



# TENDANCES RÉCENTES

ET

TENDANCES RÉCENTES

# NOUVELLES DROGUES

Rapport de site Réunion 2001  
Dans le cadre du dispositif TREND / OFDT

MARS 2002

Agnès BRISSOT

## PRÉFACE

« Il n'y a pas de société sans drogue », Madame Maestracci, présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), l'a rappelé lors de l'ouverture du colloque de juin dernier « *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion* », et la Réunion ne semble pas faire exception à cet adage. On ne peut nier sur l'île la réalité de la présence et de la consommation de drogues, qu'elles soient licites (tabac, alcool) ou illicites (cannabis, médicaments détournés de leur usage, opiacés dans une moindre mesure, et autres psychotropes).

En matière de toxicomanie, l'île de la Réunion a ses propres spécificités, et on note avant tout l'importance de la poly-consommation, à savoir l'utilisation conjointe ou successive de plusieurs produits.

Pour être efficace, la réponse de la société à l'usage de drogues doit être adaptée. Cette adaptation peut prendre plusieurs visages : justice et lois, répression, mais aussi prévention et traitement, qui sont à la fois nécessaires et complémentaires. Pour mener à bien ces missions multiples il faut avant tout comprendre la réalité de la situation dans sa diversité (diversité des consommateurs, diversité des produits consommés et des modes de consommation notamment). Pour comprendre il faut connaître, et pour connaître il faut observer, regarder le plus finement possible avant d'analyser et de décider des mesures nécessaires pour répondre aux besoins réels existants.

Cette étape essentielle d'observation doit pouvoir nous permettre comme le précisait encore Madame Maestracci de « voir ce qu'on ne voit pas », de repérer des phénomènes émergents avant même que leur diffusion ne les rende évidents et, éventuellement, problématiques.

C'est là tout l'intérêt du dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues), à savoir regrouper les éléments de connaissance des phénomènes liés à la toxicomanie, confronter différents angles de perception de ces phénomènes et faciliter la diffusion de ces informations auprès de toutes les personnes concernées : décideurs, professionnels et usagers. Encore en cours d'implantation, ce dispositif, une fois arrivé à maturité, devrait aider à une meilleure réactivité et faciliter une prise en charge sanitaire et sociale adaptée à la réalité évolutive de la toxicomanie.

# SOMMAIRE

PRÉFACE 01

CONTRIBUTIONS AU RAPPORT 02

INTRODUCTION 06

A) REPÈRES 06

## A-1) LE SITE ÉTUDIÉ

- Géographie 09
- Données socio-démographiques 09
- Dispositif spécialisé de prise en charge 09

## A-2) LES ESPACES ÉTUDIÉS

- Espace urbain 11
- Espace festif 11

## A-3) LES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES

- Observation ethnographique de l'usage 12
- Groupes focaux 13
- Recueil qualitatif « bas seuil » 14
- Enquête transversale « bas seuil » 15

B) ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS  
RÉALISÉES EN 2001 14

## B-1) LES USAGERS DE PRODUITS

- ÉTAT DES LIEUX
  - Les grandes populations d'usagers 17
  - Problèmes de co-morbidité 19
  - Le trafic 20
- PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
  - Nouvelles populations d'usagers ? 22
  - Les contextes de consommation selon les populations 22
  - Problèmes de co-morbidité 23

## B-2) LES PRODUITS

### - ÉTAT DES LIEUX

➤ Le Cannabis	24
➤ L'Artane®	26
➤ L'Héroïne	28
➤ La Cocaïne	28
➤ Le Néocodion®	29
➤ Le Rohypnol®	29
➤ Le Subutex®	29
➤ L'Ecstasy	30
➤ Les Solvants	30

### - PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

➤ Nouvelle préparation	30
➤ Nouveau contexte	31
➤ Nouveau mode d'administration	31
➤ Nouveaux produits	31
➤ Nouvelles associations de produits	31

## B-3) LES PERCEPTIONS 32

C) CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	35
-----------------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	37
---------------	----

### ANNEXES

Questionnaire de l'enquête transversale « bas seuil »	38
---	----

**REMERCIEMENTS A TOUTES LES PERSONNES  
AYANT CONTRIBUE AU PROJET**

**Mr Jean-Daniel Aracksing**, CAP Saint-Denis  
**Mme Madeleine Banor**, APPEI  
**Mr Patrick Becu**, Pharmacien Inspecteur à la DRASS  
**Dr Bourde**, CHD, Service Porte  
**Mr Claude Calmé**, CASTOR  
**Dr Charles Candillier**, DRASS  
**Mr Christian Comte**, Douane, Saint-Denis  
**Mr Frédéric Coulama**, CERDASES  
**Chef Delbart**, FRAD, Gendarmerie du Port  
**Dr Yasmina Djardem**, Médecins du Monde  
**Melle Dominique Fauchaux**, Préfecture  
**Dr Dominique Ferrandiz**, CHD, Service d'Addictologie  
**Dr Catherine Gaud**, CHD, Service Immunologie  
**Dr Gillodes**, SMPR  
**Mr Martial Guilloud**, Police Nationale  
**Dr Patrice Hemery**, Réseau Oté !  
**Mr Claude Marodon**, Réseau Oté !  
**Mr Gérald Martin**, SEAT Saint-Denis  
**Melle Florine Morel**, CCAS Saint-Paul  
**Mme Guylène Nardy**, CERDASES  
**Mr John Patrick Rioul**  
**Mr Saffar**, TGI Saint Denis  
**Me Brigitte Sellier**, CABS Saint-Paul  
**Melle Isabelle Simonin**, SMPR  
**Mr Jean-Pierre Souffleur**, CAP Saint Denis  
**Mr Patrick Toupance**, association Phase IV  
**Dr Patrick Tron**, CHS Saint-Paul  
**Mr Alexis Velna**, association Pass'Port

## L'ÉQUIPE TREND À LA RÉUNION

**Jean-François Guignard**, *enquêteur*  
**Agnès Brissot**, *coordinatrice*

## ET TOUTE L'ÉQUIPE DE L'ORS

**Dr Sylvie Besson**, *directrice*  
**Melle Gladys Bulin**, *secrétaire*  
**Melle Salima Cosadia**, *documentaliste*  
**Dr Emmanuelle Rachou**, *chargée d'études*  
**Melle Monique Ricquebourg**, *chargée d'études*

# INTRODUCTION

L'objet du dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) est d'identifier les phénomènes émergents liés aux drogues, dans le but d'élaborer des réponses rapides lorsque la protection des usagers ainsi que celle de la population générale se révèlent nécessaires.

Ce projet a été mis en place dans sept sites métropolitains depuis 1999, et l'année 2001 a vu son extension à trois autres sites en métropole ainsi que dans les Dom-Tom. A la Réunion un enquêteur de terrain et un médecin coordinateur sont en charge du projet depuis février 2001, sous la houlette de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Le présent rapport fait la synthèse de cette première année de travail.

## A) REPÈRES :

Petit rocher perdu au milieu de l'Océan Indien, la Réunion, l'île intense comme certains aiment à la qualifier, décline avec une infinie variété les microclimats, les paysages, les gens et les modes de vie. A plus de 9000 kilomètres des côtes françaises et environ onze heures d'avion de la capitale, la Réunion garde des spécificités culturelles liées à son histoire et à sa situation géographique.

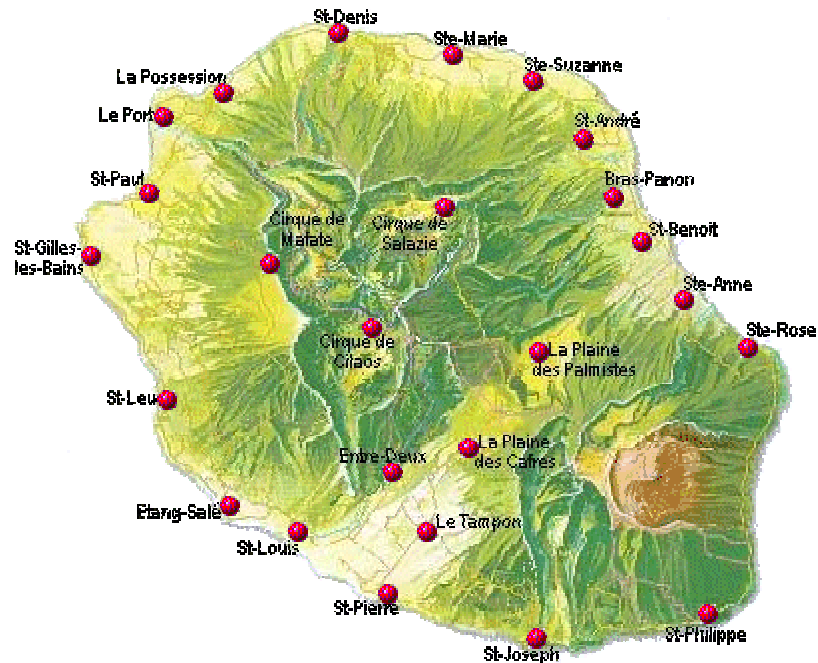
De Saint-Denis ou Saint-Pierre il faut moins d'une heure pour rallier l'île Maurice avec laquelle les liaisons aériennes sont pluri-quotidiennes, permettant ainsi l'ouverture vers l'Asie. A l'Ouest il faut environ une heure et demie d'avion pour atteindre Madagascar, la grande île distante d'environ 800 kilomètres.

L'île de la Réunion fait partie avec Maurice et Rodrigues de l'archipel des Mascareignes ; c'est une petite île presque ronde dont une route nationale fait le tour en 240 kilomètres. Elle est comme une montagne posée sur la mer, née de deux événements volcaniques majeurs qui ont fait émerger le Piton des Neiges, point culminant de l'île (3069 mètres) et le Piton de la Fournaise (2632 m) toujours en activité. Au centre de l'île de gigantesques effondrements ont formé trois cirques ouverts sur la mer par d'étroits défilés : Mafate, Salazie et Cilaos.

La Réunion présente donc un relief abrupt et tourmenté, raison pour laquelle les activités humaines se sont concentrées sur le littoral sur lequel on trouve les villes les plus importantes. La densité de population est ainsi très variable selon les régions considérées.

Réunion d'ethnies et creuset d'un brassage culturel, la population actuelle, métissée et plurielle, est le fruit des métissages nombreux depuis le début du peuplement au XVII<sup>e</sup> siècle, donnant à la Réunion son caractère spécifique. Les premiers colons, des Français rapatriés de la région de Fort-Dauphin à Madagascar accompagnés de femmes libres malgaches, installés à partir de 1663, ont été suivis de nouveaux immigrants d'origine européenne et de nombreux esclaves d'origine malgache d'abord, puis est-africaine. Des populations d'origine indienne

sont venues à partir du début du XIX<sup>e</sup> siècle, esclaves en petit nombre au départ puis immigrés « volontaires » appelés « engagés », originaires de la côte de Malabar. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> sont arrivés de nouveaux immigrants du Nord de l'Inde, de confession musulmane, et d'autres d'origine chinoise.



En ce qui concerne l'usage de substances psycho-actives, la Réunion est très marquée par les problèmes liés à une forte consommation d'alcool mais bien d'autres produits sont consommés. Le rhum distillé à partir de la canne à sucre largement cultivée dans l'île a longtemps été l'alcool fort le plus répandu, mais il est maintenant rejoint par les bières de fabrication locale ou importées et les vins et spiritueux d'importation.

Le cannabis, localement appelé « *zamal* » (terme qui serait d'origine malgache) aurait été introduit sur l'île par les engagés hindous trouvant un terrain et un climat propices à son expansion. Il a longtemps été utilisé au cours de cérémonies rituelles, au cours de fêtes et d'activités de sorcellerie. Son usage profane le destinait également à des rôles thérapeutiques variés, pour éloigner certains esprits, soigner des affections respiratoires ou digestives (vomissements), faire fuir les insectes parasites dans les champs. L'agressivité que déclenche le zamal chez les animaux était, et reste utilisée pour exciter les coqs de combat à qui on l'administre sous forme de boulettes.

L'usage de zamal a longtemps été l'apanage des journaliers coupeurs de canne, ou des *gramounes* (des « vieux ») qui fumaient une cigarette de zamal le soir après leur journée de travail. Sa consommation par des jeunes faisait alors l'objet d'une désapprobation sociale unanime. C'est depuis la fin des années 70 voire le début des années 80 que son usage a commencé d'évoluer pour diffuser progressivement à d'autres groupes de population, plus jeunes notamment. Mais son image restait mauvaise et un jeune « *zamalien* » (consommateur de cannabis) ou déclaré tel était mal vu par les filles notamment, et en général exclu de certains cercles. Progressivement cette image s'est améliorée, en opposition peut-être à celle



de l'alcool, « la drogue de papa », qui a souvent pour corollaire la violence intra familiale. De marginale quand elle était traditionnelle et réservée à des adultes, la consommation de zamal est peu à peu devenue plus fréquente en concernant des populations plus jeunes, prenant l'allure d'un phénomène social parfois perçu comme problématique.

