HAL
open science

Comparaison des intoxications médicamenteuses volontaires entre l'île de la Réunion et la métropole

Caroline Lallemand

To cite this version:

Caroline Lallemand. Comparaison des intoxications médicamenteuses volontaires entre l'île de la Réunion et la métropole. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00628250

HAL Id: dumas-00628250

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628250v1

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURRIER

FACULTE DE MEDECINE GRENOBLE

Année : 2010

COMPARAISON DES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES ENTRE L'ÎLE DE LA REUNION ET LA METROPOLE

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Caroline LALLEMAND

Née le 13 Septembre 1979 A SAINT-LOUIS (REUNION)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le : 6 Mai 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Présidente de jury : Madame le Professeur F. CARPENTIER

Membres : Monsieur le Professeur V.DANEL

Monsieur le Professeur G.ESTURILLO

Monsieur le Docteur Ph. SAVIUC

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers au 01/09/2009

ALBALADEJO	Pierre	Clinique d'anesthésie – pôle 2 Anesthésie – réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique de chirurgie et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
BACONNIER	Pierre	Biostatistique et informatique médicale – Pavillon D – Pôle 17 Santé publique
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique de cardiologie – hypertension artérielle – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie – Pôle 5 Cancérologie
BARRET	Luc	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
BAUDAIN	Philippe	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle13 Imagerie
BEANI	Jean-Claude	Clinique dermatologie-vénérologie-photobiologie et allergologie – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
BENHAMOU	Pierre-Yves	Clinique endocrino-diabéto-nutrition éducation thérapeutique / diabétologie – Pôle 6 Digidune
BERGER	François	Oncologie médicale – Pôle 5 Cancérologie
BLIN	Dominique	Clinique chirurgie cardiaque – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BOLLA	Michel	Centre coord. cancérologie – Pôle 5 Cancérologie
BONAZ	Bruno	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune
BOSSON	Jean-Luc	Dpt de méthodologie de l'information de santé – Pôle 17 Santé publique
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes – pavillon D. Villars – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
BRAMBILLA	Christian	Clinique de pneumologie – Pôle 7 médecine aiguë et communautaire
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique de chirurgie vasculaire et thoracique– Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
BRIX	Muriel	Clinique chir. maxillo-faciale – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CAHN	Jean-Yves	Cancérologie– Pôle 5 Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique médecine vasculaire – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
CARPENTIER	Françoise	Clinique d'urgence – Pôle 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie – bâtiment J. Roget Fac médecine – Pôle 14 Biologie
CHABARDES	Stephan	Clinique de neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Clinique endocrino-diabéto-nutrition éducation thérapeutique / diabétologie – Pôle 6 Digidune
CHAFFANJON	Philippe	Clinique chirurgie thoracique, vasculaire et endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique de chirurgie cardiaque – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
CHIQUET	Christophe	Clinique ophtalmologique – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie – Fac de médecine – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
CINQUIN	Philippe	Dpt d'innovations technologiques – Pôle 17 Santé publique
COHEN	Olivier	Délégation – HC forum (création entreprise) – rémunération universitaire conservée
COUTURIER	Pascal	Clinique médecine gériatrique – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt médecine & santé du travail – Pôle 17 Santé publique
DEBILLON	Thierry	Clinque réa et médecine néonatale – Pôle 9 Couple/enfant
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et informatique médicale – Pôle 17 Santé publique
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique urologie – Pôle 6 Digidune
DYON	Jean-François	
ESTEVE	François	Dir équipe 6 U836 – ID17/ESRF – Grenoble institut des neurosciences
FAGRET	Daniel	Clinique de médecine nucléaire – Pôle 13 imagerie
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique de chir digestive et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
FAVROT	Marie-Christine	Dpt de biologie intégrée / cancérologie – Pôle 14 Biologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique radiologie & imagerie médicale – Pôle 13 imagerie
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	Clinique nutrition artificielle – Pôle 7 médecine aiguë &

		communautaire
FRANCO	Alain	Clinique vieillissement et handicap – Pôle 7 médecine aiguë et communautaire
FRANCOIS	Patrice	Dpt de veille sanitaire – Pôle 17 Santé publique
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	Clinique de rhumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
GAY	Emmanuel	Clinique neurochirurgie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
GIRARDET	Pierre	
GUIDICELLI	Henri	
HALIMI	Serge	Clinique endocrino-diabéto-nutrition – Pôle 6 Digidune
HOMMEL	Marc	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
JUVIN	Robert	Clinique de rhumatologie – hôpital Sud – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
KAHANE	Philippe	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
KRACK	Paul	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique neuroradiologie & IRM – Pôle 13 imagerie
LANTUEJOUL	Sylvie	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
LE BAS	Jean-François	Clinique neuroradiologie & IRM – Pôle 13 imagerie
LEBEAU	Jaques	Clinique chir. maxillo-faciale – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique dermatologie-vénérologie-photobiologie et allergologie – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
LEROUX	Dominique	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
LEROY	Vincent	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune
LETOUBLON	Christian	Clinique de chir digestive et de l'urgence – Pôle 6 Digidune
LEVERVE	Xavier	Laboratoire thérapeutique UFR biologie Bat 72 UJF BP 53X
LEVY	Patrick	Physiologie – Pôle 12 rééducation & physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie ADN – Pôle 9 Couple/enfant
MACHECOURT	Jacques	Clinique de cardiologie – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
MAGNE	Jean-Luc	Clinique de chirurgie vasculaire & thoracique– Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt biologie intégrée – Pôle 14 Biologie – J. Roget 4è étage
MALLION	Jean-Michel	
MASSOT	Christian	Clinique médecine interne – Pôle 8 pluridisciplinaire de médecine
MAURIN	Max	Dpt des agents infectieux / bactériologie – Pôle 14 Biologie
MERLOZ	Philippe	Clinique chir. Orthopédie traumatologie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
MORAND	Patrice	Dpt des agents infectieux / virologie – Pôle 14 Biologie
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie médicale – Pôle 5 Cancérologie
MOUTET	François	Chir. Plastique & reconstructrice & esthétique
PASQUIER	Basile	
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique réanimation – Pôle 2 Anesthésie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Dpt des agents infectieux / parasitologie et mycologie – Pôle 14 Biologie
PEPIN	Jean-Louis	Clinique physiologie sommeil & exercice – Pôle 12 rééducation & physiologie
PERENNOU	Dominique	Service de rééducation – Pôle 12 rééducation & physiologie
PERNOD	Gilles	Clinique de médecine vasculaire – Pôle 8 pluridisciplinaire de médecine
PIOLAT	Christian	Clinique de chir. Infantile
PISON	Christophe	Clinique pneumologie – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
PLANTAZ	Dominique	Clinique médicale pédiatrique – Pôle 9 Couple/enfant
POLACK	Benoît	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
POLLAK	Pierre	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
PONS	Jean-Claude	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant

RAMBEAUD	Jean-Jacques	Clinique urologie – Pôle 6 Digidune
REYT	Emile	Clinique ORL – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
ROMANET	Jean-Paul	Clinique ophtalmologie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique orthopédique & traumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
SCHAAL	Jean-Patrick	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant
SCHMERBER	Sébastien	Clinique ORL – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
SEIGNEURIN	Daniel	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Dpt agents infectieux – Pôle 14 Biologie
SELE	Bernard	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
SESSA	Carmine	Chirurgie thoracique vasculaire – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
SOTTO	Jean-Jacques	
STAHL	Jean-Paul	Clinique infectiologie – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
TIMSIT	Jean-François	Clinique réanimation médicale – Pôle 7 médecine aiguë & communautaire
TONETTI	Jérôme	Clinique orthopédique & traumatologie – Pôle 11 Appareil locomoteur & gériatrie Chissé
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire – Pôle 14 Biologie
VANZETTO	Gérald	Clinique de cardiologie – Pôle 4 Cardio-vasc. & thoracique
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et traitement de l'image
ZAOUI	Philippe	Clinique nephrologie – Pôle 6 Digidune
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique hépato-gastro-entérologie – Pôle 6 Digidune

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	Jean-François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	Jean-Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008 → 31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Du 11/02/2009 au 31/12/2012
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)

Maîtres de Conférence des Universités – PH au 01/09/2009

BOTTARI	Serge	Dpt de biologie intégrée – Pôle 14 Biologie
BOUTONNAT	Jean	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Dpt des agents infectieux / parasitologie mycologie – Pôle 14 Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle13 Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine nucléaire – Pôle 13 imagerie
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de pharmacologie
CROIZE	Jacques	Dpt des agents infectieux / microbiovigilance – Pôle 14 Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique physiologie sommeil & exercice – Pôle 12 rééducation & physiologie
DERANSART	Colin	GIN – Bat E. SAFRA – Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de neurologie – Pôle 10 Psychiatrie et neurologie
DROUET	Christian	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Centre Angiodème – Pôle 14 Biologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie – Bat J. Roget
EYSSERIC	Hélène	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la procréation / CECOS – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
FAURE	Julien	Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire – Pôle 5 Cancérologie
GAVAZZI	Gaétan	Clinique méd. int. gériatrique – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
GRAND	Sylvie	Clinique radiologie et imagerie médicale – Pôle13 Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la procréation / CECOS – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Clinique universitaire gynécologie obstétrique – Pôle 9 Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'anesthésie – pôle 2 Anesthésie – réanimation
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire – Pôle 17 Santé publique
LAPORTE	François	Dpt de biologie intégrée – Pôle 14 Biologie
LARDY	Bernard	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Laboratoire d'enzymologie – Pôle 14 Biologie
LARRAT	Sylvie	Dpt des agents infectieux – Pôle 14 Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'hygiène hospitalière – Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Dpt d'innovations technologiques – Pôle 17 Santé publique
MOUCHET	Patrick	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Laboratoire d'enzymologie – Pôle 14 Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique neurochirurgie – Pôle 3 Tête & cou & chir. Réparatrice
PASQUIER	Dominique	Dpt anatomie & cytologie pathologiques – Pôle 14 Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François	Clinique médecine légale – Pôle 8 Pluridisciplinaire de médecine
RAY	Pierre	Biologie de la reproduction – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
RENVERSEZ	Jean-Charles	Dpt de biologie intégrée – biochimie & biologie moléculaire – Pôle 14 Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique – Dpt génétique et procréation – Pôle 9 Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Dpt biologie et pathologie de la cellule – Pôle 14 Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique physiologie sommeil & exercice – lab. explor. fonctionnelles cardio-respiratoires – Pôle 12 rééducation & physiologie
WEIL	Georges	Biostatistique et informatique médicale – Pôle 17 Santé publique

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement mon directeur de thèse, **Monsieur le docteur Frédérik Staikowsky** pour la patience, la gentillesse, l'aide précieuse et le soutien qu'il m'a accordés dans la réalisation de cette thèse.

Remerciements à

Madame le Professeur Françoise Carpentier, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse. Je tiens particulièrement à vous exprimer toute ma reconnaissance pour la qualité de votre enseignement mais aussi de votre écoute durant mes six mois d'interne dans votre service.

Monsieur le Professeur Vincent Danel, de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de notre thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gérard Esturillo, de nous avoir également fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de notre thèse. Je tenais à vous remercier pour la qualité de votre enseignement ainsi que votre attachement à la médecine générale que vous avez su transmettre.

Monsieur le Docteur Philippe Saviuc, de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de notre thèse et pour votre précieuse collaboration, vos conseils avertis et votre disponibilité.

Remerciements également à:

-Madame Catteau pour son aide, sa gentillesse et toutes ses connaissances.

-Madame Ristor pour ses données si précieuses et sa disponibilité.

Enfin : Je remercie ma famille, ma mémé grâce à qui je suis arrivée où je suis maintenant et pour tout l'amour qu'elle a su m'apporter.

Tous mes amis qui ont toujours été présents, et Laurent.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 9

II. PRESENTATION DE LA REUNION 10

A. Aspects sociodémographiques 10

B. État de santé de la population 11

C. Suicides et tentatives de suicide 11

III. MATERIEL ET METHODE 13

A. Mode de recueil 13

B. Les critères d'inclusion 13

C. Les variables étudiées 13

D. Analyses statistiques 14

IV. RESULTATS 15

A. Données générales 15

B. Les patients 15

1. Répartition selon le sexe 15

2. Répartition selon l'âge 16

C. Les médicaments répertoriés 18

1. Données générales 18

2. Classification des médicaments 20

D. Morbidité et mortalité 30

V. DISCUSSION 31

A. Limites et biais de l'étude 31

1. Biais lié au codage 31

2. Biais lié au recueil des données 31

3. Les limites de l'étude 31

B. Profil des suicidants 32

C. Profil des médicaments utilisés 34

1. Les principaux médicaments incriminés : les psychotropes 34

2. Les intoxications par les antalgiques 41

3. Les médicaments cardio-vasculaires 43

4. Intoxications par les antidiabétiques oraux 44

5. Les anti-infectieux 45

6. Les médicaments de la phytothérapie 45

VI. Conclusion 47

ANNEXES 54

I. INTRODUCTION

Les tentatives de suicides (TS) représentent en France un véritable problème de santé publique [1]. Environ 8% de la population métropolitaine adulte déclarent avoir fait une TS au cours de sa vie et 2% de la population présente un risque suicidaire élevé. Le nombre de TS est estimé en France à 190 000 par an [2] (Annexe 1).

Au sein de cette entité, l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est fréquente, représentant 90% des TS et 13% des suicides [3]. Son incidence annuelle admise serait voisine de 4 pour 1000 habitants, mais la question reste difficile à cerner du fait de la diversité des sources, de la sous-estimation du nombre des tentatives de suicide et de l'absence de registre national des intoxications volontaires [4]. On constate par ailleurs que les diverses classes médicamenteuses en cause ont évolué depuis 30 ans du fait de changement de prescriptions et de nouvelles molécules mises sur le marché [5][6].

Les études concernant les intoxications médicamenteuses à l'île de la Réunion sont rares, anciennes et non spécifiques, la plupart de ces études concerne essentiellement l'épidémiologie des suicides et des tentatives de suicide [7][8]. Par ailleurs, il n'existe pas sur l'île de structure de type Centre antipoison et de toxicovigilance pouvant établir des données sur la nature et l'incidence des intoxications à l'échelle de la population, les seuls résultats concernant les IMV proviennent des services hospitaliers.

Notre étude consiste à comparer rétrospectivement toutes les intoxications médicamenteuses volontaires se présentant dans le service d'accueil des urgences de l'Hôpital Tenon situé dans le XXème arrondissement à Paris à celui du Groupe Hospitalier Sud Réunion (G.H.S.R) sur une période de 12 mois en 2001-2002 pour Tenon et 2003-2004 pour la Réunion.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des intoxications médicamenteuses volontaires à la Réunion, mais aussi en le comparant à la Métropole, d'établir des spécificités régionales et déterminer les facteurs ayant une influence sur la nature des médicaments en cause dans les intoxications.

II. PRESENTATION DE LA REUNION

A. Aspects sociodémographiques

Située dans l'Océan Indien, la Réunion est le département d'outre mer le plus peuplé, avec une population qui était estimée à 790 000 au 1er janvier 2007 (Annexe 2). Sa densité est de 313 habitants/km², mais 80% de sa population se concentrent sur le littorale de l'île, où les densités peuvent atteindre 1000 habitants au km², soit autant que dans la région parisienne. Les grandes villes de la côte regroupent ainsi la majorité des Réunionnais, l'intérieur de l'île restant peu habité [9].

Trois siècles et demi d'histoire ont transformé l'île. Arrivés au fil du temps de tous les horizons, les réunionnais ont constitué une société métissée, véritable mosaïque de cultures. Les origines des composantes de la population sont : une population d'origine africaine et malgache, issue pour l'essentiel de l'esclavage. Les africains, appelés communément « Cafres », trouvent leurs origines au Mozambique, en Guinée et au Sénégal. Cette population est très fortement métissée et est la plus largement représentée sur l'île. La population d'origine européenne, et les métropolitains, communément appelés « Z'oreils ». La population d'origine indienne et de religion hindouiste, les « Malabars », est constituée des descendants des travailleurs « engagés » arrivés de 1848 à 1882 de la côte orientale de l'Inde et de la côte de Malabar. Les Chinois ayant quitté sensiblement à la même époque la région de Canton, qui se sont dispersés dans tout l'Océan indien. Les Indo-musulmans du Gujerat, venus plus tardivement, à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Leurs descendants sont dénommés les « Z'arabs ». Les originaires de Mayotte et des Comores complètent cette palette humaine [9].

La croissance annuelle de la population reste encore élevée dans ce département, proche des 2%. La population réunionnaise est jeune, plus d'un tiers des habitants ont moins de 20 ans (25% en métropole). La part des 60 ans et plus représente 11% de la population (21% en métropole) (Annexe 3). Néanmoins celle-ci a augmenté d'environ 2 points depuis près de 10 ans, premier signe d'un vieillissement de la population [10].

