



Repérage, Prévention et Réduction des risques de l'usage de cocaïne basée Revue de la littérature

Catherine Reynaud-Maurupt

JUIN 2012

Sommaire

Introduction	4
Méthode de recherche documentaire.....	4
La cocaïne basée pour désigner le crack comme le free-base	4
1. Epidémiologie de l'usage de cocaïne en France	5
1.1. Prévalence de l'usage de cocaïne en population générale.....	5
1.2. Prévalence de l'usage de cocaïne en populations spécifiques	7
Population fréquentant l'espace festif « Musiques Electroniques ».....	7
Population fréquentant les CAARUD.....	8
1.3. Géographie de l'usage de cocaïne basée.....	9
2. Repérage des consommateurs de cocaïne basée et identification des risques : l'apport de la clinique	10
2.1. Symptômes de l'usage de cocaïne chez les usagers récents	10
2.2. Cocaïne et polyconsommation	10
2.3. La dépendance à la cocaïne	11
2.4. Les phases cliniques de l'addiction à la cocaïne.....	12
Les effets aigus de la cocaïne	12
Le sevrage en cocaïne	12
Le craving.....	13
La perte de contrôle	13
2.5. Les complications associées à la consommation de cocaïne basée.....	13
Les complications liées à l'usage de cocaïne (poudre et base).....	14
Focus sur les effets des complications pulmonaires liées à l'usage fumé de cocaïne basée ..	15
Les complications liées à l'exposition prénatale à la cocaïne	16
Les complications indirectes de l'usage de cocaïne : l'exposition aux maladies infectieuses	16
3. Repérage des usagers de cocaïne basée et identification des risques : l'apport des sciences sociales	18
3.1. Crack et free-base : distinction sémantique, distinction sociale	18
3.2. La diffusion du free-base chez les consommateurs socialement insérés.....	19
Une implantation progressive de l'usage de cocaïne basée dans des milieux sociaux de plus en plus diversifiés.....	19
La place de la cocaïne basée dans les parcours de consommation.....	22
3.3. Les consommateurs de crack dans le Nord-Est parisien : une forte majorité de grands marginaux	24
3.4. Les spécificités des consommateurs de crack aux Antilles et en Guyane.....	26

3.5. Avantages et désavantages associés à l'usage de cocaïne basée par les consommateurs eux-mêmes.....	27
4. Réduction des risques associés à la consommation de cocaïne basée.....	29
4.1. Le « Kit Crack ».....	29
4.2. Des usagers relais pour diffuser l'information auprès des consommateurs de crack....	31
4.3. La consommation de cocaïne basée dans une salle de consommation à moindre risque..	32
4.4. Des conseils de bons sens.....	33
Des conseils de bon sens diffusés par les auto-supports et les associations culturelles proches des consommateurs	33
Des conseils diffusés par les organismes légitimes de prévention et de réduction des risques	34
Des conseils de bon sens rassemblés auprès d'usagers de cocaïne dans le cadre d'une étude qualitative.....	34
4.5. La réduction des risques spécifiquement adressée aux injecteurs.....	35
4.6. Estimer le caractère problématique de son usage de cocaïne basée	36
Eléments de conclusion	36
Annexe. Comment préparer le free base : extraire une galette de crack à partir de la poudre de cocaïne.....	38
Bibliographie.....	39
Articles scientifiques.....	39
Rapports scientifiques	42
Ouvrages	43
Littérature « grise »	44
Communication orale	44

Introduction

Cette revue de littérature concerne le repérage, la prévention et la réduction des risques de l'usage de cocaïne basée. Elle a été réalisée en juin 2012.

Elle constitue la phase préparatoire du projet de **Guide professionnel sur la prévention et la réduction des risques de cocaïne basée.**

Projet AIRDDS Bretagne – GRVS 2012-2013

Objectif

Edition d'un Guide de prévention et de réduction des risques et des dommages de l'usage de cocaïne basée

Méthode

Revue de littérature

Groupes de travail réunissant des experts issus de différents horizons disciplinaires

Conception du Guide destiné aux professionnels du dispositif spécialisé à partir de la revue de littérature et de la concertation avec les groupes d'experts

Méthode de recherche documentaire

Ce travail s'appuie sur les revues de la littérature internationale déjà effectuées en addictologie et médecine (HAS, 2010) et en sciences sociales (Decorte, 2000 ; Decorte & Slock, 2005), ainsi que sur l'exploration des bases de données OFDT et Medline. La base documentaire de l'OFDT a permis de faire le point sur les travaux français d'épidémiologie et de sciences sociales, mais aussi sur la littérature internationale en sciences sociales pour la période récente (2005-2012). La base de données Medline a particulièrement été mise à profit pour examiner la littérature internationale portant sur la Réduction des risques et des dommages liés à l'usage de cocaïne. Cette revue a ensuite été complétée par l'interrogation spécifique de plusieurs fonds documentaires : Centre de documentation du dispositif d'appui drogues et dépendances DADD-PACA, Marseille ; Centre de documentation OFDT, Saint Denis ; Centre québécois de documentation en toxicomanie, Montréal. Cette recherche complémentaire a notamment permis de prendre connaissance de documents non publiés sur des expériences de réduction des risques pour l'usage de cocaïne basée.

La cocaïne basée pour désigner le crack comme le free-base

La cocaïne basée (crack/free-base) est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque qui se présente sous la forme de petits cailloux, mélange réalisé en vue de son utilisation par voie fumée. Fumer de la cocaïne basée provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne administrée par voie nasale, et l'état dépressif qui lui succède est encore plus marqué. La consommation régulière de cocaïne basée crée rapidement une forte dépendance psychique et physique.

Identiques du point de vue pharmacologique, crack et free-base sont deux appellations qui désignent la cocaïne basée : le « crack » est vendu directement sous forme de cailloux tandis que le « free-base » désigne la préparation artisanale réalisée par l'utilisateur lui-même à partir de la poudre de cocaïne.

L'inhalation des vapeurs de cocaïne basée et chauffée (à partir de 98°) amène des effets en cinq à dix secondes, de façon plus rapide que lors d'une injection intraveineuse puisque le sang artériel quitte les poumons pour transiter par le cœur et l'aorte, et gagner directement le cerveau : le réseau veineux est ainsi court-circuité. Les effets sur le cerveau sont très rapides : de huit à douze secondes, très violents (le « flash » ou le « rush ») et de courte durée – 5 à 10 minutes -¹.

1. Epidémiologie de l'usage de cocaïne en France

1.1. Prévalence de l'usage de cocaïne en population générale

Parmi les produits illicites autres que le cannabis, la cocaïne est actuellement la substance la plus expérimentée en France et son usage est en constante progression. En 2005, l'estimation du nombre de personnes de 12 à 75 ans ayant consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie atteignait 1,1 million de personnes, parmi lesquelles 250 000 en avaient consommé au cours de l'année précédant l'enquête². En 2010, l'estimation du nombre d'expérimentateurs en France progresse et atteint 1,5 million de personnes, parmi lesquelles 400 000 en ont consommé au cours des douze derniers mois³.

Au-delà de l'ampleur de ces expérimentations, c'est leur augmentation au fil des années qu'il faut souligner. Le Baromètre Santé est une enquête conduite en France de façon périodique par voie téléphonique (INPES/OFDT ; Edition 2010 : n = 21 818). Parmi les 18-64 ans, 0,8% de la population française avait expérimenté la cocaïne en 1992 ; ces expérimentateurs représentent 1,2% de la population en 1995 ; 1,7% en 2000 ; 2,6% en 2005 ; pour finalement atteindre 3,8% en 2010. En ce qui concerne les consommateurs « actifs », ce sont moins de 1% des Français de 18 à 64 ans qui déclarent avoir consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la dernière année (0,9%)⁴.

D'autre part, les plus jeunes sont largement plus souvent concernés que leurs aînés : 6% des jeunes de 18 à 25 ans ont déjà pris de la cocaïne au moins une fois dans leur vie, ainsi que 7,6% des 26-34 ans. D'ailleurs, l'usage récent (au cours de la dernière année) concerne prioritairement les 18-25 ans (2,5% dans l'ensemble ; 3,7% chez les hommes, 1,3% chez les femmes)⁵. L'expérimentation comme l'usage récent concernent environ trois fois plus les hommes que les femmes. La cocaïne est le deuxième produit illicite utilisé après le cannabis, et donc le premier stimulant illicite privilégié.

Même si la tendance de l'expérimentation de cocaïne est à la hausse lorsqu'on l'envisage sur la longue durée (de l'an 2000 (1,7%) à 2010 (3,8%)), les niveaux atteints en France restent

¹ Bonnet (N), Edel (Y), « Données pharmacologiques », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 29-32.

² Beck (F), Legleye (S), Spilka (S), Briffault (X), Gautier (A), Lamboy (B), Léon (C), Wilquin (JL), « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°48, 2006, 1-6.

³ Beck (F), Guignard (R), Richard (JB), Tovar (ML), Spilka (S), « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre Santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 1-6.

⁴ Beck (F), Guignard (R), Richard (JB), Tovar (ML), Spilka (S), 2011, op.cit.

⁵ Beck (F), Guignard (R), Richard (JB), Tovar (ML), Spilka (S), 2011, op.cit.

inférieurs à ceux de nombreux pays européens, les chiffres nationaux oscillant entre 0,1% (en Roumanie) et 10,2% (en Espagne) chez les 15-64 ans⁶. Ce sont l'Irlande, l'Espagne, l'Italie, et le Royaume-Uni qui déclarent des prévalences supérieures à la moyenne européenne, estimée à 4,3% pour l'ensemble de l'Union⁷.

Tableau 1. Expérimentation des substances psychoactives en fonction des tranches d'âge parmi les personnes de 18-64 ans (en %) en 2010

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Nombre d'individus (N)	21 818	2 899	3 872	5 368	4637	5 042
Alcool	94,9	91,8	92,3	95,5	96,5	97,0
Tabac	78,3	76,3	79,7	79,5	80,1	75,4
Cannabis	32,8	47,3	51,7	38,0	22,6	10,1
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6
Champignons hallucin.	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5
Ecstasy / MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2

Source : Baromètre Santé 2010 / INPES / Beck & al, 2011.

Tableau 2. Usage au cours de l'année de drogues illicites autres que le cannabis en fonction des tranches d'âge chez les 18-64 ans (en %) en 2010

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Nombre d'individus (N)	21 818	2 899	3 872	5 368	4637	5 042
Poppers	0,8	2,9	1,0	0,3	0,4	0,1
Cocaïne	0,9	2,5	1,8	0,6	0,2	0,0
Champignons hallucin.	0,2	0,9	0,3	0,1	0,1	0,0
Ecstasy / MDMA	0,3	1,1	0,6	0,2	0,0	0,0
Colles et solvants	0,4	1,3	0,5	0,2	0,1	0,1
LSD	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0
Amphétamines	0,2	0,7	0,3	0,1	0,0	0,2
Héroïne	0,2	0,6	0,5	0,1	0,1	0,0

Source : Baromètre Santé 2010 / INPES / Beck & al, 2011.

Du point de vue épidémiologique, il est enfin important de souligner que les adolescents sont également touchés par une hausse de l'expérimentation de cocaïne. L'enquête ESCAPAD se déroule périodiquement en France auprès des jeunes âgés de 17 ans lors de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense -JAPD- (OFDT/Direction du Service national ; Edition 2008 : N = 43 799). En 2008, 3,3% des jeunes Français âgés de 17 ans déclarent avoir déjà consommé de la

⁶ Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), « Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe », Office des publications de l'Union Européenne, 2011, 117 pages, p. 72.

⁷ Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), 2011, op.cit., p. 71.

cocaïne, alors qu'ils étaient 2,5% en 2005, et seulement 1% en 2000⁸. Cependant, les données les plus récentes recueillies lors de la dernière édition en 2011 montrent une stagnation, voire une légère baisse de l'expérimentation : 3,0% des jeunes de 17 ans interrogés en 2011 déclarent avoir déjà expérimenté la cocaïne (versus 3,3% en 2008 ; $p = 0.046$)⁹.

En ce qui concerne l'usage de la cocaïne basée, 1% des jeunes de 17 ans déclaraient au moins une prise au cours de la vie en 2008 alors qu'ils ne sont plus que 0,8% à déclarer de même en 2011¹⁰.

En population adolescente, la consommation de cocaïne apparaît plus fréquente parmi les jeunes dont le parcours scolaire a été chaotique, ou bien encore parmi les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble ou ceux qui vivent hors du foyer familial, ces résultats issus de l'enquête ESCAPAD étant très proches de ceux observés pour les autres produits psychoactifs, réglementés ou illicites¹¹.

1.2. Prévalence de l'usage de cocaïne en populations spécifiques

La mesure de l'expérience de la cocaïne a également été réalisée en France dans deux populations spécifiques, considérées comme à haut risque de consommation : les personnes qui fréquentent l'espace festif musiques électroniques d'une part, et les personnes qui fréquentent les structures d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) d'autre part.

Population fréquentant l'espace festif « Musiques Electroniques »

Dans une étude conduite en 2005 à Bordeaux, Toulouse, Rennes, Metz et Nice, auprès des personnes qui fréquentent l'espace festif lié aux musiques électroniques (OFDT/GRVS Quanti Festif 2005 ; $N = 1496$)¹², 63% des personnes interrogées déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, et 35% rapportent en avoir consommé au cours du dernier mois avant l'enquête. De plus, 21% ont déjà fumé de la cocaïne basée et 6% en ont fumé au cours du dernier mois.

Cette étude, dont une nouvelle édition est en cours de réalisation en 2011-2012, a utilisé un « plan de sondage ethnographiquement raisonné » pour augmenter la représentativité de son échantillon : cette méthode a conduit à stratifier l'échantillon en fonction des lieux festifs fréquentés et privilégiés. La population fréquentant l'espace festif Musiques Electroniques a ainsi été divisée en « groupes d'affinité » : les personnes qui privilégient l'espace festif alternatif (rave party, free party), celles qui privilégient les soirées urbaines (bars de nuit, soirées événements, festivals), le milieu clubbing (boîtes de nuit étiquetées « club Electro », dont une

⁸ Legleye (S), Spilka (S), Le Nezet (O), Laffiteau (C), « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n°66, 2009, 1-6.

⁹ Spilka (S), Le Nezet (O), Tovar (ML), « Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Note à l'attention du Président de la MILDT, OFDT, novembre 2011.

¹⁰ Spilka (S), Le Nezet (O), Tovar (ML), 2011, op.cit.

¹¹ Beck (F), Legleye (S), « Epidémiologie de l'addiction à la cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 12-17.

¹² Reynaud-Maurupt (C), Chaker (S), Claverie (O), Monzel (M), Moreau (C), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques*, Saint Denis, OFDT, 2007, 143 pages, p.60-68.

partie est labellisée Gay Friendly) et enfin les lieux dits Select (établissements de nuit avec optation à l'entrée et/ou prix élevés). Cette catégorisation du public a permis d'informer encore plus finement la diffusion des usages de cocaïne dans cette population.

Tableau 3. Expérimentation et usage au cours du dernier mois de poudre de cocaïne et de cocaïne basée (crack ou free-base) selon les quatre groupes d'affinité composant l'espace festif « Musiques Electroniques » en 2005 (en %)

	Ensemble	Alternatif	Soi.Urbaines	Clubbing	Select	p
Nombre d'individus (N)	1 496	476	398	430	192	
Expérimentation : au moins une fois au cours de la vie						
Cocaïne poudre	62,6	81,2	59,4	51,4	48,4	0.0001
Cocaïne base	20,6	41,1	15,4	9,4	6,8	
Usage actuel : au moins une fois au cours du dernier mois						
Cocaïne poudre	34,8	50,0	27,1	27,9	27,1	0.0001
Cocaïne base	6,1	13,4	4,5	1,4	1,6	

Source : Quanti Festif OFDT/GRVS 2005 ; Reynaud-Maurupt & al, 2007.

Parmi les personnes qui ont déjà consommé de la cocaïne basée, 98,9% déclarent l'avoir fumé, ce qui est sa voie d'administration habituelle et privilégiée (deux personnes l'ont sniffé, mais seulement une n'a utilisé que la voie nasale pour le consommer)¹³.

