

# Du crack au VIH

**Concomitant de l'émergence de l'épidémie du sida aux Etats-Unis, le développement du crack suscita à la fois soucis et « espoir ». Tandis que des experts en toxicomanie mettaient en garde contre ce nouveau péril, des spécialistes du sida considéraient comme un moindre mal le développement d'une nouvelle drogue exclusivement fumable. Quelques années plus tard, il apparaît que le crack ne présentait pas le danger qu'on lui attribuait au départ, mais que, pour ce qui relève de la transmission du VIH, il n'est pas aussi « safe » qu'on l'avait espéré.**

Le crack n'est pas une nouvelle drogue mais représente un nouveau type d'administration de la cocaïne. Du point de vue de la santé publique, cela n'est pas sans conséquences. On ne peut s'empêcher, ici, d'observer une analogie avec la découverte, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, de la seringue hypodermique, qui a rendu accessibles l'héroïne et la cocaïne aux toxicomanes, par voie intraveineuse, avec les conséquences que l'on connaît(1).

En réalité, dans les pays producteurs, la cocaïne fumable est connue depuis plus d'un siècle(2). D'un usage local limité, la forme fumable s'introduit aux Etats-Unis au début des années quatre-vingt. Plusieurs facteurs vont, par la suite, contribuer à sa diffusion. En premier lieu, la pression exercée par les Etats-Unis sur la Colombie afin de mieux contrôler les précurseurs chimiques indispensables au raffinage de la cocaïne, en particulier l'éther. La pénurie d'éther a conduit les fabricants à remplacer celui-ci par l'acétone et le benzène(3). Mal raffinée, de moindre qualité, cette cocaïne s'est révélée difficilement consommable par les voies d'administration traditionnelles, à savoir le sniff et l'injection. L'inhalation s'est alors imposée petit à petit comme la voie d'administration la plus adéquate.

Plusieurs procédés permettent de transformer le chlorhydrate de la cocaïne — snifflable ou injectable — en forme fumable. Le premier, appelé « free-base », est connu depuis le milieu des années soixante-dix. Ce procédé consistait à chauffer un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'éthanol afin de libérer (free) la base — alcaloïde benzoiné-thylégonine — de son sel. Dangereuse, exigeant des équipements de

laboratoire sophistiqués, la production, forcément limitée, était réservée à des consommateurs aisés. Le crack sous sa forme actuelle est apparu pour la première fois à Los Angeles en 1981. La méthode utilisée aujourd'hui est plus en adéquation avec une production à échelle commerciale : un agent alcalin — l'ammoniaque ou le bicarbonate de soude(4) — remplace l'éthanol. Ce nouveau procédé permet l'industrialisation de la production et en démocratise ainsi l'usage(5).

La cocaïne existe soit sous forme de base (crack), soit sous forme de sel (chlorhydrate). Quoique, pharmacologiquement, la partie essentielle de la substance soit identique dans les deux formes, celles-ci diffèrent d'abord dans leurs modes d'administration respectifs. Deux doses de cocaïne de base pure et de chlorhydrate pur (sel de la cocaïne) ne sont pas interchangeables. Alors que le sel est soluble dans l'eau, la substance, elle, chauffée, a tendance à se décomposer au lieu de se volatiliser. La base est peu soluble dans

l'eau, donc inadéquate pour une injection. Thermostable, chauffée, elle ne se décompose pas, elle se volatilise(6) : 84 % de cette « free-base » survivent à la chaleur néces-

saire à sa volatilisation, contre 1 % seulement pour le chlorhydrate de cocaïne(7). Sur le plan des effets ressentis, la cocaïne peut atteindre facilement le cerveau lorsqu'elle est fumée ou lorsqu'elle est injectée. L'intervalle entre la prise et le point culminant des effets, pour une absorption de cocaïne, est de deux à trois minutes par voie nasale, et de 12 à 21 secondes par voie intraveineuse. L'effet maximal du crack est ressenti en six à sept secondes à peine(8, 9), et dure quelques minutes seulement, contre vingt à quarante pour la cocaïne(10, 11).

Enfin, la densité des effets, due au nombre élevé des alvéoles absorbants dans les poumons, à l'inhalation de la dose en une seule fois ainsi qu'à la vitesse d'atteinte du cerveau, conférerait au fait de fumer du crack des effets plus intenses que les autres modes d'administration.

En France, peu ou pas sujette au trafic avant 1989, la consommation de crack est demeurée confinée aux cercles restreints des initiés qui en connaissaient le procédé de préparation (free-base). Le trafic de rue ne commença que vers 1991, et le quartier de Stalingrad, à Paris, en devient l'épicentre en région parisienne(12). Les statistiques du ministère de l'Intérieur, qui n'indiquaient d'ailleurs que dix-huit interpellations en 1990, pour usage, dans deux départements métropolitains, faisaient état de 261 interpellations dans douze départements métropolitains en 1993(13). Tandis que la police évalue à 600 personnes le nombre de fumeurs de crack à Paris, un acteur de terrain avance le chiffre de 3 000 à 4 000 personnes(14).

Les premiers consommateurs ont été les Antillais, puis les prostituées exerçant sur les boulevards périphériques et, troisième et dernier groupe touché, les consommateurs d'héroïne. A Paris, le crack, au terme d'une première vague de consommation, cantonnée principalement aux Antillais, n'a cessé de s'étendre aux consommateurs d'héroïne. Trois hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce fait.

