

DROGUES ET CONDUITES ADDICTIVES EN GUADELOUPE

RÉSUMÉ

- La disponibilité de la cocaïne est élevée en Guadeloupe, en raison de son positionnement stratégique entre le continent européen et les pays producteurs d'Amérique du Sud. Elle alimente une offre locale de la substance sous sa forme chlorhydrate (poudre) et basée (crack).
- Le crack est essentiellement consommé par des personnes en grande précarité sociale et économique connaissant des dommages sanitaires importants. Le chlorhydrate de cocaïne concerne davantage des personnes insérées, qui en font usage en contexte festif et professionnel.
- L'héroïne et, de manière plus globale, les substances opioïdes ainsi que d'autres substances telles que la MDMA/ecstasy, occupent une place marginale dans l'archipel.
- Les consommations de cannabis sont quant à elles plus répandues et concernent des personnes aux profils sociodémographiques diversifiés.
- La prise en charge sociosanitaire demeure limitée et se caractérise par l'absence de structures de soins de suite et de réadaptation, la saturation des dispositifs existants, des difficultés d'accueil des publics vulnérables et une faible disponibilité de matériel de réduction des risques adapté aux usages fumés.
- D'après les professionnels et les usagers interrogés, ces constats invitent à renforcer les dispositifs d'accompagnement, à adapter la réponse en réduction des risques et à assurer une meilleure répartition territoriale des structures.

SOMMAIRE

Introduction	2	Réponses publiques et prise en charge	15
Méthodologie	3	Conclusion	18
Éléments de contexte	3	Bibliographie	20
Trafic et disponibilité des drogues	6		
Les usages des populations consommatrices	8		

INTRODUCTION

Les questions de santé dans les territoires ultramarins font l'objet d'une attention ciblée des pouvoirs publics, en particulier depuis les constats formulés par la Cour des comptes en 2014 (Cour des comptes, 2014) sur les risques sanitaires contrastés entre départements et régions d'outre-mer (DROM), la faible densité de l'offre de soins et la nécessité d'une stratégie publique renforcée pour réduire ces inégalités.

Dans la continuité du plan national 2018-2022, la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 (MILDECA, 2023) réaffirme l'importance du renforcement de la connaissance dans les DROM, en intégrant explicitement le développement de systèmes d'observation adaptés à ces territoires. L'un des objectifs structurants de cette stratégie consiste à mieux documenter les niveaux, les contextes et les impacts des consommations, à travers la consolidation d'enquêtes quantitatives et la mise en œuvre d'approches qualitatives, permettant d'accéder aux populations les plus marginalisées et aux scènes d'usage les moins visibles dans les enquêtes en population générale.

Les niveaux de consommations de substances psychoactives dans les DROM sont globalement inférieures à ceux mesurés dans l'Hexagone (Obradovic, 2020). Toutefois, au sein même de ces territoires, les réalités apparaissent localement contrastées. Les usages des produits autres que le cannabis semblent, en effet, circonscrits à des segments restreints de population, souvent en situation de vulnérabilité socio-économique, et nécessitent des méthodologies qualitatives pour être décrits avec précision. C'est dans cette perspective que l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a engagé, depuis 2022, le projet Observation des usages de drogues en outre-mer (OUDOM), visant à généraliser, au sein de tous les DROM, un ensemble d'investigations qualitatives approfondies.

Après des travaux menés en Guyane (Longuet et Vassaux, 2025), en Martinique (Longuet *et al.*, 2024), à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin (Longuet et Tival, 2025), et dans la continuité de l'installation du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) à La Réunion (Auzole, 2025), la Guadeloupe fait désormais l'objet d'une étude dédiée. Quelles y sont les pratiques d'usages, les spécificités et les modalités de prise en charge des populations particulièrement consommatrices de drogues illicites ? À partir d'entretiens approfondis avec des personnes usagères de drogues, des professionnels du périmètre sanitaire et médicosocial, ainsi que ceux travaillant dans le champ de l'application de la loi, cette étude vise à identifier les principales tendances, les phénomènes émergents ainsi que les éléments de continuité ou de rupture par rapport aux observations antérieures. Cette note propose ainsi une première photographie des usages illicites en Guadeloupe en 2025, sur le modèle des travaux conduits dans le cadre du dispositif TREND (Gérome, 2020).

MÉTHODOLOGIE

Cette étude de terrain a été menée conjointement par la chargée d'études de l'OFDT, responsable du projet d'observation des usages de drogues en outre-mer, lors d'un déplacement en Guadeloupe en mai 2025, et la sociologue mandatée par l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG), dans le cadre du projet OUDOM (observation des usages de drogues en outre-mer). Cette étude, de nature qualitative, a pour objectif de mettre en évidence des tendances convergentes, mais également des divergences et des analyses différenciées concernant les consommations et les trafics de substances psychoactives, à partir du recueil et de la confrontation de témoignages de divers acteurs concernés localement par ces questions, recueillis sans souci de représentativité.

Ainsi, 60 entretiens individuels et/ou collectifs ont été menés, dont 36 auprès de personnes usagères de drogues, 22 auprès de professionnels du champ médicosocial et 9 auprès de professionnels de l'application de la loi, ces derniers apportant plus spécifiquement des informations sur les trafics locaux. Les consommateurs ont été recrutés à la fois au sein d'établissements accueillant des usagers de substances psychoactives (structures d'addictologie, d'hébergement, etc.) et directement sur les lieux de consommation identifiés (espaces fréquentés par les personnes en situation de précarité ou lieux festifs). Par souci d'anonymat dans ces territoires de faible étendue, les noms des structures demeurent confidentiels. Les agents de l'application de la loi interrogés (gendarmerie, police, police aux frontières, douane, préfecture, parquet) ont été contactés grâce au soutien de la préfecture de la Guadeloupe. L'enquête s'est centrée sur le territoire de la Guadeloupe continentale (les îles des Saintes, de Marie-Galante et de La Désirade n'ayant pas fait l'objet d'investigations spécifiques), notamment dans les principales villes (principalement les agglomérations de Pointe-à-Pitre, des Abymes et du Gosier pour le territoire de la Grande-Terre et les villes du Lamentin, de Sainte-Rose, de Basse-Terre, de Baie-Mahault, de Bouillante et de Trois-Rivières pour le territoire de la Basse-Terre).

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Contexte géographique et sociodémographique

L'archipel de la Guadeloupe est situé dans les Caraïbes, à 6 800 km de Paris et à 180 km de la Martinique (IEDOM, 2025). Il comprend cinq îles, dont deux principales, séparées par un étroit bras de mer : la Grande-Terre (588 km²), où se trouve l'agglomération de Pointe-à-Pitre, et la Basse-Terre (848 km²), où est localisée la ville de Basse-Terre. Les trois autres îles sont Marie-Galante, l'archipel des Saintes et La Désirade.

La Guadeloupe compte 384 160 habitants au 1^{er} janvier 2023 (Lépine et Zavala, 2025) et constitue un territoire densément peuplé (235 habitants au km² en 2022, contre 121 en moyenne en France hexagonale) (Insee, 2026).

La population guadeloupéenne est en diminution. Cette baisse est expliquée, essentiellement, par le vieillissement de la population et le départ des jeunes adultes. En effet, entre 2017 et 2023, la population se réduit en moyenne de 0,3 % par an. Cette diminution s'explique par un déclin du nombre de naissances et un accroissement du nombre de décès, en lien avec un indice de vieillissement de la population élevé¹. La baisse de la population est aussi liée à un déficit migratoire, porté principalement par le départ des jeunes de 18 à 24 ans pour faire des études et chercher du travail en Hexagone. Les nouveaux arrivants sur l'île sont, pour près de 2 sur 5, nés en Guadeloupe et concernent davantage des personnes âgées de 25 à 39 ans. Par ailleurs, l'emploi public joue un rôle important dans les flux entre la Guadeloupe et l'Hexagone avec les autres régions françaises (Bidoux et Raffy, 2026).

1. L'indice de vieillissement de la population est le rapport entre la population de 65 ans ou plus sur la population des moins de 20 ans. En 2025, il est de 110,2 en Guadeloupe contre 96,9 en France hexagonale (indicateur de contexte au niveau régional DREES).

Comme les autres DROM, la Guadeloupe se caractérise par un ensemble d'indicateurs socio-économiques particulièrement défavorables au regard de l'Hexagone. En 2017, la pauvreté concernait plus d'un tiers des habitants de l'archipel, 34 % d'entre eux disposant de revenus inférieurs à 1 010 euros par mois (Demougeot *et al.*, 2020). Les familles monoparentales, les personnes sans diplôme ni activité sont spécialement concernées. Le taux de chômage est également plus élevé en Guadeloupe qu'en France hexagonale (16,7 % contre 7,2 %, indicateur de contexte au niveau régional) (DREES, 2026) et touche particulièrement les jeunes. La répartition des richesses et les inégalités en matière économique sont, aussi, plus prononcées qu'en Hexagone (Audoux *et al.*, 2020). Enfin, la Guadeloupe connaît d'autres indicateurs défavorables relatifs à l'éducation : les niveaux moyens de diplôme sont plus faibles qu'en Hexagone et le taux d'illettrisme y est plus élevé. La Guadeloupe fait par ailleurs face à des taux d'homicides et de vols beaucoup plus importants qu'en Hexagone (Naulin, 2017).

Des usages de substances psychoactives en population générale plus faibles que dans l'Hexagone, mais des fragilités sanitaires

Les études quantitatives sur les adultes et sur les adolescents font apparaître une population guadeloupéenne globalement moins concernée par les usages de substances psychoactives qu'en France hexagonale.

La proportion de fumeurs quotidiens chez les adultes de 18 à 79 ans en Guadeloupe (9,6 %) est, tout comme en Martinique, la deuxième plus faible de France après la Guyane (Santé publique France, 2025). La Guadeloupe affiche même le taux le plus bas de tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans (5,0 % contre 15,6 % en Hexagone) (Spilka *et al.*, 2025).

Concernant l'alcool, la Guadeloupe est le territoire français avec la proportion de personnes dépassant les repères de consommation à moindre risque au cours des sept derniers jours² la moins élevée de France (11 % des adultes de 18 à 79 ans), et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Santé publique France, 2025). Si l'expérimentation d'alcool est légèrement plus fréquente parmi les lycéens guadeloupéens que leurs homologues de France hexagonale, en revanche, l'expérimentation de l'ivresse, de même que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) récentes ou répétées³ sont significativement plus fréquentes chez les lycéens de France hexagonale qu'en Guadeloupe (Philippon *et al.*, 2024)⁴.