Population fréquentant les CAARUD

Dans une étude conduite en 2008 auprès des usagers de drogues fréquentant les CAARUD - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues- (OFDT/DGS ENa-CAARUD 2008 ; N = 4 737, soit environ 10% des files actives françaises des CAARUD)¹⁴, usagers vivant souvent dans des conditions d'existence précaires, 36,4% déclarent avoir consommé de la cocaïne ou fumé du free-base au cours du mois qui a précédé l'enquête, tandis que 16,6% rapportent avoir fumé du crack au cours de la même période.

Les voies d'administration de la cocaïne basée sont plus hétérogènes que dans la population festive : notamment, l'injection de crack n'est pas marginale. Dans cette enquête, pour mieux repérer l'accès des consommateurs au marché du crack vendu sous forme de caillou prêt à fumer, cocaïne et free-base sont regroupés tandis que le « crack » est traité de façon singulière.

Tableau 4. Mode d'usage de la cocaïne et du free-base, ainsi que du crack au cours du dernier mois chez les usagers des CAARUD en 2008 (en %)

	N	Injection	Oral	Voie nasale	Fumé, inhalé
Cocaïne ou Free-Base	1 138	53,3	1,3	42,1	23,3
Crack	521	8,3	0,5	1,8	95,5

Source : OFDT/DGS ENa-CAARUD 2008 ; Cadet-Tairou & al, 2010

Note : un consommateur peut déclarer plusieurs voies d'administration

¹³ Reynaud-Maurupt (C), Chaker (S), Claverie (O), Monzel (M), Moreau (C), 2007, op.cit., p.72.

¹⁴ Cadet-Tairou (A), Coquelin (A), Toufik (A), « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 1-4.

1.3. Géographie de l'usage de cocaïne basée

Le « free-base » désigne la préparation artisanale de la poudre de cocaïne pour la transformer en free-base, aussi son usage concerne-t-il l'ensemble du territoire.

Par contre, la vente de crack (déjà vendu sous forme de caillou prêt à fumer) se concentre sur des territoires bien délimités. En dehors de quelques cas ponctuels de vente dans des capitales de Province¹⁵, ce marché concerne le nord-est parisien et, depuis 2008, la zone limitrophe du département de Seine-Saint-Denis. Les départements français d'Amérique sont quant à eux très touchés depuis les années 1980, du fait de leur proximité avec les zones de production (Antilles et Guyane)¹⁶. Les saisies de crack, de faible ampleur, concernent pour les trois quarts (78 % en 2008) les Antilles et la Guyane¹⁷.

En Martinique, on estime le nombre d'usagers de crack à environ 2 000 personnes, soit une prévalence de 5 pour 1 000 habitants dans la population totale, mais de 1% dans la tranche d'âge des 15-44 ans¹⁸.

L'étude ENa-CAARUD 2008 conduite auprès des files actives fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques permet de visualiser l'implantation localisée du crack en France¹⁹.

Tableau 5. Part des usagers de drogues fréquentant les CAARUD déclarant consommer de la cocaïne basée, sous forme de crack (achetée déjà basée) ou de free-base (basage après achat), 2008 (en %)

	Guyane/Antilles	Ile de France	Autres régions métropolitaines*
Nombre d'individus (N)	124	700	2 314
Cocaïne basée	87,0	45,9	11,0
Dont crack	83,9	43,4	4,9
Dont free-base	21,2	5,7	7,8

Note : tous les pourcentages sont apportés à l'ensemble des usagers des CAARUD

Source : ENa-CAARUD 2008, OFDT

*L'analyse des données des personnes affirmant consommer du crack en Province révèle des profils superposables aux « free basers » et non aux crackers : il s'agit soit de consommations occasionnelles survenues lors de déplacements, soit de l'emploi du mot crack pour parler de free-base.

¹⁵ Cadet-Tairou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), *Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010, 281 pages, p.179.

¹⁶ Charles-Nicolas (A), Lacoste (J), Ballon (N), « Le point sur l'addiction à la cocaïne et au crack », *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 2009, 504-507.

¹⁷ Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite de produits stupéfiants en France*, Extrait du rapport annuel 2008. 2009, Nanterre: OCRTIS. 23 ; Cadet-Tairou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), 2010, op. cit., p. 162.

¹⁸ Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, *Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux*, 2008, 64 pages, p. 13.

¹⁹ Cadet-Tairou (A), « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Pousset (M) -sous la direction de-, *Cocaïne : données essentielles*, OFDT, 2012, 232 pages, p.87-94.

2. Repérage des consommateurs de cocaïne basée et identification des risques : l'apport de la clinique

Cette partie tente de synthétiser les principaux éléments à connaître issus de la clinique. Une approche clinique et médicale détaillée de l'addiction à la cocaïne peut être consultée dans le récent ouvrage de Laurent Karila et Michel Reynaud²⁰, ainsi que dans le guide édité par la Haute Autorité de Santé sur les bonnes pratiques professionnelles en matière de prise en charge des usagers de cocaïne²¹.

2.1. Symptômes de l'usage de cocaïne chez les usagers récents

Les différentes études cliniques convergent pour estimer que 80% des nouveaux consommateurs de cocaïne, quelles que soient sa forme et sa voie d'administration, ne ressentent pas de dépendance²². L'étude de Reboussin et Antony montre cependant que les symptômes de la dépendance à la cocaïne sont plus fréquents chez les consommateurs de crack et de free-base : par exemple, 22% des consommateurs de cocaïne estiment qu'ils passent trop de temps à chercher leur produit, tandis qu'ils ne sont que 9% chez ceux qui se limitent à la voie nasale ; de même, 21% des consommateurs de cocaïne base ressentent des problèmes émotionnels et psychologiques qu'ils attribuent à leur pratique, tandis que seulement 9% pensent à l'identique chez les consommateurs par voie nasale²³.

2.2. Cocaïne et polyconsommation

La population des consommateurs de cocaïne est connue pour sa polyconsommation et le fait qu'elle utilise rarement un seul produit (alcool, tabac, cannabis, ecstasy, voire opiacés et benzodiazépines)²⁴. Dans l'enquête sur les pratiques d'usages des substances psychoactives conduite auprès de la population qui fréquente l'espace festif Musiques Electroniques, ceux qui ont expérimenté la cocaïne ont 3 fois plus de risques que les autres (Odd Ratio = 3,43) d'avoir mélangé au moins trois produits psychoactifs différents – sans compter le tabac- au cours de la

²⁰ Karila (L), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, 129 pages.

²¹ Haute Autorité de Santé (HAS), *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques*, 2010, 274 pages.

²² Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.49.

²³ Reboussin (BA), Anthony (JC). Is there epidemiological evidence to support the idea that a cocaine dependence syndrome emerges soon after onset of cocaine use? *Neuropsychopharmacology*, 31(9), 2006, 2055-2064.

²⁴ Bierut (LJ), Strickland (JR), Thompson (JR), Afful (SE), Cottler (LB), "Drug use and dependence in cocaine dependent subjects, community-based individuals, and their siblings", *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1-2): 2008, 14-22 ; Lacoste (J), Charles-Nicolas (A), «Addiction à la cocaïne et co-addictions », in : Karila (L), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 70-78.

même soirée, durant les trente derniers jours avant l'enquête (le plus souvent : alcool, cannabis, cocaïne)²⁵.

Au début des années 2000, l'arrivée de l'usage d'héroïne dans les groupes fréquentant l'espace festif techno est souvent présentée par les consommateurs comme une pratique secondaire, permettant de réguler les usages d'hallucinogènes ou de stimulants, et notamment l'usage de free-base²⁶. Dans une autre étude portant sur des usagers de kétamine fréquentant le milieu festif techno, 52% avaient déjà consommé du crack ou du free-base²⁷.

Les usagers de crack connus des structures de réduction des risques qui interviennent dans l'espace public parisien rapportent d'ailleurs l'utilisation de médicaments détournés de leur usage pour réguler les consommations de crack, qui officient à ce stade comme un opiacé à moindre coût (Subutex® notamment)²⁸.

Aux Antilles, qui connaît une forte population de consommateurs de crack, une étude conduite auprès de 750 patients dépendants au crack et pris en charge par une structure spécialisée montre que 94% consomment régulièrement de l'alcool, et que celui-ci est particulièrement associé à l'usage du crack : soit pour supporter « la descente », soit comme produit déclencheur de l'envie de crack²⁹.

2.3. La dépendance à la cocaïne

La dépendance à la cocaïne est une modalité de consommation conduisant à une altération du fonctionnement pendant une période continue de douze mois. Elle est définie dans le DSM IV par plusieurs indicateurs³⁰ :

- La tolérance : besoin de quantités notablement plus importantes pour obtenir l'effet désiré
- Le syndrome de sevrage : prise de cocaïne ou d'une substance proche pour apaiser ou éviter les symptômes de manque
- Le besoin irrésistible de consommer : le craving
- La poursuite de la consommation malgré la connaissance de ses conséquences négatives
- La perte de temps liée à la consommation
- Les tentatives avortées d'arrêt ou de réduction de la consommation
- La réduction de ses activités habituelles

²⁵ Reynaud-Maurupt (C), Chaker (S), Claverie (O), Monzel (M), Moreau (C), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques*, Saint Denis, OFDT, 2007, p.75.

²⁶ Reynaud-Maurupt (C), Verchère (C), Toufik (A), Bello (PY), « Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002 », *Psychotropes*, vol. 9, n°3-4, 2003, 57-78 ; Reynaud-Maurupt (C), Verchère (C), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, OFDT, 2003, 119 pages.

²⁷ Reynaud-Maurupt (C), Bello (PY), Toufik (A), Akoka (S), "Characteristics and Behaviors of Ketamine Users in France in 2003", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol.39, n°1, 2007, 1-11.

²⁸ Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005.

²⁹ Lacoste (J), Charles-Nicolas (A), "Addiction à la cocaïne et co-addictions", in : in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 70-78.

³⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques*, 2010, 274 pages, p.45.

De plus, la dépendance à la cocaïne s'installe classiquement plus rapidement que d'autres addictions, comme par exemple l'alcoolodépendance ou la dépendance aux benzodiazépines³¹.

Plusieurs études estiment le taux de dépendance parmi les consommateurs de cocaïne aux alentours de 15%³², mais on ne sait pas différencier ce taux de dépendance selon la voie d'administration utilisée.

Les spécificités de la dépendance à la cocaïne doivent être prises en compte pour engager une relation d'aide avec un consommateur. Dans leur analyse des pratiques professionnelles envers les usagers de cocaïne et de crack, Escots et Suderie remarquent que la phénoménologie de la cocaïne, organisée autour du craving, échappe à de nombreux acteurs dont les représentations et les croyances sont surdéterminées par un modèle organisé par des connaissances sur les opiacés et centré sur la notion de dépendance physique. Selon les auteurs, ces référentiels inappropriés pour la cocaïne influencent les pratiques professionnelles et sont source de malentendus dans la rencontre avec les usagers³³.

2.4. Les phases cliniques de l'addiction à la cocaïne

Les différentes phases cliniques de l'addiction à la cocaïne s'inscrivent dans un cycle comprenant l'intoxication avec une euphorie, une dysrégulation hédonique (sevrage), un craving déclenché par le produit et/ou l'environnement, la perte de contrôle avec un déficit de prise de décision, le comportement de recherche de produit avec une prise de risque multiple³⁴.

Les effets aigus de la cocaïne

La cocaïne produit un rush de plaisir de courte durée, avec plusieurs effets stimulants³⁵ : euphorie, sensation de bien être, augmentation de l'énergie, tachypsychie, désinhibition, hypervigilance, augmentation de la concentration, anorexie, éveil sensoriel, augmentation de l'intérêt sexuel et de l'excitation, troubles du sommeil. Sur le plan somatique, les effets se traduisent principalement par une tachycardie, une hypertension artérielle, une dilatation pupillaire et une pâleur cutanée.

Le sevrage en cocaïne

Les manifestations cliniques du sevrage sont à l'opposé des effets aigus du produit³⁶ : dysphorie, ralentissement psychomoteur, irritabilité, léthargie, désintérêt sexuel, bradypsychie, altérations

³¹ Karila (L), Belkacem (A), Reynaud (M), "Abus et dépendance à la cocaïne », in : Karila (L), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 38-41.

³² Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.46.

³³ Escots (S), Suderie (G), *Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, 2010, 247 pages, p.16.

³⁴ Karila (L), Belkacem (A), Reynaud (M), "Abus et dépendance à la cocaïne », in : Karila (L), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 38-41 ; Haute Autorité de Santé (HAS), *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques*, 2010, 274 pages, p.48.

³⁵ Karila (L), Belkacem (A), Reynaud (M), 2009, op.cit.

³⁶ Karila (L), Belkacem (A), Reynaud (M), 2009, op.cit ; Haute Autorité de Santé (HAS), *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques*, 2010, 274 pages, p.48.

cognitives (mémoire, concentration, ...), baisse de l'estime de soi, méfiance excessive, hyperphagie, hypersomnie,... Ces symptômes durent quelques jours.

Le sevrage se découpe en trois phases : d'abord « le crash », qui s'assimile à un vécu subjectif de « chute » après l'euphorie. L'humeur et l'énergie chutent brutalement et ce phénomène s'accompagne de réactions dépressives, de troubles anxieux et de la réapparition de l'appétence à la drogue. La gravité des réactions dépressives est corrélée à l'intensité de l'euphorie initiale. En quelques heures, l'appétence pour la cocaïne diminue et laisse place à un épuisement et une envie irrésistible de dormir. A ce stade, le tableau clinique est celui d'une hypersomnolence qui peut durer plusieurs jours et correspond à « l'épuration de la cocaïne ». La seconde phase du sevrage correspond à une longue période de dysphorie avec démotivation et retour de l'appétence cocaïnique, facteur de rechute favorisé par des éléments de contexte conditionnant. Si l'abstinence cocaïnique se prolonge, la dysphorie peut durer jusqu'à douze semaines. La troisième et dernière phase correspond à la disparition de la dysphorie ; cependant, l'appétence soudaine pour la cocaïne, dénommée « craving », persiste au-delà de cette durée, et peut persister de façon intermittente pendant des mois, voire des années³⁷.

Le craving

Le craving désigne le besoin irrésistible de consommer de la cocaïne : il s'agit avant tout de pensées obsessionnelles pouvant durer quelques minutes à quelques heures. Cependant, il s'accompagne également de modifications physiologiques (tension intérieure, fréquence cardiaque,...). Le craving fait donc à la fois référence aux pensées intrusives et obsédantes concernant le produit ou ses effets, aux modifications physiologiques qui l'accompagne, mais aussi à la dimension comportementale de recherche compulsive de la substance. Le craving est un facteur de rechute même après une longue durée d'abstinence. Il n'apparaît le plus souvent qu'après un usage répété et son existence, selon Vorspan et Lépine, serait le signe une dépendance installée³⁸.

La perte de contrôle

La perte de contrôle est un signe évident du comportement addictif, qui se traduit essentiellement par la recherche d'une satisfaction immédiate en dépit des conséquences négatives sur le plus long terme.

2.5. Les complications associées à la consommation de cocaïne basée

Les complications associées à la cocaïne basée sont similaires à celles de la poudre de cocaïne consommée par voie nasale, auxquelles on peut ajouter des complications supplémentaires principalement liées à l'utilisation de la voie fumée³⁹.

Cependant, comme le souligne Lowenstein en faisant le point sur les données connues relatives aux overdoses de cocaïne, une étude réalisée aux Etats-Unis en 1992 a colligé les études des

³⁷ Bonnet (N), Edel (Y), « Données pharmacologiques », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 29-32.

³⁸ Vorspan (F), Lépine (JP), « Mesures du craving pour la cocaïne », in : in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 42-48.

³⁹ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit, p.50-69.

urgences hospitalières de 27 métropoles nord-américaines et analysé le suivi d'environ 700 usagers de cocaïne de la ville de Miami, ce qui a permis de conclure à une dangerosité supérieure des administrations par voies intraveineuse et intranasale, comparativement aux administrations par voie pulmonaire⁴⁰. Cependant, il faut souligner que les overdoses fatales peuvent survenir avec n'importe quelle voie d'administration.

Les complications liées à l'usage de cocaïne (poudre et base)

Ainsi⁴¹, l'usage de cocaïne est associé aux complications cardiovasculaires (risque d'infarctus du Myocarde augmenté, risque de dysfonction ventriculaire gauche, troubles du rythme,...).

