

Université Paris-Saclay

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire d'Addictologie Générale

L'ADDICTOLOGIE EN POLYNESIE FRANCAISE : ETAT DES LIEUX
ET PERSPECTIVES

Présenté par ROMAIN BOURDONCLE

Année universitaire 2022-2023

RESUMÉ

Introduction : La Polynésie Française est un territoire vaste comme l'Europe. Les troubles d'usage semble s'y être implantés comme sur le continent. Un état des lieux de l'offre de soins en addictologie et une réflexion sur les perspectives semble indispensables face à la richesse géographique, historique et culturelle de ce joyau du Pacifique.

Etats des lieux et Perspectives : L'offre de soins actuelle est deux fois moindre qu'en Métropole alors même que les consommations d'alcool ont doublé ces dix dernières années. La perspectives de la création de lits dédiés aux prises en charge addictologique et l'articulation des soins avec la psychiatrie et la justice est nécessaire pour soutenir les patients dans leur désir de changement.

Discussion : Bien qu'il existe des modes de consommations différents (pipette pour le cannabis, caisse d'obus le week-end pour l'alcool), les troubles d'usage semblent s'être ancrés de la même façon qu'en métropole : les plus jeunes restent les plus grands consommateurs de cannabis et l'alcool demeure une problématique touchant toutes les périodes de la vie. La qualité du tissu associatif et les discussions autour du cannabis thérapeutique pourraient constituer des leviers pour un changement de paradigme.

Conclusion : Les Polynésiens « commencent malgré eux à ressembler à des Français » dit Bruno Saura ; mais ne partagent-ils pas tous les deux le même sort ? Celui d'une mondialisation qui gomme les différences, efface les contours et pousse à consommer vêtements, séries, substances – enveloppes nécessaires à l'intégration de nos nouvelles limites. A la croisée des chemins, la Polynésie pourrait devenir l'actrice incontournable de la santé mentale du Pacifique.

SUMMARY

Introduction: French Polynesia is as vast as Europe. Substance use disorders seem to have taken root in the same way as in France. An inventory of the current offer in addictological care and a reflection on the prospects seems essential because of the geographical, historical and cultural richness of this jewel of the Pacific.

Current healthcare offer and prospects: The current healthcare offer is half as low as in metropolitan France, even though alcohol consumption has doubled in the last ten years. The prospect of creating beds allowed to addictological care and the articulation of care with psychiatry and justice is necessary to support patients in their desire for change.

Discussion: Although there are different modes of consumption (pipe for cannabis, massive use of alcohol on weekends), substance use disorders seem to have taken root in the same way as in metropolitan France: Youth remain the heaviest consumers of cannabis and alcohol remains a problem affecting all periods of life. The social network quality and discussions around therapeutic cannabis could be potential strength for a paradigm shift.

Conclusion: Polynesians "begin to look like French people in spite of themselves," said Bruno Saura; But don't they both share the same fate? A globalization that erases differences and pushes to consume clothes, series, substances – necessary envelopes for the integration of our new limits. At a crossroads, Polynesia could become the key player in Pacific mental health.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma femme Mareva Lhermitte pour son soutien indéfectible.

Je remercie également ma fille Anavai. Merci d'être un bébé adorable qui a laissé le temps à son Papa pour rédiger ce mémoire.

Je remercie l'ensemble de l'équipe du Centre de Prévention et de Soins des Addictions. Les questionnements au cœur de ce mémoire découlent de nos échanges et j'espère que les réponses apportées étayeront notre pratique. Je remercie tout particulièrement Tatiana Nouveau, psychologue clinicienne, pour son aide précieuse dans la relecture de ce travail.

Aussi, je remercie la Direction de la Santé de Polynésie Française et le Ministère de la Santé qui m'ont permis de poursuivre cette recherche.

Maururu roa,

TABLE DES MATIERES

RESUMÉ.....	2
SUMMARY	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	5
TABLE DES FIGURES	6
INTRODUCTION.....	7
1 ^{ère} PARTIE : GENERALITES SUR L’ADDICTION ET LA POLYNESIE FRANCAISE ...	8
Généralités sur l’Addictologie	8
Historique	8
Bases actuelles des prises en charge	9
Généralités sur la Polynésie Française	12
Une géographie singulière.....	12
Une histoire migratoire inscrite dans le temps	13
Un système de santé aux multiples facettes	14
Une organisation à deux têtes.....	14
Une culture ancestrale du soin : entre pharmacopée et tradipraticiens	15
2 ^{ème} PARTIE : L’ADDICTOLOGIE EN POLYNESIE FRANCAISE – ETATS DES LIEUX	
.....	16
L’offre de soins addictologique en Polynésie française.....	16
Historique	16
Missions et moyens mis en place par le CPSA	17
Données existantes sur les troubles d’usage de substance et les comportements addictifs en Polynésie française	18
En population générale.....	18
En population consultant au CPSA	20

3 ^{ème} PARTIE : L'ADDICTOLOGIE EN POLYNESIE FRANCAISE – QUELLES PERSPECTIVES?.....	24
Vers une vision globale et étendue de la santé mentale en Polynésie française	24
La construction du pôle de santé mentale : Pu Ati'a.....	24
Des modèles théoriques et des parcours de soins communs	25
Vers une articulation entre les soins en addictologie et les suivis judiciaires.....	26
Deux approches antinomiques	26
Pour une finalité commune et une coopération originale.....	28
Vers un travail législatif et collaboratif sur le Cannabis Médical	29
La consommation de cannabis comme « stupéfiant ».....	29
La consommation de cannabis comme « thérapeutique » : cadre réglementaire et réalité du terrain	30
DISCUSSION	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Carte de la Polynésie Française (accessible sur www.comptoiroutremer.org).....	12
Figure 2- Carte représentant les migrations dans l'indopacifique (source : atlas des îles et des états du Pacifique Sud Antheaulme and al.).....	14
Figure 3 Photo issue de Polynésie la 1ère. « C'est une collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle. On l'appelle la médecine intégrative » (50)....	15
Figure 4 Histogramme représentant l'origine des prises en charge au CPSA sur l'ensemble des patients suivis en 2022	21
Figure 5 Histogramme représentant les types de produits consommés en fonction des tranches d'âge.....	21
Figure 6 Illustration des difficultés de compréhension entre la justice et les soins - auteur inconnu	27
Figure 7 Etape du protocole de soins des patients judiciairisés au CPSA - création originale .	28

INTRODUCTION

L'origine du mot « Addiction » remonte à l'Antiquité et à sa racine latine « ad-dicere » [dire à] sous-entendu soumis et esclave à son maître lors de l'époque romaine (1). En tahitien, la notion d'addiction pourrait également se dire « Fa'atiti », [faire esclave] ou même « Ma'i Fa'atiti » [la maladie qui « fait » esclave] (2).

Plus de 16 000 kilomètres, deux océans, et un continent séparent la Polynésie de la France et pourtant les concepts psychopathologiques de trouble de l'usage restent les mêmes. Il s'agit de sortir d'une emprise et de redevenir libre.

Ces dernières décennies, plusieurs études portant sur les troubles d'usage de substance en Polynésie Française ont été réalisées (3-9) mais un état des lieux de l'existant et des perspectives semblent essentiels tant la Polynésie se trouve à un virage dans son approche de la santé mentale.

En Polynésie, comme en France, l'impact des substances et des comportements addictifs sur nos sociétés marque régulièrement l'actualité : « Les jeux-vidéos les ont intoxiqués » exprimait en Juin 2023 le Président français Emmanuel Macron (10) ; « Drogues, sexe, alcool... les confessions du « toxico » » titrait Le Parisien en Mars 2023 (11) ; ou encore « Cannabis : l'Allemagne présente un projet pour légaliser son usage récréatif dès 2024 » lisait-on dans Le Monde en fin d'année 2022 (12). Cette polarisation marquée entre stigmatisation et légalisation nous force alors à réinterroger nos certitudes pour s'adapter au mieux à des populations en mouvements.

Dans la première partie de ce travail, nous nous pencherons sur les généralités concernant l'addictologie et la Polynésie Française, joyau à part dans le Pacifique. Ensuite, nous ferons un historique et un constat sur les prises en charge des troubles de l'usage en Polynésie Française. Dans une troisième partie, nous mettrons en avant les facteurs-clé pour penser l'Addictologie de façon synergique entre les différents acteurs du Territoire. Enfin, nous verrons quelles perspectives se dessinent et comment les inscrire dans le paysage historique, géographique et culturel de la Polynésie Française. Ainsi, l'objectif central de ce mémoire sera de brosser l'état des lieux de l'Addictologie - discipline en perpétuel changement – dans une région qui, bien qu'à l'autre bout du monde, perçoit les échos d'une société qui interroge.

1^{ère} PARTIE : GENERALITES SUR L'ADDICTION ET LA POLYNESIE

FRANCAISE

Généralités sur l'Addictologie

Historique

Dans le Larousse, nous pouvons trouver une définition non spécifique mais consensuelle qui se résume à « un processus par lequel un comportement humain permet d'accéder au plaisir immédiat tout en réduisant une sensation de malaise interne. Il s'accompagne d'une impossibilité à contrôler ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (13).

Cette notion large repose en partie sur l'histoire de ces troubles mise en avant dans un traité de Benjamin Rush dès 1784. Celui-ci évoque en premier une sémiologie fournie de l'intoxication aiguë à l'alcool « Attitude grossière par laquelle ils pointent leurs fautes aux personnes de leur entourage », les conséquences de l'intoxication chronique « Au bout d'un moment, le visage devient bouffi et à sa rougeur succède une pâleur cadavérique. », mais aussi des thérapeutiques de son temps pour traiter l'intoxication « Le contenu de l'estomac doit être évacué en introduisant une plume dans la gorge. » ; ainsi que la dépendance au long cours « L'amour pour les spiritueux a parfois été dompté, en excitant une passion opposée dans l'esprit du buveur. » (14)

Par ailleurs, et précédemment, Pascasius médecin de la Renaissance proposait aussi en 1561 une analyse étiologique de ce qu'on appelle aujourd'hui le « jeu pathologique » (15). Il évoque notamment le fait que l'« avarice » ne suffisait pas à expliquer le comportement compulsif et que le fait « de se refaire » ou « de croire que la chance va tourner » était centrale dans l'explication étiologique du comportement addictif (16). Il base aussi la thérapeutique sur des concepts qui nous paraissent complètement d'actualité plus de quatre siècles plus tard. En effet, selon lui, le patient peut recevoir le traitement adéquat que lorsque l'anosognosie du trouble est levée. Pascasius essaie alors de faire réaliser au joueur compulsif que son comportement est basé sur de fausses croyances (16).

Ainsi, de plus en plus, le terme d'addiction sans produit revient à redéfinir « l'addiction avec produit » comme un sous ensemble plus large qu'est le comportement de dépendance (17)

La dépendance est définie dans le DSM IV comme une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés par la substance.

L'abus de substance tel que défini dans le DSM IV renvoie à un mode de consommation inapproprié entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes. Il s'agit d'un profil de consommation dans des situations dangereuses qui conduisent l'individu à négliger ses obligations sociales, professionnelles, familiales, etc.

