



Alcoolisation Chronique Massive à La Réunion (ACMA974)

Enquête quantitative auprès des consommateurs
d'alcool pris en charge dans les filières de soins
addictologiques spécialisées en 2023/2024

Rapport / Juin 2025



Promoteur :

Investigateur coordonnateur de l'étude :

Dr David MÉTÉ (CHU de La Réunion)

Rédactrices :

Lucie FAURÉ (Interne en Santé Publique, ORS La Réunion)

Monique RICQUEBOURG (ORS La Réunion)

Comité de pilotage et de relecture :

Dr Leila AMOR (CHOR)

Lucie AUZANNEAU (CHU de La Réunion)

Elodie AUZOLE (Réseau Oté !)

Elsa BALLEYDIER (Santé Publique France)

Florence CALIEZ (ARS La Réunion)

Laurent CHASSAGNE (Réseau Oté !)

Dr François COULOMBEL (Clinique Eucalyptus)

Dr Graham Patrick DONLON (CHU de La Réunion)

Cyril HÉRIBERT-LAUBRIAT (ARS La Réunion)

Dr Thierry JAMAIN (GHER)

Odile LECOCQ (Association Addictions France)

Christophe LOZÉ (Association Addictions France)

Dr David MÉTÉ (CHU de La Réunion)

Hélène POTIGNY (Clinique Robert Debré)

Jean-Pierre PAYET (Association Addictions France)

Frédéric PERBOS (Association Addictions France)

Dr Clara PICHARD (GHER)

Dr Emmanuelle RACHOU (ORS La Réunion)

Antoine RICHARD (Association Addictions France)

Brian TOURRÉ (Préfecture)

Recueil de données :

Nelly ADRIANASOLO, Marie-Hélène ALANVERT, Elodie AUZOLE, Mireille BENARD, Antoine BUISSON, Lisa BUDANIC, Jennifer CADET, Caroline CHANE SAM TECK, Laetitia CHOCHOY, Céline CORMENIER, Véronique DANET, Karine DIJOUX, Graham DONLON, Marie Laurence ELLAYA, Urielle FARI, Jean-François FERRE, Eric FIGUIN, Eudoxie GADO, Agnès GALLET, Maeva GAUVIN, Edvina GIGAN, Maxime GUILLOT, Marie-Elodie HOARAU, Line HOAREAU, Thierry JAMAIN, Joëlie KBIDY, Manon LAPEYRONIE, Mathilde MASCLEF, David MÉTÉ, Maeva MICHEL, Estelle MINVIELLE-LAVIGNE, Elise MORICEAU-GARDELLE, Marine NAZE, Alisone NATIVEL, Horane PAPAYA, Nadia PAVADY, Pierre PETIT, Frédéric PERBOS, Hélène POTIGNY, Maxime PREVIL, Alexandra RIVIÈRE, Géraldine THOMAS, Mathilde TOULLEC, Aurelle VILLELEGIER, Patricia WIND

Prestataire pour la plateforme sécurisée de recueil des données :

Epiconcept (outil VOOZANOO)

Traitement des données :

Lucie FAURÉ (Interne en Santé Publique, ORS La Réunion)

Mise en page :

Lucie FAURÉ (Interne en Santé Publique, ORS La Réunion)

Rapport commandité et financé par l'Agence Régionale de Santé de La Réunion

Sous la direction du Dr Emmanuelle RACHOU (ORS La Réunion)

Table des matières

RESUME / ABSTRACT	4
REPERTOIRES DES SIGLES.....	5
TABLEAUX, FIGURES, ANNEXES.....	6
INTRODUCTION	8
• CONTEXTE	8
• OBJECTIFS	9
• METHODOLOGIE.....	10
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	14
• CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	14
• SITUATION FINANCIERE ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES	15
• EVENEMENTS DE VIE DIFFICILES	16
• CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (AUTRES QUE L'ALCOOL)	18
CONSOMMATION D'ALCOOL	19
• QUANTITES D'ALCOOL CONSOMME	19
• BOISSONS ALCOOLISEES CONSOMMEES.....	22
• MODALITES DE CONSOMMATION	23
• MODALITES D'ACHAT DES BOISSONS ALCOOLISEES	25
• EXPERIMENTATION DE L'USAGE, PRECOCITE ET DUREE DE LA CONSOMMATION MASSIVE.....	26
• PROFILS DES CONSOMMATEURS.....	30
SANTE DES CONSOMMATEURS.....	32
• TROUBLE LIE A L'USAGE D'ALCOOL.....	32
• PARCOURS DE SOINS ADDICTOLOGIQUES.....	35
• PERCEPTION DE LA SANTE GLOBALE ET DE LA SANTE MENTALE	37
• SANTE CONNUE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	38
• SANTE DECLAREE PAR LES USAGERS ET SANTE CONNUE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	40
FACTEURS ASSOCIES A LA QUANTITE D'ALCOOL CONSOMMEE	41
DISCUSSION.....	42
CONCLUSION	47
ANNEXES	48
BIBLIOGRAPHIE.....	54

Résumé / Abstract

Introduction : La Réunion présente les taux les plus élevés des régions françaises pour les hospitalisations liées aux troubles dus à l'usage d'alcool et les décès directement causés par l'alcool. L'île est ainsi marquée par une forte morbi-mortalité liée à l'alcool, alors que paradoxalement la situation régionale paraît plus favorable qu'en France hexagonale avec plus d'abstinents et moins de consommateurs réguliers, quotidiens ou à risque chronique. Une frange de la population réunionnaise est très consommatrice d'alcool, et donc fortement exposée aux risques et conséquences liés à cette consommation. Cette étude vise à décrire la consommation massive chronique d'alcool et le profil de ces usagers à haut risque sur l'île.

Méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive, transversale, multicentrique et observationnelle menée auprès de 200 adultes présentant une consommation massive chronique d'alcool supérieure ou égale à 42 verres standards par semaine, pris en charge en structure de soins addictologiques sur l'île en 2023-2024. Le recueil des données est réalisé en face-à-face par les équipes des structures de soins, à l'aide d'un questionnaire anonyme et standardisé, complété par un recueil de données dans les dossiers médicaux.

Résultats : Les quantités consommées par la population d'étude sont importantes (112 verres standards par semaine en médiane) ; les alcools forts, le rhum principalement, dominent les consommations, avec des usages précoces. Les personnes interrogées présentent de fortes vulnérabilités socio-démographiques (chômage élevé, isolement accru, précarité économique souvent exacerbée par leur consommation) et des parcours de vie très marqués par des événements difficiles. La consommation d'alcool s'accompagne fréquemment d'autres substances et est étroitement liée aux difficultés personnelles et sociales. La santé des consommateurs est souvent altérée, avec des pathologies associées, notamment des troubles psychiatriques, nécessitant des parcours de soins complexes et prolongés.

Conclusion : Cette étude confirme la suralcoolisation intense d'une part de la population réunionnaise et met en lumière le lien entre consommation massive d'alcool et inégalités sociales de santé, soulignant la fragilité accrue des personnes face aux problématiques addictologiques. Elle insiste sur la nécessité d'un repérage précoce des vulnérabilités, d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, et sur l'urgence de déployer une politique publique globale partagée pour protéger les publics vulnérables. Des recherches complémentaires sont également nécessaires pour mieux comprendre les parcours et répondre aux besoins spécifiques de ces usagers.

Introduction : Reunion Island has the highest rates among all French regions for hospitalizations linked to alcohol-related disorders and deaths directly caused by alcohol use. The island is thus characterized by an excess of alcohol-related morbidity and mortality, while paradoxically, the regional situation appears more favorable than in mainland France, with more abstainers and fewer regular, daily, or chronically at-risk drinkers. A segment of the Réunion island population engages in heavy alcohol consumption and is therefore highly exposed to the associated risks and consequences. This study aims to describe chronic heavy drinking and to profile these high-risk drinkers on the island.

Method : This is a descriptive, cross-sectional, multicenter, and observational study conducted among 200 adults with chronic heavy drinking (equal to or greater than 42 standard drinks per week), who were receiving care in addiction treatment facilities on the island in 2023–2024. Data were collected face-to-face by teams from care facilities, using a standardized anonymous questionnaire, supplemented with data from medical records.

Results : The quantities consumed by the study population are significant (median of 112 standard drinks per week), with spirits—mainly rum—predominating, and early initiation of use. Participants present significant socio-demographic vulnerabilities (high unemployment, increased social isolation, economic insecurity often exacerbated by their alcohol use) and life trajectories marked by adverse events. Heavy drinking is frequently associated with the use of other substances and is closely linked to personal and social hardships. Participants' health is often impaired, with associated medical conditions—particularly psychiatric disorders—requiring complex and long-term care pathways.

Conclusion : This study confirms the intense overconsumption of alcohol among a segment of the Reunion island population and highlights the link between heavy drinking and social health inequalities, highlighting the increased fragility of people to addiction related issues. It emphasizes the need for early identification of vulnerabilities, an appropriate multidisciplinary approach, and the urgent implementation of a comprehensive public policy to protect vulnerable groups. Further research is needed to better understand the trajectories and specific needs of these users.

Répertoires des sigles

AAH	Allocations aux adultes handicapés
ACMA974	Enquête sur l'Alcoolisation Chronique Massive à La Réunion
ARS	Agence Régionale de Santé
CMP	Centre Médico-Psychologique
CHOR	Centre Hospitalier Ouest Réunion
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
ENCLASS	Enquête Nationale en Collège et Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances
GHER	Groupe Hospitalier Est Réunion
ORS	Observatoire Régional de la Santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
TSAF	Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale
TUA	Trouble de l'usage d'alcool
VHRDL	Very High Risk Drinking Level

Tableaux, figures, annexes

Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques.....	14
Tableau 2 : Etat civil et composition du foyer	14
Tableau 3 : Conditions de logement	15
Tableau 4 : Niveau de diplôme, situation professionnelle	15
Tableau 5 : Situation financière, ressources économiques	15
Tableau 6 : Evènements de vie difficiles et situations vécues, selon le sexe.....	17
Tableau 7 : Part des usagers concernés par la consommation d'autres substances psychoactives	18
Tableau 8 : Nombre de verres standards d'alcool consommés par semaine*	19
Tableau 9 : Quantité d'alcool consommé en verres standards hebdomadaires selon les caractéristiques socio-démographiques.....	20
Tableau 10 : Quantité d'alcool consommé en verres standards hebdomadaires selon les événements difficiles vécus* au cours de la vie	21
Tableau 11 : Types de boissons alcoolisées consommées de manière habituelle	22
Tableau 12 : Type de boisson alcoolisée principalement consommée	23
Tableau 13 : Lieux et contextes habituels de consommation des boissons alcoolisées	24
Tableau 14 : Lieu et contexte principal de consommation des boissons alcoolisées	24
Tableau 15 : Raisons invoquées pour expliquer la consommation d'alcool	24
Tableau 16 : Lieux d'achat habituels des boissons alcoolisées	25
Tableau 17 : Fréquence et lieu d'achat principal des boissons alcoolisées	25
Tableau 18 : Histoire de la consommation d'alcool et de tabac.....	26
Tableau 19 : Durée médiane de la consommation massive d'alcool selon les caractéristiques socio-démographiques	28
Tableau 20 : Quantité médiane d'alcool consommé en verres standards hebdomadaire en fonction de l'histoire de la consommation	29
Tableau 21 : Fréquences des critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool.....	32
Tableau 22 : Fréquences des événements causés par la consommation d'alcool	34
Tableau 23 : Fréquences des événements causés par la consommation d'alcool selon le sexe	34
Tableau 24 : Profils des usagers selon le recrutement en structure hospitalière ou médico-sociale	36
Tableau 25 : Quantité médiane d'alcool consommé et durée médiane de la consommation en fonction de la sévérité du trouble de l'usage et des sevrages antérieurs	37
Tableau 26 : Quantité médiane d'alcool consommé et durée médiane de la consommation en fonction des comorbidités associées.....	39
Tableau 27 : Corrélation des variables avec la quantité médiane d'alcool consommée	41

Figures :

Figure 1 : Consommation d'alcool déclarée lors de l'enquête	19
Figure 2 : Dépenses mensuelles pour l'achat des boissons alcoolisées.....	26
Figure 3 : Part du budget consacré à l'achat des boissons alcoolisées	26
Figure 4 : Age médian de la première consommation d'alcool et du début de la consommation massive d'alcool selon le sexe.....	27
Figure 5 : Evènement de vie difficile dans l'enfance selon l'âge de début de la consommation massive d'alcool*	27
Figure 6 : Histoire de la consommation d'alcool (âge médian) selon la quantité d'alcool consommé	29
Figure 7 : Probabilités conditionnelles des caractéristiques socio-démographiques et des modes de consommation par classe latente (profil de consommateur).....	31
Figure 8 : Age médian de la première consommation d'alcool et du début de la consommation massive d'alcool en fonction de la sévérité du trouble de l'usage	33
Figure 9 : Délai depuis l'entrée dans une démarche de soins addictologiques (parmi ceux avec une consommation massive > 10 ans).....	35

Figure 10 : Perception de l'état de santé global et de l'état de santé mental.....	38
Figure 11 : Fréquence des troubles de la santé mentale.....	38
Figure 12 : Répartition des répondants selon l'indice de masse corporelle.....	39
Figure 13 : Santé déclarée par les patients et santé connue par les professionnels de santé	40

Annexes :

Annexe 1 : Liste des propositions de boissons consommées habituellement et principalement	48
Annexe 2 : Les caractéristiques socio-démographiques selon le type de boisson principale déclarée.....	49
Annexe 3 : Fréquences des raisons à la consommation d'alcool.....	50
Annexe 4 : Les modes de consommation selon le type de boisson principale déclarée	51
Annexe 5 : Distribution des probabilités conditionnelles des variables socio-démographiques et relatives à la consommation (en %) par classe latente.....	52
Annexe 6 : Critères diagnostic du trouble de l'usage d'alcool tel que défini dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (13).....	53
Annexe 7 : La sévérité du trouble de l'usage, les sevrages antérieurs et les comorbidités associées selon le type de boisson principale déclarée	53

Introduction

Contexte

Une demande historique d'informations sur la frange des plus gros consommateurs d'alcool à La Réunion

L'alcool est une substance psychoactive qui, consommée en excès et/ou de manière répétée, peut entraîner de multiples effets délétères et risques pour la santé. Ces dommages augmentent globalement avec les quantités d'alcool consommées, et dépendent de la fréquence et des profils de consommation. (1,2)

Le trouble de l'usage d'alcool (TUA) est défini depuis 2013 par une nouvelle classification internationale, issue Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), combinant des critères quantitatifs et qualitatifs. Selon les dernières estimations mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 400 millions de personnes âgées de 15 ans et plus (7% de la population mondiale) souffraient de troubles liés à l'alcool en 2019, dont 209 millions (3,7%) en situation de dépendance. (3)

L'alcool figure parmi les cinq principaux facteurs de risque de maladie et de décès, étant impliqué dans plus de 200 pathologies et associé à divers troubles psychiatriques. En 2019, il était responsable de 4,7 % des décès mondiaux. Son usage nocif entraîne de lourdes conséquences socio-économiques (violences, baisse de productivité, procédures judiciaires, etc.). En France, on recense 42,8 millions de consommateurs, avec des niveaux de consommation élevés et relativement stables, notamment chez les jeunes. (4)

Sur l'île de La Réunion, la consommation d'alcool est une priorité de santé publique historique. Comme au niveau national, il s'agit du produit le plus expérimenté en population générale et adolescente, concernant 91,2% de la population de 18 à 75 ans en 2021, contre 94,9% dans l'Hexagone. Les résultats de différentes enquêtes à l'échelle régionale présentent une situation « plutôt favorable » par rapport à ce qui est déclaré au niveau hexagonal (plus d'abstinents, moins d'usagers réguliers, quotidiens ou à risque). Pourtant, selon le Baromètre de Santé publique France 2014, même s'il y a deux fois moins de consommateurs réguliers ou à risque chronique à La Réunion, les quantités ingérées par les buveurs chroniques sont plus importantes sur l'île. (5,6)

S'ajoutent à ce constat de lourdes conséquences de l'alcoolisation au niveau du département, avec plus de 200 décès annuels directement attribuables à l'alcool, soit près d'un décès sur 20. On observe également une sur-morbi-mortalité liée à l'alcool par rapport à la France hexagonale, avec des fréquences des Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF) plus élevées au niveau régional, une part plus élevée de mortalité prématurée, un sur-recours aux urgences pour intoxications liées à l'alcool et un sur-recours hospitalier lié aux intoxications aiguës et à l'alcool-dépendance (7). D'après un récent travail sur le poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France (8), La Réunion est la région présentant les taux standardisés d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique et en Soins Médicaux et de Réhabilitation pour troubles liés à l'usage d'alcool les plus élevés. La Réunion est également la région française la plus concernée par la mortalité directement liée à l'alcool (2019-2021), devant les Hauts de France et la Bretagne¹.

Ce paradoxe réunionnais (moins de consommateurs, mais des quantités consommées plus importantes, et des conséquences sociales et sanitaires plus lourdes) trouve une part de son explication dans la population des « gros consommateurs » d'alcool ou « heavy drinkers ». Cette frange de la population, bien que minoritaire, est responsable de la majeure partie des consommations tout en étant massivement exposée à ces conséquences. L'exploitation du Baromètre de Santé publique France 2021 à La Réunion révèle ainsi que les 10% des personnes les plus consommatrices consommaient 69% du volume total annuel d'alcool consommé sur l'île, alors qu'en France hexagonale, en France hexagonale, en 2021, les 10% des personnes les plus consommatrices consommaient 54% de l'alcool consommé (9).

Face à ce constat, les acteurs locaux institutionnels et de la filière des soins addictologiques étaient en attente d'éléments pour mieux connaître la consommation chronique et massive d'alcool sur l'île, et justifier de la mise en place d'actions adaptées à la situation régionale.

¹ Score-Santé, période 2019-2021, <https://www.scoresante.org/sindicateurs.html>

L'étude ACMA 974 : Enquête sur l'alcoolisation chronique massive à La Réunion

Bien que des dispositifs tels que le Baromètre de Santé publique France ou l'étude EnClass fournissent des données sur la consommation d'alcool dans la population générale et adolescente au niveau régional, les effectifs représentés par les gros consommateurs dans ces études sont insuffisants pour permettre une véritable étude de cette population.

Jürgen Rehm, expert international reconnu en addictologie, propose un seuil pour parler des buveurs présentant une dépendance et un risque très important pour la santé (VHRDL : very high risk drinking level) de 60 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes et 100 grammes d'alcool pur par jour pour les hommes (10). Si l'on considère le seuil de 42 verres standards par semaine, soit l'équivalent de 6 verres par jour (60 g d'alcool pur par jour), sans différence entre les hommes et les femmes, on constate que les personnes avec ce type de consommation ne représentaient qu'une frange minime de la population régionale. Les données du Baromètre de Santé publique France 2021 estimaient à 0,3% la part des Réunionnais de 18-75 ans consommant au moins 42 verres par semaine. En rapportant à la population de 18-75 ans au Recensement de la population 2021 à La Réunion, le nombre de personnes ayant une consommation massive chronique (au moins 42 verres standards / semaine) est estimé à environ 2 600. Il est donc difficile d'explorer ce public de manière précise à travers les données des enquêtes en population générale.

C'est dans ce contexte que l'Agence Régionale de Santé (ARS) de La Réunion a missionné l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de La Réunion pour mener une étude sur cette population spécifique sur l'île. Le cahier des charges du projet a été co-construit au cours de l'année 2022 avec un ensemble de partenaires locaux regroupés dans un comité de pilotage et s'articule en deux phases : une première étape quantitative, ayant pour but de décrire la population concernée, puis une seconde phase qualitative, en vue de mieux comprendre le public visé par ce travail. Le présent rapport expose les résultats issus du volet quantitatif.

Objectifs

Objectif principal

L'objectif principal du volet quantitatif de l'étude ACMA974 est de décrire les profils et modes de consommation des personnes avec une alcoolisation chronique massive, prises en charge par la filière de soins addictologiques spécialisée en 2023/2024 à La Réunion.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude sont de :

- Comparer les profils des consommateurs en fonction du type principal d'alcool consommé
- Rechercher l'existence d'une relation entre la quantité hebdomadaire d'alcool consommée et la présence de comorbidités ainsi que la sévérité du trouble de l'usage d'alcool
- Rechercher l'existence d'une relation entre la durée de la consommation supérieure à 42 verres/semaine et la présence de comorbidités ainsi que la sévérité du trouble de l'usage d'alcool
- Comparer les usagers pris en charge par la filière de soins hospitalière avec ceux pris en charge par la filière médicosociale

Les résultats de cette étude doivent permettre une meilleure connaissance de la population cible, en vue d'élaborer des actions ciblées et adaptées pour réduire la consommation excessive et chronique d'alcool à La Réunion, de faciliter l'accès aux soins addictologiques et d'améliorer la prise en charge globale des usagers.

Il s'agit d'une étude quantitative transversale, descriptive et multicentrique, auprès des personnes ayant une consommation chronique et massive d'alcool, prises en charge dans les structures de soins addictologiques de l'île.

Population cible et modalités d'inclusion

Les inclusions ont eu lieu dans les différentes structures de soins addictologiques de l'île : les sites Nord et Sud du CHU, la Clinique Robert Debré, la Clinique Eucalyptus, le GHER, les CSAPA portés par l'Association Addictions France 974 et le CSAPA porté par l'association « Réseau Oté ! ».

Pour être inclus, les usagers doivent être majeurs, domiciliés à La Réunion, présenter une consommation d'alcool actuelle ou au cours des 6 derniers mois égale ou supérieure à 42 verres standards/semaine, et ne pas dépasser 2 jours sans consommation par semaine.

La consommation d'alcool est exprimée en verres d'alcool standard, correspondant à 10 grammes d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée. Par exemple, un verre standard correspond à un ballon de 10 cl de vin à 12°, un demi de 25 cl de bière à 5° ou un verre de whisky (2,5 cl) à 40°. Cette consommation est recherchée en interrogeant le patient sur le nombre de jours de la semaine durant lesquels il consomme de l'alcool, et si ce nombre de jours est supérieur ou égal à 5, sur le nombre de verres standards d'alcool consommés les jours de consommation.

Le produit du nombre de jours de consommation hebdomadaire et du nombre de verres standards journaliers permet de calculer un nombre de verres standards d'alcool hebdomadaire. Le même calcul est appliqué si la personne ne consomme plus au moment de l'enquête mais a consommé au cours des 6 derniers mois. Un catalogue pratique des boissons et un tableau de conversion en équivalents de verres standards d'alcool a été fourni à chaque enquêteur, afin de faciliter et de fiabiliser le recueil de ce critère d'inclusion principal dans l'étude.

