

DROGUES ET ADDICTIONS DANS LES OUTRE-MER

ÉTAT DES LIEUX ET PROBLÉMATIQUES



Ivana Obradovic

Juin 2020

SOMMAIRE

SYNTHÈSE : FAITS MARQUANTS ET CHIFFRES-CLÉS	5
INTRODUCTION	10
I – LES OUTRE-MER, ESPACES DE CONTRASTES : DONNÉES DE CADRAGE	15
Une situation socio-économique et sanitaire dégradée	15
<i>Des trajectoires démographiques hétérogènes</i>	<i>15</i>
<i>Des conditions économiques et sociales plus défavorables qu'en métropole</i>	<i>16</i>
<i>Des indicateurs sanitaires invitant à la vigilance</i>	<i>17</i>
<i>Des données de sécurité publique préoccupantes</i>	<i>19</i>
Un cadre spécifique de politiques publiques en matière de lutte contre les addictions	20
<i>Un régime dérogatoire sur le tabac</i>	<i>20</i>
<i>Une fiscalité d'exception sur l'alcool</i>	<i>21</i>
<i>La place des Outre-mer dans la lutte contre le trafic de stupéfiants</i>	<i>22</i>
II – DROGUES ET ADDICTIONS : ÉPIDÉMIOLOGIE ET CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES	24
Niveaux et tendances de consommation	24
<i>Tabac : des prévalences plus basses qu'en métropole, excepté à La Réunion</i>	<i>25</i>
<i>Alcool : des usages moins répandus mais plus sévères et plus concentrés</i>	<i>27</i>
<i>Cannabis : une diffusion plus contenue qu'en métropole mais en hausse</i>	<i>30</i>
<i>Autres drogues illicites : des usages rares et confinés</i>	<i>34</i>
<i>Focus sur les adolescents ultramarins</i>	<i>38</i>
<i>Des limites des enquêtes représentatives...</i>	<i>39</i>
Des problématiques spécifiques	39
<i>L'alcool aux Antilles, en Guyane et à La Réunion : un sujet majeur de santé publique</i>	<i>40</i>
<i>La consommation détournée de médicaments psychotropes à La Réunion</i>	<i>43</i>
<i>Le crack dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane)</i>	<i>45</i>
<i>La « chimique » à Mayotte</i>	<i>46</i>
<i>Jeux d'argent et de hasard : une problématique affirmée en Outre-mer</i>	<i>47</i>
Des réponses publiques en deçà des enjeux	48
<i>Une forte mobilisation du dispositif médico-social</i>	<i>48</i>
<i>Une activité importante des forces de l'ordre ciblée sur les stupéfiants</i>	<i>49</i>

III – UNE OFFRE EN ESSOR ET EN COURS DE DIVERSIFICATION	51
La zone Antilles-Guyane, un hub de la cocaïne	51
<i>Une plateforme de rebond vers les marchés européens</i>	<i>51</i>
<i>Le renforcement de la « filière guyanaise » avec le phénomène des « mules »</i>	<i>53</i>
<i>La cocaïne, un marché de gros secondaire, sujet au troc de résine de cannabis</i>	<i>54</i>
Cannabis dans les Outre-mer : entre production locale d’herbe et essor de la résine	55
L’émergence de la méthamphétamine en Polynésie? Une situation à surveiller	56
Prix et disponibilité des stupéfiants : de fortes variations selon les produits	57
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
<i>Références générales sur les Outre-mer</i>	<i>59</i>
<i>Bibliographie sélective par territoire d’outre-mer</i>	<i>62</i>
ANNEXES	69
Annexe 1. Repères méthodologiques et sources.	
Description du dispositif ultramarin d’observation des drogues et des addictions	70
Annexe 2. Principaux indicateurs descriptifs de la situation des Outre-mer	76
Annexe 3. Niveaux de consommation en population jeune et adulte	77

Remerciements

Pour leurs relectures :

- De l'OFDT : Clément Gérôme, Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Julien Morel d'Arleux, Michel Gandilhon, Christophe Palle, Anne de l'Eprevier.
- Stéphanie Guyon (maîtresse de conférences en science politique à l'université de Picardie Jules Verne).
- Armelle Crosse (pharmacienne au CSAPA Kaz Oté! à La Réunion et experte en pharmacologie au sein du Réseau santé addictions Outre-mer).
- Viêt Nguyen-Thanh (responsable de l'unité Addictions au sein de la Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France).

Documentation : Isabelle Michot

Conception graphique : Frédérique Million

Crédits photos couverture : © Hanasaki/© thomathzac23 (Adobe Stock)

SYNTHÈSE : FAITS MARQUANTS ET CHIFFRES-CLÉS

Au regard des principales sources, centrées sur les quatre territoires ultramarins les plus étudiés (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) et complétées par des données ponctuelles en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Mayotte, la situation des drogues et des addictions apparaît singulière et contrastée. D'un point de vue épidémiologique, les prévalences d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis sont globalement inférieures à celles de la métropole dans les Outre-mer mais des problématiques très spécifiques, peu observées dans l'Hexagone, se font jour :

- une forte visibilité du crack dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane) (qu'on ne retrouve guère qu'en Île-de-France);
- des usages intensifs (et souvent problématiques) d'alcool et de cannabis concentrés dans certains segments de population;
- des mésusages de médicaments observés de longue date à La Réunion;
- plus généralement, une dynamique de circulation des drogues parfois davantage déterminée par les enjeux des États voisins que par ceux de la métropole.

Certains territoires ultramarins jouent un rôle majeur dans le contrôle des flux de stupéfiants. Compte tenu de leur insularité et des surfaces maritimes qui leur sont associées (qui font de la France la deuxième Zone économique exclusive du monde), les Outre-mer sont en première ligne de la lutte contre les trafics et contrebandes. Les départements français d'Amérique (DFA) apparaissent comme des lieux stratégiques de transit, de commerce et de stockage de cocaïne du fait de leur situation géographique d'encastrement entre les zones de production sud-américaines (Colombie, Bolivie, Pérou) et les régions de destination du trafic de cocaïne (Amérique du Nord et Europe). Compte tenu de sa proximité avec la Colombie, premier producteur mondial de cocaïne, la Guyane constitue ainsi la porte d'entrée principale de la cocaïne vers la métropole (et par extension l'Union européenne), de plus en plus par la voie aérienne (ligne Cayenne-Orly). En outre, une partie des Outre-mer constitue désormais une zone importante de production d'herbe de cannabis, à l'image de la hausse des saisies.

Les consommations de substances psychoactives des Outre-mer sont globalement inférieures à celles de la métropole, hormis celles des collectivités (COM) de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française qui affichent des niveaux de consommation très supérieurs (à la fois pour le tabac, l'alcool et le cannabis). En dehors des COM, dont la situation au regard des drogues est donc particulière, les territoires ultramarins présentent des profils d'usage différenciés (voir infographie 1, p. 8-9), avec cependant certains traits communs. Les chiffres les plus récents concernant les adultes sont issus du Baromètre santé DOM 2014 (Santé publique France), ceux relatifs aux adolescents proviennent de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) menée en 2017 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Tout d'abord, la consommation de tabac (15-75 ans) y est nettement plus faible qu'en métropole, même à La Réunion où un quart des adultes sont fumeurs (26 % vs 29 % en métropole) et près d'un adolescent sur cinq (22 % à 17 ans vs 32 % en métropole). En Martinique, en Guadeloupe et en Guyane, la part des fumeurs est deux fois inférieure : le tabagisme ne concerne pas plus de 15 % des adultes.

À l'image de la métropole, le tabagisme est en recul caractérisé depuis 2005 parmi les jeunes générations, dans la quasi-totalité des Outre-mer (hormis en Martinique), y compris en Nouvelle-Calédonie même s'il se maintient à un niveau élevé (plus de 40 % de fumeurs à 17 ans). Néanmoins, le recours à la cigarette électronique est nettement moins répandu dans les Outre-mer : le vapotage concerne une personne sur dix dans les DFA et une sur cinq à La Réunion, contre un quart des métropolitains.

La maîtrise des usages d'alcool parmi les adultes mais surtout parmi les jeunes constitue un enjeu majeur de santé publique dans les Outre-mer. Certes, les pratiques d'usage sont globalement moins répandues qu'en métropole – avec toutefois deux exceptions qui affichent des pratiques d'usage record en France : la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. Mais elles se révèlent plus intensives, plus concentrées dans certaines populations (en particulier les jeunes) et plus souvent sources de dommages sociosanitaires. En Guadeloupe et en Martinique par exemple, la part des accidents de la route impliquant l'alcool est deux à trois fois plus élevée que dans l'Hexagone. D'une façon générale, la mortalité liée à l'alcool est bien plus importante dans les Outre-mer (rapportée au nombre d'habitants). La sévérité accrue des conséquences induites par l'usage d'alcool s'explique par deux facteurs principaux : des modes de consommation plus intensifs, associés à des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (surtout le week-end) et des quantités absorbées plus importantes ; des préférences orientées vers des boissons plus fortement alcoolisées (en particulier le rhum), avec des conséquences aggravées et plus rapides. Alors que la consommation hebdomadaire de vin est nettement en deçà de celle observée en métropole, les séquences de consommation de bière et d'alcools forts sont plus fréquentes et plus intensives.

À rebours de l'inflexion des usages d'alcool en métropole, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) augmentent fortement parmi les jeunes ultramarins : en dehors de la Guyane où cette pratique est stable, tous les Outre-mer enregistrent un essor important des API à 17 ans, y compris répétées (au moins 3 fois dans le mois) et régulières (au moins 10 fois dans le mois). À La Réunion, la hausse est continue depuis dix ans, et atteint en 2017 un pic chez les adolescents (32 % des jeunes ont eu un comportement d'API au cours du dernier mois). En Martinique (qui compte 42 % d'adolescents déclarant avoir consommé au moins 5 verres en une occasion au cours du dernier mois), les comportements d'alcoolisation régulière et intensive sont particulièrement critiques. Ils révèlent par ailleurs de fortes disparités entre des populations d'appartenances ethniques et culturelles différentes, dont les pratiques d'alcoolisation reflètent des modes de vie très divers. Cette prévalence élevée s'explique d'abord par une forte accessibilité des boissons alcooliques : l'« octroi de mer » spécifique aux Outre-mer soumet le rhum à un régime de taxation minoré par rapport au vin ou au champagne, qui le rend particulièrement peu cher. On peut toutefois souligner que cette explication par le prix ne se vérifie pas pour le tabac, beaucoup moins consommé qu'en métropole. Une autre hypothèse tient aux conditions de vie, moins favorables qu'en métropole, en particulier sur les plans socio-économique et sanitaire.




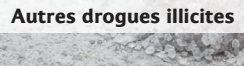




Parmi les drogues illicites, le cannabis arrive loin devant tout autre produit et connaît une dynamique de diffusion plus marquée qu'en métropole. Contrairement à la métropole où il est majoritairement fumé sous forme de résine, le cannabis est surtout consommé sous forme d'herbe, plus disponible car produite localement. À rebours de l'évolution métropolitaine, la Martinique et surtout La Réunion, mais aussi la Nouvelle-Calédonie, enregistrent des niveaux d'usage en hausse parmi les jeunes générations (depuis 2005). L'usage régulier de cannabis concerne une proportion d'adolescents proche de la moyenne métropolitaine




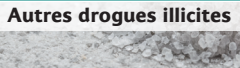



(6 % des Réunionnais et Guadeloupéens, 7 % des Martiniquais) mais il touche plus de 10 % des jeunes néo-calédoniens. Les adolescents de La Réunion et de Nouvelle-Calédonie sont particulièrement nombreux à être concernés par l'usage quotidien de cannabis. Plus généralement, les polyconsommations semblent plus fréquentes parmi les adolescents des Outre-mer, combinant boissons alcoolisées et produits fumés, à l'instar de l'association très fréquente, chez les jeunes de La Réunion, entre cannabis fumé sous forme d'herbe (*zamal*) et « rond » ou « grain » (comprimé médicamenteux) dilué dans une boisson alcoolisée ou un soda (bière, rhum ou Coca-Cola).

La diffusion des drogues illicites autres que le cannabis, plus limitée qu'en métropole, tend à s'élargir parmi les jeunes générations. L'offre de produits reste moins diversifiée que dans l'Hexagone et souvent bien plus onéreuse (en partie du fait de l'insularité). Néanmoins, l'initiation à certains produits connaît une poussée : amphétamines en Martinique, ecstasy/MDMA et cocaïne en Guadeloupe et à La Réunion (désormais expérimentées par plus de 2 % des jeunes de 17 ans), cocaïne et LSD en Nouvelle-Calédonie. Malgré des consommations globalement en deçà de celles de la métropole, plusieurs produits connaissent une diffusion élargie auprès des adolescents : ecstasy/MDMA (Guyane et surtout La Réunion, voir annexe 3). La présence du crack dans les DFA reste cependant circonscrite à des populations précarisées, avec des scènes ouvertes de consommation dans plusieurs chefs-lieux ultramarins (Fort-de-France, Pointe-à-Pitre, Cayenne).

En matière de comportements de consommation, au moins trois spécificités ultramarines se dégagent. Tout d'abord, les problématiques de consommations sont concentrées dans certaines populations, notamment en Guyane où la surconsommation d'alcool touche les jeunes amérindiens avec une intensité aiguë, et va de pair avec des dommages sociaux accentués (par exemple en termes de violences conjugales). Deuxièmement, le différentiel de genre y est plus accusé qu'en métropole, traduisant des rôles sociaux différenciés selon le sexe. Si le surcroît de consommations concerne le plus souvent les hommes, la Polynésie française se singularise par une surconsommation féminine, liée à la persistance de coutumes matriarcales dans les sociétés polynésiennes (notamment à Tahiti). À l'inverse, on n'observe quasiment pas de consommation régulière de cannabis parmi les femmes de Martinique. Plus nombreux parmi les consommateurs, les hommes résidant dans les Outre-mer sont aussi plus souvent concernés par l'usage régulier (voire problématique) de drogues, parfois même plus important que ceux de leurs homologues métropolitains (cannabis et alcool, en Guyane par exemple). L'observation des jeunes générations laisse cependant apparaître une convergence des comportements selon le sexe : à 17 ans, la proportion de fumeurs de tabac évolue depuis 2014 dans le sens de la parité observée en métropole. Il en va de même des comportements d'alcoolisation en Martinique et en Guadeloupe. Troisièmement, en termes de modes de consommation, un tropisme marqué vers les voies orale (alcool et médicaments à La Réunion) et fumée (cannabis surtout mais aussi crack aux Antilles et en Guyane) se dessine. Il contraste avec la rareté des pratiques d'injection, culturellement peu admises, ce qui explique les faibles niveaux d'usage d'héroïne. La voie sniffée est également présente (cocaïne en Guyane et à La Réunion). À noter aussi le développement de nouveaux modes de consommation dans certains territoires ultramarins, comme « la chimique » à Mayotte (cigarettes trempées dans de l'alcool et mélangées à de l'herbe ou à des cannabinoïdes de synthèse).

Infographie 1. Drogues, chiffres-clés dans les Outre-mer

	 Alcool	 Tabac	 Cannabis	 Autres drogues illicites
<p>Guadeloupe</p>  <p>376 879 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un produit plus précocement expérimenté qu'en métropole (91 % vs 86 % à 17 ans) ■ Forte hausse des comportements d'alcoolisation intensive parmi les adolescents (API régulières à 17 ans) ■ Une mortalité en lien direct avec l'alcool 14 fois supérieure à la métropole chez les hommes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recul continu de la diffusion du tabac (à 17 ans, un jeune sur deux en 2017, contre deux sur trois dix ans auparavant) ■ Proportion similaire de fumeurs chez les adolescents et chez les adultes (11-12 % vs 25 % ou plus en métropole) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible présence relative du cannabis par rapport aux autres Outre-mer (deux fois moins d'utilisateurs qu'à La Réunion au-delà de 30 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte diffusion de la cocaïne et de la MDMA/ecstasy (près de 2 % d'initiés à 17 ans) ■ Une consommation très circonscrite de crack
<p>Martinique</p>  <p>358 749 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un des territoires de France les plus concernés par l'usage excessif des jeunes : à 17 ans, 8 % de buveurs réguliers et 19 % d'API répétées. Forte montée en charge des comportements d'ivresse et d'alcoolisation intensive ■ Usages hebdomadaires d'alcool très au-delà de la métropole parmi les jeunes adultes (18-30 ans) : 47,7 % vs 32,5 %. ■ Une des 6 régions les plus concernées par le risque de dépendance (12,6 %) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La région française où la consommation de tabac est la plus faible 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élargissement des usages de cannabis parmi les adolescents ■ Durcissement du noyau d'utilisateurs réguliers, chez les adolescents (7,2 % à 17 ans) comme parmi les adultes (3 % entre 18 et 64 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Montée de l'expérimentation d'amphétamines (1,5 % à 17 ans) ■ Crack : une consommation quasi-inexistante
<p>Guyane</p>  <p>290 691 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recul des usages d'alcool à 17 ans mais maintien des API régulières à un niveau élevé (4,7 %) ■ Usage hebdomadaire plus élevé qu'en métropole parmi les jeunes adultes (18 à 30 ans) (43,4 % vs 32,5 %) ■ Mortalité attribuable à l'alcool plus importante qu'en métropole chez les hommes (54,6 pour 100 000 habitants vs 49,2). ■ Forte prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tabagisme le plus faible de France parmi les jeunes (6 % de fumeurs à 17 ans) (hors Mayotte) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffusion importante à l'adolescence ■ Recul marqué des usages réguliers et quotidiens de cannabis parmi les adolescents ■ Record national de prévalence de l'usage régulier parmi les adultes (4 % entre 18 et 64 ans), surtout les hommes (6,7 % vs 4,7 % en métropole). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Installation des expérimentations de cocaïne parmi les adolescents (2 % à 17 ans en 2017 vs 0,3 % en 2005) ■ Le département ultramarin le plus concerné par la diffusion du crack (0,7 % d'expérimentateurs entre 15 et 64 ans), y compris parmi les adolescents (0,8 % d'initiés à 17 ans), même si elle reste concentrée dans certaines populations précarisées ■ Enracinement des initiations à l'ecstasy/MDMA (3,3 % à 17 ans)
<p>La Réunion</p>  <p>859 959 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Essor des usages intensifs d'alcool à l'adolescence : doublement des API répétées et triplement des API régulières à 17 ans (2005-2017) ■ Forte mortalité routière liée à l'usage d'alcool ■ Près de 5 % des passages annuels aux urgences liés à l'alcool (vs 1,4 % en France entière). ■ Une des régions les plus touchées par la mortalité attribuable à l'alcool (de 40 % supérieure à la moyenne métropolitaine chez les hommes : 68,3 pour 100 000 vs 49,2) ■ Une forte prévalence du SAF 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des niveaux de tabagisme à la mesure de la moyenne métropolitaine : 26 % de fumeurs à l'âge adulte ■ Le département ultramarin le plus concerné par le tabagisme à l'adolescence : 21 % de fumeurs quotidiens à 17 ans et 4,5 % de fumeurs intensifs (plus de 10 cigarettes par jour) ■ Forte accessibilité du tabac (1 point de vente pour 450 habitants) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une très large diffusion : taux d'expérimentation à 17 ans le plus élevé de France (47 %) ■ Hausse significative des usages récents à 17 ans (un adolescent sur quatre vs moins d'un sur cinq en 2005) ■ Des usages réguliers à la hauteur de la moyenne métropolitaine parmi les adultes (3 % des 18-64 ans) ■ Forte production locale d'herbe (zamal) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments psychotropes : des mésusages importants (en particulier l'Artane®) ■ Le territoire ultramarin le plus concerné par l'initiation à la MDMA/ecstasy (3,9 % à 17 ans) ■ Cocaïne : hausse significative des initiations à 17 ans (2 % en 2017 vs 0,5 % en 2005) ■ Essor des NPS selon les professionnels non locaux (phénomène non chiffré)

	 Alcool	 Tabac	 Cannabis	 Autres drogues illicites
<p>Mayotte</p>  <p>279 471 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Très faible intérêt pour l'alcool (24 % d'expérimentateurs à 17 ans vs plus de 90 % dans les Outre-mer et 86 % en métropole) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tabagisme quasi-inexistant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La substance de loin la plus consommée ■ Consommation très majoritairement masculine (pas d'usage régulier déclaré parmi les jeunes filles à 17 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommations spécifiques : essor de la « chimique » et des cannabinoïdes de synthèse (phénomène non chiffré) ■ Faible diffusion des drogues illicites (moins de 1 % d'initiés, hormis les champignons hallucinogènes)
<p>Nouvelle-Calédonie</p>  <p>271 407 habitants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte prévalence de l'usage régulier et quotidien parmi les adolescents : un adolescent sur dix déclare au moins 10 épisodes de consommation dans le mois ■ Un adolescent sur trois déclare au moins 3 API dans le dernier mois et un sur dix au moins 10 dans le mois 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un tabagisme beaucoup plus présent qu'en métropole (a fortiori dans les Outre-mer) : 41 % de fumeurs quotidiens à 17 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Record national de consommation régulière parmi les adolescents : à 17 ans, plus d'un jeune sur dix fume régulièrement du cannabis ■ Forte production locale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une faible circulation des drogues illicites à l'adolescence, hormis la cocaïne (1,7 % à 17 ans), le LSD (1,7 %) et les champignons hallucinogènes (2,6 %)
<p>Polynésie Française</p>  <p>281 674 habitants</p>	<p>Le territoire ultramarin le plus consommateur de tous Des consommations majoritairement féminines</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Profils d'usage proches de la moyenne métropolitaine mais prévalence plus élevée des usages à risque ■ Sur-représentation féminine dès l'adolescence : à 15-16 ans, l'ivresse est plus souvent le fait des jeunes filles (57 % vs 49 %) ■ Représentations banalisées de l'alcool chez les jeunes (20 à 30 verres par occasion = consommation perçue comme « normale ») 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence tabagique qui reste élevée chez les jeunes ■ Précocité croissante d'initiation ■ Sur-représentation féminine ■ Forte présence du tabac à rouler 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte production locale (<i>pakalolo</i>) ■ Des consommations aussi répandues chez les garçons que chez les filles à l'adolescence ■ Sur-représentation des usages « problématiques » à 15-16 ans (3,6 % vs 2 % en métropole) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommations spécifiques (<i>kava</i>)

Sources : Insee (RGP) ; ESCAPAD 2017, OFDT ; Baromètre santé DOM 2014 de Santé publique France ; Cépi-DC, Inserm ; ECAAP 2009 (Inpes devenu Santé publique France) ; observations TREND.

Note : Pas de données disponibles pour Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.

Voir encadré 2 (p. 25) pour la définition des indicateurs d'usage.

INTRODUCTION

Les Outre-mer français¹ regroupent une mosaïque de territoires de statuts politico-institutionnels variés, qui se caractérisent d'abord par des propriétés géophysiques distinctives : dispersion sur plusieurs continents et trois océans (Atlantique, Indien, Pacifique), éloignement géographique de la métropole et insularité (hormis la Guyane) (voir carte p. 12). Ils présentent toutefois certains traits communs qui ne sont pas sans effet sur les contextes de consommation et de circulation des produits psychoactifs : une « matrice coloniale » (Trépied et Guyon, 2013) qui a produit des situations linguistiques, sociales, économiques, politiques inégales dans les Outre-mer ; des clivages socioculturels et générationnels (redoublés par la diversité linguistique et confessionnelle)² ; une transition démographique en cours aux Antilles, à La Réunion, en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna (qui contraste avec les fortes proportions de jeunes dans la population de Mayotte et de la Guyane) ; enfin, des difficultés socio-économiques liées à « la vie chère »³. Ces spécificités ultramarines pèsent également sur les conditions de réalisation des enquêtes statistiques pour mesurer les niveaux de consommation de drogues. Elles déterminent aussi le cadre de mise en œuvre des politiques publiques de lutte contre les addictions, l'intervention de l'État étant, dans les Outre-mer, conduite et adaptée selon le statut institutionnel et le degré d'autonomie des territoires (voir encadré 1, p. 13). Dans tous les cas, l'affirmation de la place de l'État dans les politiques locales nécessite un effort particulier de déploiement et de coordination des réponses publiques, s'agissant de territoires qui représentent plus de 22 % de la superficie française mais regroupent à peine 4 % de la population et sont, pour la plupart, éclatés (à l'image des archipels⁴).

L'objectif de ce *Théma* est d'offrir un aperçu des situations et des problématiques observées en 2020 dans les Outre-mer français en matière de drogues et d'addictions, sur la base des données statistiques les plus récentes et des principales études menées dans ces territoires (voir annexe 1, p. 70). Il faut souligner, au préalable, la relative rareté des données pour les Outre-mer, qui ont été saisis plus tardivement que les départements et régions de métropole par les dispositifs d'observation et les enquêtes en santé publique⁵ et de façon très progressive. Les premières enquêtes représentatives ont été mises en place dans les années 2000, d'abord en population jeune, dans 4 DOM puis dans les COM (enquêtes ESCAPAD de l'OFDT et ECAAP de l'ex-Institut national de prévention et d'éducation de la santé, devenu Santé publique France), puis parmi les adultes à partir de 2014 (Baromètre santé DOM de Santé publique France). Avec la départementalisation de Mayotte en 2011, le dispositif de mesure

1. La désignation privilégiée ici sera celle des « Outre-mer » mais on pourra également se référer aux DROM ou aux DOM s'agissant des 5 territoires départementalisés offrant les données les plus complètes : Guadeloupe, La Réunion, Martinique, Guyane et Mayotte.

2. Sur la complexité des sociétés ultramarines, voir par exemple sur la Guyane (Benoît, 2018 ; Guyon, 2013), La Réunion (Finch-Boyer, 2014) ou Mayotte (Hachimi Alaoui, 2016).

3. Pour reprendre le slogan des manifestations qui traversent les Outre-mer depuis au moins dix ans (Guadeloupe, La Réunion, Nouvelle-Calédonie notamment), nourries par des mouvements de grève générale (Guyane, Martinique, Mayotte).

4. Les Outre-mer comptent quatre archipels ou regroupements d'archipels : la Nouvelle-Calédonie, ensemble d'îles et d'archipels d'Océanie, dont l'île principale est la Grande Terre ; la Polynésie française, qui compte 118 îles réparties sur une superficie grande comme l'Europe – dont 80 sont habitées – disséminées sur 5 archipels correspondant aux subdivisions administratives : la Société (avec les îles du Vent et les îles Sous-le-Vent), les Tuamotu, les Gambier, les Australes et les Marquises ; les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF), regroupant l'archipel Crozet, les îles Kerguelen, les îles Saint-Paul et Amsterdam, la terre Adélie et les îles Éparses ; enfin, Wallis-et-Futuna qui regroupe trois îles principales (Wallis, Futuna et Alofi).

5. Par exemple, l'Enquête santé européenne EHIS menée par la Drees et l'Insee tous les 6 ans depuis 2008 en France, qui permet de mesurer l'évolution de l'état de santé de la population, du recours aux soins et des habitudes de vie, a été déclinée pour la première fois dans les DOM en 2019, permettant de positionner ces territoires en France et en Europe au regard des grands indicateurs de santé.

statistique s'est étoffé : des enquêtes épidémiologiques spécifiques y ont été lancées dans la période récente, à l'instar d'ESCAPAD (en 2017) et *Unono wa maore* (en 2018-2019).

À l'image du recensement de la population⁶, le recueil de données y est aussi moins régulier pour des raisons de faisabilité : difficultés des enquêtes représentatives à accéder à certains espaces (à l'instar des communes isolées de la forêt amazonienne en Guyane) et à certaines populations, en situation de déscolarisation, de clandestinité (Mayotte, Guyane), d'illettrisme ou du fait des barrières linguistiques (Marie, 2014); faible couverture en technologies de l'information et de la communication⁷ invalidant les possibilités d'enquête par téléphone (et requérant donc des moyens humains pour privilégier l'approche en face-à-face). En dépit des efforts pour déployer un dispositif d'observation similaire à celui existant en métropole, il faut donc préciser qu'une partie des phénomènes échappent probablement aux dispositifs de mesure statistique.

Cet « effet de réverbère » est redoublé par la diversité des situations locales, dont les enquêtes épidémiologiques ne sauraient rendre compte dès lors qu'il s'agit de segments de population particuliers. Pour disposer d'une photographie complète des niveaux d'usage par secteur géographique ou par type de population, il faudrait multiplier les enquêtes au niveau local, ce qui supposerait des ressources sans commune mesure avec les moyens existants. Au début des années 2000, l'OFDT a développé ce type d'observation locale qualitative dans trois DOM, au travers d'un dispositif d'observation qualitatif permanent (TREND⁸) implanté en Guyane, en Martinique et à La Réunion. Plus récemment, plusieurs investigations locales ont permis d'explorer quelques phénomènes spécifiques aux territoires ultramarins. Tous ces résultats ont été intégrés dans ce travail de synthèse, qui sera actualisé au fil des nouvelles enquêtes programmées à compter de 2020⁹ – en particulier la deuxième édition du Baromètre santé DOM de Santé publique France (18-75 ans) et le dispositif EnCLASS¹⁰ de l'OFDT (11-18 ans). Ce document participe donc du renforcement des systèmes d'observation réguliers centrés sur les Outre-mer¹¹.

Les Outre-mer font l'objet d'une attention publique de plus en plus ciblée¹², comme en témoigne la multiplication des travaux parlementaires, d'expertise et de contrôle¹³. Pourtant, la connaissance des enjeux spécifiques à ces territoires reste partielle. Un certain nombre de données sont néanmoins disponibles et permettent de dresser un état de situation des drogues et des addictions, même si, du fait de leur intégration plus ancienne dans les enquêtes, celui-ci est centré sur les anciens DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion), avec quelques données d'enquêtes ponctuelles sur les COM.

6. Les populations légales de l'année n sont actualisées tous les ans en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon. Pour Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Wallis-et-Futuna, elles sont mises à jour tous les cinq ans et dépendent du millésime de réalisation du recensement propre à chacun de ces territoires.

7. Dans le domaine de la téléphonie fixe, 72 % de la population ultramarine est raccordée, contre près de 100 % en métropole, et 50 % de la population ultramarine est raccordée à Internet pour une moyenne nationale de 81 %.

8. Dispositif Tendances récentes nouvelles drogues (TREND) développé par l'OFDT depuis 1999.

9. Avec un report des terrains d'enquête du fait des mesures de confinement imposées par la pandémie de Covid-19.

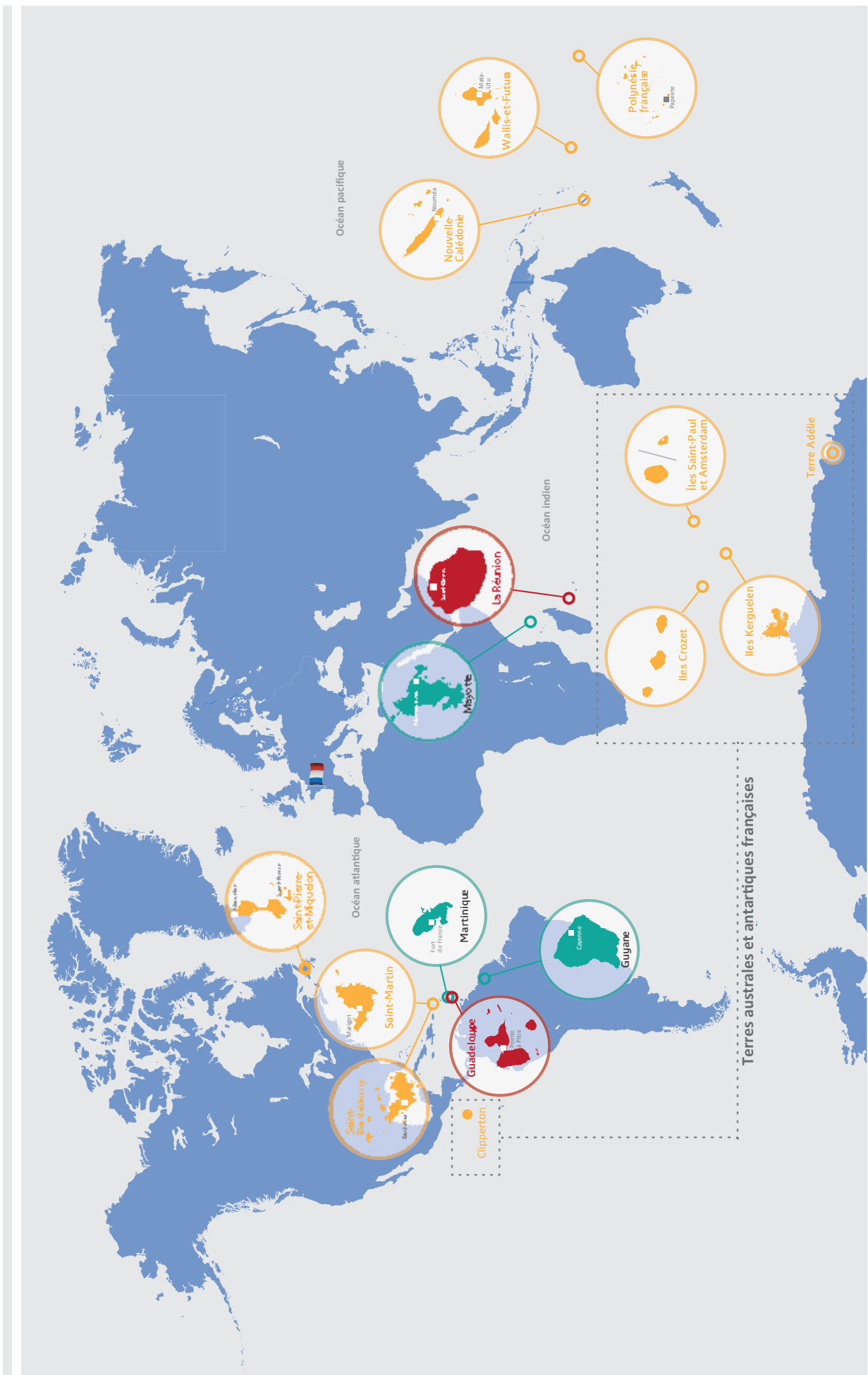
10. Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances.

