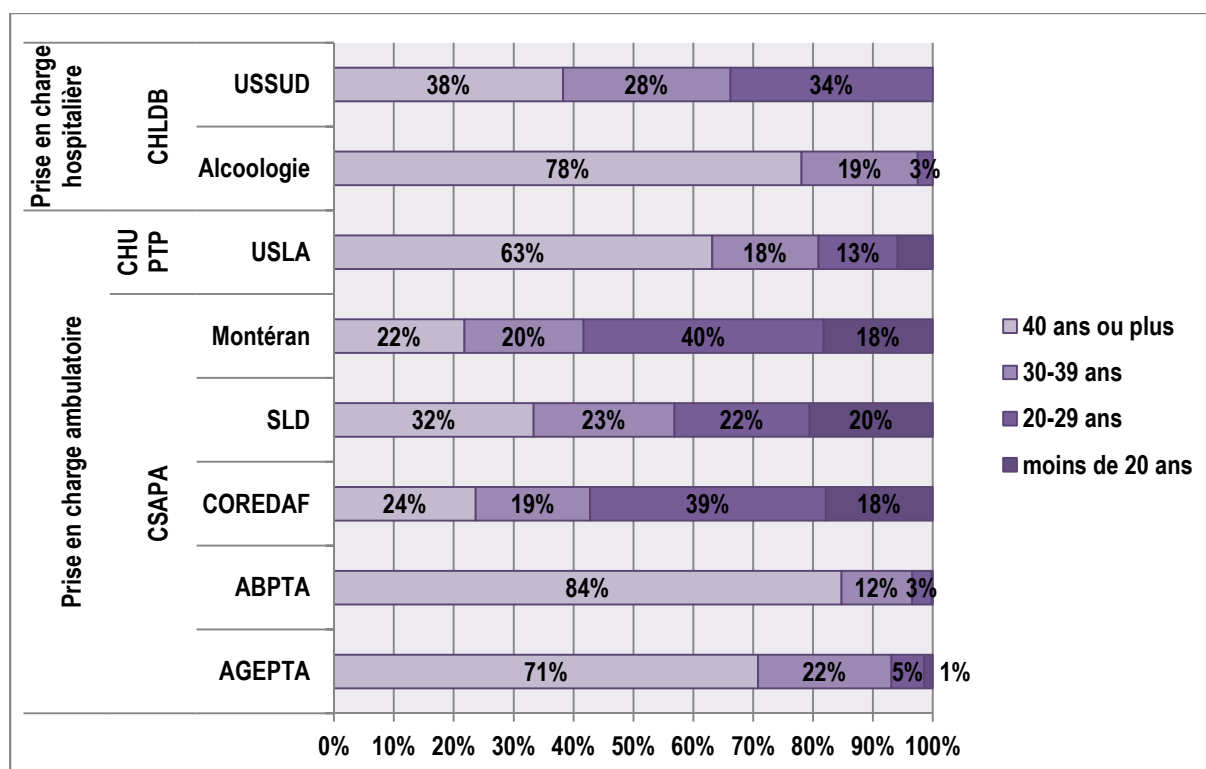
4

Age des personnes en difficulté avec l'alcool plus élevé que celui des consommateurs de drogues illicites

L'âge des patients est fortement lié au produit à l'origine de la prise en charge. En 2009, les personnes vues pour des problèmes liés à la consommation d'alcool sont plus âgées que celles vues pour des difficultés avec la consommation de substances illicites. En effet, les personnes âgées de 40 ans ou plus sont majoritaires dans les files actives des structures de la filière « alcool » (CSAPA AGEPTA (71 %), ABPTA (84 %), service d'alcoologie du CHLDB (78 %)). Dans les structures de la filière « substances illicites », les usagers de moins de 40 ans sont majoritaires (CSAPA de Montéran (78 %), CSAPA du COREDAF (76 %), CSAPA SLD (65 %) et l'USSUD (62 %). L'USLA qui comprend dans sa file active 59 % de personnes vues pour un usage problématique d'alcool, compte une majorité de personnes âgées de 40 ans ou plus (63 %) (Figure 2).

¹ Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Tableaux statistiques, OFDT 2008.