Bases actuelles des prises en charge

Depuis 2013, le DSM 5 regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de «troubles liés à une substance». Les différents stades présents dans le DSM IV : usage, abus, dépendance ont disparu dans cette nouvelle classification.

La nouvelle classification a induit la parution en France, du décret du 11 mars 2014 modifiant les articles R. 3411-11 et R. 3411-13 du code de la santé publique, qui étend le périmètre des missions de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) à l'ensemble des « conduites addictives », entérinant son intervention en matière de tabac, d'alcool et des addictions sans substance.

Ainsi, l'addiction avec produit pourrait être définie comme l'ensemble des comportements addictifs liés à une substance physique (alcool, tabac, cocaïne etc...). L'addiction sans produit (jeux d'argent et de hasard, trouble du jeu vidéo, addiction sexuelle etc...) pourrait être définie comme l'ensemble des comportements addictifs ayant une répercussion sur la vie du patient (17).

Son degré de sévérité du trouble dépendra du nombre de critères retrouvés chez le patient tels que décrits dans le DSM-5 TR (18) :

Il y a « trouble » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

3. Craving ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés :

- 2-3 critères : trouble léger
- 4-5 critères : trouble modéré
- 6 critères ou plus : trouble sévère.

En France, la prise en charge des troubles d'usage de substance et/ou les comportements addictifs repose sur (19) :

- Un milieu médico-social spécialisé en addictologie avec près de 400 Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA), plus de 500 points de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), et près de 150 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CARRUD). Cela représente près de 5750 professionnels de santé à temps plein engagés auprès des consommateurs (20) – soit une densité moyenne de 8,5 professionnels de santé en addictologie pour 100 000 habitants (20,21) ;
- Un secteur libéral qui participe au travail en réseau : addictologues libéraux, psychologues formés à l'addictologie ;
- Un secteur hospitalier avec des hospitalisations de jour (HDJ), des hospitalisations complètes (HC), des soins de suite et réadaptation (SSR) mais aussi des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

En 2019, les patients consultant dans un CSAPA venaient le plus souvent pour un trouble de l'usage d'une substance : l'alcool (48%), le cannabis (20%), l'héroïne (14%), du tabac (9%) et de la cocaïne (5%) représentant 96% des motifs de consultations en CSAPA (20).

Généralités sur la Polynésie Française

Une géographie singulière

La Polynésie Française est un pays d'outre-mer (22) d'une superficie de 5,5 millions de km², soit une superficie aussi vaste que l'Europe (23). Selon INSEE, sa population en 2017 s'élevait à près de 280 000 habitants (24). Plus récemment, l'institut statistique de Polynésie Française (ISPF) faisait état d'une population stable en 2021 avec 279 600 habitants dont près de 190 000 sur l'île principale de Tahiti avec sa capitale Papeete (25). Cette dernière enquête soulignait également un vieillissement de la population avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,7 enfant par femme (25), rejoignant petit à petit le profil démographique que l'on retrouve en Métropole (21).

Cette population est répartie sur un vaste territoire composé de 5 archipels regroupant 118 îles dont 76 habitées (23). Au Nord, on retrouve les îles Marquises, en marquisien « Te Fenua Enata » (traduction : la Terre des Hommes) avec près de 9400 habitants (26). Un peu plus au Sud, l'archipel des Tuamotu-Gambier regroupent 76 atolls, les 6 îles principales de l'archipel des Gambiers à l'Est et on y recense environ 17500 habitants en 2017 (26). Au « centre » on retrouve les îles du vent (avec Tahiti et Moorea notamment) et ses 210 000 habitants (26). Les îles sous le vent (avec notamment Bora-Bora, Raiatea, Tahaa, Huahine et Maupiti) se trouvent juste à l'Ouest et on y dénombre 35 000 habitants. Enfin, les îles australes représentent les territoires les plus au sud avec 7000 habitants (**Figure 1**).

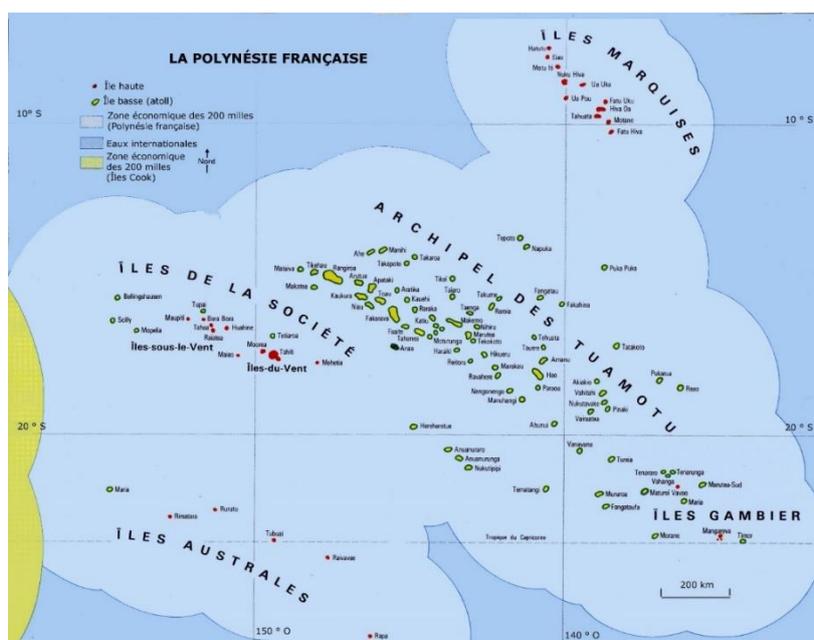


Figure 1 Carte de la Polynésie Française (accessible sur www.comptoiroutremer.org)

La Polynésie Française est donc un vaste territoire assez hétérogène en terme de géographie (îles volcaniques aux Marquises, atoll au Tuamotu par exemple) et de climat (27), en terme de langues (le marquisien, le tahitien, le rurutu, le paumotu et autres) mais aussi de religions (majoritairement catholique aux marquises et majoritairement protestante aux australes par exemple) (28), d'artisanat, de pharmacopée et d'accès aux soins.

Une histoire migratoire inscrite dans le temps

Le peuplement de la Polynésie s'est déroulé en plusieurs phases et s'étendrait sur près de 6000 ans (29). Initialement, il s'agissait de peuplades de la Chine du Sud qui se seraient installées sur Taïwan 4000 ans avant JC. A partir de 2500 ans avant JC, de nouvelles migrations auraient eu lieu depuis Taïwan jusqu'aux Philippines puis dans l'ensemble de l'Indonésie.

Par la suite, près de 1500 ans avant notre ère, un troisième mouvement s'est déroulé depuis l'Indonésie jusqu'à la Nouvelle Guinée puis jusqu'aux îles du Pacifique (30).

Les îles de la Société auraient été atteintes vers 300 ans après JC et aurait servi de point de départ pour la propagation vers Hawaii au Nord (atteintes vers 500 ap. JC), l'île de Pâques à l'Est (vers 900 ap. JC) et la Nouvelle Zélande vers 1100 après JC (**figure 2**) (30).

Ces migrations basées sur des données linguistiques et archéologiques (29,30) ont été confortées très récemment (Avril 2021) dans une étude portant sur le génome des peuples d'Océanie. Cette étude, publiée dans Nature (31) précisait un point de départ de Taïwan il y a 5000 ans et une migration lente, d'îles en îles, jusqu'en Polynésie.

Succinctement, dans l'Histoire Moderne, on note ensuite la redécouverte de Tahiti par le navigateur anglais Samuel Wallis en 1767, puis l'arrivée du français Louis Antoine de Bougainville en 1768 (32) ainsi que les différentes escales de James Cook qui relate ses expéditions de 1768 à 1779 dans son ouvrage « Relations autour du Monde » (33)

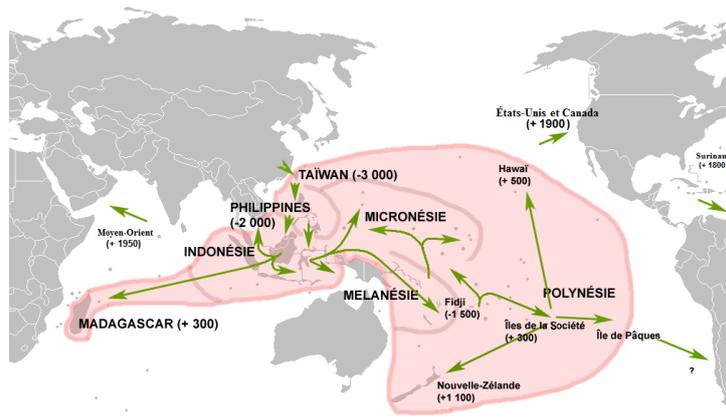


Figure 2- Carte représentant les migrations dans l'indopacifique (source : atlas des îles et des états du Pacifique Sud Antheaume and al.)

Un système de santé aux multiples facettes

Une organisation à deux têtes

L'organisation de la Santé est de la compétence de la Polynésie Française et présente ainsi une structure différente par rapport à ce que l'on peut trouver en Métropole (22).

Il existe d'une part la Direction de la Santé qui a pour mission la promotion, la prévention, la formation professionnelle, la mise en œuvre de programmes de santé publique, mais aussi et surtout l'offre de soins de proximité (34). Elle regroupe ainsi des services médicaux comme le Centre d'Assistance Médico-sociale Précoce (CAMSP) ou le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA), mais aussi des cellules de formations, dont le département de santé public et de modernisation des soins de santé primaire (DSSP) ainsi que l'ensemble des dispensaires répartis sur Tahiti et les différentes îles de la Polynésie. En outre, on dénombre 4 hôpitaux périphériques : l'hôpital de Taravao (situé à la presqu'île de Tahiti), celui d'Afareaitu à Moorea, l'hôpital d'Uturoa à Raiatea et l'hôpital Louis Rollin de Taiohae aux îles Marquises (35).

D'autre part, l'on retrouve le Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF) dont la version la plus actuelle remonte à 2010 avec la construction du Centre Hospitalier Territorial du Taaone à Pirae sur Tahiti (36). Le CHPF assure l'offre de soins de haute technicité avec le SAMU, les services de médecine (gastro-entérologie, oncologie, centre de la douleur, psychiatrie etc...), d'obstétrique et de chirurgie (avec 11 blocs opératoires) (37). Cette organisation « à deux têtes » permet tout de même d'étroites collaborations que ce soit pour la mise en place des

consultations spécialisées avancées (CSA) sur les îles éloignées (38) ou sur l'élaboration et la construction d'un nouveau Pôle de Santé Mentale (39).

Une culture ancestrale du soin : entre pharmacopée et tradipraticiens

Le parcours migratoire pose la question d'une pharmacopée qui aurait pu migrer en même temps que les hommes. La pharmacopée traditionnelle en Polynésie est riche et toujours inscrite dans le paysage du soins sur l'archipel (40).

A titre d'exemple, dans une étude récente sur la Médecine et pharmacopée végétale traditionnelles aux Iles Marquises en 2015 (41), près de 77 plantes ont été recensées pour leurs utilisations thérapeutiques. Dans d'autres ouvrages, on identifie plusieurs dizaines de recettes de « ra'au tahiti » (médicament tahitien) avec leurs indications, leurs préparations et leurs posologies (40,42). Au niveau spirituel, c'est le « kava » (racine de la famille des *piperaceae*) qui, après avoir été interdit (43) puis de nouveau autorisé (44), fait office de substance psychoactive et psychotrope lors des cérémonies traditionnelles (45). Enfin, au niveau artisanal, sachant que le polynésien est connu pour être un grand navigateur, c'est la bourre de coco qui était préférentiellement utilisée pour les cordage des pirogues à voile traditionnelle (46).