La première concerne la place de la cocaïne dans la sous-culture de la drogue — le « speed ball »(15) est un cocktail fort prisé des héroïmanes. Ainsi, substituer la forme fumable de la cocaïne-crack à sa forme snifflable ou injectable paraît naturel. Le prix modique du crack facilite grandement cette transition. En second lieu, la quête de sensations nouvelles, avec son cortège d'innovations incessantes en matière de modes d'administration, de cocktails. Un produit nouveau comme le crack a toutes les chances de se faire une place sur un marché avide

de substances nouvelles. Sans exclure l'héroïne, loin s'en faut, puis-que les deux produits font bon ménage. Ainsi l'héroïne est-elle, pour les consommateurs de crack, ce qui est un parachute pour une personne jetée dans le vide : elle facilite et adoucit la « descente » après la prise de crack. Plus on consomme de stimulants comme le crack, plus on aura besoin d'un hypnotique comme l'héroïne. En ce sens, l'extension du crack peut relancer aussi la consommation d'héroïne.

Enfin, il y a probablement, de la part des dealers, une stratégie visant à élargir le marché du crack. En effet, ceux-ci ont constaté que la cocaïne, dans sa forme *sniffable* ou injectable, n'est jamais parvenue à s'implanter dans la rue, du fait, entre autres, de son prix comparativement élevé qui la confine dans les sphères d'une clientèle aisée. À l'opposé, dans sa forme fumable « crack », la cocaïne est parvenue à conquérir toute une frange d'usagers appartenant à des couches moins favorisées et pouvant engendrer plus de consommateurs. À cela s'ajoute le fait que la vente de l'héroïne est en stagnation et que les fumeurs de crack ont un besoin croissant du produit, et dépendent trois à quatre fois plus d'argent qu'un consommateur d'héroïne. Ainsi, les réseaux de trafic des deux produits convergent pour n'en former plus qu'un seul et il semble que de plus en plus de dealers vendent les deux produits en même temps. Trois vagues de deal, différentes mais complémentaires, aboutissent

**Chez les consommateurs réguliers et chroniques de crack, on constate que baisse de libido, impuissance et difficultés à avoir un orgasme sont très fréquents.**

au développement de la consommation et à l'étendue de sa diffusion : les dealers antillais introduisent le produit, les dealers africains élargissent, dans un second temps, le marché vers d'autres groupes, notamment les prostituées hétérosexuelles et les jeunes et, enfin, l'entrée en lice des dealers d'origine nord-africaine marque l'extension du marché aux héroïnomanes et géographiquement, aux banlieues parisiennes, « tenues », en grande partie, par ces dealers.

### Les incidences de la consommation de crack sur la contamination à VIH

Durant les premiers stades de son développement, l'épidémie opéra essentiellement dans deux populations : les homosexuels-bisexuels et les usagers de drogues par voie intraveineuse, à dominante hétérosexuelle. Ces derniers étaient considérés alors comme la principale passerelle de transmission vers la population hétérosexuelle non toxico-mane. Les consommateurs de crack constitueront-ils désormais une autre passerelle ?

Les conséquences éventuelles de la consommation du crack sur la contamination à VIH peuvent schématiquement se diviser en deux séries de facteurs :

- des facteurs qui contribuent à accroître le risque d'exposition au VIH, notamment par l'échange sexuel-irrigé ou drogue, avec, entre autres, les risques particuliers liés à la pratique de la fellation et la pratique d'injection du crack ;
- des colateurs qui tendent à dé-

velopper la vulnérabilité à l'infection par le VIH, notamment du fait d'une prévalence élevée des MST et des ulcérations vaginales chez les usagers de crack et, enfin, par les effets éventuels du crack-cocaïne sur les muqueuses.

### L'échange sexe-argent ou sexe-drogue

Alors que les effets « stéréotypés » sont supposés être des stimulants de la sexualité — diminution de l'inhibition, élargissement du répertoire sexuel et expérimentation de nouvelles formes de plaisir (16) — Weatherly et al. montrent que, chez les consommateurs réguliers et chroniques de crack, on constate, au contraire, que baisse de libido, impuissance et difficultés à avoir un orgasme sont très fréquents. Cinquante-sept pour cent ont manifesté une baisse de libido, 56,1 % un amoindrissement de leur puissance sexuelle et 63 % une diminution de leur capacité d'avoir un orgasme (17) ; et si les consommateurs de crack ont beaucoup de rapports sexuels, ce n'est pas tant pour le sexe en soi que pour subvenir à leurs besoins en drogue.

En effet, le sexe est un élément clé de la stratégie des femmes toxicomanes pour se procurer de l'argent ou de la drogue. La consommation du crack accroît, d'un côté, les besoins en argent, et, de l'autre, le commerce du sexe. Contrairement aux femmes héroïnomanes, qui peuvent se faire entretenir par un dealer ou par un usager qui se charge de l'approvisionnement en drogue, la fréquence élevée de la consommation ne laisserait pas aux hommes la disponibilité mentale et temporelle nécessaire pour satisfaire les besoins du couple. Le crack semble alors inverser partiellement les rôles entre les femmes et les hommes : désormais, ce sont de plus en plus elles, au travers de leurs activités prostitutionnelles, qui assureraient la responsabilité de la survie matérielle du couple (18).

