

STANISLAS SPILKA
Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
CHLOÉ COGORDAN
Santé publique France
FRANÇOIS BECK
Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
JEAN-BAPTISTE RICHARD
Santé publique France

Baromètre santé DOM 2014

Les usages de drogues illicites



L'ESSENTIEL EN QUELQUES CHIFFRES

La population résidant dans les DOM apparaît, comparée à la situation métropolitaine, moins concernée par les usages de drogues illicites. Si ce constat, globalement vrai pour tous les produits et pour tous les départements, rejoint les observations réalisées sur l'alcool et le tabac, il convient toutefois d'y apporter quelques nuances, les comportements de consommation de produits psychoactifs de la population ultra-marine apparaissant singuliers et contrastés.

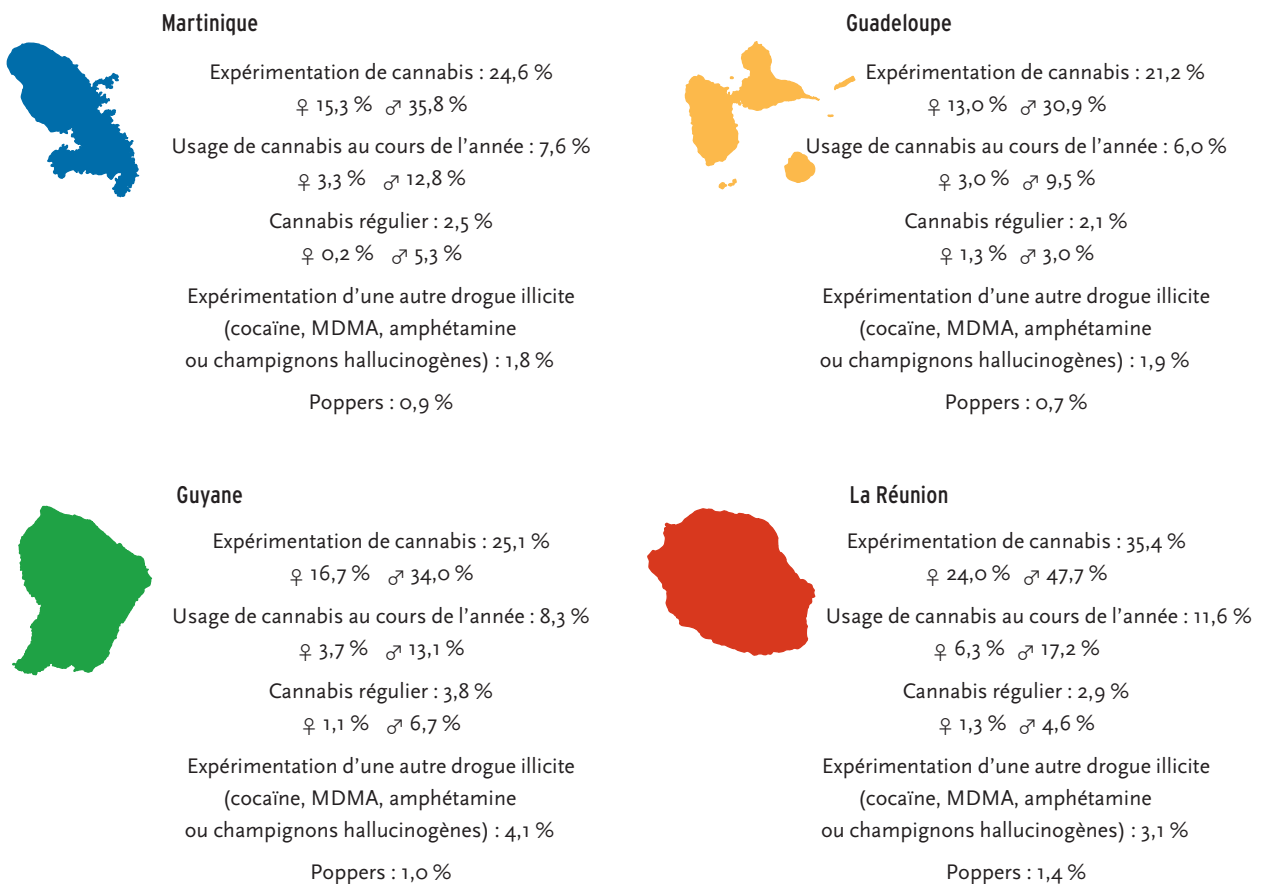
Parmi les drogues illicites, globalement moins répandues en outre-mer, le cannabis arrive en tête parmi les 15-64 ans, avec des niveaux d'expérimentation compris entre 21 et 35 % selon les DOM en 2014, loin devant les autres drogues illicites (moins de 3 %). À l'exception de La Réunion (12 %) dont les niveaux d'usage de cannabis dans l'année se révèlent proches de ceux de la métropole (11 %), les niveaux d'usage actuel sont deux fois inférieurs à la moyenne métropolitaine : respectivement 6 % en Guadeloupe, 8 % en Guyane et en Martinique. En revanche, l'usage régulier de cannabis (dix fois par mois ou plus) concerne environ 3 % de la population dans les DOM comme en métropole. Les différences entre les hommes et les femmes sont plus marquées dans les

DOM qu'en métropole en ce qui concerne l'expérimentation de cannabis et l'usage dans l'année.

Les facteurs associés à l'usage de cannabis se révèlent globalement similaires à ceux observés en métropole : le niveau d'usage apparaît supérieur parmi les hommes et parmi les jeunes générations, les individus plus diplômés s'avèrent plus expérimentateurs, les usages plus fréquents se trouvent liés à la situation de chômage, notamment à La Réunion et en Martinique pour les usages réguliers. De plus, dans ces deux départements, le fait d'être né en métropole, relativement aux natifs, apparaît lié à un usage régulier de cannabis.

Parmi les autres drogues illicites, quel que soit le territoire considéré, le produit le plus expérimenté est la cocaïne, puis les champignons hallucinogènes et la MDMA, et enfin les amphétamines. Les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à tester les produits illicites autres que le cannabis. Le crack, dont l'usage s'observe généralement parmi une population très marginalisée, se révèle dans les DOM une substance peu expérimentée à l'échelle de la population : 0,3 % aux Antilles, 0,7 % en Guyane.