Jusqu'à une période récente le zamal faisait le plus souvent l'objet de troc mais il n'était pas question d'échanges marchands : il s'échangeait contre une cassette de musique, un vêtement. La situation a changé ensuite quand des métropolitains, fonctionnaires pour la plupart, sont arrivés nombreux, et habitués à monnayer le cannabis dont ils avaient besoin pour leur consommation personnelle.

L'insularité, la facilité des contrôles aux frontières, la petite taille de l'île où « tout le monde se connaît, tout se sait rapidement » font que le département est relativement peu concerné par la consommation des opiacés malgré la proximité de l'île Maurice où consommation et trafic de brown sugar semblent constituer un réel problème. En contrepartie le problème des poly toxicomanies médicamenteuses constitue une préoccupation majeure de santé publique à la Réunion. L'Artane® fait partie depuis plusieurs dizaines d'années des médicaments largement utilisés dans divers cocktails associant entre autres systématiquement l'alcool. La consommation d'Artane® a d'ailleurs fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine en 1989 (1).

D'autres médicaments (Rohypnol®, Néocodion®, autres benzodiazépines) sont également consommés depuis plusieurs années en association avec d'autres produits, l'alcool surtout et le zamal. Les jeunes consommateurs, souvent des lycéens ou des collégiens, ont tendance à diversifier leurs consommations en fonction de la disponibilité des produits sur le marché local.

D'autres substances sont ou ont été consommées de façon plus rare, notamment l'opium jusqu'en 1982, année qui a vu la fermeture de la dernière fumerie de Saint-Denis, et le datura. L'usage du datura à la Réunion est assez ancien puisqu'il était utilisé dans le traitement de l'asthme en cigarette ou en frictions, pour les rhumatismes, pour les coliques néphrétiques en cataplasme, etc. Mais le datura est moyennement apprécié du fait de l'importance des effets secondaires désagréables et de la fréquence des « mauvais voyages ».

L'héroïne base a fait l'objet d'un petit trafic avec l'île Maurice en 1986, avec une filière structurée démantelée ensuite. Actuellement son prix élevé et les difficultés d'un approvisionnement régulier limitent la diffusion de son usage.

La cocaïne est présente sur l'île mais son usage semble encore réservé à des cercles d'initiés appartenant à un milieu aisé, plutôt noctambule, mais elle n'est pas « *dan lo chemin* » (dans la rue). Les amphétamines quant à elles (Dinintel®, Fringanor®) ont fait quelques années l'objet d'un trafic entre Maurice et la Réunion, mais depuis 1997 environ elles semblent moins présentes. L'Ecstasy, importée de métropole, a fait son apparition il y a quelques années en même temps que débutait le phénomène techno.

Enfin des champignons hallucinogènes aux effets déclarés agréables poussent dans les hauts de l'île, sur les bouses. Mais les difficultés liées à leur récolte, et surtout le manque de connaissances précises qui entraîne une certaine méfiance à leur sujet, font que leur consommation reste très limitée, surtout en milieu urbain.

## A-1) LE SITE ÉTUDIÉ

### - Géographie

Dans un premier temps une partie du travail, notamment le recueil des données ethnographiques, s'est focalisée sur la région Ouest de l'île, essentiellement dans les villes en bordure du littoral. Plusieurs raisons expliquent ce choix :

- l'importance de la poly toxicomanie dans cette région,
- le fait que l'enquêteur du projet soit un éducateur spécialisé qui a longtemps travaillé dans cette zone géographique, et dans la région Nord de l'île
- l'ouverture du Centre d'Accueil Bas Seuil, (CABS) le Kaz' Oté, qui s'est faite à Saint-Paul.

Les données ethnographiques concernent surtout les villes de Saint-Paul, Le Port, La Possession, Rivière des Galets, mais beaucoup d'autres informations rapportées ici concernent l'ensemble de l'île. La mise en place récente et progressive de ce dispositif d'observation implique néanmoins que ce rapport ne prétend nullement être exhaustif.

### - Données socio-démographiques

Le dernier recensement INSEE de 1999 fait état d'une population totale de 706 300 habitants, dont 36,2% ont moins de 20 ans. On note donc la jeunesse de la population par rapport à celle de la métropole qui compte seulement 24,6% de moins de 20 ans.

L'ensemble de la population de l'île est touché par un taux de chômage très important, 41,7% (contre 11% de la population active en métropole) et il existe des variations notables suivant les communes. Ainsi à Saint-Denis, ce taux est de 30,8% alors qu'il est de 49,2% au Port qui compte par ailleurs une très forte population jeune (près de 40% de la population a moins de 20 ans, contre 33,4% à Saint-Denis).

### - Dispositif spécialisé de prise en charge

Ce dispositif regroupe maintenant plusieurs types de structures. Nombre d'entre elles étaient jusqu'alors spécialisées dans le traitement et l'accompagnement de l'alcoolisme, mais l'extension à la prise en charge des toxicomanies et des addictions au sens large est en cours.

Ce dispositif regroupe:

- Des services hospitaliers : le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Saint-Denis et l'unité d'alcoologie du Centre Hospitalier Sud Réunion.
- Le CDPAT (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme et des Toxicomanies), qui gère 4 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), dont celui de Saint-Benoît inauguré en mai 2001 et celui de Saint-Paul ouvert récemment, des consultations avancées, et le Centre d'Aide et de Soins aux Toxicomanes de la Réunion (C.A.S.TO.R). Il existe deux antennes du C.A.S.TO.R, l'une à Saint-Denis, l'autre à Saint-Pierre, qui assurent l'accueil et le suivi d'usagers rencontrant des difficultés avec leur consommation de drogues.
- Le Kaz'Oté ! Centre d'Accueil Bas Seuil (CABS) ouvert par le Réseau Oté ! en février 2001 à Saint-Paul. Le choix de la région Ouest a été motivé par l'absence de structure d'accueil dans cette région et l'importance d'un public poly toxicomane. Le Kaz'Oté ! a fonctionné cette année à mi-temps et son activité sera complétée dès le début de l'année 2002 par l'ouverture d'un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) qui permettra l'initialisation locale de traitements substitutifs aux opiacés par la Méthadone.
- La médecine libérale, avec des médecins généralistes souvent peu préparés au soin et à l'accompagnement de patients toxicomanes ou poly consommateurs.

De l'avis de beaucoup, ce dispositif est encore insuffisant pour pouvoir répondre à la demande et mieux coller à la réalité de la toxicomanie sur l'île. Le service d'addictologie du CHD est actuellement le seul lieu de cure pour les toxicomanes, et il n'existe pas de centre de post-cure. Par ailleurs beaucoup d'usagers de drogues injectables se plaignent de l'accueil qu'ils reçoivent dans les pharmacies quand ils demandent des seringues, accueil plutôt « dissuasif » disent-ils, et déplorent une distribution insuffisante des KAP et/ou des Stéribox qui ne sont jusqu'à maintenant disponibles qu'au Kaz'Oté qui les redistribue au C.A.S.TO.R et dans les services hospitaliers qui en font la demande.

L'ouverture du Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances (CIRDD), porté à la Réunion par le Réseau Oté ! (Réseau d'Ouverture Thérapeutique et Educative) issu de professionnels de terrain de différents domaines (santé, social, éducation) investis dans la prévention et le soin des patients, est une des avancées de l'année. Les différentes fonctions de ce centre sont de documentation et d'information, de formation, d'observation (en collaboration avec le projet TREND) et d'appui technique aux chefs de projet « Toxicomanies et Dépendances ».

La tenue d'un colloque « *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion* », co-organisé par le « Comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des

dépendances » et le « Programme Régional de Santé Addictions », présidé par Mme Nicole Maestracci, Présidente de la MILDT, a par ailleurs rassemblé au mois de juin 2001 de nombreux professionnels d'horizons différents, intervenant dans le domaine de la prévention, du soin ou de la répression.

## A-2) LES ESPACES ÉTUDIÉS

### - Espace urbain :

C'est l'espace principal étudié à la Réunion en 2001. Les villes concernées sont des villes à l'urbanisation rapide, villes-nouvelles qui accueillent une population jeune. Beaucoup des quartiers concernés sont donc des quartiers neufs, regroupant des immeubles d'habitation récents bâtis à la place des bidonvilles existants dans le cadre de programmes de Réhabilitation de l'Habitat Insalubre. Les premières constructions étaient peu adaptées au climat tropical et au mode de vie créole, mettant parfois une fin aux petites cultures qui représentaient pour beaucoup un apport économique non négligeable, entraînant aussi de profonds remaniements de l'environnement social proche. Des progrès pour une meilleure intégration et un plus grand respect des habitudes locales sont notables ces dernières années mais dans certains quartiers les lieux de rencontre, notamment le soir, sont insuffisants et se limitent parfois à la rue elle-même.

### - Espace festif

Il y a à la Réunion une habitude ancienne d'aller écouter de la musique et danser, par exemple lors des traditionnels « bals la poussière » maintenant presque disparus, des fêtes familiales qui étaient souvent l'occasion d'inviter tout le village et des « kabars », fêtes en plein air où l'on chante en créole. Lors de ces fêtes qui rassemblaient souvent plusieurs générations c'était essentiellement de l'alcool, rhum et bière, qui était consommé. L'espace festif actuel comprend à la fois les concerts de *sega*, *maloya* (style musical très attaché à ses racines rituelles et africaines, longtemps interdit), reggae ou jazz, et l'espace « techno » plus proprement dit.

Hors espace techno, les concerts sont très nombreux dans l'île et ont souvent lieu en plein air. Il existe souvent un bar ou deux dans l'enceinte du concert, qui sert en général de la bière dans des verres en plastique et des boissons non alcoolisées. Les consommations ouvertes de cannabis y sont courantes, et on remarque souvent que « *ça sent le zamal un peu partout* ».

Les premières fêtes techno ont eu lieu de façon ponctuelle en 1994, mais l'émergence réelle du phénomène est située par les habitués en 1997 puis son évolution s'est faite en dents de

scie. Certaines fêtes sont organisées dans des espaces publics de la côte Ouest essentiellement (ravine de Saint-Leu, les Colimaçons, Saint-Paul), d'autres dans des lieux privés comme en décembre au karting de Saint-Louis par exemple.

Cet espace festif est actuellement en pleine expansion sur l'île et son existence est devenue beaucoup plus apparente. Jusqu'à cette année les informations dans les médias étaient rares pour annoncer ce type d'événement, mais depuis quelques mois certaines grandes fêtes techno font l'objet d'une assez large publicité. Les fêtes organisées sont de deux types, les soirées « officielles », payantes (le prix d'entrée se situe aux alentours de 70/80F, voire jusqu'à 120F), semblant plus fréquentes que les « free-party » gratuites.

Les grandes fêtes techno rassemblent essentiellement une population d'origine métropolitaine et des Réunionnais qui ont séjourné en métropole où ils ont découvert la culture « techno ». En général il s'agit de la génération des 25-40 ans mais il semble que dans des fêtes très récentes le public avait plutôt entre 16 et 25 ans. Au mois de mai environ 500 personnes s'étaient déplacées à Mafate pour une grande fête techno, une autre au parc Amazone de Saint-Paul a rassemblé environ 1200 personnes en novembre. Chacun de ces événements rassemble des DJ locaux et d'autres venus de métropole.

Dans ces espaces on trouve parfois un bar qui vend de la bière, mais ce n'est pas toujours le cas, et là encore les effluves de zamal sont monnaie courante. Nombreux sont les participants qui essayent également de « *mettre le corps bon* » avec le ou les produits disponibles pendant la soirée ou achetés dans les jours qui précèdent, pour être « hors de leur état normal ». Selon plusieurs sources les consommations de LSD sous forme de buvard et d'Ecstasy sont de plus en plus courantes, et les gens qui le souhaitent n'ont en général pas de difficulté à s'approvisionner. Les tractations sont par contre difficiles à observer, mais le comportement des danseurs permet souvent de « soupçonner » que beaucoup d'entre eux sont « sous effet ».

Médecins du Monde met actuellement en place un programme d'observation de ces fêtes, afin d'évaluer les pratiques et les besoins, notamment la nécessité d'un « testing » des produits psycho-actifs qui circulent à ces occasions.