Malgré une amélioration sensible des conditions de vie, les problèmes sociaux sont une toile de fond permanente à la Réunion et l'ensemble des indicateurs socio-économiques y sont peu fa-

vorables, que se soit le taux de chômage (31%), le nombre de bénéficiaire du RMI et de la CMU (50% de la population en décembre 2002) [11].

B. État de santé de la population

La Réunion est aujourd'hui le département français qui se caractérise par le plus faible niveau d'espérance de vie à la naissance, tant pour les hommes que pour les femmes, avec une surmortalité masculine caractéristique. A la Réunion en 2006, les hommes peuvent espérer vivre 73,2 ans et les femmes 80,9 ans. Cependant, la mortalité prématurée reste plus élevée qu'en métropole : 40% des décès surviennent prématurément. Les principales causes de décès sont celles observées dans les pays développés avec en tête les maladies cardio-circulatoires (un décès sur trois) devant les cancers (un décès sur cinq). Globalement, les taux de mortalité (standardisés sur l'âge) sont supérieurs à ceux de la métropole quelle que soit la cause. On note une surmortalité pour la psychose alcoolique (5 fois plus), l'asthme (4 fois plus) et le diabète (3 fois plus) [10].

Toutes causes confondues, la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes à la Réunion (+68% en 2005). La surmortalité est très marquée pour certaines pathologies, notamment pour les cancers de l'œsophage, les cancers du poumon, les troubles mentaux (et plus particulièrement liés à l'abus d'alcool). Globalement, la surmortalité pour les hommes est plus élevée à la Réunion qu'en métropole (de 25%) [10].

C. Suicides et tentatives de suicide

Le suicide reste un des problèmes majeurs de santé publique à la Réunion. Ce phénomène concerne essentiellement les jeunes et surtout les hommes jeunes (4 hommes pour 1 femme, soit 80% des décès par suicide). Les tranches d'âge les plus concernées par le suicide sont les jeunes de 15-34 ans ou l'on trouve beaucoup plus de suicidés masculins (Annexe 4). Contrairement à la situation métropolitaine la fréquence des décès par suicide n'augmente pas avec l'âge à la Réunion, les décès sont concentrés dans la tranche d'âge 15-44 ans (60% des cas). On observe cependant une baisse du nombre de décès depuis 1993 (Annexe 5). La Réunion présente un taux de décès inférieur à la moyenne nationale : 13 suicides pour 100 000 Réunionnais sur la période

2003-2005 contre 17 pour 100 000 en métropole. La sous-mortalité est plus nette chez les femmes [12] (Annexe 6-7).

Les études épidémiologiques concernant les tentatives de suicides à l'île de la Réunion sont anciennes. Actuellement les données concernant le nombre des IMV proviennent des services d'urgences, de l'activité de régulation du SAMU ou des unités psychiatriques de liaison qui prennent en charge les suicidants. Ainsi, à Saint-Pierre le nombre de suicidants pris en charge par l'unité psychiatrique de liaison (UPL) est en augmentation depuis 1993, date de sa création, passant de 328 à 456 en 2006 (Annexe 8).

La Réunion est particulièrement marquée par la grande fréquence d'utilisation des produits agricoles tels que le Gramoxone® (paraquat), l'Oxyrat® (chloralose) et Lannate® (Carbamate anticholinestérasique). En effet elle est la région la plus touchée par les cas d'intoxications volontaires aux préparations herbicides à base de paraquat [13]. Face à l'ampleur de ce phénomène les pouvoirs publics ont pris différentes mesures de préventions telles que la restriction de l'accès aux produits en cause, la modification de certains produits et l'interdiction du Lannate® en Juillet 2007. Par ailleurs, depuis 2005-2006, suite à l'épidémie de chikungunya qui a touché la Réunion, un dispositif de surveillance des effets sanitaires des produits phytopharmaceutiques, antiparasitaires et des répulsifs corporels a été mis en place à la Réunion [14].

A la fin des années 1980 une étude rétrospective réalisée sur les tentatives de suicide à partir des registres de l'ensemble des services d'urgence de l'île retrouvait une incidence moyenne de 335 TS pour 100 000 habitants, avec une prédominance féminine. Le sex-ratio était particulièrement élevé dans les tranches d'âge 10-19 ans (3,2) pour baisser régulièrement à partir de 20 ans et être voisin de 1 à partir de 45 ans. Les moyens utilisés pour les TS montraient une large prédominance des intoxications médicamenteuses volontaires (72%), les produits agricoles (raticides, rodenticides, insecticides, herbicides) arrivaient en seconde position (10%), les produits ménagers étaient employés par 6% des suicidants, les moyens violents par 4%, les plantes par 1%. Par ailleurs le profil épidémiologique des TS variait considérablement à la Réunion d'une commune à l'autre , et était plus élevée dans les communes rurales du sud de l'île (Saint-Joseph, Petite-Ile, le Tampon) [15].

III. MATERIEL ET METHODE

A. Mode de recueil

Les données ont été rétrospectivement recueillies à partir des dossiers médicaux des 2 SAU sur une période de 12 mois : En 2001-2002 pour l'Hôpital Tenon (P1) et 2003-2004 pour le G.H.S.R (P2).

Le G.H.S.R situé dans le sud de la Réunion couvre une zone sanitaire de 305000 personnes environ (recensement 2004), cette population s'étendant sur 11 communes.

L'Hôpital Tenon prend en charge une partie de la population du XIème, XIIème, XIXème et des XXème arrondissements soit une population estimée à 650 000 habitants (recensement 2001). L'autre partie étant prise en charge par l'Hôpital Saint-Antoine.

B. Les critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients hospitalisés aux urgences, quel que soit le mode d'admission, à la suite d'une ingestion intentionnelle et abusive (au delà de la posologie autorisée en une prise) de médicaments.

Les erreurs thérapeutiques, les intoxications accidentelles ou les intoxications volontaires survenues chez les enfants de moins de 15 ans étaient exclues.

C. Les variables étudiées

Les données recueillies concernaient les patients (âge, sexe), le type de médicaments supposés ingérés (non commercial ou dénomination commune internationale, le nombre de médicaments), la prise éventuelle d'alcool, le devenir (mode d'hospitalisation, sortie, fugue..). Les molécules ont été classées en fonction de leur propriété pharmacologique principale.

D. Analyses statistiques

Les résultats sont exprimés en moyenne **±** déviation standard. Le test du chi² avec correction de Yates était utilisé pour l'évaluation des données qualitatives et le test de Mann-Whitney pour celle des données quantitatives. Un $p>0.05$ a été considéré comme non significatif (NS).

IV. RESULTATS

A. Données générales

Sur les deux périodes, le nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires s'élevait respectivement à 830 pour l'Hôpital Tenon et 574 pour le G.H.S.R. Les récidives observées durant les périodes d'étude étaient de 11,8% à Tenon et 13,4% au G.H.S.R. Compte tenu des récidives les épisodes d'IMV n'intéressaient que 742 patients au SAU de l'hôpital Tenon et 506 patients pour celui de la Réunion.

B. Les patients

1. Répartition selon le sexe

Dans les 2 SAU, on retrouvait une prédominance féminine : 68,7% à Tenon et 71,1% au G.H.S.R (NS) (figure 1).

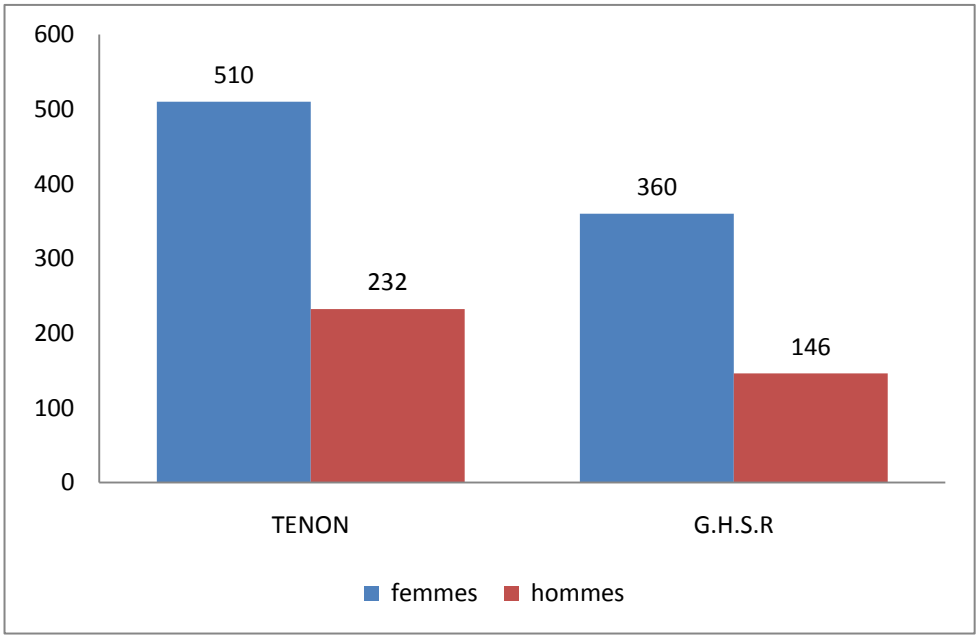


Figure 1 : Répartition des IMV selon le sexe

2. Répartition selon l'âge

L'âge moyen des patients était de 36,9 ans ± 13,5 ans à Tenon et 34,3 ans ± 13,7 ans au G.H.S.R. L'âge minimal, dicté par les critères d'inclusion, était de 15 ans et l'âge maximal retrouvé était 94 ans à Tenon et 90 ans dans le SAU de Saint-Pierre. La proportion des 15-24 ans était significativement plus importante au SAU du G.H.S.R et représentait 30% des patients, alors qu'à Tenon la tranche des 25-34 ans était la plus importante. La proportion des patients âgés de 65 ans et plus était faible dans les 2 services d'urgence (P1: 3,3% ; P2: 3,1%) (NS).

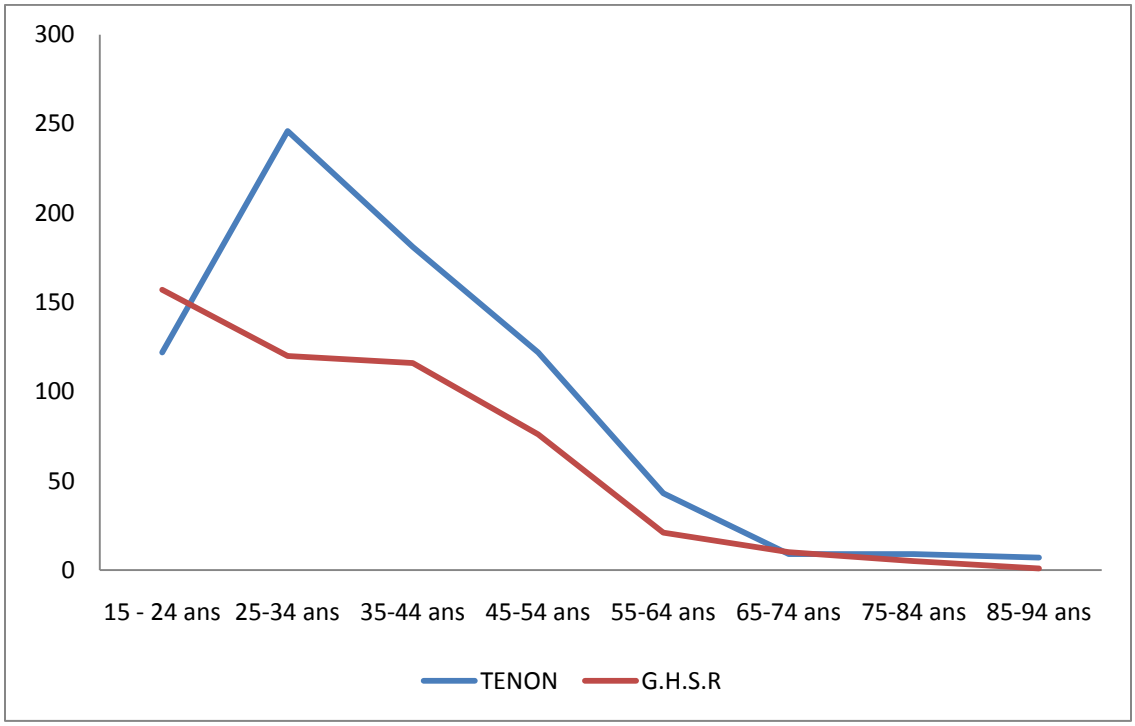


Figure 2 : répartition des IMV en fonction de l'âge

Tableau I : Intoxications médicamenteuses volontaires

Caractéristiques des patients

		TENON	G.H.S.R	
N épisodes		830	574	
N patients		742	506	
Récidivistes		88 (11,8%)	68 (13,4%)	
N femmes		510 (68,7%)	360 (71,1%)	
N hommes		232 (31,2%)	146 (30,5%)	
Age	**âge moyen**	36,9	34,3	
	âge médian	35	32	
	extrêmes	15-94	15-90	
	15-24 ans	122 (16,4%)	157 (31%)	**
	25-34 ans	246 (33,1%)	120 (23,7%)	**
	35-44 ans	181 (24,4%)	116 (22,9%)	
	45-54 ans	122 (16,4%)	76 (15%)	
	55-64 ans	43 (5,8%)	21 (4,1%)	
	65-74 ans	9 (1,2%)	10 (2%)	
	75-84 ans	9 (1,2%)	5 (1%)	
	85-94 ans	7 (0,9%)	1(0,2%)	

**p<0,01

C. Les médicaments répertoriés

1. Données générales

1535 médicaments ont été dénombrés dans le SAU de Tenon et 1008 pour celui du G.H.S.R. Dans plus de la moitié des cas les intoxications étaient mono médicamenteuses. A Tenon 6 médicaments n'avaient pas été clairement identifiés par leur nom commercial ou DCI et au G.H.S.R 51 médicaments. Par ailleurs, à Tenon 23 médicaments étaient inconnus. On retrouvait une prise concomitante d'alcool signalée dans 34,1 % des cas pour P1 et 24% pour P2.

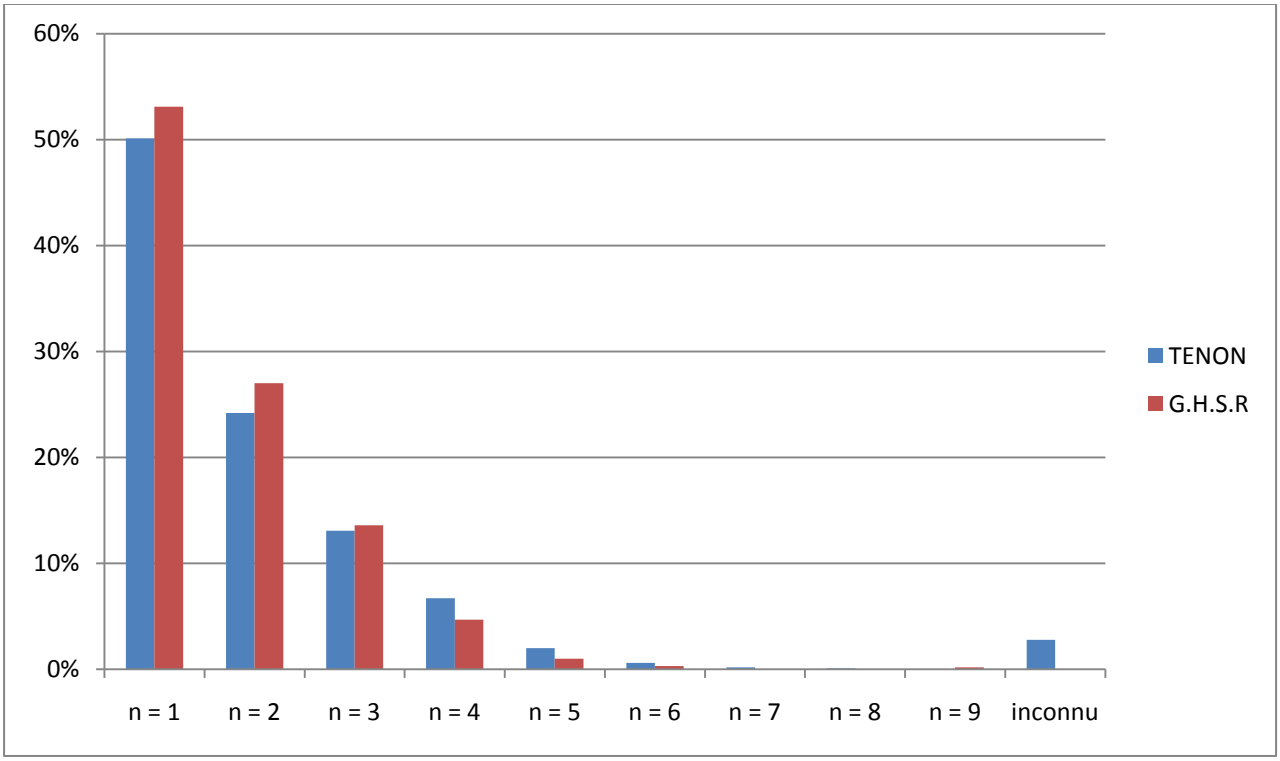


Figure 3 : Nombre de médicaments utilisés par épisode

TABLEAU II : Intoxications médicamenteuses volontaires

Données générales sur les médicaments

	TENON	G.H.S.R
N total de médicaments connus	1535	1008
N moyen par épisode	1,87 ± 1,14	1,76 ± 1,02
Extrêmes	(1-8)	(1-9)
1 médicament	416 (50,1%)	305 (53,1%)
2 médicaments	201 (24,2%)	155 (27%)
3 médicaments	109 (13,1%)	78 (13,6%)
4 médicaments	56 (6,7%)	27 (4,7%)
5 médicaments	17 (2%)	6 (1%)
6 médicaments	5 (0,6%)	2 (0,3%)
7 médicaments	2 (0,2%)	0 (0%)
8 médicaments	1 (0,1%)	0 (0%)
9 médicaments	0 (0%)	1 (0,17%)
Non connu	23 (2,8%)	0 (0%)
Alcool	283 (34,1%)	138 (24%)

2. Classification des médicaments

Les médicaments ont été répertoriés par famille pharmacologique. Dans les 2 centres les psychotropes représentaient la première classe de médicaments en cause dans les intoxications. Ils étaient significativement moins utilisés au G.H.S.R. La classe des antalgiques était la seconde classe la plus fréquemment retrouvée, avec une utilisation plus importante dans le SAU de la Réunion. Les anti-inflammatoires, les anti-infectieux, les médicaments cardio-vasculaires, endocrinologiques et les médicaments de la phytothérapie étaient significativement plus fréquents dans les IMV au G.H.S.R. On ne constatait pas de différence significative entre les deux services d'urgence pour les autres familles pharmacologiques.

