



RAPPORT DE MISSION CONCERNANT LES USAGES DE DROGUES SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION



**Clément
Gérome**

**Agnès
Cadet-Tairou**

Juillet 2020

Table des matières

Contexte et objectifs généraux de la mission	2
Contributions	5
La société réunionnaise : éléments de cadrage socio-démographique.....	7
Un taux de chômage et un niveau de pauvreté « hors-norme »	7
Les jeunes générations plus particulièrement touchées par la précarité et la pauvreté	9
Solidarités privées fragilisées, « avenir incertain » et grande pauvreté	9
Les problématiques liées aux psychotropes à La Réunion	12
Des usages intensifs d'alcool et de cannabis liés au contexte social	12
À l'exception du cannabis, une offre de produits illicites restreinte, des usages peu répandus et des conséquences socio-sanitaires limitées.....	14
Les espaces où sont consommés des substances psychoactives	17
Les lieux de vie des personnes sans-abri et en situation de grande précarité	18
Les quartiers populaires d'habitat social	18
Les zones rurales et semi-rurales des « Hauts »	19
Les espaces festifs réunionnais	20
Les psychotropes licites et illicites.....	22
L'alcool	22
Une très forte accessibilité.....	22
Des usages excessifs mais concentrés sur une part de la population	24
Des conséquences socio-sanitaires particulièrement prégnantes	26
Le cannabis.....	27
Usages actuels : une extension des consommations chez les jeunes	28
L'offre : un marché local en mutation.....	28
Les médicaments détournés.....	30
Un vieillissement des usagers ?	30
L'Artane®	31
La MDMA/Ecstasy	32
La cocaïne.....	34
Les cannabinoïdes de synthèse ou « chimique » :.....	35
Les hallucinogènes naturels et synthétiques.....	37
Le LSD ou acide lysergique	37
Le datura	37
Références bibliographiques	38

Contexte et objectifs généraux de la mission

Les mutations démographiques, sociales, économiques et culturelles qu'a connu La Réunion ces vingt dernières années ont en partie transformé les pratiques et les profils des usagers de substances psychoactives résidant sur l'île. Or, la dispersion des professionnels du champ socio-sanitaire sur le territoire et l'absence de dispositif de recueil et d'analyse de données rendent particulièrement difficile la construction d'une connaissance partagée, un tant soit peu approfondie et commune entre les acteurs en charge de la question des usages de drogues.

Ainsi, depuis plusieurs années, la question des besoins d'informations qualitatives de terrain permettant de disposer d'un état des lieux de la situation réunionnaise, tant du point de vue des usages que du trafic, est régulièrement soulevée par les professionnels du champ des addictions, alors que les études en population générale ignorent une partie de la population de l'île et ne sont pas adaptées pour décrire finement et comprendre des phénomènes relativement peu répandus comme le sont certaines consommations de produits psychoactifs.

La (re)création d'un dispositif de recueil de données qualitatives à La Réunion qui s'appuierait sur la méthodologie du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND, voir encadré ci-dessous), constituerait une réponse à une partie des attentes des professionnels¹. Il permettrait à ces acteurs de valoriser, dans le sens de leur donner une utilité collective, leurs connaissances accumulées, de les approfondir et d'en acquérir de nouvelles.

Les dispositifs TREND et SINTES

Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) est un dispositif de collecte d'informations qualitatives dont l'objectif est de détecter les phénomènes émergents en matière d'usage de substances psychoactives, de décrire et comprendre les évolutions des pratiques et des profils des usagers et d'assurer une veille sur les substances dangereuses et sur les nouvelles drogues. Piloté depuis 1999 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), TREND s'appuie sur un réseau de 8 coordinations locales implantées dans des agglomérations métropolitaines (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) et dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information.

Adossé au dispositif TREND, le Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES) est implanté dans chaque région métropolitaine, ainsi qu'en Guyane. Il comporte deux volets :

- Le volet veille est conçu pour permettre le recueil de substances auprès des usagers de drogues et l'analyse toxicologique de ces substances. Les motifs de collecte peuvent être : un effet secondaire inhabituel ressenti et rapporté par un usager, le caractère rare ou nouveau d'un produit ou une non reconnaissance du produit par la technique d'analyse de la chromatographie sur couche mince (CCM). La possibilité de collecte est élargie à toute

¹ Le dispositif TREND de l'OFDT a disposé d'un site d'observation des usages de produits psychoactifs à La Réunion de 2001 à 2003. Lorsque les crédits affectés au dispositif ont baissé, les sites ultra-marins ont été parmi les premiers supprimés, compte tenu du coût des déplacements liés à la vie du réseau mais aussi parce que ce site participait moins que les sites métropolitains à la triangulation des données destinées à faire émerger des tendances nationales.

personne travaillant en contact avec les usagers (intervenants des CAARUD, CSAPA, médecins spécialisés en addictologie, etc.) et qui en fait la demande à l'OFDT. Le dispositif SINTES permet ainsi d'apporter une meilleure connaissance du contenu toxicologique des produits qui circulent et d'identifier rapidement tous les nouveaux produits psychoactifs apparaissant sur le marché illicite en France.

- Le volet « Observation » propose un éclairage sur la composition d'un produit illicite particulier, à un stade de son parcours où il ne sera plus coupé. Il s'appuie toujours en grande partie sur le réseau TREND qui assure les collectes de substances auprès des usagers.

Le dispositif SINTES est donc un lieu d'échange d'informations et d'alerte sur les nouvelles drogues entre les partenaires du réseau, qu'ils soient des observateurs de proximité (réseau TREND), des acteurs du champ socio-sanitaire travaillant auprès d'usagers de drogues ou des laboratoires d'analyse. SINTES participe également à la veille sanitaire à travers la Cellule nationale d'alerte (CNA) en lien avec des institutions sanitaires françaises (ANSM, InVS, DGS et MILDECA) et européenne (EMCDDA).

L'Agence régionale de santé de La Réunion (ARS La Réunion) a donc demandé à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'étudier la possibilité de créer un site d'observation qualitative à La Réunion qui soit en mesure d'identifier et de comprendre les phénomènes émergents en matière d'usage de produits psychoactifs, de diffuser les résultats des investigations et de mener ou accompagner des études permettant d'approfondir les connaissances sur des thèmes précis.

L'OFDT a proposé de faire précéder l'éventuelle mise en œuvre de ce dispositif d'observation d'un état des lieux de la situation locale consistant à identifier les problématiques particulières et les principaux enjeux en termes de contextes, de populations, de pratiques d'usage, de modalités d'approvisionnement, et de trafics locaux de substances psychoactives (voir encadré ci-dessous). Ce rapport est le fruit de cet état des lieux. Sa première partie présente des données socio-démographiques afin de contextualiser les usages de drogues sur le territoire réunionnais. La seconde partie présente un diagnostic des usages de produits psychoactifs et des problématiques principales en prenant en compte les dissemblances et ressemblances avec la situation en métropole.

La mission de l'OFDT s'est déroulée du 8 au 19 avril 2019 (9 jours ouvrables). Des rencontres, avec les professionnels investis dans le champ des drogues (acteurs de la réduction des risques et des dommages (RdRD), professionnels de santé et de la lutte contre l'exclusion, chercheurs), les représentants des pouvoirs publics et des usagers, ont été organisées afin d'identifier les évolutions que la société réunionnaise connaît depuis une quinzaine d'années. Ces rencontres ont pris la forme d'entretiens individuels ou collectifs, couvrant les grandes thématiques liées à l'usage de drogues (conséquences sanitaire et sociales, profils des usagers, etc.). Des entretiens individuels ont été réalisés avec trois usagers des espaces festifs réunionnais : deux métropolitains installés sur l'île depuis près de 20 ans pour l'une, et deux ans pour l'autre, et un créole. Deux autres entretiens individuels ont été réalisés avec des usagers en situation de précarité suivi par les services de santé. L'analyse s'appuie également sur l'intégration des sources écrites disponibles, quantitatives ou qualitatives qui sont utilisées dans ce rapport au même titre que les données collectées lors de la mission.

Cette synthèse comporte plusieurs limites, la principale est liée aux statuts des personnes interrogées. Par définition, ce rapport, fondé en grande partie sur des entretiens avec des professionnels, n'évoque que les phénomènes visibles ou connus des interlocuteurs rencontrés. Il laisse dans l'ombre des phénomènes qui, pour être documentés, auraient nécessité une immersion plus longue sur le terrain. La seconde limite de ce rapport concerne le niveau de précision et de fiabilité de certaines informations. En effet, s'il a été possible de dégager des éléments faisant consensus pour certaines grandes évolutions, d'autres points mériteraient un travail plus approfondi, en raison des connaissances parcellaires, parfois vagues et contradictoires des professionnels. De même, le faible nombre d'interlocuteurs rencontrés sur certaines zones géographiques ou dans certains milieux sociaux n'a pas permis de préciser un certain nombre de points.

Contributions

Responsables pour l'ARS La Réunion

Mme COPPENS Roselyne, responsable Prévention

Mme CALIEZ Florence, responsable du Service Etudes et Statistiques

Responsable pour l'OFDT (recueil, analyse et rédaction)

M. GEROME Clément, sociologue, chargé d'étude, OFDT

Dr. CADET-TAIROU Agnès, médecin, responsable du pôle Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), OFDT

Nous adressons nos remerciements à tous les professionnels qui ont bien voulu participer aux groupes focaux ou aux réunions d'équipe ainsi qu'aux usagers qui ont bien voulu nous accorder un entretien. Nous les remercions également pour tous les documents et les contacts qui nous ont été transmis. Nous adressons un remerciement particulier à Armelle Cross qui, en tant que coordinatrice scientifique du réseau Saomé, a grandement facilité les rencontres avec les acteurs locaux lors de la mission de l'OFDT, ainsi qu'au Dr David Mété pour nous avoir permis de rencontrer deux usagers et transmis des documents photographiques.

Au total cinq entretiens ont été réalisés avec autant d'usagers de produits psychoactifs et 21 entretiens individuels ou collectifs ont été réalisés avec les professionnels listés ci-dessous :

Association Kazoté

Trois entretiens collectifs : équipe du service de prévention, équipe du CAARUD et équipe du CSAPA.

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

Quatre entretiens collectifs : équipe du service de prévention, équipe du CSAPA Sud (Saint Pierre), équipe du CSAPA Ouest (Saint Paul), équipe du CSAPA Nord (Sainte Clothilde)

Un entretien individuel : le directeur du CSAPA Est

Maison des adolescents Kaz'Ados

Entretien individuel avec le Dr Kurstirka, médecin coordinatrice

Centre hospitalier universitaire Nord Félix Guyon (Saint-Denis)

Entretien collectif avec le chef du service addictologie et deux médecins du service d'addictologie

Groupe hospitalier Sud Réunion (Saint-Louis)

Entretien collectif avec l'ensemble du service addictologie et l'équipe de liaison et de soins en addictologie.

Groupe hospitalier Est Réunion (Saint-Benoît)

Entretien collectif avec l'équipe du service addictologie et l'équipe de liaison et de soins en addictologie

Centre hospitalier Ouest Réunion

Entretien collectif avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie

Institut Robert Debré

Entretien collectif avec deux membres de l'équipe soignante et la directrice de l'établissement

Clinique les Flamboyants Sud et Ouest
Entretien collectif avec les équipes soignantes

Etablissement public de santé mentale de la Réunion (pôle Est/Saint-Benoît).
Entretien collectif avec l'équipe soignante

Acteur du champ de l'application de la loi
Entretien collectif avec des représentants des services de gendarmerie, des douanes, de la police, de la protection judiciaire de la jeunesse, du parquet et de la Préfecture de la Réunion

Acteurs du champ de la lutte contre l'exclusion
Entretien collectif avec des représentants de la Croix Rouge Française et du groupement de coopération sociale et médico-sociale « Lamp Océan Indien »

Association réunionnaise de prévention des risques liés à la Sexualité (ARPS)
Entretien collectif avec l'ensemble de l'équipe éducative et de prévention

Médecins du monde
Entretien individuel avec Mme Chauvière, coordinatrice MDM Réunion

Observatoire régional de santé
Entretien collectif avec le Dr Rachou, directrice de l'ORS et Mme Ricquebourg, directrice des études

La société réunionnaise : éléments de cadrage socio-démographique

La Réunion figure parmi les départements français qui ont connu les plus grandes transformations ces soixante dernières années, tant au niveau économique, social, politique et culturel. L'île a notamment connu des processus croisés d'accroissement démographique, d'urbanisation et d'exode rural, de tertiarisation de son économie, de développement de l'emploi salarié, de démocratisation scolaire, autant de bouleversements profonds qui ont eu des conséquences majeures sur les modes et les conditions de vie de ses habitants. Ces dernières se sont améliorées de manière continue depuis la départementalisation de l'île en 1946, sous l'effet notamment du dynamisme de l'économie locale associé à des politiques sociales volontaristes. Toutefois, la situation socio-économique de La Réunion demeure préoccupante. L'île se caractérise aujourd'hui par une précarisation d'une partie importante de la population confrontée au chômage, au sous-emploi et à la pauvreté, autant de facteurs qui peuvent favoriser le développement des usages de produits psychoactifs et des conduites addictives.

Un taux de chômage et un niveau de pauvreté « hors-norme »

L'une des caractéristiques les plus marquante de La Réunion réside sans doute dans l'importance de son taux de chômage qui s'établit en 2018 à 24% de la population active (15-64 ans), un taux plus de deux fois plus élevé que celui de la métropole (9,9%) et qui est également le plus important des départements et régions d'outre-mer et des collectivités territoriales unique². À ce chiffre, s'ajoutent les personnes considérées comme inactives au sens du Bureau international du travail (BIT) du fait qu'elles n'effectuent pas ou plus de recherche active d'emploi, notamment par découragement, et qui alimentent le halo autour du chômage. Ainsi, selon l'INSEE ce sont environ 149 000 Réunionnais qui « souhaitent travailler en 2018, qu'ils soient au chômage ou dans le halo, soit un Réunionnais en âge de travailler sur quatre », un chiffre en augmentation par rapport à 2016 (Paillole, 2019).