Ne sont pas incluses les personnes présentant une consommation dépassant les repères de consommation à moindre risque mais inférieure à 42 verres/semaine, les personnes ayant des consommations excessives ponctuelles (moins de 5 jours de consommation dans la semaine), ainsi que celles présentant des comorbidités cliniques rendant l'inclusion impossible.

Les enquêteurs et les acteurs en charge du recrutement vérifient les critères d'éligibilité, et une note d'information écrite est remise au patient. Dans le cadre de cette étude de type RIPH 3, la participation repose sur le recueil de la non-opposition : si la personne accepte de participer, elle exprime oralement son accord.

Modalités de recueil et données recueillies

Le recueil des données s'est déroulé du 6 novembre 2023 au 16 août 2024, dans les différentes structures de soins addictologiques de l'île réparties sur l'île.

Le recueil des données repose sur un questionnaire anonyme et standardisé, administré en face en face par les équipes des structures de prise en charge impliquées dans l'enquête et une collecte d'informations à partir du dossier médical. Idéalement, le questionnaire doit être complété en une seule fois afin de limiter les données manquantes dues aux perdus de vue. Toutefois, si nécessaire, il peut être réalisé en deux entretiens, en fonction de l'état du patient et de la gravité de sa situation, avec un délai maximal d'un mois entre les deux complétions.

L'entretien avec le patient s'articule en 7 volets permettant de recueillir des informations sur des thématiques différentes :

- le profil socio-éco-démographique et les conditions de vie,
- l'état de santé général perçu,
- les fréquences et modalités de la consommation et de l'achat d'alcool,
- les conséquences de cette consommation,
- les comorbidités médicales associées,
- la consommation d'autres produits psychoactifs,
- les événements difficiles éventuellement rencontrés au cours de la vie.

A ces données déclaratives, s'ajoute pour le volet sur les comorbidités médicales associées, un recueil basé sur des éléments d'expertise médicale (diagnostic du médecin en consultation ou éléments du dossier médical).

Organisation et déroulement de l'enquête

La conception, la mise en place et le déroulement du volet quantitatif de l'étude reposent sur un comité de pilotage constitué de l'ARS, de l'Association Addictions France 974, du CHU de La Réunion, de la Clinique Eucalyptus, de la Clinique Robert Debré, du Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER), du Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR), de l'ORS, du Réseau Oté !, de SAOME, de la Préfecture et de Santé publique France.

Le rôle de ce comité de pilotage est d'assurer le suivi et la bonne coordination de l'étude à toutes les étapes, en validant les modalités de mise en œuvre du projet, en supervisant l'état d'avancement du recueil, en échangeant sur d'éventuels freins nécessitant des réajustements, en validant et en contribuant à l'interprétation des résultats, ainsi qu'à la définition de leurs modalités de diffusion.

En amont du recueil, une présentation de l'étude, du questionnaire et de l'outil de recueil en ligne a été réalisée auprès de chacune des équipes mobilisées, au cours de laquelle un guide d'entretien, comprenant toutes les instructions nécessaires au bon déroulement de la passation du questionnaire, est remis à chaque enquêteur. Il compte, entre autres, le tableau de conversion pour les équivalences en verres standards d'alcool mentionné précédemment, ayant permis de standardiser au maximum le recueil de cette information.

Tout au long du recueil, les données sont contrôlées de manière régulière, pour suivre le nombre total de patients interrogés, repérer les doublons et d'éventuelles difficultés ou données aberrantes. Un groupe de coordination du recueil, réunissant le promoteur et un référent désigné pour chaque structure d'inclusion, s'est rassemblé régulièrement pour suivre ces paramètres. Une procédure de vérification des doublons a été mise en place entre les différentes équipes.

Une fois le recueil achevé, les informations recueillies sont stockées dans une base de données sécurisée. Le traitement des données (nettoyage des données et analyses statistiques) est assuré par l'Observatoire Régional de Santé de La Réunion, tout comme la présentation des résultats dans un ensemble de livrables, dont la rédaction de ce rapport.

Autorisations réglementaires

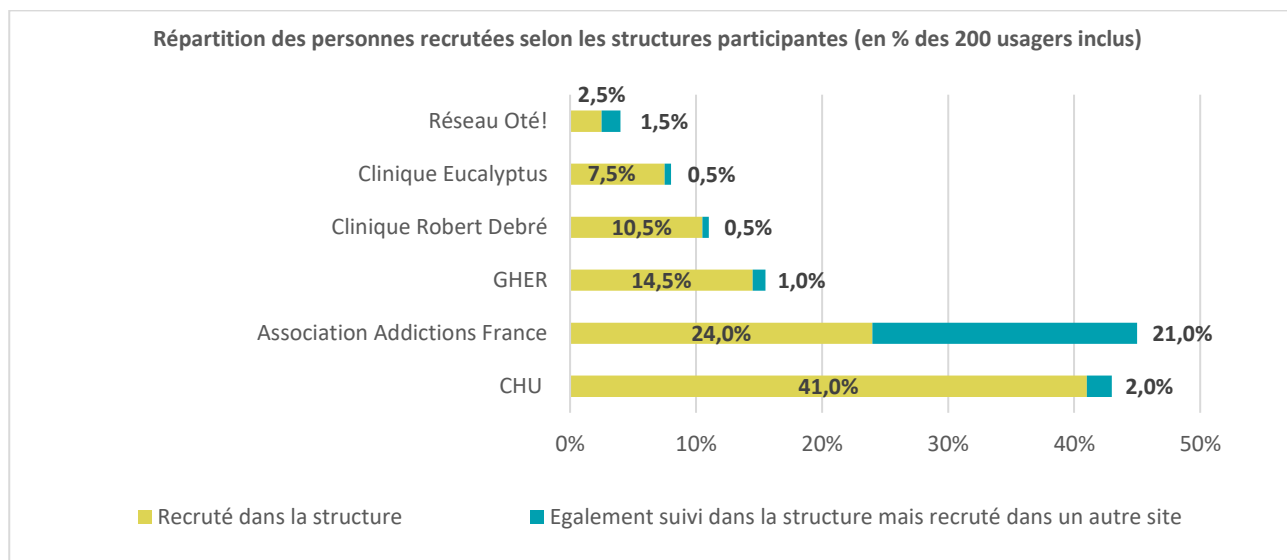
Cette recherche a été réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, ainsi qu'en accord avec les Bonnes Pratiques Cliniques et la déclaration d'Helsinki.

Elle a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) SUD-EST IV (CPP 23.02423.000154) et entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-003), à laquelle l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion a signé un engagement de conformité.

Effectifs, gestion et qualité des données

Sur la période d'enquête, 200 personnes ont pu être recrutées, conformément à ce qui est prévu dans le protocole de recherche. Plus de 40% des inclusions ont été réalisées par le CHU de La Réunion.

La saisie des données a été effectuée directement par le personnel en charge de la passation au cours de celle-ci, sur une plateforme sécurisée en ligne (outil VOOZANOO d'Epiconcept).



Une phase de pré-inclusion était prévue et devait permettre de recueillir le nombre de personnes ne respectant pas les critères d'inclusion ou ayant refusé de participer à l'étude. Toutefois, ces informations n'ont finalement pas été collectées de manière exhaustive, ne permettant pas de calculer un taux de participation.

Le taux de complétion du questionnaire est en revanche relativement bon, il y a très peu de questions pour lesquelles le nombre de non-réponse ou de réponses « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » est significatif. Seule la question sur le quartier de résidence retrouve un taux de non-réponse supérieur à 5%, et celle sur le logement (propriétaire, locataire, etc.) une prévalence de personnes ne souhaitant pas répondre supérieure à 20%. Pour tous les autres éléments abordés dans l'enquête, ces pourcentages sont négligeables.

Analyses statistiques

Les analyses sont réalisées avec le logiciel RStudio 2024.09.0.

Les variables quantitatives sont décrites en termes de moyenne, médiane, écart-type, minimum, maximum et intervalle de confiance à 95 %. Les variables qualitatives sont résumées par des effectifs, des pourcentages sur l'ensemble de la population d'étude ($n = 200$) et leur intervalle de confiance à 95%, sauf précision dans le cas contraire.

Les comparaisons entre groupes sont réalisées à l'aide de tests de Chi2 ou de Fisher pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, des tests de Student (2 groupes) ou des ANOVA (plus de 2 groupes) sont utilisés pour les comparaisons de moyennes, et des tests de Mann-Whitney (2 groupes) ou de Kruskal-Wallis (plus de 2 groupes) pour les comparaisons de médianes.

La recherche de corrélation entre deux variables quantitatives est effectuée par un test de corrélation de Pearson si la normalité des variables est vérifiée, et de Spearman dans le cas contraire. Une différence est considérée comme significative si la p-value du test est inférieure à 5 %, ces résultats sont présentés en gras dans les tableaux. En cas de différence significative retrouvée lors de la comparaison de variables à plus de 2 catégories et en vue d'identifier les modalités concernées par la différence, des analyses post hoc par un test de comparaison de proportion (variable

qualitative) ou un test de Dunn (variable quantitative) sont réalisées, ajustés avec correction de Bonferroni pour prendre en compte la multiplicité des tests.

Un modèle de régression linéaire est élaboré en vue d'identifier des facteurs associés à la quantité d'alcool consommé. Les variables explicatives sont sélectionnées en s'appuyant sur des facteurs déjà identifiés dans la littérature, ainsi qu'à travers une approche combinant méthodes de sélection ascendante et descendante.

Une analyse en classe latente a été réalisée en vue d'identifier des sous-groupes (profils de consommateurs) présentant des caractéristiques communes (socio-démographiques, mode de consommation et filière de recrutement) au sein de la population d'étude. Le modèle présentant la meilleure qualité d'ajustement a été retenu, il s'agissait d'un modèle à trois classes.

Présentation des résultats

La présentation des résultats s'articule en 4 parties :

- une présentation des caractéristiques de la population, sur le plan socio-démographiques, économique, mais également sur la trajectoire de vie et les consommations d'autres substances psychoactives.
- un volet relatif à la consommation d'alcool, incluant les quantités et la typologie des boissons, les modalités de consommation et d'achat, mais également l'histoire de la consommation et la trajectoire de consommateur
- une partie sur la santé des consommateurs, abordant le trouble lié à l'usage d'alcool et le parcours de soins addictologiques, mais aussi la santé de manière plus générale et les comorbidités associées.
- une analyse des facteurs associés à la quantité d'alcool consommé dans cette population, sur la base d'un modèle de régression linéaire reprenant les facteurs identifiés comme associés à la quantité d'alcool consommé en analyse bivarié et dans la littérature scientifique sur le sujet.

Afin de respecter le secret statistique, les effectifs strictement inférieurs à 5 pour les modalités de réponse informatives ne sont pas précisés dans ce document. Les réponses « Ne sait pas », « Ne souhaite pas répondre » ou les réponses manquantes, quand il y en a, sont présentées dans les tableaux de résultats sous la modalité NR.

Pour le volet portant sur la consommation d'alcool, on distingue pour le type de boisson, le lieu et le contexte de consommation ainsi que le lieu d'achat, les modalités « habituelles » (l'utilisateur peut choisir plusieurs réponses) de la modalité « principale » (une seule réponse possible, la personne interrogée doit choisir la modalité la plus fréquente pour elle).

Dans la partie portant sur la santé des consommateurs, on distingue la santé « déclarée/connue par les patients » qui correspond à la partie déclarative du questionnaire sur les comorbidités (ce que l'utilisateur pense présenter comme pathologie), et la santé « connue par les professionnels de santé » qui correspond aux informations issues de l'expertise médicale et aux diagnostics figurant dans le dossier médical.

Caractéristiques de la population

Caractéristiques socio-démographiques

Des usagers âgés de 23 à 72 ans, la plupart de sexe masculin et nés à La Réunion

La population d'étude se compose de 166 hommes (83%) et 34 femmes (17%). La moyenne d'âge est de 46,8 ans (+/- 9,8 ans), la personne incluse la plus jeune est âgée de 23 ans et la plus âgée de 72 ans. La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 40 à 49 ans, représentant 40% de la population recrutée.

La majorité des répondants sont nés à La Réunion (73%), et chez ceux nés ailleurs (pour la plupart en France Hexagonale), la durée d'installation sur l'île est le plus souvent supérieure à 10 ans. On ne compte que 8 personnes qui ne sont pas nées en France, soit 3% des personnes incluses dans l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

	n	%	IC 95
Sexe			
Homme	166	83,0	[77,1 ; 87,9]
Femme	34	17,0	[12,1 ; 22,9]
Age			
< 30 ans	6	3,0	[1,1 ; 6,4]
30-39 ans	42	21,0	[15,6 ; 27,3]
40-49 ans	80	40,0	[33,2 ; 47,1]
50-59 ans	51	25,5	[19,6 ; 32,1]
≥ 60 ans	21	10,5	[6,6 ; 15,6]
Lieu de naissance			
La Réunion	145	72,5	[66,3 ; 78,7]
Hexagone	47	23,5	[17,6 ; 29,8]
Autres	8	3,0	[1,3 ; 6,7]
Durée d'installation à La Réunion (% parmi ceux nés ailleurs, n = 55)			
< 5 ans	9	16,4	[7,8 ; 28,8]
5 -10 ans	13	23,6	[13,2 ; 37,0]
> 10 ans	32	58,2	[44,1 ; 71,3]
NR	1	1,8	[0,0 ; 9,7]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Plus de la moitié des répondants célibataires, divorcés, séparés ou en veuvage

Il y a 43% de célibataires, 31% de personnes mariées, en concubinage ou pacsées, et 27% de personnes divorcées, séparées ou veuves.

De manière générale, la plupart des usagers interrogés ont des enfants (80%), avec une moyenne de 2 enfants. 36% des répondants rapportent vivre seuls, 9% en famille monoparentale, et 30% en couple (avec ou sans enfant). On compte également 32 personnes vivants en colocation (16%).

Les ménages² se composent de 2,3 personnes en moyenne, et pour les foyers comptant des enfants, la plupart sont âgés de plus de 12 ans.

Tableau 2 : Etat civil et composition du foyer

	n	%	IC 95
Situation matrimoniale			
Célibataire	85	42,5	[35,6 ; 49,7]
Mariage	35	17,5	[12,5 ; 23,5]
Concubinage, Pacs	26	13,0	[8,7 ; 18,5]
Divorce/séparation, veuvage	53	26,5	[20,5 ; 33,2]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]
A des enfants			
Oui	159	79,5	[73,7 ; 85,2]
Non	40	20,0	[14,8 ; 26,3]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]
Composition du foyer			
Seul.e	72	36,0	[29,4 ; 43,1]
Seul.e avec enfants	17	8,5	[5,0 ; 13,3]
En couple avec enfants	40	20,0	[14,7 ; 26,2]
En couple sans enfant	19	9,5	[5,8 ; 14,4]
Colocation (famille, amis)	32	16,0	[11,2 ; 21,8]
Autres situations	19	9,5	[5,8 ; 14,4]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

² Ensemble des occupants d'un même logement, sans nécessité qu'il existe un lien de parenté entre ces personnes. Un ménage peut être composé d'une seule personne. (définition de l'INSEE)

Près d'un tiers des répondants logés gratuitement ou dans des conditions de logements précaires

Aucun des répondants n'a déclaré être propriétaire de son logement, 47% sont locataires, 21% sont logés gratuitement, et 11 personnes sont sans abri (6%).

Une part importante des usagers (22%) n'a pas souhaité répondre à la question sur le logement, plus précisément 29% des femmes et 21% des hommes inclus dans l'étude. Il s'agit principalement de personnes dans une situation financière correcte (52% d'entre eux répondant « ça va » ou « à l'aise » à la question sur la situation financière), et

pour qui les revenus d'emploi sont l'une des principales ressources (64% d'entre eux).

Tableau 3 : Conditions de logement

	n	%	IC 95
Propriétaire	0	0,0	
Locataire ou sous-locataire	93	46,5	[39,4 ; 53,7]
Logé gratuitement	43	21,5	[16,0 ; 27,8]
Sans abri	11	5,5	[2,8 ; 9,6]
Autres situations*	9	4,5	[2,1 ; 8,4]
NR	44	22,0	[16,5 ; 28,4]

* Autres situations : institutions, caravane, camping, maison relais, etc.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024 Exploitation : ORS La Réunion

Situation financière et caractéristiques socio-économiques

Plus de la moitié des répondants au chômage

La majorité de la population d'étude (59%) a un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, et parmi eux, 23% rapportent des difficultés pour lire, écrire et/ou compter. A l'échelle de l'ensemble de la population d'étude, c'est 28 personnes (14%) qui rencontrent de telles difficultés. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants est au chômage, seuls 28% sont en emploi. La durée moyenne passée au chômage est de 4,9 années.

Tableau 4 : Niveau de diplôme, situation professionnelle

	n	%	IC 95
Niveau de diplôme			
Primaire ou sans diplôme	18	9,0	[5,4 ; 13,9]
Secondaire (Brevet/ BEP/CAP)	99	49,5	[42,6 ; 56,9]
BAC (ou équivalent)	35	17,5	[12,6 ; 23,6]
BAC + 2	20	10,0	[6,2 ; 15,1]
Supérieur à BAC + 2	26	13,0	[8,7 ; 18,6]
NR	2	1,0	[0,1 ; 3,6]
Difficultés pour			
Ecrire	26	13,0	[8,7 ; 18,5]
Lire	19	9,5	[5,8 ; 14,4]
Compter	17	8,5	[5,0 ; 13,3]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]
Situation professionnelle			
Chômage, recherche d'emploi	104	52,0	[44,8 ; 59,1]
En emploi	55	27,5	[21,4 ; 34,2]
Autres inactif.ve.s	23	11,5	[7,4 ; 16,28]
Retraite ou pré-retraite	12	6,0	[3,1 ; 10,2]
Etudiant.e, apprenti.e, stagiaire	5	2,5	[0,8 ; 5,7]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Une situation financière fragile pour la majorité

La situation financière est perçue comme juste ou difficile pour 45%, et 19% des personnes interrogées rapportent ne pas pouvoir vivre correctement sans s'endetter.

Les principales ressources financières sont les revenus d'emploi pour 36%, puis le RSA pour 30% et les allocations chômage pour 25%. Près des trois quarts des usagers bénéficient de prestations sociales, et un peu plus de la moitié ne dispose d'aucune autre ressource.

Tableau 5 : Situation financière, ressources économiques

	n	%	IC 95
Situation financière perçue			
A l'aise	20	10,0	[6,03 ; 15,2]
Ça va	49	24,5	[19,0 ; 31,5]
C'est juste	44	22,0	[16,7 ; 28,8]
Difficile	45	22,5	[17,2 ; 29,3]
N'y arrive pas sans s'endetter	38	19,0	[14,0 ; 25,5]
NR	4	2,0	[0,5 ; 5,0]
Principales ressources			
Revenus d'emploi	71	35,5	[28,9 ; 42,6]
RSA	59	29,5	[23,3 ; 36,3]
Allocations chômage	50	25,0	[19,2 ; 31,6]
AAH	22	11,0	[7,0 ; 16,2]
Autre(s) prestation(s) sociale(s)	14	7,0	[3,9 ; 11,5]
Autres ou aucune ressource	13	6,5	[3,1 ; 9,9]
Ressources provenant d'un tiers	11	5,5	[2,8 ; 9,6]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Les usagers ont été interrogés sur les événements de vie difficiles ou potentiellement traumatiques vécus au cours de leur vie.

Pour certaines situations, la période de survenue est précisée, qu'il s'agisse de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte. Pour d'autres, aucune information temporelle n'est indiquée : ces événements peuvent avoir eu lieu à n'importe quel moment de la vie.

9 personnes sur 10 ont déjà vécu un événement difficile ou à potentiel traumatique

Concernant le parcours de vie des personnes interrogées, 184 (92%) ont vécu au moins un événement difficile au cours de la vie.

Ainsi, 48% ont été témoins d'une situation ayant entraîné ou risqué d'entraîner une blessure grave ou la mort d'une autre personne, et 42% ont été victimes d'une telle situation (à plusieurs reprises pour 23%).

Par ailleurs, 47% des répondants rapportent avoir connu la mort violente d'un proche, et 19% y ont été confrontés plusieurs fois.

Un cumul d'évènements difficiles quasiment systématique et plus important chez les jeunes et les personnes les plus isolées

Presque toutes les personnes ayant vécu un événement difficile ont en réalité rencontré plusieurs de ces situations au cours de leur vie. Ainsi, 182 personnes (91%) ont connu au moins deux situations difficiles, et en considérant le cumul d'évènements différents, la médiane est de 7.

On constate un gradient significatif en fonction de l'âge, les plus jeunes ayant tendance à déclarer davantage d'évènements de vie difficiles que les plus âgés, et on retrouve un lien avec l'isolement. Ainsi, les personnes déclarant vivre seules rapportent en médiane 10 événements de vie difficiles, contre 6 chez ceux vivant avec un entourage (famille, amis, enfants). Il n'y a pas de lien avec le sexe ou le statut professionnel.

Près des trois quarts des personnes ont connu une situation difficile durant l'enfance ou l'adolescence

Les situations difficiles ou à potentiel traumatique vécues dans l'enfance ou l'adolescence sont nombreuses, concernant 147 personnes (74%) parmi les répondants. 43% rapportent avoir grandi dans un climat de tensions ou de violence entre les parents, et 41% disent avoir vécu un conflit très grave avec les parents ou personnes détentrices de l'autorité parentale.

De plus, 18% des personnes interrogées ont subi des privations matérielles ou des négligences graves au cours de leur enfance ou adolescence, 32% ont été battues ou punies physiquement au point de craindre d'être blessés, à plusieurs reprises pour 27%.

Enfin, 13% des personnes incluses ont été placées en foyer ou famille d'accueil avant d'atteindre leur majorité.

Des situations difficiles vécues à l'âge adulte pour près de 9 personnes sur 10

A l'âge adulte, des situations difficiles sont également rapportées, puisque 57% ont connu un divorce ou une séparation difficile, 55% des tensions ou conflits grave avec un proche, 47% une agression physique ou un vol (à plusieurs reprises pour 29%), 40% un licenciement ou une perte d'emploi difficile.

Par ailleurs, 38% ont eu des problèmes judiciaires ou des peines de prisons, 32% rapportent avoir connu des situations de violences conjugales, 17% avoir causé des blessure graves, des dommages, voire avoir entraîné la mort d'une autre personne.