Tableau III : Profil des familles pharmacologiques incriminées dans les IMV

	TENON	G.H.S.R	
Nombre total	1535	1008	
Psychotropes	1190 (77,5%)	524 (52%)	**
Antalgiques	105 (6,8%)	103 (10,2%)	**
Anti-inflammatoires	42 (2,7%)	63 (6,3%)	**
Cardio-vasculaires	29 (1,9%)	52 (5,2%)	**
Anti-infectieux	28 (1,8%)	43 (4,3%)	**
Endocrinologie	12 (0,8%)	32 (3,2%)	**
Phytothérapie	8 (0,5%)	34 (3,4%)	**
Pneumologie	13 (0,9%)	9 (0,9%)	
Neurologie	21 (1,4%)	19 (1,9%)	
ORL	4 (0,3%)	8 (0,8%)	
Hépato-gastro-entérologie	21 (1,4%)	26 (2,6%)	
Anti spasmodiques	10 (0,7%)	14 (1,4%)	
Anti histaminique H1	23 (1,5%)	28 (2,8%)	
Oligoéléments et vitamines	10 (0,7%)	10 (1,0%)	

** $p<0,01$

a) Les psychotropes

Parmi les psychotropes, les benzodiazépines représentaient les molécules les plus souvent citées dans les deux services d'urgence. Elles étaient moins fréquentes au SAU de la Réunion, comme les antidépresseurs, les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines, les neuroleptiques et les hypnotiques non benzodiazépines. On constatait que les anxiolytiques non benzodiazépines, quantitativement peu représentés dans les 2 SAU, étaient plus fréquents dans le SAU de la Réunion. Les thymorégulateurs, les carbamates, les antipsychotiques divers ne présentaient pas de différence significative.

Tableau IV : Profil des psychotropes utilisés dans les IMV

	TENON	G.H.S.R	
N total de médicaments	1535	1008	
Benzodiazépines	649 (42,3%)	313 (31%)	**
Antidépresseurs	181 (11,8%)	53 (5,2%)	**
Apparentés aux benzodiazépines	163 (10,6%)	76 (7,5%)	*
Neuroleptiques	91 (5,9%)	34 (3,3%)	**
Thymorégulateurs	9 (0,6%)	6 (0,6%)	
Carbamates seuls ou associés	45 (2,9%)	18 (1,8%)	
Hypnotiques non benzodiazépine	40 (2,6%)	5 (0,5%)	**
Anxiolytiques non benzodiazépine	3 (0,2%)	16 (1,6%)	**
Antipsychotiques divers	7 (0,4%)	3 (0,3%)	
Autres	2 (0,13%)	0 (0%)	

**p<0,01,*p<0,05

(1) Les benzodiazépines

La répartition qualitative des benzodiazépines différaient peu entre les deux centres (Tableau V). Les trois molécules les plus fréquentes étaient le bromazépam, l'alprazolam et le prazépam. Le bromazépam était la benzodiazépine la plus courante, elle était aussi la molécule la plus utilisée sur l'ensemble des IMV étant impliquée dans 229 épisodes à Tenon et 101 épisodes au G.H.S.R. Le Lysanxia®, le Myoslatan®, le Rivotril® étaient plus fréquents au G.H.S.R qu'à Tenon. Le Rohypnol® était très peu retrouvé dans les deux services d'urgence. Parmi les benzodiazépines 15,3% n'avaient pas été identifiés clairement au G.H.S.R.

Tableau V : Intoxications médicamenteuses volontaires

Profil des principales benzodiazépines

	TENON	GHSR
Benzodiazépines	649	313
Bromazépam (Lexomil®)	35,30%	32,20%
Alprazolam (Xanax®)	17,10%	13,70%
Prazépam (Lysanxia®)	7,80%	14,70%
Clorazépate dipotassique(Tranxene®)	7,70%	3,80%
Diazépam (Valium®)	7,10%	4,10%
Lorazépam (Temesta®)	5,10%	1,30%
Clonazépam (Rivotril®)	4,80%	7,30%
Oxazépam (Seresta®)	4,20%	0,60%
Tétrazépam (Myolastan®)	1,50%	3,80%
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1,10%	0%
Benzodiazépines non précisées	0,70%	15,30%**

**p<0,01

(2) Les antidépresseurs

Les médicaments antidépresseurs étaient la seconde classe de psychotropes en cause dans les IMV à Tenon. Ils étaient de façon significative moins utilisés au G.H.S.R où ils représentaient la troisième classe après les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines. Parmi les antidépresseurs, les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) étaient les plus utilisés (Tableau VI). Les molécules les plus citées à Tenon étaient par ordre de fréquence la paroxétine (22,1%), la fluoxétine (17,1%) et pour le G.H.S.R la sertraline (24,5%), suivie de la paroxétine (18,9%). Les antidépresseurs divers (Norset®, Stablon®…) étaient plus fréquents dans les IMV au G.H.S.R (P1: 2,8% versus P2: 17% ; p<0,01).

Tableau VI : Intoxications médicamenteuses volontaires

Profil des antidépresseurs

	TENON	**G.H.S.R**
Antidépresseurs	181	53**
Antidépresseurs ISRS	**71%**	**69%**
Antidépresseurs Imipraminiques	**14%**	**15%**
Antidépresseurs quadricycliques	**12%**	**2%**
Antidépresseurs divers	**3%**	**15%****

** p<0,01

(3) Les hypnotiques apparentés aux Benzodiazépines

Cette famille essentiellement représentée par le zolpidem (Stilnox®) et la zopiclone (Imovane®) était moins fréquente dans le SAU de la Réunion (P1 : 10,6% versus 7,5% ; p<0,01). Mais elle était de façon quantitative plus utilisée que les antidépresseurs au G.H.S.R.

b) Les antalgiques

Les antalgiques représentaient la seconde classe de médicaments en cause dans les IMV. Au GHSR ils étaient significativement plus utilisés. Parmi les antalgiques, le paracétamol était la molécule la plus souvent retrouvée dans les 2 SAU. Elle était impliquée dans 29 cas à Tenon et 65 cas au G.H.S.R. Les dérivés morphiniques représentés par les antalgiques morphiniques majeurs et les produits de substitution de l'héroïne (méthadone, buprénorphine) étaient significativement plus fréquents dans les IMV à Tenon.

Tableau VII : Intoxications médicamenteuses volontaires

Profil qualitatif des antalgiques

	TENON	G.H.S.R	
Antalgiques	105 (6,8%)	103 (10,2%)	**
Paracétamol seul	29 (27,6%)	65 (63,1%)	**
Paracétamol et autre principe actif	38 (36,2%)	25 (24,3%)	
Salicylés	9 (8,6%)	2 (1,9%)	
Dérivés morphiniques	23 (21,9%)	8 (7,7%)	**
Propoxyphène seul	4 (3,8%)	1 (1%)	
Autres	2 (1,9%)	2 (1,9%)	

**p<0,01

c) Les anti-inflammatoires

Cette classe regroupait les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes. Dans les deux SAU ils représentaient la troisième classe de médicaments en cause dans les IMV. Mais ils étaient de façon significative plus fréquents dans le SAU de la Réunion (P1 : 2,7% versus P2 : 6,2%). Dans les deux cas les AINS seuls représentaient la majorité des médicaments (P1: 83,3% versus P2: 77,8% ; p<0,01). Les corticoïdes étaient quantitativement plus importants dans les IMV au G.H.S.R.

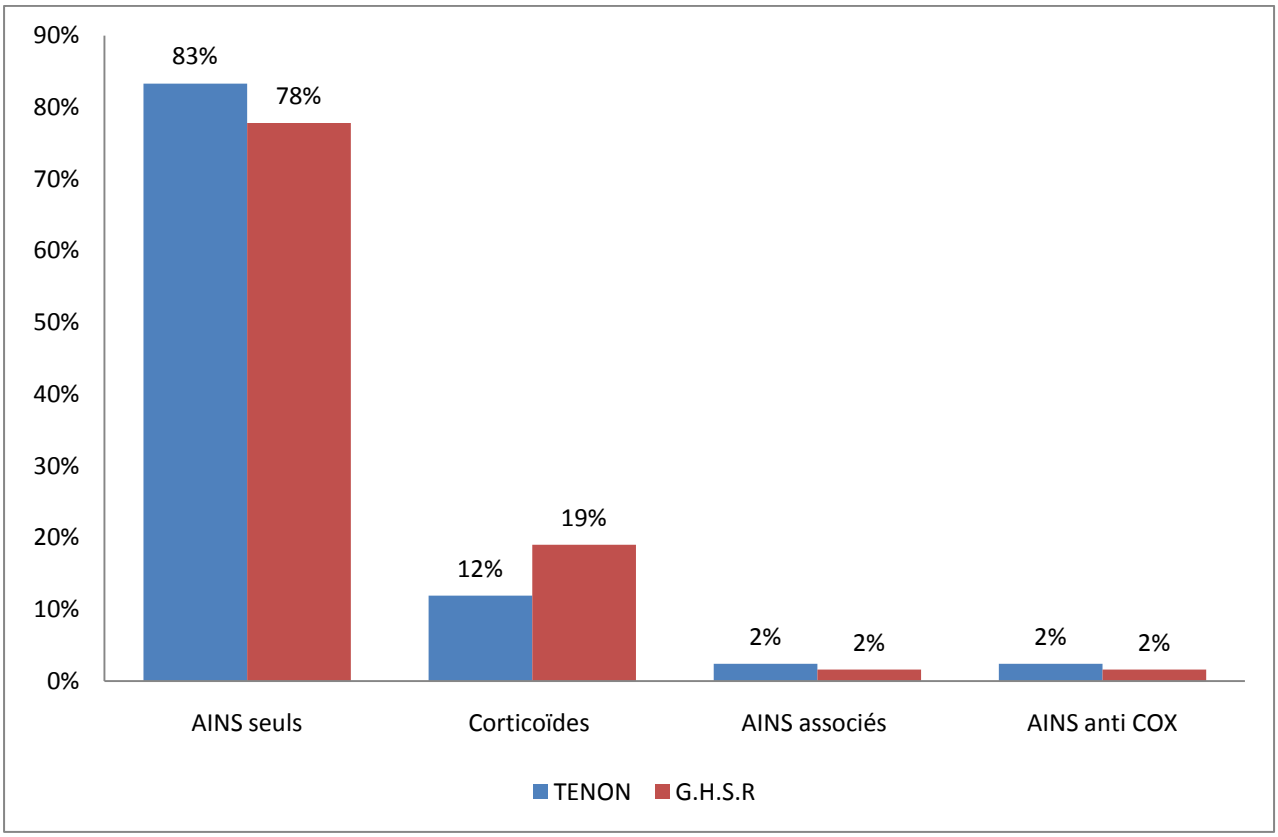


Figure 4: profil des anti-inflammatoires incriminés dans les IMV

d) Les médicaments cardio-vasculaires

Cette classe de médicaments restait très peu utilisée dans les deux SAU, mais elle était significativement plus importante dans le SAU de Saint-Pierre. On ne distinguait pas de différence dans la répartition des médicaments incriminés. Les β Bloquants étaient les médicaments les plus mentionnés dans les deux services d'urgence.

Tableau VIII : Intoxications médicamenteuses volontaires

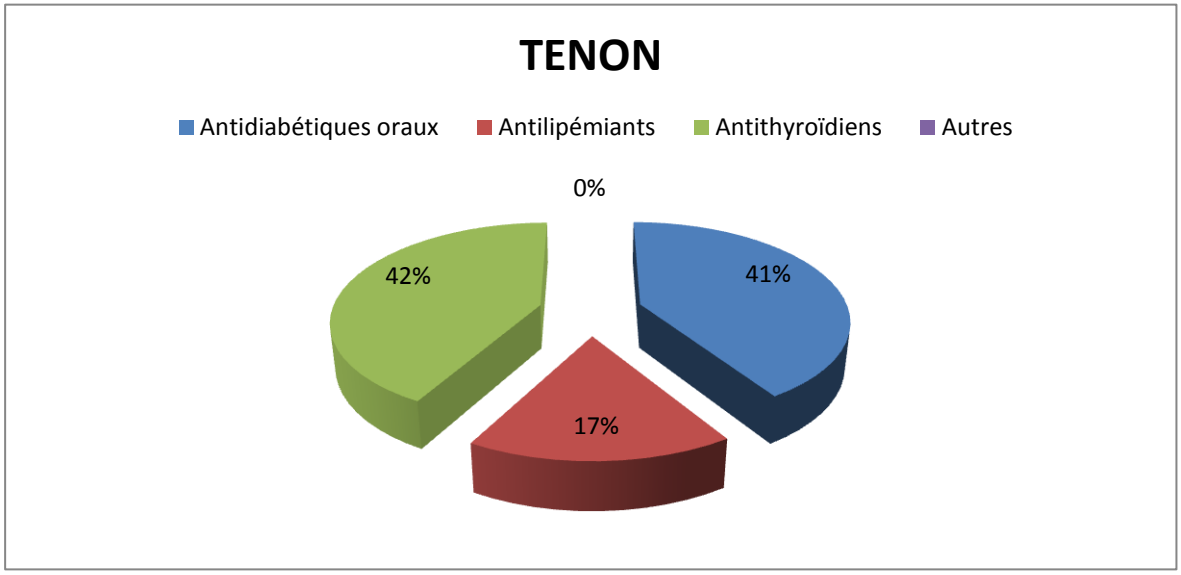
Profil qualitatif des médicaments cardio-vasculaire

	TENON	G.H.S.R	
TOTAL	29(1,9%)	52(5,2%)	**
Bêtabloquant	44,80%	25%	
Antiagrégants/Anticoagulants	10,30%	17,30%	
IEC seuls ou associés	3,40%	17,30%	
Sartans seuls ou associés	3,40%	13,50%	
Inhibiteurs calciques	3,40%	5,80%	
Diurétiques	0%	3,90%	
Anti hypertenseurs autres	17,20%	1,90%	
Veinotoniques	6,90%	1,90%	
Anti arythmique	0%	3,90%	
Digitaliques	0%	1,90%	
Vasodilatateurs	6,90%	1,90%	
Divers	3,40%	3,80%	

**p<0,01

e) Les médicaments endocrinologiques

Ces médicaments étaient utilisés dans les IMV plus fréquemment au G.H.S.R (P1: 0,8% ; P2: 2,1%, p<0,01). Il existait une différence dans la répartition de ces médicaments entre les 2 SAU. Les antidiabétiques oraux étaient significativement plus représentés au G.H.S.R qu'au SAU de Tenon (P1 : 41% ; P2 : 89%, p<0,01).