11. Cet engagement se retrouve dans le Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022), qui inclut un axe stratégique visant à « mobiliser dans les Outre-mer », en particulier en mesurant les niveaux et les impacts des consommations. Il figure également parmi les objectifs du fonds Addictions et, en écho à ces préoccupations, dans le programme de travail 2018-2021 de l'OFDT (« développer l'observation au sein des territoires, notamment dans les Outre-mer »).

12. Dans cet esprit, le Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a prévu des « feuilles de route » pour les territoires ultramarins. Plan de mobilisation renforcé contre la délinquance avec un volet spécifique pour Mayotte (juin 2016) ; circulaires pénales en Guyane ; priorité à la lutte contre le trafic de stupéfiants en Guadeloupe ; volet Outre-mer de la Stratégie nationale de santé ; Plan jeunesse Outre-mer (3 septembre 2015) ; stratégie 2025 pour Mayotte (13 juin 2015) ; Plan pour la Guyane (21 avril 2017) ; Assises de l'Outre-mer (2017-2018) et publication du Livre bleu Outre-mer (28 juin 2018). Par ailleurs, les plans stratégiques de santé de l'Agence de santé, « le PRS en action », sont déclinés dans plusieurs départements, dont par exemple le projet régional de santé 2018-2028 La Réunion-Mayotte, structuré autour de trois documents (cadre d'orientation stratégique, schéma régional de santé et programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte).

13. Par exemple : Bas *et al.*, 2020 ; Cour des comptes, 2014 ; Julien-Laferrière et Ratenon, 2018 ; Lurel, 2016. Plus récemment, une mission d'information sénatoriale sur le trafic de stupéfiants en provenance de Guyane a été créée en 2020.

Carte. Les Outre-mer en France en 2020



Encadré I. Statut administratif et politique des Outre-mer français

Les 12 territoires réunis dans la catégorie unifiante des « Outre-mer français » (Beauvallet et al., 2016) se distinguent par une histoire coloniale plus ou moins ancienne¹⁴, souvent marquée par l'esclavage (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Guyane), et des statuts administratifs et politiques qui ont été de plus en plus différenciés au fil du temps et qui regroupent en 2020 :

- 2 départements et régions d'outre-mer (DROM) : la Guadeloupe et La Réunion ;
- 3 collectivités territoriales uniques (CTU) : la collectivité territoriale de Martinique (CTM), la collectivité territoriale de Guyane (CTG) et le département de Mayotte ;
- 7 collectivités d'outre-mer (COM) : la Nouvelle-Calédonie ; la Polynésie française ; Saint-Barthélemy ; Saint-Martin ; Saint-Pierre-et-Miquelon ; les Terres australes et antarctiques françaises et Wallis-et-Futuna.

Depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, les territoires d'outre-mer bénéficient de « statuts à la carte », étape décisive d'un processus de différenciation qui s'est étalé sur 70 ans (de 1946 à 2016). La Constitution du 27 octobre 1946 a d'abord créé deux catégories de territoires ultramarins : les *départements d'outre-mer* (DOM), soumis au principe d'assimilation métropolitaine et regroupant la Guadeloupe (971), la Martinique (972), la Guyane (973) et La Réunion (974), et une vingtaine de *territoires d'outre-mer* (TOM), dotés d'un statut particulier. Reprise par la Constitution de 1958, cette catégorisation a donné lieu à l'appellation « DOM-TOM ». Mais, à partir des années 1970, cette classification dualiste a été remplacée par une multiplication de statuts particuliers (Mayotte en 1976, Saint-Pierre-et-Miquelon en 1985, la Nouvelle-Calédonie en 1985, la Polynésie française en 1996), qui se sont ajoutés à ceux existant (Terres australes et antarctiques françaises devenues collectivité *sui generis* en 1955).

La révision constitutionnelle de 2003 a distingué quatre types de statuts inspirant le régime actuel :

- les départements et régions d'outre-mer (DROM), régis par l'article 73 (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion depuis 1946, auxquels s'est ajoutée Mayotte en 2011) ;
- les collectivités et pays d'outre-mer (COM ou POM), régis par l'article 74 (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna) ;
- la Nouvelle-Calédonie, collectivité à statut particulier (*sui generis*) régie par les articles 76 et 77 ;
- les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF), agrandies en 2007 avec le rattachement des îles Éparses (Tromelin, Glorieuses, Juan de Nova, Europa et Bassas da India) et Clipperton (terres non habitées relevant de la loi du 6 août 1955).

Les Outre-mer ont, pour la plupart, connu une succession de statuts spécifiques. La Nouvelle-Calédonie, colonie française jusqu'en 1946, TOM jusqu'en 1999, est désormais une collectivité « à statut particulier » d'outre-mer. De même, après avoir été une collectivité à statut particulier, Mayotte est devenue en 2011 le 5^e DOM et le 101^e département français. Enfin, la Guyane et la Martinique, ex-DOM puis DROM, sont devenues en 2016 des CTU, au même titre que la Corse.

D'un point de vue politique, administratif et financier, cette diversité de statuts va de pair avec des degrés d'autonomie différents. En tant que CTU, la Guyane et la Martinique ont fusionné leurs conseils régionaux et généraux. Les DROM sont soumis au principe d'assimilation législative : les lois et règlements français sont applicables de plein droit même si certains textes peuvent faire l'objet d'adaptations résultant de caractéristiques

14. De 1536 à 1664, la France s'est emparée de la Guadeloupe (1635), la Martinique (1635), la Guyane (1664), La Réunion (1638), Saint-Martin (1648), Saint-Barthélemy (1648) et Saint-Pierre et Miquelon (1536). Entre 1840 et le début du XX^e siècle, la Polynésie (entre 1842 et 1889), la Nouvelle-Calédonie (1853), Wallis-et-Futuna (1887) sont devenues progressivement des territoires français.

et de contraintes particulières à ces collectivités. Parmi les COM, certaines jouissent d'une grande autonomie et de prérogatives dérogatoires au droit commun. Ainsi, la Polynésie française a son président, son gouvernement, son assemblée élue et ses signes identitaires propres (drapeau, hymne).

Du point de vue de la prise en charge des addictions, la politique relative à l'organisation de l'offre de soins est pilotée par une agence régionale de santé (ARS), comme en métropole, et répond à un schéma régional d'organisation des soins. Outre les ARS opérant en Martinique, en Guyane, à La Réunion et à Mayotte (la dernière-née des ARS, créée le 1^{er} janvier 2020), une ARS regroupe la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Au sein des Outre-mer, le système de soins repose sur les mêmes principes qu'en métropole, dans les modes d'organisation et de couverture par l'Assurance maladie, mais l'accès à la prise en charge se révèle très disparate sur chaque territoire (Cour des comptes, 2014).

I – LES OUTRE-MER, ESPACES DE CONTRASTES : DONNÉES DE CADRAGE

Souvent présentés comme des territoires satellites de la métropole, les Outre-mer français cumulent pourtant une population de 2,75 millions de personnes (soit 4 % de la population française)¹⁵ et couvrent 120 000 km² de surface terrestre (22 % de la superficie de la métropole). Mais ils concentrent surtout 97 % des 11 millions de km² d'espace maritime, ce qui place la France au deuxième rang mondial des zones économiques exclusives (ZEE). Cette richesse confère aux Outre-mer un rôle singulier en matière de contrôle des flux et de lutte contre le trafic maritime de stupéfiants.

Si la catégorie administrative et politique des « Outre-mer » (officiellement au pluriel depuis 2011) laisse croire à une homogénéité et, d'un point de vue épidémiologique, appelle une comparaison avec la métropole, elle renvoie aussi à des entités singulières, souvent peu comparables entre elles (Lemercier *et al.*, 2014). Les Outre-mer sont en effet marqués par des disparités de contexte, à l'image de leurs indices de développement humain (IDH)¹⁶, inférieurs à l'indice métropolitain et bien différenciés entre eux (variant de 0,64 à Mayotte à 0,82 en Guadeloupe, contre 0,90 en métropole). Les Outre-mer partagent en outre, sur le plan économique et social, une situation de précarité plus marquée qu'en métropole, en partie du fait de leur histoire et de leur situation géostratégique. L'ensemble des indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires décrivant les Outre-mer sont détaillés dans l'annexe 2, dessinant un environnement plus défavorable qu'en métropole.

Une situation socio-économique et sanitaire dégradée

Des trajectoires démographiques hétérogènes

Les Outre-mer se caractérisent par une forte hétérogénéité par rapport à la métropole (Mazuy *et al.*, 2011) mais aussi entre eux. Sur le plan démographique, **près de 40 % de la population a moins de 25 ans**, soit dix points d'écart en moyenne avec la métropole, ce qui cache des disparités (voir annexe 2, p. 76).

On peut distinguer, d'une part, les départements jeunes, marqués par une forte croissance de population, particulièrement Mayotte (dont la population a triplé depuis 1985 et comprend désormais une majorité de mineurs) et la Guyane (+ 2,2 % par an en moyenne entre 2008 et 2013). Tous deux affichent une fécondité élevée (> 3 enfants par femme) et des flux migratoires importants en provenance des pays avoisinants. La part de l'immigration représente respectivement 45 % et 36 % de la population totale pour la Guyane et Mayotte, dont une

15. Insee, données actualisées au 1^{er} janvier 2020.

16. L'IDH est un indicateur synthétique de développement calculé chaque année par le Programme des Nations unies pour le développement pour les pays et territoires indépendants. Il est calculé par la moyenne de trois indices quantifiant respectivement la santé (mesurée par l'espérance de vie à la naissance), le niveau d'éducation (mesuré par la durée moyenne de scolarisation pour les adultes de plus de 25 ans et la durée attendue de scolarisation pour les enfants d'âge scolaire) et le niveau de vie (à partir du revenu brut par habitant en parité de pouvoir d'achat).

forte proportion d'étrangers (40 % à Mayotte, la région française où la part d'étrangers est la plus importante, et 36 % en Guyane), le plus souvent en situation irrégulière et de forte précarité socio-économique (Marie, 2015).

D'autre part, des départements vieillissants, comme la Martinique et la Guadeloupe, font partie des rares régions françaises où la population n'a pas augmenté entre 2012 et 2020, faisant face à une baisse de la fécondité et à un phénomène de migrations croisées : exode des jeunes vers la métropole (pour poursuivre leurs études ou rechercher un emploi), retour au pays des seniors au moment de la retraite. Les études prospectives de l'Insee estiment que la Martinique et la Guadeloupe seront, en 2040, les deux départements de France les plus âgés en moyenne. Depuis une vingtaine d'années, un processus similaire de transition démographique affecte La Réunion, la Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna, qui enregistrent une baisse de la fécondité.

Des conditions économiques et sociales plus défavorables qu'en métropole

D'un point de vue socio-économique, les Outre-mer sont à la fois caractérisés par leur écart avec la métropole et par la diversité de leurs situations économiques et sociales. Ils ont en moyenne un **PIB par habitant** inférieur de 50 % par rapport à celui de l'Union européenne et jusqu'à trois fois inférieur à la moyenne métropolitaine (voir annexe 2, p. 76). En outre, ils restent marqués par une forte dépendance économique à l'égard de la métropole : 50 à 60 % des échanges se font avec l'Hexagone, avec un déséquilibre commercial du fait des importations qui explique un coût de la vie bien supérieur (+ 12 % à La Réunion et + 17 % en Martinique, par exemple) (Lurel, 2016). Cette dépendance se mesure aussi à l'aune de la faiblesse du secteur industriel et de la forte proportion de l'emploi public (36,3 % en moyenne dans les Outre-mer, vs 22,7 % en métropole, avec cependant de fortes disparités). **La pauvreté et les inégalités sociales** y sont aggravées par rapport à la métropole, avec un seuil de revenu mensuel des 20 % les plus pauvres à 242 euros à La Réunion et 413 en Martinique, contre 585 euros dans le département métropolitain où le revenu mensuel est le plus bas¹⁷.

En termes d'emploi, malgré une évolution favorable au cours des dix dernières années, le **taux de chômage** est trois fois plus élevé qu'en métropole. À La Réunion, environ 30 % des actifs (15-64 ans) sont sans emploi, taux le plus élevé parmi les Outre-mer. Il dépasse 20 % en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane, vs 9,3 % en métropole. Les jeunes sont les plus exposés : le taux de chômage des 15-24 ans atteint 46 % à La Réunion. Sur le plan éducatif, **la part des jeunes pas ou peu diplômés est deux fois plus élevée qu'en métropole**, la Guyane étant particulièrement concernée (plus de 50 % des jeunes).

La situation sociale des Outre-mer est extrêmement défavorable en termes de pauvreté et de précarité. Ils se distinguent par un taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés de France (70 % vs 43 % en métropole), en particulier à La Réunion qui occupe le premier rang national : 38 % des ménages bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), le taux national étant en deçà de 9 % (Cabannes et Richet-Mastain, 2018). En additionnant les 10 minima sociaux en vigueur en France (en incluant les conjoints et les enfants à charge), plus d'une personne sur trois bénéficie de minima sociaux dans les 4 DROM historiques (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion), contre une sur dix en métropole¹⁸. Les prestations sociales (allocations familiales, aides au logement, minima sociaux) jouent un rôle d'amortisseur social dans un contexte économique dégradé, assurant le maintien d'un pouvoir d'achat permettant de subvenir aux besoins primaires.

17. <https://www.inegalites.fr/Des-departements-d-outre-mer-marques-par-les-difficultes-sociales-et-les?idmot=109>

18. Cabannes et Richet-Mastain, 2018, p. 18 et 67.

La situation est particulièrement critique à Mayotte qui cumule les indicateurs de vulnérabilité, parmi lesquels le PIB le plus faible d'Europe (un quart de la moyenne de l'UE-28), une forte fécondité (5 enfants par femme), une population très jeune (50 % de mineurs, dont 3 000 à 7 000 seraient isolés ou non accompagnés), une population de clandestins estimée à 100 000 personnes (soit presque la moitié de la population totale), un taux de déscolarisation et d'échec scolaire élevé (un habitant sur 5 n'a jamais été scolarisé), un taux de chômage de l'ordre de 37 % (55 % parmi les 15-29 ans), un habitat précaire (quatre logements sur dix en tôle) (Insee), des difficultés d'accès à l'eau potable, etc.

Des indicateurs sanitaires invitant à la vigilance

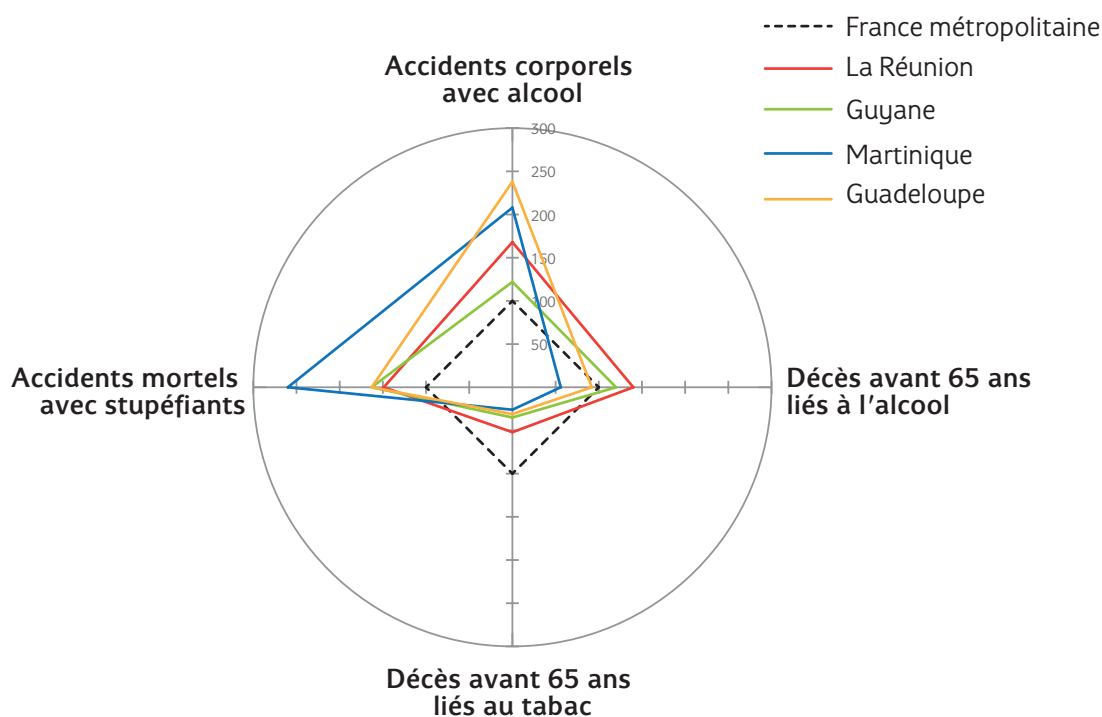
Les Outre-mer se caractérisent par une forte prévalence des situations de vulnérabilité. Si leur situation est plus favorable que dans les pays voisins, les indicateurs de santé sont plus dégradés qu'en métropole. Ainsi, l'**espérance de vie** est inférieure d'au moins deux ans, chez les hommes comme chez les femmes, dans la quasi-totalité des Outre-mer (hormis la Martinique). Les territoires ultramarins sont confrontés à un **cumul de pathologies** : obésité, diabète, maladies infectieuses, maladies chroniques ou rares, problèmes environnementaux spécifiques, difficultés d'accès aux soins et, surtout, mortalité infantile et périnatale (Creusvaux, 2015 ; Fourcade *et al.*, 2017). À ce titre, un récent rapport de la Cour des comptes souligne la **surmortalité infantile persistante** dans les Outre-mer, à l'origine de plusieurs décès post-nataux par an et par collectivité : le taux de décès pour 1 000 naissances reste en moyenne deux fois plus élevé dans les DOM (7,8 vs 3,8 en métropole), avec des différences marquées et un pic du taux (plus de 10 décès pour 1 000 naissances) en Guyane et à Mayotte (16,1 pour 1 000) (Cour des comptes, 2014). Cette surmortalité intervient surtout en période périnatale, dans la semaine suivant l'accouchement (deux tiers des décès). La précarité, la pauvreté et les pathologies chroniques (obésité, diabète, hypertension) comptent parmi les causes principales, de même que les addictions, qui constituent un facteur de vulnérabilité pendant la grossesse. D'une façon générale, les Ultramarins jugent leur **état de santé moins bon qu'en métropole**, surtout parmi les femmes (Dubost, 2018). Corrélativement, plus de 30 % de la population des DROM (hors Mayotte) bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) vs 7 % en métropole.

Les **maladies infectieuses** continuent de représenter une part substantielle de la morbidité parmi les enfants et les adultes, en particulier le VIH (sida). En 2018, outre l'Île-de-France, les trois régions les plus concernées par les découvertes de séropositivité au VIH étaient toutes ultramarines : Guyane (896 cas de séropositivité par million d'habitants, un taux dix fois supérieur à la moyenne nationale), Martinique (287 cas) et Guadeloupe (263 cas) (Santé publique France, 2019). Le mode de contamination principal se fait par la voie hétérosexuelle, le nombre de partenaires sexuels étant plus élevé parmi les hommes. Les hommes sont cependant moins concernés par les nouvelles contaminations qu'en métropole (48 % vs 70 %). Parmi les femmes, qui se caractérisent par des indicateurs de santé plus défavorables, la stigmatisation des personnes porteuses du VIH est plus marquée et amplifiée par les facteurs de vulnérabilité associés (migration, prostitution, usage de drogues) (d'Almeida Wilson *et al.*, 2015). Plus généralement, les infections sexuellement transmissibles se développent dans les territoires ultramarins, de même que la tuberculose, qui touche les jeunes et les populations précaires en Guyane et à Mayotte.

Sur le plan des **maladies chroniques**, les territoires ultramarins se distinguent de la métropole par une moindre prévalence des cancers, à l'exception de certaines formes comme le cancer du col de l'utérus (Guyane) ou de la prostate (Antilles, Guyane). Les indicateurs révèlent de fortes disparités en termes de **mortalité causée par les maladies cardiovasculaires et le cancer**.

Ainsi, La Réunion présente des taux standardisés de mortalité (toutes causes) supérieurs à la moyenne nationale : la mortalité avant 65 ans y est également particulièrement marquée (Fourcade *et al.*, 2017), du fait de l'accidentalité routière. Plus généralement, dans les Outre-mer, le nombre annuel de personnes tuées par million d'habitants est globalement plus élevé qu'en métropole, de même que les proportions de population concernées (voir figure 1). Une part prépondérante de cette accidentalité routière est liée à l'alcool (voir infographie 2). La part des accidents impliquant l'alcool est bien plus élevée qu'en métropole, notamment en Guadeloupe et en Martinique avec respectivement 46,2 % et 39,1 % des accidents mortels qui sont liés à l'alcool contre 30,2 % en métropole (ONISR, 2019). Les interpellations pour ivresse publique et manifeste y sont cependant plus limitées. Selon l'ORS de La Réunion, 230 décès par an seraient directement causés par l'alcool (Ricquebourg, 2018) : le taux de mortalité est deux fois supérieur à celui constaté en France hexagonale (voir infographie 2). La plupart des actes de violence (80 %) impliquent un usage d'alcool.

Figure 1. Accidentalité et mortalité liées aux drogues en 2017 (comparaison avec la métropole)



Note de lecture : Les chiffres présentés sont des indices comparatifs. Lorsque l'indice est supérieur à 100 (valeur de la métropole), le comportement dans le DROM est plus élevé que la moyenne métropolitaine (en noir). Une valeur de 125 signifie que l'usage est supérieur de 25 % à la moyenne métropolitaine.

Source : DGGN/DGPN/Préfecture de police de Paris ; ONISR

Ces indicateurs sanitaires défavorables sont redoublés par des difficultés majeures d'accès aux soins. Qu'elle soit hospitalière ou libérale, **l'offre de soins demeure globalement inférieure à la métropole**. Dans cette perspective, un investissement conséquent a été réalisé à partir de 2012 pour moderniser le parc hospitalier dans les territoires ultramarins (un milliard d'euros)¹⁹.

19. Par exemple, à La Réunion, le groupe hospitalier Est Réunion a été reconstruit et le Pôle sanitaire Ouest a été construit à Saint-Paul ; en Guyane, l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni a été reconstruit et une partie du centre hospitalier de Cayenne a été réhabilité ; aux Antilles, le plateau technique du CHU de Fort-de-France en Martinique et celui du nouveau CHU de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe ont été reconstruits aux normes antisismiques.

Dans un contexte de recours problématique aux soins, voire de renoncement aux soins (voir indicateurs en annexe 2), la **question de l'accès aux soins** se pose de manière aiguë au regard des projections démographiques et des contraintes géographiques. Le vieillissement de la population, particulièrement aux Antilles (Martinique et Guadeloupe), soulève la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Selon les estimations de l'Insee, la population dépassant 80 ans devrait être multipliée par 3,7 en Guadeloupe, 3,5 en Martinique, 3 en Guyane et 4,8 à La Réunion (contre 2,3 en métropole). En outre, la Guyane et Mayotte devraient voir leur population doubler dans les deux décennies qui viennent, avec une prédominance de plus en plus marquée des jeunes de moins de 20 ans.

Enfin, les Outre-mer sont exposés à certains **risques naturels caractérisés** que l'on ne retrouve pas en métropole (sismiques, climatiques, environnementaux et infectieux) et qui donneraient lieu à des réponses insuffisantes : la France est ainsi pointée du doigt par l'OMS pour ses carences en matière de lutte contre le paludisme en Guyane, qui contribueraient à favoriser l'émergence de souches plus résistantes. Ces phénomènes sont amplifiés par les évolutions climatiques, l'accroissement des flux migratoires et la transformation des milieux naturels par l'activité humaine.

Des données de sécurité publique préoccupantes

Un contexte de violence endémique accentue les fragilités de cet environnement : certains Outre-mer sont particulièrement touchés par les actes de délinquance à caractère violent (Burrigand et Jamet, 2017). Les forces de l'ordre y enregistrent **plus d'infractions violentes** qu'en métropole, chaque territoire ayant ses spécificités (Grenon-Mur, 2016). En 2018, le nombre de **vols violents**, nettement supérieur à la métropole, montrait que la Guyane est le département le plus concerné (5,5 vols par an pour 1 000 habitants), suivi de Mayotte (3,3), de la Guadeloupe (2,6) et de la Martinique (2,0). À La Réunion, le nombre de victimes est égal à la moyenne métropolitaine (1,2) (SSMSI, 2019). Si le nombre de victimes pour 1 000 habitants reste, dans certains territoires ultramarins, trois à cinq fois supérieur à la moyenne métropolitaine, il tend à diminuer depuis 2016 partout, tout particulièrement en Guyane (Naulin, 2017) et, dans une moindre mesure, en Guadeloupe (SSMSI, 2019).

Par ailleurs, le nombre de victimes de **violences physiques et sexuelles** est bien plus élevé dans les territoires ultramarins, en particulier en Guyane (1,3 pour 1 000 habitants). Il en va de même des **violences intrafamiliales** (3,4 victimes pour 1 000 habitants dans les Outre-mer vs 1,5 en métropole) et des coups et blessures volontaires : en Guyane, en Guadeloupe et à Mayotte, le nombre de victimes pour 1 000 habitants est jusqu'à deux fois supérieur à celui constaté en métropole. Les violences conjugales, souvent liées à l'alcool, font de plus en plus l'objet d'enquêtes spécifiques. Au cours des années 2000, des enquêtes ont été réalisées à La Réunion (2002) et à la Martinique (2008), fondées sur le modèle de l'enquête Enveff²⁰ (Brown, 2012), ainsi qu'en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie (Hamelin et Salomon, 2004). Plus récemment, en 2018, l'enquête Violences et rapports de genre (VIRAGE) a été déclinée à La Réunion, en Guadeloupe et en Martinique. D'après ces travaux, les sociétés ultramarines présenteraient des caractéristiques favorisant la survenue des violences mais il s'agirait moins de formes spécifiques de violences conjugales que de taux plus élevés en termes de fréquence et d'intensité. L'enquête Enveff à La Réunion a ainsi révélé de plus forts taux de violences dans la plupart des sphères de vie, liées à la surconsommation d'alcool (Widmer et Pourette, 2009). Les effets des usages d'alcool sur les violences conjugales s'inscrivent dans des conceptions particulières des normes conjugales, parentales et sociales (Condon, 2014),

20. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Saurél-Cubizolles, 2005), coordonnée par l'Institut de démographie de l'université Paris I (Idup).

comme le montrent les travaux menés sur le rapport au droit et à la justice en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie, en Guyane et à Mayotte (Kanaks, Polynésiens, Bushinengés, Mahorais) (Jolivet et Vernon, 2007 ; Salomon, 2000).

Enfin, le nombre d'**homicides** est également beaucoup plus élevé qu'en métropole : il culmine en Guyane, qui détient le record national des crimes de sang (en 2019, 32 homicides pour plus de 296 000 habitants, soit 10,7 victimes pour 100 000 habitants), mais se révèle aussi très élevé en Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte. En revanche, La Réunion se situe dans la moyenne métropolitaine.

Plus généralement, les habitants des départements d'Antilles-Guyane considèrent bien plus souvent qu'en métropole que la **délinquance est le problème de société le plus préoccupant**. Ils sont également plus nombreux à déclarer un **sentiment d'insécurité** dans leur domicile, tout comme dans leur quartier ou leur village (Burrucand et Jamet, 2017 ; SSMSI, 2019). Les données de l'enquête CVS devraient compléter prochainement l'identification des spécificités ultramarines²¹.

Un cadre spécifique de politiques publiques en matière de lutte contre les addictions

Face à ces défis sanitaires, sociaux et de sécurité publique, les politiques publiques mobilisent diverses ressources mais doivent aussi composer avec des contraintes locales, notamment liées aux régimes juridiques et fiscaux qui tendent à favoriser l'accessibilité aux produits psychoactifs. Dans le domaine des substances licites (alcool et tabac), les DROM disposent d'un régime spécifique en matière de commerce, de fiscalité et de déclaration douanière. Du fait de leur position géographique, ils sont, par ailleurs, dotés d'un rôle spécifique dans la lutte contre le trafic maritime de stupéfiants.

Un régime dérogatoire sur le tabac

La **vente au détail de tabac** repose sur un régime juridique, économique et fiscal dérogatoire, créé par le décret « transitoire » datant de la départementalisation (décret n° 48-544 du 30 mars 1948). Ce régime « provisoire », maintenu depuis plusieurs décennies, empêche encore en 2020 l'instauration d'un monopole des tabacs en vigueur en métropole. En pratique, il permet la vente libre des produits du tabac : la vente est autorisée non seulement chez les buralistes, mais aussi dans les commerces de proximité (épiceries, boulangeries...), les supermarchés et hypermarchés, les bars, les restaurants, les stations-service, etc. Tout commerce peut donc vendre des produits du tabac mais il peut aussi s'établir partout, y compris à proximité de lieux fréquentés par des jeunes (établissements scolaires, équipements sportifs, etc.), dans la rue, en bord de route (en Guyane) ou dans des commerces ambulants (Martinique et La Réunion). La loi du 27 décembre 2008²² a certes établi le principe d'une licence pour les débits de tabac, mais son entrée en vigueur, initialement prévue en 2011, n'a jamais été effective faute de décret d'application. De même, la loi de finances de 2009 avait prévu la

21. L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), dite de « victimation », est conduite chaque année depuis 2007 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI, créé en 2014). Elle a plus récemment été étendue aux Outre-mer (La Réunion en 2011, Guadeloupe, Guyane et Martinique en 2015 et Mayotte, prévue en 2020).

22. Loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 (article 568 bis du Code général des impôts).

mise en place d'un dispositif d'encadrement de la vente du tabac (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion) mais les DOM ne figurent pas dans les textes réglementant le contrôle du tabac²³.

Par ailleurs, la **fiscalité applicable aux produits du tabac** est régie par des dispositions dérogatoires et ne relève pas de la circulaire de 2014 applicable à la France continentale et à la Corse²⁴.

À noter que, dans l'ensemble des DOM hormis l'île de La Réunion, le tabac n'est pas fabriqué sur place mais importé par des sociétés commerciales.

Une fiscalité d'exception sur l'alcool

Pour des raisons historiques, un **régime de fiscalité d'exception, dit de l'« octroi de mer »**²⁵, a été instauré pour l'alcool dès le XVII^e siècle, dans un souci de préservation de la filière « canne à sucre-rhum » des DOM et pour compenser les contraintes spécifiques de ces territoires. En effet, du fait du surcoût de la canne et de la main-d'œuvre, ainsi que de contraintes réglementaires plus strictes (sur la fabrication ou l'environnement), le rhum des DOM apparaissait moins compétitif sur le marché métropolitain que celui des pays d'Afrique, Caraïbes, Pacifique (ACP) et des pays tiers. Pour compenser ces contraintes, l'Union européenne a autorisé la France à adopter une **taxation réduite du rhum dit « traditionnel »** produit en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion²⁶. Elle concerne les rhums traditionnels agricoles et les rhums traditionnels de sucrerie.

Cette taxation préférentielle du rhum vendu en Outre-mer se traduit par la réduction de moitié (par rapport aux autres types d'alcool) du droit d'accise²⁷ portant sur le volume d'alcool pur commercialisé, qui s'ajoute, lors de la mise sur le marché, à la TVA et à la cotisation de Sécurité sociale, soit un **différentiel de fiscalité de 60 % inférieur des rhums ultramarins** (taxés 1 430 euros par hectolitre d'alcool pur vs 2 300 euros pour les autres alcools²⁸). Ce dispositif constitue donc bien une aide d'État dès lors qu'il produit un manque à gagner bénéficiant à une catégorie d'alcools (les rhums des DOM). De ce fait, un hectolitre de spiritueux est, en 2020, taxé dix fois moins dans les DROM qu'en métropole (40 euros vs 578 euros). L'alignement de la fiscalité du rhum vendu en Outre-mer sur celle de la métropole, qui a été adopté dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, prévoyait une entrée en vigueur en 2023, qui a finalement été reportée à 2025. Ainsi, **La Réunion enregistre le prix de l'alcool pur le plus bas de France**, alors que les produits alimentaires coûtent en moyenne 20 à 30 % de plus qu'en métropole, ce qui soulève des interrogations en termes de santé publique.

23. Le dernier est la circulaire du 22 janvier 2019 reprise au Bulletin officiel des douanes n° 7287 du 22 janvier 2019 et relative à la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés. Voir : <http://www.douane.gouv.fr/informations/bulletins-officiels-des-douanes?da=19-002>

24. Dispositions dérogatoires codifiées par les articles n° 268 du Code des douanes et 575 E du Code général des impôts et circulaire 1C2 de février 2014.

25. L'« octroi de mer » est une taxe perçue par l'administration des douanes sur les marchandises entrant dans les DOM, qu'elles viennent d'autres États membres de l'Union européenne ou de métropole. Elle existe, sous différentes formes, depuis 1670 et a été plusieurs fois réformée, avec une accélération des transformations depuis 1989. L'octroi de mer, avec une recette annuelle d'un peu plus de 1,2 milliard d'euros, constitue une ressource importante pour les collectivités locales dominiennes, qui pâtissent d'un faible rendement de la fiscalité traditionnelle.

26. Article 1^{er} de la décision n° 189/2014/UE du Conseil européen. V. Décision no 189/2014/UE du Conseil du 20 février 2014 autorisant la France à appliquer un taux réduit concernant certaines taxes indirectes sur le rhum « traditionnel » produit en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique et à La Réunion, et abrogeant la décision 2007/659/CE (JO L. 59 du 28 février 2014, p. 1).

