

RAPPORT D'ETUDE

Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe

Mars 2008







I. Resume	4
II. Contexte	6
III. Objectifs	8
IV. Population et méthodes	8
IV-1. Population d'étude	8
IV-2. Collecte des données	10
IV-3. Analyse des données	11
V. Caractéristiques des usagers de crack	12
V-1. Situation sociale	13
V-2. Caractéristiques de la consommation	17
V-3. Situation actuelle en période de consommation	19
V-4. Le prix à payer	22
V-5. Recours aux soins et utilisation des services existants	23
VI. Analyse des profils et trajectoires des usagers de crack	24
VI-1. Contexte d'initiation	24
VI-2. Consommation et conséquences	24
VI-3. Propositions des usagers	27
VII. Discussion	28
VIII. Conclusion	29

L'étude présentée dans ce rapport a été financée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (MILDT) en réponse à un appel d'offre. Un complément financier a été accordé par la Direction de la santé et du développement social (DSDS) de Guadeloupe et par le Réseau addictions Guadeloupe (RAG). Madame France Lert, Messieurs Didier Jayle et Patrice Hoarau sont ici sincèrement remerciés pour leur soutien et leur accompagnement dans ce projet.

Supervisé par Vanessa Cornély (chef de projet à l'ORSaG) et le Dr Max Théodore (Président de l'ORSaG), ce travail a été confié à Séverine Ferdinand, chargée d'études à l'observatoire régional de la santé de Guadeloupe, avec la contribution de l'équipe de l'ORSaG Ce travail a été...

La relecture et les corrections ont été assurées par Dr Albert Flagie (URIOPSS) et Madame Cécile Voitus (Psychologue, COGES).

Les enquêtes ont été réalisées par Agnès Fiston, Virginie Crotet (Educateur spécialisé APAPED, Saint-François), Bettina Juminer (Adulte relais, CAHU, Saint-Martin), Claudy Clamy (Infirmier addictologue, UCSA, Baie-Mahault), Denis Lambourdière, Marie-Line Reson, Marie-Emile Sylvestre (Adultes relais, SToP), Eddy Lubino et Fernand Phanord, sous l'autorité de Séverine FERDINAND, responsable de la mise en place et du suivi de la phase de terrain.

Un remerciement particulier à Dr Tony Romuald, Médecin addictologue au CHU, qui a participé à la phase de terrain en interrogeant des usagers dans le cadre des consultations de l'Unité de soins et de liaison en addictologie (USLA).

A Dr Polomeni, Psychiatre, Chargé de mission DSDS sur les addictions en Guadeloupe, pour sa disponibilité et son appui méthodologique, je lui adresse ici mes plus sincères remerciements.

Le protocole inspiré de la méthodologie de l'enquête menée en parallèle par l'Observatoire de la santé de Martinique a bénéficié de la contribution du comité de pilotage de l'étude mis en place en Guadeloupe pour son enrichissement.

Remerciements à toutes les personnes qui ont, à quelque niveau que ce soit, contribué au bon déroulement de ce travail.

I. Résumé

La consommation de cocaïne sous forme de crack a fait son apparition dans les années 1980 en Guadeloupe. Il est désormais possible de trouver dans la rue un produit aux effets immédiats et intenses. La consommation régulière de crack crée une forte dépendance psychique et une neurotoxicité importante. Ce phénomène est d'autant plus marqué qu'il survient dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. Du fait de l'insuffisance des données existantes pour la Guadeloupe et du caractère illégal de la consommation, la connaissance des problèmes liés à l'usage du crack reste lacunaire.

Afin d'apporter les éléments de connaissance nécessaires à la déclinaison régionale du plan national sur la prévention et la prise en charge des addictions, l'étude avait pour objectifs spécifiques de décrire les profils et trajectoires des usagers de crack et de recueillir le point de vue de la population générale.

Etaient inclus dans l'étude sur les usagers, les personnes ayant accepté de participer et ayant consommé du crack dans les 3 mois précédant l'enquête. Ainsi, l'échantillon d'étude comptait 199 usagers en 2007. Les données ont été recueillies, par les différents enquêteurs, en face à face à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive et de tests analytiques le cas échéant. L'enquête en population générale a été menée par l'institut de sondage IPSOS.

La principale difficulté rencontrée au cours de l'étude était due aux contraintes de service de l'unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) pour l'interrogatoire des usagers en détention. Les usagers à l'entrée indisposés par les désagréments de l'arrestation, n'acceptaient pas de participer à l'étude et le manque de disponibilité de l'enquêteur ne permettait pas de les interroger quelques jours après.

La moyenne d'âge des usagers est de 37 ans et les femmes représentent 11 % des usagers de l'échantillon d'étude.

La situation sociale est marquée par un statut professionnel précaire (70 % activité intermittente ou RMI). Le contexte familial avant l'âge de 16 ans est marqué par une forte proportion de familles monoparentales (60 %). Quarante quatre pour cent des usagers rapportent l'existence de problèmes psychologiques et/ou des difficultés liées à une consommation d'alcool et/ou de drogue dans leur famille.