Lowenstein insiste particulièrement sur le fait que tout accident cardiaque chez un sujet jeune sans antécédent cardiologique doit systématiquement faire évoquer une consommation de cocaïne⁴².

De plus, l'usage de cocaïne peut engendrer des complications neurologiques : il serait un facteur de vulnérabilité à la survenue d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Il peut également générer des céphalées, surtout lorsque l'usage est chronique. Enfin, des atrophies cérébrales ont été repérées chez des consommateurs réguliers consommant depuis plusieurs années⁴³.

Les complications psychiatriques regroupent des symptômes psychotiques (éléments paranoïaques hallucinatoires), un comportement compulsif de recherche du produit, ainsi qu'un risque augmenté de souffrir de dépression. Enfin, le risque de subir des attaques de panique est également augmenté⁴⁴.

Les fumeurs de crack et les injecteurs de cocaïne (mais cela peut aussi survenir avec une consommation par voie nasale) peuvent également souffrir de « délire de parasitose », soit des hallucinations tactiles et visuelles suggérant la présence d'insectes rampants sous la peau, ou de vers émergeant des lésions cutanées⁴⁵. Cette affection est, selon Devillers, l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents.

Des complications otorhinolaryngologiques sont liées exclusivement à l'usage par voie nasale (sauf en phase compulsive, n'oublions pas que les consommateurs de cocaïne basée peuvent utiliser la voie nasale en fonction des contextes) : rhinites chroniques, lésions de la cloison nasale (simple lésion, ulcérations, voire perforation), des épistaxis, des infections répétées, des nécroses⁴⁶.

Des lésions histologiques ont par contre été décrites chez des consommateurs de crack ou free-base : augmentation des éosinophiles, lésions cellulaires mais aussi des infiltrations pulmonaires (dépôt de silice)⁴⁷.

⁴⁰ Lowenstein (W), « Complications somatiques de la consommation de cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 64-69 ; Pottieger (AE), Tressels (PA), Inciardi (JA), Rosales (TA), « Cocaine use patterns and overdose », *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 (4), 1992, 399-410.

⁴¹ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.50-69.

⁴² Lowenstein (W), 2009, op. cit., p. 64-69.

⁴³ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.50-69.

⁴⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.50-69.

⁴⁵ Devillers (C), Pierard-Franchimont (C), Pierard (GE), Charlier (C), Quatresooz (P), « Comment j'explore des lésions cutanées chez un toxicomane adepte de la cocaïne ou du crack », *Rev Med Liège*, 64 (3), 2009, 58-60.

⁴⁶ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.50-69.

⁴⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.50-69.

Des lésions loco régionales liées à l'injection de cocaïne sont particulièrement fréquentes (nombre élevé d'injections au cours d'une journée) : oedèmes, infections diverses, état veineux dégradé⁴⁸.

Les lésions et brûlures de la bouche sont soulignées par les intervenants de terrain en ce qui concerne les fumeurs de crack⁴⁹, et une enquête rapporte aussi des brûlures de l'œsophage par absorption accidentelle d'ammoniaque lors de la préparation du free-base⁵⁰.

Les complications pulmonaires sont seulement associées à la voie fumée, et donc à l'utilisation de la cocaïne basée. Les poumons sont le principal organe exposé aux produits de combustion du caillou de cocaïne, comprenant à la fois les vapeurs de cocaïne, mais aussi certains produits toxiques issus de la pyrolyse, les impuretés, les produits de coupe... De nombreuses complications respiratoires ont été décrites chez les consommateurs de cocaïne basée⁵¹.

Focus sur les effets des complications pulmonaires liées à l'usage fumé de cocaïne basée

Les manifestations minimales sont la toux (quasi constante), les sibilants (une fois sur deux) et des hémoptysies (une fois sur dix à une fois sur cinq). Tout l'arbre respiratoire est menacé lors de la consommation fumée de cocaïne basée⁵².

Les symptômes respiratoires aigus se développent généralement dans les heures qui suivent l'absorption de la cocaïne basée, mais peuvent également apparaître dans les minutes qui suivent la prise : toux, dyspnée, crachats noirs, douleurs thoraciques, hémoptysie, exacerbation de l'asthme⁵³.

Le crack peut produire des effets sur les fonctions pulmonaires : hypertrophie des artères, perméabilité de l'épithélium pulmonaire.

La consommation de cocaïne basée peut aussi entraîner une pathologie spécifique, qui se traduit par une vasoconstriction au niveau pulmonaire, dénommée « crack lung » : il s'agit d'un syndrome respiratoire aigu faisant suite à l'inhalation de crack ou free-base et associant la fièvre, la toux, des difficultés respiratoires et de fortes douleurs thoraciques.

Dans deux études américaines, une hémorragie pulmonaire a été décrite chez 35% à 100% des sujets décédés suite à une overdose de cocaïne. Un cas d'infarctus pulmonaire a aussi été décrit. Des cas de bronchiolite oblitérante et de pneumonie ont aussi été décrits chez des consommateurs de crack, sans infection par un germe extérieur, ainsi que des pneumothorax, pneumomédiastin et pneumopéricarde⁵⁴.

⁴⁸ Escots (S), Suderie (G), *Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, 2010, 247 pages, p.92.

⁴⁹ Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005.

⁵⁰ Escots (S), Suderie (G), 2010, op.cit., p.15.

⁵¹ Haute Autorité de Santé (HAS), « *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques* », 2010, 274 pages, p.65-69.

⁵² Lowenstein (W), « Complications somatiques de la consommation de cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 64-69.

⁵³ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.65-69.

⁵⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op. cit., p.67.

Les complications liées à l'exposition prénatale à la cocaïne

Selon Gressens, la revue de la littérature scientifique internationale est constituée d'études nombreuses aux méthodologies solides en ce qui concerne l'estimation des dommages subis par le fœtus lors de la consommation de cocaïne par sa mère⁵⁵. Le travail qui consiste à analyser de façon transversale les données relatives aux effets de la cocaïne sur la grossesse et sur l'enfant à naître est particulièrement complexe : il est très difficile, même avec de grandes séries et des analyses statistiques sophistiquées, de distinguer parmi les anomalies observées, ce qui est directement dû à la cocaïne et ce qui est en rapport avec les nombreux facteurs confondants (usage conjoint de l'alcool et du tabac ; styles de vie ancrés dans la précarité qui conduit à un suivi médiocre de la grossesse qui peut à lui seul induire des complications prénatales)⁵⁶.

L'analyse transversale de la littérature médicale faite par Gressens conduit à mettre prioritairement en valeur les éléments suivants en ce qui concerne les risques pour la santé des enfants nés de mères cocaïnomanes :

- Malformations cérébrales : corps calleux, microcéphalie, différenciation neuronale anormale
- Hémorragies, infarctus
- Pas de déficit intellectuel pour ceux qui ont échappé aux malformations cérébrales
- Déficit de l'attention

A la naissance : syndrome de sevrage, hypertonicité, risque augmenté de mort subite du nourrisson.

Il faut y ajouter également le risque d'avortement spontané, qui est augmenté au cours du premier trimestre, et ce indépendamment des autres facteurs de risque⁵⁷.

Les complications indirectes de l'usage de cocaïne : l'exposition aux maladies infectieuses

Les premières complications infectieuses liées à l'usage de cocaïne concernent le risque de contamination par le VIH et autres IST (partage du matériel d'injection, rupture de la vigilance en matière de sexualité quelle que soit la voie d'administration) et par les hépatites (partage du matériel d'injection, du matériel de sniff, ou du matériel utilisé pour fumer)⁵⁸.

Chez les injecteurs, quel que soit le produit injecté, la consommation associée de crack par voie fumée se révèle un facteur de risque indépendant de séroconversion au VIH⁵⁹.

Des études récentes ont montré que l'usage de crack, l'échange de matériel de consommation de crack et la durée de la consommation au cours de la vie étaient des facteurs de risques importants de présenter une séropositivité au VHC⁶⁰. La littérature internationale indique

⁵⁵ Gressens (P), « Addictions chez la femme enceinte et développement du cerveau fœtal : revue de la littérature », *INSERM U676, Université Paris VII, Hôpital Robert Debré, Paris, Imperial College London, Hammersmith Hospital, London, Soirée scientifique du Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco*, 2 décembre 2010.

⁵⁶ Lejeune (C), Simonpoli (AM), « Exposition prénatale à la cocaïne et conséquences », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 79-87.

⁵⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010 op.cit., p.69.

⁵⁸ Haute Autorité de Santé (HAS), 2010, op.cit., p.75.

⁵⁹ Debeck (K), Kerr (T), Li (K), Fisher (B), Buxton (J), Montaner (J), Wood (E), "Smoking crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs", *Canadian Medical Association Journal*, DOI:10.1503/cmaj.082054.

⁶⁰ Macías (J), Palacios (RB), Claro (E), Vargas (J), Vergara (S), Mira (JA), *et al.* High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int*, 28(6), 2008, 781-786 ; Hagan (H), Thiede (H), Des Jarlais (DC), "HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users : risk behavior and prevention", *AIDS*, 19 suppl 3, 2005, S199-S207 ; Thorpe (LE),

également que la prévalence du VHC parmi les consommateurs de crack peut atteindre 50 à 75%⁶¹. La transmission du VHC chez les usagers de crack semble essentiellement liée à l'utilisation de pipes en verre qui, facilement cassables et conduisant bien la chaleur, provoquent des brûlures et des coupures aux lèvres et aux mains, portes d'entrée pour la transmission des virus⁶².

Le fait de fumer du crack a effectivement été identifié comme facteur possible de risque de transmission du VIH et du VHC : des recherches ont démontré que l'infection à VHC parmi les personnes qui fument du crack ou de la cocaïne mais qui signalent ne s'en être jamais injecté, est beaucoup plus prévalente que dans l'ensemble de la population⁶³. Une recherche canadienne a démontré que le VHC peut être présent sur des pipes à crack collectées peu de temps après utilisation par une personne séropositive au VHC et qui a des plaies buccales⁶⁴.

En ce qui concerne les risques sexuels, l'usage de crack est connu pour majorer les prises de risques des personnes prostituées⁶⁵. Au-delà de l'activité prostitutionnelle, les prises de risques sexuels sous l'effet de la cocaïne base sont notoires et peuvent être identifiées comme des moteurs d'épidémies infectieuses⁶⁶. Dans le milieu gay, l'usage de crack pendant l'acte sexuel est reconnu comme majorant les prises de risques pour le VIH/sida et le nombre de partenaires⁶⁷.

Ouellet (LJ), Levy (JR), Williams(IT), Monterroso (ER). Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997-1999. *J Infect Dis*,182 (6), 2000,1588-1594.

⁶¹ Fischer (B), Powis (J), Firestone (CM), Rudzinski (K), Rehm (J), "Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia". *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20 (1), 2008, 29-32.

⁶² Jauffret-Roustide (M), Rondy (M), Oudaya (L), Guibert (G), Semaille (C), Pequart (C), et le collectif inter-CAARUD sur le crack. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites. BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm

⁶³ Tortu (S), Neaigus (A), Mac Mahon (JM), Hagen (D), « Hepatitis C among non injecting drug users : a report", *Substance Use and Misuse*, 36 (4), 2001, 523-534 ; Tortu (S), Mac Mahon (JM), Pouget (ER), Hamid (R), "Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for Hepatitis C", *Substance Use and Misuse*, 39(2), 2004, 211-224.

⁶⁴ Fischer (B), Powis (J), Firestone (CM), Rudzinski (K), Rehm (J), "Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia". *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20 (1), 2008, 29-32.

⁶⁵ Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005, non publié ; Nappo (SA), Sanchez (Z), De Oliveira (LG), "Crack, AIDS and women in Sao Paulo, Brazil", *Substance Use and Misuse*, 46(4), 2011, 476-85 ; Hoffman (JA), Klein (H), Eber (M), Crosby (H), "Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors", *Drug and Alcohol Dependence*, 58(3), 2000, 227-236 ; Harzke (AJ), Williams (ML), Bowen (AM), « Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users, *AIDS Behavior*, 13(6), 2009, 1106-1118 ; Marx (R), Aral (SO), Rolfs (RT), Sterk (CE), Kahn (JG), "Crack, sex and STD", *Sex Transm Dis*, 18(2), 1991, 92-101.

⁶⁶ Martin (DH), DiCarlo (RP), "recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States. The Crack cocaine connection", *Sex Transm Dis*, 21 (2 suppl), 1994, S76-80.

⁶⁷ Tobin (KE), German (D), Spikes (P), Patterson (J), Latkin (C), "A comparison of the social and sexual networks of crack-using and non crack using African American men who have sex with men", *Journal of Urban Health*, 88 (6), 2011, 1052-1062 ; Mc Coy (C), Lai (S), Metsch (L), Messiah s, Zhao (W), "Injection drug use and Crack cocaine Smoking : Independent and dual risk behaviors for HIV infection", *Ann Epidemiol*, 14, 2004, 535-542.

3. Repérage des usagers de cocaïne basée et identification des risques : l'apport des sciences sociales

Les éléments sociaux connus sur les usagers de cocaïne basée sont issus de recherches en sciences sociales, mais aussi des rapports d'activité des centres d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques (CAARUD) qui travaillent auprès de cette population.

Il faut d'abord souligner que ces travaux mettent en valeur une tendance récente encore mal connue, et d'ailleurs peu diffusée chez les professionnels de la santé ⁶⁸ : l'usage de cocaïne ne se cantonne pas (plus) aux classes sociales très favorisées sur le plan socio-économique et aux grands précaires (crackers visibles dans l'espace public, toxicomanes), mais il s'est introduit dans des groupes sociaux de plus en plus diversifiés.

3.1. Crack et free-base : distinction sémantique, distinction sociale

Selon le dispositif TREND de l'OFDT, deux sphères de consommation bien distinctes de cocaïne basée coexistent en France depuis les années 1990 : celle où ce produit, acheté déjà basé, circule sous la dénomination « crack » et celle où, acquis sous forme classique de poudre (chlorhydrate) puis basé avant consommation, il apparaît sous l'appellation « free base »⁶⁹.

Dans le cas du « crack », la cocaïne basée est consommée au sein d'une population très marginalisée, évoluant dans le nord-est parisien et, depuis 2008 environ, dans la zone limitrophe du département de la Seine-Saint-Denis. En 2008, des ventes occasionnelles de crack vendu ouvertement sous cette appellation ont été rapportées à Bordeaux et à Lille⁷⁰, et plus récemment à Marseille. Ceci dit, la grande majorité de la consommation de crack sur le territoire français concerne avant tout le Nord-est parisien, ainsi que les départements d'Outre-Mer (sauf la Réunion)⁷¹. La représentation du « crack » est celui d'une « drogue du pauvre », qui serait constituée de « déchets » ou de « résidus » de la cocaïne⁷².

Quand il s'agit du « free base », la cocaïne basée est consommée par une population bien différente, composée, pour l'essentiel, de personnes évoluant dans le cadre de l'espace festif alternatif, du milieu de la nuit ou dans des cercles sociaux proches de ceux-ci. En effet, l'usage du free-base a connu des évolutions marquantes au cours des vingt dernières années, qui ont conduit à sa diffusion dans des groupes sociaux qui se cantonnaient auparavant majoritairement à un usage de cocaïne en poudre administrée par voie nasale. Contrairement au crack, la

⁶⁸ Escots (S), Suderie (G), *Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, 2010, 247 pages, p.16.

⁶⁹ Escots (S), Reynaud-Maurupt (C), Cadet-Taïrou (A), « La cocaïne et la diffusion de ses usages », in : Costes (JM), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint Denis, OFDT, 2010, 51-61.

⁷⁰ Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), *Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010, 281 pages, p.179.

⁷¹ Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), 2010, op.cit., p.168.

⁷² Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives*, Saint Denis, OFDT, 2010, 273 pages, p.212-217.

représentation du « free-base » est celle d'un produit « pur » (*cleaned coke*) : l'adjonction d'ammoniaque ou de bicarbonate de soude lors du mélange artisanal permet de « libérer la base » en supprimant les produits de coupe existant dans la poudre⁷³. La première base est ainsi parfois réalisée pour vérifier le degré de pureté du produit acheté sur le marché clandestin.

Les études qualitatives conduites auprès d'usagers de cocaïne en Belgique et en France témoignent d'ailleurs de la confusion conceptuelle entre crack et free-base qui persiste dans l'esprit des consommateurs : la majorité des usagers de cocaïne estiment qu'il s'agit de deux produits différents⁷⁴.