CHIFFRES CLÉS/INDICATEURS PRINCIPAUX PARMIS LES 15-64 ANS



INTRODUCTION

Depuis la fin des années 1990, le dispositif national d'observation des usages de drogues étend ses enquêtes statistiques aux départements d'outre-mer (DOM). L'enquête ESCAPAD (enquête sur la santé et les consommations) menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC – ex Journée d'appel et de préparation à la défense), couvre les trois départements de la zone caribéenne (Guyane, Martinique, Guadeloupe) et l'île de La Réunion depuis 2001¹ [1]. Elle est, à ce titre, la seule enquête auprès de la population adolescente qui offre un suivi de l'évolution sur quinze ans des indicateurs d'usages de substances psychoactives dans les DOM. La dernière enquête s'est déroulée en 2014. Par ailleurs, en 2015, l'enquête scolaire ESPAD menée en métropole depuis 1999 a pour la première fois été étendue aux DOM. L'enquête Baromètre santé DOM, lancée pour sa part en 2014 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes²) [2], s'inscrit dans ce déploiement et dans un souci de comparabilité avec la métropole. En effet, si certains particularismes locaux (infrastructures moins développées, présence d'une population étrangère importante en nombre, éloignement de la métropole...) rendent leur réalisation plus complexe [3], toutes ces enquêtes ont été conçues de manière à permettre une comparaison rigoureuse des comportements de consommations avec ceux observés en métropole.

1. Une description précise de la méthode d'enquête est disponible sur <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>

2. En 2016, l'InVS, l'Inpes, l'Eprus et Adalis se sont unis pour créer Santé publique France. Précédemment, les Baromètres santé étaient réalisés par l'Inpes.

Avant la mise en place du Baromètre santé DOM, il n'existait pas dans les DOM d'enquêtes représentatives de la population adulte menées régulièrement. Cependant des enquêtes ont pu être réalisées dans le cadre d'initiatives locales, comme à La Réunion ou à la Martinique [4]. Si des cartographies des pratiques de consommation de substances psychoactives ont pu être dessinées dans chacun de ces quatre DOM à partir de ces différentes enquêtes, la synthèse des données demeurait néanmoins fragile car reposant sur des informations issues de sources hétérogènes, utilisant des méthodologies différentes et ayant été réalisées à des époques distinctes.

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer les pratiques relatives aux usages de drogues illicites (initiation, consommation occasionnelle ou régulière en ce qui concerne le cannabis), d'étudier les déterminants de l'usage de cannabis et de mettre ces résultats en regard des mesures issues des autres enquêtes réalisées dans les DOM et des observations réalisées en France métropolitaine.

L'inclusion de Mayotte dans le champ de l'enquête a été envisagée, mais le contexte économique, social, démographique et culturel de ce département récent nécessitait d'adapter fortement la méthode d'enquête. L'enquête n'a donc pas été conduite à Mayotte en 2014, mais une étude de faisabilité a cependant été lancée en 2016 afin de déterminer le protocole d'enquête qui permettrait de répondre au mieux aux besoins de connaissances sur ce territoire. Quelques éléments sur la situation mahoraise sont néanmoins évoqués en discussion, notamment à partir du regard porté par les acteurs locaux de la prévention.

RÉSULTATS

LE CANNABIS

Le cannabis est davantage expérimenté en France métropolitaine que dans les DOM, quels que soit le sexe ou la tranche d'âge considérés. L'expérimentation concerne 41 % des 15-64 ans résidant sur le territoire métropolitain, soit 49 % des hommes et 33 % des femmes. La Guadeloupe affiche les niveaux d'expérimentation les plus bas avec seulement 31 % des hommes et 13 % des femmes, tandis que la Martinique et la Guyane se caractérisent par des niveaux d'expérimentation un peu supérieurs. En revanche, la proportion d'expérimenta-

teurs est nettement plus élevée à La Réunion, notamment parmi les hommes (avec 48 % d'expérimentateurs). Tous les DOM présentent une évolution des taux d'expérimentation par âge comparable à celle de la métropole avec des taux similaires entre 15 et 45 ans et des taux plus faibles parmi les 46-64 ans [figure 1].

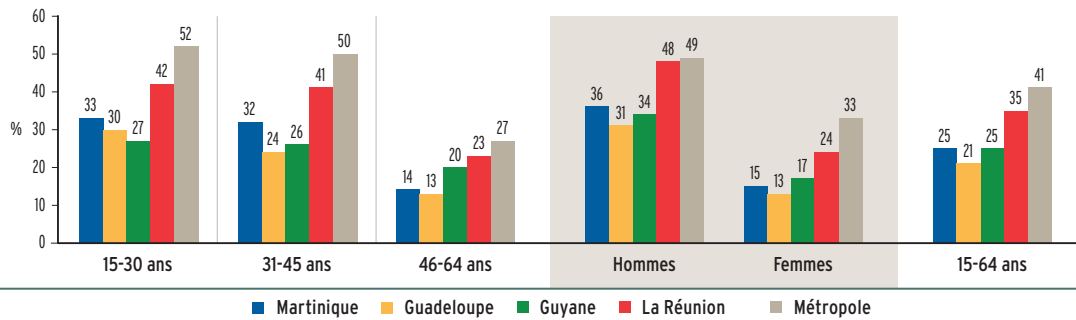
En 2014, les proportions des personnes ayant déclaré avoir consommé récemment du cannabis (au moins une fois au cours des douze derniers mois) sont similaires en France métropolitaine et à La Réunion. En revanche, les usagers actuels de cannabis sont deux fois moins nombreux en Guadeloupe (6 %) qu'en métropole (11 %),

LEXIQUE

Expérimentateurs : individus déclarant avoir déjà essayé une substance au cours de leur vie.

Usagers (actuels) : individus déclarant avoir consommé une substance au cours des douze derniers mois, ne serait-ce que de temps en temps.

Usagers réguliers : individus déclarant consommer une substance au moins dix fois par mois.

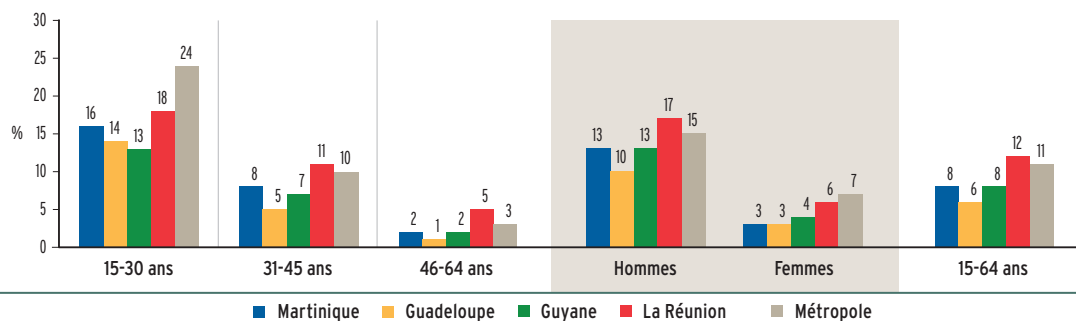
FIGURE 1 Taux d'expérimentateurs du cannabis par tranche d'âge, sexe et parmi les 15-64 ans

