

Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage de drogues ultra-marin ■

Sylvie Merle*, Monique Vallart**

*Directrice de l'ORS (Martinique)

**Psychiatre (Cayenne)

Trois départements d'outre-mer ont participé au dispositif TREND : la Guyane et la Martinique de 2001 à 2004 [1, 2] et La Réunion de 2001 à 2003. Si cette dernière se rapproche plus de l'Hexagone en termes de consommation, il n'en va pas de même pour les Antilles¹ - Guyane qui se démarquent fortement qu'il s'agisse des substances et des formes d'usage.

Si les modèles antillais et guyanais sont proches, ils présentent toutefois quelques dissemblances pour des raisons aussi bien historiques ou géographiques que socio-économiques et démographiques, lesquelles viennent interférer sur les modes de consommations, les trafics et leurs conséquences.

Ce chapitre, commun aux deux régions (Martinique et Guyane), a pour objet de rappeler les constatations faites avant et pendant la période d'observation et de mesurer les évolutions apparues depuis l'arrêt de l'activité du dispositif dans les deux départements

d'outre-mer en exposant les similitudes et les divergences entre les deux sites.

RAPPEL HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE L'USAGE DES DROGUES

L'usage de substances psychoactives aux Antilles-Guyane s'est développé en dehors des schémas observés en France métropolitaine, très loin des vagues de consommations des années 1960-1970 en Europe, ce qui leur a permis d'échapper ainsi aux usages d'héroïne et aux conséquences désastreuses du sida et des hépatites dues aux pratiques d'injections. Jusque dans les années 1980-1990, l'usage de drogues illicites ne présentait pas de réels problèmes aux Antilles-Guyane,

1. Même si le dispositif TREND n'a été implanté qu'en Martinique, la proximité des situations, des types et des niveaux de consommations justifie que l'on puisse ici parler d'« Antilles ».

hormis pour quelques personnes consommant de l'héroïne (usage importé de l'Hexagone), du cannabis ou de la cocaïne.

De ce fait, ces régions ont été longtemps considérées comme épargnées expliquant d'une part que le système spécialisé de soins y ait été réduit, voire inexistant avant les années 1980-1990 et d'autre part l'absence de prévention et de réduction des risques (cette dernière notion étant parfois même difficilement acceptée dans les représentations locales...). Ainsi, il a fallu de nombreuses années pour qu'une prise de conscience et des réponses se mettent en place alors que des dommages étaient déjà bien établis.

Usages traditionnels et « magico-religieux »

En Guyane (voir encadré *supra*), des coutumes culturelles associant la consommation de plantes hallucinogènes (fumées ou ingérées) à des rites sociaux et magico-religieux au sein de groupes de population bien spécifiées, sont connues depuis longtemps. De nos jours, elles ne revêtent plus qu'un caractère marginal, qui peut être considéré comme folklorique par certains car confiné dans des groupes ethniques amérindiens ou buschinenge (noirs « marron », issus des communautés africaines s'étant libérées elles-mêmes de l'esclavage).

La Guyane

- Territoire situé au nord-est du continent sud-américain, fleuves frontières avec le Brésil et le Surinam.
- Superficie : 83 534 km² recouverts à 94 % par la forêt amazonienne.

- Démographie : 155 760 habitants au recensement de 1999, 221 500 habitants au 1er janvier 2008 (INSEE), région de France ayant la plus faible densité de population et la structure de population la plus jeune

- Population : pluriethnicité culturelle traditionnelle (Amérindiens, Noirs « marron », créoles) majorée par des vagues migratoires successives (Chinois, H'mongs, Surinamais, Brésiliens)

- Population étrangère : 33 % (essentiellement originaire du Surinam, d'Haïti et du Brésil) mais nombreux clandestins

- Taux de chômage : 21,8 % (enquête Emploi 2008, INSEE), fortes inégalités sociales accentuées depuis 1980-90 (fin des chantiers du spatial et conflit du Surinam)

- Espérance de vie à la naissance : 74,4 ans pour les hommes et 81,0 ans pour les femmes (INSEE, 2006)

De même, au sein des populations créoles de Guyane et de Martinique (voir encadrés), les croyances et coutumes issues des racines africaines ont favorisé lors de la période esclavagiste un rapport magico-religieux au monde environnant. Cette influence peut être retrouvée par le biais de mécanismes projectifs ou de déviance, dans les choix implicites ou non de modes de consommation ou de substances.

