

IREP

Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance

34, rue Jean Cottin
75018 PARIS

Tél : 01 46 07 10 29

Fax : 01 46 07 11 29

LA CONSOMMATION DE CRACK A PARIS :

ETAT DES LIEUX, TENDANCES EN COURS.

JUILLET 1997

Etude réalisée dans le cadre d'une convention entre la Région d'Ile de France, l'Etablissement Public de Santé de Maison-Blanche et l'IREP.

Directeur Scientifique

François-Rodolphe INGOLD

Coordinateur de terrain

Mohamed TOUSSIRT

Traitement statistique

Azzedine BOUMGHAR

Institutions

Association Siloe : Jo CLARET ;
Boréal - La Terrasse : Hélène NOREST ;
Espoir Goutte d'Or : Maryse ATHOR ;
Horizons : Docteur Jean EBERT,
La boutique - Charonne : Docteur Annie LEPRETRE
Espace femmes : Monique ISAMBART ;
Antenne Mobile : Malika TAGOUNIT ;
La Corde Raide : Thérèse FERRAGUT ;
La Terrasse : Hélène CAVELIER;
Centre Médical Marmottan : Docteur Zorka DOMIC ;
Sleep-in - SOS Drogue International : Jean-Jacques DELUCHEY ;
Centre Saint-Germain Pierre Nicole : Docteur Pierre COULAUD.
Le trait d'Union : François HERVE

Enquêteurs

Catherine ARON, Barbara BUCHWALD, Hélène CAVELIER, Jo CLARET,
Docteur COULAUD, Sophie DAVID, Sophie DIDOT, Daniel DJELIDI,
Zorka DOMIC, Isabelle EGURREGUY, Daniel GRENIER, Ahmed HILAL,
Monique ISAMBART, Jimmy KEMPFFER, Dominique MORELL,
Hélène NOREST, François ORTIZ, , Caroline PAILLER,
Nadine ROUGE, Cécile ROUGERIE, Malika TAGOUNIT,
Alain TERNUS, Patrice TREMPIL, Abdelkader YAGOUB

Saisie des données

Marie LEGENDRE

Document réalisé avec la contribution de Louis-Stéphane ULYSSE

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

III. RAPPEL

1. La cocaïne
2. Le crack à Paris
3. Crack et travail sexuel.

IV. METHODOLOGIE

1. Présentation générale de la démarche.
2. Le recueil des données.
3. Le travail de terrain.

V. RESULTATS.

1. Description de la population.
2. Le recrutement des usagers de crack.
3. Les scènes du crack.
4. Economie.
5. La consommation du crack.
6. Problèmes sanitaires
7. Accès aux soins.
8. Particularités des consommations.
9. Mode de vie des usagers de crack.
10. Crack et pratiques à risque de contamination.
11. Crack et vie dans les quartiers.

VI. DISCUSSION ET CONCLUSION.

1. Le crack : tendances en cours.
2. Les risques infectieux.
3. Rôle des institutions à bas-seuil.

I. INTRODUCTION.

La consommation de crack, en France, est un phénomène relativement récent puisque sa première apparition significative dans la capitale date des années 1987-89. La progression de cette consommation a été spécialement rapide, spectaculaire à partir de 1992, donnant lieu à des scènes de rue d'une dimension sans précédent à Paris. A cette époque, des centaines, voire des milliers de consommateurs se regroupaient Place de Stalingrad et dans les environs. Lors de l'été 1993, de très nombreux usagers se rassemblaient pendant la journée dans le parc Robert Debré (Porte des Lilas). La nuit, ils se dispersaient dans plusieurs quartiers du dix-neuvième arrondissement. Plusieurs squats importants, notamment celui de la rue de Romainville et de la rue de Belleville, pouvaient accueillir des centaines de personnes. A partir de l'automne 1994, à la suite de l'intervention massive, musclée et prolongée des forces de l'ordre (policiers, gendarmes, CRS) et dans le contexte également de la fermeture de plusieurs squats, s'est produit le phénomène de la dispersion des scènes de consommation dans d'autres quartiers de Paris -dixième et dix-huitième arrondissements, Nation, les Halles- et en proche banlieue.

Pendant les premières années de mouvement épidémique, l'opinion majoritaire qui circulait parmi la plupart des responsables et bien des professionnels était qu'il n'y avait « pas de crack à Paris ». Pour les uns, il s'agissait d'un phénomène strictement limité à quelques petits groupes d'Antillais. Pour d'autres, le produit qui circulait -le « caillou »- n'était pas du crack mais un dérivé de cocaïne moins dangereux. Les usagers eux-mêmes pensaient fumer du « caillou », c'est à dire un produit qui n'était *heureusement* pas comparable au « crack américain ». L'image véhiculée par le crack -via l'expérience américaine- en faisait un produit tout à fait épouvantable au sens vrai du terme, tandis que cette image diabolique se trouvait confortée par la presse. L'absence initiale de consommateurs de crack dans les centres de soins spécialisés et dans les hôpitaux contribuait encore à renforcer cette image.

Notre équipe a pu suivre le développement de cette consommation depuis son apparition dans le quartier des Halles jusqu'à son implantation dans le quartier Stalingrad et son extension vers la porte de la Chapelle puis la Goutte d'Or et d'autres quartiers parisiens. Ce suivi s'est réalisé à l'occasion d'une première recherche sur la cocaïne (IREP, 1992), dans le contexte d'études ultérieures (opération eau de Javel, travail sexuel et consommation de crack) et, enfin, lorsque nous avons préparé sur le terrain l'ouverture de la Boutique (Association Charonne, juin 1993).

Le travail que nous présentons organise la synthèse des connaissances dont nous disposons actuellement sur la consommation du crack dans la région parisienne. Ce travail,

réalisé en coopération avec plusieurs équipes de prévention et de soins, est porteur d'enjeux en rapport avec les stratégies de prévention et de soins, telles qu'elles se transforment actuellement -avec l'apparition de nouveaux protocoles d'intervention (Boutiques, substitution, équipes mobiles).

II. OBJECTIFS.

Les objectifs de cette étude sont liés à un impératif méthodologique: la réalisation d'une enquête menée en quatre mois. Notre ambition est donc de produire un document de synthèse, aussi court et clair que possible, portant sur chacun des thèmes qui suivent :

1. le mode de vie des usagers. Il s'agit de décrire les pratiques des usagers et de comprendre en quoi le crack est à l'origine d'une transformation de ces pratiques;
2. les caractéristiques et la fréquence des problèmes sociaux et sanitaires associés à la consommation de crack;
3. les modalités des recours aux soins et les obstacles à ces recours. Nous entendons ici par "soins" l'ensemble des prestations socio-sanitaires proposées aux usagers de drogues ;
4. les tendances actuelles de la consommation de crack à Paris et dans la région parisienne ;
5. les réponses que suscite le phénomène lui-même de la part des structures sociales et sanitaires, des élus locaux, des riverains et des Associations de quartier. Les nuisances sociales associées à la consommation de ce produit sont considérées comme faisant partie du phénomène étudié, tout comme les réponses à ces nuisances.

III. RAPPEL.

1. La cocaïne.

La cocaïne est, parmi les drogues illicites, celle qui est consommée de la façon la plus ancienne en Europe et aux Etats-Unis. Elle est présente en France depuis le début du siècle et, à la suite d'un premier mouvement épidémique important s'étant produit avant la première guerre mondiale, elle n'a jamais disparu du marché, tout du moins à Paris. A la fin des années 60 et dans le courant des années 70, elle a fait partie des produits consommés par les toxicomanes, au même titre que

d'autres substances, telles les amphétamines par exemple. Mais cette présence de la cocaïne chez les toxicomanes dans le courant des années 70 est toutefois restée discrète. Il était rare, dans les structures de soins spécialisées, de rencontrer des consommateurs exclusifs de ce produit. Par la suite, dans le courant des années 80, la situation s'est profondément transformée : la cocaïne a commencé d'être disponible au niveau de la rue, un petit marché stable s'est installé. Les consommateurs d'héroïne de cette époque se sont souvent initiés à la consommation de ce produit. Par ailleurs, il est vraisemblable que la consommation de cocaïne s'est, dans le même temps, développée dans des milieux sociaux beaucoup plus favorisés et peu en contact avec les milieux spécialisés, sanitaires ou répressifs.

Cette analyse est étayée par notre étude sur la cocaïne (IREP, 1992). La plupart des usagers de cette époque, recrutés dans tous les milieux sociaux, avaient poursuivi leurs études au moins jusqu'au secondaire et 28 % avaient atteint le niveau des études supérieures. Beaucoup avaient une profession stable (63%), les catégories les plus représentées étant les cadres (27%), les artisans et les commerçants (11%) et les professions intermédiaires (13%).

Nous avons par ailleurs établi que la consommation de cocaïne restait largement associée à une image positive. Elle n'était pas vue comme une drogue dangereuse. Elle était aussi perçue comme la drogue consommée par les élites, dans le monde des affaires, du show-business, du cinéma, des médias. Quant aux risques liés à la consommation de la cocaïne, ils étaient surtout minimisés. Les deux points importants que nous avons soulevés dans notre rapport étaient les suivants : 1) l'apparition du crack, ceci surtout dans le sous-groupe des toxicomanes ; 2) cette fonction de la cocaïne qui en faisait une drogue d'appel pour d'autres produits et notamment l'alcool, les opiacés et les benzodiazépines.

2. Le crack à Paris.

La cocaïne, pour être consommable, doit faire l'objet de préparations. Elle se présente sous diverses formes. Les produits peu raffinés (« pasta » et « base ») sont fumables et le produit le plus achevé (chlorhydrate de cocaïne), soluble dans l'eau, est consommable par « snif » et par injection. Mais il est possible, à partir du chlorhydrate, de transformer de nouveau la cocaïne en « base » de façon à la rendre fumable. De cette façon, étant devenue insoluble dans l'eau, elle est en principe non injectable.

Dans le courant des années 70 et 80, la méthode la plus connue qui permettait d'obtenir un produit fumable était celle du « freebasing ». Cette méthode était néanmoins complexe et

dangereuse, faisant intervenir de l'éther qui pouvait exploser à tout instant.

Le crack correspond à une nouvelle recette qui permet d'obtenir beaucoup plus facilement de la cocaïne à fumer. L'opération se fait en moins d'une heure, sans équipement autre qu'une cuisinière ou un four à micro-ondes et du bicarbonate de soude. Cette recette est voisine d'un autre procédé qui fait intervenir de l'ammoniac et qui aboutit à un résultat comparable.

Mais la transformation de la cocaïne en crack s'apparente de fait à une mutation du produit de départ : tout se passe comme si le crack était un produit nouveau, avec de nouvelles modalités de consommation. La plus grande disponibilité de la cocaïne, la simplicité et la rapidité de la fabrication du crack ainsi que la possibilité de le fumer avec des outils rudimentaires et n'importe où ont certainement facilité sa diffusion.

La nouveauté apparente de ce produit est liée à ses effets spécifiques: ceux de la cocaïne, mais ceux de la cocaïne qui est fumée. Le produit gagne plus rapidement le sang pulmonaire ce qui explique à la fois la violence des effets ressentis et leur brièveté : un vertige euphorique et stimulant. La violence initiale, due à l'arrivée brutale du produit dans le sang pulmonaire, est rapidement suivie d'une « descente » : le consommateur se sent mal, angoissé, tendu, irrité, envahi par un sentiment de tristesse. Ceci l'amène invariablement à répéter la prise initiale et les suivantes. Mais la répétition des prises ne permet jamais de retrouver -et encore moins de dépasser- les sensations initiales. Les effets euphorisants de la cocaïne finissent toujours par disparaître avec et malgré cette répétition.

Cette mutation des effets de la cocaïne -via la création du crack- est également liée à deux autres facteurs : 1) le milieu social dans lequel il s'est implanté ; 2) l'économie de sa distribution.

A Paris, la consommation du crack est tout d'abord apparue dans des groupes sociaux qui étaient déjà marginalisés et où la cocaïne était connue. Du quartier des Halles, elle s'est déplacée vers les squats du nord-est de Paris. Aux environs de 1989, nous avons identifié le premier squat spécialisé, rue Pajol dans le 18^{ème} arrondissement. Par la suite, en 1990, nous avons repéré un deuxième squat, rue de Tanger, à côté de la place Stalingrad. Dans ces endroits, le crack était fabriqué, consommé et vendu. La fermeture de ces squats, opérée dans plusieurs endroits du dix neuvième arrondissement à cette époque et ultérieurement, a amené les fumeurs à se retrouver dans la rue. La place Stalingrad s'est imposée comme le principal lieu où se retrouvaient consommateurs et dealers, de jour et de nuit, mais surtout entre 22 heures et le lever du jour.

Le nombre de consommateurs a manifestement augmenté de façon massive au cours des toutes premières années de 1990. Trois vagues successives sont identifiables : la première, de 1987 à 1990, touche de petits groupes d'Antillais ainsi qu'un petit nombre de travailleurs sexuels exerçant à Pigalle et aux abords des périphériques ; la deuxième, de 1990 à 1993, correspond à la croissance épidémique du phénomène : la consommation s'élargit à un nombre important de consommateurs d'héroïne tandis que les activités de revente passent principalement aux mains de dealers africains ; la troisième, à partir de 1993, correspond à la dispersion des scènes de rue : d'autres quartiers sont investis (Goutte d'or, Montmartre, gares de l'est et du nord), d'une part, et à une plus grande diversité des milieux concernés, d'autre part.

D'un point de vue économique, il faut savoir que le crack est apparu sur le marché sous l'étiquette de « caillou ». Au moins jusqu'à 1993-94, la plupart des usagers de crack pensaient fumer du « caillou », un produit dont ils pensaient qu'il était moins dangereux que le crack dit « américain ». Cette croyance a été généralisée chez les consommateurs, elle a été amplifiée par la presse et relayée par certains responsables. Elle a contribué à réduire les craintes des consommateurs potentiels et à ouvrir un nouveau marché pour la cocaïne.

Le crack, enfin, a d'emblée été disponible à des prix unitaires très faibles : un « caillou », c'est à dire la plus petite dose unitaire, se vendait aux environs de 100 Francs. La présentation du produit sous la forme de petites doses (« cailloux », « galettes », « plaquettes ») a largement contribué à son succès commercial, le rendant facilement accessible initialement et, surtout, extraordinairement profitable pour les revendeurs et fabricants. Schématiquement, pour le revendeur, la transformation de la cocaïne en crack lui permet, à quantité égale, de tripler, voire quadrupler, son bénéfice. En une nuit, une consommation individuelle dépassant plusieurs milliers de Francs n'a rien d'exceptionnel. Le marché du crack s'est donc d'emblée différencié de celui des autres produits et notamment de celui de l'héroïne par la rapidité et la fréquence élevée des transactions ainsi que, bien sûr, sa rentabilité exceptionnelle.

3. Crack et travail sexuel.

Les drogues illicites en général et notamment la cocaïne sont classiquement présentes dans les milieux de la prostitution. Il n'est donc pas surprenant que le crack ait été introduit de façon précoce dans ce milieu. A Paris, au tout début des années 90, la plupart des travailleurs sexuels ayant été initiés au crack étaient des consommateurs d'héroïne qui travaillaient dans la rue, plus spécialement à Pigalle et sur les boulevards des Maréchaux (porte de la Chapelle).

Dans une étude sur cette population (IREP, 1994) nous avons mis en évidence à quel point la consommation du crack venait mettre en péril le fragile équilibre des travailleurs sexuels : le renforcement de l'isolement social et familial des sujets, la dégradation rapidement évolutive de leur état de santé, leur maintien en dehors des circuits sanitaires et d'assistance sociale... Ici, les problèmes sanitaires et sociaux associés à la consommation de ce produit ont été spectaculaires du fait de la sévérité de la dépendance au crack, mais aussi et surtout du fait des caractéristiques du marché lui-même, transformant les femmes qui se prostituaient en sources d'argent pour les consommateurs et les revendeurs.

Ce sont les femmes, sans nul doute, qui ont payé et paient encore le plus lourd tribut à cette consommation. Il faut comprendre qu'entre le prix d'une passe et la consommation d'un caillou ou d'une galette, il n'y a que l'espace d'une rue. Le moteur de cette économie, outre l'inévitable répétition des prises, passe autant par le faible coût unitaire de la dose que par les revenus du travail sexuel. Pourtant, contrairement à l'héroïne, le crack ne facilite pas cette dernière activité: les femmes qui se prostituent et qui consomment du crack supportent mal de se prostituer et doivent consommer d'autres produits, en plus du crack, afin de soulager leurs malaises. Ces consommations répétitives et prolongées, accompagnées de malnutrition, de manque d'hygiène, de sommeil et de soins, les mènent en règle vers des états pathologiques bien plus sévères que ceux déjà connus avec d'autres drogues. Ce type d'évolution vers une dégradation rapide de la vie sociale et de l'état de santé des sujets, très spectaculaire dans ce groupe, est caractéristique de ce qui se passe pour beaucoup d'usagers de crack.

IV. METHODOLOGIE.

1. Présentation générale de la démarche.

S'agissant d'une étude devant être menée dans un délai très court, il était essentiel pour nous de mettre en place le dispositif qui nous donnerait le maximum de chances de tenir nos engagements par rapport au calendrier. Pour ce faire, notre dispositif de recherche a été conçu de la façon suivante : 1) exploiter au mieux possible les données existantes et notamment celle de nos dernières recherches ; 2) organiser un recueil de données qualitatives et quantitatives de la façon la plus efficace possible en nous limitant aux points essentiels permettant de dresser un premier état des lieux ; 3) concevoir le travail de la recherche avec la coopération des acteurs de terrain qui disposent déjà d'informations précieuses ou qui bénéficient d'un bon accès au terrain ; 4) organiser un

traitement des données recueillies de façon contemporaine de leur rassemblement (saisie des questionnaires, décryptage des entretiens, frappe des observations et autres données manuscrites) ; 5) mettre en place un système de réunions formelles et informelles avec l'ensemble de nos partenaires afin de faire progresser en permanence l'analyse des données.

Dans l'ensemble, ce dispositif a fonctionné de façon satisfaisante, au prix cependant d'efforts importants de la part de l'équipe de l'IREP et de nos partenaires. Certaines difficultés spécifiques de contact avec les usagers de crack ont été rencontrées : parmi eux, beaucoup étaient difficiles à atteindre, peu disponibles ou tout simplement difficiles à interroger du fait même de leur engagement dans ce type de consommation. En fait, une telle démarche méthodologique ne peut s'ériger en tant que système de travail routinier : son intérêt est de fournir rapidement des résultats scientifiques de bonne qualité, mais sa vocation reste de constituer une base de départ pour des travaux plus approfondis et menés selon un rythme classique.

2. Le recueil de données.

Le recueil des données s'est réalisé en quatre mois. Les outils mis en place pour cette étude ont été les suivants : un questionnaire, un protocole d'entretien et le journal de bord des enquêteurs. Les sujets ont bien sûr été informés des objectifs de notre étude et de la confidentialité du recueil de données, ils y ont participé de façon anonyme et sur le mode du volontariat.

Le questionnaire. Très simple, anonyme et d'une passation rapide (15 à 30 minutes) , il a été mis au point de façon à recueillir les informations suivantes : les données socio-démographiques de base (sexe, âge, nationalité, statut familial, domicile, niveau d'études, profession, ressources et couverture sociale) ; les données relatives à la consommation de drogues - particulièrement de crack -, et à l'histoire de cette consommation selon le protocole habituellement employé dans nos autres études ; données pénales ; données sanitaires : antécédents de cure de sevrage et d'hospitalisation, statut sérologique, historique des maladies infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles, accidents, problèmes dentaires, tentatives de suicide, surdoses, données sur l'usage de la seringue (achat, utilisation, réutilisation et précautions prises en cas de réutilisation), données sur les pratiques sexuelles (partenaires sexuels et précautions employées).

Toutes les questions étaient fermées, à l'exception de deux questions ouvertes concernant d'une part les raisons qui poussent un sujet à consommer un autre produit en association avec le crack et, d'autre part, la notion d'une modification du

mode de vie lié à cette consommation. La passation du questionnaire avait lieu après un contact préalable permettant l'établissement d'une relation de confiance si celle-ci n'existait pas auparavant.

Au cours des deux mois d'investigation, près de trois cents usagers de crack ont été contactés et le questionnaire a été administré à deux cent quatre d'entre eux. Parallèlement, un important matériel qualitatif a été rassemblé. Des fiches d'observations ont été rédigées par les enquêteurs à l'occasion de la passation du questionnaire.

Les entretiens. Quinze entretiens ont été réalisés. Ils avaient pour objet de recueillir des informations sur: 1) les consommations, les modes de consommation et l'évolution de ces consommations; 2) les liens existant entre ces consommations et les consommations d'autres produits licites et illicites; 3) les conditions concrètes de vie des sujets, y compris par rapport à la question des soins et des relations avec les structures soignantes.

Ces entretiens ont été construits de façon à recueillir des informations sur les points suivants : la première prise de crack (la date de la première prise du crack. Voir si le sujet a commencé par fumer ou s'injecter le crack et dans quelles circonstances psychologiques, économiques etc.) ; l'évolution de la consommation du crack (laisser raconter et orienter sur l'histoire de la consommation de crack. Informations à repérer: quantité consommée à chaque épisode de consommation, mode d'achat et prix, mode de consommation, injection, produits associés, produits de substitution, mode de consommation de ces produits, le sujet consomme-t-il de préférence avec certaines personnes et pourquoi) ; historique des consommations précédentes, comment s'est opéré le passage au crack, problèmes survenus depuis que le sujet consomme du crack ; les problèmes de santé, dépistages VIH, VHB, VHC ; précautions par rapport à la consommation de drogues et par rapport à la sexualité ; recours aux structures sanitaires et sociales (structures fréquentées, démarches, difficultés d'accès) ; problèmes rencontrés depuis le début de la consommation de crack (entourage, famille, police et la justice, santé, logement, violence, travail sexuel).