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

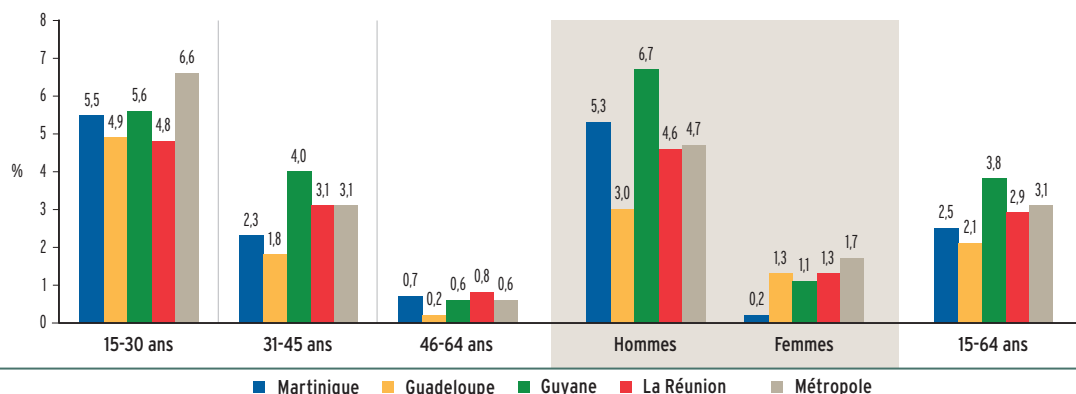
tandis que les autres DOM affichent des niveaux de consommation intermédiaires, autour de 8 %. Si la part des usagers actuels est toujours plus importante parmi les hommes que parmi les femmes dans tous les territoires étudiés, la différence est plus marquée dans les DOM qu'en métropole où les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à être considérés comme usagers actuels. Dans les DOM, on compte trois fois (Guadeloupe, Guyane, Réunion) voire quatre fois (Martinique) plus d'hommes que de femmes usagers actuels. De façon similaire dans tous les DOM et en métropole, la part des usagers actuels diminue très fortement avec l'avancée en âge. On note toutefois que les usagers récents semblent un peu plus âgés à La Réunion

qu'ailleurs dans les DOM et même qu'en métropole [figure 2].

La proportion d'usagers réguliers de cannabis est globalement équivalente dans les DOM et en métropole. La Guadeloupe se distingue néanmoins par un niveau de consommation régulière un peu plus faible (environ 2 % vs 3 % en métropole). À l'échelle de l'ensemble de la population, les hommes de Guyane semblent toutefois être un peu plus consommateurs réguliers de cannabis que leurs homologues métropolitains. Une autre particularité concerne la Martinique où la part des femmes consommant régulièrement du cannabis est quasi nulle : seules trois femmes ont déclaré un tel usage dans l'échantillon, soit 0,2 % de la population féminine de l'île [figure 3].

FIGURE 2 Taux d'usagers actuels de cannabis par tranche d'âge, sexe et parmi les 15-64 ans

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

FIGURE 3 Taux d'usagers réguliers de cannabis par tranche d'âge, sexe et parmi les 15-64 ans

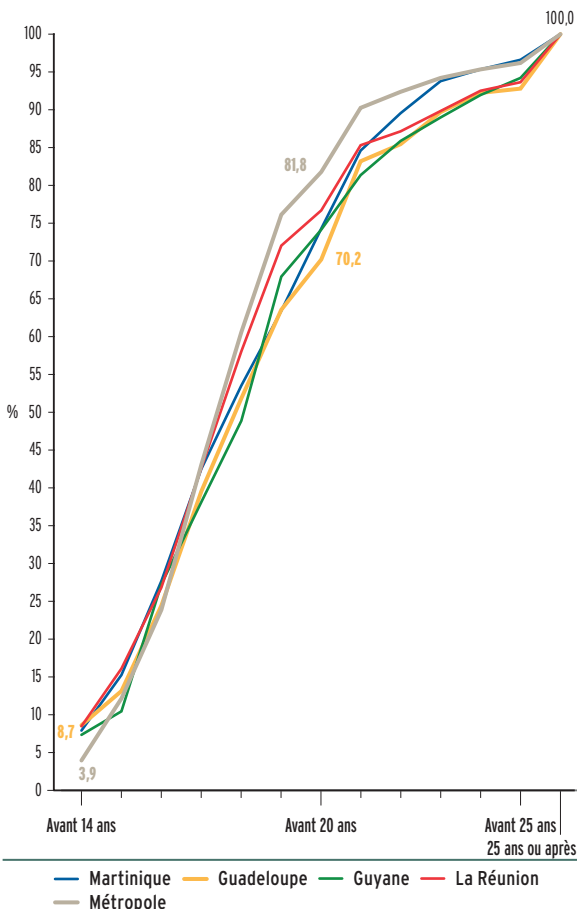
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

Âge d'initiation au cannabis

Parmi l'ensemble des personnes de 40 ans ou moins³ ayant déjà fumé du cannabis, l'âge moyen d'expérimentation déclaré est de 17,6 ans en Martinique (16,9 ans pour les hommes, 18,7 ans pour les femmes), 18,0 ans en Guadeloupe (18,2 ans pour les hommes, 17,5 ans pour les femmes), 17,9 ans en Guyane (17,5 ans pour les hommes, 18,7 ans pour les femmes), et 17,7 ans à La Réunion (16,9 ans pour les hommes, 19,0 ans pour les femmes). En 2014, l'âge moyen d'initiation parmi les 40 ans ou moins en métropole était de 17,4 ans (17,2 ans pour les hommes, 17,5 ans pour les femmes). À l'exception de la Guadeloupe, l'expérimentation du cannabis se produit ainsi en moyenne plus tardivement chez les femmes que chez les hommes dans les DOM. Dans le détail, les expérimentateurs ayant fumé leur premier joint avant 20 ans sont légèrement moins nombreux dans les DOM (autour de 75 % contre 82 % en métropole). À l'inverse, environ 8 % des expérimentateurs ont consommé du cannabis pour la première fois avant 14 ans, plus qu'en métropole (3,9 %) [figure 4].

3. Sachant que les deux tiers des expérimentateurs sont âgés de 40 ans ou moins (64 %), étudier l'âge d'initiation parmi cette population permet d'atténuer le biais de mémorisation.

FIGURE 4 Âge du premier joint de cannabis (parmi les individus de 40 ans ou moins) : taux d'initiation cumulés



Note de lecture : en Guadeloupe, 70,2 % des expérimentateurs de 40 ans ou moins ont fumé leur premier joint avant 20 ans contre 81,8 % en métropole.
Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

Facteurs associés à l'expérimentation, à l'usage actuel et à l'usage régulier de cannabis

L'ajustement sur les facteurs sociodémographiques montre qu'en métropole comme dans l'ensemble des DOM, la consommation de cannabis demeure fortement associée au sexe. Les hommes déclarent plus souvent un usage de cannabis, quelles que soit leurs autres caractéristiques, et la part relative des hommes est d'autant plus importante que l'usage est fréquent. Cette caractéristique de l'usage de cannabis est particulièrement manifeste en Martinique où l'on n'observe pas ou quasiment pas de consommation régulière parmi les femmes. Le sex-ratio est toutefois plus faible en métropole que dans les DOM pour tous les niveaux d'usage, à l'exception de l'usage régulier en Guadeloupe.