27. Les droits d'accise sont des taxes indirectes sur la vente ou l'utilisation du tabac, de l'alcool, du pétrole et ses dérivés : il s'agit généralement d'un montant par quantité de produit (par exemple par kilogramme, par hectolitre ou par degré).

28. Source : Direction générale des douanes et droits indirects. Fiscalité réduite applicable aux rhums produits par les DOM (<https://www.douane.gouv.fr/>).

Par ailleurs, la **publicité en faveur de l'alcool** dans les Outre-mer relève d'une loi moins restrictive que dans le territoire hexagonal : elle autorise par exemple la publicité sur de multiples supports (en bord de route, etc.), qui contribue à normaliser la consommation d'alcool.

Faire respecter ces régimes dérogatoires incombe à la police et la gendarmerie mais aussi aux douanes, dont le rôle se ne limite pas à percevoir des taxes – abondant les budgets des collectivités ultramarines (octroi de mer, droit de consommation sur les tabacs)²⁹ – mais s'étend aussi à des missions stratégiques en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants et contre la contrebande de cigarettes.

La place des Outre-mer dans la lutte contre le trafic de stupéfiants

Compte tenu de leur insularité et des surfaces maritimes qui leur sont associées, **les Outre-mer sont en première ligne de la lutte contre le trafic de stupéfiants**, notamment dans la zone Antilles-Guyane, positionnée sur les routes d'acheminement de la cocaïne vers l'Europe³⁰. Dans cette zone des Outre-mer, les services d'application de la loi sont fortement sollicités dans la lutte contre les trafics, en particulier les douanes, et régulièrement conduits à adapter et à ajuster leurs stratégies.

Si l'activité des services douaniers dans les Outre-mer est au premier chef fiscale (pour des raisons historiques), ceux-ci ont un rôle décisif dans la lutte contre le trafic international : ils occupent, de plus en plus, une **fonction stratégique dans le contrôle des flux de stupéfiants vers l'Europe**. En effet, alors que la région abritait auparavant une « mono-industrie de la cocaïne » (et de ses dérivés comme le crack) provenant d'Amérique du Sud, transitant par l'arc antillais et destinée aux États-Unis ou à l'Europe, un deuxième flux, local, a été identifié autour d'une production d'herbe de cannabis, cultivée dans les Outre-mer ou en République dominicaine, faisant l'objet de trocs « cocaïne contre résine » (voir p. 54). L'activité douanière croissante s'explique donc par la place prise par les Caraïbes dans les mouvements de stupéfiants : l'arc caribéen constitue un lieu de passage de plus en plus utilisé par les organisations criminelles, en raison de leur position géostratégique près des lieux de production de cocaïne, mais aussi de la pression de plus en plus forte exercée dans d'autres pays pour lutter contre ce trafic. Une part importante des avoirs criminels issus du trafic de stupéfiants sont ainsi saisis dans les Outre-mer³¹.

L'essentiel des flux faisant l'objet d'une surveillance au sein des Outre-mer emprunte la voie maritime. Une large proportion des saisies de cocaïne effectuées en 2018 (16,3 tonnes) met en jeu les **grands ports maritimes des Outre-mer**, dans l'océan Indien, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie, aux Caraïbes et en Amérique du Sud (6,1 tonnes) (OCRTIS et DNRED, 2019). Par ailleurs, sur l'ensemble des saisies, près de 70 % des drogues interceptées dans les Outre-mer proviennent directement de Colombie, du Pérou et de Bolivie ou des Caraïbes, notamment via les départements français des Antilles et de la Guyane, en grande partie dans le cadre d'investigations conduites par la DNRED (Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières). Aux Antilles, où le trafic de cocaïne est particulièrement intense, la lutte contre le trafic de stupéfiants constitue une priorité des services douaniers.

29. L'ensemble des marchandises entrant dans les DOM de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane, qui forment un territoire fiscal distinct de l'Union européenne, font l'objet d'une fiscalité spécifique : tous les produits importés sont considérés comme provenant de l'étranger, y compris ceux provenant de la métropole. Il s'agit donc de percevoir les taxes prévues par la loi mais aussi de vérifier la conformité des biens avec les règles normatives de l'UE. En 2014, plus de 1,3 milliard d'euros ont été perçus par les douanes en Martinique, en Guyane et en Guadeloupe (source : DGDDI).

30. À noter : la zone Antilles-Guyane est la seule frontière européenne du continent américain.

31. Par exemple, en 2014, 33 millions d'euros de stupéfiants ont été saisis dans les Outre-mer (7,5 en Guyane, 12 en Martinique, 2,5 en Guadeloupe, 11 par les garde-côtes en haute mer), un chiffre conséquent qui représente des centaines de kilogrammes de drogues (cocaïne, cannabis, etc.).

En Guadeloupe³², l'activité de saisie de la douane mobilise des effectifs conséquents³³ et d'importants moyens : matériels, vedettes garde-côtes, avions de surveillance aéromaritimes et hélicoptères. Cette intensification de l'activité douanière s'explique par la nécessité d'adaptation imposée par les transformations du trafic dans la période récente.

Cependant, **le trafic ne cesse de se renouveler et s'est élargi à d'autres vecteurs de transport**. Pour exercer ses missions, la douane s'appuie sur un dispositif de surveillance couvrant l'ensemble des routes de transport international, comme en atteste la diversification des saisies au cours des dernières années, en mer certes mais aussi à terre et sur le vecteur aérien. L'essentiel de l'activité reste néanmoins concentré sur la voie maritime, au regard du nombre important de saisies en haute mer à bord de conteneurs (Direction générale des douanes et droits indirects, 2020). La Guadeloupe (Pointe-à-Pitre et Port de Jarry) et la Martinique voient ainsi transiter vers l'Europe, et notamment la France, des conteneurs contaminés en provenance du Mexique, du Suriname ou encore du Venezuela : en 2018, plus de 3,9 tonnes de cocaïne ont été saisies par les administrations répressives dans la zone Antilles-Guyane, contre 2,6 tonnes en 2017 (OCRTIS et DNRED, 2019). La douane souligne l'ingéniosité des techniques de détournement des modes de transport de leur usage initial (conteneurs maritimes, colis par fret express ou postal, yoles³⁴ inter-îles etc.), ainsi que l'utilisation croissante de vecteurs spécialement affrétés par les contrebandiers (navires de plaisance, go-fast maritimes, passeurs aériens, etc.), tant pour le trafic transatlantique que pour les flux inter-îles. La surveillance cible aussi les vecteurs postal et surtout aérien, compte tenu de la présence de trois grands aéroports internationaux dans la zone Antilles-Guyane³⁵ qui constituent une porte de sortie vers les marchés européens (sur le phénomène des « mules », voir p. 53).

La zone Antilles-Guyane, particulièrement sensible, donne lieu à la mise en œuvre de **moyens nouveaux**³⁶ et à des **coopérations inter-services mais aussi internationales**, priorisées par tous les plans gouvernementaux. Par exemple, après deux ans d'enquête conjointe entre la Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED) et les autorités britanniques et espagnoles, une saisie de 2,25 tonnes de cocaïne a été effectuée le 15 avril 2015, soit la plus importante saisie de cocaïne réalisée par la douane française³⁷. En outre, la Direction interrégionale des douanes Antilles-Guyane, basée à Fort-de-France, dispose de relais dans la zone mais aussi de deux attachés douaniers à Caracas (Venezuela) et à Bogota (Colombie). Ce dispositif est de nature à renforcer l'action de la douane française dans les pays de l'arc caribéen qui occupent un rôle-clé au cœur des routes de la drogue (exportée de Bolivie, du Pérou et de Colombie via le Venezuela) et à destination de l'Europe et des États-Unis.

Dans les Outre-mer, même l'armée concourt à l'effort de démantèlement des trafics : en 2015, la Force armée aux Antilles (FAA) a ainsi saisi près de 7,8 tonnes de drogue en mer à travers des opérations largement médiatisées, notamment celles des frégates de surveillance (FS) de la Marine nationale, *Germinal* et *Ventôse*, qui effectuent régulièrement de grosses saisies de stupéfiants, notamment de cocaïne : la FS *Ventôse* a par exemple saisi 1,6 tonne au large de la Guadeloupe en octobre 2015. La zone océan Indien a également donné lieu à une collaboration internationale entre services douaniers de La Réunion, de Madagascar et de l'île Maurice.

32. <https://www.douane.gouv.fr/sites/default/files/uploads/files/2019-04/cahiers-administration-douane-guadeloupe.pdf>

33. 259 agents en Guadeloupe, 219 en Martinique, 169 en Guyane et 142 affectés dans des brigades garde-côtes couvrant toute la zone.

34. Une yole est un type d'embarcation légère et allongée, propulsée soit à l'aviron (elle comporte alors quelques bancs de nage) soit à la voile.

35. Trois aéroports recensent plus d'un million de passagers par an : Pôle Caraïbes à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), Roland-Garros à La Réunion (dit « Gillot » localement) et Aimé-Césaire en Martinique.

36. Ainsi, au début des années 2000, face à la progression des saisies de cocaïne (en 2003 et 2004, surtout en Martinique), l'OCRTIS y a créé une antenne Caraïbes. Plus récemment, une antenne a été ouverte en Guyane.

37. Deux vedettes de la Direction régionale garde-côtes des douanes sont intervenues simultanément pour intercepter le *Silandra*, un voilier battant faussement pavillon américain à plus de 200 km au large de la Martinique. Le record national reste daté de 2006, avec une prise de 4,3 tonnes effectuée par la Marine nationale sur un cargo panaméen, également au large de la Martinique.

II – DROGUES ET ADDICTIONS : ÉPIDÉMIOLOGIE ET CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES

Quel que soit le produit psychoactif, les niveaux de consommation observés en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion sont globalement inférieurs à ceux de la métropole, parmi les adultes comme parmi les adolescents. Cela peut paraître paradoxal au regard des indicateurs de chômage et de précarité qui sont généralement associés à des consommations élevées (de tabac et d'alcool notamment). Néanmoins, de fortes prévalences d'usage apparaissent dans certaines populations particulières ou dans des zones géographiques circonscrites.

Cette partie aborde les caractéristiques et les tendances de consommation observables dans les Outre-mer (voir l'encadré 2 ci-contre pour la définition des indicateurs d'usage). Après avoir décrit la situation des addictions, produit par produit, dans les territoires ultramarins, elle reviendra sur quelques problématiques spécifiques localisées, plus massivement répandues qu'en métropole (comme les usages d'alcool excessifs) ou au contraire inexistantes ou rares dans l'Hexagone (comme la consommation de crack dans les DFA parmi les populations précarisées, qui touche également l'Île-de-France mais se retrouve peu ailleurs). Elle s'intéressera enfin à la mise en œuvre des politiques publiques pour lutter contre les addictions.

Niveaux et tendances de consommation

Les tendances de consommation en population adolescente peuvent être retracées dans quelques territoires ultramarins depuis le début des années 1990, grâce aux premières enquêtes en milieu scolaire menées par les Observatoires régionaux de santé (ORS) puis à l'enquête ESCAPAD de l'OFDT, seule enquête menée régulièrement à la fois dans quatre DROM et en métropole entre 2001 et 2017. Au sein de la population adulte, la mise en œuvre d'enquêtes parfaitement comparables sur l'ensemble du territoire français est plus récente (2014). Certaines données territorialisées manquent encore, en particulier à Mayotte où les premiers résultats d'enquêtes représentatives menées en face-à-face sont attendus en 2020 (voir annexe 1).

Globalement, le tabagisme apparaît deux à trois fois moins élevé qu'en métropole et la prise de cannabis moins fréquente. De même, les niveaux de consommation d'alcool sont très inférieurs à ceux de la métropole et différencient assez peu les territoires entre eux, hormis La Réunion et Mayotte où on observe des phénomènes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) et des tendances d'usage préoccupantes : consommations en hausse (notamment chez les filles), alcoolisation importante des 15-25 ans et surtout initiations parfois très précoces. Les expérimentations d'autres drogues restent rares. Ces tendances générales masquent cependant de fortes disparités.

Encadré 2. Définition des indicateurs d'usage

- **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie
- **Usage dans l'année (ou usage actuel)** : au moins un usage au cours des 12 mois précédant l'enquête
- **Usage dans le mois (ou usage récent)** : au moins un usage au cours des 30 jours précédant l'enquête
- **Usage régulier** : au moins 10 usages au cours des 30 jours précédant l'enquête
- **Usage quotidien** : au moins un usage par jour au cours des 30 jours précédant l'enquête

- **Alcoolisation ponctuelle importante (API)** : au moins 5 verres bus en une seule occasion (à 17 ans), au moins 6 pour les adultes
- **API dans le mois** : au moins une fois dans le mois précédant l'enquête
- **API répétée** : au moins 3 fois dans le mois précédant l'enquête
- **API régulière** : au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête

Tabac : des prévalences plus basses qu'en métropole, excepté à La Réunion

Malgré des facteurs de risque d'addiction importants – forte accessibilité du tabac, difficultés socio-économiques –, **le tabagisme quotidien apparaît nettement plus faible qu'en métropole**, à l'adolescence comme à l'âge adulte, excepté à La Réunion. Aux Antilles et en Guyane, le tabagisme est deux fois moins répandu qu'en métropole et l'écart se creuse parmi les plus jeunes (voir tableau 1). En Guadeloupe et en Martinique, les jeunes générations se distinguent par une très faible appétence tabagique.

La situation de La Réunion se révèle atypique puisque 26 % des adultes (18-75 ans) déclarent consommer du tabac quotidiennement, seulement 3 points de moins qu'en métropole (29 %). Cette singularité réunionnaise parmi les Outre-mer se retrouve parmi les plus jeunes : à 17 ans, 21 % des adolescents réunionnais sont fumeurs quotidiens, sans différence avec la France métropolitaine (25 %) mais loin devant leurs pairs de Martinique (15 %), de Guadeloupe (11 %) et plus encore de Guyane (6 %).

La prévalence tabagique distinctive de La Réunion pourrait s'expliquer par une plus forte **accessibilité du tabac** : La Réunion se distingue par un nombre très élevé de points de vente (un débit de tabac pour 450 habitants contre 1 pour 3 500 habitants en métropole), qui ne se limitent pas aux buralistes mais incluent aussi stations-service, boulangeries, épiceries. Outre la multiplicité et le maillage territorial des débits de tabac qui favorisent la consommation, la vente aux mineurs y est moins régulée qu'en métropole, autorisant par exemple les points de vente à proximité des écoles. D'autres facteurs de banalisation contribuent à expliquer cette forte présence du tabagisme, par exemple l'autorisation de ventes de cigarettes à l'unité. À cet égard, il convient de noter que le recul du tabagisme relevé en France est beaucoup moins marqué dans les DROM, en particulier à La Réunion (- 13 % vs - 23 % entre 2014 et 2017), où le tabac reste très présent chez les jeunes, qui fument leur première cigarette de plus en plus précocement (Ricquebourg, 2018), témoignant en creux de l'efficacité des politiques publiques visant à restreindre l'accessibilité du tabac.

Les DROM partagent cependant deux traits distinctifs par rapport à la métropole. Le recul du tabagisme y est plus modéré. Mais surtout, la prédominance masculine du tabagisme, traditionnellement plus marquée, tend à s'effacer parmi les jeunes générations, en particulier en Martinique et à La Réunion : alors qu'on relevait jusqu'en 2014 une prévalence du tabagisme quotidien particulièrement élevée chez les hommes de 25-34 ans³⁸ (Le Nézet et al., 2015), désormais, les jeunes filles déclarent un tabagisme quotidien comparable à celui des garçons à 17 ans, témoignant d'une uniformisation du rapport de genre dans les risques de mortalité prématurée par cancer lié au tabagisme.

Tableau 1. Tabagisme quotidien parmi les jeunes et les adultes

Tableau 1a. En population jeune et adulte (15-75 ans) par sexe, en %

	Guadeloupe (n = 1 952)	Martinique (n = 1 946)	Réunion (n = 2 010)	Guyane (n = 1 904)	Métropole (n = 15 186)
Hommes	16*	20*	31	16*	32,4
Femmes	8*	11*	20*	8*	24,1
Ensemble	12*	15*	26*	13*	28,6

Source : Enquêtes Baromètre Santé 2014, Santé publique France

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence lors de la dernière enquête 2014.

* signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole au seuil de 0,05.

Tableau 1b. En population adolescente (à 17 ans), par sexe (niveaux 2017 et évolutions depuis 2011), en %

	Guadeloupe (n = 435)	Martinique (n = 351)	Réunion (n = 382)	Guyane (n = 430)	Métropole (n = 39 115)
Niveau 2017	11*	15*	21	6*	25,1
Garçons	13*	14*	20	8*	26,3
Filles	8*	16*	22	3*	23,8
Niveau 2014	12	12	24	nd	32,4+
Niveau 2011	14	13	24	nd	31,5

Source : Escapad 2011, 2014 et 2017, OFDT

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2017. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2014.

* signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole au seuil de 0,05.

+ signifie que l'évolution de la prévalence entre 2014 et 2017 est statistiquement significative au seuil de 0,05

Remarque : L'enquête Escapad a également été conduite en Guyane en 2014, mais les effectifs étaient trop faibles (N=145) pour autoriser une analyse statistique des données.

nd : données non disponibles

Les niveaux élevés de consommation tabagique à La Réunion se traduisent par une **forte mortalité** : première cause de mortalité évitable dans la région, le tabac cause 560 décès par an (pour une population de près de 860 000 habitants) (Ricquebourg, 2018). Parmi les DROM, La Réunion figure au premier rang de la mortalité féminine et masculine par cancer du poumon (dont le tabagisme est le principal facteur de risque) (Bardot et Chirpaz, 2019). À l'inverse, Guadeloupe, Martinique et Guyane comptent parmi les régions françaises les moins touchées par la mortalité par cancer du poumon.

38. À La Réunion, en 2014, la moitié des hommes de 25 à 34 ans déclaraient fumer quotidiennement contre un quart des femmes du même âge.

Compte tenu de la problématique tabagique à La Réunion, il est intéressant d'analyser le **recours à la cigarette électronique** qui peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs (HCSP, 2014). En 2014, 18,2 % des habitants de l'île l'avaient expérimentée, une proportion largement inférieure à la métropole (32,8 %). À noter qu'à La Réunion comme en métropole, les hommes expérimentent le vapotage plus souvent que les femmes (Andler *et al.*, 2016).

Alcool : des usages moins répandus mais plus sévères et plus concentrés

Par comparaison avec le tabagisme, **les indicateurs d'usage d'alcool sont plus homogènes au sein des Outre-mer**, excepté en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française (voir encadré 4, p.36-37). À l'adolescence comme à l'âge adulte, les niveaux de consommation d'alcool sont globalement inférieurs à ceux observés en métropole, quelle que soit la fréquence d'usage : régulière, quotidienne, ou intensive (sous forme d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante). L'écart est toutefois moins marqué pour les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API). Seuls les jeunes martiniquais présentent des niveaux proches de ceux de la métropole pour la majorité des indicateurs (voir tableau 2).

Cependant, la consommation hebdomadaire d'alcool est supérieure aux niveaux métropolitains pour certains types d'alcool : selon le Baromètre santé DOM 2014, la **consommation de bière** est significativement plus élevée que la moyenne métropolitaine à La Réunion (20,7 %), en Guyane (22,3 %) et en Martinique (23,1 %), de même que le **recours aux alcools forts**, significativement plus élevé à La Réunion (14,3 %), en Guadeloupe (15,2 %) et en Martinique (16,0 %) (Richard, 2015).

Par ailleurs, la **sous-consommation par rapport à la métropole s'atténue parmi les jeunes générations**, en particulier en Guyane et en Martinique où l'écart avec la moyenne hexagonale se rétrécit à mesure que les usages baissent en métropole et augmentent en parallèle dans certains territoires ultramarins (en Martinique par exemple).

Les nouvelles générations se caractérisent aussi par une **convergence des comportements selon le genre**. Cette tendance est si marquée que la Martinique présente désormais une spécificité parmi les jeunes filles qui, à 17 ans, déclarent des usages d'alcool bien supérieurs à ceux des jeunes filles de la métropole et à tout autre DROM, proches de ceux des garçons (cf. tableau 2b). Ainsi, alors que l'usage d'alcool constitue un comportement majoritairement masculin, en particulier quand il est régulier ou intensif, **l'écart de genre devient ténu en Martinique**, qui se singularise par une problématique de la surconsommation d'alcool parmi les femmes, à tout âge. Un autre territoire, La Réunion, se distingue par une certaine parité des comportements d'alcoolisation importante : un tiers des adolescents (32 %) rapportent au moins un épisode d'API dans le mois, quel que soit le sexe.

On relève néanmoins des disparités ultramarines dans les comportements d'usage. Alors que les Réunionnais et les Guyanais semblent moins enclins que les Martiniquais aux usages réguliers ou quotidiens d'alcool, le phénomène des API y est au moins aussi fréquent. On peut en déduire des **différences culturelles dans les occasions de consommer de l'alcool**. Ainsi, l'usage d'alcool apparaît davantage associé à la vie quotidienne en Martinique, alors qu'il relèverait plutôt, dans d'autres DOM, de circonstances particulières, à l'image du cachiri en Guyane, qui désigne à la fois la bière traditionnelle fabriquée à partir de manioc fermenté et l'occasion de consommation indissociable des réunions festives (anniversaires, fêtes traditionnelles locales, rites de passage). Néanmoins, les moments d'alcoolisation

massive au cachiri dans le Haut Maroni et le Haut Oyapock ne doivent pas masquer le mode de consommation principal, centré sur l'absorption régulière de quantités importantes de rhum, y compris dans les communautés amérindiennes. Même si les études en sciences sociales sont rares sur cette question, il semble que, dans l'ensemble des Outre-mer, l'usage excessif d'alcool comporte une dimension socio-ethnique, en particulier en Guyane et en Nouvelle-Calédonie où les comportements d'alcoolisation procèdent de l'héritage colonial. Plus largement, certains chercheurs considèrent que le suicide et l'alcoolisme constituent des symptômes du processus de déstabilisation des sociétés amérindiennes depuis qu'elles sont plus étroitement englobées dans la société guyanaise. L'addiction à l'alcool qu'on retrouve, de façon très courante et visible, chez les Amérindiens, de l'intérieur comme du littoral (à Awala, Kourou, Bellevue-Yanou et même à Balaté), peut ainsi être analysée comme un signe de ce mouvement de « déculturation », qui s'est déroulé selon des chronologies distinctes : dans les années 1970 et 1980 pour les Amérindiens du littoral, dans les années 1990 et 2000 pour les Wayana et les Wayampi.

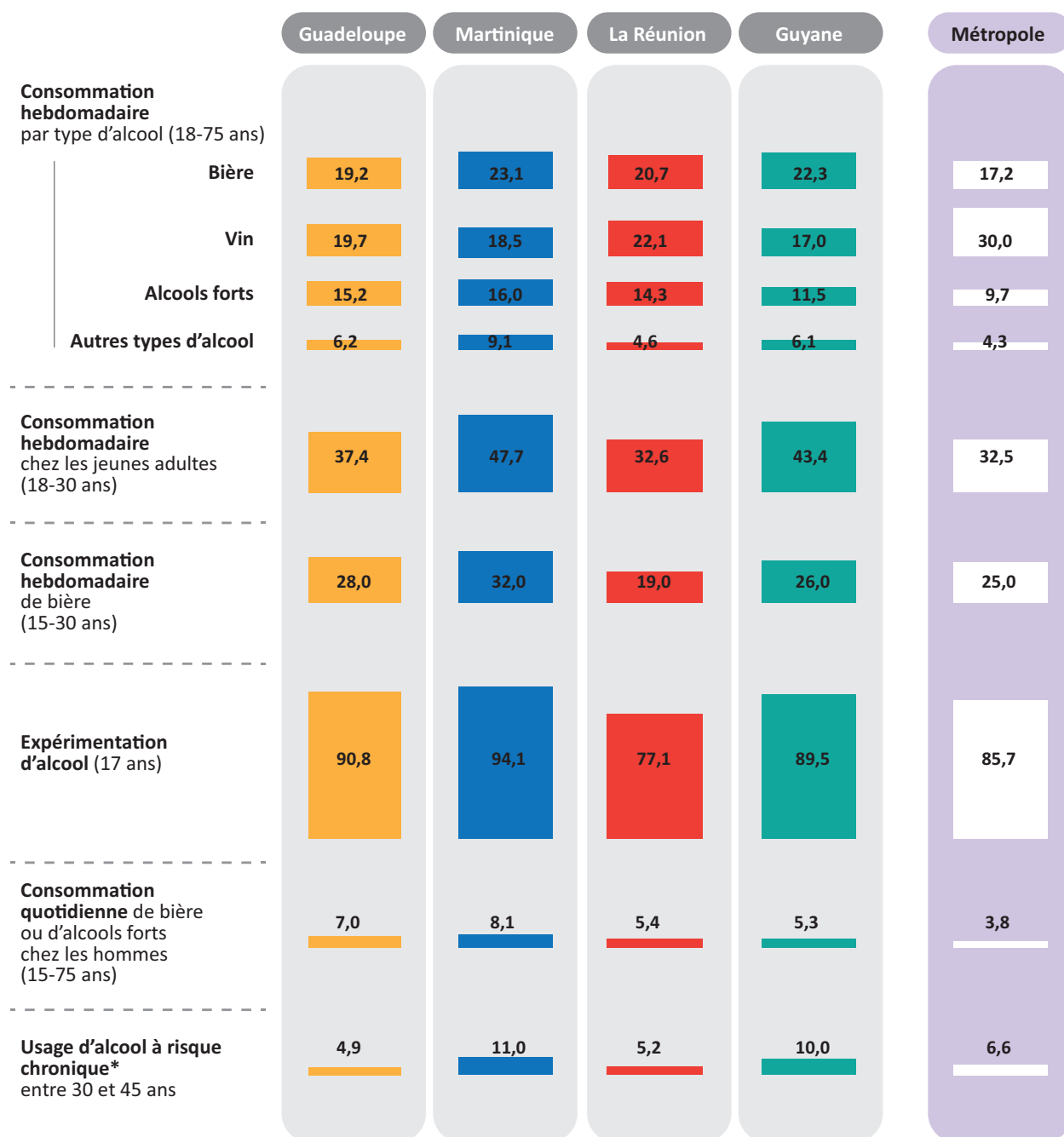
Moins courants qu'en métropole, les usages d'alcool sont, au sein des populations adultes consommatrices, presque aussi souvent **au-delà des seuils de risque identifiés** : à La Réunion par exemple, la consommation régulière d'alcool avec un usage à risque chronique est de 5,1 % chez les 15-75 ans, contre 7,6 % en métropole (Richard *et al.*, 2017). Les usages ultramarins d'alcool apparaissent donc plus concentrés dans certaines populations installées dans des pratiques (très) excessives. Si l'usage à risque chronique³⁹ concerne des proportions équivalentes de populations en métropole et en Guyane (7,6 % vs 8,6 %) les Guyanais concernés consomment des volumes d'alcool deux fois supérieurs : 43 verres hebdomadaires en moyenne contre 24 en métropole, ce qui traduit des niveaux de surconsommation ponctuelle particulièrement élevés (Richard, 2015). Ces écarts s'expliquent par des préférences de consommation distinctes, qui vont de pair avec des modes d'alcoolisation culturellement différenciés. De même, bières et alcools forts sont plus fréquemment consommés de façon quotidienne et intensive dans certains Outre-mer : 3 % de buveurs quotidiens à La Réunion et 4 % en Martinique parmi les 15-75 ans, contre 2 % dans l'Hexagone qui compte par ailleurs 8 % de buveurs quotidiens de vin (Richard, 2015). À l'inverse, les DOM se caractérisent par une consommation limitée de vin, en particulier la Guyane, département où il est le moins consommé⁴⁰, probablement du fait qu'il s'agit d'une boisson importée et souvent nettement plus chère qu'en métropole. En moyenne, la consommation hebdomadaire de vin est deux à trois fois plus faible qu'en métropole, alors qu'elle est plus élevée pour la bière et les alcools forts (voir infographie 2 ci-contre). Les conséquences de ces consommations excessives, elles aussi culturellement différenciées, sont détaillées plus loin (voir p. 40).

En termes d'évolution, deux tendances s'affirment depuis dix ans (voir tableau 2b). Tout d'abord, une **inflexion des usages d'alcool moins rapide qu'en métropole**, la Martinique enregistrant même une forte augmentation des API dans le mois parmi les adolescents (+ 17 % entre 2014 et 2017). En outre, en Martinique et en Guadeloupe, **les comportements d'alcoolisation excessive progressent rapidement chez les jeunes, à rebours du recul métropolitain** : à 17 ans, la fréquence des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois y augmente de façon continue pour atteindre des niveaux culminant à 42 % en Martinique (à peine en deçà des niveaux métropolitains). La consommation d'alcool des adolescents est à l'origine d'un très fort taux de mortalité lié aux accidents de la route dans ces territoires. Ces consommations se traduisent par des niveaux élevés de morbidité et de mortalité attribuables à l'alcool (Laporal *et al.*, 2018) (voir infographie 3, p. 41).

39. Défini par une consommation hebdomadaire supérieure aux standards de l'époque (21 verres pour les hommes, 14 pour les femmes et/ou la déclaration d'au moins une API hebdomadaire).

40. 33 jours en moyenne chez les buveurs dans l'année contre 79 en métropole.

Infographie 2. Indicateurs critiques des consommations d'alcool dans les Outre-mer, en %



Sources : Baromètre santé DOM de Santé publique France ; enquête ESCAPAD de l'OFDT

*défini par une consommation hebdomadaire supérieure à 21 verres pour les hommes, 14 verres pour les femmes, ou une consommation hebdomadaire d'au moins 6 verres en une même occasion.

Tableau 2. Fréquence d'usage de boissons alcoolisées parmi les jeunes et les adultes

Tableau 2a. En population adulte (15-75 ans) par sexe (niveaux 2014, en %)

		Guadeloupe (n = 1 952)	Martinique (n = 1 946)	Réunion (n = 2 010)	Guyane (n = 1 904)	Métropole (n = 15 186)
Alcool quotidien	Hommes	10*	12*	8*	8*	15,3
	Femmes	3*	2*	3*	2*	5,1
	Ensemble	6*	7*	5*	5*	10,3
API dans le mois	Hommes	24	15*	22*	20*	26,1
	Femmes	5*	6*	9	6*	8,8
	Ensemble	10*	14*	13*	16*	17,6

Source : Enquêtes Baromètre Santé 2014, Santé Publique France

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence lors de la dernière enquête 2014.

Tableau 2b. En population jeune (à 17 ans) par sexe et évolutions, en %

		Guadeloupe (n = 435)	Martinique (n = 351)	Réunion (n = 382)	Guyane (n = 430)	Métropole (n = 39 115)
Alcool régulier	Niveau 2017	5*	8	4*	7	8,4
	Garçons	8	9	7*	10	12,0
	Filles	2	7	2	5	4,6
	Niveau 2014	7	9	5	nd	12,2+
	Niveau 2011	9	6	5	nd	10,5
Alcool dans le mois	Niveau 2017	31*	42	32*	34*	44,0
	Garçons	37*	46	32*	40*	49,6
	Filles	26*	37	32	27*	38,1
	Niveau 2014	28	36+	37	nd	48,8+
	Niveau 2011	40	36	37	nd	53,2

Source : Enquêtes Escapad 2011, 2014 et 2017

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2017. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2014.

* signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole au seuil de 0,05.

+ signifie que l'évolution de la prévalence entre 2014 et 2017 est statistiquement significative au seuil de 0,05

Remarque : L'enquête Escapad a également été conduite en Guyane en 2014 mais les effectifs trop faibles (N=145) ne permettent pas une analyse statistique des données.

Cannabis : une diffusion plus contenue qu'en métropole mais en hausse

La diffusion des drogues illicites, mesurée par les niveaux d'expérimentation en population générale, est globalement moins répandue en Outre-mer qu'en métropole mais elle se révèle disparate selon les territoires, l'âge, le sexe et surtout selon le produit. **Le cannabis a un statut banalisé par rapport aux autres drogues illicites** (n'étant souvent même pas considéré comme une drogue). À l'image de ses désignations locales multiples (*zamal* à La Réunion, *bangué* à Mayotte, *kali* en Guyane, *zeb* aux Antilles, *pakalolo* en Polynésie française), il est largement répandu et jugé facile d'accès dès l'adolescence.

Comme en métropole, le cannabis se place en tête des consommations illicites, avec des niveaux d'expérimentation très variables, compris entre 21 % (Guadeloupe) et 35 % (La Réunion) au sein de la population âgée de 15 à 75 ans, loin devant les autres drogues illicites (moins de 2 % de la population) (Spilka *et al.*, 2017). La consommation concerne surtout les jeunes (15-30 ans), à des niveaux plus circonscrits qu'en métropole : La Réunion et la Guadeloupe affichent ainsi des proportions d'utilisateurs réguliers avoisinant 5 %, alors que la Guyane et la Martinique se rapprochent de la barre des 6 % (vs 6,8 % en métropole). Cependant, si les niveaux d'expérimentation et d'usage récent de cannabis sont généralement inférieurs à ceux de la métropole, les prévalences d'usage régulier en sont très proches, traduisant une plus forte probabilité d'installation dans un usage (voire une dépendance) (voir tableau 3, p. 35). Cela s'explique par des **usages souvent très précoces** : si l'âge moyen d'initiation au cannabis est plus tardif qu'en métropole (à l'approche de la majorité plutôt que des 17 ans), la part d'expérimentations avant 14 ans y est deux fois plus élevée (8 % vs 3,9 % en métropole) (Spilka *et al.*, 2017).