On retrouve des différences significatives liées au sexe pour certains types d'évènements (**Tableau 6**), avec une plus grande exposition à la guerre ou à des accidents liés à la guerre chez les hommes (10% d'entre eux, contre aucune femme), et une plus grande fréquence des problèmes ou des peines de prisons (43% contre 12% des femmes). A contrario, les femmes rapportent significativement plus souvent avoir été forcées à avoir des rapports sexuels qu'elles ne désiraient pas (59% d'entre elle, contre 5% des hommes).

/ L'alcoolisme d'un proche fréquemment rapporté comme une situation difficile

Le fait d'avoir connu et/ou souffert de l'alcoolisme d'un proche est fréquent, avec 61% des répondants qui rapportent cette situation à l'âge adulte, et 54% qui disent en avoir souffert lors de leur enfance ou de leur

adolescence. Pour ces derniers, il s'agissait le plus souvent du père (42% de ceux ayant souffert de l'alcoolisme d'un proche avant l'âge de 18 ans), puis d'autres membres de la famille (24%), de la mère (22%) et finalement de la fratrie (13%).

Tableau 6 : Evénements de vie difficiles et situations vécues, selon le sexe

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC 95	%	IC 95	%	IC 95
Exposition au cours de la vie (sans précision de temporalité : enfance / adulte)							
Au moins l'un des événements ci-dessous	159	79,5	[73,2 ; 84,9]	77,7	[70,6 ; 83,8]	88,24	[72,5 ; 96,7]
Témoin d'une situation à risque de blessure ou décès	95	47,5	[40,6 ; 54,4]	49,4	[41,6 ; 57,3]	38,24	[22,2 ; 56,4]
Deuil violent	94	47,0	[40,1 ; 53,9]	45,8	[38,0 ; 53,7]	52,94	[35,1 ; 70,2]
Victime d'une situation à risque de blessure ou de décès	83	41,5	[34,7 ; 48,3]	42,8	[35,1 ; 50,7]	35,29	[19,7 ; 53,5]
Accident grave	53	26,5	[20,4 ; 32,6]	28,3	[21,6 ; 35,8]	17,65	[6,8 ; 34,5]
<i>Agression sexuelle*</i>	29	14,5	[9,6 ; 19,4]	5,4	[2,5 ; 10,0]	58,82	[40,7 ; 75,4]
<i>Guerre*</i>	16	8,0	[4,2 ; 11,8]	9,6	[5,6 ; 15,2]	-	-
Maladie grave	14	7,0	[3,5 ; 10,5]	6,6	[3,4 ; 11,5]	8,8	[1,9 ; 23,7]
Catastrophe	12	6,0	[2,7 ; 9,3]	6,6	[3,4 ; 11,5]	2,9	[0,07 ; 15,3]
Exposition durant l'enfance ou l'adolescence aux situations difficiles suivantes							
Au moins l'un des événements ci-dessous	147	73,5	[66,8 ; 79,5]	71,1	[63,6 ; 77,8]	85,3	[68,9 ; 95,0]
Alcoolisme d'un proche	107	53,5	[46,6 ; 60,4]	51,2	[43,3 ; 59,0]	64,7	[46,5 ; 80,3]
<i>Graves tensions ou climat de violence entre les parents ou détenteurs de l'autorité parentale *</i>	86	43,0	[36,1 ; 49,9]	38,0	[30,5 ; 45,8]	67,6	[49,5 ; 82,6]
Conflit grave avec les parents ou détenteurs de l'autorité parentale	81	40,5	[33,7 ; 47,3]	38,0	[30,5 ; 45,8]	52,9	[35,1 ; 70,2]
Violences physiques durant l'enfance	64	32,0	[25,5 ; 38,5]	29,5	[22,7 ; 37,1]	44,1	[27,2 ; 62,1]
Privations matérielles ou négligences graves	35	17,5	[12,2 ; 22,8]	15,1	[10,0 ; 21,4]	29,4	[15,1 ; 47,5]
Famille d'accueil ou foyer	25	12,5	[7,9 ; 17,1]	12,0	[7,5 ; 18,0]	14,7	[0,5 ; 31,1]
Exposition à l'âge adulte aux situations difficiles suivantes							
Au moins l'un des événements ci-dessous	179	89,5	[84,4 ; 93,4]	88,0	[82,0 ; 92,5]	97,1	[84,7 ; 100,0]
Alcoolisme d'un proche	121	60,5	[53,7 ; 67,3]	58,4	[50,5 ; 66,0]	70,6	[52,5 ; 84,9]
Divorce ou séparation difficile	113	56,5	[49,6 ; 63,4]	57,8	[49,9 ; 65,4]	50,0	[32,4 ; 67,6]
Tensions, conflits graves avec un proche	110	55,0	[48,1 ; 61,9]	51,8	[43,9 ; 59,6]	70,6	[52,5 ; 84,9]
Agression physique ou vol à l'âge adulte	94	47,0	[40,1 ; 53,9]	45,2	[37,5 ; 53,1]	55,9	[37,9 ; 72,8]
Licenciement ou perte d'emploi difficile	80	40,0	[33,2 ; 46,8]	41,6	[34,0 ; 49,5]	32,4	[17,4 ; 50,5]
<i>Problèmes judiciaires ou peines de prison *</i>	76	38,0	[31,3 ; 44,7]	43,4	[35,7 ; 51,3]	11,8	[3,3 ; 27,5]
Violences conjugales	64	32,0	[25,5 ; 38,5]	28,3	[21,6 ; 35,8]	50,0	[32,4 ; 67,6]
Blessures graves, dommages, mort, causés à autrui	34	17,0	[11,8 ; 22,2]	19,3	[13,6 ; 26,1]	5,9	[0,7 ; 19,7]
Au global (au moins un événement)	184	92,0	[87,3 ; 95,4]	90,4	[84,8 ; 94,4]	100,0	[100,0 ; 100,0]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

* Différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (p<0,05)

Consommations de substances psychoactives (autres que l'alcool)

L'enquête recueille également des informations sur les substances autres que l'alcool consommées par les usagers, ainsi que sur la fréquence de leur consommation. La consommation d'autres substances au cours de la vie est répandue : seules 10 personnes, soit 5% de la population étudiée, déclarent n'avoir jamais consommé d'autre substance que l'alcool.

Plus des trois quarts des répondants fument du tabac quotidiennement

La consommation la plus déclarée est celle de tabac : 78% des répondants fument quotidiennement, tandis que le vapotage quotidien concerne 15% des personnes interrogées. L'âge médian de la première cigarette est de 15 ans et 40% des personnes interrogées disent avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 15 ans.

Les personnes déclarant uniquement une co-consommation alcool + tabac (pas d'autres substances additionnelles) au cours de la vie représentent 12% des personnes incluses.

Un quart de la population présente une polyconsommation alcool + tabac + cannabis

L'usage de cannabis est fréquent parmi les répondants : 16% des personnes interrogées déclarent un usage quotidien, 8% un usage hebdomadaire et 3% un usage mensuel. La polyconsommation alcool + tabac quotidien + cannabis au moins une fois par mois (sans préjuger de l'usage d'autres substances additionnelles ou non) concerne 25% de la population d'étude.

Par ailleurs, 4% des personnes ont consommé du tabac chimique, « chamane » ou autres cannabinoïdes de synthèse au moins une fois dans l'année, tandis que 7% l'ont déjà expérimenté mais n'en ont pas consommé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Une consommation d'autres substances illicites existante, bien que moins fréquente

Les prévalences de consommation d'autres substances sont bien plus faibles, mais 3% des personnes consomment au moins une fois par mois de l'ecstasy, de la MDMA ou des amphétamines, et à peu près la même proportion de la cocaïne, du crack ou free base. L'usage d'héroïne est quant à lui bien plus rare.

Près de 4 personnes sur 10 ont déjà consommé des médicaments détournés de leur usage

Le mésusage de médicaments au cours de la vie concerne 39% de la population d'étude. Ainsi, 5% des répondants détournent des médicaments de leur usage de façon hebdomadaire, et 6% de façon quotidienne. Si l'on considère le type de médicament détourné, 24% de la population déclarent avoir déjà fait un mésusage d'Artane®, 21% de Rivotril®, et 27% un mésusage d'autres médicaments. Les profils socio-démographiques des personnes déclarant un mésusage de médicament ne sont pas significativement différents de ceux n'en déclarant pas.

Les personnes consommant d'autres substances que l'alcool ou le tabac sont plus jeunes, plus isolées

Si l'on compare la part de la population qui ne déclare pas d'autre consommation au cours de la dernière année à l'exception du tabac/vapotage, avec ceux ayant une consommation a minima occasionnelle d'autres substances (au moins une fois au cours de la dernière année), on constate que ces deux populations présentent des différences significatives dans leurs caractéristiques socio-démographique.

Les personnes ayant consommé d'autres substances au cours de la dernière année sont plus jeunes (moyenne d'âge de 44 ans contre 51 ans). On retrouve également des différences dans le statut matrimonial : les personnes consommant d'autres substances sont plus fréquemment célibataires (52% contre 31%), moins souvent mariées (22% contre 41%) et vivent davantage seules que les autres (43% contre 28%).

Tableau 7 : Part des usagers concernés par la consommation d'autres substances psychoactives

	n	%	IC 95
Alcool uniquement	10	5,0	[2,4 ; 9,0]
Alcool + Tabac quotidien*	156	78,0	[71,6 ; 83,5]
Alcool + Tabac quotidien + Cannabis (≥1 fois/mois)*	50	25,0	[19,2 ; 31,6]
Mésusage de médicament (≥1 fois/an)*	40	20,0	[14,7 ; 26,2]

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

*Sans préjuger de l'usage d'autres substances additionnelles.

Consommation d'alcool

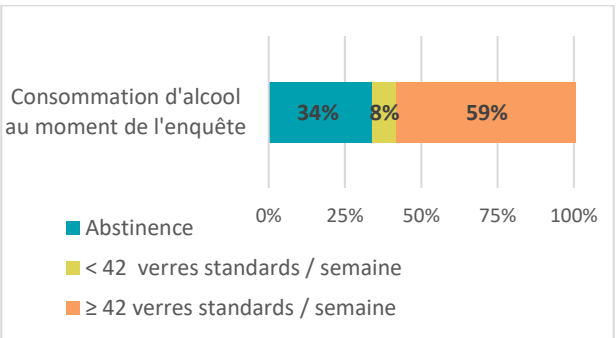
Quantités d'alcool consommé

La quantité d'alcool consommé est recueillie en verres standards d'alcool, et correspond à la quantité consommée par les usagers au moment de l'enquête ou dans les 6 mois précédents pour ceux ayant réduit ou stoppé leur consommation¹.

Une consommation médiane de 112 verres standards par semaine, soit 16 verres par jour

Pour être inclus dans l'étude, les usagers doivent présenter ou avoir présenté une consommation d'alcool supérieure ou égale à 42 verres par semaine, au moment de l'enquête ou au cours des 6 derniers mois.

Figure 1 : Consommation d'alcool déclarée lors de l'enquête



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Lors de la passation du questionnaire, :

- 34% des répondants déclarent ne plus consommer d'alcool du tout ;
- 8% des personnes rapportent une consommation inférieure à 42 verres standards par semaine ;
- et 59% déclarent une consommation supérieure ou égale à ce seuil.

La médiane du nombre de verres d'alcool consommé dans la population d'étude est de 112 verres standards par semaine, correspondant à 16 verres par jour en considérant une consommation quotidienne. La moyenne est plus élevée, avec 161 verres standards hebdomadaires (influence des valeurs extrêmes).

Les hommes consomment en médiane 119 verres standards d'alcool hebdomadaire, contre 94,5 verres standards par semaine en médiane pour les femmes, mais la différence entre les sexes n'est pas significative (bien qu'à la limite de la significativité : $p = 0,0594$) (**Tableaux 8 et 9**).

Par ailleurs, on observe un gradient inverse dans la quantité d'alcool consommée en fonction de l'âge à partir de 30 ans : plus l'âge augmente, plus la quantité consommée diminue. Ce constat ne s'applique pas au moins de 30 ans qui, bien que minoritaires dans cette étude ($n = 6$), consomment des quantités plus faibles (**Tableau 9**).

Tableau 8 : Nombre de verres standards d'alcool consommés par semaine*

	Médiane [Q1-Q3]	Moyenne [IC 95]
Homme	119,0 [78,0-210,0]	169,3 [147,0 ; 191,0]
Femme	94,5 [72,8-140,0]	120,7 [93,4 ; 148,0]
Ensemble	112,0 [77,0-206,5]	161,0 [142,1 ; 179,8]

* au moment de l'enquête, ou dans les 6 mois précédents pour ceux ayant réduit ou stoppé leur consommation

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Une quantité d'alcool consommée plus importante en cas d'isolement

La quantité d'alcool consommée varie en fonction du statut matrimonial : les personnes séparées, divorcées ou veuves consomment significativement plus d'alcool que les personnes en couple, avec des médianes respectives de 161 contre 96 verres standards par semaine. Le fait de vivre seul est également associé à une consommation d'alcool plus importante (140 verres par semaine en médiane, contre 105 par semaine pour ceux vivant avec un entourage) (**Tableau 9**).

Ni le lieu de naissance, le niveau de diplôme, le statut professionnel ou la situation financière perçue ne sont associés à la quantité d'alcool bu dans cet échantillon.

¹ La consommation d'alcool est exprimée en verres d'alcool standard, correspondant à 10 grammes d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée. Cette consommation est recherchée en interrogeant le patient sur le nombre de jours de la semaine durant lesquels il consomme de l'alcool, et si ce nombre de jours est supérieur ou égal à 5, sur le nombre de verres standards d'alcool consommés les jours de consommation.

Tableau 9 : Quantité d'alcool consommé en verres standards hebdomadaires selon les caractéristiques socio-démographiques

		Quantité consommée (médiane)	p-value
Sexe			
	Homme	119,0	0,0594
	Femme	94,5	
Age			
	<30 ans	89,0	0,0367
	30-39 ans	140,0	
	40-49 ans	119,5	
	50-59 ans	112,0	
	≥60 ans	85,0	
Lieu de naissance			
	La Réunion	115,5	0,4245
	Autres	112,0	
Niveau de diplôme			
	< au Bac	115,5	0,7097
	Bac ou études supérieures	112,0	
Statut professionnel			
	En emploi	98,0	0,3519
	Chômage	119,0	
	Autres	119,0	
Situation matrimoniale			
	Célibataire	115,5	0,0057
	Marié,e, concubinage, pacs	96,0	
	Séparé,e, divorcé,e, veuf,ve	161,0	
Composition du foyer			
	Entourage (famille, ami, enfant)	105,0	0,0287
	Seul,e	140,0	
Situation financière			
	A l'aise ou ça va	108,5	0,115
	C'est juste	102,5	
	Difficile ou n'y arrive pas sans s'endetter	140,0	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

 Les évènements de vie difficiles associés à des quantités d'alcool consommé plus importantes

On retrouve une association entre certains évènements de vie difficiles et la quantité médiane d'alcool consommé.

Ainsi, à l'âge adulte, le fait d'avoir vécu un divorce ou une séparation difficile, un licenciement ou une perte d'emploi difficile, d'avoir connu un conflit ou des tensions graves avec un proche, ou encore d'avoir causé des blessures graves, des dommages ou le décès d'autrui, sont associés de manière significative à une quantité médiane d'alcool consommé plus importante.

De la même manière, les personnes ayant déjà connu un grave accident (de voiture, au travail ou ailleurs), des violences physiques ou un vol ont tendance à rapporter des quantités d'alcool consommé plus importantes que les autres.

Certains évènements vécus dans l'enfance sont aussi associés à la quantité d'alcool consommé : les quantités déclarées sont plus importantes chez les usagers ayant connu des violences physiques durant leur enfance ou adolescence, ainsi que chez ceux ayant connu un grave conflit avec les parents ou détenteurs de l'autorité parentale.

Le fait d’avoir souffert de l’alcoolisme d’un proche dans l’enfance est également corrélé à une consommation plus importante : médiane de 140 verres standards pour ceux ayant connu cette situation, contre 98 verres standards par semaine chez les autres. Ce constat n’est pas retrouvé pour les usagers rapportant l’alcoolisme d’un proche alors qu’ils étaient déjà adultes.

Enfin, il y a un lien entre le nombre d’évènements de vie difficiles déclarés et la quantité d’alcool consommé, qui est d’autant plus importante que le cumul des évènements est élevé (coefficient de corrélation de Spearman : 0,26 ; p = 0,0002).

Tableau 10 : Quantité d’alcool consommé en verres standards hebdomadaires selon les évènements difficiles vécus* au cours de la vie

	Quantité consommée	p-value
<i>Au cours de la vie (sans précision de temporalité)</i>		
Accident grave		
Oui	140,0	
Non	105,0	0,0484
<i>Durant l’enfance ou l’adolescence</i>		
Alcoolisme d’un proche		
Oui	140,0	
Non	98,0	0,0027
Conflit grave avec les parents ou détenteurs de l’autorité parentale		
Oui	140,0	
Non	98,0	0,0071
Violences physiques durant l’enfance		
Oui	147,0	
Non	105,0	0,0046
<i>A l’âge adulte</i>		
Divorce ou séparation difficile		
Oui	140,0	
Non	91,0	0,001
Tensions, conflits graves avec un proche		
Oui	140,0	
Non	94,5	0,0165
Agression physique ou vol à l’âge adulte		
Oui	140,0	
Non	100,0	0,0193
Licenciement ou perte d’emploi difficile		
Oui	140,0	0,015
Non	99,0	
Blessures graves, dommages, mort, causés à autrui		
Oui	160,5	
Non	112,0	0,0347

*Ne figurent dans le tableau que les évènements présentant une association significative avec la quantité d’alcool consommé.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Les consommations d’autres substances psychoactives associées à des quantités d’alcool consommé plus importantes

On retrouve également une quantité médiane d’alcool consommée plus importante chez ceux consommant d’autres substances psychoactives de manière au moins occasionnelle : 119 verres standards par semaine, contre 103 verres standards pour ceux n’ayant consommé que

de l’alcool et aucune autre substance au cours de l’année.

De la même manière, les personnes ayant détourné des médicaments de leur usage au cours de l’année consomment significativement plus d’alcool que ceux ne déclarant aucun mésusage de médicament au cours de l’année (médiane de 172 verres standards par semaine, contre 112 verres standards).

Les types de boissons alcoolisées consommées ont été recueillis parmi une liste de 19 propositions (**Annexe 1**). Comme détaillé dans la partie « Méthodologie – Présentation des résultats » de ce rapport, le questionnaire a permis de distinguer la consommation habituelle (les alcools consommés de manière habituelle, avec plusieurs modalités de réponse possibles) et la consommation principale (le type d'alcool le plus fréquemment consommé, avec une seule modalité de réponse possible).

Pour l'origine de l'alcool, la distinction entre alcool produit localement ou importé a été recueillie uniquement pour les rhums, punches, cocktails, autres spiritueux à base de rhum, pour les boissons de type cognac, et pour le whisky et la vodka.

Plus de 8 personnes sur 10 consommaient de l'alcool fort de manière habituelle

Les trois boissons les plus consommées de manière habituelle (sans qu'il ne s'agisse forcément de la boisson la plus consommée) sont la bière pour 82% des répondants, le rhum pour 71% et le vin, le mousseux ou le champagne pour 71%.

Par ailleurs, 172 personnes (86%) rapportent consommer de l'alcool fort de manière habituelle. Si l'on considère l'origine de l'alcool fort, on remarque que la majorité des consommateurs se tournent vers de l'alcool local pour les boissons à base de rhum, et plutôt vers des boissons importées pour le whisky et la vodka (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Types de boissons alcoolisées consommées de manière habituelle

	n	%	IC 95
Bières	163	81,5	[75,8 ; 87,0]
Rhums, punches, cocktails, autres spiritueux à base de rhum	142	71,0	[64,5 ; 77,5]
Local	132	66,0	[59,0 ; 72,5]
Importé	13	6,5	[3,5 ; 10,9]
Sans précision	10	5,0	[2,4 ; 9,0]
Vins, mousseux, champagne, cidre, panaché	141	70,5	[63,7 ; 76,7]
Whisky, Vodka	93	46,5	[39,6 ; 53,9]
Importé	57	28,5	[22,4 ; 35,3]
Sans précision	21	10,5	[6,6 ; 15,6]
Local	18	9,0	[5,4 ; 13,9]
Autres boissons*	41	20,5	[15,2 ; 26,9]
Boissons de type cognac	26	13,0	[8,7 ; 18,6]
Local	16	8,0	[4,6 ; 12,7]
Sans précision	8	4,0	[1,7 ; 7,7]
Importé	< 5		

Les usagers pouvaient choisir plusieurs modalités de réponse pour le type d'alcool consommé comme pour l'origine locale ou importée de l'alcool.

* Autres boissons : liqueurs, eaux de vie, breuvages alcoolisés prémixés, gin et autres spiritueux, porto, etc.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Les alcools forts comme principaux types d'alcool consommés

La boisson la plus consommée est un alcool fort (rhum et boissons à base de rhum, whisky, vodka, boissons de type cognac, liqueurs, eaux de vie) pour 62% des répondants. Si l'on s'intéresse au détail du type d'alcool, le rhum et les boissons à base de rhum sont les boissons les plus consommées par 47% des personnes interrogées, la bière est la boisson principale pour 28% d'entre eux, suivie par le vin pour 10%. Aucun répondant ne déclare consommer du champagne, du mousseux ou du cidre en tant que boisson principale.

On constate également que comme pour les boissons consommées habituellement, les boissons de production locale sont préférées pour le rhum et les boissons de type cognac, tandis que les boissons importées sont les plus choisies pour la vodka et le whisky (**Tableau 12**).

Le choix de la boisson motivé par l'habitude, le prix et le goût pour la plupart des répondants

Quand on interroge la raison invoquée pour justifier le choix de la boisson principalement consommée, les trois motifs les plus fréquemment retrouvés sont « L'habitude » (62%), « Vous aimez le goût » (42%) et

« C’est moins cher » (40%). Chez ceux qui se tournent principalement vers du rhum de production locale, le choix de la boisson est justifié par l’habitude pour 63% et par le coût pour 59%. Chez ceux qui consomment plutôt

du whisky ou de la vodka importée, les deux raisons principalement invoquées sont l’habitude pour 71% et le goût pour 64%.