En outre, le crack accentue les trois traits présents dans la prostitution des femmes héroïnomanes, à savoir la fréquence des rapports, l'irréglé de la relation avec le client et la dépréciation du prix de la « passe ».

(1) J. Strang, E. Griffith, « Cocaine and crack », *British Medical Journal*, 1989, Aug. 5 (66595), pp. 337-338.

(2) H. Ansley, « The developmental cycle of a drug epidemic: The cocaine smoking epidemic of 1981-1991 », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 24 (4), Oct.-Dec. 1992, pp. 337-347.

(3) James N. Hall, « Histoire du crack : échec de la prohibition, promesses de la prévention », in A. Ehrenberg, P. Mignon, « Drogues, politiques et société », Editions Descartes, 1992, pp. 212-229, et aussi Terry Williams, « Crack house, quatre ans d'enquête à bout de la nuit », *Ed. Dagorno*, 1994, pp. 97-98.

(4) M. Gallot-Guilley, « Métabolisme des principales drogues et méthodes analytiques » (Dossier de laboratoire SYVA).

(5) Mainliners, « Crack special, are you cracking up? », *Issue 50*, Oct. 1994, pp. 1-3.

(6) Michael Gossop, « Chasing the dragon: research into heroin smoking in Britain », *European Addiction Research*, 1. 1-2. 95, September 1994, pp. 42-49.

(7) A. Afif (sous la direction de), « Abus de la cocaïne et santé », Organisation mondiale de la santé, Genève, 1987, p. 19.

(8) Center for Research on Drugs and Health Behaviour, *Executive Summary* n° 21, « Cocaine III: the chemistry and pharmacology of cocaine: a key to understanding of cocaine's uses and effects », December 1992.

(9) J.-P. Grand, « Drug use as a social ritual, functionality, symbolism and determinants of self-regulation », *IVC4*, 1993, p. 133.

(10) Mainliners, *op. cit.*

(11) Bien Dang Vu et al., « Du chlorhydrate de cocaïne au crack usage, analyse et évolution de la situation », in *Ann. Fak. Exp. Chim.*, novembre 1989, n° 881, pp. 435-450.

(12) F. R. Ingold, M. Toussit, « La consommation du crack à Paris en 1993 : données épidémiologiques et ethnographiques », *Ann. Méd. Psychol.*, 1994, 152, n° 6, pp. 400-406.

**Ainsi l'héroïne est-elle, pour les consommateurs de crack, ce qu'est un parachute pour une personne jetée dans le vide : elle facilite et adoucit la « descente ».**

## N O T E S

- (13) Ministère de l'intérieur, « Usages et trafic de drogues », statistiques 1993, p. 56.
- (14) Mohamed Toussirt, chef de projet de « La Boutique » et chercheur à YIREP.
- (15) Le speed ball est un cocktail d'héroïne et de cocaïne, qui permet au consommateur d'avoir le « flash » de la cocaïne sans subir les inconvénients de celle-ci, à savoir les sensations désagréables qui accompagnent la « descente ».
- (16) L. J. Ouellet, W. Wayne et al., « Crack cocaine and the transformation of prostitution in three Chicago neighbourhoods », in Mitchell S. Ratner, « Crack pipe as pimp, an ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges », pp. 69-146, Lexington Book, New York, 1993.
- (17) N. L. Weatherly et al., « Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 24 (4), Oct.-Dec. 1992, pp. 373-380.
- (18) L. J. Ouellet, W. Wayne et al., op. cit.
- (19) F. R. Ingold, M. Toussirt, S. Cagliero et al., « Les travailleurs sexuels et la consommation de crack », 1994, p. 20.
- (20) Terry Williams, « Crack house, quatre ans d'enquête au bout de la nuit », *Ed. Dagorno*, 1994, p. 156.
- (21) L. J. Ouellet, W. Wayne et al., op. cit., p. 91.
- (22) E. Cohen, B. A. Navaline et al., « High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing african-american women », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26 (3), Jul.-Sep. 1994, pp. 233-241.
- (23) Y. Serrano, S. El-Bassel et al., « Comparison of HIV risk in puerto-rican and african-american female crack users in Harlem », PO-C15-2936, 1<sup>st</sup> International conference on AIDS, Berlin, June 6-11, 1993.
- (24) S. Schoenfish, T. Ellenbrock et al., « Risk of HIV infection and behavioral changes associated with crack cocaine use in prenatal patients », Abstract PO-C15-2922, 1<sup>st</sup> International conference on AIDS, Berlin, 1993.

Pour ce qui est de la fréquence, il s'établit une sorte de correspondance entre celle de la consommation de crack, et celle des « passes » : de manière séquentielle, passes et doses se succèdent et se conditionnent mutuellement. Le crack produisant un « flash » qui disparaît aussitôt, pour céder la place à une « descente » désagréable, il faut, pour « remonter », en renouveler la prise. Ainsi, pendant les périodes cycliques de consommation effrénée (d'une durée de deux à trois jours), la prostitution fournit-elle une solution facilitant la gestion de ce cycle.