Tous les territoires ultramarins enregistrent une **diffusion élargie du cannabis parmi les plus jeunes**, à rebours du recul en métropole (voir figure 2). En effet, les jeunes générations sont parfois plus nombreuses qu'en métropole à expérimenter le cannabis, comme à La Réunion où, pour la première fois en 2017, la proportion d'expérimentateurs de *zamal* à 17 ans a dépassé et surclassé la moyenne métropolitaine (47 % vs 39 %). C'est le niveau de diffusion le plus important en France à l'adolescence et il connaît une progression continue.

De même, la Martinique connaît une diffusion croissante du cannabis parmi les jeunes générations et se distingue par une proportion d'utilisateurs réguliers à la mesure de la moyenne métropolitaine (7 %), alors que les adultes restent en deçà de la métropole (et des autres Outre-mer). À l'inverse, la prévalence modérée du cannabis parmi les adolescents guyanais et guadeloupéens peut être mise en relation avec leur sous-consommation tabagique par rapport aux autres Outre-mer et à la métropole : tout se passe comme si la pratique de fumer y était moins courante.

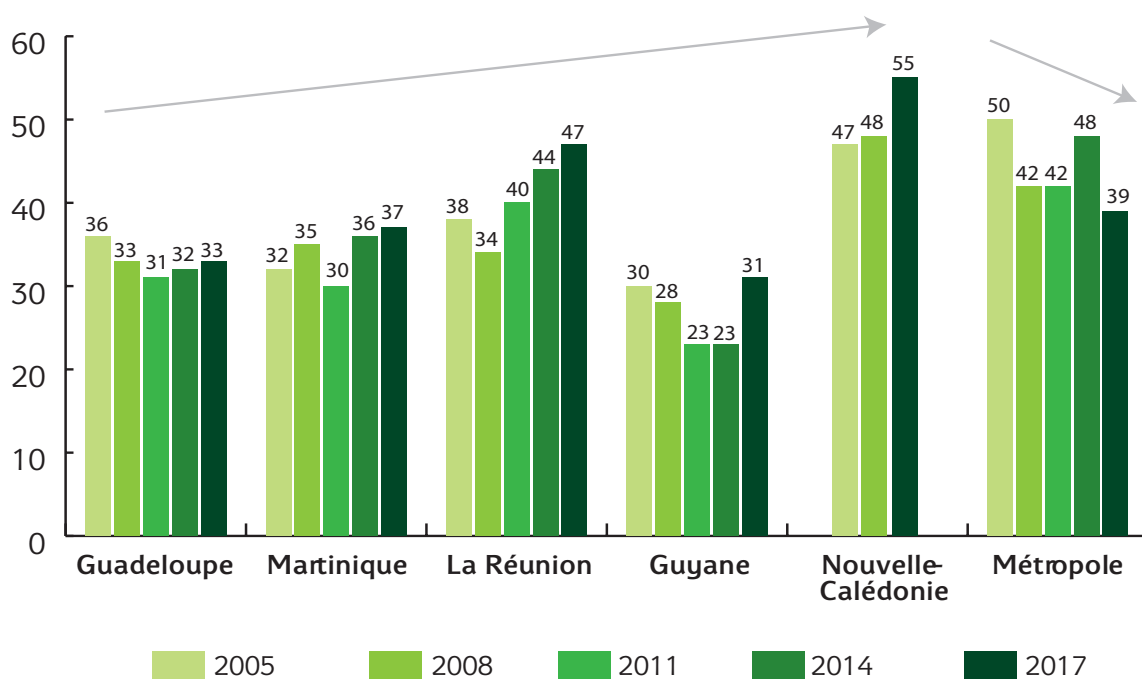
Malgré des niveaux d'usage de cannabis globalement en deçà du niveau métropolitain, certaines exceptions, liées à l'âge, au territoire ou au genre, se font jour. La première spécificité des territoires ultramarins tient à la **sur-représentation du cannabis dans les classes d'âge avancées** : 4 % d'utilisateurs réguliers parmi les trentenaires et quarantenaires de Guyane (vs 3,1 % en métropole), 0,8 % après 45 ans à La Réunion (vs 0,6 % en métropole). Plus généralement, l'âge moyen des utilisateurs est plus élevé à La Réunion qu'aux Antilles et en Guyane ou en métropole (Spilka *et al.*, 2017), témoignant d'une installation du produit dans les habitudes de vie des adultes. Par ailleurs, les hommes de Guyane sont davantage utilisateurs réguliers de cannabis que leurs homologues métropolitains, suggérant une **place particulière du cannabis dans les rôles sociaux masculins**. Une autre particularité de genre concerne la Martinique, où la part des femmes consommant régulièrement du cannabis est quasi nulle (Spilka *et al.*, 2017). D'une façon générale, bien que la part des utilisateurs actuels soit toujours plus importante parmi les hommes, le différentiel de genre est plus marqué qu'en métropole : les hommes sont trois (Guadeloupe, Guyane, La Réunion) à quatre fois (Martinique) plus présents parmi les utilisateurs actuels de cannabis, alors qu'ils sont deux fois plus nombreux en métropole.

En outre, l'expérimentation du cannabis se produit en moyenne plus tardivement chez les femmes ultramarines. Ces constats suggèrent de fortes variations culturelles entre les circonstances et les contextes d'usage : elles pourraient être corrélées à des différences dans les rôles sociaux prêtés aux hommes et aux femmes selon les DOM et à une acceptabilité variable des consommations de cannabis parmi les femmes.

Enfin, les facteurs associés à l'usage de cannabis, s'ils sont pour la plupart similaires aux observations en métropole (un comportement plus masculin, plus répandu parmi les jeunes générations, plus fréquent parmi les individus plus diplômés pour l'expérimentation et parmi les chômeurs pour les usages plus fréquents), d'autres sont distinctifs : ainsi, à La Réunion et en Martinique, le fait d'être né en métropole est plus fréquemment associé à un usage régulier de cannabis (Spilka *et al.*, 2017).

Dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) des Outre-mer, le cannabis reste le premier motif de consultation, hormis à Mayotte depuis peu (voir encadré 3 ci-contre).

Figure 2. Évolution du taux d'expérimentation de cannabis à 17 ans (2005-2017), en %



Source : ESCAPAD 2005-2017, OFDT.

Encadré 3. La situation à Mayotte

À Mayotte, où la situation est beaucoup moins documentée, l'enquête ESCAPAD a été menée pour la première fois en 2017, ce qui évidemment ne permet pas de retracer des tendances. Les données en population adulte sont prévues en 2020-2021, grâce à l'enquête *Unono wa maore* menée en 2018-2019 qui permettra d'établir une photographie globale des comportements de santé en population générale mahoraise.

Comme l'enquête ESCAPAD ne concerne que les adolescents de nationalité française, la représentativité de l'échantillon est limitée, dans la mesure où une partie des adolescents vivant sur l'île échappent à l'enquête. Il est alors probable que les comportements d'usages observés à travers l'enquête ne décrivent qu'une partie de la réalité et que les usages des populations précaires ou les plus marginalisées (souvent étrangères) échappent à l'observation.

En mars 2017, 366 jeunes adolescents (175 garçons et 191 filles) âgés en moyenne de 17,5 ans ont répondu à l'enquête. Comparativement à leurs homologues métropolitains, ils étaient plus souvent lycéens (96 % vs 89,1 %) et nettement moins nombreux en filière d'apprentissage (1 % vs 7,0 % en France métropolitaine). À la question sur leur état de santé, ils ont répondu trois fois plus souvent qu'il le trouvait « pas du tout ou peu satisfaisant » (18 % vs 7 % parmi les métropolitains). Relativement aux usages de tabac, de boissons alcoolisées ou de cannabis, les niveaux de consommation sont particulièrement bas et tranchent avec la situation décrite par la plupart des acteurs du champ et professionnels locaux qui décrivent une situation sanitaire liée aux consommations de drogues particulièrement dégradée. Le tabagisme quotidien y est particulièrement faible (6 % vs 25 % en métropole), la consommation régulière d'alcool (au moins dix usages dans le mois) quasi inexistante (1 % vs 8,4 % en métropole) et l'expérimentation de cannabis est déclarée par un adolescent sur dix (contre 4 sur 10 en métropole). Pour les autres drogues illicites, la situation déclarée est identique : 3 % ont déjà consommé une autre drogue que le cannabis (vs 7 % en métropole). Ces résultats mettent en lumière les biais de représentativité de l'enquête ESCAPAD et invitent à développer des dispositifs adaptés et spécifiques.

En effet, selon les acteurs locaux, les jeunes de Mayotte seraient confrontés à des problématiques singulières d'addiction, du fait de l'environnement social, culturel et religieux proscrivant les usages de substances psychoactives. Interdite par la religion musulmane, majoritaire à 95 % à Mayotte, la consommation d'alcool, lorsqu'elle a lieu, ne se fait pas en famille. Son caractère clandestin peut expliquer la faible perception des risques : une enquête de 2003 montrait ainsi que 36 % des jeunes buveurs déclaraient boire 7 verres ou plus lorsqu'ils s'alcoolisent (Azida et Bernard, 2009). Par ailleurs, la part apparemment en hausse des comportements d'usage d'alcool serait attribuable à la libération des mœurs liée du développement social et culturel de l'île.

Le tabac et le *bangué* (nom local de l'herbe de cannabis) seraient également très présents à Mayotte, de même qu'un cannabinoïde de synthèse consommé en mélange avec d'autres produits (la « chimique », voir p. 46), sans qu'il soit possible de quantifier précisément sa diffusion. Néanmoins, la chimique représente une préoccupation grandissante : depuis 2015, elle arrive en tête des produits à l'origine d'une prise en charge par le service d'addictologie du Centre hospitalier de Mayotte, devant le *bangué* (selon les professionnels locaux).

Autres drogues illicites : des usages rares et confinés

La diffusion des drogues illicites est plus restreinte dans les territoires ultramarins : 4 % de la population des quatre Outre-mer antillais, guyanais et réunionnais (15-64 ans) déclaraient en 2014 avoir essayé au moins une drogue illicite (parmi la cocaïne, les champignons hallucinogènes, la MDMA/ecstasy et les amphétamines) vs 8 % en métropole (Spilka et al., 2017). Aux Antilles et en Guyane, le produit le plus expérimenté est la cocaïne (entre 1 % et 2 % d'initiés vs 5,6 % en métropole), devant les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy, alors que le rapport est inversé à La Réunion (avec 1,6 % d'initiés à ces deux catégories de produits). La Guyane et les Antilles, qui comptent parmi les territoires les plus touchés par la consommation de crack en France, ne comptent pas plus de 0,5 % d'initiés (sauf en Guyane), concentrés parmi les adultes en situation de précarité. Cette pratique des expérimentations illicites est presque exclusivement masculine.

Quant aux adolescents ultramarins, ils sont légèrement plus enclins aux initiations illicites que ceux de métropole. Ainsi, en Guyane et en Guadeloupe, les niveaux d'expérimentation d'héroïne et de crack se situent au-delà des moyennes de métropole à 17 ans (voir tableau 3b). D'une façon générale, **l'accessibilité des stupéfiants apparaît plus importante qu'en métropole au sein des jeunes générations** et cette tendance se renforce : à rebours du recul observé dans l'Hexagone, la diffusion de cocaïne et de crack reste stable parmi les adolescents, de même que celle d'héroïne en Martinique, qui croît même en Guadeloupe (voir tableau 3b). Bien que cela concerne des fractions limitées de population, ces constats invitent à la vigilance.

Par comparaison avec la métropole, la consommation de la plupart des stupéfiants (hors cannabis) est donc quasi inexistante dans les Outre-mer, ou bien **très circonscrite à des segments de populations** difficiles à décrire sans recourir aux enquêtes qualitatives, certes non représentatives mais dotées d'une force d'illustration. Les récentes initiatives d'étude de ce type ont ainsi permis de montrer que, en Guyane, la cocaïne sous sa forme chlorhydrate semble majoritairement consommée dans les milieux insérés, regroupant des résidents d'origine métropolitaine et des populations créoles aisées disposant de revenus suffisants pour s'approvisionner. S'il existe aussi des pratiques d'usage chez les Bushinengués (descendants d'esclaves fuyant les plantations de l'ancienne Guyane hollandaise, le Suriname, aussi appelés Noirs-Marrons, regroupant divers groupes ethniques⁴¹), celles-ci apparaissent confinées, la cocaïne étant toujours considérée comme une « drogue de Blancs »⁴², voire une drogue « tabou ». Il en va de même de la voie sniffée, même si certains Bushinengués s'initieraient à cette pratique dans le cadre des sociabilités nouées avec les « métros » (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019). Les associations locales d'aide aux usagers de drogues rapportent la consommation de cocaïne à des contextes festifs, en association avec l'alcool et le cannabis. Si la consommation de cocaïne semble concentrée sur le littoral atlantique, la disponibilité du produit serait en cours d'extension à d'autres zones du territoire et d'autres populations, tout en restant limitée aux cercles métropolitains. À Saint-Laurent-du-Maroni, un des points de passage de la cocaïne en provenance du Suriname, elle semble de plus en plus présente et accessible, compte tenu d'un prix au gramme encore plus bas qu'à Cayenne : entre 10 et 20 euros le gramme. Dans le Haut-Maroni en revanche, la cocaïne serait consommée dans les campements d'orpailleurs, légaux ou clandestins (garimpeiros venus du Brésil pour exploiter illégalement les mines aurifères) (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019).

41. Cet ensemble de peuples regroupe les Ndjuka, les Saramaka, les Matawaï, les Kwinty, les Paramaka et les Boni (Aluku).

42. Les Bushinengués participeraient au trafic de cocaïne en mettant à profit leur implantation des deux côtés de la frontière guyano-surinamienne.

Tableau 3. Fréquences d'usage des drogues illicites parmi les jeunes et les adultes

Tableau 3a. En population jeune et adulte (15-64 ans) par sexe (niveaux 2014, en %)

		Guadeloupe (n = 435)	Martinique (n = 351)	Réunion (n = 382)	Guyane (n = 430)	Métropole (n = 39 115)
CANNABIS						
Expérimentation	Hommes	31*	36*	48*	34*	50,1
	Femmes	13*	15*	24*	17*	33,4
	Ensemble	21 *	25 *	35 *	26 *	41,6
Usage régulier	Hommes	3*	5	5	7*	4,6
	Femmes	1*	<0,5*	1	1*	1,8
	Ensemble	2 *	3	3	4 *	3,1

AUTRES DROGUES ILLICITES (expérimentation)

Cocaïne	Ensemble	1 *	1 *	1 *	2 *	5,6
Héroïne	Ensemble	nd	nd	nd	nd	1,5
Crack	Ensemble	<0,5	<0,5	nd	1	0,6

Source : Enquêtes Baromètre Santé 2014, Santé publique France

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence lors de la dernière enquête 2014.

* signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole au seuil de 0,05.

nd : données non disponibles

Tableau 3b. En population jeune (à 17 ans), par sexe (niveaux 2017 en % et évolutions 2014 / 2017)

		Guadeloupe (n = 435)	Martinique (n = 351)	Réunion (n = 382)	Guyane (n = 430)	Métropole (n = 39 115)
CANNABIS						
Expérimentation	Garçons	41	44	53*	41	41,8
	Filles	25*	30	42	21*	36,3
	Ensemble 2017	33*	37	47*	31*	39,1
	Ensemble 2014	32	36	44	nd	47,8+
	Ensemble	32	36	44	nd	47,8+
Usage régulier	Garçons	10	12	9	5*	9,7
	Filles	2	3	3	2	4,5
	Ensemble 2017	6	7	6	4*	7,2
	Ensemble 2014	4	7	8	nd	9,2+
	Ensemble	4	7	8	nd	9,2+
AUTRES DROGUES ILLICITES (expérimentation)						
Cocaïne	Garçons	3	1*	3	2	3,1
	Filles	1	1	1	1	2,4
	Ensemble 2017	2	1*	2	2	2,8
	Ensemble 2014	2	1	2	nd	3,2+
	Ensemble	2	1	2	nd	3,2+
Héroïne	Garçons	1	<0,5	<0,5	2	0,7
	Filles	1	1	1	1	0,6
	Ensemble 2017	1	<0,5	<0,5	1	0,7
	Ensemble 2014	<0,5	<0,5	1	nd	1,0+
	Ensemble	<0,5	<0,5	1	nd	1,0+
Crack	Garçons	1	<0,5	1	1	0,6
	Filles	<0,5	<0,5	1	1	0,6
	Ensemble 2017	1	<0,5	1	1	0,6
	Ensemble 2014	1	<0,5	1	nd	1,1+
	Ensemble	1	<0,5	1	nd	1,1+

Source : Enquêtes Escapad 2014 et 2017

Lecture : Il est indiqué pour chaque indicateur la prévalence pour les garçons, les filles et l'ensemble lors de la dernière enquête 2017. Il est rappelé également la prévalence pour l'ensemble des jeunes en 2014.

* signifie que le niveau observé dans le DOM est statistiquement différent de celui observé en métropole au seuil de 0,05.

+ signifie que l'évolution de la prévalence entre 2014 et 2017 est statistiquement significative au seuil de 0,05

nd : données non disponibles

Enfin, au titre des spécificités ultramarines, certains modes de consommation apparaissent très peu répandus : a contrario de l'attrait pour la voie fumée (en Guyane par exemple), **la pratique de l'injection intraveineuse est résiduelle dans l'ensemble des DOM**, ce qui explique la rareté des usages d'héroïne à La Réunion ou à Mayotte. L'isolement insulaire, qui limite l'offre de produits (soumise à des contrôles très stricts de la police, de la gendarmerie et des douanes à La Réunion par exemple), ne suffit pas à expliquer ce désintérêt puisque, dans des zones proches de l'océan Indien, la prévalence de consommation d'héroïne est beaucoup plus forte (par exemple aux Seychelles, à l'île Maurice, à Madagascar ou en Afrique du Sud [OICS, 2020 ; UNODC, 2019]). Ce faible attrait pour les pratiques d'injection s'explique surtout par des raisons culturelles et symboliques et par les traditions locales. Leur rareté en Guyane également (même si les CAARUD témoignent de l'existence d'une population d'injecteurs, au regard de la distribution de matériel de réduction des risques) est due aux interdits posés par les sociétés créoles, où les pratiques de tatouage, de piercing et d'atteinte à la peau contreviennent aux normes (Cherubini, 2012). Il en va de même en Guadeloupe et en Martinique, où l'idée de la piqûre, perçue comme insupportable, écarte l'injection d'héroïne de l'imaginaire antillais.

Encadré 4. Alcool, tabac et cannabis en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

La situation des COM apparaît très différente : qu'il s'agisse de tabac, d'alcool ou de cannabis, les niveaux d'usage y sont globalement supérieurs à ceux observés en métropole.

La prédominance du **tabagisme** a été constatée dès les années 1990 en Polynésie française, chez les jeunes scolarisés comme chez les adultes (Brugiroux, 2000 ; Parrat, 2000), où il cause une centaine de décès par an (10 % de la mortalité). La prévalence tabagique reste élevée en particulier chez les jeunes, avec de notables spécificités : précocité croissante d'initiation, diffusion rapide à l'adolescence, forte présence du tabac à rouler, sur-représentation féminine (Beck *et al.*, 2010). Ainsi, alors qu'en métropole, à 15-16 ans, on compte autant de fumeurs parmi les garçons et les filles, en Polynésie les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à déclarer un tabagisme quotidien (19,9 % vs 10,4 %), dépassant les jeunes filles de métropole (16 %) (Beck *et al.*, 2010). En 2010, une autre enquête confirmait la surconsommation féminine en population adulte (43,6 % vs 38,5 % des hommes) et l'aggravation du tabagisme dans les jeunes générations (18-24 ans) (Bertrand et Berry, 2013). La Nouvelle-Calédonie connaît elle aussi un tabagisme plus répandu qu'en métropole : 41 % de fumeurs à 17 ans vs 25 % (Spilka et Brissot, 2020).

En matière d'**alcool**, la Nouvelle-Calédonie occupe une position particulière au sein des Outre-mer : l'expérimentation est massive dès 17 ans et l'usage quotidien deux fois supérieur à celui de la métropole (3 % vs 1,3 %). Ces niveaux d'usage élargis, qui ne cessent d'augmenter depuis 2005, traduisent des habitudes d'alcoolisation intensive et précoce, avec une prévalence des API répétées, là encore, deux fois supérieure à la métropole (30 % vs 16,4 %) (Spilka et Brissot, 2020). Ces consommations vont de pair avec des dommages socio-sanitaires importants, en particulier en termes de mortalité routière : avec 240 personnes tuées pour un million d'habitants en 2011, dont une majorité de jeunes, la Nouvelle-Calédonie présente un des plus hauts taux mondiaux de mortalité par accident sur la route.

La surconsommation d'alcool concerne aussi la Polynésie française, qui présente un profil proche de la moyenne métropolitaine si ce n'est que les usages « à risque » (ou à problème) y sont encore plus répandus. Comme en matière de tabagisme, les spécificités polynésiennes tiennent à la rapide montée en charge des consommations pendant l'adolescence, à la précocité des initiations et à la sur-représentation féminine : à 15-16 ans, l'ivresse est beaucoup plus souvent le fait des filles (57,0 % vs 49,3 % chez les garçons), traduisant l'omniprésence des phénomènes d'alcoolisation féminine, similaires aux pratiques masculines pour la plupart des indicateurs (Beck *et al.*, 2010). Ces pratiques d'alcoolisation importante s'accompagnent de modes de consommation compulsifs, associés à une certaine idée de la fête, une préférence pour la bière et les spiritueux (punchs/cocktails) et des représentations banalisées de l'alcool, où une consommation inférieure à 3 litres de bière est identifiée comme le fait de « ne pas boire » et l'absorption de 20 à 30 verres standard en une occasion perçue comme « normale » (Brugiroux *et al.*, 2009). La consommation d'alcool en Polynésie française se distingue donc par son caractère toxicomane. Par rapport à la métropole et aux DOM, la spécificité polynésienne réside dans la généralisation de ces comportements à l'adolescence, quel que soit le sexe, tandis qu'en Nouvelle-Calédonie les niveaux d'alcoolisation régulière importants restent marqués par un différentiel de genre (10 % chez les garçons vs 5 % chez les filles).

La diffusion du **cannabis** apparaît très forte en Nouvelle-Calédonie, où plus de la moitié des jeunes ont essayé le produit à 17 ans (+ 16 points par rapport à la métropole), comme en Polynésie où la moitié des initiés ont commencé précocement (avant 14 ans). Sur dix jeunes néo-calédoniens, quatre ont fumé dans l'année, trois dans le mois et un de façon régulière (au moins 10 usages dans le mois), ce qui traduit une consommation bien plus élevée qu'en métropole, en particulier chez les garçons.

À l'inverse, parmi les jeunes polynésiens, les filles sont presque autant concernées que les garçons par la consommation de pakalolo (ou paka) : à 15-16 ans, près de 4 % des élèves en sont des usagers réguliers, la consommation « à risque » en concerne 11 % et 3,5 % déclarent un usage jugé « problématique », proportion bien forte qu'en Europe (2 %).

En matière de consommation de cannabis, les spécificités de ces territoires résident, en Polynésie, dans la sur-représentation féminine par rapport à la métropole et, en Nouvelle-Calédonie, dans la progression continue des usages de cannabis, à rebours des évolutions observées sur l'ensemble du territoire français entre 2005 et 2017.








Enfin, ces territoires enregistrent des **consommations spécifiques**, comme le *kava*⁴³ à l'adolescence, qui compte 3 % d'expérimentateurs parmi les élèves du secondaire et jusqu'à 38 % d'initiés et 4 % d'usagers réguliers parmi les élèves de CFA (Beck *et al.*, 2012). À la différence des autres produits, le *kava* fait l'objet d'une pratique particulièrement masculine. Excepté le *kava*, produit absent du paysage métropolitain, toutes les drogues illicites autres que le cannabis sont nettement moins expérimentées qu'en métropole.

Focus sur les adolescents ultramarins

Les pratiques d'alcoolisation intensive traduisent des traditions socioculturelles spécifiques aux territoires ultramarins : ils sont associés à certaines formes typiques du passage à l'âge adulte, en Polynésie française (Grépin-Louison, 2007) ou en Guyane, ou à l'émergence de « sous-cultures » au sein des nouvelles générations, comme à Tahiti où les jeunes, groupe majoritaire de population, revendiquent une « différence culturelle » par rapport aux pratiques traditionnelles, inspirée des modèles californiens et hawaïens (Brami Celentano, 2002).

43. Le *kava* est la racine d'un poivrier sauvage (*Piper methysticum*), originaire de Papouasie-Nouvelle-Guinée et du Vanuatu, également surnommée « narcotic pepper ». Introduit en Polynésie française dans les années 1990, il est consommé sous forme de décoction. Cette boisson, qui possède des propriétés à la fois relaxantes, stimulantes, euphorisantes et diurétiques, peut devenir hypnotique à fortes doses. Le *kava* est parfois utilisé pour maximiser les effets de l'alcool et du cannabis. En Nouvelle-Calédonie, il existe des « bars à kava » sous le nom de « nakamal ».

Tableau 4. Fréquences d'usage de produits psychoactifs à l'adolescence en 2017 (à 17 ans)

Produit	Usage	Guadeloupe	Martinique	Réunion	Guyane	Mayotte	Nouvelle-Calédonie	Métropole
 Tabac	Expérimentation	50,0 %	55,2 %	53,1 %	43,6 %	30,7 %	69,8 %	59,0 %
	Récént (au moins un usage dans le mois)	21,0 %	26,1 %	29,1 %	13,5 %	8,1 %	50,2 %	34,1 %
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	10,2 %	11,4 %	7,9 %	7,9 %	1,8 %	9,1 %	9,0 %
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	10,8 %	14,7 %	21,2 %	5,6 %	6,3 %	41,1 %	25,1 %
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	1,4 %	0,6 %	4,5 %	0,8 %	2,9 %	2,8 %	5,2 %
 Chicha	Expérimentation	35,6 %	34,0 %	46,7 %	28,2 %	17,4 %	25,3 %	49,9 %
 E-Cigarette	Expérimentation	49,6 %	49,7 %	46,3 %	41,8 %	22,9 %	43,3 %	52,4 %
	Récént (au moins un usage dans le mois)	7,7 %	10,6 %	11,5 %	7,8 %	6,4 %	11,9 %	16,8 %
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	1,9 %
 Alcool	Expérimentation	90,8 %	94,1 %	77,1 %	89,5 %	24,4 %	93,3 %	85,7 %
	Actuel (au moins un usage dans l'année)	75,6 %	82,1 %	59,0 %	72,0 %	15,0 %	80,1 %	77,7 %
	Récént (au moins un usage dans le mois)	58,8 %	65,7 %	47,6 %	58,1 %	11,4 %	69,8 %	66,5 %
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	5,0 %	7,9 %	4,3 %	7,3 %	1,2 %	10,6 %	8,4 %
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,7 %	1,7 %	1,4 %	2,2 %	0,3 %	2,5 %	1,3 %
 Ivresse	Expérimentation	33,0 %	47,8 %	37,8 %	38,1 %	9,4 %	63,1 %	50,4 %
 Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Récéte (au moins une fois dans le mois)	31,3 %	41,5 %	31,9 %	33,6 %	9,4 %	55,5 %	44,0 %
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	11,5 %	19,0 %	12,2 %	13,9 %	4,3 %	30,5 %	16,4 %
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	3,3 %	3,9 %	2,7 %	4,7 %	1,0 %	9,9 %	2,7 %
 Cannabis	Expérimentation	32,7 %	37,4 %	47,0 %	30,9 %	11,4 %	54,6 %	39,1 %
	Récént (au moins un usage dans l'année)	22,7 %	28,6 %	34,9 %	23,6 %	7,5 %	39,0 %	31,3 %
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	14,3 %	18,0 %	23,5 %	13,4 %	4,2 %	27,6 %	21,0 %
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	5,8 %	7,2 %	5,9 %	3,5 %	2,4 %	10,3 %	7,2 %
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	3,5 %	3,5 %	4,0 %	1,1 %	1,4 %	4,2 %	3,4 %
Autres drogues illicites	Expérimentation	4,7 %	3,5 %	6,4 %	5,1 %	3,4 %	5,2 %	6,8 %
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	1,8 %	0,9 %	3,9 %	3,3 %	0,3 %	1,2 %	3,4 %
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	1,0 %	1,0 %	1,4 %	1,1 %	2,0 %	2,6 %	2,8 %
Cocaïne	Expérimentation	2,0 %	1,0 %	2,0 %	1,6 %	0,4 %	1,7 %	2,8 %
Amphétamines	Expérimentation	1,2 %	1,5 %	1,4 %	0,6 %	0,4 %	0,9 %	2,3 %
LSD	Expérimentation	0,7 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %	0,0 %	1,7 %	1,6 %
Héroïne	Expérimentation	0,8 %	0,3 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %	0,0 %	0,7 %
Crack	Expérimentation	0,5 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %
Poppers	Expérimentation	2,3 %	1,5 %	3,8 %	2,9 %	1,8 %	13,6 %	8,8 %
Produits à inhaler	Expérimentation	3,7 %	3,6 %	1,9 %	4,1 %	0,3 %	2,6 %	3,1 %

Source : ESCAPAD 2017, OFDT.

Des limites des enquêtes représentatives...

Les enquêtes en population générale montrent ainsi que les usages de drogues se révèlent plus modérés qu'en métropole, à la fois pour le tabac, l'alcool et les drogues illicites. Cependant, les professionnels locaux rapportent des **problématiques bien spécifiques, parfois difficiles à appréhender à travers les indicateurs quantitatifs**, nécessitant l'apport d'enquêtes qualitatives complémentaires. Car si elles permettent efficacement d'objectiver les comportements d'usage, les enquêtes en population générale font état de prévalences parfois sous-estimées selon les professionnels locaux, qui font valoir par exemple une « surconsommation d'alcool généralisée » en Guyane, en contradiction avec la plupart des indicateurs qui montrent des niveaux de consommation d'alcool relativement faibles, à l'image du Baromètre santé DOM 2014 qui fait état d'une sous-consommation d'alcool par rapport à la métropole parmi les 15-30 ans et des niveaux comparables parmi les 31-75 ans (Beck *et al.*, 2016 ; Richard *et al.*, 2015 ; Richard *et al.*, 2017 ; Spilka *et al.*, 2017).

Cette apparente contradiction s'explique par plusieurs facteurs, en particulier les **difficultés des enquêtes en population générale à atteindre les populations minoritaires** souvent parmi les plus concernées par les usages, notamment lorsqu'elles sont concentrées dans des territoires enclavés (Richard *et al.*, 2010). En outre, **une partie de la population étrangère**, en situation illégale et ne parlant ni français ni créole, échappe par définition aux recensements, tandis que, au sein de la population française, la difficile maîtrise de la langue officielle n'assure pas les conditions requises pour les enquêtes, notamment dans certaines communautés. De surcroît, chez les plus jeunes, **l'absentéisme scolaire ou la déscolarisation** les soustraient de fait aux enquêtes menées parmi les adolescents : cela concerne particulièrement les Amérindiens et les Bushinengués. Enfin, une **sous-déclaration** peut être envisagée, dont l'ampleur semble assez différente selon les territoires par comparaison avec la métropole.

Au-delà des considérations de méthode quant aux difficultés d'intégrer certaines populations dans les dispositifs d'enquête émergents, l'invisibilité statistique de ces publics ne favorise pas l'adaptation des réponses publiques. La concentration de pratiques problématiques dans des segments restreints de population qui constituent les principales « clientèles » des associations et des travailleurs sociaux soulève la question des modes de repérage pertinents pour aller au-devant de leurs besoins de santé. En Guyane tout particulièrement, **la question du non-recours** apparaît comme un enjeu important (voir indicateurs en fin d'annexe 2), les professionnels de l'ELSA de Cayenne faisant état de l'absence de demandes de soins de la part de consommateurs pourtant considérés comme problématiques, qui ne sont reçus que lorsque des situations sanitaires très critiques les contraignent à consulter (pancréatites ou hépatites aiguës). Ce non-recours s'explique à la fois par des facteurs socioculturels (méconnaissance des institutions, problème de titres de séjour...), des difficultés d'accès à la prise en charge et à la prévention dans un cadre institutionnel (à l'hôpital, à l'école, au tribunal ou ailleurs) et des problèmes d'interlocution (Benoît, 2015 ; Carde, 2012 ; Mulot, 2014 ; Salaün, 2020).

Des problématiques spécifiques

Les Outre-mer se caractérisent par des problématiques relativement circonscrites, qui concernent des populations particulières : consommation du crack par les populations très précaires des DFA, usages problématiques de cannabis parfois élevés. Quelques phénomènes significatifs, caractéristiques de la situation des addictions dans les Outre-mer sont rappelés ci-dessous.

L'alcool aux Antilles, en Guyane et à La Réunion : un sujet majeur de santé publique

L'alcool est de très loin la substance la plus consommée dans les Outre-mer (hormis à Mayotte), souvent en association avec d'autres produits qui varient selon les territoires : par exemple, cannabis et médicaments détournés à La Réunion, usages de cocaïne en Guyane importés par les « métros ». Si les prévalences de consommation y sont globalement inférieures qu'en métropole, les Outre-mer se situent nettement au-dessus en termes de dommages socio-sanitaires, concentrés dans certaines populations.

Largement répandue et banalisée, **la consommation excessive d'alcool concerne l'ensemble de la population, directement ou indirectement** : surmortalité, pathologies chroniques, nombre de passages aux services d'urgence, accidentologie routière, violences commises sous l'influence de l'alcool (notamment intrafamiliales), etc. Alors qu'une personne sur 10 boit de l'alcool tous les jours, La Réunion compte parmi les régions françaises où la mortalité liée à l'alcool est la plus élevée, derrière le Nord et la Bretagne, avec près d'un décès sur six chaque année. Le taux de mortalité imputable à l'alcool y est deux fois supérieur à la moyenne métropolitaine, avec plusieurs facteurs de mortalité saillants. Ainsi, la mortalité par alcoolisme et cirrhose y est 40 % plus élevée qu'en métropole (Santé publique France, 2020).