Figure 2. Répartition des personnes prises en charge selon la classe d'âge en 2009



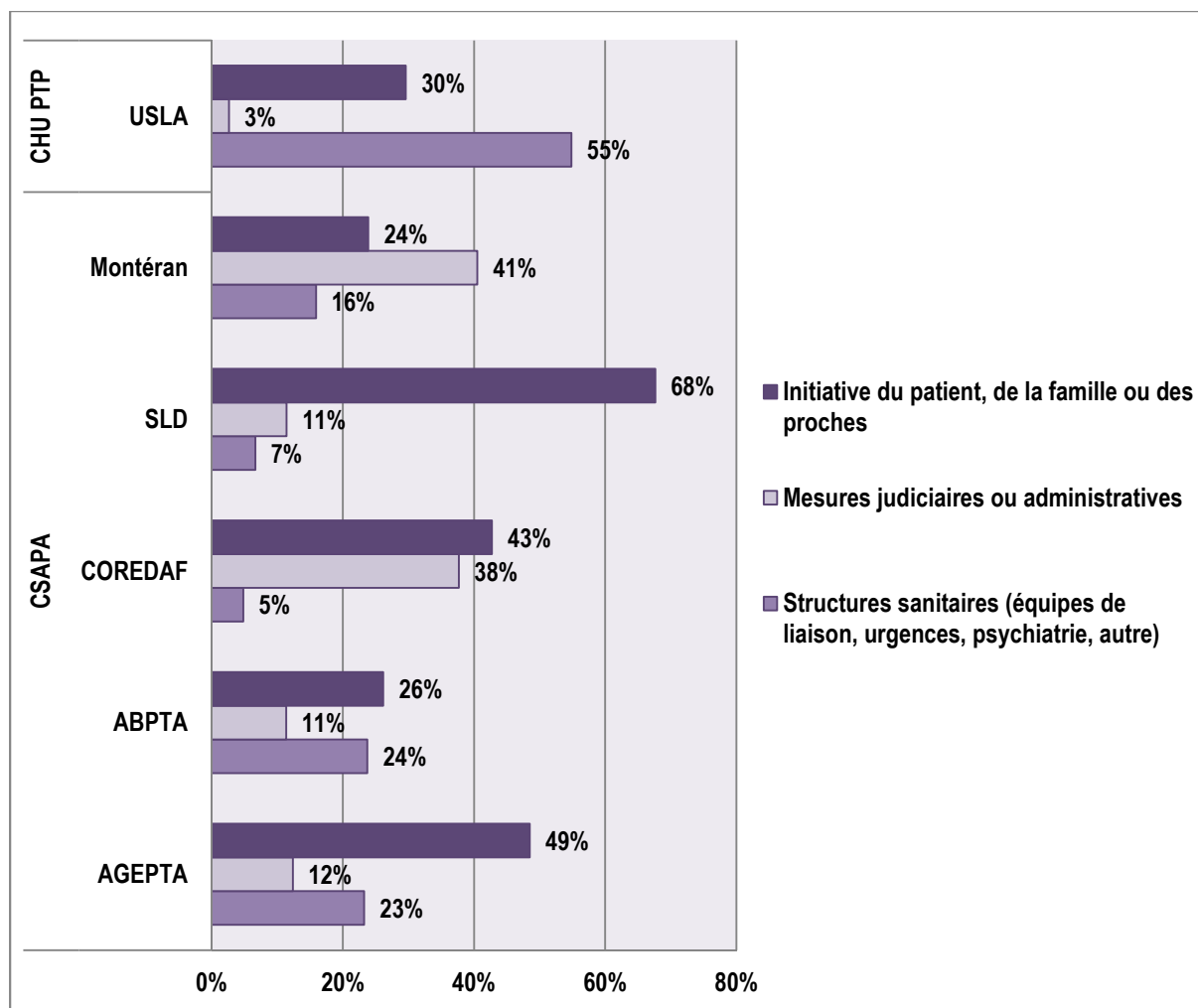
La demande de prise en charge en milieu ambulatoire, une initiative souvent personnelle

La demande de prise en charge en 2009 est une initiative principalement personnelle ou impulsée par l'entourage (familial ou des proches) pour les CSAPA SLD (68 %), du COREDAF (43 %), de l'AGEPTA (49 %) et de l'ABPTA (26 %). Les mesures judiciaires ou administratives sont le principal motif de demande de prise en charge (41 %). Ces mesures sont le second motif de prise en charge pour le CSAPA du COREDAF (38 %). A l'USLA, les personnes prises en charge sont orientées principalement par une structure sanitaire (55 %). L'orientation par les médecins de ville ou autres libéraux concerne 12 % de la file active de l'AGEPTA, 8 % de la file active de l'ABPTA et 7 % de la file active de l'USLA. Moins de 4 % de la file active des autres structures est adressé par les médecins de ville ou autres libéraux. L'orientation par les institutions ou services sociaux concerne 12 % de la file active de l'ABPTA (Figure 3).

La part de la file active du CSAPA du COREDAF orientée pour une prise en charge à la suite de mesures judiciaires ou administratives a augmenté de manière significative, (+13 points, passant de 25 % à 38 %) entre 2008 et 2009. Ces orientations concernent, toutes structures confondues, 17 % des files actives en Guadeloupe. Au niveau national², 27 % des personnes prises en charge en CSAPA filière « substances illicites » ou en CSAPA filière « alcool » ont été orientées par le système judiciaire ou administratif.

² Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Tableaux statistiques, OFDT 2008.

Figure 3. Répartition des personnes prises en charge selon l'origine de la demande en 2009



* Les données concernant le CHLDB ne sont pas représentées sur le graphique car l'origine des patients n'est pas renseignée pour cet établissement.

Prise en charge des familles

En 2009, 10 familles ont bénéficié d'un accompagnement par l'équipe du CSAPA de Montéran, 12 familles par celle du CSAPA de l'AGEPTA, 107 par l'USLA et 131 par le CSAPA du COREDAF.

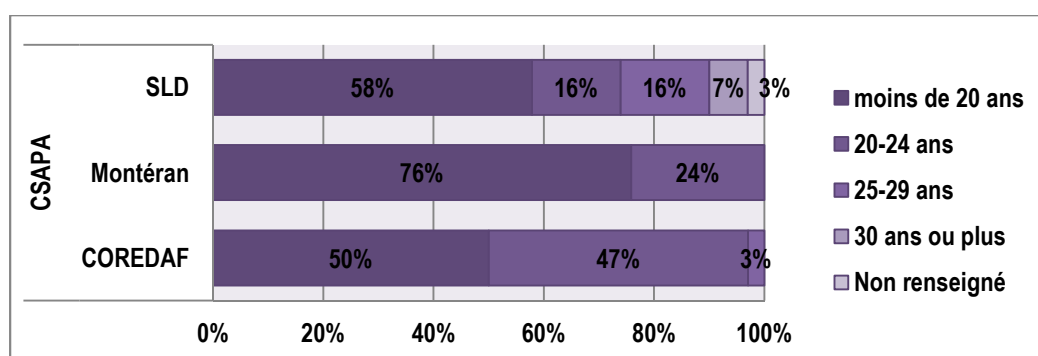
Les consultations jeunes consommateurs

La mise en place des CJC visait à toucher les personnes âgées de moins de 25 ans. En 2009, en Guadeloupe et dans la COM de Saint-Martin, les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été mises en place dans 3 CSAPA « substances illicites » (COREDAF, Montéran et SLD). La file active des CJC la plus importante en termes d'effectif est observée au CSAPA de Montéran où elle concerne 87 personnes. Aux CSAPA SLD et du COREDAF, les CJC concernent respectivement 31 et 68 personnes.

La moitié des personnes vues en CJC sont âgées de moins de 20 ans

Dans les CSAPA concernés, au moins la moitié des personnes vues en CJC a un âge inférieur à 20 ans. Au CSAPA de Montéran, c'est le cas des trois quarts de la file active (Figure 4).

Figure 4. Répartition des personnes prises en charge en CJC selon la classe d'âge en 2009

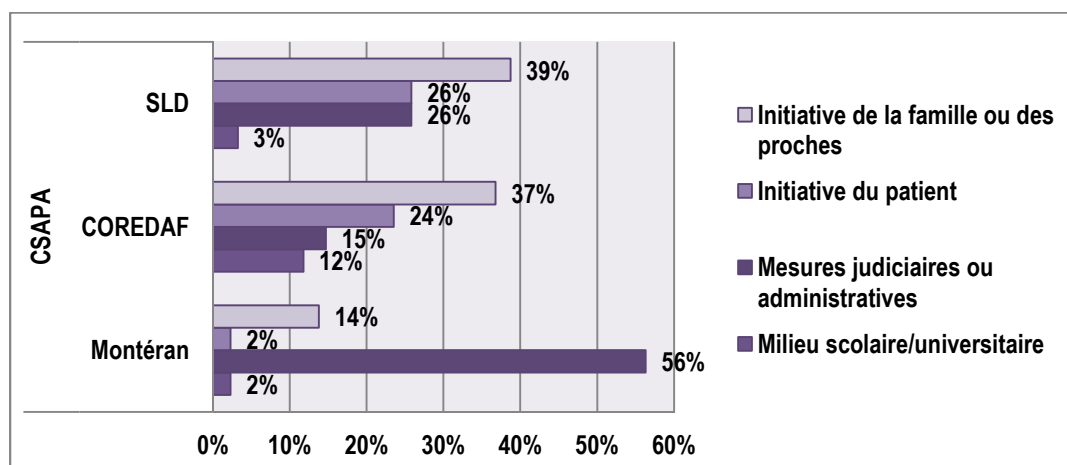


7

La demande de consultation, une initiative de la famille ou des proches

Aux CSAPA SLD et du COREDAF, la demande de CJC est à l'initiative principalement de la famille ou des proches du patient. L'initiative du consultant est le second motif à l'origine de la venue en CJC. Les mesures judiciaires ou administratives représentent respectivement 26 % et 15 % des motifs à l'origine de la demande de CJC pour les CSAPA SLD et du COREDAF. Au CSAPA de Montéran, les mesures judiciaires sont le principal motif déterminant la demande de prise en charge dans le cadre des CJC (56 %) (Figure 5).