La Martinique

- Île des petites Antilles située entre Sainte-Lucie au sud et la Dominique au nord.
- Superficie : 1 128 km².
- Démographie : 380 863 habitants au



recensement de 1999, 402 000 habitants au 1^{er} janvier 2008 (INSEE), plus forte densité de population après l'Île-de-France et vieillissement marqué.

- Population issue du métissage des populations amérindiennes, noires, blanches et indiennes qui l'ont occupée au fil des siècles.

- Population étrangère : 3 % (originaire de Sainte Lucie et d'Haïti principalement)

Taux de chômage : 22,4 % (enquête Emploi 2008), forte proportion de personnes vivant de minima sociaux.

- Espérance de vie à la naissance : 76,2 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes (INSEE, 2006).

Jusqu'aux années 1970, prédominance de l'alcool et du tabac

Pendant longtemps, les seules problématiques addictives connues dans ces territoires (en dehors des usages coutumiers décrits ci-dessus) furent le tabac et l'alcool.

Le tabac, fumé le plus souvent, roulé sur des feuilles (tabac local) mais aussi prisé ou en décoction, pouvait aussi être inhalé dans le cadre d'un usage « thérapeutique » s'inscrivant dans les soins traditionnels en Guyane. L'alcool était consommé essentiellement sous forme de rhum (boisson locale par excellence) et de tafia (résidu d'alcool de canne) comme dans toute la Caraïbe. Sous l'effet des importations en provenance de France métropolitaine, l'usage s'est largement diversifié (bière et boissons importées comme le champagne, le whisky, etc.) L'alcool, considéré de manière très positive dans un cadre plus festif (fêtes

familiales, période carnavalesque...) avec une forte méconnaissance des prises de risque, peut aussi avoir une fonction plus mystique, vecteur d'autres substances hallucinogènes dans certaines pratiques culturelles, symbolique du « sacré », pouvant renvoyer au syncrétisme religieux en vigueur dans ces territoires.

TRANSFORMATIONS DANS LES USAGES DES ANNÉES 1970 À 2000

À partir des années 1970, cependant, le paysage antillo-guyanais avec l'arrivée de nouvelles substances (le cannabis d'abord, puis le crack, qui vont trouver un ancrage fort dans un tissu social très fragilisé) [3, 4] en est irrémédiablement modifié.

Le cannabis et la période « rasta »

Aux Antilles-Guyane, l'herbe de cannabis fut le premier produit illicite à faire l'objet d'un usage relativement important. La consommation, qui avait commencé à se développer dans l'Hexagone au cours des années 1960 avec le mouvement hippie, est apparue avec un décalage chronologique dans les DOM puisque sa diffusion s'est faite dans le sillage du mouvement rasta et de la musique reggae, lors de la seconde moitié des années 1970 aux Antilles, puis au début des années 1980 en Guyane. Le mouvement rastafari, revendiquant sa spécificité culturelle caribéenne et ses racines africaines, fut un des porteurs majeurs de cette contestation identitaire.

S'appuyant sur la musique, vecteur culturel fort pour les populations issues de l'esclavage, et des pratiques mystiques, la consommation d'herbe de cannabis prenant dans ce contexte une dimension presque « sacrée », le mouvement a trouvé un écho symbolique important dans toute une frange de la jeunesse de l'époque.

Si cette consommation faisait alors l'objet d'une désapprobation sociale unanime, ce n'est qu'ultérieurement, à partir des années 1990, avec le passage à des consommations beaucoup plus visibles par des plus jeunes et une banalisation confirmée que l'usage du cannabis commence à être perçu comme un problème social.

L'apparition de scènes ouvertes de consommation et de vente d'herbe de cannabis dans la rue et les espaces festifs signe cette banalisation, encore impensable quelques années plus tôt.