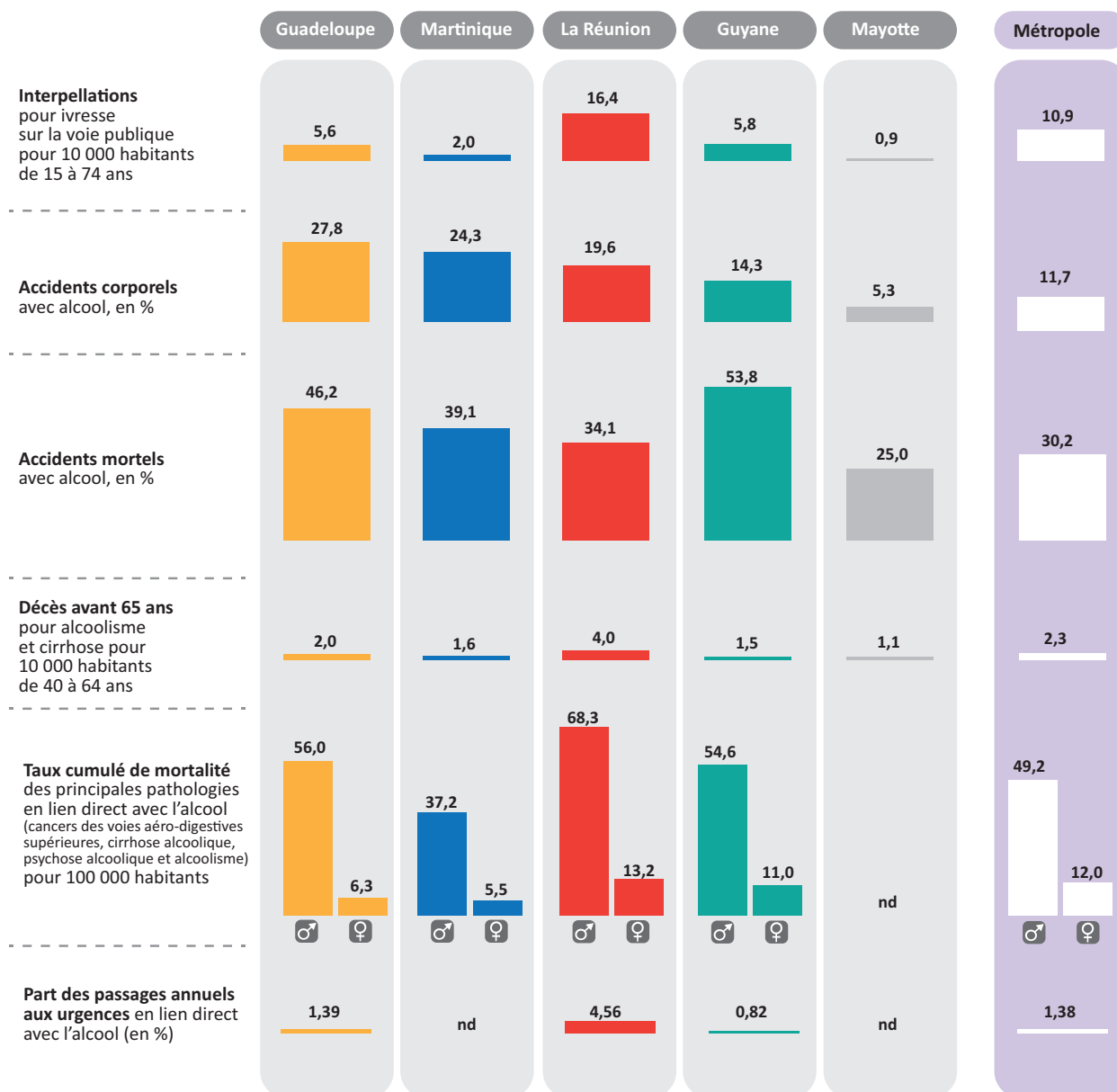
Les hommes sont particulièrement exposés au risque de surmortalité lié à la consommation excessive d'alcool (ARS océan Indien, 2018), étant les plus sujets à la consommation régulière (en particulier lorsqu'ils vivent seuls) (Santé publique France, 2020). Une prédominance masculine apparaît ainsi dans les statistiques de mortalité routière, alors que la part des **accidents impliquant l'alcool** est bien plus élevée qu'en métropole (voir infographie 3). En Martinique, le tiers des accidents corporels et la moitié des accidents mortels sont liés à l'alcool (contre respectivement 11 % et 28 % en métropole).

La population féminine présente des risques spécifiques liés à la consommation d'alcool, en particulier à partir de l'adolescence en cas de grossesse. Compte tenu de modes de consommation féminins plus intensifs qu'en métropole, la **problématique de l'alcoolisation fœtale chez les jeunes femmes** est considérée comme une urgence de santé publique. Les femmes réunionnaises se singularisent en effet par un volume de consommation d'alcool particulièrement important : alors même qu'elles présentent un risque chronique d'usage d'alcool deux fois inférieur à la moyenne métropolitaine (2 % contre 4 %), elles absorbent des quantités hebdomadaires nettement plus importantes (36 verres contre 26 en métropole). La bière en particulier, qui est de loin l'alcool le plus consommé, donne lieu à une surconsommation féminine marquée par rapport à la métropole (Richard *et al.*, 2015). À l'adolescence également, les consommations mensuelles régulières (plus de 10 fois dans le mois) touchent près de 10 % des lycéennes, à un âge où le risque d'une première grossesse est plus élevé qu'en métropole, en particulier dans les communautés bushinenguées, amérindiennes ou parmi les migrantes.

Du fait de ces comportements d'alcoolisation excessive parmi les femmes, **La Réunion apparaît comme la région française présentant le plus grand nombre de cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)** : entre 2006 et 2013, elle comptait cinq fois plus de cas de SAF qu'en métropole (0,36 cas pour 1 000 naissances contre 0,07 en métropole) (Laporal *et al.*, 2018). Ainsi, 4 à 11 enfants naissent chaque année en étant porteurs du SAF et 140 sont

porteurs de troubles causés par l'alcoolisation foétale⁴⁴. La prévention des effets de l'alcool sur le fœtus constitue désormais une priorité de santé : avec le soutien de la Mildeca, l'ARS océan Indien a mis en place un plan d'action régional de prévention et de prise en charge du SAF et des troubles causés par l'alcoolisation foétale (2016-2018). Ce plan a permis la mise en place d'équipes mobiles auprès des femmes éloignées du système de soins, de programmes d'éducation thérapeutique et d'un centre de ressources régional chargé de l'information et de la coordination des acteurs locaux⁴⁵.

Infographie 3. Dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage d'alcool dans les Outre-mer



nd : données non disponibles

Sources : DGNP/DGGN/PP; ONISR; CépiDc (Inserm), Oscour®.

44. Source : association SAF océan Indien (<https://www.safocéanindien.org/saf-lareunion/>).

45. Centre de ressources ETCAF (Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale).

De même, en Guyane, les risques liés aux usages féminins d'alcool constituent un point de vigilance, dès lors que la part des naissances y est élevée avant 18 ans – même si elle a connu une diminution au cours de la dernière décennie : 14 % jusqu'en 2010; 6,1 % en 2017 (ARS Guyane, 2017). Plusieurs études documentent la prévalence des pratiques d'alcoolisation durant la grossesse parmi les Amérindiennes. Dans une enquête menée en 2012 auprès des populations bushinenguées⁴⁶, la majorité des femmes enceintes (n = 197) déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, le plus souvent de la bière (près de 60 %, et 30 % tous les jours) ou du rhum (8 %) (Louison, 2013). En 2013, une étude effectuée au Centre hospitalier de l'Ouest guyanais a confirmé ce phénomène, montrant que 34 % des femmes ayant accouché (n = 531) avaient consommé de l'alcool durant la grossesse (11 % déclarant plus de 2 verres par jour). Du fait de ces consommations durant la grossesse, **la Guyane connaît un taux de prématurité dépassant 13 %, soit deux fois plus qu'en métropole** (Simmat-Durand et Toutain, 2019).

Les jeunes filles ne sont pas les seules concernées. La Guyane en particulier est confrontée à une problématique plus large de **surconsommation d'alcool parmi les jeunes, notamment dans la communauté amérindienne**. Ces séquences de consommation, qui prennent la forme de rituels festifs, mensuels ou pour des occasions particulières (rites de passage à l'âge adulte chez les garçons vers l'âge de 12-13 ans, comme en Polynésie), donnent lieu à des alcoolisations massives collectives. Ces pratiques concernent particulièrement les Amérindiens « non urbanisés », qui vivent dans des zones enclavées, le long de l'Oyapock à la frontière du Brésil ou le long du Maroni. Elles durent souvent plusieurs jours et se terminent parfois par des accidents par noyade ou des suicides d'adolescents⁴⁷.

Cette surconsommation d'alcool dans certains groupes de population vulnérables, comme les jeunes amérindiens ou les femmes enceintes, s'explique d'abord par la **forte accessibilité des produits à base d'alcool**, en particulier les spiritueux qui occupent une place très importante dans la consommation locale, avec des conséquences aggravées et plus rapides. Soumis à un régime fiscal dérogatoire, les produits issus du rhum et de la canne à sucre fabriqués et vendus localement permettent de proposer des prix de vente très bas : il est, par exemple, possible de se procurer un litre de rhum pour 6 euros en Guyane. Par ailleurs, l'accessibilité est renforcée par les possibilités d'approvisionnement dans les États voisins du Brésil et du Suriname où l'alcool est encore moins cher. Ce différentiel de prix peut donner lieu à des phénomènes de contrebande. En Guyane comme à La Réunion, l'accessibilité est présentée comme le principal déterminant des usages excessifs d'alcool par les professionnels comme par la Cour des comptes (Cour des comptes, 2016). Deux autres facteurs s'y conjuguent. Tout d'abord, une partie de ces consommations s'inscrit dans des **pratiques de sociabilité** héritées d'un passé colonial, qui vont de pair avec des traditions de production locale et des manières d'organiser les rituels festifs, à l'image du cachiri dans les sociétés amérindiennes ou de la *bita*⁴⁸ chez les Bushinengués. Cet ancrage des consommations d'alcool dans la vie collective va de pair avec des représentations normalisées de l'ivresse et des perceptions minorant les risques liés à l'alcool (en particulier pendant la grossesse dans certaines communautés guyanaises, en particulier les plus isolées). En outre, l'alcool bénéficie d'une **visibilité importante dans l'espace public**, à l'image de distributeurs de bière à proximité des collèges ou des actions commerciales promotionnelles mises en place par les supermarchés (foires aux vins, cubitainer de rhum, promotions sur la bière, promotions ciblées lors de

46. Saint-Laurent-du-Maroni, Mana, Apatou, Grand-Santi, Papaïchton et Maripasoula.

47. Pour une approche documentaire et romanesque de ce sujet, voir la série guyanaise de Colin Niel et en particulier Sur le ciel effondré, Le Rouergue, 2018.

48. La *bita* (terme forgé par les Saramaka dérivé de l'anglais bitter, « amer ») désigne une boisson amère produite par macération de plantes généralement dans du rhum, utilisée à des fins médicinales (dans le cadre d'une pharmacopée traditionnelle), en particulier comme fortifiant ou comme stimulant sexuel. Il s'agit d'une consommation peu répandue mais caractéristique des communautés bushinenguées.

la fête des mères ou de la « fête des bébés », etc.). Par ailleurs, les mesures de restriction sont difficilement appliquées : la forte concentration des épiceries sur le territoire, qui ne respectent pas toujours la législation leur interdisant de vendre de l'alcool réfrigéré, favorise l'accès des jeunes à la bière en particulier.

Face à cette situation, les pouvoirs publics se sont mobilisés de façon ciblée, comme en témoigne la « charte contre l'usage nocif ou abusif d'alcool » signée entre pouvoirs publics, producteurs locaux, importateurs et distributeurs d'alcool à La Réunion en septembre 2015. De même, dans le cadre du plan de lutte contre l'alcoolisme et le trafic de stupéfiants présenté par le préfet le 18 décembre 2019, la vente d'alcool à emporter est désormais interdite de 21 heures à 6 heures à La Réunion.

Si elle constitue une problématique à part entière, la consommation d'alcool démultiplie également les dommages liés à d'autres consommations. Quasi systématiquement cité par les usagers du dispositif médico-social, **l'alcool est fortement associé aux polyconsommations**, régulièrement adossé aux consommations problématiques de psychotropes : au sein de la communauté thérapeutique de Roura (près de Cayenne), la proportion des demandes de séjour motivées par une dépendance alcoolique est ainsi passée de 10 % à 50 % en dix ans (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019).

La consommation détournée de médicaments psychotropes à La Réunion

L'usage détourné de médicaments, notamment le trihexyphénidyle chlorhydrate (Artane®), le clonazépam (Rivotril®), le flunitrazépam (Rohypnol®) et d'autres benzodiazépines, constitue un marqueur des consommations de produits psychoactifs à La Réunion. Ils sont en général associés à l'alcool et au *zamal*, parfois aussi à la cocaïne (mélange « coca-Rivo » évoqué à La Réunion). Ce phénomène, qui ne se retrouve ni en métropole ni dans d'autres DROM, est une préoccupation de santé publique depuis les années 1980.

Selon le Baromètre santé DOM 2014, La Réunion compte 3,2 % d'expérimentateurs de médicaments détournés de leur usage en population générale (15-75 ans). L'Artane® est le produit le plus fréquemment déclaré par les consommateurs de médicaments détournés de leur usage (2,9 %), devant le Rivotril (1,6 %) et le Rohypnol (0,6 %). Parmi les consommateurs de médicaments détournés de leur usage, 91 % d'entre eux ont expérimenté l'Artane®. Les contextes d'usage de ces médicaments détournés ont fait l'objet d'observations qualitatives par le dispositif TREND entre 2000 et 2003, actualisées en 2019, complétées par les apports des intervenants locaux.

Véritable spécificité locale, l'Artane® est le médicament dont l'utilisation détournée est la plus ancienne et la plus répandue : il constitue l'archétype de la toxicomanie médicamenteuse à La Réunion depuis les années 1970. C'est le troisième produit le plus cité parmi les consultants reçus en CSAPA (ORS océan Indien, 2018). Médicament indiqué dans le traitement de la maladie de Parkinson et des syndromes induits, il est détourné pour un usage le plus fréquemment en association avec d'autres substances, les effets recherchés étant l'euphorie et la stimulation psychique ou sexuelle (sensation de toute-puissance et effets dopants), à l'instar des amphétamines, du crack ou de l'ecstasy, ainsi qu'un effet anxiolytique (Bodereau, 2008). Les principaux effets secondaires sont le risque de passage à l'acte violent, les troubles de la mémoire (amnésie), les troubles urinaires (rétention) ou intestinaux (constipation) et la sécheresse buccale ayant pour effet le développement de caries dentaires. L'Artane® fait l'objet d'un important trafic à La Réunion (11 000 cachets saisis en 2017), vendu entre 5 et 10 euros le « grain » (comprimé de 5 mg) et entre 100 et 120 euros sous forme de

plaquette de 20 comprimés. Selon les intervenants en addictologie, le commerce d'Artane® serait alimenté par le trafic de prescriptions et de médicaments depuis Madagascar, où la surveillance des médicaments est moins stricte. Les usagers d'Artane® sont principalement des hommes, jeunes (de l'adolescence à la trentaine), d'un niveau socio-éducatif faible, en situation de précarité sociale et professionnelle, alternant les usages de médicaments de façon opportuniste (selon leur disponibilité). L'association à l'alcool et/ou au cannabis est très fréquente afin de maximiser les effets. Selon les professionnels des CSAPA, l'Artane® est aussi parfois consommé seul, en majorité par des femmes. La présence de l'Artane® se retrouve au sein du public des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) : en 2015, un tiers des usagers en ont consommé dans le dernier mois (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018). Un dispositif expérimental de prescription encadrée (hors autorisation de mise sur le marché) a été validé par les autorités régionales.

Le clonazépam (Rivotril®), benzodiazépine indiquée dans le traitement de l'épilepsie, est détourné à des fins psychoactives depuis 1999 dans plusieurs secteurs de La Réunion, souvent en association avec l'alcool. Son usage serait prisé parmi les jeunes de moins de 20 ans, qui le consomment sous forme de comprimés (« rond » ou « grain ») ou de gouttes. Au début des années 2000, des scènes ouvertes de consommation de Rivotril® étaient rapportées dans plusieurs villes (Roddié, 2004). Comme l'Artane®, il provoque une forte désinhibition, avec un risque aggravé de passage à l'acte, et peut occasionner des troubles de la mémoire et de la vigilance (diminution des réflexes). Et, comme l'Artane®, son commerce serait alimenté par importation de Madagascar où il est en vente libre. Du fait de ces mésusages, les conditions de prescription ont été modifiées à compter du 15 mars 2012 : la primoprescription et le renouvellement annuel sont désormais réservés aux neurologues et aux pédiatres et les ordonnances sont sécurisées. Le trafic de Rivotril® n'a pas disparu pour autant : près de 30 000 boîtes de médicaments vendues chaque année seraient détournées de leur usage médical.

Le flunitrazépam (Rohypnol®), prescrit dans le traitement des troubles du sommeil, fait l'objet de mésusages depuis les années 1990, qu'il soit utilisé comme psychostimulant ou comme « drogue du viol ». Depuis sa commercialisation, de nombreuses mesures de contrôle ont été prises pour limiter les mésusages : indication thérapeutique restreinte aux « troubles sévères du sommeil », suppression du dosage à 2 mg (1996), retrait des boîtes de 20 comprimés (1999), modification de la réglementation concernant les conditions de prescription et de délivrance, en instaurant les ordonnances sécurisées, une prescription limitée à deux semaines avec délivrance fractionnée de 7 jours (2001). Si ces mesures ont permis de diminuer son détournement, non seulement elles ne l'ont pas complètement neutralisé mais elles ont aussi eu pour effet collatéral de réorienter certains usagers vers la consommation de clonazépam : le flunitrazépam reste ainsi très recherché par les polyconsommateurs, vendu 10 euros le comprimé sur le marché parallèle et utilisé plutôt pour ses effets paradoxaux que pour ses effets hypnotiques. Depuis l'arrêt de sa commercialisation par le laboratoire Roche en 2013, le trafic s'est ralenti sans cesser totalement : 300 cachets ont été saisis en 2016, dix fois plus qu'en 2011 avant l'arrêt de la commercialisation (ORS océan Indien, 2018).

D'autres cas de mésusage de médicaments ont été récemment rapportés par les professionnels locaux, notamment la prégabaline/Lyrica® et la gabapentine/Neurontin®.

D'après les saisies policières et les données médicales (prescription des médecins et délivrance des pharmaciens), la **disponibilité de ces médicaments** semble fluctuante. Les intervenants locaux partagent le constat d'une perte d'attractivité des médicaments détournés, notamment au sein des jeunes générations d'usagers qui se tourneraient

davantage vers des drogues illicites telles que la cocaïne, la MDMA/ecstasy et les nouveaux produits de synthèse (NPS), dont la disponibilité s'est accrue depuis les années 2010 (Gérome et Cadet-Tairou, 2020). Ces données ne font pas l'objet d'un système d'observation régulier : elles seront toutefois confirmées par un recueil plus systématique de données par l'OFDT à compter de 2020.

En matière de trafic de médicaments, une autre exception réunionnaise au sein des Outre-mer concerne les **produits de substitution à l'héroïne**. Le Subutex® y est en effet plus consommé qu'ailleurs (hors protocole médical), rapprochant La Réunion du profil de la métropole.

Le crack dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane)

Une des particularités de la zone Antilles-Guyane tient à la présence du crack, dont la forte visibilité sociale contraste avec un périmètre de consommation circonscrit à des publics très marginalisés (moins de 1 % de la population). Les DFA, qui constituent les plus importants espaces de circulation du « caillou » en France, comptent plusieurs scènes ouvertes de consommation, en pleine rue, dans les chefs-lieux Pointe-à-Pitre (quartier Boissard), Fort-de-France (La Mangrove) et Cayenne (La Crique), poches de trafic nées dans les années 1980 en périphérie des villes (Marchant, 2013).

En provenance de Jamaïque puis des ghettos noirs et hispaniques américains à la fin des années 1970, **le crack est apparu en France dans les DFA au milieu des années 1980**, avant d'atteindre la métropole quelques années plus tard (Charles-Nicolas, 1997). En Guadeloupe (Casimir, 2007), en Martinique (Merle, 2008) et en Guyane (Merle et Vallart, 2010), la consommation s'est intensifiée à partir des années 1990, avant de s'élargir. En Guyane par exemple, l'usage est longtemps resté concentré dans les villes du littoral atlantique (Cayenne, Roura, Kourou), avant de s'étendre à Saint-Laurent et Saint-Georges (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019).

Plus diffus qu'auparavant, **ces usages restent néanmoins limités à des publics très précaires**, sans domicile fixe ou errants et donc visibles dans l'espace public, comme l'ont montré quelques enquêtes locales. Ainsi, en Martinique, la prévalence de la consommation de crack était estimée, en 2008, à 5 personnes pour 1 000, culminant à 1 % chez les 15-44 ans, un taux bien plus élevé qu'en métropole (Merle, 2008). Le nombre d'utilisateurs problématiques de drogues, évalué à 2 000 personnes, était composé en quasi-totalité d'utilisateurs de crack, présentant un profil relativement homogène : des hommes (86 %), trentenaires (36,2 ans d'âge moyen), en situation sociale difficile (un sur trois sans domicile fixe et un sur dix dépourvu d'un logement stable). Selon les associations de prise en charge et certains policiers, en particulier de la brigade anti-criminalité (BAC), le nombre de fumeurs de crack aurait à nouveau augmenté dans la période récente en raison du faible coût du produit et de la rapide dépendance qu'il engendre. Entre 2012 et 2013, le Réseau addictions Martinique dénombrait plus de 400 fumeurs de crack pris en charge dans une structure, en prison ou répertoriés comme errants à Fort-de-France : sur les 450 errants recensés, une centaine consommait du crack (soit un usager de crack pour 1 000 habitants). La majorité de ces consommateurs présentent un profil marqué par la grande précarité et vivent en errance. Ils se caractérisent par des profils de polyconsommation, le cannabis et l'alcool étant souvent consommés pour « gérer la descente ».

Ce regain du crack est également rapporté en Guadeloupe. Selon le CHU de Pointe-à-Pitre, une centaine de personnes par an seraient hospitalisées en lien avec le crack, pour des

accidents de la voie publique, des traumatismes par arme blanche ou par arme à feu, ou des tentatives de suicide : les usagers y sont surnommés « paro » (littéralement, « malpropres ») et le produit fumé « diable ».

Enfin, la visibilité de ce phénomène se retrouve aussi en Guyane, en particulier à Cayenne où 100 à 200 usagers de crack erreraient dans des lieux publics fréquentés (quartier De Gaulle et cathédrale, centre-ville, marché), isolés ou en petits groupes. Cette population, relativement concentrée dans les principales villes du nord de la Guyane (Cayenne, Saint-Laurent-du-Maroni) plus qu'au sud et à l'est, serait cependant stable voire en décroissance (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019).

La **permanence du crack dans le paysage des addictions aux Antilles et en Guyane** s'explique par un prix d'achat plus bas que pour tout autre produit psychoactif. Dans les années 2000, il se vendait 3 à 5 fois moins cher qu'à Paris : une dose coûtait 2 euros en Guyane, 3 à 4 euros en Martinique, contre 10 euros en métropole en 2003 (Bello *et al.*, 2004). En 2019, le prix d'une galette était estimé en deçà de 5 euros en Guyane, variant selon les localités (2 euros à Saint-Laurent, entre 2 euros et 5 euros à Cayenne, 5 euros à Saint-Georges). L'accessibilité du produit est renforcée par le fractionnement des doses : il peut ainsi être acheté à la « taff » (une dose prise en une inspiration unique) pour un euro. Ce prix d'achat modique vient de la facilité de fabriquer localement le crack, à partir de la cocaïne produite dans les régions voisines et accessible par des réseaux surinamiens. Cependant, les observations récentes font aussi état de réseaux structurés, hiérarchisés et localisés, à Saint-Laurent-du-Maroni par exemple dans les quartiers des Vampires ou de la Charbonnière (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019).

La présence du crack dans les DFA apparaît comme la résultante d'une pluralité de facteurs qui structurent le rapport aux drogues en général, et au crack en particulier. Face à ce constat, les politiques publiques offrent des réponses quantitativement insuffisantes et, parfois, qualitativement inadaptées, dans un contexte marqué par les disparités territoriales, sociales et ethniques et dans une perspective proche du doublement de la population (Qribi et Dayre, 2015).

La « chimique » à Mayotte

Depuis 2010, un phénomène de consommation de « chimique » (consistant à fumer un mélange de tabac trempé dans de l'alcool et additionné d'herbe de cannabis ou de cannabinoïdes de synthèse) a été identifié à Mayotte. Cette pratique de consommation, aussi appelée « tabac chamanique », aurait été introduite en 2009 par un ressortissant de métropole ayant acheté des produits de synthèse sur Internet pour son usage personnel. Ce mode de consommation aurait ensuite connu plusieurs phases de diffusion sur l'ensemble du territoire mahorais, avec un élargissement rapide à partir de 2014 (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2018). Cette propagation s'explique par la forte accessibilité du produit (peu cher et facile à trouver), qui a d'abord touché les jeunes des milieux défavorisés, en particulier les mineurs isolés et non accompagnés regroupés dans le bidonville de Kawéni (surnommé Gaza), en périphérie de Mamoudzou (Daveluy et Haramburu, 2018). Les usagers identifiés comme « problématiques » sont majoritairement des jeunes hommes, en situation de précarité sociale et de désaffiliation, qui ont souvent été précocement initiés à ce produit (vers 10-12 ans). Néanmoins, ce profil, le plus visible sur le plan sanitaire et social, n'épuise pas la palette des usages et des types d'usagers, la consommation de chimique étant également signalée dans des milieux sociaux plus favorisés et dans des fractions de populations plus âgées (retraités) et plus féminisées (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2018).

La diffusion de ce mode de consommation (sur le principe d'un « trempage » de cigarette) a été stimulée par la multiplication des vecteurs d'approvisionnement (colis postaux en provenance de métropole, mules, kwassa-kwassa⁴⁹), la marge importante de rentabilité dégagée par la vente de ce produit compte tenu de son attractivité en hausse et l'accroissement du nombre de vendeurs plus ou moins professionnalisés. Cette hausse de l'offre s'est aussi traduite par une diversification des produits vendus sous le nom de chimique, en particulier dans des zones très défavorisées où s'est développé un marché de la « chimique du pauvre », élaborée à partir des produits chimiques d'usage courant.

Les **effets sanitaires et sociaux de la consommation de chimique à Mayotte** ont fait l'objet d'une prise de conscience des pouvoirs publics dès 2014. Ainsi, en 2015, le Centre d'addictovigilance de Bordeaux (CEIP-A référent d'Aquitaine et des DOM) a été missionné par la Mildeca pour renforcer les enquêtes d'addictovigilance à La Réunion et à Mayotte et pour mieux évaluer la nature et les modalités de consommation de substances psychoactives dans ces deux départements de l'océan Indien (Daveluy et Haramburu, 2015). Celle-ci a été activée par les effets visibles retentissants de la consommation, qui s'est traduite par une multiplication des scènes ouvertes de consommation et des manifestations individuelles saisissantes dans l'espace public (évanouissements, crises d'agressivité, décompensations psychiatriques et divers troubles du comportement). Selon les professionnels investis de la prévention et de la santé, la dépendance engendrée par ce produit serait à la fois rapide et forte, dans un contexte d'insuffisance et d'inadaptation de l'offre de prise en charge sanitaire. Par ailleurs, cette situation de dépendance alimenterait une délinquance et une criminalité déjà en hausse (cambriolages, vols avec violence, etc.) tout en consolidant le marché illicite compte tenu de l'aspect lucratif de ce trafic.

Après un certain nombre de cas recensés à Mayotte (Centre d'addictovigilance de Bordeaux, 2018; Fleury et Daculsi, 2016), la consommation de chimique s'est étendue à La Réunion où, entre janvier 2018 et avril 2019, plusieurs cas d'hospitalisations plus ou moins sévères en lien avec une prise supposée de chimique ont été signalés. Par ailleurs, en 2018, un produit aux effets similaires, le « chamane », a été signalé à Mayotte (service addictologie du CHU). Il s'agit également d'un cannabinoïde de synthèse imitant le principe actif du cannabis, avec des molécules jusqu'à 200 fois plus puissantes que le cannabis, dont la consommation entraîne des conséquences encore plus importantes sur le plan psychiatrique. Ce constat alimente les préoccupations locales quant à une arrivée progressive des nouveaux produits de synthèse à La Réunion, où les saisies de nouveaux produits de synthèse (NPS) tendent à augmenter (1,4 kg en 2017), avec une diversité croissante de produits.

Jeux d'argent et de hasard : une problématique affirmée en Outre-mer

En termes d'addictions sans substance, tous les DOM ont un **haut niveau de dépenses dans les jeux d'argent et de hasard (JAH)**, nettement plus élevé qu'en métropole. Depuis 1990, Pacifique des jeux assure l'exploitation des jeux de hasard en Polynésie française : en 2016, les mises collectées par Pacifique des jeux s'élèvent à 41 millions d'euros, en hausse de 7,9 % par rapport à 2015 (FDJ, 2017). L'implantation de la Française des jeux en Nouvelle-Calédonie a suscité des mouvements d'élus locaux en 2012.

49. Les kwassa-kwassa sont des embarcations de fortune utilisées par les migrants comoriens pour se rendre sur l'île de Mayotte. Le mot désigne, en comorien, un canot de pêche rapide et à fond plat (et, souvent désormais, motorisé). Selon un rapport du Sénat (Sueur et al., 2012), 7 000 à 10 000 boat people fuyant Anjouan auraient tenté de rallier Mayotte entre 1995 et 2015 (bras de mer de 70 km.)

En termes de mises des joueurs, 3 DOM se situent bien au-dessus de la moyenne métropolitaine (770 euros par an) pour l'ensemble des activités de jeux, en particulier les machines à sous et les paris hippiques : La Réunion, la Guadeloupe et la Martinique, qui dépassent de 25 % la mise moyenne métropolitaine. Pour les paris hippiques par exemple, le record des mises est atteint en Guadeloupe (487 euros par habitant vs 164 en métropole) (Costes et Eroukmanoff, 2016).

Cette prévalence importante des JAH s'explique par l'accessibilité des points de vente de la Française des jeux dans les DOM, redoublée par la possibilité de jouer dans les épiceries de village et les stations-service (en sus des bureaux de tabac et diffuseurs de presse).

Les données les plus précises sont rapportées à La Réunion. Elles montrent la disponibilité importante des jeux de tirage, de grattage et de loterie : La Réunion compte un point de vente pour plus de 2 900 habitants, contre un pour 2 100 habitants sur l'ensemble du territoire national (Ricquebourg, 2018). Les habitudes de jeux ultramarines diffèrent de celles observées au niveau national : à La Réunion, comme dans les autres régions d'outre-mer, ce sont les jeux de tirage qui regroupent la majorité des mises, contrairement à ce qui est observé en métropole (les jeux de grattage étant plus prisés) (ORS de La Réunion, 2015). En matière de courses hippiques, La Réunion se distingue par un maillage grandissant des points de vente (200 points de pari pour les courses de chevaux, soit un pour 4 300 habitants vs un pour 5 100 au niveau national) et des mises moyennes plus élevées sur l'île : la mise hebdomadaire moyenne par habitant dépasse de 65 % la moyenne nationale. Là encore, les habitudes de jeux diffèrent de la métropole : à La Réunion, le pari le plus joué est le quinté+ avec 44 % de parts de marché (offrant des perspectives de gains élevés), tandis qu'au niveau national, ce pari se situe au deuxième rang (après le simple/couplé/trio qui est majoritaire) (ORS de La Réunion, 2015).

Si elle est encore peu documentée, la sur-représentation de la pratique des JAH dans les territoires ultramarins constitue un objet d'attention publique important, s'agissant d'une activité dont les conséquences négatives sont bien connues pour les populations précaires (externalités négatives liées à l'activité, en particulier du point de vue sanitaire et social : perte d'emploi, surendettement, pauvreté, divorce, isolement, criminalité, dépression et suicide) (Amadiou, 2015).

Des réponses publiques en deçà des enjeux

Les réponses publiques aux problématiques addictives révèlent une forte mobilisation des ressources existantes et une couverture territoriale de l'offre de soins très en deçà des besoins, en particulier dans des territoires comme la Guyane ou Mayotte.

Une forte mobilisation du dispositif médico-social

Malgré une offre de soins globalement inférieure à celle de la métropole, les prises en charge des usagers de drogues en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) apparaissent bien plus nombreuses en Guadeloupe (72 personnes prises en charge pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2016) et en Martinique (98 pour 10 000) qu'en métropole (64 pour 10 000) ou en Guyane (46 pour 10 000) et à La Réunion (45 pour 10 000) (Palle et Rattanatray, 2018). Cet indicateur dépend évidemment de l'offre disponible, qui se

révèle disparate selon les territoires, en volume comme dans les types d'intervention. La file active des CSAPA est en hausse continue dans la plupart des Outre-mer depuis le début de la décennie 2010.