Par rapport aux jeunes générations (15-30 ans), la consommation de cannabis est moins courante parmi les tranches d'âge supérieures (31-45 ans et 46-64 ans), les usages déclinant avec l'âge. Si l'expérimentation du cannabis semble légèrement plus marquée parmi les personnes diplômées (Baccalauréat ou supérieur), excepté en Guadeloupe, les usages actuels et réguliers de cannabis n'apparaissent pas associés au niveau scolaire. Cette tendance s'inverse en métropole où l'usage régulier se révèle moindre parmi cette population diplômée. Dans les DOM, ni la consommation dans l'année ni la consommation régulière ne présentent de lien avec le niveau de diplôme. Ainsi, le schéma d'inversion du gradient éducationnel observé entre l'expérimentation (plus fréquente parmi les plus diplômés) d'un côté et l'usage régulier (plus fréquent parmi les moins diplômés) de l'autre, que l'on constate en métropole au cours des dernières décennies [5], n'est pas vrai outre-mer. Le niveau de revenu est un facteur discriminant pour l'expérimentation de cannabis en métropole comme dans les DOM. On trouve notamment parmi les revenus élevés (3^e tercile) en métropole, en Guadeloupe et à La Réunion, davantage de personnes qui déclarent l'avoir expérimenté que parmi les personnes ayant de faibles revenus (1^{er} tercile). En revanche, comme pour le diplôme, cette propension ne se vérifie pas pour les usages plus fréquents. La situation d'activité des individus a des influences disparates sur les indicateurs de consommation de cannabis. De façon générale, il semble qu'être au chômage favorise la consommation, excepté en Guyane [tableaux I à III].

Autres facteurs associés à l'usage régulier de cannabis

Enfin, remarquons que contrairement à ce qui est observé pour le tabagisme quotidien, le fait que les individus vivent seuls, parlent le plus souvent créole ou encore présentent une détresse psychologique (la détresse psychologique correspondant ici à un score MH-5 inférieur ou égal à 56) n'est pas associé à une probabilité plus importante de fumer régulièrement du cannabis et ce quel que soit le DOM considéré.

En revanche, l'association entre un usage régulier de cannabis et le fait d'être né en France métropolitaine se révèle particulièrement significative parmi ceux vivant en Martinique ou à La Réunion [tableau IV].

TABLEAU I Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation de cannabis, parmi les 15-64 ans, dans les DOM et en métropole

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion		Métropole	
	n = 1708 observations		n = 1711 observations		n = 1769 observations		n = 1873 observations		n = 13 220 observations	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Sexe										
Femmes (réf.)	1		1		1		1		1	
Hommes	3,7	[2,9;4,8]	3,2	[2,5;4,1]	2,6	[2,1;3,4]	2,9	[2,3;3,6]	2,0	[1,8;2,1]
Âge										
15-30 ans (réf.)	1		1		1		1		1	
31-45 ans	0,7	[0,5;1,0]	0,6	[0,4;0,8]	0,6	[0,5;0,8]	0,7	[0,5;0,9]	0,7	[0,7;0,8]
46-64 ans	0,3	[0,2;0,4]	0,3	[0,2;0,4]	0,4	[0,3;0,5]	0,3	[0,2;0,4]	0,3	[0,3;0,4]
Diplôme										
< Bac (réf.)	1		1		1		1		1	
Bac	1,5	[1,1;2,1]	1,2	[0,9;1,7]	1,1	[0,8;1,6]	1,1	[0,8;1,5]	1,3	[1,2;1,4]
> Bac	1,7	[1,2;2,4]	1,3	[1,0;1,9]	1,7	[1,2;2,4]	1,5	[1,1;2,0]	1,4	[1,3;1,6]
Revenus										
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	1		1		1		1		1	
2 ^e tercile	0,9	[0,7;1,4]	1,2	[0,8;1,7]	0,8	[0,6;1,1]	1,2	[0,9;1,6]	1,2	[1,1;1,4]
3 ^e tercile (élevé)	1,3	[1,0;2,1]	2,4	[1,6;3,5]	1,4	[1,0;2,0]	1,7	[1,3;2,4]	1,4	[1,2;1,6]
NSP/Refus	0,9	[0,6;1,4]	1,1	[0,7;1,7]	0,9	[0,6;1,2]	1,0	[0,5;1,4]	0,6	[0,5;0,7]
Situation										
Travail (réf.)	1		1		1		1		1	
Études	0,6	[0,4;1,0]	0,9	[0,6;1,4]	0,4	[0,2;0,4]	0,5	[0,3;0,7]	0,6	[0,6;0,7]
Chômage	1,5	[1,1;2,0]	1,8	[1,3;2,5]	0,7	[0,5;1,0]	1,2	[0,9;1,6]	1,1	[1,0;1,3]
Autres inactifs/retraités	1,4	[0,9;2,1]	0,8	[0,5;1,3]	0,8	[0,5;1,2]	0,5	[0,4;0,8]	0,6	[0,5;0,7]

Les chiffres en gras indiquent que la différence est significative au seuil de 5 %.

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

TABLEAU II Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel de cannabis, parmi les 15-64 ans, dans les DOM et en métropole

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion		Métropole	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Sexe										
Femmes (réf.)	1		1		1		1		1	
Hommes	4,9	[3,2;7,6]	4,0	[2,5;6,5]	4,6	[3,0;6,9]	3,1	[2,2;4,2]	2,3	[2,1;2,6]
Âge										
15-30 ans (réf.)	1		1		1		1		1	
31-45 ans	0,4	[0,3;0,7]	0,3	[0,2;0,6]	0,3	[0,2;0,5]	0,5	[0,3;0,7]	0,4	[0,4;0,5]
46-64 ans	0,1	[0,0;0,1]	0,1	[0,0;0,1]	0,1	[0,0;0,2]	0,2	[0,1;0,3]	0,1	[0,1;0,2]
Diplôme										
< Bac (réf.)	1		1		1		1		1	
Bac	0,7	[0,4;1,2]	1,1	[0,6;1,8]	1,0	[0,6;1,6]	1,1	[0,7;1,6]	1,1	[0,9;1,3]
> Bac	1,1	[0,6;1,9]	1,0	[0,5;1,9]	1,3	[0,8;2,2]	1,5	[1,0;2,2]	1,0	[0,9;1,2]
Revenus										
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	1		1		1		1		1	
2 ^e tercile	0,7	[0,4;1,3]	0,6	[0,3;1,2]	0,8	[0,5;1,3]	1,0	[0,7;1,5]	1,1	[1,0;1,3]
3 ^e tercile (élevé)	0,7	[0,4;1,3]	1,3	[0,7;2,5]	1,3	[0,8;2,3]	1,7	[1,1;2,6]	1,2	[1,0;1,4]
NSP/Refus	0,8	[0,5;1,4]	1,3	[0,7;2,3]	0,5	[0,3;0,9]	1,0	[0,6;1,7]	0,5	[0,4;0,6]
Situation										
Travail (réf.)	1		1		1		1		1	
Études	0,8	[0,5;1,6]	1,2	[0,7;2,4]	0,5	[0,3;0,9]	1,0	[0,6;1,9]	1,8	[1,6;2,2]
Chômage	2,2	[1,3;3,6]	2,0	[1,1;3,5]	0,9	[0,6;1,5]	1,2	[0,8;1,9]	1,6	[1,4;2,0]
Autres inactifs/retraités	1,1	[0,4;2,5]	2,1	[0,8;5,5]	1,3	[0,6;2,7]	0,7	[0,4;1,4]	1,0	[0,8;2,3]

Les chiffres en gras indiquent que la différence est significative au seuil de 5 %.