Tableau 12 : Type de boisson alcoolisée principalement consommée

	n	%	IC 95
Rhums, punches, cocktails, autres spiritueux à base de rhum	93	46,5	[40,2 ; 54,2]
Local	88	44,0	[37,2 ; 51,4]
Importé	< 5		
Sans précision	< 5		
Bières	56	28,0	[22,1 ; 34,7]
Whisky / vodka	20	10,0	[5,9 ; 14,4]
Local	< 5		
Importé	14	7,0	[0,1 ; 3,6]
Sans précision	< 5		
Vins	19	9,5	[5,5 ; 13,8]
Autres boissons	10	5,0	[2,4 ; 9,0]
NR	2	1,0	[0,0 ; 2,8]

La somme des pourcentages présentés dans le tableau n’est pas égale à 100 car certaines valeurs n’y figurent pas afin de respecter le secret statistique.

* Autres boissons : liqueurs, eaux de vie.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des profils socio-démographiques associés à la consommation de certaines boissons

Si l’on s’intéresse au type de boisson principale consommée en fonction des caractéristiques socio-démographiques, en considérant le rhum, la bière, le vin et les autres boissons, on constate que la consommation de rhum est associée de manière statistiquement significative au fait d’être un homme, d’être né à La Réunion et d’avoir un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

La consommation du rhum, est significativement plus fréquente chez les hommes, les personnes avec un

niveau d’étude inférieur au bac, et celles qui sont nées sur l’île (**Annexe 2**).

A l’inverse, la consommation de vin en tant que boisson principale est plus associée au fait d’être une femme et d’avoir un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat. Enfin, la consommation de bière en tant que boisson principale n’est associée qu’avec le fait d’être né dans l’Hexagone.

On ne retrouve pas de lien entre le type de boisson consommé et l’âge, le statut professionnel, le statut matrimonial, la composition du foyer ou la situation financière.

Modalités de consommation

Dans cette étude, les modalités de consommation regroupent le lieu de consommation, le contexte de consommation (dans le sens d’une consommation solitaire ou avec d’autres personnes), ainsi que les moments de la journée consacrés à la consommation et les raisons de celles-ci. Comme dans la partie précédente, on distingue les modalités habituelles (plusieurs réponses possibles) de la modalité principale (la plus fréquente, une seule réponse possible).

Une consommation habituelle sur la voie publique pour 40% des répondants

La consommation se fait de manière habituelle au domicile pour 85% de la population de l’étude, mais on

compte tout de même 32% des personnes qui rapportent consommer dans la rue ou le chemin, et 28% devant la boutique, soit au total 40% des répondants avec une consommation habituelle sur la voie publique.

Une consommation habituelle avec des amis/camarades est rapportée par 2/3 des usagers, sans empêcher pour autant que la consommation solitaire fasse partie des habitudes de quasiment tous les répondants (93%). La consommation avec la famille fait partie des habitudes d’un plus faible nombre de répondants (29%).

Enfin, 40% des usagers consomment toute la journée, et 12% rapportent une consommation nocturne fréquente.

Tableau 13 : Lieux et contextes habituels de consommation des boissons alcoolisées

	n	%	IC 95
Lieux de consommation			
A la maison / la kaz	170	85,0	[79,3 ; 89,6]
Chez des amis	84	42,0	[35,1 ; 49,2]
Café / Bar / Restaurant	71	35,5	[28,9 ; 42,6]
Dans la rue / le chemin	64	32,0	[25,6 ; 38,9]
Devant la boutique	56	28,0	[21,9 ; 34,8]
Camion-bar / Snack	39	19,5	[14,2 ; 25,7]
Autre lieu*	27	13,5	[9,1 ; 19,0]
Contextes de consommation			
Seul.e	186	93,0	[88,5 ; 96,1]
Avec des amis/camarades	130	65,0	[58,0 ; 71,6]
Avec la famille	58	29,0	[22,8 ; 35,8]
Autres	12	6,0	[3,1 ; 10,2]
Moment de la consommation (plusieurs modalités possibles)			
Matin	58	29,0	[22,8 ; 35,8]
Midi	33	16,5	[11,6 ; 22,4]
Après-midi	46	23,0	[17,4 ; 29,5]
Fin de journée/soirée	94	47,0	[39,9 ; 54,2]
Nuit	24	12,0	[7,8 ; 17,3]
Tout au long de la journée	80	40,0	[33,2 ; 47,1]

* Autre lieu : espaces verts, véhicule, lieu de travail, discothèque, etc.

Les usagers pouvaient choisir plusieurs modalités de réponse.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Une consommation principalement solitaire et au domicile pour la majorité

68% des répondants consomment principalement à leur domicile, tandis que 21% rapportent une consommation principale sur la voie publique (rue/chemin/boutique). Les hommes ont davantage tendance à consommer à l'extérieur que les femmes (respectivement 34% contre 12% des femmes).

La consommation se fait principalement de manière solitaire pour 73% des personnes interrogées, et avec des amis ou des camarades pour près d'un quart (23% au global, 28% des hommes et 15% des femmes).

Tableau 15 : Raisons invoquées pour expliquer la consommation d'alcool

	n	%	IC 95
« Parce que lorsque je ne vais pas bien, consommer me permet de moins le ressentir »	153	76,5%	[70,0 ; 82,2]
« Parce que je me sens incapable d'arrêter de consommer »	96	48,0%	[40,9 ; 55,2]
« Parce que ça donne plus d'effet »	87	43,5%	[36,5 ; 50,7]
« Parce que cela rend les événements ou les rassemblements plus amusants »	74	37,0%	[30,3 ; 44,1]
« Parce que consommer me permet de me sentir sûr-e de moi »	73	36,5%	[29,8 ; 43,6]
« Pour le plaisir que je ressens à savourer ce que je consomme »	65	32,5%	[26,1 ; 39,5]
« Pour le feeling spécial que je ressens au moment où je consomme »	57	28,5%	[22,4 ; 35,3]
« Parce que consommer fait partie du style de vie que j'ai »	48	24,0%	[18,3 ; 30,5]
Autres raisons	39	19,5%	[14,2 ; 25,7]
« Parce que les gens autour de moi consomment, donc je sens que je dois consommer aussi »	31	15,5%	[10,8 ; 21,3]
NR	1	0,5%	[70,0 ; 82,2]

Les usagers pouvaient choisir plusieurs modalités de réponse.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Tableau 14 : Lieu et contexte principal de consommation des boissons alcoolisées

	n	%	IC 95
Lieu principal			
A la maison / la kaz	135	67,5	[60,5 ; 73,9]
Dans la rue / le chemin	26	13,0	[8,7 ; 18,5]
Devant la boutique	15	7,5	[4,3 ; 12,1]
Café / Bar / Restaurant	12	6,0	[3,1 ; 10,2]
Autre lieu*	11	5,5	[2,8 ; 9,6]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]
Contexte principal			
Seul.e	145	72,5	[66,5 ; 79,3]
Avec des amis/camarades	47	23,0	[17,8 ; 30,0]
Avec la famille ou autres	5	2,5	[0,8 ; 5,7]
NR	4	2,0	[0,5 ; 5,0]

* Autre lieu : chez des amis, camion-bar/snack, espaces verts, véhicule.

(1) Les consommations en extérieur regroupent les consommations au camion-bar, snack, café, restaurant, bar, sur la voie publique (dans la rue, devant la boutique), dans les espaces verts et de pique-nique.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Une consommation pour oublier ses problèmes

Les 3 raisons principalement invoquées pour expliquer la consommation d'alcool sont les suivantes : « Parce que lorsque je ne vais pas bien, consommer me permet de moins le ressentir » (77%), « Parce que je me sens incapable d'arrêter de consommer » (48%) et « Parce que ça donne plus d'effet » (44%) (Annexe 3).

Des contextes de consommation différents selon le type de boisson consommée

La consommation en extérieur est significativement plus fréquente pour les usagers déclarant la bière ou le rhum en boisson principale (Annexe 4).

Les modalités d'achat concernent les lieux d'achat de l'alcool et la fréquence à laquelle les usagers s'y fournissent. Cette partie traite également du budget dédié à l'achat d'alcool. On distingue les modalités habituelles (plusieurs réponses possibles) de la modalité principale (la plus fréquente, une seule réponse).

Les stations-services : lieux habituels d'achat de boissons alcoolisées pour un quart des répondants

Quand on s'intéresse aux lieux habituels dans lesquels les usagers déclarent avoir l'habitude d'acheter de l'alcool, on constate que la majorité des personnes interrogées évoquent les grandes surfaces (78%) et les boutiques de proximité (71%).

A cela s'ajoute malgré tout une part non négligeable de répondants qui achètent de manière habituelle de l'alcool en station-service (24%).

Tableau 16 : Lieux d'achat habituels des boissons alcoolisées

	n	%	IC 95
Supermarché	155	77,5	[71,1 ; 83,1]
Boutique (de proximité)	141	70,5	[63,7 ; 76,7]
Stations-services	48	24,0	[18,3 ; 30,5]
Restaurant, hôtel, bar, club	34	17,0	[12,1 ; 22,9]
Camions-Bars, snack	31	15,5	[10,8 ; 21,3]
Autres	5	2,5	[0,8 ; 5,7]

Les usagers pouvaient choisir plusieurs modalités de réponse.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Un achat de boissons alcoolisées principalement en boutique de proximité ou en grande surface

Le lieu d'achat principal de l'alcool est les grandes surfaces pour 49% des répondants et les boutiques de proximité pour 42%.

Si les personnes achetant principalement en boutique de proximité ne diffèrent pas significativement de celles achetant en supermarché par leur profil socio-démographique, on constate néanmoins que les usagers réalisant leur achat en boutique de proximité ont davantage tendance à consommer en extérieur (39% d'entre eux) par rapport à ceux achetant leur boisson en supermarché (17% consomment principalement en extérieur).

De plus, chez ceux qui consomment principalement du vin ou d'autres types de boisson, la majorité achète plusieurs bouteilles à chaque fois. Pour les consommateurs de bière ou de rhum, l'achat se fait plutôt à l'unité (une seule bouteille /canette/pile plate).

Un achat de boissons alcoolisées quotidien pour la plupart des répondants

Si l'on considère la fréquence d'achat de l'alcool, la plupart des répondants l'achètent quotidiennement (69%). Cette fréquence varie de manière significative selon le lieu d'achat, puisque les personnes se fournissant en supermarché déclarent moins fréquemment un achat quotidien (60%) que ceux achetant en boutique de proximité (79%).

La fréquence d'achat est significativement différente selon le type de boisson principale : la bière et le rhum sont plus fréquemment achetés quotidiennement contrairement au vin et autres boissons consommées (Annexe 4).

Tableau 17 : Fréquence et lieu d'achat principal des boissons alcoolisées

	n	%	IC 95
Fréquence d'achat			
Tous les jours ou presque	138	69,0	[62,8 ; 76,0]
Plusieurs fois par semaine	42	21,0	[15,7 ; 27,6]
Plusieurs fois par mois	17	8,5	[5,1 ; 13,4]
NR	3	1,5	[0,3 ; 4,3]
Lieu d'achat principal			
Supermarché	97	48,5	[41,6 ; 55,9]
Boutique (de proximité)	83	41,5	[34,8 ; 48,9]
Autres lieux*	19	9,5	[5,8 ; 14,4]
NR	1	0,5	[0,0 ; 2,8]

*Autres lieux : restaurant, hôtel, bar, stations-services, etc.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des achats en état d'ébriété déclarés

Parmi les répondants, 162 (81%) rapportent avoir déjà acheté de l'alcool alors qu'ils étaient en état d'ébriété.

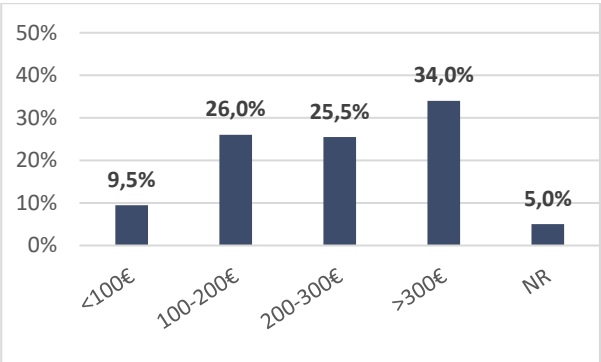
Une personne sur 3 dépensait plus de 300 euros par mois dans l'achat d'alcool

Les dépenses par mois pour acheter de l'alcool s'élèvent à moins de 100€ pour 10% des personnes interrogées, de 100 à 200€ pour 26%, de 200 à 300€ pour 26%, et à plus de 300€ par mois pour plus d'un tiers (34%) (Figure 2).

Si ces dépenses représentent moins de la moitié du budget pour la majorité des usagers (59%), il y a tout de même 9% de la population pour qui il s'agit de l'entièreté des ressources disponibles (Figure 3).

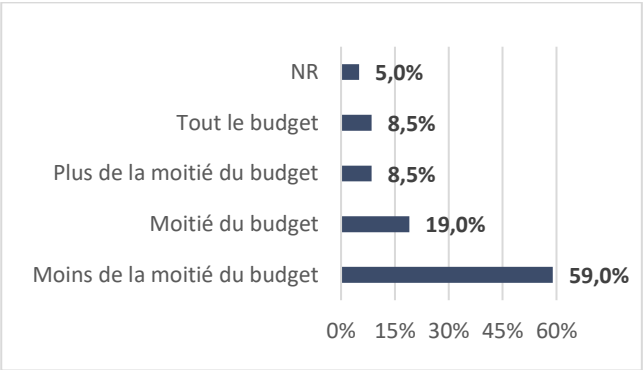
Ces derniers dépendent quasiment tous de prestations sociales (RSA pour plus de la moitié) voire déclarent n'avoir aucune ressource.

Figure 2 : Dépenses mensuelles pour l'achat des boissons alcoolisées



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Figure 3 : Part du budget consacré à l'achat des boissons alcoolisées



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Interrogés sur leur opinion quant à l'augmentation du prix des boissons alcoolisées comme incitation à l'arrêt de la consommation, la majorité des usagers déclarent n'être « pas du tout d'accord » avec la proposition (68%).

Expérimentation de l'usage, précocité et durée de la consommation massive

L'expérimentation de l'alcool fait référence à la première consommation d'alcool au cours de la vie, même s'il s'agissait d'un usage ponctuel. L'entrée dans la consommation massive correspond au début de la consommation supérieure ou égale à 42 verres standards hebdomadaires.

Une expérimentation de l'alcool avant 15 ans pour plus de 1/3 des répondants

L'âge médian de la première consommation d'alcool dans la population d'étude est de 16 ans, et 35% des répondants déclarent avoir consommé de l'alcool pour la première fois avant 15 ans. L'âge d'expérimentation le

plus jeune est de 3 ans, tandis que l'expérimentation la plus tardive rapportée est à 49 ans

Un début de la consommation massive avant 18 ans pour plus de 1 personne sur 10

L'âge médian de l'entrée dans la consommation massive d'alcool supérieure ou égale à 42 verres standards par semaine est de 26 ans, et 13% de répondants déclarent avoir basculé dans ce type de consommation alors qu'ils étaient encore mineurs.

L'âge minimal de début de la consommation massive déclaré dans l'enquête est de 9 ans, l'âge maximal est de 65 ans.

Tableau 18 : Histoire de la consommation d'alcool et de tabac

En années	Moyenne [IC95]	Minimum	Médiane [Q1-Q3]	Maximum
Age de la première consommation d'alcool	15,9 [15,2 ; 16,7]	3,0	16,0 [14,0-18,0]	49,0
Age de la première cigarette	15,8 [15,0 ; 16,5]	5,0	15,0 [13,0-17,0]	50,0
Age de début de la consommation massive d'alcool	28,4 [26,8 ; 30,0]	9,0	26,0 [20,0-34,0]	65,0
Durée de la consommation massive d'alcool (en années)	18,3 [16,8 ; 19,8]	1,0	19,0 [9,0-26,0]	43,0

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

7 personnes sur 10 présentent une consommation massive depuis 10 ans ou plus

La durée médiane de la consommation massive est de 19 ans, la durée la plus courte rapportée étant d'une année et la plus longue de 43 ans (**Tableau 18**).

Parmi les usagers interrogés, 144 personnes déclarent avoir une consommation massive d'au moins 42 verres standards par semaine depuis au moins 10 ans, soit 72% de la population d'étude.

Une expérimentation de l'alcool plus précoce chez les hommes et chez les personnes célibataires

L'âge médian de la première consommation est significativement plus jeune chez les hommes (15 ans) par rapport aux femmes (16,5 ans), et chez les personnes célibataires (15 ans) par rapport à celles mariées, en concubinage ou pacsées (16 ans) (**Figure 4**).

En revanche, l'âge de la première consommation d'alcool est comparable, en présence ou en l'absence d'évènements difficiles dans l'enfance.

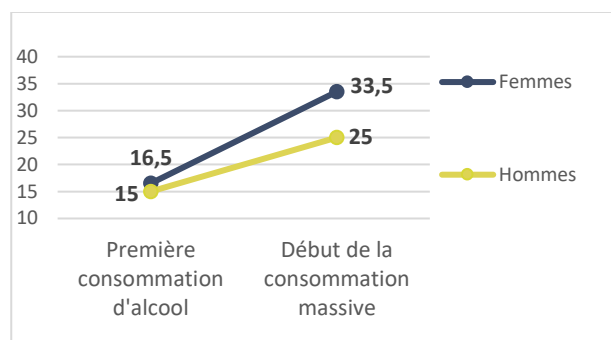
Un âge de l'expérimentation de l'alcool associé à l'âge de la première cigarette

L'âge de la première cigarette est corrélé avec l'âge de la première consommation d'alcool (coefficient de corrélation de Spearman : 0,6 ; $p < 0,0001$).

Un début de la consommation massive d'alcool plus précoce chez les hommes, les célibataires et les personnes au chômage

Comme pour l'âge de la première consommation d'alcool, l'âge médian de début de la consommation massive est significativement plus jeune chez les hommes (25 ans) que chez les femmes (33,5 ans), chez les personnes célibataires (22 ans) par rapport aux personnes en couple (30 ans), mais aussi chez les personnes au chômage (21 ans) par rapport aux autres situations professionnelles (27,5 ans pour les personnes en emploi et 30 ans pour les autres) (**Figure 4**).

Figure 4 : Age médian de la première consommation d'alcool et du début de la consommation massive d'alcool selon le sexe



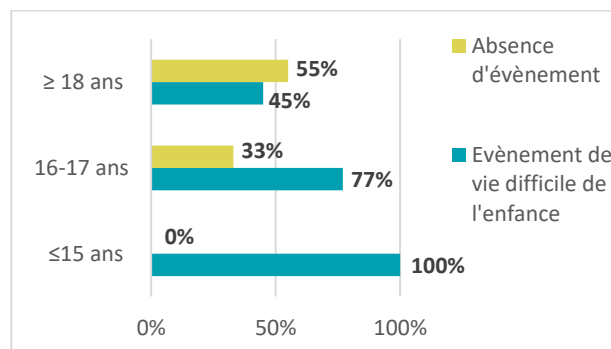
Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des situations difficiles vécues dans l'enfance/adolescence chez tous les usagers ayant débuté la consommation massive avant 16 ans

On ne retrouve pas de différence significative dans le fait d'avoir vécu ou non une situation difficile dans l'enfance entre ceux ayant débuté la consommation massive alors qu'ils étaient encore mineurs ou non, et l'âge de début de la consommation massive ne diffère pas significativement entre les répondants ayant vécu des situations difficiles dans l'enfance et ceux n'en ayant pas vécues.

En revanche, si l'on considère uniquement les usagers qui déclarent avoir commencé à consommer 6 verres ou plus par jour avant l'âge de 16 ans, on constate que tous ont vécu au moins un évènement difficile durant l'enfance (**Figure 5**).

Figure 5 : Evènement de vie difficile dans l'enfance selon l'âge de début de la consommation massive d'alcool*



* Consommation égale ou supérieure à 42 verres standards d'alcool hebdomadaire

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Un début de la consommation massive corrélé à l'âge de la première consommation d'alcool

L'âge d'entrée dans la consommation massive est corrélé positivement avec l'âge de la première consommation d'alcool (coefficient de corrélation de Spearman : 0,5 ; $p < 0,0001$).

Une durée de la consommation massive d'alcool plus importante chez les hommes, les personnes les plus âgées, les moins diplômées et les plus isolées

La durée médiane de la consommation massive est significativement plus importante chez les hommes (20 ans en médiane) que chez les femmes (9 ans en médiane), et de manière logique, elle est également plus importante chez les plus âgés. On constate que les personnes avec un niveau de diplôme inférieur au bac ont tendance à déclarer une consommation massive plus longue que ceux avec un niveau égal ou supérieur au bac (médianes respectivement de 21 ans contre 15 ans). Enfin, le fait d'être plus isolé semble associé à une consommation massive plus longue : les personnes en couple et celles vivants avec un entourage déclarent des durées de consommation massive significativement inférieures à celles des autres usagers (**Tableau 19**).

Tableau 19 : Durée médiane de la consommation massive d'alcool selon les caractéristiques socio-démographiques

	Durée de la consommation massive (médiane, en années)	p-value
Sexe		
Homme	20,0	0,0001
Femme	9,0	
Age		
<30 ans	4,5	<0,0001
30-39 ans	15,0	
40-49 ans	20,0	
50-59 ans	23,0	
≥60 ans	22,0	
Lieu de naissance		
La Réunion	20,0	0,0795
Autres	15,0	
Niveau de diplôme		
< au Bac	21,0	0,0017
Bac ou études supérieures	15,0	
Statut professionnel		
En emploi	17,0	0,4936
Chômage	19,0	
Autres	18,5	
Situation matrimoniale		
Célibataire	20,0	0,0106
Marié,e, concubinage, pacs	14,0	
Séparé,e, divorcé,e, veuf,ve	21,0	
Composition du foyer		
Entourage (famille, ami, enfant)	15,0	0,0021
Seul,e	22,0	
Situation financière		
A l'aise ou ça va	16,0	0,3566
C'est juste	20,5	
Difficile ou n'y arrive pas sans s'endetter	19,5	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des facteurs associés à une expérimentation et consommation massive d'alcool plus précoce : cumul d'évènements de vie, quantité d'alcool consommé

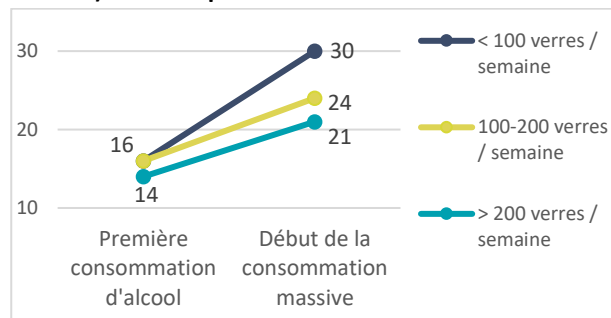
Un nombre d'évènements de vie difficiles plus important est associé de manière significative à une plus grande précocité de la première consommation d'alcool (coefficient de corrélation de Spearman : -0,18 ; $p = 0,0113$) et de la consommation massive (coefficient de corrélation de Spearman : -0,21 ; $p = 0,0025$).