A Paris, une enquête récente de YIREP, conduite auprès de 55 prostituées exerçant sur les boulevards extérieurs, confirme le déplacement des dealers vers les lieux de prostitution où les revendeurs passent à pied ou en voiture proposer leurs marchandises (19). Le recours à la consommation de crack est de nature, plus que dans le cas d'autres drogues, à encourager le troc sexe-drogue. Tandis que les prostituées héroïnomanes sont payées en argent, celles qui sont « crackomanes » le seraient de plus en plus en nature sous forme de crack. Substituer le troc à la rémunération présente, dans ces conditions, certains attraits, dont la satisfaction plus rapide du désir de consommer. Le troc étant réalisé sur place, le laps de temps nécessaire au déplacement et à la recherche du produit est éliminé, et le risque d'arrestation amoindri. Mais, symboliquement, lorsque la pratique d'échange drogue-sexe est en vigueur, l'inégalité du rapport prostituée-client est plus marquée : la femme ne reçoit plus une rémunération, à laquelle elle a droit, contre un service, mais un « don » — l'homme « donne » la drogue —, ce qui réduit d'autant sa capacité à négocier (20).

Même lorsque le prix de la passe est payé en argent, celui-ci subit une dépréciation encore plus prononcée que celle rencontrée dans la prostitution des héroïnomanes. En effet, il tend à s'indexer sur le prix de la dose de crack, de deux à trois fois moins cher, par ailleurs, que celui de l'héroïne (21).

Une étude qui compare la prise de risque sexuel chez deux groupes

de femmes consommatrices, respectivement, de crack (n = 61) et d'héroïne (n = 64), conclut que les consommatrices de crack ont, à tous les niveaux, plus de pratiques à risque : elles ont plus de partenaires sexuels (65 % versus 14 %), utilisent moins fréquemment le préservatif (24 % versus 52 %) et trouvent plus le sexe contre la drogue que les consommatrices d'héroïne (72 % versus 18 %) (22).

Une enquête conduite auprès de 237 femmes fumeuses de crack, recrutées dans les rues de Harlem, montre que 88,2 % des Afro-Américaines et 70 % des Portoricaines pratiquent directement l'échange sexe-drogue (23). Une étude réalisée sur 788 femmes clientes d'un centre de soins prénatals révèle que 72 % d'entre elles pratiquaient l'échange sexe-drogue, alors qu'elles n'étaient que 17 % à le faire avant le début de la consommation du crack. De plus, 33 % seulement des consommatrices de crack déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de plus de 50 % de leurs rapports sexuels (24).

Une enquête portant sur un échantillon de 641 hommes et femmes âgés de 18 à 29 ans, dont 305 n'ont jamais consommé de crack (dans ce premier sous-groupe, dix-sept personnes seulement s'injectent de l'héroïne) et 336 en fument (dans ce second sous-groupe, 38 sujets s'injectent de l'héroïne), montre que les consommateurs de crack se prostituent plus que les autres : 76 % des femmes et 44 % des hommes, contre 4 % et 9 %, respectivement,

pour ceux qui n'en ont jamais consommé. Le pourcentage des pratiques prostitutionnelles durant les trente derniers jours est encore plus discriminant : 63 % versus 1,3 % pour les femmes, et 20 % versus 0 % (aucun) pour les hommes.

Les consommateurs de crack ont aussi plus de partenaires que les non-consommateurs : 74 % versus 11 % pour les femmes et 75 % versus 41 % pour les hommes en ont eu deux ou plus pendant les trente derniers jours (25).

### Les caractéristiques particulières

#### des pratiques de fellation

Des observations ethnographiques rapportent que la fellation est une pratique sexuelle fréquente chez les fumeuses de crack (26). En effet, l'usage chronique du crack occasionnerait des difficultés d'érection et entraînerait, de fait, des problèmes lors de la pénétration. La fellation représenterait alors une alternative. D'autre part, les conditions de précarité extrême de la prostitution des femmes toxicomanes se prêtent plus à la fellation furtive qu'à la pénétration (27).

Des études émettent l'hypothèse selon laquelle les actes de fellation répétés plusieurs fois par jour pourraient augmenter le risque de contamination (28). Une enquête, qu'il faut considérer avec prudence, double de l'un test de dépistage du VIH et réalisée sur 1 592 « travailleuses du sexe » new-yorkaises, conclut que, parmi les fumeuses de crack, celles qui pratiquent plutôt la fellation seraient plus infectées que celles qui pratiquent plutôt la pénétration vaginale. En outre, les usagers de crack qui n'utilisent pas du tout ou occasionnellement le préservatif au cours des actes de fellation sont plus contaminés (29, 30).

La fellation n'a cessé d'être un sujet de controverse quant à son pouvoir de contamination (31). Qu'un tel débat puisse avoir cours semble à première vue étonnant, tant l'idée que la fellation pourrait être une pratique à risque important va à l'encontre de ce qui est communément admis dans les milieux scientifiques. En effet, Isabelle De Vincenzi, dans son enquête multicentrique sur 563 couples sérodiscor-

**Le crack semble inverser partiellement les rôles entre les femmes et les hommes : désormais, ce sont de plus en plus elles, au travers de leurs activités prostitutionnelles, qui assument la responsabilité de la survie matérielle du couple.**

dants, n'a observé aucune séroconversion au sein du sous-groupe constitué de 50 couples ayant eu des rapports oro-génitaux non protégés, mais ayant recouru systématiquement au préservatif lors des pénétrations vaginales au cours du suivi(32). Elle conclut ainsi sa recherche : « (...) On ne peut donc exclure la possibilité d'une transmission du VIH au cours des rapports oro-génitaux, mais le risque ne peut être que faible, et marginale la proportion de cas d'infection à VIH attribuable aux rapports oro-génitaux. » (33).