## A-3) LES MÉTHODES DES TRAVAIL UTILISÉES

Le dispositif TREND s'appuie sur tous les professionnels concernés par la toxicomanie et utilise quatre méthodes particulières de recueil des données, à savoir l'observation ethnographique de terrain, les groupes focaux, les questionnaires qualitatifs et les questionnaires quantitatifs.

- **Observation ethnographique de l'usage**

Depuis le début de la mise en place du programme, l'observation ethnographique des pratiques et des comportements a été réalisée d'une part de façon directe par l'enquêteur du projet, Jean-François Guignard, d'autre part par des éducateurs de rue qui lui transmettent les informations recueillies sur le terrain.

Jean-François Guignard, directeur du Kaz'Oté ! a longtemps travaillé sur le terrain comme éducateur de prévention spécialisée, il a donc une grande expérience et de nombreux contacts dans ce domaine. Par ailleurs, son travail actuel au centre bas seuil le met en contact permanent et régulier avec des usagers qui sont une source précieuse d'informations.

Encore balbutiant cette année, le travail ethnographique n'a pas été vraiment formalisé. En 2002 l'accroissement de l'équipe avec un nouvel enquêteur, probablement dans la région de Saint-Leu dans un premier temps, permettra de mieux couvrir la région sud de l'île pour l'observation ethnographique proprement dite, d'autre part une formation ethnographique commune aux enquêteurs et aux coordinateurs des différents sites TREND qui aura lieu au mois de juin prochain à Paris permettra d'affiner cette activité essentielle du dispositif.

### **- Groupes focaux**

Groupe de discussion qui rassemble des personnes sélectionnées sur la base de leurs compétences propres et réunies pour traiter certains sujets intéressant le dispositif TREND, le groupe focal s'appuie sur une discussion collective, permettant à tous les participants d'échanger leurs points de vue, leurs impressions et leurs perceptions des phénomènes liés aux usages de drogues. Il est composé de professionnels ayant accès à certaines catégories spécifiques d'usagers ou à un contexte précis.

Dans le cadre du système TREND, les groupes focaux peuvent avoir plusieurs fonctions :

- Permettre l'identification précoce d'opinions congruentes d'experts sur l'existence d'un ou de plusieurs phénomènes émergents que ce soit dans le champ des produits et des usages (groupe usagers), dans le champ des dommages sanitaires (groupe santé) ou dans celui du trafic (groupe répressif).-
- Fournir des éléments de contextualisation et d'aide à la compréhension de phénomènes émergents préalablement identifiés.
- Permettre aux membres d'un groupe focal de prendre conscience de certains problèmes concernant leurs activités.

Au mois de novembre 2001 deux groupes ont ainsi été constitués, le groupe focal répressif rassemblant des professionnels des douanes, de la gendarmerie, de la police, et du tribunal de grande instance (TGI), le groupe focal santé rassemblant des éducateurs et des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers).

Cette première expérience n'a pas été aussi concluante que nous l'espérions car la mobilisation des différentes parties a été difficile, mais elle nous a permis de pointer quelques faiblesses d'organisation et d'en tirer les conclusions nécessaires à la réalisation des prochaines réunions qui devraient se tenir tous les six mois.

Dans le groupe « répressif » les gendarmes invités n'avaient finalement pas pu se libérer, ainsi que plusieurs participants pressentis dépendants du TGI. De la même façon dans le groupe santé, les services hospitaliers n'étaient pas représentés ; il faut noter que ces services sont très sollicités à la fois par leurs activités de soins et pour des réunions ou interventions à l'extérieur, et qu'un net manque de personnel les empêche de répondre à toutes les demandes dont ils sont l'objet. Par ailleurs leurs horaires de disponibilité ne concordent pas toujours avec ceux des autres professionnels, et à l'avenir il faudra s'efforcer de remédier à ces difficultés pratiques de façon à permettre des rassemblements de professionnels d'horizons différents pour des discussions plus riches d'enseignements, et plus intéressantes pour les participants eux-mêmes.

Plusieurs solutions sont à envisager pour améliorer l'organisation de ces réunions :

- un meilleur choix des participants afin de privilégier des acteurs de terrain, notamment dans le groupe focal répressif qui pourrait intégrer des commissaires de quartiers par exemple,
- un travail préparatoire en partenariat avec la cellule « drogues et toxicomanie » de la Préfecture, pour obtenir une meilleure participation des gendarmes et policiers notamment,
- éventuellement un dédoublement des groupes pour faciliter la participation de professionnels travaillant dans tous les coins de l'île, car les problèmes de circulation entre le Nord et le Sud de l'île par exemple sont importants à prendre en compte,
- des contacts téléphoniques réguliers avec les participants pressentis afin de maintenir leur intérêt pour le projet tout au long de l'année.

Par ailleurs la plupart des participants ont souligné la nécessité d'un état des lieux préalable à la mise en évidence d'éléments nouveaux et de phénomènes émergents dans le domaine de la toxicomanie : le présent rapport tente donc de rendre compte de la réalité des consommations de substances psychoactives sur l'île, et sa diffusion assez large devrait permettre de mieux faire connaître le dispositif à l'ensemble des personnes concernées par la toxicomanie, qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers.

#### - **Recueil qualitatif « bas seuil »**

Ce recueil de données a été fait dans les deux structures d'accueil de l'île, le C.A.S.TO.R et le CABS du réseau Oté, en 2000 d'abord, puis cette année pour essayer de repérer les éléments nouveaux constatés et les tendances évolutives.

Il comporte différents éléments qui sont pour chacun des produits utilisés : les groupes de consommateurs (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle), les modes d'administration, les

problèmes de santé associés à la consommation, la disponibilité et l'accessibilité du produit, le prix, la procédure de préparation, la perception du produit qu'en ont les usagers, les produits de régulation (produits associés avant ou après la prise du produit principal considéré), le petit trafic, la visibilité en scène ouverte de la consommation et du petit trafic, et enfin les appellations locales du produit. La dernière partie est réservée aux commentaires qui ne rentrent pas dans les questions précédentes.

Le remplissage de ce questionnaire s'est effectué au mois de novembre dernier avec l'éducateur du C.A.S.TO.R en charge de l'accueil et du suivi des usagers présentant des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives, et au Kaz'Oté ! avec le directeur du centre et le président du Réseau Oté !. Les populations touchées par ces deux centres n'étant pas absolument identiques les informations données sont souvent complémentaires, mais beaucoup de leurs remarques et conclusions sont similaires.

Tous les deux soulignent avec force la nécessité, d'une part de l'ouverture d'un CSST permettant la prise en charge et le suivi des traitements substitutifs à la méthadone d'une façon structurée, et celle d'une meilleure information des médecins généralistes à propos des traitements par Subutex® et de l'accompagnement d'usagers de médicaments détournés type Artane®, Rohypnol® ou Rivotril®. De la même manière une réflexion approfondie sur l'accueil des personnes toxicomanes dans les espaces de cure hospitalière très marqués par la prise en charge de la personne alcoolique semble essentielle pour mieux répondre aux besoins.

#### **- Enquête transversale « bas seuil »**

Cette enquête consiste en un questionnaire (voir en annexe) rempli auprès d'usagers lors d'un entretien dans un centre d'accueil lors d'une période donnée pour permettre un recueil homogène des données. Cette année l'enquête a été réalisée entre le 20 juillet et le 15 septembre, auprès d'un total de 26 usagers au C.A.S.TO.R et au Kaz'Oté !

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce petit nombre de questionnaires remplis :

- d'une part les professionnels (éducateurs) chargés de réaliser l'enquête ont trouvé difficile, voire impossible de remplir le questionnaire lors d'un premier entretien, lequel est destiné avant tout à établir une relation d'écoute et de confiance ; ils présentaient donc l'enquête à ce moment et le remplissage avait lieu dans un deuxième temps avec les utilisateurs qui revenaient, ce qui n'était pas toujours le cas,
- le CABS venait d'ouvrir quelques mois plus tôt à mi-temps et sa fréquentation n'avait pas encore trouvé son rythme de croisière,
- la passation du questionnaire s'est faite pendant une période de vacances, période souvent « molle » pour la fréquentation de ces centres,



- le questionnaire est apparu un peu en décalage par rapport à la problématique locale en matière de consommation de produits psycho-actifs,
- bien que le questionnaire soit anonyme, certains usagers refusaient de « rentrer dans les chiffres » et ne souhaitaient pas être intégrés dans l'étude.

Enfin, de nombreux entretiens avec des professionnels en contact avec des toxicomanes (éducateurs, assistantes sociales, animateurs de quartier, médecins, pharmaciens, etc.) ont permis de recueillir ou de confirmer un certain nombre de données.

## B) ÉTAT DES LIEUX ET RÉSULTATS DES OBSERVATIONS RÉALISÉES EN 2001

Il faut avant tout préciser un élément essentiel à la Réunion : la place prépondérante de l'alcool dans le domaine des addictions, soulignée par tous les professionnels concernés. Si la consommation moyenne d'alcool par habitant est moindre qu'en métropole (8 litres d'alcool pur par habitant à la Réunion en 1994 contre 11,7 en métropole), elle est très inégalement répartie avec un grand nombre d'abstinents (19% selon le Baromètre Santé contre une estimation de 5% en métropole) et un nombre non négligeable de gros consommateurs d'alcools forts, rhum, whisky, bières dont certaines ont un titre élevé d'alcool. L'alcool est très souvent incriminé dans des passages à l'acte, notamment dans les violences intra-familiales, violences faites aux femmes et aux mineurs, et des conduites délictueuses.

En dehors de l'alcoolisme d'accoutumance certains observateurs notent un comportement particulier chez quelques usagers qui font une recherche de « défonce » semblable à celle que l'on peut observer dans les consommations d'opiacés. Ceci concerne souvent des gens qui ont eu une histoire de consommation d'héroïne dans le passé, et qui cherchent des effets particuliers par une utilisation « programmée » d'alcool, de cannabis, et éventuellement de médicaments.

Une autre particularité de l'île est la poly toxicomanie : on note une association fréquente, notamment chez les jeunes, de plusieurs produits psychoactifs, en particulier alcool et cannabis, alcool et médicaments détournés de leur usage, et très souvent association des trois produits.

L'Artane® est le médicament dont l'utilisation détournée est la plus ancienne (son début se situe dans les années 70), et sans doute la plus importante. A sa suite plusieurs autres médicaments ont été détournés de leur usage suivant les « modes » de prescription, l'accessibilité et la disponibilité des produits. Peu à peu s'est ainsi développé le concept du « rond », médicament sous forme de comprimé, quel qu'il soit (Artane®, Rohypnol®, Rivotril®, Valium® ou autre benzodiazépine), consommé par des jeunes qui sont des « cachetonneurs » à la recherche d'un effet supplémentaire à celui engendré par la consommation initiale d'alcool surtout, de zamal parfois.

Parallèlement, les drogues injectables sont peu répandues dans l'île et concernent une population spécifique formée essentiellement de métropolitains d'origine, parfois venus ici pour se désintoxiquer, et de Réunionnais ayant séjourné en métropole où ils ont été en contact avec les opiacés. Rares sont les cas observés d'initialisation d'injection de produits psychoactifs sur l'île même, chez des gens n'ayant jamais voyagé.

## B-1) LES USAGERS DE PRODUITS

### - ÉTAT DES LIEUX

#### ➤ Les grandes populations d'usagers.

Le premier fait à noter est que les usagers sont en grande majorité des hommes, les femmes semblant beaucoup moins touchées par les consommations de drogues illicites. Ce fait se retrouve dans les résultats de l'enquête « bas seuil » qui concerne 88% d'hommes et 12% de femmes. La répartition par âge se fait de la façon suivante : 23% ont entre 15 et 19 ans, 27% entre 20 et 24 ans, 7% entre 25 et 29 ans, enfin 43% ont plus de 30 ans. Presque 60% des usagers qui ont répondu à ce questionnaire sont célibataires, et les deux-tiers vivent chez leurs parents ; 7 sur 10 ont un niveau d'études correspondant au collège, BEP ou CAP, 11,5% ont le bac ou un niveau équivalent et autant ont fait des études supérieures. Par ailleurs 42% de ces usagers sont inactifs, 20% sont étudiants ou collégiens et seulement 8% ont un emploi stable ; 30% sont sans ressources propres, 46% ont des ressources dites de « précarité avec compensation », type RMI ou Assedic, 50% bénéficient de la CMU.

