

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Crack



Cette fiche de renseignements sur le crack a été préparée par Mme Michelle Firestone Cruz, Mme Kate Kalousek et Benedikt Fischer, Ph.D., Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), pour le compte du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Elle vise à fournir un aperçu actuel et factuel des questions pertinentes.

Qu'est-ce que le « crack » ?

Le crack est un stimulant qui engendre une forte dépendance et un dérivé de la cocaïne en poudre. Le crack, ou cocaïne « épurée », c'est de la cocaïne dissoute dans de l'eau et de l'ammoniac ou du bicarbonate de soude (« petite vache »), mélange qui est ensuite bouilli de manière à obtenir des morceaux ou des roches. Le crack peut être liquéfié puis injecté, ou chauffé afin d'inspirer les vapeurs. Le terme « crack » fait référence au craquement fait par la roche lorsqu'elle est chauffée¹.

Épidémiologie de la consommation de crack

Des données montrent qu'au cours des 10 dernières années à l'échelle canadienne, la consommation de crack est devenue de plus en plus courante chez les utilisateurs qui vivent dans la rue, même s'il existe d'importantes différences entre les régions.

- Selon une étude réalisée auprès de 794 utilisateurs de drogues injectables (UDI) de Toronto, Regina, Sudbury et Victoria (étude I-Track), 52,2 % d'entre eux avaient aussi consommé du crack sous une forme autre que l'injection (p. ex. en le fumant) au cours des six derniers mois². Par contre, les taux locaux de prévalence variaient beaucoup, passant de 63,3 % à Toronto à 9,3 % à Victoria.
- Des données récentes issues d'une cohorte canadienne de consommateurs d'opiacés illicites dans cinq villes (étude OPICAN) ont montré que 54,6 % des participants avaient consommé du crack au cours des 30 derniers jours³ et que 87,2 % d'entre eux l'avaient fumé⁴. Encore une fois, les taux de prévalence ont oscillé entre 86,6 % à Vancouver et 3,4 % à Québec, dénotant ainsi d'importantes variations locales.
- En 2000, le Research Group on Drug Use (groupe de recherche sur la consommation de drogues) a rapporté que 70 % de tous les UDI de Toronto affirmaient consommer de la cocaïne, et plus particulièrement sous forme de crack⁵. Selon une étude réalisée à Toronto auprès des participants à un programme d'échange de seringues, environ les quatre cinquièmes (83 %) d'entre eux avaient consommé du crack au cours des six mois précédents⁶, soit une augmentation par rapport aux études faites entre 1991 et 1994⁷.
- Des données du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) ont montré qu'entre 1998 et 2000, au sein d'une cohorte d'UDI de Vancouver, le niveau de consommation de crack (fumé) était passé de 35 % à 55 %, alors qu'au cours de la même période, le niveau de consommation d'héroïne avait diminué⁸.
- Il importe de noter que, de façon générale, les consommateurs de crack qui vivent dans la rue utilisent aussi d'autres types de drogues et que nombre d'entre eux se piquent ou se sont piqués dans le passé.

Préparée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

De plus, d'après l'étude canadienne OPICAN, les consommateurs de crack (par voie orale) utilisent aussi des opioïdes non injectés⁹. Une récente étude par la Safer Crack Use Coalition de Toronto a permis de découvrir que 54 % des consommateurs de crack de la ville avaient échangé des seringues au cours des 30 jours précédents, ce qui signifie qu'ils s'injectaient de la drogue en plus de fumer du crack¹⁰.

Risques pour la santé et méfaits

Bien que les consommateurs de drogues qui vivent dans la rue aient habituellement des risques accrus de maladie ou de décès, de récents travaux de recherche ont montré qu'il existait des facteurs de risque distincts au sein de certains groupes de consommateurs de crack.