Le journal de bord. Un journal de bord a été tenu par les enquêteurs de façon à rendre compte du déroulement de la recherche, et des conditions dans lesquelles le travail s'était déroulé. Le journal de bord avait pour objectif principal de permettre à chaque enquêteur de rendre compte de son travail et du déroulement de la recherche dans le temps. Chacun des enquêteurs a été chargé de faire une brève description du milieu enquêté, de la progression du travail au jour le jour, des difficultés éventuellement rencontrées.

Il a également été demandé à tous les enquêteurs de noter dans ce document toutes les observations relatives aux consommateurs et aux consommations de crack: 1) le mode de vie des sujets; 2) les produits associés (avant, pendant et/ou après la consommation de crack); 3) les observations directes faites par chacun des enquêteurs; 4) les récits et les anecdotes relatés par les sujets. Enfin, le journal de bord a permis de noter les commentaires des enquêteurs sur les diverses situations rencontrées tout au long de la recherche.

3. Le travail de terrain.

L'étude a été réalisée en quatre mois. Elle a commencé au début du mois de février pour se terminer à la fin du mois de mai 97. La préparation de la recherche a débuté par une reconnaissance des sites institutionnels et de rues qui allaient être explorés. La préoccupation de départ a été de mener le travail de recherche dans un nombre suffisant de sites, que ce soit pour les institutions ou pour la rue, ceci afin de rendre compte au mieux de la situation parisienne. Le recueil de données a commencé à la mi-février dans la rue et dans certaines institutions. Il s'est poursuivi pour certaines institutions jusqu'au mois de mai 1997. Le travail de terrain s'est effectué de jour comme de nuit, ceci aussi bien au niveau de la rue que dans le métro, dans les squats, les lieux publics et les appartements.

L'équipe de recherche, les modalités du travail. Une équipe d'enquêteurs a été constituée parmi les travailleurs sociaux qui sont le plus en contact avec les consommateurs de crack actuellement à Paris, ceci principalement à partir de leurs institutions respectives. Ces enquêteurs ont été encadrés et assistés par l'équipe de l'IREP. Au total 24 personnes ont directement participé au recueil de données. Certaines d'entre-elles ont travaillé uniquement dans un secteur -les institutions ou la rue. D'autres ont travaillé à la fois dans les institutions et dans la rue. Enfin, les responsables des institutions concernées ont participé à la mise en place des travaux.

Les conditions de travail des enquêteurs ont largement été tributaires du mode de vie des usagers, de leurs façons de se déplacer ainsi que des effets sur eux de ce mode de vie. Une de ces caractéristiques est que les consommateurs de crack sont très mobiles, ceci pour au moins deux raisons : les activités policières, d'une part, ont tendance à les faire se disperser ; mais, d'autre part et surtout, les usagers doivent suivre les déplacements des revendeurs. Ils vont de « plan » de deal en plan de « deal », c'est à dire d'un lieu précis à un autre où, à un moment donné, souvent prévu à l'avance, un revendeur de crack

se met à opérer. Les enquêteurs ont donc dû se déplacer en permanence pour entrer en contact avec eux et maintenir ce contact. Ces déplacements se produisant aussi bien de la périphérie vers le centre que dans le sens inverse, d'un arrondissement à l'autre ou d'un quartier à l'autre, par exemple du quartier de la Chapelle vers la Goutte d'or ou vers Montmartre. Le périphérique est parfois traversé et les sujets se retrouvent en banlieue proche, notamment la Plaine Saint-Denis et Saint-Ouen.

Les principaux sites de rue explorés. Notre équipe a suivi l'évolution de la consommation de crack dans la rue et jusque dans les stations de métro (République, Oberkampf, Saint Ambroise, Voltaire, Charonne, Rue des Boulets, Nation), et les squats (rue Pajol). Nous avons également suivi le déplacement de l'activité qui tourne autour du crack d'un quartier à l'autre dans Paris et parfois même dans certains sites de la proche banlieue. Actuellement de nombreux sites sont concernés par la consommation et la vente du crack : lieux de prostitution, squats, rues, bars et clubs de nuit. Pour notre recherche, nous avons rencontré des sujets directement dans la rue dans plusieurs quartiers : Les boulevards extérieurs, la chapelle, Stalingrad, Beaubourg, La Goutte d'Or, Pigalle et Belleville. À *Stalingrad et le quartier de la Chapelle*, le travail s'est fait auprès d'une population qui se déplace entre la porte de la Chapelle et Stalingrad. On trouve plusieurs points de rassemblement : porte de la Chapelle, Marx Dormoy, Louis Blanc, rue d'Aubervilliers, rue de Flandre, Laumière et parfois la porte de Pantin, la porte Saint-Gervais, la porte des Lilas et les alentours de la gare de l'Est. Cette activité touche plusieurs arrondissements parisiens : dix-huitième, dix-neuvième, vingtième et dixième arrondissements. L'activité est en grande partie nocturne.

Soulignons encore qu'il s'agit d'une population très mobile. Pour les consommateurs de crack qui ont recours au travail sexuel, les déplacements sont encore plus importants : les sujets se déplacent à la recherche des dealers dès qu'ils ont la somme nécessaire pour s'acheter leurs produits et, inversement, vont travailler dès qu'ils n'ont plus d'argent. Beaucoup se trouvent boulevard Ney, entre la Porte de la Chapelle et la Porte Clignancourt, d'autres viennent dans ces quartiers, à partir de Nation ou de Pigalle, pour acheter du crack. Les allers et retours entre les sites de prostitution et les lieux d'achat sont extrêmement fréquents, à toute heure du jour et de la nuit.

Le quartier de la Chapelle. Il s'agit d'un vaste espace situé entre la porte de la Chapelle et le métro aérien, encadré par les deux voies ferrées des gares du nord et de l'est. Le Boulevard Ney est un site de prostitution ancien où, au moins depuis 1990, se trouvent de nombreuses femmes consommatrices de crack. Elles arrivent souvent de la banlieue ou de la province, commencent par se droguer avant de passer à la prostitution ou inversement. Dans le quartier de la Chapelle, de nombreux hommes gravitent autour des femmes qui se prostituent, soit pour se procurer les produits dont ils ont besoin, soit pour leur en vendre.

La Goutte d'Or. Site traditionnellement connu pour la consommation d'héroïne. L'activité liée à l'héroïne est actuellement cantonnée dans un espace délimité par le boulevard de la Chapelle, le Boulevard Barbès, la rue de Doudeauville et la rue Stephenson. Les rues les plus actives sont : la rue Myrha, la rue des Poissonniers et la rue Léon. Cependant, le crack prend une place de plus en plus importante dans ce quartier et notamment la nuit. Les rues les plus concernées actuellement sont : la rue Marcadet, la rue Ordener, la rue Léon, la rue Myrha et la rue des poissonniers.

Strasbourg-Saint-Denis. Dans ce quartier, l'activité s'étend en fait jusqu'à République. L'approvisionnement en drogue (héroïne, cocaïne et crack) se fait à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du métro. Dans la matinée, cette activité a lieu à l'intérieur de la station de métro " République " sur les quais de la ligne " Créteil-Balard ". Mais tous les quais des lignes voisines sont également concernées. L'après-midi, l'activité se déplace vers Strasbourg-Saint-Denis. Mais c'est en fin de journée et en soirée que la cocaïne et le crack sont le plus disponible.

Place de la Nation. Site ancien de prostitution principalement fréquenté par des femmes consommatrices de drogues. Le crack n'est pas toujours disponible dans ce site ce qui oblige les consommateurs à faire des déplacements vers d'autres quartiers. Certains sont en contact avec des dealers qui viennent les approvisionner sur place en héroïne, cocaïne ou crack.

Clichy et Pigalle. Il existe dans ce quartier une activité constante de consommation et de vente de produits, en particulier l'héroïne mais aussi la cocaïne et le crack. La qualité des produits est en général meilleure et les prix sont plus élevés qu'ailleurs. Le deal de rue a lieu habituellement l'après-midi. Les lieux de rendez-vous changent, ainsi que les horaires. Un jour c'est rue Lepic à 15 heures, un autre jour c'est aux Abbesses à 19 heures ou à Germain-Pilon, à 17 heures. Pendant quelques mois une importante activité liée au crack a eu lieu à Pigalle et à Montmartre, la nuit entre 22 heures et 2 heures du matin.

Belleville-Jaurès. Une partie de l'activité de Stalingrad s'est déplacée dans cette direction. Elle est moins importante que celle qui s'est déplacée vers la Goutte d'or et la Chapelle. Les lieux les plus concernés se trouvent autour de l'hôpital Saint Louis et entre la place du Colonne Fabien et Belleville.

Beaubourg-les Halles. Lieu de rencontre de toxicomanes et de « zonards ». Les produits les plus consommés sont l'alcool (bière " Six Huit ") et les médicaments (Subutex, Skenan, Moscontin, Néocodion , Rohypnol...). On trouve dans cette population des consommateurs de crack. Ces derniers peuvent se le procurer sur place ou se déplacent vers Strasbourg Saint-Denis, parfois plus loin, pour aller le chercher.

Les institutions. Nous avons pris contact avec un nombre important d'institutions soignantes à Paris et plus spécialement celles qui étaient en contact fréquent ou régulier avec des consommateurs de crack. Certaines ont accepté de participer à ce travail, à commencer par le centre de la Terrasse qui a participé à la mise en place du protocole de recherche et au recueil de données.

Les institutions concernées sont : Le centre Boréal et le centre Méthadone de La Terrasse, l'association EGO, le centre médical Marmottan, la Boutique, l'espace femmes et l'Antenne mobile de l'association Charonne, le centre Siloé, le centre Horizon, la Corde Raide et le Centre Pierre Nicole.

La Terrasse : est un centre spécialisé en toxicomanie. Il est rattaché à l'Etablissement Public de Santé de *Maison Blanche*. La Terrasse se compose d'un centre d'accueil de jour, d'un centre méthadone, d'un centre de proximité, d'une équipe de rue.

Le centre de jour propose un soutien médical, psychothérapeutique et social. Le Centre Méthadone qui a démarré en 1994, est animé par une équipe de deux médecins à mi-temps, trois infirmières et intervenant socio-éducatif. Une partie du recueil des données a été effectuée par l'équipe qui travail au centre méthadone. Le centre *Boréal* est un centre de proximité qui a commencé à fonctionner en 1995. Il accueille entre trente et quarante consommateurs de drogues actifs par jour. Ce centre accueil également une grande majorité de consommateurs de crack.

Marmottan : est une des principales institutions parisiennes. Marmottan est composé d'un centre d'accueil et de consultation, d'un service d'hospitalisation et d'un service de médecine générale. Le Centre médical Marmottan, a été créé en 1971. L'association Marmottan a été créée en 1975 pour compléter et prolonger l'action du centre médical, soit à travers des interventions ponctuelles, soit dans le soutien de projets à plus long terme. Cette institution recevait depuis sa création

des consommateurs de cocaïne. Elle a également commencé à recevoir des consommateurs de crack dont certains sont orientés par la Boutique.

L'association Charonne : elle comprend un centre d'accueil de jour, le foyer La Pyramide et un centre à seuil-bas, La Boutique. Le recueil des données s'est fait au centre d'accueil de jour, parmi les consultants et parmi les personnes admises au foyer d'hébergement La Pyramide.

La Boutique : centre d'accueil à seuil bas, reçoit entre cinquante et cent consommateurs de drogues par jour. La très grande majorité de ces usagers de drogues, actifs, sont des consommateurs de crack. Ce centre a contribué à faire découvrir aux structures hospitalières et aux institutions parisiennes l'existence de cette population. En 1995, on recense près de 20.000 visites de toxicomanes. L'équipe de l'Antenne mobile, a participé au recueil des données dans la rue.

Siloé : est une association de quartier qui a pour activités principales la lutte contre l'errance et la toxicomanie, la prévention Sida et l'accompagnement des personnes atteintes, le soutien scolaire et les activités périscolaires. Selon les difficultés rencontrées, les personnes sont orientées vers des services plus spécialisés. L'équipe de Siloé qui travaille sur le quartier de Pigalle, a été en contact avec des consommateurs de cocaïne depuis plusieurs années et avec les consommateurs de crack à partir des années 90.

E.G.O. : l'association *Espoir Goutte d'Or* tente d'apporter une réponse aux problèmes de drogues rencontrés dans le quartier via notamment l'accueil des usagers de drogues et des programmes d'échange de seringues. Elle réalise un travail de proximité avec l'ensemble des acteurs sociaux de la Goutte d'Or. Cette démarche permet d'enraciner les actions collectives, tout en faisant évoluer les représentations sociales et les comportements vis-à-vis des usagers de drogues. L'association est confrontée depuis environ deux ans à une population consommatrice de crack, l'arrivée du crack dans ce quartier correspondant à la dispersion du quartier de Stalingrad. Il s'agit le plus souvent de personnes sans domicile fixe, sans papiers, sans revenus, en " galère ".

La Corde raide : est un centre spécialisé de soins sans hébergement situé dans le douzième arrondissement. La particularité de cette association est de favoriser l'accès aux soins des toxicomanes faisant l'objet de mesures judiciaires. Outre le suivi psychologique, elle peut aider les patients à préparer leur sortie de prison. L'équipe est composée de deux psychiatres, de quatre psychologues et de deux secrétaires. L'équipe de la corde raide reçoit également des consommateurs de crack. En 1996 un groupe de réflexion sur le crack a été mis en place par ce centre.

Pierre Nicole : le Centre Saint Germain Pierre Nicole est à la fois un centre spécialisé de soins avec hébergement et un centre de formation. L'action est ici plus centrée sur la consolidation psychologique de la rupture avec un produit, avec préparation en vue de la réinsertion. Le centre accueille avant tout les toxicomanes désocialisés ou sortant de prison, les mères toxicomanes avec enfant âgé de moins d'un an. Les usagers de drogues reçus dans ce centre sont consommateurs d'héroïne, mais aussi de cocaïne et de crack.

Le Sleep-in : propose un accueil et un hébergement aux toxicomanes, la nuit et en urgence. L'association propose également un suivi psychologique, socio-éducatif et médical. L'équipe comprend un psychiatre, un médecin, une infirmière, une assistante sociale, neuf accueillants de nuit et une secrétaire. La grande majorité des usagers de drogues reçus dans ce centre d'hébergement sont des consommateurs de crack.

Le Centre Horizons : est une association qui s'est fixée pour mission d'accueillir et de prendre en charge des femmes enceintes et les parents toxicomanes. Le centre assure un sevrage hospitalier et ambulatoire ainsi qu'un suivi psychologique et socio-éducatif. L'équipe se compose d'un directeur adjoint, d'un psychiatre et d'un psychologue, de deux assistantes sociales, d'un éducateur d'enfants et d'une secrétaire. Le centre reçoit régulièrement, depuis 3 ans, des femmes consommatrices de crack.

V. RESULTATS.

1. Description de la population.

Il s'agit d'une population assez comparable à celle des usagers de drogues en général. Nous remarquons cependant que la moyenne d'âge est assez élevée (31 ans) et que les femmes sont présentes en proportion importante (35%). Le plus souvent célibataires (66%), ils ont des enfants dans 31% des cas et, dans la majorité des cas, disent vivre seuls (56%). Ils vivent dans des conditions précaires ou très précaires dans la grande majorité des cas, étant logés dans des foyers et des hôtels, ou vivant dans la rue. Leur niveau d'études est très bas, comparable à ce qui s'est trouvé dans d'autres échantillons ; ils sont, le plus souvent, inactifs, inscrits ou non au chômage. Ils bénéficient du RMI dans 31% des cas et sont, pour la plupart, inscrits à la sécurité sociale.

Dans une proportion très importante, les sujets de notre échantillon ont été incarcérés au moins une fois (75%) et, en moyenne, l'ont été 4 fois dans leur vie. Inversement, une proportion importante parmi eux n'ont jamais subi de cures de sevrage (37%). Quand ils ont été pris en charge dans des structures de soins, il s'est agi, le plus souvent, des institutions spécialisées (31%), des hôpitaux généraux (23%), des hôpitaux psychiatriques (20%) et des médecins généralistes (8%). Nous pouvons dire, globalement et en fonction de ces quelques points de repères, qu'il s'agit d'une population en situation de grande précarité, y compris par rapport aux usagers de drogues dans leur ensemble tels que ces derniers apparaissent dans notre étude multicentrique (ANRS-DGS, 1996) : ils ont plus souvent été incarcérés, moins souvent soignés et leurs conditions de logement sont beaucoup plus précaires.

Ils sont tous, bien sûr, consommateurs de crack et cette consommation est actuelle dans l'immense majorité des cas. Dans un tiers des cas, cette consommation est quotidienne. Ailleurs, les sujets disent consommer du crack une fois par semaine ou moins. Ils consomment d'autres drogues licites et illicites : de l'héroïne (90%), de l'alcool (77%), de la cocaïne (34% au cours du mois précédant l'enquête), des produits de substitution médicalement prescrits (42%). Leur consommation d'héroïne est très importante (quotidienne dans 22% des cas, une fois par semaine ou moins dans 46% des cas).

La consommation du crack, quant à elle, peut être décrite plus précisément à partir d'éléments concernant le dernier épisode de consommation. Il s'agit d'une consommation très intensive et nocturne, seuls 16% des sujets disent avoir consommé pendant la journée la dernière fois. La consommation, le plus souvent, s'est faite en groupe (3 personnes en moyenne). Le produit est le plus souvent fumé (70%), mais il est injecté par 21% des

sujets et consommé des deux façons par quelques sujets (7%). Cette pratique de l'injection se maintient depuis quelques années quoique, peut-être, en diminution.

Cette consommation apparaît comme n'étant pas isolée : elle s'accompagne, le plus souvent, de la prise d'un ou de plusieurs autres produits, soit avant (67%), soit après ((74%). Parmi ces produits, nous trouvons essentiellement de l'héroïne, des produits de substitution et des médicaments.

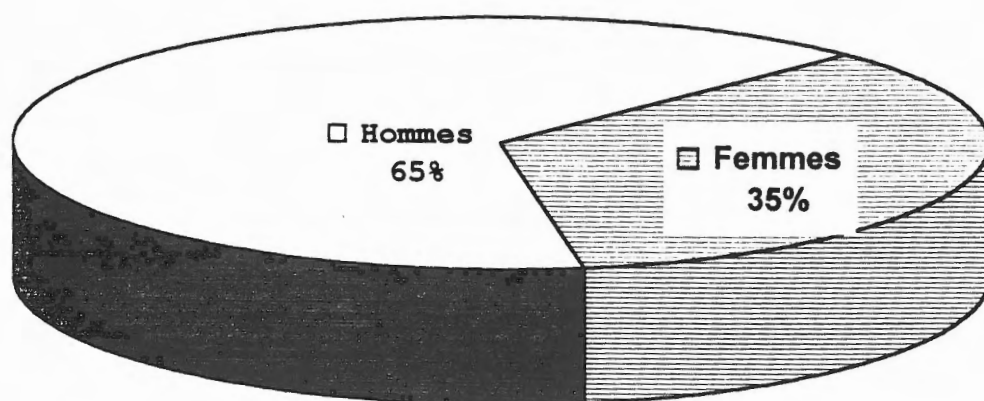
Pour ce qui concerne les pratiques de dépistages pour le VIH et les virus des hépatites B et C, les résultats sont comparables à ceux que nous avons trouvés dans l'étude multicentrique : la grande majorité des sujets ont été dépistés pour ces virus et les taux de contamination sont voisins : 49% sont positifs pour l'hépatite C (contre 47%) ; 27% des sujets sont séropositifs pour le VHB et 25% pour le VIH. De la même façon, 25% des sujets de notre échantillon disent avoir été vaccinés contre l'hépatite B.

Nous avons cherché à cerner l'état de santé des sujets en centrant nos investigations sur les problèmes sanitaires survenus au cours des trois mois précédant l'enquête. Cette façon de faire a sans doute comme risque une sous-estimation des problèmes de santé, mais nous l'avons choisie de façon à améliorer la précision du recueil de données. Ces « problèmes », tels qu'ils sont déclarés, peuvent aussi bien correspondre aux simples effets directs de la consommation de crack (les palpitations par exemple) qu'à des situations pathologiques avérées - directement liées, ou non, à cette consommation. Très souvent, nous n'avons pas pu savoir de façon exacte à quoi correspondaient les problèmes évoqués, ceci en raison de la pauvreté globale des suivis sanitaires et de l'ignorance des sujets par rapport à leur état de santé. Ces plaintes témoignent cependant, dans leur ensemble, de la multiplicité et de l'intensité des difficultés sanitaires vécues par les usagers.

C'est ainsi que les problèmes cardiaques (45%), respiratoires (27%), digestifs (45%), « nerveux » (69%), dentaires (60%) et dermatologiques (28%) apparaissent comme très fréquents. Chez les femmes, les problèmes gynécologiques sont cités dans 38% des cas. Les problèmes « nerveux », quant à eux, sont dominés par les « états dépressifs » et les « crises de paranoïa ».

Parmi les autres problèmes cités, nous trouvons plus volontiers les conséquences directes des consommations de crack, y compris celles liées à l'injection du produit. Il s'agit d'abcès (31%), de poussières (25%), de brûlures de lèvres (21%), de blessures aux doigts (34%) et de problèmes podologiques (24%).