En revanche, il n'y a pas de lien entre durée de la consommation massive et nombre d'évènements de vie difficiles.

De la même manière, la quantité d'alcool consommé est corrélée négativement de manière significative avec l'âge de la première consommation d'alcool (coefficient de corrélation de Spearman : -0,3 ; $p < 0,0001$) et avec l'âge de début de la consommation massive (-0,3 ; $p < 0,0001$). On ne retrouve cependant pas de lien entre quantité médiane d'alcool consommé et la durée médiane de la consommation massive.

On constate que chez ceux consommant plus de 200 verres standards d'alcool par semaine, l'âge médian d'expérimentation de l'alcool est de 14 ans (contre 16 ans chez ceux consommant moins de 200 verres standards hebdomadaires) et l'âge médian de début de la consommation massive est de 21 ans (contre 24 ans chez ceux consommant entre 100 et 200 verres, et 30 ans chez ceux consommant moins de 100 verres standards par semaine).

Figure 6 : Histoire de la consommation d'alcool (âge médian) selon la quantité d'alcool consommé



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Tableau 20 : Quantité médiane d'alcool consommé en verres standards hebdomadaire en fonction de l'histoire de la consommation

	Quantité consommée (médiane, en verres standards d'alcool)	p-value
Age de la 1ère consommation d'alcool		
<10 ans	217,0	0,0005
10-14 ans	168,0	
15-17 ans	105,0	
18-24 ans	91,0	
>25 ans	85,5	
Age du début de la consommation massive		
<18 ans	196,0	<0,0001
18-29 ans	112,0	
30-44 ans	98,0	
≥45 ans	82,0	
Durée de la consommation massive		
<5 ans	93,5	0,0766
5-9 ans	105,0	
10-19 ans	120,0	
20-29 ans	102,5	
≥30 ans	164,5	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Les résultats présentés précédemment mettent déjà en évidence la diversité des profils de consommateurs. Les usagers de rhum en boisson principale semblent se distinguer de ceux de vin par leurs caractéristiques socio-démographiques mais aussi par leurs contextes de consommation et modalités d'achat des boissons.

Afin de mieux caractériser les typologies de consommateurs, une analyse en classes latentes a permis de distinguer trois grands profils de consommateurs en fonction de leur sexe, âge, lieu de naissance, niveau de diplôme, statut professionnel, statut matrimonial, composition du foyer, situation financière, type de boisson principale, consommation ou non d'un alcool fort en boisson principale, lieu et contextes principaux de consommation, lieu d'achat principal, et filière de prise en charge lors du recrutement dans l'étude (**Annexe 5**).

Les individus appartenant à la classe 1 (32% de la population d'étude) ont une probabilité plus élevée d'être de sexe masculin que féminin, d'être âgés de 40 à 59 ans, et d'être nés à La Réunion, bien que la probabilité d'être né en France hexagonale reste non négligeable. Les personnes correspondant au profil 1 sont celles qui ont le plus de probabilité d'être diplômées du bac ou d'avoir fait des études supérieures, et il s'agit également de la classe pour laquelle la probabilité d'être inséré dans l'emploi est la plus grande. Ces consommateurs présentent une plus grande probabilité de consommer de la bière ou du vin plutôt que de l'alcool fort, et sont également plus susceptibles de consommer en intérieur et de manière solitaire. Les individus de cette classe font également plus fréquemment leur achat d'alcool en supermarché plutôt qu'en boutique de proximité. Par ailleurs, c'est le profil pour lequel la probabilité d'être pris en charge dans une filière médico-sociale est la plus importante.

Les consommateurs faisant partie de la classe 2 (29% de la population d'étude) ont une très forte probabilité d'être des hommes d'origine réunionnaise, et une

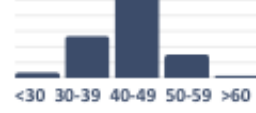
probabilité importante d'être âgés de 40 et 49 ans. Il s'agit de la classe la plus précaire : les probabilités d'avoir un niveau de diplôme inférieur au bac, d'être au chômage et dans une situation financière dégradée sont plus élevées que pour les deux autres classes. Les usagers de la classe 2 ont une plus grande probabilité de consommer du rhum par rapport aux autres types d'alcool, et sont plus susceptibles de consommer en extérieur et en collectivité. Il est également plus probable que les achats d'alcool soient effectués en boutique de proximité pour les individus présentant ce profil.

Enfin, les usagers appartenant à la classe 3 (39% de la population d'étude) ont une probabilité plus élevée d'être de sexe masculin que féminin, et d'être nés à La Réunion. Ils sont également davantage susceptibles d'être plus âgés que les consommateurs des deux autres classes. Les personnes correspondant à ce profil ont une probabilité plus importante d'être dans une situation financière favorable par rapport aux usagers des classes 1 et 2, mais sont aussi plus enclins à connaître un isolement. Ces consommateurs présentent une plus grande probabilité de consommer des alcools forts, et ont également plus de chance de privilégier une consommation en intérieur, de manière solitaire. Par ailleurs, les individus de cette classe ont une plus grande probabilité de faire leur achat d'alcool en supermarché plutôt qu'en boutique de proximité (**Figure 7**).

Ni le fait d'avoir vécu ou non au moins un événement difficile au cours de la vie, à l'âge adulte comme dans l'enfance, ni le cumul de ces événements ne sont associés de manière significative à l'appartenance à l'une des trois classes.

En considérant chaque événement individuellement, on ne constate aucune différence, hormis pour les problèmes judiciaires et les peines de prison qui étaient associés à une probabilité plus importante d'appartenir au profil n°3.

Figure 7 : Probabilités conditionnelles des caractéristiques socio-démographiques et des modes de consommation par classe latente (profil de consommateur)

	Profil 1 (32%)	Profil 2 (29%)	Profil 3 (39%)
 Sexe	 74%  26% 	 100%	 83%  17% 
 Age	 <30 30-39 40-49 50-59 >60	 <30 30-39 40-49 50-59 >60	 <30 30-39 40-49 50-59 >60
 Lieu de naissance	 59%  41% 	 92%  8% 	 79%  21% 
 Niveau de diplôme	57% Bac ou études supérieures  43% Inférieur au Bac	16% Bac ou études supérieures  84% Inférieur au Bac	55% Bac ou études supérieures  45% Inférieur au Bac
 Situation professionnelle	 En emploi 38%  Chômage 44%  Autres inactifs 17%	 En emploi 11%  Chômage 76%  Autres inactifs 13%	 En emploi 27%  Chômage 45%  Autres inactifs 28%
 Statut matrimonial	 En couple 33%  Célibataire 35%  Autres 32%	 En couple 18%  Célibataire 55%  Autres 27%	 En couple 37%  Célibataire 39%  Autres 24%
 Situation financière	€€ Variable	€ Majoritairement difficile ou dettes	€€€ Situation plus favorable
 Boisson principale	 Bière  Vin	 Rhum  Autres alcools forts	 Rhum  Autres alcools forts
 Lieu de consommation principal	 Intérieur 82%  18%  Extérieur	 Intérieur 24%  76%  Extérieur	 Intérieur 100%
 Contexte de consommation principal	 Solitaire 93%  7%  En collectivité	 Solitaire 28%  72%  En collectivité	 Solitaire 100%
 Lieu d'achat principal	 Majoritairement en supermarché	 Majoritairement en boutique de proximité	 Majoritairement en supermarché
 Filière de prise en charge	 61% Hospitalier  39% Médico-social	 76% Hospitalier  24% Médico-social	 84% Hospitalier  16% Médico-social

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Santé des consommateurs



Trouble lié à l'usage d'alcool

Le trouble lié à l'usage de l'alcool (TUA) est défini, selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), par la présence d'au moins 2 critères au cours d'une période de 12 mois sur les 11 proposés (**Annexe 6**). Le degré de sévérité du trouble est déterminé par le nombre de critères présenté par l'usager : léger si 2 à 3, modéré si 4 à 5, sévère pour 6 critères ou plus.

Près de 9 personnes sur 10 avec un trouble de l'usage d'alcool sévère

Le degré de sévérité du trouble lié à l'usage d'alcool est déterminé par le nombre de critères présenté par l'usager. Il y a 172 personnes, soit 86% de la population d'étude, qui remplissent 6 critères ou plus d'évaluation

du trouble de l'usage, ce qui correspond à un trouble de l'usage sévère. Entre autres, 74% des personnes interrogées rapportent un craving, 73% une tolérance et 79% des symptômes de sevrage en cas de diminution ou d'arrêt.

Les personnes qui consomment de l'alcool fort en tant que boisson principale ont davantage tendance à rapporter une diminution des activités importantes (loisir, travail, etc.) à cause de la consommation (78% d'entre eux, contre 64% de ceux ne consommant pas d'alcool fort en boisson principale), à continuer de boire malgré des conséquences médicales récurrentes (76% contre 60%), et à consommer pour soulager ou éviter des symptômes de manque (73% contre 53%).

Tableau 21 : Fréquences des critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

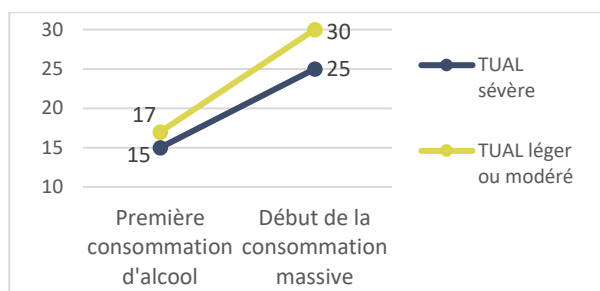
	n	%	IC 95
1. Vous consommez plus ou plus fréquemment (sur de plus longues périodes) que prévu (augmentation des quantités et des périodes de consommation)	152	76,0	[69,5 ; 81,7]
2. Vous n'arrivez pas à arrêter ou réduire durablement votre consommation	163	81,5	[75,4 ; 86,6]
3. Vous passez beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool	143	71,5	[65,1 ; 78,0]
4. Vous consommez car vous avez une envie irrésistible de consommer de l'alcool alors que vous ne le voulez pas à ce moment-là (une envie incontrôlable, un fort désir de boire de l'alcool)	148	74,0	[67,3 ; 79,9]
5. Vous n'arrivez pas à assumer vos obligations majeures (au travail, à la maison, etc.) en raison de votre consommation d'alcool	104	52,0	[44,8 ; 59,1]
6. Vous continuez de boire malgré les conséquences sociales récurrentes ou persistantes causées par votre consommation d'alcool	172	86,0	[80,4 ; 90,5]
7. Vous avez arrêté ou diminué des activités importantes (travail, loisirs, ...) en raison de votre consommation	145	72,5	[65,8 ; 78,6]
8. Vous continuez de boire même dans des situations de mise en danger physique	145	72,5	[65,8 ; 78,6]
9. Vous continuez de boire malgré les conséquences médicales récurrentes ou persistantes causées par votre consommation d'alcool	139	69,5	[62,6 ; 75,8]
10a. Vous avez besoin de quantités nettement plus grandes d'alcool pour obtenir l'effet désiré.	125	62,5	[56,0 ; 69,9]
10b. Vous avez un effet nettement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité d'alcool.	133	66,5	[59,5 ; 73,0]
11a. Vous avez des symptômes de sevrage caractéristiques en cas d'arrêt (crise d'épilepsie, tendance dépressive, agitation, nervosité, anxiété majeure, tremblements importants, hypersudation, troubles du comportements, vomissements / diarrhées)	150	75,0	[68,4 ; 80,8]
11b. Vous consommez de l'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage	132	66,0	[59,0 ; 72,5]

Une sévérité du trouble associée à la quantité consommée, aux précocités de la première consommation et de la consommation massive

Le fait de présenter un trouble de l'usage sévère est associé de manière significative à une plus grande quantité d'alcool consommée : les personnes avec un trouble sévère consomment 136,5 verres standards médian hebdomadaires, contre 80 verres standards pour ceux avec un trouble léger ou modéré (**Tableau 25**).

La sévérité du trouble de l'usage est également associée à une première consommation d'alcool plus précoce (15 ans en médiane en cas de trouble sévère contre 17 ans chez les autres) et à une entrée dans la consommation massive plus précoce (25 ans contre 30 ans).

Figure 8 : Age médian de la première consommation d'alcool et du début de la consommation massive d'alcool en fonction de la sévérité du trouble de l'usage



Trouble de l'usage d'alcool sévère si au moins 6 critères DSM-V, léger ou modéré si entre 2 et 5 critères.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

De lourdes conséquences sanitaires et sociales liées au trouble de l'usage d'alcool

La moitié des usagers (51%) déclarent s'être déjà battus à cause de leur consommation d'alcool, de manière répétée pour 40% d'entre eux. La prévalence est significativement plus importante chez les hommes (55% d'entre eux contre 30% des femmes).

50% des personnes déclarent avoir déjà eu des problèmes avec les forces de l'ordre du fait de leur trouble de l'usage, à plusieurs reprises pour 32%. Là encore, ces conséquences sont significativement plus fréquemment rapportées par les hommes (55% d'entre eux) que par les femmes (23%).

Par ailleurs, 48% des répondants ont déjà subi un accident à cause de leur consommation d'alcool, qu'il s'agisse d'un accident domestique, lors de la pratique d'un sport ou dans le milieu professionnel, sans différence notable entre les sexes.

79% des personnes interrogées rapportent avoir déjà conduit sous l'emprise d'alcool et 32% ont déjà été impliquées dans un accident routier à cette occasion. Les hommes sont significativement plus concernés que les femmes, avec 85% d'entre eux ayant déjà conduit en état d'ébriété contre 50% des femmes, et 36% ayant été impliqués dans un accident routier, contre seulement 12% des femmes (**Tableaux 22 et 23**).

En revanche, la survenue de ces problématiques socio-judiciaires ne semble pas dépendre du type de boisson consommée, les fréquences déclarées sont comparables qu'il s'agisse d'alcool fort ou non.

6 personnes sur 10 avaient déjà été hospitalisées pour un problème en lien avec leur consommation d'alcool

La majorité des répondants (61%) rapporte avoir déjà été hospitalisée au moins une fois pour une intoxication sévère, un accident ou une blessure liée à l'alcool, et cette proportion est significativement plus élevée chez ceux qui présentent un trouble de l'usage sévère par rapport aux autres (63% contre 36%), ainsi que chez ceux qui consomment de l'alcool fort en boisson principale (68% contre 47%) (**Tableau 22**).

Si l'on ne retrouve pas de différence entre les sexes dans la prévalence des hospitalisations pour intoxication alcoolique sévère, on constate que les hospitalisations pour accident ou blessure liées à l'alcool sont significativement plus fréquentes chez les hommes (43% d'entre eux) que chez les femmes (18%) (**Tableau 23**).

Des violences sexuelles plus fréquentes chez les femmes

Enfin, 34% des répondants indiquent avoir déjà eu des relations sexuelles à risque du fait de leur consommation d'alcool, de manière répétée pour 29%, sans différence significative entre les sexes.

S'ajoutent également 6% des personnes interrogées qui rapportent des rapports sexuels non consentis, et la prévalence est significativement plus élevée chez les femmes, puisque cela concerne 21% d'entre elles contre seulement 2% des hommes. Par ailleurs, le fait de consommer de l'alcool fort en boisson principale est associé au fait d'avoir subi un rapport sexuel non consenti au moins une fois dans la vie (**Tableaux 22 et 23**).

Tableau 22 : Fréquences des évènements causés par la consommation d'alcool

	Jamais		Une fois		Plusieurs fois	
	n	%	n	%	n	%
Graves disputes ou conflits	35	17,5	25	12,5	139	69,5
Conduite d'un véhicule motorisé sous l'emprise d'alcool	41	20,5	23	11,5	135	67,5
Blessure accidentelle à soi-même ou autrui	74	37,0	37	18,5	89	44,5
Problème avec les forces de l'ordre	97	48,5	37	18,5	63	31,5
Implication dans une bagarre	99	49,5	22	11,0	79	39,5
Accident (domestique, sportif, professionnel)	104	52,0	44	22,0	52	26,0
Hospitalisation en lien avec l'alcool	79	39,5	31	15,5	90	45,0
<i>Hospitalisation pour intoxication sévère</i>	105	52,5	29	14,5	66	33,0
<i>Hospitalisation pour accident ou blessure causée par l'alcool</i>	122	61,0	39	19,5	38	19,0
Relation sexuelle à risque	131	65,5	10	5,0	58	29,0
Implication dans un accident routier en étant conducteur	137	68,5	38	19,0	25	12,5
Blessure volontaire à soi-même	138	69,0	16	8,0	43	21,5
Rapport sexuel non consenti	187	93,5	7	3,5	< 5	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Tableau 23 : Fréquences des évènements causés par la consommation d'alcool selon le sexe

Au cours de la vie, sous l'emprise d'alcool :	Homme (n = 166)		Femme (n = 34)		p-value
	%	IC95	%	IC95	
Implication dans une bagarre	54,8	[47,2 ; 62,4]	29,4	[14,1 ; 44,7]	0,012
Blessure accidentelle à soi-même ou à autrui	64,5	[57,2 ; 71,7]	55,9	[39,2 ; 72,6]	0,4541
Accident (domestique, sportif, professionnel)	48,8	[41,2 ; 56,4]	44,1	[27,4 ; 60,8]	0,7573
Graves disputes ou conflits	83,7	[78,1 ; 89,3]	73,5	[58,7 ; 88,4]	0,3959
Problème avec les forces de l'ordre	55,4	[47,9 ; 63]	23,5	[9,3 ; 37,8]	0,001
Hospitalisation pour intoxication sévère	50,0	[42,4 ; 57,6]	35,3	[19,2 ; 51,4]	0,1689
Hospitalisations pour accident ou blessure causé par l'alcool	42,8	[35,2 ; 50,3]	17,6	[4,8 ; 30,5]	0,0101
Relation sexuelle à risque	36,7	[29,4 ; 44,1]	20,6	[7,0 ; 34,2]	0,102
Rapport sexuel non consenti	2,4	[0,1 ; 4,7]	20,6	[7,0 ; 34,2]	0,0004*
Blessure volontaire à soi-même	31,3	[24,3 ; 38,4]	20,6	[7,0 ; 34,2]	0,2695
Conduite d'un véhicule motorisé sous l'emprise d'alcool	84,9	[79,5 ; 90,4]	50,0	[33,2 ; 66,8]	<0,0001
Implication dans un accident routier en étant conducteur	35,5	[28,3 ; 42,8]	11,8	[0,9 ; 22,6]	0,0118

* Test de Fisher

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Les données sur les parcours de soins addictologiques permettent, outre le recueil de la durée depuis le début de ce parcours et les tentatives de sevrages antérieurs, la distinction entre filière hospitalière (CHU, clinique Eucalyptus, clinique Robert Debré, GHER) et filière médico-sociale (CSAPA portés par l'Association Addiction France et le Réseau Oté !).

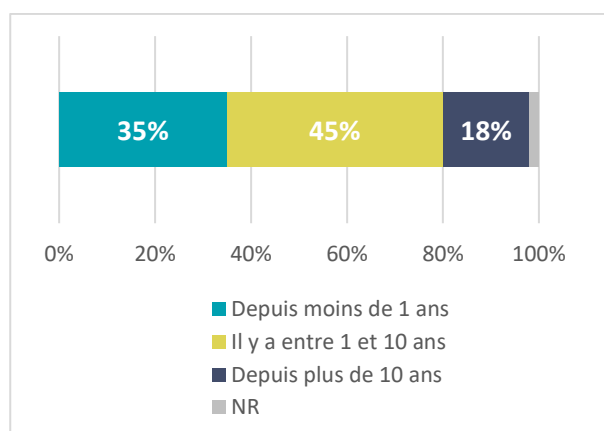
Plus d'un patient sur 4 bénéficie d'un suivi addictologique dans plusieurs structures à la fois

Parmi les répondants, 53 ont été recrutés dans des structures médico-sociales (27%) et 147 dans des structures hospitalières (74%). Plus d'un patient sur 4 (29%) est suivi dans au moins deux structures de soins addictologiques en même temps.

Le délai depuis l'entrée dans une première démarche de soins addictologiques est inférieur à 1 an pour 39%, entre 1 et 5 ans pour 27%, entre 5 et 10 ans pour 20%, et supérieure à 10 ans pour 14%.

Si l'on s'intéresse uniquement aux patients présentant une consommation massive depuis plus de 10 ans (142 personnes, 71% de la population d'étude), on constate qu'il s'agit principalement d'hommes (9 hommes pour 1 femme), âgés de 50 ans en moyenne. 35% d'entre eux sont entrés pour la première fois dans une démarche de soins addictologiques depuis moins de 1 an, contre 18% depuis plus de 10 ans.

Figure 9 : Délai depuis l'entrée dans une démarche de soins addictologiques (parmi ceux avec une consommation massive > 10 ans)



Les pourcentages sont calculés sur l'effectif d'usagers présentant une consommation massive supérieure ou égale à 42 verres standards hebdomadaires depuis plus de 10 ans (n = 142).

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

L'entrée plus tardive dans un parcours de soins (consommation massive depuis plus de 10 ans et entrée dans le soin depuis moins de 1 an) est associée de manière significative au fait d'être né ailleurs qu'à La Réunion. Les personnes non réunionnaises représentent 31% de ceux ayant débuté leur parcours moins d'un an plus tôt (en dépit d'une consommation massive depuis plus de 10 ans), contre seulement 4% de ceux ayant initié une démarche de soin depuis plus de 10 ans. En dehors du lieu de naissance, les profils socio-démographiques ne diffèrent pas de manière significative.

Près de 9 personnes sur 10 dans une démarche de sevrage au moment de l'enquête

65% des patients indiquent avoir déjà fait des tentatives de sevrages antérieures, la médiane du nombre de tentatives étant égale à 3, et 86% des répondants se disent dans une démarche de sevrage au moment de l'enquête.

Ce dernier élément est associé de manière significative avec le type de structures de soins addictologiques ayant effectué le recrutement : 97% des répondants des structures hospitalières disent être dans une démarche de sevrage au moment de l'enquête, contre seulement 53% des personnes prises en charge en structure médico-sociale.