- La consommation de crack peut avoir diverses conséquences physiques, dont la constriction des vaisseaux sanguins, la dilation des pupilles ainsi que l'augmentation de la température, du rythme cardiaque et de la pression artérielle. Il arrive aussi parfois que les consommateurs soient agités, irritables et anxieux, ce qui peut mener à un épisode de psychose paranoïde, particulièrement après une consommation excessive¹¹. La consommation de cocaïne et de crack est associée à d'autres complications, notamment des crises cardiaques, une détresse respiratoire, des AVC, des crises épileptiques et des troubles gastro-intestinaux. De plus, de nombreux consommateurs de crack souffrent de malnutrition, étant donné que la drogue a un effet anorexigène¹².
- On a démontré que les consommateurs de crack sont plus susceptibles de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)¹³, le virus de l'hépatite C (VHC)¹⁴, des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et la tuberculose¹⁵. À Toronto, il a été établi que les consommateurs de crack ont plus souvent recours aux services de santé d'urgence que les personnes qui ne consomment pas cette substance¹⁶. Les populations toxicomanes présentent généralement des problèmes de santé mentale : selon une étude menée auprès d'un échantillon de consommateurs de crack non traités, les troubles de la personnalité (24 %) constituent la catégorie de symptômes la plus commune, suivie de la dépression (18 %) et du syndrome de stress post-traumatique (12 %)¹⁷.
- Pour fumer du crack, la majorité des consommateurs utilisent du matériel de fortune, comme des canettes de boisson gazeuse, des inhalateurs ou d'autres instruments en métal ou en verre. En raison des hautes températures nécessaires pour fumer du crack, de la mauvaise qualité de l'équipement utilisé et du grand nombre d'inhalations, la consommation de crack cause souvent des coupures chroniques, des brûlures et des plaies ouvertes sur la cavité buccale (c.-à-d. lèvres, gencives, paroi interne de la bouche)¹⁸.
- Même s'il est hautement improbable que le VIH soit transmis lors de la consommation de crack par voie orale (p. ex. partage d'équipement), certains éléments donnent à penser que le VHC, lui, pourrait l'être (c.-à-d. des liquides organiques pourraient transporter le VHC dans des plaies ouvertes de la cavité buccale)¹⁹, bien que cette hypothèse ne soit pas étayée par des données scientifiques suffisantes. Il se pourrait également que les consommateurs de crack soient plus susceptibles d'avoir des comportements à risque qui favorisent la transmission du VHC, comme des pratiques d'injection non sécuritaires ou des comportements sexuels à risque élevé²⁰.
- On a établi que certains consommateurs de crack se procurent leur drogue en échangeant des faveurs sexuelles contre de l'argent. Étant donné que les symptômes de sevrage sont rapides et puissants, le crack est souvent consommé par « épisodes excessifs », la consommation de crack et l'obtention d'argent (p. ex. commerce du sexe) se produisant à intervalles rapides. Avoir des activités sexuelles sous l'influence du crack entraîne souvent des pratiques à risques élevés, comme de multiples partenaires sexuels, l'utilisation irrégulière du condom ainsi que des relations sexuelles anales non protégées et des relations sexuelles sous l'influence des drogues²¹.

Caractéristiques socioéconomiques

De nombreux consommateurs de crack vivent dans des conditions socioéconomiques distinctes qui, à bien des égards, ont une influence sur leur état de santé. C'est pourquoi ils sont appelés les « marginalisés parmi les marginalisés »²².

