

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

Marie Jauffret-Roustide, X. Pascal, G. Guibert, Y. Le Strat, C. Semaille 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^{ère} 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 (brulures/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

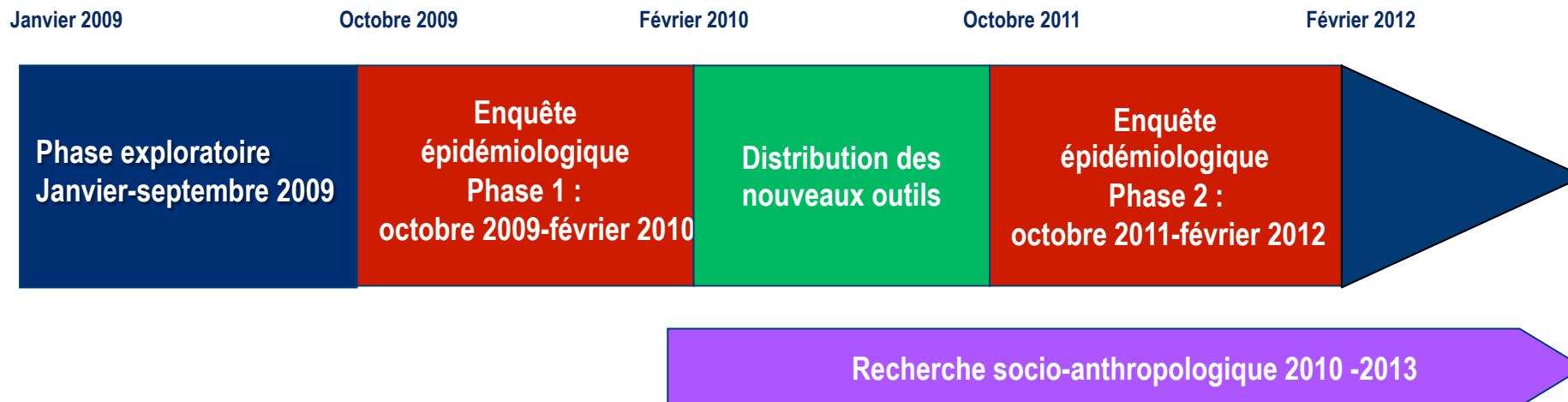
1 baguette en bois

(permettant de positionner le filtre).





Déroulement des étapes de l'enquête Crack



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. Guillaies, 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 Terrasse), 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