Selon les observateurs ethnographiques de l'espace festif pour le dispositif TREND de l'OFDT, la plupart des usagers de drogues continuent de penser, en 2011, que crack et free-base sont des produits différents, et que le second est « moins dangereux » que le premier. Le discours de l'utilisateur régulier de free-base qui met en garde contre les effets néfastes du crack, qu'il estime n'avoir jamais consommé, continue d'avoir cours aujourd'hui⁷⁵.

3.2. La diffusion du free-base chez les consommateurs socialement insérés

Une implantation progressive de l'usage de cocaïne basée dans des milieux sociaux de plus en plus diversifiés

Les études scientifiques conduites dans les années 1980-1990 en Europe ou en Amérique du Nord tendaient à montrer que les usagers de cocaïne qui n'avaient pas de contact avec le système de prise en charge sanitaire et social étaient, dans leur grande majorité, des consommateurs festifs, qui se limitaient à l'usage par voie nasale, maîtrisaient leur consommation, étaient socialement insérés et ne subissaient que peu ou pas de dommages liés à leur pratique⁷⁶. En suivant un petit groupe de 21 usagers de cocaïne à dix années d'intervalle, la première de ces recherches met l'accent sur le fait que peu d'entre eux ont connu des problèmes sérieux liés à leur pratique, et toujours sur de courtes périodes. Les expérimentateurs de free-base ou de l'injection reviennent rapidement à un usage par voie nasale⁷⁷.

⁷³ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), 2010, op.cit., p. 212-217.

⁷⁴ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), 2010, op.cit., p. 212-217 ; Decorte (T), *The taming of cocaine*, VUB Brussels University Press, 2000, p.175 ; Decorte (T), Slock (S), *The taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*, 2005, p. 138-139.

⁷⁵ Balmas (L), « Observations ethnographiques des usages de produits psychoactifs en milieu festif à Marseille. Premier semestre 2011. Réseau TREND », GRVS/AMPTA, juillet 2011, non publié.

⁷⁶ Waldorf (D), Reinerman (C), Murphy (S), *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University press, 1991, 326 pages ; Cohen (P), Sas (A), « Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures », *Addiction Research*, vol.2, n°1, 1994, 71-94 ; Cohen (P), Sas (A), *Cocaine use in Amsterdam II*, rapport du département de géographie humaine de l'université d'Amsterdam, 1995 ; Cohen (P), Sas (A), « Les usages de cocaïne chez les consommateurs insérés à Amsterdam », *Communications*, n°62, 1996, 195-221 ; Erickson (PG), Weber (TR), « Cocaine careers, control and consequences : results from a canadian study », *Addiction Research*, vol. 2, n°1, 1994, 37-50 ; Hammersley (R), Ditton (J), « Cocaine careers in a sample of scottish users », *Addiction Research*, vol.2, n°1, 1994, 51-69 ; Green (A), Pickering (H), Foster (R), Power (R), Stimson (GV), « Who uses cocaine ? Social profiles of cocaine users », *Addiction Research*, vol. 2, n°2, 1994, 141-154 ; Nabben (T), Korff (DJ), « Cocaine and crack in Amsterdam : diverging subcultures », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n°3, 1999, 627-652.

⁷⁷ Waldorf (D), Reinerman (C), Murphy (S), 1991, op.cit.

Parmi ces travaux, l'étude dirigée par Cohen à Amsterdam est remarquable : deux éditions se sont déroulées en 1987 puis 1991⁷⁸, en recrutant les consommateurs de cocaïne grâce à une méthode « boule de neige » (snow-ball sampling). Elle a concerné 160 consommateurs en 1987, parmi lesquels 64 ont été suivis jusqu'en 1991. En 1991, 108 nouveaux consommateurs ont également été inclus. L'étude cherchait explicitement à comprendre les logiques à l'œuvre dans l'usage de la cocaïne dans les populations dites insérées, aussi tous les usagers de cocaïne appartenant à des communautés déviantes identifiées ont été exclus a priori (« junkies », criminels, prostituées). L'étude montre le faible usage de la cocaïne basée dans la population rencontrée, quoi qu'en augmentation entre les deux éditions : 18% d'expérimentateurs et 2,5% d'usagers au cours du mois avant l'enquête en 1987 (n = 160) ; 30% d'expérimentateurs et 4% d'usagers du dernier mois en 1991 (n = 108)).

Le fait de consommer de la cocaïne par voie nasale ou de la cocaïne basée par voie fumée est même considérée comme un marqueur social de sous-cultures divergentes dans la communauté des usagers de drogues⁷⁹. L'étude de Nabben et Korf montre bien que les jeunes qui fréquentent les soirées festives et les établissements de nuit consomment du chlorhydrate de cocaïne par voie nasale dans un but récréatif, tandis que les jeunes qui ont un mode de vie marginal utilisent plutôt le crack. Ce groupe est plutôt constitué de jeunes précaires dépendants aux opiacés, de jeunes sans abri, de jeunes qui ont des activités illégales ou de prostitution, ou encore de jeunes désinsérés vivant dans des cités périphériques et comprenant une part importante de personnes issues de minorités ethniques.

A l'approche des années 2000, une étude ethnographique conduite en Belgique, à Anvers, s'est intéressée aux usagers de cocaïne en les rencontrant par le biais d'un travail d'observation participante dans le milieu de la nuit⁸⁰. Cent onze consommateurs expérimentés de cocaïne ont été rencontrés en 1996-1997 par le biais du travail ethnographique et grâce à l'application d'une méthode boule de neige (snow-ball sampling). L'échantillon se révèle plutôt bien inséré socialement : 80% n'ont jamais été en lien avec les structures de soins pour leur usage de cocaïne, et 73% n'ont pas d'activités illégales⁸¹. Les plus nombreux sont âgés de 26 à 35 ans, mais un quart a cependant moins de 25 ans. Les hommes représentent les deux tiers des personnes rencontrées. Seulement un quart n'a pas d'activité professionnelle ou ne fait pas d'études (26%)⁸².

Le travail s'intéresse au point de vue des usagers, rencontrés dans d'autres contextes que les structures sanitaires ou judiciaires, qui touchent prioritairement une population plus marginalisée et aux comportements d'addiction plus problématiques. L'étude montre comment la majorité des usagers de cocaïne rencontrés apprennent progressivement à *apprivoiser* le produit au cours de leur vie. Elle met en évidence un usage plutôt contrôlé, qui se construit à partir de mécanismes informels. Pour comprendre comment les usagers parviennent à maintenir un « usage doux » (soft use patterns) d'une « drogue dure » (hard drug), l'auteur recommande d'interpréter l'usage comme un processus dynamique, et dans la lignée de Zinberg⁸³, comme l'interaction d'un produit (pharmacologique), d'un individu (et ses dispositions psychologiques et physiologiques) et d'un contexte de consommation.

⁷⁸ Cohen (P), Sas (A), 1994, op.cit. ; Cohen (P), Sas (A), 1995, op.cit. ; Cohen (P), Sas (A), 1996, op.cit..

⁷⁹ Nabben(T), Korf (DJ), « Cocaïne and crack in Amsterdam : diverging subcultures », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n°3, 1999, 627-652.

⁸⁰ Decorte (T), *The Taming of cocaine*, Bruxelles, VUB University Press, 2000, 499 pages.

⁸¹ Decorte (T), 2000, op.cit., p.71.

⁸² Decorte (T), 2000, op. cit. p.79-83.

⁸³ Zinberg (NE), *Drug, Set and Setting : the basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, 1984, 277 pages.

En ce qui concerne l'initiation à l'usage de cocaïne basée particulièrement, il faut souligner que seuls 2,7% (3/111) ont fumé de la cocaïne basée au moment de leur première expérience de la cocaïne, mais 72% (80/111) ont fait au moins une expérience de free-base dans leur vie. Decorte décrit précisément les caractéristiques de l'initiation à la cocaïne, mais sans distinguer les situations d'initiation selon la voie d'administration.

Comparativement à l'étude conduite quelques années plus tôt à Amsterdam par Cohen⁸⁴, l'étude belge de Decorte trace donc un portrait plus contrasté des usagers de cocaïne, avec une majoration parmi eux de récits portant sur l'expérience du free-base.

Alors qu'en 1987, à Amsterdam, l'étude dirigée par Cohen recensait 18% d'expérimentateurs de free-base dans leur échantillon d'usagers de cocaïne, puis 30% dans la seconde édition de l'étude en 1991, l'étude belge constate en 1997 que 72% de son échantillon a déjà fumé de la cocaïne basée (n = 111)⁸⁵. Les consommateurs actifs de cocaïne basée (au cours du mois avant l'enquête) sont également beaucoup plus nombreux dans l'échantillon belge (17% en 1997 à Anvers vs Amsterdam 1991 : 4% ; Amsterdam 1987 : 2,5%)⁸⁶. Ces consommateurs mettent particulièrement en valeur le caractère addictif de l'usage de free-base, et la difficulté à s'arrêter ; cependant, une grande partie d'entre eux pense qu'il est possible d'être un usager contrôlé de free-base⁸⁷.

Six années plus tard, Tom Decorte organise une seconde édition de recherche⁸⁸ : parmi les 111 usagers rencontrés en 1996-1997, 77 usagers de cocaïne et/ou free-base ont été retrouvés et réinterrogés en 2003. Les caractéristiques du groupe de suivi ne se différencient pas significativement du groupe initial, sur les plans démographique, social, économique, ni en ce qui concerne les pratiques de consommation (fréquences, doses, voie d'administration,...)⁸⁹. La proportion d'expérimentateurs de free-base (au moins une fois dans la vie) a augmenté de 5%, passant de 75 à 80%, mais le nombre de personnes qui ont systématiquement consommé en free-base lors des sessions de consommation de cocaïne qui se sont déroulées au cours du dernier mois est resté stable (7,8 % (6/77) en 1997 comme en 2003)⁹⁰.

En France, les observations ethnographiques rapportent une augmentation continue de l'usage de free-base depuis 2006, notamment sur les sites du réseau TREND que sont Paris, Rennes, Metz et Toulouse⁹¹. Cette pratique concerne particulièrement des usagers proches du milieu alternatif techno et du milieu festif des clubbers (dont le milieu festif gay), et globalement l'ensemble de l'espace festif lié aux Musiques Electroniques⁹².

⁸⁴ Cohen (P), Sas (A), 1994, op.cit. ; Cohen (P), Sas (A), 1995, op.cit. ; Cohen (P), Sas (A), 1996, op.cit..

⁸⁵ Decorte (T), 2000, op. cit., p. 156.

⁸⁶ Decorte (T), 2000, op. cit., p. 157-158.

⁸⁷ Decorte (T), 2000, op. cit., p. 194-195.

⁸⁸ Decorte (T), Slock (S), *The Taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*, Brussels University Press, 2005, 376 pages.

⁸⁹ Decorte (T), Slock (S), 2005, op.cit., p.63-80.

⁹⁰ Decorte (T), Slock (S), 2005, op.cit., p. 140.

⁹¹ Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), *Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010, 281 pages, p. 173.

⁹² Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), 2010, op.cit., p. 173 ; Reynaud-Maurupt (C), Chaker (S), Claverie (O), Monzel (M), Moreau (C), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques*, Saint Denis, OFDT, 2007, 143 pages.

Une étude qualitative a d'autre part été réalisée en 2006 sur la consommation de stimulants chez les jeunes vivant dans les cités périphériques de Paris⁹³. Elle rapporte des témoignages indirects d'usage de free-base chez des jeunes des cités, et trois jeunes de moins de 25 ans parmi les vingt qui ont été inclus dans l'étude ont déjà consommé du free-base.

La place de la cocaïne basée dans les parcours de consommation

En France, une étude qualitative récente s'est intéressée aux carrières de consommation et aux parcours sociaux de 50 consommateurs de cocaïne inconnus du système de prise en charge sanitaire et social et du système judiciaire pour leur usage de cocaïne⁹⁴. Le profil type de l'utilisateur de cocaïne qui maintient une pratique strictement festive, un contrôle de sa consommation et un usage par voie nasale est toujours conforté par les données recueillies : néanmoins, il est aussi concurrencé par des parcours de consommation plus chaotiques, porteurs de nombreuses conséquences négatives - économiques, mais également psychologiques et sociales -, et s'expliquant en partie par la diffusion des usages de free-base dans cette population. Cette étude montre ainsi la forte porosité qui existe entre la diffusion des pratiques festives de la cocaïne par voie nasale et la diffusion des usages de free-base dans des milieux sociaux de plus en plus diversifiés. Ceci dit, les parcours chaotiques avec le free-base se révèlent le plus souvent de courte durée (quelques mois) et sont vécus comme des « accidents biographiques », alors que les personnes qui connaissent des difficultés avec la consommation par voie nasale rapportent des conséquences plus insidieuses sur leur vie quotidienne, mais des périodes de consommation problématique qui durent plus longtemps.

Dans cette étude, l'utilisateur qui fume de la cocaïne basée est le plus souvent âgé de 20 à 25 ans au moment de la première expérience : il est le plus souvent étudiant, au chômage, employé, ou ouvrier. Cependant, de jeunes lycéens de 18 ans concernés par cette pratique ont également été rencontrés. Leur profil social ne semble pas vraiment se différencier de celui des usagers qui se sont toujours restreint à la consommation par voie nasale. Les plus nombreux parmi eux ont d'ailleurs cessé la consommation du free-base au moment de l'entretien, pour revenir à un usage seulement par voie nasale. Tous ont d'ailleurs commencé par l'usage par voie nasale en milieu festif et ont ensuite expérimenté le free-base, **ce qui montre bien que le premier facteur de risque facilement identifiable pour utiliser le free-base est bien d'avoir déjà consommé de la cocaïne par voie nasale.**

Parmi les expérimentateurs rencontrés (32 expérimentateurs de Free-Base parmi les 50 consommateurs de cocaïne interrogés), la moitié s'est limitée à cette première expérimentation qui ne correspondait aux effets festifs qu'ils attendaient, tandis que l'autre moitié découvre une voie d'administration et des effets qui les ont séduits (15/32). Parmi ces quinze personnes, rares sont ceux (2/15) qui ont toujours maintenu un usage occasionnel du free-base. Les autres débutent avec la cocaïne basée une période de perte de contrôle de leur pratique, qui a généré pour eux des difficultés financières majeures (pouvant aboutir à la perte de leur logement), ainsi parfois qu'une coupure avec leur réseau social. Les sessions de consommation qui sont décrites

⁹³ Coppel (A), *Enquête exploratoire portant sur la consommation de stimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région parisienne*, Sida paroles – Association Française de Réduction des risques pour la Direction Générale de la Santé, 2006, 131 pages.

⁹⁴ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives*, Saint Denis, OFDT, 2010, 273 pages ; Reynaud-Maurupt (C), Milhet (M), Hoareau (E), Cadet-Taïrou (A), « Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio-sanitaires et répressives : une recherche qualitative conduite en France en 2007-2009 », *Déviance & Société*, vol.35, n°4, 2011, 503-529.

se résumant par des prises qui s'enchaînent plusieurs jours durant, continûment enfermés dans un appartement. Généralement polyconsommateurs avant de débiter un usage régulier du free-base (ecstasy, cannabis, alcool notamment), l'usage du free-base a conduit plusieurs d'entre eux à prendre de l'héroïne pour supporter les fins de session de consommation⁹⁵, mais à réduire l'usage des autres substances (ecstasy notamment) pour privilégier la cocaïne basée.

Cependant, contrairement aux usagers de crack visibles dans l'espace public, les jeunes concernés ont le plus souvent cessé leur comportement compulsif au bout de quelques mois (le plus souvent entre trois et six mois). Les problèmes financiers sont généralement évoqués pour expliquer cet arrêt brusque de la consommation et cette reprise en main, ainsi que le soutien de leur entourage personnel.

Au jour de l'entretien, les plus nombreux parmi les usagers de free-base sont âgés de 25 à 30 ans et l'expérience de cette voie d'administration et des phases compulsives est un souvenir qui date de quelques mois ou le plus souvent, quelques années. Parmi ces « ex-baseurs », les plus nombreux continuent l'usage de cocaïne de façon récréative par voie nasale et se sont insérés socialement (des étudiants sont devenus chefs d'entreprise, des chômeurs ont trouvé un travail). Une minorité, par contre, persiste depuis dans un usage au moins pluri hebdomadaire de cocaïne par voie nasale, ou a basculé vers un usage régulier d'héroïne.