- Il existe un lien étroit entre la consommation de crack et la pauvreté, lien qui est bien documenté au Canada et aux États-Unis, de nombreux consommateurs étant sans-abri ou dans des maisons de transition²³. On considère le logement comme un important déterminant social de la santé chez les consommateurs de drogues et d'autres populations très vulnérables (p. ex. en tant que prédicteur d'un risque élevé de maladie ou de décès^{24,25}).
- Dans un échantillon de 602 Afro-Américains, ceux qui consommaient régulièrement du crack étaient moins susceptibles d'avoir un emploi ou du soutien social que ceux qui consommaient du crack moins régulièrement ou pas du tout²⁶.
- Le lien entre la consommation de crack et la criminalité a été bien documenté, même par rapport à d'autres drogues²⁷. Une étude menée au Royaume-Uni a permis de découvrir que les consommateurs de crack étaient ceux qui dépensaient le plus pour se procurer leur drogue et ceux qui commettaient le plus de crimes²⁸. De la même façon, selon une étude comparant des consommateurs d'héroïne et de crack, ces derniers commettaient plus de crimes, en particulier pour ce qui est du trafic de stupéfiants²⁹. Le lien existant entre consommation de crack et activité criminelle est encore renforcé par le fait que les consommateurs de crack sont représentés de façon disproportionnée dans les populations carcérales³⁰.
- Des travaux de recherche laissent croire qu'en plus de faire du trafic de stupéfiants, les consommateurs de crack participent fréquemment à des vols à l'étalage, à des larcins, à des délits contre les biens et, de façon moindre, à des vols qualifiés^{31,32,33}. D'après une étude réalisée au Royaume-Uni (National Treatment Outcome Research Study), les consommateurs de crack étaient plus susceptibles que ceux n'utilisant pas cette substance d'avoir commis une forme quelconque de crime « d'acquisition »³⁴. De plus, les consommateurs de crack sont davantage enclins à participer à des crimes violents³⁵.
- Des données issues d'une étude canadienne multisite, l'étude OPICAN, montrent que les consommateurs de crack commettent beaucoup plus de crimes et ont davantage de démêlés avec le système de justice pénale que les personnes ne consommant pas de crack. Plus précisément, les consommateurs de crack avaient commis plus de délits contre les biens et avaient été arrêtés et incarcérés davantage^{36,37}.

Interventions

Malheureusement, les options pour traiter spécifiquement la dépendance au crack sont peu nombreuses et leur efficacité, hautement limitée. La nature et la pertinence des interventions visant à « réduire les méfaits » subis par les consommateurs de crack sont sujettes à controverse.

- Comme il n'existe pas beaucoup de données appuyant une intervention pharmacologique contre la dépendance au crack, on a surtout employé certaines stratégies pour traiter les consommateurs de crack, dont la psychothérapie, les thérapies cognitives ou le counseling. Par contre, l'efficacité de ces mesures dans la prévention de la rechute et la diminution de la consommation est plutôt limitée³⁸. De façon générale, on remarque que les consommateurs de crack sont les « enfants pauvres » du système de traitement, car les services de traitement des toxicomanies offerts en établissement ne leur conviennent pas ou ne les acceptent pas³⁹.
- Comme de nombreux consommateurs de crack utilisent aussi régulièrement des opioïdes, ils pourraient être admissibles à un traitement d'entretien à la méthadone (TEM), principale intervention pharmacologique contre la dépendance aux opioïdes illicites. Le TEM peut permettre d'améliorer l'état de santé, de favoriser la stabilité sociale et économique et de diminuer la consommation de drogues illicites⁴⁰. En général, les participants à un TEM doivent réduire ou cesser leur consommation d'opioïdes, ce qui amène parfois certains d'entre eux à commencer à utiliser de la cocaïne ou du crack, ou alors à augmenter leur consommation, afin de contrebalancer les effets indésirables (p. ex.

dépression, état débilitant, engourdissement) de la méthadone, même s'ils sont alors pénalisés ou parfois même expulsés du programme⁴¹.