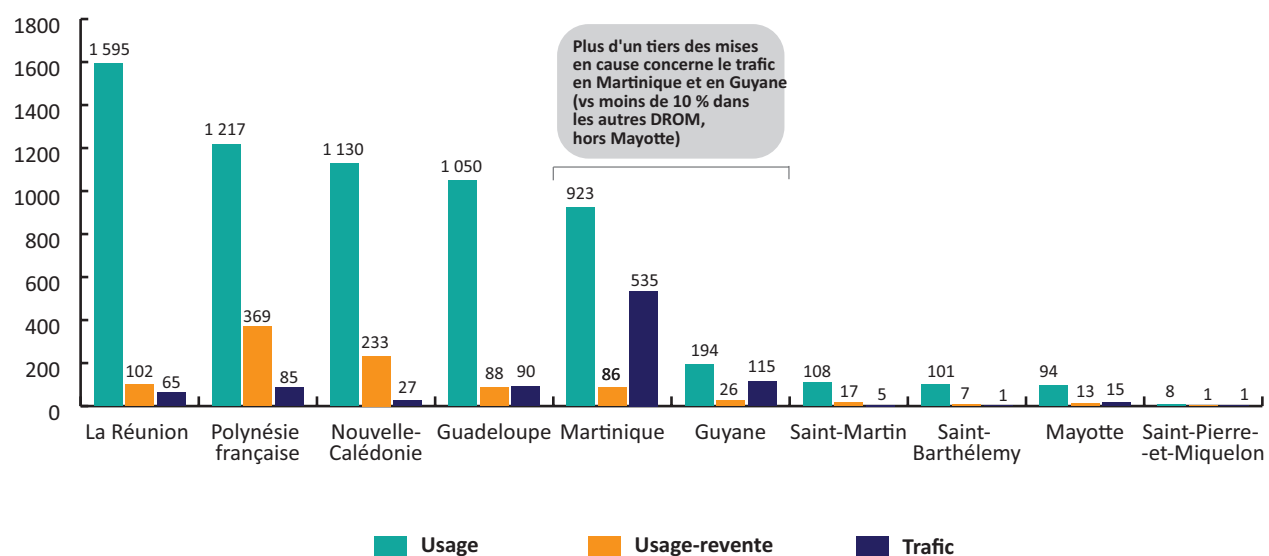
Les intervenants auprès des adolescents et des jeunes adultes, en particulier au sein des consultations jeunes consommateurs (CJC), décrivent des situations d'usage problématique et de dépendance particulièrement marquée au sein de la population accueillie. À La Réunion par exemple, le cannabis reste le produit le plus dommageable et le plus cité en CJC parmi les jeunes usagers de la file active (64 %), sachant que la plupart des jeunes consomment également d'autres produits (8 jeunes sur 10 sont polyconsommateurs) (ORS océan Indien, 2018).

La prédominance du cannabis se retrouve parmi les consultants des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) : à La Réunion par exemple, deux tiers d'entre eux déclarent un usage de cannabis mais les recours motivés par la MDMA/ecstasy sont en forte augmentation en 2016 (ORS océan Indien, 2018).

Une activité importante des forces de l'ordre ciblée sur les stupéfiants

Le nombre d'interpellations pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) culmine à La Réunion, devant la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie et la Guadeloupe. Cependant, le taux d'interpellation varie sensiblement selon les territoires ultramarins : les interpellations pour ILS sont les plus fréquentes en Polynésie française (81 pour 10000 habitants âgés de 15 à 74 ans), devant la Nouvelle-Calédonie (70 pour 10000), la Martinique (58 pour 10000) et la Guadeloupe (44 pour 10 000)⁵⁰.

Figure 3. Nombre de personnes mises en cause pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 2019



Source : OFAST, Ministère de l'intérieur

Nota bene : le nombre de personnes mises en cause à Wallis-et-Futuna est nul.

50. Données OFAST (Ministère de l'intérieur) croisées avec le recensement général de la population (Insee).

Au sein du contentieux des stupéfiants, comme en métropole, les interpellations pour usage prédominent, avec néanmoins de fortes variations selon les Outre-mer (voir figure 3). Celles-ci apparaissent plus fréquentes en Polynésie française (59 pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans) et en Nouvelle-Calédonie (57 pour 10 000), loin devant la Guadeloupe (38 pour 10 000) et la Martinique (35 pour 10 000). C'est à Mayotte, en Guyane et à La Réunion que les taux les plus bas sont enregistrés. Toutefois, les interpellations pour trafic représentent une part non négligeable des interpellations, dans certains Outre-mer plus que d'autres : sous ce rapport, la Martinique se distingue tout particulièrement, avec plus d'un tiers d'interpellations par an liées au trafic de stupéfiants, bien au-delà des moyennes ultramarine et métropolitaine. Les interpellations pour trafic y concernent chaque année un habitant sur 1 000.

Il convient évidemment de rappeler que ces indicateurs reflètent un état d'activité des forces de l'ordre plus que l'ampleur des phénomènes d'offre ou d'usage.

III – UNE OFFRE EN ESSOR ET EN COURS DE DIVERSIFICATION

Les Outre-mer présentent la particularité d'être des espaces de transit de l'offre de stupéfiants, plus que des destinations finales : la zone Antilles-Guyane en particulier joue, du fait de sa position géographique au plus près des principaux pays producteurs de cocaïne (Colombie, Pérou, Bolivie), un rôle central dans ce trafic vers les marchés métropolitain et européen, réaffirmé dans le contexte de hausse de la production mondiale de cocaïne. Elle constitue aussi un marché de gros secondaire pour les réseaux métropolitains qui viennent s'y approvisionner, parfois dans le cadre de trocs cannabis/cocaïne. Mais, en outre, l'offre dans les Outre-mer s'est diversifiée au cours des années 2010, avec l'apparition des NPS rapportée dans plusieurs DROM et une présence nouvelle des méthamphétamines.

La zone Antilles-Guyane, un hub de la cocaïne

Alors que la route entre Paramaribo, la capitale du Suriname, et Amsterdam, aux Pays-Bas, a longtemps constitué la principale porte d'entrée de la cocaïne en Europe, c'est désormais la Guyane qui joue ce rôle : en 2019, les douanes de Guyane ont intercepté 1 072 kg de cocaïne vs 1 024 en 2018, atteignant un nouveau record. En cinq ans, les quantités saisies ont été multipliées par 7,5. D'après les acteurs locaux, le trafic a progressivement basculé sur la ligne aérienne Cayenne-Paris, considérée comme moins risquée (Bas *et al.*, 2020).

Une plateforme de rebond vers les marchés européens

Les Antilles françaises (Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin) et la Guyane constituent une zone de rebond de la cocaïne destinée à la France et l'Europe. Ce rôle de plateforme s'est amplifié au fil de l'essor de la production mondiale de coca qui atteint un record, dépassant 2 000 tonnes en 2017, contre 1 000 tonnes en moyenne dans les années 2000 (ONU DC, 2018). La cocaïne issue des trois principaux pays producteurs (Colombie, Pérou, Bolivie) transite par le Venezuela via la Martinique en passant par la mer des Antilles, mais aussi de plus en plus par la Guyane par voie aérienne vers ses destinations européennes (Gandilhon et Weinberger, 2016).

Si les Outre-mer ne constituent pas le marché de destination de la cocaïne, elles jouent un **rôle de plateforme d'aiguillage et de distribution** vers les marchés européens : selon la DNRED, une part croissante des saisies effectuées en métropole proviennent d'Amérique du Sud et des Caraïbes, en transitant par les Antilles et la Guyane : au moins un cinquième des saisies effectuées en métropole proviendrait de Guadeloupe et de Martinique⁵¹. Les saisies métropolitaines en provenance de Saint-Martin restent limitées mais elles tendent à augmenter depuis 2017⁵², leurs destinations finales étant Paris, Marseille et Toulouse. Dans la répartition des saisies par département depuis les années 2000, la Martinique, la

51. Chiffres communiqués par la DNRED (Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières), voir : <https://www.douane.gouv.fr/sites/default/files/uploads/files/2019-04/cahiers-administration-douane-guadeloupe.pdf>

52. 2 en 2017, 8 en 2018, une dizaine en 2019.

Guadeloupe et la Guyane se classent dans les tout premiers rangs, cumulant à elles trois un volume moyen de saisie de 1,5 à 4 tonnes de cocaïne par an.

Dans un contexte de hausse des saisies de cocaïne en France⁵³, les Outre-mer conservent une part prépondérante dans les volumes interceptés : environ un quart en agrégeant les DFA⁵⁴, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, par-delà les fluctuations annuelles dues à des opérations de saisie exceptionnelles⁵⁵. Les zones ultramarines contribuent donc à alimenter les marchés européens de la cocaïne, où l'augmentation de l'offre de cocaïne s'explique en partie par leur rôle d'aiguillage : en effet, les volumes de produits saisis augmentent dans les infrastructures portuaires et aéroportuaires. Les saisies augmentent aussi dans les ports antillais, en particulier à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) connectée aux ports colombiens et surinamiens « sensibles » pour le trafic de stupéfiants vers l'Europe (France, Belgique, Pays-Bas, Espagne). Des saisies de cocaïne particulièrement importantes sont faites dans les ports antillais depuis quelques années (1,5 tonne de cocaïne interceptée en 2017⁵⁶, 468 kg en 2018). Par ailleurs, si le port du Havre est devenu le premier port d'arrivage de la cocaïne en métropole, c'est en partie du fait de ses connexions avec le port de Fort-de-France (OCRTIS et DNRED, 2019).

En outre, **les vecteurs du trafic de cocaïne en provenance de la zone Antilles-Guyane se sont étoffés** : même si la voie maritime reste majoritaire (via la Guadeloupe et la Martinique), les flux mobilisent de plus en plus le transport aérien, à travers le recours à des « mules » transportant le produit sur les vols commerciaux en provenance de Guyane et, dans une moindre mesure, des Antilles (voir focus p. 53). Depuis 2014, l'activité des filières guyanaises de trafic de cocaïne se renforce. Elles acheminent la cocaïne vers l'Europe en « infiltrant » une partie des 10 vols directs par semaine entre Cayenne et Paris-Orly (OCRTIS, 2019b). La montée en charge du phénomène des passeurs se traduit par des saisies aéroportuaires en hausse constante en Guyane : en 2018, elles représentaient 75 % des quantités de cocaïne saisies (vs 60 % en 2017) (OCRTIS, 2019b). Elle se traduit aussi par la hausse des volumes saisis à l'arrivée, à l'aéroport d'Orly : alors que les quantités de cocaïne saisies dans les deux aéroports franciliens étaient comparables en 2017 (51 % à Roissy vs 49 % à Orly), la proportion s'est inversée en faveur d'Orly qui concentre désormais 72 % des volumes interceptés (OCRTIS, 2019 c). À noter que les « filières guyanaises » utiliseraient très peu la Guadeloupe ou la Martinique comme zone de rebond (3 saisies en 2018, aucune en 2017) : l'aéroport de Cayenne connaîtrait 20 à 30 fois plus de passeurs que les aéroports de Fort-de-France et de Pointe-à-Pitre. Du fait de ces évolutions, la Guyane s'est imposée comme une source importante de la cocaïne destinée au marché français et européen : alors qu'en 2010, 3 % de la cocaïne saisie en métropole (soit 129 kg) provenait de ce département, en 2018 cette proportion atteint 20 % en incluant le Suriname (2 854 kg sur 16 357 kg au total). La région Guyane/Suriname s'est hissée au deuxième rang des zones de provenance européenne de cocaïne, derrière le Brésil (3,6 tonnes, soit un quart des volumes saisis). Ainsi, la quantité estimée de cocaïne arrivant en métropole via la Guyane pourrait s'élever à près de 4 tonnes par an (OCRTIS, 2019c).

53. En 2018, pour la seconde année consécutive, les forces de sécurité intérieure (police, gendarmerie, douane, marine) ont atteint des records de saisie de cocaïne : 17,5 tonnes en 2017, puis 16,4 tonnes en 2018, alors qu'elles dépassaient rarement 10 tonnes auparavant (source : OCRTIS/OFAST).

54. En 2010, 44 % des quantités de cocaïne étaient interceptées en Guadeloupe, 10 % en Martinique et 2 % en Guyane.

55. Ainsi, la part des quantités de cocaïne saisies outre-mer apparaissait en baisse en 2018 (25 % contre 40 % l'année précédente), du fait de deux saisies importantes en 2017 (1,4 tonne chacune en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie).

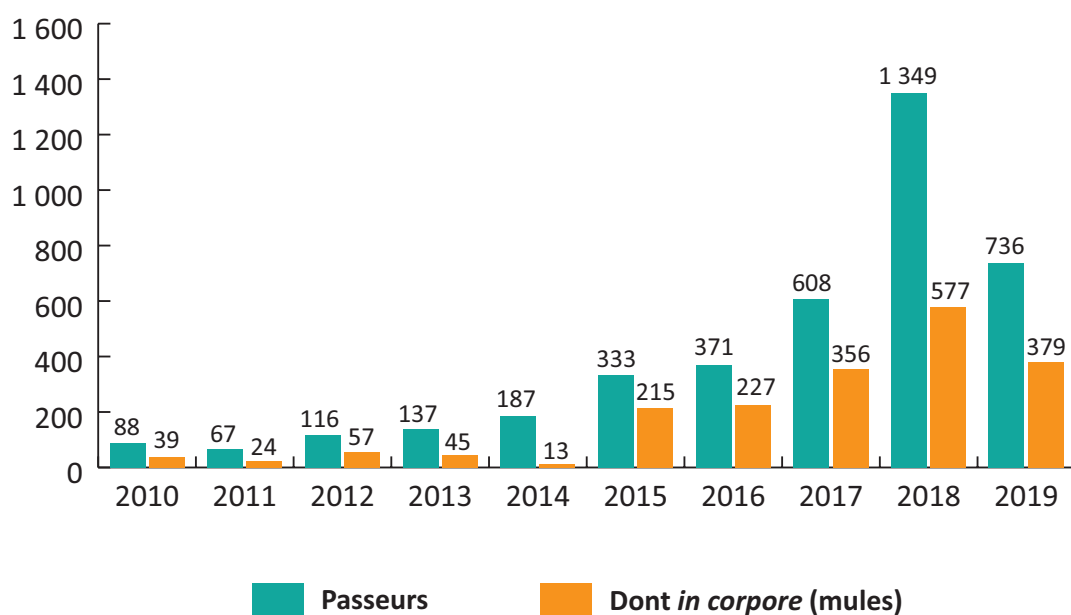
56. 791 kg interceptés le 7 janvier 2017, dans un conteneur en provenance de Colombie et à destination de l'Espagne puis 750 kg, le 3 novembre 2017, dans un conteneur en provenance du Suriname et à destination de la Belgique.

Le renforcement de la « filière guyanaise » avec le phénomène des « mules »

Au phénomène classique des passeurs de drogue, assurant le transport de quantités modérées de cocaïne à bord de vols commerciaux dans leurs bagages pour le compte de trafiquants, s'est ajouté plus récemment celui des mules également appelées « *body packers* » (qui acheminent la cocaïne *in corpore* de Guyane en métropole). Selon l'OCRTIS/OFAST, le transport de cocaïne par l'intermédiaire des « mules » depuis la Guyane représenterait environ 15 % des importations de cocaïne dans l'Hexagone depuis 2015 et, selon les années, 26 % à 64 % de l'ensemble des interpellations pour trafic international en Guyane.

Si le phénomène des mules n'est pas nouveau, il a pris de l'ampleur tout au long de la décennie 2010, pour atteindre un pic en 2018 (577 mules interpellées), avant de refluer en 2019 : 379 interpellations ont été effectuées, soit moins que le record de 2018, mais plus que chacune des quatre années précédentes (de 2014 à 2017) (voir figure 4). Si la hausse du phénomène semble se ralentir, les quantités moyennes transportées sont en hausse : 0,9 kg par personne en 2016, 1,6 kg en 2017, 2,1 kg en 2018, 3,2 kg en 2019 (OCRTIS, 2019 c).

Figure 4. Évolution du nombre de passeurs interpellés en Guyane de 2010 à 2019



Source : OCRTIS/OFAST, Ministère de l'intérieur (police et gendarmerie, incluant les remises douanières)

En provenance de Guyane ou du Suriname, ces mules sont en général des personnes sans revenu ou aux revenus modestes, peu diplômées, le plus souvent des femmes, rétribuées de 1 000 à 7 000 euros selon l'origine du départ pour rapporter des quantités de cocaïne comprises entre 1 et 20 kg en métropole (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019). Généralement recrutées par des organisations opérant depuis la métropole⁵⁷, il s'agit souvent de jeunes femmes bushinenguées qui tendent à minimiser les risques liés à cette pratique (Réguer-Petit *et al.*, 2019).

57. En 2014, la police judiciaire a interpellé en Guadeloupe et en métropole trois membres du gang dit des « Chiens La Ri » pour trafic de cocaïne. Cette bande, implantée dans la commune guadeloupéenne de Baie-Mahault, compterait près de 70 membres. Son influence s'exerce dans certaines villes françaises (Orly, Toulouse, Clermont-Ferrand) où elle exporte de la cocaïne via des mules et des colis postaux principalement (DCSP).

S'il n'existe aucune étude officielle sur le nombre de mules en détention, plusieurs indices donnent à voir qu'elles sont présentes en proportion bien supérieure dans la population carcérale féminine : au 1^{er} janvier 2019, 192 des 366 femmes emprisonnées pour transport non autorisé de stupéfiants déclaraient séjourner hors du territoire métropolitain, soit 12,4 % des condamnées détenues (contre 2,5 % chez les hommes).

Cet afflux de passagers acheminant de la cocaïne, qui relève du « trafic de fourmi », correspond à une **stratégie de saturation des acteurs de la lutte contre le trafic de drogues**. Il présente de graves risques pour les personnes concernées, qui s'exposent à une surdose mortelle (dans le cas où un ovule de cocaïne se percerait *in corpore*) (Bonney-Cudraz, 2016). Afin de lutter contre le phénomène, un détachement de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS devenu OFAST) a été créé à Cayenne en 2017 pour tenter de remonter les filières de trafiquants. Il se concentre sur les réseaux organisant le trafic de stupéfiants sur le territoire guyanais et assume plus de 80 % du volume total des arrestations des passeurs par les douanes et la police aux frontières, ainsi que l'intégralité du contentieux relatif au trafic de stupéfiants. La question du trafic de stupéfiants se trouve au cœur des propositions de réforme dans le cadre de la loi Guyane (Bas *et al.*, 2020). Plus récemment, en mars 2019, un « plan mules » a été lancé par le Ministère de l'intérieur : consistant à renforcer les contrôles à la frontière entre le Suriname et la Guyane, jusque dans l'Hexagone. Dans le cadre de ce plan, la douane a saisi en 2020 plus de deux tonnes de cocaïne et procédé à 736 interpellations et placements en retenue douanière.

La cocaïne, un marché de gros secondaire, sujet au troc de résine de cannabis

Une autre tendance, de plus en plus observée par les services de police, témoigne du dynamisme de la zone Antilles-Guyane comme marché de gros secondaire de la cocaïne. Compte tenu de la topographie de la Guyane, qui présente de multiples avantages pour les trafiquants (un réseau fluvial très dense, une forêt équatoriale couvrant près de 90 % de la superficie du territoire limitant les possibilités de surveillance policière), ce département constitue aussi un **lieu de stockage** et un marché de gros « secondaire » de la cocaïne pour les réseaux métropolitains qui viennent s'y approvisionner à des prix notablement plus bas qu'en métropole : les revendeurs peuvent y acquérir le produit à des prix jusqu'à six fois inférieurs (6 000 à 9 000 euros le kilogramme *vs* 34 000 en métropole) (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019). Par ailleurs, par rapport à la cocaïne achetée aux Antilles ou en République dominicaine, celle transitant par la Guyane serait équivalente en qualité (pureté de 70 % minimum) mais au moins deux fois moins chère (5 000 euros en moyenne le kilogramme).

Compte tenu de l'intérêt pour la résine dans les Outre-mer (voir *infra*, p. 55), ces échanges prennent parfois la forme de **trocs cocaïne contre résine de cannabis d'origine marocaine** et cocaïne, à raison de 1 à 2,5 kg de résine de cannabis selon la qualité pour 1 kg de cocaïne). Cet échange se révèle avantageux pour les trafiquants puisque, compte tenu du prix de gros de la résine de cannabis en métropole (environ 2 500 euros par kilogramme), celui de la cocaïne leur revient à 5 000 euros. Le dynamisme de ce trafic a été bien mis en évidence en août 2015 avec la saisie record de plus de 400 kg de résine par les douanes dans le port de Fort-de-France, sur un porte-conteneur en provenance du Havre. Cet épisode confirme qu'il existe une demande dans les départements d'outre-mer pour la résine en complément de l'herbe produite localement ou importée de Sainte-Lucie et de Saint-Vincent.

Ce phénomène de trocs de résine de cannabis contre de la cocaïne a déjà été observé dans les Antilles, en particulier en Martinique, avec l'émergence d'un marché local du cannabis. L'arc antillais se trouve donc touché par un trafic régional en plein essor : cocaïne et herbe de

cannabis, circulant d'île en île, notamment en provenance de Sainte-Lucie, de la République dominicaine et de Saint-Vincent. Du fait de ces évolutions, certains DOM développent une vocation de production et d'exportation d'herbe de cannabis, dont les saisies augmentent depuis plusieurs années.

Cannabis dans les Outre-mer : entre production locale d'herbe et essor de la résine

Les données du Ministère de l'intérieur (OCRTIS/OFAST) permettent d'avoir un aperçu du trafic et de la production d'herbe dans les départements et territoires d'outre-mer. Si elles constituent avant tout un indicateur d'activité des forces de l'ordre plus qu'un indicateur de consommation, les saisies (en nombre et en volume) témoignent de la **vitalité de la circulation de l'herbe dans les Outre-mer**. Des saisies d'herbe de cannabis conséquentes dans le bassin caribéen témoignent du dynamisme des flux à l'intérieur de la zone. Quatre zones ultramarines se distinguent par d'importants volumes d'herbe saisis par la police chaque année : **la Martinique, La Réunion, la Guadeloupe et la Polynésie française**. En 2018, les Outre-mer comptaient pour près de 5 % des quantités saisies en France, en constante augmentation depuis 2012⁵⁸, avec des prises souvent importantes puisque les 5 territoires ultramarins cumulent 5 % des quantités saisies⁵⁹ alors qu'ils ne représentent que 3 % des opérations. La majorité de l'herbe saisie dans les DOM provient de Martinique (90 %), à l'image de l'opération menée en haute mer à l'été 2018 qui a permis d'intercepter près d'une demi-tonne d'herbe, comptant parmi les saisies les plus significatives de l'année⁶⁰ (OCRTIS, 2019a). La forte présence de l'herbe dans ce DOM s'explique par les flux provenant de l'île de Saint-Vincent-les-Grenadines, identifiée en 2017 comme le principal fournisseur d'herbe aux Antilles⁶¹ (surclassant la Jamaïque, pourvoyeur historique de quantités de cannabis hautement psychoactif) : Saint-Vincent occupe une place centrale pour l'importation d'herbe de cannabis en Martinique, à l'image des 50 % de saisies maritimes enregistrées sur le ressort de la DIPJ de Pointe-à-Pitre. L'herbe saisie dans la zone antillaise provient également, dans une moindre mesure, de plusieurs États des Antilles (Antigua-et-Barbuda, République dominicaine), surtout pour des quantités importantes (au-delà de 100 kg).

Mais la principale spécificité ultramarine réside dans le **développement d'importantes zones de production de cannabis**, prenant la forme de cultures locales d'ampleur, le plus souvent en extérieur (*outdoor*) du fait des conditions climatiques très favorables : partout dans les Caraïbes, le climat et les conditions topographiques sont bien adaptés pour la culture de cannabis (ensoleillement, apport en eau, sol bien drainé), avec une présence de terrains montagneux, de berges (de fleuves, de rivières ou de lacs) et de parcelles agricoles de petite taille et difficilement accessibles (en particulier en Guyane). Ces dernières années, les plus grandes plantations ont été retrouvées en Nouvelle-Calédonie (près de 700 pieds saisis en 2016, 2 006 en 2017) et en Polynésie française (où plusieurs milliers de pieds sont saisis chaque année⁶²) : le *pakalolo* cultivé localement y représente le contentieux majoritaire en zone gendarmerie, avec des volumes interceptés en forte hausse. En 2017, ces deux territoires ont enregistré les quatre plus importantes saisies de plantations de cannabis en France (OCRTIS, 2019a). Ces saisies de plants sont majoritairement opérées par les unités de gendarmerie, à l'origine de découvertes d'espaces importants de cannabis culture en zone rurale, en particulier

58. Les quantités saisies ont été multipliées par dix entre 2012 et 2018, passant de 3,27 à 29,82 tonnes par an.

59. 823 sur 28 855 saisies et 942 kg sur 18 941 kg (OCRTIS, 2019a).

60. Le 18 juin 2018, la Marine nationale a intercepté un bateau contenant 497 kg d'herbe à destination de Fort-de-France.

61. Longtemps jugée de qualité médiocre, l'herbe de Saint-Vincent a vu sa teneur en THC progresser avec l'appui technique de trafiquants jamaïcains (OCRTIS, 2017).

62. 825 pieds en 2016, 8 087 en 2017 (en 3 saisies de 4 629, 1 808 puis 1 650 pieds), 2 300 en 2018 (1 600 pieds le 19 mars puis 700 le 21 septembre).

en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie et à La Réunion, qui représentaient en 2017 environ 10 % des saisies mais 13 % des quantités interceptées en France (OCRTIS, 2019b).

Outre les plantations de grande ampleur en zone rurale, l'auto-culture de cannabis est un phénomène particulièrement signalé à La Réunion, où une multitude de petites productions destinées à un cercle restreint d'usagers sont entretenues à domicile, parfois dans le jardin à la vue des passants (Gérome et Cadet-Tairou, 2020). Depuis 2013, l'ONUUDC rapporte la hausse de la production locale dans la zone caribéenne (ONUUDC, 2013), même si elle est bien moindre que dans les pays voisins, et la proportion croissante de jeunes de ces territoires cultivant une dizaine de pieds de cannabis pour compléter leur RSA ou les maigres revenus tirés d'emplois au SMIC et/ou de « jobs » (emplois informels). Les recherches conduites dans la région ont permis d'établir une typologie des producteurs locaux en trois classes (Chouvy, 2013 ; Cruse et Figueira, 2014) : les « simples consommateurs » cultivant jusqu'à 20 pieds de cannabis à domicile, au sein de leur jardin créole⁶³ ; les « petits producteurs » cultivant entre 20 et 100 plants pour compléter leurs revenus issus d'activités formelles et informelles ; des « producteurs spécialisés », cultivant jusqu'à 100 000 plants dans des champs enclavés, à l'abri des regards, dont l'accès peut être protégé par des pièges, des chiens voire des gardiens armés résidant sur place. Ainsi, le *zamal*, très présent dans la pharmacopée locale⁶⁴ et revendu localement aux Zoreilles⁶⁵, se retrouve assez largement dans les trafics locaux : en 2016, plus de 1 000 pieds ont été arrachés par la police (selon les données 2018 transmises par le Service central de renseignement criminel).

Si, contrairement à la métropole, l'herbe reste la forme majoritaire de consommation du cannabis dans les Outre-mer, **la résine connaît une certaine vogue dans la période récente**, par un effet de mode importé de métropole (Gérome et Cadet-Tairou, 2020). À La Réunion par exemple, l'offre de cannabis s'est diversifiée au fil de l'introduction de variétés hybrides hollandaises, très appréciées par certains usagers car plus fortement dosées en THC que le *zamal*. Après son expansion en Europe, les Antilles et la Guyane seraient à leur tour confrontées à un flux de résine de cannabis venant d'Europe.

L'émergence de la méthamphétamine en Polynésie ? Une situation à surveiller

Depuis 2019, les services de gendarmerie soulignent la présence croissante de méthamphétamine (chlorhydrate de méthylamphétamine, aussi appelée « ice ») en Polynésie française, dont les effets sont considérés comme dix fois plus puissants que la cocaïne⁶⁶. Comme le laisse supposer la saisie de 5,4 kg par les douanes à l'aéroport de Faa'a en septembre 2019, la plus importante sur le territoire polynésien (d'une valeur à la revente estimée à plus de 6,3 millions d'euros), la disponibilité de la méthamphétamine est jugée très forte, malgré un prix très élevé qui a considérablement augmenté ces dernières années (1 200 euros le gramme, selon les forces de police).

L'offre croissante de ce produit, d'abord importé d'Hawaï, de Californie et du Mexique (et non des principales zones de production comme la Chine ou la Thaïlande), serait liée à l'essor des laboratoires clandestins : selon la gendarmerie de Papeete, la Polynésie serait ainsi devenue une « terre de production de méthamphétamine ». Malgré les travaux de

63. Association complexe de plantes médicinales et de plantes destinées à l'alimentation, héritage des systèmes agricoles amérindiens.

64. Le *zamal* a par exemple été utilisé en décoction au milieu des années 2000 pour traiter le chikungunya.

65. Ce vocable, originaire de La Réunion, désigne un Français métropolitain résidant dans les Outre-mer.

66. La méthamphétamine est un stimulant qui se présente sous la forme de cristaux transparents incolores et inodores semblables à du verre cassé ou de la glace pilée (d'où son appellation : ice).

recherche en cours⁶⁷, cette affirmation reste difficilement vérifiable, en l'absence de chiffres et d'investigations qualitatives approfondies.

Pour l'heure, les saisies apparaissent faibles à l'échelle de la France : en 2017, les quantités saisies s'élevaient à 283 kg, contre 274 en 2016, majoritairement destinés à l'export (Brésil, Chili, Japon). Près de la moitié (45 %) de ces volumes proviendrait d'Afrique de l'Ouest (avec un rôle historique du Nigeria). Un dixième de ces quantités serait effectivement saisi en Polynésie française (27 kg), qui semble participer au trafic puisque des ressortissants polynésiens ont été interpellés aux États-Unis. La consommation d'ice serait le fait de la communauté asiatique immigrée.

Prix et disponibilité des stupéfiants : de fortes variations selon les produits

La disponibilité perçue des stupéfiants dans les Outre-mer est variable selon les produits : si celle de l'herbe de cannabis est au moins aussi forte qu'en métropole, elle apparaît notablement plus faible pour la résine de cannabis, la cocaïne et les autres drogues illicites (OCRTIS, 2019d). Cependant, des spécificités distinguent les différents territoires d'outre-mer : la zone Antilles-Guyane se caractérise par une disponibilité aussi forte qu'en métropole de la résine et de la cocaïne, tandis que La Réunion se singularise par une forte accessibilité de l'ecstasy (selon les données de l'OCRTIS/OFAST).

En termes de prix de vente au détail, le cannabis apparaît très accessible dans les territoires ultramarins (voir tableau 5), en particulier sous forme d'herbe qui, du fait de la production locale dans certains départements, apparaît moins chère qu'en métropole (entre 5 et 10 euros le gramme, hormis en Nouvelle-Calédonie). La résine reste plus onéreuse qu'en métropole (d'où elle est majoritairement importée) : elle constitue un marché secondaire, défini par un prix rehaussé du fait des intermédiaires.

Par un effet de proximité des zones de production sud-américaines, la cocaïne apparaît très disponible et financièrement accessible dans la zone Antilles-Guyane. À l'inverse, son prix d'achat est prohibitif à La Réunion ou en Nouvelle-Calédonie (au-delà de 150 euros le gramme).

Tableau 5. Prix au détail au gramme (en euros) en 2017-2018

	Antilles-Guyane	La Réunion	Mayotte	Polynésie française	Nouvelle-Calédonie	Moyenne métropolitaine
Résine de cannabis	6-11 9*	10	8	nd	40	5-10 7*
Herbe de cannabis	4-10 8*	5	nd	8	13	7-10 10*
Cocaïne	10-30 20*	150	nd	nd	250	50-80 70*
Héroïne	nd	100	nd	nd	500	25-40 35*
Ecstasy (comprimé)	10	15	nd	nd	25	5-10 10*

*prix médian / nd : non disponible

Source : OCRTIS/OFAST

67. Recherche ICEDRUG sur la consommation d'ice et ses effets à Tahiti (en cours), conduite par Alice Simon et Alice Valiergue sous la co-direction d'Henri Bergeron et Michel Kokoreff (Sciences Po, CSO).

CONCLUSION

La quasi-totalité des Outre-mer se distinguent par des prévalences d'expérimentation et d'usage récent plus basses qu'en métropole, quel que soit le produit (hormis la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, pour l'alcool en particulier). Ce constat tranche avec la forte visibilité sociale de certaines consommations (crack dans les DFA, cannabis à La Réunion ou à Mayotte) et les représentations spontanées de certains acteurs locaux, même s'il faut préciser que les dispositifs d'enquête peinent, dans certains territoires, à accéder aux populations les plus exposées aux usages de produits psychoactifs (en Guyane et à Mayotte en particulier). Certains territoire montrent néanmoins des niveaux d'usage régulier assez proches de ceux de la métropole, pour le cannabis ou l'alcool, témoignant de l'existence de publics installés dans un usage fréquent (voire une dépendance).

Ces observations invitent à développer des enquêtes complémentaires, quantitatives et qualitatives, pour vérifier l'hypothèse de spécificités ultramarines dans les usages de stupéfiants, et le cas échéant identifier des combinaisons d'explications (par exemple en termes de représentations sociales, de structuration des rapports sociaux post-coloniaux, de conditions économiques et sociales, de position dans la géographie du marché des drogues, ou encore de politiques publiques). Une des spécificités des consommations de drogues en Outre-mer a trait à la forte différenciation des comportements selon le genre. Dans la plupart de ces territoires (hormis en Polynésie française), la structure des usages est nettement plus masculine. Cette piste d'analyse mériterait elle aussi d'être vérifiée par des études qualitatives ciblées sur les perceptions genrées de l'acceptabilité des usages de drogues.