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

TABLEAU III Facteurs sociodémographiques associés à l'usage régulier de cannabis, parmi les 15-64 ans, dans les DOM et en métropole

	Martinique*		Guadeloupe		Guyane		La Réunion		Métropole	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Sexe										
Femmes (réf.)			1		1		1		1	
Hommes			2,6	[1,2;5,4]	9,0	[4,4;18,4]	3,5	[1,8;6,7]	2,7	[2,2;3,4]
Âge										
15-30 ans (réf.)	1		1		1		1		1	
31-45 ans	0,3	[0,1;0,7]	0,4	[0,2;0,8]	0,5	[0,3;0,8]	0,8	[0,4;1,5]	0,5	[0,4;0,6]
46-64 ans	0,1	[0,0;0,3]	0,1	[0,0;0,2]	0,1	[0,0;0,2]	0,2	[0,1;0,5]	0,1	[0,1;0,2]
Diplôme										
< Bac (réf.)	1		1		1		1		1	
Bac	0,5	[0,2;1,4]	0,9	[0,4;2,0]	0,8	[0,4;1,8]	1,7	[0,9;3,4]	0,8	[0,6;1,0]
> Bac	1,4	[0,5;3,6]	0,6	[0,2;2,0]	1,1	[0,5;2,4]	1,0	[0,4;2,7]	0,5	[0,4;0,7]
Revenus										
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	1		1		1		1		1	
2 ^e tercile	0,8	[0,3;1,9]	0,7	[0,3;2,0]	1,0	[0,5;2,1]	0,7	[0,3;1,5]	1,1	[0,9;1,4]
3 ^e tercile (élevé)	0,4	[0,1;1,3]	1,1	[0,4;3,4]	1,5	[0,7;3,3]	1,6	[0,7;3,5]	1,2	[0,9;1,6]
NSP/Refus	0,7	[0,3;1,6]	1,9	[0,8;4,5]	0,6	[0,3;1,5]	1,1	[0,5;2,5]	0,4	[0,2;0,7]
Situation										
Travail (réf.)	1		1		1		1		1	
Études	0,7	[0,3;1,6]	0,7	[0,3;1,9]	0,5	[0,2;1,1]	2,0	[0,8;5,1]	1,2	[0,9;1,6]
Chômage	3,8	[1,6;8,9]	1,8	[0,7;4,3]	1,3	[0,6;2,5]	4,8	[2,2;10,3]	2,0	[1,5;2,7]
Autres inactifs/retraités	2,0	[0,4;11,1]	1,3	[0,3;7,0]	3,9	[1,6;9,6]	1,4	[0,3;5,6]	0,9	[0,5;1,5]

* Seules trois femmes martiniquaises ont déclaré fumer régulièrement du cannabis au sein de l'échantillon, la régression n'a donc été réalisée que parmi les hommes pour la Martinique. Les chiffres en gras indiquent que la différence est significative au seuil de 5 %.

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

TABLEAU IV Autres facteurs associés à l'usage régulier de cannabis : vivre seul, lieu de naissance, langue parlée le plus souvent et détresse psychologique, parmi les 15-64 ans, dans les DOM

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion	
	Proportions (pondérées)	OR (non pondérés)	Proportions (pondérées)	OR (non pondérés)	Proportions (pondérées)	OR (non pondérés)	Proportions (pondérées)	OR (non pondérés)
Vit seul								
Non (réf.)	2,7	1	2,2	1	3,6	1	2,6	1
Oui	1,3	1,1 [0,4; 3,2]	1,1	1,3 [0,5; 3,8]	6,7	1,5 [0,7; 3,2]	5,8	1,8 [0,9; 3,8]
Lieu de naissance								
Dans le DOM (réf.)	2,1	1	2,2	1	4,3	1	2,5	1
France métropolitaine	4,7	5,4 [2,0; 14,3]	2,0	0,9 [0,3; 3,0]	7,8	1,4 [0,6; 3,0]	4,2	3,3 [1,4; 7,5]
Autre	4,7	2,5 [0,7; 9,5]	1,3	0,8 [0,2; 2,8]	2,3	0,5 [0,3; 1,1]	6,6	3,1 [1,2; 7,9]
Langue parlée le plus souvent								
Français (réf.)	2,7	1	2,0	1	4,8	1	3,0	1
Autre	1,8	0,9 [0,4; 2,3]	2,2	1,0 [0,4; 2,2]	2,8	0,6 [0,3; 1,1]	2,9	1,1 [0,5; 2,4]
MHS < 56								
Non (réf.)	2,1	1	1,9	1	3,8	1	2,7	1
Oui	3,6	1,9 [0,9; 4,3]	2,4	1,3 [0,6; 3,0]	4,0	1,6 [0,8; 3,0]	3,5	1,5 [0,8; 2,9]

Les chiffres en gras indiquent que la différence est significative au seuil de 5 %.

Les modèles sont ajustés sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, revenus par unité de consommation, situation professionnelle.

Sources : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

LES AUTRES DROGUES ILLICITES

Les drogues illicites autres que le cannabis sont davantage expérimentées en métropole que dans les DOM. En métropole, parmi les 15-64 ans, 8 % déclaraient en 2014 avoir consommé dans leur vie au moins l'un des quatre produits suivants : cocaïne, champignons hallucinogènes, MDMA ou amphétamines. Cette proportion est beaucoup plus faible dans les DOM, où moins de 3 % de la population déclaraient avoir déjà pris l'une de ces substances [tableau V].

Quel que soit le territoire considéré, le produit le plus expérimenté est la cocaïne, puis les champignons hallucinogènes et la MDMA, et enfin les amphétamines. Les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à tester les produits illicites autres que le cannabis. En métropole, 12 % des hommes âgés de 15 à 64 ans se déclaraient expérimentateurs d'au moins une de ces substances contre 5 % des femmes (respectivement 4 % et 2 % dans les départements d'outre-mer).