SEXE



Sexe

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Femme	0	0.00	71	100.00	71	34.80
Homme	133	100.00	0	0.00	133	65.20
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Age

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moyenne	31.90		29.34		31.01	
Minimum	22.00		19.00		19.00	
Maximum	48.00		50.00		50.00	
Répondants	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Domicile

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Personnel	22	16.54	14	19.72	36	17.65
Parents	16	12.03	9	12.68	25	12.25
Foyer	20	15.04	5	7.04	25	12.25
Hôtel	49	36.84	31	43.66	80	39.22
Autre	58	43.61	26	36.62	84	41.18
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Profession

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Stage	5	3.76	3	4.23	8	3.92
Chômage inscrit	28	21.05	17	23.94	45	22.06
Chômage non inscrit	51	38.35	33	46.48	84	41.18
Sans profession actuellement	70	52.63	55	77.46	125	61.27
Autres professions	25	18.80	8	11.27	33	16.18
Pas de réponse	15	11.28	0	0.00	15	7.35
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Nationalité

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Française	94	70.67	64	90.14	158	77.45
Etrangère	39	29.33	7	9.86	46	22.55
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Bénéficiez-vous du RMI?

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	76	57.14	51	71.83	127	62.25
Oui	46	34.59	18	25.35	64	31.37
Pas de réponse	11	8.27	2	2.82	13	6.37
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Couverture sociale

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Régime général	50	37.59	30	42.25	80	39.22
Cotorep	6	4.51	7	9.86	13	6.37
C. Paris Santé	45	33.83	25	35.21	70	34.31
Autre (ne savent pas, en cours de régularisation)	39	29.32	25	35.21	64	31.37
Pas de réponse	5	3.76	1	1.41	6	2.94
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Incarcérations

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nombre moyen		4.48		3.11		4.09
Répondants	108	81.20	44	61.97	152	75.49
Pas d'incarcérations	25	18.80	27	38.03	52	24.51

CONSOMMATION DE CRACK

Fréquence actuelle
(dernier mois) :

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 fois/semaine	38	28.57	12	16.90	50	24.51
Plus d'1 fois/semaine	39	29.32	22	30.99	61	29.90
Tous les jours	38	28.57	31	43.66	69	33.82
Nulle	13	9.77	5	7.04	18	8.82
Pas de réponse	5	3.76	1	1.41	6	2.94
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

CONSOMMATION D'ALCOOL

Fréquence actuelle
(dernier mois) :

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 fois/semaine	4	5.26	3	9.38	7	6.48
Plus d'1 fois/semaine	7	9.21	6	18.75	13	12.04
Tous les jours	50	65.79	13	40.63	63	58.33
Nulle	6	7.89	4	12.50	10	9.26
Pas de réponse	9	11.84	6	18.75	15	13.89
Base :	76	57.14	32	45.07	108	52.94

CONSOMMATION DE PRODUITS DE SUBSTITUTION MEDICALEMENT PRESCRITS

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	47	35.34	39	54.93	86	42.16
Non	83	62.41	31	43.66	114	55.88
Pas de réponse	3	2.26	1	1.41	4	1.96
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

DERNIERE CONSOMMATION DE CRACK

Vous avez consommé :

La journée
La nuit
Jour et nuit
Pas de réponse

Base :

Hommes		Femmes		Total	
N	%	N	%	N	%
25	18.80	9	12.68	34	16.67
72	54.14	27	38.03	99	48.53
32	24.06	33	46.48	65	31.86
4	3.01	2	2.82	6	2.94
133	100.00	71	100.00	204	100.00

Vous étiez :

Seul
En groupe
Pas de réponse

Base :

39	29.32	14	19.72	53	25.98
93	69.92	56	78.87	149	73.04
1	0.75	1	1.41	2	0.98
133	100.00	71	100.00	204	100.00

Mode de consommation :

Fumé
Injecté
Les deux
Pas de réponse

Base :

87	65.41	57	80.28	144	70.59
33	24.81	10	14.08	43	21.08
11	8.27	4	5.63	15	7.35
2	1.50	0	0.00	2	0.98
133	100.00	71	100.00	204	100.00

STATUT SEROLOGIQUE

Dépistage VHB :

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	36	27.07	17	23.94	53	25.98
Oui	95	71.43	53	74.65	148	72.55
Pas de réponse	2	1.50	1	1.41	3	1.47
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Résultats VHB :

Positif	24	18.05	15	21.13	39	19.12
Négatif	67	50.38	37	52.11	104	50.98
Pas de réponse	42	31.58	19	26.76	61	29.90
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Dépistage VHC :

Non	30	22.56	12	16.90	42	20.59
Oui	103	77.44	59	83.10	162	79.41
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Résultats VHC :

Positif	41	30.83	35	49.30	76	37.25
Négatif	56	42.11	22	30.99	78	38.24
Pas de réponse	36	27.07	14	19.72	50	24.51
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Dépistage VIH :

Non	16	12.03	5	7.04	21	10.29
Oui	117	87.97	66	92.96	183	89.71
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Résultats VIH :

Positif	27	20.30	17	23.94	44	21.57
Négatif	86	64.66	46	64.79	132	64.71
Pas de réponse	20	15.04	8	11.27	28	13.73
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

2. Le recrutement des usagers de crack.

D'une façon globale, le profil des consommateurs de crack est celui de sujets qui consomment de l'héroïne depuis longtemps (avant 1989) et du crack depuis peu (après 1990). Pour une large part, ces usagers ont d'abord été consommateurs d'héroïne avant de passer au crack.

Dans le courant des années 80, le crack concernait essentiellement un petit groupe d'Antillais originaires de la Martinique, de la Guadeloupe ou de la Guyane. A partir de 1990, le crack a commencé à s'étendre à d'autres groupes sociaux où l'héroïne était présente, en particulier dans le milieu de la prostitution. Parmi ceux qui se sont initiés au crack à cette époque, certains n'avaient jamais consommé d'autres produits auparavant, mis à part le cannabis.

D'autres usagers de drogues, qui consommaient de la cocaïne ou de l'héroïne, se sont mis à consommer du crack en l'associant peu à peu à leur consommation principale. Pour beaucoup, le crack a commencé à prendre une place de plus en plus importante jusqu'à devenir le produit principal. L'héroïne, pour eux, a pu devenir un produit de complément, utilisé pour réduire les effets de « descente », c'est à dire les sensations d'angoisse et de dépression qui suivent les épisodes de consommation de crack. Nombre de sujets ont pu penser qu'ils s'étaient désintoxiqués de l'héroïne.

Le crack a également touché nombre d'usagers inscrits dans des programmes de substitution ou bénéficiant de prescriptions médicales de tels produits (Skenan, Subutex, Moscontin) sans que l'on puisse ici établir de relation de cause à effet : certains ont commencé à consommer du crack avant de passer à la substitution et d'autres ont fait le chemin inverse. Par ailleurs, dans certains programmes de substitution (Emmergence), le nombre de consommateurs de crack est très faible : deux sur cent cinquante au moment de l'enquête.

Dans quelques cas, surtout au début des années 90, les consommateurs de crack ont utilisé ce produit de façon inaugurale et exclusive, ceci dans des milieux sociaux très variés, y compris parfois chez les clients des travailleurs sexuels.

Mais les trajectoires sociales des consommateurs de crack font généralement apparaître un long parcours d'utilisation des drogues, notamment de l'héroïne.

** A... est née en 1963, célibataire, et mère d'un enfant né en 1985. Elle a été incarcérée à plusieurs reprises (incarcérations liées à sa consommation de crack, et des autres produits). Elle a fumé pour la première fois la cocaïne à l'âge de 21 ans alors qu'elle était une consommatrice régulière d'héroïne. Elle vivait*

à l'époque en partie chez ses parents et en partie dans des squats de l'Ilot Chalon à Paris. Cette première prise a eu lieu dans un squat avec trois personnes et le dealer. Celui-ci a préparé en leur présence la cocaïne qu'ils ont fumée dans un tube muni d'une petite grille provenant d'une passoire à lait. Ils avaient fumé cette nuit-là 5 grammes de cocaïne. La cocaïne était disponible dans le quartier de l'Ilot Chalon et plusieurs jeunes installés dans les squats la consommait sur place. Pour cette première consommation, le sujet décrit des effets très brefs de flash, traversés par des pensées très rapides et une stimulation physique.

Par la suite, l'évolution de la consommation de A... correspond à trois phases. Une période qui va de cette première consommation à 1989. Pendant cette période le sujet a continué à consommer de la cocaïne et à fumer du crack de manière occasionnelle. A... disait qu'à cette époque, elle était d'abord héroïnomane et n'était pas très attirée par le crack. Cependant, elle consommait trois à quatre fois par mois du crack. Il lui arrivait parfois de passer toute une nuit à fumer du crack. Deux facteurs modéraient toutefois son attirance pour le crack : sa forte dépendance à l'héroïne et le coût de la cocaïne. L'argent provenait des vols ou du « michetonnage ». Elle n'a commencé à vraiment se prostituer qu'à partir de 1989.

La seconde période va durer 5 ans de 1989 à 1994. A cette époque, le sujet a quitté la région parisienne pour le sud de la France. Elle vivait alors de "petits boulots" (emplois temporaires déclarés, vendanges, travail au noir) et n'a pas consommé de crack pendant cette période. Elle consommait surtout du cannabis, des médicaments, de l'héroïne, de l'alcool; et temporairement des amphétamines et du L.S.D. Sa consommation d'héroïne était devenue occasionnelle.

Une nouvelle période a commencé à partir de 1994, A... était revenue à Paris, en situation d'errance, gardant toutefois quelques liens avec sa famille et son enfant. Sa consommation (d'héroïne et de crack) était devenue régulière. Elle dit qu'elle était devenu dépendante du crack. Lorsque A... consommait du crack la prise d'héroïne précédait toujours celle du crack. Parfois, le sujet pouvait reprendre de l'héroïne après (pour pallier l'angoisse ressentie lors de la descente). Mais, elle ne commençait jamais une journée par une prise de crack, car l'angoisse induite, augmentait celle liée au manque d'héroïne. Les médicaments pouvaient être pris avant, pendant ; mais le plus souvent après pour atténuer la descente de crack. Le sujet préférait et consommait le plus souvent ces produits en groupe, toujours avec les mêmes personnes (amies).

Suite à sa consommation de crack mais aussi d'héroïne, les problèmes de santé rencontrés par A... sont nombreux. Actuellement ses dents sont très abîmées. Elle est dans un état

de fatigue générale lié au mode de vie, aux insomnies répétées.. Les problèmes nerveux sont également constants, une anxiété générale, agitation physique nerveuse, irritabilité, insomnies liées à une consommation de crack parfois très intensive. Sa consommation de crack dure parfois 2 à 3 jours de suite. Elle a été prise, une fois, par une crise d'épilepsie. A... a été contaminée par le virus de l'hépatite C. Cette hépatite a été précédée d'une hépatite B. Pour sa consommation d'héroïne, utilise toujours un matériel personnel (sa propre cuillère, son propre coton, et une seringue neuve).

A... souhaiterait que l'ensemble des structures qui ont affaire aux toxicomanes (médicales, judiciaires, prisons), fassent plus de "distinction" entre les problèmes rencontrés par les toxicomanes dépendant à l'héroïne et les problèmes rencontrés par ceux dépendant au crack (c'est à dire à la cocaïne). Elle pense, par exemple, à l'état d'angoisse massive que les personnes incarcérées peuvent éprouver (état de manque plus "dur" avec le crack qu'avec l'héroïne car cet état est moins physique. Ceci, selon A... n'est pas pris en compte : "on traite les deux types de toxicomanes de la même façon" sans adapter les soins en fonction du type de produit auquel le toxicomane est le plus dépendant.

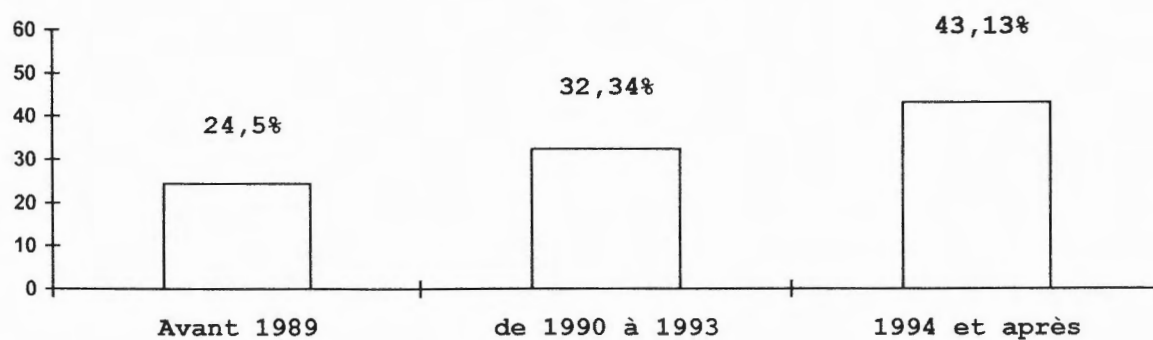
A... a rencontré de nombreux problèmes depuis qu'elle est rentrée dans une phase de surconsommation de crack, c'est à dire à partir de 1994. Des vols sont généralement commis après une prise importante de crack, et motivés par le besoin incessant d'en reprendre tout de suite. Elle souffre d'irritabilité, d'anxiété, d'une tendance à la paranoïa, de sautes d'humeur, de violence. Quant au travail sexuel, devenu régulier (quotidien) à partir de 1989, il est devenu indispensable pour acheter du crack et de l'héroïne tous les jours.

ANNEE DE PREMIERE CONSOMMATION DE CRACK

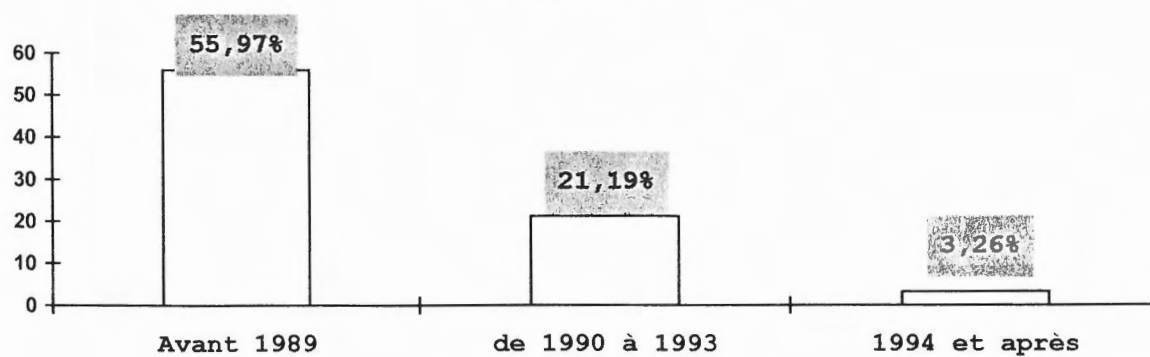
	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 1980	5	3.76	0	0.00	5	2.45
Entre 1981 et 1985	8	6.01	7	9.86	15	7.35
Entre 1986 et 1989	22	16.54	8	11.26	30	14.70
Entre 1990 et 1991	20	15.03	8	11.26	28	13.72
Entre 1992 et 1993	28	21.05	10	14.08	38	18.62
Entre 1994 et 1995	32	24.06	22	30.10	54	26.47
Entre 1996 et 1997	18	13.53	16	22.53	34	16.66
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

ANNEES DE PREMIERE CONSOMMATION

Crack



Héroïne



3. Les scènes du crack.

Les premiers groupes de consommateurs de crack ont été repérés pour la première fois aux environs de 1988 dans le métro parisien. En réalité, l'implantation de ce produit à Paris est plus ancienne et s'est faite à partir d'un certain nombre de squats avant de se diriger vers la rue.

Les squats : Il faudrait faire remonter l'histoire de l'implantation du crack à Paris au début des années 80 : les squats de l'Ilot Chalon rassemblaient alors un nombre important d'usagers et de revendeurs d'héroïne et de cocaïne. Beaucoup d'usagers se sont initiés à cette époque à l'utilisation combinée de l'héroïne et de la cocaïne (« speed ball ») et quelques-uns ont expérimenté la consommation de cocaïne sous forme fumable (« free base »). A la suite de la fermeture de l'ilot Chalon, à partir de 1985, les usagers se sont dispersés dans plusieurs quartiers de Paris et plus spécialement le quartier des Halles et le nord-est parisien.

Les premiers squats « spécialisés » se sont ouverts : rue Cousteau à Pigalle et rue Pajol (1989). Ce dernier squat était occupé exclusivement par les consommateurs et dealers de crack. Un squat du même type s'est ouvert rue de Tanger dans le 19^{ème} arrondissement en 1990. D'autres ont suivi : le « ghetto » de la rue d'Aubervilliers, la « cave » de la rue Marcadet, le « squat du chinois » dans la rue des Poissonniers, le squat d'Emile Duployé, et d'autres encore rue Philippe de Girard, rue de la Ghouat, rue Simplon, porte des Lilas (de la rue de Romainville à la rue de Belleville et qui comptait plusieurs immeubles)... En outre, les consommateurs de crack se sont installés dans toutes sortes de lieux et d'abris, notamment des véhicules abandonnés ou en panne.

Le métro : Une partie importante de la ligne 9 du métro (Mairie de Montreuil - Pont de Sèvres) a été investie par les consommateurs et les revendeurs de crack. Les stations les plus concernées se situaient dans le 11^{ème} arrondissement. Il s'agissait des stations suivantes: République, Oberkampf, Saint Ambroise, Voltaire, Charonne, Rue des Boulets et Nation. Les stations République et Nation qui sont les deux extrémités du tronçon du métro occupé par les usagers de crack servaient essentiellement pour les transactions. Les autres stations, particulièrement Oberkampf, Saint Ambroise et Voltaire fonctionnaient aussi bien pour la consommation que pour le deal. Les consommateurs et les dealers utilisaient la ligne dans les deux sens pour dérouter la surveillance policière et celle des vigiles du métro. Les transactions s'effectuaient dans les nombreux couloirs de deux stations: République et Nation. L'activité sur cette ligne a cessé au courant de l'année 1990.

C'est à cette époque que les scènes de rue se sont installées dans le 19ème arrondissement. Les lignes de métro concernées ont été: la ligne 5 et les lignes 7 et 7B. Les stations les plus actives étaient Jaurès, Stalingrad, Riquet, Laumière et Botzaris. Le crack était également présent sur la ligne 11 entre Belleville et Porte des Lilas et sur la ligne 2 entre Nation et Place Clichy. Depuis le « nettoyage » du quartier Stalingrad, en 1994, d'autres lignes de métro ont été investies. Il s'agit de la ligne 12 entre la Porte de la Chapelle et Notre Dame de Lorette et la ligne 4 entre Porte de Clignancourt et Châtelet.

Les scènes ouvertes : La première scène ouverte a commencé à se former entre 1990 et 1992 place Torcy dans le quartier de la Chapelle, non loin du squat de la rue Pajol. A partir de 1992 et après la fermeture de ce squat et de celui de la rue de Tanger, une activité grandissante a commencé à s'installer à Stalingrad. Il s'agit d'un espace qui va de la rotonde au bassin de la Villette. Mais l'activité qui s'est développée autour du crack concernait l'ensemble du quartier et particulièrement la rue de Flandre, autour du Bâtiment de la sécurité sociale (baptisé la « préfecture » par les usagers). Le Boulevard de la Chapelle, la rue de Tanger, la rue Riquet et la rue d'Aubervilliers étaient des sites où circulaient des centaines d'usagers. D'autres quartiers, au fur et à mesure des déplacements des usagers et des interventions policières, ont été envahis. Parmi les scènes de rue les plus importantes, signalons celle qui s'est installée devant l'hôpital Robert Debré (été 1994), le quartier de la Chapelle (automne 1994) et celle des rails, une ancienne voie ferrée qui se situe entre la Porte de la Chapelle et la Porte des Poissonniers (été 1996). Les pétitions et les manifestations des riverains et des commerçants ont été incessantes depuis 1993. A l'automne 94, une importante opération de police a dispersé la plus grande partie des usagers vers les quartiers voisins, en direction de la porte de la Chapelle, de la gare du nord et de la Goutte d'or.

Actuellement, la plupart des scènes ont disparu. Elles ont été remplacées par des regroupements -les « plans »- beaucoup plus ponctuels et mobiles d'usagers et de vendeurs. Ces « plans » peuvent être quasiment permanents et il s'agit alors de lieux traditionnels de revente (La Goutte d'or, la rue d'Aubervilliers, Strasbourg Saint-Denis...). Ils peuvent au contraire changer d'un jour à l'autre et se situer aussi bien aux environs de la Goutte d'or ou de Stalingrad que dans d'autres quartiers (la gare de l'est, l'Hôpital Saint-Louis, Montmartre, la proche banlieue...).

4. Economie.

L'économie du crack se superpose à celle de la cocaïne dans la mesure où elle se fonde sur la disponibilité de ce produit et où le crack, en règle générale, est produit sur place, à Paris, souvent de façon artisanale. Mais, dès que la transformation est terminée, l'économie du crack devient tout à fait particulière : ce qui la caractérise est la fréquence et la rapidité élevées des transactions.

Les consommateurs de crack s'approvisionnent dans la rue et les squats, mais aussi dans des circuits plus discrets : bars et clubs de nuit pour certains d'entre-eux. Parmi les dealers, certains se sont spécialisés dans la vente du crack : ce sont les « modous », terme qui désignait les vendeurs africains et qui désigne maintenant tout vendeur de crack, indépendamment de son origine ethnique.