En 2001, le cannabis est le produit le plus consommé par les jeunes aux Antilles-Guyane [5, 6, 7]. À la différence de l'Hexagone, il est presque toujours fumé sous forme d'herbe (dénommée *kali* en Guyane et *zeb* en Martinique). Son prix est relativement modéré : en 2001, en Martinique, une enveloppe de 10 g coûte environ une centaine de F (15 €) alors qu'en Guyane, l'herbe est vendue en sachet (environ trois joints) pour 10 francs (1,5 €). Certaines variétés (skunk, djamming) à teneur plus forte en tétrahydrocannabinol (THC), sont très recherchées et plus chères (4 à 6 € le gramme). La résine de cannabis, quant à elle, est quasi inexistante (hormis de rares usages rapportés à la suite d'échanges aériens ou

postaux), car la production dans la zone caraïbe ne se fait que sous forme d'herbe. L'association cannabis-tabac est moins observée qu'au niveau national du fait d'une incidence moindre du tabagisme dans les DOM. En revanche, on retrouve déjà une fréquence des associations avec l'alcool et une tendance au mélange cannabis-crack (*black-joint* en Martinique ou *blaka-jango* en Guyane), pouvant être un mode d'initiation fréquent à l'usage du crack.

Les années « crack »

Aux Antilles-Guyane, le trafic et la consommation de crack se sont développés au cours des années 1983-1985, avant de s'intensifier dans la première moitié des années 1990.

Ce phénomène affecte l'ensemble de la zone caraïbe. Son origine serait à mettre en lien avec des événements géopolitiques complexes et un bouleversement du marché des drogues dans la région marqué notamment par la baisse des approvisionnements en cannabis due à l'intensification de la lutte contre le trafic par les États-Unis. La proximité des zones de production (Amérique andine) et des îles hispanophones et anglophones, devenues les principales zones de transit de la cocaïne vers l'Europe et l'Amérique du Nord, vont contribuer à une implantation locale du crack.

La référence culturelle aux modes de consommation « fumé » ou « inhalé » a largement favorisé le développement d'une transformation locale du chlorhydrate de cocaïne en crack (cocaïne-base). En outre, son implantation en tant que produit de consom-



mation majeur fut, semble-t-il, lié à la convergence de facteurs socio-identitaires liés en partie à l'identification aux noirs américains ; d'éléments contextuels corrélés à la relative pénurie de cannabis et de facteurs liés au produit en tant que tel, en particulier ses effets puissants correspondant aux attentes des usagers.

La possibilité de disposer d'un produit qui se fumait rencontra des habits de consommation locale, mais eut surtout pour conséquence de créer chez les usagers une dépendance beaucoup plus rapide que par la voie d'administration sniffée ou injectée. Sa facilité de fabrication, un prix très bas, la rapidité et la puissance des effets firent du crack, en quelques années, le produit de la rue dans des régions jusqu'alors épargnées par les ravages des autres drogues.

Avec le crack, produit illicite le plus répandu après le cannabis, le paysage des Antilles et de la Guyane connaît alors une véritable révolution en matière d'usages de drogues et conjointement l'apparition de dommages socio-sanitaires qui seront à l'origine de la mise en place progressive de moyens de prise en charge et d'une politique de réduction des risques.

Le crack est la substance qui pose dans ces départements le problème de santé publique le plus important en matière d'usages de drogues. Ainsi, selon l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social du mois de novembre 1999, le crack représente près d'une prise en charge sur deux en Martinique et neuf sur dix en Guyane.

En Martinique, le crack est très disponible en ville et dans certaines zones rurales. Le prix du caillou est de l'ordre de 10/20 F² et l'éventail social des consommateurs est assez large. Toutefois, cet usage semble plutôt être le fait de personnes en grande difficulté sociale, même si cela n'exclut pas sa diffusion auprès de couches sociales plus aisées, lesquelles fréquentent peu ou pas du tout le système de soins spécialisé [8].

En Guyane, le crack est très disponible dans les trois principales communes (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni) et son usage s'étend progressivement à des petites communes du littoral et à certaines communes plus éloignées. Quel que soit le lieu, l'accessibilité est grande. Du fait de la proximité du Surinam (fleuve à traverser), zone de transformation et de transit du chlorhydrate de cocaïne et du crack, le prix du caillou est peu élevé (entre 10 et 30 F³). Un caillou se consommant en trois fois, le prix est nettement plus bas qu'en Martinique et surtout qu'à Paris (40 à 50 F la dose⁴).