Le crack dont l'usage s'observe généralement parmi une population très marginalisée, se révèle dans les DOM une substance peu expérimentée à l'échelle de la population : 0,3 % aux Antilles, 0,7 % en Guyane (la question portant sur l'usage de crack n'a pas été posée à La Réunion, du fait de sa très faible prévalence attendue).

L'usage de poppers⁴ est relativement répandu en France métropolitaine comparé aux DOM. En moyenne, 7 % des 15-64 ans résidant en métropole déclaraient avoir déjà fait usage de poppers au moins une fois au cours de leur vie contre seulement 1 % des personnes résidant dans les DOM. Comme pour la plupart des usages de produits psychoactifs, l'usage de poppers est plus répandu en métropole chez les hommes (9 %) que chez les femmes (5 %). Dans les DOM, la quasi absence d'usage de poppers concerne autant les hommes que les femmes [figure 5].

4. Les poppers contiennent des nitrites d'alkyle, sont autorisés à la vente et sont généralement vendus dans les sex shop sous forme de petit flacon dont le contenu est inhalé.

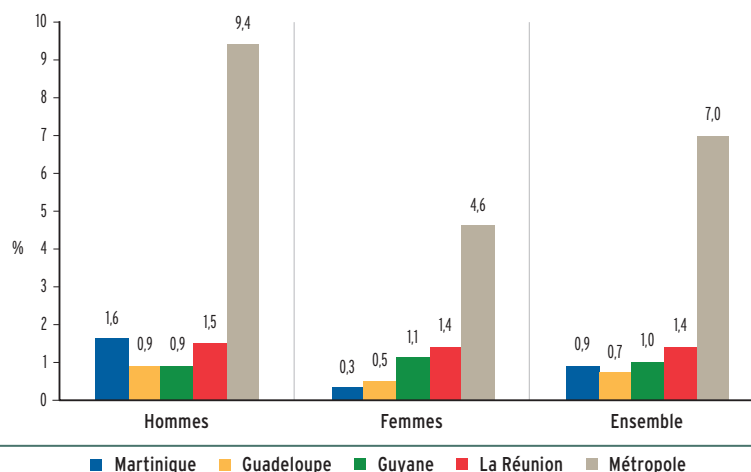
TABLEAU V Expérimentation des cinq principales substances illicites autres que le cannabis, parmi les 15-64 ans, dans les DOM et en métropole

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Ensemble DOM			Métropole		
					Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Cocaïne	1,3	1,1	2,1	1,2	2,0	0,9	1,4	7,8	3,0	5,4
Champignons hallucinogènes	0,6	0,7	1,8	1,6	1,9	0,6	1,2	6,6	2,7	4,6
MDMA/Ecstasy	0,4	0,7	1,3	1,6	1,4	0,6	1,0	5,9	2,5	4,2
Amphétamines	0,3	0,3	0,8	0,8	0,8	0,4	0,6	3,3	1,2	2,2
Au moins une de ces substances	1,8	1,9	4,1	3,1	3,9	1,7	2,7	11,6	5,2	8,4
Crack	0,3	0,2	0,7	–	0,6*	0,3*	0,4*	1,0	0,2	0,6

* Incluant uniquement les Antilles et la Guyane.

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

FIGURE 5 Taux d'expérimentation de poppers par sexe et parmi l'ensemble



Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

DISCUSSION

Les DOM se distinguent du territoire métropolitain par des contextes historiques et des cadres particuliers de consommations des drogues illicites. Signalons, par exemple, l'existence d'une production locale de cannabis à La Réunion ou encore la présence importante du crack dans les départements français d'Amérique (DFA). Si elle reste circonscrite à une population très marginalisée, cette consommation est visible même en pleine rue, en particulier dans les chefs-lieux Cayenne, Pointe-à-Pitre et Fort-de-France [6]. Les DFA, par leur situation géographique, entre les zones de production (Amérique du Sud et centrale) et celles qui constituent les grandes destinations du trafic (Amérique du Nord et Europe), se révèlent des lieux de transit stratégiques pour des produits comme le cannabis, la cocaïne et le crack [7]. Ces territoires, dotés en outre d'aéroports internationaux, représentent des portes de sortie vers les marchés européens. Le département de La Réunion, situé dans l'océan Indien, se caractérise quant à lui à la fois par des productions ancrées localement, comme le cannabis, et l'importation de substances provenant principalement de métropole telles que l'héroïne ou l'ecstasy.

En termes de populations, celles des DOM se distinguent du reste du territoire national et certaines caractéristiques peuvent contribuer à une meilleure compréhension des pratiques de consommations. La proportion de jeunes y est plus élevée qu'en métropole, notamment en Guyane et à La Réunion, et une grande partie d'entre eux rencontrent d'importantes difficultés scolaires. Ces dernières constituent un facteur de risque important associé aux pratiques addictives [8]. Selon une étude réalisée en 2012 par le ministère de l'Éducation nationale, la part de jeunes de 17 ans en difficulté de lecture est d'environ 10 % en moyenne en métropole tandis que ce taux atteint 28 % à La Réunion, 30 % en Martinique, 33 % en Guadeloupe, 48 % en Guyane. En métropole, seuls 4 % des jeunes de 17 ans sont en situation d'illettrisme : ils sont 15 % à La Réunion, 20 % en Martinique, 16 % en Guadeloupe, 29 % en Guyane [9]. Parallèlement, le chômage des jeunes se maintient à un niveau très élevé et les inégalités sociales demeurent très fortes sur ces territoires [10].

Les indicateurs relevant de la réponse publique aux pratiques addictives disponibles au niveau des DOM montrent pour leur part une réalité contrastée [11]. Pour ce qui concerne le cannabis, les prises en charge des consommateurs de ce produit en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) apparaissent environ deux fois plus nombreuses en Guadeloupe (27 personnes prises en charge pour un problème de cannabis sur 10 000 habitants de 15-64 ans en 2014) et en Martinique (30 sur 10 000) qu'en métropole (13 sur 10 000) ou en Guyane (12 sur 10 000). En revanche, la part de la population accueillie en CSAPA est particulièrement peu importante à La Réunion (7 sur 10 000). Il convient ici de souligner qu'un tel indicateur dépend étroitement de l'offre disponible sur les territoires, qui s'avère très variable, en quantité comme du point de vue du type d'intervention. Les intervenants auprès des adolescents et jeunes adultes, comme ceux œuvrant dans les CJC (consul-

tations jeunes consommateurs), décrivent pour leur part des situations d'usages problématiques et de dépendance particulièrement marquées parmi la population accueillie. À La Réunion, par exemple, le cannabis restait le produit le plus dommageable et le plus consommé par les jeunes usagers de la file active de la CJC en 2010 [12]. Les interpellations pour usage de cannabis apparaissent pour leur part plus fréquentes en Martinique (65 personnes pour 10 000 habitants de 15-64 ans en 2014) qu'en Guadeloupe ou en métropole (respectivement 46 et 48 pour 10 000). C'est à La Réunion (24 pour 10 000) et en Guyane (32 pour 10 000) que les taux se révèlent les plus bas. Là encore, cet indicateur traduit une réalité de terrain marquée par l'activité des services et qui n'est pas forcément le reflet des niveaux d'usage de chacun des territoires.