Au niveau de la rue, les dealers achètent de petites quantités de cocaïne allant de 5 à 20 grammes qu'ils transforment en crack avant de le vendre aux consommateurs. Cette opération d'achat, de transformation et de revente peut se renouveler plusieurs fois par jour ou par nuit. Ils s'adressent aux consommateurs de rue, aux travailleurs sexuels et certains d'entre-eux opèrent dans les lieux où ils sont contacts avec une clientèle plus aisée : « sapeurs » (centre-africains), clients des boîtes de nuits et de bars dans certains quartiers tels que Pigalle.

Actuellement, des dealers plus organisés approvisionnent sur rendez-vous les consommateurs plus fortunés et qui ne veulent pas acheter dans la rue. Ils sont alors équipés de téléphones portables, Tatoos et Tam-Tam... Certains clients sont livrés sur place. « Avant, c'était dans la rue. Maintenant, je me débrouille. Maintenant, c'est un mec qui a un portable. Je l'appelle et voilà quoi. Je préfère traverser tout Paris pour aller le chercher plutôt qu'aller dans la rue. Parce qu'il m'est déjà arrivé des problèmes dans la rue : se faire braquer mes tunes, courser les mecs pour récupérer mes tunes... Heureusement que j'ai eu de la chance, j'ai pu les récupérer... Mais bon. Ou un couteau sous la gorge... Ca peut être très dangereux. Ou dans le squat, là... Y a un squat, tu rentres, il y a des mecs qui sont fous furieux... Ou un mec qu'est en "queman" de galette, et il voit une petite nana qui a des tunes et qui en cherche, et... Il va se greffer sur toi, et il va te mettre la pression psychologique pour que tu lui fasses nétour. Et, il te le dit pas mais, il est tellement nerveux, qu'il est prêt à t'éclater la tête. Ca m'est arrivé d'appeler le dealer, et de lui demander de retenir le mec, le temps que je me casse en courant. Ou un mec qui se greffe à toi, qui marche avec toi, puis dès qu'il voit un dealer, après il dit "Bon, c'est moi qui vais faire la transaction, c'est moi qui va te présenter le mec. Tu vas me faire nétour". Et si tu veux pas, ben... Faut être hyper vigilant, hyper diplomate. »

Autour des dealers, d'autres acteurs sont là pour faire tourner la machine économique. Les rabatteurs sont les auxiliaires d'un ou plusieurs dealers. Ils sont consommateurs et n'ont jamais ou presque jamais de marchandise à leur disposition. Ils ont pour mission de se tenir à la disposition du dealer. Ils orientent les clients les plus solvables vers le dealer, annoncent le lieu et l'heure de la livraison, guident les clients jusqu'à l'endroit où aura lieu la transaction. Ils sont rémunérés en argent et en nature. Par exemple, pour dix transactions réalisées, ils peuvent recevoir deux ou trois « plaquettes » et une somme de 500 francs. D'autres auxiliaires peuvent aussi intervenir : le cuisinier qui fabrique le crack, le garde du corps, celui qui encaisse l'argent...

Les réseaux africains dits « Modous » ont commencé à s'intéresser à la vente du crack à partir de 1990. Selon les informations que nous avons rassemblées auprès de consommateurs, d'anciens dealers et de petits revendeurs africains, les réseaux de modous se sont constitués autour d'une personne d'un certain âge, qui jouit de respect et qui offre certaines garanties aux intéressés. Il s'agit parfois d'un commerçant, d'un notable villageois, ou d'une personne influente au sein d'une famille élargie. Dans la plupart des cas ce dernier n'est presque jamais directement impliqué dans les transactions. La gestion de l'argent est habituellement confiée à des femmes d'un certain âge. Le noyau dur du réseau est constitué d'un groupe actif de deux ou trois personnes qui sont chargées de l'achat, de la transformation et de la livraison aux modous. Ces derniers, les plus exposés, sont chargés de la vente aux consommateurs.

Les correspondants africains interviennent pour le recrutement des modous. Ils les sélectionnent au village, s'occupent de leur hébergement, du transport et des formalités administratives. Ces modous sont dans la plupart des cas jeunes et prêts à l'aventure. Ils sont informés à la fois sur les risques encourus vis-à-vis de la loi et les éventuelles retombées financières pour eux et pour leurs familles. Les correspondants africains jouent également un rôle dans le blanchiment et l'investissement de l'argent collecté.

Les modous ont une mission à durée déterminée, généralement un mois, qui peut être renouvelée ultérieurement. L'objectif est d'arriver à mettre de côté pendant cette période le maximum d'argent possible. L'épargne ainsi constituée au jour le jour est acheminée vers le pays ou mise à l'abri sur place. Ils travaillent généralement en équipe de deux à quatre personnes. Une ou deux personnes détiennent les galettes, une personne est chargée d'encaisser l'argent. Ce rôle est souvent confié à la nouvelle recrue. Cette équipe est supervisée par un chef dont le rôle est de trier les clients, de régler les conflits et de donner des directives en cas de danger (descente de la police). Pour nombre de modous africains, la carrière a tourné court. Dans certains cas, ils sont « tombés » et ont été abandonnés par ceux qui les avaient recrutés. A leur sortie de prison, trop

marqués, ils ne peuvent réintégrer leur fonctions. Le plus souvent, ils viennent grossir les rangs des consommateurs : ils commencent par goûter au crack et à d'autres produits et passent de l'autre côté de la barrière.

Au niveau des consommateurs dans la rue, dans les squats, le partage, la revente entre usagers, se prolonge. Une galette achetée entre 200 et 300 francs est coupée en petits cailloux revendus à 50 francs et parfois moins. Pour partager une plaquette le consommateur la coupe à l'aide d'un cutter en quatre ou six cailloux. Les débris qui résultent parfois de cette opération sont appelés miettes. Ils sont immédiatement fumés ou donnés en cadeaux. Une miette est également appelée une « angoisse ».

Les consommateurs de crack se revendent aussi entre-eux de « l'huile ». Il s'agit de résidus et des dépôts qui restent au fond du doseur après combustion. Certains consommateurs de crack apprécient ces résidus. Ils prêtent leurs doseurs à d'autres fumeurs afin de récupérer « l'huile », parfois ils les rachètent. L'huile est fumée, parfois elle est injectée.

La production d'argent, pour les consommateurs, repose sur le travail sexuel pour les femmes et sur de multiples formes de délinquance pour les hommes comme pour les femmes. Mais les activités économiques des usagers sont très diverses, dominées par la « débrouille » : il peut s'agir de la vente de cailloux ou d'huile, du rabattage occasionnel, du « pilotage » de clients, de la location ou de la vente de matériel (briquets, doseurs...), de petits services rendus et monnayés, de toutes les formes de proxénétisme, du harcèlement d'un revendeur ... Du fait des caractéristiques du marché (rapidité et grande fréquence des achats, regroupements des usagers en petites familles, présence constante de l'argent sur les sites), de nombreux usagers comptent sur le vol, la rapine et les arnaques pour se procurer soit de l'argent, soit du crack. Les usagers se volent entre eux de façon très régulière et tentent aussi, par exemple, de payer les dealers avec de fausses coupures...

* « Traîne avec les dealers ou les consommateurs "fortunés" pour sa propre conso. »

* Q : « Comment trouves-tu l'argent pour acheter le crack ou les autres produits ? »

R : « J'achète très peu. C'est paradoxal, je fume beaucoup mais j'achète très peu. Bon, je suis Sénégalais. Je vais rentrer dans des trucs que je n'aime pas trop dire mais qui sont vrais. Je suis Sénégalais d'origine et on sait que le commerce du crack c'est tenu par les Sénégalais, je les connais presque tous. Je sais utiliser ma langue quand je veux quelque chose, je leur fais la cour et finalement ils me donnent un truc ou deux. Quelquefois je fais aussi un peu de rabattage mais j'évite au maximum parce que j'ai déjà eu des problèmes à cause de ça.

Parfois, j'arrive à avoir dix galettes en une soirée et j'ai pas déboursé un centime. Et des fois on m'invite, quelqu'un arrive avec beaucoup d'argent et m'invite à fumer. »

Q : « Il t'arrive quand même d'être obligé de dépenser de l'argent pour acheter certains produits et comment l'obtiens-tu alors ? »

R : « Mais là, ça fait un ou deux mois que j'ai pas déboursé une tune pour le crack... C'est vrai que de temps en temps... Actuellement, je galère tellement au niveau financier que même si j'avais de l'argent, je ne pense pas que je mettrais ça dedans, ou très peu. Pourtant, à l'époque, j'en ai mis beaucoup. Mais c'est vrai que la plupart des gens qui achètent, ce sont des voleurs. Ils volent, toute la journée, ils revendent le soir et ils achètent la nuit. Ou ce sont des putes... Il m'arrive aussi parfois, effectivement, le "modou", il me voit, comme ils savent que je suis assez réglo, ils ont tellement confiance en moi, que des fois ils me donnent leur argent. Ils dealent, il y a plein de mecs derrière lui, et il me confie tout son argent. Quand je lui rends, le mec, il est obligé de cracher deux - trois plaquettes, car je lui fais bien comprendre que j'ai pris un risque en protégeant son argent, car si à ce moment-là je me fais arrêter par les flics je suis complice. Ou bien des fois, je tiens l'argent et je me casse avec. Je l'ai fait plusieurs fois aussi. J'avais beaucoup de scrupules avant, mais plus maintenant. Mais là, ils commencent à comprendre, donc ils me donnent de moins en moins l'argent à tenir. Quand on se revoyait le lendemain, je leur disais que j'avais été arrêté par les flics... A la guerre comme à la guerre. Ils nous niquent la santé, alors... »

* « Sa consommation quotidienne est d'environ six galettes. A chaque prise il fume un quart de galette. Le crack est acheté dans la rue 150 F la galette. Peu importe le (dealer black), l'argent utilisé provient du vol et de la vente d'objets personnels. Il arrive parfois qu'il revende du crack pour sa consommation »

* « La consommation de crack a entraîné la vente de tout son matériel HIFI (18 000 F), magnétoscope, vêtements de valeur... Perte de l'appartement et des meubles. »

* « Le crack l'a amenée dans la prostitution... A vécu des moments difficiles sur le boulevard. Ne souhaite pas s'étendre. Au moment du décès de son père, lui a promis d'arrêter. Depuis deux mois a arrêté la prostitution. Elle vit un moment difficile quant à la gestion de la succession de son père. Elle a de gros problèmes avec sa belle-soeur. L'héritage lui fait peur par rapport à sa consommation de crack. »

* « A chaque soirée, je dépense 1 400 F environ de dope (caillou + héro). La galette coûte 300 Francs mais je la négocie à 150 Francs. Quand c'est bien servi, tu peux faire 6 kifs. »

* « Gagne 15 000 Francs par mois et dépense tout dans le crack, dix jours après la paye, il n'a plus rien. Se rend bien compte qu'il file un mauvais coton, mais dit qu'il n'a pas de motivation pour arrêter. »

5. La consommation du crack.

La consommation du crack sa fabrication, sa préparation font partie de l'apprentissage de base du consommateur. Cet apprentissage va permettre au consommateur d'acquérir une culture du crack. Il apprend à reconnaître la cocaïne sous toutes ses formes et particulièrement les produits fumables, le crack, l'huile. Il se familiarise avec les outils utilisés pour fumer ou injecter le crack. Il apprend à « doser » la galette, allumer le doseur, aspirer la fumée, la garder un certain temps dans les poumons avant de la rejeter. Il en est de même pour ce qui concerne l'injection du crack, comment le préparer, le diluer et l'injecter.

L'usager de crack apprend également à identifier les lieux et les personnes avec qui il partage sa consommation. Il aura appris, au cours de sa trajectoire, à se familiariser et à gérer les effets et les méfaits de cette consommation : montée, descente, produits à associer à la consommation du crack. En définitive, il aura appris l'essentiel de ce qu'il faut faire et ne pas faire pour être accepté dans les groupes de consommateurs de crack. Des pratiques spécifiques à la consommation de crack s'installent : fumer le doseur, « proportionner » la galette, récupérer l'huile.

Les fumeurs de crack ont trouvé et adopté un certain nombre d'outils nécessaires à cette consommation. Les moyens pour fumer le crack ont été trouvés dans l'environnement même où se passe cette consommation : canettes de bière ou de soda, filtre métallique et autres objets de récupération. Le crack, essentiellement fumé au début, est également injecté. Les consommateurs de crack par voie intraveineuse se procurent le matériel d'injection (seringue, cuiller, coton) de la même manière que les héroïnomanes.

La consommation du crack correspond par ailleurs à des exigences de temps et d'espace. Il s'agit d'une consommation plus appréciée la nuit que le jour, même si nombre d'usagers consomment également le jour. La consommation se fait en petits groupes, rarement de manière isolée.

par voie injectable avant d'y renoncer. Tous les cas de figure sont possible. Soulignons malgré tout que le recours à l'injection, quelle qu'en soit la justification, est surtout le fait de personnes qui consommaient habituellement leurs produits par injection. Pour certains, la consommation du crack en fumée est ce qui leur a permis de penser quelques temps qu'ils s'étaient désintoxiqués de l'héroïne et de la seringue. Les consommateurs de crack qui utilisent les deux modes d'administration (fumé et injecté) ont souvent des difficultés à choisir leur mode de consommation lorsqu'ils sont en possession le produit. S'ils l'injectent, ils se disent « j'aurais dû le fumer. » S'ils le fument, ils pensent l'inverse.

Pour consommer le crack en injection, il faut piler un « caillou » ou un morceau de « galette » avant d'y ajouter du jus de citron pour le diluer. La consommation du crack par voie intraveineuse est associée à de nombreux risques infectieux et plus particulièrement les abcès. De telles pathologies ont été remarquées dès 1993 à la « Boutique ». Ces abcès nécessitent le plus souvent l'intervention d'un chirurgien et la prescription d'antibiotiques.

** « Première fois l'a fumé, mais dès la deuxième prise en injection. Maintenant il préfère le fumer. »*

** « Ca fait aussi partie de ma gestion de la came. Comme je ne viens que deux fois par semaine, maximum, je me dis aussi de pas trop shooter. Déjà l'héroïne, je la fais en shoot. »*

** « J'adore le crack quand il est shooté parce que la montée est directe, mais ça dure pas assez longtemps. Le fumer c'est pareil, mais t'as tout de suite envie d'en reprendre. »*

** « Aime le fumer, manipuler le doseur, voir la fumée y rentrer, la première bouffée, le premier caillou mis sur le filtre. Ensuite, difficile de s'arrêter, en remet un autre tout de suite. »*

** « Le fume car ne peut plus se shooter mais regrette les effets de la galette quand elle était shootée. »*

MODE DE CONSOMMATION DU CRACK
(dernier mois)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fumé	76	57.14	53	74.64	129	63.23
IV	32	24.06	9	12.67	41	20.10
IV + Fumé	11	8.27	5	7.04	16	7.84
Sniff + Fumé	2	1.50	0	0	2	0.98
Pas de réponse	12	9.02	4	5.63	16	7.84
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

ANNEE DE PREMIERE INJECTION DE CRACK

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 1980	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Entre 1981 et 1985	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Entre 1986 et 1989	3	5.08	1	3.12	4	4.39
Entre 1990 et 1991	12	20.33	3	9.37	15	16.48
Entre 1992 et 1993	12	20.33	5	15.62	17	18.68
Entre 1994 et 1995	19	32.20	15	46.87	34	37.36
Entre 1996 et 1997	13	22.03	8	25.00	21	23.07
Répondants	59	44.36	32	45.07	91	44.60
Non concernés	74	55.64	39	54.93	113	55.40

Les motivations : Les motivations des sujets pour consommer du crack renvoient aussi bien à la recherche de l'évasion, de l'oubli qu'au fait de se défoncer et de s'exploser la tête. La recherche du bien-être, ici, joue un rôle très important, associé à la recherche de la bonne compagnie : le crack se consomme à deux ou trois, en petits groupes, et se partage.

* « Crack : bon délire, mais tu t'en lasses. En prend pour avoir un bon coup de speed en groupe. »

* « Quand tu en prends, le délire ça dépend des gens avec qui tu es. C'est bien d'aller en boîte, par exemple, car tu es plus speed. »

* « Consomme du crack occasionnellement pour le speed et oublier les problèmes qu'il a actuellement. »

* « J'ai envie d'un goutte à goutte avec du crack américain. J'aime ressentir le speed. »

* « Je fume du crack pour m'exploser la tête, y a que les kiffeurs qui peuvent comprendre ça. »

* « Je fume le crack pour m'évader, planer, oublier les problèmes un court moment. Dans la drogue, y a pas d'amis, dans ce système c'est marche ou crève. La nuit à la recherche des dealers, tu peux te faire agresser par n'importe qui, d'autant plus que tu prends beaucoup de risques à te promener avec le caillou. Les gens, je les trouve de plus en plus violents. Le système, moi je lui en veux pas, en réalité c'est de notre faute. Le mec qui veut avoir sa place, il se bat et il prend sa place. Les foyers comme le Sleep-in, ça dépanne bien mais c'est dommage que ça soit dans le 18°. »

Les effets : Plusieurs termes sont utilisés par les usagers pour parler des effets : « l'angoisse » et le « kif » en particulier. Tous les consommateurs recherchent le « kif », c'est à dire le plaisir. Mais, il y a le bon et le mauvais « kif ». Kiffer veut dire aussi fumer. Quant à l'angoisse, c'est un état à la fois recherché et redouté. Les effets du crack tels qu'ils sont décrits par les usagers sont d'une durée courte. Ils ont un moment de « montée » et un moment de « descente ». Mais la montée et la descente ne résument en rien les effets du crack : entre les deux, alors que les sensations les plus spectaculaires ont disparu ou ne sont pas encore apparues, existe un état intermédiaire, difficile à décrire, où les sujets sont parfaitement vigilants, légèrement stimulés au plan psychique et sexuel (surtout pour les hommes) et, en même temps, détendus : c'est là le kif le plus attendu et, aussi, celui qui est le plus rarement atteint.

* « La première prise de crack s'est faite à deux, dans une voiture, en utilisant un verre. L'effet de ce premier "kif": rien. La prise suivante (1/2 heure plus tard) a provoqué un coup de chaud des pieds au cerveau, avec un fort bourdonnement dans les oreilles. C'est cette sensation qu'elle apprécie et qu'elle attend à chaque fois. "Des fois ça ne vient pas. C'est la tête qui contrôle ton corps". »

* « Fume rarement la journée. Je "travaille" (=fait de l'argent). "Je kiffe jusqu'à 6 heures du matin". »

* « La première fois, c'est un flash, ça te fait une sensation de speed, tu as l'impression que tout s'accélère, comme avec la cocaïne poudre. Avec, en même temps, une sensation d'euphorie. C'est très court. »

* « Je ne prends pas le kif pour une défonce, j'ai l'impression d'être quelqu'un d'autre, je me sens des ailes pousser, je suis dans ma montée, y a une chaleur. »

* « Quand tu fumes le caillou, tu penses que t'es fort. T'as pas de problème. Tu kif, c'est de la saloperie, mais j'aime ça. Tu comprends, tous les kiffeurs on est un peu à part. Ce que je recherche, c'est d'oublier cette merde. »

* « Quand je fume mon caillou, je suis trop bien, c'est comme un orgasme, faut seulement être raisonnable. »

* « Les effets recherchés: la puissance. Avec le crack on n'a plus peur de rien, on se sent très fort. Puis le cauchemar arrive avec la paranoïa. Il ne sortait plus dans la rue, il se sentait poursuivi par la police. »

* « Avec la cocaïne on découvre des capacités inconnues. C'est une drogue d'expérimentation pour le cerveau. Souvenir des premières hallucinations comme d'une expérience inoubliable. Le son, la musique et les couleurs. C'est indescriptible, trop beau. Il passait ses nuits dans les bars à fumer de la cocaïne, beaucoup d'alcool aussi. Il pensait qu'il se bagarrait d'après l'état de ses vêtements et des blessures dans le corps (des bleus). Ne savait où il avait garé sa voiture. Fort désir de se battre. Plus tard l'épuisement, mais on continue car c'est trop fort ce que vous vivez. Le besoin de reprendre est énorme. On arrête quand le cerveau ne suit plus. Crises d'angoisse la nuit pendant le sommeil, on se réveille en sueur. C'est la folie, mais c'est très attirant. »

* « Je suis devenu complètement fou, une parano terrible. Je me souviens avoir passé des heures à arroser un arbre avec la conviction que c'était mon beau-père... On m'a enfermé dans un hôpital, je délirais. J'entendais des voix, je voyais des visages horribles. J'avais très peur et j'étais violent. C'est

très fort... J'ai arrêté mais je ne peux pas m'empêcher de penser tous les jours à la goutte d'or... Je ne descends pas de la voiture, je regarde c'est tout! »

* « Après ça devient la folie, la parano totale. Ca devenait grave, je n'arrivais pas à arrêter. Tu ne t'en sors pas. Tu te réveilles, tu ne penses qu'à ça, on est accro dans la tête. Je prenais toujours une dose double en France quand j'achetais dans la rue. J'ai décroché cinq jours à Garches, dans un hôpital en urgence, ça n'a rien donné. Je ressens un vide à l'intérieur de moi, je veux comprendre ça. »

* « Ce matin en kiffant: palpitations dans le studio de son ami. Re kif: le feu sortait de son cerveau.. Arrache les cheveux, sensation de grande chaleur, de feu interne. Ce n'est pas tous les jours, c'est uniquement quand le crack est préparé à l'ammoniaque. Pas de problèmes de descente ni autres quand le crack est préparé au Bicarbonate. »

* « A chaque fois que je fume, j'ai l'effet que je cherche mais le matos et les conditions ne sont pas bons: lieux stressants, gens qui stressent, mais l'effet est toujours bon. Pour la descente, il me faut du shit ou de la came. »

* « La qualité de la coke, le premier tu le sens. Tu penses que tu vas avoir le même au deuxième caillou et tu ne l'as pas. »

* « Considère qu'il n'y a pas de différence entre la coke et le crack au niveau des effets. "Le crack, ce sont les déchets." »

* « Avec la cocaïne tu éprouves un manque physique, tu ne peux pas t'en passer. Avec le crack c'est un manque psychologique, tu as envie. »

La descente : La descente que tous les consommateurs de crack connaissent et appréhendent, correspond au moment où les effets du crack commencent à s'estomper. Certains, prennent des précautions pour que la descente se passe sans problème. Ils prévoient un produit de descente, l'héroïne par exemple. D'autres consomment héroïne et crack en même temps pour éviter les désagréments de la descente. D'autres encore préfèrent par exemple le Skenan à l'héroïne. Ils disent que le crack annule l'effet de l'héroïne, lorsque celle-ci est prise avec le crack ou avant. Ce ne serait pas le cas avec le Skenan, dont les effets se prolongeraient plus longtemps après la consommation du crack. D'autres produits sont également utilisés pour atténuer les effets de la descente : alcool, cannabis, médicaments.