À l'opposé, et contrairement à ce qu'on aurait pu supposer vu l'implantation du crack et la situation géographique de ces DOM en pleine zone de trafic, la cocaïne est moins disponible et son usage semble réservé à des cercles d'initiés appartenant aux milieux aisés, aux adeptes des activités festives nocturnes et aux milieux artistiques. Cette situation engendre une

2. Entre 1,5 et 3 €.

3. Entre 1,5 et 4,5 €.

4. De 6 à 7,5 €.

perception positive de la cocaïne considérée comme une drogue d'élite, peu accessible en dehors des cercles d'initiés, et relativement chère. Contrairement au crack qui se vend dans l'espace public ouvert, la cocaïne s'échange dans des lieux fermés (boîtes de nuit, livraison à domicile). Son prix est plus élevé en Martinique (600 à 800 F le gramme⁵) qu'en Guyane (200 F le gramme⁶).

UNE FAIBLE PRÉSENCE DES OPIACÉS

En 2001, le premier rapport TREND revient sur la place particulière de l'herbe de cannabis et du crack dans le paysage de ces territoires. Dans le même temps, TREND rappelle que les DOM se distinguent par une faible diffusion des opiacés en général et de l'héroïne en particulier bien que cette dernière semble être un peu plus présente en Guyane qu'en Martinique. La consommation par la population martiniquaise est en effet très faible et s'observe essentiellement chez des métropolitains mais aussi chez des « néropolitains » (Martiniquais nés en France ou y ayant vécu plusieurs années qui retournent au pays), qui viennent dans l'île dans l'espoir d'un sevrage puisque le produit est peu présent. Le principal risque pour eux est souvent constitué par un passage au crack. D'ailleurs, les très rares cas d'utilisation de crack par voie intraveineuse ont été rapportés chez des usagers ayant des antécédents d'héroïnomanie par injection. Les opiacés tels que les sulfates de morphine sont totalement absents et les codéinés,

quoiqu'en vente libre, font l'objet de très peu de demandes auprès des pharmaciens. Un autre groupe d'usagers est également décrit : celui de personnes issues d'un milieu aisé, faisant usage d'héroïne en sniff dans un contexte festif (après la consommation de cocaïne et d'alcool).

En Guyane, jusqu'au milieu des années 1990, l'héroïne était considérée comme un phénomène très rare concernant une population identique à celle de Martinique. Vers la fin des années 1990, des demandes de soins commencent à apparaître, en lien probablement avec l'émergence des premières structures spécialisées sur le département. Deux formes d'héroïne circulent, l'héroïne blanche, sous forme chlorhydrate, rare et chère alors que la forme base (héroïne brune) est plus fréquente. À Cayenne et Kourou, cette héroïne brune coûte entre 200 et 400 F le gramme⁷, alors qu'à Saint-Laurent, ville frontalière avec le Surinam, le prix n'est que de 100 à 200 F⁸. Parallèlement, depuis les années 1990, le marché de l'héroïne est alimenté par une culture directe du pavot en Amérique latine.

Du fait de cette forme base, le mode d'administration dominant est l'inhalation (chasse au dragon ou dans une cigarette contenant du crack ou du tabac). Les cas d'injection sont très rares et concernent le plus souvent des héroïnomanes venus de l'Hexagone.

5. Entre 90 et 120 €.

6. Environ 30 €.

7. Entre 30 et 60 €.

8. Entre 15 et 30 €.



Le petit trafic d'héroïne, quant à lui, demeure marginal comparé à celui du cannabis ou du crack. L'étroitesse du marché et sa discrétion en font une activité invisible dans la rue. En Guyane, également, les sulfates de morphine et les codéinés sont rares ou inexistants.

Les traitements de substitution sont destinés majoritairement à des personnes venant de l'Hexagone séjournant pour une durée plus ou moins longue en Martinique ou en Guyane. Des formes d'échanges, de prêts ou de dépannages peuvent exister sans qu'il s'agisse de trafic notable. Le « mésusage » de Subutex® apparaît dans les années 2000 en Guyane. Sniffé ou injecté par certains, le comprimé est parfois revendu ou échangé pour du crack. Il est aussi recherché pour calmer les effets du crack. En Martinique, son usage concerne très peu d'usagers, les quantités disponibles sur le marché sont très faibles, le mésusage est donc rarissime (des cas de Subutex® fumé après avoir été réduit en poudre ont été décrits à la prison).