- On a récemment analysé ou mis en place plusieurs mesures controversées visant la réduction des méfaits pour les consommateurs de crack :
 - **Élargir le mandat des centres d'injection supervisés afin qu'ils offrent des espaces pour la « consommation sécuritaire » de crack** Il existe plusieurs centres combinés du genre en Europe, qui auraient permis d'améliorer l'état de santé des consommateurs et de diminuer leurs comportements à risque élevé⁴². On a donc proposé que le seul centre d'injection supervisé au pays (à Vancouver) accepte également les consommateurs de crack, ce qui ne s'est pas encore concrétisé en raison de difficultés juridiques et de sécurité.
 - **Trousses sécuritaires pour la consommation de crack** Les trousses, distribuées par des employés de services de proximité et de santé publique, contiennent du matériel pour la consommation de crack (c.-à-d. tubes en verre, filtres en métal, becs en caoutchouc) et du matériel de prévention. Ces trousses visent à fournir aux consommateurs de crack du matériel de « consommation sécuritaire » et à les mettre en contact avec les services sociaux et de santé. Ces trousses ont suscité des discussions entre les spécialistes de la santé publique et des toxicomanies, mais il n'existe pas encore suffisamment de preuves pour évaluer leur efficacité. À l'heure actuelle, de telles trousses sont distribuées à Toronto, Winnipeg, Ottawa, Vancouver, Halifax, Gatineau (secteur Hull), Montréal et Guelph⁴³.

Notes en fin de texte

¹ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2005). *NIDA Info Facts: Crack and Cocaine*.

² Santé Canada (2004). *I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada (Rapport sur l'enquête pilote)*. Ottawa (Ontario) : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

³ Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S. et coll. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 82, 250-266.

⁴ Fischer, B., Monga, N. et Manzoni, P. (2005). Differences between co-users of cocaine and crack among Canadian illicit opioid users, *Sucht*, 51, 217-224.

⁵ Safer Crack Use Coalition (2005). *Health issues affecting crack smokers: Fact Sheet*. Toronto (Ontario) : Safer Crack Use Coalition.

⁶ Millson, P., Myers, T., Calzavara, L. et coll. (1998). *Prevalence of HIV and other bloodborne viruses and associated risk behaviours in Ontario injection drug users (IDU)*. Toronto (Ontario) : Unité d'étude sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH, Faculté de médecine, Université de Toronto.

⁷ Millson, P., Myers, T., Rankin, J. et coll. (1995). Prevalence of human immunodeficiency virus and associated risk behaviour in injection drug users in Toronto. *Revue canadienne de santé publique*, 86, 176-180.

⁸ RCCET (2003). *Vancouver site report for the Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use*.

⁹ Monga, N., Rehm, J., Fischer, B. et coll. (2005). *Using latent class analysis (LCA) to analyze patterns of drug use in a population of illicit opioid users*. Manuscrit non publié.

¹⁰ Safer Crack Use Coalition (2005). *Toronto Crack Users Perspectives: Inside, Outside, Upside Down*. Toronto (Ontario) : Safer Crack Use Coalition.

¹¹ NIDA (2005).

¹² NIDA (2005).

¹³ Inciardi, J.A. (1995). Crack, crack house sex, and HIV risk. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 249.

¹⁴ McMahon, J. et Tortu, S. (2003). A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 455-460.

¹⁵ Howard, A., Klein, R., Schoenbaum, E. et Gourevitch, M. (2002). Crack cocaine use and other risk factors for tuberculin positivity in drug users. *Clinical Infectious Disease*, 35, 1183-1190.

¹⁶ Ottaway, C.A. et Erickson, P.G. (1997). Frequent medical visits by cocaine-using subjects in a Canadian community: an invisible problem for health practitioners? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 423-429.