Toutefois, l'enquête d'Isabelle De Vincenzi porte sur un échantillon de couples dont aucun ne consommait de crack. Il nous paraît donc prudent de ne pas totalement écarter l'hypothèse d'un lien éventuel entre la consommation chronique de crack et la détérioration de l'intégrité des muqueuses buccales. On sait, par ailleurs, que la prise de cocaïne par voie intranasale peut provoquer la perforation de la cloison du nez. Par analogie, quels effets le crack peut-il produire sur les fragiles muqueuses buccales ? La prise en compte des trois éléments suivants peut fournir quelques pistes de réflexion :

- le temps d'exposition bucco-génitale relativement long – il semblerait que, sous l'effet du crack, la durée moyenne de fellation soit plus longue ;
- la fréquence élevée du fait du besoin très pressant d'argent) des actes de fellation provoquant une irritation qui facilite la pénétration du virus ;
- la mauvaise hygiène dentaire et

buccale, la détérioration de l'état buccal, des lèvres et de la langue, due à l'inhalation du produit à haute température, provoquent des traumatismes oraux. En outre, Porter et al. évoquent la possibilité de transmission due au partage du matériel nécessaire à l'inhalation, notamment des pipes de fortune. Ces tubes métalliques ou en verre (antennes de voitures, dosiers d'alcool, etc.), chauffés à haute température ou lorsqu'ils sont en verre, peuvent brûler ou couper les lèvres des fumeurs. Le partage et le prêt de ces pipes de fortune souillées étant assez fréquents, le risque de transmission s'en retrouvera accru(34).

#### La pratique

##### d'injection de crack(35)

Deux modes d'administration du crack sont identifiés. Par commodité, on les appellera modèles américaino-hollandais et franco-britannico-hollandais, le crack est exclusivement fumé (en tout cas, la littérature scientifique des deux pays ne mentionne pas d'autres modes de consommation), tandis que dans le modèle franco-britannique, celui-ci est fumé par certains et injecté par d'autres, notamment parmi les héroïmanes. Une récente enquête de l'IRFP révèle que, sur cinquante-cinq prostituées, deux seulement sont des consommatrices exclusives de crack, tandis que les cinquante-trois autres consomment les deux substances simultanément(36). Dans la même étude, un tiers de l'échantillon (29,1 %) s'ad-

d'injection – liés probablement à l'action caustique de l'ammoniaque et du bicarbonate de soude, et au fait que le crack, comparé à la cocaïne injectable, n'est que partiellement dissous, laissant beaucoup d'impuretés. Cela étant, son réel danger réside dans l'augmentation du risque – déjà très grand chez les injecteurs d'héroïne – de contamination par le VIH. Le crack exige, en effet, un nombre bien plus élevé d'injections quotidiennes.

Dependant, la question qui se pose

**Plusieurs facteurs  
laissent à penser  
que l'administration du crack  
par voie intraveineuse  
n'est pas une pratique  
exclusivement française,  
car on peut également l'observer  
chez certains groupes  
de consommateurs  
au Royaume-Uni.**

est de savoir pour quelles raisons un produit destiné à être fumé est consommé par injection. Il faut rappeler, tout d'abord, que le choix du mode d'administration est toujours à mettre en parallèle avec la disponibilité, le prix et la qualité du produit vendu dans la rue(40). Ainsi, l'injection, comparée aux autres voies d'administration, tient une place de choix chez les usagers de drogues français, non sans raison, d'ailleurs, puisqu'elle peut être considérée non seulement comme la plus efficace et la plus rapide, mais également comme la plus économique. Le prix d'une dose de crack est de deux à trois fois moins cher que celui d'une dose de cocaïne. Faire un « speedball » crack-héroïne est moins cher que d'en concorder un à base de cocaïne et d'héroïne. Cette connaissance, validée par l'expérience empirique individuelle, est encore plus ancrée chez les injecteurs d'héroïne : fumer le crack implique une perte, lors de la combus-

(25) N. L. Weatherly et al., op. cit.

(26) « Les hommes prêtèrent les fellations parce que c'est pendant ces moments-là que la dope leur fait le plus d'effet. Lorsqu'ils sont défoncés ou qu'ils font l'amour normalement, ils ne ressentent pas les mêmes effets que lorsque les rapports sexuels sont complés avec le crack. Il y a alors deux décharges : une qui vient du crack, et une autre de la femme qui pratique la fellation. Pour cette dernière, « le double » vient quand elle suce et qu'elle fume en même temps. »

(27) « (...) A la porte de Vincennes, la passe consiste le plus souvent en une fellation isolée. Ce type de passe est le type habituel (plus de la moitié des clients). »  
M. El-Amri, « Prostitution et toxomanie, en route vers une politique de réduction des risques », Monographie-CAFMÉ, ESS-BUC, 1994, p. 21.