Sur le plan sanitaire, d'après l'enquête DRESS portant sur l'année 1999, le recours aux soins pour opiacés ne représente que 5 % des demandes en Martinique et 3,5 % des demandes en Guyane.

Enfin, l'état des lieux mettait en évidence la rareté d'un usage détourné de médicaments psychotropes (benzodiazépines, tranquillisants) aux Antilles-Guyane, de la faiblesse de la diffusion des hallucinogènes naturels ou synthétiques et des éléments montrant que, bien qu'en augmen-

tation, l'usage d'ecstasy, demeure marginal

DES ÉVOLUTIONS ORIGINALES DE L'USAGE PAR RAPPORT À L'HEXAGONE

Depuis 2000, les constats réalisés dans le cadre du dispositif TREND ont relativement peu évolué. Si la cocaïne sous la forme « crack » continue d'être prégnante, notamment parmi les usagers les plus marginalisés, les opiacés en général, et l'héroïne en particulier, sont toujours aussi minoritaires aux Antilles-Guyane. L'héroïne (brune, utilisée en inhalation) représente 5 à 10 % des files actives en Guyane et beaucoup moins encore en Martinique. Dans ce département, la substitution ne concerne pas plus d'une vingtaine de personnes par an et le mésusage de Subutex® est toujours quasi absent.

Le crack toujours présent...

Le crack, en revanche, du fait de la modicité de son prix et de sa grande disponibilité, demeure toujours le principal produit consommé par les usagers problématiques de drogues (entre 60 et 80 % des files actives de soins) dans les deux départements⁹. En outre, certaines tendances déjà identi-

9. L'enquête NEMO estime le nombre d'usagers problématiques de drogues en Martinique en 2006 à près de 2 000. Presque tous sont des consommateurs de crack [8]. Cette enquête, également réalisée dans six agglomérations de l'Hexagone, situe la Martinique parmi les sites où la prévalence de l'usage problématique de drogues est la plus basse (7,7 pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans contre 7,6 à Rennes mais 10,8 à Metz et Lille).

fiées au cours de la période d'activité de TREND ont trouvé leur confirmation. On peut citer le rajeunissement des usagers, avec l'émergence des 18-25 ans ; la féminisation de l'usage en dehors des milieux de prostitution déjà identifiés en Guyane ; la persistance d'une population errante, marginalisée (psychotiques, errants, « toxicos », clandestins...), pour une majorité poly-consommateurs (crack, alcool, cannabis...) ; et une diffusion géographique de l'usage en direction de communes rurales.

Sur le plan sanitaire¹⁰, les comorbidités psychiatriques restent toujours au premier plan et ne facilitent pas la prise en charge des consommateurs de crack [13, 14]. Depuis quelques années, les phénomènes marquants sont constitués par des cas de tuberculose en Guyane chez certains usagers de crack précarisés (CAARUD, structures de soins, centre pénitentiaire) tandis qu'en Martinique, des cas de syphilis ont fait leur apparition chez les usagers de crack. Après une première vague épidémique en 2005, la réémergence de la syphilis en Martinique a été confirmée par une deuxième vague épidémique en 2007/2008 [15]. Le fait déterminant est constitué par le changement de profil épidémiologique des personnes atteintes. En 2005, l'épidémie n'avait concerné que des personnes infectées par le VIH et/ou des hommes homos ou bisexuels et leurs partenaires. En 2007 et 2008, l'épidémie s'est étendue à un deuxième groupe, celui des personnes précarisées le plus souvent toxicomanes au crack. Cette

réémergence a entraîné des actions de dépistage et d'information auprès de la population susceptible de se contaminer.

Sur le plan social, cette consommation de crack a entraîné une augmentation de l'errance et de la précarité. Même si ce phénomène est difficile à quantifier avec précision, le nombre d'errants a progressivement augmenté en raison du crack, mais aussi de l'alcool, des troubles mentaux et des difficultés sociales. En corollaire de l'errance et de la précarité, il est devenu banal de voir se dérouler des scènes de consommation de crack, en toute impunité, dans des lieux publics très fréquentés, par des usagers errants, seuls ou en petits groupes, au milieu d'une foule blasée et lassée de ce triste spectacle. Par ailleurs, on note une augmentation d'un sentiment d'insécurité de la part de la population tout autant que l'augmentation de la violence envers les errants. La visibilité des consommateurs de crack les plus désocialisés et la multiplication des agressions et délits ont créé un fort sentiment d'insécurité au sein de la population. De plus, en Guyane, les liens avec le trafic de drogues et les clandestins ont donné cours à tous les