La consommation est initiée à 24 ans en moyenne et par le spong pour les plus jeunes usagers. Le principal motif d'initiation évoqué est la curiosité. Le début de consommation régulière de crack est survenu moins de 7 jours après la première prise pour 65 % des usagers. Il est plus tardif chez les usagers ayant commencé à l'aide d'une canette.

Les consommateurs de produits illicites autres que le crack ou le cannabis (25 %) sont davantage des usagers nés hors de Guadeloupe (37 % vs 17 % nés en Guadeloupe). Ils semblent avoir été initiés au crack plus tardivement (27 vs 22 ans pour les usagers n'ayant pas consommés de produits illicites autres). Les consommateurs excessifs de crack (plus de 8 prises par jour) ont une consommation quotidienne de tabac et d'alcool plus fréquente que les autres (28 % vs 7 %). Ils ont plus souvent recours à l'acte sexuel pour obtenir de l'argent ou du crack (16,1 % vs 4,8 %) et sont également incarcérés plus fréquemment (69 % vs 41 %).

Des vols et agressions ont été commis par 40 % des usagers. Il s'agissait de jeunes consommateurs excessifs, dépensant des sommes importantes pour leur consommation, pris en charge fréquemment aux urgences de l'hôpital et incarcérés à plusieurs reprises.

Trois quarts des usagers désirent arrêter leur consommation parmi eux, 83 % s'en sentent capables. Des réticences à fréquenter les structures de soins persistent et les structures sanitaires ou médico-sociales d'aide sont peu fréquentées (17 %). Les usagers ayant consommé des produits illicites, autres que crack et cannabis, fréquentent plus souvent les structures.

A la lumière de ces résultats et pour optimiser la prise en charge des usagers de crack en Guadeloupe, il apparaît nécessaire de mettre encore davantage l'accent sur la valorisation de la prise en charge sanitaire en renforçant l'implication des associations et de la famille dans la prise en charge des usagers : cela passe sans doute par l'amélioration de la coordination de tous les intervenants.

Tables

Tableau 1. Age des usagers selon le sexe	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 23
Figures	
Figure 1. Cartographie des secteurs d'enquête	10 18

II. Contexte

La consommation de cocaïne sous forme de crack a fait son apparition dans les années 1980 aux Etats-Unis. Avec l'augmentation de la demande en cocaïne en Europe au cours des années 1990, la production a fortement augmenté en Colombie passant de 230 tonnes métriques en 1995 à 610 en 2006 (8). De ce fait, le marché caribéen, sur le passage vers l'Europe, s'est trouvé mieux approvisionné. La consommation de crack débute en France vers le milieu des années 80 et son usage important concerne principalement les départements français d'Amérique ainsi que les arrondissements du nord-est de Paris et les banlieues voisines (2). En 2006, 10 175 kg de cocaïne et de crack¹ ont été saisis en France (1 753 kg en 1996) et le nombre d'interpellations pour usage du produit est passé de 997 en 1996 à 3 397 en 2006 (6). Même si ces chiffres sont le reflet de l'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes, ils traduisent l'ampleur du phénomène.

Au début des années 70, la marihuana était connue en Martinique en Guadeloupe et en Guyane mais seulement de ceux qui lors de voyages avaient fréquentés les soixante-huitards et certains musiciens. Puis le mouvement rastafari invitait à fumer l'herbe sacrée. Aux Antilles bien plus qu'ailleurs, le phénomène herbe est lié au phénomène rasta, mais à son tour il est historiquement l'un des véhicules du phénomène crack (3). Les pratiques addictives ont changé avec l'apparition du crack en Guadeloupe. Le crack a renforcé le phénomène de ghetto et a radicalisé la marginalisation de ces ghettos (3). Il est désormais possible de trouver dans la rue un produit aux effets immédiats et intenses et cela pour un prix relativement modique. Ce marché s'est développé, parce que la population cible a pu être aisément attirée par le produit, mais aussi parce que la Guadeloupe avec son niveau de vie plus élevé que celui des îles environnantes a été identifiée comme potentiellement très rentable par les dealers. La recherche « d'argent facile » par la vente de crack alimente une économie parallèle qui infiltre progressivement l'économie familiale.

La consommation régulière de crack crée une forte dépendance psychique et une neurotoxicité importante. Ces conséquences sont d'autant plus marquées qu'elles surviennent dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. La consommation de crack peut provoquer non seulement des hallucinations et entraîner des comportements violents, paranoïaques ou suicidaires, mais aussi peut participer à de graves altérations des voies respiratoires, des arrêts respiratoires et/ou cardiaques pouvant entraîner la mort, des états d'épuisement physique et psychique avec une altération de l'état général (amaigrissement, qui peut représenter un stigmate physique)... Il a été montré que les complications cardiovasculaires, psychiatriques et la fréquence de l'altération de l'état général liées à la consommation de crack sont plus importantes chez les consommateurs de crack que chez les consommateurs de cocaïne par voie nasale. Les conséquence sociales de l'addiction au crack sont également plus nettes, notamment l'exposition à des comportements à risque et la marginalisation des sujets jeunes (7).