Par ailleurs, les Outre-mer présentent certaines spécificités en matière d'offre de produits. S'agissant de produits légalement accessibles comme le tabac ou l'alcool, ils se distinguent par des régimes dérogatoires favorisant la diffusion des comportements d'usage. Mais surtout, du fait de leur position géostratégique, certains territoires constituent une zone de transit et de stockage de stupéfiants, en particulier de la cocaïne. Une partie des activités de trafic dans les Outre-mer est ainsi structurée autour d'une « mono-industrie de la cocaïne » (et de ses dérivés comme le crack) provenant des principaux pays producteurs tous situés dans la région (Colombie, Pérou, Bolivie), transitant par l'arc antillais et destinée aux États-Unis ou à l'Europe. Cependant, plus récemment, un deuxième flux, local, s'articulerait autour d'une production d'herbe de cannabis, localement ou en République dominicaine. L'arc caribéen constitue néanmoins une zone de passage de plus en plus utilisée par les organisations criminelles, du fait de la pression de plus en plus forte, dans d'autres pays, pour lutter contre ce trafic.

Au regard des problématiques spécifiques observées dans les Outre-mer, le renforcement d'une approche populationnelle et d'actions visant les publics les plus concernés se justifie pleinement, à l'image des programmes et des plans régionaux de santé déployés depuis quelques années notamment aux Antilles et à La Réunion. Des investigations tournées vers l'offre et les dynamiques de circulation des produits seraient également utiles. D'une façon générale, la nécessité première est de renforcer le système d'observation dans les Outre-mer, pour le rendre plus régulier et mieux ajusté aux contraintes locales, afin de garantir des réponses publiques adaptées aux spécificités de ces territoires.

BIBLIOGRAPHIE

Sites accessibles au 15/06/2020

Références générales sur les Outre-mer

Amadiou T. (2015) [Les risques sociaux associés aux jeux de hasard et d'argent](#). *Droits*, n° 62, p. 127-142.

Andler R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. (2016) [Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette](#). Saint-Maurice, Santé publique France, 14 p.

Beauvallet W., Célestine A., Roger A. (2016) [L'État outre-mer. La construction sociale et institutionnelle d'une spécificité ultramarine](#). *Politix*, n° 116, p. 139-161.

Beck F., Legleye S., Spilka S. (2005) Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. Saint-Denis, OFDT, 219 p.

Beck F., Richard J.-B., Gauduchon T., Spilka S. (2016) [Les usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et les adultes](#). *Tendances*, OFDT, n° 111, 6 p.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon I. (2004) [Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND](#). Saint-Denis, OFDT, 271 p.

Brown E. (2012) [Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine](#). *Pouvoirs dans la Caraïbe*, n° 17, p. 43-59.

Burricand C., Jamet L. (2017) [Davantage de vols et d'actes violents en Guadeloupe et Guyane qu'en métropole](#). *Insee Première*, n° 1632, 4 p.

Cabannes P.-Y., Richet-Mastain L. (Dir.) (2018) [Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2018](#). Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, coll. Panoramas de la DREES, 245 p.

Cadet-Tairou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S. (2018) [Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015](#). Résultats de l'enquête nationale 2015 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (ENa-CAARUD). Saint-Denis, OFDT, 56 p.

Charles-Nicolas A. (1997) Crack et cannabis dans la Caraïbe : la roche et l'herbe. Paris, L'Harmattan, 321 p.

Cherubini B. (2012) [Ordre moral et santé en Guyane française : le corps malade de l'étranger, le corps sain de l'autochtone](#). *Corps*, n° 10, p. 143-152.

Chouvy P.-A. (2013) [A typology of the unintended consequences of drug crop reduction](#). *Journal of Drug Issues*, Vol. 43, n° 2, p. 216-230.

Condon S. (2014) [Focus - Enjeux d'une enquête sur les violences de genre dans les départements d'outre-mer](#). *Informations sociales*, n° 186, p. 36-39.

Costes J.-M., Eroukmanoff V. (2016) [Une première cartographie des pratiques de jeu d'argent et de hasard](#). Les notes de l'Observatoire des jeux, ODJ, n° 7, 7 p.

Cour des comptes (2014) [La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République](#). Paris, Cour des comptes, 287 p.

Cour des comptes (2016) [Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique - Évaluation d'une politique publique](#). Paris, Cour des comptes, 262 p.

Cruse R., Figueira D. (2014) [Géopolitique du cannabis dans la Caraïbe insulaire](#). *L'Espace Politique*, n° 24.

d'Almeida Wilson K., Cabié A., Gaud C., Lamaury I., Nacher M., Stegmann-Planchard S., Dray-Spira R., France Lert F. (2015) [Infection à VIH dans les DOM : facteurs associés à la réponse virologique au traitement dans l'enquête ANRS-Vespa2, 2011](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 40-41, p. 759-768.

Daniel J. (2002) [L'espace politique aux Antilles françaises](#). *Ethnologie française*, Vol. 32, n° 4, p. 589-600.

Dubost C.-L. (2018) [En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes](#). *Etudes et Résultats*, DREES, n° 1057, 6 p.

Fourcade N., Von Lennep F., Grémy I., Bourdillon F. (2017) [L'état de santé de la population en France. Rapport 2017](#), DREES, Santé publique France, 436 p.

Gandilhon M., Weinberger D. (2016) [Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne](#). *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 9, 8 p.

Grenon-Mur M. (2016) [La délinquance enregistrée outre-mer : des situations très variées selon les territoires](#). *Interstats Info rapide*, Ministère de l'Intérieur, n° 5, 9 p.

Insee (2019) [Résultats statistiques des collectivités d'outre-mer](#). Recensement de la population.

Insee (2020) [Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020](#). Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2020.

Jolivet M.-J., Vernon D. (2007) [Droits, polygamie et rapports de genre en Guyane](#). *Cahiers d'études africaines*, n° 187-188, p. 733-752.

Julien-Laferrière H., Ratenon J.-H. (2018) [Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux Outre-mer sur les évolutions institutionnelles dans les Outre-mer](#). Rapport d'information n° 1104. Paris, Assemblée nationale, 48 p.

Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. (2015) [Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014](#). *Tendances*, OFDT, n° 102, 4 p.

Lemercier É., Muni Toke V., Palomares É. (2014) [Les Outre-mer français. Regards ethnographiques sur une catégorie politique](#). *Terrains & travaux*, n° 24, p. 5-38.

Lurel V. (2016) [Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république, sur le projet de loi de programmation relatif à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique](#). Rapport n° 4064. Paris, Assemblée nationale, 392 p.

Marchant A. (2013) [L'arrivée du crack en France, entre fantasmes et réalités](#). *Swaps*, n° 70, p. 2-5.

Marie C.-V. (2014) [Contrepoint - Le défi de l'illettrisme et de l'échec scolaire dans les départements d'outre-mer](#). *Informations sociales*, n° 186, p. 125.

Marie C.-V. (2015) [Les DOM en mutation : sociétés diverses et défis multiples](#). *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 91, p. 17-23.

Mazuy M., Prioux F., Barbieri M. (2011) [L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine](#). *Population*, Vol. 66, n° 3-4, p. 503-554.

Merle S., Vallart M. (2010) [Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin](#). In : *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 62-72.

OCRTIS (2017) Le trafic d'herbe de cannabis inter-îles aux Antilles. Note DEASRI, n° 12 du 29/12.

OCRTIS (2019a) Lutte contre les trafics de stupéfiants en France. Bilan 2018 relatif au cannabis. Note DEASRI, n° 8 du 20/06.

OCRTIS (2019b) Lutte contre les trafics de stupéfiants en France. Bilan 2018 relatif à la cocaïne. Note DEASRI, n° 7 du 29/05.

OCRTIS (2019c) L'intensification des filières guyanaises de trafic de cocaïne. Note DEASRI, n° 3 du 15/02.

OCRTIS (2019d) Prix et disponibilité des stupéfiants en outre-mer. Note DEASRI, n° 4 du 09/04.

OICS (2020) [Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2019](#). Vienne, OICS, 158 p.

ONISR (2019) [La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2018](#). Paris, Observatoire national interministériel de sécurité routière, Direction de l'information légale et administrative, 201 p.

ONU DC (2013) [Rapport mondial sur les drogues 2013](#). New York, Nations Unies, 218 p.

ONU DC (2018) [Rapport mondial sur les drogues 2018. Résumé analytique, conclusions et incidences stratégiques](#). New York, Nations Unies, 24 p.

Palle C., Rattanatray M. (2018) [Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016](#). Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 109 p.

Richard J.-B., Beck F., Lydié N., Halfen S. (2010) Synthèse des méthodes d'enquêtes quantitatives sur la santé dans les départements et collectivités d'outre-mer. Évolutions, INPES, n° 23, 4 p.

Richard J.-B. (2015) [Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe](#). Synthèse. Saint-Denis, INPES, 32 p.

Richard J.-B., Cogordan C., Merle S. (2017) [Baromètre santé DOM 2014. Consommations d'alcool](#). Saint-Maurice, Santé publique France, 16 p.

Salomon C. (2000) [Les femmes kanakes face aux violences sexuelles : le tournant judiciaire des années 1990](#). *Journal des anthropologues*, n° 82-83, p. 287-307.

Saurel-Cubizolles M.-J. (2005) [Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 9-10, p. 36-37.

Spilka S., Cogordan C., Beck F., Richard J.-B. (2017) [Baromètre santé DOM 2014. Les usages de drogues illicites](#). Saint-Maurice, Santé publique France, 11 p.

SSMSI (2019) [Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique](#). Paris, Ministère de l'Intérieur, Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, 193 p.

Sueur J.-P., Cointat C., Desplan F. (2012) [Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis](#). Rapport d'information n° 675 fait au nom de la commission des lois, déposé le 18 juillet 2012. Paris, Sénat, 140 p.

Trépied B., Guyon S. (2013) [Outre-mers indigènes](#). *Genèses*, n° 91, p. 2-6.

Bibliographie sélective par territoire d'outre-mer

Guyane

ARS Guyane (2017) [Étude prospective : quel impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médico-sociale de la Guyane ?](#), coll. Notes techniques n° 38, 260 p.

Bas P., Darnaud M., Fichet J.-L., Joissains S., Mohamed Soilihi T. (2020) [Rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale pour une grande loi Guyane : 52 propositions](#). Rapport d'information n° 337. Paris, Sénat, 127 p.

Benoît C. (2015) Au cœur des ténèbres de la friendly island. Migrations, culture et sida à Saint-Martin. Québec, QC, Presses de l'Université Laval, coll. Société, cultures et santé, 230 p.

Benoît C. (2018) [« La carte n'est pas le territoire ! »](#). *Coutume, droit et nationalité plurielle en Guyane*. *Ethnologie française*, n° 169, p. 121-130.

Bonnefoy-Cudraz C. (2016) [Prise en charge médicale des body packers à l'hôpital de Cayenne en Guyane française de 2010 à 2015](#). Université des Antilles, Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud, Thèse de médecine, 103 p.

Cadet-Tairou A., Gandillon M. (2019) Rapport de mission OFDT et préconisations pour la mise en place d'un site consacré à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en Guyane [non publié]. Paris, OFDT.

Carde E. (2012) [De l'étranger au minoritaire, de la « Métropole » à la Guyane : les discriminations dans l'accès aux soins](#). *Migrations Société*, n° 140, p. 35-50.

Cherubini B. (2012) [Ordre moral et santé en Guyane française : le corps malade de l'étranger, le corps sain de l'autochtone](#). *Corps*, n° 10, p. 143-152.

Guyon S. (2013) [Des « Primitifs » aux « Autochtones »](#). *Savoirs ethnologiques et politiques publiques en Guyane de 1946 à nos jours*. *Genèses*, n° 91, p. 49-70.

Jolivet M.-J., Vernon D. (2007) [Droits, polygamie et rapports de genre en Guyane](#). *Cahiers d'études africaines*, n° 187-188, p. 733-752.

Louison A. (2013) Rapport sur l'enquête pempa 2012 dans l'ouest guyanais, Réseau Périnatalité.

Naulin A. (2017) [De nombreuses victimes de délinquance d'appropriation et de violences en Guyane](#). *Insee Analyses Guyane*, n° 20, 4 p.

OFDT, ORS Guyane (2018) [Les usages de drogues chez les lycéens de Guyane. Résultats de l'enquête ESPAD 2015](#). Saint-Denis, OFDT, 16 p.

Qribi A., Dayre N. (2015) [Toxicomanie et politiques publiques en Guyane. Déterminants et urgences](#). *Le sociographe*, n° 51, p. 121-129.

Réguer-Petit M., Audran M., Cathelineau F. (2019) [La prévention du phénomène des mules en Guyane](#). Rapport final. Paris, INJEP, Agence Phare, 190 p.

Richard J.-B., Koivogui A., Carbunar A., Sasson F., Duplan H., Marrien N., Lacapere F., Pradines N., Beck F. (2015) [Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Guyane](#). Saint-Denis, INPES, 12 p.

Rimbaud D. (2016) [L'intoxication au plomb chez la femme enceinte dans l'ouest guyanais : prévalence et conséquences obstétricales](#). Université des Antilles, UFR des sciences médicales Hyacinthe Bastaraud (UA UFR SM), Thèse de médecine, 133 p.

Santé publique France (2019) [Bulletin de santé publique Guyane. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles](#), 12 p.

Santé publique France (2020) [Bulletin de santé publique Guyane](#). Alcool, 26 p.

Simmat-Durand L., Toutain S. (2019) [Les consommations de tabac, d'alcool et de pempa pendant la grossesse en Guyane française](#). *Santé Publique*, Vol. 31, n° 6, p. 771-783.

Guadeloupe

Casimir H. (2007) [Les familles guadeloupéennes à l'épreuve de la dépendance au crack](#). *Psychotropes*, Vol. 13, n° 3, p. 275-284.

Condon S., Dauphin S., Dupuis J., Équipe de Virage dans les Outre-mer (2019) [Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples en Guadeloupe. Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer](#). Aubervilliers, Institut national d'études démographiques, 16 p.

Mulot S. (2014) [Relations de soin, cultures et inégalités de santé. Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs](#). *Terrains & travaux*, n° 24, p. 39-61.

Naulin A. (2017) [Un sentiment d'insécurité en Guadeloupe, renforcé par les nombreux cambriolages et vols avec violence](#). *Insee Analyses Guadeloupe*, n° 18, 4 p.

OFDT, ORS Guadeloupe (2018) [Les usages de drogues chez les lycéens de Guadeloupe. Résultats de l'enquête ESPAD 2015](#). Saint-Denis, OFDT, 15 p.

Richard J.-B., Pitot S., Cornely V., Pradines N., Beck F. (2015) [Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Guadeloupe](#). Saint-Denis, INPES, 12 p.

Santé publique France (2019) [Bulletin de santé publique Guadeloupe](#). Tabac, 22 p.

Santé publique France (2020) [Bulletin de santé publique Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy](#). Alcool, 34 p.

Martinique

Condon S., Dauphin S., Dupuis J., Équipe de Virage dans les Outre-mer (2019) [Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples en Martinique. Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer](#). Aubervilliers, Institut national d'études démographiques, 16 p.

Merle S. (2008) Enquête CAME - Crack À la Martinique : État des lieux. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers. Fort de France, ORS Martinique (OSM), 64 p.

Millet C. (2017) [La Martinique, région des Antilles-Guyane la moins touchée par la délinquance](#). *Insee Analyses Martinique*, n° 16, 4 p.

OFDT, ORS Martinique (2018) [Les usages de drogues chez les lycéens de la Martinique. Résultats de l'enquête ESPAD 2015](#). Saint-Denis, OFDT, 16 p.

Richard J.-B., Pradines N., Beck F. (2015) [Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Martinique](#). Saint-Denis, INPES, 12 p.

Santé publique France (2019) [Bulletin de santé publique Martinique](#). Tabac, 22 p.

Santé publique France (2020) [Bulletin de santé publique Martinique](#). Alcool, 27 p.

La Réunion

Bardot M. (2017) [Les niveaux d'usage des drogues des Réunionnais. Les niveaux d'usage des drogues des Réunionnais](#). Saint-Denis, Observatoire régional de la santé Océan Indien, 24 p.

Bardot M., Chirpaz E. (2019) [Les cancers à La Réunion](#). Saint-Denis, ORS Océan indien, coll. Tableau de bord, 40 p.

Bodereau A. (2008) L'addiction à l'Artane (trihexyphénidyle) à l'île de La Réunion : étude descriptive. Université de Rennes 1, Thèse de médecine, 149 p.

Centre d'addictovigilance de Bordeaux (2018) [Etude HOMACHI : « HOspitalisations de mineurs et de jeunes adultes à MAYotte après consommation de CHImique, quelles sont les substances incriminées ? »](#). De septembre 2018 à juin 2019.

Condon S., Dauphin S., Dupuis J., Équipe de Virage dans les Outre-mer (2019) [Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion. Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer](#). Aubervilliers, Institut national d'études démographiques, 18 p.

Daveluy A., Haramburu F. (2018) [Consommation de substances psychoactives à la Réunion et à Mayotte, départements français de l'Océan Indien](#). *Thérapie*, Vol. 73, n° 5, p. 419-427.

Élizéon S., Levet A., Mariotti E. (2012) [Enquête Cadre de vie et sécurité à La Réunion. Moins de victimes de violences qu'en France métropolitaine](#). *Insee Partenaires*, n° 16, 4 p.

Finch-Boyer H. (2014) [Des Français comme les autres ? Distinctions raciales et citoyenneté sociale à La Réunion \(1946-1963\)](#). *Genèses*, n° 95, p. 95-119.

Fleury A., Daculsi P.H. (2016) [Profil médico-social des patients ayant consulté au centre d'addictologie de Mayotte en 2015 pour usage de nouveaux produits de synthèse, une étude rétrospective](#). Université de Bordeaux, Thèse de médecine, 189 p.

Gérome C., Cadet-Tairou A. (2020) Rapport de mission OFDT et préconisations pour la mise en place d'un site consacré à l'identification des phénomènes liés à l'usage de drogues sur l'île de La Réunion [non publié]. Paris, OFDT.

Ghasarian C. (2002) La Réunion : acculturation, créolisation et réinventions culturelles. *Ethnologie française*, Vol. 32, n° 4, p. 663-676.

Helfter C. (2014) [Contrepoint - Rites d'aujourd'hui chez les ados lycéens à La Réunion](#). *Informations sociales*, n° 186, p. 117.

Hermet F., Rochoux J.-Y. (2014) [Vie chère et pauvreté à La Réunion](#). *Informations sociales*, n° 186, p. 90-97.

Moreau S., Marszek A. (2012) [Géopolitiques mahoraise et réunionnaise : de la crise actuelle à un état des lieux régional](#). *Hérodote*, n° 145, p. 150-160.

Morel S., Maire S. (2014) [La jeunesse à La Réunion, une mise en prospective](#). *Informations sociales*, n° 186, p. 118-124.

OFDT, ORS de la Réunion (2018) [Les usages de drogues chez les lycéens de La Réunion. Résultats de l'enquête ESPAD 2015](#). Saint-Denis, OFDT, 17 p.

ORS de La Réunion (2015) [Tableau de bord : Les addictions à la Réunion. Actualisation des données disponibles en 2015](#). Saint-Denis, Observatoire régional de la santé de la Réunion, 32 p.

ORS Océan indien (2018) [Comportements et usages de drogues des lycéens à La Réunion. Exploitation régionale de l'enquête ESPAD 2015](#). Saint-Denis, Observatoire régional de la santé Océan indien, 40 p.

Richard J.-B., Balicchi J., Mariotti E., Pradines N., Beck F. (2015) [Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014](#). La Réunion. Saint-Denis, INPES, 12 p.

Ricquebourg M. (2018) [Les comportements addictifs à La Réunion. Actualisation 2017 des indicateurs de suivi](#). Saint-Denis, Observatoire régional de la santé Océan indien, 56 p.

Roddier M. (2004) [Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Tendances récentes sur le site de la Réunion](#), OFDT, ORS La Réunion, 44 p.

Santé publique France (2019) [Bulletin de santé publique La Réunion. Tabac](#), 24 p.

Santé publique France (2020) [Bulletin de santé publique La Réunion. Alcool](#), 27 p.

Widmer I., Pourette D. (2009) Les violences envers les femmes à l'île de la Réunion. Poids des chiffres, paroles de victimes. Aix-en-Provence, Presses de l'Université de Provence, coll. Monde contemporain, 172 p.

Mayotte

Azida K., Bernard H. (2009) [La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom](#). *La Santé de l'Homme*, n° 404, p. 44-45.

Blanchy S. (2002) [Mayotte : « française à tout prix »](#). *Ethnologie française*, Vol. 32, n° 4, p. 677-687.

Blanchy S. (2018) [Les familles face au nouveau droit local à Mayotte. Continuité, adaptation et redéfinition des pratiques](#). *Ethnologie française*, n° 169, p. 47-56.

Breton D., Beaugendre C., Hermet F. (2014) [Quitter Mayotte pour aller où ?](#) *Informations sociales*, n° 186, p. 59-66.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M. (2018) [L'offre, l'usage et l'impact des consommations de « chimique » à Mayotte : une étude qualitative](#). Saint-Denis, OFDT, 80 p.

Chaussy C., Merceron S., Genay V. (2019) [À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère](#). *Insee Première*, n° 1737, 4 p.

Daveluy A., Haramburu F. (2015) Rapport de mission à la Réunion et à Mayotte (1-10 décembre 2015) [non publié], Centre d'addictovigilance de Bordeaux.

Delaye M., Soilihi Mouelevou L. (2019) Consommation de substances psychoactives à Mayotte. De la société traditionnelle à aujourd'hui, quel impact sur la prise en charge des jeunes ? *VST - Vie sociale et traitements*, n° 143, p. 120-125.

Gendarmerie nationale (2016) Émergence d'un nouveau marché de substances psychotropes à Mayotte (ZGN - ZPN). Commandement de la gendarmerie outre-mer, 17 février 2016 [note non publiée].

Girard V. (2014) [Le logement social à Mayotte : l'action publique en tension dans le cinquième département d'outre-mer](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 50-71.

Hachimi Alaoui M. (2016) [Françaises et Français de Mayotte. Un rapport inquiet à la nationalité](#). *Politix*, n° 116, p. 115-138.

Marie C.-V., Breton D., Crouzet M. (2018) [Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île](#). *Population et Sociétés*, Ined, n° 560, 4 p.

Roinsard N. (2014a) [Chômage, pauvreté, inégalités : où en sont les politiques sociales à Mayotte ?](#) *Informations sociales*, n° 186, p. 82-89.

Roinsard N. (2014b) [Conditions de vie, pauvreté et protection sociale à Mayotte : une approche pluridimensionnelle des inégalités](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 28-49.

Roudot A. (2014) [Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte : états de santé du 101^e département français](#). *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 72-89.

Polynésie française

Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N. (Dir.) (2010) [Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009](#). Saint-Denis, INPES, coll. *Études santé*, 195 p.

Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Brugiroux M.-F. (2012) [Paka, alcool, tabac et autres drogues : niveaux et contextes des usages des jeunes Polynésiens](#). *Agora débats/jeunesses*, n° 61, p. 35-50.

Bertrand S., Berry A.L. (2013) [Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 28-29, p. 326-332.

Brami Celentano A. (2002) [La jeunesse à Tahiti : renouveau identitaire et réveil culturel](#). *Ethnologie française*, Vol. 32, n° 4, p. 647-661.

Brugiroux M.-F. (2000) [Les jeunes, la drogue. Enquête CAP chez les jeunes scolarisés de 10 à 20 ans en Polynésie française](#), 64 p.

Brugiroux M.-F., Cerf N., Beck F. (2009) [L'alcoolisme en Polynésie française](#). *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 48-49-50, p. 520-522.

Grépin-Louison L.-H. (2007) Les turbulences juvéniles polynésiennes : des humeurs dysfonctionnelles ou structurelles ? Le taure'are'a : forme polynésienne du passage à l'âge adulte. *Psy-Cause*, n° 48-49, p. 19-24.

Institut de la Statistique de la Polynésie française (2019) [Etude emploi 2018. Points Etudes et Bilans de la Polynésie française](#) - Études, ISPF, n° 05, 14 p.

Parrat E. (2000) [Résultats préliminaires sur la prévalence de l'asthme et l'analyse des facteurs de risque chez les adolescents de Polynésie française](#). *Bulletin Médical Calédonien & Polynésien*, n° 18, p. 16-17.

Salaün M. (2020) [Ni race, ni classe ? À propos de la convocation de la « culture » dans l'appréhension de la difficulté scolaire en Polynésie française](#). *Agora débats/jeunesses*, n° 84, p. 67-79.

Torterat J., Bolduc M. (2018) [Le recensement de la population en Polynésie française en 2017](#). Points Études et Bilans de la Polynésie française - Études, ISPF, Insee, n° 07, 12 p.

Nouvelle-Calédonie

ASSNC (2011) [Baromètre santé Nouvelle-Calédonie 2010 : résultats préliminaires](#). Nouméa, Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, 100 p.

Barney S. (2005) [La consommation de cannabis et d'autres produits chez les jeunes en Nouvelle Calédonie](#). *Bulletin Médical Calédonien & Polynésien*, n° 43, p. 26.

Beck F., Legleye S., Michel C., Spilka S., Laumond S., Karila L., Le Nézet O. (2008) Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 30, n° 4, p. 355-365.

Dang C., Hamelin C., Salomon C., Lert F. (2016) [Accidentalité et prise de risque sur la route en Nouvelle-Calédonie. Résultats de l'étude Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie](#). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 64, n° 3, p. 165-174.

Hamelin C., Salomon C. (2004) [Parenté et violences faites aux femmes en Nouvelle-Calédonie. Un éclairage sur l'ethnicité différenciée des violences subies au sein de la famille](#). *Espace Populations Sociétés*, n° 2, p. 307-323.

Spilka S., Brissot A. (2020) [Les usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. Exploitation de l'enquête ESCAPAD 2017](#). Note n° 2020-01. Paris, OFDT, 8 p.

ANNEXES

Annexe 1. Repères méthodologiques et sources. Description du dispositif ultramarin d'observation des drogues et des addictions	70
Annexe 2. Principaux indicateurs descriptifs de la situation des Outre-mer	76
Annexe 3. Niveaux de consommation en population jeune et adulte	77

ANNEXE I. REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES ET SOURCES. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ULTRAMARIN D'OBSERVATION DES DROGUES ET DES ADDICTIONS

Le dispositif d'observation de la situation des drogues et des addictions dans les Outre-mer s'appuie sur des sources, quantitatives et qualitatives, d'apparition relativement récente. Les principales enquêtes en population générale menées par questionnaire auto-administré, d'abord centrées sur la métropole, ont progressivement été déclinées dans les DOM :

- d'abord en population jeune, à partir de 2001 avec l'enquête ESCAPAD (à 17 ans) – qui a inclus 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion) avant d'étendre le périmètre d'enquête aux COM (Polynésie française et Nouvelle-Calédonie en 2002-2003) puis à Mayotte (en 2017) – et l'enquête ESPAD (à 15-16 ans) – qui intègre 4 DOM depuis 2015 (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Guyane). Dans le cadre de la refonte d'ESPAD au sein du dispositif d'enquête EnCLASS, des données complètes couvrant les jeunes de 11 à 18 ans seront recueillies dans les Outre-mer à partir de 2020-2021 (hors Mayotte);

- en population adulte, avec le Baromètre santé de Santé publique France, qui intègre les 4 DOM depuis 2014. La deuxième édition du Baromètre santé DROM, qui devait être menée en 2020, a été reportée du fait de la crise sanitaire liée au Covid-19. L'année 2020 verra cependant les résultats de l'enquête spécifique menée à Mayotte en 2018-2019, baptisée Unono wa maore, qui repose sur des entretiens menés en face-à-face, à domicile dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat et par des enquêteurs formés. Le questionnaire est proposé en 3 langues (français, shimaoré, shibushi) et inclut les volets communs aux différents Baromètres santé (dont un module centré sur les drogues et les addictions) et des volets spécifiques à Mayotte (maladies infectieuses et santé sexuelle) (<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/l-enquete-unono-wa-maore>).

Si ces enquêtes offrent désormais un cadre méthodologique parfaitement comparable à celui de la métropole, elles ne permettent pas de retracer l'évolution des comportements d'usage des adultes avant le milieu des années 2010. Le dispositif d'information offre davantage de recul pour les adolescents de 17 ans, grâce à ESCAPAD, avec des données disponibles depuis 2001-2003 selon les territoires ultramarins (soit 5 à 6 éditions d'enquête). Dans ce système d'information, Mayotte occupe une place singulière : département français depuis mars 2011, il a bénéficié de la mise en œuvre des premiers dispositifs d'enquête d'abord en population jeune à partir de 2017 (ESCAPAD), puis étendus à la population adulte en 2018-2019 (Santé publique France).

Le renforcement du dispositif d'enquêtes quantitatives dans les DOM s'est accompagné d'un redéploiement des observations qualitatives menées dans le cadre de TREND, après l'interruption du dispositif mis en place dans 3 DOM au début des années 2000 (Guyane, Martinique, La Réunion). Plusieurs investigations qualitatives y ont ainsi été menées entre 2017 et 2019, y compris dans des territoires jusqu'alors inexplorés (comme à Mayotte). Cet apport d'informations qualitatives semble incontournable dans le contexte ultramarin, notamment en Guyane et à Mayotte où les enquêtes menées en milieu scolaire laissent, de fait, de côté une partie importante de jeunes, non scolarisés.

Sources quantitatives

Le dispositif d'observation quantitative ultramarin se révèle plus récent et moins développé qu'en métropole, notamment en population adulte. Avant 2014, quelques enquêtes quantitatives (généralement des enquêtes par quotas à la méthodologie fragile) ont été conduites pour fournir des données de cadrage, sans souci de comparabilité entre DOM ou avec les études menées en métropole (calendrier, méthodologie et populations souvent différentes). Face à des carences d'observation, deux enquêtes majeures ont été déclinées récemment dans ces territoires, la première en population adulte (avec le Baromètre santé mené en 2014 et 2015), la seconde en population lycéenne (avec l'enquête ESPAD en 2015). Il s'agira, dans les années qui viennent, de systématiquement intégrer les DROM au dispositif national afin d'offrir un suivi des évolutions. En ce qui concerne l'enquête européenne ESPAD, un partenariat a été mis en place avec les ORS dans le cadre de cette première expérience. L'enquête ESCAPAD, la seule enquête nationale déclinée systématiquement dans les DOM depuis 2001, continuera d'intégrer les adolescents ultramarins. Cinq exercices ont déjà eu lieu dans les DOM et le prochain est programmé en 2021. La situation concernant Mayotte demeure singulière, aucune donnée représentative n'étant disponible avant 2017.

■ **Enquêtes auto-administrées en population générale**

Le Baromètre santé, mené par Santé publique France en partenariat avec l'OFDT, interroge depuis les années 1990 les comportements et les attitudes de santé des adultes (18-64 ans), en particulier leurs consommations de substances psychoactives. En 2014, le Baromètre santé a été étendu à 4 DOM, suivant la même méthodologie qu'en métropole : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion (n = 8 163 individus, dont 4 098 interrogés sur téléphone fixe et 4 065 sur mobile). Le taux de participation variait de 48 % en Guadeloupe à 59 % à La Réunion. Par ailleurs, fin 2018, un volet du Baromètre santé a, pour la première fois, été mis en place à Mayotte par Santé publique France, en collaboration avec l'ARS océan Indien (enquête Unono wa maore). Les résultats de cette enquête générale sur les comportements de santé, menée auprès d'un échantillon aléatoire de 6 000 enfants et adultes de 0 à 69 ans, en deux temps (entretien à domicile en face-à-face puis dépistage biologique), seront publiés en 2020.

L'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), menée par l'OFDT depuis 2000, interroge un échantillon représentatif de garçons et de filles, à 17 ans, lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Depuis 2001, cette enquête est menée conjointement en métropole et dans les DOM : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion. Elle a été étendue à Mayotte lors de la dernière édition de l'enquête (2017). Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré (d'une vingtaine de minutes), menée tous les 3 ans au mois de mars, sur une période variant de 1 à 2 semaines. Elle se déroule dans tous les centres actifs de la Journée défense et citoyenneté (y compris ceux des DOM). Pour un accès direct aux données, voir :

- [Données des départements d'outre-mer ESCAPAD 2014](#) au format Excel
- [Données des départements d'outre-mer ESCAPAD 2011](#) au format Excel
- Exploitations régionales de l'enquête ESCAPAD 2000/2001 : [Guadeloupe](#) - [Martinique](#) - [La Réunion](#)
- Exploitations régionales de l'enquête ESCAPAD 2000/2001 : [Guadeloupe](#) - [Martinique](#) - [La Réunion](#).

Le dispositif **EnCLASS** (« **Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances** ») regroupe, depuis 2018, les deux principales enquêtes menées par l'OFDT en population scolaire avec des partenaires extérieurs : enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), menée auprès des collégiens de 11, 13 et 15 ans depuis 1994 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé et ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs), conduite depuis 1999 par l'OFDT auprès des lycéens âgés de 15-16 ans. Cependant, la mise en œuvre de ce dispositif d'enquête dans les DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) a été différée en 2020 : le décalage de calendrier par rapport à la métropole (enquête 2019) a été décidé pour des raisons d'organisation. En effet, suite à l'expérience positive menée dans les DOM dans le cadre de l'enquête ESPAD en 2015, il est apparu primordial d'inclure les partenaires locaux (rectorats et/ou DSDEN, ORS et ARS) en amont de la phase de réalisation. L'objectif de cette déclinaison de l'enquête dans les DOM est d'assurer la meilleure comparabilité possible avec les données de France métropolitaine, tout en permettant la prise en compte de spécificités et réalités locales au travers de modules de questions « sur mesure ». Toutefois, si la réalisation de l'enquête EnCLASS a été reportée à 2020 dans 4 départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion), l'enquête ESPAD 2015 permet de rendre compte des usages de substances psychoactives des lycéens de 15-16 ans dans 4 DOM (La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane).