La Réunion se caractérise pourtant par une croissance des emplois créés plus importante qu'ailleurs, signe du dynamisme du marché du travail local. Il s'agit là du « paradoxe du marché du travail réunionnais » expliqué par les statisticiens (Coder *et al.*, 2016 ; Fabre *et al.*, 2015) : du fait de la situation démographique sur l'île, la population active augmente plus vite que les créations d'emploi, ce qui conduit mécaniquement à une hausse du chômage. À cela s'ajoute la hausse du taux d'activité des Réunionnais (et notamment des Réunionnaises, historiquement peu présentes sur le marché du travail local) qui sont plus nombreux à intégrer

² Les statuts administratifs et politiques des territoires ultra-marins ont été de plus en plus différenciés au fil du temps. En 2020, la France compte deux départements et régions d'outre-mer (DROM) : la Guadeloupe et La Réunion ; trois collectivités territoriales uniques (CTU) : la collectivité territoriale de Martinique (CTM), la collectivité territoriale de Guyane (CTG) et le département de Mayotte ; sept 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.

le marché du travail. Enfin, les migrations amènent de nouveaux travailleurs et s'accompagnent d'une hausse des actifs.

Le manque d'emplois et de revenus tirés de l'activité économique nourrit une situation sociale « hors norme » (Actif et Ah-Woane, 2013) et explique en grande partie les écarts en matière de pauvreté et de précarité observés entre La Réunion et les autres départements français. Ainsi, en 2015, près de 40% des réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté³ (soit 342 000 personnes). Le taux de pauvreté monétaire y est ainsi près de trois fois plus élevé qu'en métropole (14%). De même, le niveau de vie médian par mois et par unité de consommation s'établit à 1 190 euros, contre 1 690 euros pour la métropole (Besson, 2018a).

Dans ce contexte, les prestations sociales (allocations familiales, aides au logement, minima sociaux) assurent le maintien d'un pouvoir d'achat minimal et permettent à de nombreux ménages réunionnais d'accéder aux biens et services de première nécessité comme l'alimentation et le logement. Les prestations sociales constituent ainsi la première source de revenus pour un quart des réunionnais, soit quatre fois plus qu'en France métropolitaine (Coder *et al.*, 2016). Le sociologue Nicolas Roinsard (Roinsard, 2007, 2014a) parle ainsi « d'économie » ou de « société de transferts » à propos de la société réunionnaise, en référence au concept de « société salariale » utilisé par Robert Castel⁴ et pour rendre compte du « niveau très élevé des transferts publics comparé à la faiblesse relative du salariat » à La Réunion (Roinsard, 2007).

La société réunionnaise se caractérise également par des niveaux d'inégalités parmi les plus élevés de France. En matière de revenu, La Réunion était le département le plus inégalitaire de France après Paris selon les données sur les revenus fiscaux 2014 de l'INSEE. Cette situation est notamment due au fait que les réunionnais les plus modestes ont des revenus particulièrement faibles (en moyenne de 585 euros mensuels par unité de consommation pour les 10% les plus pauvres, contre 875 euros en métropole). Mesurées par l'indice de Gini⁵, les inégalités de revenus sont ainsi 30 % plus élevées à La Réunion qu'en métropole. Cette situation particulièrement inégalitaire résulte pour partie des hiérarchies sociales et ethniques qui structuraient la société réunionnaise lorsque l'île était une société de plantation reposant sur l'esclavage⁶.

³ Une personne seule ou une famille sont considérées comme pauvres si elles disposent de ressources inférieures à 60 % du revenu médian, soit 1 015 euros mensuels dans le cas français.

⁴ Cette expression met en avant le rôle central joué par le travail salarié dans les processus d'intégration des individus dans la société française contemporaine (Castel, 1995).

⁵ L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée. Il varie entre 0 (égalité parfaite) et 1 (inégalité extrême). Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. Les inégalités ainsi mesurées peuvent porter sur des variables de revenus, de salaires, de niveau de vie, etc.

⁶ Ainsi, comme le remarque N. Roinsard (Roinsard, 2007), bien qu'elle soit moins accentuée et déterminante qu'à l'époque coloniale, la stratification sociale réunionnaise se structure toujours autour de l'opposition entre une classe favorisée constituée pour partie des *Gros Blancs* qui forment la population des grands propriétaires terriens et des classes de travailleurs qui sont souvent restés pauvres, qu'il s'agisse des *Petits Blancs des Hauts* (les descendants paupérisés des premiers colons venus peupler l'île), des *Malbars* (les descendants des travailleurs engagés originaires d'Inde) et des *Cafres* descendants des esclaves africains et malgaches.

Les jeunes générations plus particulièrement touchées par la précarité et la pauvreté

Les jeunes générations sont les plus touchées par le chômage et la pauvreté. En 2018, 42% des actifs réunionnais de moins de 25 ans sont au chômage (Paillole, 2019). Celui-ci concerne particulièrement les jeunes ayant abandonné précocement leurs études et ne disposant pas ou peu de qualification (Temporal, 2017). Une étude menée en 2013 résumait ainsi les difficultés de la jeunesse d'outre-mer : « La jeunesse des DOM se trouve enfermée comme dans un piège. Les faibles qualifications alimentent un chômage de masse, mais en même temps, pourquoi se former si dans une grande partie des cas on s'attend à passer par la case chômage ? » (Maurin et Bernier, 2013).

L'insertion professionnelle des jeunes réunionnais ne devrait pas connaître d'amélioration dans les décennies à venir. Selon l'INSEE, la pression démographique sur la population active se poursuivra et les conditions d'accès à l'emploi pour les jeunes générations, y compris les plus diplômées, continueront à se durcir. Les jeunes sont également plus touchés par le sous-emploi (contrats à durée déterminée, contrats aidés, contrats d'intérimaires, apprentissage, stages rémunérés, etc.) que les autres catégories de travailleurs. Selon certains chercheurs, le chômage endémique ainsi que les contrats précaires expliquent en grande partie que de nombreux réunionnais doivent faire face et composer avec un « avenir incertain » (Roinsard, 2014b), et notamment les jeunes générations, dont une partie d'entre elles sont durablement exclues du marché de l'emploi, voire « ne travailleront jamais » (Rochoux, 1998).

Solidarités privées fragilisées, « avenir incertain » et grande pauvreté

Dans ce contexte de chômage et de pauvreté de masse, la société réunionnaise se caractérise par la prégnance des instances de socialisation et des liens sociaux extérieurs au salariat et reposant sur les « appartenances familiales, territoriales et ethno-religieuses des individus » (Roinsard, 2007, 2008). Grâce à ces solidarités privées (auxquelles s'adosent les contrats aidés et les dispositifs de solidarité nationale), La Réunion forme une société où la pauvreté peut être qualifiée d'« intégrée » (Paugam, 2009), « en ce sens qu'elle ne préfigure pas d'un processus de marginalisation ou d'exclusion sociale comme cela peut être observé dans les sociétés occidentales » (Roinsard, 2007). Autrement dit, la pauvreté intégrée, caractéristique de sociétés où la pauvreté monétaire est répandue (comme c'est le cas des anciennes sociétés de plantation), ne s'accompagne pas d'un processus de rupture des liens et d'exclusion sociale comme dans les agglomérations de métropole. Les sociabilités privées denses (familiale, territoriales, etc.) forment des systèmes de solidarités et d'entraide qui protègent en partie les réunionnais des aléas de la pauvreté économique. Elles leur procurent également un sentiment d'appartenance identitaire à une communauté.

Cependant, depuis les années 1970-1980, La Réunion a connu des transformations qui ont eu pour effet d'affaiblir la force de ces systèmes d'entraide fondés sur la parentèle et la proximité spatiale. Les politiques de construction de logements et d'éradication des habitations de fortune (communément appelés « bois sous tôle ») menées dans un contexte de forte croissance démographique ont ainsi contribué à une dynamique forte d'émigration rurale et à l'urbanisation rapide de l'île. La production de masse de logements collectifs a transformé les manières d'habiter et reconfiguré les relations entre espace privé et espace public pour de nombreux Réunionnais. Ainsi, « là où l'espace domestique créole est ouvert sur

l'environnement proche du quartier et sur la famille étendue, le logement moderne organise la fermeture de l'espace privé autour de la famille nucléaire, renvoyant une part importante de la sociabilité à l'extérieur de l'espace familial» (Watin, 2012). Parallèlement à l'urbanisation, la composition des ménages et les modèles familiaux réunionnais se sont transformés. Un ménage sur quatre est constitué d'une personne seule, contre un sur neuf il y a 30 ans. Le développement des familles monoparentales, qui représentent en 2012 un ménage sur cinq, a également contribué à renforcer la pauvreté (Ajir, 2015) qui concerne deux tiers d'entre elles.

La fragilisation des solidarités privées a pour effet d'accroître la grande pauvreté et de faire émerger des processus de marginalisation et de désaffiliation sociale semblables à ceux observés en métropole. En 2010, l'Observatoire régional de santé (ORS) mettait ainsi en lumière les conditions de vie particulièrement difficiles des sans domicile fixe réunionnais (ORS de la Réunion, 2010). Dans près de 9 cas sur 10, ces sans-abris sont des hommes seuls, la majorité est âgée de plus de 35 ans et près d'un quart est sans domicile fixe depuis plus de 5 ans⁷. L'enquête de l'ORS souligne la place centrale du contexte familial dans la perte de logement, celle-ci survenant très souvent après une rupture familiale. Elle indique également la prégnance d'addictions, des troubles psychiatriques et plus globalement des problèmes de santé rencontrés par les sans-abris réunionnais. Le nombre de jeunes sans abri serait en hausse notamment du fait des sorties du dispositif de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) à 21 ans.

En 2013, la fondation Abbé Pierre (FAP) soulignait le développement des situations de grande exclusion, des phénomènes d'errance, de marginalisation et d'isolement social. Les personnes sans-abri, principalement des hommes seuls, dans une situation de grand dénuement, seraient ainsi de plus en plus nombreuses (Fondation Abbé Pierre, 2014). La plupart ont été exclues ou se sont écartées de leur famille et se retrouvent sans logement. Beaucoup présentent des problèmes graves d'addiction à l'alcool et consomment quotidiennement des médicaments de manière non conforme aux protocoles thérapeutiques. Le rapport de la FAP soulignait les difficultés rencontrées par ces personnes pour bénéficier d'un hébergement, en raison de l'afflux des demandes dans un contexte de sous-dotation de places d'hébergement, notamment pour les hommes seuls. Le rapport soulignait également le manque de personnels de santé et de travailleurs sociaux formés pour accompagner les problématiques d'addictions et de troubles psychiques rencontrées par ces personnes.

Les acteurs associatifs du champ de la lutte contre l'exclusion rencontrés lors de la mission ont confirmé ces évolutions. Selon eux, les solidarités familiales traditionnelles poursuivent leur effritement, ce qui a pour effet d'accroître l'intensité des phénomènes de désaffiliation et d'isolement social. Le nombre de personnes durablement éloignées du monde du travail et vivant dans la rue ou dans des habitats de fortune serait en hausse continue ces quinze dernières années. L'intervention de l'État et son soutien aux associations restent insuffisants au regard de l'ampleur des besoins, même si des améliorations ont été apportées (ouverture de structures d'accueil, développement et diversification des places d'hébergement, actions

⁷ L'enquête comptabilisait alors 370 SDF fréquentant les associations de solidarité de l'île. Un diagnostic réalisé en 2015 dénombrait 400 personnes à la rue, mais celui-ci soulignait la faiblesse de repérage dans les zones rurales de l'île et le risque de sous-estimation du nombre de sans-abri qui, de l'avis des professionnels rencontrés lors de la mission en 2019, serait aujourd'hui bien plus important.

en matière de lutte contre l'habitat indigne, etc.). Les acteurs du champ de l'addictologie ont également largement fait référence à la perte d'influence des solidarités familiales et à l'absence de perspective en matière d'insertion professionnelle comme éléments récurrents des contextes dans lesquels s'insèrent les usages problématiques de produits psychoactifs, en premier lieu l'alcool.

Les problématiques liées aux psychotropes à La Réunion

À La Réunion comme à la Martinique, la Guadeloupe et en Guyane, les consommations de produits psychoactifs sont globalement moins répandues qu'en métropole, tant chez les adultes qu'en population adolescente (Beck *et al.*, 2016a). Les enquêtes en population générale présentent ainsi des prévalences de consommation plus faibles, quels que soient les substances et les niveaux d'usage. Il convient toutefois d'apporter des précisions à ce constat. En effet, ces niveaux d'usage globalement plus faibles n'excluent pas qu'on puisse observer des problématiques spécifiques qui se traduisent par de plus fortes prévalences d'usage dans certaines populations particulières ou dans des zones géographiques plus circonscrites⁸.

À La Réunion, cette situation concerne les usages d'alcool et, dans une moindre mesure, de cannabis qui doivent faire l'objet d'une analyse spécifique, du fait des représentations dont ils font l'objet, de leur fréquence, de l'étendue et de la gravité de leurs conséquences sociales et sanitaires. Concernant les autres produits psychoactifs, qu'il s'agisse de leur accessibilité, de leur niveau d'usage et des conséquences liées à leur consommation, la situation réunionnaise se distingue clairement de celles de la métropole, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane – c'est par exemple le cas des consommations de certains médicaments détournés relativement répandues à La Réunion par rapport à la métropole ou celui de l'usage de cocaïne qui reste confidentiel sur l'île au regard de la situation métropolitaine – même si elle tend à s'en rapprocher sur certains aspects et à perdre sa spécificité.

Des usages intensifs d'alcool et de cannabis liés au contexte social

Les usages intensifs d'alcool et de cannabis ont fréquemment été cités par les professionnels comme des problématiques globales à La Réunion. Ainsi, les conditions d'accessibilité très aisées de l'alcool (en raison d'un système fiscal particulier, voir p. 23) ainsi que son rôle central dans les relations amicales et familiales ont souvent été évoquées comme des particularismes qui favoriseraient le développement de consommations abusives. De même, la « banalisation » du cannabis a souvent été présentée comme une spécificité réunionnaise qui expliquerait l'importance et l'étendue des consommations dans la population.