Le peu de données nationales relatives à la consommation de crack concerne les DOM dans leur globalité et sont très souvent associées à la consommation de cocaïne ; il s'en suit que peu d'éléments de la consommation de crack en Guadeloupe sont publiés (4). La connaissance des problèmes liés à l'usage du crack reste lacunaire, ce qui marque les difficultés à définir des réponses adaptées notamment sur le plan sanitaire et social. Si les quantités de produits saisis sont aisément disponibles, le nombre de consommateurs impliqués n'est pas connu avec précision, du fait du caractère illégal de la consommation. L'étendue du problème du crack en Guadeloupe est certainement encore sous-estimée.

¹ Les données de saisies ou interpellation pour usage du produit englobent crack+ cocaïne sans distinction des 2 produits

Face à ce problème de santé publique pour lequel d'immenses besoins restent insatisfaits, l'Etat a élaboré un plan national de prise en charge et de prévention des addictions. Ce plan définit 6 priorités concernant la prise en charge, la prévention, la formation et la recherche sur les addictions. L'objectif est de disposer d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction d'obtenir une réponse adaptée à chaque étape de son parcours. De même tous les soignants doivent être en mesure de détecter et d'orienter de manière précoce une personne souffrant d'une addiction pour lui proposer une réponse.

Afin, d'apporter les éléments de connaissance nécessaires à la déclinaison régionale du plan national sur la prévention et la prise en charge des addictions, il apparaît fondamental d'enquêter à la fois les usagers, l'état actuel de l'offre sanitaire et sociale ainsi que la population générale. Dans un contexte d'insularité et de spécificités socio-culturelles, il faut inventer des solutions locales dans lesquelles jouent l'interconnaissance, l'impossibilité de s'éloigner du trafic mais aussi un fort soutien familial.

Une enquête en population générale a été réalisée par l'institut de sondage IPSOS afin d'obtenir le point de vue de la population en Guadeloupe et à Saint-Martin sur la question du crack. Elle a porté sur la dangerosité du produit, l'image des usagers de crack (connaissance, sentiment d'insécurité) et l'acceptation de structures d'aide.

Résultats enquête IPSOS

Concernant les risques pour la santé, une majorité de personnes en Guadeloupe (87 %) pense que le crack est dangereux pour la santé dès qu'on l'essaie. A Saint-Martin, une proportion plus importante de gens pense que le crack est dangereux à partir du moment où on en fume « de temps en temps » (6 % vs 2 % pour la Guadeloupe).

L'image des usagers de crack est assez similaire en Guadeloupe et à Saint-Martin.

- Près d'une personne sur cinq pense qu'il est possible de fumer du crack tout en continuant à vivre normalement (avoir un travail, une famille...).
- 88 % des personnes interrogées en Guadéloupe et 82 % à Saint-Martin, pensent que ceux qui fument du crack sont dangereux pour leur entourage.

Les différences notables :

- à Saint-Martin, les personnes pensent davantage que ceux qui fument du crack le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société (45 % vs 35 %)
- en Guadeloupe, on pense davantage qu'il faudrait isoler ceux qui fument du crack du reste de la population (32 % vs 23 %)

La grande majorité des personnes (69 % en Guadeloupe et 65 % à Saint-Martin) ne connaît pas personnellement de personnes qui fument du crack. Les consommateurs de crack connus font partie de leurs amis à Saint-Martin (16 %) alors que ce sont des connaissances plus éloignées (voisins) en Guadeloupe (20 %).

Soixante quatre pour cent des personnes interrogées affirment ne pas se sentir en insécurité à cause de personnes fumant du crack, 8 % affirment avoir personnellement été victimes d'agressions par des usagers de crack.

Dans leur grande majorité les personnes interrogées sont favorables au développement de structures sanitaires d'aide aux usagers de crack. Si 93 % y sont favorables en Guadeloupe, à Saint-Martin l'enthousiasme est moindre (88 % d'avis favorables). Cependant, les habitants de l'île du Nord sont moins réfractaires quand il s'agit de créer de telles structures dans leurs propres quartiers (88 % vs 77 %). Les résultats détaillés figurent à l'annexe 4.

III. Objectifs

L'objectif principal de l'étude sur les profils et trajectoires des usagers de crack est d'apporter des éléments de contribution au renforcement de la déclinaison régionale du plan national sur les addictions, Plus spécifiquement il s'agit de décrire les profils et trajectoires des usagers de crack.

IV. Population et méthodes

Le schéma d'étude utilisé repose sur l'observation transversale.