10. Comparativement à ce qui est observé au plan national, on peut souligner que les usagers problématiques de drogues sont relativement peu contaminés par les virus des hépatites ou le VIH. Cela a été confirmé en Martinique par l'enquête CAME [10] et s'explique notamment par un recours très peu fréquent à l'injection. Même en comparant uniquement avec des consommateurs de crack comme ceux du nord-est parisien (enquête « Coquelicot »), ces différences persistent [11, 12]. Le très faible usage actuel ou passé d'opiacés ainsi que des pratiques de consommation à risque qui n'existent pas (ou peu) en Martinique (partage de matériel, utilisation de fils électriques pour fabriquer le filtre de la pipe à crack) expliquent certainement ces différences.



amalgames. Du côté des usagers, surtout ceux de la rue, la violence est omniprésente et les exactions en tous genres font toujours partie de leur quotidien (agressions, viols, meurtres...).

... Et une moindre visibilité de la cocaïne

Même si la consommation de chlorhydrate de cocaïne semble s'être développée, elle ne s'est pas autant diffusée que dans l'Hexagone [16] malgré l'augmentation des flux provenant des zones de production. La cocaïne reste, en effet, encore un produit destiné majoritairement aux classes aisées même si l'on assiste, en Martinique, à un processus de démocratisation de l'usage, lequel toucherait de plus en plus de consommateurs appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des employés. En revanche, la cocaïne, contrairement à la situation qui prévaut ailleurs en France, est un produit peu utilisé par les plus jeunes et sa consommation est plutôt l'apanage des trentenaires et surtout des quadragénaires. De même, en Guyane, on assiste, dans certains milieux socioprofessionnels insérés, à une désaffection pour le crack en raison des conséquences néfastes dorénavant bien connues et à un retour vers la cocaïne dans une recherche de gestion de l'usage.

L'herbe et l'alcool toujours là

En matière de disponibilité et d'usage de cannabis, la situation a peu évolué depuis le début des années 2000. L'herbe est en effet toujours le produit illicite dominant. Son accessi-

bilité demeure toujours très grande du fait de la diffusion d'un petit trafic qui opère de plus en plus ouvertement. Il faut néanmoins signaler, en Martinique, une installation du marché de résine de cannabis, qui permet désormais de proposer, pour un prix plus élevé, du cannabis fortement dosé en THC. La présence de cette résine s'expliquerait par les échanges avec l'Hexagone, certains réseaux organisant le transport de la résine marocaine dans un sens contre de la cocaïne dans l'autre.

L'usage d'herbe, quant à lui, est de plus en plus ostensible et ne fait plus l'objet de l'opprobre qui prévalait dans les années 1990. Un autre élément marquant depuis dix ans concerne le poids de l'alcool chez les adolescents. Les constats des consultations jeunes consommateurs de cannabis et les enquêtes en milieu scolaire font apparaître une forte banalisation des conduites d'alcoolisation associées à l'usage d'herbe, souvent dans un objectif de *défonce*. Les prises de risques liées à ces conduites et leurs possibles conséquences (accidents, bagarres, viols, rapports sexuels non protégés...) paraissent moins identifiées par les jeunes à l'inverse des dangers du cannabis qui commencent à être mieux perçus. S'agissant de pratiques associées à la consommation d'alcool, certains observateurs de Martinique et Guyane rapportent des pratiques consistant à mélanger bière et essence sans plomb. Ces phénomènes, quoique marginaux, sont observés depuis plusieurs années, de manière transversale, chez des adolescents de la zone caraïbe et en Haïti notamment. Cette recherche de

défoncé par l'ingestion d'un mélange artisanal peu onéreux mérite vigilance et concerne plutôt des jeunes fragilisés socialement (errance, communautés traditionnelles). En Guyane, des pratiques d'inhalation de solvants ou de détergents sont toujours signalées dans certains groupes (enquêtes en milieu scolaire) et peuvent peut-être s'expliquer en partie par des pratiques importées du Nord-Brésil voisin.