La consommation de tabac concerne 96% des répondants et celle d'alcool 70% d'entre eux. Il s'agit dans 44% des cas d'une consommation modérée (1 à 3 verres d'alcool par jour) alors que 20% des usagers d'alcool ayant participé à l'étude consomment plus de 10 verres par jour.

L'usage du **cannabis** est maintenant très diffus au sein de la population, et touche toutes les catégories socioprofessionnelles. On note que 93% des usagers qui ont répondu au questionnaire « bas seuil » sont consommateurs de cannabis, parmi lesquels 80% fument une ou plusieurs fois par jour, 12% une ou plusieurs fois par semaine, 8% une ou plusieurs fois par mois. Quand il est spécifié (mais cette question ne faisait pas partie du questionnaire), l'âge de la première consommation de cannabis se situe pour moitié à 14-15 ans, pour moitié à 16-17 ans.

La consommation de zamal par les personnes enquêtées se fait à parts égales seul ou avec des amis. L'usage solitaire se fait en général au domicile, plus rarement dans la rue (1/4 des cas), tandis que l'usage avec des amis se fait de préférence dans la rue (62% des cas), plus rarement au domicile ou lors de soirées ou de fêtes privées (38% des cas).

L'idée que « *zamal lé mal* » semble persister à la Réunion, mais les habitudes sociales et la diffusion du produit font que son acceptation par la grosse majorité de la population est maintenant meilleure. Parallèlement, l'impression que quelques pieds de zamal dans la cour sont tolérés par les forces de police ou de gendarmerie est largement partagée par beaucoup de jeunes. Un gendarme FRAD, arrivé de métropole il y a deux ans, constate d'ailleurs à la Réunion une diminution de l'âge de la connaissance des produits stupéfiants, du cannabis notamment : il fait ici ses interventions de prévention dans les classes de 6<sup>o</sup> au lieu des classes de 4<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> en métropole.

C'est donc plutôt la façon dont est consommé le cannabis qui fait la différence entre les usagers, avec d'une part :

- un usage traditionnel du *zamal lontan* par certains habitants des Hauts de l'île, usage récréatif et modéré chez des agriculteurs de plus de 40 ans qui quelquefois « *trousse in nafèr* » (fument une cigarette de zamal), le soir après la journée de travail,
- un usage ponctuel, festif, régulier mais contrôlé, usage récréatif chez des personnes bien insérées socialement, hommes et femmes de plus de 30 ans à qui cette consommation ne pose pas de problèmes,
- une consommation de *bang*, décoction de feuilles de zamal dans du lait ou du thé : cet usage semble peu développé parmi les jeunes, et concerne plutôt des gens de 30-40 ans qui consomment en groupe pour faire des expériences et voir « *jusqu'ou on peut aller* », ou pour faire une grosse fête,
- des consommations de gâteaux au zamal, dans un but convivial, assez rares et plutôt le fait de métropolitains,
- une consommation importante et souvent exclusive de zamal, commençant parfois dès le matin chez des sujets jeunes très désinsérés socialement. Plusieurs informateurs rapportent certaines caractéristiques fréquemment retrouvées chez ces jeunes entre 17 et 25 ans, à savoir :
  - ✓ des carences affectives, ou une discontinuité des relations affectives, avec une fréquente absence du père,
  - ✓ des difficultés familiales et sociales liées à l'explosion fréquente de la famille et des réseaux sociaux existant auparavant,
  - ✓ un manque de communication et des difficultés de verbalisation, surtout des états affectifs ; dans ces difficultés d'expression des émotions et de leur ressenti, le zamal aide à se « libérer »,
  - ✓ la recherche du plaisir dans l'immédiateté,
  - ✓ le chômage, et souvent l'absence de perspectives d'avenir : l'usage du cannabis correspond alors à une certaine volonté de sortir complètement de la réalité pour masquer ces manques.

Très souvent il s'agit d'une consommation effrénée : « *tant qu'on en a, on consomme* », on continue de fumer même quand on a atteint une certaine ivresse cannabique, presque par gourmandise. C'est l'occasion pour les vieux fumeurs de dire que les jeunes « *font les gâteurs* »<sup>1</sup>.

En ce qui concerne l'**Artane®**, le profil du consommateur régulier est parfois défini ainsi : « *c'est un jeune entre 15 et 30 ans, plus ou moins dans la précarité, exclu mais gardant un lien social, surtout familial ou géographique, qui a priori ne fait pas de trafic du produit et n'a donc aucune amélioration de ses conditions de vie par ce biais* ». La recherche de « *défonce* » est souvent une motivation, mais certains ne prenant qu'un comprimé par jour, on peut se demander quels sont les effets observés. En général les consommateurs d'Artane® ne sont pas des gens qui viennent d'entrer dans une toxicomanie mais le plus souvent des consommateurs réguliers de zamal et d'alcool.

Dans l'enquête « *bas seuil* », 75% des usagers d'Artane® ont moins de 25 ans, tous fument du cannabis (88% une ou plusieurs fois par jour) et tous consomment de l'alcool quotidiennement. Les consommateurs qui déclarent avoir consommé du Rohypnol® dans les six mois précédant l'enquête sont un peu plus âgés, puisque 62% d'entre eux ont entre 26 et 43 ans, et tous consomment quotidiennement de l'alcool également. Ce sont parmi les consommateurs de moins de 25 ans que l'on retrouve des usagers des deux produits, Artane® et Rohypnol®.

D'une manière générale, les consommateurs de cachets seraient plus en souffrance, plus « *mal en point* » que les utilisateurs de zamal uniquement, plus méfiants vis-à-vis de la société dans son ensemble. Les associations de produits sont souvent liées à des problèmes relationnels ou d'environnement, et les professionnels chargés du suivi des jeunes concernés insistent sur la nécessité de la construction d'un cadre relationnel rassurant où la confiance est primordiale.

Comme le dit avec humour un médecin qui suit pas mal de poly consommateurs : « *beaucoup de jeunes tournent en « rond »* », avec des « *ronds* », passant d'un produit à un autre en fonction des disponibilités du marché.

Son prix restant très dissuasif la cocaïne quant à elle reste plutôt réservée à une population de personnes bien insérées socialement.

### ➤ **Problèmes de co-morbidité**

A la Réunion, l'importance des pathologies liées à des consommations excessives d'alcool fait presque écran à celles qui seraient liées à l'usage de produits psychotropes illicites ou de médicaments détournés de leur usage. Bien que la mortalité liée à l'alcoolisme régresse progressivement à la Réunion, l'Indice Comparatif de Mortalité de l'alcoolisme, par psychoses et cirrhoses du foie, reste environ trois fois supérieur à celui de la métropole

---

<sup>1</sup> « *gâter* » signifie dans ce contexte « *gaspiller* »

(DRASS, Service Statistique, « Chiffres et indicateurs pour la Réunion » à partir des « Chiffres et indicateurs départementaux du SESI », mars 98).

Etant donnée la spécificité de la toxicomanie sur l'île, rares sont les pathologies qui lui sont liées directement dans les services hospitaliers.

Chez les jeunes fumeurs occasionnels de zamal on rapporte souvent des troubles de l'attention, une certaine apathie, et chez les usagers poly consommateurs on constate parfois des épisodes d'ivresse avec hallucinations, des troubles du comportement voire des bouffées délirantes.

L'enquête « bas seuil » nous indique que 23 usagers sur les 26 concernés sont suivis médicalement, par un médecin généraliste pour 78% d'entre eux, un psychiatre ou un psychologue dans 43% des cas. Les hospitalisations au cours de la dernière année ont concerné la moitié des répondants : 61% des usagers hospitalisés l'ont été en service de psychiatrie et 46% en service d'urgences, certains ayant cumulé plusieurs hospitalisations.

En 2000 le service d'immunologie du CHD de Saint-Denis a accueilli 43 nouveaux séropositifs (contre 33 en 1999), parmi lesquels on note une seule contamination par voie intraveineuse chez un toxicomane, contre 7 en 99 ; en 2000, sur le total de 499 patients dans la file active, 69 correspondaient à des contaminations par voie IV chez des toxicomanes (presque 14%), contre 71 sur un total de 442 patients en 1999 (soit 16%). Dans cette file active 20% des patients sont co-infectés au VIH et au VHC.

Parmi les 26 usagers qui ont participé à l'enquête quantitative « bas seuil », 12 ont pratiqué des tests de dépistage : 2 d'entre eux sont co-infectés au VIH et au VHC, 4 autres sont positifs pour l'hépatite C, et un pour l'hépatite B.

Un médecin généraliste qui suit plus de quarante patients sous Subutex®, héroïnomanes ou anciens héroïnomanes, note que deux-tiers d'entre eux sont infectés par le VHC. Il observe chez certains usagers des problèmes psychiatriques souvent difficiles à caractériser de façon précise, et d'autres à la frontière entre le social et le psychiatrique chez des consommateurs qui « *transgressent les limites sociales sans les voir, qui sont dans l'illégalité sans en avoir conscience* ».

Par ailleurs, les intoxications aiguës à la datura sembleraient en diminution : depuis deux ans aucune n'a été observée au service des urgences du CHD de Saint-Denis qui en recevait auparavant une à deux par an.

## ➤ Le trafic

Le **cannabis** consommé à la Réunion est essentiellement de production locale. Le zamal a trouvé sur l'île un climat propice à sa culture et en dehors des petites plantations de quelques pieds dans la *kour*, il semble exister une production semi-industrielle chez quelques agriculteurs des hauts de l'Ouest, allant jusqu'à 1000-2000 pieds voire plus. Selon certains informateurs les « gros dealers » qui il y a quelques années se fournissaient auprès de

plusieurs producteurs semblent maintenant avoir disparu. On manque cependant d'observations fines et objectives à ce sujet et une éventuelle structuration de réseaux d'approvisionnement mériterait d'être mieux étudiée.

En général les circuits de distribution du cannabis paraissent relativement peu élaborés et présentent un caractère artisanal très disséminé. Ainsi le deal prend des formes variées : très souvent la vente de zamal n'est pas le fait de dealers au sens strict du terme mais peut être pour un usager un moyen de financer sa propre consommation. Parfois des groupes de consommateurs s'organisent en se cotisant, chargeant l'un des leurs d'acheter un pied d'une valeur de 500 à 2000 F chez un producteur des Hauts de l'île. Ailleurs encore, le zamal peut, à la manière des bons vins, faire l'objet d'échanges entre connaisseurs, échanges de qualités différentes (« je te donne un peu de « *mang-karot* », tu me donnes un peu de « *kalité legrin* ») dont le goût et les effets diffèrent.

Quelques revendeurs proposent à la fois du zamal et des médicaments mais ce n'est pas toujours le cas. Au contraire de celle du cannabis, la vente de **médicaments** ne se fait pas ouvertement dans la rue en général, et après les tractations les revendeurs doivent retourner à leur domicile pour chercher les comprimés demandés.

Plusieurs sources s'accordent à dire que le trafic de médicaments prend parfois l'allure d'un troc avec des personnes en général un peu âgées, porteuses d'une ordonnance pour un produit quelconque (Rivotril® par exemple) et à qui les jeunes demandent de faire l'échange d'une partie des comprimés délivrés en pharmacie contre une bouteille d'alcool, la traditionnelle « pile plate » par exemple (petite flasque de rhum) ou un peu d'argent, ou qu'ils menacent purement et simplement en les sommant de leur donner les médicaments.

En dehors du détournement de prescriptions, l'Artane® fait l'objet d'un trafic plus organisé en provenance de Madagascar où il est en vente libre ; ce trafic semble compenser le fait que les prescriptions d'Artane® soient maintenant plus difficiles à obtenir, et donc à détourner. Un témoignage unique fait état de l'importation de Subutex® en provenance de Madagascar.

On note par ailleurs une augmentation sensible des effractions de pharmacies à la recherche d'argent et/ou de médicaments psychotropes (Artane®, Rohypnol®, Lysanxia®, Rivotril®, Librium®, Atarax®, Tranxène®) ou des deux. Selon une étude ce type de délit aurait doublé chaque année entre 1997 et 1999. Très souvent il s'agit d'agressions effectuées en plein jour, sans effraction mais avec menace, par des jeunes qui sont « sous effet ».

Le deal de zamal et de médicaments existe dans beaucoup de quartiers, essentiellement dans la rue et certains espaces publics, gares routières et front de mer notamment. On note aussi dans les quartiers urbains l'existence d'un trafic non plus dans des lieux ouverts, mais sur commandes faites à des petits producteurs ou à leurs revendeurs.