IV-1. Population d'étude

IV-1-1. Définition des sujets

Il s'agit des individus ayant consommé du crack dans les 3 mois précédant l'enquête et ayant donné leur accord pour participer :

- vus en dehors des structures sanitaires, médico-sociales et associations d'aide sur l'ensemble du territoire de la Guadeloupe dite continentale et à Saint-Martin
- interrogés en milieu carcéral
- vus dans le cadre d'une consultation ambulatoire du CHU

IV-1-2. Echantillonnage

Afin de constituer l'échantillon d'étude, nous avons dans un premier temps recensé les usagers de crack connus des structures en Guadeloupe. Ainsi, les structures sanitaires, médico-sociales et les associations d'aide ont été interrogées sur le nombre d'usagers de crack reçus en 2005.

Concernant les structures sanitaires, l'hypothèse de départ est que le suivi d'un usager pour un problème d'addiction au crack est assuré par une seule structure sanitaire. Afin d'éviter les doubles comptes, les associations d'aide devaient transmettre le nombre d'usagers de crack reçus en 2005 et identifiés comme n'étant pas en démarche de soins.

Treize des 30 structures recensées en Guadeloupe et à Saint-Martin (annexe 6) et susceptibles d'accueillir un public d'usagers de crack, ont rendu les informations sur leur fréquentation. Il a été ainsi possible de recenser 222 usagers de crack vus en structure sanitaire et/ou médico-sociale² au moins une fois en 2005. D'autre part le nombre d'usagers ne s'inscrivant pas dans une démarche de soins a été estimé à 288 par les associations d'aide.

En 2005, la Guadeloupe et Saint-Martin comptaient au moins 510 usagers de crack connus du dispositif actuel de prise en charge et réparti sur 8 communes³. Cependant, la population d'usagers de crack de Guadeloupe et Saint-Martin est probablement sous-estimée en raison de la difficulté à comptabiliser les usagers vus dans 17 structures non répondantes.

² CHU de Pointe-à-Pitre, CH Monteran, CH Louis Daniel Beauperthuy, COREDAF, CSST Saint-Martin, CSST Basse-Terre

³ Communes d'implantation de structures ayant répondu : Deshaies, Vieux-Habitants, Basse-Terre, Pointe-à-Pitre, Les Abymes, Petit-Bourg, Saint-François, Saint Martin

De plus, le nombre d'usagers n'ayant recours à aucune structure demeure inconnu. Cependant, en Martinique, le nombre d'usagers de crack était estimé à 2 000 par l'enquête NEMO réalisée en 2006⁴.

IV-1-3. Taille de l'échantillon

La base de sondage pour la population étudiée n'existant pas pour la Guadeloupe, la taille de l'échantillon sera déterminée de manière arbitraire selon des critères de coût d'enquête, possibilité de comparaison de résultats avec l'étude en Martinique et de taille minimale permettant de décrire les caractéristiques des usagers.

Ainsi, 205 usagers de crack répondant aux critères d'inclusion ont été interrogés. Cinq doublons et un usager hors critères d'inclusion ont été exclus de l'étude ; ainsi, les données de 199 questionnaires seront prises en compte pour l'analyse.

IV-1-3-1. Répartition par parcours de soins

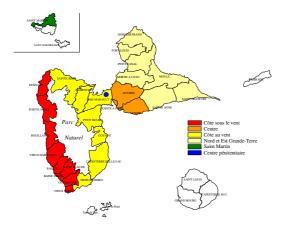
La répartition entre les usagers à enquêter en structure et hors structure est fonction de la densité d'usagers annoncée par les structures. On vise à toucher par l'enquête 1 usager connu sur 4 soit 110 usagers en structure ; 40 usagers hors structure et 50 usagers détenus.

IV-1-3-2. Répartition par secteur géographique

Les secteurs géographiques d'enquête sont les communes. Les usagers connus (usagers a) ont été interrogés dans les communes où sont établies les structures d'aide qui ont remonté des données chiffrées. Les usagers inconnus des structures (usagers b) ont été interrogés dans les autres communes. Les effectifs d'usagers connus interrogés par commune est fonction de la densité d'usagers recensés par les structures des ces communes. L'effectif d'usagers inconnus des structures est défini arbitrairement de manière à couvrir l'ensemble des communes de la Guadeloupe et compléter l'échantillon d'étude.

Les enquêteurs sont intervenus dans des zones délimitées par des communes selon le découpage cicontre.

⁴ L'enquête Nemo, réalisée en 2005 et 2006 dans six agglomérations françaises (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse) et dans un département d'outre-mer (La Martinique), vise à réaliser une estimation nationale de l'usage problématique de drogues en France à partir des points d'ancrage fournis par les estimations locales.