-
- ¹⁷ Falck, R.S., Wang, J., Siegal, H.A. et Carlson, R.G. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 192, 503-507.
- ¹⁸ Faruque, S., Edlin, B.R., McCoy, C.B. et coll. (1996). Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 13, 87-92.
- ¹⁹ Tortu, S., McMahon, J., Pouget, E., Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Substance Use & Misuse*, 39, 211-224.
- ²⁰ Fischer, B., Remis, R., Haydon, E. (2004). Hepatitis C, illegale Drogen und marginalisierte Populationen in Kanada: Ein kurzer Überblick zu Epidemiologie, Prävention und Behandlung. Dans Stöver, H. (éd.). *Tagungsband zum 1. Internationalen Fachtag zu Hepatitis C Berlin*.
- ²¹ Logan, T.K., Leukefeld, C. (2000). Sexual and drug use behaviors among female crack users: A multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 237-245.
- ²² Fischer, B., Monga, N. et Manzoni, P. (2005).
- ²³ Fischer, B., Monga, N. et Manzoni, P. (2005).
- ²⁴ Hwang, S. (2001). Homelessness and health. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, 229-232.
- ²⁵ Palepu, A., Strathdee, S.A., Hogg, R.S. et coll. (1999). The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *Journal of Urban Health*, 76, 409-418.
- ²⁶ Cross, J., Johnson, B., Davis, R. et Liberty, J. (1998). Supporting the habit: Income generating activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 191-201.
- ²⁷ Baumer, E., Lauritsen, J., Rosenfeld, R. et Wright, R. (1998). The influence of crack cocaine on robbery, burglary and homicide rates: a cross-city longitudinal analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 35, 316-340.
- ²⁸ Best, D., Sidwell, C., Gossop, M., Harris, J. et Strang, J. (2001). Crime and expenditure amongst polydrug misusers seeking treatment: The connection between prescribed methadone and crack use, and criminal involvement. *British Journal of Criminology*, 41, 119-126.
- ²⁹ Inciardi, J. et Pottieger, A. (1994). Crack cocaine use and street crime. *Journal of Drug Issues*, 24, 273-292.
- ³⁰ Kang, S.Y., Magura, S., Shapiro, J.L. (1994). Correlates of cocaine/crack use among inner-city incarcerated adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 413-429.
- ³¹ Cross, J. et coll. (1998).
- ³² Baumer, E. et coll. (1998).
- ³³ Best, D. et coll. (2001).
- ³⁴ Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Kidd, T. (2002). Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 21-28.
- ³⁵ Gossop, M. et coll. (2002).
- ³⁶ Fischer, B., Monga, N. et Manzoni, P. (2005).
- ³⁷ Manzoni, P., Brochu, S., Fischer, B. et Rehm, J. (sous presse). Determinants of property crime among illicit opiate users outside of treatment across Canada. *Deviant Behaviour*.
- ³⁸ Siqueland, L. et coll. (2004). What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 169-178.
- ³⁹ van den Brink, W. (2005). Epidemiology of cocaine and crack: Implications for drug policy and treatment planning. *Sucht*, 51, 196-198.
- ⁴⁰ National Institutes of Health (1998). National consensus development panel on effective medical treatment of opiate addiction. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1936-1943.
- ⁴¹ Fischer, B., Kirst, M., Rehm, J., Marsh, D., Bondy, S. et Tyndall, M. (2000). The phenomenon of so-called 'other drug use' among opiate addicts in the North American context: Evidence, consequences, questions. Dans Westermann, B., Bellman, G. et Jellinek, C. (éd.). *Beigebrauch: Offene Grenzen der Substitution*. Weinheim : Deutscher Studien Verlag, pp. 95-118.
- ⁴² Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.
- ⁴³ Haydon, E. et Fischer, B. (2005). Crack use as a public health problem in Canada - Call for an evaluation of "safer crack use kits". *Revue canadienne de santé publique*, 96, 185-188.

Le CCLAT est l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies. Établi en 1988 par une loi du Parlement, le Centre fournit des renseignements et des conseils objectifs et factuels visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie. Les activités et les produits du CCLAT sont réalisés grâce à la participation financière de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les points de vue exprimés par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : (613) 235-4048; téléc. : (613) 235-8101.
Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-14-7 (révisé en juin 2006)

Droit d'auteur © 2006 – Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.

Préparée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies