

# Consommateurs de crack du Csapa de Pointe-à-Pitre

**Mylène Lima** / Csapa, Pointe-à-Pitre (à partir du rapport d'activités du COREDAF)

Le Csapa résulte de la mise en conformité des anciens CSST. Il a été ouvert au public en 1987 par l'association gestionnaire le COREDAF et est situé sur la zone Grande-Terre de la région Guadeloupe.

Ce centre spécialisé en substances illicites répond aux missions d'information, d'évaluation, d'accompagnement et d'orientation, et ce dans le cadre d'un réseau<sup>1</sup>. Notre file active a doublé en 10 ans : elle passe de 231 usagers à 520 en 2012 avec une constante dans la répartition des substances, à savoir principalement le cannabis et le crack.

L'usage de crack pour une partie de cette population nous interpelle par sa relative bonne tolérance sociale, somatique et psychique. Le consommateur très dépendant, sans domicile fixe et pluri-infecté ne correspond qu'à une petite part de notre patientèle. Est-ce un biais de sélection généré par notre structure ou y a-t-il d'autres hypothèses ? D'autant que plusieurs travaux étayaient cette image du « crackeur » désinséré avec pathologie psychiatrique<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Brouzes F, Brouzes G. *Épidémiologie des consommations des psychotropes. Système de prévention et de soins en addictologie aux Antilles françaises. Alcoolologie et Addictologie* 2012;34(3):239-48

<sup>2</sup> Slama S, Slama R, Ballon N et al. *Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack. Le Courrier des Addictions* 2001;3(3):160-1

<sup>3</sup> *Crack à la Martinique. État des lieux (enquête CAME), CIRDD, OSM. Septembre 2008*

Sur les 520 usagers de drogues de notre centre, incluant les personnes accueillies à la « consultation jeunes consommateurs », la majorité d'entre eux sont des consommateurs de cannabis (52 %) et de crack (15 %).

À partir du logiciel gérant notre base de données, le critère de recherche « crack » est accessible en :

- premier produit (80 patients) ;
- produit de prise en charge (77 patients) ;
- autres produits (2 à 5) [23 patients] ;

## Consommateurs de crack en premier produit

Le « premier produit » est identifié comme le responsable des dommages sanitaires.

Les 80 consommateurs de crack en premier produit sont en grande majorité des hommes (92,5 %), les femmes ne représentent que 7,5 %. En ce qui concerne l'âge, 5 % ont entre 18 et 24 ans, 75 % ont plus de 35 ans et 25 % ont 50 ans et plus. Ils sont donc plus âgés que dans la plupart des études réalisées aux Antilles et en métropole, ce qui explique probablement en partie l'intégration du produit. Ils sont célibataires (78 %), chômeurs n'ayant jamais travaillé (70 %) et 37 % ont un niveau scolaire équivalent au premier cycle du secondaire. Dans 46 % des cas, ils bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), 55 % ont une couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Notons qu'en Martinique, moins de un patient sur dix a une activité rémunérée continue, mais 60 % touchent des revenus du travail<sup>3</sup>.

Il serait utile de comparer ces données à des populations appariées sur le plan sociodémographique (population générale ou autres produits) pour faire émerger et analyser des différences (place du chômage par exemple). Soixante-dix pour cent d'entre eux occupent un logement

stable, indépendant (ou à titre gratuit dans la famille), 62 % ont une consommation régulière : une fois par jour à une fois par semaine, et 54 % n'ont eu aucun contact avec une structure de soins.

Quant à leur statut juridique, 50 patients sur 80 n'ont pas de problème en cours au moment de la consultation, mais 36 d'entre eux (45 %) ont été incarcérés depuis le début de leur addiction ; 85 % n'ont aucun contentieux civil.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) [VIH/VHC/VHB] sont globalement dépistées. Dans la moitié des cas en externe, avec un retour de résultats pour 50 %. Sur les 57,5 % de tests VIH réalisés, 2 sont positifs (4 % soit 2 sur 46). Les tests rapides à orientation diagnostique (Trod) ont été introduits dans certaines structures (espace Saint-Vincent-de-Paul et le dispensaire Beauperthuy à proximité du Csapa).

Les complications médicales somatiques sont peu nombreuses (2 problèmes cardiologiques ou cardiovasculaires). Des comorbidités psychiatriques sont retrouvées chez 7 patients, dont 6 ont été hospitalisés antérieurement, 5 pathologies ont été avérées et classées en 3 troubles psychotiques et 2 troubles anxieux et dépressifs.

Soixante et un pour cent des patients auraient commencé leur consommation entre 25 et 34 ans, ce qui n'est pas le cas des plus de 35 ans. L'ancienneté de la consommation date au moins de 1 an au moment de la consultation. La moitié des patients sont classés dépendants (DSM-IV).

Trente-six pour cent d'entre eux font la demande de soins spontanément. Parmi les consommateurs de crack, 41 % demandent un sevrage. Les motivations à leur arrivée au centre sont souvent en lien avec les conséquences sociales de leur abus ou dépendance (perte des droits sociaux, logement précaire, etc.).

## Consommateurs d'un produit de prise en charge et autres produits

Les chiffres d'un produit de prise en charge (77 patients) sont comparables pour les différents critères. La population de la liste (produits 2 à 5), soit 23 usagers, présente quasiment les mêmes pourcentages que ceux cités précédemment.

Différents travaux montrent la précarité liée au Crack, dans le nord-est parisien par exemple<sup>4</sup>, mais aussi aux Antilles<sup>3</sup>. Lorsque l'on compare avec des données parisiennes, les résultats sont en effet différents : ainsi la précarité est nettement moindre en Guadeloupe, en lien avec le rôle du tissu social et avec un hébergement presque toujours préservé. Par ailleurs, on constate l'existence d'une utilisation davantage maîtrisée du crack. Dans notre Csapa, nous approchons une part de la population cachée, consommatrice de crack avec des représentations du produit, des modalités d'achat et d'usage différentes.

À cette population, consultante, s'ajoutent probablement encore d'autres usagers, non consultants<sup>6</sup>, dont l'insertion est encore meilleure, et connue par des rumeurs ou des consultations de hasard chez un médecin généraliste.

Une des hypothèses serait que le crack a, aux Antilles, la même place que la cocaïne poudre en métropole (avec des consommateurs polymorphes) et, en effet, si le profil du « toxicomane au crack » observé dans l'Hexagone n'est pas superposable à celui de Guadeloupe, il existe de nombreuses similitudes avec les usagers de Martinique<sup>3</sup>.

## Conclusion

Les données issues de notre rapport et l'observation au quotidien de nos consultants, en tenant compte de l'existence des consommateurs non consultants, pourraient ouvrir la voie à des travaux permettant d'explorer la réalité d'une consommation sociale « apaisée » du crack et d'améliorer les modalités thérapeutiques<sup>5</sup>.

## Discussion

Lorsque le crack est utilisé, il s'impose comme premier produit rapidement, voire comme produit unique. Nos patients sont âgés, ont peu de pathologies psychiatriques. Le crack n'est pas le motif principal de consultation dans notre Csapa de Guadeloupe.

<sup>4</sup> Caarud : profils et pratiques des usagers en 2008. Enquête ENa Caarud. Tendances décembre 2010 ; 74, OFDT

<sup>5</sup> Lacoste J, Charles-Nicolas A. Approche thérapeutique actuelle de la cocaïnomanie. *Le Courrier des Addictions* 2006;2(8):67-9

<sup>6</sup> Reynaud-Maurupt C, Hoareau E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés ». *OFDT décembre 2010*