

# Addictions, risques et vulnérabilité sociale : résultats de l'étude Crack 2009-2012

Marie Jauffret-Roustide, X. Pascal, G. Guibert, Y. Le Strat, C. Semaillle et le Groupe inter-CAARUD Crack.



## Contexte (1)

- **Le crack est un dérivé de la cocaïne, effet plus puissant et rapide.**  
Le mode de consommation le plus fréquent est la voie fumée, avec utilisation de pipes à crack en verre (doseurs à pastis).
- **La transmission du VHC par le biais de la consommation de crack et plus particulièrement du partage des pipes à crack constitue un débat d'actualité dans la littérature internationale.**
- Ce débat est particulièrement pertinent dans un contexte d'augmentation de la consommation de cocaïne/free base/crack en Europe et en France.



## Contexte (2)

- Le modèle politique de la RDR a été pensé uniquement autour de la **figure de l'héroïnomane injecteur des années 1980**
- Peu d'attention / la question des risques liés à l'usage de crack.
- 1<sup>ère</sup> enquête épidémiologique sur les usagers de crack en France.
- Recherche communautaire impliquant les usagers de crack et les professionnels de terrain.



## Contexte (3)

- **Données ethnographiques**

Utilisation et partage des outils liés à la consommation de crack (cutter, fils électriques, doseur en verre)

→ Présence de lésions mains-bouche, portes d'entrée pour la transmission du VHC.

- Pas de validation des outils de RDR (kits base et embouts) et volonté des professionnels du champ des addictions de distribuer des outils validés en France.

→ Saisine du Ministère de la Santé

→ **Sollicitation de l'InVS et de l'Inserm (Cermes3) / expertise scientifique par les associations**



# Lésions consécutives à l'usage du crack





# Etude Crack- Design et méthodologie

- Mise en place d'une enquête en Ile De France menée par l'InVS/CERMES3 (Inserm U988) en collaboration avec un collectif inter-associatif, soutien ANRS.
- **Objectifs :**
- 1) Décrire la population des usagers de crack (UC) et leur vulnérabilité face au risque.
- 2) Evaluer l'impact d'un outil de réduction des risques.  
Critère de jugement principal : évolution des lésions mains/bouche.
- Design retenu : **Enquête épidémiologique transversale de type observationnel, avant/après, répétée à deux reprises** à 24 mois d'intervalle (2010 et 2012), séparée par la distribution d'un nouvel outil de RDR (intervention).
- Recrutement d'un échantillon aléatoire d'UC avec plan de sondage de type Time Location Sampling incluant la Méthode Généralisée du Partage des Poids.  
Inclusion structures ayant + de 30% UC dans leurs files actives.
- **Critère d'inclusion** : avoir consommé du crack au moins 1 fois dans le dernier mois, être majeur et francophone.



# Etude Crack – Méthodologie

- **Questionnaire** en face-à-face passé par un enquêteur extérieur aux structures de réduction des risques.
- **Volet socio-comportemental** : données socio-démographiques, consommation de crack et autres produits, pratiques à risque/partage de la pipe à crack (dernière consommation et dans les 6 derniers mois), sexualité, acceptabilité des outils de réduction des risques, lésions liées au crack dans les 6 derniers mois.
- **Volet clinique** : observation des lésions liées au crack au moment de la passation du recueil par l'enquêteur, nombre et type de lésions (brûlures/coupures) et localisation sur les mains ou sur la bouche.
- **Intervention** : distribution d'un nouvel outil de réduction des risques (tube en pyrex + filtre en inox intégré).
- Approche combinant **épidémiologie et socio anthropologie**
- **Démarche communautaire** : Collaboration chercheurs/acteurs de terrain et démarche participative des UD dans la construction des outils de recueil, et pour l'élaboration de l'outil de réduction des risques.



# Le nouveau kit base (tube pyrex)

Le kit est composé de :

Un tube en Pyrex

2 embouts

1 filtre alimentaire en inox

3 tampons alcoolisés

2 dosettes de crème cicatrisante

1 préservatif

1 dosette de gel lubrifiant

2 autres outils sont également distribués en complément du kit

1 petite lame jaune

1 baguette en bois

(permettant de positionner le filtre).