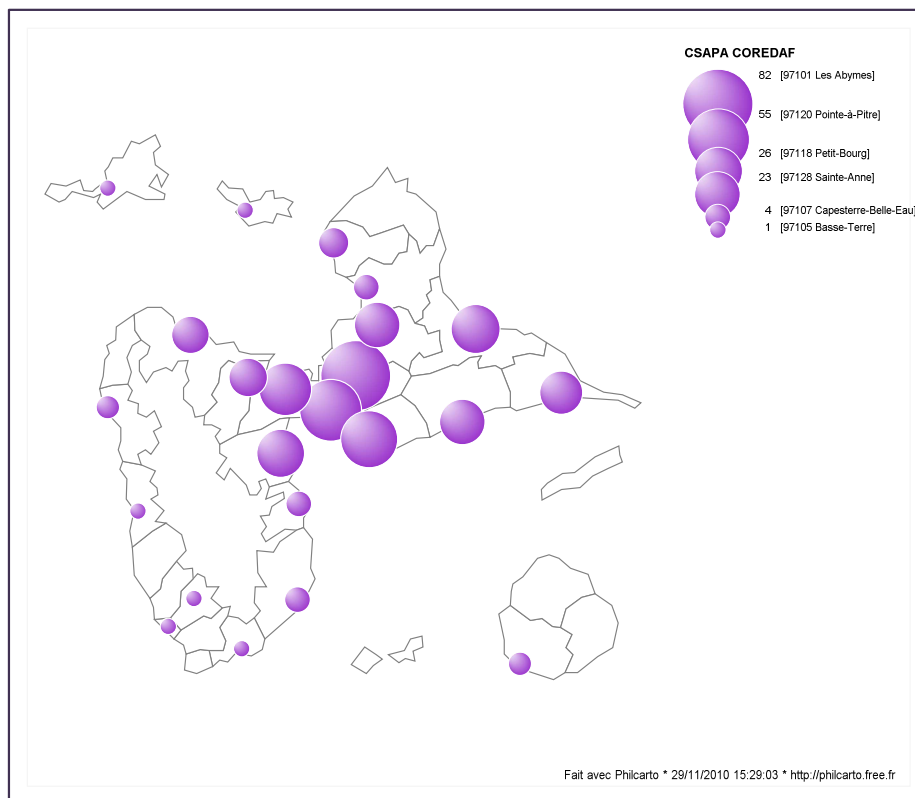
Figure 5. Répartition de la file active CJC selon l'origine de la demande en 2009



Une prise en charge de proximité en ambulatoire

La fréquentation des structures médico-sociales semble liée à la proximité du lieu de résidence du patient. Les structures de prise en charge des addictions en ambulatoire sont fréquentées principalement par des personnes résidant dans la commune où est située la structure ou dans les communes limitrophes de celle-ci. Ainsi, pour les structures localisées à Pointe-à-Pitre, 54 % de la file active du CSAPA du COREDAF (Figure 6), 48 % de celle de l'USLA (Figure 7) et 47 % de celle du CSAPA de l'AGEPTA (Figure 8) résident dans l'une des 4 communes de Pointe-à-Pitre, Abymes, Gosier et Baie-Mahault.

Figure 6. Répartition de la file active du CSAPA du COREDAF selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)



Environ trois quarts de la file active que ce soit de l'USLA ou du CSAPA AGEPTA résident dans une des communes situées sur l'axe Petit-Bourg-Saint-François (Figures 7 et 8).

Figure 7. Répartition de la file active de l'USLA selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)