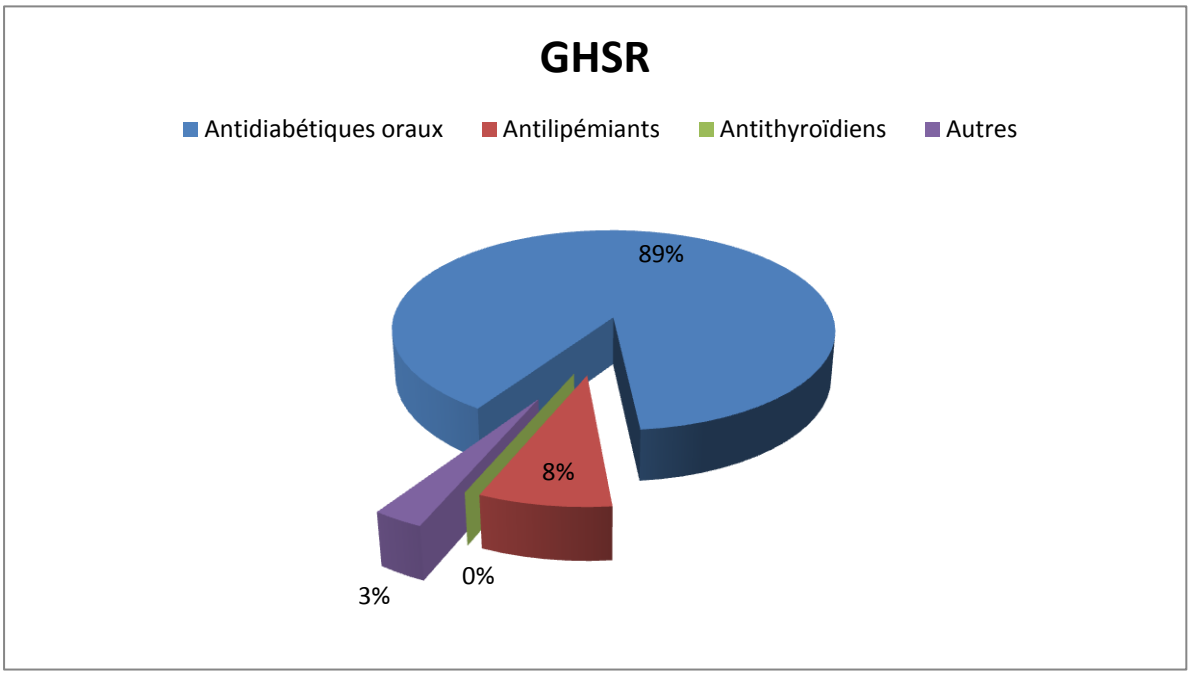
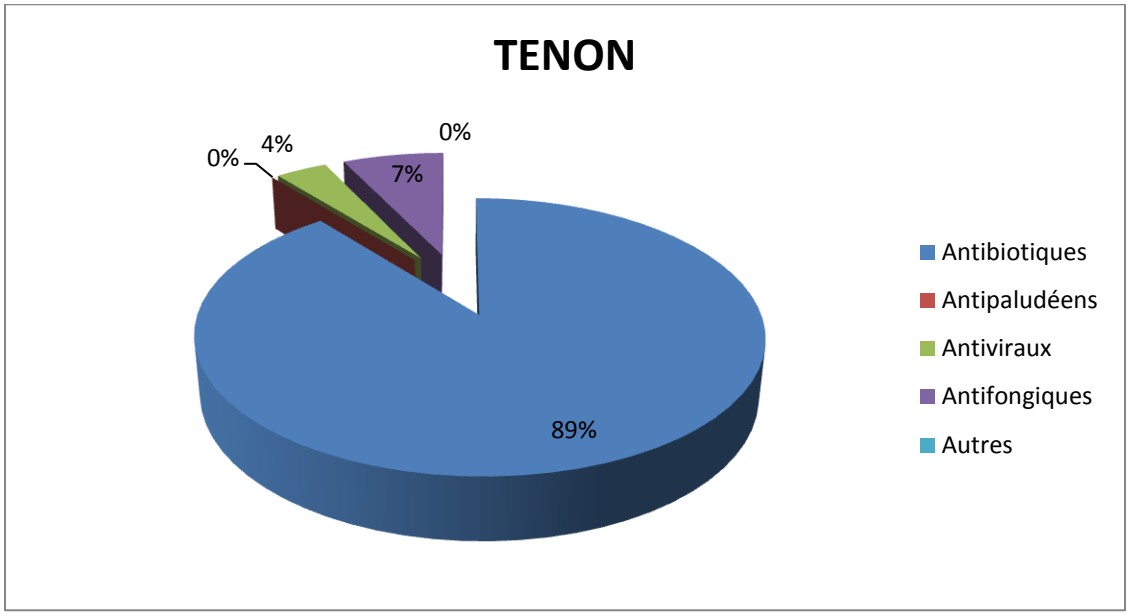


Figure 5 : Répartition qualitative des médicaments endocrinologiques

f) Les médicaments anti-infectieux

Les médicaments anti-infectieux étaient très peu utilisés dans les intoxications. A la Réunion ils étaient quantitativement plus importants (P2: 4,3% versus P1: 1,8% ; p<0,01

). Il n'y avait pas de différence significative dans le profil qualitatif des anti-infectieux, les anti-biotiques étant dans les deux centres la famille d'anti-infectieux la plus courante.



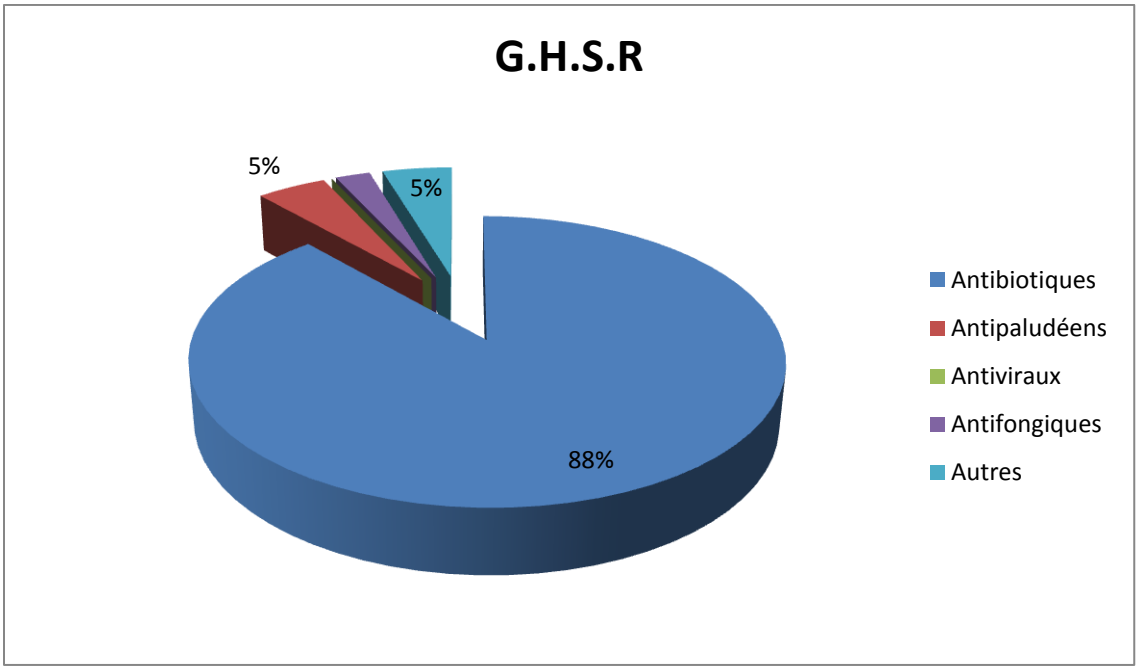


Figure 6 : Répartition qualitative des médicaments anti-infectieux dans les IMV

g) Les médicaments de la phytothérapie

Ils étaient significativement plus fréquents dans le SAU de la Réunion (3,4% versus 0,5%). Cette classe médicamenteuse hétéroclite non regroupée en principes pharmaceutique, était principalement représentée par l'Euphytose® au G.H.S.R et par la Spasmine® à Tenon.

D. Morbidité et mortalité

La mortalité était nulle dans les 2 SAU durant ces périodes d'étude. Le taux d'admission en réanimation était globalement peu élevé : 3,7% pour le SAU de Tenon et 2,1% pour Saint-Pierre.

V. DISCUSSION

A. Limites et biais de l'étude

1. Biais lié au codage

Il existe un phénomène de sous-estimation du nombre d'intoxications médicamenteuses admises aux urgences. A titre d'exemple le motif d'admission peut être différent du motif réel d'entrée aux urgences et omettre un cas d'intoxication volontaire.

2. Biais lié au recueil des données

Il existe par ailleurs un biais de déclaration: ce biais concernait les noms des médicaments, leur nombre ainsi que la prise effective d'alcool. En effet les données des dossiers se faisant à partir des déclarations des patients et de son entourage. Les dosages toxicologiques confirment ou infirment la prise de certains médicaments (benzodiazépines, antidépresseurs, alcool ….), mais ils ne permettent pas de détecter l'ensemble des substances ingérées. Dans notre étude certains médicaments n'ont pas été identifiés avec leur nom commercial, ou générique, ils ont été classés en fonction de leur propriété pharmacologique avec la mention « non précisé » (par exemple: benzodiazépine non précisée), entrainant une difficulté d'interprétation de la répartition qualitative de certaines molécules.

3. Les limites de l'étude

Notre travail présente plusieurs limites :

-Tout d'abord une limite méthodologique : liée à la difficulté de classer certaines molécules (ex : l'Aspirine® classée dans les antalgiques et non dans les antiagrégants plaquettaires), liée à la qualité des dossiers (en effet certaines molécules n'étaient pas nommées et seulement notifiées avec la mention « non précisée »). Par ailleurs nous n'avons pas pris en compte les antécédents, les récidives antérieures, les traitements des patients.

-Notre étude avait pour dénominateur commun les médicaments. Nous n'avons pas étudié l'ensemble des intoxications (produits agricoles, produits ménagers…) et par conséquent notre étude ne peut établir une photographie de l'ensemble des IMV.

- Les deux cohortes comparées étaient différentes. En effet, la population admise aux urgences de Tenon est représentative d'une population urbaine, vivant en région parisienne. Le centre hospitalier de Saint-Pierre se situe à l'intersection d'un milieu citadin et d'un monde rural. La population est différente de celle de Tenon, d'une part du fait de la localisation géographique, de la culture, de la langue parlée (le créole étant la langue la plus parlée en milieu rural à l'île de la Réunion). Notre étude ne faisait pas mention de la commune d'origine des patients, ni de leur origine. Mais l'intérêt de comparer deux populations aussi distinctes est d'analyser les différents facteurs qui interviennent dans la nature des produits utilisés dans les IMV.

- Les années de recueil des données étaient aussi différentes (2 ans), mais cette différence de temps n'était pas assez significative pour avoir une incidence sur l'évolution qualitative des médicaments.

B. Profil des suicidants

Sur l'ensemble des IMV que nous avons colligées, dans les deux centres on retrouvait une prédominance féminine, avec 1 passage à l'acte masculin pour 3 passages à l'acte féminin. Cette répartition entre hommes et femmes confirme les résultats rapportés par Lardeur et al en 1999 [5], ainsi que les conclusions des enquêtes effectuées à Grenoble [16] ou encore celles faites à la Réunion [7][15].

Le SAU de Saint-Pierre se distinguait par un âge moyen plus jeune soit 34,4 ans pour 36,6 ans à Tenon. La classe d'âge la plus représentée à Tenon était celle des 25-34 ans, alors qu'au G.H.S.R la classe dominante était celle des 15-24 ans et représentait 30% des suicidants. Ces résultats se retrouvent dans d'autres études épidémiologiques menées sur l'île qui montrent une majorité de TS chez les plus jeunes [8]. La population réunionnaise est plus jeune que celle de la métropole, en effet plus d'un tiers des habitants ont moins de 20 ans sur l'île contre 20% en métro-

pole. Par ailleurs ces résultats à la Réunion, sont superposables aux données concernant le suicide, puisque le suicide touche essentiellement les jeunes. Enfin, dans les deux services d'urgence on constate une diminution des IMV avec l'âge. La part des patients de plus de 65 ans représentaient 3,3% à Tenon et 3,2% à la Réunion.

Les récidives observées pendant les deux périodes d'étude étaient nombreuses, elles concernaient 11% des patients à Tenon et étaient un peu plus fréquentes au G.H.S.R avec 13%. La survenue des récidives était rapide puisqu'elles survenaient dans l'année même. Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Une équipe de Chambéry retrouvait 56% de récidivistes au cours de l'année [17], d'autres études rapportaient entre 42% et 47 % de récidives parmi les suicidants [4]. Cette baisse des récidives peut être consécutive aux différentes mesures prises par les pouvoirs publics. En effet , face à l'ampleur des suicides en France , une stratégie nationale d'action face au suicide a été mise en place à partir de l'année 2000, qui se déclinait selon 4 axes principaux : l'amélioration de la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires, la diminution de l'accès aux moyens létaux, l'amélioration de la connaissance épidémiologique, l'amélioration de la prise en charge par le biais de recommandations élaborées en 1998 par l'ANAES (Prise en charge hospitalière des personnes après une tentative de suicide)[18], mais aussi par la création d'unités spécialisées afin d'améliorer la prise en charge des suicidants [19].

Par ailleurs, l'association d'alcool est fréquente. A Tenon elle concerne 30% des patients pour 24% à la Réunion. Les données concernant Tenon se retrouvent dans la plupart des données de la littérature, en effet la prise concomitante d'alcool en métropole est évaluée par certains auteurs entre 25 et 35% [16][20]. Pour certains auteurs, l'alcool apparait comme un inducteur et un facilitateur du passage à l'acte. L'intoxication alcoolique aigüe peut lever l'inhibition et diminuer la portée du geste. L'effet potentialisateur de l'alcool sur les médicaments est par ailleurs recherché [17].

C. Profil des médicaments utilisés

Même si la majorité des intoxications était mono-médicamenteuse, la liste des médicaments ingérés était très variée. Certes, certaines classes de médicaments étaient majoritaires dans notre étude (psychotropes, antalgiques), mais beaucoup de médicaments divers étaient utilisés tels que les antitussifs, les médicaments de la phytothérapie, les antispasmodiques….

1. Les principaux médicaments incriminés : les psychotropes

a) Aspect quantitatif

Les psychotropes représentent la première cause d'intoxication volontaire en France. Leur utilisation dans les intoxications présente une grande stabilité dans le temps : 70 à 80% des médicaments en cause, que ce soit à travers l'activité d'un SMUR[16][21], d'un service d'aide médical d'urgence [20][22], d'un centre antipoison [23][24]. A la Réunion ils représentent aussi la première classe de médicaments utilisés dans les IMV, mais de façon quantitativement moins importante.

La proportion élevée des psychotropes en France métropolitaine reflète les particularités des patients inclus et la forte consommation française pour cette classe thérapeutique. En effet la France est le plus grand consommateur de psychotropes parmi l'ensemble des pays Européens [25] (ANNEXE 9). Une enquête menée en population générale par la caisse d'assurance maladie en 2000 a montré que la prévalence de la consommation des psychotropes s'élevait à environ 25% en population générale. Les psychotropes figuraient au deuxième rang des médicaments les plus vendus en officine entre 1994 et 2004. Parmi les psychotropes les anxiolytiques représentaient la première classe (17,4% soit plus d'une personne sur 6). Au deuxième rang on retrouvait les antidépresseurs. Le sex ratio montrait une prédominance féminine, qui concernait tout particulièrement les antidépresseurs. Par ailleurs les remboursements uniques, qui devraient être la règle pour les anxiolytiques et les hypnotiques, concernaient seulement deux personnes sur cinq. Au moins 40% des bénéficiaires ont eu quatre remboursements et plus dans l'année 2000, ce qui est en contradiction avec les recommandations médicales. Dans 90% des cas les prescriptions étaient faites par un médecin généraliste. La fréquence des prescriptions faites par un psychiatre variait selon la classe thérapeutique (9,5% pour les anxiolytiques à

48,7% pour les sels de lithium)[26]. Parallèlement la relation médicament ingérés dans les IMV et médicament prescrit a été clairement établie. On estime que dans 70 à 80% des cas le patient avait absorbé les médicaments que lui avait prescrits son médecin traitant (51%) ou son psychiatre (32%) [4]. Cette situation témoigne d'une ouverture manifeste des médecins généralistes aux questions de santé mentale mais comporte un certains nombres de risques : Risques liés au défaut de diagnostic spécialisé, face à des pathologies dont l'identification est parfois difficile à faire. Risques liés aux modalités d'emploi de médicaments et d'installation d'un traitement chronique, faute de pouvoir traiter les causes des troubles. Afin d'améliorer la consommation et la prescription des psychotropes en France, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a établit un certains nombres de recommandations qui s'articulent en partie autours de l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes en matière de prescription encore trop dépendante de l'industrie pharmaceutique [25].(Annexe 10)

Si l'utilisation des psychotropes est aussi courante dans les IMV, cela est aussi lié à la particularité des patients. En effet, l'étude d'une population de suicidants à Angers en 2004 retrouvait un suivit psychiatrique chez 44% des patients[27]. Une étude réalisée à l'unité d'hospitalisation de courte durée du SAU de Grenoble montrait que sur 145 suicidants, 115 bénéficiaient d'un traitement par psychotrope [28]. L'étude GETSSU a montré que parmi les antécédents psychiatriques on retrouvait chez 41% des suicidants des troubles de l'humeur, 18% des troubles névrotiques, 8% des troubles de la personnalité [22]. A l'île de la Réunion, une étude réalisée à la fin des années 80 a montré que près de 70% des actes suicidaires étaient considérés comme l'expression d'un trouble mental [29].