Dans chacun des secteurs d'intervention un quota d'usagers a été interrogé selon la distribution cidessous:

Côte sous le vent (1 enquêteur)

- te vent (1 enqueteur)
 Au moins 9 usagers à à interroger dans les communes de Deshaies, Vieux-Habitants et Basse-Terre
 Au moins 7 usagers b à interroger dans les communes de Pointe-Noire, Bouillante, Baillif, Courbeyre, Vieux-Fort et Saint-Claude Soit au moins 16 questionnaires

- Centre (3 enquéteurs)

 Au moins 65 usagers a à interroger dans les communes de Pointe-à-Pitre et Les Abymes

 Au moins 3 usagers b à interroger dans les communes de Gosier

Soit au moins 68 questionnaires

Côte au vent (1 enquêteur)

- Au moins 2 usagers a à interroger dans la commune de Petil-Bourg
 Au moins 18 usagers b à interroger dans les communes Trois-Rivières, Capesterre-Belle-eau, Goyave, Lamentin, Sainte-Rose, Baie-Mahault Soit au moins 20 questionnaires

- Nord et Est Grande-Terre (1 enquêteur)

 Au moins 10 usagers à ainterroger dans la commune de Saint-François

 Au moins 10 usagers bà interroger dans les communes de Morne-à-L'eau, Petit Canal, Port-Louis, Anse-Bertrand, Moule, Sainte-Anne Soit au moins 20 questionnaires

Saint Martin (2 enquêteurs)

- Au moins 24 usagers a à interroger à Saint Martin
 Au moins 2 usagers b à interroger à Saint Martin
 Soit au moins 26 questionnaires

Centre pénitentiaire de Pointe-à-Pitre (1 enquêteur)

Au moins 50 usagers à interroger
 Soit au moins 50 questionnaires

Figure 1. Cartographie des secteurs d'enquête

IV-2. Collecte des données

Un questionnaire anonyme et spécifique à l'étude, élaboré sur le modèle du questionnaire de l'étude de Martinique a été révisé et validé par les membres du comité de pilotage de l'enquête (annexe 1). Ce questionnaire comportait 6 parties : les caractéristiques socio-démographiques, la situation sociale au moment de l'enquête, l'histoire familiale judiciaire et médicale, les caractéristiques de la consommation de crack, la consommation des autres produits licites et illicites, le recours aux soins et l'utilisation des services sociaux et caritatifs. Le questionnaire complet figure à l'annexe 2.

Le questionnaire standardisé était rempli en face à face. Un ticket service était remis à l'usager de crack ayant participé à l'enquête.

Le recrutement prospectif des usagers de crack de Guadeloupe dite continentale et de Saint-Martin a été réalisé durant les mois de mai 2007 à octobre 2007 par 10 enquêteurs. Afin de toucher par l'enquête les usagers en démarche de soins et également hors démarche de soins, les enquêteurs, pour la plupart des adultes relais, proposés par les membres du comité de pilotage étaient formés et encadrés. En effet, ils ont participé à :

- un entretien de sélection (avril) : évaluation des capacités à mener la phase de terrain
- une séance de travail (avril): présentation de l'étude, lecture du questionnaire et mise en situation pour étudier les éventuelles difficultés de passation, remise des documents et matériels d'enquête
- 3 réunions de point (mai, juin, juillet): vérifications et validations des questionnaires, difficultés rencontrées, programmation des dates de remises des nouveaux questionnaires remplis (tous les 15 jours pendant la durée de l'enquête).

Ainsi, tous les individus ayant consommé du crack dans les 3 mois précédant l'interrogatoire étaient inclus dans l'étude s'ils avaient donné leur accord pour participer.

Les questionnaires étaient récupérés au fur et à mesure, vérifiés par la coordinatrice de l'enquête avec les enquêteurs et centralisés à l'ORSaG.

La saisie des questionnaires a été effectuée avec le logiciel Epi Info™ version 3.2.2.

IV-3. Analyse des données

L'analyse descriptive des caractéristiques des usagers a été effectuée avec le logiciel utilisé pour la saisie (Epi Info™ version 3.2.2). Des tests statistiques de comparaison de proportions (Chi²) et de moyennes (ANNOVA) ont été utilisés au seuil de signification de 5 %.

RESULTATS

V. Caractéristiques des usagers de crack

Au total 199 usagers de crack ayant consommé dans les 3 derniers mois ont accepté de répondre aux questions de l'étude. Ils ont été interrogés dans 23 des 32 communes de Guadeloupe et à Saint-Martin. Dix usagers 10 ont été interrogés en milieu carcéral, sur les 189 autres, 74 étaient inconnus de structures d'aide.

Plus de 89~% des usagers interrogés sont des hommes. La moyenne d'age est de $37~\mathrm{ans}$, l'amplitude allant de $19~\mathrm{\`a}$ 69 ans.

Age	\$	Sexe
	Femmes (n = 21)	Hommes (n = 178)
Moyenne Amplitude	35,0 [26,0 - 53,0]	37,6 [19,0 - 69,0]
Mode Médiane	34,0 28,0	38,0 38,0 38,0

Tableau 1. Age des usagers selon le sexe

La majeure partie des usagers est née en Guadeloupe (68 % dont 6,5 % à Saint-Martin), 13 % des usagers sont nés en France métropolitaine et 19 % sont nés ailleurs.