A noter, les pratiques d'injection (de cocaïne ou d'autres produits) apparaissent quasiment inexistantes dans la population étudiée.

Cependant, il est important de souligner que l'ensemble de ces études (Decorte, Reynaud-Maurupt, Cohen, etc...) n'évoquent pas, ou peu, le sujet de l'usage de free-base pendant la sexualité, alors que les études internationales qui étudient les conduites à risques dans le milieu gay identifient l'usage de crack comme un facteur important de prises de risques sexuels⁹⁶. En France, une alerte récente relative à la pratique actuelle du SLAM dans la communauté gay (injections multiples de cocaïne pendant l'acte sexuel associées à la prise de produits érectiles)⁹⁷ permet de supposer qu'une problématique free-base et risques sexuels est tout à fait vraisemblable dans la communauté gay.

⁹⁵ Au Royaume-Uni, près de 31% des consommateurs de crack primaires citent l'héroïne comme produit secondaire. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), « Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe », Office des publications de l'Union Européenne, 2011, p. 77.

⁹⁶ Tobin (KE), German (D), Spikes (P), Patterson (J), Latkin (C), "A comparison of the social and sexual networks of crack-using and non crack using African American men who have sex with men", *Journal of Urban Health*, 88 (6), 2011, 1052-1062 ; Mc Coy (C), Lai (S), Metsch (L), Messiah s, Zhao (W), "Injection drug use and Crack cocaine Smoking : Independent and dual risk behaviors for HIV infection", *Ann Epidemiol*, 14, 2004, 535-542.

⁹⁷ Lestrade (D), « Alerte sur la pratique du SLAM chez les gays », *Minorités*, n°124, 2012. <http://www.minorites.org/index.php/2-la-revue/1289-alerte-sur-la-pratique-du-slam-chez-les-gays.html>

3.3. Les consommateurs de crack dans le Nord-Est parisien : une forte majorité de grands marginaux

Comme déjà précisé, en Métropole, les usagers de crack demeurent essentiellement visibles dans le Nord-Est parisien. Il s'agit en grande majorité de personnes très désinsérées, âgées de plus de 35 ans pour la plupart, souvent sans domicile fixe ou en squat, vivant du trafic de médicaments détournés ou autres activités de débrouille (mendicité, prostitution...), et ayant fréquemment déjà connus des séjours en prison⁹⁸. L'extrême précarité sociale de cette population (absence de logement stable, de papiers d'identité, de couverture sociale et de travail), ainsi que son faible niveau d'accès aux soins ont été mis en évidence par les professionnels des CAARUD qui travaillent auprès d'elle⁹⁹. Ces données sont confirmées par l'étude conduite auprès du public des CAARUD¹⁰⁰. Contrairement aux usagers de free-base socialement insérés, la pratique pluriquotidienne du crack peut s'étendre sur plusieurs années.

Ces usagers multiplient les prises de risques et peuvent avoir de longues périodes de consommation de plusieurs jours consécutifs sans manger ni dormir. Ils présentent souvent un état de délabrement physique général, qui s'explique par la vie dans la rue, mais également lié au mode de consommation et à la fabrication des pipes artisanales (plaies et crevasses, doigts brûlés, lèvres coupées, brûlées, toujours gercées, maigreur prononcée, infections parasitaires...)¹⁰¹. Ils utilisent généralement des médicaments à base de buprénorphine pour supporter le manque ou terminer les sessions de consommation.

L'étude réalisée en 2008 auprès d'usagers de cocaïne et de professionnels de santé amenés à les prendre en charge souligne également les problèmes dermatologiques caractéristiques des errants précaires chez les fumeurs de crack visibles dans l'espace public, problèmes essentiellement situés sur les pieds. Il faut y ajouter les mains abîmées par les blessures dues au mode de manipulation du caillou à l'aide d'un cutter (pour fractionner la galette de crack en cailloux), de la confection de filtre en fils de cuivre électriques et des nombreuses pressions sur la mollette des briquets¹⁰².

Certains usagers de crack pratiquent également l'injection, et des professionnels de santé mentionnent d'ailleurs des pratiques d'injection du résidu restant au fond des pipes à crack après acidification au citron¹⁰³.

Les travaux s'intéressant aux crackers précaires soulignent aussi les liens entre l'usage compulsif de crack et la prostitution en ce qui concerne les femmes¹⁰⁴. Pour les intervenants des

⁹⁸ Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), *Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010, 281 pages, p. 165.

⁹⁹ Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005.

¹⁰⁰ Cadet-Taïrou (A), Coquelin (A), Toufik (A), « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 1-4.

¹⁰¹ Cadet-Taïrou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), 2010, op.cit., p. 166 ; Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005, op.cit.

¹⁰² Escots (S), Suderie (G), *Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, 2010, 247 pages, p.98 ; Jauffret-Roustide M, Rondy M, Oudaya L, Guibert G, Semaille C, Pequart C, et le collectif inter-CAARUD sur le crack. « Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites ». BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm

¹⁰³ Halfen (S), Grémy (I), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2007*, TREND. 2008, ORS Ile de France / OFDT: Paris.

¹⁰⁴ Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005.

structures de premières lignes, nous rapportent Escots et Suderie, les liens entre crack, sexualité et précarité sont évidents, et caractérisent « le crack précaire au féminin »¹⁰⁵. Provocations sexuelles, rapports de domination et d'exploitation, violences, perte de l'estime de soi et pour finir grossesses non désirées et maladies sexuellement transmissibles sont des conséquences observables de cette problématique. Cependant, selon des observations ethnographiques non publiées, la prostitution masculine liée au crack existe mais est plus cachée car vécue comme plus honteuse de la part des hommes concernés comme de la part des professionnels qui leur proposent de l'aide¹⁰⁶. Le fait que certains clients paient une relation sexuelle directement avec un caillou de crack¹⁰⁷ tend d'ailleurs à faire admettre l'idée que les hommes puissent également être concernés par la prostitution qui lui est liée.

L'étude Ena-CAARUD 2008 porte sur les usagers de drogues fréquentant 128 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques (n = 4737)¹⁰⁸. La population étudiée est trentenaire (35 ans en moyenne pour les hommes et 31 ans pour les femmes), et cumule les indicateurs de précarité (sans couverture sociale : 7,5% ; sans logement durable : 53,3% ; sans revenu d'activité – ni travail, ni prestations sociales : 25,4%). Parmi les usagers actifs de substances psychoactives qui ont été interrogés, le crack est cité comme le second produit leur posant le plus de problèmes (44% des usagers actifs), après la buprénorphine détournée de son usage. En croisant les indicateurs sociaux, les auteurs distinguent trois groupes dans leur échantillon : les usagers caractérisés par une précarité faible, ceux qui sont caractérisés par une précarité moyenne, ainsi que ceux qui sont caractérisés par une précarité forte. Dans ce dernier groupe, 57% des usagers n'ont pas de couverture sociale, 80% n'ont pas de logement durable et 74% n'ont aucune source de revenu issu du travail ou des prestations sociales. Ce troisième groupe caractérisé par une forte précarité se différencie nettement des deux premiers par l'usage de crack (33% versus 14%).

Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude ont permis de mettre en évidence les caractéristiques spécifiques des crackers parisiens¹⁰⁹ : ils sont en moyenne assez âgés (38,0 ans contre 34 ans pour l'ensemble des usagers français des CAARUD), mais ne se différencient pour autant pas en cela des autres usagers franciliens (38,3 ans en moyenne). Plus du tiers d'entre eux (38,6%) a plus de 40 ans et très peu ont moins de 25 ans (6,3%). La part des femmes (29%) y est plus élevée que dans les autres populations d'usagers de drogues, à âge équivalent¹¹⁰. Beaucoup de ces usagers vivent dans des conditions de précarité extrêmes : seulement 34,7% d'entre eux ont un mode de logement dit durable (ils peuvent espérer y passer les six prochains mois) contre 48,7% des autres usagers d'Ile de France fréquentant les CAARUD ; plus du tiers est sans domicile fixe ou vit en squat (34,3% chez les crackers versus 25,1% chez les autres usagers franciliens). Plus du tiers (37,7%) n'a aucun revenu ou des ressources illégales ou non officielles (trafic de médicaments, mendicité, prostitution). Les trois quarts sont affiliés à la sécurité sociale

¹⁰⁵ Escots (S), Suderie (G), 2010, op.cit, p.106.

¹⁰⁶ Amaouche (M), transfert d'expériences sur la prostitution liée à l'usage du crack en milieu urbain dans le Nord-Est parisien, GRVS, 2011, non publié.

¹⁰⁷ Malika Amaouche, 2011, op.cit. ; Escots (S), Suderie (G), , 2010, op.cit., p.106 ; Toufik (A), Cadet-Taïrou (A), Janssen (E), Gandilhon (M), « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD », *Tendances*, n°61, 2008, 1-4.

¹⁰⁸ Cadet-Taïrou (A), Coquelin (A), Toufik (A), « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 1-4.

¹⁰⁹ Cadet-Taïrou (A), « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Pousset (M) -sous la direction de-, *Cocaïne : données essentielles, OFDT*, 2012, 232 pages, p.87-94.

¹¹⁰ Les groupes où la part des femmes est la plus haute sont habituellement ceux des jeunes usagers de drogues, la part des femmes diminuant avec l'âge. Parmi les usagers des CAARUD ayant l'âge moyen des crackers, on devrait s'attendre à moins de 15% de femmes. Cadet-Taïrou, 2012, op.cit.

via la CMU (74,9%) mais 16,8% n'a aucune couverture sociale¹¹¹. Un quart d'entre eux (24,8%) n'a pas ou plus de papier d'identité (contre 11% de l'ensemble des usagers).

Le crack est pour eux une consommation centrale : 24,5% le consomment quotidiennement et 45,6% plusieurs fois chaque semaine. En dehors du cannabis et de l'alcool consommés au cours du mois précédant l'enquête par respectivement 65,8% et 60,2% des usagers récents de crack, la substance la plus utilisée par les crackers est la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®) (47,4%), opiacé le moins cher pour gérer les descentes de crack. Les autres opiacés (méthadone, morphine, héroïne) sont consommés occasionnellement lorsqu'ils sont accessibles.

Les pipes sont fréquemment partagées (58,5% des usagers l'ont fait au cours du mois précédant l'enquête en 2008, de même que des objets tranchants (47,6%), pratiques qui sont sources de contamination par le virus de l'hépatite C¹¹². Selon l'étude Coquelicot, 73% de ces usagers étaient, en 2004, séropositifs pour l'hépatite C et 12% pour le VIH¹¹³.

3.4. Les spécificités des consommateurs de crack aux Antilles et en Guyane

Dans les Antilles Françaises, la situation des consommateurs de crack est spécifique, car le marché du crack est plus étendu. Une étude réalisée en 2006 en Martinique décrit les situations de grande marginalité, la délinquance et le climat d'insécurité que cette consommation génère¹¹⁴, mais montre cependant un éventail de profils sociaux chez les consommateurs, avec différents degrés d'insertion sociale. En effet, parmi les 200 consommateurs de crack rencontrés (86% d'hommes), la moitié a un logement stable (47,5%), tandis qu'un quart vit dans des conditions provisoires au moment de l'enquête (28%) et qu'un quart est sans domicile (24,5%). Plus de la moitié ont une activité intermittente ou un petit job (58,6%), et presque 10% (9,1%) ont une activité rémunérée continue. Un quart d'entre eux par contre est inactif -sans revenus issus de l'emploi, ni retraité, ni étudiant - (26,8%). Six usagers sur dix tirent leurs ressources de l'emploi et 17% déclarent des ressources issues d'activités « illégales » (revente de médicaments, prostitution...)¹¹⁵. Les usagers quotidiens actuels (tous les jours au cours du dernier mois) représentent 62,5% de la population, pendant qu'un quart (25,5%) ont consommé deux à six fois par semaine sur la même période.

Cependant, une étude similaire conduite en Guadeloupe décrit une population d'usagers de crack pour laquelle les indicateurs de grande précarité sont plus importants qu'en Martinique¹¹⁶ : par rapport à l'échantillon martiniquais, l'échantillon guadeloupéen est plus jeune (37 ans en moyenne), le nombre d'usagers sans domicile est plus important, ainsi que celui des personnes sans emploi.

¹¹¹ C'est également le cas de 14,6% des usagers de drogues parisiens qui n'utilisent pas le crack, parmi lesquels on compte de migrants en situation irrégulière, mais de 7,9% de l'ensemble des usagers français des CAARUD. Cadet-Taïrou (A), 2012, op.cit.

¹¹² Cadet-Taïrou (A), 2012, op.cit.

¹¹³ Jauffret-Roustide (M), Le Strat (Y), Couturier (E), Thierry (D), Rondy (M), Quaglia (M), Razafandratsima (N), Emmanuelli (J), Guibert (G), Barin (F), Desenclos (JC), « A national cross sectional study among drug users in France », *BMJ Infectious Diseases*, 9, 2009, 113-124.

¹¹⁴ Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, *Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux*, 2008, 64 pages.

¹¹⁵ Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, 2008, op.cit., p.23.

¹¹⁶ Ferdinand (S), Théodore (M), *Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe*, Observatoire de la santé de la Guadeloupe, 2008, 42 pages.

En termes de prévention, il est utile de souligner que le contexte de l'initiation au crack aux Antilles diffère de celui qui est observé en métropole : pour la majorité des usagers, la première prise s'effectue sous forme de « black joint », mélange de crack et d'herbe de cannabis, ou de crack et de tabac, roulé en forme de joint (57,5% en Martinique et 49% en Guadeloupe)¹¹⁷. A noter enfin chez ces consommateurs de crack des départements d'Outre-Mer : 10% des Guadeloupéens et 2% des Martiniquais interrogés ont consommé du crack avant même de consommer du cannabis.

L'extraction des données relatives aux crackers des départements français d'Amérique (Antilles et Guyane) dans l'étude conduite en 2008 auprès des files actives des CAARUD confirme ces constats¹¹⁸. La moyenne d'âge des usagers est élevée (37 ans en Guadeloupe, 38 ans en Guyane, 41 ans en Martinique). Contrairement aux crackers parisiens, la proportion de femmes est faible (11% en Martinique, 14% en Guadeloupe, 20% en Guyane). Les niveaux de précarité apparaissent variables selon les territoires. En Martinique, l'usage est majoritairement le fait de personnes en grande difficulté sociale, mais la situation semble en moyenne moins extrême qu'en Guyane, où les consommateurs vivent dans des conditions encore plus précaires que celles qui sont observées dans les Antilles (les données extraites d'ENa-CAARUD 2008 sont similaires en ce qui concerne le logement et l'emploi à celles obtenues par l'enquête CAME deux ans plus tôt). En Guyane, il semble que la population errante ou marginalisée constitue l'essentiel des consommateurs de crack. Une grande partie de ces usagers précaires viennent d'ailleurs des pays limitrophes. Plus de la moitié des usagers vus dans les CAARUD en 2008 sont sans domicile ou vivent en squat. Pratiquement la moitié (48%) est sans ressource et presque autant n'ont aucune protection sociale.

Les usagers de crack d'Antilles et Guyane présentent deux différences notables par rapport aux usagers métropolitains : la quasi absence des pratiques d'injection d'une part, et l'absence d'usage d'opiacés d'autre part. Les consommations associées se concentrent sur le cannabis et l'alcool.

En Martinique ou en Guadeloupe (comme en Métropole), la plupart des usagers de crack sont réticents à se rapprocher des structures socio-sanitaires spécialisées ou même d'un médecin. Pourtant, selon l'enquête menée en Guadeloupe¹¹⁹, les trois quarts d'entre eux souhaiteraient arrêter l'usage du crack.

3.5. Avantages et désavantages associés à l'usage de cocaïne basée par les consommateurs eux-mêmes

Selon les usagers de crack ou free-base rencontrés en Belgique par Tom Decorte, trois principaux avantages sont associés à l'usage de cocaïne basée par voie fumée¹²⁰ : l'effet ressenti est beaucoup plus intense que la consommation de chlorhydrate de cocaïne par voie nasale ; il procure plus de plaisir ; et le produit est perçu comme moins coupé que le chlorhydrate (en langue anglaise, la cocaïne basée porte entre autres le nom de « cleaned coke », qui fait référence à l'idée que les produits de coupe ont été éliminés lors de la transformation de la poudre en caillou).