(28) W. Haverkos-Harry et al., « Crack cocaine, feliatio, and the transmission of HIV », *American Journal of Public Health*, Aug. 1991, vol. 81 (8), pp. 1078-1079.

(29) J. L. Wallace et al., « Feliatio is a significant risk behavior for acquiring AIDS among New York city streetwalking prostitutes », *Abstract n° P0C 4196*, VIII<sup>th</sup> International conference on AIDS, Amsterdam, 1992.

(30) A. Weiner et al., « Intravenous drug use, inconsistent condom use, and feliatio in relationship for acquiring AIDS in streetwalkers », *Abstract n° P0C 4560*, VIII<sup>th</sup> International conference on AIDS, Amsterdam, 1992.

(31) A ce propos, voir l'article de Jean-Claude Brulier dans le bulletin de l'AWC n° 3, juillet 1994.

(32) Isabelle De Vincenzi, « Transmission hétérosexuelle du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (HIV-1) : une étude multicentrique européenne »,

thèse de doctorat en santé publique, université Paris XI, 1995, p. 95.

(33) *idem* pp. 95-96.

**Injecter le crack entraîne  
des problèmes somatiques  
liés à l'action caustique  
de l'ammoniaque  
et du bicarbonate de soude,  
et au fait que le crack,  
comparé à la cocaïne injectable,  
n'est que partiellement dissous,  
laissant beaucoup d'impuretés.**

## N O T E S

(34) J. Porter, L. Bonilla, «Crack users' cracked lips: an additional HIV risk factor», *American Journal of Public Health*, Oct. 1993, vol. 83, n° 10, pp. 1490-1491.

(35) La préparation du crack pour l'injection est une opération simple. Elle consiste à mélanger le caillou avec l'acide citrique et un peu d'eau, ou tout simplement du jus de citron, avec ou sans eau.

(36) F. R. Ingold, M. Toussit, «Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH: investigation ethnographique de la prostitution à Paris», 1993, p. 22.

(37) *idem* p. 36.

(38) La non-utilisation de l'injection intraveineuse du crack aux USA s'explique par les raisons suivantes:

1. les premiers consommateurs de crack ont été principalement soit des sniffeurs de cocaïne, soit des ex-héroïnomanes intégrés dans le programme méthadone et qui, dans leur grande majorité, avaient abandonné l'usage par voie intraveineuse;

2. la nouvelle génération de consommateurs aussi bien d'héroïne que de cocaïne est, en grande majorité, orientée vers la voie d'administration respiratoire («chasser le dragon» pour l'héroïne et fumer pour la cocaïne); de plus en plus stigmatisée, la voie intraveineuse semble être en perte de vitesse et ne fait plus recette chez les nouveaux consommateurs;

3. la disponibilité et le bas prix du produit facilitent grandement cette transition.

(39) H. Pickering et al., «Crack injection, more crack users are injecting, risking serious health problems», *Druglink*, January-February 1993, p. 12.

(40) La disponibilité de produits de meilleure qualité a permis, entre autres, chez les usagers hollandais, le passage de l'injection à l'inhalation.

(41) J.-P. Grund, N. Addinians, C. D. Kaplan, «Changing cocaine heroin addict population», *British Journal of Addiction*, 1991, 86, pp. 439-448.

tion, d'un certain pourcentage du produit, tandis que l'injection n'en occasionne aucune.

D'autre part, il existe une raison pharmacologique: certains usagers évoquent la brièveté des effets de cette substance lorsqu'elle est fumée, et disent avoir recours à l'injection pour les prolonger.

A cela s'ajoute une troisième raison, liée à la représentation sociale: le crack a «mauvaise réputation».

**Le prix d'une dose de crack est de deux à trois fois moins cher que celui d'une dose de cocaïne. Parer un «speedball» crack-héroïne est moins cher que d'en concevoir un à base de cocaïne et d'héroïne.**

Reprenant l'image véhiculée dans les médias et auprès du grand public, certaines catégories d'héroïnomanes rejettent une drogue qui n'a pas bonne presse, considérée, de surcroît, comme dangereuse. Cependant, en l'occurrence, le crack n'est pas assimilé à sa composition chimique, mais à son mode d'administration par voie respiratoire. Aussi curieux que cela puisse paraître, comparée à l'inhalation, l'injection du crack apparaît paradoxalement comme une pratique moins stigmatisante et, surtout, à moindre risque!

Enfin, il existe une quatrième raison, liée à ce que l'on appellera la tradition d'usage: le mode d'administration du crack s'est limité à la seule voie respiratoire tant que le crack était consommé par des personnes qui ne prenaient pas d'autres drogues dures. Or, le passage du crack d'un groupe de fumeurs exclusifs à un groupe d'injecteurs d'héroïne marque également le passage de l'inhalation à l'injection. En effet, comme le souligne J.-P. Grund et al (41) à propos des modes d'administration de la cocaïne aux Pays-Bas, le choix du

mode d'administration de la cocaïne est parallèle, chez les héroïnomanes, à celui de l'héroïne. Ainsi, les injecteurs d'héroïne injectent aussi la cocaïne, et ceux qui sont habitués à consommer de l'héroïne par l'inhalation «chasse au dragon» inhalent et fument aussi la cocaïne (*free-base* ou crack). En France, le mode d'administration par voie intraveineuse étant très dominant chez les héroïnomanes, l'injection du crack n'est guère étonnante.