L'enquête Conditions de vie et sécurité menée en 2015 par l'Insee permet pour sa part de constater que les habitants des DFA déclarent deux fois plus souvent être exposés aux trafics et à la consommation de drogue que ceux de métropole, qu'il s'agisse de la présence d'usagers, de vendeurs, de déchets ou d'interventions des forces de l'ordre. En revanche, sur des indicateurs similaires portant sur l'alcoolisation, seule la Guyane se distingue de la métropole par un taux nettement plus élevé [13].

Au travers du Baromètre santé DOM se dégage un portrait des DOM marqué par de faibles niveaux d'expérimentation des substances illicites, tandis que les usages occasionnels de cannabis se situent à des niveaux plus proches de ceux de la métropole (particulièrement à La Réunion, et de façon moins marquée en Guadeloupe) et les usages réguliers aux mêmes niveaux qu'en métropole. Par ailleurs, les différences de consommation entre les hommes et les femmes sont davantage marquées dans les DOM qu'en métropole. Les données disponibles sur la consommation de drogues illicites à 17 ans dans les DOM en 2014 (Martinique, Guadeloupe et La Réunion) sont cohérentes avec ces résultats : le niveau d'expérimentation du cannabis s'avère nettement inférieur dans les DOM, à l'exception de La Réunion où l'expérimentation est comparable ; concernant les usages réguliers, ils apparaissent plus faibles seulement en Guadeloupe (4 % vs 9 % en métropole, 7 % en Martinique et 8 % à La Réunion). Soulignons que la récente augmentation de l'usage régulier de cannabis observée dans l'enquête ESCAPAD parmi les jeunes métropolitains de 17 ans (7 % en 2011 contre 9 % en 2014) [1] s'observe également en Martinique et à La Réunion. Dans ces deux départements en effet, les niveaux de consommation ont respectivement gagné 3 et 4 points entre 2008 et 2014.

La description d'un territoire au travers d'enquêtes épidémiologiques montre parfois une réalité qui contraste avec un certain nombre d'idées reçues et même de constats ou de représentations d'acteurs locaux. C'est le cas notamment avec les intervenants de première ligne, qu'il s'agisse d'éducateurs spécialisés, de policiers, de magistrats, d'acteurs de la prévention et du soin... qui se trouvent, dans leurs activités professionnelles quotidiennes, face à des populations dont l'usage de drogues est souvent une des caractéristiques. Ils peuvent de ce fait être surpris par les niveaux

d'expérimentation rapportés par les enquêtes, qui leur apparaissent bas, contrastant avec leur propre perception de la réalité, déterminée par le contact quasi quotidien avec une population d'usagers de drogues visible et « bruyante » mais qui, pour autant, reste objectivement circonscrite en regard de l'ensemble de la population.

Ces territoires ne sont en effet pas épargnés par les usages problématiques et les conséquences sanitaires et sociales des usages parfois ostensibles comme celles liées à la consommation de crack/freebase parmi une population très marginalisée [14]. Les consommateurs de crack, bien qu'ils soient très visibles, restent toutefois peu nombreux à l'échelle de l'ensemble de la population. Il est très probable qu'une forte proportion de la population des DOM ne soit pas intéressée par les substances psychoactives, mais seuls des travaux complémentaires quantitatifs et qualitatifs pourraient montrer s'ils ont des représentations et des motivations différentes ou des intérêts de consommation distincts des métropolitains, comme par exemple la recherche de sensations par le sport ou la performance physique, peu compatible avec des consommations importantes de substances psychoactives. La moindre consommation constatée dans les DOM pourrait également être liée à un contexte familial, social et religieux favorisant un contrôle parental et sociétal plus fort auprès des jeunes, et notamment concernant les pratiques addictives. De même qu'en métropole, les niveaux d'expérimentations de cannabis sont nettement plus importants parmi les personnes ne déclarant pas avoir de religion (38 % vs 23 % parmi les personnes ayant une religion), mais les personnes résidant dans les DOM rapportent plus souvent avoir une religion (75 %) que leurs homologues métropolitains (52 % dans le Baromètre santé 2010).

Les niveaux d'expérimentations et d'usages récents ultramarins sont généralement inférieurs à ceux de la métropole, alors que les niveaux d'usages réguliers en sont très proches : le ratio usagers réguliers/expérimentateurs y est donc nettement plus élevé. Par conséquent, la diffusion du cannabis n'obéit pas tout à fait au même schéma, dans la mesure où le cannabis s'y présente davantage comme un produit au pouvoir addictif plus marqué, alors même que les âges moyens d'expérimentations semblent très proches de ceux de la métropole. De la même façon, les sex-ratios sont plus marqués outre-mer qu'en métropole, soulignant également une diffusion plus masculine des usages (sauf

pour l'usage régulier). Enfin, il apparaît que la répartition des consommateurs par âge n'est pas uniforme : l'âge moyen des usagers semble plus élevé à La Réunion que dans les autres DOM et en métropole. Tous ces éléments concourent à poursuivre les investigations autour des questions suivantes : existe-t-il des représentations du cannabis différentes entre les DOM et surtout différenciant les DOM de la métropole, qui permettraient d'expliquer la moindre diffusion des usages peu fréquents mais la diffusion comparable des usages réguliers ? Les rôles sociaux ou l'acceptabilité de la consommation par les femmes sont-ils similaires en métropole et outre-mer ? Notons également que l'utilisation d'indicateurs d'usages problématiques, comme le CAST⁵ par exemple, permettrait d'approfondir les investigations sur les facteurs associés et sur la compréhension des usages de cannabis dans les DOM.

Cependant, à l'appui de cette réalité le Baromètre santé DOM montre que parallèlement à des expérimentations et usages occasionnels de drogues illicites moindres, on mesure dans la population ultramarine des niveaux de consommation régulière de cannabis similaires à ceux observés en métropole. Cet ensemble de résultats n'exclut donc pas qu'on puisse observer de plus fortes prévalences d'usage dans certaines populations particulières ou dans des zones géographiques plus circonscrites. Les DOM ne sont pas les seuls territoires, en France, à offrir un contraste important entre la réalité décrite par les enquêtes et une situation perçue (visible) marquée par des problèmes de toxicomanie importants. En Île-de-France, par exemple, de nombreuses enquêtes, dont le Baromètre santé et l'enquête ESCAPAD à plusieurs reprises, ont décrit de moindres usages de produits psychoactifs chez les jeunes franciliens (parmi les plus faibles mesurés en métropole), alors même que la région a toujours été fortement touchée par des problèmes de toxicomanie, du fait de facteurs divers : trafic favorisé par l'urbanisation, situation centrale en termes de voies de communication favorisant une grande accessibilité, scènes ouvertes importantes de trafic et d'usage, nombre élevé d'interpellations et de condamnations pour usage et trafic de stupéfiants... [15-17]. En revanche, la situation dans les collectivités d'outre-mer (COM : Nouvelle-Calédonie et Polynésie

5. Le CAST (Cannabis Abuse Screening Test) est un outil de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique de cannabis.