■ **Enquêtes auprès des professionnels du dispositif médico-social**

Depuis la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'une part et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) d'autre part, l'OFDT analyse les rapports d'activité standardisés transmis par ces structures médico-sociales d'addictologie aux Agences régionales de santé (ARS) et à la Direction générale de la santé (DGS). S'agissant des CAARUD, les données les plus récentes (2018) recensent six structures implantées dans les DOM-TOM. Pour les CSAPA, d'après les dernières données disponibles (2016), il existait dans les DOM 18 CSAPA en ambulatoire ainsi que 2 CSAPA offrant du soin résidentiel, une communauté thérapeutique en Guyane et un centre thérapeutique résidentiel en Martinique. Un CSAPA en ambulatoire a vu le jour en 2016 dans la collectivité d'outre-mer (COM) de Saint-Pierre-et-Miquelon.

■ **Enquêtes administrées par des professionnels auprès des usagers du dispositif médico-social**

RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) est un système d'information continu sur les patients recourant aux CSAPA. Mis en place depuis 2005 par l'OFDT, il procède d'une démarche d'harmonisation des données dans le champ des addictions aux niveaux national et européen. Si ce recueil n'est pas exhaustif, environ 30 % des CSAPA ne transmettant pas de données, RECAP garantit une bonne représentativité nationale des résultats. Pour des territoires géographiques restreints comme les DOM, la présence d'un faible nombre de CSAPA peut se traduire par des résultats assez différents. Cette source, non-exhaustive, est donc difficile à utiliser.

L'enquête sur les personnes reçues dans le cadre de la mission CJC des Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est menée par l'OFDT depuis les premières années d'activité de ce dispositif en métropole et dans les Outre-mer. Il s'agit d'une enquête exhaustive, par questionnaire, administrée à l'ensemble des professionnels pour chaque personne reçue en CJC (pendant un à deux mois selon les éditions : 2005, 2007, 2014, 2015).

L'enquête ENa-CAARUD, menée depuis 2006, se déroule dans l'ensemble des CAARUD (métropole et DOM). Elle interroge toutes les personnes reçues en CAARUD au cours d'une semaine donnée (deux dans certaines structures). Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, leurs consommations et l'émergence de nouveaux phénomènes.

■ Sources ministérielles

Les statistiques de saisies, par produit et par département, sont fournies par l'Office anti-stupéfiants (OFAST), ex-Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) de la Direction centrale de la police judiciaire du Ministère de l'intérieur. Les données détaillées sont disponibles de 1997 à 2010 mais, depuis 2017, elles ne couvrent pas l'ensemble des services (police, gendarmerie, douanes).

Le suivi de la réponse pénale aux infractions à la législation sur les stupéfiants repose sur les statistiques administratives issues des ministères.

Le Ministère de l'intérieur fournit la statistique des faits constatés par les services de police et de gendarmerie, qui porte le nom d'État 4001 (analysée chaque année par l'Observatoire national de la délinquance), et la statistique des interpellations, qui est élaborée par l'Office anti-stupéfiants (OFAST), ex-Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) de la Direction centrale de la police judiciaire du ministère, chargée de centraliser les statistiques annuelles d'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes, à partir du Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS). L'OFAST centralise également les chiffres de saisies (nombre et quantités par département).

■ Systèmes d'information et enquêtes spécifiques

Organisation coordonnée de la surveillance des urgences (Oscour®)

L'analyse des passages aux urgences directement liés à l'alcool a été menée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgence (SU) participant au réseau Oscour®. Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostics (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU.

En Guyane, le réseau Oscour® repose actuellement sur une des trois structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Guyane, le réseau Oscour® enregistrait 54 % des passages aux urgences de la région. Les structures d'urgence du CHOG et du CHK ont été connectées au réseau Oscour® au cours de l'année 2017 et ne sont donc pas intégrées dans les analyses. Au total, on estimait à 98,6 % la complétude diagnostique (diagnostics principaux et associés) sur l'ensemble de la région Guyane.

Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

Pour les régions métropolitaines, les estimations régionales et départementales d'incidence des cancers (lèvres, bouche, pharynx, œsophage) sont effectuées à partir d'une modélisation utilisant les données d'incidence observée dans les zones couvertes par un registre des cancers et les données des bases médico-administratives (données des bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée [ALD] de l'Assurance maladie [tous régimes] et données d'hospitalisation du PMSI) issues du Système national des données de santé (SNDS).

Pour les départements et régions d'outre-mer, les données d'incidence proviennent des registres de cancers. Il s'agit de données observées puisque chacune de ces régions est couverte par un registre de cancers.

Certificats de décès

Les taux de mortalité sont estimés à partir de la cause initiale (c'est-à-dire la maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès) et des causes associées mentionnées dans la partie médicale des certificats de décès, domiciliés au moment du décès en France entière (hors Mayotte) du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc, Inserm).

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » de l'Insee intègre, depuis quelques années, un volet consacré aux Outre-mer, en partenariat avec la Délégation générale à l'Outre-mer. L'enquête a ainsi été conduite certaines années dans plusieurs DOM : La Réunion en 2011, Guadeloupe, Guyane et Martinique en 2015, Mayotte (à venir en 2020). L'enquête interroge les ménages, où une personne de plus de 14 ans choisie aléatoirement répond aux questions portant sur les victimations individuelles (vols personnels, violences).

Sources qualitatives

■ Observations qualitatives auprès des sous-populations d'usagers et sur les contextes de consommation

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) a été créé par l'OFDT en 1999 afin d'identifier les tendances et les phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leurs usages. Il s'appuie sur un réseau d'observateurs de terrain, structurés autour de 8 coordinations régionales dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information, exclusivement en métropole (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse).

Au début des années 2000, l'OFDT a développé une observation qualitative dans trois DOM, grâce aux coordinations locales TREND implantées en Guyane, en Martinique et à La Réunion. Ces sites ont été fermés quelques années plus tard, pour des raisons de soutenabilité financière (entre 2002 et 2005 selon les sites). Cependant, grâce au soutien des Agences régionales de santé, des missions visant à dresser un état des lieux des usages de substances psychoactives ont pu être menées dans plusieurs DOM :

à Mayotte en avril 2017 (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2018);

en Guyane en novembre 2018 (rapport à paraître en 2020);

à La Réunion en avril 2019 (rapport d'étude à paraître en 2020).

■ Analyses chimiques

Le Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES), créé en 1999, documente la composition des produits circulants, illicites ou non réglementés, à partir des saisies (effectuées par les services d'application de la loi) et des collectes de produits auprès des usagers par les acteurs socio-sanitaires. Le dispositif documente aussi le contexte de consommation à l'aide d'un questionnaire soumis à l'utilisateur lors de la collecte, qui porte sur le produit (prix, forme, voie d'administration), l'utilisateur (âge, sexe) et les circonstances d'usage (associations de produits, effets, fréquence d'usage).

Par ailleurs, depuis 2017/2018, une collecte SINTES a été mise en place en Guyane par l'association AGRRR. Celle-ci permet de décrire la composition des produits en circulation en Guyane, illicites ou non réglementés (dosage, identification de nouvelles molécules et logos), à partir de deux sources : l'analyse des saisies effectuées par les services répressifs et les collectes de produits effectuées par des acteurs socio-sanitaires intervenant directement auprès des usagers. Le dispositif permet en outre de documenter le contexte de consommation de chaque échantillon, à l'aide d'un questionnaire soumis à l'utilisateur lors de la collecte. Les questions portent sur le produit (prix, forme, voie d'administration), sur l'utilisateur (âge, sexe) et sur son usage (produits consommés en association, effets recherchés et ressentis, fréquence).

Sources d'enquêtes auprès des publics (nombre d'individus)

	La Réunion	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Mayotte
Baromètre santé DOM de Santé publique France (15-75 ans)	2014 (n = 2 094)	2014 (n = 2 028)	2014 (n = 2 026)	2014 (n = 2 015)	nd
ESCAPAD (17 ans)	2005 (n = 922)	2005 (n = 901)	2005 (n = 892)	2005 (n = 280)	nd
	2008 (n = 2 055)	2008 (n = 848)	2008 (n = 384)	2008 (n = 240)	
	2011 (n = 657)	2011 (n = 499)	2011 (n = 440)	2011 (n = 145)	
	2014 (n = 334)	2014 (n = 403)	2014 (n = 441)	2014 (n = 94)	
	2017 (n = 382)	2017 (n = 435)	2017 (n = 313)	2017 (n = 430)	
ESPAD (15-16 ans)	2015 (n = 901)	2015 (n = 607)	2015 (n = 616)	2015 (n = 728)	nd
TREND (rapports annuels)	2001-2003		2001-2004	2001-2004	nd

nd : données non disponibles

Sources d'enquêtes auprès des professionnels (nombre de structures répondantes)

	La Réunion	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Mayotte
CSAPA	2016 (n=4)	2016 (n=5)	2016 (n=6)	2016 (n=4)	Pas de CSAPA en 2016
CJC	2016 (n = 4)	2016 (n = 2)	2016 (n = 1)	2016 (n = 1)	nd
CAARUD	2018 (n=1)	2018 (n=1)	2018 (n=1)	2018 (n=1)	Pas de CAARUD en fonctionnement

nd : données non disponibles

ANNEXE 2. PRINCIPAUX INDICATEURS DESCRIPTIFS DE LA SITUATION DES OUTRE-MER

	Guadeloupe	Martinique	La Réunion	Guyane	Mayotte	Nouvelle-Calédonie	Polynésie française	Métropole
DÉMOGRAPHIE								
Population (au 1 ^{er} janvier 2020 sauf NC et PF)	376 879	358 749	859 959	290 691	279 471	271 407	275 918	66 524 000
Évolution sur 10 ans (2009-2019)	- 4,7 %	- 8,1 %	+ 6,1 %	+ 32,2 %	+ 37,8 %	+ 17,1 %	+ 4,2 %	+ 4,2 %
Projection démographique en 2050	330 000	282 000	1 071 000	428 000	490 000	378 000	326 000	71 628 000
Densité (nombre d'habitants au km ²)	221	318	343	3	747	15	73	119
Part des moins de 25 ans (en %)	28,8	25,9	35,5	48,6	60,2	40,8	50	29,6
Taux de mortalité standardisé pour 1 000 individus 0-64 ans (2019)	2,5	2,0	1,9	2,4	3,7	5,5	5,3	1,8
Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants (2016-2018)	8,0	10,2	6,5	9,6	9,6	3,9	4,6	3,8
Espérance de vie à la naissance (hommes) (2018)	77,3	78,6	77,8	78,2	75,6	75,1	74,1	79,5
Espérance de vie à la naissance (femmes) (2018)	84,4	84,7	83,9	83,3	76,0	80,1	78,1	85,4
DÉVELOPPEMENT HUMAIN, PAUVRETÉ, INÉGALITÉS								
Indicateur de développement humain (2010)	0,82	0,81	0,78	0,74	0,64	0,79	0,74	0,90
Taux de pauvreté (en %)	20,1	30,9	40,4	30,2	83,9	22,0	27,6	14,2
Indicateur d'inégalité (indice de Gini)	0,42	0,41	0,39	0,42	0,49	0,42	0,40	0,29
ÉCONOMIE ET EMPLOI								
Richesse : PIB par habitant (en euros, 2017)	23 152	23 188	21 500	15 339	9 380	30 419	18 028	32 967
Taux de chômage en % (2018)	23,1	17,7	24,3	19,1	35,1	11,7	21	8,8
Taux de chômage parmi les 15-24 ans (2019)	52,7	48,0	45,9	39,6	nd	36,0	42,0	19,0
ÉDUCATION								
Part de jeunes en difficulté de lecture (en %) (2019)	30	34	26	48	75	nd	nd	10
Taux d'illettrisme (16-65 ans) (2014), en %	20	14	21	20	33	18	15	7
OFFRE DE SOINS								
Nombre de médecins pour 100 000 habitants (2018)	289	291	325	218	80	210	nd	340
Consultation, au cours de l'année, d'un médecin généraliste (en %)	86	88	88	79	nd	nd	nd	85
Consultation, au cours de l'année, d'un dentiste (en %)	49	56	59	43	nd	nd	nd	56
Consultation, au cours de l'année, d'un gynécologue (en %)	55	50	50	50	nd	nd	nd	57
Renoncement, pour des raisons financières, à une consultation de médecin (en %)	11	12	7,2	12	nd	nd	nd	7,6
Renoncement aux soins en raison de l'éloignement (en %)	5,6	6,8	5,3	8,7	nd	nd	nd	7,3
Renoncement aux soins en raison des difficultés de transport (en %)	7,5	7,7	7,5	12	nd	nd	nd	5,8
Renoncement aux soins en raison du délai de rendez-vous (en %)	19	24	17	23	nd	nd	nd	22

Sources : Insee, DEPP (Ministère de l'éducation nationale), Baromètre santé DOM de Santé publique France.

nd : données non disponibles

ANNEXE 3. NIVEAUX DE CONSOMMATION EN POPULATION JEUNE ET ADULTE

En population générale (jeunes et adultes)

Fréquences d'usage dans les DOM selon la classe d'âge, en %

		15-30 ans	31-45 ans	46-60* ans	61-75 ans
Tabac quotidien	Martinique	18	22	11	6
	Guadeloupe	14	14	10	9
	Guyane	10	12	16	9
	La Réunion	30	27	25	9
	Métropole	33	35	29	11
Alcool hebdomadaire	Martinique	41	39	30	35
	Guadeloupe	34	35	34	38
	Guyane	38	35	30	32
	La Réunion	28	38	36	42
	Métropole	37	45	51	60
Alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois	Martinique	46	39	24	13
	Guadeloupe	39	30	21	16
	Guyane	38	32	25	14
	La Réunion	44	40	27	14
	Métropole	51	42	34	21
Cannabis régulier * 46-64 ans	Martinique	5,5	2,3	0,7	
	Guadeloupe	4,9	1,8	0,2	
	Guyane	5,6	4	0,6	
	La Réunion	4,8	3,1	0,8	
	Métropole	6,8	3,1	0,6	

Source : Baromètre Santé DOM 2014

		Guadeloupe (n=1 707)	Martinique (n=1 694)	Réunion (n=1 879)	Guyane (n=1 791)	Métropole (n=13 039)
Cannabis	Hommes	32	37	49	35	50
	Femmes	13*	15*	25*	18*	34*
	Ensemble	21	25	37	26	42
	Hommes	3	6	4	7	5
	Femmes	1	0,5*	1*	1*	2*
	Ensemble	2	3	3	4	3
AUTRES DROGUES ILLICITES (expérimentation)						
Ecstasy/MDMA	Hommes	0,5	0,5	2	2	6
	Femmes	0,5	<0,5*	1	<0,5*	3*
	Ensemble	0,5	<0,5	2	1	4
Cocaïne	Hommes	2	2	3	3	8
	Femmes	0,5	0,5	2	1	3*
	Ensemble	1	1	1	2	6
Crack	Hommes	<0,5	0,7	-	1	1
	Femmes	<0,5	0	-	0,5	<0,5*
	Ensemble	<0,5	<0,5	-	0,7	0,6

* : différence significative au seuil significatif respectivement au seuil 0,05 selon le test du chi-2.

Source : Baromètre Santé DOM 2014

En population jeune

Évolutions par territoire ultramarin à 17 ans

GUADELOUPE

Produit	Usage	2005	2008	2011	2014	2017	2005-2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	61,7%	60,9%	55,8%	51,9%	50,0%	***	-11,7	-19,0
	Récents (au moins un usage dans le mois)	21,1%	19,7%	23,4%	22,7%	21,0%	ns	ns	ns
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	8,9%	10,5%	9,7%	11,0%	10,2%	ns	ns	ns
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	12,2%	9,2%	13,7%	11,7%	10,8%	ns	ns	ns
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	1,4%	1,5%	1,4%	1,1%	1,4%	ns	ns	ns
Chicha	Expérimentation				36,4%	35,6%			
	Expérimentation				35,4%	49,6%			
E-cigarette	Récents (au moins un usage dans le mois)				13,9%	7,7%			
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)				1,8%	0,5%			
	Expérimentation	93,7%	94,4%	92,7%	87,5%	90,8%	ns	ns	ns
Alcool	Actuel (au moins un usage dans l'année)				72,8%	75,6%			
	Récents (au moins un usage dans le mois)	70,3%	67,7%	70,9%	57,4%	58,8%	***	-11,5	-16,4
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	5,8%	6,2%	9,4%	7,2%	5,0%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,8%	1,4%	0,4%	0,9%	0,7%	ns	ns	ns
	Expérimentation	41,7%	41,1%	39,4%	39,0%	33,0%	**	-8,7	-20,9
API	Récents (au moins une fois dans le mois)	26,1%	31,8%	40,2%	28,2%	31,3%	*	+5,2	+19,9
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	9,6%	10,9%	18,3%	13,4%	11,5%	ns	ns	ns
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	0,6%	2,1%	2,2%	1,2%	3,3%	***	+2,7	+450,0
Cannabis	Expérimentation	34,9%	32,8%	31,2%	31,9%	32,7%	ns	ns	ns
	Récents (au moins un usage dans l'année)	27,9%	24,0%	23,4%	23,9%	22,7%	*	-5,2	-18,6
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	17,6%	16,1%	16,2%	15,8%	14,3%	ns	ns	ns
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	6,7%	5,0%	4,7%	4,3%	5,8%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	3,1%	3,3%	2,6%	1,6%	3,5%	ns	ns	ns
Autres drogues illicites	Expérimentation	1,9%	3,4%	4,2%	4,5%	4,7%	**	+2,8	+147,4
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	0,6%	0,7%	0,7%	1,6%	1,8%	*	+1,2	+200,0
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	0,8%	1,3%	2,3%	2,7%	1,0%	ns	ns	ns
Cocaïne	Expérimentation	0,3%	1,5%	1,3%	1,9%	2,0%	**	+1,7	+566,7
Amphétamines	Expérimentation	0,8%	0,2%	0,9%	1,0%	1,2%	ns	ns	ns
LSD	Expérimentation	0,2%	0,3%	0,4%	0,0%	0,7%	ns	ns	ns
Héroïne	Expérimentation	0,2%	0,4%	0,4%	0,3%	0,8%	ns	ns	ns
Crack	Expérimentation	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%	ns	ns	ns
Poppers	Expérimentation	0,2%	0,6%	0,9%	1,0%	2,3%	***	+2,1	+1050,0
Produits à inhaler	Expérimentation	3,2%	2,5%	4,8%	2,1%	3,7%	ns	ns	ns

Source : ESCAPAD, OFDT

ns : non significatif

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Les évolutions en points et en pourcentages ont été précisées entre 2005 et 2017 lorsque cela était possible (lorsque les échantillons par territoire ultramarin étaient de taille suffisante).

MARTINIQUE

Produit	Usage	2005	2008	2011	2014	2017	2005-2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	58,9%	64,9%	48,6%	63,6%	55,2%	ns	ns	ns
	Récent (au moins un usage dans le mois)	19,6%	24,4%	21,3%	25,3%	26,1%	*	+6,5	+33,2
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	7,7%	11,2%	8,1%	13,4%	11,4%	*	+3,7	+48,1
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	11,9%	13,2%	13,2%	11,9%	14,7%	ns	ns	ns
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	1,0%	2,3%	1,4%	1,1%	0,6%	ns	ns	ns
Chicha	Expérimentation			27,0%	34,0%	35,6%			
E-cigarette	Expérimentation			29,4%	49,7%	49,6%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)			13,2%	10,6%	7,7%			
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)			1,1%	0,3%	0,5%			
Alcool	Expérimentation	95,1%	98,3%	93,1%	94,7%	94,1%	ns	ns	ns
	Actuel (au moins un usage dans l'année)				83,5%	82,1%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)	71,6%	70,6%	70,3%	66,3%	65,7%	*	-5,9	-8,2
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	7,3%	5,6%	5,9%	8,7%	7,9%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,8%	0,0%	1,2%	2,2%	1,7%	ns	ns	ns
Ivresse	Expérimentation	39,1%	42,2%	38,6%	42,1%	47,8%	**	+8,7	+22,3
API	Récente (au moins une fois dans le mois)	26,4%	36,2%	36,2%	32,9%	41,5%	***	+15,1	+57,2
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	9,4%	12,8%	13,5%	15,6%	19,0%	***	+9,6	+102,1
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	1,1%	0,8%	1,7%	2,4%	3,9%	**	+2,8	+254,5
Cannabis	Expérimentation	31,5%	34,8%	29,9%	35,8%	37,4%	*	+5,9	+18,7
	Récent (au moins un usage dans l'année)	21,8%	23,7%	22,5%	25,9%	28,6%	*	+6,8	+31,2
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	14,6%	14,0%	16,0%	18,7%	18,0%	ns	ns	ns
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	5,8%	4,0%	4,9%	7,2%	7,2%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	3,9%	2,9%	2,6%	3,4%	3,5%	ns	ns	ns
Autres drogues illicites	Expérimentation	1,3%	0,5%	1,7%	3,3%	3,5%	*	+2,2	+169,2
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	0,5%	0,0%	0,0%	1,6%	0,9%	ns	ns	ns
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	0,4%	0,3%	0,7%	1,2%	1,0%	ns	ns	ns
Cocaïne	Expérimentation	0,5%	0,3%	0,5%	0,6%	1,0%	ns	ns	ns
Amphétamines	Expérimentation	0,4%	0,0%	0,5%	0,3%	1,5%	*	+1,1	+275,0
LSD	Expérimentation	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%	ns	ns	ns
Héroïne	Expérimentation	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	ns	ns	ns
Crack	Expérimentation	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	ns	ns	ns
Poppers	Expérimentation	0,4%	0,3%	0,5%	0,7%	1,5%	*	+1,1	+275,0
Produits à inhaler	Expérimentation	2,1%	4,4%	2,5%	3,9%	3,6%	ns	ns	ns

Source : ESCAPAD, OFDT

ns : non significatif

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Les évolutions en points et en pourcentages ont été précisées entre 2005 et 2017 lorsque cela était possible (lorsque les échantillons par territoire ultramarin étaient de taille suffisante).

GUYANE

Produit	Usage	2005	2008	2011	2014	2017	2005-2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	54,5%	51,1%	44,0%	46,5%	43,6%	**	-10,9	-20,0
	Récent (au moins un usage dans le mois)	20,7%	14,8%	16,0%	13,4%	13,5%	*	-7,2	-34,8
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	8,7%	7,1%	5,8%	9,6%	7,9%	ns	ns	ns
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	12,1%	7,6%	10,3%	3,8%	5,6%	**	-6,5	-53,7
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	2,1%	1,0%	2,3%	0,0%	0,8%	ns	ns	ns
Chicha	Expérimentation				19,2%	28,2%			
E-cigarette	Expérimentation				15,4%	41,8%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)				4,4%	7,8%			
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)				0,0%	0,7%			
Alcool	Expérimentation	95,6%	90,0%	91,5%	86,0%	89,5%	**	-6,1	-6,4
	Actuel (au moins un usage dans l'année)				68,3%	72,0%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)	73,1%	64,3%	76,8%	53,1%	58,1%	***	-15,0	-20,5
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	6,8%	7,4%	8,1%	5,1%	7,3%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,6%	3,5%	2,3%	0,0%	2,2%	ns	ns	ns
Ivresse	Expérimentation	48,3%	39,7%	39,9%	34,8%	38,1%	**	-10,2	-21,1
API	Récente (au moins une fois dans le mois)	33,7%	32,3%	42,2%	29,3%	33,6%	ns	ns	ns
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	14,2%	12,1%	16,5%	12,8%	13,9%	ns	ns	ns
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	2,1%	3,7%	2,2%	0,0%	4,7%	ns	ns	ns
Cannabis	Expérimentation	30,2%	27,5%	22,7%	22,7%	30,9%	ns	ns	ns
	Récent (au moins un usage dans l'année)	23,7%	21,4%	17,8%	17,4%	23,6%	ns	ns	ns
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	18,3%	13,7%	11,0%	9,0%	13,4%	ns	ns	ns
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	6,2%	4,7%	5,8%	1,5%	3,5%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	5,1%	2,9%	5,1%	0,0%	1,1%	**	-4,0	-78,4
Autres drogues illicites	Expérimentation	3,0%	2,8%	2,5%	4,1%	5,1%	ns	+2,1	+70,0
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	1,5%	2,4%	1,6%	0,0%	3,3%	ns	ns	ns
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	1,2%	1,4%	0,9%	4,1%	1,1%	ns	ns	ns
Cocaïne	Expérimentation	0,0%	2,3%	1,7%	1,4%	1,6%	*	+1,6	#DIV/0!
Amphétamines	Expérimentation	0,4%	1,8%	0,9%	0,0%	0,6%	ns	ns	ns
LSD	Expérimentation	0,3%	1,4%	0,9%	0,0%	1,4%	ns	ns	ns
Héroïne	Expérimentation	0,0%	1,4%	0,9%	1,4%	1,1%	ns	ns	ns
Crack	Expérimentation	0,0%	0,9%	0,9%	0,0%	0,8%	ns	ns	ns
Poppers	Expérimentation	0,0%	1,3%	1,8%	0,0%	2,9%	**	+2,9	#DIV/0!
Produits à inhaler	Expérimentation	3,0%	5,2%	4,2%	1,4%	4,1%	ns	ns	ns

Source : ESCAPAD, OFDT

ns : non significatif

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Les évolutions en points et en pourcentages ont été précisées entre 2005 et 2017 lorsque cela était possible (lorsque les échantillons par territoire ultramarin étaient de taille suffisante).

LA REUNION

Produit	Usage	2005	2008	2011	2014	2017	2005-2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	61,8%	59,3%	63,7%	58,6%	53,1%	**	-8,7	-14,1
	Récent (au moins un usage dans le mois)	24,6%	25,2%	31,9%	31,7%	29,1%	ns	+4,5	+18,3
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	7,4%	8,9%	7,7%	10,1%	7,9%	ns	ns	ns
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	17,2%	16,3%	24,2%	21,6%	21,2%	ns	+4,0	+23,3
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	2,5%	2,9%	5,4%	2,7%	4,5%	ns	ns	ns
Chicha	Expérimentation				54,6%	46,7%			
E-cigarette	Expérimentation				39,7%	46,3%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)				12,9%	11,5%			
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)				1,5%	0,3%			
Alcool	Expérimentation	86,6%	84,9%	82,3%	81,2%	77,1%	***	-9,5	-11,0
	Actuel (au moins un usage dans l'année)				63,1%	59,0%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)	56,1%	54,3%	59,8%	50,2%	47,6%	**	-8,5	-15,2
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	4,0%	3,2%	5,5%	4,8%	4,3%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,5%	0,5%	0,9%	1,2%	1,4%	ns	ns	ns
Ivresse	Expérimentation	41,0%	41,6%	45,9%	42,2%	37,8%	ns	ns	ns
API	Récente (au moins une fois dans le mois)	24,2%	29,2%	36,6%	28,7%	31,9%	**	+7,7	+31,8
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	6,5%	8,9%	13,5%	10,2%	12,2%	***	+5,7	+87,7
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	0,5%	1,0%	1,4%	0,6%	2,7%	***	+2,2	+440,0
Cannabis	Expérimentation	38,2%	34,0%	39,6%	43,6%	47,0%	**	+8,8	+23,0
	Récent (au moins un usage dans l'année)	28,5%	25,5%	29,3%	32,2%	34,9%	*	+6,4	+22,5
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	17,4%	16,9%	18,4%	24,4%	23,5%	*	+6,1	+35,1
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	4,2%	4,3%	6,9%	7,6%	5,9%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	2,5%	2,5%	4,3%	4,1%	4,0%	ns	ns	ns
Autres drogues illicites	Expérimentation	2,8%	3,7%	6,6%	5,6%	6,4%	**	+3,6	+128,6
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	1,7%	1,4%	2,6%	1,1%	3,9%	*	+2,2	+129,4
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	1,1%	1,8%	2,6%	4,4%	1,4%	ns	ns	ns
Cocaïne	Expérimentation	0,5%	0,7%	2,0%	2,1%	2,0%	**	+1,5	+300,0
Amphétamines	Expérimentation	1,2%	0,9%	2,2%	0,6%	1,4%	ns	ns	ns
LSD	Expérimentation	0,6%	1,2%	1,6%	0,3%	1,3%	ns	ns	ns
Héroïne	Expérimentation	0,2%	0,6%	0,8%	1,5%	0,3%	ns	ns	ns
Crack	Expérimentation	0,7%	0,5%	1,0%	0,7%	0,8%	ns	ns	ns
Poppers	Expérimentation	1,8%	2,8%	1,5%	1,3%	3,8%	*	+2,0	+111,1
Produits à inhaler	Expérimentation	1,7%	3,4%	4,3%	3,8%	1,9%	ns	ns	ns

Source : ESCAPAD, OFDT

ns : non significatif

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Les évolutions en points et en pourcentages ont été précisées entre 2005 et 2017 lorsque cela était possible (lorsque les échantillons par territoire ultramarin étaient de taille suffisante).

NOUVELLE-CALÉDONIE

Produit	Usage	2005	2008	2011	2014	2017	2005-2017	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	73,6%	74,0%			69,8%	ns	ns	ns
	Récent (au moins un usage dans le mois)	48,9%	46,9%			50,2%	ns	ns	ns
	Occasionnel (moins d'1 cig/jour)	11,4%	14,1%			9,1%	ns	ns	ns
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	37,5%	32,8%			41,1%	ns	ns	ns
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	5,2%	5,2%			2,8%	*	-2,4	-46,2
Chicha	Expérimentation					25,3%			
E-cigarette	Expérimentation					43,3%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)					11,9%			
	Quotidien (> 30 usages dans le mois)					0,5%			
Alcool	Expérimentation	89,2%	92,3%			93,3%	*	+4,1	+4,6
	Actuel (au moins un usage dans l'année)					80,1%			
	Récent (au moins un usage dans le mois)	66,7%	69,4%			69,8%	ns	ns	ns
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	7,9%	7,7%			10,6%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	0,8%	1,8%			2,5%	*	+1,7	+212,5
Ivresse	Expérimentation	62,5%	67,0%			63,1%	ns	ns	ns
API	Récente (au moins une fois dans le mois)	48,4%	53,8%			55,5%	*	+7,1	+14,7
	Répétée (au moins 3 fois dans le mois)	21,2%	22,4%			30,5%	***	+9,3	+43,9
	Régulière (au moins 10 fois dans le mois)	2,8%	2,8%			9,9%	***	+7,1	+253,6
Cannabis	Expérimentation	46,8%	48,3%			54,6%	*	+7,8	+16,7
	Récent (au moins un usage dans l'année)	37,2%	37,7%			39,0%	ns	ns	ns
	Actuel (au moins un usage dans le mois)	25,4%	26,1%			27,6%	ns	ns	ns
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	8,0%	6,9%			10,3%	ns	ns	ns
	Quotidien ou 30 usages dans le mois	4,0%	4,6%			4,2%	ns	ns	ns
Autres drogues illicites	Expérimentation	2,5%	6,0%			5,2%	*	+2,7	+108,0
Ecstasy/MDMA	Expérimentation	0,6%	2,2%			1,2%	ns	ns	ns
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	1,7%	3,0%			2,6%	ns	ns	ns
Cocaïne	Expérimentation	0,3%	1,6%			1,7%	*	+1,4	+466,7
Amphétamines	Expérimentation	0,2%	1,2%			0,9%	ns	ns	ns
LSD	Expérimentation	0,3%	1,8%			1,7%	*	+1,4	+466,7
Héroïne	Expérimentation	0,1%	0,2%			0,0%	ns	ns	ns
Crack	Expérimentation	0,4%	0,2%			0,7%	ns	ns	ns
Poppers	Expérimentation	9,5%	8,9%			13,6%	*	+4,1	+43,2
Produits à inhaler	Expérimentation	1,9%	2,8%			2,6%	ns	ns	ns

Source : ESCAPAD, OFDT

ns : non significatif

*, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001. Les évolutions en points et en pourcentages ont été précisées entre 2005 et 2017 lorsque cela était possible (lorsque les échantillons par territoire ultramarin étaient de taille suffisante).

Les Outre-mer font l'objet d'une attention publique de plus en plus ciblée. Pourtant, la connaissance des enjeux spécifiques à ces territoires reste partielle. Ce numéro de *Théma* propose un état des lieux des situations et des problématiques observées aujourd'hui dans les Outre-mer français en matière de drogues et d'addictions, sur la base des données statistiques les plus récentes et des principales études menées dans ces territoires.

Dans un rapport en trois parties, précédé d'une synthèse et de « portraits de territoires » présentant les chiffres-clés, complété par une bibliographie et des tableaux détaillés, les Outre-mer sont d'abord décrits à l'aide des données de cadrage actualisées, soulignant les contrastes et les traits communs de ces territoires. La deuxième partie revient sur les consommations et leurs conséquences socio-sanitaires, en montrant que les Outre-mer se caractérisent par des prévalences d'usage globalement inférieures à celles de la métropole (hormis en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française) mais aussi des problématiques très spécifiques, peu observées dans l'Hexagone : une forte visibilité du crack dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane) ; des usages intensifs (et souvent problématiques) d'alcool et de cannabis concentrés dans certains segments de population ; des mésusages de médicaments observés de longue date à La Réunion. Enfin, la troisième partie analyse les dynamiques d'offre en développement dans ces territoires, parfois davantage déterminées par les enjeux des États voisins que par ceux de la métropole. Ainsi par exemple, du fait de sa position géostratégique au plus près des pays producteurs de cocaïne (Colombie, Pérou, Bolivie), la zone Antilles-Guyane constitue une zone de transit de la cocaïne vers les marchés européens.

**OFDT - 69 rue de Varenne
CS 70780 - 75700 PARIS CEDEX 07**

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-40-8