¹¹⁷ Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, 2008, op.cit., p.30.

¹¹⁸ Cadet-Taïrou (A), « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Pousset (M) -sous la direction de-, *Cocaïne : données essentielles*, OFDT, 2012, 232 pages, p.87-94.

¹¹⁹ Ferdinand (S), Théodore (M), 2008, op.cit..

¹²⁰ Decorte (T), *The Taming of cocaine*, Bruxelles, VUB University Press, 2000, p.163.

Les usagers de free-base qui témoignent dans l'étude française expliquent en effet que l'administration en free-base transforme radicalement les effets de la cocaïne : un usager compare même la sensation ressentie à « un coup de fusil derrière la nuque »¹²¹, ainsi qu'à la montée d'adrénaline qui peut être éprouvée avec les jeux d'argent ou lors d'une rixe. Les sensations recherchées et ressenties sont finalement assez proches des discours connus sur les effets de l'injection de cocaïne : on retrouve les termes de « flash » ou de « rush », qui désignent une sensation de montée violente, une explosion soudaine de plaisir, des bouffées de chaleur, ainsi qu'une sensation de bien-être et de détente, ce qui rappelle aussi les discours habituellement entendus au sujet de l'usage d'héroïne. La sensation du rush explique l'attrait pour le produit chez les amateurs de cocaïne basée, mais la violence de cette sensation constitue également souvent, à l'inverse, la raison qui conduit certains expérimentateurs à ne pas recommencer.

A l'opposé des raisons qui incitent à consommer, les désavantages les plus souvent cités par les usagers de cocaïne basée rencontrés en Belgique sont au nombre de six¹²² : la pratique est addictive ; elle est onéreuse ; la préparation (dans le cas du free-base) est compliquée ; l'usage est dangereux pour la santé ; il produit des effets négatifs sur le plan psychique ; l'usage est mauvais pour les poumons.

Dans l'étude française, les désavantages associés à la cocaïne basée se résument par un triptyque¹²³ : désir irrésistible, renfermement sur soi et crispation physique et mentale. Le « désir irrésistible » conduit à enchaîner les prises jusqu'à épuisement des réserves, tandis que le renfermement sur soi et la crispation physique et mentale conduisent à une absence de communication ou des attitudes agressives, un refus du partage et de la suspicion éprouvée envers les autres. L'obnubilation pour le produit et sa préparation conduit même certains usagers à comparer le pouvoir de leur caillou de cocaïne au pouvoir de l'Anneau de JRR Tolkien : le caillou est nommé « mon Précieux », et l'effet du produit est appelé « l'effet Golum »¹²⁴. « Effet brutal », « produit glauque », « ambiances sombres » sont les mots que les usagers de cocaïne basée qui en ont cessé la pratique au moment de l'enquête utilisent pour évoquer l'effet du produit. Le sentiment de perte de contrôle est particulièrement mis en exergue par ces consommateurs de cocaïne basée, et souvent associé à un retrait de la vie sociale et une coupure avec son environnement personnel non consommateur. Dans un article paru en 2004, les consommateurs de crack américains qualifient leur substance de prédilection avec des mots aussi noirs et violents que dans notre étude conduite en France : « pure evil », « sucking the devil's dick », « the more you lose, the more grateful you are to the fucking drug », « this damn thing », « the drug of destruction »...¹²⁵

¹²¹ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives*, Saint Denis, OFDT, 2010, p.77.

¹²² Decorte (T), *The Taming of cocaine*, Bruxelles, VUB University Press, 2000, p.164.

¹²³ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), 2010, op. cit., p.114-115.

¹²⁴ Nommer le désir irrésistible de la cocaïne basée « l'effet Golum » est une référence à l'œuvre de JRR Tolkien « Le seigneur des Anneaux ». Golum ne peut pas survivre sans l'anneau de puissance, qu'il nomme « mon Précieux ». L'obnubilation de ce personnage pour son « précieux » s'est traduite par une amplification des traits négatifs de sa personnalité ainsi qu'un dédoublement de celle-ci, une exclusion de sa communauté du fait de conduites inacceptables, un renfermement sur lui-même, et une modification de son apparence physique (il est devenu laid et recroquevillé).

¹²⁵ Trujillo (J), « An Existential Phenomenology of Crack Cocaine Abuse », *Janus Head*, 7 (1), 2009, 167-187.

4. Réduction des risques associés à la consommation de cocaïne basée

L'exposé des données cliniques a montré que la réduction des risques infectieux était importante pour les personnes qui consomment de la cocaïne basée : l'injection à risque de transmission d'infection constitue une préoccupation majeure, mais le fait de fumer la cocaïne basée comporte aussi des risques pour la santé.

En ce qui concerne la réduction des risques infectieux, il faut rappeler que le fait de fumer du crack a été identifié comme facteur possible de risque de transmission du VIH et du VHC : des recherches ont démontré que l'infection à VHC parmi les personnes qui fument du crack ou de la cocaïne mais qui signalent ne s'en être jamais injecté, est beaucoup plus prévalente que dans l'ensemble de la population¹²⁶. Une recherche canadienne a démontré que le VHC peut être présent sur des pipes à crack collectées peu de temps après utilisation par une personne séropositive au VHC et qui a des plaies buccales¹²⁷. La transmission du VHC chez les usagers de crack est ainsi liée à l'utilisation de pipes en verre qui provoquent des brûlures et des coupures aux lèvres et aux mains, portes d'entrée pour la transmission des virus¹²⁸.

Les risques pulmonaires peuvent être majorés lorsque le caillou de cocaïne base est insuffisamment rincé après une préparation artisanale (dépôt d'ammoniaque sur le caillou).

La réduction des dommages psychologiques et sociaux pour les personnes non désireuses ou dans l'incapacité d'arrêter la consommation passe également par une éducation d'un usage à moindre risque pour la santé.

4.1. Le « Kit Crack »

Pour limiter la contamination par les hépatites chez les usagers de crack, un outil de réduction des risques a été conçu par le « Collectif inter-CAARUD sur le crack ». Il s'agit d'un kit qui comprend un tube pyrex, plus solide et moins conducteur de chaleur que le verre, deux embouts, deux paquets de grilles qui servent de filtres, une baguette en bois, deux sachets de crème hydratante, trois tampons alcoolisés et un dépliant de prévention. Les grilles plates remplacent le filtre en fil de cuivre habituellement utilisé et qui est source de plaies pour les doigts et les mains. Le tube en pyrex remplace quant à lui les doseurs à pastis en verre généralement utilisés en guise de pipe¹²⁹.

¹²⁶ Tortu (S), Neaigus (A), Mac Mahon (J), Hagen (D), « Hepatitis C among non injecting drug users : a report », *Substance Use and Misuse*, 36 (4), 2001, 523-534 ; Tortu S, Mac mahon JM, Pouget ER, Hamid R, « Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for Hepatitis C », *Substance Use and Misuse*, 39(2), 2004, 211-224.

¹²⁷ Fischer (B), Powis (J), Firestone (CM), Rudzinski (K), Rehm (J), « HepatitisC virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia ». *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20 (1), 2008, 29-32.

¹²⁸ Jauffret-Roustide (M), Rondy (M), Oudaya (L), Guibert (G), Semaille (C), Pequart (C), et le collectif inter-CAARUD sur le crack. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites. BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm

¹²⁹ Jauffret-Roustide (M), Rondy (M), Oudaya (L), Guibert (G), Semaille (C), Pequart (C), et le collectif inter-CAARUD sur le crack. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour

La distribution de matériel de prévention comme le kit crack a déjà été mise en œuvre dans d'autres pays et est ainsi reconnue comme une nécessité par les spécialistes de la réduction des dommages¹³⁰. Une évaluation du programme de distribution de trousse pour un usage à moindre risque du crack a été réalisée à Ottawa : avec le temps, on a observé chez les personnes qui ont utilisé le programme une modification graduelle des comportements allant dans le sens de la réduction des risques de transmission du VIH et du VHC. On a observé une diminution importante de la fréquence à laquelle les personnes qui partageaient des pipes à crack le faisaient « à chaque fois » : de 37 % après six mois de fonctionnement du programme à 13% un an plus tard. De plus, parmi les personnes qui avaient déclaré s'injecter des drogues au début de la recherche, le programme de distribution de ces trousse a été associé à un déclin significatif de l'injection de drogue et à une hausse significative de l'usage de crack fumé. Les auteurs de l'étude ont conclu à la présence de données témoignant du « passage d'un mode de consommation à risque élevé [s'injecter de la drogue], à une autre méthode dont le risque est moindre [la fumer] »¹³¹. Le rapport complet d'évaluation du programme d'usage à moindre risque du crack à Ottawa a été publié dès 2006 et insiste également sur les difficultés rencontrées par le programme : manque de matériel en quantité suffisante pour répondre aux demandes et difficultés du travail de rue du fait de l'intervention de la police¹³².

Une évaluation qualitative de deux programmes similaires a également été conduite au Canada, dans la ville de Victoria. Les usagers qui ont recours aux programmes connaissent un réel bénéfice du point de vue sanitaire, mais des barrières sont également identifiées : ressources financières limitées pour chaque programme, manque de matériel de réduction des risques en quantité suffisante et interventions de la police¹³³.

Il faudra cependant estimer l'acceptabilité d'un tel kit dans les populations plus insérées que celles des crackers très marginalisés vivant dans l'espace public. Les évaluations positives des programmes canadiens de distribution de matériel qui viennent d'être citées concernent effectivement un public marginalisé. Lors de la rencontre professionnelle organisée par le CRIPS en 1995 ¹³⁴, a été diffusé un extrait du film « N'oublie pas que tu vas mourir » de Xavier Beauvois (prix spécial du Jury au festival de Cannes 1995), le compte-rendu écrit de la rencontre cite une conversation issue de ce film entre un usager de crack confirmé et un novice auquel le premier apprend à baser la cocaïne et à fabriquer une pipe artisanale avec une bouteille : « (...) Là je fais un petit trou dans la bouteille et je passe la pipe. Comme ça, si tu as les stups qui débarquent chez toi, c'est une bouteille, c'est tout. Ca, ce n'est pas une preuve. Avec la bouteille, tu es tranquille »¹³⁵.

d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites, BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm

¹³⁰ Réseau Juridique Canadien VIH/Sida, « La distribution de trousse pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada », 2008, 10 pages, <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1391>.

¹³¹ Leonard (L), DeRubeis (E), Pelude (L), Medd (E), Birkett (N), Seto (J), "I inject less as I have easier access to pipes. Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed, *International Journal of Drug Policy*, 19, 2008, 255-264.

¹³² Leonard (L), DeRubeis (E), Birkett (N), *Santé Publique Ottawa. Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Rapport d'évaluation*, Département d'Epidémiologie et de médecine sociale, 2006, 83 pages.

¹³³ Ivsins (A), Roth (E), Nakamura (N), Krajden (M), Fischer (B), "Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada. A qualitative exploration", *International Journal of Drug Policy*, 22, 2011, 292-300.

¹³⁴ CRIPS, *Le crack de l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve*, 21^e rencontre du CRIPS, 1995, 68 pages.

¹³⁵ CRIPS, 1995, op.cit., p. 8.

4.2. Des usagers relais pour diffuser l'information auprès des consommateurs de crack

En 1995 (...il y a 17 ans déjà...), les professionnels de la Réduction des Risques évoquaient déjà l'intérêt de former des usagers relais pour diffuser l'information de réduction des risques auprès des consommateurs de cocaïne basée, notamment ceux qui ne sont pas en contact avec le dispositif spécialisé¹³⁶. Les intervenants britanniques de la structure « Turning Point », fréquentée par de nombreux utilisateurs de cocaïne basée, recommandent également l'intervention par les pairs en ce qui concerne la prévention des risques liés à l'usage de crack¹³⁷.

Au Brésil, l'évaluation qualitative de 5 programmes de réduction des risques spécifiquement adressés aux usagers de crack a été réalisée entre 2002 et 2005¹³⁸. Ces programmes pilotes sont essentiellement basés sur l'éducation par les pairs, chaque coordinateur de programme étant lui-même usager actif de cocaïne et/ou crack, et les usagers-relais travaillant dans chaque équipe étant également usager ou ex-usager de cocaïne. Les programmes sont avant tout basés sur l'éducation par les pairs et le travail de rue, mais comprennent également la distribution de matériel stérile (de type kit crack), des séances d'apprentissage de la consommation à moindre risque, de plaquettes d'information, et d'autres matériels de prévention comme des préservatifs.

L'évaluation montre les réussites attribuables aux programmes, mais également les freins qui les empêchent d'être totalement efficaces. En premier lieu, l'évaluation montre une augmentation des pratiques de consommation à risques réduit, ainsi qu'un accès augmenté aux soins pour la santé, aux prestations sociales et au soutien psychologique. Les obstacles à une totale efficacité du programme sont principalement de deux ordres : d'abord, la législation sur les drogues rend difficile le travail de rue ; mais surtout, les difficultés de financement complexifient énormément le travail d'éducation par les pairs, car le manque d'alternative offert aux usagers relais conduit à de fortes rotations des équipes (plus de 60% des équipes quittent le programme avant la fin d'une année), et la formation des nouveaux venus doit ainsi être constamment renouvelée.

A Vancouver, un programme de réduction des risques de l'usage du crack qui s'appuie sur l'éducation par les pairs a été décrit et évalué en 2008¹³⁹. En plus d'une distribution de matériel à usage unique et de brochures d'information similaire à celle des autres programmes ayant le même objet, l'originalité du projet SCORE a été de construire une stratégie d'éducation par les pairs basée sur les femmes. Les auteurs justifient la place prépondérante des femmes dans leur dispositif : beaucoup de femmes qui utilisent du crack sont victimes de violence, de maladies et de stigmatisation sociale ; beaucoup d'entre elles survivent grâce au commerce du sexe et sont dépendantes des hommes (leur partenaire, leur proxénète) ; les femmes ont généralement moins d'opportunités de s'investir dans des projets et d'y tenir un rôle central comparativement à leurs homologues masculins ; les femmes ont besoin d'un lieu sûr pour parler librement de leur usage de crack et ont besoin d'alternatives au travail du sexe ; parmi les usagers de crack, les femmes sont désavantagées (par exemple, elles consomment souvent en seconde position).

¹³⁶ CRIPS, *Le crack de l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve*, 21^e rencontre du CRIPS, 1995, 68 pages, p.54.

¹³⁷ Turning Point, *The crack report*, 2005, 28 pages..

¹³⁸ Domanico (A), Malta (M), *Implementation of Harm reduction toward Crack users in Brazil : Barriers and Achievements*, *Substance Use and Misuse*, 47, 2012, 535-546.

¹³⁹ Johnson (J), Malchy (L), Mulvoque (T), Moffat (B), Boyd (S), Buxton (J), Bungay (V), Loudfoot (J), *Lessons learned from the SCORE project : a document to support Outreach and Education related to safer crack use*, Nursing and Health Behavior Research Unit - NEXUS, 2008, 61 pages.

L'originalité du programme est d'avoir recruté ces femmes usagers relais et de les avoir investies en amont du travail auprès de leurs pairs : des « kits-making circles » sont organisés. Ces réunions ont pour objet d'assembler les kits en une trousse unique (en rassemblant les pièces qu'elles contiennent : pipe à crack, grille, baume pour les lèvres, briquets, préservatifs, plaquettes d'information,...) et d'offrir un espace pour consulter les femmes sur le contenu des kits et leur distribution. Ces femmes sont rémunérées pour réaliser ce travail, et s'y investissent volontiers car cela leur permet de se détacher du commerce du sexe. Environ 200 femmes ont été recrutées, âgées de 20 à 60 ans. En moyenne, 12 « cercles » ont été constitués chaque mois. Chacun d'entre eux dure une heure de temps et investit 4 femmes accompagnées par deux membres de l'équipe du projet SCORE. L'assemblage du kit favorise ainsi un temps de discussion permettant à ces femmes de s'informer (usage à risques et à moindre risques, ressources), de partager leur savoir et d'harmoniser l'information qu'elles vont délivrer à leurs pairs. Elles constituent ensuite les équipes de rue qui vont au devant des consommateurs.