À première vue, les « représentations » véhiculées par la plupart des professionnels d'une surconsommation généralisée d'alcool et de cannabis entrent en contradiction avec les indicateurs quantitatifs disponibles qui montrent des niveaux globalement plus faibles de consommation d'alcool dans la société réunionnaise, tant en population adulte qu'adolescente. Il en est de même avec le cannabis, dont les usages, quelle que soit leur fréquence, sont systématiquement inférieurs par rapport à la métropole. Cependant, le décalage entre les observations des professionnels et les résultats des enquêtes en population générale ne signifie pas que les problèmes locaux soulevés par ces professionnels soient

⁸ C'est par exemple le cas des usages de crack à la Guadeloupe et à la Martinique, qui concernent des populations très précarisées qui consomment dans l'espace public, notamment à Fort-de-France.

exagérés. En effet, ces derniers sont très souvent au contact des populations les plus précaires et marginalisées qui ne sont pas ou peu représentées dans les enquêtes en population générale (notamment parce qu'elles ne disposent pas d'un numéro de téléphone). Ainsi, si les consommations intensives d'alcool et de cannabis ne sont pas généralisées dans la société réunionnaise et restent globalement concentrées sur certaines populations, il n'en demeure pas moins que la situation socio-économique de l'île, telle qu'elle est exposée dans la première partie de ce rapport, constitue un contexte de développement des conduites addictives et des usages problématiques.

Au cours de la mission, les soignants en addictologie et les intervenants sociaux sont en effet revenus de manière récurrente sur les situations sociales et économiques dégradées de la grande majorité des usagers de drogues qu'ils accompagnent. Les personnes prises en charge en CSAPA pour leur consommation d'alcool ou de cannabis sont ainsi particulièrement concernées par les phénomènes de précarité, d'absence d'emploi et de perte des solidarités familiales. Les chômeurs, les personnes vivant seules, celles ne disposant pas d'un logement stable, sont ainsi largement surreprésentées dans les files actives des CSAPA de l'île par rapport à la population réunionnaise dans son ensemble (OFDT, 2019). Le recours quotidien à l'alcool, et/ou au cannabis, a pour eux une fonction régulatrice et anxiolytique : il rend plus supportables des conditions d'existence difficiles et permet de « faire avec » l'absence de perspectives d'avenir, de « faire face » au désœuvrement. Les addictions ne sont par ailleurs pas les seules problématiques plus particulièrement développées par les personnes en grandes difficultés sociales et financières. Celles-ci sont également beaucoup plus exposées à la détresse psychologique⁹, à des épisodes dépressifs et à des pensées suicidaires (ORS Océan indien, 2019), autant de troubles qui peuvent en retour favoriser l'usage de substances psychoactives.

Ce lien entre usage intensif d'alcool et de cannabis d'une part, pauvreté et absence de perspective d'avenir d'autre part, concernerait également la grande majorité des jeunes accompagnés par les professionnels interrogés lors de la mission (qu'il s'agisse d'éducateurs en prévention spécialisée qui interviennent dans les quartiers populaires, de soignants en CJC, etc.). Les consommations auraient là aussi une fonction d'« automédication » puisqu'elles participeraient à la gestion de problèmes familiaux (notamment les mauvais traitements et les violences intrafamiliales), de l'échec scolaire et de l'absence d'intégration au monde du travail. Initialement modérée, la consommation de ces deux produits devient progressivement une « béquille » qui « vient colmater provisoirement une faille, un problème », pour reprendre les termes employés par une psychologue intervenant auprès de jeunes. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que le poids démographique des jeunes générations à La Réunion est considérable, qu'une part conséquente d'entre elles rencontre d'importantes difficultés scolaires. À cela s'ajoute le fait que la jeunesse constitue une période de transition propice à l'expérimentation des produits psychoactifs et au cours de laquelle les risques liés aux usages de drogue ont tendance à être euphémisés (Beck, 2016).

Les entretiens avec les professionnels ont en outre permis d'identifier d'autres groupes particulièrement concernés par les usages problématiques de produits psychoactifs :

⁹ Selon l'OMS la détresse psychologique traduit un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental.

certaines femmes dont les consommations d'alcool constituent une forme d'automédication pour faire face aux violences conjugales dont elles sont victimes, certains membres de communautés de migrants originaires de la région Océan Indien (notamment des jeunes mahorais et des mauriciens), ainsi que des personnes en situation de prostitution.

Des travaux de nature quantitative ont montré la prévalence croissante des usages intensifs et problématiques de drogues à mesure que l'on descend dans les hiérarchies sociales (OFDT, 2002). De même, des enquêtes qualitatives (Facy *et al.*, 2001 ; Jamouille, 2000 ; Kovess et Mangin-Lazarus, 1997 ; Schlegel, 2015) ont analysé les interactions entre consommation intensive de produits psychoactifs et statut social dévalorisé. Elles ont montré que l'usage problématique de drogues se développe concomitamment à la dégradation de l'image de soi, la dépression et l'anxiété qu'induisent la précarité sociale. La relation, maintes fois exposée par les professionnels lors de la mission, entre usages intensifs et conditions de vie marquées par la pauvreté économique et la précarité sociale n'est donc pas propre à La Réunion. Cependant, l'île présente une configuration sociale dans laquelle se conjuguent chômage de masse, manque de perspectives d'avenir chez les jeunes et perte d'influence des solidarités privées. Or, cette configuration sociale porte en elle des risques d'amplification des pratiques addictives, notamment chez certaines populations vulnérables.

À l'exception du cannabis, une offre de produits illicites restreinte, des usages peu répandus et des conséquences socio-sanitaires limitées

À l'exception de l'alcool et du cannabis, les usages de produits psychoactifs sont peu répandus à La Réunion, tant chez les adultes qu'en population adolescente. Les enquêtes en population générale montrent des niveaux d'expérimentation et d'usage bien inférieurs à ceux de la métropole (voir tableau 1).

A La Réunion, les demandes d'aide et de soin en lien avec des usages de produits autres que l'alcool et le cannabis sont peu nombreuses, ce qui laisse penser que les conséquences sanitaires de ces usages sont limitées. Ainsi, d'après l'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), les produits autres que l'alcool, le tabac et le cannabis représentent moins de 10% des prises en charge réalisées par les CSAPA réunionnais en 2018, contre plus de 25% pour l'ensemble des CSAPA du territoire national. L'écart est particulièrement important pour l'héroïne qui constitue le produit à l'origine de la prise en charge en CSAPA pour près de 13% des patients en France contre moins de 1% des patients réunionnais.

Tableau 1 - Fréquences d'usage des substances dans les DOM et en métropole en 2014 (en %)

		17 ans				18-75 ans				
		Guadeloupe (n = 403)	Martinique (n = 441)	La Réunion (n = 334)	Métropole (n = 22 023)	Guadeloupe (n = 1 952)	Martinique (n = 1 945)	La Réunion (n = 2 010)	Guyane (n = 1 904)	Métropole (n = 15 186)
Tabac	Expérimentation	52 *	64 *	59 *	68,4	nd.	nd.	nd.	nd.	
	Dans le mois	23 *	25 *	32 *	43,8	17 *	19 *	32 *	19 *	34,3
	Quotidien : ≥ 1 cig./jour	12 *	12 *	22 *	32,4	12 *	15 *	26 *	13 *	28,6
	Intensif : ≥ 10 cig./jour	1 *	1 *	3 *	7,7	5 *	8 *	15 *	7 *	19,4
Cigarette électronique	Expérimentation	35 *	29 *	40 *	53,3	8 *	9 *	18 *	9 *	25,1
	Dans le mois	14 *	15 *	15 *	22,1	2 *	2 *	3 *	2 *	6,0
	Expérimentation	87	95 *	81 *	89,5	92 *	94 *	94 *	88 *	95,7
	Hebdomadaire	nd.	nd.	nd.	nd.	36 *	37 *	36 *	36 *	49
Alcool	Dans le mois : ≥ 10 usages (régulier)	7 *	9 *	5 *	12,3	11 *	13 *	9 *	11 *	18,6
	Dans le mois : ≥ 50 ou quotidien	1	2	1	1,8	7 *	7 *	6 *	5 *	10,1
API (au moins 5 verres en une occasion)	Dans le mois : ≥ 1 fois	28 *	33 *	29 *	48,8	10 *	14 *	13 *	16	17,4
Ivresses	Expérimentation	39 *	42 *	42 *	58,9	44 *	44 *	56 *	45 *	61,8
	Dans l'année : ≥ 3 (répétées)	9 *	12 *	13 *	25,3	3 *	4 *	8	6 *	9,1
18-64 ans										
Cannabis	Expérimentation	32 *	36 *	44	47,8	21 *	25 *	37 *	26 *	41,6
	Dans le mois : ≥ 1 usage	16 *	19 *	24	25,5	3 *	5	7	6	6,3
	Dans le mois : ≥ 10 usages (régulier)	4 *	7	8	9,2	2 *	3	3	4 *	3,1
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	3	1 *	4	3,8	1 *	1 *	2 *	2 *	4,8
Poppers	Expérimentation	1 *	1 *	1 *	5,4	1 *	1 *	1 *	1 *	7,3
MDMA/ecstasy	Expérimentation	2 *	2 *	1 *	3,8	1 *	<0,5 *	2 *	1 *	4,3
Cocaine	Expérimentation	2	1 *	2	3,2	1 *	1 *	1 *	2 *	5,6
Héroïne	Expérimentation	<0,5	<0,5	1	1,0	nd.	nd.	nd.	nd.	
Amphétamines	Expérimentation	1	<0,5 *	1 *	2,8	<0,5 *	<0,5 *	1 *	1 *	2,3
LSD	Expérimentation	<0,5	<0,5	<0,5	1,6	nd.	nd.	nd.	nd.	
Produits à inhaler	Expérimentation	2	4	4	4,3	nd.	nd.	nd.	nd.	
Crack	Expérimentation	1	<0,5	1	1,1	<0,5	<0,5	nd.	1	nd.

Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT) et Baromètre santé DOM 2014 (Santé publique France)

* signale un écart significatif avec la métropole.

Remarque : la taille des échantillons régionaux à 17 ans n'offre pas une précision de la mesure suffisante pour conserver la décimale, contrairement aux données pour l'Hexagone.

Les écarts entre La Réunion et la métropole en matière d'usage de produits psychoactifs et de conséquences sanitaires de ces usages s'expliquent en partie par des situations différentes concernant la disponibilité et l'accessibilité de ces produits. La Réunion se caractérise en effet par la rareté (voire l'absence) de certains produits qui se sont considérablement diffusés ces quinze dernières années en métropole. C'est notamment le cas de la cocaïne et de la MDMA, dont la présence et la consommation en contexte festif semblent bien plus développées en métropole qu'à La Réunion. La kétamine, qui connaît une dynamique de diffusion importante dans les espaces festifs métropolitains depuis 2015 paraît quant à elle absente des fêtes

réunionnaises. La situation est semblable pour l'héroïne ou le crack dont les usages s'inscrivent souvent dans des trajectoires addictives. Les soignants et les usagers rencontrés lors de la mission n'ont en effet jamais eu connaissance de la présence de crack sur l'île. L'héroïne ne ferait quant à elle pas l'objet d'un marché. Son usage extrêmement rare concernerait uniquement des métropolitains ou des étrangers déjà consommateurs avant leur arrivée sur l'île. L'absence (ou la rareté) de ces produits s'explique notamment par la position géographique de La Réunion, éloignée des zones de production (l'Amérique du Sud pour la cocaïne, l'Afghanistan pour l'héroïne et les Pays-Bas et certains pays de l'est de l'Europe pour la MDMA) ainsi que des grandes routes de trafics. Des raisons d'ordre culturel sont également avancées afin d'expliquer la rareté de l'injection, cette pratique contrevenant aux normes de virilité présentes dans la société réunionnaise (se « trouser la peau » étant perçu comme un stigmate de faiblesse physique).

Cependant, des dynamiques ont été pointées par les professionnels et les usagers rencontrés lors de la mission, certaines d'entre elles laissant penser à un rapprochement des usages réunionnais vis-à-vis de la métropole. Par exemple, le cannabis local (appelé « zamal ») tend à être concurrencé par des variétés hollandaises hybrides ainsi que par la résine de cannabis importée de métropole, ces deux substances étant particulièrement appréciées des jeunes usagers pour l'intensité de leurs effets. La disponibilité des produits consommés en contexte festif (la MDMA en premier lieu et dans une moindre mesure la cocaïne) augmente de manière significative. Deux éléments expliquent cette hausse : l'intensification des achats sur internet par des usagers-revendeurs d'une part, la multiplication des « mules » en provenance de métropole de l'autre.

Toutefois, le constat, maintes fois réitéré par les acteurs locaux interrogés, d'une « métropolisation » des usages de drogues à La Réunion est à nuancer. En effet, la disponibilité et l'accessibilité des produits reste limitée (à l'exception de l'alcool et du cannabis). Comparé à la métropole, les prix de vente sont systématiquement doublés, voire triplés (voir le tableau ci-dessous). De ce point de vue, la pauvreté monétaire, largement répandue dans la population réunionnaise, limite aujourd'hui encore la diffusion des produits par comparaison avec la situation métropolitaine et constitue un facteur de protection vis-à-vis des usages intensifs.

Tableau : prix courants en euros des principales substances relevés en métropole par le dispositif TREND en 2018 et à La Réunion par l'OFDT en 2019 (1 gr sauf mention contraire).

	METROPOLE	REUNION
HEROÏNE	40	NR
COCAÏNE	71,5	Entre 120 et 150 euros
ECSTASY (CP)	10	20
MDMA POUDRE	49	Entre 80 et 120
RESINE DE CANNABIS	6	Entre 10 et 15
HERBE DE CANNABIS	9.5	Entre 5 et 10
AMPHETAMINES	12	NR
LSD (BUVARD)	10	20

En plus de leur faible disponibilité et de leur cherté, les drogues illicites sont peu accessibles¹⁰ à La Réunion. D'après les intervenants, il n'existe pas de lieux de deal sur l'espace public, où la vente s'effectue de manière ostensible à des clients quelconques, au cours de plages horaires élargies, comme c'est le cas dans certains quartiers populaires métropolitains. De même, la vente de produits psychoactifs (cannabis excepté) en espaces festifs reste rare sur l'île et se cantonne aux événements festifs alternatifs du type *free party* ou à certains événements de grande ampleur. La majorité du temps, les usagers se fournissent auprès d'usagers-revendeurs qu'ils connaissent avant de se rendre sur le lieu de fête.