Actuellement, il existe toujours des Tahu'a (guérisseurs) qui se succèdent depuis des siècles et qui transmettent le plus souvent oralement leurs connaissances (40). D'autres travaux soulignent l'importance de la transmission du savoir et du « don par le rêve » (47). On retrouve des tradipraticiennes exerçant toujours leur art de soignant directement au Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF). La médecine intégrative, s'attache aussi bien à la médecine occidentale qu'à la thérapeutique traditionnelle et prend de plus en plus de place grâce au travaux de médecins locaux (48) mais aussi à la suite de la situation sanitaire liée au COVID 19 nous amenant à reconsidérer voire repenser nos pratiques médicales dans leurs globalités (49).



Figure 3 Photo issue de Polynésie la 1ère. « C'est une collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle. On l'appelle la médecine intégrative » (50)

2^{ème} PARTIE : L'ADDICTOLOGIE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE – ETATS DES

LIEUX

L'offre de soins addictologique en Polynésie française

Historique

On retrouve une préoccupation locale liée au trouble de l'usage de substance psychoactives dès le début du 19^{ème} siècle. En effet, dans le livre de premières lois de Tahiti, Raiatea et Huahine, l'intoxication aigue à l'alcool est réprimée dès 1824 à Tahiti « *Quiconque consomme de l'alcool jusqu'à en être ivre, embête autrui en lui jetant des pierres, en prenant ses biens, ses produits, en agissant dans un état d'agitation, doit être arrêté par les juges qui doivent attendre la dissipation des effets de l'alcool pour le juger [...]* », dès 1820 à Raiatea et ses îles « *Si un homme boit de l'alcool jusqu'à en être ivre, qu'il se trouve dans un état d'agitation, les juges doivent s'emparer de cet homme ivre pour le contenir* » et dès 1822 à Huahine « *[...]Lorsqu'il n'est plus en état d'ivresse, on le sermonnera pour qu'il ne se conduise plus de la sorte. S'il persiste à boire de l'alcool jusqu'à en être enivré et agité, il doit être jugé et condamné à des travaux [...]* ». Les peines sont alors restreintes à des travaux d'intérêt général : faire 50 brasses de chemin, 10 brasses d'étoffe, ou encore des enclos de 50 brasses de long (51).

A partir des années 1835-1840, le nombre de navires et de baleiniers arrivant à Papeete ne cesse de croître, on en dénombre alors jusqu'à 120 par an. L'importation d'alcool et de rixes augmentent parallèlement. La reine Pomare IV promulgue alors une révision des lois du Royaume de Tahiti en 1842. Trois des cinq premières lois de cette nouvelle référence législative et judiciaire concernent l'alcool local ou d'importation étrangère et en interdit l'usage, la vente ou la détention. La même année et sur un fond de guerre coloniale avec la Grande-Bretagne, la reine Pomare IV signera un traité de protectorat avec la France (52).

C'est finalement près de 150 ans plus tard, en 1984, que sera créé le tout premier Centre de Consultation Spécialisée en Alcoologie et Toxicomanie (CSSAT) sous l'impulsion de la Direction de la Santé et sous la Tutelle du Ministère de la Santé Local. Initialement composé d'un médecin addictologue et d'un secrétaire, le Centre connaîtra un essor sous la direction du Dr. M.F Brugiroux.

A l'instar des transformations nosologiques de CSST (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) et (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) CCAA en CSAPA en 2008

(53) ; le CCSAT devient le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) en Août 2021 (34).

En 2023, l'équipe est désormais composée de 3 médecins addictologues, 3 infirmiers diplômés d'état, 5 psychologues cliniciennes, une psychomotricienne et 2 secrétaires. La densité de professionnels de santé en Polynésie Française est alors de 4,3/100 000 habitants (8,25) – deux fois moindre qu'en Métropole (20,21).

Missions et moyens mis en place par le CPSA

Le CPSA est seul centre spécialisé en addictologie de la Polynésie française. Il assure un accompagnement et des soins spécialisés en ambulatoire gratuits et anonymes à toutes les personnes, adolescentes ou adultes et leur entourage, qui sont confrontées à des niveaux de consommations diverses allant de l'usage à risque à la dépendance. Ses missions et ses activités sont régies par l'arrêt n°1771 CM du 26 Août 2021 (34) :

- Lutte contre les dépendances sous toutes leurs formes et par tous les moyens dont il dispose ;
- Participation aux activités de prévention par l'éducation et l'information tout public ;
- Prise en charge médicale et psychologique spécifique pour ces malades ;
- Suivi en post-cure ;
- Aide à la réinsertion sociale et professionnelle des malades ;

Les moyens mis en œuvre sont multiples, variés et adaptés au Territoire avec (8):

- Des consultations individuelles médicales, infirmières, psychologiques ou de psychomotricité ;
- La mise en place d'ateliers et de groupes thérapeutiques : Atelier d'approche corporelle, groupe d'information sur les toxiques, groupe de parole pour les aidants, atelier gestion des émotions, groupe motivationnel, atelier marche et atelier massage ;
- La réalisation de point d'écoute hebdomadaire ou bimensuelle d'une demi-journée sur l'ensemble des établissements scolaires publics de Tahiti (12 établissements scolaires) ;
- Des consultations spécialisées avancées sur une période de 2 à 5 jours par tournées sur les îles de la Polynésie – soit 58 jours répartis ainsi :

- Iles sous le vent : 4 tournées de 2 jours sur Bora-Bora, Huahine et Raiatea
- Les Marquises : 1 tournée de 5 jours sur Hiva Oa, Nuku Hiva et Ua Pou
- Les Tuamotu : 2 tournées de 3 jours sur Rangiroa et Hao
- Les îles Australes : 1 tournée de 3 jours sur Rimatara, Rurutu, Raivavae et Tubuai ;
- Des actions de prévention (essentiellement secondaire, auprès de publics consommateurs) et de formation auprès des professionnels de terrain.

Données existantes sur les troubles d'usage de substance et les comportements addictifs en Polynésie française

En population générale

Bien que certaines enquêtes soient en attente de réactualisation, plusieurs données sur les usages de substances existent en Polynésie Française.

En population générale, l'enquête STEPWISE de 2010 (54), portant sur 3469 personnes âgées de 18 à 65 ans, nous permet d'avoir des données épidémiologiques en population plus large, ainsi :

- 41% de la population déclarait fumer du tabac au moins 1 fois dans les 30 derniers jours, et 34 % quotidiennement ;
- 46 % de la population déclarait boire de l'alcool au moins 1 fois dans les 30 derniers jours ;
- Et 39% déclarait avoir fumé du cannabis au moins une fois dans les 30 derniers jours.

L'enquête modèle **STEPWISE** a pu être renouvelé en 2019 (55) en interrogeant près de 3231 adultes de 18 à 69 ans. Elle soulignait une augmentation des consommations de toxiques quelles que soient les classes d'âge. Ainsi, la consommation déclarée de cannabis au cours des 12 derniers mois aurait **très fortement augmenté, passant de 14% en 2010 à 39% en 2019**. En outre, comme en 2010, près de la moitié des consommateurs fumaient entre 5 et 7 jours par semaine.

Concernant les consommations d'alcool, on constate que celles-ci auraient **plus que doublé chez les consommateurs de catégorie II** de l'OMS (entre 40g et 60g d'alcool par jour chez l'homme et inférieur à 40g d'alcool chez les femmes) en passant de 2,7% à 7,4% de la population.

De même, la consommation d'alcool a **doublé chez les consommateurs de catégorie III** de l'OMS (plus de 60 g d'alcool par jour chez l'homme et plus de 40 g d'alcool par jour chez la femme)(55)

Chez les plus jeunes, 3 enquêtes ont été réalisées ces 10 dernières années :

- L'enquête ECAAP en 2009 (3) portait sur les jeunes scolarisés de 11 à 18 ans. Pres de 4600 élèves avaient été interrogés ;
- L'enquête GSHS en 2016 (5) a permis de questionner près de 3200 élèves de 13 à 17 ans sur leur situation familiale, l'alimentation, l'activité physique, l'obésité, l'hygiène corporelle, la santé mentale, la santé sexuelle, les addictions et les blessures involontaires ;
- Enfin, l'enquête EA TAURA en 2020 (6) s'est basée sur les réponses aux questionnaires fournis par près de 4000 jeunes de 16 ans à 25 ans lors de la Journée de Défense et Citoyenneté

		ECAAP	GSHS	EA TAUREA	
	Année	2009	2016	2020	<u>Tendance</u>
	Age	11 à 18 ans	13 à 17 ans	16 à 25 ans	
Tabac	<i>expérimentation</i>	47%			
	<i>usage dans le mois</i>		26%		
Alcool	<i>expérimentation</i>	73%	70%		→
	<i>usage dans le mois</i>	42%	44%	52%	↑
Cannabis paka	<i>expérimentation</i>	29%	27%		→
	<i>usage dans le mois</i>	13%	15,5%	19%	↑
Métamphétamine Ice	<i>expérimentation</i>	2%	3%	4%	↑
	<i>usage dans le mois</i>			1,2%	

En population consultant au CPSA

Activité du Centre de Prévention et de Soins des Addictions

En 2022, 1801 patients ont consulté au CPSA (vs 1512 en 2021), soit une augmentation de la file active d'environ 20% par rapport aux années précédentes. La ratio homme/femme est de 3:1 et est équivalent aux années précédentes en dépit du fait que les femmes consultent de plus en plus.

L'âge moyen des patients suivis au CPSA est de 33 ans (min 11 ans, max 89 ans) :

- 31 % ont moins de 20 ans
- 39 % ont entre 21 et 40 ans
- 30% ont 41 ans ou plus

Cette file active a généré 5726 consultations ce qui est relativement stable par rapport aux années précédentes.

Sur les 5726 consultations :

- 37% étaient des consultations psychologiques ;
- 32% étaient des consultations médicales ;
- 25% des consultations infirmières et 6% des actes de psychomotricité.

Caractéristiques de la population consultant au CPSA

L'âge moyen des patients suivis est de 33 ans (vs 44,4 ans en métropole) (56).