* « Pour que la descente se passe bien, il ne doit pas y avoir de bruit et aussi "être sur le même diapason" que la personne avec qui l'on fume. Il n'utilise pas d'alcool pour la descente. Mais s'il n'a pas d'héroïne pour après, il préfère ne pas fumer

de crack. Il choisit parfois de limiter l'héroïne fumée la journée, pour se réserver le soir.»

* « Descente dure, il faut quelque chose pour la supporter (Moscontin ou Rohypnol...), pour la calmer. »

* « La descente, ça dépend dans quelle mauvaise ambiance tu es. »

* « Seule la montée est bonne. En descente se sent très oppressé donc doit en reprendre tout de suite ou prendre de l'héro. »

* « Fume de l'herbe ou du shit pour la descente. Sinon prend du Subutex ou du Rohypnol. »

* « La descente, j'arrive à la contrôler, je ne suis pas parano. Si je fume raisonnablement, ça passe tout seul. Si je fume beaucoup, j'ai la bouche sèche, mes mâchoires se crispent. Avec le crack, la descente est plus dure qu'avec la coke quand tu en fumes beaucoup. C'est là que tu as les désagréments corporels. Après avoir beaucoup fumé, tu as 1 h 30 de gêne. Donc si je ne suis pas chez moi, je ne peux pas maîtriser et c'est tout mon corps que je ne contrôle plus: parano, tremblements plus la déprime.»

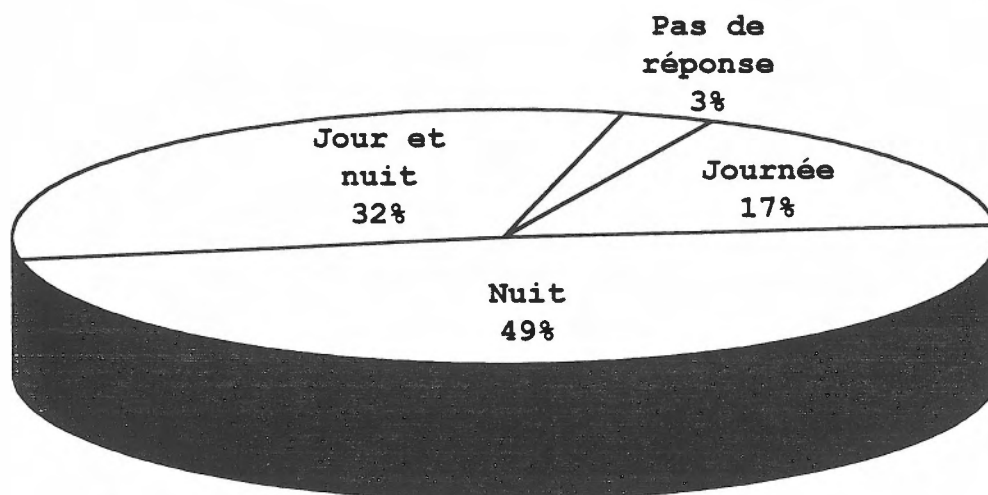
Les particularités de la consommation du crack :

Le crack est consommé de jour comme de nuit. Mais il plus consommé la nuit. Certains sujets disent ne consommer que la nuit. D'autres apprécient davantage la consommation de nuit même s'ils consomment aussi la journée.

* « Pour terminer ma nuit au crack, je prends toujours de l'héro en shoot. Cette nuit, j'ai échangé un caillou (100 F environ) contre 3 bonbonnes de poudre... Mais elles étaient mouillées. J'ai galéré pour récupérer le produit sur le plastique. J'ai découpé et fait tremper dans la gamelle, puis chauffer ».

* « Fume rarement du caillou dans la journée. Sous effet du crack, "il n'a pas la même vision" de son environnement. "La nuit c'est calme. Les mouvements de la rue la journée me rendent parano." »

DERNIER EPISODE DE CONSOMMATION



(moment de la consommation de crack)

La compagnie : Dans la plupart des cas les sujets préfèrent partager leur consommation de crack avec d'autres personnes. De la même la même manière, il y a des personnes qu'ils évitent. Une consommatrice nous a dit que B. est un bon copain, mais je n'irai jamais fumer avec lui du crack. Dès qu'il a fumé, il fait des grimaces, il grince les dents et moi je ne supporte pas ça. A... qui lit le Monde et Libération régulièrement et qui est très au courant de l'actualité politique, sociale et sportive, nous a dit : « Moi je n'aime pas fumer avec ces mécréants, ils n'ont rien à dire. Lorsque je fume, j'ai envie d'échanger avec quelqu'un qui a quelque chose à me dire. Les mécréants, ils te racontent toujours la même chose, modou, machin, tu apprends rien avec eux. »

* « Je n'aime pas fumer le caillou tout seul, la coke je peux sniffer seul. Je ne fume jamais dehors, je ne stresse pas avant de fumer, mais je dois avoir l'esprit libéré, tranquille. Une piaule c'est mieux. Si tu prends le temps de te relaxer avant de fumer, le plaisir est plus grand. En plus si je me détends avant, je ne subirai pas le stress de la descente. Ce savoir faire est dû à mon âge et à l'expérience de la coke. Chez la majorité des gens, le caillou submerge l'esprit... Dans ce cas-là, tu es aux aguets, tu trembles, c'est comme ça que tu deviens une épave. »

* Q : « Actuellement, consommes-tu tout seul ou avec d'autres personnes ? »

R : « Ca dépend des jours. Je préfère consommer avec quelqu'un, c'est plus sympa quand tu partages un truc comme ça que quand tu est tout seul. Mais parfois aussi, j'ai envie d'être seul, tranquille, la tête reposée. Car dans ce milieu, il y a beaucoup de gens qui ont de mauvais délires avec le crack. Par exemple, les trucs les plus courants : ils se mettent à chercher par terre pour voir s'il n'y a pas des miettes qui sont tombées. Ils sont là pendant des heures à chercher par terre. Ou bien, ils deviennent paranoïaques. Mais ça me prend la tête, quand je fume, j'aime bien être cool, décontracté. Les mecs, ils fument un caillou et le moindre bruit qu'ils entendent, ils flippent, ils se recroquevillent, ils regardent avec les gros yeux en disant "y a les flics, les flics !" Moi j'aime pas ça... »

Q : « Et toi, ça t'est déjà arrivé ce genre de choses ? »

R : « C'est vrai que quand tu fumes tu es plus sensible, plus sensible aux bruits, mais moi je fume pour avoir un bon délire, être décontracté. »

* « A consommé une ou deux fois seule, mais grosse parano. Préfère avec une amie ou plusieurs. »

* « La montée, j'aime bien parler, j'ai horreur des gens qui cherchent par terre. Il y a des gens avec qui je ne fumerai jamais. Je n'aime pas leur comportement après, ils sont à rechercher les cailloux par terre alors qu'ils ont séparé leur produit sur une feuille de papier. Le doseur angoisse les gens. Beaucoup changent après avoir fumé, moi je préfère parler pour leur éviter de penser à chercher ou de penser aux keufs. »

* « C'est comme une piqûre, une prise de sang. Il y a des gens, je peux pas prendre avec eux. C'est pas la même ambiance, je triche pas avec moi-même... »

* « En général, je fume seul sauf avec quelques personnes que je sais qui n'ont pas de délires. Pourtant il est déconseillé de

fumer seul. Certains n'arrivent pas à se contrôler: entendent des bruits partout, imaginent des gens qui les épient. J'arrive à me maîtriser, même si parfois, seul, je me prends des angoisses. Parfois c'est moi qui aide les autres dans leurs mauvais délires.»

* « La vie avec cette fille qui a de gros problèmes psychologiques. Au début, voulait l'aider. "Elle est folle, elle consomme trop de cailloux. Je peux rien faire. Moi-même je me sens glisser dans ses délires, ses paranos quand on a fumé". Dépressif, préoccupé. "C'est pas à cause du caillou. C'est le contexte, c'est pour ça que je dois partir".

* « Ne fume jamais seul. Il invite toujours quelqu'un, sinon il angoisse. Il s'agit pour lui "de partager un feeling avec la personne". »

* « Si j'ai les bonnes conditions, je fume aussi bien le jour que la nuit. Je ne fume jamais avec les gens qui "paranoient", stressés rien qu'à voir le caillou. Je préfère toujours fumer à deux. Dès qu'il y en a plus, y en a toujours un qui déconne. Je dois assurer mon propre contrôle, je pense aussi à aider l'autre pour pas qu'il me gêne dans mon plaisir, à 3 ou 4 c'est pas possible.»

Le crack et les autres produits : Les consommateurs de crack ont le plus souvent consommé d'autres produits. Pendant la période où ils consomment le crack, ils associent cette consommation à d'autres produits notamment l'héroïne, mais aussi la cocaïne, l'alcool et les produits de substitution.

Héroïne :

* « J'ai mis du temps à la prendre par shoot. Pourtant j'avais déjà shooté la cocaïne. J'étais accroché à l'héro mais je continuais à la sniffer. J'avais peur des aiguilles. Par rapport à ces années-là (82/84) ça m'a sauvé. Sur 9 copains avec qui j'étais, quatre sont décédés du SIDA à cause du partage de seringues. A partir du moment où j'ai commencé à shooter l'héroïne pendant 6 mois, c'est quelqu'un qui me les faisait. »

* « J'ai tout de suite aimé ça, les effets c'est bien meilleur que la coke, dix fois plus qu'en prenant que la cocaïne. Je fumais de l'héroïne et du crack en même temps. Tu fumes, ça te monte à la tête, t'es bien dans ta peau, tu te sens très fort. »

Alcool :

* « Depuis qu'il espace ses venues sur le quartier (juin 95), qu'il marche au Néocodion (ou Subutex), consomme 8 à 9 bières par jour. »

Subutex :

* « Quand je viens au quartier, j'échange une boîte de 8 mg contre un caillou de 100 francs environ. »

* « C'est quelqu'un qui prend de la galette presque tous les jours (en plus de son traitement Subutex), donc il attend ses dealers à Beaubourg et ensuite il retourne se shooter chez lui, pour être au calme. »

Autres produits :

* « Est très accroché aux speeds et à tous les excitants (Ortenal, coke, crack, Survector). Ne peut pas arrêter car est très dépressif et suicidaire dès qu'il arrête. Est sans arrêt obligé de trouver l'énergie pour continuer, pour le Subutex, le Rohypnol, l'hôtel. Sans amphétamines + Subutex ne peut pas faire la manche. De temps en temps quand il a l'argent pour payer les médocs et le médecin, va voir RB pour avoir du Subutex. Mais la plupart du temps, sa prescription pour 28 jours est revendue le lendemain pour s'acheter du crack ou de l'Orténal

* « Par contre, picole pas mal depuis qu'il a freiné la galette et l'héro. Pour lui, cela représente un problème. Prend du Subutex (sous la langue) car trouve que cela le décontracte, sinon, s'il n'a pas sa bière le matin, il ne peut se lever. Ce n'est pas de la Heinekein, c'est de l'Amsterdamer (la nouvelle 11,6°) »

AUTRES PRODUITS CONSOMMES

1) HEROINE

Fréquence actuelle
(dernier mois) :

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 fois par semaine	23	20.00	13	18.84	36	19.57
Plus d'1 fois/semaine	18	15.65	13	18.84	31	16.85
Tous les jours	27	23.48	14	20.29	41	22.28
Nulle	41	35.65	26	37.68	67	36.41
Pas de réponse	6	5.22	3	4.35	9	4.89
Base :	115	86.47	69	97.18	184	90.20

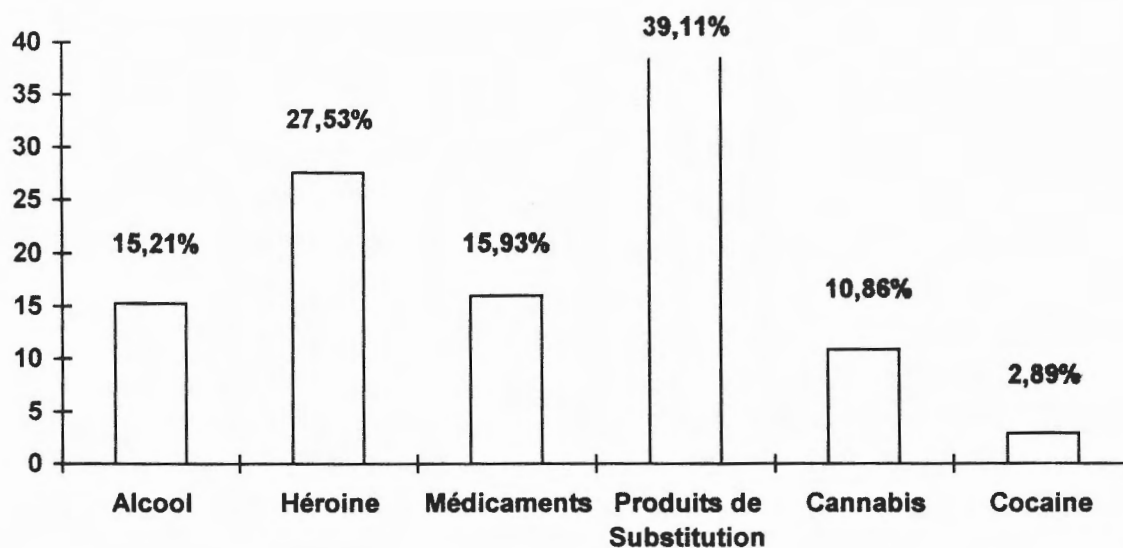
2) AUTRES PRODUITS

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cannabis	15	11.28	5	7.04	20	9.80
Produits de substitution	38	28.56	23	32.39	61	29.89
Ecstasy, LSD	5	3.75	1	1.41	6	2.94
Autres (médicaments)	32	24.05	25	35.20	57	27.93
Base :	133		71		204	

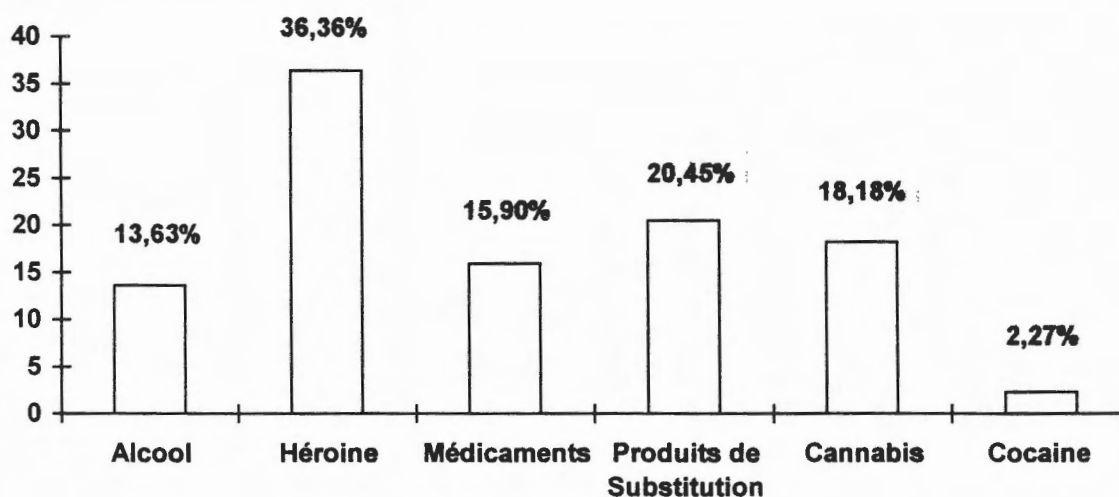
LES PRODUITS DE SUBSTITUTION MEDICALEMENT PRESCRITS

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Méthadone	13	27.66	21	53.84	34	39.53
Skenan, Moscontin	2	4.26	3	7.69	5	5.81
Subutex	30	63.83	10	25.64	40	46.51
Autres	2	4.25	0	0.00	2	2.32
Pas de réponse	0	0.00	4	10.25	4	4.65
Sous substitution	47	35.34	38	54.93	85	42.16

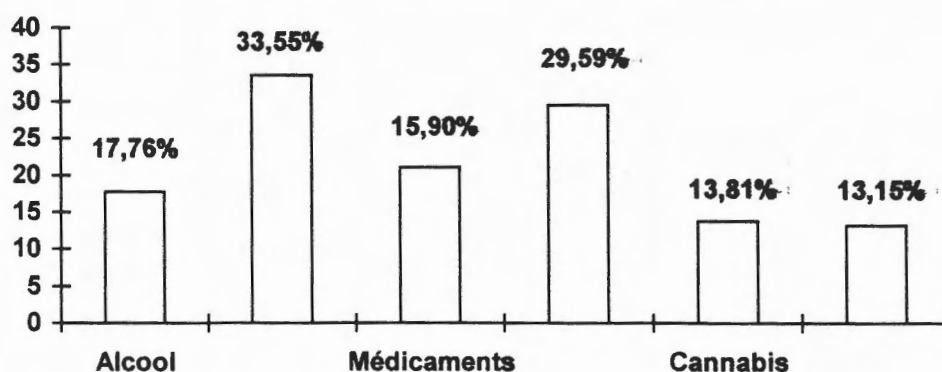
Les produits pris avant la consommation de crack



Les produits pris pendant la consommation de crack



Les produits pris après la consommation de crack



6. Problèmes sanitaires.

Les problèmes de santé des consommateurs de crack pourraient être vus comme assez comparables à ceux des toxicomanes en général, bien que plus fréquents et plus sévères. Leur gravité spectaculaire est liée : 1) aux effets spécifiques du produit ; 2) aux conditions de vie des sujets ; 3) à l'ensemble des difficultés qui s'opposent aux recours aux soins, y compris parfois dans des situations d'urgence médicale manifeste. Parmi ces obstacles, le moindre n'est pas celui des usagers eux-mêmes qui répugnent très souvent à tout contact avec l'hôpital, lequel est vu comme une administration inaccessible, hors de portée, non adaptée aux besoins des sujets.

Les consommateurs de crack sont confrontés à de nombreux problèmes de santé. Certains sont liés directement aux effets du produit, d'autres au mode de consommation du produit (fumé ou injecté). Souvent, les usagers eux-mêmes sont incapables de préciser de quoi ils souffrent et quelles sont les causes de leurs souffrances. Ils s'adressent par exemple aux structures de proximité telle que la Boutique en montrant une partie de leur corps en disant : « j'ai mal là ». Dans d'autres cas les sujets, visiblement très affectés, malades, disent qu'ils n'ont rien.

Les problèmes liés à la consommation du produit : Les usagers de crack, qu'ils soient fumeurs ou injecteurs, achètent leur galette qu'ils découpent en cailloux pour le partage, la revente ou simplement pour mesurer leur consommation. Pour cela, ils utilisent les cutters. Ils s'en servent également pour gratter les doseurs afin de récupérer les résidus « huile » et pour confectionner les filtres. Ceci est à l'origine des coupures de doigts et particulièrement le troisième doigt de la main. *« Chaque fois que je me suis coupé les doigts en coupant le caillou, c'était dans la rue. »*

Les fumeurs de crack sont touchés par des problèmes de santé liés à l'inhalation. Il est à l'origine de nombreux problèmes pulmonaires et provoque des crises d'asthme chez les fumeurs de crack. *« A de gros problèmes de santé : infections pulmonaires, bronchites infectieuses. Le crack « Ca brûle tout à l'intérieur » ».*

Il y a également les brûlures de lèvres. En effet, pour fumer, les usagers utilisent différents objets : canettes de bière ou de coca, tubes métalliques (type antenne de voiture) mais, à Paris, ils sont de plus en plus nombreux à utiliser les doseurs en verre pour alcool. Parfois, les sujets ne sont en possession que de morceaux de doseurs. Le plus souvent ces doseurs se brisent en plusieurs morceaux, à cause des manipulations, de la chaleur et de la fréquence d'utilisation. Ces doseurs se cassent également lorsque les usagers les grattent à l'aide d'un cutter pour récupérer les résidus appelés « huile ». Ces bouts de

doseurs, récupérés, continuent à être utilisés. La consommation répétée du crack à l'aide de bout de doseurs et de tubes métalliques chauffés au briquet est à l'origine des brûlures de lèvres. La forte chaleur conduite par le verre ou le métal n'est pas ressentie au moment où les sujets consomment. La douleur des brûlures est ressentie après. D'autres problèmes sont également liés à l'utilisation et au partage du doseur. *« Les six premiers mois du crack, je prêtais mon doseur. Mais j'ai vu trop de gens avec des boutons sur les lèvres, alors je ne le fais plus. »*

Les utilisateurs de seringues injectent le crack mais aussi d'autres produits : héroïne, cocaïne, médicaments et produits de substitution. Nous retrouvons là tous les problèmes liés à la consommation des drogues par voie intraveineuse, mais plus amplifiés. Pour être injecté, le crack est dilué à l'aide de citron. Dans ce cas la solution injectable ne contient que du citron et du crack, c'est qui à l'origine de lésions veineuses. Entre les injections de crack, d'héroïne et de produits de substitution, certains d'entre eux dépassent dix injections par jour. Un sujet nous a déclaré qu'il se fait à chaque fois deux injections de suite, une de crack et une d'héroïne ou de Subutex.