En 2021, l'expérimentation et l'usage dans l'année du cannabis parmi les 18-64 ans sont plus faibles en Guadeloupe qu'en France hexagonale (25 % contre 47 %) (Le Nézet *et al.*, 2022). De même, en 2022, les lycéens guadeloupéens sont significativement moins nombreux à avoir expérimenté le cannabis que leurs pairs résidant en Hexagone (17 % contre 22,5 %) ; cette différence s'observant également pour l'usage actuel (12 % contre 17,6 %) et l'usage récent (7,7 % contre 10,6 %) (Philippon *et al.*, 2024).

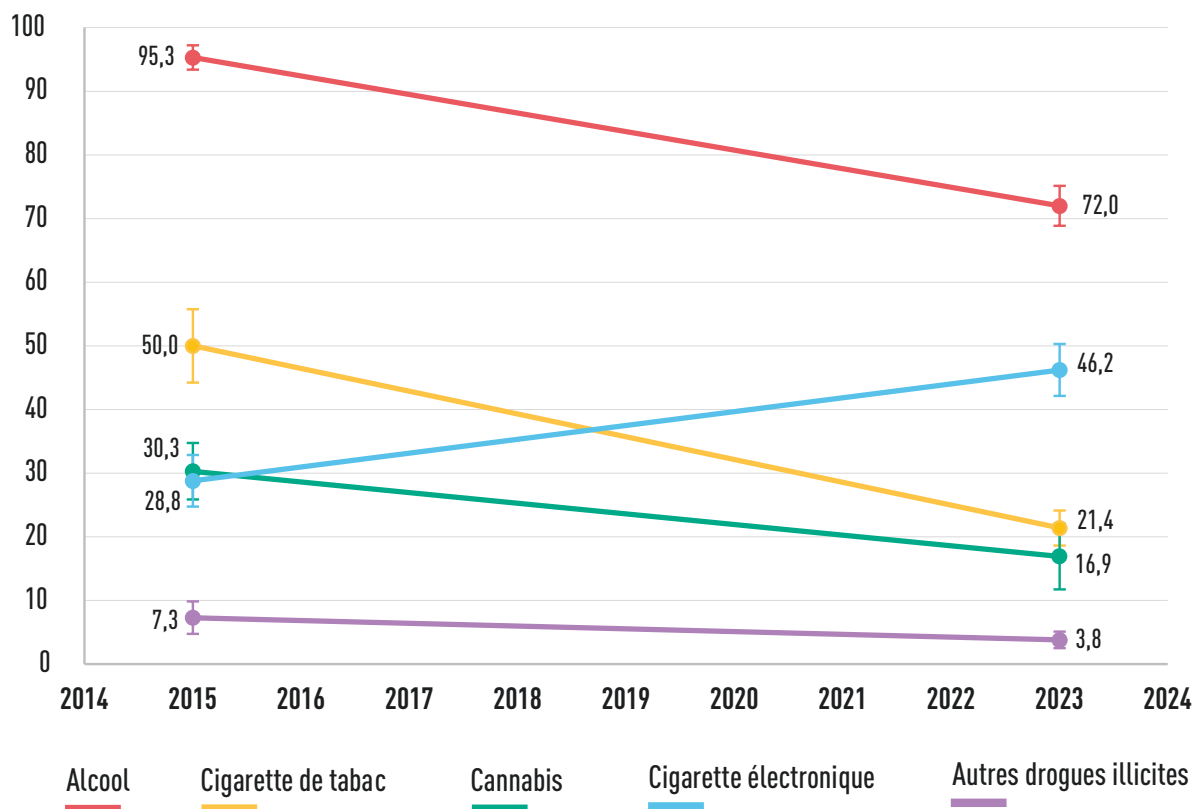
Enfin, chez les lycéens, l'expérimentation de l'ensemble des autres substances psychoactives (comme les poppers et le protoxyde d'azote, la cocaïne, les champignons hallucinogènes, la MDMA/ecstasy, le GHB, le LSD, les amphétamines, la kétamine, le crack, la méthamphétamine ou l'héroïne) est significativement moins importante en Guadeloupe que dans l'Hexagone (Philippon *et al.*, 2024). Par ailleurs et plus globalement, les niveaux d'expérimentation de l'ensemble des substances psychoactives, hormis la cigarette électronique, par les lycéens guadeloupéens diminuent de manière importante ces dix dernières années (figure 1), cette dynamique étant pareillement observable en Martinique ainsi que dans l'Hexagone.

2. Les repères de consommation d'alcool pour limiter les risques liés à l'alcool sont les suivants : ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine, ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour, et avoir des jours sans consommation dans la semaine.

3. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) désigne le fait d'avoir consommé 6 verres standards ou plus en une seule occasion chez l'adulte et 5 verres standards ou plus chez l'adolescent. L'API est dite récente lorsqu'elle a lieu au moins une fois dans le mois qui précède l'enquête et répétée lorsqu'elle a eu lieu au moins 3 fois au cours du mois précédant l'enquête.

4. Pour autant, on constate qu'en Guadeloupe, tout comme en Martinique et en Guyane, les collégiens affichent des usages d'alcool plus importants que dans l'Hexagone. Ainsi, les usages récents (au moins un usage dans les 30 derniers jours) et réguliers (au moins 10 usages dans les 30 derniers jours) se montent, respectivement, à 27 % et à 4 % chez les collégiens guadeloupéens, contre 22 % et 2 % chez les jeunes de l'Hexagone. De même, les alcoolisations ponctuelles importantes (API) récentes ou répétées chez les collégiens sont plus importantes en Guadeloupe que dans l'Hexagone.

Figure 1. Évolution des taux d'expérimentation de substances psychoactives chez les lycéens de Guadeloupe entre 2015 et 2023 (en %)



Source : OFDT

Ce portrait plutôt favorable doit toutefois être nuancé du fait de certaines problématiques spécifiques en matière d'usages de substances psychoactives (Obradovic, 2020). La Guadeloupe, comme la Martinique et la Guyane, se distingue par des usages problématiques d'alcool et de cannabis concentrés dans certains segments de population, notamment les plus précaires. De ce fait, certains indicateurs mesurant les conséquences sociosanitaires des consommations d'alcool sont particulièrement défavorables : la part des accidents de la route impliquant la substance est deux à trois fois plus élevée que dans l'Hexagone et, plus généralement, la mortalité en lien direct avec l'alcool est quatorze fois supérieure à celle observée dans l'Hexagone chez les hommes (Obradovic, 2020).

Concernant le cannabis, malgré une part d'expérimentation significativement supérieure dans l'Hexagone qu'en Guadeloupe, la part d'utilisateurs réguliers (déclarant plus de 10 consommations dans le mois précédant l'enquête) et quotidiens est plus importante en Guadeloupe qu'en Hexagone (Le Nézet *et al.*, 2022), témoignant d'une plus forte probabilité d'installation dans un usage régulier en Guadeloupe que dans l'Hexagone⁵. La Guadeloupe, comme la Martinique et la Guyane, se caractérise également par une forte présence de la cocaïne basée – ou crack⁶ –, dont l'usage et le trafic sont présents dans l'île depuis le milieu des années 1980 (Casimir, 2007 ; Charles-Nicolas, 1997 ; Ferdinand et Theodore, 2008 ; Obradovic, 2020).

5. De même, les dernières données relevées par l'enquête EnCLASS de l'OFDT en 2023 chez les collégiens mettent en exergue des niveaux d'usage de cannabis plus importants en Guadeloupe que dans l'Hexagone (7 % d'expérimentation contre 5,3 % ; 3,5 % contre 2,8 % concernant l'usage récent et 1,7 % contre 0,9 % pour l'usage régulier) (Philippon *et al.*, 2024).

6. La cocaïne base ou crack est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés. Les effets du crack sont beaucoup plus puissants que ceux de la cocaïne chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est beaucoup plus courte (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui peut conduire les usagers à une multiplication des prises.

Par ailleurs, des indicateurs révèlent des fragilités territoriales en matière sanitaire. S'agissant de la santé mentale, la Guadeloupe affiche une prévalence des épisodes dépressifs parmi les plus élevées de France : 16,5 % des Guadeloupéens de 18 à 79 ans indiquent avoir vécu un épisode dépressif en 2024 (contre 15,6 % en moyenne en France), les femmes et les jeunes (18-29 ans) étant notablement concernés (respectivement 24 % et 21 %). Plus de la moitié (51 %) de ces personnes n'ont pas eu recours à des soins (Santé publique France, 2025). De même, 6,3 % des Guadeloupéens déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (contre 5,2 % au niveau national), ce chiffre masquant de fortes disparités selon le sexe, puisque cette prévalence est la plus basse de France chez les hommes et la plus élevée chez les femmes (les femmes de 18 à 29 ans affichant une prévalence importante estimée à 11,1 %) (Santé publique France, 2025).

TRAFIC ET DISPONIBILITÉ DES DROGUES

Une forte disponibilité de la cocaïne en Guadeloupe liée à sa position stratégique sur les routes du trafic

Les entretiens menés avec les forces de l'ordre en Guadeloupe décrivent un territoire pleinement intégré dans les flux régionaux et internationaux de la cocaïne, entre les pays producteurs d'Amérique du Sud (Colombie, Pérou, Bolivie) et le marché européen. La Guadeloupe, comme la Martinique (Longuet *et al.*, 2024), est une zone de transit de la cocaïne, par le trafic maritime (via des embarcations touristiques comme des voiliers et des conteneurs transitant par le port de Jarry) et le trafic aérien (via le fret postal, le transport in corpore ou dans les bagages de passeurs ou de mules) (Gandilhon et Weinberger, 2016). Bien que la majorité des quantités de cocaïne transitant par la Guadeloupe soit destinée au marché européen (c'est notamment le cas des importants volumes saisis par les forces de l'ordre), cette position de territoire « rebond » génère une disponibilité accrue du produit sur l'île. Cette disponibilité locale est, de surcroît, renforcée par la proximité d'autres îles « rebonds » (surtout la Dominique, dans une moindre mesure Marie-Galante, Les Saintes, La Désirade), d'où est importée par voie maritime de la cocaïne destinée au marché de la Guadeloupe continentale.

Selon les forces de l'ordre interrogées, plusieurs groupes composés de Guadeloupéens jouent un rôle majeur dans l'importation de cocaïne dans l'archipel et en assurent la logistique, le stockage et parfois la vente. Aux côtés de – et parfois en collaboration avec – ces groupes locaux plus ou moins structurés, le rôle de membres de diasporas dominicaine, haïtienne ou vénézuélienne, travaillant pour des cartels ou des organisations criminelles sud-américaines puissantes, est relevé dans l'importation de cocaïne en Guadeloupe. Par ailleurs, l'ensemble de ces acteurs participe à l'importation ainsi qu'à la revente d'armes (principalement des pistolets semi-automatiques), lesquelles sont décrites par les forces de l'ordre comme étant très présentes en Guadeloupe, cette forte disponibilité jouant un rôle dans le taux important d'homicides dans l'archipel.