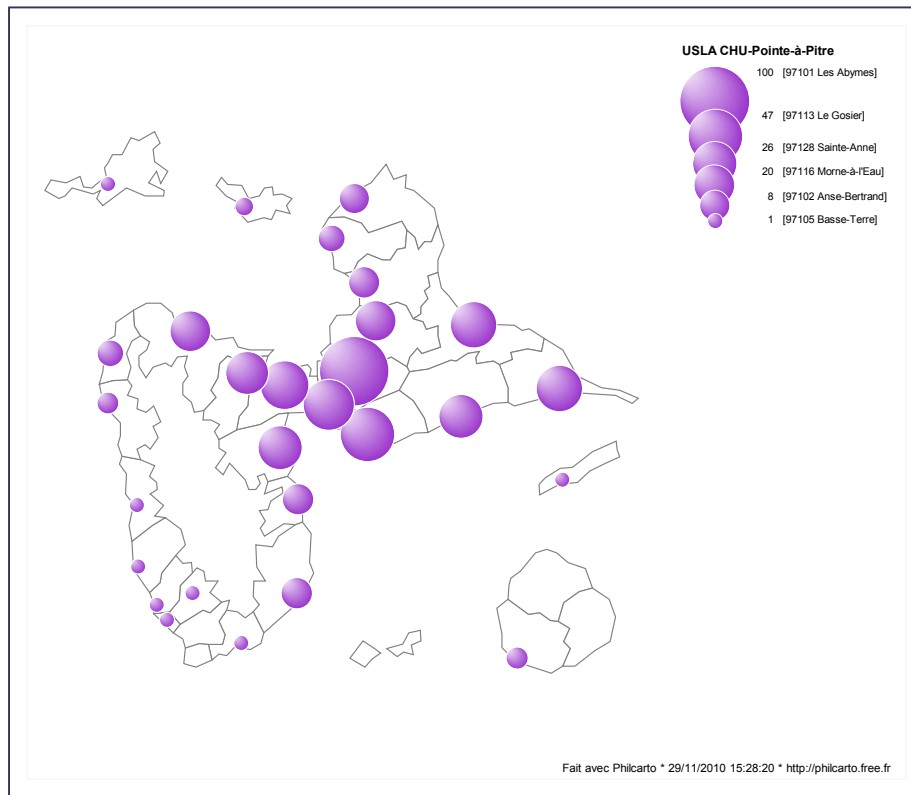
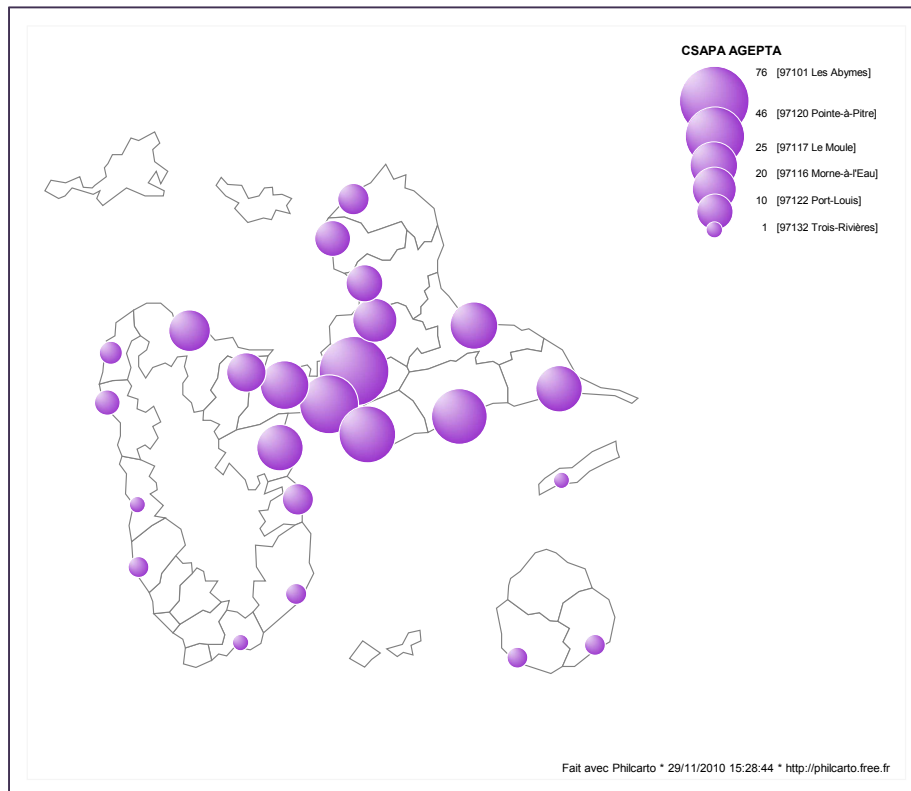
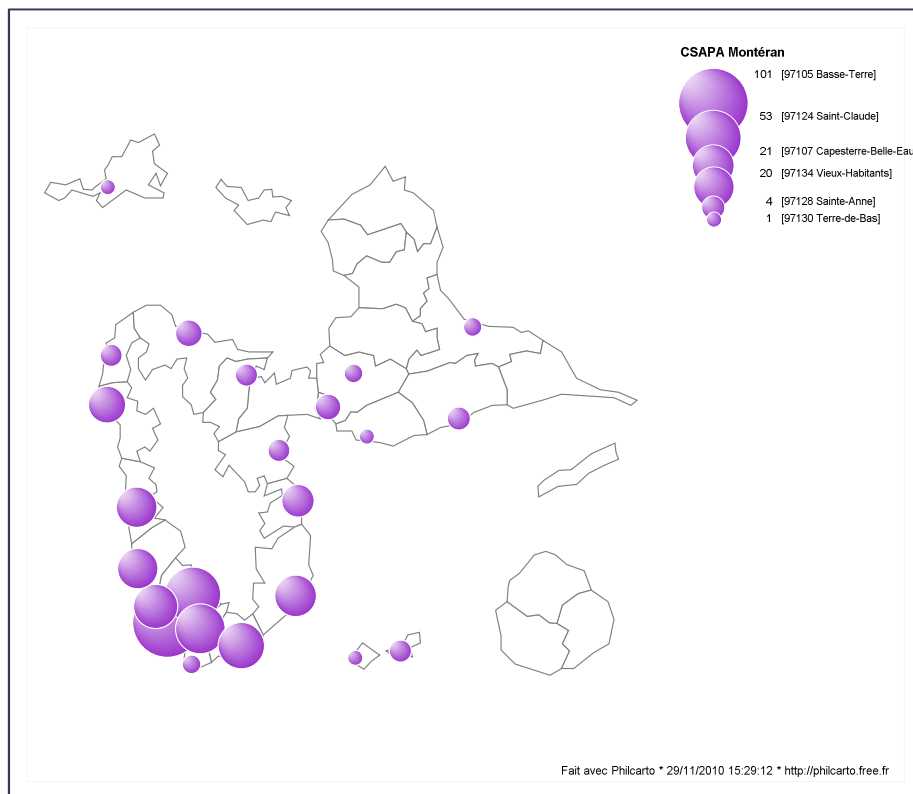