Lieu de naissance		Lieu d'en	quête	
	Guadel (n = 1		Saint-M (n = 3	
Guadeloupe	122	(74,8)	1 6	(2,8)
France métropolitaine	20	(12,3)		(16,7)
Saint-Martin Etranger	1	(0,6)	12	(33,3)
	20	(12,3)	17	(47,2)

Tableau 2.Répartition des usagers interrogés en Guadeloupe et à Saint-Martin en fonction du lieu de naissance

V-1. Situation sociale

V-1-1. Niveau scolaire

Plus de 60 % des usagers ont été scolarisés au moins jusqu'au niveau collège. Huit pour cent sont sorti du système scolaire après l'école primaire et deux personnes n'ont jamais été scolarisées (il s'agit d'une personne née en Guadeloupe et d'une autre née à l'étranger).

Niveau d'étude	Effectif (n = 199)	Fréquence (%)
Non scolarisé	2	1,0
Primaire	16	8,0
Collège	90	45,2
Lycée professionnel	66	33,2
Lycée d'enseignement général	19	9,6
Enseignement supérieur	5	2,5
Ne sait pas	1	0.5

Tableau 3. Répartition des usagers selon le niveau d'étude atteint

V-1-2. Statut professionnel et couverture sociale

Au moment de l'enquête, 4 % des usagers exercent une activité rémunérée continue, 30 % uniquement une activité rémunérée intermittente ou effectuent des « jobs ». Les chômeurs représentent 6 % de la population d'étude et ils ont tous réalisé des démarches dans les 3 derniers mois auprès de l'ANPE. Les autres usagers bénéficient du RMI, ne sont pas en recherche active d'emploi, sont en incapacité de travailler et/ou font du « business ». Notons qu'une des missions des structures d'aide aux usagers est d'accompagner la demande des revenus de minima sociaux. Le taux de 40 % de RMIstes de l'étude pourrait s'expliquer par le fait que 77 % des RMIstes fréquentent des structures d'aide. Ils représentent probablement un public captif pour la mise en place des dossiers de demande de RMI. Soixante huit pour cent des usagers bénéficient d'une couverture sociale, notamment la CMU qui concerne 67 % des usagers assurés.

V-1-3. Compétences

Dix huit pour cent des usagers déclarent n'avoir aucune compétence particulière. Parmi les domaines déclarés pour 82 % des enquêtés, sont principalement représentés les secteurs du bâtiment et travaux publics (20 % des usagers déclarant des compétences), de la restauration (9 %), de l'entretien d'espace verts ou de jardins privés (7 %) et de l'industrie du bois (6 %) (annexe 3).

V-1-4-1. Avant l'âge de 16 ans

Quarante pour cent des usagers ont été élevés par leurs 2 parents, 34 % ont vécu avec leur mère uniquement, 12 % ont été élevés par leurs grands parents ou une tante, 9 % avec leur père uniquement et 5 % étaient placés en foyer ou famille d'accueil. Notons que l'INSEE indiquait en 1999, 35 % de familles monoparentales en Guadeloupe.

Les raisons premières pour lesquelles l'usager n'a pas vécu ou connu l'un de ses parents ou les deux sont la séparation des parents (30 %), l'absence du père (18 %) et le décès d'un parent ou des deux (12 %). La distance géographique évoquée pour expliquer l'absence d'un parent dans la petite enfance (9 %) est très probablement l'aboutissement d'une séparation (Tableau 4).

Principales raisons					amilial avar usagers (%			
	Mère	seule	Père s	eul	Grands-pa	rentsª	Placés	
Séparation des parents ^b (n = 36)	27	(75,0)	5	(13,9)	4	(11,1)	0	(0,0)
Parents n'ayant jamais vécu ensemble (n = 21)	19	(90,5)	0	(0,0)	2	(9,5)	0	(0,0)
Décès d'un parent ou les deux (n = 14)	9	(64,3)	2	(14,3)	3	(21,4)	0	(0,0)
Séparation géographique ^d (n = 11)	5	(45,4)	4	(36,4)	2	(18,2)	0	(0,0)
Non renseigné (n = 14)	4	(28,6)	3	(21,4)	7	(50,0)	0	(0,0)
Autre situation (n = 7)	2	(28,6)	2	(28,6)	3	(42,8)	0	(0,0)
Ne sait pas (n = 14)	2	(14,3)	0	(0,0)	2	(14,3)	10	(71,4)
Abandon (n = 2)	0	(0,0)	1	(50,0)	1	(50,0)	0	(0,0)

^a ou voisinage familiale proche, ^bdivorce ou départ de l'un des deux parents, ^ccar père vivant dans un autre foyer, multi partenariat, ou père inconnu, ^draisons non évoquées

Tableau 4. Raisons de l'absence d'un ou des deux parents dans la vie de l'usager

Quarante quatre pour cent des usagers rapportent l'existence de problèmes psychologiques et/ou des difficultés liées à une consommation d'alcool et/ou de drogue dans leur famille.