La forte disponibilité de la cocaïne se manifeste par un prix au détail particulièrement faible : 10 à 20 € le gramme – avec des mentions à 4 € –, soit environ cinq fois moins élevé qu'en France hexagonale (Gérome, 2025b). La substance est proposée dans des points de vente écoulant parfois également de la cocaïne basée et du cannabis. Ils sont aisément identifiables et implantés dans les quartiers populaires ou dans d'autres types d'espace (maison abandonnée, ruelle, etc.) de la principale agglomération, regroupant les villes de Pointe-à-Pitre, des Abymes et de Baie-Mahault. La présence d'autres points de vente est signalée au sein de villes moins importantes comme Sainte-Rose ou Basse-Terre, voire de petites villes.

Si les vendeurs actifs dans les points de vente sont très fréquemment de jeunes hommes issus de quartiers populaires et en situation de pauvreté, des témoignages rapportent la présence d'autres profils impliqués dans les trafics, des personnes plus âgées (un « papi de 60 ans qui fait sa retraite là-dedans ») ou des femmes, dont certains occuperaient des positions de pouvoir dans les réseaux locaux.

Particulièrement répandue dans l'Hexagone (Gérome, 2025b), la livraison de cocaïne (ou de cannabis) à domicile via l'utilisation d'applications numériques où acheteurs et revendeurs entrent en relation est peu mentionnée en Guadeloupe, bien qu'en voie de développement. Elle semble être le fait de revendeurs travaillant seuls ou de petits réseaux entretenant des relations d'interconnaissance avec leur clientèle disposant de ressources économiques relativement conséquentes.

Ventes fractionnées et forte accessibilité du crack

L'usage et le trafic de crack sont présents en Guadeloupe, et plus largement dans l'archipel des Caraïbes et en Guyane, depuis le milieu des années 1980 (Charles-Nicolas, 1997). En Guadeloupe, le quartier Boissard de Pointe-à-Pitre a concentré les trafics et les consommations pendant plusieurs décennies. Ces dernières années, la forte présence de la cocaïne en Guadeloupe renouvelle la disponibilité du crack, vendu dans les nombreux points de vente présents dans l'île. Lors des entretiens, plusieurs consommateurs ont cité spontanément différents points de vente et les ont hiérarchisés en fonction de leurs avantages (prix bas, bonne qualité du produit, accessibilité, etc.) et de leurs inconvénients (risque d'arnaque, insécurité, etc.).

Si le prix courant du gramme de crack se situe entre 20 et 30 € dans la rue, la plupart des revendeurs proposent des quantités et des prix particulièrement modulables et bas, du fait de la grande précarité économique et sociale qui caractérise la plupart des consommateurs. Des ventes de « caillou » (expression désignant un morceau de crack) à partir de 2 € ont été citées. L'achat de crack à crédit pour de petites sommes est fréquent et certains usagers revendent des « taffes » pour quelques dizaines de centimes d'euros, comme Olivier⁷, 43 ans :

« [Et tu l'achètes combien, ton caillou ?] Cela peut partir de 5 balles, même jusqu'à 2 balles. Selon les dealers, tu pourrais avoir un petit peu d'affilée. C'est entre 5 et 30 €. [30 € ?] Entre 5 et 30 €. [30 € le caillou ?] Un beau caillou. Parfois, c'est plusieurs petits cailloux. On va dire que le gramme revient à 20 €. On va dire entre 20 et 30 €, cela dépend de la qualité. On va dire que c'est assez accessible. [Oui, c'est cela. Quand tu as des sous, tu peux en prendre... et tu peux en prendre un petit peu ?] Oui. [Cela arrive qu'ils vendent à la taffe directement ?] Oui, 2 balles la taffe. Même moi, je revends mes taffes. Si je leur donne tout ce que j'ai [aux trafiquants], après avoir fumé, je récupère un peu de monnaie. »

Le poids de la communauté dominicaine est cité par certains usagers comme un facteur d'intensification récente de l'offre en crack : « plus d'offres que de consommation », selon Quentin, un consommateur de 43 ans, qui parle d'une « guerre du crack » entre réseaux de revente et d'un maillage serré de points de vente dans la conurbation Pointe-à-Pitre/Les Abymes/Le Gosier.

« Depuis que les Dominicains, ils sont arrivés là, c'est la guerre du crack. [C'est les Dominicains qui ramènent ?] La plupart, ouais, la plupart qui ont ramené ça, en gros. Avant, en Guadeloupe, il y avait un petit réseau tout peinarde, tout gentil. Depuis quelques années, il y a plus d'offres que de consommation. »

Le cannabis, entre production locale et importation

L'herbe de cannabis disponible en Guadeloupe peut être produite localement ou importée des îles voisines, la République dominicaine étant la plus citée. Souvent, les cultures locales consistent en des plantations de taille modeste entretenues par des consommateurs qui revendent une partie de leur récolte à leur cercle de connaissances. L'herbe de cannabis est décrite comme étant le produit illégal le plus accessible par la grande majorité des consommateurs et professionnels interrogés. Elle est revendue dans les points de vente implantés en zones urbaines, mais également au sein de petites villes bien identifiées des consommateurs. Certains consommateurs disent toutefois ne pas se rendre à ces points de vente, afin d'éviter l'insécurité des « ghettos », et se fournissent par le biais de commandes sur les applications numériques, puis de livraisons. L'approvisionnement auprès de connaissances issues des cercles familial ou amical est également mentionné par plusieurs personnes interrogées. La substance peut être achetée, parfois donnée (pour « dépanner ») ou troquée. Son prix au gramme varie selon la qualité supposée de la variété

7. Les prénoms de l'ensemble des personnes citées dans cette note ont fait l'objet d'une anonymisation.

(« skunk », « creepy », « bata skunk », etc.⁸), le prix le plus bas rapporté par certains enquêtés étant de 4 € le gramme (20 € pour 5 grammes), soit un tarif deux fois inférieur au prix courant relevé en France hexagonale⁹ (Gérome, 2025b). Certaines personnes interrogées évoquent des possibilités d'achat de joint à 2 €.

La résine de cannabis, moins disponible que l'herbe, serait principalement importée de l'Hexagone, acheminée par voie maritime ou aérienne. À l'instar des observations menées en Martinique et en Guyane [Obradovic, 2020], cette forme de cannabis ferait parfois l'objet d'un marché croisé, assimilable au troc, entre l'Hexagone et la Guadeloupe : la cocaïne en provenance d'Amérique du Sud étant échangée contre de la résine d'origine marocaine transitant par l'Hexagone.

LES USAGES DES POPULATIONS CONSOMMATRICES

Le cannabis, objet de représentations positives chez une partie de la population

Les consommateurs de cannabis interrogés dans le cadre de cette enquête présentent une diversité de profils sociobiographiques (en matière de genre et d'âge) mais disposent globalement de ressources socio-économiques, même précaires (la plupart exercent un emploi salarié, les plus jeunes poursuivent des études) ; ce qui les distingue des consommateurs de crack désaffiliés dont il sera question dans une autre partie. Tous ont débuté leur consommation de cannabis dans un cadre festif, initiés par des amis. Puis, pour la plupart d'entre eux, la consommation s'est intensifiée pour devenir pluriquotidienne. Souvent, les enquêtés lient l'accroissement de leur consommation à un ou plusieurs événements difficiles (licenciement, accident et décès d'un proche, etc.) afin d'expliquer le passage d'une consommation festive à un usage régulier visant à soulager un mal-être psychologique.

Bien que la grande majorité des personnes interrogées déclare un usage pluriquotidien du cannabis à des fins autothérapeutiques, les conséquences sociales et sanitaires de cette consommation font l'objet d'appréciations et de ressentis divers. Certaines personnes indiquent que le cannabis n'a pas d'effet notable sur leur vie sociale et ne les empêche pas de mener à bien leurs responsabilités quotidiennes, comme l'éducation de leurs enfants. Selon elles, la substance aurait des vertus thérapeutiques et « spirituelles » : elle permettrait de « se recentrer sur soi-même », d'aider à discuter, à se sentir « épanoui », à se relaxer, à communier avec son environnement, à soulager certaines douleurs ou des troubles psychiatriques.

Néanmoins, certaines personnes émettent le souhait de diminuer, voire d'arrêter leur consommation du fait de ses effets délétères sur leur santé ou leur vie sociale (difficulté à se concentrer, majoration de troubles psychiatriques déjà présents, crainte des contrôles routiers et de la perte du permis, etc.) et projettent de se faire aider en ce sens ou bénéficient déjà d'un accompagnement en addictologie. La faiblesse perçue des risques sociosanitaires associés au cannabis explique cependant que la substance fait rarement l'objet d'une demande de soins en addictologie : « Je viens pour l'alcool ou le tabac, mais le cannabis, on ne touche pas », relate ainsi ce qu'entend cette professionnelle travaillant en consultations en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cela est d'autant plus le cas que certains consommateurs de crack l'utilisent dans une optique de diminution de cette substance.

Qu'elles mentionnent ou non des conséquences problématiques liées au cannabis, toutes les personnes interrogées distinguent celui-ci des autres substances psychoactives du fait de sa moindre dangerosité perçue. En effet, pour beaucoup, le cannabis est une « plante » qui se caractérise par son aspect « naturel ». Ces représentations contribuent à une faible perception du risque, notamment au regard de ceux attribués à la consommation d'autres produits tels que l'alcool ou l'héroïne, comme l'explique Gladys, une consommatrice de 40 ans :

« Le cannabis n'est pas une drogue qui est dure. C'est une drogue douce. Si, par exemple, on n'a pas envie de faire la vaisselle, ben, ça nous motive à faire la vaisselle. Si on a fait la vaisselle, ça nous motive à manger. Ben, oui. Ce n'est pas une drogue dure, comme tout ce qui est héroïne, tout ce qui est crack [...] ça apaise, hein. »

8. La « skunk » désigne une variété fortement donnée en THC ; la « creepy » désigne des variétés d'herbe puissantes provenant d'Amérique du Nord ou latine ; la « bata skunk » est une variété développée aux Antilles françaises.