Figure 8. Répartition de la file active du CSAPA de l'AGEPTA selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)



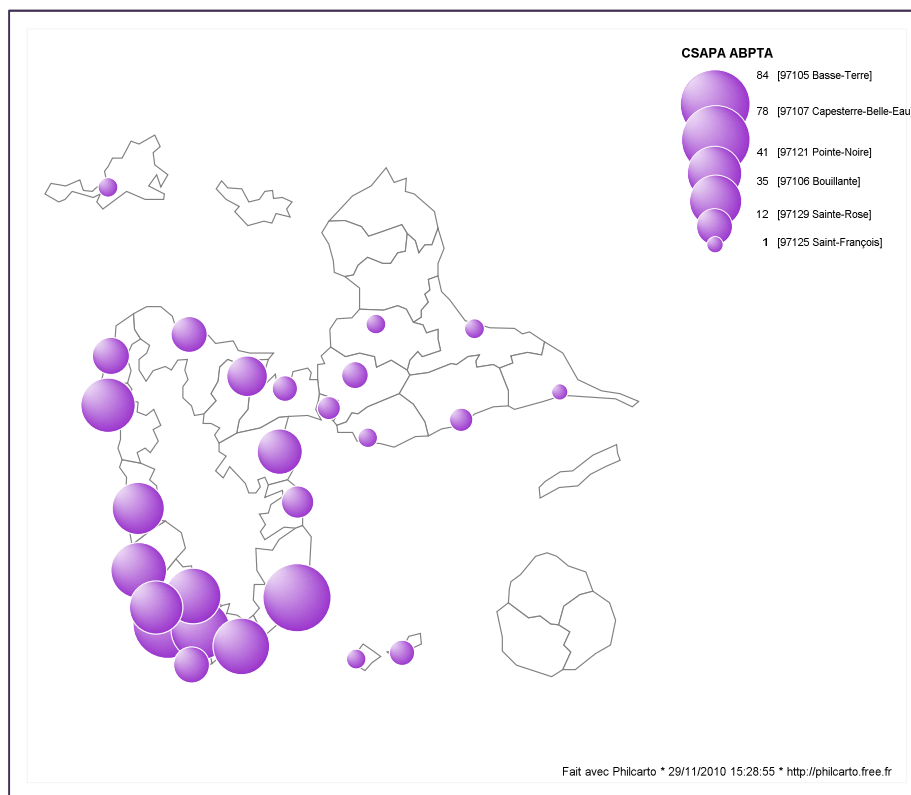
Trois quarts des personnes en démarche de soins au CSAPA de Montéran, structure localisée à Basse-Terre, sont domiciliées dans le sud Basse-Terre (Bouillante à Capesterre Belle-Eau) (Figure 9).

Figure 9. Répartition de la file active du CSAPA de Montéran selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)



Au CSAPA de l'ABPTA à Basse-Terre, 80 % de la file active résident dans une zone allant des communes de Pointe-Noire à Capesterre Belle-Eau (Figure 10).