Par ailleurs la cocaïne se vendrait plutôt dans des lieux privés ou à leurs abords (parkings de boîtes de nuit par exemple) et parfois même au domicile du client. Selon un unique témoignage, c'est la première fois cette année que l'approvisionnement en cocaïne de synthèse aurait été régulier et continu. D'autre part l'approvisionnement d'Ecstasy, de LSD ou de speed se fait parfois par colis postaux ou Chronopost en provenance de métropole, ou peut être le fait de gens de passage qui financent une partie de leur voyage par la revente de produits.

## - PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

Les choses évoluent lentement semble-t-il et les phénomènes émergents ne sont pas très nombreux en milieu urbain.

### ➤ **Nouvelles populations d'utilisateurs**

Certains professionnels remarquent cette année la prise en charge médicale de quelques jeunes femmes suivies avec des prescriptions régulières de Rohypnol®. Dans les rares cas observés il s'agit de femmes d'une trentaine d'années au parcours difficile, parfois parsemé de problèmes avec la justice, ayant nécessité un soutien médicamenteux.

Plusieurs observateurs rapportent que l'âge de la première consommation de « rond » a tendance à diminuer comme l'âge de la première consommation de zamal : l'initiation se ferait maintenant plutôt au collège qu'au lycée. Mais la consommation reste très liée au budget disponible.

Par ailleurs on note cette année pour la première fois l'observation d'usage de produits solvants (trichloréthylène, éther, solvant de peinture, colles) par des jeunes mineurs, dans la rue, et ce de façon répétée dans une des villes du littoral.

### ➤ **Les contextes de consommation selon les populations**

Les consommateurs de *zamal* en continu ont des contacts en réseau pour chercher « un cent francs » ou une « part deux cents ». Entre fumeurs le classique « *koman i lé ?* » signifie « qu'est-ce que tu as en ce moment ? ». Le zamal circule dans n'importe quel groupe et s'échange aussi facilement qu'une cigarette. On peut ainsi fumer sans avoir soi-même de zamal, en tapant deux taffes ici et là lors de déplacements dans des espaces différents, jusqu'au moment où le « tapeur » s'entend dire « *arrêt fum dan mon poche* ». Très souvent les jeunes usagers s'associent pour acheter le zamal, et si dans un groupe un des membres ne peut pas payer à un moment donné, demandant aux autres « *ou na poin in p'ti dépanaz ?* », ultérieurement il devra offrir à son tour : c'est vraiment le partage.

La consommation de produits psycho-actifs est souvent initiée par le zamal, auquel est ensuite associé l'alcool ; les médicaments se surajoutent ensuite pour la « défonce » dans des épisodes brefs.

Artane®, Rohypnol® ou autre, si un « rond » (le cachet en général) fait l'effet, « *lé bon mèm* », et peu importe alors le nom ou la composition du produit. Entre copains les produits s'échangent à titre d'essai, d'expérimentation. Au contraire du cannabis qui est maintenant très souvent consommé à visage découvert dans des lieux publics, la prise de cachets se fait en retrait, comme se faisait la consommation de zamal il y a quelques années.

En ce qui concerne les médicaments détournés de leur usage, plusieurs cas de cocktails « coca et cachets » (médicaments dont la nature n'est pas précisée) sont rapportés comme des préparations faites par des jeunes de 15/16 ans, qui les proposeraient à des copains à l'intérieur du lycée à titre d'expérimentation.

### ➤ **Problèmes de co-morbidité.**

#### ✓ **Problèmes Sanitaires**

On voit apparaître en médecine libérale notamment des problèmes cutanés et infectieux au niveau des points d'injections chez des jeunes qui injectent le **Subutex®**.

Par ailleurs les professionnels constatent parfois chez les consommateurs de Subutex® des problèmes psychiatriques difficiles à classer, et pour lesquels il est également délicat de déterminer s'ils sont à l'origine de la prise de produits ou s'ils en sont la conséquence.

Certains usagers auparavant substitués par un traitement au Subutex® souvent mal adapté, et qui passent à un traitement substitutif par Méthadone, notent par contre une amélioration de leur santé avec un arrêt des injections, souvent même à leur grand étonnement, et développent un projet de vie moins centré sur le produit initialement consommé. Notons que jusqu'à la fin de cette année la primo-prescription se fait encore de façon incontournable en métropole et seul le renouvellement de l'ordonnance peut se faire sur l'île.

#### ✓ **Problèmes Sociaux**

Par rapport à l'année 2000, l'augmentation des saisies de certains stupéfiants, Artane® et cannabis notamment, est nette. Alors que 2780 comprimés d'Artane® avaient été saisis en 2000, plusieurs saisies ont été particulièrement marquantes en 2001 : l'une en avril d'un jeune homme de 20 ans arrêté en provenance de Madagascar à l'aéroport de Gillot avec 2320 cachets d'Artane®, l'autre en août de 10 640 comprimés transportés par une jeune femme également en provenance de Madagascar.

D'importantes saisies de cannabis sont également à noter, notamment au mois de septembre celle à Tan Rouge, dans les Hauts de l'île, de 2 900 pieds de zamal et 90 kilos d'herbe séchée, l'autre à Grand Ilet de 930 plants de zamal.

Dans le domaine des retombées sociales on peut par ailleurs remarquer l'importance de la prise de médicaments, seuls ou associés, souvent mise en avant par des jeunes entre 20 et 30 ans pour expliquer une conduite délictueuse: « *mi rapèl pa, moin l'été sous zeffé*, etc. ». Cette prise de psychotropes sert plus ou moins de justification à leur conduite et au passage à l'acte (vols, racket, vols avec violence, etc.), puisqu'ils disent ne plus savoir ce qu'ils font quand ils sont sous effet : les drogues seraient ici utilisées pour leurs effets désinhibiteurs au moment du passage à l'acte.



Au centre pénitentiaire du Port, 68,5% des personnes incarcérées sont concernées par un problème de toxicomanie (alcool 40%, zamal 36%, Artane® 10%, benzodiazépines 11%) et dans 67% des cas il s'agit de poly consommation, qui touche essentiellement des sujets jeunes : 38% des usagers poly toxicomanes ont entre 15 et 20 ans, 41% entre 21 et 30 ans, 14% entre 31 et 40 ans (2). On note par ailleurs que le produit principal consommé est variable en fonction de l'âge : il s'agit surtout du zamal entre 15 et 20 ans, d'alcool et de zamal à parts égales entre 21 et 30 ans alors qu'après 31 ans c'est l'alcool qui devient prépondérant.

Dans les cas de poly consommation il s'agit dans 40% des cas de mélanges alcool, zamal et Artane®, dans 23 % des cas d'association alcool, zamal et benzodiazépines, et dans 37 % des cas de mélange alcool et zamal sans adjonction de médicament. Dans l'ensemble de la population la majorité des jeunes consommateurs d'Artane® déclarent l'associer de façon quasi systématique à l'alcool, mais de façon surprenante 45% des détenus affirment ne consommer que de l'Artane®.

De l'avis de nombreux professionnels il semble que beaucoup de zamal pénètre à l'intérieur même de la prison, introduit dans des balles de tennis par exemple et lancé dans les cours. De nombreux détenus déclarent d'ailleurs « *le zamal c'est pas une drogue* » « *le zamal, c'est normal* ».

## **B-2) LES PRODUITS**

### **- ÉTAT DES LIEUX**

#### **➤ Le cannabis**

Plusieurs enquêtes permettent de faire le point sur la fréquence de l'usage de cannabis ou son expérimentation, notamment l'enquête *ESCAPAD 2001* réalisée auprès de jeunes garçons et filles âgés de 17 à 18 ans lors des journées d'appel de préparation à la défense (JAPD). Cette enquête a concerné plus d'un millier de jeunes au cours du mois d'avril 2001.

L'enquête *ESCAPAD* révèle qu'un garçon sur trois et une fille sur cinq déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, en moyenne entre 15 et 16 ans. Cet écart entre les deux sexes se maintient pour des usages plus récents puisque 26% des garçons et 13% des filles déclarent au moins une consommation au cours des 12 derniers mois, et respectivement 18% et 6% au cours des 30 derniers jours.

Parmi les consommateurs de cannabis, 17% des garçons sont des usagers occasionnels (entre 1 et 9 usages au cours des 12 derniers mois), 3% des usagers répétés (au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 dans le mois), et 6% des usagers réguliers (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours), contre 11% d'usagers occasionnels chez les filles, et 2% d'usagers répétés.

L'enquête *Baromètre Santé Réunion 1999/2000* réalisée en population générale auprès des 15 -75 ans avec un protocole identique à celui de la métropole nous éclaire sur la fréquence de l'expérimentation du cannabis au cours de la vie qui est de 13% (environ 20% en métropole), tandis que 4% des personnes interrogées déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ; l'âge moyen de l'initiation est de 19 ans, quel que soit le sexe (3).

L'enquête confirme que cette consommation est fortement liée au sexe (près d'un homme sur quatre a expérimenté le cannabis mais moins d'une femme sur dix) et à l'âge (si 12% des hommes âgés de 15 à 19 ans l'ont expérimenté, ils sont 35% entre 20 et 25 ans), mais aussi à la catégorie socioprofessionnelle (plus de 33% des cadres ont expérimenté le zamal, contre 5% des ouvriers) et au niveau d'étude (27% des gens ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont consommé du cannabis au cours de leur vie contre seulement 5% des personnes n'ayant aucun diplôme).

Par ailleurs, 21% des hommes et 8% des femmes résidant en zone urbaine ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie, contre 13% des hommes et 4% des femmes résidant en zone rurale ; 24% des personnes âgées de 15 à 30 ans ayant un travail déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre 17% des chômeurs de cette même classe d'âge, 14% des écoliers ou étudiants, et 11% des inactifs.

De façon quasi systématique les prévalences observées à la Réunion parmi les garçons et les filles âgés de 17-18 ans se situent à des niveaux largement inférieurs à ceux relevés en métropole, en particulier pour les trois produits les plus consommés (tabac, alcool, cannabis), pour les expérimentations comme pour les usages plus récents ou plus fréquents.

L'enquête DRASS-Saint-Denis de 1997 en milieu scolaire montrait déjà des prévalences inférieures à celles observées en métropole pour les drogues illicites et les résultats du *Baromètre Santé* confirme cette tendance, ce qui témoignerait d'un usage de cannabis plus généralisé et régulier en métropole qu'à la Réunion.

Ces chiffres moindres qu'en métropole sont étonnants alors même que le sentiment largement partagé par les observateurs est d'une grande banalisation de la consommation de zamal, jugée plus fréquente et plus visible ces dernières années, d'autant que l'île étant zone de production l'accès au produit est très facile en général. Ce décalage mériterait sans doute d'être étudié plus finement pour cerner la part d'une sous-déclaration, dans un contexte où peut-être être fumeur de cannabis resterait moins acceptable ici qu'en métropole.

Le cannabis pousse facilement dans les hauteurs de l'île, et nombreuses sont les cours qui abritent quelques pieds de zamal, parfois appelé « *zam* », « *zafèr* », « *in p'ti kalité péi* ». Des appellations variées permettent de distinguer de nombreuses variétés entre la « paille » (uniquement des feuilles pauvres en THC, sans têtes) et la « *kalité* », les plus recherchées étant les plus concentrées, qui s'appellent « *kalité legrin* », avec beaucoup de grains et peu de résine, « *kalité filaman* » : filament rouge, filament jaune et filament mauve en fonction de la coloration des poils remplis de résine qui se trouvent dans la fleur, « *kalité mang-karot* » à cause de son odeur et de son goût particuliers, ou encore les plus fortes qui sont les « *kalité sèkopié* », pied dont la résine a séché, et « *kalité batatèr* » ou « *kalité lo diabl* ».

Le zamal est donc un produit facilement accessible, sauf peut-être pour les touristes de passage, et les points de vente sont nombreux et disséminés dans l'île. Les prix sont cependant variables en fonction de plusieurs facteurs : la saison, la qualité vendue, le lieu de vente et sa proximité avec les lieux de production, et les relations existant entre acheteur et vendeur. Hors saison un seul joint de bonne qualité peut coûter jusqu'à 100 F, alors qu'un rouleau de « paille » coûtera 100 F pendant la bonne saison et pourra même être offert au moment de l'achat de « zamal de qualité » ( le rouleau est l'équivalent de 10 joints d'herbe pure).

Au contraire de la métropole, le zamal est ici presque exclusivement consommé sous forme d'herbe et en général chez les Créoles sans adjonction de tabac. Pour « *trousse in nafèr* » très souvent deux copains participent. L'un colle ensemble deux feuilles de papier à rouler, l'autre émiette dessus les têtes de zamal et le joint est ensuite roulé sans ajout de filtre ni tabac. Celui qui a roulé le pétard l'allume en général mais il peut l'offrir à un des membres présents.