Aucune publication concernant la consommation des psychotropes et l'usage des prescriptions à la Réunion n'a été réalisée. Les seules données proviennent de la CPAM et concernent les taux de remboursement par année. Ces données ne sont par ailleurs utilisables que depuis 2005, année d'uniformisation de la carte vitale pour l'ensemble des bénéficiaires de la sécurité sociale.

Cependant certaines études permettent d'évaluer l'usage et la consommation des psychotropes au sein de la population réunionnaise. Ainsi selon l'enquête ESCAPAD (Enquête Santé et

Consommation au cours de l'Appel de Préparation à la Défense) réalisée en interrogeant tous les jeunes passant leur journée de préparation à la défense, plus d'un quart des jeunes Réunionnais déclare avoir déjà pris des médicaments psychotropes au cours de leur vie, les filles nettement plus souvent que les garçons. Cet écart se retrouve pour les usages plus fréquents comme l'usage régulier , qui concerne moins de 2% des jeunes , ou l'usage quotidien (1%), ces chiffres étant en dessous de la moyenne nationale puisque 3,1% des jeunes en France déclarent avoir un usage quotidien et 1,9% un usage régulier, avec en France aussi une prédominance féminine [30].

La Réunion se distingue de la Métropole par une consommation de médicaments psychotropes détournés relativement importante de plus en plus répandue chez les jeunes entre 15 et 25 ans. Selon l'étude TREND (Tendance Régionale Et Nouvelles Drogues) le Rivotril® est devenu le nouveau produit phare, détrônant l'usage de l'Artane® et du Rohypnol®, alors qu'en Métropole son usage touche plutôt un public d'usagers très marginalisés, vivant dans des conditions de vie très précaires [31]. Son apparition dans la consommation locale de substances psychoactives est notée depuis 1999, année à partir de laquelle le rythme de croissance de ses ventes ont doublé passant de 204 gr en 1998 à 406 en 2001 [32](Annexe 11). L'accessibilité au Rivotril®, soumis en principe à une prescription médicale, serait facile d'après les jeunes usagers de manière licite ou illicite. Pour certains il peut s'agir d'ordonnances attribués à un proche et détournés, ou d'une prescription « complaisante » ou « non mesurée » du médecin de famille qui a vu grandir le jeune et s'est laissé duper. Certains usagers se faisant passer pour de vrais épileptiques exerceraient un chantage sur des médecins généralistes. Un autre usage d'indication inapproprié a perduré jusqu'aux conférences de consensus sur l'île : ce produit était prescrit à doses dégressives, comme d'autres benzodiazépines, pendant au moins 10 jours à la sortie d'une cure de sevrage alcoolique à l'hôpital. Actuellement cette prescription est limitée à 7 jours. Une troisième indication semble persister, il s'agit de la prescription de Rivotril® comme somnifère chez des personnes sans pathologie particulière [26]. La diffusion semble parallèle à la diminution de l'usage du Rohypnol® depuis 2001 [33][34]. Dans notre étude on constatait que le Rivotril® était plus utilisé à la Réunion, mais ces résultats étaient très approximatifs et peuvent être revus à la hausse puisque parmi les benzodiazépines 15% n'ont pas été identifié à la Réunion.

Par ailleurs, selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) la prévalence de certains troubles mentaux est moins importante à l'île de la Réunion qu'en Métropole. Les troubles anxieux sont les troubles les plus répandus dans la population, parmi eux l'anxiété généralisée concerne 13% de la population interrogée en Métropole et 10% à la Réunion. Les troubles dépressifs arrivent en seconde position : 11% des personnes interrogées présentaient un épisode dépressif en Métropole et 10% à la Réunion. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs était plus importante à la Réunion et concernait 6,7% des personnes pour 5,6% en France métropolitaine. On note par ailleurs, une prédominance féminine pour l'ensemble de ces troubles [35].

En analysant la consommation des psychotropes par tranches d'âge, on constate son augmentation avec l'âge, passant pour les antidépresseurs de 6,6% entre 18 et 25 ans à 11,3% chez les plus de 55 ans et de 9,3% à 22,6% pour les tranquillisants et les somnifères[36]. Les résultats de cette analyse vont dans le sens des conclusions de l'étude évaluant la population de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie ayant été remboursés de médicaments psychotropes en France métropolitaine en 2000 [26]. Cependant, cette progression n'était pas constatée en 1994 par Edouard Zarifian. Il retrouvait une nette prédominance des consommateurs d'antidépresseurs parmi les 40-54 ans (30,9%) et une faible variation des prescriptions d'hypnotiques avec l'âge [37]. Ces constations peuvent en partie nous aider à comprendre pourquoi les psychotropes étaient moins utilisés au G.H.S.R. En effet, comme nous l'avions précédemment cité, les patients étaient plus jeunes dans le SAU de la Réunion, et donc moins susceptibles de consommer des psychotropes.

b) Aspect qualitatif

On constate depuis une trentaine d'année en France métropolitaine une évolution dans le profil des médicaments psychotropes utilisés dans les IMV. Il semble que la Réunion ait suivi une évolution semblable.

La découverte au début des années 1960 des benzodiazépines et leur développement considérable dans les classes thérapeutiques des hypnotiques et des tranquillisants ont transformé la

morbidité et la mortalité des IMV par leur grande sécurité à dose massive. Leur percée au cours du temps a supplanté la prédominance des barbituriques dans les IMV [38].

En effet dans les années soixante, l'intoxication barbiturique était le mode d'intoxication volontaire médicamenteuse le plus répandu, responsable de 2% de mortalité par coma et dépression respiratoire en 1969 [39]. En 1982 ils occupaient que 23,2% des intoxications[40]et seulement 1% dans l'étude de Jouglard [24]. Actuellement le phénobarbital est le barbiturique le plus souvent retrouvé, s'intégrant dans un traitement anti-épileptique.

Parallèlement l'usage des benzodiazépines a augmenté passant de 23% des intoxications entre 1981-1982 à 67,2% entre 1992-1993 [38]. En revanche, il semble que leur fréquence soit en légère diminution. Staikowsky et al. ont observé une diminution de l'usage des benzodiazépines entre 1992 et 2002 passant de 67% à 55% [5]. Cette baisse étant probablement liée au développement des nouvelles molécules telles que les apparentés aux benzodiazépines et les Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine.

Dans notre étude le bromazépam était la molécule la plus utilisée parmi les benzodiazépines. Nos résultats sont identiques à ceux retrouvés dans la littérature. En effet le bromazépam est la benzodiazépine la plus souvent citée que ce soit à partir des données des centres antipoison [23] ou des services d'urgence [20].

On constate cependant que certaines benzodiazépines comme le flunitrazépam ont presque disparu. Dans les années 90, cette molécule était souvent retrouvée dans les cas d'intoxications. Une étude comparative des molécules utilisées dans les IMV a montré la quasi disparition de l'usage du flunitrazépam entre 1991-1992 et 2001-2002 [41]. En effet, en raison du risque d'abus et d'usage détournée par les toxicomanes et de son implication dans des situations de soumission chimique, le Rohypnol® 1mg a fait l'objet de mesures spécifiques: restriction d'indication thérapeutique aux « troubles sévères du sommeil » en 1996, modification de la formule en 1998, réduction de la taille du conditionnement en Février 1999 avec suppression des boîtes de 20 comprimés remplacées par des boîtes de 14 et 7 comprimés. Ces décisions ont eu pour résultat une diminution très sensible de la consommation du Rohypnol® 1mg qui a diminué de 40% entre 1997 et 1999. Puis en février 2001, les spécialités à base du flunitrazépam

ont été inscrites aux tableaux des stupéfiants avec prescription sur ordonnance sécurisée avec durée limitée de 14 jours et délivrance fractionnée de 7 jours. Ces conditions ont eu pour conséquences des prescriptions moins nombreuses et une plus grande difficulté de falsification des ordonnances. A la Réunion aussi, les ventes de Rohypnol® ont considérablement chuté à partir de 2001 avec une baisse de 72% de la vente de cette molécule par rapport à 2000 [33]. D'autres benzodiazépines ont aussi été concernées par des restrictions de prescription. Le Lysanxia® 40 mg a été déremboursé en 1998 du fait de prescriptions à des posologies supérieures à la posologie maximale de l'autorisation de mise sur le marché et en 2003, le Tranxène® 50 mg été ajouté à la liste des stupéfiants.

On constate dans notre étude que le Xanax® était la deuxième benzodiazépine la plus utilisée dans les IMV. Elle est aussi l'une des benzodiazépines les plus rencontrées dans les intoxications enregistrées par les centres antipoison en 2006 alors que dans les années 1990-1991 elle était moins fréquente que d'autres molécules telles que le Tranxène®, le Lysanxia®[20]. Cette molécule, comme le bromazépam, n'a pas encore fait l'objet de modifications et a pris de l'importance au cours du temps.

Par ailleurs, le développement de l'usage des benzodiazépines a entrainé une forte modification de la morbimortalité des intoxications médicamenteuse volontaires. La toxicité respiratoire et hémodynamique des ingestions massives de benzodiazépines est en effet beaucoup moins importante comparée aux intoxications barbituriques. Victimes de leur propre succès, certaines benzodiazépines ont vu leur usage suspendu, leur prescription modifiée, leur consommation diminuée, pour laisser leur place aux nouvelles molécules comme les apparentés aux benzodiazépines et les antidépresseurs.

Il semble depuis quelques années se dessiner en Europe, avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) un phénomène analogue à celui que nous avons connu avec les benzodiazépines dans les années 70. Dans les années 1990 à 1994, les ISRS ont eu une croissance de 5% par an, et plus précisément par la commercialisation de la fluoxétine dont le coefficient de croissance était extrêmement élevé (de l'ordre de 28%) [42]. Parallèlement à l'augmentation de la vente des ISRS, la vente des tricycliques diminuaient. Entre 1993 et 2003 les ventes en valeur des antidépresseurs en officine ont progressé en moyenne de 9% [25]. La

meilleure tolérance de ces produits, la réduction des effets secondaires par rapport aux tricycliques a facilité leur utilisation en médecine générale et un élargissement de la gamme d'indications thérapeutiques associés, avec un effet probable de substitution aux anxiolytiques et hypnotiques.

Ainsi, dans notre étude on constatait que dans les deux services d'urgence, les ISRS représentaient la famille d'antidépresseurs la plus utilisée dans les IMV. La part des tricycliques concernaient 15% des IMV à Tenon et seulement 1,9% à la Réunion. Une étude réalisée en Seine-Saint-Denis montrait une baisse significative des intoxications aux antidépresseurs tricycliques entre 1994-1995 et 1999-2000. Parallèlement le nombre d'intoxications aux autres antidépresseurs (ISRS, Imipraminiques) augmentaient de 11% [43].

Par ailleurs, au sein des ISRS on constatait une répartition différente des antidépresseurs entre le SAU de la Réunion et celui de Tenon. A Tenon, la paroxétine et la fluoxétine étaient les 2 ISRS les plus utilisés. Au SAU de la Réunion, on retrouvait la sertraline, la paroxétine alors que la fluoxétine n'était présente que dans 4% des cas. Dans l'étude comparative des médicaments utilisés dans les IMV réalisée par Staikowsky et al. en 1991-1992 la fluoxétine était l'antidépresseur le plus cité alors qu'en 2001-2002 il s'agissait de la paroxétine [5].

Pour certains auteurs, il apparait que le profil évolutif des médicaments psychotropes utilisés dans les IMV est superposable à l'évolution des prescriptions pour cette classe thérapeutique [17][41]. Les données concernant les ventes des psychotropes à la Réunion n'ont pas fait l'objet de publications spécifiques, mais il semble que la Réunion suive la même évolution qu'en France Métropolitaine, avec une utilisation croissante des antidépresseurs.

2. Les intoxications par les antalgiques

Les antalgiques représentaient la deuxième classe de médicaments incriminés dans les IMV. Ces intoxications étaient essentiellement liées à l'utilisation du paracétamol seul ou en association.

a) Le paracétamol

Le paracétamol est une molécule présente dans diverses spécialités, qu'elle soit seule (Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®…), ou en association (Propofan®, Ixprim®..). Ses indications sont à la fois à visée antalgique et antipyrétique. De plus, c'est une molécule très accessible car à la fois disponible sur ordonnance et accessible en vente libre pour le paracétamol seul. Sa grande accessibilité, ses indications diverses, son apparente innocuité pour le grand public en fait actuellement la molécule la plus vendue en officine, que ce soit à la Réunion (Annexe 12) ou en métropole [44]. Dépourvu d'effets secondaires à dose thérapeutique, le paracétamol possède à dose massive une toxicité hépatique dose-dépendante pouvant conduire au décès. Parallèlement c'est l'une des molécules les plus utilisées dans les IMV et dont la prise en charge est bien codifiée sous réserve de la possibilité de doser la paracétamolémie, de la prise en compte des limites du nomogramme et de l'administration dans les 10 heures de la N-acétylcystéine [45]. Pour certains auteurs, sa fréquence d'utilisation dans les IMV est stable en France depuis une vingtaine d'années, variant de 5% à 7% [20][43]. Une étude réalisée en 2006 par les centres antipoison montrait que le paracétamol était la molécule la plus impliquée dans les intoxications volontaires (9,8% des cas) devant le bromazépam [23]. En Angleterre le paracétamol était le toxique le plus fréquemment retrouvé dans les intoxications médicamenteuses au cours de l'année 2000[46] . Devant l'importance et la gravité de ces intoxications la législation britannique a limité le conditionnement du paracétamol à huit grammes par boîtes dans les supermarchés et à seize grammes en pharmacie [47]. Cette décision de santé publique a eu pour conséquences une baisse de 15% du nombre d'IMV non mortelles ainsi qu'une baisse de 7% du nombre moyen de comprimés pris dans les IMV [48].

A la Réunion, l'évolution de l'usage du paracétamol semble plus récente. En effet, deux études réalisées à la fin des années 80, montrent que les médicaments les plus utilisés dans les IMV appartenaient aux familles des psychotropes puis des anti-inflammatoires et le paracétamol n'était pas mentionné [8][29].

b) Intoxications par les dérivés morphiniques

Le Subutex® (buprénorphine haut dosage, BHD) et la méthadone® sont deux opiacés de synthèse dont l'indication principale est le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Les règles de prescription sont différentes pour ces deux produits (la méthadone est classée comme stupéfiant avec une durée maximale de prescription de 14 jours – versus 28 jours pour la BHD), par leur présentation différente (sirop pour la méthadone et comprimé sublingual pour le Subutex®) et par leur modalité d'accès différentes (la méthadone® est initiée uniquement par des médecins exerçant en CSST(Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) ou en milieu hospitalier depuis 2002, alors qu'une initialisation de prescription est possible par tout médecin pour le Subutex®)

La diffusion, au milieu des années 1990, des stratégies de substitution a considérablement modifié l'incidence et la nature des intoxications opiacées. Le principe de la substitution a été décidé en France dès 1973 mais ce n'est que 23 ans plus tard, sous la pression, des événements dont le sida, la résurgence de la tuberculose, la dégradation des conditions de vie des toxicomanes qu'il a été mis en place réellement. En 1995, le Subutex® a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans un cadre de prescription large qui faisait suite plus de 20 ans après à celle restrictive de la Méthadone®. Les produits de substitution de la toxicomanie visent à stabiliser la consommation de drogues illicites, à diminuer l'utilisation de la voie d'administration intraveineuse source de contamination infectieuse, à favoriser l'insertion du toxicomane dans de processus thérapeutiques et sociaux et, in fine, à élaborer une vie sans dépendance. L'effet sur la mortalité des intoxications opiacées n'était pas à priori un effet prioritairement recherché dans cette politique de substitution. Pourtant, le nombre d'overdoses par injection intraveineuse d'héroïne a rapidement diminué. En 1994-95 les overdoses étaient responsables de 105 interventions des SMUR et d'une vingtaine de décès en Seine-Saint-Denis, en 1999-2000 elles ne représentaient plus que 20 interventions et deux décès [49]. Parallèlement sont apparues des intoxications par la Méthadone® et le Subutex®, ainsi qu'un trafic de ces produits exposant aux risques d'intoxications aigües. Les mésusages concernent essentiellement le Subutex® pris sous forme d'injection, sniff ou plus marginalement par la voie fumée.