9. Les prix de la résine de cannabis, plus rare, n'ont pas été mentionnés par les enquêtés.

Certaines personnes interrogées se sont forgées, au contact de leurs pairs ou par le biais de lectures, une expertise relative aux différentes variétés d'herbe en circulation et à leurs vertus supposées, à leurs aspects, à leurs effets distinctifs, à leur mode de consommation (certaines personnes ingèrent occasionnellement le cannabis, s'adonnent à l'autoculture et transforment elles-mêmes l'herbe en résine, aromatisent le rhum, etc.). Si ces représentations positives à l'égard du cannabis (une substance « naturelle » et peu dangereuse au regard des autres substances psychoactives) sont grandement partagées par les personnes interrogées – consommatrices ou non – elles ne doivent toutefois pas être généralisées à l'ensemble des Guadeloupéens. En effet, à l'instar d'autres territoires ultramarins, comme La Réunion et la Martinique (Auzole, 2025 ; Longuet *et al.*, 2024), les représentations à l'égard du cannabis peuvent être contrastées en fonction des générations et des appartenances culturelles. Alors que certains Guadeloupéens, principalement les plus âgés, lui jettent globalement un regard négatif (en assimilant ses usagers à des personnes désœuvrées et en perte de repères, à des délinquants, etc.), d'autres, revendiquant leur appartenance à la culture rasta ou hip-hop (l'archipel étant géographiquement et culturellement proche de la Jamaïque et des États-Unis), valorisent la substance.

Usage de high leaf

L'usage de high leaf, feuille de tabac épaisse vendue en station service, est largement rapporté par les enquêtés. Cette pratique, qui consiste à rouler un joint de cannabis dans une feuille de tabac brun, est décrite comme typique des Antilles et rappelle le fronto leaf caribéen. Elle produit une fumée plus dense, plus forte en arôme, parfois jugée trop agressive (« Ça fait mal à la gorge »), mais valorisée pour son caractère identitaire.

Le chlorhydrate de cocaïne « réservé » aux contextes festifs et professionnels

À la différence de celle du crack, la consommation de chlorhydrate de cocaïne est peu visible dans l'espace public. Ce produit, dont la consommation est longtemps restée associée exclusivement aux « métropolitains » aisés, semble avoir été adopté par certains Guadeloupéens. Du fait du faible coût de ce produit, sa consommation concerne des personnes aux profils socio-économiques relativement diversifiés. Toutefois, le chlorhydrate de cocaïne fait l'objet de représentations négatives chez nombre de personnes interrogées, notamment des consommateurs de cannabis, qui l'opposent à ce dernier en mettant en avant sa dangerosité, son caractère addictif et sa composition chimique (« C'est une drogue dure »). Les entretiens réalisés ont mis en lumière deux principaux contextes d'usage. Le premier correspond aux contextes festifs où l'usage s'inscrit dans une logique de recherche d'euphorie, de désinhibition ou de sociabilité, et où les consommateurs sont de jeunes adultes, généralement insérés socialement et économiquement, disposant d'un emploi ou en études et dont les consommations de chlorhydrate de cocaïne restent le plus souvent cantonnées à ces contextes. Le second type d'usage concerne des travailleurs dans certains secteurs professionnels, entre autres ceux caractérisés par des conditions de travail pénibles – comme la restauration, le tourisme ou le commerce. Le chlorhydrate de cocaïne est alors utilisé pour tenir les cadences, mener à bien une charge de travail importante, remplir les objectifs assignés et supporter la pression du management, comme l'indiquent les extraits des deux entretiens ci-dessous. Dès lors, les usages peuvent devenir réguliers, voire quotidiens, et engendrer une dépendance ainsi que des problèmes sociaux et sanitaires.

« Je prenais un peu de cocaïne en poudre et, du coup, festif à la base. Vraiment festif. Et, en restauration, c'est pareil, ça tourne beaucoup, en cuisine. Quand tu bosses 15 heures par jour, 6 jours par semaine, les mecs, la plupart du temps, pour tenir, c'est con à dire, mais c'est la facilité qu'on va dire. Et, ici, tu en as à tous les coins de rue. Ça coûte 4 balles le gramme. Donc, ce n'est pas compliqué. [...] C'est pour ça que c'est le problème. Ici, ça ne vaut rien. » (Quentin, un cuisinier de 43 ans)

« Le commerce. Les agents commerciaux, les gens qui étaient des entreprises de Jarry qui font beaucoup de pression sur leurs commerciaux pour la productivité et avoir le maximum de contrats, ben, les commerciaux arrivaient à tenir grâce aux consommations de cocaïne pour pallier la pression et maintenir le rythme qui leur est imposé. On avait beaucoup ça pendant un moment. » (travailleur social au sein d'un service d'addictologie hospitalier).

Les usages de crack chez les personnes marginalisées

Des conditions de vie marquées par la grande précarité

Les consommateurs de crack rencontrés dans le cadre de cette enquête connaissent tous des conditions de vie marquées par la précarité sociale et économique¹⁰. Pour la plupart sans domicile fixe ou mal logés, ils passent une partie de leur journée dans l'espace public ou des lieux plus ou moins ouverts (squats, maisons inachevées ou abandonnées, etc.), où ils consomment, pratiquent la mendicité, dorment, s'entretiennent avec leurs pairs, etc. Leur visibilité est manifeste notamment dans certains quartiers de l'agglomération de Pointe-à-Pitre, où sont disséminés plusieurs lieux de consommation, parfois localisés à proximité de points de vente. Un squat du Gosier, par exemple, est décrit par l'une des personnes qui le fréquentent comme un lieu d'hébergement, de passage, et de consommation de crack, où se croisent les mêmes personnes chaque jour, dans un climat oscillant entre solidarité et tension. Les usagers expliquent que ces lieux fonctionnent aussi comme des espaces où ils peuvent se retirer et se soustraire aux pressions familiales ou sociales.

Outre les minima sociaux qu'ils perçoivent, les consommateurs de crack marginalisés sont nombreux à exercer des « petits boulots » non déclarés (appelés « jobs », comme en Martinique et en Guyane), qui leur procurent des revenus d'appoint aléatoires (ou parfois, la possibilité d'être rémunérés en alcool, voire en crack). Les activités menées sont variées, mais, souvent physiquement éprouvantes : cuisine ou plonge dans un restaurant, travaux de second œuvre dans le bâtiment, chargement/déchargement de marchandises ou ménage pour un commerçant, pêche de burgots (« bougo »), placement et surveillance d'automobiles garées sur un parking, jardinage ou débroussaillage chez des particuliers, etc. Certains usagers pratiquent également la revente de cailloux de crack (qu'ils confectionnent eux-mêmes après s'être procuré de la cocaïne chlorhydrate), d'inhalations (revente de « taffes ») ou encore de matériel de consommation à moindre risque (pipes à crack). La mendicité constitue également une source de revenu fréquente, tout comme les échanges économique-sexuels. Ces derniers sont particulièrement répandus parmi les femmes. Ils concerneraient ainsi la quasi-totalité des consommatrices de crack vues par les services de réduction des risques et des dommages (RdRD)¹¹ et prennent des formes variées : prostitution, échange de rapports sexuels en contrepartie d'un caillou de crack possédé par un homme, de la possibilité de consommer, etc.

Les consommateurs de crack interrogés sont nombreux à consommer également de l'alcool, parfois en grande quantité, ce dernier venant compenser l'absence de crack en cas de difficulté d'approvisionnement ou pour gérer l'amenuisement des effets stimulants (« descente ») et le craving (envie irrésistible de consommer) qui lui succède, comme l'indique ce soignant hospitalier :

« On prend du crack et on peut boire la bouteille de rhum pour gérer la descente. Parfois, il y a des gens qui décrivent quand même des quantités... une grande quantité quand même. Donc, il y a bien la double dépendance. Donc, boire de l'alcool, ça donne envie de prendre du crack et, quand on prend du crack, on a envie d'alcool. Du coup, les deux vont s'associer. On aura du mal à les dissocier. »

Le recours au crack comme à l'alcool vise à soulager les sensations d'anxiété et de stress, à supporter des conditions de vie très difficiles, marquées par la violence et la pauvreté. Il constitue un outil pour mener à bien des tâches liées à la survie, notamment la mendicité, comme l'exprime Greg, sans-abri de 42 ans et polyconsommateur de crack et d'alcool :

« Si j'ai l'occasion de boire, je bois. En ce moment, je bois. [Tu sais pourquoi ?] C'est pour faire la manche, parce que je suis devenu tellement bon là-dedans... [...] En fin de compte, c'est parce que j'ai du mal à le faire. La contrepartie est très violente. J'ai de plus en plus de mal à le faire. [...] Ça m'aide, parce que la contrepartie est tellement énorme. C'est très violent. Même si j'excelle dans les sommes que j'ai pu récupérer... [...] J'ai besoin aujourd'hui de boire pour avoir le côté à l'aise. »

10. L'usage de crack ne saurait toutefois être uniquement le fait de personnes précaires. Il concerne des personnes, guadeloupéennes ou hexagonales, issues de milieux sociaux variés, disposant de ressources économiques et dont la consommation reste plus occasionnelle et maîtrisée, dans la mesure où elle n'engendre pas de conséquences négatives dans la vie professionnelle, sociale et familiale. Le dispositif méthodologique n'a cependant pas permis de réaliser d'entretiens avec ces personnes qui ne fréquentent pas les structures de soins de RdRD ou seulement pour s'y fournir en pipes.

11. Si des cas de prostitution ou des échanges économique-sexuels concernant des hommes usagers de crack ont été rapportés par des professionnels, ils sont moins connus et plus rarement mentionnés par les intervenants, du fait, selon eux, d'une forte dissimulation par les consommateurs en raison du risque de stigmatisation et de violence auquel ces derniers s'exposent.

Si nombre de consommateurs de crack interrogés associent fréquemment (voire quasi systématiquement) la substance à l'alcool, ils sont beaucoup moins nombreux à déclarer consommer du cannabis régulièrement. Lorsque c'est le cas, il s'agit souvent d'une consommation « opportuniste », dans la mesure où la personne a eu l'occasion de consommer sans avoir préalablement recherché ni acheté la substance (l'argent disponible pour l'achat de produits restant très préférentiellement consacré au crack).

Les entretiens menés auprès des personnes usagères de crack et des professionnels du secteur socio-sanitaire dessinent par ailleurs des trajectoires biographiques aux caractéristiques communes (voir encadré ci-dessous). Il est courant que les initiations à l'alcool et au cannabis soient précoces, souvent avec des membres de l'entourage familial ou amical. En conséquence, il est ainsi fréquent que les usagers de crack déclarent en entretien avoir expérimenté l'ivresse alcoolique autour de 10 ans et le cannabis autour de 12 ans. Les enquêtes décrivent des consommations collectives et occasionnelles d'alcool et de cannabis qui deviennent progressivement régulières, voire quotidiennes. L'usage de crack devient, quant à lui, rapidement régulier, l'installation d'une dépendance étant souvent décrite comme rapide.

Sur le plan économique, l'accaparement des ressources pour la consommation de crack engendre souvent un endettement locatif et/ou auprès de proches, qui mène à l'expulsion du logement, puis à une précarité résidentielle (vie en squat, chez des proches, etc.). L'usage de crack amène également certains consommateurs à se livrer à des pratiques illicites, puis à l'incarcération (plusieurs enquêtés disent avoir été emprisonnés pour avoir commis des vols visant à financer leur consommation). Le crack provoque aussi fréquemment un éloignement de la famille, à l'initiative de cette dernière ou souvent de l'usager. Par ailleurs, la grande précarité rend difficile le maintien ou l'accès aux droits sociaux. Le vol ou la perte des pièces d'identité est fréquent, les démarches en vue de leur renouvellement pouvant être complexifiées par la précarité, comme l'explique Brahim, un consommateur de crack de 54 ans sans domicile :

« Cela fait trois mois que je n'ai pas touché de sous. Je n'ai pas ma carte d'identité. Elle était usée. Et là, il me faut toute la déclaration de perte. Donc, il me faut le timbre fiscal, 30 €. Ensuite, les photos aussi. C'est ce qu'il me manque pour avoir la carte. Là, sans thune, sans rien, c'est l'angoisse. [D'habitude, tu touches de l'argent de quoi ?] La CAF. Là, je n'ai pas touché pendant un bon moment, alors, c'est difficile. »

L'emprise de certains trafiquants sur les consommateurs marginalisés

La relation aux revendeurs est centrale dans la vie des usagers de crack marginalisés et se caractérise fréquemment par la coercition. Des consommateurs et des professionnels décrivent une emprise financière organisée, qui dépasse largement la simple vente de produits. Le trafiquant commence par pratiquer la vente à crédit pour des sommes croissantes, fixe les montants des dettes et des intérêts, et les modalités de leur remboursement. Il conserve parfois la carte bancaire du consommateur, accapare ses revenus (minima sociaux), réalise les déclarations à la caisse d'allocations familiales (CAF) à sa place. Quentin, 43 ans, résume ce rapport de domination qu'exercent les trafiquants sur les consommateurs marginalisés :

« D'autres [consommateurs de crack] sont à 30 ou 40 € [coût de la consommation] par jour. Ils vivent du RSA, ils ont leurs 600 € par mois. Leur dealer, il s'occupe de leur RSA. Il y en a, ils ont même plus de carte bleue, c'est leur dealer qu'a leur RSA, tu vois. Le dealer a les cartes bleues, il gère le RSA, il fait les démarches et tout. Ouais. Il en profite. [C'est toujours les mêmes personnes qui viennent ?] Ouais. Il y a une vingtaine de personnes qui viennent ici [un squat où l'enquêté et d'autres personnes se retrouvent pour consommer] et qui tournent toute la journée. Le dealer, il habite à 500 mètres. Eux, ils tournent ici, parce que le dealer, il est là, en fait, et puis que ça les arrange. Ah ouais, je ne pourrais pas. Ne pas avoir de carte bleue, c'est le dealer qu'a ta carte bleue. T'es malade, ou quoi ? [Toi, tu l'as, ta carte bleue ?] Ouais, ouais. Moi je dis : « Quand t'as besoin d'argent, faut que t'aïlles voir le gars qui te donne des sous. Il va retirer pour toi. T'es fou ou quoi ? » Quand le RSA, il tombe, il [le trafiquant] récupère l'argent. Ouais, direct. Dès le 1^{er} [jour du mois], il leur fait faire leur déclaration et, le six, paf, ouais. Il est organisé. »

Ce système, qui s'apparente dans les faits à une tutelle informelle et imposée, est renforcé par l'interconnaissance entre consommateurs et trafiquants : « On va voir ceux qu'on connaît, on a des petits accords », explique l'un des usagers interrogés. Cette dépendance est d'autant plus forte que les revenus des enquêtés sont par ailleurs fragmentés, irréguliers et souvent informels.

Les relations d'emprise qu'exercent certains trafiquants sur les usagers de crack (voir encadré « L'emprise de certains trafiquants sur les consommateurs marginalisés ») et la priorité donnée par ces derniers à l'approvisionnement et aux consommations – réponses immédiates à la détresse – au détriment de la satisfaction d'autres besoins (comme les démarches administratives en vue de l'accès aux droits) rendent d'autant plus difficile pour eux la possibilité de s'extraire de la rue. Ce dans un contexte où, de surcroît, les structures d'hébergement sont saturées ou offrent des conditions d'accueil décrites comme problématiques (des enquêtés, notamment des femmes, ont ainsi expliqué ne pas se rendre dans ces structures du fait de la promiscuité et du sentiment d'insécurité qu'ils éprouvent en leur sein).

Les trajectoires des personnes interrogées ne sont toutefois pas linéaires et ne conduisent pas uniformément à la vie à la rue. Elles se composent fréquemment de périodes d'abstinence, de mise à distance du produit, au cours desquelles la situation de la personne se stabilise et s'améliore (ouverture des droits, (re)démarrage d'un accompagnement social et/ou sanitaire, etc.). Ces périodes plus ou moins longues laissent souvent place à des « rechutes » où la personne voit ses consommations de substances reprendre et sa situation se dégrader à nouveau. Ces « rechutes » sont liées à des facteurs d'ordre personnel ou institutionnel qui peuvent s'imbriquer : une déconvenue, une déception amoureuse, un accident de travail, le placement des enfants, le décès d'un proche peuvent ainsi ramener à la reprise de la consommation. La précarité résidentielle et l'absence de prise en charge satisfaisante, notamment en matière d'hébergement, et plus globalement de soutien à l'issue d'une hospitalisation pour un sevrage constituent des motifs couramment avancés par les consommateurs et les professionnels pour expliquer la reprise des consommations.

Des trajectoires marquées par des ruptures

Les récits de vie présentés ci-dessous illustrent les trajectoires des consommateurs de crack rencontrés dans le cadre de cette enquête. Ils montrent que ces biographies sont marquées par des événements traumatiques et ponctuées d'épisodes de réinsertion et de rechute, d'allers et retours entre la rue, les structures de soins (hospitalisations et sevrages) et les institutions judiciaires et pénitentiaires.

Greg, 42 ans, décrit un parcours de désaffiliation progressive. Il migre vers la Guadeloupe pour « changer de vie » après une séparation conjugale l'ayant beaucoup affecté et des dettes accumulées auprès de trafiquants. Il obtient un emploi comme guide touristique sur l'île et bénéficie d'une stabilité relative, jusqu'à une succession d'arnaques, de loyers impayés et de pertes de documents administratifs, avant de « finir dans la rue ». L'absence de solution d'hébergement adaptée et la saturation des dispositifs de soins renforcent son mode de vie centré autour de son squat, avec des allers-retours vers les points de vente de crack. Comme il le relate :

« J'ai mis deux ou trois carottes [arnaques] à Paris et à Rennes sur de la coke. Je suis parti avec pas beaucoup d'argent en poche, une valise et un peu de coke, et puis je suis arrivé ici. J'ai travaillé, guide touristique. J'étais bien et puis descente jusque-là. Après, j'ai connu la rue. Je ne suis pas un gars de la rue, à la base. [...] Dans la rue, quand t'es blanc, que t'es comme moi, que t'es pas un gars de la rue, que t'es pas un castagneur et que t'es trop gentil, tu te fais vite bouffer. Je me suis fait voler toutes mes affaires : papiers, portable, tous mes vêtements, tout. Je n'ai que des trucs qui ne sont pas à moi, qu'on me donne. Je suis parti et j'étais sale, j'étais dans la rue et tout. Tous les jours, j'ai toujours continué à me fumer. »

Le parcours de Brahim, 54 ans, est quant à lui marqué par une succession de traumatismes personnels et sociaux qui ont contribué à la reprise de consommation après des périodes d'arrêt. Son récit témoigne d'une vie où la perte de repères familiaux, l'isolement affectif et la succession d'épreuves (vols, ruptures administratives, absence de soutien) ont laissé place à une précarité extrême, accentuée par l'impossibilité de toucher ses allocations, faute de carte d'identité valide. Cette désaffiliation progressive l'a conduit à vivre presque exclusivement de récupération alimentaire et à maintenir une consommation de crack et de cannabis en tant que régulateurs émotionnels. Malgré une vigilance certaine sur les risques (refus de partager sa pipe, changement systématique d'embouts), son rapport au soin reste distancié, entravé par les ruptures administratives répétées, l'absence de moyens matériels et la difficulté à se projeter dans un accompagnement continu.

« Cela fait trois mois que je n'ai pas touché de sous. Je n'ai pas ma carte d'identité. Elle était usée. Et, là, il me faut toute la déclaration de perte. [...] Je n'ai pas de sous. Je dors, parce que je ne vais pas faire la mendicité ou quoi que ce soit. J'en parle à des gens, tu vois, mais il n'y a personne qui veut me donner un coup de pouce. Alors, je suis assez dégoûté. »

Des conséquences sanitaires multiples et problématiques

La plupart des personnes interrogées indiquent consommer à des fins de gestion de l'anxiété et d'apaisement de souffrances psychiques. Certaines évoquent des événements traumatiques subis dans l'enfance ou l'adolescence, comme des violences intrafamiliales (sexuelles ou non) ou la perte d'un proche parent. La survenue ou la résurgence de ces événements biographiques, la souffrance qu'ils génèrent durablement, sont souvent avancées pour expliquer une hausse de la consommation de crack et/ou d'alcool. Les professionnels des champs sanitaire et socio-éducatif insistent quant à eux sur les comorbidités psychiatriques non stabilisées dont souffrent de nombreuses personnes marginalisées qui combinent consommations de crack et d'alcool. Certaines personnes souffrant déjà de troubles du comportement, d'épisodes dépressifs, voire psychotiques, utilisent l'alcool et le crack pour apaiser leurs symptômes en l'absence de traitement médicamenteux. Si ces consommations soulagent de manière temporaire leurs souffrances, avec le temps, elles aggravent/exacerbent en retour leurs symptômes ou contribuent à en faire apparaître de nouveaux, liés à l'addiction, dans un contexte où les moyens du secteur psychiatrique et ses liens avec celui de l'addiction sont souvent vus comme insuffisants.