Si la situation réunionnaise en matière de disponibilité et d'usage de produits psychoactifs demeure éloignée de celle de la métropole, les dynamiques pointées par les acteurs interrogés semblent dessiner un rapprochement ces dernières années. Ces dynamiques mériteraient toutefois d'être objectivées par des observations plus systématiques et des investigations plus poussées, notamment dans les espaces festifs de l'île pour ce qui est de la cocaïne et de la MDMA et auprès des populations précaires pour ce qui concerne les opioïdes et les médicaments détournés.

Enfin, deux phénomènes décrits par les intervenants nécessitent de plus amples investigations. Le premier concerne la disponibilité de certains médicaments, l'Artane®, le Rivotril® et dans une moindre mesure le Rohypnol®, dont les usages détournés et associés à l'alcool sont fréquents chez certains réunionnais en situation de précarité alors qu'ils sont rares en métropole et quasi inexistant à la Martinique, la Guadeloupe et en Guyane. L'autre phénomène renvoie au développement de la disponibilité et de l'usage de cannabinoïdes de synthèse, qui aurait tendance à se substituer aux médicaments détournés cités plus haut chez les jeunes générations, notamment celles en situation de pauvreté.

Les espaces où sont consommés des substances psychoactives

Les entretiens réalisés lors de la mission ont permis d'identifier plusieurs catégories de lieux où sont consommés des produits psychoactifs :

- *Les lieux de vie des personnes sans-abri et en situation de grande précarité ;*
- *Les quartiers populaires d'habitat social ;*
- *Les petites villes et zones semi-rurales situées dans les « hauts » de l'île ;*
- *Les espaces festifs.*

¹⁰ La disponibilité désigne la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. L'accessibilité renvoie à l'intensité des démarches et des efforts à mener par un consommateur possédant l'argent nécessaire pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut ainsi être disponible mais peu accessible. Le degré d'accessibilité peut être mesuré à partir d'éléments comme le type de lieux (lieux ouverts/espace public ou lieux fermés/espace privé) où est vendu le produit, la plage horaire (jour/nuit, matin/soir) durant laquelle le consommateur peut se procurer la substance, l'obligation ou non d'avoir recours à un ou plusieurs intermédiaires pour contacter le vendeur, etc.

Les lieux de vie des personnes sans-abri et en situation de grande précarité

Si les situations de grande précarité (absence de logement, isolement familial, etc.) semblent moins répandues à La Réunion qu'en métropole compte tenu des solidarités locales, la plupart des intervenants ont indiqué qu'elles se développaient fortement ces dernières années. Selon eux, les individus concernés (essentiellement des hommes entre 20 et 45 ans) seraient souvent des poly-consommateurs de produits psychoactifs (principalement alcool, cannabis et médicaments détournés) aux usages problématiques, souffrant pour certains de troubles psychiatriques et plus globalement d'un état de santé dégradé. Les lieux dans lesquels transitent ou sont installés ces usagers rejoignent l'espace de la marginalité urbaine¹¹ tel que défini par TREND. Il s'agit notamment des établissements d'hébergement (centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation, de réinsertion sociale, lits halte soins santé, etc.), des accueils de jour, du CAARUD et de ses abords, mais également des lieux de rassemblement d'usagers dans l'espace public et des squats qui prennent des formes variées à La Réunion : maison individuelle, appartement, tente, bâtiment communal, cave abandonnée, voiture, etc.

Les quartiers populaires d'habitat social

Les entretiens ont mis l'accent sur certains quartiers populaires urbains des principales agglomérations des « bas » (zones côtières) où se concentrent les habitants les plus pauvres de l'île et qui abritent une partie des usages et des trafics. Ces quartiers (Le Port, Grande Fontaine, Bras fusil, le Chaudron, etc.) comptent parmi ceux identifiés par l'INSEE comme étant particulièrement exposés à la pauvreté et à la précarité économique et sociale (Besson, 2018b). Plus de la moitié de la population y vit en dessous du seuil de pauvreté, le taux d'emploi n'y atteint pas 35% et le chômage des jeunes de moins de 25 ans s'y établit à 42%. Les familles monoparentales y sont plus nombreuses qu'ailleurs sur l'île (45% contre 31% pour l'ensemble de La Réunion) et les revenus d'un ménage sur cinq dépendent entièrement des prestations sociales (soit deux fois plus que la moyenne réunionnaise).

Les entretiens avec les éducateurs de prévention spécialisés ont plus particulièrement abordé la question des conditions de vie et des usages de produits des jeunes habitants de ces quartiers. Certains d'entre eux ont grandi au sein de familles en difficulté (familles monoparentales, parents dépendant à l'alcool, carences affectives, etc.) et connaissent des parcours marqués par l'échec scolaire (parfois lié à des problèmes d'illettrisme) et l'incertitude en termes d'avenir. Une partie de ces jeunes issus de familles défavorisées adopte une contre-culture « cagnard »¹² qui véhicule des normes virilistes (savoir s'imposer par la force physique, séduire une femme et être performant sexuellement, etc.) et la possession de biens de consommation, notamment les vêtements et automobiles de luxe, acquis par des moyens illégaux (deal de drogue, vol et recel, etc.). Ces jeunes sont fréquemment condamnés pour

¹¹ Depuis sa création en 1999, le dispositif TREND de l'OFDT oriente ses observations sur deux espaces d'investigation choisis pour être fréquentés par des personnes particulièrement consommatrices de produits psychoactifs et pour les chances d'y observer des phénomènes émergents en matière d'usage : l'espace de la marginalité urbaine et l'espace festif techno. Ces deux catégories ne désignent pas des espaces physiques existants et observables. Il s'agit de constructions théoriques et abstraites, d'idéaux-types, élaborés par commodité, pour rendre compte des lieux et des contextes dans lesquels sont menées les observations.

¹² En créole, le « cagnard » désigne un jeune homme marginal et rebelle adoptant des pratiques délinquantes (Cochard, 2003).

des actes délictueux (principalement des vols, plus marginalement du trafic)¹³. Ils consomment d'importantes quantités d'alcool et de cannabis. Leurs autres consommations dépendent de la disponibilité des produits en circulation et alternent entre médicaments détournés (Artane® et/ou Rivotril®), MDMA et cannabinoïdes de synthèse dont l'arrivée sur l'île remonte à environ deux ans. Quelques cas de consommation détournée de Buprénorphine Haut Dosage (BHD) en sniff ont été rapportés. Les consommations de cocaïne ou d'héroïne restent rarissimes du fait de l'extrême rareté de la seconde et du prix très élevé de la première. Les intervenants insistent sur la précocité des initiations chez certains jeunes de ces quartiers : l'alcool et le cannabis seraient expérimentés entre 10 et 12 ans (parfois même avant 10 ans) dans un cadre intrafamilial, les médicaments détournés et les autres produits psychoactifs entre 12 et 14 ans avec le groupe de pairs. Les intervenants soulignent les difficultés pour accompagner ces jeunes. Leurs contacts avec les services sociaux ou sanitaires (CSPA ou CJC) ont lieu dans le cadre d'une obligation de soins faisant suite à une condamnation par la justice et ne s'inscrivent pas dans la durée.

Ces quartiers populaires doivent également être appréhendés comme des lieux où peuvent être revendus certaines substances, même si, contrairement à certaines cités de métropoles, il n'existe pas de réseau organisé s'étant emparé d'un espace en y pratiquant la vente ostensible de stupéfiants (selon un intervenant en réduction des risques, « il faut connaître et être connu » pour pouvoir y acheter des produits).

Les zones rurales et semi-rurales des « Hauts »

Les villages ou îlets et les petites villes dispersées des « hauts » (régions montagneuses du centre de l'île) forment un autre espace identifié par les intervenants. Ces lieux (Cilaos, Salazie, Sainte-Rose, Saint-Joseph et Saint-Philippe, etc.) se caractérisent par leur enclavement parfois radical (lié aux reliefs escarpés qui les dominent) et sont particulièrement concernés par la pauvreté, la précarité et certaines conduites addictives. Ils comptent parmi les « quartiers pauvres à dominante rurale » identifiés par l'INSEE (Besson, 2018b). Le taux d'emploi y est de 40% et 47% des habitants y sont catégorisés comme pauvres. Ce sont sur ces territoires que les personnes pauvres ont les revenus les plus bas de l'île : la moitié d'entre eux vit avec moins de 710 euros par mois, alors que le niveau de vie médian des ménages pauvres est de 730 euros à l'échelle de l'île. Pour certains habitants l'agriculture de subsistance familiale, de « case », joue un rôle important pour survivre.

Selon les intervenants sociaux et sanitaires, ces espaces se caractérisent également par un manque important d'infrastructures en matière de services sociaux et de santé ainsi que de professionnels. Une part importante des habitants rencontre des difficultés d'accès aux droits et aux soins et ne peut se rendre dans les zones urbaines littorales où se concentrent les équipements, du fait de l'enclavement géographique conjugué au manque de transports collectifs. Les professionnels ont également mis en avant leurs propres difficultés pour déployer des actions pérennes (campagnes de prévention dans les établissements scolaires,

¹³ Plusieurs intervenants décrivent ainsi l'existence de « bandes de jeunes cagnards », déscolarisés ou sans emploi, parfois mineurs, qui forment des « petits réseaux de voleurs » avec à leur tête un ou plusieurs meneurs un peu plus âgés.

consultation mobile en addictologie, campagne de dépistage et d'information, etc.) dans ces espaces et se coordonner.

Les zones rurales et semi-rurales des « Hauts » abriteraient principalement des consommations d'alcool et de cannabis, les autres produits y étant moins disponibles que sur les zones côtières. Les intervenants décrivent ainsi des consommations régulières et parfois intensives d'alcool par des groupes d'hommes désœuvrés et sans autres ressources que les minima sociaux devant les petits commerces (les « boutiques ») des villages et petites villes des hauts.

Les espaces festifs réunionnais

Il fut possible lors de la mission de réaliser des entretiens individuels avec trois usagers des espaces festifs réunionnais : deux métropolitains âgés de 35 et 36 ans installés sur l'île depuis près de 20 ans pour l'une, et deux ans pour l'autre, et un créole d'une trentaine d'années. Leurs témoignages ont été complétés par ceux recueillis lors de la mission auprès des professionnels fréquentant les espaces festifs de l'île. Il en ressort le même constat d'une augmentation des événements organisés sur l'île et d'une diversification des scènes festives depuis la fin des années 2000.

Cette multiplication des événements festifs se serait accompagnée depuis environ quatre ans de la diffusion de produits psychoactifs dont la présence était auparavant très restreinte dans l'île : cocaïne, MDMA-ecstasy¹⁴, LSD. Toutefois, malgré cette hausse de la disponibilité, la palette des substances disponibles demeure moins diversifiée qu'en métropole et celles-ci sont vendues deux à trois fois plus cher.

Aujourd'hui, les scènes festives réunionnaises peuvent schématiquement être regroupées en quatre groupes :

- Les salles de concert (Kabardock, Barachois, etc.) et les festivals (Sakifo, Electropical, Réunion Sonore, etc.) programmant des musiques électroniques et d'autres styles musicaux (rock, reggae), rassemblant un nombre important de spectateurs et implantés dans les secteurs du nord et du nord-ouest principalement. Mis à part l'alcool et le cannabis, on y consomme principalement de la MDMA.
- Les bars et les boîtes de nuit de la côte ouest/nord-ouest qui diffusent des musiques électroniques sont parfois loués par des collectifs de musiciens (disc-jockeys) et sont principalement fréquentés par des métropolitains et des touristes. Outre l'alcool et du cannabis, on y consomme de la MDMA ainsi que de la cocaïne.

Ces deux espaces festifs sont principalement fréquentés par des jeunes (17-35 ans), créoles et métropolitains, issus de milieux sociaux relativement favorisés et bénéficiant de ressources économiques suffisantes pour s'acquitter des billets d'entrée et de leurs consommations d'alcool. Dans leur grande majorité, ces usagers ne connaissent pas de problèmes d'addiction

¹⁴ L'ecstasy désigne la forme « comprimé » de la MDMA.

liés à leurs consommations qui, bien qu'elles puissent être plus ou moins régulières, s'inscrivent presque systématiquement dans un cadre festif et récréatif. Leurs motivations à consommer des produits ne diffèrent pas de celles de la plupart des « fêtards » métropolitains (accroissement des sensations, empathie, absence de fatigue, etc.).

- Les événements qui se rapprochent du mouvement techno alternatif et dont l'organisation rejoint celle des free parties (événements non déclarés, lieux tenus secrets, etc.). Ces événements organisés par des collectifs (ou *sound system*) regroupent un nombre relativement restreint de participants (entre 40 et 150 personnes) et se tiennent principalement dans la zone est/sud-est de l'île. Outre l'alcool et le cannabis, on y consomme de la MDMA, du LSD et il serait possible d'y trouver des champignons hallucinogènes.
- La scène *kabaré* qui regroupe des événements où se mêlent musique, chants et danses créoles, a été évoquée brièvement par quelques interlocuteurs lors de la mission. Les *kabars* sont généralement fréquentés par une population créole, mais certains d'entre eux regroupent également des métropolitains et des touristes. D'après les intervenants, les kabars abritent des consommations (parfois importantes) d'alcool et de cannabis, mais la présence d'autres produits semble être exceptionnelle.

De nombreuses soirées festives sont également organisées dans l'espace privé, à domicile. Il semblerait que cela soit particulièrement le cas chez les jeunes métropolitains de passage sur l'île (pour un ou deux ans) qui sont nombreux à résider en colocation. L'investigation de ces scènes festives par le biais d'entretiens avec des usagers/participants et d'observations directes, réalisées *in situ*, permettrait de mieux prendre la mesure des processus de diffusion de ces produits psychoactifs, des modalités d'usages, des profils des usagers et des manières dont ils s'approvisionnent.

Les psychotropes licites et illicites

L'alcool

En 2014, le premier alcool consommé en volume est la bière (64%), suivi par le vin (24%) et les alcools forts (12% dont la moitié de rhum) (ORS de La Réunion, 2015). Si l'on s'intéresse aux quantités d'alcool pur, ce sont alors les alcools forts qui dominent en représentant la moitié des quantités consommées, à lui seul le rhum pèse pour le quart de l'ensemble. La bière est la boisson alcoolisée la plus déclarée par les consommateurs hebdomadaires d'alcool en 2014 : 20% de la population consomment de la bière au moins une fois par semaine, contre 19% pour le vin et 13% pour les alcools forts (ORS Océan Indien, 2018).