Le traitement de substitution par les opiacées reste très peu répandu à l'île de la Réunion. On estime à la Réunion qu'il y a entre 130 et 150 patients traités par Subutex® et une trentaine de patients sous méthadone contre 100 000 personnes en France métropolitaine (les 2 traitements confondus). La création en 2002 du premier CSST, a été concomitante de la baisse de la consommation de Subutex®. Actuellement on constate sur l'île une hausse des ventes de ces 2 produits, mais dont les chiffres restent très en dessous de la Métropole [32]. Il existe aussi un usage détourné de ces substances mais qui concernent principalement le Subutex®. Cet usage restant restreint.

3. Les médicaments cardio-vasculaires

En France métropolitaine, les médicaments à visée cardiovasculaire représentent, avec ceux de l'appareil respiratoire, la deuxième classe pharmaceutique la plus consommée, derrière les médicaments du système nerveux central [50]. Les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont, avec les vasodilatateurs, les têtes de file de la classe de ces médicaments. Cependant l'incidence des intoxications aigües aux médicaments cardiovasculaires reçues dans les services d'urgence est faible et estimée à 2% , ces chiffres étant plus élevés dans les services de réanimation, se situant autours de 2% et 4% des intoxications médicamenteuses [38]. Les intoxications aux médicaments à visée cardio-vasculaire, si elles ne représentent qu'un très faible pourcentage des intoxications, sont celles dont la mortalité directement imputable est la plus importante. A titre d'exemple les inhibiteurs calciques sont à l'origine aux Etats-Unis de la première cause de mort par cardiotoxiques [51]. L'aspect qualitatif des médicaments incriminés dans les IMV respecte celui de leur vente, les bétabloquants étant les molécules les plus souvent retrouvés au cours des intoxications.

L'aspect qualitatif des médicaments cardiovasculaires est identique à la Réunion, mais cette classe de médicaments est nettement plus utilisée dans les IMV. Cette évolution apparait comme brutale et contemporaine de l'émergence des maladies dites de la civilisation, puisque dans les années 1980, les études menées sur les intoxications médicamenteuses ne faisaient mention de ces médicaments. La pathologie cardio-vasculaire est plus grave à la Réunion (âge

jeune, atteinte poly artérielle, multiples complications, nombreux facteurs de risques), avec une mortalité au stade aigue de l'infarctus et de l'AVC plus élevée à la Réunion à âge égal. L'hypertension artérielle est plus fréquente à l'île de la Réunion qu'en France métropolitaine. Les maladies hypertensives sont en effet responsables d'un taux comparatif de mortalité égal à 27,6 pour la Réunion, les deux sexes confondus, contre 10,8 en métropole sur la période 1988 à 1992. De même la morbi mortalité lié aux accidents vasculaires cérébraux semblent être plus graves . En 2005 la première cause de mortalité en Métropole était liée aux cancers, alors qu'à la Réunion les maladies cardio-vasculaires étaient toujours la première cause [11].

4. Intoxications par les antidiabétiques oraux

Il existe plusieurs familles d'antidiabétiques oraux : les biguanides, les sulfamides hypoglycémiants, les glinides, thiazolidiones et les inhibiteurs des alpha glucosidase. Parmi les biguanides la seule molécule actuellement disponible est la Metformine®. Les intoxications par biguanides entrainent des acidoses lactiques le plus souvent dans un contexte d'insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique ou d'intoxication alcoolique associée. L'hypoglycémie sévère est le risque majeur des intoxications aux sulfamides hypoglycémiants [52] .

La situation du diabète à la Réunion, comme celle des autres départements ou territoire français d'outre-mer, prend une ampleur plus inquiétante qu'en Métropole. L'étude Réunion-diabète (REDIA) qui a mesuré la prévalence du diabète, montrait que 11,2% des Réunionnais de 30 à 69 ans déclaraient l'existence d'un diabète, soit une prévalence du diabète connu près de 4 fois plus élevée qu'en métropole (prévalence estimée à environ 3% en métropole). Le nombre de personnes diabétiques (de type 2) traitées pharmacologiquement a été estimée à environ 29 600 en 2002 et plus de 7 diabétiques traités sur 10 l'étaient uniquement par antidiabétiques oraux. A la Réunion, la prévalence du diabète traité était 1,8 fois supérieure à celle de la métropole en 2002, selon les données de remboursement des caisses d'assurance maladie : 9,3% pour la Réunion contre 5,3% en métropole [53]. Selon l'étude REDIA l'accroissement du diabète de type 2 est très rapide dans les sociétés en transition, à l'exemple de la Réunion. La prévalence du diabète de type 2 avait ainsi doublé en 10 ans sur l'île [53].

5. Les anti-infectieux

L'usage des anti-infectieux dans les intoxications volontaires était plus fréquent dans le SAU de la Réunion. Elle concernait essentiellement les antibiotiques (89%), représentait majoritairement par les pénicillines, alors que les antipaludéens étaient très peu mentionnés (4,6%). Les anti-infectieux sont très peu utilisés en France métropolitaine, ils représentaient moins de 2% des intoxications dans notre étude.

L'usage des antibiotiques est ancien à la Réunion. A la fin des années 80, une étude montrait que les antibiotiques représentaient la deuxième classe de médicaments incriminés dans les intoxications [29]. Actuellement, les antibiotiques sont moins utilisés. Depuis la départementalisation, la Réunion a connu une révolution sanitaire, laissant de plus en plus la place aux nouvelles maladies dite de « civilisation ». Le paludisme, omniprésent dans les années 1950 (4 décès sur 10) a officiellement été éradiqué depuis 1979. Il s'agit de nos jours essentiellement d'un paludisme d'importation. En 2005, les pathologies infectieuses ne représentaient que 2% des décès. Par ailleurs, la Réunion est nettement moins touchée par le VIH que la Métropole. Chaque année environ 35 nouveaux cas sont découverts sur l'île [10] .

Contrairement à la Réunion, l'utilisation des antipaludéens et surtout de la chloroquine est plus répandue dans les pays de l'hémisphère sud en particulier en Afrique et en Asie [54] .

6. Les médicaments de la phytothérapie

La phytothérapie, étymologiquement le traitement par les plantes, est une méthode thérapeutique qui utilise l'action des plantes médicinales. La prise de plantes médicinales peut se faire sous différents types. Il peut s'agir de gélules, de comprimés, d'infusions, de teintures, d'extraits, de plantes brutes ou de différentes formes y compris des lavements ou d'applications sous forme de cataplasme. L'intérêt pour la phytothérapie a nettement augmenté depuis une vingtaine d'années. Les plantes médicinales paraissent inoffensives et sont considérées par la population comme « une médecine douce » qui est opposée à une « médecine chimique » que

constituent les médicaments synthétiques. La réglementation de la vente de ses produits s'est renforcée suite à des rapports de cas de toxicités de certaines espèces ou d'effets indésirables attribués aux plantes médicinales. Dès 1992 l'AFSSAPS alerte sur la toxicité hépatique de plantes telles que la germandrée petit- chêne aboutissant à son retrait du marché français. L'utilisation des médicaments de la phytothérapie dans les IMV reste anecdotique en France métropolitaine, comme le montre notre étude. A la Réunion, ces médicaments sont plus souvent retrouvés dans les IMV. L'usage des plantes médicinales est une pratique traditionnelle encore très ancrée sur l'île. La phytothérapie en est une version moderne, témoin de l'adaptation progressive de cette île à la médecine moderne. Même si les cas d'IMV par médicaments issus de la phytothérapie restent peu fréquents, l'engouement croissant de la population pour ce type de traitement peut faire suggérer une augmentation de leur utilisation dans les intoxications pour les années à venir, en particulier à la Réunion. Il est important de recenser ces cas d'intoxications afin de mieux appréhender leurs effets toxiques potentiels. Des cas d'hépatotoxicité par des préparations à base d'herbes médicinales sont décrits dans la littérature. A titre d'exemple, plusieurs cas d'atteintes hépatiques ont été rapportés chez des patients prenant des préparations (en particulier sous forme de comprimés) d'herbes médicinales à base de scutellaire pour soulager le stress. Ces préparations contenaient également d'autres composés végétaux dont de la valériane [55]. Une enquête britannique a confirmé l'existence de cas d'atteinte hépatique chez des malades recevant de la scutellaire [56]. D'autres plantes, comme le Millepertuis (*Hypericum Perforatum*), sont connues pour leurs interactions médicamenteuses ou le *Ginko Biloba* qui favorise les saignements en altérant les fonctions plaquettaires [57] .

VI. Conclusion

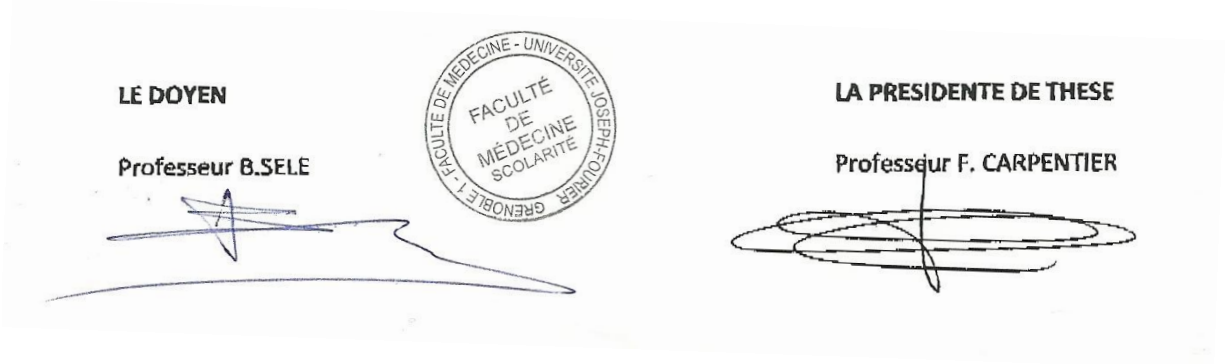
Les médicaments incriminés dans les intoxications médicamenteuses volontaires sont le reflet des prescriptions mais aussi de l'état de santé d'une population donnée. En effet, à travers cette étude comparative des IMV entre le SAU de Tenon (Paris XXème) et celui de Saint-Pierre (île de la Réunion), des différences régionales sont apparues. Les médicaments cardio-vasculaires, endocrinologiques, sont plus utilisés à l'île de la Réunion du fait d'une incidence plus élevée des maladies cardio-vasculaires et du diabète sur cette île. Les médicaments issus de la phytothérapie, adaptation moderne de la médecine traditionnelle par les plantes, sont aussi plus fréquents sur cette île où persiste encore l'usage des traditions par le biais de la « tisanerie ». Située à un carrefour entre modernité et tradition, la Réunion a su s'adapter depuis la départementalisation. En effet, comme en France métropolitaine, les psychotropes représentent la première classe de médicaments utilisés à des fins d'autolyse. Depuis leur découverte en 1970 les benzodiazépines ont supplanté l'usage des barbituriques et sont devenues les molécules les plus fréquentes dans les IMV. Le bromazépam représente la première molécule utilisée dans les IMV, alors que certaines molécules comme le flunitrazépam, ont vu leur usage disparaitre du fait d'un mésusage ayant nécessité des restrictions de prescriptions. Une attention toute particulière doit être porté au Rivotril® sur l'île de la Réunion, qui connait depuis quelques années un phénomène d'usage détourné de cette molécule parmi les plus jeunes, avec pour conséquence, des intoxications volontaires plus fréquentes, comme nous le constatons dans notre étude. Par ailleurs, une évolution identique à celle des benzodiazépines semble se dessiner avec les antidépresseurs depuis la mise sur le marché des ISRS, dont la croissance des ventes parmi les médicaments psychotropes est la plus importante. Parallèlement on a vu l'usage des antidépresseurs dans les tentatives d'autolyse augmenter dans le temps. Du fait certainement d'une population plus jeune à la Réunion, les antidépresseurs étaient moins fréquents dans le SAU de Saint-Pierre, mais les ISRS représentaient les molécules les plus utilisées. La seconde

classe de médicaments en cause dans les IMV sont les antalgiques avec en tête de file le paracétamol certainement du fait de sa grande accessibilité. En effet en métropole et à la Réunion, les spécialités à base de paracétamol sont parmi les molécules les plus vendues en officine. Les dérivés morphiniques, représentés par les antalgiques majeurs et les produits de substitution à l'héroïne étaient moins fréquents dans le SAU de Saint-Pierre, en partie lié au fait que l'usage des opiacés de synthèse soit très peu répandu sur cette île, où l'utilisation de l'héroïne reste anecdotique.

La connaissance épidémiologique des médicaments incriminés est indispensable pour adapter les connaissances en toxicologie et en termes de mesures de santé publique. Enfin, la mise en place d'un système de recueil prospectif des intoxications volontaires serait utile afin de mesurer avec plus de précision toutes les intoxications, qu'elles soient médicamenteuses ou autres et de mieux évaluer les mesures prises par les autorités. A titre d'exemple, ce système pourrait constituer l'architecture d'un futur centre Antipoison à la Réunion et à l'échelle nationale par la création d'un Registre national des IMV.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le



REFERENCES

1. LAMBERT H, MANEL J, BELLOU A, EL KOUCH S. Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aigües en France. La Revue du Praticien. 1997; 47: 716-20.

2. MOUQUET M C, BELLAMY V. Suicides et tentatives de suicide en France. Etudes et Résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques(DRESS) mai 2006. N°488

3. SAVIUC P, BEDRY R, FLESCH F. Epidémiologie des intoxications médicamenteuses volontaires. Médecine Thérapeutique. 1999; 5: 45-8.

4. LARDEUR J, COMPAIN C, BAUDIER D, BAUDIER A. Régulation et prise en charge des intoxications volontaires par un service d'aide médicale d'urgence. La Presse Médicale. 2001; 30: 626-30.

5. STAIKOWSKY F, THEIL F, CANDELA S. Evolution des médicaments utilisés dans les intoxications médicamenteuses volontaires examinées aux urgences. La Presse médicale. 2005; 34: 842-6

6. THEIL F. Evolution qualitative des médicaments incriminés dans les intoxications médicamenteuses sur une période de 10 ans. Créteil (Paris XII). 64 pages. 2007. (Thèse de médecine).

7. DUVAL G. Suicides et Tentatives de Suicide à la Réunion. Edition INSERM. Paris 1989. 106 pages.

8. DUVAL G, BAILLET A, CATTEAU C. Epidémiologie des tentatives de suicide à l'Île de la Réunion. Revue Epidémiologie et Santé Publique. 1997; 45: 23-8.

9. CATTEAU C, SISSOKO D, GAÜZERE B, AUBRY P. Situation et enjeux sanitaires à l'île de la Réunion en 2005. Médecine Tropicale. 2005; 65: 515-24.

10. RACHOU E, RICQUEBOURG M, VILAIN P. Etat de santé de la population à la Réunion en 2008- Rapport 2008. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. 157 pages. Site internet: http://www.orsun.net

11. DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DRASS). Etat de santé de la population de la Réunion. Février 2005.

12. OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE. Suicide à la Réunion. Site internet: http://ors-reunion.org/tableaux_ bord/suicide_2006.

13. COMITE DE COORDINATION DE TOXICOVIGILANCE. Intoxications par des préparations herbicides contenant du paraquat. Etude rétrospective des observations notifiées au système français de toxicovigilance (2004-2006). Avril 2008. Site internet: http://www.centres-antipoison.net/CCTV/Complement_Rapport_CCTV_Paraquat_2007

14. SOLET J, CADIVEL A, BLANC I, TICHADON L, ARDITTI J, WEBER M. Dispositif de surveillance et d'alerte sur les effets sanitaires des produits pharmaceutiques, antiparasitaires et des répulsifs corporels à la Réunion-Bilan d'une année de fonctionnement-Janvier à décembre 2008-Synthèse. Saint-Maurice (Fra): Institut de Veille Sanitaire, Novembre 2009. 2 pages. Site internet: http://www.invs.sante.fr

15. MAZIERE JN, ONDE G, MORON P, BIRMES P, SARRAMON C, RUIZ J. Suicides et tentatives de suicide à la Réunion. Prévention et prise en charge. Annales de psychiatrie. 2000; 15: 16-22.

16. LABOUREL H, LADWIG M, MAURIN M, SAVIUC P, DANEL V, LOZZO F *et al*. Analyse épidémiologique des intoxications médicamenteuses volontaires aigües: Prise en charge par un service mobile d'urgence et de réanimation. Revue Médicale de Liège. 2006; 61: 185-9.