Pour 9 personnes interrogées sur 10, l'amélioration de la santé est l'une des principales motivations à l'arrêt de la consommation

Les principales raisons invoquées comme motivation à la prise en charge addictologique et à l'arrêt de la consommation sont la santé pour 90%, l'entourage et la famille pour 76%, ainsi que le budget pour 50%.

Des quantités d'alcool consommées plus importantes chez les usagers des structures hospitalières

Si l'on compare les profils des patients inclus dans des structures médico-sociales par rapport aux structures hospitalières, on ne retrouve pas de différence significative en termes de caractéristiques socio-démographiques à l'exception d'une prévalence plus importante des personnes nées à La Réunion dans les filières hospitalières par rapport aux structures médico-sociales.

On constate en revanche une différence significative dans la quantité d'alcool consommée entre les deux types de structures : les usagers des structures médico-sociales consomment moins (médiane à 90 verres standards / semaine) que ceux des structures hospitalières (140 verres standards / semaine). De la même manière, on remarque que les troubles de l'usage d'alcool sévères sont plus fréquents en structure hospitalière que médico-sociale (**Tableau 24**).

Des tentatives de sevrage antérieures plus nombreuses chez les usagers recrutés en structures hospitalières, chez les hommes et les personnes les plus isolées

Les personnes prises en charge en structures hospitalières déclarent significativement plus d'antécédents de tentative de sevrage que les usagers

des filières médico-sociales (médiane respectivement de 3 contre 2) (**Tableau 24**).

De plus, les tentatives de sevrage antérieures sont significativement plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes (respectivement 3 tentatives antérieures contre 2), chez les personnes qui ne sont pas en couple (3 tentatives contre 1 seule chez les personnes mariées), chez les personnes vivant seules (3 tentatives contre 2 chez ceux vivant avec un entourage).

Par ailleurs, les personnes déclarant davantage de tentatives de sevrages antérieures sont plus fréquemment suivies dans plusieurs structures addictologiques à la fois (4 sevrages antérieurs en médiane, contre 2 chez ceux pris en charge dans une seule structure).

Tableau 24 : Profils des usagers selon le recrutement en structure hospitalière ou médico-sociale

	Médico-social (n = 53)		Hospitalier (n = 147)		p-value
	%	IC95	%	IC95	
Sexe					
Homme	75,5%	[63,9 ; 87,1]	85,7	[80,1 ; 91,4]	0,1366
Femme	24,5%	[12,9 ; 36,1]	14,3	[8,6 ; 19,9]	
Age					
< 30 ans	5,7	[0,0 ; 11,9]	2	[0,0 ; 4,3]	0,5317*
30-39 ans	18,9	[8,3 ; 29,4]	21,8	[15,1 ; 28,4]	
40-49 ans	41,5	[28,2 ; 54,8]	39,5	[31,6 ; 47,4]	
50-59 ans	20,8	[9,8 ; 31,7]	27,2	[20 ; 34,4]	
≥ 60 ans	13,2	[4,1 ; 22,3]	9,5	[4,8 ; 14,3]	
Lieu de naissance					
La Réunion	58,5	[45,2 ; 71,8]	77,6	[70,8 ; 84,3]	0,013
Autres	41,5	[28,2 ; 54,8]	22,4	[15,7 ; 29,2]	
Quantité d'alcool consommé (en nombre de verres standards par semaine, médiane)	90		140		0,0003
Sévérité du TUA					
Léger ou modéré	26,4	[14,5 ; 38,3]	7,5	[3,2 ; 11,7]	0,0008
Sévère	71,7	[59,6 ; 83,8]	91,2	[86,6 ; 95,7]	
Tentative de sevrage antérieures					
Non	50,9	[37,5 ; 64,4]	29,9	[22,5 ; 37,3]	0,0101
Oui	49,1	[35,6 ; 62,5]	70,1	[62,7 ; 77,5]	
Sevrage actuel (au moment de l'enquête)					
Non	47,2	[33,7 ; 60,6]	2,0	[0,0 ; 4,3]	<0,0001
Oui	52,8	[39,4 ; 66,3]	97,3	[94,6 ; 99,9]	

*Test de Fisher

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des quantités d'alcool consommé et une durée de la consommation massive plus importantes chez ceux ayant des antécédents de tentative de sevrage

Enfin, les usagers ayant des antécédents de tentatives de sevrage ont tendance à consommer des quantités d'alcool plus importantes (médiane à 140 verres

standards / semaine) que ceux n'ayant pas fait de tentative antérieure (93,5 verres standards médians / semaine). De la même manière, la durée médiane de la consommation massive est plus importante chez ceux ayant fait des tentatives de sevrage antérieures (20 ans en médiane contre 15 ans chez les autres).

Tableau 25 : Quantité médiane d'alcool consommé et durée médiane de la consommation en fonction de la sévérité du trouble de l'usage et des sevrages antérieurs

	Quantité consommée (médiane, en verres standards d'alcool)	p-value	Durée de la consommation massive (médiane, en années)	p-value
Sévérité du TUA				
Léger ou modéré	80,0		18	
Sévère	136,5	0,0001	19	0,7126
Tentatives de sevrage antérieures				
Non	93,5		15	
Oui	140,0	0,0017	20	0,0045

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Perception de la santé globale et de la santé mentale

En examinant la perception de la vie actuelle et de la vie dans 5 ans, sur une échelle de 0 à 10, les médianes sont respectivement de 5 et de 8.

On constate que 17 personnes (9%) répondent « Ne sait pas » quand elles sont interrogées sur leur perception de leur vie dans 5 ans, contre seulement 1% pour la perception de la vie actuelle, principalement des hommes (16 hommes, contre seulement une femme).

Une perception de la vie dans 5 ans moins bonne chez ceux ayant fait des tentatives de sevrages antérieurs

Si la perception de la vie actuelle ne varie pas significativement selon l'existence d'antécédents de tentative de sevrage, on retrouve une différence significative dans la perception de la vie à 5 ans : les personnes ayant déjà fait des tentatives de sevrages antérieurs ont tendance à avoir une perception de leur vie dans 5 ans moins bonne que ceux n'ayant jamais tenté de sevrage (8/10 contre 9/10 en médiane).

En revanche, le fait d'avoir stoppé sa consommation au moment de l'enquête (et d'être dans une démarche de sevrage à ce moment) n'a aucune incidence sur ce paramètre dans la population interrogée.

Près de 2 personnes sur 10 perçoivent leur état de santé global comme mauvais ou très mauvais

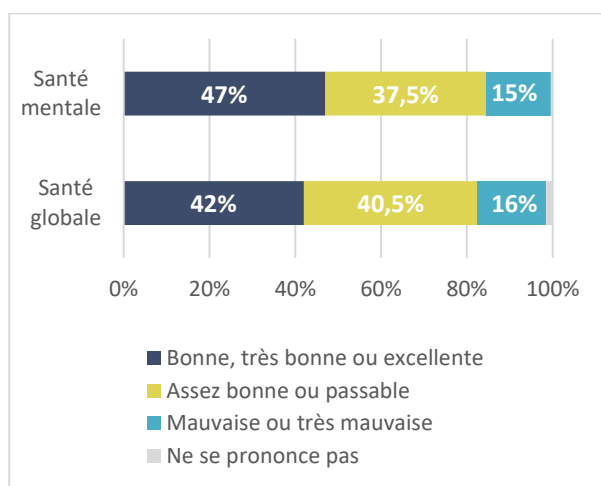
L'état de santé global perçu est bon ou très bon pour 42%, assez bon pour 41%, mauvais ou très mauvais pour 16%. On constate que chez ceux avec un état de santé bon ou très bon, la médiane de perception de la vie actuelle et de la vie dans 5 ans (respectivement 6/10 et 9/10) est statistiquement meilleure que chez ceux avec un état de santé perçu comme assez bon, mauvais ou très mauvais (respectivement 5/10 et 8/10).

Plus de 1 personne sur 10 perçoit sa santé mentale comme mauvaise

L'état de santé mentale perçu est excellent, bon ou très bon pour 47%, passable pour 38%, et mauvais pour 15%. Par ailleurs, 135 répondants (68%) ont déjà consulté un professionnel pour la santé mentale.

On observe un gradient de la notation attribuée à la vie actuelle en fonction de la santé mentale perçue : la médiane de perception de la vie actuelle est de 4/10 chez ceux avec une santé mentale perçue comme mauvaise, de 5/10 chez ceux avec une santé mentale jugée passable, et atteint 6/10 pour ceux avec une santé mentale perçue comme bonne, très bonne ou excellente.

Figure 10 : Perception de l'état de santé global et de l'état de santé mentale



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Par ailleurs, la santé mentale perçue est significativement plus souvent déclarée comme mauvaise par ceux qui sont encore dans une consommation supérieure ou égale à 42 verres / semaine (22% d'entre eux) par rapport à ceux qui ont déjà réduit ou stoppé leur consommation (seulement 5% perçoivent leur état de santé mentale comme mauvais).

Une maladie ou un problème de santé chronique déclaré par la moitié des répondants

Parmi les répondants, 101 personnes (51%) déclarent une maladie ou un problème de santé chronique (hors trouble de l'usage d'alcool) et 44% rapportent une limitation dans les activités de la vie quotidienne depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé.

Santé connue par les professionnels de santé

Concernant la santé connue par les professionnels de santé, à travers les diagnostics renseignés dans le dossier médical, on constate une fréquence importante des comorbidités dans la population d'étude.

Ainsi, la médiane du nombre de comorbidités renseignées dans le dossier médical des patients est de 3, sans différence significative liée au sexe, à l'âge, à l'histoire de la consommation.

On ne retrouve pas non plus de différence dans le nombre médian de comorbidités mentionnées dans le dossier médical selon la quantité médiane d'alcool consommé, la durée médiane de la consommation massive ou le fait de consommer de l'alcool fort ou non (**Tableau 26**).

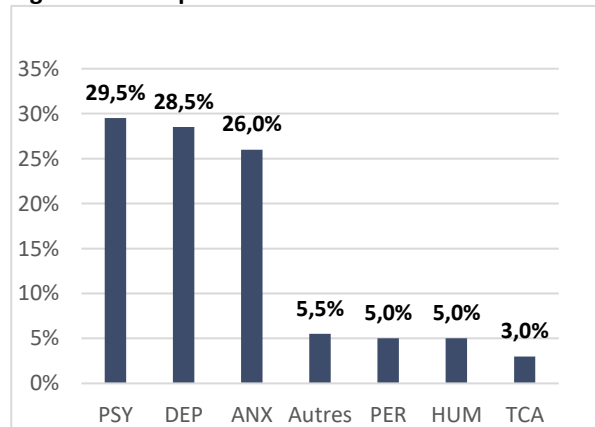
Une personne sur 2 avec un trouble de la santé mentale mentionné dans le dossier médical

On constate une forte prévalence des troubles de la santé mentale, puisqu'ils concernent la moitié des répondants (50%).

Les troubles psychotiques et délirants, dont la schizophrénie, et les états dépressifs concernent chacun

un tiers des personnes interrogées (respectivement 30% et 29%), tandis que des troubles anxieux sont diagnostiqués chez plus d'un quart (26%).

Figure 11 : Fréquence des troubles de la santé mentale



PSY : Troubles psychotiques et délirants, DEP : Etats dépressifs, ANX : Troubles anxieux, HUM : Troubles de l'humeur, TCA : Troubles des conduites alimentaires, PER : Troubles de la personnalité et assimilés.
Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

L'existence de troubles psychiatriques n'est pas associée dans la population d'étude à la quantité d'alcool consommé ou à la durée de la consommation massive.

Tableau 26 : Quantité médiane d'alcool consommé et durée médiane de la consommation en fonction des comorbidités associées

	Quantité consommée (médiane, en verres standards d'alcool)	p-value	Durée de la consommation massive (médiane, en années)	p-value
Nombre de comorbidités connues des professionnels de santé				
0	85,5	0,1159	22	0,2477
1-5	120,0		19	
>5	119,0		17	
Troubles psychiatriques connus des professionnels de santé				
Non	105,0	0,3519	20	0,0584
Oui	120,0		16	
Antécédents d'accident de sevrage connus des professionnels de santé				
Non	105,0	0,0473	18	0,0604
Oui	147,0		21	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Plus de 1 personne sur 4 présente un trouble neurologique ou cognitif

Les comorbidités neurologiques sont fréquentes, concernant plus d'un quart de la population (28%). On retrouve des troubles de la mémoire pour 15% des patients, des troubles cognitifs avec des difficultés à réfléchir et à se concentrer pour 15% également, des troubles de l'équilibre chez 4% et des troubles sensitifs chez 3%. On ne retrouve pas d'association entre ces troubles et la consommation d'un alcool fort en boisson principale.

Par ailleurs, il est fait mention d'accident de sevrage dans le dossier médical de 24% des patients, avec des crises convulsives pour 14% et un antécédent de délirium tremens pour 12%.

Les usagers ayant déjà connu un accident de sevrage ont tendance à déclarer des quantités d'alcool consommé plus importantes (147 verres standards hebdomadaires en médiane, contre 105 verres standards par semaine pour les autres).

De nombreuses comorbidités sur le plan hépatique, cardiovasculaire, respiratoire, etc.

La consommation d'alcool entraîne des conséquences sur le plan hépatique, avec une stéatose ou une hépatite alcoolique pour 16% des patients, et une cirrhose pour 5%. Ces problématiques sont significativement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (35% des femmes contre 16% des hommes).

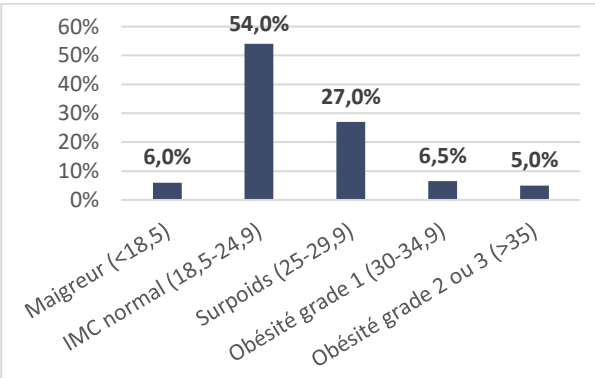
De plus, on retrouve une notion de pancréatite dans le dossier médical pour 9% des personnes interrogées. Sur le plan cardiovasculaire, 16% des patients présentent une hypertension, et 4% un trouble du rythme cardiaque. Au niveau du système respiratoire, on retrouve un asthme chez 12% des patients.

Près de 1 personne sur 3 en surpoids ou en obésité

Le diabète concerne 7% des personnes. Des carences sont retrouvées chez 13% des patients, et 4% présentent une véritable dénutrition. Des troubles de l'appétit sont mentionnés dans le dossier médical de 13% des répondants.

L'IMC moyen de la population incluse dans l'étude est de 24,5, mais 6% des personnes sont en situation de maigreur, plus d'un quart en surpoids (27%) et 12% en situation d'obésité.

Figure 12 : Répartition des répondants selon l'indice de masse corporelle



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Des pathologies psychiatriques globalement bien identifiées par les patients à l'exception des troubles anxieux qui restent sous-déclarés

41% des patients déclarent avoir un trouble mental et 50% rapportent avoir un suivi en cours par un professionnel (12% en CMP, 16% par un psychiatre, 35% par un psychologue, 8% par un autre biais).

En comparant la santé mentale déclarée par les patients avec les informations reportées dans le dossier médical, on ne retrouve pas de différence significative sur la prévalence des différentes pathologies, à l'exception des troubles anxieux qui sont sous-déclarés par les patients (19% contre 26% des patients concernés en réalité d'après le dossier médical).

Une méconnaissance de certaines pathologies et comorbidités par les patients

Des différences significatives sont également observées pour les pathologies digestives, avec des stéatoses ou hépatites alcooliques très peu déclarées par les patients (déclarées par 3% contre 16% des patients concernés d'après le dossier médical).

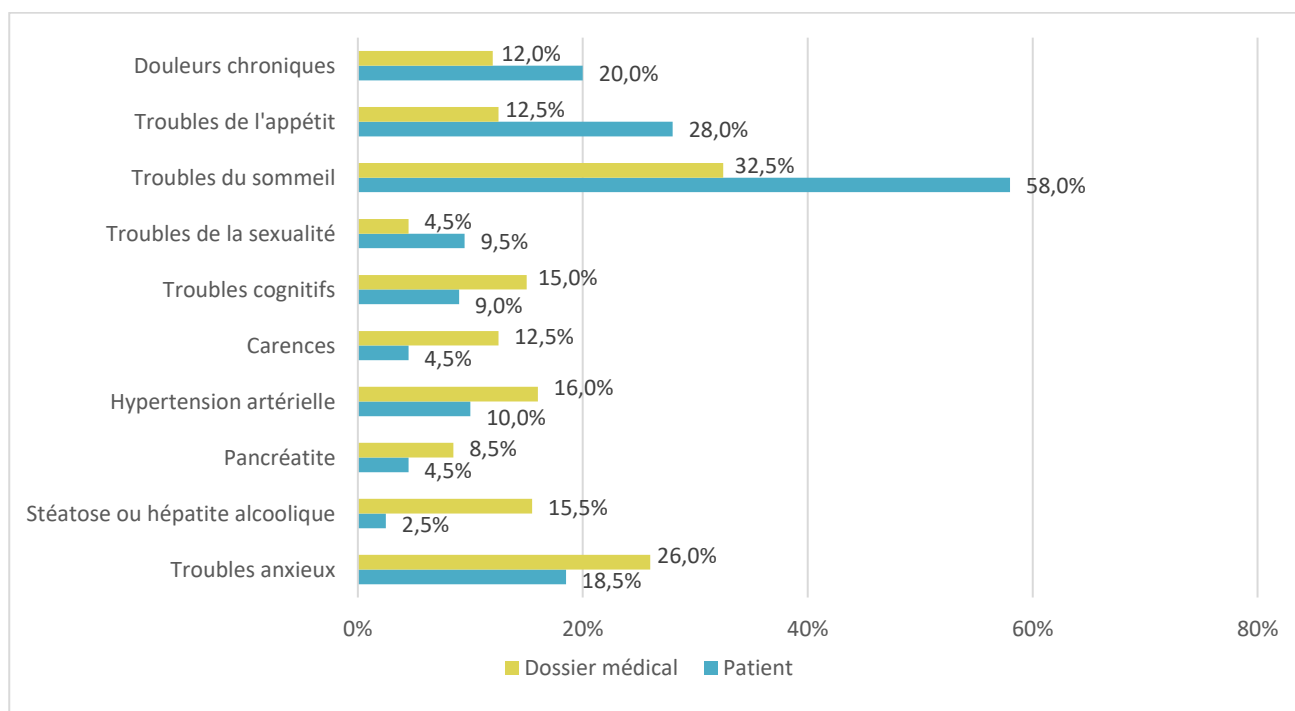
On observe le même phénomène pour les pancréatites (5% déclarées contre 9% diagnostiquées), mais aussi sur le plan cardiovasculaire avec l'hypertension artérielle (10% déclarées contre 16% diagnostiquées), sur le plan nutritionnel avec les carences (5% déclarées contre 13% diagnostiquées) et sur le plan neurologique avec les troubles cognitifs (déclarés par 9% des patients et présents dans le dossier médical pour 15%).

Et des problématiques moins fréquemment repérées par les professionnels de santé

Enfin, il est intéressant de constater que de manière inverse, certains troubles sont déclarés par les patients, mais ne figurent pas dans le dossier médical ou ne sont pas connus des professionnels de santé.

Ainsi, on retrouve une différence significative pour les troubles de la sexualité, déclarés par 10% des patients et retrouvés dans le dossier médical pour seulement 5%, pour les troubles du sommeil (déclarés par 58%, diagnostiqués pour 33%), les troubles de l'appétit (déclarés par 28%, diagnostiqués pour 13%), et les douleurs chroniques (déclarées par 20%, diagnostiquées pour 12%).

Figure 13 : Santé déclarée par les patients et santé connue par les professionnels de santé



Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Facteurs associés à la quantité d'alcool consommée

Un modèle de régression linéaire a été élaboré afin d'identifier les facteurs associés à la quantité d'alcool consommée au sein de la population d'étude.

Les variables retenues dans le modèle final sont le sexe, l'âge, la composition du foyer, la précocité de la première consommation et de la consommation massive d'alcool, la consommation d'alcool fort en boisson principale, les antécédents de sevrage, le nombre d'évènements de vie difficiles, la sévérité du trouble de l'usage et la consommation de substances autres que le tabac, le vapotage ou la chicha (**Tableau 27**).

Les analyses confirment l'association de certains facteurs avec une plus grande quantité d'alcool consommé, même après ajustement pour les autres variables du modèle :

- La précocité de la première consommation d'alcool
- La consommation d'alcool fort en boisson principale
- Les tentatives de sevrage antérieures
- L'accumulation des événements de vie difficile

Tableau 27 : Corrélation des variables avec la quantité médiane d'alcool consommée

Variables explicatives incluses dans le modèle	Coefficient de Pearson	p-value
Sexe		
Homme	ref	
Femme	-0,057	0,6564
Composition du foyer		
Entourage	ref	
Seul.e	0,083	0,3889
Situation financière		
A l'aise ou ça va	ref	
C'est juste	-0,170	0,1615
Difficile ou n'y arrive pas sans s'endetter	-0,023	0,8279
Age	-0,015	0,0624
Age de la 1ère consommation d'alcool	-0,063	0,0097
Age du début de la consommation massive	-0,021	0,0506
Alcool fort en boisson principal	0,245	0,0112
Tentative de sevrage antérieurs	0,203	0,0405
Cumul d'évènements de vie difficile	0,029	0,0129
Trouble de l'usage sévère	0,204	0,1474
Polyconsommation¹	-0,833	0,0743
Age de la 1ère consommation d'alcool * Age du début de la consommation massive	0,001	0,0550
Polyconsommation * Age	0,019	0,0510

Le coefficient de Pearson indique la force et la direction de la relation entre la variable et la quantité d'alcool consommé. Un coefficient positif montre une corrélation directe, un coefficient négatif révèle une corrélation inverse. Un coefficient proche de 1 ou -1 indique une forte corrélation.

Les deux dernières lignes correspondent aux termes d'interaction introduits et laissés dans le modèle car à la limite du seuil de significativité : interaction entre les âges d'expérimentation et de début de consommation massive, et interaction entre polyconsommation et âge.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

¹ Polyconsommation définie dans le modèle comme la consommation d'une substance autre que le tabac (cigarette ou chicha) ou le vapotage, de manière au moins occasionnelle (au moins une fois au cours de l'année).