# Déroulement des étapes de l'enquête Crack

Janvier 2009

Octobre 2009

Février 2010

Octobre 2011

Février 2012



## Enquête épidémiologique

Questionnaire composé de 2 volets : Volet socio-comportemental et Evaluation clinique des lésions

- T0 (octobre 2009-février 2010) : avant la diffusion du matériel RDR (368 questionnaires)
- T1 (octobre 2011-février 2012): 18 mois après diffusion de l'outil sélectionné (345 questionnaires)

Recrutement dans 10 structures IDF.

Taux de participation de 92% en 2010 et 83% en 2012.



## Situation sociodémographique (Avant / Après)

	2010	2012
	N = 368	N = 345
Homme	80 %	79 %
Age moyen	39 ans	40 ans
Squat / rue ce soir	27 %	27 %
Squat / rue 6 derniers mois	47 %	49 %
Ressources issues du travail	19 %	18 %
Ressources issues de la « débrouille »	37 %	34 %



## Dernière consommation de crack (Avant / Après)

	2010	2012
	N = 368	N = 345
Consommation crack aujourd'hui	48 %	50 %
Utilisation du doseur en verre	98 %*	12 %*
Utilisation du tube en pyrex	-	88 %*
Partage matériel (doseur ou tube)	42 %*	28 %*

\* p<0,05



## Fréquence des lésions observées par l'enquêteur (Avant/Après)

	2010	2012
	N = 368	N = 345
Au moins 1 lésion observée mains	86 %*	32 %*
Au moins 1 lésion observée bouche	19 %*	4 %*
Avoir au moins 1 lésion observée mains ou bouche	87 %*	33 %*

\* p<0,05



## Discussion

Profils des populations recrutées en 2010 et 2012 globalement comparables.

Précarité sociale très importante (population sans logement et sans ressources fixes).

Usagers de crack âgés de – 30 ans plus vulnérables/précarité et prise de risque.

### **Diminution ++ des lésions**

Diminution des pratiques à risque

Prise de conscience du risque et de la possibilité de lésions liées au crack.

**Appropriation** progressive des outils de RDR spécifiques, en particulier chez les usagers de crack les plus jeunes (moins de 30 ans).



# Recherche communautaire – Evaluation des politiques

- Cette enquête vient valider **l'existence de lésions** mains/bouche liées à la consommation de crack et l'impact d'un nouvel outil de RDR sur la diminution de ces lésions.
- Importance des pratiques à risque renforcée par la vulnérabilité sociale des consommateurs de crack (conditions d'existence, lieux de consommation).
- Démarche communautaire : Un **partage d'expertise** entre chercheurs, intervenants et UD  
**Transfert des savoirs de santé publique** : L'épidémiologie est venue valider scientifiquement des intuitions des acteurs de terrain (hépatite C, RDR et crack).  
**Circularité des savoirs** entre chercheurs, acteurs de terrain et UD.  
Importance de la phase de **restitution de la recherche auprès des UD / réduction des inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins**.
- Nécessité **d'adapter la politique de RDR à l'évolution des pratiques et des risques auxquels s'exposent les usagers**, afin d'être réellement efficace sur la diminution de la transmission du VHC chez les UD.



# Contributeurs recherche sur RDR et crack

- **Equipe de recherche InVS-CERMES3**  
M. Jauffret-Roustide, Y. Le Strat, C. Semaille (2009-2012)  
G. Guibert, L. Oudaya (2009-2010) et T. Benoit, X. Pascal (2011-2012)
- **Enquêteurs**  
2009-2010 : G. Guibert, E. Guillais, M. Jauffret-Roustide, L. Oudaya, Luc Quaglia  
2011-2012 : M. Lebreton, S. Golenishev, C. Guillien, P. Dauvergne, G. Brodsky, C. Chauvin, T. Benoit, M. Jauffret-Roustide
- **Comité de pilotage inter-CARRUD**  
C. Pequart (Charonne) (coordination du collectif inter-CARRUD), Y. Roux (Charonne), E. Avril (Gaïa), H. Lallouf (Gaïa), JP. Lhomme (Gaïa), A. Prévost (Charonne), J. Mallet (Charonne), A. Lounis (IPSSUD), C. Arends (Maison Blanche/La Terasse), L. Calvacanti (EGO), A. Torres (EGO), S. Hénot (AIDES 75), Aides 93, P. Poloméni et S Louis (SOS DI), L. Sayag (Proses).
- **Comité scientifique** : V. Doré, A. Ehrenberg, S. Halfen, N. Lydié, M. Quaglia

*Financements DRASSIF, ANRS, Ville de Paris, INPES, Département Seine Saint Denis*