17. PALAZZOLO J, FAVRE JM, JULEROT T, BOUGEROL T. Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre spécialisé après une tentative de suicide. L'Encéphale. 2002; 28: 39-50.

18. DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005. Site internet: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat.

19. FANELLO S, GOHIER B, PAROT E, GERAIN M, CASANOVA C, RICALENS E *et al*. Evaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes au CHU d'Angers. Santé publique. 2005; 17: 265-80.

20. STAIKOWSKY F, UZAN D, GRILLON N, PEVIRIERI F, HAFI A, MICHARD F. Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences. La Presse Médicale. 1995; 24: 1296-300.

21. OULD-AHMED M, DROUILLARD I, SAVIO C, BAUD C, MIGLIANI R, MICHEL A. Intoxications aigües prises en charge par un service mobile d'urgence et de réanimation. Description rétrospective de 361 cas. Réanimation Urgence. 1999; 8: 93-7.

22. STAIKOWSKY F, DESCRIMES N, Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicides dans les Services d'Urgences (GETSSU). Les tentatives de suicides examinées dans les services d'urgences en France. Résultats d'une étude multicentrique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 1999; 51: 216-7.

23. VILLA A, COCHET A, GUYODO G. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006. La Revue du Praticien. 2008; 58: 825-30.

24. JOUGLARD I. Epidémiologie des intoxications aigües avec étude des principaux produits ingérés. Réanimation Urgences. 1993; 2: 176-80.

25. BRIOT M. Le bon usage des médicaments pyschotropes (2006,496 p.) Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

26. LECADET J, VIDAL P, BARIS B, VALLIER N, FENDER P, ALLEMAND H. Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2000; 34: 75-83.

27. LEMEUNIER-LELIEVRE-GUERAIN MC. La prise en charge des suicidants au CHU d'Angers: étude prospective comparative de l'unité d'accueil des suicidants et des services de médecine. Angers. 2004. (Thèse de médecine).

28. PONCET A. Compliance des suicidants par intoxication médicamenteuse volontaire au suivi proposé, à propos de 159 cas de patients pris en charge à l'unité d'Hospitalisation de courte durée du Service d'Accueil des Urgences de Grenoble entre le 1 février et le 31 mars 2006. Grenoble.73 pages. 2006. (Thèse de médecine).

29. VANLEVEN G. Comportement suicidaire à la Réunion. Etude épidémiologique et socio-culturelle. Grenoble. 1987 (Thèse de médecine)

30. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES. BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français (2003).

31. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DE DROGUES ET TOXICOMANIES. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances Récentes 2007-2009. Site Internet http://www.ofdt.fr

32. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003.Tendance récente sur le site de la Réunion (2003)

33. OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE DE LA REUNION. Tableau de bord sur les addictions à la Réunion. 3ème édition mars 2006

34. OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE DE LA REUNION. Tableau de bord sur les addictions à la Réunion. Décembre 2009. Site Internet: www.ors-reunion.org

35. DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRE ET SOCIALES (DRASS). Tableau de bord de la maladie mentale à la Réunion. 2005

36. OBSERVATOIRE REGIONALE DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. La consommation de médicaments psychotropes en France en 2002. Site Internet http://www.ofdt.fr

37. ZARIFIAN E. La prescription des médicaments psychotropes : usage, mésusage, et abus. Bulletin Académique Nationale de Médecine. 1998; 182: 1439-46.

38. ADNET F, ATOUT S, GALINSKI M, LAPOSTOLLE F. Evolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. Réanimation. 2005; 14: 721-6.

39. NINET J, POLIDORI M, BOULETREAU P *et al*. Modification de l'intoxication barbiturique aigüe volontaire au cours des dix dernières années. Etude comparative de deux séries cliniques. Nouvelle Presse Médicale. 1981; 10: 893-6.

40. BOURIN M, LASSERE M, BRIAND C *et al*. Les intoxications volontaires et involontaires. Bilan d'une activité du laboratoire de toxicologie du CHU de Nantes. Ouest Médicale. 1984; 7: 397-400.

41. STAIKOWSKY F, THEIL F, MERCADIER P, CANDELLA S, BENAIS J. Change in profile of acute self drug poisoning over a 10-year period. Human and Experimental Toxicology. 2004; 23: 507-11.

42. LEGRAIN M, LECOMTE T. La consommation des psychotropes dans quelques pays européens. Bulletin Académique National de Médecine. 1997; 181: 1073-87.

43. ATOUT S. Evolution des intoxications médicamenteuses volontaires entre 1994-1995 et 1999-2000. Paris VII Lariboisière. 2004 (Thèse de médecine).

44. AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. Chiffres clés 2006. 2007.

45. SAVIUC P, DANEL V. Intoxication aigüe par le paracétamol. La Revue du Praticien. 2008; 58: 861-5.

46. CAMIDGE D, WOOD R, BATEMAN D. The epidemiology of self-poisoning in the UK. British Journal of Clinical Pharmacology. 2003; 56: 613-9.

47. MOYNIHAN R. FDA fails to reduce accessibility of paracetamol despite 450 deaths a year. British Medical Journal. 2002; 325: 678.

48. HAWTON K, TOWNSEND E, DEEKS J, APPLEBY L, GUNNEL D, BENNEWITH O. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. British Medical Journal. 2001; 322: 1203-9.

49. GUYE P, PIRNAY S, ADNET F, GALLIOT GUILLEY M, RICORDEL I, BAUD F. Intoxications par opiacés/opioïdes depuis l'avènement de la buprénorphine haut dosage. Alcoologie et addictologie. 2004; 26: 235-42.

50. AUVRAY L, DUMESNIL S, LE FUR P. Santé, soins et protection sociale en 1999-2000, annexes. 2001; 129-33.

51. BRONSTEIN A, SPYKER D, CANTILENA LJ, GREEN J, RUNIACK B, HEARD S. 2006 Annual report of the American Association of poison Control Center' National Poison Data System (NPDS). Clinical Toxicology (Philadelphia). 2007; 45: 815-917.

52. DANEL V, MEGARBANE B. Urgences toxicologiques de l'adulte. Guide pratique à l'usage des services d'urgence et de réanimation. Edition Arnette (France) 2009.315 pages.

53. FAVIER F, JAUSSENT I, LE MOULLEC N, DEBUSSCHE X, BOYER M, SCHWAGER J *et al*. Prevalence of type 2 diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study. Diabetes Research and Clinical practices. 2005; 67: 234-42.

54. EDDLESTON M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. Quarterly Journal of Medecine. 2000; 93: 715-31.

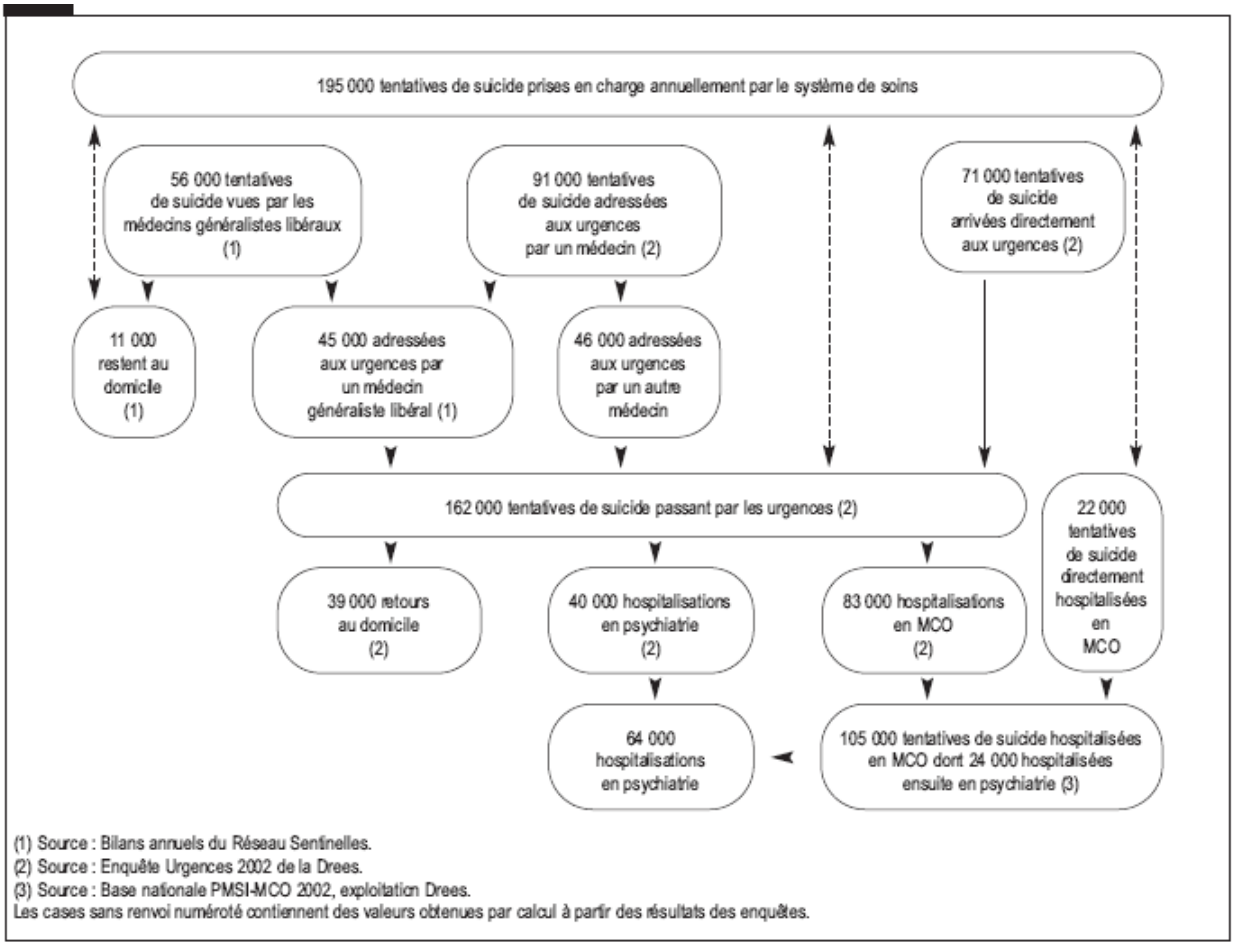
55. PAGEAUX G, LARREY D. (2003): Alternative medicine, vitamins and natural hepatotoxins. In Drug-Induced liver disease. Marcel Dekker, New York, Basel.

56. SCHUPPAN D, JIA J, BRINKHAUS B, HAHN E. Herbal products for liver diseases : a therapeutic challenge for the new millennium. Hepatology. 1999; 30: 1099-104.

57. VIAL T, PAYEN C. Exolise® et Pilosuryl® : 2 exemples illustrant la toxicité potentielle de la phytothérapie. Vigitox. 2003; 22: 4.

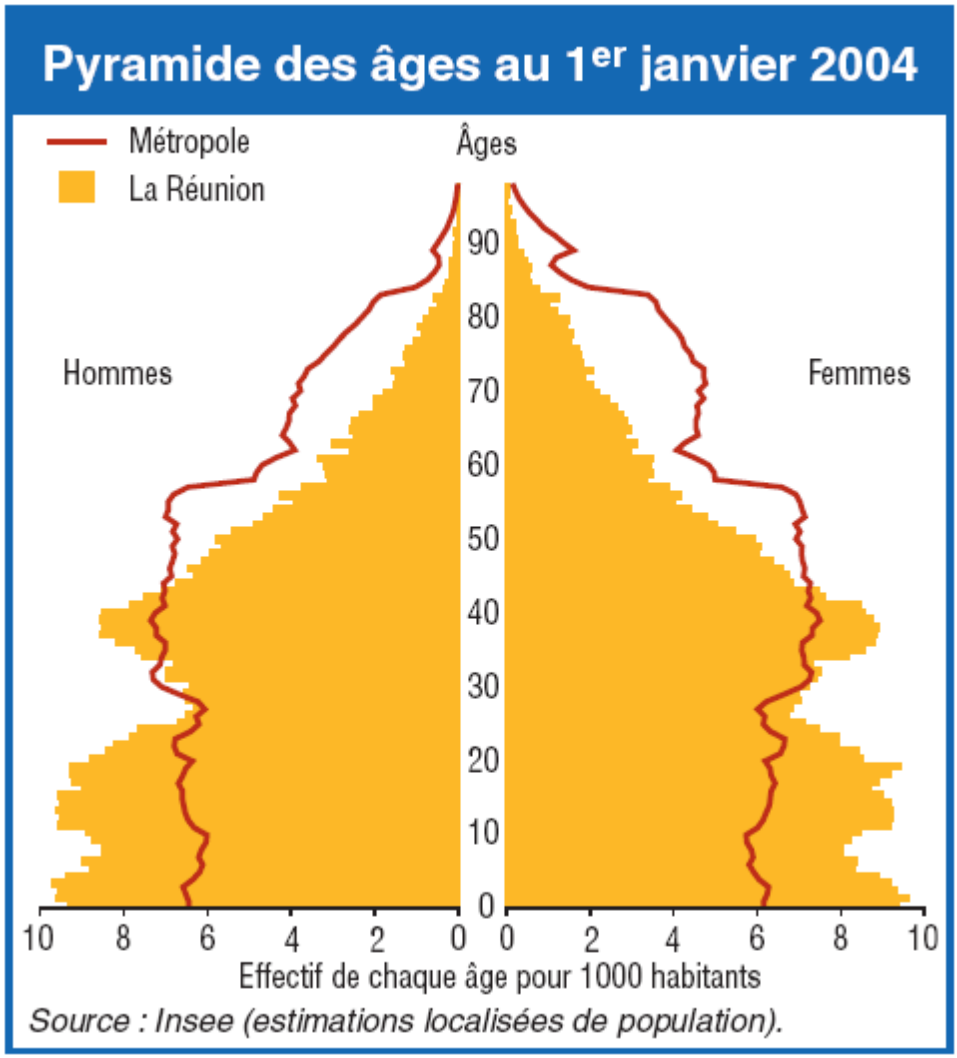
ANNEXES

ANNEXE 1 : Méthode d'évaluation du nombre de Tentatives de suicides par an.



ANNEXE 2 : Carte de l'île de la Réunion. Répartition par communes

ANNEXE 3 : Pyramide des âges



ANNEXE 4

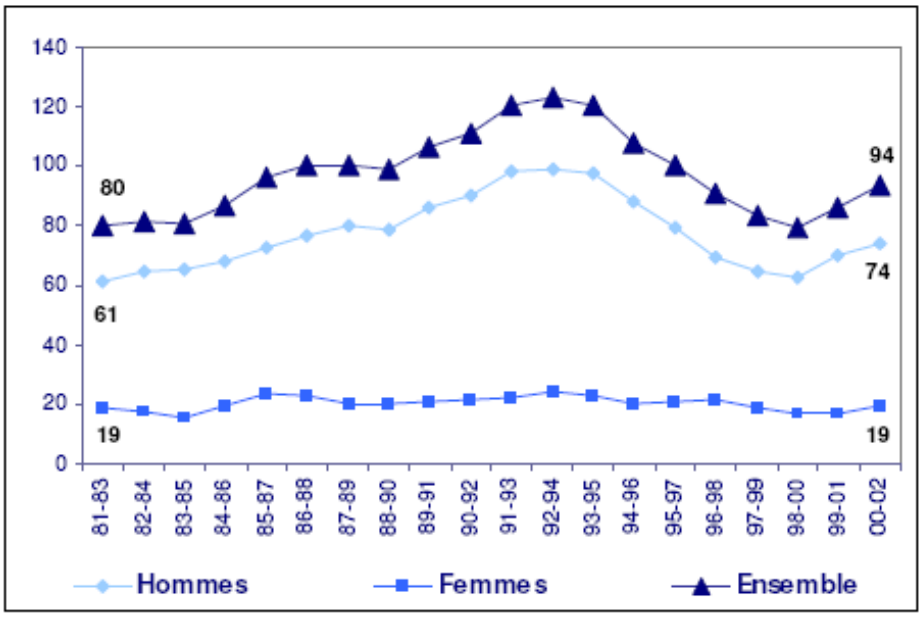
Nombre annuel de décès par suicide et part sur l'ensemble des décès par classe d'âge (moyenne triennale 2000-2002)

	REUNION				Métropole	
Ages	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	n	Taux	n	Taux	Taux	Taux
15-24	10	16%	2	22%	14%	11%
25-34	19	19%	2	13%	22%	15%
35-44	21	11%	2	6%	16%	11%
45-54	11	4%	3	3%	6%	6%
55-64	8	2%	2	1%	3%	3%
65-74	5	0%	6	0%	1%	0%
Total	74	3%	16	1%	3%	1%