Discussion

Des vulnérabilités sur le plan socio-démographique et économique

La population d'étude est caractérisée par une nette prédominance masculine, avec un sex ratio H/F équivalent à 5, une part non négligeable de moins de 40 ans (près d'un quart des participants), et une forte proportion de personnes célibataires ou divorcées/séparées/veuves (près de 70%).

L'enquête met clairement en évidence un public particulièrement vulnérable sur le plan socio-économique, avec un risque d'isolement non négligeable. Plus de la moitié de la population a un niveau de diplôme inférieur au bac, et si le taux de chômage est élevé à La Réunion (aux alentours de 18% en moyenne sur les années 2023-2024), ce phénomène est encore plus marqué au sein de la population d'étude (11).

A cela s'ajoute une fragilité financière qui concerne une majorité des répondants, et qui semble influencer les choix de consommation d'alcool d'une part des usagers, avec une orientation vers certaines boissons en raison de leur coût plus abordable.

La consommation d'alcool renforce elle-même ces vulnérabilités, l'achat d'alcool exacerbant des difficultés économiques et favorisant l'isolement social et la désinsertion professionnelle. Dans l'étude ACMA974, un tiers de la population dépense plus de 300€ par mois dans l'achat d'alcool, et ce poste de dépense représente l'entièreté des ressources disponibles pour 9% des répondants.

Les données issues de la dernière vague de la cohorte NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) illustrent cette dynamique : le TUA est plus élevé chez les hommes, les jeunes adultes, ainsi que chez les personnes jamais mariées ou précédemment mariées. La forme sévère du TUA est plus fréquente chez les personnes à très faible revenu, soulignant l'impact des inégalités socio-économiques sur la gravité du trouble (12).

Poids des événements de vie difficiles

Il apparaît dans les résultats de cette étude que les événements de vie difficiles, leur cumul et leur

répétition, occupent une place centrale dans le parcours des consommateurs, bien que leur influence reste complexe à établir. La littérature sur le sujet confirme cette relation, montrant notamment un lien entre prévalence des troubles de l'usage de l'alcool au cours de la vie et vécu de maltraitance émotionnelle et physique durant l'enfance (13).

Si l'enquête ACMA974 permet de recueillir la survenue de ces événements de vie difficiles, elle ne s'est pas appuyée sur des outils validés de repérage du psycho-traumatisme. Ce choix se justifie par la complexité de ces outils qui auraient surchargé un questionnaire déjà long, compliquant son administration à un public vulnérable.

Chaque trajectoire est unique, et l'identification du rôle exact joué par ces événements s'avère délicate, leur temporalité étant peu documentée dans l'enquête, à l'exception de ceux survenus durant l'enfance et l'adolescence. La question de savoir si ces événements sont à l'origine de la consommation ou si, à l'inverse, la consommation est un facteur déclencheur de ces événements demeure ouverte. Il est probable que ces relations soient en réalité bidirectionnelles.

On note cependant une forte reproduction sociale et répétition transgénérationnelle, avec plus de la moitié des répondants ayant souffert de l'alcoolisme d'un proche dans l'enfance, et des climats de violence et de conflit dans l'enfance que l'on retrouve fréquemment dans la vie adulte. Par ailleurs, près de 80 % des usagers ayant eux-mêmes des enfants, on peut craindre une forte exposition de ces derniers à la problématique alcoolique, avec un risque de répétition des comportements observés. Il y a aussi un risque d'exposition aux Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF) chez les usagers ayant souffert de l'alcoolisme de leur mère ou chez les enfants des consommatrices de l'étude.

La phase quantitative de l'étude ne peut donc prétendre apporter une compréhension approfondie des relations entre événements difficiles, psycho-traumatisme et problématique addictologique. L'approche qualitative qui est mise en place après ce volet quantitatif pourra peut-être fournir des éléments de réponse plus fins sur ces questionnements.

Polyconsommation des usagers avec une consommation massive et chronique d'alcool

Dans la cohorte NESARC, qui fournit des données robustes sur de grands échantillons, le trouble de l'usage de l'alcool est fortement associé à d'autres troubles liés à la consommation de substances (12). De manière similaire, l'étude ACMA974 révèle une polyconsommation fréquente parmi les usagers, un phénomène qui complexifie davantage les situations. Cette polyconsommation inclut non seulement des substances illicites, mais aussi des médicaments psychotropes détournés de leur usage initial. Ce cumul de substances peut non seulement augmenter les comportements à risque, mais aussi renforcer les conséquences sociales et judiciaires liées à la consommation d'alcool.

Conséquences socio-judiciaires liées au TUA

La présente étude met également en évidence les conséquences socio-judiciaires associées au trouble lié à l'usage d'alcool (TUA), souvent marquées par leur répétition. Cette récurrence n'a rien de surprenant : l'utilisation persistante de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou aggravés par ses effets, dans des situations physiquement dangereuses, et la poursuite de la consommation malgré la connaissance de ses effets délétères sur la santé physique ou psychique font partie des critères permettant la définition du TUA (14).

Par ailleurs, une différenciation selon le genre se dégage nettement des données. Les hommes sont plus nombreux à rapporter des conséquences judiciaires liées à leur consommation, tandis que les femmes mentionnent plus fréquemment des rapports sexuels non consentis survenus dans un contexte d'usage d'alcool. Ces disparités suggèrent que les impacts du TUA peuvent varier selon le genre, et appellent à un repérage des violences sexuelles, notamment chez les consommatrices, ainsi qu'à un renforcement de la prévention des comportements à risque.

Typologie des boissons et des consommations

Les résultats mettent en lumière le poids du rhum et des alcools forts dans les habitudes locales de consommation.

Des modes de consommation spécifiques se dessinent, avec d'un côté des usages visibles, collectifs, en

extérieur, comme la consommation « devant la boutique » rapportée par un nombre non négligeable des répondants. Mais si cette consommation sur la voie publique retient l'attention par sa visibilité et sa dimension sociale, elle ne reflète qu'une part des pratiques, la majorité des répondants décrivant une consommation principale plus discrète, souvent solitaire et au domicile.

Une distinction est également observée dans les préférences en matière d'origine de l'alcool consommé : les consommateurs de rhum privilégient en majorité les alcools locaux, tandis que ceux consommant du whisky ou de la vodka se tournent davantage vers des produits importés.

Mêmes si des caractéristiques socio-démographiques et économiques prédominent au sein de la population d'étude, les résultats présentés décrivent une diversité des profils de consommateurs. Les profils de consommateurs de rhum semblent particulièrement se distinguer de ceux consommant du vin en boisson principale. Les portraits de consommateurs identifiés dans cette étude sont en cohérence avec les constats des professionnels en addictologie de l'île. Par ailleurs, même si le profil 2, défini par la méthode des classes latentes, (consommateurs de rhum / alcools forts sur la voie publique, en précarité financière) semble être le plus visible dans la société réunionnaise (car c'est celle qui est la plus affichée en raison d'une consommation davantage en extérieur et sur la voie publique), d'autres réalités de consommation massive chronique moins visibles co-existent de manière majoritaire.

Quantités consommées et paradoxe réunionnais

Les résultats de cette étude viennent conforter les hypothèses avancées pour expliquer le paradoxe réunionnais. Bien que la proportion de buveurs soit plus faible qu'en France hexagonale, les quantités d'alcool consommées par cette frange de la population dépassent largement celles du reste des consommateurs.

D'après le Baromètre de Santé publique France 2014, les personnes présentant un usage d'alcool à risque chronique à La Réunion (consommation hebdomadaire supérieure à 21 verres pour les hommes, 14 verres pour les femmes, ou API hebdomadaire) avaient une consommation hebdomadaire moyenne estimée à 36 verres par semaine, plus importante que celle de leurs homologues hexagonaux (26 verres par semaine) (6).

Ceci explique pourquoi, malgré une prévalence des consommateurs globalement plus basse, les volumes d'alcool ingérés sont plus importants à La Réunion.

Dans l'étude ACMA974, les quantités médianes hebdomadaires d'alcool consommées étaient trois fois supérieures au seuil retenu pour parler de consommation massive chronique. Cela questionne sur d'éventuelles spécificités locales, et souligne l'importance de poursuivre les travaux afin de mieux caractériser différents niveaux de consommation massive et chronique sur l'île.

Précocité des consommations d'alcool

L'âge médian de la première expérimentation de l'alcool dans cette étude est de 16 ans, ce qui ne semble pas traduire une précocité particulière au regard des données de l'enquête EnCLASS DROM 2021, selon laquelle 42 % des collégiens et 75 % des lycéens réunionnais avaient déjà expérimenté l'alcool.

Cependant, il est important de noter que ceux ayant expérimenté l'alcool plus tôt tendent à basculer plus rapidement dans une consommation massive. Et sur le plan de la consommation massive, la précocité apparaît plus préoccupante. La majorité des répondants déclarent avoir adopté ce mode de consommation avant l'âge de 30 ans, et 13 % alors qu'ils étaient encore mineurs. Cette précocité de la consommation massive chronique est particulièrement marquée chez les hommes, les personnes célibataires et celles en situation de chômage.

Ce résultat n'est que peu surprenant au vu de l'impact que peut avoir ce type de consommation sur l'insertion sociale et la capacité à maintenir une activité professionnelle, et au vu des travaux menés dans d'autres régions du monde montrant l'association significative entre début précoce de la consommation d'alcool et mésusage de l'alcool à l'âge adulte (15).

Dimension économique de la problématique

Parmi la population d'étude, fortement impactée par les difficultés financières, 40% justifient leur choix d'alcool par le prix. Chez ceux qui se tournent principalement vers du rhum de production locale (usagers davantage en précarité financière), 59% déclarent consommer cette boisson car « c'est moins cher ».

Ces résultats rejoignent les observations de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui souligne dans

ses rapports récents que les individus issus de milieux socio-économiques défavorisés tendent à privilégier les alcools bon marché (17).

Ce constat est d'autant plus préoccupant que le contexte réunionnais, comme celui des autres territoires ultramarins, bénéficie d'une fiscalité spécifique vis-à-vis de l'alcool, comme le rappelle la Cour des comptes en 2016 : « la grande accessibilité des rhums produits et vendus localement », "liée à une fiscalité très avantageuse » qui « a pour conséquence de favoriser les consommations à risque chez les populations vulnérables » (16). La Cour des comptes souligne en effet que « la fiscalité applicable aux boissons alcoolisées ne présente pas de cohérence au regard des enjeux de santé publique ».

L'ensemble de ces constats soulève la question de la mise en place d'un prix minimum par unité d'alcool, comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé (18). Cette mesure de santé publique vise à réduire la disponibilité des boissons alcoolisées à bas prix, qui sont souvent celles privilégiées par les consommateurs en situation de précarité et à risque de TUA sévère. Les données issues d'expériences menées dans plusieurs pays, notamment en Écosse et au Canada, montrent que l'instauration d'un prix minimum est associée à une réduction significative de la consommation excessive d'alcool, une baisse des hospitalisations liées à l'alcool et une amélioration des indicateurs de santé publique (19 ; 20). Un prix seuil permettrait de rendre l'alcool moins accessible pour les publics les plus vulnérables (les jeunes et les consommateurs à faible revenu), contribuant ainsi à diminuer leur consommation et à prévenir les problèmes liés à l'alcool (troubles de l'usage, répercussions socio-judiciaires, ...).

Comorbidités et retentissement sur la vie

À la vulnérabilité liée aux trajectoires de vie s'ajoute le poids des comorbidités, tant somatiques que psychiatriques. De manière générale, la prévalence des différentes pathologies est certainement sous-estimée dans cette étude, en raison de difficultés d'accès aux informations du dossier médical dans certaines structures.

Néanmoins, des troubles de la santé mentale sont observés chez la moitié des usagers, mettant en lumière la prévalence majeure des pathologies duelles (coexistence d'un trouble psychiatrique et d'un trouble addictologique chez un même individu). Ces résultats

sont concordants avec ceux observés dans la cohorte NESARC, qui révèle également une forte association entre le trouble de l'usage de l'alcool et d'autres troubles, tels que les troubles dépressifs et bipolaires, ainsi que les troubles de la personnalité antisociale et borderline (12). Ces constats soulignent la nécessité de dispositifs intégrés permettant une prise en charge simultanée de ces troubles.

Sur le plan somatique, les complications liées à l'alcool sont fréquentes. L'usage nocif d'alcool est responsable d'une part importante de la charge mondiale de morbidité, et constitue un facteur de risque majeur pour de multiples affections (21). Si l'étude ACMA974 met en évidence l'importante prévalence de ces comorbidités, un biais majeur doit cependant être pris en compte : les troubles cognitifs sévères constituaient un critère de non-inclusion dans l'étude, conduisant à une probable sous-estimation de leur prévalence. De plus, le recueil de cette information repose uniquement sur sa mention dans le dossier médical. Bien qu'il existe des outils spécifiques de repérage de ces troubles, ceux-ci n'ont pas été intégrés au questionnaire car cela aurait rallongé excessivement la durée d'entretien avec les usagers.

Par ailleurs, plus de 40 % des personnes interrogées disent avoir été limitées dans leurs activités quotidiennes au cours des six derniers mois. Les trois quarts des usagers rapportent avoir réduit leurs activités importantes, et la moitié éprouvent des difficultés à assumer leurs obligations majeures. Ces résultats illustrent l'impact significatif du trouble addictologique, combiné au poids des comorbidités, sur la vie quotidienne des usagers et de leur entourage, renforçant l'isolement, compliquant l'insertion professionnelle, affectant le bien-être et la qualité de vie des usagers.

Perception de la santé et vision de l'avenir

La perception de la santé globale, de la santé mentale et de la perception de la vie actuelle et future semble influencée par le moment où l'enquête a été réalisée au cours du parcours de soin.

Tant en structures hospitalières que médico-sociales, les entretiens avec les patients étaient réalisés une fois la relation de confiance avec l'équipe soignante bien établie, et en dehors de la phase aigüe en cas d'hospitalisation pour sevrage. On constate néanmoins que si la consommation au moment de l'enquête (consommation stoppée, réduite, ou persistance d'une consommation supérieure ou égale à 42 verres standards

/ semaine) n'a pas d'effet sur la perception de la vie actuelle et de la santé globale, elle influe la perception de la santé mentale. Les personnes consommant encore de très grandes quantités d'alcool (plus de 42 verres standards par semaine) perçoivent leur santé mentale de manière plus dégradée.

On constate également que si la plupart des usagers ont une vision plutôt optimiste de leur avenir, qui se traduit par une amélioration de leur qualité de vie perçue à 5 ans, ce sentiment est plus marqué chez ceux n'ayant jamais tenté de sevrage, alors que les personnes ayant déjà fait plusieurs tentatives de sevrage sont moins optimistes.

Se pose également la question des leviers de prévention et de motivation au changement. Dans cette étude, la dégradation de la santé apparaît à la fois comme une conséquence de la consommation excessive, mais aussi comme une motivation centrale pour y mettre fin. Ce constat soulève des questions : la santé n'est-elle perçue comme un moteur de changement qu'une fois les dommages installés ? Une action de prévention plus précoce, mobilisant le levier de la santé comme motivation avant l'apparition des troubles, pourrait-elle avoir un réel impact auprès de ces publics ?

Complexité des parcours de soins addictologiques

Les parcours de soins de ces usagers se révèlent particulièrement complexes.

La prise en charge doit tenir compte de l'ensemble des fragilités évoquées précédemment, nécessitant ainsi l'intervention de différents professionnels et une approche pluridisciplinaire. La raison la plus fréquemment avancée pour expliquer la consommation (près de 8 personnes sur 10) est « pour moins ressentir lorsque je ne vais pas bien », ce qui souligne combien ces vulnérabilités sont au cœur de la problématique addictologique. Pour la majorité des usagers, la consommation d'alcool sert de mécanisme de coping, permettant de faire face à l'adversité et de gérer les émotions négatives qui y sont associées.

Un autre facteur contribuant à la complexité des parcours est l'accès tardif aux soins. Pour une part importante des usagers, la consommation massive perdure pendant de nombreuses années avant qu'une prise en charge addictologique ne soit envisagée. Dans ce travail, la santé constitue un levier important d'entrée dans le soin, mais le fait que les usagers n'y recourent qu'après la survenue de complications pourrait en partie

expliquer ces délais prolongés. Si le volet quantitatif de l'étude ne permet pas de comprendre précisément les facteurs influençant la durée du trouble avant l'entrée dans les soins, le volet qualitatif devrait sans doute apporter quelques éléments de réponse.

Une fois l'entrée dans une démarche de soin effectuée, le parcours reste difficile, fréquemment marqué par des tentatives de sevrage répétées, des « rechutes » et des difficultés à maintenir une abstinence durable. Malgré les mesures de prévention mises en place au sein des structures pour minimiser les risques d'accident de sevrage, ceux-ci surviennent parfois, ajoutant une complexité supplémentaire à ces trajectoires.

Par ailleurs, les usagers sont fréquemment pris en charge simultanément par plusieurs structures. Ceci s'explique par l'articulation entre dispositifs médico-sociaux et hospitaliers. Un sevrage ambulatoire peut être initié en CSAPA, mais une orientation vers une prise en charge hospitalière s'avère parfois nécessaire en cas de comorbidités sévères. Il arrive également que les usagers préfèrent directement un sevrage hospitalier. À l'inverse et à l'issue d'une hospitalisation, l'utilisateur peut être dirigé vers une structure de post-cure ou réorienté vers un CSAPA afin d'assurer la continuité du suivi. Ces résultats témoignent de la forte mobilisation de ressources autour des usagers, tant en termes de diversité des professionnels impliqués, que d'articulation entre les secteurs et de durée de la prise en charge.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est inédite et originale, aucun travail n'ayant jusqu'alors été porté sur ce public à La Réunion, et peu de données étant disponibles sur cette population au niveau national. Il s'agit d'un travail collaboratif, co-construit avec les partenaires locaux institutionnels et de la filière de soins addictologiques.

La répartition géographique sur l'île des participants inclus est globalement satisfaisante, bien que le recrutement ne soit pas homogène entre les différentes régions, avec une plus forte représentation de certaines zones (notamment le Nord), en raison d'un plus grand nombre d'inclusions par le site Nord du CHU.

Une autre force de l'étude réside dans le fait que le recrutement ne s'est pas limité à un seul type de

structure, puisque des structures hospitalières et médico-sociales ont inclus des usagers, permettant ainsi une représentation plus large des profils de consommateurs.

Enfin, il convient de souligner que ce sont les équipes des structures de soins qui faisaient passer le questionnaire aux usagers, ce qui a pu contribuer à instaurer un climat de confiance chez les usagers.

Toutefois, plusieurs limites méritent d'être soulignées, en plus de celles évoquées en amont que sont l'absence d'outils validés de repérage des psycho-traumatismes ou des troubles cognitifs, le peu d'éléments de chronologie des événements de vie difficile, et la sous-estimation probable des comorbidités recueillies à travers le dossier médical. On retrouve ainsi de possibles biais de prévarication et de mémorisation inhérents à la nature déclarative de l'enquête. De même, il est possible qu'il existe une distorsion cognitive liée au délai écoulé depuis l'entrée dans la structure de soins au moment de la passation du questionnaire, notamment sur la perception de la santé et de la qualité de vie. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Ce travail se proposait de décrire la population des consommateurs d'alcool massifs chroniques à La Réunion, aucun groupe de comparaison n'a donc été intégré pour comprendre les facteurs de risque de la consommation massive par rapport à des usagers non ou peu consommateurs. Par ailleurs, si les parcours de soins et la santé des usagers ont été abordés dans le questionnaire, les informations recueillies sur ces aspects demeurent partielles et mériteraient d'être approfondies, notamment pour mieux saisir les freins à l'accès aux soins dans cette population.

Une autre limite de l'étude réside dans le fait que le recrutement a été effectué uniquement au sein des structures spécialisées en addictologie, ce qui exclut les consommateurs hors de ces dispositifs de soins. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population réunionnaise présentant une alcoolisation massive chronique, et des questions persistent sur l'ampleur de ce public, ainsi que sur les raisons pour lesquelles une part de ces individus n'accèdent pas aux dispositifs de soins.

Conclusion

Cette première étude régionale sur la consommation massive chronique (heavy drinking) décrit une réalité préoccupante : une consommation chronique massive d'alcool précoce, dominée par les alcools forts (le rhum en particulier), avec des quantités d'alcool ingéré très importantes et une hétérogénéité des modalités de consommation. Elle met également en lumière le lien étroit entre consommation massive d'alcool et inégalités sociales de santé. La consommation d'alcool ne survient que rarement de manière isolée ; elle s'inscrit dans des contextes sociaux et familiaux fragilisés, souvent associés à d'autres conduites addictives. Le gradient socio-économique observé souligne la vulnérabilité accrue des personnes les moins diplômées et aux revenus les plus modestes face à ces comportements à risque. Ces trajectoires de vie fragilisées apparaissent ainsi comme l'un des déterminants majeurs de la consommation d'alcool chez les personnes interrogées.

La fréquence des événements liés au trouble de l'usage d'alcool montre par ailleurs l'ampleur des répercussions, qui sont durables et dépassent largement la seule sphère individuelle. Il demeure toutefois difficile de déterminer si l'alcool est la cause ou la conséquence des difficultés rencontrées par les usagers. Si la trajectoire de vie influence la trajectoire de consommation, l'alcool agit lui-même comme un facteur supplémentaire de précarisation et d'isolement social, aggravant les vulnérabilités existantes.

Les parcours de soins apparaissent eux aussi complexes, singuliers et souvent fragmentés. Ils associent fréquemment des problématiques addictologiques à des troubles de la santé mentale, illustrant la forte prévalence des pathologies duelles dans cette population. Bien que l'alcool soit un facteur de dégradation de la santé, celle-ci constitue également une des principales motivations au changement, tout comme la détérioration des conditions socio-économiques.

Ces constats invitent à envisager les parcours des usagers au prisme de trois trajectoires étroitement imbriquées : une trajectoire de vie, une trajectoire de consommation, et une trajectoire de soins, qui interagissent entre elles. L'analyse des facteurs associés à la quantité d'alcool consommée illustre cela : elle est influencée par l'accumulation d'événements de vie difficiles (trajectoire de vie), par la précocité de la première consommation et la consommation d'alcools forts (trajectoire de consommation), ainsi que par les antécédents de tentatives de sevrage (trajectoire de soins).

Bien que les relations entre ces éléments soient complexes, ces résultats soulignent la nécessité d'un repérage précoce des fragilités, d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, avec des accompagnements, social et psychologique, renforcés pour mieux répondre aux enjeux de cette consommation massive chronique et de ses conséquences.