Parmi l'ensemble des patients suivis, 48% n'ont pas de revenus propres et 46% ont une activité rémunérée (dont 11% ponctuelle ou intermittente) versus 51,5% en Métropole (56)

Les orientations par la justice représentent 44% des demandes de suivis (majoritairement des obligation de soins post- sentencielle). Cette proportion ne cesse d'augmenter ces dernières années (+10% entre 2018 et 2021 (7,8). A contrario, seuls 5% des patients suivis sont orientés par le milieu médical (hôpitaux, dispensaires, médecine de ville) interrogeant notre visibilité auprès de nos confrères. **(figure 4)**

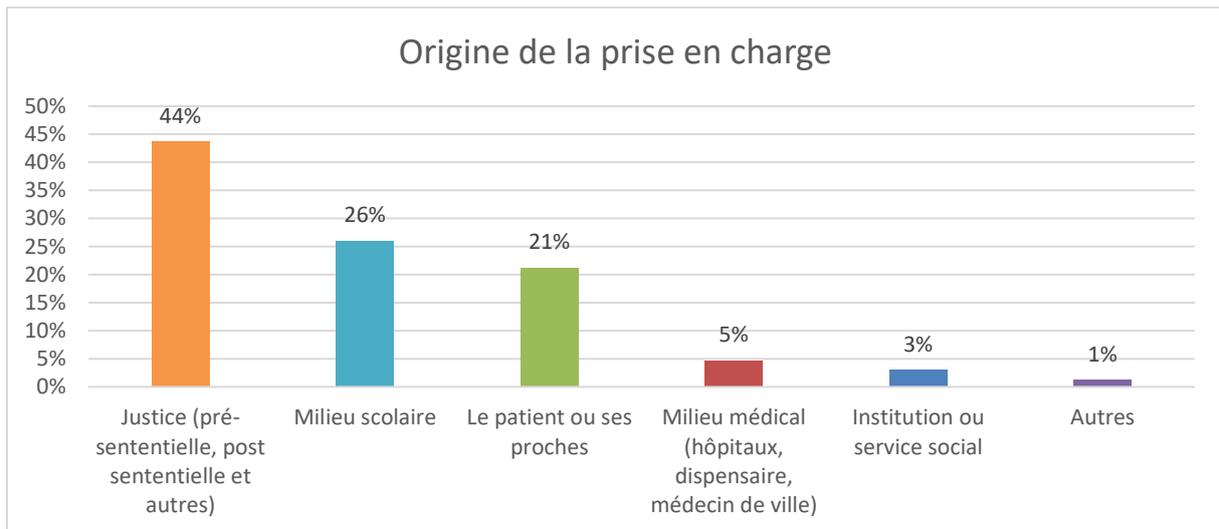


Figure 4 Histogramme représentant l'origine des prises en charge au CPSA sur l'ensemble des patients suivis en 2022

Les produits à l'origine des nouvelles prises en charge variaient en fonction des classes d'âge. Le cannabis est la première problématique chez les moins de 20 ans, l'alcool représentant ensuite la 1^{ère} demande d'aide dans toutes les autres classes d'âge. On note une proportion plus importante de consommateurs de méthamphétamines chez les 30-40 ans (15% des nouvelles demandes dans cette classe d'âge, le plus souvent par la biais de la justice). La majorité des patients sont polyconsommateurs (53%) (**Figure 5**).

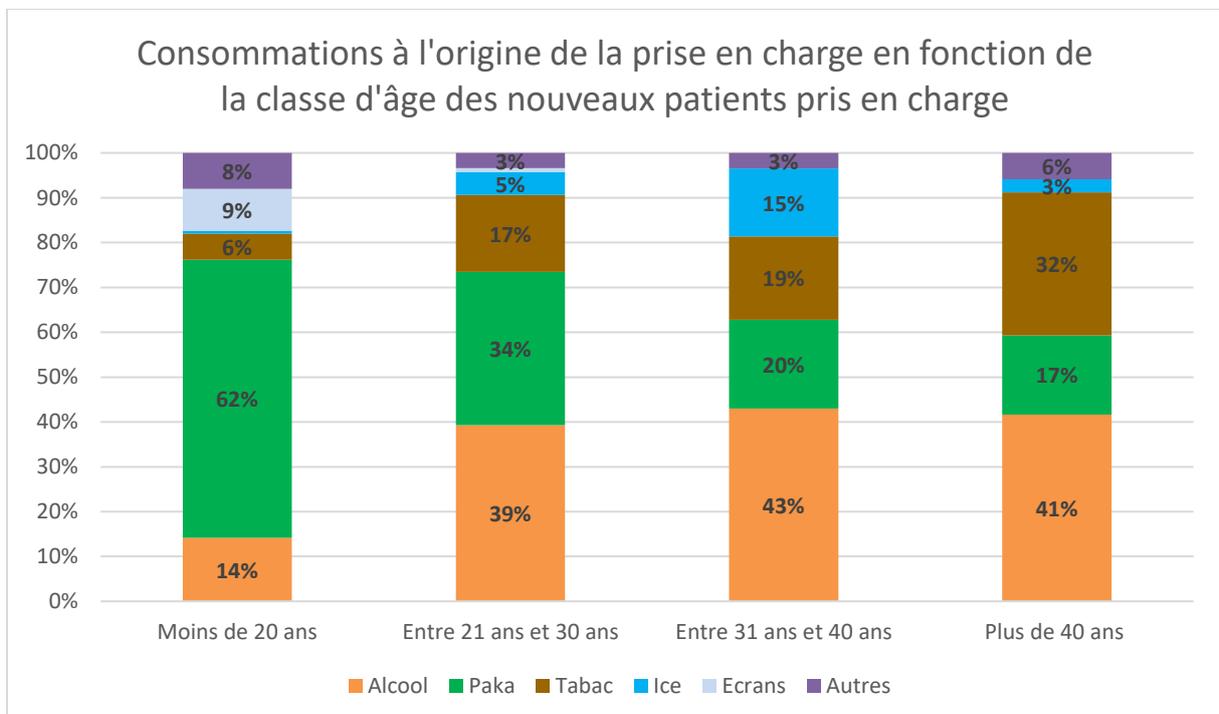


Figure 5 Histogramme représentant les types de produits consommés en fonction des tranches d'âge

Modes de consommations spécifiques

Les patients polynésiens présentent des modes de consommations spécifiques que l'on ne retrouve pas nécessairement en Métropole.

L'alcool est en effet le plus souvent consommé sous forme d'obus de bière locale de 50cl et par « caisse » représentant 20 obus. La consommation est festive, en « binge drinking », une consommation équivalente à une à deux caisses par week-end est une sorte de norme. La quantité moyenne consommée par prise chez l'ensemble des patient est de 13 UA.

Le cannabis (« pakalolo » ou « paka »), est consommé « pur », à la pipette sans mélange avec le tabac dans 87% des cas (8). La quantité de base est le « stick mille » coutant 1000 xpf (soit 8,5 euros environ). Sa consommation est banalisée et souvent gratuite dans les îles éloignées.

Enfin, la métamphétamine (l'ice ou le sana) est consommée elle-aussi en « bubble » sorte de pipette plus grande et coûte environ 10 000xpf le 0,1g. Elle représente dans l'imaginaire collectif un signe de richesse extérieur tant son coût est important. On estime à 10 000 le nombre de consommateurs en Polynésie et la tendance serait à la hausse engendrant des complications sociales, familiales, professionnelles, économiques et sociétales majeures (57).

Comparaison avec les données de métropole

Origine de la demande	CPSA 2022 (8)	OFDT 2022 (20)
Alcool	39% à 43%	46%
Cannabis	34% chez les 20-30 ans 20% chez les 30- 40 ans 17% chez les + de 40 ans	20 %
Tabac	17% chez les 20-30 ans 19% chez les 30 – 40ans 32 % chez les + de 40 ans	9%

Héroïne	Néant	14 %
Méthamphétamine	15% des 30-40 ans	Néant

Si l'on compare les données de l'activité du CPSA (8) avec les chiffres clés publiés par l'ODFT en 2022 (20,56), l'on pourrait envisager trois types de singularité :

1. Particularités liées aux caractéristiques des patients :

- a. Les patients consultants au CPSA sont **plus jeunes** que la population retrouvée en métropole (33 ans versus 44,5 ans)
- b. La proportion de patients avec une **activité rémunérée semble plus faible** (46% vs 51,5)

2. Particularités liées au mode de consommation :

- a. Consommation d'alcool **majoritairement le week-end**, en grande quantité (13UA en moyenne, 67% bière locale)
- b. Consommation de cannabis, pur, à **la pipette** (87% consomme à la pipette)

3. Particularités liées à l'activité du Centre et aux types de prise en charge :

- a. La proportion des prises en charge pour une **aide au sevrage tabagique** semble plus **importante** au CPSA (19% vs 9%).
- b. Les proportions entre trouble d'usage de la **métamphétamine et héroïne semblent inversées**, comme si l'un remplaçait l'autre (15% vs 0% et 0% versus 14%).

3^{ème} PARTIE : L'ADDICTOLOGIE EN POLYNESIE FRANCAISE – QUELLES PERSPECTIVES?

Vers une vision globale et étendue de la santé mentale en Polynésie française

La construction du pôle de santé mentale : Pu Ati'a

Actuellement en Polynésie Française, il n'existe aucune structure hospitalière dédiée au sevrage. Le sevrage ambulatoire est de fait prioritaire, l'alternative étant une hospitalisation en psychiatrie souvent refusée par les patients ou l'évacuation sanitaire en France à la fois coûteuse et parfois traumatisante car à des milliers de kilomètres de la famille du patient.

Pourtant, depuis 1999 la Haute Autorité de Santé recommande l'hospitalisation pour le sevrage pour (58):

- Une nécessité de surveillance continue (personnes isolées) ;
- Pour soustraire le patient à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles)
- Pour garantir de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ;
- En cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère

Dans ce contexte de manque dans l'offre de soin en addictologie en lien avec une augmentation des consommations (doublement des consommation d'alcool en 10 ans) (55) et du fait d'un nombre croissant d'accident de la route liés à l'usage de substance, les gouvernements polynésiens successifs ont décidé, dès la fin de année 2000, de créer un service avec des lits dédiés au sevrage de substance. « La lutte contre les addictions » était ainsi la 1^{ère} priorité du « Plan de lutte et de Prévention de la Délinquance » signé entre l'Etat et le Pays en Janvier 2022 (59).

Bien que la première pierre ait été déposée en 2016 (60) et après des multiples reports liés à la fois aux contraintes de financement et à la crise sanitaire du COVID 19 (61–63), le Pôle de Santé Mental est toujours en attente et devrait être livré en Janvier 2024. Il permettrait la mise en place :

- De 12 lits d'hospitalisations complètes (HC) pour des sevrages plus ou moins complexes
- D'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) qui est un dispositif de soins essentiel : mission de sensibilisation et de formation des équipes hospitalières, aide à la prise en charge des patients, favorise le repérage précoce des conduites

addictives, intervention aux urgences, dans les maternités et dans l'ensemble des unités d'hospitalisations.

- D'un hôpital de jour structuré permettant la mise en valeur des ateliers et des groupes déjà mis en place au CPSA

La mise en place de nouvelle structure de soins n'aurait de sens que si elle s'inscrit dans un réseau et dans le contexte géographique et culturel de la Polynésie Française (57). Il s'agit alors de se réapproprier la théorie de la vulnérabilité partagée et celle de l'Automédication pour parvenir à des prises en charge conjointe avec la pédopsychiatrie, la psychiatrie et l'addictologie. Il semble nécessaire de construire ensemble des temps d'échange et de réflexion et de s'inspirer des modèles du pacifique.