L'usage et la revente de « shit » semblent rares mais ont été régulièrement observés ces dernières années de façon stable. Ce « shit » est un grand voyageur : il vient d'Inde, d'où il est transporté à Zanzibar puis à Mayotte avant d'être importé à la Réunion. Acheté environ 13 F le gramme à Mayotte, sa qualité est jugée bonne et ses effets seraient comparables à ceux de l'herbe locale. Notons ici qu'une récente analyse de zamal réunionnais réalisée par Médecins du Monde indique que la concentration en THC est de 13,6%, une teneur très élevée et équivalente à celle d'une résine classiquement retrouvée en métropole.

Les effets recherchés lors de la consommation de cannabis varient en fonction des consommateurs, les usagers réguliers cherchant avant tout l'effet « cool » tandis que les poly consommateurs recherchent plus un renforcement de l'ivresse.

### ➤ **l'Artane®**

L'enquête ESCAPAD 2001 nous révèle qu'en dehors du cannabis les expérimentations d'autres produits restent très rares et plus souvent masculines, à l'exception notable des médicaments psychotropes désignés dans le questionnaire comme « médicaments pour les nerfs, pour dormir » : à la Réunion, à 17-18 ans, seul un garçon sur dix en a déjà pris, contre une fille sur quatre. Précisons qu'aucune mention particulière de l'Artane® n'était faite et que cette question était peut-être envisagée dans le cadre de prescriptions médicales uniquement. Il faudrait peut-être envisager une adaptation locale du questionnaire par une question sur la consommation de « *médicament qui mette l'effè* » par exemple.

Dans cette étude les expérimentateurs de médicaments psychotropes ont par ailleurs plus souvent expérimenté le cannabis (43 % contre 29% chez les garçons, 31% contre 16% chez les filles). Concernant les associations, 19% des garçons et 10% des filles ont déjà pris ensemble du cannabis et de l'alcool, tandis que respectivement 7% et 6% ont déjà mélangé de l'alcool et des médicaments.

Dans le cadre du *Baromètre Santé* 0,4% des personnes interrogées ont déclaré avoir consommé de l'Artane® ou du Lepticur® au cours de leur vie.

Si la consommation d'Artane® est ancienne à la Réunion, elle reste mal explicitée. De l'avis de certains professionnels elle semblerait la conséquence de prescriptions médicales plus ou moins justifiées il y a plus d'une vingtaine d'années, l'Artane® étant à cette époque largement utilisé comme correcteur des neuroleptiques. Ce médicament est en principe rarement consommé seul, l'alcool étant en général associé pour faire monter les effets de l'Artane® lors d'une prise concomitante des deux produits. Certains usagers prennent plusieurs comprimés d'Artane® dans la journée pour relancer l'effet dès que la descente s'amorce : dans la grande majorité des cas les associations de produits et l'utilisation de produit de régulation se font pour une maximalisation des effets. En effet à la Réunion les jeunes ne régulent pas « vers le bas », pour calmer ou adoucir des effets jugés « négatifs » et lorsqu'ils prennent un régulateur c'est uniquement pour obtenir le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances.

Les gros consommateurs d'Artane® ne l'ingèrent pas avec de la bière mais avec du rhum : souvent ils mettent le comprimé sur la langue à l'extérieur de la « boutique » dans laquelle ils entrent ensuite pour prendre leur verre de rhum. Certains jeunes par contre mettent le comprimé directement dans un verre de bière pour le dissoudre et accélérer ainsi les effets de l'alcool.

Selon certains usagers l'Artane® augmenterait la « pêche », il exacerberait l'état mental initial. Nombre d'entre eux disent que le mélange Artane®/alcool leur permet de « planer » un peu, d'être stone, euphorique, tandis que certains professionnels, des éducateurs notamment, constatent chez les jeunes qui utilisent zamal, alcool et Artane® en association une augmentation de l'agressivité et un repli sur soi.

Dans la thèse précédemment citée, l'auteur rapporte les effets suivants de l'Artane® : l'effet « cool », association d'un effet anxiolytique, calmant, permettant de supporter stress et contrariétés avec une égale humeur, et d'un effet psycho-stimulant donnant l'impression de faciliter les opérations mentales par des effets euphorisants ; et la « défonce » pour une prise supérieure à 2 comprimés, avec un effet psychodysléptique plus ou moins intense, des épisodes hallucinatoires, voire des bouffées délirantes.

Un médecin généraliste nous rapporte cette « parabole du cyclone », témoignage de rue recueilli chez un usager d'Artane® :

*« Je bois de l'alcool, 2-3 « dodo » (bière blonde locale) ou du rhum, et ça tourne comme le cyclone. Puis je prends l'Artane®, et là je suis toujours dans le cyclone mais dans l'œil du cyclone : c'est calme. Après je mets l'effet avec le zamal : le zamal c'est de la fumée, et selon que la fumée se dirige vers l'œil ou la périphérie, ça tourne ou c'est calme ».*

D'autres effets spécifiques de l'usage d'Artane® sont souvent déclarés :

*« ça me permet de mieux tenir l'alcool et de retarder l'ivresse »,  
« en cas de contrôle à l'alcootest ça me permet d'être négatif après avoir bu de l'alcool »,  
« avec mon tantine (ma copine), ça me permet de tenir plus longtemps au lit ».*

Les prix de l'Artane® sur le marché semblent stables et se situent aux alentours de 20F le comprimé de 15 mg, le plus recherché, et 10 F le comprimé de 5 mg.

## ➤ **L'Héroïne**

Le *Baromètre Santé* fait état d'une fréquence d'expérimentation de l'héroïne dans la population générale de 0,1% contre 0,6% en métropole, cette fréquence étant selon l'enquête ESCAPAD de 1% chez les jeunes de 17-18 ans. Sur un total d'environ 1200 patients suivis dans le service d'addictologie du CHD, une dizaine seulement sont usagers d'opiacés alors que dans le service d'immunologie qui accueille les patients VIH, 150 usagers de drogues sont suivis, dont environ 30 % d'héroïnomanes, soit à peu près 45 usagers.

L'usage d'héroïne semble concerner avant tout des gens âgés de 25 à 35 ans, d'origine métropolitaine, quelques Réunionnais ayant séjourné assez longtemps en métropole où ils ont été en contact avec le produit, et des gens d'origine mauricienne. La voie injectable est la voie prépondérante d'administration dans cette population.

Parallèlement, on note un autre mode de consommation de l'héroïne chez de jeunes métropolitains essentiellement : il s'agit d'une utilisation de type « rave », où l'héroïne est prise après un peu d'alcool et sniffée, pour éviter les descentes désagréables après la prise de speed ou d'Ecstasy.

L'héroïne reste peu fréquente sur l'île et son approvisionnement est irrégulier et discontinu, ce qui représente à la fois un avantage et un inconvénient pour le consommateur. Avantage car le risque de dépendance est moindre, inconvénient car l'usager est d'une certaine façon toujours en sevrage de fait et en recherche de produits de substitution : Subutex®, médicaments codéinés, et surtout alcool. Le mode d'intoxication à l'alcool semble alors particulier avec une recherche systématique de l'ivresse et de l'effet dépressif du produit.

Le prix d'un gramme de « blanche », en provenance de métropole et très rarement disponible, se situerait aux alentours de 800 F, tandis qu'un gramme de « brown » importé de l'île Maurice coûte entre 500 F et 600 F.

## ➤ **La Cocaïne**

La cocaïne reste rare à la Réunion et son usage semble restreint à des cercles d'initiés bien insérés socialement. Selon le *Baromètre Santé* son expérimentation dans la population générale est de 0,1%, contre 1,3% en métropole, alors que chez les jeunes de 17-18 ans elle est de 2% (enquête ESCAPAD).

Il s'agit essentiellement de cocaïne de synthèse, parfois importée par des gens de passage dans l'île et revendue localement. Le prix d'un gramme se situe entre 800 et 1000 F, mais lors de rares arrivages plus importants quantitativement 5 grammes sont revendus 2500 F, soit 500 F le gramme.

### ➤ **le Néocodion®**

Le Néocodion® ou « Néoco » est utilisé comme produit de « substitution sauvage » par des consommateurs d'opiacés mais aussi comme produit principal par quelques usagers, et ce à fortes doses (jusqu'à 6 boîtes par jour). Les comprimés sont parfois lavés pour réduire les problèmes stomatologiques liés à son usage, à savoir la formation de caries et une insensibilisation locale.

Il semblerait en fait que les usagers qui disent utiliser le « Néoco » par défaut quand les opiacés ne sont pas disponibles en consomment finalement sur l'année beaucoup plus souvent que leur produit de référence du fait de la rareté et de l'irrégularité d'approvisionnement du « brown » dans l'île.

### ➤ **Le Rohypnol®**

Le Rohypnol® est consommé par des jeunes habitués de la consommation de médicaments détournés de leur usage en quête de défonce, et par des hommes plus âgés, entre 30 et 40 ans. Selon certains usagers la consommation de Rohypnol® rendrait vigilant, « agile », donnant un sentiment de toute-puissance et serait à ce titre utilisé sciemment avant de commettre des vols par exemple.

Comme les autres médicaments il est presque toujours associé à l'alcool dans une recherche de potentialisation des effets, et souvent au zamal. Mais son usage semble moindre cette année car la prescription sur ordonnance sécurisée depuis le mois de février 2001 rend le produit moins disponible sur le marché, ce qui se traduit par une augmentation du prix du comprimé entre 20 et 30 F.

### ➤ **Le Subutex®**

En 2000, environ 150 personnes étaient suivies pour un traitement substitutif par Subutex® mais son usage détourné semblait très marginal. Cette situation paraît maintenant évoluer et son usage hors traitement semble plus diffus, s'inscrivant dans une recherche de défonce chez des usagers poly consommateurs dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans. A ce titre la consommation de Subutex® sera traitée de façon plus détaillée avec les produits nouveaux.

## ➤ L'Ecstasy

Le *Baromètre Santé* nous apprend que seules 0,5% des personnes interrogées dans la population générale ont expérimenté l'Ecstasy au cours de leur vie (elles sont 1,3% en métropole), tandis que 2% des garçons de 17-18 ans l'ont expérimentée selon les résultats de l'enquête ESCAPAD.

La consommation d'Ecstasy semble jusqu'alors limitée à l'espace festif techno ou à des fêtes privées, et serait surtout le fait d'adultes entre 30 et 35 ans, essentiellement d'origine métropolitaine, qui constituent l'essentiel du public de ces fêtes. Les comprimés sont vendus environ 150 F l'unité. Mais le produit serait maintenant de plus en plus fréquent et disponible, et fait l'objet de commandes par Chronopost à l'occasion de fêtes privées.

## ➤ Les solvants

L'usage des solvants reste très ponctuel et il ne semble pas bien vu par la majorité des jeunes consommateurs de produits psychotropes. Ils ne rejettent pas pour autant l'un des leurs qui « tourne à ça », mais trouvent que « *lé mol*, c'est la chimie ». Pourtant dans l'enquête ESCAPAD 2001, 3% des garçons et 1% des filles déclarent avoir déjà expérimenté des produits à inhaler ou sniffer.

Les usagers sont en général des jeunes, collégiens et lycéens qui sniffent le produit à l'aide d'un chiffon.

# PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS

## ➤ Nouvelle préparation

Le **cannabis** est maintenant un peu plus souvent mélangé à du tabac car le zamal vraiment arrivé à maturité est plus rare qu'auparavant et coûte donc un peu plus cher. Cette tendance vaut d'ailleurs aux jeunes de se faire « *moucater* » par les anciens : « *té, sa sé pa du fumeur sa, sé du gâteur ! té, nou téi fume, nou téi prend 2 feuilles job, téi met zamal dan, fini èk ça, mé lé moune koméla, i met taba èk zamal, sé du gâteur sa !* » (ce ne sont pas de vrais fumeurs ceux-là ! ce sont des gâcheurs ! Nous quand on fumait, on prenait deux feuilles Job, on mettait le zamal dedans, et fini, mais les jeunes de maintenant y mettent du tabac avec le zamal, c'est des gâcheurs !)

### ➤ Nouveau contexte

Plus que le contexte de consommation ce qui change actuellement ce sont les effets recherchés, pour lesquels on note une « montée » très nette : comme ce n'est plus la « dodo » qui est recherchée mais la « Despé » ou Desperado, une bière plus forte, ou un rhum très fort de fabrication artisanale, en ce qui concerne le zamal ce n'est plus la paille qui est recherchée mais la « *kalité* » pour pouvoir « se casser la tête ».