Les abcès dus à l'injection de crack et des autres produits sont fréquents. Ces injections sont souvent faites de manière non stérile et dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les dépôts de germes aux points d'injection provoquent rapidement une importante collection de pus soulevant la peau. La tuméfaction est parfois douloureuse. Certains se piquent à côté de l'abcès. Il n'est pas rare de voir 4 à 5 abcès sur le même membre. D'autres abcès sont dus à l'injection du produit en dehors de la veine.

Les « poussières » sont également fréquentes. Elles sont dues aux mauvaises conditions d'hygiène qui entourent les injections : le matériel d'injection est souvent réutilisé et très sale ; les citrons peuvent être vieux ; les mains ne pas avoir été lavées depuis longtemps ; le produit lui-même a pu traîner dans divers endroits septiques, y compris les cavités corporelles ; le lieu où se pratique l'injection, enfin, peut aussi jouer un rôle quand ils s'agit d'une cave, par exemple, où il n'existe pas un seul endroit où poser son matériel... Ce que les usagers appellent « poussière » correspond à la réaction de l'organisme contre une impureté injectée, à commencer par des germes en grande quantité. L'injection provoque alors une forte fièvre, des frissons et des douleurs diffuses pendant une durée variable, de quelques heures à une nuit ou une journée entière. Il s'agit d'un phénomène que les usagers connaissent bien, mais qui n'est pas toujours vu comme étant lié à une injection septique. *« Il y a un mois, je me suis fait un shoot avec des cotons bien imbibés. Les tremblements, la fièvre ne sont apparus qu'après au moins 1 h 30. Ça m'a surpris, d'habitude c'est plus rapide... Non je n'ai pas pris de Doliprane. Pour moi le remède*

c'est de se faire un nouveau shoot. D'être au chaud et au calme.»

L'injection de ces résidus de crack (« huile ») est particulièrement dangereuse. Les problèmes d'abcès et de poussières sont majorés. De surcroît, l'injection de l'huile de crack serait à l'origine de crises convulsives. Le sujet est soumis à une agitation désordonnée de tous ses membres, il bave, vomit, devient raide et perd conscience. Cela peut durer 5 et 15 minutes. Au réveil, il est très fatigué et ne se rappelle pas de ce qu'il lui est arrivé. Ces crises sont également signalées par des sujets qui ne font que fumer le crack. « Des crises d'épilepsie, j'en ai déjà fait. A chaque fois j'avais beaucoup fumé, pas dormi ni mangé pendant deux jours. »

Les problèmes liés au mode de vie : Tous les problèmes que nous venons de citer sont globalement aggravés par les conditions de vie des usagers: le manque de sommeil, la fatigue, la marche à pieds incessante, l'absence d'alimentation.

Certains d'entre eux marchent toute la nuit, parfois plusieurs nuits de suite sans dormir, ne mangent pas et finissent par s'écrouler n'importe où. Ce rythme de vie peut durer parfois plusieurs mois. Ils ont la plante des pieds gercée, coupée et ne peuvent plus marcher. « Avant que je ne retourne chez moi en juin 95, à force de marcher, le manque d'hygiène, en dormant dans les caves, j'avais fait des ulcères aux pieds. » « J'en ai ras-le-bol d'avoir mal aux pieds, j'arrive à peine à marcher, c'est un problème! »

Les sujets maintiennent un rythme effréné pendant de longues périodes. Ils finissent régulièrement par s'écrouler n'importe où, épuisés. « Symptômes : grande fatigue, épuisement psychique et physique. Pendant les trois premiers jours, hypersomnie. » Certains d'entre eux repartent dès qu'ils émergent un peu. « La fatigue dissipée, il commence à se sentir mieux, coopérant. Se dit décidé à ne plus fumer de crack. Il ne souhaite pas trop parler de sa consommation. »

Les conditions de vie dans la rue, dans les squats et la promiscuité favorisent toutes sortes d'infections et de parasitoses. Les pédiculoses se traduisent par des démangeaisons et des plaies de grattage sur le cuir chevelu. Il faut également ajouter les blessures dues aux bagarres, aux accidents, à la violence qui règne presque toujours dans le groupe.

Décès : Les décès sont fréquents dans cette population, dominés par les surdoses, les maladies, les accidents de la voie publique et les homicides. Le rôle direct du crack dans ces décès est peu apparent et nous ne sommes pas en mesure de dire si de tels décès sont effectivement plus nombreux dans ce groupe

que chez les toxicomanes en général. Mais il est certain que ce produit joue un rôle significatif, renforçant les conduites de violence aussi bien que les états d'épuisement ; nous savons, au sujet de ces derniers, qu'ils peuvent mener, presque à eux seuls, à la mort. Nous citons quelques exemples de tels décès, recensés par l'équipe de la Boutique.

* Le décès de M. est intervenu au début du mois d'Août 1993. Il a eu lieu dans un camion abandonné qui stationnait dans le quartier de Stalingrad (rue du Département au niveau du croisement avec la rue d'Aubervilliers). Ce camion servait de squat de consommation de crack et d'héroïne. Le décès de M... serait dû à une surdose. Les nombreux usagers qui étaient présents sur les lieux se sont sauvés pour ne pas avoir de problèmes avec la police.

* Mr. âgée de 23 ans, consommatrice de crack, a été hospitalisée au début de l'année 1994 à l'hôpital Fernand Widal pour des problèmes pulmonaires (souffrait d'une tuberculose) et une profonde altération de son état général (malade du SIDA, épuisement). Elle est décédée en réanimation.

* Sr. est morte en Août 1995, à la suite d'une bagarre qui a eu lieu Boulevard Ney (Porte de la Chapelle). L'altercation l'a opposée à une autre femme consommatrice de crack, prostituée comme elle. Au cours de cette bagarre un coup de cutter a été fatal à SR qui n'a pu être sauvée.

* Cr., en Octobre 1996. Consommateur de crack, mort d'un coup de couteau sur le quai de la station de métro Marx Dormoy.

Autres problèmes de santé : Les problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique sont nombreux chez les usagers de crack. Certains sont passagers ou de courte durée, tandis que d'autres persistent. *« Décrit avec insistance ses problèmes nerveux. Le crack le met dans des états nerveux où il peut être imprévisible, ne pas pouvoir contrôler ses réactions. Ça lui semble dangereux cet état-là. Semble pouvoir être d'une extrême violence et sans limite. Décrit des scènes passées quand il était dans la came: bagarres, acharnement. Devoir l'arrêter sinon aurait pu tuer. »*

De nombreux sujets souffrent d'hallucinations et tout spécialement d'hallucinations corporelles : ils se grattent le visage jusqu'au sang, vont chercher des bêtes sous leur peau, se créent de véritables plaies ulcérées et profondes sur le corps... Souvent, au cours d'un épisode de consommation, le sujet imagine qu'il y a des doses ou des miettes de crack par terre et se met à les chercher patiemment pendant des heures, allongé sur le sol ou penché en avant. Nous avons rencontré un sujet qui avait passé une nuit entière courbé en avant et qui, au matin, n'a pu se redresser. Tous les consommateurs de crack connaissent ce type de situation. Dès que l'un des leurs est

l'objet de ces hallucinations, ils lui allument une cigarette. C'est, semble-t-il, le remède reconnu et utilisé pour mettre fin à cet état. « Puis galette pendant presque deux ans (94 à 96), associée à de la coke. A forte dose 20 à 30 shoots par jour. A eu des crises de delirium tremens violentes (voyait des bêtes sortir de son corps et se faisait des plaies au couteau pour se les enlever). »

Les crises de « parano » sont également très fréquentes. Certains s'enferment et se cachent dans toutes sortes d'endroits (toilettes, caves....) de façon à échapper à des ennemis imaginaires, pairs ou policiers, qui voudraient les tuer. D'autres se pensent surveillés en permanence. Un sujet, par exemple, a déchiré à plusieurs reprises sa veste, pensant qu'il y avait des micros à l'intérieur. Ces crises peuvent donner lieu à des actions violentes. « Le symptôme le plus important, c'est la parano et une certaine violence difficile à contrôler. »

PROBLEMES DE SANTE
(3 derniers mois)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
<u>Problèmes cardiaques :</u>						
Pas de problèmes	80	60.15	31	43.66	111	54.41
Palpitations	40	30.08	35	49.30	75	36.76
Hypertensions	13	9.77	11	15.49	24	11.76
Autres	15	11.28	6	8.45	21	10.29
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Problèmes respiratoires :

Pas de problèmes	89	66.92	43	60.56	132	64.71
Crise d'asthme	12	9.02	15	21.13	27	13.24
Autres	34	25.56	14	19.72	48	23.53
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Problèmes digestifs :

Pas de problèmes	75	56.39	37	52.11	112	54.90
Ulcère gastrique	17	12.78	10	14.08	27	13.24
Diarrhées	27	20.30	15	21.13	42	20.59
Autres	26	19.55	18	25.35	44	21.57
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Problèmes nerveux :

Pas de problèmes	44	33.08	21	29.58	65	31.86
Crise de paranoïa	52	39.10	30	42.25	82	40.20
Dépression	60	45.11	41	57.75	101	49.51
Autres	27	20.30	16	22.54	43	21.08
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Problèmes dentaires :

Pas de problèmes	54	40.60	28	39.44	82	40.20
Abcès dentaires	39	29.32	16	22.54	55	26.96
Perte de dents	48	36.09	28	39.44	76	37.25
Autres	28	21.05	18	25.35	46	22.55
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

PROBLEMES DE SANTE (Suite)
(3 derniers mois)

Hommes		Femmes		Total	
N	%	N	%	N	%

Problèmes
gynécologiques :

Oui			27	38.03	27	13.24
Non			40	56.34	159	77.94
Pas de réponse			4	5.63	18	8.82
Base :			71	100.00	204	100.00

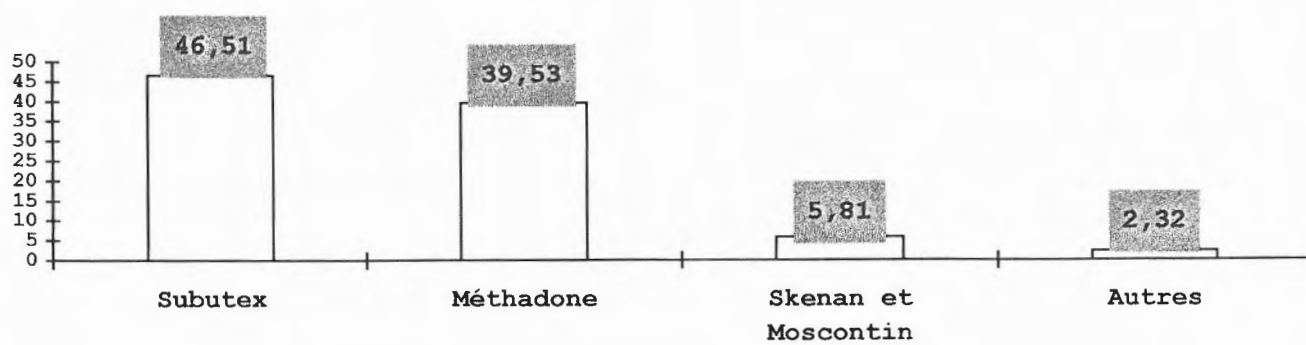
Problèmes
dermatologiques :

Oui	36	27.07	21	29.58	57	27.94
Non	83	62.41	47	66.20	130	63.73
Pas de réponse	14	10.53	3	4.23	17	8.33
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

Autres problèmes de
santé :

Pas de problèmes	27	20.30	20	28.17	47	23.04
Abcès	42	31.58	22	30.99	64	31.37
Poussière	32	24.06	20	28.17	52	25.49
Brûlures de lèvres	33	24.81	10	14.08	43	21.08
Blessures aux doigts	41	30.83	29	40.85	70	34.31
Pieds	30	22.56	20	28.17	50	24.51
Accidents	9	6.77	3	4.23	12	5.88
Autres	25	18.80	16	22.54	41	20.10
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

LES PRODUITS DE SUBSTITUTION MEDICALEMENT PRESCRITS



TRAVAIL SEXUEL

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Régulier	3	2.26	24	33.80	27	13.24
occasionnel	5	3.76	21	29.58	26	12.75
Jamais	112	84.21	26	36.62	138	67.65
Pas de réponse	13	9.77	0	0.00	13	6.37
Base :	133	100.00	71	100.00	204	100.00

UTILISATION DU PRESERVATIF (TRAVAIL SEXUEL)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui (avec tous)	7	87.50	33	73.33	40	75.47
Non (pas avec tous)	0	0.00	9	20.00	9	16.98
Pas de réponse	1	12.50	3	6.67	4	7.55
Base :	8	6.02	45	63.38	53	25.98

7. Accès aux soins.

L'état de santé des usagers de drogues qui consomment du crack se dégrade en règle très rapidement. L'accès aux hôpitaux parisiens, pour les usagers de drogues et plus particulièrement pour cette population, a toujours été difficile. L'attitude de la plupart des services hospitaliers consiste à décourager les usagers de drogues qui s'adressent à eux. Ces services, dans leur ensemble, sont loin d'être préparés à recevoir une telle population, ceci à toutes les étapes d'un passage à l'hôpital, depuis l'admission jusqu'à la fin du séjour. Les malentendus, les attitudes de rejet se traduisent régulièrement par des situations ingérables qui aboutissent à l'exclusion du malade, ceci quelle que soit la pathologie, y compris le SIDA et les hépatites. *« L'hôpital, ils se foutent de moi, ils me jettent alors que j'ai mal. »*

Les usagers de drogues, quant à eux, connaissent mal les structures hospitalières. Nombreux sont ceux qui n'ont pas de couverture sociale ou, surtout, qui sont incapables de produire des documents administratifs de base. Ceci complique encore leur admission dans les hôpitaux. La plupart, enfin, qu'ils soient en situation régulière ou non, ont peur des hôpitaux et refusent d'y aller, même dans les états les plus graves. *« A failli perdre la main suite à un abcès. Personne assez marginalisée, manque de soins en général. Très peu de contacts avec les structures spécialisées. »*

En définitive, beaucoup d'usagers de drogues finissent par renoncer à se faire soigner. * *« Se méfie des institutions. Il est sous-alimenté. Il dort très peu et physiquement, il fait assez peur, tellement il est marqué et malade. N'a aucun suivi pour son VIH. L'a appris par hasard en prison. »* Certains, lorsqu'ils sont admis, se sauvent si leur consommation de drogues n'est pas prise en compte. *« Si je consomme pas quelque chose, je suis mal. C'est pas les associations qui vont changer ça. Je me suis mise toute seule là-dedans, alors si je m'en sors, je m'en sortirai toute seule. »* Y compris dans le contexte de pathologie majeures et urgentes (septicémies, SIDA), les séjours sont souvent écourtés, se terminent mal. L'appétence des sujets vis-à-vis du crack joue également son rôle, amenant souvent l'hospitalisé à quitter le service à toute heure du jour ou de la nuit. *« Y a rien à faire pour nous. Ils ont rien à foutre de notre gueule. Les associations, les assistantes sociales, tu vas les voir, t'y retournes, mais finalement, y font rien pour toi. »* Soulignons enfin que la prise en charge d'un héroïnomane pose moins de problèmes aux services hospitaliers qu'un consommateur de crack qui consomme également des opiacés. Ce dernier, même s'il a un produit de substitution pendant son hospitalisation, quitte souvent l'hôpital pour aller à la recherche de crack.

Le repérage des structures sanitaires et sociales visitées par les sujets au cours des trois derniers mois fait apparaître que la majorité des sujets s'en sont adressés à au moins une structure au cours de cette période. Il faut néanmoins relativiser cette constatation en relevant que les structures les plus visitées sont les médecins généralistes (principalement pour les prescriptions de Subutex et d'autres produits), les services d'urgence (lorsque leur état de santé impose, en dernière limite, un recours aux soins) ; quant aux autres structures sociales ou sanitaires, il s'agit essentiellement des Boutiques, du Sleep-in et des équipes de rue (programmes d'échange de seringues). Notons que les institutions spécialisées sont relativement peu fréquentées. Ceci, dans l'ensemble, confirme cette notion selon laquelle ce groupe de sujets vit dans la rue, à distance de toutes les structures soignantes, exception faite de celles qui interviennent directement ou indirectement dans la rue.

Les stratégies des travailleurs sociaux dans leur ensemble découlent de cette situation, c'est à dire la méfiance des usagers vis à vis des structures, d'une part, et les attitudes de rejet de ces mêmes structures, d'autre part. Au niveau de la rue, notamment à partir des programmes d'échange de seringues, il s'agit de faire connaître l'existence des Boutiques ou du Sleep-in dès que l'occasion se présente, c'est à dire dès qu'un usager semble être en situation de détresse ou de demande. A ce niveau, quelques soins légers (un pansement par exemple) sont une entrée en matière. Mais ce type d'intervention ne suffit pas toujours et il arrive que certains travailleurs sociaux accompagnent quasiment l'utilisateur vers l'une ou l'autre des structures. Au niveau des Boutiques, se pose très souvent la question d'identifier le moment où il sera possible d'orienter avec une chance de succès tel usager vers une structure de soins correspondant à son état. Là encore les choses sont difficiles et se traduisent par deux gestes : 1) soit accompagner l'utilisateur dans sa démarche en ayant pris garde, auparavant, de prévenir le service concerné ; 2) soit, dans les cas les plus favorables, orienter le sujet non pas vers une structure, mais vers une personne donnée travaillant dans la structure en question. Y compris dans ces situations et même quand se réalise ensuite un suivi personnalisé, le recours aux soins peut être extrêmement compliqué.

Exemple : X. jeune femme, 20 ans, fume et s'injecte du crack depuis 6 mois. Elle a été traitée pendant 10 ans pour des problèmes cardiaques. Elle arrive un jour à la Boutique, très fatiguée, souffrant de palpitations (son rythme cardiaque était à 180). Son état nécessitait une hospitalisation rapide. Elle a été adressée à l'hôpital Bichat avec une lettre du médecin de la Boutique demandant son admission. Elle a été accompagnée par l'équipe de l'Antenne Mobile pour faciliter son admission. L'équipe de l'Antenne Mobile a insisté pour la faire admettre à l'hôpital. Mais, elle s'est heurtée au refus des responsables de

l'hôpital. Le médecin qui l'a examinée X. a expliqué que son état ne nécessitait pas d'hospitalisation. Il a pourtant constaté que le rythme cardiaque de X. était à 170, mais que ce n'était pas grave et pas une raison suffisante pour l'admettre. Elle pouvait très bien retourner dans la rue. Pour que son état ne s'aggrave pas davantage, il lui conseilla de ne pas s'injecter le crack. Les équipes médicales, d'une façon générale, ne tiennent pas à prendre en compte la situation sociale des sujets et encore moins les situations particulières liées à leurs consommations de drogues.

RECOURS AUX STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES

(3 derniers mois)

Structures

médicales :

Pas de recours

M.G.

Urgences

Autres

Base :

Hommes		Femmes		Total	
N	%	N	%	N	%
51	38.35	21	29.58	72	35.29
57	42.86	28	39.44	85	41.67
33	24.81	23	32.39	56	27.45
17	12.78	15	21.13	32	15.69
133	100.00	71	100.00	204	100.00

Institutions

spécialisées :

Pas de recours

Désintoxication

Méthadone

Autres

Base :

95	71.43	34	47.89	129	63.24
12	9.02	8	11.27	20	9.80
13	9.77	25	35.21	38	18.63
17	12.78	10	14.08	27	13.24
133	100.00	71	100.00	204	100.00

Structures à bas

seuil :

Pas de recours

P.E.S.

Sleep-in

Boutiques

Autres

Base :

40	30.08	25	35.21	65	31.86
30	22.56	18	25.35	48	23.53
38	28.57	19	26.76	57	27.94
64	48.12	31	43.66	95	46.57
15	11.28	7	9.86	22	10.78
133	100.00	71	100.00	204	100.00

Structures

sociales :

Pas de recours

SAMU social

Mairie

Assistante sociale

Autres

Base :

59	44.36	31	43.66	90	44.12
28	21.05	7	9.86	35	17.16
14	10.53	9	12.68	23	11.27
57	42.86	28	39.44	85	41.67
11	8.27	17	23.94	28	13.73
133	100.00	71	100.00	204	100.00

8. Particularités des consommations.

La dépendance telle qu'elle peut être observée avec le crack n'est pas comparable à celle que nous connaissons pour les opiacés en général. Beaucoup d'usagers disent ne pas être dépendants du crack y compris s'ils en consomment de façon quotidienne et intensive. La question de la dépendance au crack, d'une certaine façon, ne se pose du fait d'une absence totale de « manque » ou de syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. La dimension frénétique et répétitive des prises lors d'un épisode de consommation n'est pas vu comme l'expression d'un état de dépendance. Cependant, cette dimension impérieuse de l'enchaînement des prises est admise par tous les usagers : cette envie de consommer de nouveau, immédiatement après la dose précédente, jusqu'au moment de la descente. Cette façon de ne pas se voir comme dépendant du crack est confortée par de multiples facteurs, dont l'absence de malaise physique entre deux épisodes et, le cas échéant, l'abandon apparent de la consommation d'une autre drogue comme l'héroïne.