Ces mécanismes s'illustrent dans les propos retranscrits ci-dessous. Les premiers sont ceux d'un consommateur de crack marginalisé, les seconds d'un salarié d'une structure intervenant auprès des usagers de crack à la rue :

« Après, la plupart, ils [les consommateurs de crack] ont des problèmes psychiques. Tu vois Joseph, qui était là tout à l'heure, il est un peu schizophrène. L'autre, il est un peu bipolaire. C'est ça, le problème. Ils prennent ça [du crack] pour éviter d'aller en HP. Ici, il n'y a pas trop d'hospitalisations en psychiatrie. Il n'y a pas trop de traitements. Soit ils te mettent en prison, soit ils restent dans la rue. Du coup, les mecs n'ont pas trop de traitements comme en France [hexagonale] où c'est suivi, tu vois. Je trouve que c'est ça, le problème d'ici. Beaucoup se mettent là-dedans, parce que, justement, c'est la facilité du truc. »

« C'est un sujet dont on parle régulièrement, de ne plus faire le distinguo entre la psy et la consommation, parce que, quand tu consommes, tu as de fortes chances de développer des troubles psy. Et, quand tu as déjà des troubles psy, tu n'as aucun problème à aller consommer [...]. C'est très lié. Du coup, tu trouves les deux profils [personne malade psychologiquement et personne en situation d'addiction] dans une seule personne à la rue. »

Sur le plan de la santé physique, les soignants des services d'urgence et d'addictologie hospitaliers rapportent de multiples pathologies (épilepsies, cirrhoses, pancréatites, douleurs chroniques chez les usagers vieillissants, etc.) et accidents de la voie publique découlant des consommations intensives d'alcool et, plus rarement de crack (problèmes dentaires, etc.). Les professionnels de l'association AIDES confirment par ailleurs que les dépistages positifs au VIH, à la syphilis et à l'hépatite C se concentrent presque exclusivement parmi les consommateurs de crack et d'alcool vus en maraudes ou au local de l'association (« Tous les résultats positifs que nous avons eus venaient de ce public. »). Les intervenants de cette structure décrivent également des personnes usagères de crack et d'alcool âgées, parfois septuagénaires, souffrant de douleurs chroniques, d'infections non traitées et ne disposant d'aucun hébergement, faute de structure d'accueil.

Modalités et pratiques d'usage du crack

Les entretiens mettent en lumière différents modes d'usage et types de matériels de consommation utilisés par les consommateurs. Les plus âgés et ceux ayant débuté leur consommation il y a plusieurs dizaines d'années consomment souvent à l'aide d'une pipe artisanale qu'ils ont eux-mêmes fabriquée, la plupart du temps dans une canette en métal. La facilité de fabrication et l'accès limité au matériel de consommation à moindre risque expliquent le recours à des pipes qu'ils confectionnent eux-mêmes. De surcroît, certains restent méfiants vis-à-vis des pipes distribuées par les structures de RdRD, craignant de « perdre » du produit et/ou de ne pas obtenir des sensations et des effets aussi intenses que ceux ressentis avec leur matériel. Le recours au matériel de RdRD est décrit par les intervenants comme étant d'autant plus fréquent que la personne a débuté sa consommation récemment :

Intervenant 1 : « Maintenant, avec les bus Croix-Rouge et CAARUD [centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues] qui se déplacent et qui sont bien équipés aujourd'hui, qui fournissent les pipes, ça se démocratise un peu plus. Mais, pendant des années, c'était la canette. C'est l'usage que beaucoup en font. [Vous diriez que c'est la majorité, même encore maintenant, à la canette ?] »

Intervenant 1 : « Oui... Enfin, les anciens consommateurs. Les nouveaux, ils prennent à la pipe, ceux qui ont commencé à consommer il y a quelques années. Mais les anciens, c'est canette. »

Olivier, sans domicile fixe de 43 ans, met un soin particulier à confectionner ses propres pipes à crack, sur lesquelles il insère des embouts et les retire lorsqu'il prête son matériel afin d'éviter les risques de transmission d'infection, affichant ainsi son souci de préserver sa santé et pointant dans le même temps ses pairs qui ne partagent pas ses pratiques :

« Je fabrique mes outils, et j'en fais plein comme cela. J'en fais des gros. J'en fais des petits. Même avec la pipe-là, je la modifie pour qu'elle passe dans l'eau. J'essaie de ne pas fumer sur n'importe quoi. [Oui. Vous faites attention à ne pas partager entre vous, c'est cela ?] Oui. Parce qu'il y a les anciens, aussi. «Prête-moi ta pipe, donne-moi ta machine.» Parfois, tu passes, on ne sait jamais ce qu'il peut avoir, choper des maladies bêtement. Même quand je partage, on change les embouts. »

L'incorporation du crack dans une cigarette roulée destinée ensuite à être fumée et appelée « spong » (« black joint » en Martinique, Longuet *et al.*, 2022) constitue un autre mode de consommation qui est considéré comme procurant des effets plus doux que la consommation via les pipes.

Drogues de synthèse et opioïdes : des produits peu disponibles et peu consommés

Quelques personnes interrogées pour cette enquête, souvent consommatrices régulières de cannabis, indiquent avoir expérimenté l'ecstasy/MDMA ou connaître parmi leur entourage des personnes usagères occasionnelles de cette substance. Ces consommations ont systématiquement lieu en contexte festif, lors d'évènements ouverts au public ou de soirées privées, la substance étant revendue entre connaissances et ne semblant pas faire l'objet d'une présence significative dans les milieux festifs locaux, contrairement à d'autres territoires ultramarins comme Saint-Martin, où la MDMA apparaît plus fréquemment dans les soirées (Longuet et Tinval, 2025). Ces substances sont consommées par des personnes originaires de France hexagonale résidant en Guadeloupe ou par des Guadeloupéens ayant résidé en Hexagone où ils les ont expérimentées. Dans les deux cas, il s'agit de personnes disposant de ressources socio-économiques (salariés, étudiants), des profils bien distincts des consommateurs d'alcool et de crack rencontrés dans le cadre de cette enquête.

Cette situation, semblable en Martinique (Longuet *et al.*, 2024), distingue les Antilles françaises de la France hexagonale où l'usage de ces drogues de synthèse connaît un développement ces dernières années (Gérome, 2024, 2025a). Les professionnels interrogés ne font pas mention, quant à eux, de diffusion notable de la MDMA/ecstasy ou d'autres drogues de synthèse sur le territoire guadeloupéen ces dernières années. Ils n'identifient pas d'usagers réguliers de ces produits lors des maraudes, au sein des structures de RdRD et des CSAPA.

Comme en Martinique, l'héroïne et, plus largement, les substances opioïdes – qu'il s'agisse des traitements contre la douleur, tel le Skénan ou les traitements par agonistes opioïdes (TAO) comme la méthadone ou le Subutex – occupent également une place marginale en Guadeloupe. Aucun entretien ne suggère l'existence d'un marché local. Lorsque les usages existent, ils concernent exclusivement des personnes ayant consommé en Hexagone ou dans d'autres territoires où la consommation de ces substances est plus répandue.

Seule l'ingestion de sirop codéiné mélangé à du soda (lean ou purple drank), est rapportée par certains intervenants. Cette pratique, qui concerne principalement de jeunes hommes (parfois lycéens), serait toutefois moins visible ces dernières années du fait des restrictions d'accès en pharmacie dont les sirops médicamenteux à base de codéine ont fait l'objet à partir de 2017.

Comme dans les autres départements ultramarins, la pratique de l'injection occupe une place anecdotique parmi les modalités d'usage de drogues en Guadeloupe (Obradovic, 2020). Elle n'est pas observée par les professionnels interrogés et aucun consommateur rencontré n'a indiqué en faire usage. Cette absence tient en grande partie à un rejet massif et profondément ancré de l'injection dans les représentations sociales antillaises. Les équipes médicales et sociales rapportent que, parmi les usagers de crack les plus marginalisés, l'idée de s'injecter un produit est associée à un franchissement de limite, perçu comme dégradant, « dangereux » et incompatible avec une certaine image de soi. Un éducateur précise ainsi : « L'héroïne, très rarement ; jamais de consommation ici. Ceux qui arrivent comme injecteurs l'étaient en métropole ou à Saint-Martin/Saint-Barth. »

RÉPONSES PUBLIQUES ET PRISE EN CHARGE

Un accès limité au matériel et dispositif de réduction des risques

Malgré la présence de structures sanitaires et sociales sur le sol guadeloupéen, la plupart des professionnels interrogés indiquent que la prise en charge et l'accompagnement des consommateurs de drogues, notamment les plus précaires, restent insatisfaisants. Cette situation résulte de plusieurs facteurs : des conditions de vie marquées par la précarité, l'addiction et la mobilité imposée par la survie (mendicité, recherche de revenus, consommations pluriquotidiennes, interactions avec les trafiquants) qui rendent difficile l'inscription dans un accompagnement social ou sanitaire classique (accueil sur rendez-vous, temps d'attente, protocoles rigides, proscription des consommations de drogues, etc.), dans un contexte de manque global de dispositifs et de places adaptés aux besoins sanitaires et sociaux des personnes usagères de drogues. Ces dernières ne peuvent en effet attendre, revenir, ni planifier leurs démarches et rendez-vous (« *Au bout d'une demi-heure, ils partent chercher leurs produits* », constate ainsi une intervenante).

Depuis la fermeture du local de l'unique centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de l'archipel en 2023, les témoignages des professionnels et des personnes consommatrices précarisées mettent l'accent sur l'absence d'un lieu d'accueil dédié permettant de bénéficier de certains services (buanderie, espace de repos, repas, première démarche en matière d'accompagnement social, etc.) et de la réalisation de certaines activités, comme le résume l'extrait d'entretien ci-dessous :

« On avait un espace d'accueil et un espace buanderie, ainsi que les bureaux pour pouvoir s'entretenir avec les usagers. Ils pouvaient venir, profiter d'un petit déjeuner, d'un sandwich, d'une collation, des choses comme ça. Après, ils allaient prendre une douche, on fournissait des vêtements, des chaussures [...]. Après, on pouvait soit faire des accompagnements, médicaux, sociaux, soit faire des activités [...] sportives, équithérapie. On avait une session musique, aussi. Maintien physique. Maintenant, on ne peut plus faire ça. »

Malgré son intérêt, le dispositif mobile mis en place début 2024 (le « bus douche »), offrant aux consommateurs de drogues marginalisés le moyen d'avoir accès à des équipements d'hygiène et de s'entretenir avec un professionnel, ne compense pas les services proposés au sein d'un local, de surcroît lorsque celui-ci est bien identifié et constitue un repère pour certaines personnes. Un professionnel du CAARUD résume ainsi : « *Ils revenaient parce qu'ils savaient que le bâtiment était là, qu'ils pouvaient venir. C'était un point de repère. Dans le bus douche, ce n'est pas pareil [...]. Ça n'a jamais égalé un accueil.* » L'existence d'un local donne lieu à une confidentialité impossible à garantir lors d'entretiens réalisés en maraudes, faute de bureau.