Plusieurs éléments à la suite de ce programme sont à mettre en valeur :

- Les 200 femmes qui ont participé aux « kits-making circles » ont progressivement toutes quitté leur mode de vie antérieur. La réunion des cercles leur confère un espace libre de paroles et de rencontres qui a favorisé cette rupture.
- Les cercles leur ont permis de gagner de l'argent légalement relatif au travail de manutention mais aussi à leur travail d'expertise sur la constitution du kit et sa distribution.
- Le soutien social entre ces femmes s'est accru, et notamment des plus âgées vis-à-vis des plus jeunes.
- Un sentiment communautaire est né entre ces femmes, et chacune se sent mieux soutenue par son entourage.
- Enfin, le rapport insiste également sur l'excellent accueil des usagers auxquels ces femmes ont fourni kits et information.

En dernier lieu, comme les autres programmes, le projet Score souligne les difficultés créées par une trop faible disponibilité du matériel à distribuer.

4.3. La consommation de cocaïne basée dans une salle de consommation à moindre risque

Les salles de consommation à moindre risque se sont d'abord implantées en Suisse (1988), puis aux Pays-Bas et en Allemagne (1994), ainsi qu'en Espagne (2000). Conçues au préalable pour permettre des injections à risques réduits, elles se sont rapidement trouvées confrontées à la nécessité d'ouvrir leurs locaux à la consommation de drogues par le biais d'autres voies d'administration.

Au début des années 2000, plusieurs villes suisses qui disposent d'une salle d'injection à moindre risque sont de plus en plus souvent confrontées à la consommation de cocaïne base en inhalation ; mais cette forme de consommation n'était pas admise dans les locaux dédiés à l'injection, non prévus pour accueillir les personnes qui sniffent ou qui inhalent. Les locaux d'injection ne pouvant pas accueillir ces personnes, celles-ci se retrouvaient devant la porte, ne manquant pas de constituer ce que le voisinage a rapidement qualifié de « scène ouverte ».

Les risques d'infection associés à l'usage de cocaïne basée justifiant pleinement l'ouverture de lieux de consommation à moindre risque pour ce type de consommateurs, plusieurs villes

suisses leur ont successivement ouverts leurs structures de consommation auparavant restreintes aux personnes pratiquant l'injection. « Cette évolution a certainement été facilitée grâce à une nouvelle argumentation par les responsables des offres de réduction des risques. Autrefois essentiellement orientées sur la défense des intérêts des consommateurs et de leur santé, les offres de réduction des risques intègrent aujourd'hui plus facilement les intérêts de l'ensemble de la population (pas de scène ouverte, moins d'inconvénients visuels ni dérangements (...)). Les concepts de réduction des risques actuels sont donc un savant dosage entre les impératifs de santé publique et de politique sociale et ceux de l'ordre public »¹⁴⁰.

4.4. Des conseils de bons sens

Des conseils de bon sens diffusés par les auto-supports et les associations culturelles proches des consommateurs

L'association culturelle Techno Plus tient à disposition des usagers de drogues des documents de prévention thématiques, dont l'un est consacré à la cocaïne et comporte des conseils spécifiquement destinés aux consommateurs de free-base¹⁴¹. Après avoir averti les utilisateurs de la forte dépendance qu'implique l'usage de cocaïne basée, des risques pour la santé et des effets qu'ils doivent s'attendre à ressentir, les conseils de réduction des risques insistent sur plusieurs aspects :

- Lors d'une préparation artisanale à l'ammoniaque, il est nécessaire de rincer plusieurs fois le caillou de crack avec de l'eau renouvelée à chaque bain (pour réduire les effets négatifs de l'ammoniaque : nausées, maux de tête, graves irritations de l'appareil respiratoire).
- Contrairement à l'usage le plus répandu (préparation à l'ammoniaque), la préparation au bicarbonate de soude est moins nocive : elle permet l'obtention de cailloux moins gros, mais moins porteurs de résidus toxiques.
- Il faut éviter de laisser traîner sa bouteille d'ammoniaque, et a fortiori la conserver dans une bouteille d'eau (éviter les absorptions accidentelles).

L'association Le Tipi propose également un document de prévention spécifique au crack¹⁴², en soulignant bien que la préparation cocaïne + ammoniaque ou bicarbonate de soude est identique au crack. Ce document n'aborde pas la réduction des risques liés à la technique de préparation, comme le fait Techno Plus, mais se centre plutôt sur les moyens de réduire les risques d'accident et les risques de décrochage avec la vie sociale, malgré la consommation de cocaïne basée. Comme c'est le cas pour le document de Techno Plus, ces conseils sont précédés d'une description des effets et des risques pour la santé.

- Eviter de prendre du crack avec d'autres stimulants
- Prendre de l'alcool et fumer du crack est très nocif pour le foie (et la mémoire) et augmente les effets négatifs de la descente
- Une grosse consommation de tabac conjointement augmente les risques de troubles cardiaques
- Eviter de conduire car la combativité est exagérée après une prise de crack (ou de cocaïne), malgré l'impression de « dominer » ou de « maîtriser » la situation

¹⁴⁰ Moeckli (C), « La cocaïne : mise à l'épreuve du dispositif d'aide d'une petite ville », *Dépendances/GREAT*, 18, 2002, 18-21.

¹⁴¹ Techno Plus, « Coke », Flyer de Prévention, 2010.

¹⁴² Le Tipi, « Le crack », Flyer de prévention, <http://www.letipi.org/spip.php?article73>

- Résister à l'envie de retrouver la sensation de montée immédiatement et essayer d'éviter de prendre ce produit de façon régulière

Des conseils diffusés par les organismes légitimes de prévention et de réduction des risques

Des structures dédiées à la prévention et à la réduction des risques diffusent également des conseils de bon sens destinés aux usagers de cocaïne basés.

INPES (France)

La brochure de l'INPES « 24 réponses sur la Cocaïne. Cocaïne poudre, free-base (crack) » fait le point sur les risques et les préjugés associés à la consommation de cocaïne. Cependant, rien n'est mentionné pour réduire les risques pris par les consommateurs actifs, si ce n'est de ne pas partager son matériel¹⁴³.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (Canada)

A Toronto, le Centre de toxicomanie et de santé mentale diffuse un document conseil intitulé « Le crack : parlons franchement ». Après avoir répondu à une série de questions communes sur le sujet (qu'est ce que le crack ? Pourquoi fume t on du crack ? Le crack peut-il créer une dépendance ? J'ai déjà fumé du crack sans que rien de grave ne m'arrive : est ce que ça signifie que je peux maîtriser ma consommation ? Qu'arrive t il lorsqu'on cesse de consommer du crack ? Je veux cesser de consommer du crack : comment faire ?), le document revient sur les conseils adressés aux consommateurs actifs : utiliser une pipe en pyrex ; utiliser une grille pour les pipes à haschisch ; utiliser toujours sa propre pipe ; protéger ses lèvres ; éviter l'alcool et les autres drogues ; interrompre et limiter sa consommation ; ne pas oublier de manger, de boire et de dormir ; payer son loyer, ses factures et ses notes d'épicerie avant tout ; avoir des préservatifs sous la main ; trouver un programme de réduction des risques en s'informant auprès d'un centre de santé communautaire ou d'un bureau de santé publique pour savoir si ce genre de programme est offert à proximité¹⁴⁴.

Des conseils de bon sens rassemblés auprès d'usagers de cocaïne dans le cadre d'une étude qualitative

L'étude française réalisée auprès des usagers de cocaïne inconnus du système socio sanitaire en 2007-2008 rapporte les conseils que les usagers de cocaïne donneraient à des pairs pour maintenir un usage contrôlé du produit¹⁴⁵. Notons que le premier conseil donné est de préférer l'usage par voie nasale plutôt que de fumer du free-base, mais les autres aspects intéressent tous consommateurs de cocaïne, quelle que soit la voie d'administration privilégiée.

- Ne pas organiser ses moments de consommation à l'avance (privilégier « l'occasion » au cours d'une fête plutôt que préméditer des fêtes systématiquement accompagnées de cocaïne)
- Maîtriser son budget

¹⁴³ INPES, « 24 réponses sur la cocaïne. Cocaïne poudre, free-base (crack) », 2009, 28 pages.

¹⁴⁴ Lester (M), Tschakovsky (K), « Le crack : parlons franchement », Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, 2006, 2 pages.

¹⁴⁵ Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives*, Saint Denis, OFDT, 2010, p.172-186.

- Contrôler l'accessibilité
- Rompre avec les contacts qui permettent un accès continu à la cocaïne (d'ailleurs, toutes les personnes rencontrées dans cette étude qui ont vécu avec un dealer, colocataire ou petit ami, ont connu une période de perte de contrôle)
- Eviter de servir d'intermédiaire dans les transactions de l'achat ou de financer sa consommation par la revente : les « petits cadeaux » pour remercier de servir d'intermédiaire rendent plus difficile la maîtrise de sa fréquence de consommation et des doses consommées
- Eviter l'usage solitaire, préférer la consommation collective
- Distinguer le temps festif du temps social et professionnel
- Conserver un ancrage social auprès de non consommateurs
- Rester attentif aux motivations de sa consommation.

Ils insistent également sur l'importance de l'imbrication des principes de l'usage modéré pour favoriser le contrôle de l'usage, et sur le fait que l'affaiblissement d'un seul principe peut être péjoratif pour le maintien d'un contrôle : par exemple, utiliser seulement le cadre festif pour imposer des limites à sa pratique peut être efficace, mais peut conduire également à sortir dans le but de consommer et donc à augmenter sa consommation sans pour autant rompre le principe d'une consommation exclusivement dans un cadre festif.

4.5. La réduction des risques spécifiquement adressée aux injecteurs

Si la cocaïne basée est principalement fumée, la promotion de la réduction des risques auprès des consommateurs ne doit pas s'affranchir d'une diffusion des bonnes pratiques en matière d'injection. D'abord, une minorité injecte de la cocaïne basée, ou à défaut injecte les résidus restant dans la pipe à crack ; ensuite, l'injection de buprénorphine (Subutex®) est fréquente chez les crackers précarisés visibles dans l'espace public ; enfin, la consommation d'héroïne, qui peut être injectée, s'insère facilement dans les parcours de consommateurs de cocaïne basée, car elle permet d'apaiser le craving qui suit la fin d'une session de prises multiples de free-base/crack.

Le partage des seringues souillées est le premier facteur de transmission du VIH/sida et des hépatites. Le partage du matériel d'injection est aussi un facteur majeur de transmission des hépatites. Des kits d'injection stériles à usage unique spécifiquement adressés aux injecteurs de drogues sont disponibles sur le marché et accessibles gratuitement dans les structures de réduction des risques (Steribox®, Stericup®, Sterifilt®). Un guide à l'attention des professionnels détaille particulièrement les préconisations pour la réduction des risques auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse¹⁴⁶. L'association ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) a également produit un « manuel du shoot à moindre risque »¹⁴⁷.

Enfin, comme déjà mentionné, il a été démontré que la distribution de pipes à crack réduit le nombre d'injection chez les usagers qui cumulent habituellement les deux pratiques¹⁴⁸.

¹⁴⁶ CRIPS Ile de France, INPES, *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues : document pour les professionnels en contact avec les usagers*, 2009, 72 pages.

¹⁴⁷ ASUD, « Manuel du shoot à moindre risque », 32 pages.

¹⁴⁸ Leonard (L), DeRubeis (E), Pelude (L), Medd (E), Birkett (N), Seto (J), "I inject less as I have easier access to pipes. Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed, *International Journal of Drug Policy*, 19, 2008, 255-264.

4.6. Estimer le caractère problématique de son usage de cocaïne basée

Des questionnaires d'évaluation du craving ont été élaborés par des cliniciens¹⁴⁹, qui permettent de compléter les éléments obtenus en interrogeant l'historique des consommations. Des auto-questionnaires pourraient éventuellement être construits sur cette base, pour inciter d'éventuels consommateurs à chercher de l'aide auprès du dispositif spécialisé.

Eléments de conclusion

De nombreuses données de contexte sont actuellement disponibles et permettent de bien cerner les spécificités des différents profils d'usagers de cocaïne. L'usage de cocaïne base apparaît comme un problème important de santé publique, en termes de risques infectieux (prises de risques sexuels, transmission des hépatites par le matériel de consommation) et en termes de dommage psycho-sociaux (problèmes économiques, difficultés à gérer la vie sociale et affective). L'aspect initiatique de l'usage de cocaïne base apparaît comme attirant pour les jeunes usagers de drogues, notamment ceux qui ont une pratique régulière de la consommation de cocaïne par voie nasale.

Les expériences de réduction des risques conduites auprès des usagers de cocaïne basée (distribution de kits crack, travail de rue, éducation par les pairs, mise à disposition de lieux de consommation à moindre risque) ont pour point commun d'avoir permis une réduction des pratiques à risques et un accès augmenté au système de soins. Cependant, la précarité financière de ces programmes et les difficultés de collaboration avec la police rendent le travail difficile. Il faut particulièrement mettre en valeur le programme SCORE, au Canada, qui a créé un programme original de réduction des risques en choisissant seulement des femmes comme usagers-relais¹⁵⁰. En France, le « Collectif Inter CAARUD sur le crack » a mis en œuvre une politique active de réduction des dommages auprès des usagers de qui fréquentent ces structures spécialisées. Toutefois, l'ensemble de ces programmes de réduction des risques concerne avant tout une population marginalisée visible dans l'espace public et non pas les consommateurs socialement insérés. Les études récentes réalisées en France et en Belgique montrent pourtant les liens importants qui existent entre l'usage du free-base et les pratiques festives, et le fait qu'une partie importante des consommateurs concernés ne sont pas pour autant en lien avec les structures de soins spécialisées dans la prise en charge des addictions. D'autre part, la problématique de l'usage des stimulants, et notamment du free-base, dans la communauté gay mériterait sans doute d'être explorée et prise en compte dans le cadre de la prévention, du repérage et de la réduction des dommages adressés aux usagers de cocaïne basée.

La réduction des risques spécifiquement liée à l'usage du free-base se diffuse dans les cercles festifs alternatifs (rave-party-, free-party) grâce aux informations diffusées par les associations culturelles et les structures oeuvrant dans la prévention en milieu festif, mais des points d'ombre en termes d'accès à la population restent prégnants : par exemple, méconnaissance des usages de free-base dans les populations de jeunes à forte pratiques festives qui ne fréquentent

¹⁴⁹ Vorspan (F), Lépine (JP), « Mesures du craving pour la cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 42-48.

¹⁵⁰ Johnson (J), Malchy (L), Mulvoque (T), Moffat (B), Boyd (S), Buxton (J), Bungay (V), Loudfoot (J), *Lessons learned from the SCORE project : a document to support Outreach and Education related to safer crack use*, Nursing and Health Behavior Research Unit - NEXUS, 2008, 61 pages.

pas le milieu festif alternatif mais plutôt les lieux dits commerciaux (clubs, boîtes de nuit,...), ou encore méconnaissance des pratiques et des problématiques spécifiques de l'usage du free-base dans le cadre d'une sexualité multiple à haute prise de risques, notamment dans la communauté gay.

Comment effectuer une prévention efficace auprès des populations les plus à risques ? Quels sont les signes qui permettent de repérer des usagers de free-base qui auraient besoin d'aide et de conseils ? Comment réduire les dommages associés à la pratique chez les consommateurs actifs et les inciter à adopter une politique de préservation de leur santé ?

Comme le souligne Bertrand Lebeau, « La réduction des risques est loin d'avoir toutes les solutions aux questions inédites que posent ces consommations, en particulier les plus lourdes et les plus chaotiques. Mais en restant fidèle à ses valeurs, pragmatisme, innovation, alliance avec les usagers, elle est capable de répondre à ce nouveau défi »¹⁵¹.

¹⁵¹ Lebeau (B), « La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne », *THS La Revue*, vol.4, n°13, 2002, 737-739.

Annexe. Comment préparer le free base : extraire une galette de crack à partir de la poudre de cocaïne

Deux techniques permettent de préparer du free-base : l'une utilise de l'ammoniaque pour « libérer la base », tandis que l'autre utilise du bicarbonate de soude. La technique au bicarbonate de soude semble largement connue mais elle est pourtant moins pratiquée. La plus observée et la plus citée est celle qui utilise l'ammoniaque. Plus simple d'utilisation selon les consommateurs, l'ammoniaque serait souvent employée en free party, aux alentours de festivals ou de concerts. A la fin de la préparation, le caillou obtenu est souvent insuffisamment rincé, ce qui s'expliquerait soit par une impatience à consommer soit par une méconnaissance des risques. Dans ce cas, il y a également plus d'inhalation de vapeurs d'ammoniaque¹⁵². Dans l'étude belge conduite à Anvers, les consommateurs privilégient également la préparation à l'ammoniaque¹⁵³.