Une très forte accessibilité

La question de l'accessibilité de l'alcool a été particulièrement évoquée par les professionnels rencontrés lors de la mission qui mettent en avant la facilité à se procurer le produit. La grande accessibilité de l'alcool¹⁵ s'explique par différents facteurs :

- Le système fiscal particulier¹⁶ qui conduit à une taxation réduite des rhums traditionnels agricoles et des rhums traditionnels de sucrerie¹⁷. Cette taxation préférentielle du rhum vendu en outre-mer favorise leur commercialisation à des prix bas. La Réunion enregistre ainsi le prix de l'alcool pur le moins cher de France, alors que les produits alimentaires coûtent en moyenne 20 à 30% plus chers que dans l'Hexagone. Ce système fiscal soulève des interrogations en termes de santé publique de la part des professionnels du secteur sanitaire qui déplorent sa finalité purement économique au détriment d'une politique de santé publique efficace. Cela est d'autant plus problématique que les alcools faisant l'objet d'une taxation réduite sont principalement consommés par des populations en situation de vulnérabilité. Ce régime de taxation minoré par rapport aux autres alcools importés ne concernerait pas uniquement le rhum mais l'ensemble des alcools produits localement à partir de la canne à sucre qui sont de plus en plus nombreux : whisky, pastis, etc.
- Les stratégies marketing et publicitaires des fabricants et des distributeurs d'alcool. Les intervenants sont également nombreux à mettre en évidence les campagnes publicitaires massives, permanentes et agressives menées par les alcooliers et les

¹⁵ Voir sur ces questions le rapport *Lutter plus efficacement contre les abus d'alcool* de la fédération régionale d'addictologie de la Réunion (<http://www.frar.asso.fr/IMG/pdf/synthese-pubalcool-frar-2015.pdf>).

¹⁶ Article 1^{er} de la décision n° 189/2014/UE du Conseil européen. 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 28.2.2014, p. 1).

¹⁷ Cette taxation préférentielle du rhum vendu dans les outre-mer se traduit par la réduction du droit d'accise sur le volume d'alcool pur commercialisé. 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 d'un montant par quantité de produit (par exemple par kg, par hl ou par degré). Cette disposition amène ainsi l'hectolitre d'alcool pur de rhum à une taxation indirecte inférieure de 38% par rapport aux autres alcools. Au final, un hectolitre de spiritueux est taxé 40 euros en Outre-mer, contre 578 euros en métropole. La mesure a été reconduite jusqu'au 31 décembre 2020. Au-delà de cette échéance, le prix du rhum devrait en moyenne augmenter de 0,50 euro tous les ans jusqu'en 2026.

distributeurs : campagnes d'affichage publicitaire de grande ampleur (panneau sur la voie publique, devantures des commerces, sur internet), dons de produits dérivés, importance des surfaces consacrées à l'alcool dans les supermarchés, promotions importantes sur les produits alcoolisés, présence récurrente de stands de dégustation dans les magasins, etc.

Certains intervenants évoquent également les stratégies des alcooliers pour cibler des populations spécifiques et notamment les jeunes garçons et filles à travers le sponsoring de soirées en établissements festifs, l'élaboration de packagings (couleurs, logos, visuels en trois dimensions, etc.) censés attirer leur attention (par exemple les bouteilles de Vodka Next déclinées en différentes couleurs et arômes afin de cibler jeunes hommes et jeunes femmes), la distribution d'échantillons de marques de boissons alcoolisées, etc. Certains professionnels mettent en doute la déontologie et l'éthique des pratiques des alcooliers, par exemple lorsque ceux-ci associent étroitement la consommation d'alcool, celle du rhum en particulier, à un acte citoyen ou à la traduction d'une sorte de « patriotisme réunionnais » (où il s'agit d'acheter local pour défendre l'économie locale), tout en tendant à donner des différents alcools l'image d'une consommation indispensable en toute occasion. Si toutes ces pratiques ne sont pas spécifiques à La Réunion, elles y sont présentées comme étant particulièrement intenses.

Whisky et rhum, des marqueurs sociaux

Le type d'alcool consommé varie selon la position sociale des consommateurs. Lorsqu'ils en ont les moyens, les réunionnais délaissent le rhum pour le whisky, plus onéreux mais synonyme de distinction sociale. Celui-ci se doit d'être présent en grande quantité pour toute grande occasion (baptême, mariage, etc.). Une particularité de La Réunion est de considérer la marque « Johnnie Walker » comme garante d'une meilleure qualité, conduisant La Réunion à concentrer 1,2% de la production mondiale de Red Label (producteur du Johnnie Walker). Parallèlement, le rhum, boisson considérée comme plus courante, est assimilé à l'alcool du « pauvre ». Le rhum le plus accessible, dit « Charrette », constitue en effet, et de manière visible l'essentiel de la consommation d'alcool des plus précaires (en témoigne, par exemple, les « piles plates »¹⁸ abandonnées dans l'espace public).

- Le non-respect de la législation sur la publicité et la distribution d'alcool. Ce point est revenu de manière récurrente dans les discours des professionnels qui pointent les absences récurrentes des messages appelant à une consommation modérée¹⁹ sur les devantures des établissements vendant de l'alcool ou sur des fourgonnettes affichant les couleurs d'un produit local, mais aussi la facilité avec laquelle les mineurs peuvent se procurer de l'alcool (dans les grandes surfaces et les établissements festifs), les contrôles étant plus souvent l'exception que la règle. La vente de « piles plates » (20 cl de rhum pour environ 2 euros) accroît son accessibilité. Certains intervenants

¹⁸ L'expression « pile-plate » désigne à La Réunion une flasque de 20 cl en matière plastique contenant le rhum local et dont la forme rappelle celle des piles plates de 4,5 volts.

¹⁹ « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé, à consommer avec modération ».

indiquent également la persistance de pratiques interdites comme la vente à crédit ou la vente de rhum « au verre » dans les petits commerces appelés « boutiques ».

La pile plate

Les piles plates sont principalement consommées par des usagers créoles, sur-consommateurs majeurs et souvent dépendants. Peu onéreuse (2 euros environ), elles correspondent à une unité de vente particulièrement accessible. La pile plate est ainsi une unité de mesure et d'échange. En 2006, le degré d'alcool de la « pile plate » est réduit à 40% (au lieu de 49% auparavant) comme réponse aux enjeux de santé publique. L'interdiction de ce faible contenant qui était également prévue pour en diminuer l'accessibilité n'est en revanche pas obtenue.

Il faut noter cependant que la Préfecture a adopté trois mesures réglementaires spécifiques applicables à partir du 1^{er} janvier 2020.

- Une nouvelle interdiction de la vente à emporter de toutes les boissons alcooliques, entre 21 h et 06 h dans le département.
- La création d'une démarche partenariale avec les débits de boissons à travers une charte. Pour bénéficier d'une ouverture tardive (après 0h30), les débits de boisson devront être signataires d'une charte de prévention, laquelle prévoit des mesures telles que l'organisation de deux événements par an (en week-end) de promotion des consommations sans alcool, ou l'organisation trois fois par an d'actions de prévention sur l'insécurité routière (capitaine de soirée, conducteur désigné, etc.). Elle encourage également la concertation entre les professionnels et les services de l'État.
- Le rappel et la précision des périmètres de protection.

Des usages excessifs mais concentrés sur une part de la population

L'usage excessif et chronique d'alcool est fréquemment cité comme un problème majeur et global de santé publique à La Réunion, en raison notamment d'une accessibilité particulièrement aisée mais également du fait de son intégration dans la culture locale.

Les consommations sont décrites comme relativement fréquentes. Sa présence est ainsi presque systématique lors des divers moments de sociabilité chez les créoles. Les fêtes de fin d'années, les pique-niques dominicaux entre amis ou en famille, véritables institutions à La Réunion, seraient autant de moments propices à l'usage d'alcool, parfois consommé en grande quantité, par les adultes et à l'expérimentation par les plus jeunes. En effet, nombreux sont les intervenants à avoir décrit des initiations de jeunes enfants (moins de 12 ans) lors de ces temps festifs.

Phénomène légèrement différent, des consommations plus régulières sont rapportées dans les petites villes et villages des zones rurales ou semi rurales des « Hauts », mais également dans certains quartiers populaires des centres urbains. De nombreux créoles viendraient discuter en consommant de l'alcool devant les « boutiques », celles-ci étant parfois décrites comme le lieu de rencontre principal et l'épicentre des sociabilités locales, en particulier dans

les Hauts où la population est plus dispersée. La fréquentation des cafés, des bars et des discothèques implantés à Saint-Denis ou dans les communes urbanisées du littoral de l'ouest de l'île est en revanche principalement le fait de métropolitains, touristes ou résidents, ainsi que de certains jeunes créoles plutôt aisés.

Les indicateurs quantitatifs montrent que les niveaux de consommation d'alcool à La Réunion sont relativement faibles, bien en deçà de ceux de la métropole. Les fréquences de consommations déclarées, qu'il s'agisse de consommation régulière, hebdomadaires ou quotidiennes, sont moindres parmi la population réunionnaise adolescente et adulte que dans l'hexagone, qu'à la Martinique, la Guadeloupe et qu'en Guyane. En conséquence, les risques liés à l'usage chronique y sont globalement moins répandus (Beck *et al.*, 2016b). Cependant, les réunionnais présentant un usage à risque chronique²⁰ déclarent une consommation hebdomadaire estimée de 36 verres, contre 26 en métropole (Richard, 2015 repris par ORS de La Réunion, 2015). Autrement dit, *si les buveurs réguliers d'alcool sont moins nombreux à La Réunion qu'en métropole, les quantités d'alcool qu'ils consomment sont en moyenne beaucoup plus importantes*, ce qui implique des conséquences socio-sanitaires plus lourdes.

Les témoignages des professionnels en addictologie soutiennent cette description de consommations intensives mais concentrées sur une part de la population. Ils soulignent la récurrence des cas de troubles cognitifs graves (détérioration des fonctions intellectuelles), de comorbidités psychiatriques et de vieillissement précoce chez des patients alcooliques, favorisés par des consommations de spiritueux fortement alcoolisés. Une chef de service au sein d'un service d'addictologie hospitalier qui exerçait auparavant en métropole faisait ainsi part de son étonnement face à la fréquence de ces troubles mais également d'autres pathologies liées à l'alcool chez des patients souvent moins âgés que ceux qu'elle était amenée à soigner en métropole. La plupart des soignants rencontrés au cours de la mission insistent sur la précocité des initiations chez les populations qu'ils prennent en charge. Beaucoup de leurs patients alcooliques ont connu leur première ivresse entre 10 et 12 ans (parfois même avant), celle-ci ayant lieu au sein de la famille.

Les pratiques d'alcoolisation particulièrement problématiques et marquantes se concentrent ainsi sur des segments réduits de la population qu'il serait nécessaire de mieux connaître. En effet, les propos recueillis auprès des professionnels restent relativement lacunaires même si le parallèle entre conditions de vie précaires, absence de perspective et de projection face à un avenir incertain et usages intensifs d'alcool a été maintes fois avancé. Il serait également nécessaire de mieux cerner la situation concernant l'alcoolisation familiale et festive des personnes insérées et de comprendre quelle place chacun des groupes de populations occupent dans les statistiques. Des observations précises mériteraient d'être menées afin de mieux comprendre quels sont les profils et trajectoires des personnes concernées par des consommations excessives d'alcool.

²⁰ Défini dans le Baromètre santé par des consommations hebdomadaires supérieures à 21 verres pour les hommes, 14 pour les femmes et/ou la déclaration d'au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) hebdomadaire.

Des conséquences socio-sanitaires particulièrement prégnantes

La Réunion est l'un des territoires français où les conséquences des consommations d'alcool sont les plus problématiques tant au plan sanitaire qu'au niveau judiciaire. Sur la période 2010-2012, le taux de mortalité directement liée à l'alcool à la Réunion était de 42 décès pour 100 000 habitants, soit 1,5 fois supérieur au taux métropolitain (ORS de La Réunion, 2015). Selon l'Observatoire régional de santé (ORS Océan indien, 2018), 220 décès en moyenne par an sont directement liés à l'alcool sur la période 2010-2014 (250 entre 2007 et 2009) ce qui fait de la Réunion la troisième région française où l'alcool fait le plus de victimes (derrière les Hauts-de-France et la Bretagne). Si l'on comptabilise l'ensemble des décès attribuables à l'alcool (ce qui inclut d'autres causes de décès comme les suicides, accidents, homicides) ce nombre passe à 450. L'enquête récente menée par Santé publique France montre que La Réunion est le département qui connaît le taux de mortalité associé aux principales pathologies (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique) directement liées à la consommation d'alcool le plus important tant chez les femmes que chez les hommes. L'alcool est également une cause de décès prématuré (survenant avant 65 ans) plus prégnante à La Réunion qu'en métropole : sur la période 2011-2013, l'île comptait 24 décès prématurés liés à l'alcool pour 100 000 habitants, contre 18 pour la métropole (Ricquebourg, 2016). Selon l'INSEE, les troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool sont à l'origine de 1,8% des décès à La Réunion contre 0,5% en moyenne dans l'Hexagone en 2010.

Les conséquences de l'alcool au volant sont également particulièrement importantes : en 2011, l'alcool est responsable de 12% des accidents corporels sur les routes de l'île. Environ la moitié des accidents mortels sont liés à l'alcool contre 30% en métropole. Les jeunes sont fortement impliqués dans les accidents de la route, avec ou sans alcool : 42% des victimes des accidents avec alcool avaient moins de 25 ans en 2016 (41% parmi l'ensemble des victimes) (ORS Océan Indien, 2018).

Selon les données récentes publiées par Santé publique France (SpF), en 2017, 22 passages quotidiens aux urgences sont en lien direct avec l'alcool dans les services d'urgences, soit 4,6% des passages annuels aux urgences toutes causes confondues (contre 1,4% pour la France entière). Enfin, en 2012, les séjours hospitaliers publics et privés pour alcoolisation aiguë et alcoolodépendance placent la Réunion parmi les régions les plus exposées avec un taux de recours hospitalier deux fois plus élevé que la moyenne nationale (ORS de La Réunion, 2015).