De même, en l'absence de local permanent où aller se procurer du matériel de consommation à moindre risque (pipes à crack), les usagers sont tributaires des maraudes. Or, si ces dernières s'effectuent sur l'ensemble de la Guadeloupe continentale et procurent une bonne couverture territoriale, elles sont trop peu fréquentes (une maraude hebdomadaire dans chacun des quatre secteurs) pour assurer un accès satisfaisant au matériel de consommation à moindre risque, alors qu'il est apprécié par nombre d'usagers. Le CAARUD donne environ deux pipes par semaine par personne, ce qui est largement insuffisant pour des usagers consommant plusieurs fois par jour. Parfois, cette situation appelle des adaptations afin que les personnes puissent tout de même disposer de matériel, comme le relatent les échanges ci-dessous :

Intervenant 1 : « *Ils sont très contents. Ils sont contents parce que, pour certains, ils vont faire des sous avec. Et d'autres sont contents parce qu'ils en ont marre de fumer dans des canettes en alu et tout. C'est beaucoup mieux. Le seul inconvénient, c'est que les pipes se cassent vite. C'est chiant, c'est fragile. Mais ça fait aussi partie de leur mode de vie.* »

Intervenant 2 : « *Je pense qu'ils sont contents. Par contre, nos rencontres restent hasardeuses et c'est là où, je pense, ils regrettent le fait de ne pas pouvoir venir nous rencontrer pour prendre du matériel quand ils en ont besoin.* »

Intervieweuse 1 : « *Du coup, s'il y a un usager qui loupe le coche de la maraude, il n'a pas de pipe à crack.* »

Intervenante 2 : « Il n'a pas. Des fois, on s'arrange. On peut trouver un commerçant qui le voit régulièrement, ils ont un lien ensemble. On peut laisser la pipe auprès de lui et lui remettre, avec une trousse d'hygiène. Pour ne pas laisser juste la pipe, on laisse la trousse d'hygiène, on met la pipe à l'intérieur, on ferme. On dit : « Tiens, donne-lui ça, c'est pour qu'il puisse se laver. » Comme ça, il donne et il a tout son truc. »

Cette faible distribution de matériel de réduction des risques contraint les personnes à consommer avec du matériel fabriqué et, ainsi, accroît les risques de brûlure, d'infections lorsque celui-ci est partagé entre plusieurs usagers. Par ailleurs, la rareté de ce matériel lui confère une valeur marchande et amène à la création d'un marché parallèle, où les pipes sont revendues dans la rue de 5 à 10 €, voire plus ; ce qui, en retour, incite les professionnels du CAARUD à rationner les distributions. Une autre association assurant des distributions ponctuelles de matériel dans des zones et auprès de personnes non vues par le CAARUD doit de la même manière, limiter les quantités distribuées pour des raisons budgétaires¹². L'ouverture par l'association Oppelia d'un CAARUD dans le secteur de Basse-Terre et la volonté d'ouvrir à nouveau un local à proximité des scènes de consommation de l'agglomération de Pointe-à-Pitre et des Abymes devrait améliorer substantiellement la situation en matière d'accès aux services de première nécessité, ainsi qu'au matériel de consommation à moindre risque.

Ces dernières années, le développement récent d'interventions lors d'évènements festifs par des professionnels du CAARUD ou d'associations de prévention semble répondre à un réel besoin. Toutefois, l'impossibilité de faire analyser la composition chimique d'une substance (*drug checking*¹³) constitue également une limite en matière d'accès à la réduction des risques. Or, les premières analyses réalisées par le biais du dispositif SINTES dont l'implantation est récente dans l'archipel, tendent à montrer l'existence d'un besoin en la matière. La présence d'un dispositif de *drug checking* en complément du dispositif SINTES permettrait, en outre, de mieux comprendre les tendances du marché local et de la consommation de produits illicites.

Un manque de places et de dispositifs dans le champ de l'addictologie

L'offre de soins en addictologie en Guadeloupe est principalement portée par les quatre CSAPA. La file active de ces établissements ambulatoires était d'environ 1 700 personnes en 2022, dont près de la moitié (47 %) était prise en charge pour la première fois, ce qui représente une part de nouveaux patients plus importante que celle observée au niveau national (41 %)¹⁴.

Le nombre total de patients pris en charge en CSAPA diminue depuis plusieurs années (1 700 personnes en 2022, contre 2 000 personnes en 2017). Cette évolution est en partie due à une tension sur la capacité d'accueil des structures, liée aux difficultés de recrutement rencontrées par les CSAPA, en particulier pour des professionnels médicaux (médecins, psychiatres). Comme le relève cette éducatrice intervenant en CSAPA :

« On a constaté qu'il y avait une baisse, mais c'est dû au départ des professionnels. On a beaucoup de professionnels anciens qui sont partis et ils partent en même temps. Ceux-là ne sont pas forcément perdus. Ils vont sur le centre Raphaël Schol ou le COREDAF [Comité de réflexions, de recherches d'action et de formation en vue de la prévention de déviances psychosociales]. Ceux qui arrêtent et qui vont bien, ils vont bien, mais ceux qui arrêtent et qui ne vont pas bien, ils vont ailleurs. Mais il y en a qui sont partis du fait de l'absence de professionnels qui étaient là depuis 2006 et qui sont partis. »

12. Tandis que les pipes à crack font défaut et l'objet de rationnement, l'absence d'injecteurs rend le matériel d'injection à moindre risque inutilisé (« On ne les distribue pas. Il n'y a pas d'injecteurs, ici », dit une intervenante). Ce paradoxe montre donc l'existence d'un matériel non adapté aux réalités locales, très ancrées dans les usages fumés. Il en va de même pour les kits « rouletapaille », outils classiques de RdRD pour la cocaïne sniffée, qui sont peu demandés.

13. Le *drug checking* (ou analyse de substances psychoactives) désigne une pratique de réduction des risques qui consiste à analyser la composition de drogues avant ou après leur consommation, afin d'identifier les substances présentes, leurs dosages éventuels et les produits de coupe ou contaminants.

14. Les données présentées sont issues de l'exploitation par l'OFDT des rapports d'activité des CSAPA en 2022.

Les files actives des patients en CSAPA sont très majoritairement composées d'hommes (83 %), ce qui est un niveau plus élevé que celui de la France entière (76 %). Une minorité de patients (4 %) ont moins de 20 ans. Les classes d'âge les plus représentées sont les 20-39 ans (45 %) et les 40-59 ans (39 %). La quasi-totalité des patients dispose d'un logement, qu'il soit durable (82 %) ou provisoire (16 %) ; néanmoins, certains patients sont sans domicile fixe (2 %).

À l'image de la structure du public accueilli en CSAPA dans l'Hexagone, la moitié des patients (49 %) consultent en CSAPA pour leurs usages d'alcool. Les autres principaux produits à l'origine de la prise en charge sont le cannabis (28 %), la cocaïne/crack (10 %), suivis par le tabac (7 %). Les prises en charge en CSAPA pour d'autres substances (opiacés, TAO, autres stimulants) ou autres comportements (jeux d'argent et de hasard, etc.) sont minoritaires en Guadeloupe et leurs parts relatives sont inférieures aux niveaux observés pour la France entière.

Le territoire guadeloupéen fait face à un déficit structurel de places d'hébergement et de dispositifs spécialisés, affectant tant les publics en situation de précarité que ceux ayant des problématiques d'addiction. La Guadeloupe ne dispose ni de communauté thérapeutique, ni de lits de soins de suite et de réadaptation, ni de CSAPA résidentiels. Ainsi, les personnes nécessitant un sevrage encadré ou un accompagnement postcure doivent être orientées hors du territoire, le plus souvent en Martinique, plus rarement en Guyane ou dans l'Hexagone. Cette absence d'autres solutions locales entraîne un recours des usagers aux structures généralistes, destinées à des publics précaires dont les besoins diffèrent, créant un décalage important entre les besoins spécifiques liés aux addictions et les réponses disponibles.

Un exemple est celui des appartements de coordination thérapeutique (ACT) portés par le Réseau Villes-Santé : dix lits existent, souvent mobilisés par des personnes souffrant de maladie chronique (cancers, diabète, VIH). Si certains bénéficiaires présentent aussi des problématiques d'alcool, l'accès à ces ACT suppose une stabilité minimale, et les sorties restent difficiles à organiser, générant un faible turnover.

Faute de structures spécialisées, l'établissement public de santé mentale (EPSM) accueille régulièrement des patients relevant de l'addictologie. Sa directrice résume la situation : « *Nos lits servent de lits de sevrage, mais quand ils le font, ils prennent la place des autres.* » Ce phénomène entraîne des séjours longs, parfois jusqu'à quatre mois, non par nécessité clinique, mais en raison de l'absence de solutions de sortie.

La question des tutelles apparaît également problématique : les professionnels rapportent des mesures saturées, des tuteurs débordés et une incapacité à accompagner correctement les personnes ayant des usages problématiques. Pour certains usagers précaires, l'absence d'un soutien juridique effectif entretient l'instabilité, notamment en matière de gestion financière ou de maintien des droits sociaux. Plus généralement, les usagers rencontrent des délais importants pour obtenir ou rétablir leurs droits sociaux, même lorsqu'ils sont accompagnés. La perte de pièces d'identité ou l'impossibilité d'effectuer des démarches en ligne conduisent rapidement à des situations de rupture administrative.

En outre, plusieurs intervenants soulignent un manque de formation aux usages de drogues parmi les acteurs du champ social (guichets d'accès aux droits, associations d'aide sociale, etc.), mais aussi au sein de structures intervenant auprès de publics vulnérables. Ce manque de compétences limite la capacité à repérer, à orienter ou à accompagner des personnes ayant des consommations problématiques. Par ailleurs, les structures notent des difficultés d'accueil de certains publics, surtout les femmes, souvent sous représentées, car particulièrement exposées à la stigmatisation et à la nécessité de dissimuler leurs usages – un phénomène observé dans d'autres territoires et non spécifique à la Guadeloupe.

Enfin, un flou persistant entoure les missions du CAARUD, souvent confondu avec le Samu social, notamment parce que les deux dispositifs sont portés par la Croix Rouge française et utilisent des véhicules et des tenues uniformes. Cette confusion nuit autant aux usagers – qui demandent des pipes au Samu social et de l'aide alimentaire au CAARUD – qu'à la compréhension institutionnelle de leurs missions, comme le relève cette professionnelle travaillant en CSAPA :

« *Quand ils voient Croix Rouge, ils s'attendent à ce qu'on offre les mêmes services que le Samu social. À l'inverse, quand le Samu social est en maraude, on leur réclame des pipes.* »

CONCLUSION

Cette enquête qualitative a permis de mettre en lumière des particularités guadeloupéennes en matière de trafic et d'usage de drogues, que les enquêtes quantitatives ne peuvent appréhender finement faute d'échantillons de taille suffisants.