### ➤ Nouveau mode d'administration

Le **Subutex®**, utilisé hors prescription médicale est pris par voie buccale principalement, mais certains utilisateurs l'injectent parfois en « dépannage » quand ils n'ont rien d'autre. Ce sont en général des métropolitains récemment arrivés sur l'île.

Certains consommateurs de **cocaïne** préfèrent se l'injecter car alors ils « *la sentent mieux* » (« *la coke quand tu l'injectes, c'est trop bon !* ») et ils ont moins l'impression de gaspiller un produit qui reste très cher.

### ➤ Nouveaux produits

1 - Un des produits d'utilisation récente sur l'île est le **Rivotril®**, produit « à la mode » dont l'usage détourné est signalé depuis environ trois ans ; sa diffusion semble parallèle à la diminution progressive du Rohypnol® sur le marché.

Des consommations de Rivotril® en scène ouverte, distributions du produit sous forme de gouttes à des jeunes attendant leur tour en file indienne sont ainsi décrites à plusieurs reprises.

2 – Auparavant le **Subutex®** était connu des seuls héroïnomanes, anciens ou nouveaux mais depuis cette année ce produit est de plus en plus connu par beaucoup de jeunes dans certains quartiers défavorisés, jeunes qui n'ont jamais été héroïnomanes, ne sont jamais allés en métropole ou à Maurice et n'ont jamais été en contact avec le produit.

Bien que son usage ne soit pas encore fréquent, le **Subutex®** ou « Subu » est le dernier produit arrivé sur le marché des médicaments détournés de leur usage, et en tant que nouveauté il est attrayant au moins pour un essai et fait parfois l'objet d'échanges entre copains. En effet, parmi les usagers le concept du « *ronde* » est clair : pourvu qu'un produit donne de l'effet, qu'on puisse « se hisser » avec ça, c'est bon à prendre, peu importe sa composition. Le Subutex® utilisé par voie sublinguale rentre donc dans certaines consommations à ce titre.



Mais le Subutex® est parfois utilisé par voie injectable, en général par des usagers familiarisés avec les opiacés. Ainsi certains patients héroïnomanes venus de métropole pour décrocher l'ont fait dans un premier temps puis ont repris une conduite addictive par injection de Subutex®, lui associant souvent une grosse consommation de zamal et d'alcool. Selon certains consommateurs le Subutex® garderait une image assez négative liée aux effets secondaires de l'injection (veinites douloureuses notamment), et aux effets obtenus jugés de mauvaise qualité et qui entretiennent la dépendance à l'injection, voire qui la ravive chez des sujets ayant arrêté toute pratique d'injection auparavant.

Une dizaine de patients du service d'addictologie étaient sous Subutex® lors de leur hospitalisation pour sevrage de cette consommation ou pour sevrage d'alcool. Pour trois d'entre eux seulement cette prescription semblait justifiée, les autres ayant « abusé » leur médecin pour se le faire prescrire ou se l'étaient procuré au marché noir.

Il semble que beaucoup de médecins, dont des généralistes qui sont en première ligne face aux usagers, ne sont pas préparés à l'utilisation du Subutex® pour les jeunes toxicomanes, et ne manipulent pas bien leurs prescriptions. Certains patients, sous-dosés mais qui n'osent pas en parler, seraient alors obligés d'aller voir un autre médecin pour obtenir la dose qui leur est nécessaire, sans en faire de trafic pour autant.

Ce fait n'exclut pas la réalité de la revente d'une partie de leur prescription par quelques patients et d'ailleurs certains pharmaciens déclarent « avoir plus l'impression d'être dealer en délivrant du Subutex® qu'en délivrant de la Méthadone » qui nécessite un vrai suivi du client.

On voit donc une augmentation du nombre de jeunes en difficulté d'insertion socioprofessionnelle, qui n'ont jamais utilisé d'opiacés auparavant et qui consomment par voie sublinguale du Subutex® acheté sur un embryon de marché noir dans les grandes villes du littoral, à un prix variant entre 30 et 50 F le comprimé de 8 mg.

### 3 – Autres médicaments

De rares témoignages font état de la consommation de Stilnox® et de Dépakine® par de jeunes toxicomanes, toujours en association avec de l'alcool et parfois du zamal.

### 4 – La Rose des Bois

Encore appelée liane d'argent, Baby Hawaiian Woodrose ou *argyrea nervosa* de son nom savant, la rose des bois est la nouvelle venue dans l'espace festif. C'est une liane très répandue dans les ravines et la plante utilisée dans un but récréatif n'est qu'une des variétés de la rose, certaines beaucoup plus grosses étant utilisées comme ornement.

Cette rose des bois se présente comme une grappe de petites boules séchées à l'intérieur desquelles on trouve une sorte de poussière marron entourant 2 ou 3 graines. Celles-ci peuvent être



mâchées directement, mais une information fait état d'une préparation en gélules (qui seraient vendues 50 F l'unité) de la façon suivante : en grattant la cosse de la graine entre les doigts celle-ci devient blanche, ce qui diminuerait les maux de ventre après absorption, puis on écrase les graines avant de mettre en gélule l'équivalent de 2 à 3 d'entre elles.

La rose des bois serait utilisée en Polynésie lors de rituels sacrés à l'occasion desquels les chamans consommeraient entre 5 et 50 graines, à la recherche d'un état de transe et de visions. Le principe actif isolé est le LSA, ou *lysergic acid amine* en anglais.

L'effet décrit à la Réunion est un effet « speed », avec modification de l'état de conscience, et des perceptions plus « éclatantes » des couleurs surtout et des sons, sans hallucination vraie. Certains usagers consomment ces graines en association dans un « cocktail personnel » associant ecstasy, Rohypnol® et rose des bois.

Tout en étant bien accueillie par les usagers qui l'ont expérimentée car c'est un produit naturel, pas traficable et dont l'effet est réel, la rose des bois véhicule chez certains une part d'inquiétude : en effet la question se pose pour les utilisateurs d'une éventuelle dangerosité ou toxicité des autres variétés de la plante que l'on trouve de façon très répandue au fond des ravines.

On est encore à la période de découverte et d'expérimentation entre amis (« *goûte ça, c'est nouveau* ») sans qu'il y ait le plus souvent d'échange d'argent autour du produit.

### ➤ **Nouvelles associations de produits**

Elles concernent les nouveaux produits, notamment le **Subutex®** qui est régulièrement associé à une forte consommation d'alcool (bière, rhum, whisky), l'alcool étant clairement utilisé pour ses effets potentialisateurs. L'association de cannabis est également fréquente.

Quelques observations d'association de Subutex® et de Néocodion® ont été rapportées, et parfois le mélange de Subutex® et de Stilnox® pour majorer les effets.

## B-3) LES PERCEPTIONS

Concernant le **cannabis**, nous avons vu que les perceptions ont évolué au fil des années dans la population générale. Parmi les usagers il semble que la consommation de cannabis par des filles reste mal vue: celles-ci sont mal considérées par les garçons, et, contrairement à eux, elles ne consomment pas dans des lieux ouverts ou en public. En effet l'idée qu'une consommatrice de zamal ne sache pas s'occuper de ses enfants ou de sa case reste tenace dans les esprits. Par contre s'il y a quelques années les filles étaient très peu nombreuses à accepter de sortir avec un « *zamalien* », elles semblent moins réticentes à le faire maintenant, à condition qu'il s'agisse d'une consommation exclusive de zamal, sans association aux médicaments ou à l'alcool.

En effet par opposition à l'alcool souvent consommé par les parents et associé à des violences intra familiales notamment, le cannabis a l'image d'un produit plus doux, qui ne génère pas d'agressivité. Chez les garçons il est parfois consommé pour accroître les performances sexuelles et il est crédité de nombreuses vertus : ainsi par son effet broncho-dilatateur et en faisant tousser le zamal dégagerait les bronches et ferait régresser la grippe : « *c'est médicinal* ».

Les perceptions des **produits médicamenteux** sont variables : pour beaucoup « la chimie » (tous les comprimés en général) n'est pas bonne, d'abord parce qu'elle n'est pas naturelle, au contraire du zamal par exemple. La « chimie » est particulièrement mal vue par les « vieux », adultes consommateurs exclusifs de zamal, qui disent parfois aux jeunes: « *arrête, tu mets du chimique, ça va pas, t'es fou, c'est de la merde, fais pas ça...* ». L'usage de cachets correspond selon certains informateurs à un phénomène de mode qui incite les jeunes à tout utiliser, quel que soit le produit, plus que l'effet l'important étant d' « avoir » le produit.

Au royaume des médicaments, Artane® reste le produit de choix car il est connu et utilisé depuis très longtemps sur l'île, et donc mieux « intégré » que les autres médicaments qui font parfois un peu peur encore.

Ainsi le **Rohypnol®** garde pour beaucoup de jeunes une image plutôt négative, la perte de contrôle de ses propres actes sous effet du produit étant pour eux inquiétante. D'autres usagers par contre recherchent ce médicament justement pour son « effet Rambo » qui permet de se sentir surpuissant, invincible, permettant éventuellement d'aller « tout casser » et laisse une amnésie des faits récents, effectués sous effet.

La perception de la **cocaïne** quant à elle semble positive, elle est considérée comme le produit « top » par le public noctambule et est de plus en plus recherchée ; c'est la drogue de l'élite qui reste, vu son prix, encore peu accessible. Selon certains observateurs si elle était un jour plus largement disponible, plus accessible et donc moins chère, la cocaïne verrait son usage s'étendre facilement.

Le **Néocodion®** garde pour sa part une perception assez négative au niveau des effets ressentis, souvent qualifiés de « pas terribles » mais sa facilité d'accès, son prix, et la dépendance engendrée font que globalement le nombre de consommateurs évolue peu.

La perception de l'**héroïne** utilisée par voie injectable semble toujours assez négative et véhicule la peur du VIH et du VHC. Le « shoot » a mauvaise presse chez les jeunes Réunionnais, car il « abîme le corps »; or l'apparence et l'image que l'on donne de soi sont extrêmement importantes.

## C) CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

On peut noter ici plusieurs faits marquants pour cette année 2001 :

- au niveau de la répression, des saisies importantes de production locale de cannabis et de trafic d'Artane® en provenance de Madagascar
- l'ouverture du CIRDD et du Centre d'Accueil Bas Seuil de Saint-Paul
- l'ouverture des CCAA de Saint-Benoît et Saint-Paul.

L'année 2002 sera marquée par l'ouverture du CSST de Saint-Paul en complément du CABS, un événement salué par les professionnels de soins aux toxicomanes, pour qui une telle structure s'avère nécessaire sur l'île où 37 patients étaient sous Méthadone au deuxième trimestre 2001 (contre 18 à la même époque en 2000), et 144 sous Subutex®.

La nécessité de développer un langage commun autour des addictions est reconnue par tous les professionnels concernés par la toxicomanie, comme l'a prouvé le succès du colloque « *Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion* » organisé au mois de juin, ainsi que le besoin d'un travail en réseau entre acteurs du monde répressif, de la prévention ou du soin.

Dans cet esprit on peut noter la mise en place progressive depuis trois ans d'un programme de prévention élaboré par une équipe québécoise, le programme PRISME. Ce programme s'appuie sur une nouvelle approche pédagogique, l'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire par l'expérience vécue lors d'ateliers de « mise en situation ». Destiné en principe aux classes de 6° et de 4° des collèges, ce programme est adapté à la réalité locale par les premiers coordinateurs en prévention qui ont été formés, et parfois introduit dès les classes de CM2 dans certaines écoles primaires de la région Ouest.

A l'heure actuelle 30 coordinateurs en prévention ont été formés ces deux dernières années, et certains d'entre eux ont mis en place ce programme avec la participation active de parents bénévoles dans des écoles et collèges du Port, de la Possession, de la Rivière des Galets, de Saint-Paul et du Tampon. Parallèlement, 240 personnes de l'Education Nationale ont reçu une formation de deux jours de « sensibilisation à la prévention des conduites à risque en milieu scolaire ». Cette formation sera poursuivie ces prochaines années afin que dans tous les collèges de l'île des membres du personnel (Infirmières, Assistantes Sociales, CPE, Principal ou Principal Adjoint) soient sensibilisés à cette problématique.

L'ampleur de la poly-toxicomanie à la Réunion et la diffusion plus importante cette année de la consommation de nouveaux produits détournés de leur usage, Subutex® et Rivotril® notamment, incitent à une plus grande vigilance et soulignent la nécessité d'une meilleure information et d'une formation plus efficace des médecins généralistes qui se sentent souvent isolés et perdus face à la demande de certains patients, mais aussi des médecins hospitaliers, des pharmaciens et des travailleurs sociaux.