Les témoignages des agents des forces de l'ordre soulignent également l'importance de la présence des comportements sous l'emprise de l'alcool dans les affaires de violence physique non-crapuleuses au premier rang desquels les violences intra-familiales et conjugales, et plus largement dans les faits de délinquance. L'alcool constitue donc une problématique importante à La Réunion dont les conséquences concernent l'ensemble de la population, directement ou indirectement : surmortalité, mortalité prématurée, pathologies chroniques, nombre de passages aux services d'urgence, accidentologie routière, violences conjugales, violences sur les enfants, etc.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale : une problématique spécifique

Une préoccupation forte de santé publique tient à l'alcoolisation fœtale liée aux consommations chez les jeunes femmes réunionnaises. La fréquence d'usage d'alcool à risque chronique concerne 2% des femmes à La Réunion. Ces femmes sont donc moins nombreuses à consommer de l'alcool qu'en métropole mais absorbent des quantités plus importantes (36 verres par semaine contre 26 en métropole). D'après une enquête réalisée par Santé publique France (Laporal *et al.*, 2018), La Réunion est la région française présentant le plus de cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Entre 2006 et 2013, l'île comptait en effet 0,36 cas de SAF pour 1 000 naissances, contre 0,07 à l'échelle nationale, soit cinq fois plus. Depuis 2010, 59 fœtus ont été diagnostiqués porteurs d'un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) à La Réunion, soit en moyenne 9 fœtus concernés par an sur la période 2010-2015 (ORS Océan indien, 2018). Les autorités de santé réunionnaises ont inscrit la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus comme une priorité régionale de santé. Avec le soutien de la MILDECA, l'ARS de La Réunion 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 Fœtale (TCAF) d'une durée de trois ans (2016-2018). Ce plan a notamment permis la mise en place d'équipes mobiles pour aller à la rencontre des femmes éloignées du système de soins, de programmes d'éducation thérapeutique spécifiques et d'un centre de ressources régional ayant des missions d'expertise, de coordination des acteurs et de centralisation des informations relatives à l'observation et à la surveillance des troubles liés à l'alcoolisation fœtale.

L'alcool apparaît également comme le premier produit objet d'une demande de soins à La Réunion, comme l'indiquent les données d'activité des six CSAPA de La Réunion : pour 63% des usagers de ces établissements, le premier produit à l'origine de la prise en charge est l'alcool et 8 usagers sur 10 ont une consommation problématique d'alcool (ORS Océan indien, 2018).

Le cannabis

Les données recueillies lors de la mission convergent pour attester d'une banalisation de l'usage de cannabis qui ne serait pas considéré comme une drogue par certains usagers, mais comme un produit « naturel » et, de ce fait, inoffensif pour la santé. Ce point était déjà évoqué dans les rapports TREND du début des années 2000 qui expliquaient ces représentations par des usages de cannabis thérapeutiques variés et sa présence relativement ancienne dans la pharmacopée locale. Cultivé dans les jardins, le cannabis est aujourd'hui encore employé pour soulager les douleurs liées à certaines affections respiratoires comme l'asthme²¹, des douleurs digestives ou encore pour faire fuir certains parasites des cultures²². En dehors de ces usages auto-thérapeutiques, la consommation de « zamal » a longtemps fait l'objet d'une désapprobation sociale forte et s'est cantonnée à des groupes sociaux relativement limités

²¹ Un des effets aigus du cannabis est en effet la bronchodilatation.

²² Ces types d'usages perdurent, comme en témoigne le fait que le « zamal » a par exemple été utilisé en décoction au milieu des années 2000 pour traiter le chikungunya alors que l'île faisait face à une épidémie, provoquant une augmentation rapide de la demande en produit.

(les « rasta » se revendiquant du mouvement spirituel et culturel Rastafari, certains journaliers coupeurs de canne ou des jeunes en quête d'expérimentation, etc.).

Usages actuels : une extension des consommations chez les jeunes

Pour les intervenants interrogés, l'image du produit s'est fortement améliorée depuis quelques décennies, ce qui a favorisé la hausse de la visibilité de son usage dans l'espace public et sa diffusion vers des groupes d'utilisateurs plus diversifiés : consommations « récréatives » par de jeunes adultes créoles et métropolitains dans un cadre festif ; usages de personnes socialement et économiquement insérées qui consomment dans un cadre privé après une journée de travail ; usages intensifs et problématiques, associés à l'alcool et à des médicaments, par des personnes en situation de précarité socioéconomique, etc. Un signe attestant de cette plus grande acceptation sociale (plusieurs intervenants ont employé le terme de « banalisation ») renverrait au fait que certains réunionnais semblent croire que le « zamal » n'est pas un produit illicite et qu'une tolérance existe de la part des services de police et de gendarmerie quant à la production et à l'usage, tant que ceux-ci restent modestes. Les représentations positives à l'égard du produit sont toutefois à nuancer car son usage dans l'espace public reste rare et mal vu par la plupart des créoles. Les modalités d'usage varient en fonction des générations : les jeunes ont très souvent tendance à le fumer avec du tabac alors que les plus vieux le consommeront plus souvent pur.

Cette banalisation se traduit dans les enquêtes en population générale par une progression des expérimentations chez les jeunes. En effet, si les indicateurs de consommation régulière ou au cours du mois placent La Réunion à un niveau proche de celui de la métropole, la mesure de l'expérimentation montre un écart générationnel plus important. A 17 ans ou à l'âge du lycée, les jeunes réunionnais sont plus nombreux que les jeunes métropolitains à avoir expérimenté le cannabis (OFDT et ORS de la Réunion, 2018 ; Spilka *et al.*, 2018), alors que les adultes connaissent la situation inverse (ORS Océan indien, 2018). La part des expérimentateurs culmine ainsi, pour les hommes, à 61% pour les 25-34 ans et décroît jusqu'à 19% pour la génération des 55-64 ans. L'écart entre les hommes et les femmes est nettement plus marqué qu'en métropole, puisque les chiffres en population féminine ne dépassent pas respectivement 35% et 7%.

L'offre : un marché local en mutation

Cette situation est liée à la forte disponibilité du « zamal », produit localement sans difficulté du fait du climat insulaire favorable à sa culture. Cette forte disponibilité découle de l'existence de plantations de grande ampleur (plusieurs centaines de pieds) dans les zones rurales et escarpées de l'île. Cette production est destinée à la vente sur place ou à l'exportation vers les îles voisines et permet aux cultivateurs/trafiquants d'engranger des revenus parfois confortables. La présence de nombreuses auto-cultures dont la production limitée est revendue et consommée au sein d'un cercle restreint d'utilisateurs contribue également à la forte disponibilité du produit. Si, globalement, les effets du « zamal » sont réputés forts par les usagers, sa qualité est décrite comme étant variable²³.

²³ Notamment en fonction des différents labels (« qualité champagne », « orange », etc.) attribués aux différentes variétés de « zamal » en fonction de leur qualité et de leur saveur.

Plusieurs intervenants soulignent cependant des transformations majeures du marché du cannabis à partir de la fin des années 2000. Alors que le « zamal » faisait principalement l'objet de troc contre des biens d'utilisation courante ou des services, il serait aujourd'hui très majoritairement vendu à des prix variables en fonction de la teneur en principe actif supposée du produit et de la saisonnalité (le produit étant vendu plus cher à mesure que s'éloigne la période de récolte). La hausse du prix du « zamal » à partir de la fin des années 2000 serait également liée à l'intensification de l'activité policière et au démantèlement de plantations de taille importante dans des zones rurales et montagneuses difficilement accessibles. Le « zamal » est vendu sous différentes formes en fonction de la quantité : le « magot », le « fagot » et le « rouleau » (5 à 10 joints pour 20 à 30 euros).

Par ailleurs, les formes de cannabis se sont diversifiées en raison de l'introduction de variétés hybrides réputées plus fortement dosées en tétrahydrocannabinol (THC, l'un des principes psychoactifs du cannabis) que le « zamal ». Le développement des hybrides hollandaises s'explique également par le fait qu'elles nécessitent moins de temps que le « zamal » pour arriver à maturation, le cultivateur gagnant ainsi en productivité (les mêmes phénomènes ont été constatés dans la région du Rif au Maroc). Pour l'ensemble des intervenants interrogés, la résine de cannabis en provenance de métropole est également beaucoup plus disponible depuis quelques années, ce dont témoigne la hausse des saisies douanières qui ont doublé entre 2017 et 2018 (passant de 20 à 40 kg). Toutefois, ce trafic reste très artisanal (petites quantités). Si ces deux produits (hybride hollandaise et résine importée de métropole) semblent particulièrement appréciés par certains usagers réguliers en raison de leur teneur a priori élevée en THC, leur prix – 12 à 15 euros le gramme pour la résine, soit près du double que les prix pratiqués en métropole et 8 et 15 euros pour l'hybride hollandaise – limite leur diffusion à des groupes d'usagers disposant d'un pouvoir d'achat relativement conséquent, notamment des métropolitains et des créoles aisés.

Les conséquences sanitaires des usages de cannabis à La Réunion semblent délicates à mesurer. Les données statistiques concernant les cinq CSAPA implantées à La Réunion montrent que le cannabis est le produit à l'origine de la prise en charge pour 12% des patients contre plus de 21% au niveau national, mais ces données sont difficiles à interpréter du fait du poids important de l'alcool dans ces consultations et parce qu'elles dépendent également des habitudes de recours au soin. Quoi qu'il en soit, les conséquences sanitaires des usages de cannabis n'apparaissent pas comme spécifiquement importantes à La Réunion. Comme en métropole, les professionnels insistent toutefois sur la présence presque systématique du cannabis dans les pratiques de poly-usages et sur les conséquences problématiques causées par une consommation intensive du produit, notamment chez certains jeunes issus de milieux sociaux défavorisés et en situation d'échec scolaire. De même, les soignants en structure hospitalière ont également évoqué quelques cas de décompensations et de syndromes psychotiques ayant entraîné une hospitalisation.

Les médicaments détournés

Un vieillissement des usagers ?

L'usage détourné de médicament, notamment l'Artane®, le Rivotril® et le Rohypnol®, constitue une caractéristique importante des consommations de produits psychoactifs sur l'île de La Réunion ainsi qu'une préoccupation de santé publique dès les années 1980. Ce phénomène a été décrit par le dispositif TREND dans la première moitié des années 2000. Les usagers sont alors principalement des adolescents ou de jeunes créoles (moins de 30 ans), en situation de précarité sociale et professionnelle, qui alternent entre les différents médicaments en fonction de leur disponibilité (OFDT, 2002) et les associent à de l'alcool et au « zamal ».

La mission réalisée en 2019 a permis d'apporter quelques éléments d'évolution sur ces usages de médicaments détournés. Un constat partagé par les professionnels renvoie au fait que ces médicaments sont presque systématiquement consommés en association avec d'autres produits, au premier rang desquels l'alcool puis le cannabis. Un second point fait consensus parmi les intervenants : l'usage régulier ou quotidien des médicaments détournés seraient aujourd'hui principalement le fait d'hommes créoles en situation de pauvreté, ayant débuté leur consommation avant ou au cours des années 2000. Certains d'entre eux sont aujourd'hui âgés de plus de quarante ans.

La population des usagers de médicaments détournés serait donc globalement vieillissante, ces usages étant aujourd'hui moins répandus que les décennies précédentes chez les jeunes générations. Lorsque leurs moyens économiques le permettent, ces dernières se tourneraient davantage vers des drogues illicites telles que la MDMA ou les cannabinoïdes de synthèse, dont la disponibilité a fortement crû sur l'île depuis les années 2010. Ainsi, pour un intervenant du CAARUD, depuis le milieu des années 2010 les usages détournés de médicaments sont « ringardisés » par les jeunes usagers qui les consomment par défaut, en l'absence d'autres produits « plus côtés » ou des ressources économiques nécessaires à leur acquisition. De même, pour un usager de médicaments impliqué dans les trafics, si ces derniers sont encore disponibles sur le marché, ils « ne se vendent plus autant qu'avant » et sont principalement consommés par « les anciens ». Cet usager met également en avant les profits relativement faibles tirés de la vente de médicaments détournés en comparaison à d'autres produits (MDMA et cannabinoïdes de synthèse), ce qui pourrait expliquer leur moindre disponibilité.

Plus globalement, d'après les témoignages recueillis au cours de la mission, en 2019, les usagers quotidiens et réguliers seraient moins nombreux qu'au milieu des années 2010. Deux dynamiques expliqueraient cette évolution : le durcissement des conditions et des pratiques de prescription et de délivrance par les médecins et pharmaciens de l'île qui faisait suite à plusieurs condamnations²⁴ de médecins et de patients impliqués dans des trafics ; la baisse des saisies de médicaments vendus au marché noir par les forces de l'ordre. En effet, les

²⁴ La restriction des délivrances de médicament, d'Artane® notamment, de la part des médecins et des pharmaciens entraîne un report des usagers vers les structures hospitalières. Une cheffe de service en addictologie indiquera ainsi être « en difficulté avec l'Artane® » du fait d'une hausse importante des demandes de prescription dont il n'est pas possible de gérer le flux.

représentants des services de police et de douanes ont indiqué une baisse du nombre de d'affaires et de médicaments saisis sur les cinq dernières années. En 2014, plus de 70 000 comprimés d'Artane® avaient été saisis par la police et les douanes, contre 31 846 en 2016 et 11 000 en 2018 (pour les seules douanes). Cette baisse est toutefois délicate à mesurer car les chiffres relatifs aux saisies de médicaments détournés peuvent fortement varier d'une année sur l'autre du fait d'une saisie importante liée au démantèlement d'un réseau particulier. Il convient donc de relativiser la portée de ces informations qui sont davantage révélatrices de l'évolution des activités et politiques policières locales que de celle des niveaux d'usage réels.

Les données quantitatives issues du baromètre santé indiquent que l'expérimentation de médicaments détournés concerne 3,2% des réunionnais âgés de 15 à 75 ans (ORS Océan indien, 2018). Ce niveau d'usage est plus élevé que pour n'importe quel autre drogue illicite (excepté le cannabis), signe de la diffusion de ces pratiques sur l'île de La Réunion. Cette enquête ne permet cependant pas de rendre compte de leur évolution à La Réunion, ni de comparer ces niveaux d'usage avec ceux de la métropole, ce qui limite fortement leur portée et leur intérêt.