Certains sujets disent implicitement ne pas parvenir à maîtriser leur consommation de crack, sans pour autant se dire dépendants. Ils font appel à leur propre volonté pour trouver un début de solution. *« En ce moment, je fume trop, il faudrait que je me calme. Je vais partir en banlieue parce qu'ici c'est plus bon pour moi. Je sais exactement ce que je dois faire, c'est moi qui mène la barque, c'est pas le produit. »*

D'autres consommateurs opposent la dépendance au crack à celle de l'héroïne et disent qu'avec le crack ils ne sont pas « accros » : ils peuvent consommer « quand ils le veulent » et arrêter « quand ils le décident ». Ceux qui consomment du crack et qui auparavant étaient dépendants des opiacés cessent de se considérer comme des drogués dès lors qu'ils ont mis un terme à leur consommation d'opiacés. En peu de temps et sans efforts, ils ont abandonné la seringue et l'héroïne et considèrent avec satisfaction qu'ils ne font plus que fumer du crack.

Ceux qui se considèrent comme dépendants du crack ont du mal à s'expliquer cet état : un besoin irrésistible qui intervient à un moment donné, un appel qui pousse le sujet à rechercher du crack. Un sujet, par exemple, nous explique que, pendant la journée, il ne pense pas à fumer ; mais dès que le soir arrive, quelque chose le prend et la tombée de la nuit, il devient comme un « loup garou ». Ce type d'expérience est largement répandu et explique, pour une part, les sorties prématurées de l'hôpital.

La gestion des consommations. L'image d'Epinal du crack fait de ce produit une drogue dont la consommation ne peut en aucun cas être gérée, contrôlée, maîtrisée. Cette image correspond apparemment à la réalité pour ce qui est d'un épisode donné de consommation. Nous retrouvons ici ce que nous connaissons pour la cocaïne, c'est à dire des épisodes (les « binges ») d'une à

plusieurs journées (et nuits) au cours desquels les prises se répètent de façon rapprochée en fonction, globalement, de la disponibilité du produit ou de l'espérance de cette disponibilité. Mais ces observations n'empêchent pas les usagers de se poser la question de leur propre maîtrise vis-à-vis du crack. Celle-ci passe en premier lieu par la prise en considération du groupe dans lequel se trouve le sujet.

Les consommateurs, en effet, cherchent rarement à consommer leur produit de façon solitaire, ils cherchent en règle un compagnon pour fumer et ils le choisissent avec soin. Ce faisant, ils se trouvent le plus souvent dans un groupe de taille variable, leur tribu. Mais, étant inscrits dans un groupe, ils cessent de contrôler leur consommation de la même façon que s'ils étaient seuls. C'est le groupe en tant que tel qui impose son propre rythme à l'individu. *« J'y suis aussi pour quelque chose. Chaque fois que je suis avec une fille de ce milieu c'est pareil..., le caillou tu peux pas gérer comme quand tu es seul. Y en a toujours un qui veut plus, qui a envie. Alors l'autre suit. »*

Une autre dimension est celle de l'inscription dans le temps de ces épisodes de consommation. Après des épisodes de consommation intense, certains sujets s'arrêtent quelques temps, parfois pour reprendre quelques jours après. *« Il y a dix jours, j'ai passé quatre jours sans kiffer, je ne sais pas comment j'ai fait. »* Ils doivent alors affronter des périodes d'abstinence douloureuse. *« Après plusieurs consommations, peut s'arrêter quelques jours, mais alors elle est très mal, s'effondre à une dépression... Pleure... Sans se l'expliquer. »* D'autres sujets s'organisent pour maintenir des intervalles de temps entre chaque épisode. Ils peuvent, par exemple, fréquenter la scène pendant quelques jours et disparaître ensuite. D'autres encore, dans le même sens, limitent leur contact avec la rue au seul moment de l'achat et vont consommer ailleurs. Toutes sortes de périodicité des consommations peuvent être retrouvées. Chez les femmes qui se prostituent et qui sont le plus soumises aux pressions du groupe d'usagers, une des façons de faire est de partir pendant quelques jours avec un client-ami afin de se mettre au vert. Mais, pour d'autres, enfin, une telle gestion semble ne pas exister dans la mesure où consommation et mode de vie ne font qu'un : le crack fait partie de leur environnement, sans alternative.

La gestion de l'angoisse : Il est souvent question de l'angoisse chez les consommateurs de crack. Signalons, d'ailleurs, que l'un des noms donné à un petit « caillou » est une « angoisse ». Cette gestion passe en grande partie par l'utilisation d'autres produits et plus spécialement l'alcool, les benzodiazépines et les opiacés. Les usagers apprennent que la consommation de crack se solde inévitablement, tôt ou tard, par un phénomène appelé la « descente ». Il s'agit d'un moment où le sujet se sent mal et, selon les tempéraments, agressif, déprimé, angoissé ou tout

simplement d'une grande tristesse. Chacun à ses façons de faire en prévision de ce moment : prévoir une petite dose d'héroïne pour la suite ou la prendre avant, boire de l'alcool ou prendre des médicaments...

* Q. « Qu'as-tu ressenti comme effet? »

R. « La première fois, c'est un flash, ça te fait une sensation de speed, tu as l'impression que tout s'accélère, comme avec la cocaïne poudre. Avec, en même temps, une sensation d'euphorie. C'est très court. »

Q : « C'est à dire ? »

R : « La première fois, ça dure un peu plus longtemps, de l'ordre de 1 mn - 2 mn, maxi. Tu inspires la fumée et tu la gardes le plus longtemps possible. ça embrouille un peu la tête, des fois tu as les oreilles qui sifflent, tu sens le rythme cardiaque qui s'accélère. Mais tout cela n'est pas désagréable. J'ai transpiré beaucoup aussi, tout de suite après la première fois. Je n'ai pas vomi. Au bout d'une minute, tu redeviens normal. Sauf que tu as une espèce de compression sur le thorax, une angoisse. »

Q : « Combien de temps après ? »

R : « 15 mn après. En général tu prends de l'héro pour la descente, pour ne pas ressentir cette angoisse. »

Q : « Et toi, c'est ce que tu fais ? »

R : « Plus maintenant, mais avant oui, systématiquement après le crack ou avant. »

Q : « Parfois, tu prends l'héro avant ? »

R : « Oui, car à ce moment tu ressens cette angoisse, mais d'un autre côté le crack atténue beaucoup l'effet de l'héro. Une fois que tu as fait ton kif (fumer un caillou, ça s'appelle faire un kif) si tu avais pris de l'héro avant, tu as tendance à retomber en manque plus vite. »

* « Angoisse alors que je cherche à être bien, à oublier des problèmes et au contraire j'angoisse!... Je cherche par terre et je sais pas pourquoi ça me fait ça, c'est le flash. Le crack est de mauvaise qualité, t'as mal au ventre, t'es mal. »

9. Mode de vie des usagers de crack.

Il s'agit d'une population composée de nombreux petits groupes qui se connaissent et qui vivent au jour le jour dans la rue et dans les squats. Ils se débrouillent pour trouver l'argent nécessaire à la drogue et pour subvenir à leurs besoins. Certains touchent le RMI et d'autres, âgés de moins de 25 ans ou sans papiers d'identité, n'ont aucune ressource.

Les ressources. Les usagers de crack qui vivent dans la rue n'ont que rarement des revenus provenant de salaires ou d'activités licites. Lorsque c'est le cas, ces revenus sont rapidement dépensés. Parmi les 204 sujets que nous avons interrogés, 63% ont déclaré qu'ils sont au chômage (inscrits et non inscrits). Ils sont 31% à bénéficier du RMI. Cependant la majorité d'entre eux ne touchent pas le RMI et n'ont aucune ressource. « Oui, je n'ai aucune rentrée d'argent. Dans la rue on est exposé à l'arnaque. On vit de racket, de rapine, voilà, c'est tout. » Certains s'engagent dans toutes sortes d'activités illicites, prenant parfois de gros risques. « Dans la rue, tout est possible, quand tu galères et que t'as pas de tune, tu débrouilles comme tu peux et t'es obligé de prendre des risques. Tu vas chercher l'argent là où y en a. »

Les consommateurs de crack se trouvent dans la même situation que les toxicomanes en général pour ce qui est de leur rapport à l'argent, la seule différence étant qu'une consommation quotidienne de crack est presque nécessairement plus coûteuse qu'une consommation d'héroïne. Il en résulte, pour eux, la nécessité de s'engager à corps perdu dans toutes les activités susceptibles de produire de l'argent, des biens ou du crack. Ceci, pour une part, explique cet apparent paradoxe : des sommes considérables engagées par des sujets qui sont, bien souvent, tout à fait clochardisés. Ceci se traduit parfois par des gestes ultimes tels que, pour un sujet ne possédant plus rien, l'échange contre un caillou de sa paire de chaussures. Pour les femmes, le vol à la tire et la prostitution sont plus que fréquents, cette dernière activité correspondant à un seuil, franchi ou non franchi. « Les tunes (l'argent), je les trouve comme je peux, mais pas en faisant de la prostitution. Ca jamais! ».

Toutes sortes d'activités peuvent être menées, à commencer par la revente et le rabattage. « Consomme depuis deux ans et s'est très rapidement mise à consommer quotidiennement, environ 2000 Francs par jour. L'argent provient de recel d'objets volés (beaucoup à la famille). Ces six derniers mois, servait de rabatteuse à un dealer de coke. La coke qu'elle obtenait, elle la "cuisinait". Avec 5 g de coke, elle fabrique 25 slav. Elle en consomme environ 7 par jour, 1/2 slav à chaque prise. »

L'hébergement. La très grande majorité des usagers de crack n'ont pas de domicile fixe. Ils sont 17% à avoir un domicile personnel et 12% à vivre chez leurs parents. Les autres vivent à droite et gauche, chez des amis, dans des hôtels, des squats, des foyers d'hébergement ou tout simplement dans la rue. *« Je dors de temps en temps chez des amies, des fois dans la rue. »*

L'absence de domicile, de lieu où se poser, finit par devenir le problème le plus important, dans un contexte global où les autres repères sont devenus inconsistants. *« Son plus gros problème actuellement, c'est l'hébergement et le fait d'être sans ressource. Doit refaire ses papiers. Le plus souvent, elle est à la rue, sinon hébergée par des copines, mais avec problèmes. Ça ne se passe pas bien. Elle se prostitue et elle associe sa consommation de galette à la prostitution. »*

Ceux qui vivent dans la rue cherchent de temps à autres une solution ponctuelle, un hôtel ou un foyer. Mais cela implique de la part du sujet un tant soit peu d'organisation et de prévoyance. Il arrive parfois que les sujets renoncent à dormir sous un toit, y compris s'ils ont retenu une place dans un foyer ou payé une chambre d'hôtel. Pour certains, le sommeil n'a plus beaucoup d'importance, ils sont capables de s'écrouler n'importe où. *« Ce n'est pas très important pour moi de dormir (hébergé ou dehors). »* Parfois, ils ne se rappellent plus depuis quand il n'ont pas dormi et où ils ont dormi la dernière nuit. *« La dernière nuit je l'ai passée je sais plus où!... Elle réfléchit sur la perte de mémoire provoquée par le caillou. Finalement elle était dans la rue et au squat accompagnée d'un grossiste. »*

Pris par le groupe et par le feu de l'action, ils passent la nuit dehors. * *« Je dors où je peux. J'en ai marre des foyers, bordel. Les sous, faut courir, courir, courir. Mais quand tu es en haut, t'es bien. La chute elle te rend mal à l'aise, alors tu cours. »*

La marginalité. L'épidémie du crack s'est développée dans un contexte économique et social de crise. Le crack a beaucoup recruté parmi les marginaux : les exclus du système, les SDF, les chômeurs, les minorités originaires des Antilles, de l'Afrique, du Maghreb, les jeunes sans perspective d'avenir. Inversement, y compris chez des sujets bien insérés au départ, le passage à une consommation régulière peut se traduire par une dégringolade rapide : *« Il a tout perdu, plus de travail, plus d'argent, plus de maison. Il se retrouve à la rue. »*

La situation des femmes. Elle est, globalement, bien plus mauvaise que celle des hommes. Nous retrouvons ici toutes les dimensions morbides que nous avons décrites lors de notre étude sur le travail sexuel et la consommation de crack. Les femmes se trouvent, bien plus souvent que les hommes dans des situations extrêmes. Le recours à la prostitution concerne la majorité des femmes de notre échantillon (63%). Elles sont allées en prison presque autant que les hommes (62% contre 80%). Elles sont un peu plus souvent contaminées (VIH, VHC) que les hommes.

Z... Agée de 34 ans, française, d'origine maghrébine, un enfant de 3 ans, placé chez une nourrice. Elle est la seule à consommer des drogues dans sa famille. Elle est depuis 4 ans en rupture totale avec l'ensemble de sa famille. Elle a commencé à consommer de l'héroïne en sniff en 1978, à l'âge de 17 ans. Une année après, elle est passée à l'injection. Elle a consommé pour la première fois de la cocaïne en 1980. Elle a travaillé pendant quelques années dans la restauration. Ensuite, a vécu de débrouille, de vols. Actuellement, elle n'a aucune couverture sociale. Elle dit avoir testé le crack pour la première fois en 1988. Mais ce n'est qu'en 1994 qu'elle s'est mise à le consommer de manière régulière. C'est à ce moment que nous l'avons rencontrée. Z. nous a raconté ces expériences avec le crack :

« La première fois que j'ai pris du crack, c'est une copine qui l'avait ramené des Antilles. Lorsque tu le casses, il éclate en plusieurs petits morceaux, comme des étoiles. Le crack qu'on achète à Paris, il s'effrite quand on le casse. En France, les mecs qui le fabriquent y ajoutent un tas de choses pour augmenter le volume et le poids. Du coup quand tu fumes le crack d'ici tu hallucines, ce qui n'est pas normal. Un jour, j'ai fumé du crack à Stalingrad, j'ai pris ma veste pour un Kangourou, j'ai eu une de ces peurs. »

Nous sommes restés en contact régulier avec Z. qui s'est totalement intégrée aux groupes de consommateurs de crack. En 1996, elle a fait 6 mois de prison. A sa sortie, elle s'est remise à consommer héroïne et crack. Elle a essayé de s'inscrire dans un programme méthadone. Mais cette expérience a échoué. Elle se prostitue régulièrement et vit avec un rabatteur qui ne consomme que du crack. Il est très violent avec elle. Il la terrorise et la bat régulièrement. En Mai 1997 son compagnon lui a donné un coup de cutter.

Violence : La violence est bien-sûr présente parmi les consommateurs de crack, les objets de conflits étant nombreux : le produit, les embrouilles, les arnaques, les dettes... Les différences avec le monde de l'héroïne, ici, ne seraient pas très marquées si, justement, n'existait pas tout ce qui est particulier au crack (et à la cocaïne), c'est à dire la fébrilité des usagers, le sentiment de panique associé à la crainte de manquer ou d'être « carotté », la rapidité des transactions, l'intensité des phénomènes de « descente » ou de manque avec cette dimension d'urgence et de frénésie. De la sorte, bagarres et règlements de compte sont fréquents ici, dans

un contexte général où la force et la violence sont valorisées. Il en résulte aussi, inévitablement, des dérapages ou des accidents liés, notamment à l'utilisation des cutters comme armes. Les décès par mort violente sont loin d'être exceptionnels. Il faut ajouter à cela que la violence potentielle ou effective des usagers n'est pas isolée : elle existe de toutes parts, qu'il s'agisse de celle des policiers, des groupes « antitox » ou de celle -moins visible- des dealers.

** « Les bagarres sont fréquentes, mais pas seulement à cause du crack. C'est plutôt le manque de respect qui est responsable, et ça c'est une question de caractère qui fait que tu ne supportes pas; tu es parfois obligé d'être violent. Dans ce milieu tu dois te faire ta place, même si il y a plus balèze que toi. Y a un code de conduite aussi, alors il faut bien se faire respecter. »*

Les consommateurs de crack entretiennent également des rapports de violences avec les dealers, mais aussi avec toutes sortes de personnes, y compris les policiers et les anti-tox (brigades de jeunes qui pratiquent le racket des usagers et, parfois, des dealers). Les situations sont parfois confuses : « Je me suis battu avec un faux flic près de la mairie du 18°, on attendait un plan de moudou. Un mec est venu me proposer 100 Francs si je lui faisais une pipe. Je lui ai dit de rentrer dans l'immeuble. Moi, j'avais envie de le dépouiller ... Dans le couloir le mec a sorti un calibre 38 spécial. Un copain est rentré et on a commencé à se battre. J'ai mis au faux flic des coups de cutter. Avant que la bagarre commence, le mec m'a dit qu'il était flic, que je vide mes poches, mes papiers. Il a sorti un téléphone portable pour faire semblant d'appeler ses collègues flics, mais ça aurait dû être un talkie-walkie. Après la bagarre, les vrais flics sont arrivés. Ils ont reconnu le faux flic, il paraît que c'était la troisième agression qu'il faisait. Nous avons été conduits aux urgences. »

Les groupes « d'anti-tox » sont très actifs dans certains quartiers comme celui de la Goutte d'or. Il s'agit de bandes de jeunes dont l'âge varie entre 12 et 20 ans. Certains d'entre eux possèdent des chiens. L'objectif déclaré des anti-tox est de mettre fin au problème de la drogue dans leur quartier. Ils s'attaquent à tous les toxicomanes, consommateurs d'héroïne ou de crack. « Le risque maintenant dans la rue, c'est les jeunes. Si ils savent que tu es toxico, tu te fais massacrer. Ce sont les jeunes arabes qui se trouvent rue Myrha, c'est eux le problème. C'est eux le danger maintenant, les parents n'ont plus de pouvoir sur eux. »

Sexualité : La sexualité joue un rôle majeur dans la vie des usagers de crack, énergie qu'il s'agit d'exprimer, de dompter, de stimuler et qui, surtout pour les hommes, peut s'articuler de façon directe aux effets du crack, au kif.

* « Avec le crack, je contrôle ma fume. Mais j'ai aussi besoin que ça passe par le plaisir sexuel. Je demande avec la fille qui fume avec moi de me faire une fellation. J'ai une érection mais pas d'éjaculation. Il faut que le mental travaille dans le fantasme imaginaire. »

* « Avec la coke, ça prend 30 minutes. Avec le caillou, ça peut durer 2 heures, entrecoupé d'autres doseurs. Pourtant, avec la coke, le plaisir en lui-même dure plus longtemps. »

* « Avec cette sensualité, j'élimine les désagréments de la descente. »

* « La fille, tant qu'elle est dans ce jeu sexuel, j'ai l'impression qu'elle ne se rend pas compte de sa propre descente. »

* « Si je n'ai que 2 kifs, je ne tiendrai pas la forme. Il me faut au moins 2 ou 3 plaquettes (1=200/300F) pour rentrer dans ce jeu sexuel. »

10. Crack et pratiques à risque de contamination.

Nous reprenons ici les données issues de notre dernière étude sur les consommateurs de drogues injectables (Etude multicentrique, IREP 1996) en isolant, dans notre échantillon, les sujets de Paris et de la banlieue déclarant avoir consommé du crack, soit 285 personnes. Nous observons qu'il n'existe pas de différences significatives entre cet échantillon et celui de notre étude actuelle pour ce qui concerne le sexe, l'âge, les dépistages VHB, VHC et VIH et les statuts sérologiques. Nous nous intéressons ici plus spécialement aux pratiques liées à l'utilisation des seringues, les produits injectés pouvant être le crack, mais aussi d'autres produits (héroïne, cocaïne et médicaments principalement).

Provenance de la seringue au cours des sept derniers jours.

Au cours des sept derniers jours, la majorité des sujets (57%) ont obtenu en moyenne vingt sept seringues par l'intermédiaire des programmes d'échanges. Il s'agit là de la source principale d'approvisionnement. la plupart des sujets (75%), cependant, se sont également adressés aux pharmacies et ont acheté en moyenne huit seringues au cours de la semaine. Les différences qui existent entre ce sous-groupe et celui de notre échantillon total sont minimales. Il est cependant notable que les programmes d'échanges sont davantage utilisés par les consommateurs de crack (57% contre 36%) et que le nombre de seringues obtenues dans ces services est plus important (27 contre 19). Il s'agit là d'un point qui va de pair avec la plus marginalité plus marquée des consommateurs de crack ainsi que leur présence plus importante, de nuit et de jour, dans la rue. Signalons enfin que ce sont les femmes qui s'adressent le plus à de tels programmes (68% contre 51%).