Des modèles théoriques et des parcours de soins communs

Théorie de la vulnérabilité partagée

La théorie de la vulnérabilité partagée (64,65) repose sur des facteurs de risque communs à développer une pathologie psychiatrique et un trouble de l'usage. Tout d'abord, la part environnementale peut jouer un rôle (dysfonctionnements familiaux, faible étayage familial, catégorie socio-professionnelle) dans l'apparition conjointe des troubles. Ensuite il existe une héritabilité partagée supérieure à 50% pour l'abus de substance et certains troubles psychiatriques. Enfin, il existe une voie commune du stress dans l'apparition des troubles psychiatriques et addictologiques au travers de l'axe hypothalamo-hypophysaire et l'amygdale (66,67).

Théorie de l'Automédication

La théorie de l'automédication repose sur l'idée que le trouble psychiatrique est primaire et que l'abus de substance par le patient a un but d'automédication, c'est-à-dire de soulagement de ses symptômes psychiques. Une étude menée par Weiss and al. en 1984, montrait que les patients bipolaires avec des phases hypomaniaques avec exaltation avaient plutôt tendance à consommer de la cocaïne. A contrario, ceux ayant des phases dysphoriques se retournaient plutôt vers des dépresseurs centraux type cannabis ou opiacés (68). Les mêmes auteurs, en 1987 montraient à nouveau que l'utilisation d'opiacés permettait à certains patients de contrôler les effets dysphoriques et de lutter contre l'agitation ou l'irritabilité (69). Les résultats de ces études, répliqués en 2004 (70), soulignent l'importance de cette possible automédication dans la prise en charge globale des troubles.

Des parcours de soins à élaborer ensemble

Trois types de prise en charge seront ainsi à évaluer pour permettre une prise en charge optimale des patients communs à la psychiatrie, la pédopsychiatrie et l'addictologie :

- Le traitement séquentiel : Chaque trouble est traité successivement dans des systèmes différents ;
- Le traitement parallèle : Les deux troubles sont traités simultanément mais dans deux systèmes de soins différents ;
- Le traitement intégré (théorisé par Drake en 1998) : Un système de soin unique avec pour objectif de soigner l'association des troubles, c'est-à-dire un même programme pour les deux troubles traités par le même clinicien, formé à la psychiatrie et à l'addictologie (71)

Des actions de prévention conjointes et des réflexions sur les modèles du Pacifique

Les rencontres pluridisciplinaires sont l'occasion d'échanger sur ces nouvelles perspectives. Ainsi, sous l'impulsion du service de Psychiatrie du Taaone et de l'Association Taputeaora (« arc en ciel » en tahitien), la 1^{ère} édition de la semaine de la santé mentale a eu lieu en Polynésie Française en octobre 2022 (72).

Des pistes de réflexion sont en cours comme celle du Modèle Néo-Zelandais qui repose sur une prise en charge communale, décentralisée et associative de la santé mentale (73). Ce modèle pourrait servir de base d'échange pour penser les soins sur les îles éloignées dans un espace aussi vaste que l'Europe (23)

Vers une articulation entre les soins en addictologie et les suivis judiciaires

Deux approches antinomiques

Près de 45% de la file active du CPSA concerne des patients adressés par la Justice dans le cadre d'obligation de soins. Ainsi, entre 200 et 300 nouveaux patients sont pris en charge chaque année dans le cadre de ce dispositif qui force le patient ou les *Personnes Placées Sous Main de Justice* (PPSMJ) à « se soumettre à une ou des mesures d'examen médical, de

traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » (article 132-45 du code pénal) (74).

Dès lors, on constate une approche diamétralement opposée dans l'abord de la prise en charge de ces personnes. D'un côté, l'on prend en charge un malade, un patient, un « ta'ata ma'i fa'atiti », « esclave » de son addiction. De l'autre, on accompagne une personne placée « sous main de justice », appellation qui renvoie directement à la symbolique des rois capétiens du XIIème et à la servilité des hommes (75,76).

De plus les objectifs diffèrent : la prévention de la rechute n'est pas synonyme de prévention de la récidive (77) d'autant plus que la rechute (au plan médical) concernerait la re-consommation du produit en cause, alors que la récidive (au plan judiciaire) traduit la répétition d'un même fait avec ou sans l'influence d'une substance.

En outre, les temporalités de prise en charge sont également bien distinctes. Le temps du soin, de l'ambivalence, du « rouler avec la résistance » (78) ne trotte pas sur la même aiguille que celle de la mesure judiciaire, où la récidive est perçue comme un échec des soins et non comme une étape d'un processus de changement (77)

Enfin, la garantie du secret médical et d'une déontologie basée sur le « *primum non nocere* » (79) est parfois mal comprise par les conseillers pénitenciers d'insertion et de probation (CPIP) qui ont besoin d'évaluer l'efficacité de la mesure judiciaire. Un guide de soins, santé et justice, financé par la MILDECA rappelle que « Le secret médical ne peut être levé sous aucun prétexte, y compris à la demande du patient, sauf pour les exceptions prévues par la loi «Secret médical » (77)

C'est alors une asymptote qui se dessine entre les moyens mis en œuvre, les objectifs fixés et la temporalité accordée à une personne, tantôt renforcée dans son autonomie et sa liberté et aussitôt ramenée à l'assujettissement et aux « choix » forcés.

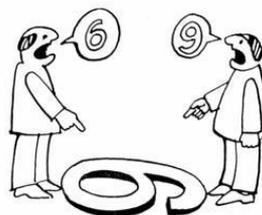


Figure 6 Illustration des difficultés de compréhension entre la justice et les soins - auteur inconnu

Pour une finalité commune et une coopération originale

La Polynésie Française ne dispose que d'un tribunal de première instance et d'un centre d'addictologie. Les difficultés de compréhension ou de travail en réseaux ne peuvent pas être renvoyées vers d'autres structures spécialisées. Il s'agit alors de se concentrer sur notre finalité commune : aider au mieux la personne.

Près d'un an de travail de concertation a été nécessaire pour mettre en œuvre une solution conjointe. Le CPSA et le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ont pu mettre œuvre un protocole de soins spécifique pour les patients judiciarisés. La nécessité d'un travail de partenariat a été renforcée par des délais d'attente très importants - 4 mois d'attente - qui ne correspondaient ni à la temporalité de la justice, ni à celle du CPSA.

Le protocole de soin a été construits comme suit :

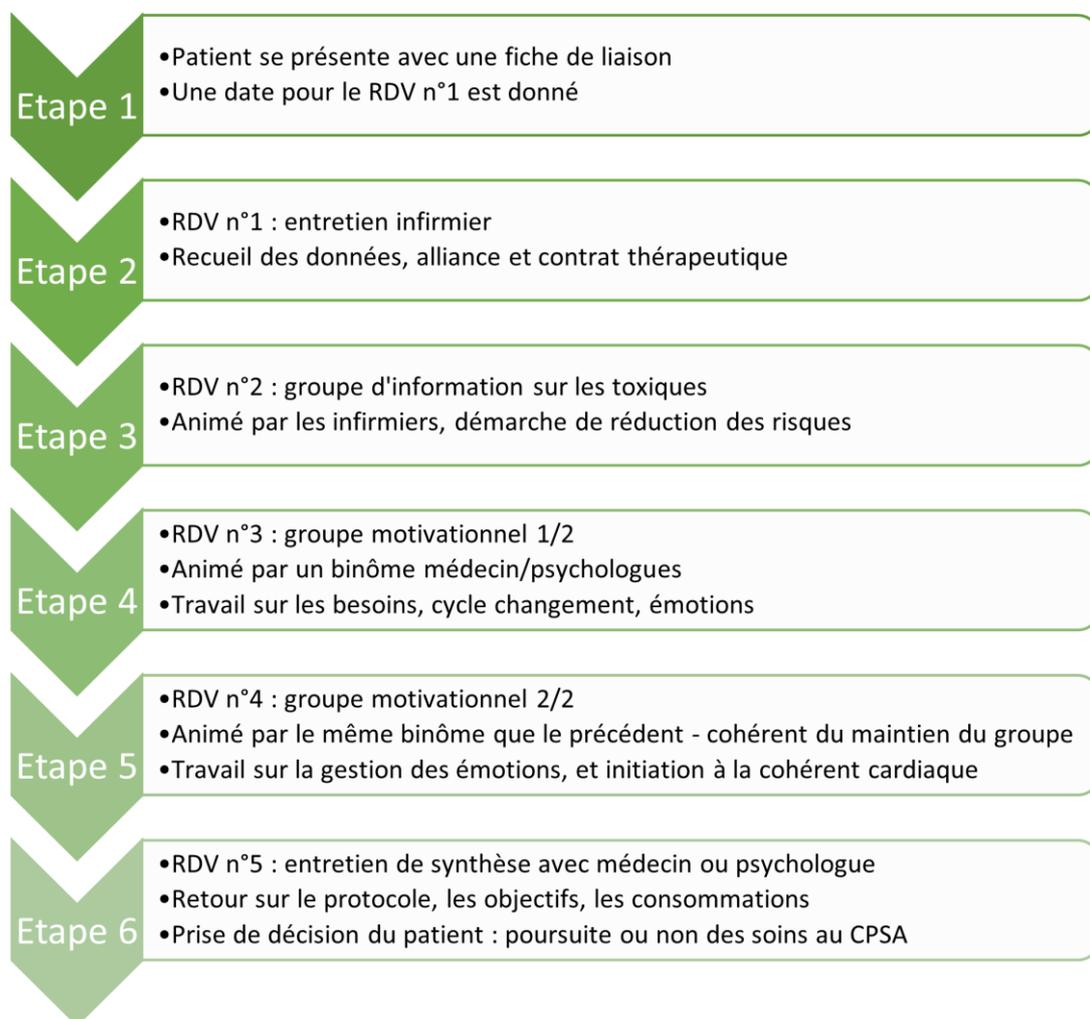


Figure 7 Etape du protocole de soins des patients judiciarisés au CPSA - création originale

Un an après sa mise en place, les délais d'attente ont pu être raccourcis (environ 1 mois), le taux de rendez-vous honorés a augmenté (70% versus 50%), le sens donné et perçu par les patients, les soignants et les CPIP dans leur prise en charge s'est renforcé et la bonne acceptabilité du protocole par les patients les poussent à le conseiller aux autres consommateurs de leur entourage. Enfin, le « taux de transformation » - nombre de patients qui souhaitent maintenir leur suivi en dehors du cadre de la justice – est d'environ 50%.

Bien qu'avantageuse pour les différents acteurs, ce nouveau protocole présente des limites. Ainsi, quelle prise en charge pour les violences conjugales sans abus de substance au moment des faits mais avec un possible trouble de l'usage en dehors des faits ? Ce type de situations questionne alors la diligence de certaines applications judiciaires – principalement dans une région du monde où la Santé est de la compétence du Pays et la Justice de la compétence de l'Etat.

Vers un travail législatif et collaboratif sur le Cannabis Médical

La consommation de cannabis comme « stupéfiant »

Tout comme en Métropole, la consommation récréative de cannabis semble augmenter en Polynésie Française (80). En 2009, dans l'Etude ECAAP, 13% des jeunes polynésiens scolarisés de 11 à 18 ans déclaraient avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours (81). En 2015, 15,5% des jeunes scolarisés de 13 à 17 ans déclaraient avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours (82). Plus récemment encore, dans une enquête « Ea Taure'a » menée en 2020 par la Direction de la Santé auprès de près de 4000 jeunes lors de leur journée d'appel à la défense, c'est près de 20% des jeunes de 16 à 25 ans qui relataient une consommation de cannabis dans le mois (6). Concernant les expérimentations, c'est près de 27% des jeunes de 13 à 17ans qui auraient déjà essayé le cannabis dans leur vie (82). Cette donnée est comparable à ce que l'on peut retrouver dans les DOM-TOM avec par exemple 33% d'initiation à 17ans en Guadeloupe en 2017 (83).