Decorte décrit précisément la technique utilisée pour préparer le free-base à partir de la poudre de cocaïne¹⁵⁴.

Préparation à l'ammoniaque

- Mettre la cocaïne dans une cuillère
- Ajouter de l'ammoniaque jusqu'à ce que la cocaïne soit submergée
- Chauffer brièvement la cuillère avec un briquet, une bougie, une plaque électrique ou à gaz
- Agiter la préparation avec un couteau froid jusqu'à ce que la cocaïne contracte
- Absorber l'ammoniaque avec un tissu (ou un papier toilette, ou un filtre à café)
- Rincer le caillou avec de l'eau puis le sécher OU faire bouillir le caillou dans de l'eau, puis absorber l'eau avec un tissu
- Casser le caillou obtenu en plusieurs morceaux

Préparation au bicarbonate de soude

- Diviser la cocaïne en deux parts
- Ajouter l'équivalent d'une part de bicarbonate de soude
- Ajouter de l'eau et chauffer brièvement
- Prélever un petit caillou avec un couteau
- Vider l'eau
- Chauffer brièvement à nouveau
- Retirer le caillou restant

¹⁵² Balmas (L), « Note thématique sur l'usage de cocaïne basée à Marseille. Réseau TREND », GRVS/AMPTA, octobre 2011, non publié.

¹⁵³ Decorte (T), *The Taming of cocaine*, Bruxelles, VUB University Press, 2000, p.194.

¹⁵⁴ Decorte (T), 2000, op. cit., p.180-185.

Bibliographie

Articles scientifiques

Beck (F), Guignard (R), Richard (JB), Tovar (ML), Spilka (S), « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre Santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 1-6.

Beck (F), Legleye (S), Spilka (S), Briffault (X), Gautier (A), Lamboy (B), Léon (C), Wilquin (JL), « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°48, 2006, 1-6.

Bierut (LJ), Strickland (JR), Thompson (JR), Afful (SE), Cottler (LB), "Drug use and dependence in cocaine dependent subjects, community-based individuals, and their siblings", *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1-2): 2008, 14-22.

Cadet-Taïrou (A), Coquelin (A), Toufik (A), « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 1-4.

Charles-Nicolas (A), Lacoste (J), Ballon (N), « Le point sur l'addiction à la cocaïne et au crack », *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 2009, 504-507.

Cohen (P), Sas (A), « Les usages de cocaïne chez les consommateurs insérés à Amsterdam », *Communications*, n°62, 1996, 195-221.

Debeck (K), Kerr (T), Li (K), Fisher (B), Buxton (J), Montaner (J), Wood (E), "Smoking crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs", *Canadian Medical Association Journal*, DOI:10.1503/cmaj.082054.

Devillers (C), Pierard-Franchimont (C), Pierard (GE), Charlier (C), Quatresooz (P), « Comment j'explore des lésions cutanées chez un toxicomane adepte de la cocaïne ou du crack », *Rev Med Liège*, 64 (3), 2009, 58-60.

Domanico (A), Malta (M), "Implementation of Harm reduction toward Crack users in Brazil : Barriers and Achievements", *Substance Use and Misuse*, 47, 2012, 535-546.

Erickson (PG), Weber (TR), « Cocaïne careers, control and consequences : results from a canadian study », *Addiction Research*, vol. 2, n°1, 1994, 37-50.

Fischer (B), Powis (J), Firestone (CM), Rudzinski (K), Rehm (J), "HepatitisC virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia". *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20 (1), 2008, 29-32.

Freeman (RC), Collier (K), Parillo (KM), "Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk of illicit drug use", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (1), 2002, 109-131.

Green (A), Pickering (H), Foster (R), Power (R), Stimson (GV), « Who uses cocaïne ? Social profiles of cocaïne users », *Addiction Research*, vol. 2, n°2, 1994, 141-154.

Hagan (H), Thiede (H), Des Jarlais (DC), "HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users : risk behavior and prevention", *AIDS*, 19 suppl 3, 2005, S199-S207.

Hammersley (R), Ditton (J), « Cocaine careers in a sample of scottish users », *Addiction Research*, vol.2, n°1, 1994, 51-69.

Harzke (AJ), Williams (ML), Bowen (AM), « Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users », *AIDS Behavior*, 13(6), 2009, 1106-1118.

Hoffman (JA), Klein (H), Eber (M), Crosby (H), "Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors", *Drug and Alcohol Dependence*, 58(3), 2000, 227-236.

Ivsins (A), Roth (E), Nakamura (N), Krajden (M), Fischer (B), "Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada. A qualitative exploration", *International Journal of Drug Policy*, 22, 2011, 292-300.

Jauffret-Roustide (M), Rondy (M), Oudaya (L), Guibert (G), Semaille (C), Pequart (C), et le collectif inter-CAARUD sur le crack. « Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites », BEHWeb 2010 (1). www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-4.htm

Jauffret-Roustide (M), Le Strat (Y), Couturier (E), Thierry (D), Rondy (M), Quaglia (M), Razafandratsima (N), Emmanuelli (J), Guibert (G), Barin (F), Desenclos (JC), « A national cross sectional study among drug users in France », *BMJ Infectious Diseases*, 9, 2009, 113-124.

Lebeau (B), « La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne », *THS La Revue*, vol.4, n°13, 2002, 737-739.

Legleye (S), Spilka (S), Le Nezet (O), Laffiteau (C), « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n°66, 2009, 1-6.

Leonard (L), DeRubeis (E), Pelude (L), Medd (E), Birkett (N), Seto (J), "I inject less as I have easier access to pipes. Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed", *International Journal of Drug Policy*, 19, 2008, 255-264.

Macías (J), Palacios (RB), Claro (E), Vargas (J), Vergara (S), Mira (JA), *et al.* High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int*, 28(6), 2008, 781-786.

Mc Coy (C), Lai (S), Metsch (L), Messiah (S), Zhao (W), "Injection drug use and Crack cocaine Smoking : Independent and dual risk behaviors for HIV infection", *Ann Epidemiol*, 14, 2004, 535-542.

Martin (DH), DiCarlo (RP), "Recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States. The Crack cocaine connection", *Sex Transm Dis*, 21 (2 suppl), 1994, S76-80.

Marx R, Aral (SO), Rolfs (RT), Sterk (CE), Kahn (JG), "Crack, sex and STD", *Sex Transm Dis*, 18(2), 1991, 92-101.

Moeckli (C), « La cocaïne : mise à l'épreuve du dispositif d'aide d'une petite ville », *Dépendances/GREAT*, 18, 2002, 18-21.

Nabben (T), Korff (DJ), « Cocaine and crack in Amsterdam : diverging subcultures », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n°3, 1999, 627-652.

Nappo (SA), Sanchez (Z), De Oliveira (LG), "Crack, AIDS and women in Sao Paulo, Brazil", *Substance Use and Misuse*, 46(4), 2011, 476-85.

Pottieger (AE), Tressels (PA), Inciardi (JA), Rosales (TA), « Cocaine use patterns and overdose », *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 (4), 1992, 399-410.

Reboussin (BA), Anthony (JC). Is there epidemiological evidence to support the idea that a cocaine dependence syndrome emerges soon after onset of cocaine use? *Neuropsychopharmacology*, 31(9), 2006, 2055-2064.

Reynaud-Maurupt (C), Milhet (M), Hoareau (E), Cadet-Taïrou (A), « Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio sanitaires et répressives : une recherche qualitative conduite en France en 2007-2009 », *Déviante & Société*, vol.35, n°4, 2011, 503-529.

Reynaud-Maurupt (C), Bello (PY), Toufik (A), Akoka (S), "Characteristics and Behaviors of Ketamine Users in France in 2003", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol.39, n°1, 2007, 1-11.

Reynaud-Maurupt (C), Verchère (C), Toufik (A), Bello (PY), « Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002 », *Psychotropes*, vol. 9, n°3-4, 2003, 57-78.

Ross-Durow (PL), Boyd (CJ), "Sexual abuse, depression and eating disorders in African American women who smoke cocaine", *Journal of substance abuse treatment*, 18, 2000, 79-81.

Thorpe (LE), Ouellet (LJ), Levy (JR), Williams (IT), Monterroso (ER). Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997-1999. *J Infect Dis*, 182(6), 2000, 1588-1594.

Tobin (KE), German (D), Spikes (P), Patterson (J), Latkin (C), "A comparison of the social and sexual networks of crack-using and non crack using African American men who have sex with men", *Journal of Urban Health*, 88 (6), 2011, 1052-1062.

Tortu (S), Neaigus (A), Mac Mahon (J), Hagen (D), « Hepatitis C among non injecting drug users : a report", *Substance Use and Misuse*, 36 (4), 2001, 523-534.

Tortu (S), Mac Mahon (JM), Pouget (ER), Hamid (R), "Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for Hepatitis C", *Substance Use and Misuse*, 39(2), 2004, 211-224.

Toufik (A), Cadet-Taïrou (A), Janssen (E), Gandilhon (M), « Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD », *Tendances*, n°61, 2008, 1-4.

Trujillo (J), "An Existential Phenomenology of Crack Cocaine Abuse", *Janus Head*, 7 (1), 2009, 167-187.

Rapports scientifiques

Cadet-Tairou (A), Gandilhon (M), Lahaie (E), Chalumeau (M), Coquelin (A), Toufik (A), *Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2008-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010, 281 pages.

Cohen (P), Sas (A), *Cocaine use in Amsterdam II*, rapport du département de géographie humaine de l'université d'Amsterdam, 1995.

Coppel (A), *Enquête exploratoire portant sur la consommation de stimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région parisienne*, Sida paroles – Association Française de Réduction des risques pour la Direction Générale de la Santé, 2006, 131 pages.

Escots (S), Reynaud-Maurupt (C), Cadet-Tairou (A), « La cocaïne et la diffusion de ses usages », in : Costes (JM), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint Denis, OFDT, 2010, 51-61.

Escots (S), Suderie (G), *Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, 2010, 247 pages.

Ferdinand (S), Théodore (M), *Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe*, Observatoire de la santé de la Guadeloupe, 2008, 42 pages.

Halfen (S), Grémy (I), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2007*, TREND. 2008, ORS Ile de France / OFDT: Paris.

Haute Autorité de Santé (HAS), *Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques*, 2010, 274 pages.

Johnson (J), Malchy (L), Mulvoque (T), Moffat (B), Boyd (S), Buxton (J), Bungay (V), Loudfoot (J), *Lessons learned from the SCORE project : a document to support Outreach and Education related to safer crack use*, Nursing and Health Behavior Research Unit - NEXUS, 2008, 61 pages.

Leonard (L), DeRubeis (E), Birkett (N), *Santé Publique Ottawa. Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Rapport d'évaluation*, Département d'Epidémiologie et de médecine sociale, 2006, 83 pages.

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), « Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe », Office des publications de l'Union Européenne, 2011, 117 pages ;

Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite de produits stupéfiants en France*, Extrait du rapport annuel 2008. 2009, Nanterre: OCRTIS. 23.

Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, *Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux*, 2008, 64 pages.

Reynaud-Maurupt (C), Hoareau (E), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives*, Saint Denis, OFDT, 2010, 273 pages.

Reynaud-Maurupt (C), Chaker (S), Claverie (O), Monzel (M), Moreau (C), *Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques*, Saint Denis, OFDT, 2007, 143 pages.

Reynaud-Maurupt (C), Verchère (C), *Les nouveaux usages de l'héroïne*, OFDT, 2003, 119 pages.

Ouvrages

Beck (F), Legleye (S), « Epidémiologie de l'addiction à la cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 12-17.

Bonnet (N), Edel (Y), « Données pharmacologiques », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 29-32.

Bourgeois (P), *En quête de respect. Le crack à New York*, Seuil, 2001, 458 pages.

Cadet-Taïrou (A), « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Pousset (M) -sous la direction de-, *Cocaïne : données essentielles, OFDT*, 2012, 232 pages, p.87-94.

Decorte (T), *The Taming of cocaine*, VUB Brussels University Press, 2000, 499 pages.

Decorte (T), Slock (S), *The Taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*, VUB Brussels University Press, 2005, 376 pages.

Lacoste (J), Charles-Nicolas (A), "Addiction à la cocaïne et co-addictions", in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 70-78.

Lejeune (C), Simonpoli (AM), « Exposition prénatale à la cocaïne et conséquences », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 79-87.

Lowenstein (W), « Complications somatiques de la consommation de cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 64-69.

Karila (L), Belkacem (A), Reynaud (M), "Abus et dépendance à la cocaïne », in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 38-41.

Karila (L), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, 129 pages.

Pousset (M) -sous la direction de-, *Cocaïne : données essentielles, OFDT*, 2012, 232 pages.

Vorspan (F), Lépine (JP), « Mesures du craving pour la cocaïne », in : in : Karila (I), Reynaud (M), *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 42-48.

Waldorf (D), Reinerman (C), Murphy (S), *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University press, 1991, 326 pages.

Zinberg (NE), *Drug, Set and Setting : the basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, 1984, 277 pages.

Littérature « grise »

Amaouche (M), transfert d'expériences sur la prostitution liée à l'usage du crack en milieu urbain dans le Nord-Est parisien, GRVS, 2011, non publié.

ASUD, « Manuel du shoot à moindre risque », 32 pages, http://www.asud.org/pub/manuel_shoot_moins_risques.pdf

Balmas (L), « Observations ethnographiques des usages de produits psychoactifs en milieu festif à Marseille. Premier semestre 2011. Réseau TREND », GRVS/AMPTA, juillet 2011, non publié.

Balmas (L), « Note thématique sur l'usage de cocaïne basée à Marseille. Réseau TREND », GRVS/AMPTA, octobre 2011, non publié.

CRIPS Ile de France, INPES, *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues : document pour les professionnels en contact avec les usagers*, 2009, 72 pages.

CRIPS, *Le crack de l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve*, 21^e rencontre du CRIPS, 1995, 68 pages.

Espoir Goutte d'Or (EGO), *Crack : pathologies associées et soins*, 2005, non publié.

INPES, « 24 réponses sur la cocaïne. Cocaïne poudre, free-base (crack) », 2009, 28 pages.

Lester (M), Tschakovsky (K), « Le crack : parlons franchement », Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, 2006, 2 pages.

Lestrade (D), « Alerte sur la pratique du SLAM chez les gays », *Minorités*, n°124, 2012. <http://www.minorites.org/index.php/2-la-revue/1289-alerte-sur-la-pratique-du-slam-chez-les-gays.html>

Le Tipi, « Le crack », Flyer de prévention, <http://www.letipi.org/spip.php?article73>

Réseau Juridique Canadien VIH/Sida, « La distribution de trousse pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada », 2008, 10 pages, <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1391>.

Spilka (S), Le Nezet (O), Tovar (ML), « Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Note à l'attention du Président de la MILDT, OFDT, novembre 2011.

Techno Plus, « Coke », Flyer de Prévention, 2010, <http://www.technoplus.org/t,1/1019/t>

Turning Point, *The crack report*, 2005, 28 pages.

Communication orale

Gressens (P), « Addictions chez la femme enceinte et développement du cerveau fœtal : revue de la littérature », *INSERM U676, Université Paris VII, Hôpital Robert Debré, Paris, Imperial College London, Hammersmith Hospital, London*, Soirée scientifique du Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco, 2 décembre 2010.

ASSOCIATION D'INFORMATION ET DE RESSOURCES SUR LES DROGUES
ET DEPENDANCES ET SUR LE SIDA

Siège social

AIRDDS

Le Colombier, 1 Place du Maréchal Juin - 35 000 Rennes

Tél : 02.23.20.14.60 - Fax : 02.23.20.14.91

N° Siret : 430 175 604 00031 – code APE : 9499Z



GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNERABILITE SOCIALE

Siège social

GRVS

103 chemin des tennis – 06670 Levens

Tel : 04.97.20.51.64 – 06.03.99.67.30

association.grvs@gmail.com

N° Siret : 412 033 862 00043 – code APE : 9499Z