Afin de mieux comprendre cette dernière hypothèse relative à la tradition d'usage, nous avons cru bon d'établir une typologie des usagers du crack, en distinguant deux sous-groupes:

- les consommateurs exclusifs de crack - exception faite de l'alcool et du cannabis;
  - ceux qui consomment simultanément du crack et de l'héroïne (42). A l'intérieur de cette catégorie, nous distinguerons encore deux sous-groupes: ceux pour qui le produit choisi au départ - crack ou héroïne - reste la drogue de prédilection, et ceux qui se convertissent au second produit; ainsi, certains consommateurs de crack, essentiellement des jeunes, se convertissent à l'héroïne. Inversement, de plus en plus de consommateurs d'héroïne, principalement de vieux toxicomanes, se convertissent au crack (43).
- La consommation combinée du crack et de l'héroïne semble plus répandue en France qu'à l'étranger (71 % à Manchester contre 96 % à Paris).

Le risque de contamination par le VIH, déjà très grand chez les usagers d'héroïne, est ainsi majoré par l'injection du crack. D'autant que ce dernier induit un nombre plus élevé d'injections quotidiennes.

On peut distinguer trois cofacteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité à l'injection par le VIH chez les consommateurs de crack. Ils ne sont pas indépendants les uns des autres, mais, pour des raisons de clarté, on les traitera séparément.

#### Les maladies

##### sexuellement transmissibles

Nombreuses sont les enquêtes épidémiologiques qui ont examiné

l'éventuelle existence de liens causals entre la consommation du crack et l'augmentation du taux des MST chez les consommateurs de cette substance. A titre d'exemple, les résultats d'une étude sur 222 adolescents consommateurs de crack (San Francisco et Oakland) montrent que 52 % des filles et 34 % des garçons avaient déjà eu au moins une MST.

Pour ce qui relève plus spécifiquement de la corrélation VIH-MST, un test VIH, administré à 1 967 jeunes fumeurs et non-fumeurs de crack, révèle que le taux de prévalence du VIH chez les personnes ayant déclaré avoir des antécédents de MST est 2,2 fois plus élevé que chez celles qui n'en ont pas. Le test de la syphilis, pratiqué sur l'ensemble de l'échantillon, révèle que 29,2 % des personnes présentant une sérologie syphilitis positive sont aussi séropositives VIH, tandis que 11,2 % seulement de celles ayant une sérologie syphilitis négative sont séropositives pour le VIH. Concernant l'hépès, ce rapport est de 22 % versus 12,5 % (44).

En excluant de l'analyse les personnes identifiées comme ayant des facteurs connus de risque VIH (UDIV, homosexualité, rapports sexuels avec un partenaire dont le statut sérologique positif est connu), une autre enquête montre que le taux de séroprévalence du VIH, chez les personnes atteintes de MST, est plus élevé dans le groupe des fumeurs de crack que dans celui des non-fumeurs: 26 % versus 11 % (45). Dans l'enquête de M. A. Chlasson

**Nombreuses sont les enquêtes épidémiologiques qui ont examiné l'éventuelle existence de liens causals entre la consommation du crack et l'augmentation du taux des MST chez les consommateurs de cette substance.**

et al., au Bronx (46), chez les consommateurs de cette drogue, séropositives au VIH (50 hommes et 22 femmes), qui ont déclaré n'avoir jamais eu des comportements à risque susceptibles de leur faire contracter le sida, la syphilis est apparue comme l'élément commun pour 70 % des hommes et 59 % des femmes (47).

**Les ulcérations génitales**

Tous les ulcères génitaux ne sont pas consécutifs d'une MST (48). Or, quelle que soit leur étiologie, le rôle de ces ulcérations comme cofacteur de transmission du VIH est maintenant bien mis en évidence. Comme dans le cas des MST, des enquêtes laissent présager de liens entre la consommation de crack et les ulcérations génitales. Sur 194 patients d'une clinique traitant les MST, 23 % des personnes souffrant d'ulcérations génitales sont des consommateurs de crack, contre 2 % seulement parmi celles ne présentant pas ces types d'ulcérations. Deux types d'ulcérations ou plus ont été diagnostiqués chez 39 % des fumeurs de crack, contre 5 % chez les autres patients (49).

Qu'ils soient séropositifs ou non, les fumeurs de crack présentent plus d'ulcérations que les non-fumeurs. Pour les fumeurs séronégatifs, ce rapport est de 83 % versus 65 % ; pour les non-fumeurs séronégatifs, il est de 94 % versus 36 %. Si ces résultats étaient définitivement validés, la transmission du VIH chez les fumeurs de crack se rapprocherait plus de celle dominante en Afrique, où la transmission hétérosexuelle est grandement facilitée par les nombreuses maladies sexuellement transmissibles et les ulcères génitaux qui sévissent dans la population. La prophylaxie au VIH, dans le groupe des consommateurs de crack, exigerait des mesures *ad hoc* : dépistage précoce, soins des affections et, autant que faire se peut, suivi médical régulier des personnes concernées.