MAYOTTE

À Mayotte, la situation se révèle beaucoup moins documentée que pour les autres DOM. Les acteurs locaux identifient toutefois quelques problématiques singulières sur ce territoire. Les jeunes de Mayotte ont un comportement spécifique envers les drogues illicites mais aussi envers l'alcool et le tabac, du fait de leur environnement social, culturel et religieux. Il semble que les jeunes mahorais manquent particulièrement de repères sur des consommations à moindre risque [18]. Par ailleurs, toujours selon les observateurs locaux, le développement social, culturel et économique de l'île engendre une libération des mœurs qui fait que le

nombre de jeunes qui consomment semble en augmentation, sans qu'il soit toutefois possible pour l'heure de la quantifier.

Le « bangué » (appellation locale de l'herbe de cannabis) semble très présent sur l'île, tandis que les autorités sanitaires locales s'inquiètent de l'émergence d'une substance locale préparée à partir de cannabinoïdes de synthèse, la « chimik ». Une investigation mobilisant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives est prévue en 2017 afin de mieux évaluer l'ampleur de ces phénomènes.

française) apparaît singulièrement différente, les enquêtes menées sur ces territoires ayant révélé des niveaux d'usage supérieurs à ceux observés en métropole [19-20].

Soulignons enfin que l'ensemble de ce dispositif d'enquêtes ultramarines mis en place conjointement par l'OFDT et Santé publique France offre désormais un cadre parfaitement comparable avec celui de la métropole. Des études à venir en 2017 sur Mayotte achèveront de compléter le tableau des DOM. Grâce au soutien de la Mildeca et des Agences régionales de santé (ARS) concernées, de nouveaux sites ultramarins pourraient également voir le jour dès 2018 afin d'enrichir le réseau Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) piloté par l'OFDT depuis 1999, et dont les antennes réunionnaises, martiniquaises et guyanaises avaient dû fermer rapidement faute de financement.

Au regard des problématiques spécifiques observées dans les DOM, le déploiement d'actions ciblées telles que les actions de prévention, de formation et d'accompagnement des personnes ayant des problèmes avec les addictions se justifie pleinement. La poursuite de ces actions impulsées dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives pilotée par la Mildeca s'est traduite en 2016 par la création d'un Diplôme universitaire « Adolescents difficiles » en Guadeloupe et par le financement, en lien avec l'Agence régionale de santé de l'océan Indien, d'un dispositif de lutte contre le syndrome d'alcoolisation fœtale à La Réunion. Dans l'ensemble des DOM, un projet de formations au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) a vu le jour, ainsi que la mise en œuvre d'un programme de renforcement des compétences familiales à La Réunion.

SOURCES ET RÉFÉRENCES

- Spilka S., Le Nezet O., Ngantcha M., Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, 2014, n° 100 : p. 1-8. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssv5.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Richard J.-B., Andler R. *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 16 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Richard J.-B., Beck F., Lydié N., Halfen S. Synthèse des méthodes d'enquêtes quantitatives sur la santé dans les départements et collectivités d'outre-mer. *Évolutions*, septembre 2010, n° 23 : p. 1-4. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1331.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Beck F., Richard J.-B. *Les addictions dans les DOM. État des lieux des consommations. Note à la MILDT*. Saint-Denis : Inpes, 2011 : 34 p.
- Legleye S., Khlal M., Mayet A., Beck F., Falissard B., Chau N., et al. From cannabis initiation to daily use: educational inequalities in consumption behaviours over three generations in France. *Addiction*, 2016, vol. 111, n° 10 : p. 1856-1866.
- Merle S., Vallart M. Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage de drogues ultra-marin. In : Costes J.-M. *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*. Saint-Denis : OFDT, 2010 : p. 62-72
- Gandilhon M., Weinberger D. Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne. *Drogues, enjeux internationaux*, 2016, n° 9 : p. 1-8. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efdxmgw7.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Legleye S., Obradovic I., Spilka S., Le Nezet O., Janssen E., Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *European Journal of Public Health*, 2010, vol. 20, n° 2 : p. 157-163.
- Agence nationale de lutte contre l'illicitisme. *ANLCI* [site Internet]. 2016. En ligne : <http://www.anlci.gouv.fr> [dernière consultation le 15/06/2016]
- Treyens P. E., Catherine A. Dans les DOM, l'activité et l'emploi stagnent depuis dix ans. *Insee Analyses*, 2015, n° 4 : p. 1-4. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guadeloupe/themes/insee-analyses/ga_ina_04/ga_ina_04.pdf [dernière consultation le 07/07/2017]
- Beck F., Richard J.-B., Spilka S., Gauduchon T. Les usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et les adultes. *Tendances*, 2016, n° 11 : p. 1-6. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfbw7.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Observatoire régional de la santé Océan Indien. *Les addictions à La Réunion. Actualisation des données disponibles en 2015*. Saint-Denis : ORS Océan Indien, 2015 : 32 p. En ligne : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Addictions_2015.pdf [dernière consultation le 07/07/2017]
- Burricand C., Jamet L. Davantage de vols et d'actes violents en Guadeloupe et Guyane qu'en métropole. *Insee Première*, 2017, n° 1632 : p. 1-4.
- Merle S., Lert F., Padra I., Pierre-Louis K. Enquête CAME. *Crack à la Martinique : état des lieux. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers*. Fort-de-France : OSM, 2008 : 64 p. En ligne : https://peidd.fr/IMG/pdf/Poster_Albatros_Etadam.pdf [dernière consultation le 07/07/2017]

- Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B. *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 104 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, 2015, n°102 : p. 1-4. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxv7.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Spilka S., Bouillet C. *Les usages de drogues des adolescents parisiens et séquanais-dionysiens en 2014*. OFDT, 2015 : 20 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssvc.pdf> [dernière consultation le 07/07/2017]
- Azida K., Bernard H. La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom. *La Santé de l'Homme*, 2009, n° 404 : p. 44-45.
- Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N. *Les conduites addictives des adolescents polynésiens*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2011 : 200 p.
- Beck F., Legleye S., Michel C., Spilka S., Laumond S., Karila L., et al. Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. *Alcoologie et Addictologie*, 2008, vol. 30, n° 4 : p. 355-365.

REMERCIEMENTS

Relecture
Stéphane Legleye (Insee)
Olivier Le Nézet (OFDT)

Sources et références
Manon Jeuland (Santé publique France)

Édition
Jeanne Herr (Santé publique France)

POUR NOUS CITER

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