Concernant les patients suivis au Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) de Papeete, on constate que les prises en charge débutent en moyenne à un âge plus précoce (âge moyen de 33 ans versus 44,5 ans en Métropole) (56). Cela est lié notamment aux permanences scolaires réalisées dans les établissements du Territoire mais également à un âge des débuts des consommations qui semble plus précoce qu'en Métropole : En 2022, 31% des patients suivis

avaient moins de 20 ans et près de 70% d'entre eux déclaraient déjà un usage problématique du cannabis (8).

L'étude de type Stepwise, réalisée en 2010 pour étudier les facteurs de risques des maladies non transmissibles dans la population âgée de 18 à 64ans, indiquait que 40% des participants admettaient avoir consommé du cannabis au moins 1 fois dans les 30 derniers jours (4).

Ces données semblent comparables à ce que l'on peut trouver en Métropole et dans les DOM-TOM avec un âge de la 1^{ère} expérimentation qui semble s'abaisser et une consommation régulière qui s'installerait dans les habitudes de vie de l'adulte et de sa cellule familiale (80,83).

Les raisons de cette progression de l'usage problématique sont multifactorielles et probablement comparables d'un territoire à l'autre : prédominance du sexe masculin, usage plus répandu parmi les jeunes générations ou une consommation plus fréquente parmi les personnes sans emploi (83). D'autres pourraient être plus spécifiques comme à La Réunion ou en Martinique où le fait d'être né en Métropole est plus fréquemment associé à un usage régulier de cannabis (83). De même, on peut également évoquer la question d'une production locale de cannabis, une production de « quartier » faisant vivre parfois plusieurs familles (57) mais dont les quantités produites font souvent la « une » de la presse locale (84–86).

Enfin, on peut soulever la question de la mutation rapide des modèles familiaux (de famille élargie communautaire à une famille plus nucléaire (87)), de l'urbanisation et d'une empreinte coloniale particulière comme le souligne Bruno Saura dans ses derniers ouvrages (88,89). Ainsi, la question de la banalisation de l'usage du cannabis se trouve parfois intimement liée à des problématiques de souveraineté économique comme l'illustre cette « une » de La Dépêche de Tahiti « *Pakaculture* : une mine d'or à 40 milliards de Francs Pacifiques ? » (90)

La consommation de cannabis comme « thérapeutique » : cadre réglementaire et réalité du terrain

En Septembre 2018, sous l'impulsion du Ministère de la Santé en France, un Comité Scientifique Spécialisée Temporaire (CSST) a été créé pour évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du cannabis médical en France (91). En Décembre 2018, le CSST a émis un avis favorable et le 7 Octobre 2020, un Décret du Conseil d'Etat a autorisé l'expérimentation du cannabis médical sous forme de médicament. Celle-ci a débuté le 26 Mars

2021 pour une durée de 2 ans (91). Cette expérimentation a été élaborée pour inclure près de 3000 patients dans 200 centres de références. L'inclusion est réalisée par un médecin volontaire appartenant à une des structures référencées pour des indications bien définies et avec le consentement du patient (91).

Les cinq indications retenues sont :

- Douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapeutiques disponibles ;
- Certaines formes d'épilepsies sévères et pharmaco-résistantes ;
- Certains symptômes rebelles en oncologie (liés au cancer ou à ses traitements) ;
- Certaines situations palliatives ;
- La spasticité douloureuse (sclérose en plaques et autres pathologies du système nerveux central).

Dans le cadre de la possible mise en place de cette expérimentation en Polynésie Française, le Président de l'Assemblée Territoriale a saisi le Conseil Economique Sociale Environnemental et Culturel (CESEC) sur une proposition de loi du pays autorisant l'expérimentation de l'usage médical du cannabis en Polynésie française (92). Le CESEC est la quatrième institution importante de la Polynésie française (93). Il s'inscrit comme une complémentarité dans la vie institutionnelle et civile du pays. Il est obligatoirement saisi pour tout projet ou proposition de "loi du pays" à caractère économique ou social comme défini dans la loi statutaire n° 2004-192 du 27 février 2004 (22).

Le 28 Octobre 2021, le CESEC a rendu un avis défavorable à la proposition de loi de pays autorisant l'expérimentation de cannabis médical en Polynésie Française (92). Ce refus est justifié essentiellement par des obstacles juridiques :

- La Polynésie française n'est pas compétente en matière de recherches impliquant la personne humaine ;
- La délibération n° 78-137 du 18 août 1978 encadrant les substances vénéneuses en Polynésie française interdit toute forme d'utilisation du cannabis.

Paradoxalement et parallèlement au travail juridique en cours, le Président de la Polynésie Française de l'époque, Mr. Edouard Fritch, avait autorisé dans l'arrêté n°248 du 30 Mars 2022 et à titre dérogatoire, la détention du Cannabis sativa L. aux fins de recherches scientifiques au sein de l'Institut Louis Malardé et dans le cadre d'un projet de recherche « Porinetia Pakalolo

Screening phytochimique des plants de cannabis de Polynésie française (teneurs moyennes en delta-9-tétrahydrocannabinol et en cannabidiol, taxonomie et génotypage) » dont le porteur de projet est M. Edouard Suhas, Docteur en Chimie Bio-organique (94).

Par ailleurs et malgré la délibération n° 78-137 du 18 août 1978 qui interdit toute forme d'utilisation du cannabis, on retrouve déjà sur le terrain des acteurs locaux qui produisent et vendent du CBD sous forme d'huile artisanale dans le centre-ville de Papeete (95).

Il existe aussi depuis 2013 une association « Tahiti Herb Culture » qui défend activement l'accès du cannabis médical pour les patients en demande d'alternatives thérapeutiques (96). Depuis le 24 décembre 2021, la création du 1^{er} syndicat du Chanvre Polynésien (97) milite pour une professionnalisation et une labellisation de la filière du chanvre en vue d'apporter, dans le futur, un cadre sanitaire et sécurisé aux produits « bien-être » (exclusivement à base de CBD) et possiblement aux produits thérapeutiques (formes galiéniques à base de THC +/- CBD).

Ainsi, la réalité du terrain met en évidence une consommation et une vente de produits à base de cannabis en dehors de tout cadre réglementaire. Elle met également en lumière une demande continue de la part d'associations de patients, une propension de certains acteurs pour la recherche et le début d'une structuration d'une filière du chanvre. C'est dans ce contexte et sous l'impulsion de l'ex-député Moetai Brotherson (également rapporteur à l'Assemblée Nationale sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis (98)), qu'un colloque sur le Cannabis a eu lieu à l'Université de la Polynésie Française en 2021 (99).

L'année suivante, la rédaction et l'étude d'un projet de loi de pays légiférant sur les conditions d'utilisation du cannabis (100) et en Novembre 2022, l'Autorité Polynésienne de la Concurrence (APC) a émis des recommandations telle que la nécessité de mettre en place un «dispositif permettant la reconversion des cultivateurs illégaux dans la chaîne de valeur légale du cannabis » (101). Enfin, le 12 mai 2023, l'ex-député Moetai Brotherson a été élu Président de la Polynésie Française laissant espérer une trajectoire positive du cannabis en Polynésie (102).

Le cannabis médical, dans ses formes sûres et pharmaceutiques, pourrait alors devenir une alternative thérapeutique intéressante à la fois dans la prise en charge de la douleur (en lieu et place d'une sur-prescription de dérivés opiacés (103)) mais aussi dans une **démarche de réduction des risques et des dommages** chez les patients déjà consommateurs (voie per-os

versus fumée par exemple). Enfin, certaines galéniques, en huile notamment, pourraient s'inscrire dans des parcours de soins originaux et spécifiques à Polynésie en intégrant un médecin prescripteur, un pharmacien délivreur et un tradipraticien applicateur.

C'est d'ailleurs l'objet de plusieurs réunions qui ont été organisées par le nouveau gouvernement d'abord le 13 Juin 2023, puis le 30 Juin 2023 (104) ainsi que les 13 et 20 Juillet 2023, ce qui souligne la promptitude et la sagacité du pouvoir exécutif polynésien (105).

DISCUSSION

Après avoir rappelé les généralités concernant l'addictologie et la Polynésie Française, nous avons décrit le paysage actuel de l'Addictologie et des troubles d'usage prégnants sur ces archipels.

Bien qu'éloignés de plus de 16 000km et culturellement très différents, nous avons constaté qu'il existe des similitudes frappantes entre les troubles de l'usage métropolitains et polynésiens. Le cannabis reste la substance la plus consommée chez les plus jeunes et l'usage alcool reste la problématique principale des plus de 20 ans.

Pourtant, des différences persistent chez les Polynésiens bien qu'« ils commencent malgré eux à ressembler à des Français » pour reprendre l'expression de l'anthropologue B. Saura (106).

Les patients consultants au CPSA sont plus jeunes que ceux retrouvés en Métropole. Cela est probablement lié à la mise en place très précoce (dès les années 1990) des consultations jeunes consommateurs directement dans les établissements scolaires mais aussi à un âge d'expérimentation du cannabis qui semble, comme en métropole, de plus en plus précoce.

Ensuite, le nombre de patients bénéficiant d'une activité rémunérée stable semble plus faible qu'en Métropole. En effet, il existe des inégalités de revenus importantes avec un indice de Gini à 0,4 en 2009 loin derrière la Métropole (indice à 0,29) (107,108). En outre, les activités rémunérées ponctuelles comme la pêche ou la vente de fruits restent très répandues en Polynésie.

Les modes de consommations peuvent aussi se montrer différents : l'alcool est consommé en grande quantité le week-end du fait d'une rémunération à la semaine ; étant donné que le cannabis soit fumé, pur, à la pipette est possiblement lié à l'influence américaine sur ce mode de consommation.

Par ailleurs, les demandes d'aide au sevrage tabagique apparaissent proportionnellement plus importantes en Polynésie. Cette proportion est en partie liée aux politiques de prévention mais probablement liée à la proactivité du CPSA : créneaux de consultations d'aide au sevrage tabagique dédiés et quasiment aucune attente (délai 1 semaine) et délivrance gratuite de substituts nicotiques qui ne sont pas remboursés en Polynésie.