L'Artane®

L'Artane®, semble être le médicament dont l'utilisation détournée est la plus ancienne et la plus importante selon les intervenants²⁵ (un intervenant en CAARUD indique que l'Artane® aurait le statut de « produit mythique » sur l'île). C'est en outre le produit le plus fréquemment déclaré par les consommateurs de médicaments détournés dans l'enquête Baromètre Santé Dom (ORS Océan indien, 2018). Le comprimé est disponible sur le marché noir via le détournement de prescriptions médicales ou l'importation illégale de contrefaçon depuis Madagascar, de nombreux trafics ayant été démantelés entre ce pays et La Réunion ces dernières années.

Les consommateurs ingèrent le comprimé, l'utilisation des voies nasales et intraveineuses restant extrêmement rares. Les témoignages d'intervenants en contact avec les usagers d'Artane® font état d'une pluralité d'intentionnalités et de contexte d'usage.

Le premier renvoi à la recherche d'effet psychodysléptiques intenses (perception accrues, euphorie, etc.), voire d'hallucinations, dans un objectif de « défonce ». Les usagers consomment alors plusieurs comprimés (parfois jusqu'à 5 comprimés sur un intervalle de temps rapproché) qu'ils associent à l'alcool et/ou le cannabis pour en maximiser les effets.

L'Artane® peut également être consommé (mais dans des quantités plus modestes) pour ses effets anxiolytiques, euphorisants et psychostimulants. Là encore il est presque systématiquement associé à l'alcool et/ou au cannabis ou à des boissons contenant de la caféine (« effet café »), produits dont il permettrait de potentialiser les effets.

²⁵ Ce problème de santé publique a fait l'objet de travaux dès la fin des années 1980 : voir par exemple la thèse de médecine d'Eric Manche (1989) intitulée « La Place de l'Artane® dans la toxicomanie à l'île de La Réunion », Marseille, Univ. Aix-Marseille. Mais ces travaux se cantonnent à une approche strictement médicale peu prompte à rendre compte des dynamiques sociales et culturelles qui expliquent les usages.

Dans ces contextes, l'Artane® serait consommé quotidiennement même si des usages irréguliers et opportunistes existent. Des cas d'usagers consommant un comprimé d'Artane® dès le réveil et poursuivant leur consommation tout au long de la journée pour relancer l'effet dès que celui-ci perd en intensité ont été rapportés par des professionnels en addictologie. Ces derniers indiquent également que la désinhibition et le sentiment de puissance procuré par l'Artane® lorsqu'il est consommé en plus petite quantité faciliterait la commission de délit (vol, agression, etc.), ce que confirme l'entretien réalisé avec les forces de l'ordre.

Plusieurs témoignages rapportent des usages d'Artane® comme aphrodisiaque, afin d'améliorer leurs performances sexuelles.

Enfin, certains usagers utiliseraient l'Artane® dans un but d'automédication : le médicament leur permettrait de diminuer (voire de stopper) leurs consommations d'alcool et de trouver plus aisément le sommeil en cas d'insomnie. Certains soignants en addictologie hospitalière et intervenant en réduction des risques confirment l'efficacité de l'Artane® pour stabiliser ces consommations chez certains patients, malgré l'absence de littérature scientifique permettant objectiver ce phénomène. Ils appuient leur constat sur plusieurs cas d'anciens poly-usagers de substances (alcool, cannabis) qui se sont insérés dans le monde du travail, ont fondé une famille et qui ont stoppé la totalité de leur consommation.

Selon la littérature médicale, une consommation régulière et prolongée d'Artane® entraînerait une dépendance psychique faible à modérée en fonction du niveau d'usage (Hentz, 2017). En revanche, l'existence d'une dépendance physique à l'Artane® fait l'objet de débats. Toutefois, plusieurs intervenants en addictologie décrivent des cas de tolérance importante ainsi que des syndromes de sevrage donnant lieu à l'arrêt brutal de la consommation : tremblements, vomissements, irritabilité et accès de violence, etc.

La MDMA/Ecstasy

La MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine) est une drogue de synthèse qui peut être vendue sous forme de comprimé (le produit sera alors appelé ecstasy), de poudre ou de cristaux. Sa diffusion en métropole date du début des années 2000 et a suivi l'essor du mouvement festif techno. Le produit est recherché plus spécifiquement pour ses effets empathogènes (favorisant l'empathie). À forte dose, c'est un produit hallucinogène qui peut entraîner des modifications des perceptions sensorielles.

Les observations menées par le site TREND réunionnais jusqu'en 2003 faisaient état de la présence sporadique de comprimés d'ecstasy dans les établissements festifs (discothèques, bars de nuit) de l'île ou lors de fêtes privées. L'accessibilité au produit était alors très limitée : les comprimés étaient importés par des usagers métropolitains, rarement revendus et, lorsqu'ils l'étaient, à un prix particulièrement élevé au regard des tarifs hexagonaux.

Quinze ans plus tard, l'ensemble des témoignages recueillis auprès des usagers et des professionnels concernant la MDMA convergent. La situation aurait ainsi substantiellement évolué : la disponibilité et les usages du produit seraient en forte augmentation depuis 2015 environ, le développement considérable des achats sur internet ayant fortement augmenté la disponibilité du produit. La hausse des usages de MDMA n'est pas perceptible dans les

enquêtes en population générale. En 2014, le taux d'expérimentation de la MDMA concernait seulement 1,6% de la population réunionnaise âgée de 18 à 64 ans contre 4,2% pour la métropole. Cependant cette enquête a été réalisée en 2014 et ne peut donc permettre de prendre la mesure de l'augmentation des usages constatée par l'ensemble des acteurs à partir du mitan des années 2010.

Les chiffres relatifs aux saisies douanières sont en forte augmentation ces dernières années, ce qui conforte les témoignages des usagers fréquentant les scènes festives et des intervenants. Ainsi, le nombre de cachets saisis par les douanes serait passé d'environ 2 600 en 2013 à plus de 8 000 en 2017 puis à plus de 25 000 en 2018. Les forces de l'ordre insistent également sur la hausse, depuis deux à trois ans, du nombre de mules qui transportent des quantités parfois importantes d'ecstasy (le plus souvent dans leurs bagages) et qui s'ajoutent au développement du fret postal.

La majorité des usages a lieu en contexte festif. Le produit peut être acheté sur place (notamment lors d'évènements festifs de taille importante comme les festivals qui se sont développés ces dernières années) auprès d'usagers-revendeurs métropolitains ou créoles, qui l'achètent eux-mêmes sur internet et le revendent dans les espaces festifs de l'île qu'ils fréquentent. À l'instar de la situation métropolitaine, les consommateurs sont à la recherche de sensations corporelles appréciées en contexte festif (désinhibition, euphorie, perception accrue de la musique). Un comprimé d'ecstasy est couramment vendu 20 euros, le double du tarif métropolitain, son prix pouvant même atteindre 30 euros. Des témoignages rapportent des ventes de MDMA sous sa forme poudre, conditionné en « parachute », pour un prix variant entre 15 et 25 euros l'unité.

Les professionnels de prévention et certains soignants en addictologie identifient un autre type d'usage de MDMA qui se développe selon eux depuis 2015-2016 et se distingue des usages en contexte festif. Il s'agit de jeunes (15-30 ans) des quartiers populaires, en situation d'échec scolaire, sans perspective d'insertion professionnelle et parfois en rupture familiale, décrits par certains professionnels comme étant « en errance », qui consommeraient de la MDMA en l'associant avec de l'alcool et du cannabis. Il s'agirait pour eux de « tromper l'ennui » et d'oublier temporairement les difficultés liées à leur condition sociale. Pour ces jeunes, la MDMA serait plus attractive que l'usage détourné de médicaments, du fait de la puissance et de la durée de ses effets. Un homme d'une trentaine d'année rencontré alors qu'il était hospitalisé en service d'addictologie appartenait à ce profil d'utilisateur. Il disait consommer de l'ecstasy quotidiennement ou presque (un à trois comprimés par jours) en association avec l'alcool. Les professionnels soulignent les difficultés qu'ils rencontrent pour établir un contact avec ces jeunes qui se tiennent éloignés des institutions de prise en charge de la jeunesse. Certains d'entre eux consommeraient la MDMA par voie fumée, à l'aide d'une feuille d'aluminium pour ressentir les effets plus rapidement et/ou pour éviter les douleurs digestives parfois provoquées par l'ingestion.

L'approvisionnement en MDMA de ces populations reste à décrire. Selon le témoignage d'un intervenant en CAARUD, si l'approvisionnement en comprimé d'ecstasy via internet était d'abord une pratique d'usagers-revendeurs socialement insérés fréquentant les espaces festifs de l'île et revendant une partie de leur stock à leur entourage, certains jeunes des

quartiers populaires urbains se seraient « appropriés cette technologie » et y ont aujourd’hui recours. Le témoignage d’un jeune usager en situation de pauvreté confirme ces observations. Celui-ci raconte que lui et d’autres jeunes précaires de son quartier étaient chargés, par une personne plus âgée qu’eux, de réceptionner des colis de plusieurs dizaines de grammes de MDMA commandés via internet et livrés à l’adresse d’une maison abandonnée.

Si les quelques usagers rencontrés lors de la mission, qu’il s’agisse de métropolitains et de créoles insérés sur les plans socio-économiques et consommant de la MDMA en contexte festif ou de jeunes créoles issus des quartiers populaires en situation de relégation sociale, soulignent globalement la puissance et l’intensité des effets de la MDMA, leurs discours portent également sur la variabilité de ces effets et sur la composition aléatoire des poudres et des comprimés. Des discours ont été rapportés concernant la présence de certaines substances toxiques (mort au rat par exemple) comme produit de coupe ou d’autres substances psychoactives (certaines poudres de MDMA contiendraient de la méta-amphétamine). Ces éléments rappellent l’intérêt d’instaurer à La Réunion un dispositif permettant de faire analyser la composition des drogues. De même, la situation concernant l’usage de MDMA à La Réunion, tant en contexte festif qu’au sein de l’espace public par des jeunes en situation précaire, nécessite d’être mieux connu. En effet, la hausse importante de la présence du produit étant un fait relativement nouveau, la description des usages et des usagers permettrait par exemple une meilleure diffusion des pratiques de réduction des risques (fractionner les comprimés, espacer les prises, ne pas partager sa paille en cas de sniff, etc.).

La cocaïne

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est une substance d’origine végétale, obtenue par transformation de la feuille de coca. Classée parmi les stimulants, elle se présente sous forme de poudre blanche, consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), parfois pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale) ou intraveineuse (injection). Sa consommation entraîne une sensation de puissance intellectuelle et physique, engendrant une indifférence à la fatigue, couplée à un sentiment d’euphorie. La cocaïne est à l’origine d’une dépendance psychique conduisant à des envies irrésistibles d’en consommer (*craving*) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

À La Réunion, la cocaïne est restée pendant longtemps un produit très peu accessible du fait de sa rareté et de son prix élevé. Son usage se retrouvait à des cercles initiés, touristes ou métropolitains pour la grande majorité, bien insérés socialement et disposant de ressources économiques conséquentes pour se procurer un produit onéreux. Les consommations se limitaient à des temps festifs.

Quinze ans après ces premières observations, les données collectées au cours de la mission renouvelle en partie ces constats. Pour les intervenants interrogés en 2019, la cocaïne est toujours peu consommée à La Réunion du fait de son prix : entre 90 et 150 euros le gramme en fonction de la « qualité » présumée du produit. Les consommations ont lieu en contexte festif, lors de soirées organisées en espace privé ou au sein des établissements implantés dans l’ouest de l’île et principalement fréquentés par des métropolitains, touristes et résidents. Les

enquêtes en population générale adulte attestent de cette diffusion très limitée de la cocaïne à La Réunion au regard notamment de la situation métropolitaine : en 2014, le produit n'avait été expérimenté que par 1% des réunionnais âgés de 18 à 64 ans, contre 5,4% en métropole. Du fait de son usage peu répandu, les conséquences socio-sanitaires de la cocaïne à La Réunion semblent très limitées comparativement au reste du territoire français. Le produit est à l'origine d'une consultation en CSAPA pour seulement 0,6% des patients accueillis et 0,1% pour le crack, contre respectivement 2,8% et 1,6% au niveau national. De même, les intervenants du CAARUD soulignent la rareté des usagers réguliers de cocaïne dans leur file active.

Les représentations à l'égard du produit varient. Si les usagers précaires interrogés l'associent à la réussite sociale et économique, les plus aisés, qui le consomment occasionnellement en contexte festif, insistent sur sa « qualité » variable (souvent mauvaise) et sur un rapport qualité-effet/prix peu avantageux au regard d'autres produits comme la MDMA.

La situation réunionnaise diffère ainsi substantiellement de celle de la métropole. La faible quantité de cocaïne présente sur le territoire réunionnais, conjuguée à la cherté du produit, protègent encore largement les habitants de l'île d'un usage abusif. Toutefois, les témoignages convergent pour affirmer une augmentation de la disponibilité du produit et une hausse de ses usages. Les personnes interrogées qui fréquentent les espaces festifs affirment qu'il est moins difficile de s'en procurer auprès de revendeurs qu'il y a quelques années, à condition de les connaître. Certains intervenants de prévention indiquent quant à eux qu'il est possible de s'approvisionner en cocaïne dans certains quartiers populaires où des jeunes adultes en vendent à des usagers insérés venus s'en procurer. Le témoignage d'un jeune impliqué dans les trafics va dans le même sens : si le produit « tourne » dans son quartier, il ne serait pas consommé par ses habitants mais uniquement revendu à des « métro » et des créoles aisés. Comme pour la MDMA, la question de l'évolution de la disponibilité et des consommations de cocaïne pourrait faire l'objet d'investigations.

Les cannabinoïdes de synthèse ou « chimique » :

La « chimique » ou le « chamane » sont les termes employés par les usagers et les soignants pour désigner les cannabinoïdes de synthèse qui sont des composés artificiels agonistes des récepteurs au THC mais dont les effets diffèrent du cannabis mais aussi les uns des autres. Ces substances peuvent être consommées sous forme de poudre pulvérisée sur des morceaux de plantes (« spice ») ou du tabac ou sous forme liquide. Certains consommateurs se procurent ces produits déjà conditionnés, vendus sous des appellations commerciales fantaisistes (Mad Hatter, Buddha Blue, etc.), parfois sans mention des molécules contenues.