CONCLUSION

Des premières observations, menées au début des années 2000, dans le cadre du dispositif TREND jusqu'à aujourd'hui, force est de constater la pérennité des spécificités observées aux Antilles et en Guyane : un attrait préférentiel pour des produits inhalés ou fumés (cannabis, crack) et un recours rarissime à l'injection. On peut cependant souligner le développement du marché de la résine de cannabis et la montée de la consom-

mation de cocaïne, bien que beaucoup moins marquée que celle observée au plan national. Quoi qu'il en soit, le crack représente toujours le produit principal des usagers problématiques de drogues, même si l'on observe depuis deux, trois ans une stabilisation des demandes de soins, tandis que les opiacés semblent toujours aussi peu présents. L'usage d'alcool, souvent en association avec le crack, la cocaïne ou le cannabis, est à prendre en compte également, notamment chez les plus jeunes. Sur le plan sanitaire et social, différentes réponses ont été mises en place ces dernières années, surtout en Guyane où le dispositif de prise en charge était moins développé qu'en Martinique. Malgré cela, les usagers les plus désocialisés sont toujours très visibles dans les rues de Cayenne ou de Fort-de-France et les conditions économiques difficiles que connaissent la Guyane et la Martinique ne favorisent pas la réinsertion des usagers qui souhaitent arrêter leur consommation.

Références bibliographiques

- [1] Réseau T+ sous la coordination de Monique Vallart, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, 2002, 2003 et 2004, Tendances récentes sur le site de Guyane*, Rapports de site, OFDT.
- [2] Observatoire de la Santé de la Martinique, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, 2002, 2003 et 2004, Tendances récentes sur le site de Martinique*, Rapports de site, OFDT.
- [3] CHARLES-NICOLAS (A.), *Crack et cannabis dans la Caraïbe*, L'Harmattan, 1997.
- [4] VALLART (M.), *Toxicomanie en Guyane française, Drogue(s) et Société(s), épiphénomène médico-social dans un contexte pluriculturel*, Faculté de médecine, Université Paris-Nord, Bobigny, 1996.
- [5] Observatoire de la santé de la Martinique, *ETADAM 2003-2004 : enquête tabac, alcool et autres drogues chez les jeunes scolarisés en Martinique*, Rapport d'étude, 2005.



- [6] MERLE (S.), PIERRE-LOUIS (K.), CHATENAY (S.), « Consommations de cannabis en Martinique et en France métropolitaine », *Le Courrier des addictions*, 2005.
- [7] Observatoire régional de la santé de Guyane, « La santé des adolescents, Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003 », *Bulletin santé* n° 4, 2005.
- [8] BALLON (N.), SOFFER (D.), BOUISSE (F.), MERLE (S.), SLAMA (F.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Profil de toxicomanes au crack suivis à Fort-de-France », *Le Courrier des addictions*, 2000.
- [9] MERLE (S.), RHINAN (S.), VAISSADE (L.), « Estimation locale de la prévalence de l'usage problématique de drogues : l'enquête NEMO », *OSM Flash* n° 40, Observatoire de la santé de la Martinique, 2007.
- [10] MERLE (S.), *Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux, Observatoire de la santé de la Martinique, rapport d'étude*, 2008.
- [11] HALFEN (S.), VINCELET (C.), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions*, Observatoire de la santé d'Ile-de-France, juin 2008.
- [12] JAUFFRET-ROUSTIDE (M.), « Le crack selon l'enquête Coquelicot », *SWAPS*, octobre 2006.
- [13] SLAMA (F.), SLAMA (R.), BALLON (N.), DEHURTEVENT (B.), LACOSTE (J.), MERLE (S.), EVEN (J.-D.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack », *Le Courrier des addictions* n° 3, 2001.
- [14] MANGON (E.), GRABOT (D.), CHARLES-NICOLAS (A.), « Données descriptives d'usagers de crack en Martinique », *Alcoologie et Addictologie* n° 4, 2006.
- [15] CABIE (A.), ROLLIN (B.), PIERRE-FRANÇOIS (S.) et al., « Réémergence de la syphilis en Martinique : une nouvelle vague épidémique différente de celle de 2005 », *Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane*, 2008.
- [16] COSTES (J.-M.), « La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années », in *Cocaïne*, revue *Toxibase* n° 21, 2006.