Problèmes dans la famille	Nbr. de personnes de la famille impliquées	Nombre d'usagers concernés	Fréquence d'usagers concernés
Alcool uniquement	1	31	15,6
	2	15	7,5
	3	4	2,0
	4 7	1 1	0,5
	84	52	0,5 26,1
Alcool et drogue		2	1,0
Alcool et diogue	2	3	1,5
	3	8	4,0
	4	2	1,0
	5	1	0,5
	8	1	0,5
	53	17	0,5 0,5 8,5 4,0 0,5 4,5
Drogue uniquement	1	8	4,0
	2	1	0,5
	10	9	4,5
Alcool, drogue et psychologique	1	2	1,0
	4	2	1,0 0,5
	5	1	0,5
	15	5	2,5
Drogue et psychologique	1	1	0,5 0,5
	2	1	0,5
B 11:	3	2	1,0
Psychologique seul	1	2	1,0
Alexal at a such alexions	1	2	1,0 0,5
Alcool et psychologique	2 2	1 1	0,5 0,5
Total	168	88	44,1

Tableau 5. Répartition des usagers selon les problèmes psychologiques d'alcool et/ou de drogue dans leur famille.

L'existence de problèmes liés à la consommation d'alcool est prépondérante, 38 % des usagers signalent ce problème dans leur famille. Par ailleurs, 17 % des usagers sont concernés par des problèmes de drogue et 5 % par des problèmes psychologiques dans leur famille. Ce dernier taux est proche de la prévalence de psychoses observée dans nos régions (1). Ces problèmes concernent 168 personnes de l'entourage familial de 88 usagers, soit en moyenne près de 2 personnes avec lien de parenté par usager. Près de la moitié de l'entourage familial des usagers connaît un usage problématique de drogue. Enfin, 7,5 % des usagers rapportent une addiction simultanée à l'alcool et à la drogue pour plus de 2 personnes de leur famille.

V-1-4-3. Relations de famille

Soixante pour cent des usagers vivent seul, 22 % vivent avec une ou plusieurs personnes de la famille, 11 % vivent avec un conjoint et 7 % habitent avec des personnes sans relation de famille.

Un usager sur deux n'a pas d'enfant. Parmi les usagers ayant des enfants (1 à 12 enfants), 88% d'entre eux ne vivent pas avec, 5% vivent avec tous leurs enfants et 7% vivent avec certains d'entre eux.

Plus de la moitié des usagers (58,3 %) voient régulièrement leur famille et 7 sur 10 ont indiqué avoir dans leur entourage une ou des personnes sur lesquelles ils peuvent compter. Il s'agit de personnes de la famille proche (91 %), d'amis (8 %) ou autres (1 %). La mère représente la personne de confiance pour un tiers des usagers, pour 29 % ce sont les frères et/ou sœurs et pour 9 % les conjoints ou exconjoints. Ces personnes leur apportent le plus souvent un soutien financier, alimentaire et moral. Selon 79 % des usagers, la famille a connaissance de la consommation de crack, cependant 15 % des usagers affirment que la famille ignore le problème et 6 % ne savent pas si la famille a connaissance de leur consommation de crack.

V-1-5. Logement

Plus de la moitié des usagers vit en maison individuelle ou chez des proches et plus d'un tiers loge dans des squats ou vit dans la rue.

Pour 47 % des usagers il s'agit d'un logement provisoire, 46 % rapportent un logement permanent et 7 % ne savent pas.

Logement actuel	Effectif	(%)	Part de log proviso	
	(n = 198)	(79)	Effectif (n = 94)	(%)
Sans domicile fixe (squat, rue)	72	(36,4)	54	(57,4)
Chez des proches (famille/amis)	57	(28,8)	16	(17,0)
Maison individuelle	54	(27,3)	12	(12,8)
En institution	10	(5,0)	10	(10,6)
Logement social	3	(1,5)	1	(1,1)
Autre	2	(1,0)	1	(1,1)

Tableau 6. Type de logement actuel

V-1-6. Situation médicale

Interrogés sur leurs éventuelles hospitalisations, 63 % des usagers ont été hospitalisés depuis leur 15 ième anniversaire et parmi ceux-ci, 69 % l'ont été plus d'une fois. En moyenne les usagers ont été hospitalisés environ 4 fois. Les raisons rapportées le plus fréquemment sont : les traumatismes causés par les bagarres et agressions (29 personnes), les accidents de la voie publique en 2 roues principalement (13), les problèmes de santé mentale (7), les problèmes respiratoires (4) et les infections (4). Huit usagers indiquent de manière peu précise une opération chirurgicale. Notons les 5 usagers hospitalisés pour une crise d'appendicite. Enfin, 8 ne savent pas pourquoi ils ont été hospitalisés.

Près d'un quart des usagers (24,7 %) avait été hospitalisé et suivi pour des problèmes psychologiques. Parmi eux moins de la moitié suit régulièrement un traitement. D'autres usagers n'ont pas été hospitalisés mais sont sous traitement pour des problèmes de santé mentale et de dépendance à l'alcool. Au total 27 % des usagers ont indiqué des problèmes de santé mentale.