En effet, un des gros problèmes de la Réunion en matière de toxicomanie est la préparation inadéquate de beaucoup de praticiens face aux demandes des usagers poly consommateurs : on peut voir par exemple des prescriptions de Rivotril® pour « sevrage » à l'Artane®. En l'absence d'un nombre suffisant de structures adaptées pour l'accueil et le suivi des usagers, ceux-ci sont souvent traités de façon inappropriée. Dans ce contexte beaucoup de professionnels sont confrontés aux difficultés du repérage et du suivi des consommateurs de médicaments qui échappent à toute structure. Des médecins se posent alors la question de la légitimité de la prescription encadrée de certains médicaments. En effet dans certains cas la prescription médicale qui autorise un suivi régulier de l'utilisateur pourrait sembler préférable à l'approvisionnement au marché noir, où les jeunes ne sont pas accessibles, ou à un certain vagabondage médical qui se fait sans accompagnement.

A cette formation souvent inadéquate de nombreux professionnels du soin s'ajoute un manque d'acteurs de terrain, éducateurs en prévention spécialisée (éducateurs de rue) et autres travailleurs sociaux en particulier. Ces faiblesses souvent soulignées mériteraient une réflexion approfondie à la recherche de solutions réalistes et efficaces.

Par ailleurs, vu l'importance de la consommation d'Artane®, et sa perception relativement positive, une étude spécifique du type de celle réalisée cette année par l'OFDT en métropole sur la consommation de Rohypnol® serait peut-être intéressante à envisager, afin de mieux comprendre et donc de mieux accompagner les usagers.

Enfin, le développement de l'espace festif techno et des consommations qui y sont liées rend légitime et nécessaire une mission d'observation spécifique de ces phénomènes. Médecin du Monde a entrepris une telle action afin d'évaluer les besoins d'informations et les demandes en matière de "testing" notamment.

## BIBLIOGRAPHIE

1 - « *Place de l'Artane® dans les toxicomanies à l'île de la Réunion* », Eric Manche, Marseille, 1989

2 - « *Aspects de la poly-toxicomanie en milieu carcéral ; de la répression au soin* »  
Communication du Docteur Gillodes, Colloque « Pour une culture commune sur les addictions à la Réunion », juin 2001

3 - Les consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence à la Réunion.  
*Exploitation locale de l'enquête ESCAPAD 2001.* ; P.Peretti-Watel, F.Beck, S.Legleye.

4 - Enquête *Baromètre Santé* DRASS 1999/2000

# **ANNEXE**

## **Questionnaire TREND-OFDT Structures de Première ligne 2**

Ce questionnaire est facultatif et strictement **anonyme**. Il cherche à mesurer l'évolution de la consommation de produits stupéfiants. Nous vous demandons de bien vouloir répondre sincèrement à l'ensemble des questions.

Voici quelques éléments pour vous aider à le remplir.

Sauf indication contraire, les questions requièrent une seule réponse.

Dans le cas de réponses multiples, donnez un ordre de préférence en inscrivant un chiffre dans la case.

**Question 1.4** : il s'agit de l'ensemble des enfants à charge, vivant ou non avec la personne interrogée.

**Question 1.8** : est inactif toute personne à la retraite. Coder un arrêt-maladie éventuel dans la catégorie « autre » et préciser. En cas de pluri-activité, noter l'activité principale qui a le plus occupé le sujet en terme de temps sur le dernier mois.

**Questions 1.11 à 1.13** : donner le mois et au moins l'année de dernier test.

**Question 2.2** : pour information, un verre d'alcool équivaut à 20 cl de vin, 40 cl de bière et 5 cl d'alcool fort (> 15°).

**Question 2.8** : indique l'âge à la première consommation. S'il est inconnu, marquer un point d'interrogation.

**Questions 2.9 à 2.11** : réponse demandée seulement en cas de consommation lors du dernier mois, y compris une seule prise recensée. En cas de non-consommation, passer à la question 2.12.

**Question 2.12** : réponse demandée seulement en cas de consommation lors du dernier mois, y compris une seule prise recensée. Plusieurs choix possibles, tant pour le produit que pour le mode d'obtention. En cas de non-consommation, passer à la question 3.1.

Si vous avez des remarques à faire sur le questionnaire ou sur le sujet, cet espace vous est réservé.

## QUESTIONNAIRE TREND – OFDT – STRUCTURES DE PREMIERE LIGNE 2001

Ville : \_\_\_\_\_ Centre :  N° de questionnaire :

### 1. DONNEES PERSONNELLES (une seule réponse par question).

**1.1 Sexe :**  
 Homme  
 Femme

**1.2 Quel âge avez-vous ?**  
 \_\_\_\_\_ ans

**1.3 Quel est votre état-civil :**  
 Célibataire  
 En union (marié(e), concubinage)  
 Séparé(e), divorcé(e),  
 Veuf-ve  
 Autre : \_\_\_\_\_

**1.4 Avez-vous des enfants à charge :**  
 Oui  Non

**1.5 Quel est votre niveau d'études :**  
 Primaire  
 Collège, BEP, CAP  
 Secondaire (2<sup>ème</sup>, 1<sup>ère</sup>)  
 Bac, niveau bac  
 Supérieur

**1.6 Où logez-vous actuellement ?**  
 Chez vous, logement personnel  
 Chez vos parents  
 Chez des amis  
 Logement précaire (squat, SDF, hôtels)  
 Hébergement dans une institution  
 Autre

**1.7 Avec qui vivez-vous ?**  
 Seul  
 Avec vos parents  
 Seul avec enfant(s)  
 Avec un conjoint seulement  
 Avec un conjoint et enfant(s)  
 Avec des amis  
 Autre

**1.8 Quelle a été votre activité lors du dernier mois ? :**  
 Inactif  
 Etudiant – stage non rémunéré  
 Chômage  
 Stage rémunéré, petits boulots  
 Emploi stable (CDI, CDD...)  
 Autre : \_\_\_\_\_

**1.9 Quels sont vos ressources :**  
 Aucune  
 Précarité avec compensation (RMI, ASSEDICS, AAH)  
 Issues d'une activité professionnelle  
 Autre

**1.10 Quelle est votre couverture sociale ?**  
 Aucune  
 CMU  
 Carte santé  
 Sécurité sociale  
 Sécurité sociale + mutuelle  
 Autre

**1.11 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage du VIH ?**  
 Oui  Non  
 A quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mois / année)  
 Ne sait pas  
 Quel a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

**1.12 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage de l'hépatite B ?**  
 Oui  Non  
 A quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mois / année)  
 Ne sait pas  
 Quel a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

**1.13 Avez-vous déjà pratiqué un dépistage de l'hépatite C ?**  
 Oui  Non  
 A quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (mois / année)  
 Ne sait pas  
 Quel a été le résultat ?  
 Positif  
 Négatif  
 Ne sait pas

**1.14 Avez-vous été suivi par un médecin au cours du dernier mois (plusieurs réponses possibles) ?**  
 Oui  Non => question suivante  
 Médecin généraliste  
 Psychiatre  
 Autre : \_\_\_\_\_

**1.15 Avez-vous été hospitalisé au cours de la dernière année (plusieurs réponses possibles) ?**  
 Oui  Non => question suivante  
 Réanimation  
 Urgences  
 Soins généraux  
 Psychiatrie  
 Autre : \_\_\_\_\_

### 2. CONSOMMATIONS.

**2.1 Fumez-vous ?**  
 Oui  Non  
 Quelle quantité ?  
 1-10 cig./jour  
 11-20 cig./jour  
 20 cig./jour et plus

**2.2 Avez-vous consommé de l'alcool ce dernier mois ?**  
 Oui  Non  
 A quelle fréquence ?  
 1 à 3 verres par jour  
 4 à 9 verres fois par jour  
 Plus de 10 verres par jour

**2.3 Avez-vous consommé du cannabis ce dernier mois ?**  
 Oui  Non  
 A quelle fréquence ?  
 Une ou plusieurs fois par jour  
 Une ou plusieurs fois par semaine  
 Une ou plusieurs fois dans le mois



**2.4 Avec qui consommez-vous le plus souvent les produits stupéfiants (une seule réponse) :**

- Seul  
 Avec des amis  
 Avec des inconnus  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

**2.5 Où consommez-vous le plus souvent les produits stupéfiants (une seule réponse) :**

- Chez vous  
 Lors de soirées ou de fêtes privées  
 Discothèque, lors de concert  
 Dans la rue  
 Au travail  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Lors du dernier mois, quel(s) produit(s) avez-vous consommé ? A quel âge l'avez-vous pris la première fois ?**

Produits :	2.6 Quelle est la fréquence de votre consommation :			2.7 Comment consommez-vous ce(s) produit(s) ?					2.8 Age à la PREMIERE consommation
	Plusieurs fois /jour	Plusieurs fois /semaine	Plusieurs fois /mois	Par la bouche	Fumé, inhalé	Sniffé	Injecté	Autre	
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Buprénorphine (Subutex®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Méthadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Néocodion®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Amphétamines/speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Rohypnol®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autres Benzodiazépines*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Artane®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Produits à inhaler (solvant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
LSD, acides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Kétamine®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans
Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ans

\* Valium®, Halcion®, Havlane®, Tranxène®, Temesta®, Lexomil®, Xanax® etc.

**Si vous avez consommé des produits par voie injectable lors du dernier mois :**

**2.9 Vos seringues étaient (plusieurs réponses possibles) :**

- Neuves  
 Usagées

**2.10 Avez-vous partagé une seringue ?**

- Oui  Non

↓

**Avec qui ?**

- Un(e) ami(e),  
 Un/des partenaire(s) sexuel(s)  
 Un membre de votre famille  
 Un un/des inconnu(s)

**2.11 Où vous êtes-vous fournis en seringues ?**

- Pharmacie  
 Bus d'échange de seringues  
 Distributeur  
 Local d'échange  
 Hôpital, urgences  
 Boutique  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Si vous avez consommé des médicaments psycho-actifs lors du dernier mois, dans quel cadre d'approvisionnement était-ce :**

	2.12 Cadre d'approvisionnement :		
	Prescription médicale	Hors prescription médicale	Les deux
Rohypnol®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprénorphine (Subutex®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfate de morphine (Moscontin®, Skénan®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néocodion®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artane®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres Benzodiazépines*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Valium®, Halcion®, Havlane®, Tranxène®, Temesta®, Lexomil®, Xanax® etc.

**3. UTILISATION DE ROHYPNOL® SUR LES 6 DERNIERS MOIS (DE JANVIER A JUIN 2001).**

**3.1. Consommez-vous ou avez-vous consommé du Rohypnol® ces six derniers mois ?**

- oui, répondre à toutes les questions suivantes  Non, questionnaire terminé

↓

**3.2. Combien de fois par jour prenez-vous du Rohypnol® ?**

- 1 fois  
 2 fois  
 3 fois  
 4 fois ou plus

**3.3. Combien de comprimés de Rohypnol® prenez-vous par prise ?**

- \_\_\_ comprimés par prise au minimum  
 \_\_\_ comprimés par prise au maximum

**3.4. Que prenez-vous en association avec le Rohypnol® (plusieurs réponses possibles) ?**

- Rien  
 Alcool  
 Cannabis  
 Benzodiazépine  
 Cocaïne, crack  
 Héroïne  
 Autre : \_\_\_\_\_

**3.5. Vous avez l'habitude de (plusieurs réponses possibles) :**

- L'avaler  
 L'injecter  
 Le fumer  
 Le sniffer  
 Autre : \_\_\_\_\_

**3.6 Au cours des six derniers mois (entre janvier et juin 2001), votre consommation de Rohypnol® :**

- A augmenté.  
 N'a pas changé.  
 A diminué  
 A complètement cessé.

**3.7 Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des difficultés à vous approvisionner en Rohypnol® ?**

- Oui  Non, passer à la question 3.8

↓

**Pourquoi (plusieurs réponses possibles) ?**

- Les prix ont augmenté.  
 Les médecins n'en prescrivent plus  
 Le produit est introuvable  
 Autre : \_\_\_\_\_

**3.8 Au cours des six derniers mois, avez-vous (plusieurs réponses possibles) :**

- Augmenté votre consommation d'alcool.  
 Augmenté la prise d'un médicament autre que le Rohypnol®. Lequel : \_\_\_\_\_  
 Augmenté la fréquence des injections (le cas échéant).