PROVENANCE DE LA SERINGUE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=135	Femmes N=74	Total N=209
Achetées en pharmacie :			
Répondants	101 (75%)	55 (74%)	156 (75%)
Moyenne	8.94	7.52	8.44
Minimum	1	1	1
Maximum	35	30	35
Ecart-type	7.3	6.57	7.1
Données par un programme d'échange :			
Répondants	69 (51%)	50 (68%)	119 (57%)
Moyenne	26.6	29	27.6
Minimum	2	2	1
Maximum	120	120	120
Ecart-type	23.2	24.6	23.62
Données par un ami (neuves) :			
Répondants	17 (13%)	13 (18%)	30 (14%)
Moyenne	2.5	4.38	3.3
Minimum	1	1	1
Maximum	10	10	10
Ecart-type	2.4	3.52	3.04
Achetées dans la rue :			
Répondants	5 (4%)	2 (3%)	7 (3%)
Moyenne	2.4	2	2.28
Minimum	1	2	1
Maximum	4	2	4
Ecart-type	1.14	0	0.95
Prêtées par un ami (usagées) :			
Répondants	//	4 (5%)	4 (2%)
Moyenne	//	3.25	3.25
Minimum	//	1	1
Maximum	//	10	10
Ecart-type	//	4.5	4.5
Autre provenance :			
Répondants	24 (18%)	15 (20%)	39 (19%)
Moyenne	3.8	8.33	5.64
Minimum	1	1	1
Maximum	10	40	40
Ecart-type	3.8	11.4	7.6

Réutilisation de la seringue au cours des sept derniers jours.

La réutilisation de la seringue, dans ce groupe de consommateurs de crack comme chez les injecteurs d'autres produits, est largement répandue (75%). Il n'existe à ce niveau aucune différence significative. En moyenne, la seringue est utilisée à deux ou trois reprises.

REUTILISATION DE LA SERINGUE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=135	Femmes N=74	Total N=209
A réutilisé sa propre seringue	102 (76%)	55 (74%)	157 (75%)
A réutilisé la seringue des autres	10 (7%)	6 (8%)	16 (8%)
A prêté des seringues déjà utilisé par soi	24 (18%)	13 (18%)	37 (18%)
Moyenne d'utilisation de la seringue			
Moyenne	2.6	2.26	2.5
Minimum	1	1	1
Maximum	10	7	10
Ecart-type	1.7	1.22	1.6

Le partage du matériel au cours des sept derniers jours.

Il n'existe aucune différence significative entre ce groupe de sujets et l'échantillon total pour ce qui concerne le partage du matériel d'injection. Hormis la seringue, les sujets partagent très largement leur matériel d'injection: le produit (78%), la cuillère (70%), le coton (59%), le citron (68%) et l'eau (67%). Le « partage » de la seringue, quoique limité, reste une pratique non négligeable mais n'est pas plus important que dans les autres groupes d'usagers de drogues injectables.

LE PARTAGE DU MATERIEL D'INJECTION AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=135	Femmes N=74	Total N=209
A partagé :			
Produit	105 (78%)	57 (77%)	162 (78%)
Cuillère	97 (72%)	49 (66%)	146 (70%)
Coton	79 (59%)	44 (59%)	123 (59%)
Citron	91 (67%)	51 (69%)	142 (68%)
Eau	92 (68%)	48 (65%)	140 (67%)
Seringue	11 (8%)	8 (11%)	19 (9%)
Pas de partage ou pas de réponse	21 (16%)	14 (19%)	35 (17%)

La dernière injection.

Dans la plupart des cas, le dernier produit injecté est de l'héroïne (80%), le crack n'intervenant que dans 10% des cas (contre 2% dans l'échantillon total). Cette injection s'est produite dans un groupe de deux à trois personnes dans 42% des cas, plus souvent chez les femmes (52% contre 37%). Il n'existe aucune différence significative avec l'échantillon total pour ce qui concerne l'utilisation de la seringue: les injections sont réalisées par le sujet lui-même et, dans la plupart des cas (83%), la dernière seringue utilisée est neuve; cependant, quarante deux personnes, pour cette dernière injection, ont utilisé une seringue usagée, dans la grande majorité (86%) leur propre seringue; dans ces derniers cas, la seringue et le matériel ont été désinfectés par 29% des sujets.

PRODUITS INJECTES ET ENTOURAGE LORS DE LA DERNIERE INJECTION CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=162	Femmes N=90	Total N=252
Le produit utilisé lors de la dernière injection :			
Héroïne	133 (82%)	69 (76%)	202 (80%)
Cocaïne	14 (9%)	9 (10%)	23 (9%)
Crack	12 (7%)	12 (13%)	24 (10%)
Autres (Temgésic et Moscontin principalement)	11 (7%)	3 (3%)	14 (6%)
L'entourage lors de la dernière injection :			
En groupe	60 (37%)	47 (52%)	107 (42%)
Nombre de personnes lors d'une injection de groupe :			
Moyenne	2.23	2.24	2.23
Minimum	2	2	2
Maximum	4	4	4
Ecart-type	0.53	0.52	0.52

MODE D'INJECTION ET TYPE DE SERINGUE UTILISEE LORS DE LA DERNIERE INJECTION CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=162	Femmes N=90	Total N=252
Mode d'injection par soi-même	158 (98%)	82 (91%)	240 (95%)
Seringue utilisée neuve	131 (81%)	79 (88%)	210 (83%)

REUTILISATION DE LA SERINGUE LORS DE LA DERNIERE INJECTION CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=31	Femmes N=11	Total N=42
Type de seringue réutilisée :			
Seringue réutilisée personnelle	28 (90%)	8 (73%)	36 (86%)
Seringue réutilisée non personnelle	3 (10%)	3 (27%)	6 (14%)
Nettoyage de la seringue et du matériel si réutilisation :			
Seringue et matériel nettoyé	23 (74%)	10 (91%)	33 (79%)
Seringue et matériel non nettoyé	8 (26%)	1 (9%)	9 (21%)
Désinfection de la seringue et du matériel si réutilisation :			
Seringue et matériel désinfecté	9 (29%)	3 (27%)	12 (29%)
Seringue et matériel non désinfecté	22 (71%)	8 (73%)	30 (71%)

Dépistages et statuts sérologiques.

Dans la majorité des cas, les sujets se sont fait dépister pour le VHB, le VHC et le VIH, ceci dans des proportions comparables à ce que l'on trouve dans l'échantillon total. Les statuts sérologiques des sujets sont également comparables à ceux des usagers de drogues de la région parisienne. Il n'existe pas de différence significative à cet égard.

TAUX DE DEPISTAGE CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes N=186	Femmes N=99	Total N=285
Dépistés VHB	125 (67%)	73 (74%)	198 (69%)
Dépistés VHC	120 (65%)	70 (71%)	190 (67%)
Dépistés VIH	171 (92%)	94 (95%)	265 (93%)

STATUT SEROLOGIQUE DES CONSOMMATEURS DE CRACK

	Hommes	Femmes	Total
Positifs VHB	29 (23%)	17 (23%)	46 (23%)
Positifs VHC	56 (47%)	40 (57%)	96 (51%)
Positifs VIH	42 (25%)	30 (32%)	72 (27%)

11. Crack et vie dans les quartiers.

Nous ne faisons qu'esquisser, ici, une description de ce qu'il en est de la vie dans les quartiers qui ont été investis par les usagers de crack. Le maître mot, à cet égard, pour les riverains, est celui de l'exaspération, cette dernière s'étant concrétisée, surtout à partir de 1993, par la création de collectifs et d'associations dans les quartiers les plus touchés c'est à dire Stalingrad et La Chapelle. Cette exaspération repose sur un sentiment de peur et d'injustice devant un phénomène -la toxicomanie- qui cesse, à un moment donné, d'être un phénomène lointain, visible seulement à partir de sa mise en images par les médias. Les riverains sont concernés à partir d'expériences quotidiennes très fréquentes : présence des usagers dans les cages d'escaliers et les cours d'immeubles, seringues usagées trouvées dans les boîtes à lettres, craintes vis à vis des enfants qui vont à l'école, inquiétudes de ceux qui rentrent chez eux à la nuit tombée, vols constatés dans les voitures, les magasins...

Les réactions de rejet sont donc omniprésentes et constantes dans ces groupes, réactions qui englobent de façon indifférenciée les usagers et ceux qui s'en occupent, que ces derniers soient des policiers ou des intervenants sociaux. Mais ces réactions de rejet s'accompagnent également, de façon plus ou moins significative, d'une certaine compassion associée à l'idée que les drogués sont des malades, qu'ils devraient être accueillis, soignés, guéris. D'où cette attitude ambivalente des riverains vis à vis de leurs propres réactions de rejet et leurs recours à des pétitions adressées aux politiques.

L'implantation réussie de quelques structures d'accueil dans ces quartiers montre à l'évidence l'intérêt de contacts aussi permanents que possible entre les riverains, les travailleurs sociaux et les policiers. Prend tout son sens ici un travail social et communautaire tel qu'il est réalisé par des structures comme Ego ou Siloe. Les intervenants apprennent « ce que cela veut dire d'habiter ici » et les riverains, de leur côté, deviennent capables de réduire ou de moduler leurs réactions d'intolérance vis à vis de ce que représente le toxicomane, également associé à l'étranger et au corrupteur. Parfois, ce travail de contact entre les différents partenaires a abouti à des initiatives surprenantes, par exemple des riverains qui vont parler avec des toxicomanes en allant les voir dans leurs squats... Mais ceci n'exclut pas non plus des manifestations de violence telles qu'un coup de feu sur la devanture d'une institution ou, encore, la quasi-impunité des brigades anti-tox, capables de lancer leurs chiens sur des usagers ou de les lyncher eux-mêmes.

VI. DISCUSSION ET CONCLUSION.

1. Le crack : tendances en cours.

Il est difficile de se prononcer de façon définitive sur les tendances actuelles de la consommation du crack dans la mesure où il s'agit avant toute chose d'un phénomène marginal, limité actuellement à la seule région parisienne. Nous avons connaissance de telles consommations dans quelques autres villes de province, telles Lille, Marseille ou Metz, par exemple, mais il s'agit essentiellement de situations qui semblent actuellement isolées. La ville de Lille, de ce point de vue, semble se situer de façon particulière en ce sens qu'il existe une forte tradition de consommation des drogues par fumée et que de nombreux usagers ont été initiés à la consommation de cocaïne à Rotterdam.

Les points de départ sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour avancer un raisonnement épidémiologique sont les suivants : 1) la consommation de crack, explosive au tout début des années 1990, s'est rapidement greffée sur une autre consommation, celle de l'héroïne ; 2) le succès de ce produit a été ravageur dans une population qui vivait déjà dans une situation d'exclusion et de misère (les squats du nord-est parisien) ; 3) ce succès est lié aux propriétés spécifiques de la cocaïne, mais aussi au moteur économique, extraordinairement efficace, mis en place avec le crack: une rentabilité hors du commun, immédiate, largement supérieure à celle du cannabis ou de l'héroïne.

Actuellement ce type de consommation se diffuse progressivement et indiscutablement vers l'ensemble des usagers actuels d'héroïne et les polytoxicomanes. Mais nous ne sommes plus au début des années 1990, époque des grandes scènes de rue. Ces grandes scènes, telles celle de la Rotonde, avaient pour effet d'entretenir le phénomène (via le recrutement continu de nouveaux consommateurs) et de maintenir sur place un nombre relativement important de personnes (plusieurs centaines) qui constituaient une sorte de noyau dur d'usagers.

La dispersion des sites de revente et de consommation, intervenue à l'automne 1994, est vraisemblablement à l'origine d'un tassement paradoxal du phénomène : moins visibles, les consommateurs de crack sont pourtant plus nombreux qu'il y a quelques années. Cette dispersion des sites est aussi à l'origine de nouvelles pratiques de consommation qui font du crack un produit dont la consommation pourrait se rapprocher de celle de la cocaïne : à côté des consommations massives et chroniques, qui ont été les plus fréquentes au début de l'apparition du crack à Paris, nous devrions assister au développement de consommations plus individualisées et plus volontiers ponctuelles ou épisodiques. Le crack pourrait ainsi se frayer un chemin parmi les consommateurs de drogues, entre un

noyau d'usagers extrêmement marginalisés et de nombreux utilisateurs beaucoup moins visibles et moins stigmatisés. Quoiqu'il en soit, il est certain que le développement actuel de l'usage du crack doit être considéré dans un autre contexte : celui de la progression rapide et régulière de la consommation de cocaïne en France. Les données statistiques de routine témoignent très imparfaitement de ce qui est pour nous une tendance ancienne et régulière. Nous avons déjà cerné ses principales caractéristiques en 1992, lors de notre étude sur la cocaïne. Aujourd'hui, aucun élément ne vient contredire cette analyse. Ainsi, en termes de marché, la cocaïne continue de s'implanter à bas bruit (exception faite du crack), au détriment de l'héroïne. Un travail d'analyse des tendances actuelles serait indispensable afin de confirmer ou nuancer ces différents points, mais il suppose la mise en place d'un dispositif d'observation utilisant des méthodes qualitatives.

2. Les risques infectieux.

Selon nos observations, et tout spécialement à partir des données rassemblées lors de l'étude multicentrique sur les « attitudes et pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite », la consommation de crack n'est pas associée à des pratiques particulières pour ce qui est des risques de contamination par voie sanguine. Les usagers de crack utilisent leurs seringues de la même façon que les usagers d'autres drogues injectables. Leurs statuts sérologiques sont également comparables à ceux des autres usagers, tout du moins actuellement. (cf. résultats détaillés en annexe) Il convient cependant de noter que cette analyse reste trop globale et que quelques différences notables sont à prendre en considération :

- la fréquence des injections, qui est généralement bien supérieure ;
- la fréquence des pratiques dangereuses par rapport aux risques d'abcès et d'infections (injections de crack et de citron) ;
- les conditions très défavorables sur le plan de l'hygiène dans lesquelles vivent les usagers de crack, tout particulièrement lors des épisodes de consommation intensive.

Enfin, certaines pratiques peuvent être considérées comme étant à risque, tout spécialement par rapport aux hépatites, à savoir le partage des pipes et des doseurs. Pour ce qui concerne le travail sexuel, notons que l'usage du préservatif est fréquent (73%), mais non systématique, ce qui est conforme à ce qui est décrit pour les usagers de drogues en général. Globalement, le point le plus important semble être la question de l'hygiène de vie des sujets telle qu'elle est conditionnée par l'ensemble des

conséquences des consommations de ce produit et non par le crack lui-même.

3. Rôle des institutions à bas-seuil.

Les structures à bas-seuil ont été créées à partir de 1992-93 dans le contexte des préoccupations liées au SIDA et, à Paris, au moment de la flambée du crack. Leur mission principale a été définie comme étant celle d'une facilitation de l'accès aux soins pour ceux des usagers de drogues qui étaient les plus démunis et les plus exclus.

De ce point de vue, cette mission de facilitation de l'accès aux soins se distingue nettement d'une mission thérapeutique en ce sens que ces structures sont vues comme des lieux d'accueil et des lieux de passage vers d'autres institutions soignantes. Les prestations sociales et éventuellement médicales qui y sont réalisées correspondent à autant de gestes qui répondent à des situations ponctuelles et qui s'ordonnent -en principe- de façon à préparer l'orientation des sujets vers d'autres structures quand cela est nécessaire.

De telles structures, à commencer par les deux Boutiques parisiennes et le Sleep-in, ont été mises à rude épreuve avec les consommateurs de crack, lesquels constituent la majorité des files actives. Elles fournissent un toit (un lieu pour la pose ou un lieu pour la nuit), une prise en compte de certains besoins vitaux (la nourriture), un témoignage de solidarité (le café, la douche, le linge) et certaines réponses spécifiques (échange de seringues, soins infirmiers, autres prestations sociales ou médicales).

Leur mission de facilitation de l'accès aux soins passe par toute une série de gestes qui ne sont pas en eux-mêmes des gestes soignants. Ils se traduisent d'abord par le maintien d'un contact, souvent sans autre projet à court terme et ont pour effet de mettre à jour toute une population qui était auparavant inconnue des structures soignantes en général. Ce n'est que dans un second temps, plus rare et toujours difficile, que se pose effectivement la question d'une orientation à proprement parler. Parfois, cette question de l'orientation ne se pose que du fait d'une urgence ou du caractère dramatique de la situation des usagers, d'emblée ou par la suite.

Une analyse fine du fonctionnement de ces structures et de l'utilisation qui en est faite par les usagers serait nécessaire. Elle nous permettrait de mieux comprendre les mécanismes qui donnent à ces structures leur efficacité. Cette dernière est mesurable au nombre croissant de consommateurs de crack repérés dans les institutions de soins, mais aussi au vu des évolutions parfois spectaculaires des usagers eux-mêmes. Quoiqu'il en soit, il nous semble indispensable de souligner que de telles structures dépendent, pour leur bon fonctionnement de

base, de deux sortes de liens : un lien avec la rue, tel qu'il peut être assuré par des équipes mobiles, d'une part, et un lien avec les structures soignantes en général, d'autre part. De tels liens, de fait, sont fragiles. Ils devraient être renforcés par des activités communes, des programmes de formation communs, voire des contrats liant les trois partenaires de base : les équipes de rue, les structures à bas-seuil et les hôpitaux ou centres spécialisés.

BIBLIOGRAPHIE

DES JARLAIS DC. - *Intravenous cocaine, crack and HIV infection.* Journal of the American Medical Association, 1988, 259 : 1945-1946.

DOMIC Zorka. - *L'Etat Cocaïne.* Science et Politique de la feuille à la poudre. Editions PUF, Septembre 1992.

DOMIC Zorka. - *La cocaïne - Historique de la Coca et la Cocaïne.* Revue documentaire TOXIBASE 2^{ème} trimestre 1996, pages 1-9.

DUPONT RL. - *Crack cocaine : a challenge for prevention.* In : NIDA Research monograph, n°9, US Department of Health and human services. Rockville : NIDA, 1991.

EDLIN B.R., IRWIN K.L., FARUQUE S., McCOY C.B., WORD C ; SERRANO Y., INCIARDI J.A., BOWSER B.P., SCHILLING R.F. ; HOLMERG S.D., and Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection study Team. - *Intersecting epidemics - crack cocaine use and HIV Infection among Inner-City young adults.* In the New England Journal of Medicine. Nov. 24, 1994. 1422-1426.

Espoir Goutte d'Or. *Etude sur le crack - Recherche étude* réalisée de Juillet à Décembre 1996 par HIDALGO G. , LEFORT C., TERNUS A.

GOLDSTEIN P.J., BROWNSTEIN H.H., RYAN P.J., BELLUCCI P.A. - *Crack and homicide in New-York City 1988 : a conceptually based event analysis.* In Contemporary Drug Problems, Winter 1989, 651-687.

GOLUB A., JOHNSON B.D. - *Cohort differences in drug-use pathways to crack among current crack abusers in new york city.* In Criminal Justice and Behavior, Vol. 21, n°4, December 1994 ,403-422.

HALL J.N. - *Historique du crack : échec de la prohibition, promesses de la prévention.* In EHRENBURG A., MIGNON P. Drogues, politique et société, le Monde-Editions et Editions Descartes, Paris, 1992, pages 212-229.

HAMID A. - *The political economy of crack-related violence.* In Contemporary Drug Problems/Spring 1990, pp.31-78

HAMID A. - *The Decline of crack use in New-York City - Drug policy or natural controls ?.* In the International Journal on Drug Policy, vol.2 n°5, 1991.

HAMID A. - *Crack : New Directions in Drug Research. Part 1. Differences between the Marijuana Economy and the Cocaine/Crack Economy.* In the International Journal of the Addictions, 26(8), 825-836, 1991.

HAMID A. - *From Ganja to Crack : Caribbean Participation in the Underground Economy in Brooklyn, 1976-1986.*

Part 1. *Establishment of the Marijuana Economy.* In the *International Journal of the Addictions*, 26(6), 615-628, 1991.

HAMID A. - *From Ganja to Crack : Caribbean Participation in the Underground Economy in Brooklyn, 1976-1986.*

Part 2. *Establishment of the Cocaine (and Crack) Economy.* In the *International Journal of the Addictions*, 26(7), 729-738, 1991.

HAMID A., Ph.D. - *The Developmental Cycle of a Drug Epidemic : The Cocaine Smoking Epidemic of 1981-1991.* In *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 24(4), Oct. Dec. 1992, pp.337-348.

INGOLD R., TOUSSIRT M. - *La consommation de crack à Paris en 1993. Données épidémiologiques et ethnographiques.* In *Annales Médico-psychologiques*, vol. 152, n°6, Paris, 1994, pages 400-406.

INGOLD R., TOUSSIRT M. - *Crack use in Paris : the bird of an epidemic.* NIDA, *Epidemiologic trends in drug abuse.* Proceedings Community Epidemiology Work Group. December 1994.

INGOLD R., TOUSSIRT M. - *Consommations et économie de la cocaïne et du crack.* Revue documentaire TOXIBASE 2^{ème} trimestre 1996, pages 25-34.

IREP - *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris.* Juillet 1992.

IREP - *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack.* Novembre 1994.

KAPLAN C.D., TAPPIN C.P., THUYNS H. - *Cocaine and sociocultural groups in the Netherlands.* In *Epidemiology of drug abuse : research, clinical, and social perspectives.* Community Epidemiology Work Group Proceedings, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, December 1985, pages 5-16.

McCOY H.V., Ph.D., MILES C. , M.A. - *A Gender Comparison of Health Status Among Users of Crack Cocaine.* In *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 24(4), October-December 1992.

QUELLET L.J., WIEBEL W.W., JIMENEZ A.D., JOHNSON W.A. *Crack Cocaine and the Transformation in Three Chicago Neighborhoods.* Edited by RATNER M.S. - *Crack Pipe as Pimp - An ethnographic Investigation of Sex-for-crack Exchanges*, pp. 69-95.