Dans un contexte régional marqué par une forte sur-morbi-mortalité liée à l'alcool, il est primordial d'agir dans le cadre d'une politique publique globale partagée pour la lutte contre l'alcoolisation excessive et/ou chronique en renforçant les actions de prévention visant à faire diminuer les consommations d'alcool dans la population et les dispositifs de prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool. La réduction de l'accessibilité aux boissons alcoolisées par une politique tarifaire adaptée permettrait d'appuyer la prévention, notamment pour les publics les plus vulnérables.

Si cette étude constitue une première étape indispensable pour mieux caractériser le profil des personnes présentant une consommation massive chronique d'alcool à La Réunion, elle ne permet pas de répondre à l'ensemble des questions et elle soulève également de nouvelles interrogations. Les travaux à venir, et notamment l'approche qualitative déjà engagée, permettront d'affiner la compréhension de ces trajectoires et d'ouvrir la voie à de futures recherches, pour mieux appréhender les besoins de ce public.

Annexes

Annexe 1 : Liste des propositions de boissons consommées habituellement et principalement

Vins

Mousseux / Champagnes

Cidre, panachés, bières légères (1 à 2 degré alcooliques)

Bières (entre 4 et 6 degrés alcooliques)

Bières « fortes » (au-delà de 6 degrés alcooliques)

Anisette / pastis

Autres liqueurs

Rhums, punches, cocktails et autres spiritueux à base de rhum (produits locaux)

Rhums, punches, cocktails et autres spiritueux à base de rhum (produits importés)

Rhums, punches, cocktails et autres spiritueux à base de rhum (origine non précisée)

Boissons de type cognac (produits locaux)

Boissons de type cognac (produits importés)

Boissons de type cognac (origine non précisée)

Whisky / vodka (produits locaux)

Whisky / vodka (produits importés)

Whisky / vodka (origine non précisée)

Eaux de vie

Prêts-à-boire (breuvages alcoolisés prémixés)

Autres boissons

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Annexe 2 : Les caractéristiques socio-démographiques selon le type de boisson principale déclarée

	Autres boissons	IC 95	Bières	IC 95	Rhum	IC 95	Vin	IC 95	p-value
Sexe									
Homme	88,2%	[77,4 ; 99,1]	78,6%	[67,8 ; 89,3]	92,1%	[86,5 ; 97,7]	53,6%	[30,2 ; 75,1]	
Femme	11,8%	[0,9 ; 22,6]	21,4%	[10,7 ; 32,2]	7,9%	[2,3 ; 13,5]	47,4%	[24,9 ; 69,8]	0,0005*
Age									
< 30 ans	2,9%	[0,0 ; 8,6]	3,6%	[0,0 ; 8,4]	2,3%	[0,0 ; 5,3]	5,3%	[0,0 ; 15,3]	
30-39 ans	20,6%	[7,0 ; 34,2]	23,2%	[12,2 ; 34,3]	21,3%	[12,8 ; 29,9]	15,8%	[0,0 ; 32,2]	
40-49 ans	32,4%	[16,6 ; 48,1]	41,1%	[28,2 ; 54,0]	44,9%	[34,6 ; 55,3]	31,6%	[10,7 ; 52,5]	
50-59 ans	23,5%	[9,3 ; 37,8]	25,0%	[13,7 ; 36,3]	23,6%	[14,8 ; 32,4]	36,8%	[15,2 ; 58,5]	
≥ 60 ans	20,6%	[7,0 ; 34,2]	7,1%	[0,4 ; 13,9]	7,9%	[2,3 ; 13,5]	10,5%	[0,0 ; 24,3]	0,7666*
Lieu de naissance									
La Réunion	73,5%	[58,7 ; 88,4]	51,8%	[38,7 ; 64,9]	89,9%	[83,6 ; 96,2]	47,4%	[24,9 ; 69,8]	
Hexagone	17,6%	[4,8 ; 30,5]	44,6%	[31,6 ; 57,7]	7,9%	[2,3 ; 13,5]	47,4%	[24,9 ; 69,8]	
Autres	8,8%	[0,0 ; 18,4]	3,6%	[0,0 ; 8,4]	2,3%	[0,0 ; 5,3]	5,3%	[0,0 ; 15,3]	0,0005*
Niveau de diplôme									
Inférieur au Bac	52,9%	[36,2 ; 69,7]	46,4%	[33,4 ; 59,5]	74,2%	[65,1 ; 83,3]	26,3%	[6,52 ; 46,1]	
Bac ou études supérieures	47,1%	[30,3 ; 63,8]	53,6%	[40,5 ; 66,6]	24,7%	[15,8 ; 33,7]	68,4%	[47,5 ; 89,3]	0,0001
Statut professionnel									
En emploi	26,5%	[11,6 ; 41,3]	41,1%	[28,2 ; 54,0]	19,1%	[10,9 ; 27,3]	31,6%	[10,7 ; 52,5]	
Chômage	47,1%	[30,3 ; 63,8]	42,9%	[29,9 ; 55,8]	60,7%	[50,5 ; 70,8]	42,1%	[19,9 ; 64,3]	
Autres	26,5%	[11,6 ; 41,3]	16,1%	[6,5 ; 25,7]	19,1%	[10,9 ; 27,3]	26,3%	[6,5 ; 46,1]	0,1044*
Situation matrimoniale									
Célibataire	47,1%	[30,3 ; 63,8]	35,7%	[23,2 ; 48,3]	47,2%	[36,8 ; 57,6]	26,3%	[6,5 ; 46,1]	
Marié,e, concubinage, pacs	26,5%	[11,6 ; 41,3]	37,5%	[24,8 ; 50,2]	27,0%	[17,7 ; 36,2]	36,8%	[15,2 ; 58,5]	
Séparé,e, divorcé,e, veuf,ve	26,5%	[11,6 ; 41,3]	26,8%	[15,2 ; 38,4]	25,8%	[16,7 ; 34,9]	31,6%	[10,7 ; 52,5]	0,6192*
Composition du foyer									
Entourage (famille, ami, enfant)	64,7%	[48,6 ; 80,8]	66,1%	[53,7 ; 78,5]	60,7%	[50,5 ; 70,8]	73,7%	[53,9 ; 93,5]	
Seul,e	35,3%	[19,2 ; 51,4]	32,1%	[19,9 ; 44,4]	39,3%	[29,2 ; 49,5]	26,3%	[6,5 ; 46,1]	0,7366
Situation financière									
A l'aise	8,8%	[0,0 ; 18,4]	10,7%	[2,6 ; 18,8]	9,0%	[3,1 ; 14,9]	15,8%	[0,0 ; 32,2]	
Ça va	23,5%	[9,3 ; 37,8]	21,4%	[10,7 ; 32,2]	28,1%	[18,8 ; 37,4]	21,1%	[2,7 ; 39,4]	
C'est juste	23,5%	[9,3 ; 37,8]	28,6%	[16,7 ; 40,4]	19,1%	[10,9 ; 27,3]	15,8%	[0,0 ; 32,2]	
Difficile	29,4%	[14,1 ; 44,7]	23,2%	[12,2 ; 34,3]	18,0%	[10,0 ; 26,0]	26,3%	[6,5 ; 46,1]	
N'y arrive pas sans s'endetter	14,7%	[2,8 ; 26,6]	14,3%	[5,1 ; 23,5]	25,8%	[16,7 ; 34,9]	10,5%	[0,0 ; 24,3]	0,7416*

* Test de Fisher

La somme de certains pourcentages peut ne pas être égale à 100% car les NR ne figurent pas dans le tableau.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Annexe 3 : Fréquences des raisons à la consommation d'alcool

	n	%	IC 95
Pour le plaisir que je ressens à savourer ce que je consomme	65	32,5%	[26.1 ; 39.5]
Pour le feeling spécial que je ressens au moment où je consomme	57	28,5%	[22.4 ; 35.3]
Parce que consommer fait partie du style de vie que j'ai	48	24,0%	[18.3 ; 30.5]
Parce que les gens autour de moi consomment, donc je sens que je dois consommer aussi	31	15,5%	[10.8 ; 21.3]
Parce que consommer me permet de me sentir sûr-e de moi	73	36,5%	[29.8 ; 43.6]
Parce que lorsque je ne vais pas bien, consommer me permet de moins le ressentir	153	76,5%	[70 ; 82.2]
Parce que cela rend les événements ou les rassemblements plus amusants	74	37,0%	[30.3 ; 44.1]
Parce que je me sens incapable d'arrêter de consommer	96	48,0%	[40.9 ; 55.2]
Parce que ça donne plus d'effet	87	43,5%	[36.5 ; 50.7]
Autres raisons	39	19,5%	[14.2 ; 25.7]
Ne souhaite pas répondre	0	0,0%	
Ne sait pas	0	0,0%	
NR	1	0,5%	

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Annexe 4 : Les modes de consommation selon le type de boisson principale déclarée

	Autres boissons	IC 95	Bières	IC 95	Rhum	IC 95	Vin	IC 95	p-value
Lieu principal de consommation									
Extérieur ¹	23,5%	[9,3 ; 37,8]	32,1%	[19,9 ; 44,4]	37,1%	[27,0 ; 47,1]	5,3%	[0,0 ; 15,3]	0,0351
Intérieur ²	76,5%	[62,2 ; 90,7]	67,9%	[55,6 ; 80,1]	61,8%	[51,7 ; 71,9]	94,7%	[84,7 ; 100,0]	
Contexte principal de consommation									
Solitaire	76,5%	[62,2 ; 90,7]	82,1%	[72,1 ; 92,2]	62,9%	[52,9 ; 73,0]	84,2%	[67,8 ; 100,0]	0,074*
En collectivité ³	23,5%	[9,3 ; 37,8]	16,1%	[6,5 ; 25,7]	33,7%	[23,9 ; 43,5]	15,8%	[0,0 ; 32,2]	
Fréquence d'achat									
Quotidien	47,1%	[30,3 ; 63,8]	80,4%	[70,0 ; 90,8]	75,3%	[66,3 ; 84,2]	52,6%	[30,2 ; 75,1]	0,0032
Hebdomadaire ou mensuel	47,1%	[30,3 ; 63,8]	17,9%	[7,8 ; 27,9]	24,7%	[15,8 ; 33,7]	47,4%	[24,9 ; 69,8]	

¹ camion-bar, snack, café, restaurant, bar, voie publique, espaces verts et de pique-nique ² au domicile ou chez des amis ³ avec les camarades ou amis, la famille, les collègues de travail

* Test de Fisher

La somme de certains pourcentages peut ne pas être égale à 100% car les NR ne figurent pas dans le tableau. Ces résultats ne sont pas commentés dans le rapport car la significativité disparaît lors des tests post-hoc avec correction de Bonferroni pour le lieu principal de consommation, et ne concerne que les autres boissons (effectif faible) pour la fréquence d'achat.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Annexe 5 : Distribution des probabilités conditionnelles des variables socio-démographiques et relatives à la consommation (en %) par classe latente

	Classe 1 (32%)	Classe 2 (29%)	Classe 3 (39%)
Sexe			
Homme	74,1	100,0	83,2
Femme	25,9	0,0	16,8
Age			
< 30	3,7	4,1	0,0
30-39	25,9	26,7	13,8
40-49	40,7	51,9	34,8
50-59	24,1	15,2	31,5
> 60	5,6	2,1	19,8
Lieu de naissance			
Réunion	59,3	91,5	78,8
Autre	40,7	8,5	21,2
Niveau de diplôme			
Bac ou études supérieures	57,4	15,8	44,9
Inférieur au Bac	42,6	84,2	55,1
Statut professionnel			
Chômage	44,4	76,0	44,5
En emploi	38,9	10,7	27,2
Autre	16,7	13,3	28,4
Statut matrimonial			
Marié.e, concubinage, pacs	33,3	17,9	37,1
Célibataire	35,2	54,6	38,9
Séparé.e, divorcé.e, veuf.ve	31,5	27,5	23,9
Composition du foyer			
Seul.e	64,8	70,4	56,3
Entourage	35,2	29,6	43,7
Situation financière			
A l'aise ou ça va	33,3	28,7	42,9
C'est juste	24,1	15,8	25,0
Difficile ou dettes	42,6	55,6	32,1
Alcool fort en boisson principale			
Non	100,0	0,0	0,0
Oui	0,0	100,0	100,0
Type de boisson principale			
Vin	22,2	0,0	0,0
Rhum	0,0	80,1	64,3
Bière	77,8	0,0	0,0
Autres	0,0	19,9	35,7
Lieu principal de consommation			
En intérieur	81,5	23,8	100,0
En extérieur	18,5	76,2	0,0
Contexte principal de consommation			
En collectivité	7,4	72,1	0,0
Solitaire	92,6	27,9	100,0
Lieu d'achat principal			
Supermarché	59,3	38,0	60,5
Boutique de proximité	40,7	62,0	39,5
Filière de prise en charge			
Hospitalier	61,1	75,8	84,4
Médico-social	38,9	24,2	15,6

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Remarques méthodologiques :

- L'analyse en classes latentes permet de regrouper les individus en fonction de certaines variables choisies, ici les caractéristiques socio-démographiques et les types de consommation d'alcool. Ces classes représentent des profils types, mais elles ne sont pas homogènes : même si certaines caractéristiques sont majoritaires dans une classe, d'autres profils peuvent y être présents. Par exemple, la classe regroupant principalement des hommes au chômage buvant du rhum inclut également des femmes, des personnes en emploi ou buvant d'autres boissons, si elles partagent les autres caractéristiques de cette classe. Le risque étant de simplifier les résultats en décrivant les classes uniquement sur les caractéristiques les plus fréquentes.
- Et d'autre part, une fois les classes créées, chaque individu de l'étude est affecté à la classe qui lui correspond le mieux, en fonction de son profil. On peut ensuite comparer ces classes sur d'autres variables, qui n'ont pas été utilisées pour construire la typologie, avec des tests statistiques classiques. Mais ces comparaisons partent du principe que chaque personne appartient à une seule classe, alors qu'en réalité l'ACL repose sur des probabilités d'appartenance : un individu peut avoir 60 % de chances d'appartenir à une classe, mais aussi 40 % de chances d'appartenir à une autre. En l'affectant à la classe la plus probable, on perd cette incertitude.

Annexe 6 : Critères diagnostic du trouble de l'usage d'alcool tel que défini dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (13)

- 1. La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu ;
- 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;
- 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;
- 4. Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irréprensible de consommer la substance (craving) ;
- 5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
- 6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
- 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- 8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- 9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
- 10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- 11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance,
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Source : Haute Autorité de Santé, Fiche « Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) – Le DSM-5 »

Annexe 7 : La sévérité du trouble de l'usage, les sevrages antérieurs et les comorbidités associées selon le type de boisson principale déclarée

	Autres boissons	IC 95	Bières	IC 95	Rhum	IC 95	Vin	IC 95	p-value
Nombre de comorbidités									
0	11,8%	[0,9 ; 22,6]	16,1%	[6,5 ; 25,7]	18%	[10 ; 26]	21,1%	[2,7 ; 39,4]	0,1954*
1-5	64,7%	[48,6 ; 80,8]	66,1%	[53,7 ; 78,5]	66,3%	[56,5 ; 76,1]	36,8%	[15,2 ; 58,5]	
>5	23,5%	[9,3 ; 37,8]	17,9%	[7,8 ; 27,9]	15,7%	[8,2 ; 23,3]	42,1%	[19,9 ; 64,3]	
Troubles psychiatriques									
Non	52,9%	[36,2 ; 69,7]	39,3%	[26,5 ; 52,1]	60,7%	[50,5 ; 70,8]	26,3%	[6,5 ; 46,1]	0,0117
Oui	47,1%	[30,3 ; 63,8]	60,7%	[47,9 ; 73,5]	39,3%	[29,2 ; 49,5]	73,7%	[53,9 ; 93,5]	
Sévérité du TUA									
Léger ou modéré	11,8%	[0,9 ; 22,6]	17,9%	[7,8 ; 27,9]	7,9%	[2,3 ; 13,5]	21,1%	[2,7 ; 39,4]	0,1699*
Sévère	85,3%	[73,4 ; 97,2]	80,4%	[70 ; 90,8]	91,0%	[85,1 ; 97]	78,9%	[60,6 ; 97,3]	
Tentatives de sevrage antérieures									
Non	29,4%	[14,1 ; 44,7]	41,1%	[28,2 ; 54]	31,5%	[21,8 ; 41,1]	52,6%	[30,2 ; 75,1]	0,2262
Oui	70,6%	[55,3 ; 85,9]	58,9%	[46 ; 71,8]	68,5%	[58,9 ; 78,2]	47,4%	[24,9 ; 69,8]	
Antécédents d'accident de sevrage									
Non	67,6%	[51,9 ; 83,4]	76,8%	[65,7 ; 87,8]	76,4%	[67,6 ; 85,2]	89,5%	[75,7 ; 103,3]	0,3518
Oui	32,4%	[16,6 ; 48,1]	23,2%	[12,2 ; 34,3]	23,6%	[14,8 ; 32,4]	10,5%	[-3,3 ; 24,3]	

* Test de Fisher La somme de certains pourcentages peut ne pas être égale à 100% car les NR ne figurent pas dans le tableau.

Source : Enquête ACMA974 2023/2024, Exploitation : ORS La Réunion

Bibliographie

1. Inserm. Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Collect Expert Collect Inserm [Internet]. 2003; Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/154>
2. Andler R, Quatremer G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme [Internet]. Santé Publique France; 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-consommation-d-alcool-des-adultes-en-france-en-2021-evolutions-recentes-et-tendances-de-long-terme>
3. Organisation Mondiale de la Santé OMS. Principaux repères : Alcool [Internet]. 2024 . Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
4. Lhosmot-Marquet M, Watroba L, Fleury L, pour le groupe pluridisciplinaire. Réduction des dommages associés à l'alcool : les stratégies de prévention et d'accompagnement soulignées par l'expertise collective Inserm. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(11):172-7.
5. Ricquebourg M. Tableau de bord Les comportements addictifs à La Réunion - ORS La Réunion [Internet]. Observatoire Régional de Santé La Réunion; 2022 mai. Disponible sur: <https://www.ors-reunion.fr/tableau-de-bord-les-comportements-addictifs-a-la-reunion.html>
6. Richard JB, Balicchi J, Mariotti E, Pradine N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/ocean-indien/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-resultats-detailles-selon-le-dom-l-age-et-le-sexe>
7. Ricquebourg M, Fauré L, Kwan C, Bardot M. Les comportements addictifs à La Réunion. Tableau de bord, actualisation des indicateurs disponibles [Internet]. Observatoire Régional de Santé La Réunion; 2023 déc. Disponible sur: https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_tb_addictions_actualisation_2023.pdf
8. Meurice L, Roux J, Faisant M, Marguerite N, Quatremer G, Simac L, et al. Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France, 2012-2022. Alcoologie et Addictologie. 2025;45(1):16-9.
9. Bardot M, Kwan C. La consommation d'alcool chez les adultes à La Réunion. Exploitation de l'enquête Baromètre de Santé publique France DROM en 2021. [Internet]. Observatoire Régional de Santé La Réunion; 2023. Disponible sur: https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/ors_rap_baro_drom_alcool_reunion_2023.pdf
10. Rehm J, Guiraud J, Poulinais R, Shield KD. Alcohol dependence and very high risk level of alcohol consumption: a life-threatening and debilitating disease. Addict Biol. juill 2018;23(4):961-8.
11. Insee. L'essentiel sur... La Réunion | Insee [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482473>
12. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry. 2015 Aug;72(8):757-66. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.
13. Wang, L., An, CX., Song, M. et al. Evaluation of childhood traumatic experience as a risk factor for alcohol use disorder in adulthood. BMC Psychiatry 20, 15 (2020).
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).
15. Kim SY, Jeong SH, Park EC. Age at onset of alcohol consumption and its association with alcohol misuse in adulthood. Neuropsychopharmacol Rep. 2023 Mar;43(1):40-49.

16. Cour des Comptes : La fiscalité nutritionnelle. Les notes du CPO-n°5. [Internet]. 2023; Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/65720>
17. Organisation Mondiale de la Santé. New WHO report on alcohol pricing: Europe ignores cost-effective ways to lower health risks. Juin 2020. Disponible sur : [New WHO report on alcohol pricing: Europe ignores cost-effective ways to lower health risks](#)
18. Organisation Mondiale de la Santé. No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
19. Public Health Scotland. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: Final report. A synthesis of the evidence. Juin 2023.
20. Thompson K, Stockwell T, Wettlaufer A, Giesbrecht N, Thomas G. Minimum alcohol pricing policies in practice: A critical examination of implementation in Canada. J Public Health Policy. 2017 Feb;38(1):39-57.
21. Organisation Mondiale de la Santé. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024.



Tous nos remerciements aux partenaires de ce projet, aux équipes des structures de prise en charge qui ont réalisé le recueil de données, et aux personnes qui ont participé à l'enquête.

Citation recommandée : Fauré L, Ricquebourg M. Alcoolisation Chronique Massive à La Réunion (ACMA974). Enquête chez les consommateurs d'alcool pris en charge dans les filières de soins addictologiques spécialisées en 2023/2024. Rapport. Saint-Denis: ORS La Réunion ; 2025. Disponible à partir de l'URL : www.ors-reunion.fr

Pour toute utilisation des données et indicateurs de ce document, merci d'indiquer la source de données telle qu'elle figure sur chaque illustration (figure, graphique ou tableau).

Auteurs :

Lucie Fauré

Monique Ricquebourg

Comité de pilotage et relecture :

ARS : Florence Caliez, Cyril Héribert-Laubriat

Association Addictions France 974 : Odile Lecocq, Christophe Lozé, Jean-Pierre Payet, Frédéric Perbos, Antoine Richard

CHU : Lucie Auzanneau, Dr Graham Patrick Donlon, Dr David Mété

CHOR : Dr Leila Amor

Clinique Eucalyptus : Dr François Coulombel

Clinique Robert Debré : Hélène Potigny

GHER : Dr Thierry Jamain, Dr Clara Pichard

ORS : Dr Emmanuelle Rachou, Monique Ricquebourg

Préfecture : Brian Tourré

Réseau Oté ! : Elodie Auzole, Laurent Chassagne

Santé publique France : Elsa Balleydier

ORS La Réunion

12 rue Colbert 97400 SAINT-DENIS

Tél : 0262 94 38 13

secretariat@ors-reunion.fr

documentation@ors-reunion.fr

Site : <https://www.ors-reunion.fr/>

Facebook : [ORS La Réunion](#)

LinkedIn : [ORS La Réunion](#)