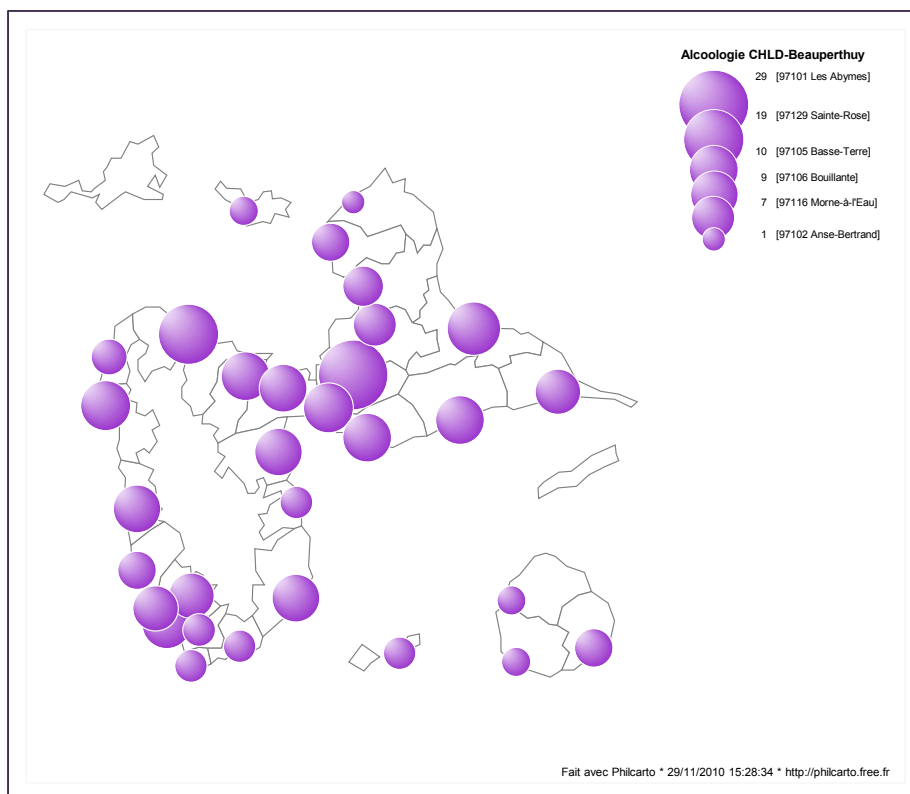
Figure 10. Répartition de la file active du CSAPA de l'ABPTA selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)



Centre Beuperthuy, une prise en charge de patients originaires de l'ensemble de la Guadeloupe

Contrairement aux structures ambulatoires, les services hospitaliers ont pour vocation d'attirer l'ensemble de la population de la région. De fait, la file active du centre hospitalier Louis Daniel Beuperthuy est constituée de patients provenant de l'ensemble des communes de Guadeloupe (Figure 11).

Figure 11. Répartition de la file active du service d'alcoologie du CHLDB selon le lieu de résidence en 2009 (effectifs)



Le taux de prise en charge des addictions en milieu ambulatoire

Méthodes et territoires considérés

Les cartographies du domicile des patients pris en charge en ambulatoire montrent un recours à la structure, la plus proche de la résidence de domicile et la part des doublons inter-structures est faible (données non indiquées). Ainsi, le calcul des taux de prise en charge concernent tous les patients des files actives des 5 CSAPA et de l'USLA comptabilisés par commune de résidence.

Les taux de prise en charge seront présentés à l'échelle de la Guadeloupe, de la collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin et à l'échelle des territoires de santé pressentis pour la région Guadeloupe. A l'échelle des territoires de santé, le taux de prise en charge selon la commune de domicile est calculé. Le numérateur est égal au nombre de patients pris en charge domicilié sur le territoire de santé considéré indépendamment de la localisation de la structure de prise en charge. Le dénominateur correspond à la population âgée de 15 ans ou plus du territoire de santé considéré.

Le 1^{er} territoire de santé pressenti (Centre) comprend l'ensemble de la Grande-Terre, le Nord-Basse-Terre (les communes allant de Pointe-Noire à Goyave), ainsi que les îles de Marie-Galante et la Désirade. Le 2^{ème} territoire de santé pressenti (sud Basse-Terre) correspond aux communes entre Capesterre-Belle-Eau et Bouillante et aux Saintes.

Prises en charge observées en Guadeloupe, à Saint-Martin et dans les territoires de santé pressentis selon la commune de domicile

En 2009, en Guadeloupe, le taux de prise en charge des addictions est de 71 patients pour 10 000 habitants. A Saint-Martin, 42 patients sont pris en charge pour 10 000 habitants (Tableau III).

La prise en charge des addictions est 2 fois plus importante pour la population domiciliée sur le territoire de santé du sud Basse-Terre que pour celle vivant sur le territoire du Centre. Ainsi, ce sont 117 patients qui sont pris en charge pour 10 000 habitants sur le territoire « sud Basse-Terre » quand 58 patients pour 10 000 le sont sur le territoire du « Centre ». (Tableau III).