**Les effets éventuels du crack sur les muqueuses :**

Il est tout à fait probable que l'augmentation du taux des MST et

des ulcérations génitales, chez les consommateurs de crack, soit liée à un taux relativement plus élevé de prostitution dans ce groupe. Cependant, les propriétés intrinsèques des stimulants sont avancées comme une explication plausible de l'augmentation de la prévalence de l'augmentation du VIH dans ce groupe.

**Aussi bien par ses effets physiques que par les dépenses qu'il exige, le crack laisse bien peur de place à d'autres préoccupations dans la vie du sujet.**

La cocaïne et le crack favoriseraient l'apparition, chez les personnes sensibles, d'œdèmes, et altère les muqueuses, facilitant ainsi la contamination par les MST, dont le VIH (50). A notre connaissance, aucune recherche ne confirme ni n'infirme l'hypothèse relative aux effets intrinsèques de la cocaïne et du crack sur les muqueuses génitales. Néanmoins, il n'est pas inutile d'y prêter attention car, si celle-ci se vérifie, il sera alors nécessaire de prendre en compte ce facteur dans l'élaboration des stratégies de prévention destinées à ce groupe.

En France, la consommation de crack est un phénomène récent, qui est bien loin d'atteindre une dimension épidémique similaire à celle décrite par les auteurs américains.

Bien qu'il soit difficile de porter une appréciation catégorique sur le devenir de ce phénomène en France, il est indubitable qu'il est dans sa phase ascendante et que certaines interrogations se posent. Jusqu'où ira-t-il ? Epousera-t-il les contours de certains problèmes sociaux liés aux banlieues, et deviendra-t-il la drogue de l'ethnie, de l'exclusion ? Le crack continuera-t-il sa percée dans le groupe

des consommateurs d'héroïne ? Sur cette dernière question, il existe assez d'indices pour que la réponse se révèle positive.

En effet, le cycle de consommation exclusive de l'héroïne semble parvenir à son terme. Le crack, qui arrive à point nommé, a toutes les chances de trouver un terrain fertile et de constituer un complément de choix. Ainsi les années à venir seront-elles peut-être celles d'une cohabitation entre les deux produits. Une cohabitation à la faveur de laquelle le crack pourra mettre un terme à presque un quart de siècle de domination sans partage de l'héroïne.

En tout cas, pour la question qui nous occupe, à savoir celle des risques supplémentaires entraînés par ce produit en matière de contamination par le VIH, il est encore temps d'agir avant que l'entrée du crack sur la « scène » de la drogue ne se traduise par la formation d'un groupe qui cumule les trois facteurs de risque majeur suivants : l'usage de drogues par voie intraveineuse, les activités prostitutionnelles et l'extrême vulnérabilité sociale et sanitaire subéquente.

Aussi bien par ses effets physiques que par les dépenses qu'il exige, le crack laisse bien peu de place à d'autres préoccupations dans la vie du sujet, y compris concernant sa propre santé. Celle-ci étant surclassée, dans la hiérarchie des priorités, par d'autres sollicitations plus immédiates, il n'est donc pas abusif de craindre que ces facteurs ne s'amalgament pour concocter, en termes de contamination à VIH, un « cocktail » qui risque fort de se révéler explosif.

**Abdalla Toufik,**  
sociologue, Cnrs

*Cet article a bénéficié des aimables conseils de*

*D Emmanuel Ricard, de M. Antonio Ugridos, du D' Didier Jayle et du D' Pierre Coisset.*

*La recherche documentaire a bénéficié de la collaboration de*

*Mme Dominique Seryn et de Mlle Dominique Pluskwa, que je remercie chaleureusement.*

(42) Le fait de fumer du crack est loin de signifier l'arrêt de la consommation d'héroïne par voie intraveineuse. Au contraire, cela l'entretient.

En outre, le crack assure à l'usager une sensation de plaisir intense et, en tant que stimulant, l'empêche de sombrer dans la « défonce » inhérente à l'absorption d'un hypnotique tel que l'héroïne. Celle-ci, de son côté, atténue les effets trop excitants du crack et facilite la « descente », sensation de dépression qui survient après la fin des effets « positifs » du crack.

(43) Mainliners, *op. cit.*

(44) B. R. Edlin, M. D. Kathleen et al., « Intersecting epidemics - crack cocaine use and HIV infection among inner city young adults », *The New England Journal of Medicine*, Nov. 24, 1994, pp. 1422-1427,

et aussi, des mêmes auteurs, « High-risk sex behavior among young street-recruited crack cocaine smokers in three american cities: an interim report », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 24 (4), Oct.-Dec. 1992, pp. 363-371.

(45) *Idem*.

(46) Un quartier de New York où les cas de sida cumulés en mi-1990 sont de 9,1 pour mille habitants, et où l'usage de drogues, y compris le crack, est très fréquent ; échantillon de 3 084 personnes, clients d'une clinique des MST.

(47) M. A. Chiasson, R. Stoneburner et al., « Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable free-base cocaine (crack) », *AIDS*, 1991, pp. 1121-1126.

(48) Comme l'aphtose, l'eczéma, l'ulcère chronique de la fourchette, etc.

(49) « HIV infection, genital ulcer disease and crack cocaine use among patients attending a clinic for sexually transmitted diseases », *Journal of Public Health*, Dec. 1991, vol. 81, 12, pp. 1576-1579.

(50) J.-P. Grund, « Drug use as a social ritual », *op. cit.*, p. 139.