Enfin, la part importante de consommateurs de méthamphétamines et l'absence de consommateurs d'héroïne est le fruit d'au moins trois facteurs. Tout d'abord, la méthamphétamine tout comme le cannabis, est fumée dans une sorte de pipette, il n'y a pas de barrière cutanée symbolique dans le mode de consommation comme on pourrait le retrouver dans un mode injecté. Ensuite, la Polynésie se trouve sur la route du trafic de métamphétamine (Etats-Unis -Australie) (109) et n'a pas de voisins plus ou moins proches producteurs de pavot comme cela peut être le cas en Europe – elle ne se situe pas sur les voies de navigation classiques du trafic d'opiacés (110). En définitive, des contraintes d'approvisionnement, son prix exorbitant en fait très probablement une substance considérée comme un signe extérieure de richesse, renforçant ainsi la dépendance psychologique au produit (57)

D'un point de vue institutionnel, la Polynésie Française semble connaître les mêmes questionnements que la Métropole : abords communs de la santé mentale (68–71), difficultés d'articulation entre les différents services (57) et problématiques de financement des structures de soins (63). Il s'avère nécessaire de concentrer les efforts sur les prises en charge libres, favorisant l'autonomie du patient et les échanges entre les partenaires (71). La condition *sine qua none* reste celle d'un déploiement de l'offre de soins avec la mise en place de lits dédiés à l'addictologie et à la pédopsychiatrie. C'est à partir de fondations solides que l'on crée les structures de soins les plus adaptées et fiables.

Il est nécessaire d'intégrer les autres acteurs médico-sociaux, comme le Fare Tama Hau, prenant en charge les familles depuis l'accompagnement à la grossesse jusqu'à l'accueil des jeunes. Il serait également souhaitable de profiter de l'importance du réseau associatif de la Polynésie : SOS Suicide, Taputea Ora, Rimahere, Te Torea, SOS Village, Entre deux mondes, Tous Capables, la Croix Bleue pour ne citer qu'eux.

Pour finir, la place que prendra le cannabis thérapeutique servirait de passerelle indispensable (48) entre les acteurs classiques de la santé mentale occidentale et les tradipraticiens : les tahu'a garants originels de la santé polynésienne (40,47) .

CONCLUSION

L'objectif principal de ce mémoire était de dresser l'état des lieux de l'Addictologie - discipline en perpétuel changement – dans une région qui, bien que loin de la Métropole, perçoit les échos d'une société qui interroge. Nous avons observé qu'une géographie, une histoire, une pharmacopée et toute une culture séparaient la Métropole de la Polynésie Française. Force est de constater que, malgré des spécificités dans les modalités de consommations, l'addictologie semble imperméable au changement de latitude.

Cliniquement, les plus jeunes restent les plus grands consommateurs de cannabis, l'alcool demeure une problématique touchant toutes les périodes de la vie, la métamphétamine à l'instar de l'héroïne est consommée par les 30-40 ans. Institutionnellement, l'addictologie reste entre le marteau de la Justice et l'enclume de la psychiatrie, tentant de trouver sa place dans la préservation de l'autonomie et de la liberté du patient.

Socialement, les questionnements autour de la légalisation de certains produits stupéfiants traversent les frontières physiques et psychiques comme on peut le constater autour du cannabis.

Les polynésiens « commencent malgré eux à ressembler à des Français » disait Bruno Saura ; mais ne partagent-ils pas tous les deux le même sort ? Celui d'une mondialisation qui gomme les différences, efface les frontières et pousse à consommer vêtements, séries, substances – enveloppes nécessaires à l'intégration de nos nouvelles limites. La Polynésie se trouve alors à la croisée des chemins : l'un est tracé, facile d'accès, balisé par les pairs et aux conséquences néfastes connues ; l'autre est vierge, couteux en énergie et pourrait faire de la Polynésie l'actrice incontournable de la santé mentale du Pacifique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cottencin PO. Conduites addictives historique, définition, concepts. Fac Médecine Lille. :8.
2. Académie Tahitienne - Fare Vāna'a [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.farevanaa.pf/dictionnaire.php>
3. Beck F, Brugiroux MF, Cerf N. Les conduites addictives des adolescents polynésiens: Enquête Ecaap 2009 [Internet]. 2011 juill [cité 10 juin 2023]. (INPES). Disponible sur: <http://addictionirepsgp.canalblog.com/archives/2011/07/26/21677209.html>
4. SPF. Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/enquete-sante-2010-en-polynesie-francaise-surveillance-des-facteurs-de-risque-des-maladies-non-transmissibles>
5. Tororotua V. GSHS - Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française [Internet]. DSP; 2018 [cité 10 juin 2023]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2018/06/GSHS_FrenchPolynesia_2018v2.pdf
6. Peaucellier T. Ea Taure'a - Direction de la Santé. Direction de la Santé; 2020.
7. Bourdoncle R. Rapport d'activité 2021 du Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA). Direction de la Santé; 2022 févr p. 15.
8. Bourdoncle R. Rapport d'activité du Centre de Prévention et de Soins des Addictions 2022. Papeete - Tahiti: Direction de la Santé; 2023 p. 28.
9. Bourdoncle R. Le Cannabis Médical en Polynésie Française : quelles utilisations anciennes, actuelles et futures ? Direction de la Santé de Polynésie Française; 2022 sept p. 45.
10. Missiaen I. Le Point. 2023 [cité 2 juill 2023]. Émeutes après la mort de Nahel : Macron blâme... les jeux vidéo. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/emeutes-apres-la-mort-de-nahel-macron-blame-les-jeux-video-01-07-2023-2526976_23.php
11. Tomasovitch PG. leparisien.fr. 2023 [cité 2 juill 2023]. Drogues, sexe, alcool... les confessions du « toxico » Pierre Palmade aux enquêteurs. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/faits-divers/drogues-sexe-alcool-les-confessions-du-toxico-pierre-palmade-aux-enqueteurs-01-03-2023-ZHERURA2UJFZ7CV6L67OITI2WI.php>
12. Cannabis : l'Allemagne présente un projet pour légaliser son usage récréatif dès 2024. Le Monde.fr [Internet]. 26 oct 2022 [cité 2 juill 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2022/10/26/cannabis-l-allemande-presente-un-projet-pour-legaliser-son-usage-recreatif-des-2024_6147440_3210.html

13. Larousse É. addiction - LAROUSSE. In [cité 10 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/addiction/185204>
14. Rush B, Levivier M, Gira E. Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. *Psychotropes*. 2011;17(3):179-212.
15. Valleur M, Corbobesse É, Blaise M. Pascasius ou comment comprendre les addictions. *PSN*. 9 oct 2015;13(3):19-25.
16. Van Houdt T. Healing Words : Ancient Rhetoric and Medicine in Pascasius Justus' Treatise Alea sive de curanda ludendi in pecuniam cupiditate (1561). *Heal Words Anc Rhetor Med Pascasius Justus Treatise Alea Sive Curanda Ludendi Pecuniam Cupiditate 1561*. 2009;549-65.
17. Valleur M, Codina I, Rossé E. Addictions sans produit. EM-Consulte [Internet]. janv 2016 [cité 10 juin 2023];13. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1023536/addictions-sans-produit>
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®). In 2022. p. 1120.
19. Mission interministérielle de lutte contre, les drogues et les conduites addictives. Le dispositif de soins en addictologie [Internet]. 2023 mars [cité 10 juin 2023] p. 4. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Le%20dispositif%20de%20soins%20en%20addictologie.pdf>
20. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022.
21. Insee. Estimations de population et statistiques de l'état civil réalisées fin novembre 2022. Insee; 2023.
22. Lexopol. Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française (1).
23. Géographie - Climat / Présentation de la PF / Accueil - Portail de l'Etat en Polynésie française [Internet]. 2018 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://web.archive.org/web/20180227182804/http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Presentation-de-la-PF/Geographie-Climat>
24. Populations légales des subdivisions administratives de Polynésie française en 2017 – Les populations légales de Polynésie française en 2017 | Insee [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3294359?sommaire=2122700>
25. Pasquier J. Bilan démographique 2021. *Inst Stat Polynésie Fr*. 2021;4.
26. Institut de la statistique de la Polynésie Française [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ispf.pf/chiffres?theme=Population>
27. Laurent V. Les évolutions passées et futures du climat des îles Marquises et de la Société. *La Météorologie*. 2017;(96):34-43.

28. Fer Y, Malogne-Fer G. Christianisme, identités culturelles et communautés en Polynésie française. *Hermès*. 2002;n° 32-33(1):355.
29. Bellwood P, Tryon D, Fox JJ. The Austronesians [Internet]. ANU Press; [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://press.anu.edu.au/publications/series/comparative-austronesian/austronesians>
30. Chaliand G, Jan M, Rageau JP, Petit C. Atlas historique des migrations / Gérard Chaliand, Michel Jan, Jean-Pierre Rageau; cartographie de Catherine Petit. Paris : Ed. du Seuil;
31. Choin J, Mendoza-Revilla J, Arauna LR, Cuadros-Espinoza S, Cassar O, Larena M, et al. Genomic insights into population history and biological adaptation in Oceania. *Nature*. 22 avr 2021;592(7855):583-9.
32. de Bougainville LA. Voyage autour du monde [Internet]. 1771 [cité 7 août 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Voyage_autour_du_monde&oldid=194051161
33. Cook J. Relations de voyages autour du monde, 1768-1779. 1779. (Poche Littérature et voyages).
34. Lexopol. Arrêté n° 1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la direction de la santé. 1771 août 26, 21apr. J.-C.
35. Chin-Foo S. Organisation Direction de la Santé Polynésie Française [Internet]. DSP. 2021 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/notre-organisation/>
36. CHPF. Historique du Centre Hospitalier de Polynésie Française [Internet]. Centre Hospitalier de Polynésie française. 2018 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.chpf.pf/2018/07/10/historique/>
37. CHPF. Centre Hospitalier de Polynésie française. 2018 [cité 31 juill 2022]. Services hospitaliers : les fiches de présentation. Disponible sur: <http://www.chpf.pf/2018/08/16/services-hospitaliers/>
38. Direction de la Santé. Conventions pour les consultations spécialisées avancées, le soutien oncologique, et le dépistage des cancers gynécologiques [Internet]. DSP. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/2019/02/26/conventions-presidence/>
39. Grands Projets de Polynésie. Pôle de Santé Mentale | Grands Projets de Polynésie : l'établissement des études et constructions du Pays [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://grandsprojets.pf/projet/pole-de-sante-mentale/>
40. Panoff M. Recettes de la Pharmacopée tahitienne traditionnelle. *J Agric Tradit Bot Appliquée*. 1966;13(12):619-40.
41. Moretti C, Butaud JF, Girgardi C. Médecine et pharmacopée végétale traditionnelles aux Iles Marquises. *Ethnopharmacologia*. 2015;(53):22.