Source : Inserm CépiDc, INSEE Exploitation ORS

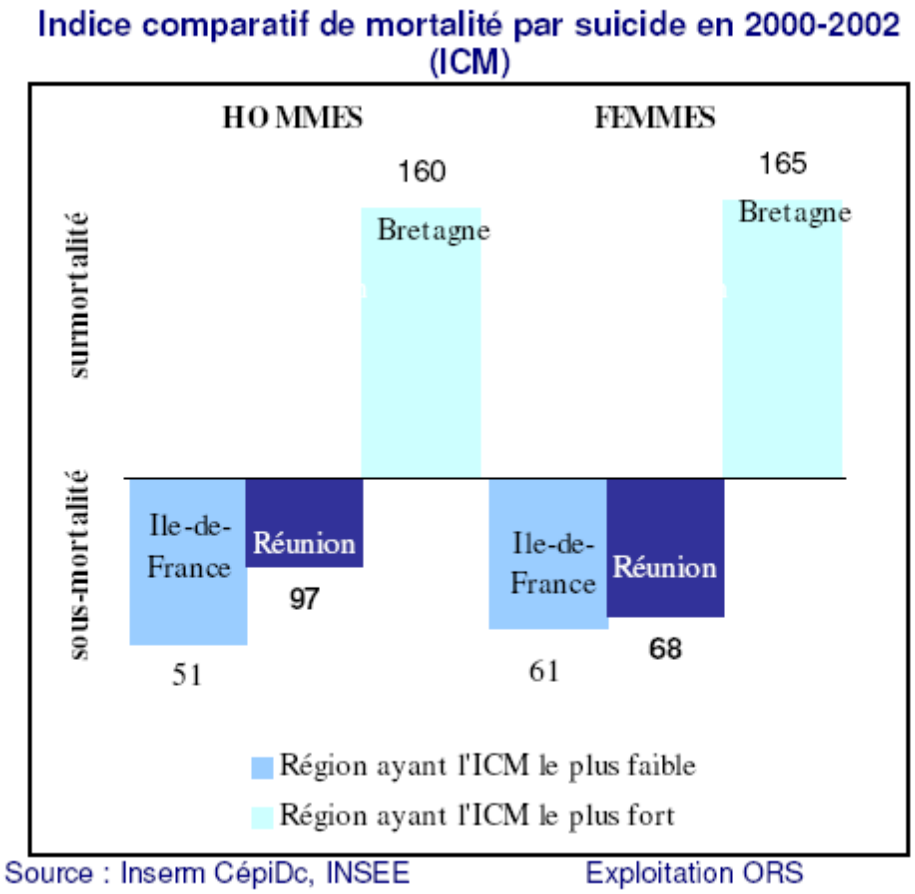
ANNEXE 5

Evolution du nombre moyen* de décès par suicide à La Réunion entre 1981 et 2002



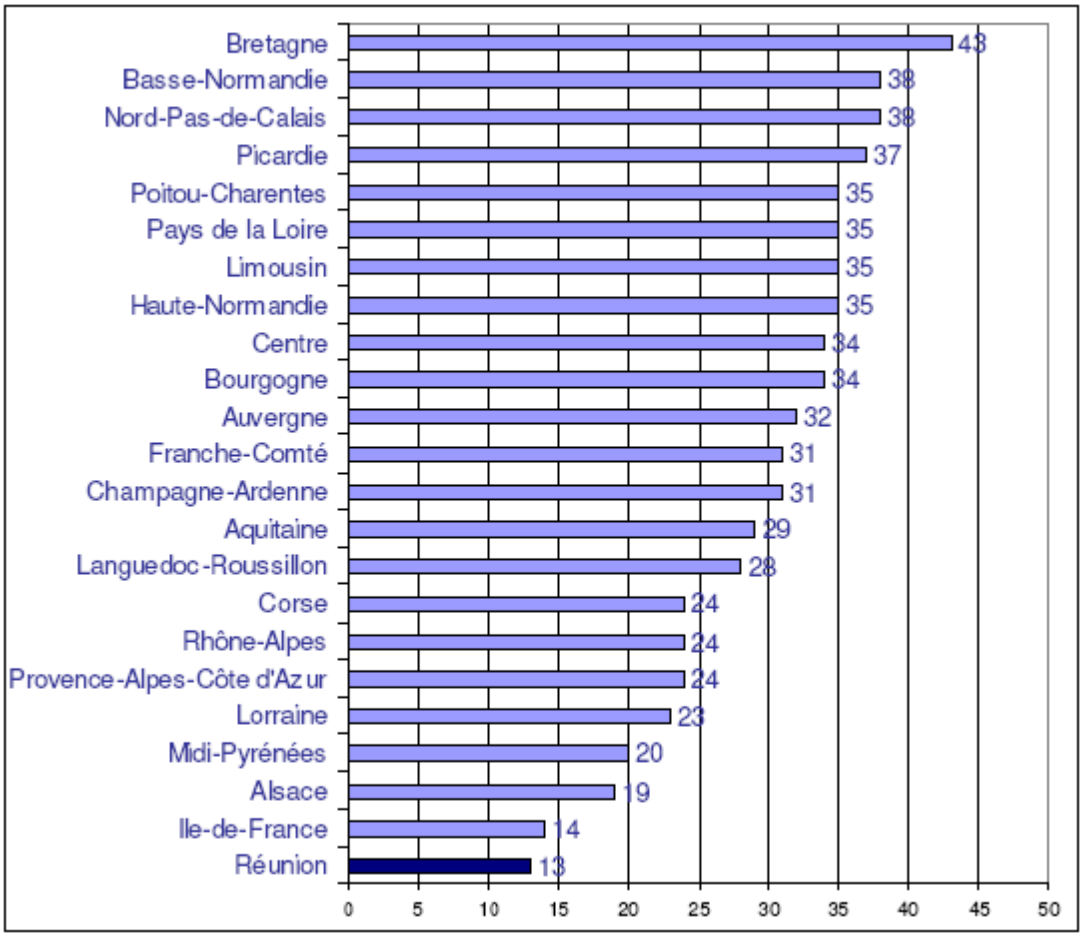
Source : Inserm CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* valeur lissée sur 3 ans

ANNEXE 6


Indice comparatif de mortalité par suicide en 2000-2002 (ICM)
HOMMES
FEMMES
surmortalité
sous-mortalité
160
Bretagne
165
Bretagne
Ile-de-France
Réunion
97
51
Ile-de-France
Réunion
68
61
Région ayant l'ICM le plus faible
Région ayant l'ICM le plus fort
Source : Inserm CépiDc, INSEE
Exploitation ORS

ANNEXE 7

Taux comparatif de mortalité par suicide selon les régions françaises (pour 100 000 habitants ; moyenne triennale 1999-2001)



Source : Inserm CépiDc, INSEE, FNORS (base score-santé) Exploitation ORS

ANNEXE 8 Nombre de TS vues par l'UPL du G.H.S.R

ANNEE	Nombre de TS
1993	328
1994	390
1995	459
1996	443
1997	441
1998	485
1999	523
2000	499
2001	392
2002	392
2003	465
2004	451
2005	510
2006	456

ANNEXE 9

Prévalence d'usage des hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques dans 4 pays européens entre 1993 et 1997

	Quatre pays	France (1993)	Allemagne (1996)	Italie (1997)	Royaume-Uni (1994)
	%	%	%	%	%
Hypnotiques	1,5	2,5	0,7	0,7	1,6
Anxiolytiques	4,3	9,0	0,7	5,8	0,6
Antidépresseurs	1,0	Pas de variation significative entre les pays			
Neuroleptiques	0,3	Pas de variation significative entre les pays			

ANNEXE 10

RECOMMANDATIONS DE L'OPEPS

– FAVORISER LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

1. Adapter le contenu de la formation initiale et continue des médecins afin d'assurer un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription des médicaments ;

2. Confier la coordination et la validation des enseignements de formation médicale continue à un organisme public dont la compétence scientifique est reconnue ;

3. Améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, en la plaçant sous la responsabilité de la Haute autorité de santé (HAS) ;

4. Affirmer la compétence et la responsabilité de l'Afssaps pour les études à finalité sanitaire réalisées après autorisation de mise sur le marché, en complément des études à finalité économique entreprises par les autres autorités sanitaires ;

5. Evaluer systématiquement l'impact des mesures destinées à maîtriser la consommation de médicaments psychotropes ;

– AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

6. Publier un bilan de la mise en œuvre du Plan gouvernemental pour la psychiatrie et la santé mentale 2005-2008 ;

7. Développer les connaissances en psychiatrie des étudiants en médecine et des autres professions de santé ;

8. Favoriser la coordination des médecins généralistes et des médecins psychiatres dans la prise en charge des troubles psychiatriques ;

– MESURES SPÉCIFIQUES AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

9. Développer un suivi pharmaco-épidémiologique des populations les plus exposées aux risques, ainsi qu'une meilleure analyse des pratiques de prescription. Le champ de surveillance doit inclure notamment les personnes âgées, avec un suivi différencié des personnes âgées en institutions, les jeunes enfants et les adolescents ;

10. Systématiser les études d'évaluation bénéfices/risques en situation réelle pour les médicaments psychotropes, afin d'établir des recommandations pour des prescriptions plus adaptées ;

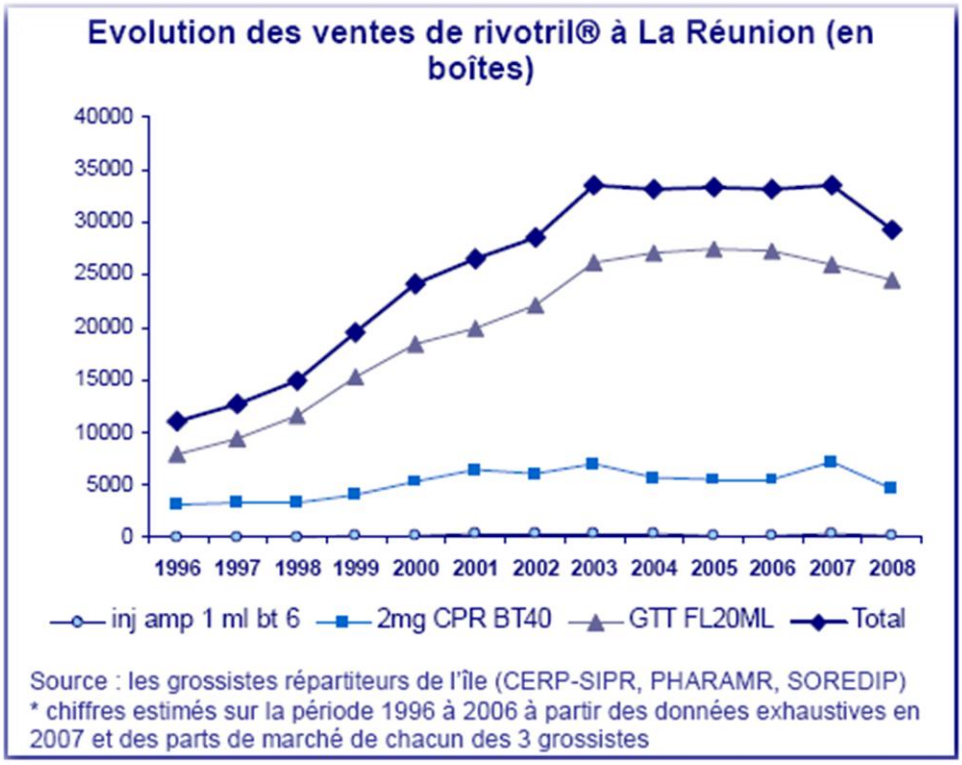
11. Mieux associer la délivrance de psychotropes et la prise en charge psychologique des patients souffrant de troubles psychiques ;

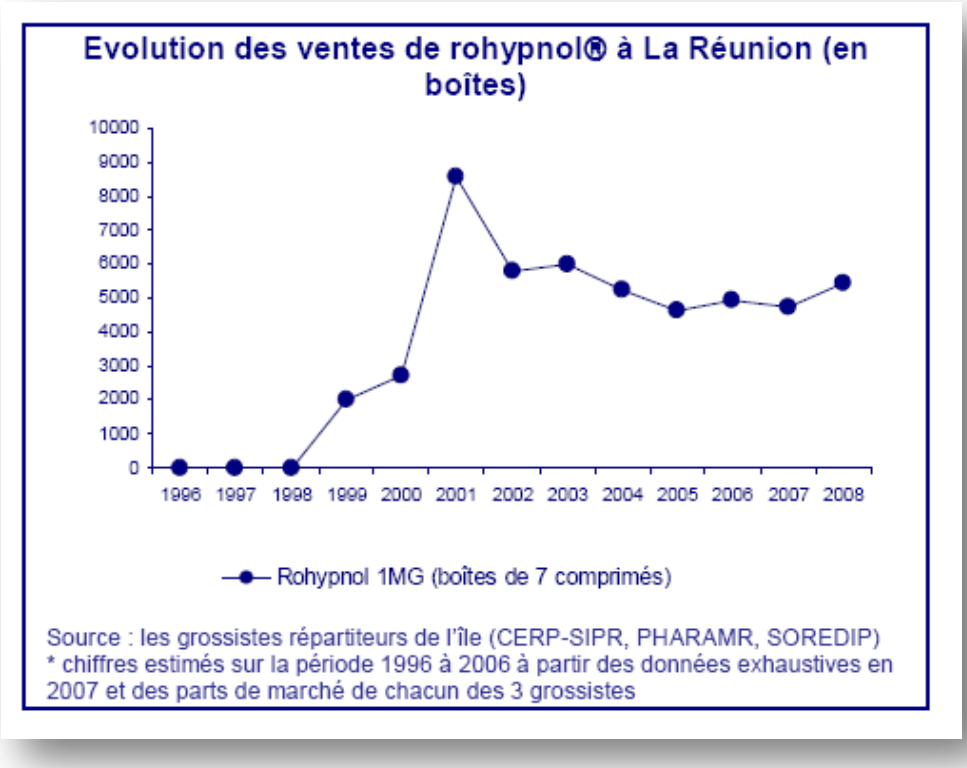
12. Informer les prescripteurs sur les syndromes de sevrage et les former aux protocoles existants ;

13. Mettre en œuvre des campagnes d'information sur le bon usage des médicaments psychotropes, rappelant en particulier la distinction entre les usages thérapeutiques – dont il faut éviter la stigmatisation – et les usages toxicomaniaques de ces médicaments ;

14. Mettre en œuvre des campagnes de promotion des règles d'hygiène de vie, en particulier en ce qui concerne la qualité du sommeil.

ANNEXE 11

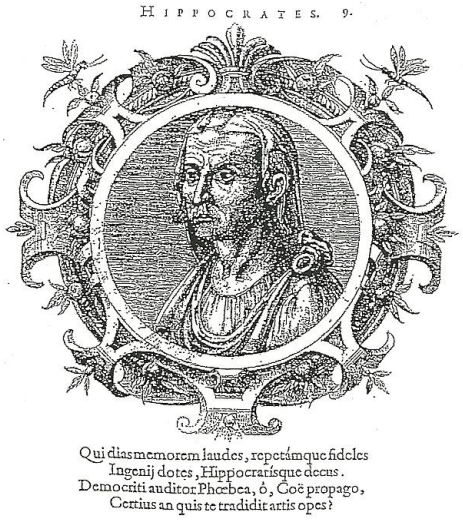

Evolution des ventes de rivotril® à La Réunion (en boîtes)
40000
35000
30000
25000
20000
15000
10000
5000
0
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008
inj amp 1 ml bt 6
2mg CPR BT40
GTT FL20ML
Total
Source : les grossistes répartiteurs de l'île (CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP)
* chiffres estimés sur la période 1996 à 2006 à partir des données exhaustives en 2007 et des parts de marché de chacun des 3 grossistes


Evolution des ventes de rohypnol® à La Réunion (en boîtes)
10000
9000
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008
Rohypnol 1MG (boîtes de 7 comprimés)
Source : les grossistes répartiteurs de l'île (CERP-SIPR, PHARAMR, SOREDIP)
* chiffres estimés sur la période 1996 à 2006 à partir des données exhaustives en 2007 et des parts de marché de chacun des 3 grossistes

ANNEXE 12 : Liste des 10 médicaments les plus remboursés à la Réunion (2006)

Libelle	Nombre Boites
EFFERALGAN 1G CPR EFF 8	832 078
EFFERALGAN 500MG CPR EFF	598 956
DAFALGAN 500MG GELULE 16	477 551
ELUDRIL SOL PR BDB FP 90ML	383 309
DOLIPRANE 1G CPR 8	336 116
DAFALGAN 1G CPR 8	287 791
EFFERALGAN 3% PEDIA SOL BU	238 711
PIVALONE 1% SUSP NASALE FL	205 795
DOLIPRANE 500MG CPR 16	204 667
BIOCALYPTOL 131MG/100ML SI	199 582

Données de la CPAM



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.