La question de l'usage de cannabinoïdes de synthèse à Mayotte a fait l'objet d'une enquête spécifique ayant contribué rendre intelligible ce phénomène (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2018), celui-ci reste encore peu documenté et donc peu connu à La Réunion. Plusieurs témoignages recueillis auprès d'usagers, de soignants en addictologie et d'intervenants en prévention spécialisée ont toutefois permis d'apporter quelques éléments d'éclaircissement, en l'absence de données quantitatives sur les usages de ce produit. La « chimique » serait un produit relativement disponible à La Réunion et expérimenté par de nombreux jeunes.

Cependant, ces expérimentations donneraient presque systématiquement lieu à des surdoses (entraînant notamment des pertes de connaissances, des convulsions, des crises d'angoisse) conduisant la grande majorité des individus à ne pas poursuivre leur consommation.

L'usage régulier de cannabinoïdes de synthèse serait en revanche principalement circonscrit à des populations de jeunes (15-25 ans) issues des quartiers populaires urbains dont la situation est préoccupante : échec scolaire et déscolarisation, absence de perspective d'insertion professionnelle, pauvreté monétaire, etc. Lorsqu'ils expérimentent la « chimique », ces jeunes seraient tous déjà poly-usagers réguliers de produits psychoactifs, en particulier de cannabis et d'alcool et/ou de médicaments détournés. Ces jeunes seraient parvenus à maîtriser les effets du produit et glisseraient rapidement vers une consommation aux conséquences sociales problématiques. Ce fut le cas d'un jeune majeur interrogé au cours de la mission alors qu'il était suivi par un service hospitalier en addictologie dans le cadre d'une procédure judiciaire d'obligation de soin. Il souligne à plusieurs reprises la « vulnérabilité » des jeunes de son quartier devant la dépendance rapide qu'entraîne le produit. Cette dernière provoque à son tour des problèmes d'endettement et/ou l'implication dans le trafic ou d'autres actes de délinquance pour financer la consommation. Cet usager insiste ainsi sur la lucrativité de la revente de cannabinoïdes de synthèse dans laquelle il s'est investi pendant une courte période pour payer sa consommation. Il se dit particulièrement préoccupé par le développement des usages de « chimique » en hausse selon lui dans les quartiers populaires. Cette préoccupation est également relayée par des éducateurs en prévention spécialisée intervenant au sein de quartiers populaires de différentes villes de l'île.

Les cannabinoïdes de synthèse seraient plus présents dans les quartiers populaires des villes du sud (Saint Louis, Saint Pierre, Saint Joseph) et de l'Est (Saint Benoit, Saint Anne) de l'île selon plusieurs intervenants. Cette situation s'expliquerait notamment par la présence plus importante que dans le reste de l'île de personnes appartenant à la communauté mahoraise où l'usage du produit serait plus fréquent. L'équipe soignante du CHU implanté au sud de l'île indique ainsi que la consommation de cannabinoïdes de synthèse « commence à s'implanter » depuis environ un à deux ans. Une dizaine de patients, tous âgés de moins de trente ans et sans autres ressources que le RSA, consulteraient en raison de leur consommation de « chimique », cette dernière ayant été repérée suite à une hospitalisation pour une autre problématique. Ces soignants décrivent également l'installation soudaine de dépendance et la dégradation rapide des conditions de vie des usagers (endettement, isolement social, etc.). Signe de cette dépendance importante, il arrive que le produit prenne le pas sur les autres usages (cannabis et médicaments détournés). Des cas de soumissions chimiques conduisant à des vols et à des agressions sexuelles sont également rapportés²⁶. D'autres soignants indiquent que le produit serait disponible et consommé en prison, notamment par des jeunes mahorais.

Les renseignements collectés lors de la mission ne permettent pas de décrire précisément les modalités de trafic et d'approvisionnement en cannabinoïde de synthèse. Pour certains intervenants, il n'existerait pas encore de réseaux importants et structurés mais plutôt une multitude de petits réseaux se procurant des cannabinoïdes de synthèse via internet ou auprès d'organisations fabriquant le produit à Mayotte et assurant son importation vers La

²⁶ Un décès survenu au printemps 2019 dans le sud de l'île serait dû à une consommation de « chimique ».

Réunion. Les prix rapportés varient également en fonction des intervenants. Pour certains, les 30 grammes de produit, souvent conditionné dans un paquet de tabac à rouler, seraient vendus aux alentours de 300 euros, une cigarette de « chimique » pouvant se monnayer 10 euros. Pour d'autres intervenants, les 30 grammes vaudraient alors entre 500 et 800 euros. Les usagers mélangent le contenu des cigarettes vendues à l'unité à du tabac puis le reversent dans trois à cinq nouvelles cigarettes afin d'éviter des effets indésirables (perte de connaissance, etc.).

Les observations réalisées n'excluent pas le fait que des cannabinoïdes de synthèse puissent être consommés régulièrement par des jeunes scolarisés sans difficultés socio-économiques importantes, mais ces derniers sont moins visibles pour les intervenants interrogés dans le cadre de la mission. C'est un enjeu important que de mieux appréhender et documenter ces usages et d'identifier les molécules psychoactives des différents cannabinoïdes de synthèse en circulation à la Réunion.

Les hallucinogènes naturels et synthétiques

Le LSD ou acide lysergique

Peu d'informations concernant ce produit ont été rapportées par les acteurs rencontrés au cours de la mission. Son usage ne donnerait pas lieu à des consultations dans les structures d'addictologie. Il concernerait très majoritairement des métropolitains familiers des drogues (il s'agirait d'une « drogue de zoreille » pour reprendre les propos d'un intervenant en réduction des risques) et se cantonnerait à des contextes festifs, plus particulièrement aux événements alternatifs du type free party. Le LSD serait importé par des usagers-revendeurs fréquentant les espaces festifs de l'île via internet. Le prix d'un buvard de LSD varie entre 20 et 30 euros.

Le datura

Comme pour le LSD, les informations concernant cette plante hallucinogène sont peu nombreuses. Il s'agirait d'une substance très peu consommée, en raison des connaissances des dosages nécessaires qu'elle implique pour un usage récréatif et de l'intensité des effets qu'elle procure (hallucinations visuelles et auditives), lesquels peuvent se traduire par des sensations désagréables (angoisses, crises de paniques voire bouffées délirantes). Le datura fait ainsi l'objet d'une image négative et à la réputation d'un produit dangereux, les cas de complications psychologiques/psychiatriques suite à sa consommation sont souvent cités tant par les professionnels que les usagers rencontrés.

Références bibliographiques

- Actif N., Ah-Woane M. (2013) Indicateurs sociaux départementaux à La Réunion. Une situation sociale hors norme. *Insee Partenaires*, n° 25, 4 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291838>
- Ajir S. (2015) Des ménages toujours plus petits. *Insee Flash La Réunion*, n° 40, 2 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371132>
- Beck F. (Dir.) (2016) Jeunes et addictions. Saint-Denis, OFDT, 208 p.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/jeunes-et-addictions/>
- Beck F., Obradovic I., Spilka S. (2016a) Addictions en outre-mer. Note 2016-02. Saint-Denis, OFDT, 7 p.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/note-outre-mer/>
- Beck F., Richard J.-B., Gauduchon T., Spilka S. (2016b) Les usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et les adultes. *Tendances*, OFDT, n° 111, 6 p.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbw7.pdf>
- Besson L. (2018a) Niveaux de vie et pauvreté à La Réunion en 2015. La pauvreté plus présente dans de petites communes rurales. *Insee Flash La Réunion*, n° 131, 2 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3567996>
- Besson L. (2018b) Cartographie de la pauvreté à La Réunion. Plus de la moitié des Réunionnais vivent dans des quartiers précaires. *Insee Analyses La Réunion*, n° 34, 4 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3619236>
- Cadet-Taïrou 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.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/loffre-lusage-et-limpact-des-consommations-de-chimique-mayotte-une-etude-qualitative/>
- Castel R. (1995) Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Paris, Fayard, coll. L'espace du politique, 490 p.
- Cochard N. (2003) Le mythe urbain du cagnard. Étude d'un corpus de presse autour des événements du Chaudron. *Etudes Créoles*, n° 5, p. 47-69.

- Coder Y., Duplouy B., Fabre E. (2016) La départementalisation de La Réunion. 1946-2016 : 70 ans de mutations économiques. *Insee Analyses La Réunion*, n° 18, 4 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128996>
- Fabre E., Rivière J., Perrain D. (2015) Comptes économiques rapides pour l'Outre-mer (CEROM) - La Réunion. Emploi et chômage : le paradoxe réunionnais, IEDOM, AFC, Insee, 6 p.
https://www.cerom-outremer.fr/IMG/pdf/cerom_emploi_et_chomage_le_paradoxe_reunionnais.pdf
- Facy F., Dally S., Rabaud M. (2001) Alcoolisme et précarité. In : Précarisation, risque et santé, Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (Dir.). Paris, INSERM, p. 351-363.
- Fondation Abbé Pierre (2014) L'état du mal-logement en France. La Réunion - Un éclairage régional. Une mobilisation partenariale indispensable. Suivi des priorités identifiées en 2013, 20 p.
https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/rapport_sur_letat_du_mal-logement_2014_-_la_reunion.pdf
- Hentz T. (2017) Addictions et mésusage de l'Artane® (trihexyphénidyle) sur l'île de La Réunion. Aix-Marseille Université, Faculté de pharmacie, Thèse de pharmacie, 104 p.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01523617/>
- Jamouille P. (2000) Drogues de rue : récits et styles de vie. Bruxelles, De Boeck université, 239 p.
- Kovess V., Mangin-Lazarus C. (1997) La santé mentale des sans abri à Paris : résultats d'une enquête épidémiologique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n° 9, p. 17-24.
- Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., V. G., Regnault N. (2018) Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Saint-Maurice, Santé publique France, 10 p.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>
- Maurin L., Bernier M. (2013) Des départements d'outre-mer marqués par les difficultés sociales et les inégalités. *Compas études*, n° 9, 8 p.
https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/compasetudes9_octobre2013_2.pdf
- OFDT (2002) Réunion. In : Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001 : rapport locaux des sites TREND (Tome 2). Paris, OFDT, p. 557-600.
<https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/reun01.pdf>

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.
<https://www.ofdt.fr/index.php?cID=976>

OFDT (2019) RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge).
<https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>

ORS de La Réunion (2010) Les personnes Sans Domicile Fixe usagères des services d'aide à la Réunion. Saint-Denis, Observatoire régional de la santé de la Réunion, 98 p.
<http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=435009>

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) Les comportements addictifs à La Réunion. Actualisation 2017 des indicateurs de suivi. Saint-Denis, Observatoire régional de la santé Océan indien, 56 p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_tb_addictions_reunion_2018.pdf

ORS Océan indien (2019) La santé mentale à La Réunion. Saint-Denis, Observatoire régional de la santé Océan indien, 28 p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_mentale_reunion_2019.pdf

Paillole P. (2019) Enquête emploi en continu. Le chômage et son halo augmentent en 2018. *Insee Flash La Réunion*, n° 154, 2 p.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3973442>

Paugam S. (2009) La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté. 4^e édition. Paris, PUF.

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.
<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/2015/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-resultats-detailles-selon-le-dom-l-age-et-le-sexe>

Ricquebourg M. (2016) Les Réunionnais et l'alcool. État des lieux et spécificités. In : Colloque Régional "Pour un usage modéré et responsable de l'alcool", 3 et 4 mars 2016, 42 p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/com_colloque_alcool_03032016.pdf

Rochoux J.-Y. (1998) Chômage : des chiffres et des hommes. *Journal de l'île de La Réunion*, 27 octobre.

Roinsard N. (2007) La Réunion face au chômage de masse. Sociologie d'une société intégrée, PU Rennes, coll. Le sens social, 313 p.

Roinsard N. (2008) Un avenir incertain. Socialisation, formation et perspectives d'emploi des jeunes à la Réunion. *Faire Savoirs*, n° 7, p. 47-54.
<https://faire-savoirs.mmsch.univ-aix.fr/Pdf/FS-7-2008-106.pdf>

Roinsard N. (2014a) Pauvreté et inégalités de classe à la Réunion. Le poids de l'héritage historique. *Etudes rurales*, n° 194, p. 173-189.
<https://journals.openedition.org/etudesrurales/10180>


Roinsard N. (2014b) Le chômage de masse à La Réunion revisité au prisme des jeunesses réunionnaises. *Diversité*, n° 178, p. 129-135.

Schlegel V. (2015) Les usages de drogues dans les marges du travail : le cas de sans-abri lillois. *Psychotropes*, Vol. 21, n° 1, p. 97-111.
<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2015-1-page-97.htm>

Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A. (2018) Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017. Saint-Denis, OFDT, 54 p.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>

Temporal F. (2017) Les jeunes ultramarins : quelle(s) réalité(s) ? *Cahiers de l'action*, n° 49, p. 7-17.
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2017-2-page-7.htm>

Watin M. (2012) Aspects des mutations sociologiques contemporaines à La Réunion. In : XIXème congrès international des sociologues de langue française, Rabat, Maroc, 2012-07-02, p. 7-16.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00906571>



Les usages de substances psychoactives licites et illicites sur l'île de La Réunion constituent un phénomène dont les évolutions sont peu documentées. Afin de mieux cerner ces évolutions, qui s'inscrivent dans le contexte socio-économique et culturel spécifique à la société réunionnaise, l'Agence régionale de santé de La Réunion a confié une mission à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui a donné lieu à ce rapport.

Sa première partie présente des données socio-démographiques afin de contextualiser les usages de drogues sur le territoire réunionnais. Fondée sur une analyse documentaire et sur une enquête de terrain qualitative menée au cours mois d'avril 2019, la seconde partie dresse un état des lieux synthétique de la situation en matière d'usage de substances psychoactives en pointant les dissemblances et ressemblances avec la situation en métropole. Cet état des lieux aborde notamment la prégnance des problématiques liées aux consommations d'alcool et dans une moindre mesure au cannabis et aux médicaments détournés. Il met également en lumière la diversification des substances disponibles et consommées à La Réunion, comme la MDMA et les cannabinoïdes de synthèse.

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

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-49-1

Crédits photographiques : © LR Photographies / © Guillaume06560