Territoire de santé pressenti	Commune
Centre	Les Abymes
	Anse-Bertrand
	Baie-Mahault
	Capesterre-de-Marie-Galante
	La Désirade
	Deshaies
	Grand-Bourg
	Le Gosier
	Goyave
	Lamentin
	Morne-à-l'Eau
	Le Moule
	Petit-Bourg
	Petit-Canal
	Pointe-à-Pitre
	Port-Louis
	Saint-François
Saint-Louis	
Sainte-Anne	
Sainte-Rose	
Pointe-Noire	
Sud-Basse-Terre	Baillif
	Basse-Terre
	Bouillante
	Capesterre-Belle-Eau
	Gourbeyre
	Saint-Claude
	Terre-de-Bas
	Terre-de-Haut
	Trois-Rivières
	Vieux-Fort
Vieux-Habitants	
Iles du Nord	Saint-Martin
	Saint-Barthélemy

Tableau III. Estimations du taux de prise en charge en Guadeloupe, à Saint-Martin et par territoire de santé en 2009 (pour 10 000 habitants âgés de 15 ans ou + au RP2007)

Echelle géographique	Taux de prise en charge des addictions pour 10 000 habitants
Guadeloupe	71
Saint-Martin	42
Territoire de santé « sud Basse-Terre »	117
Territoire de santé « Centre »	58

Source : Insee (Recensement de population 2007)

LES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER

En 2009, 158 personnes ont été reçues en consultation de tabacologie dans le service de pneumologie du CHU de Pointe-à-Pitre. La majorité des personnes était des hommes, la plupart de la file active était âgée entre 40 et 49 ans et résidait dans les communes de Pointe-à-Pitre, Abymes et Gosier. Toutes les personnes vues ont bénéficié d'un sevrage en ambulatoire et 80 traitements de substitution ont été initiés à l'issue de la consultation.

Entre 2008 et 2009, le nombre de consultants au sein de l'unité de coordination de tabacologie du service de cardiologie du CHBT est passé de 25 à 14. En 2009, la file active comptait 9 hommes. Plus de la moitié des consultants était âgée de 40 à 49 ans (9/14).

LA REDUCTION DES RISQUES

Entre 2008 et 2009, la file active du CAARUD a augmenté de 24 %, passant de 108 à 134 personnes. En 2009, elle compte 94 % d'hommes et les personnes âgées entre 25 et 39 ans sont majoritaires (74 % en 2008, donnée non disponible pour 2009). La plupart des personnes (54 %) se sont adressées au CAARUD de leur propre initiative et principalement pour des problèmes liés à la consommation de crack (82 %).

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

Entre 2008 et 2009, la file active de la plupart des structures a augmenté. Ces files actives étaient majoritairement masculines et les personnes en difficulté avec l'alcool plus âgées que celles en difficulté avec la consommation de drogues. La demande de prise en charge par une structure était une initiative souvent personnelle ou venant de l'entourage. A noter, l'augmentation des demandes de prise en charge à la suite de mesures judiciaires et administratives pour le CSAPA du COREDAF. Avec un taux de prise en charge des addictions de 71 pour 10 000 en Guadeloupe, la prise en charge des addictions est plus importante pour la population domiciliée sur le territoire de santé du sud Basse-Terre que pour celle vivant sur le territoire du Centre.

Ce travail visait à connaître la prise en charge des addictions sur l'ensemble de la Guadeloupe et à Saint-Martin. Reposant sur la valorisation des données remontées par les structures, il demeure perfectible. En effet, la diversité d'interprétation des questions relatives aux actes, aux traitements de substitution et aux sevrages n'autorise pas l'exploitation de ces items. Une seconde difficulté est l'utilisation de logiciels différents selon les structures. Ce travail devant s'inscrire dans la durée, l'harmonisation et l'homogénéisation des données doivent être poursuivies. En 2009, la Guadeloupe a connu pendant 44 jours, une longue grève ayant ralenti voire bloqué l'activité économique du pays. Seul le recul obtenu par la répétition de ce travail, année après année, nous autorisera à mesurer si ce conflit aura réellement eu un impact sur l'activité des structures. Plusieurs années de valorisation des données seront nécessaires pour réellement enrichir l'état des connaissances de notre région dans le domaine des addictions

La prise en charge des addictions en milieu hospitalier et ambulatoire en Guadeloupe et dans la collectivité d'outre mer de Saint-Martin en 2009



Ce travail a été possible grâce à l'accompagnement de Mme Danglades (ARS) et à la contribution dans la remontée des données de toutes les structures de prise en charge des addictions de Guadeloupe et de Saint-Martin.

Collecte des données : Séverine Ferdinand

Conception, analyse et rédaction : Séverine Ferdinand, Vanessa Cornély

**©OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE GUADELOUPE
(ORSaG)**

1301 Cité Grain d'Or –Circonvallation 97100 Basse-Terre

Tél. : 0590 387 448 // **Fax :** 0590 387 984

Email : orsag@wanadoo.fr **Web :** <http://www.orsag.org>