42. Pétard P. Plantes utiles de Polynésie française et Raau Tahiti. *J Société Océan.* 1985;41(80):148-9.
43. Lexopol. Décret du 11/10/1927 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=410006&idr=117&np=2>
44. Lexopol. Arrêté n° 662 CM du 16/05/2001 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=152267&idr=117&np=2>
45. Singh YN. Kava: an overview. *J Ethnopharmacol.* 1 août 1992;37(1):13-45.
46. Aranui. Les pirogues polynésiennes, un art ancestral [Internet]. Aranui. 2021 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.aranui.com/blog/les-pirogues-polynesiennes-un-art-ancestral/>
47. Bambridge T, Le Meur PY. Savoirs locaux et biodiversité aux îles Marquises. Don, pouvoir et perte. *Rev Anthropol Connaiss.* 2018;12, 1(1):29-55.
48. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. *Rev Mal Respir Actual.* 1 oct 2019;11(3):444-8.
49. Nicolas G. Chapitre 3. La transcription des savoirs thérapeutiques traditionnels à la lumière des droits des peuples autochtones. *J Int Bioéthique Déthique Sci.* 2021;32(3):51-69.
50. Polynésie la 1ère [Internet]. [cité 26 août 2022]. Quand la guérison passe par la médecine conventionnelle et traditionnelle. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/quand-la-guerison-passe-par-la-medecine-conventionnelle-et-traditionnelle-1178716.html>
51. Tuheiava - Richaud VS. Ua mana te ture : Les premières lois de Tahiti – Mo’orea – Me’eti’a – Ana – Au’ura – Mateau, Teti’aroa (Pomare) De Ra’iatea – Taha’a – Porapora – Maupiti (Tamatoa) Et de Huahine – Mai’aoiti (Teri’itaria) 1819 -1842 – Volume I – Edition Haere Po (reedition 2013). Haere Po. Vol. 1/2. 2013.
52. Gille B, Leca A. Histoire des institutions de l’Océanie Française - Polynésie - Nouvelle-Calédonie - Wallis et Futuna, [Internet]. L’Harmattan. 2009 [cité 10 juin 2023]. 306 p. (Mondes Océaniens). Disponible sur: https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqlClone=1&no=29120
53. Direction Générale de la Santé. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d’addictologie [Internet]. févr 28, 2008. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf
54. Bertrand S, Berry AL. Enquête Santé 2010 en Polynésie Française : surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles. Modèle STEPWISE. 8 janv 2013 [cité 12 juill 2023]; Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/BEH-2013_28-29_Enqu%C3%AAt-sant%C3%A9-2010-en-Pf_Stepwise.pdf

55. Glaziou P. STEPS 2019 - Rapport Final. Institut Louis Malardé; 2019.
56. Palle C. Evolution des caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2019. :25.
57. Bergeron H, Kokoreff M. L'ice (méthamphétamine) en Polynésie française : une enquête de terrain sur le trafic, la consommation et les politiques publiques. Niversité Polynésie Fr – Maison Sci L'Homme Pac. 1 août 2021;175.
58. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. In: Haute Autorité de Santé [Internet]. 1999 [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant
59. Bilan 2021 des chiffres de la délinquance en Polynésie Française. Résidence Haut-Commissaire Papeete [Internet]. 8 févr 2022 [cité 11 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/contenu/telechargement/48481/292163/file/Dossier%20de%20presse%20-%20Bilan%20de%20la%20de%CC%81inquance%202021.pdf>
60. Polynésie la 1ère [Internet]. 2015 [cité 11 juin 2023]. Un nouveau centre de santé mentale à Tahiti. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/un-nouveau-centre-de-sante-mentale-tahiti-298445.html>
61. Thomas M. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 11 juin 2023]. Un plan de santé mentale avant la fin de l'année. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Un-plan-de-sante-mentale-avant-la-fin-de-l-annee_a170987.html
62. Perdrix C. Le Pôle de santé mentale en bonne voie - Radio1 Tahiti [Internet]. 2021 [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.radio1.pf/le-pole-de-sante-mentale-en-bonne-voie/>
63. Rédaction. La Dépêche de Tahiti. 2022 [cité 11 juin 2023]. Bientôt livré, le pôle de santé mentale, pourrait-il ne pas ouvrir ? Disponible sur: <https://ladepeche.pf/2022/12/16/bientot-livre-le-pole-de-sante-mentale-pourrait-il-ne-pas-ouvrir/>
64. Laurent E, Vandel P. La l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie. De Boeck Supérieur; 2016. 324 p.
65. Benyamina A. Addictions et comorbidités [Internet]. Dunod; 2014 [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011.htm>
66. Chambers RA. Animal Modeling and Neurocircuitry of Dual Diagnosis. J Dual Diagn. 22 mars 2007;3(2):19-29.
67. Chambers RA. Adult hippocampal neurogenesis in the pathogenesis of addiction and dual diagnosis disorders. Drug Alcohol Depend. 1 juin 2013;130(1):1-12.
68. Weiss RD, Mirin SM. Drug, host and environmental factors in the development of chronic cocaine abuse. Subst Abuse Psychopathol. 1984;41-55.

69. Weiss RD, Mirin SM. Substance abuse as an attempt at self-medication. *Psychiatr Med.* 1 janv 1985;3(4):357-67.
70. Weiss RD, Kolodziej M, Griffin ML, Najavits LM, Jacobson LM, Greenfield SF. Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence. *J Affect Disord.* 1 avr 2004;79(1):279-83.
71. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophr Bull.* 1 janv 1998;24(4):589-608.
72. 360Tahiti [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Les semaines de la santé mentale : le programme.
73. Segalard T. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 11 juin 2023]. Santé mentale : La Polynésie veut s'inspirer du modèle néo-zélandais. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Sante-mentale-La-Polynesie-veut-s-inspirer-du-modele-neo-zelandais_a217550.html
74. Article 132-45 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043341979/2022-05-11
75. Pinoteau H. La symbolique royale française, V-XVIIIème siècle. La Roche-Rigault: PSR; 2004. 916 p.
76. De la Boetie E. Discours de la servitude volontaire. Libro. 1576. 80 p.
77. MILDECA. Santé , Justice les soins obligés en addictologie.
78. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement. Interéditions. 2019. 448 p. (Soins et Psy).
79. Hippocrate. Serment d'Hippocrate [Internet]. IVème siècle avant JC p. 1. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf
80. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, et al. 1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France. :72.
81. Brugiroux MF, Beck F, Guignard R, Richard JB. Paka, alcool, tabac et autres drogues : niveaux et contextes des usages des jeunes Polynésiens. *Agora Débatsjeunes.* 2012;61(2):35-50.
82. Tororotua V. Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française. GSHS; 2018.
83. Obradovic I. Drogues et Addiction dans les Outre-Mer. :84.
84. La Dépêche de Tahiti. 4 629 pieds de paka découverts à Papara. *actu.fr* [Internet]. 31 oct 2017 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/4-629-pieds-de-paka-decouverts-a-papara_27941647.html

85. La Dépêche de Tahiti. 650 pieds de paka découverts à Huahine et Rikitea. actu.fr [Internet]. 8 févr 2019 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/650-pieds-de-paka-decouverts-a-huahine-et-rikitea_28002867.html
86. La Dépêche de Tahiti. Mille pieds de paka découverts en trois jours. actu.fr [Internet]. 2 oct 2020 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/faits-divers/mille-pieds-de-paka-decouverts-en-trois-jours_36538870.html
87. Todd E. L'origine des systèmes familiaux T1. Paris: Gallimard; 2011. 768 p.
88. Saura B. Des Tahitiens, des Français. Leurs représentations réciproques aujourd'hui [Internet]. 2011 [cité 20 août 2022]. 144 p. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/des-tahitiens-des-francais-9782915654806.html>
89. Saura B. Des Tahitiens, des Français. Essai sur l'assimilation culturelle en situation coloniale consentie [Internet]. Vol. 2. 2021 [cité 20 août 2022]. 245 p. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/des-tahitiens-des-francais-9782367344065.html>
90. La Dépêche de Tahiti. Pakaculture : la mine d'or à... 40 milliards de Fcfp ? 27 janv 2009;
91. Dossier thématique - Cadre et mise en oeuvre de l'expérimentati - ANSM [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/cannabis-a-usage-medical/cadre-et-mise-en-oeuvre-de-lexperimentation-du-cannabis-medical>
92. Lexopol. Avis n° 85 CESEC du 28/10/2021 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=576725&idr=108&np=1>
93. Présentation du CESEC [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: http://cesec.pf/index.php/presentation_du_cesc
94. Lexopol. Arrêté n° 248 PR du 30/03/2022 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=584082&idr=108&np=1>
95. MANA BLISS [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/manablissconsciousness>
96. La Dépêche de Tahiti. Paka thérapeutique : le « coup de gueule » de THC. actu.fr [Internet]. 8 févr 2022 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/societe/paka-therapeutique-le-coup-de-gueule-de-thc_48552025.html
97. actu.fr [Internet]. [cité 21 août 2022]. Naissance du premier Syndicat polynésien du chanvre. Disponible sur: https://actu.fr/societe/naissance-du-premier-syndicat-polynesien-du-chanvre_47577655.html
98. Nationale A. Assemblée nationale. [cité 21 août 2022]. Réglementation et impact des différents usages du cannabis : adoption du rapport d'information. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/actualites-accueil-hub/reglementation-et-impact-des-differents-usages-du-cannabis-adoption-du-rapport-d-information>

99. Sérié P. Cannabis : Un colloque en Polynésie pour poser le débat [Internet]. Principes actifs. 2021 [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.principesactifs.org/cannabis-un-colloque-pour-poser-le-debat/>
100. Samoyeau A. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. 2022 [cité 11 juin 2023]. Cannabis thérapeutique : Ce que contient le projet de loi du Pays. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Cannabis-therapeutique-Ce-que-contient-le-projet-de-loi-du-Pays_a212561.html
101. Autorité Polynésienne de la Concurrence (APC). Avis N°2022-A0-04 sur un projet de loi de pays relative aux substances vénémeuses [Internet]. nov 8, 2022. Disponible sur: <https://autorite-concurrence.pf/wp-content/uploads/2022/11/2022-AO-04-Avis-substances-veneneuses-08.11.2022-VF.pdf>
102. Moetai Brotherson élu Président de la Polynésie française [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.presidence.pf/moetai-brotherson-elue-president-de-la-polynesie-francaise/>
103. Berson S. La Dépêche de Tahiti. 2023 [cité 11 juin 2023]. Addictions : 52 % des nouveaux patients ont moins de 30 ans. Disponible sur: <https://ladepeche.pf/2023/04/20/addictions-52-des-nouveaux-patients-ont-moins-de-30-ans/>
104. Communication Présidence de Polynésie Française. Réunion du groupe de travail sur l'usage du chanvre et du cannabis pour la prévention... – La Présidence de la Polynésie française [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.presidence.pf/reunion-du-groupe-de-travail-sur-lusage-du-chanvre-et-du-cannabis-pour-la-prevention/>
105. Delorme S. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 2 juill 2023]. Une nouvelle législation sur le cannabis dans les tuyaux. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Une-nouvelle-legislation-sur-le-cannabis-dans-les-tuyaux_a217689.html
106. Samoyeau A. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 23 août 2022]. Bruno Saura : « Les Tahitiens commencent malgré eux à ressembler à des Français ». Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Bruno-Saura-Les-Tahitiens-commencent-malgre-eux-a-ressembler-a-des-Francais_a205064.html
107. Institut de la Statistique de Polynésie Française. Enquête emploi et revenu [Internet]. 2009 [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://data.ispf.pf/themes/EmploiRevenus/NiveauVie/Coupdoeil.aspx>
108. Thomas M. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 11 juin 2023]. Des inégalités persistantes au sein des outre-mer. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Des-inegalites-persistantes-au-sein-des-outre-mer_a183091.html
109. United Nations Office of Drugs and Crime. World Drug Report 2022 [Internet]. UNODC; 2022 [cité 11 juin 2023] p. 111. Report No.: volume 4. Disponible sur: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_4.pdf

110. United Nations Office of Drugs and Crime. World Drug Report 2022 [Internet]. UNODC; [cité 11 juin 2023] p. 127. Report No.: Volume 3. Disponible sur: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_3.pdf