Sur le plan du trafic, les données recueillies confirment d'abord la position importante de la Guadeloupe dans les flux internationaux de cocaïne. Cette situation génère une disponibilité élevée et continue de la substance, alimente une offre locale abondante de cocaïne chlorhydrate et de crack, matérialisée par les nombreux points de vente dans bon nombre de communes. L'enquête montre également la centralité du crack dans les parcours des personnes en situation de grande précarité. Cette population, vieillissante et cumulant de multiples vulnérabilités, demeure fortement visible dans les espaces publics et les squats, en continuité avec les observations déjà documentées dans l'île. Pourtant, les récits recueillis mettent au jour des dynamiques nouvelles, en particulier l'emprise économique exercée par certains revendeurs : captation du revenu de solidarité active (RSA) et de la carte bancaire, taxation et mise en place d'intérêts.

L'enquête confirme par ailleurs la diffusion de l'usage de cannabis, perçu comme un produit « naturel », dont les risques sont minimisés, ainsi que la place prédominante de l'alcool, omniprésent dans les interactions sociales, et consommé de manière précoce et massive dans les soirées « jeunes ». Si le chlorhydrate de cocaïne se rencontre dans certains milieux festifs et professionnels, l'usage de MDMA/ecstasy et de drogues de synthèse semble peu répandu sur le territoire et ne participe pas à la structuration des scènes locales d'approvisionnement. De même, les usages d'opiacés et l'injection restent exceptionnels, limités à des usagers les ayant pratiqués en France hexagonale. Le rejet culturel massif de l'injection, y compris parmi les consommateurs réguliers de crack, constitue un marqueur fort de la spécificité guadeloupéenne, à l'image de ce qui a pu être relevé par le projet OUDOM dans les autres départements français d'Amérique (Longuet et Tinval, 2025 ; Longuet et Vassaux, 2025). Ainsi, l'enquête met en avant une répartition sociale et spatiale des produits : le crack dans la rue et les squats, consommé par des personnes en grande précarité ; le chlorhydrate de cocaïne dans des contextes festifs ou professionnels, consommé par des personnes insérées au plan socio-économique ; le cannabis observé dans une pluralité de contextes et de lieux, et utilisé par des personnes aux profils divers.

Ces résultats invitent également à une réflexion approfondie sur la réduction des risques et les modalités d'accueil des usagers. L'enquête met en évidence un écart structurel entre les besoins et les capacités actuelles de prise en charge : manque de lits, absence de soins de suite et de réadaptation, difficultés d'orientation, séjours prolongés faute de solutions, rupture des droits sociaux, impossibilité de maintenir les traitements et difficultés à engager durablement les publics dans un suivi, prise en charge mal distribuée sur le territoire (entraînant des zones excentrées dépourvues d'autres possibilités). La disponibilité insuffisante des pipes à crack, l'absence de lieux de bas seuil fixes, la confusion entre missions du CAARUD et du Samu social, ainsi que la saturation des dispositifs témoignent d'un système en tension. Les besoins rapportés des personnes usagères rejoignent ces constats : nécessité d'un accès accru à des outils adaptés aux usages locaux (pratiques fumées), d'une présence plus régulière sur les scènes ouvertes de consommation et de places d'hébergement permettant de stabiliser temporairement les situations les plus critiques.

Présentation des structures rencontrées sur le territoire

CSAPA (EPSM Sainte Rose et CSAPA Basse Terre)

- Public accueilli : tout public et tout produit (alcool, cannabis, tabac, cocaïne), davantage d'hommes (84 %), 40-59 ans majoritaires.
- Missions : accompagnement médical, psychologique, social ; consultations jeunes consommateurs ; travail en détention (Basse Terre).
- Fonctionnement : consultations, ateliers, interventions scolaires, préadmissions, suivis motivationnels.
- Financement : ARS.
- Difficultés : baisse de file active liée au départ de professionnels (postes vacants), absence de solutions de sortie pour les plus précaires, nécessité d'intervenir en prison pour éviter les ruptures.

EPSM Guadeloupe

- Public : pathologies psychiatriques, urgences addictologiques, sevrages en situation de crise.
- Missions : hospitalisation, psychiatrie adulte et adolescent, sevrage en substitution faute de structures dédiées.
- Fonctionnement : 195 lits adultes (75 aux Abymes), séjours pouvant durer jusqu'à 4 mois.
- Difficultés : augmentation de la file active (+ 12 % depuis 2021), saturation, absence de lits spécialisés, nécessité de retenir les patients pour éviter la rue.

Centre hospitalier Louis-Daniel Beauperthuy (unité addictologie)

- Public : tout public, avec forte proportion de polyconsommateurs précaires.
- Missions : sevrage, hospitalisation, accompagnement social, préadmission.
- Fonctionnement : séjours de 6 semaines prévus, souvent prolongés faute de solutions de sortie.
- Difficultés : blocage des lits par des patients trop précaires pour être libérés, absence de soins de suite et de réadaptation, orientation impossible vers des structures (inexistantes).

AIDES Basse Terre (bientôt Pointe à Pitre)

- Public : usagers de crack, personnes vivant avec VIH ou VHC, migrants.
- Missions : dépistage, RdRD (pipes, préservatifs, orientation), accompagnement de migrants, maraudes.
- Fonctionnement : 2 salariés (au lieu de 5 auparavant), distribution hebdomadaire de matériel.
- Difficultés : pénurie de matériel de RdRD, saturation liée au nombre de bénéficiaires, besoins croissants des personnes vivant avec le VIH.

CAARUD (Croix Rouge)

- Public : principalement usagers de crack en précarité.
- Missions : maraudes, RdRD (pipes, embouts, kits), information.
- Fonctionnement : absence de lieu fixe (après fermeture des locaux), bus, interventions sur sites.
- Difficultés : confusion des missions (CAARUD/Samu social), manque d'un lieu bas seuil permanent, rationnement du matériel distribué.

PAAL (Permanence d'accueil et d'accompagnement du Lamentin)

- Public : personnes en grande précarité, usagers de drogues.
- Missions : accueil de jour, repas, douches, écoute.
- Fonctionnement : espace proche d'un lieu de consommation (mangrove).
- Difficultés : flux important, moyens limités.

CHRS, ACT, associations diverses

- Public : personnes sans abri, familles, migrants, publics mixtes.
- Missions : hébergement, coordination de soins (ACT), accompagnement social.
- Fonctionnement : places insuffisantes, délais, publics non adaptés aux besoins addictologiques.
- Difficultés : absence d'hébergement spécialisé addiction, impossibilité d'accueillir certains usagers du crack.

Bibliographie

Liens accessibles au 07/04/2026

- Albéri C. (2026) Meurtres, corruption : ce que cachent les mauvais chiffres de la délinquance. Le Courrier de la Guadeloupe, 23 février.
- Audoux L., Mallemanche C., Prévot P. (2020) Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte. *Insee Première*, n° 1804, 4 p.
- Auzole É. (2025) TREND - Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes sur l'île de La Réunion en 2024. Paris, OFDT, 56 p.
- Bidoux P.-É., Raffy G. (2026) Migrations résidentielles en Guadeloupe : entre départs des jeunes et mobilités professionnelles. *Insee Analyses Guadeloupe*, n° 89, 8 p.
- Casimir H. (2007) Les familles guadeloupéennes à l'épreuve de la dépendance au crack. *Psychotropes*, Vol. 13, n° 3, p. 275-284.
- Charles-Nicolas A. (1997) Crack et cannabis dans la Caraïbe. La roche et l'herbe. Paris, L'Harmattan, 321 p.
- Cour des comptes (2014) La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Paris, Cour des comptes, 287 p.
- Demougeot L., Kempf N., Raimbaud B. (2020) Niveaux de vie en Guadeloupe en 2017: La pauvreté touche un tiers de la population guadeloupéenne. *Insee Analyses Guadeloupe*, n° 43, 4 p.
- DREES (2026) ISD - Indicateurs de contexte. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Ferdinand S., Theodore M. (2008) Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe. Basse-Terre, Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, 40 p.
- Gandilhon M., Weinberger D. (2016) Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne. *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 9, 8 p.
- Gérome C. (2020) Guide méthodologique du dispositif TREND. Paris, OFDT, 80 p.
- Gérome C. (2024) Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances en 2023. *Tendances*, OFDT, n° 166, 8 p.
- Gérome C. (2025a) Kétamine : tendances récentes en matière d'offre et de consommation. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 13 p.
- Gérome C. (2025b) Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances en 2024. *Tendances*, OFDT, n° 170, 9 p.
- IEDOM (2025) Rapport annuel économique de la Guadeloupe 2024. Paris, Institut d'émission des départements d'outre-mer, 211 p.
- Insee (2026) Comparateur de territoires.
- Le Nézet O., Spilka S., Lahaie E., Andler R. (2022) Les usages de cannabis en population adulte en 2021. *Tendances*, OFDT, n° 153, 4 p.
- Lépine F.-X., Zavala F. (2025) 384 160 habitants en Guadeloupe au 1^{er} janvier 2023. *Insee Flash Guadeloupe*, n° 227, 6 p.
- Longuet I., Gérome C., Merle S., Neller N., Thiroit M., Zobda-Zebina M. (2024) Pratiques d'usages et prise en charge des usagers de drogues en Martinique en 2022. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 19 p.
- Longuet I., Tival D. (2025) Drogues et conduites addictives à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. *Tendances*, OFDT, n° 171, 8 p.
- Longuet I., Vassaux T. (2025) Drogues et conduites addictives en Guyane. Paris, OFDT, 32 p.
- MILDECA (2023) Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027. Paris, MILDECA, 56 p.
- Naulin A. (2017) Un sentiment d'insécurité en Guadeloupe, renforcé par les nombreux cambriolages et vols avec violence. *Insee Analyses Guadeloupe*, n° 18, 4 p.
- Obradovic I. (2020) Drogues et addictions dans les Outre-mer. État des lieux et problématiques. Paris, OFDT, coll. Théma, 84 p.
- Philippon A., Le Nézet O., Spilka S. (2024) Les usages de substances psychoactives chez les adolescents en outre-mer. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 15 p.
- Santé publique France (2025) Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024 - Guadeloupe. Saint-Maurice, Santé publique France, coll. Le point sur, 67 p.
- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Philippon A. (2025) Usages de substances psychoactives à 17 ans dans les outre-mer (ESCAPAD 2023). Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 19 p.

> **Pour citer cette publication** : Longuet I., Tival D., Douchet M.-A., Gérome C., Véron S. (2026) Drogues et conduites addictives en Guadeloupe. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 20 p.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives
69 rue de Varenne 75007 Paris
Tél : 01 41 62 77 16
e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

ISBN : 978-2-488392-22-8

Photo copyrights : © Fotofabrika / © Luis Echeverri Urrea (Adobe Stock)