V-2. Caractéristiques de la consommation

V-2-1. Motifs à l'origine de la consommation

Parmi les usagers ayant indiqué les raisons à l'origine de leur consommation de crack, la curiosité était le seul motif pour 55 % d'entre-eux. D'autres étaient relativement précis concernant le contexte d'initiation. Pour 6 %, la consommation de crack était initiée pour reprendre goût à la vie, regagner de l'assurance, apaiser des souffrances ou couvrir un manque affectif et 6 % des usagers ont commencé suite à une déception sentimentale. Alors que certains on essayé la première fois lors d'une soirée (5 %) pour faire la fête, se désinhiber, d'autres (4 %) disent s'être sentis piégés en consommant du crack dans un joint à leur insu (3).

V-2-2. Age de début de consommation

L'âge moyen de début de consommation de crack est de 24 ans

Près de 10 % ont « goûté » au crack avant d'avoir essayé le cannabis, ils avaient en moyenne, 17 ans, l'étendue étant de 9 à 29 ans.

Au moment de l'étude, 99 % des usagers avaient consommé du cannabis, la plupart sous forme d'herbe fumée (joint).

Trente pour cent des usagers n'ont pas toujours vécu en Guadeloupe ou à Saint-Martin; 13 % viennent de France métropolitaine et 17 % ont vécu essentiellement dans les pays de la Caraïbe, les DOM-TOM ou en Afrique avant de venir. Pour les 30 %, la consommation de crack avait débutée en moyenne 3 ans avant leur arrivée en Guadeloupe ou à Saint Martin.

Notons que pour 5 % des usagers nés en Guadeloupe et qui avaient effectué plus de 5 années hors du département, les données concernant la période de séjour hors de Guadeloupe n'a pas été renseignée. Pour ceux-ci, il n'était pas possible de déterminer si l'initiation au crack était antérieure ou postérieure au départ de l'île.

V-2-3. Mode de 1^{ère} consommation

Près de la moitié des usagers ont consommé leur première prise de crack par le spong. La pipe est le second mode de consommation le plus utilisé lors de l'initiation au produit.

Mode de consommation du crack lors de la première prise	Effectif (n = 199)	(%)
Spong ⁵	98	(49,3)
Pipe	55	(27,6)
Canette	21	(10,6)
Narguilé	14	(7,0)
Spong + pipe	7	(3,5)
Autres	4	(2,0)

Tableau 7. Mode de consommation du crack lors de la première prise

⁵ Mélange de tabac et de crack ou de tabac, de crack et d'herbe versé dans des feuilles de papier à cigarette, préalablement collées. Le tout est roulé en forme de cône.

La forme de 1ère consommation est associée à l'époque de 1ère consommation (p< 0,0005). On observe une évolution de la répartition du mode de première consommation entre la tire (pipe, canette ou narguilé) et le spong. Le spong a été le mode de 1ère consommation le plus utilisé par les usagers (à 74 %) ayant consommé du crack pour la première fois entre 1995 et 2000.

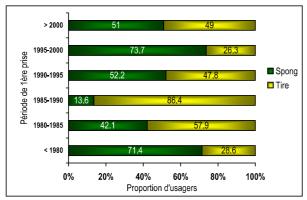


Figure 2. Répartition des usagers selon la période et le mode de 1ère prise

V-2-4. Fournisseurs de la 1ère prise

Pour 65 % des usagers, la première roche⁶ a été fournie par un ami, 11 % se sont vu proposer le produit par un dealer, 9 % s'en sont procuré eux même et pour 7 %, (3 hommes, 10 femmes) le fournisseur était le conjoint.

La première roche était le plus souvent gratuite et 16 % l'ont achetée pour un coût moyen de 17 €. La plupart des usagers ayant acheté leur première prise de crack ont été sollicités par un dealer (44 %), ont cherché à s'en procurer (34 %) ou l'ont obtenu d'un ami (16 %).

Fournisseur de la 1 ^{ère} prise		Effect (n =	` '	
prise		ituite : 167)	Payé (n = 3	
Un ami	124	(74,2)	5	(15,6)
Un dealer	8	(4,8)	14	(43,8)
Leur conjoint/petit ami	12	(7,2)	1	(3,1)
Un de leur parent	7	(4,2)		(0,0)
Un frère/une soeur	2	(1,2)	0	(0,0)
Démarche volontaire	6	(3,6)	11	(34,4)
Autre	8	(4,8)	1	(3,1)

Tableau 8. Répartition des usagers selon le fournisseur de la première prise et de la gratuité du produit

⁶ Appellation courante du crack qui se présente sous forme de cristaux

Soixante cinq pour cent des usagers ont commencé à consommer du crack régulièrement au plus tard une semaine après la première prise, dont 13 % quelques heures après, 20 % le lendemain, 18 % quelques jours après.

Durée entre la 1 ^{ère} prise et la consommation régulière	Effectif (n = 197)	(%)
Une semaine ou moins	128	(65,0)
Un mois	41	(20,8)
Un an	19	(9,6)
Plus de 2 ans après	7	(3,6)
Ne sait pas	2	(1,0)

Tableau 9. Durée entre la 1ère prise de crack et le début de consommation régulière

V-3. Situation actuelle en période de consommation

V-3-1. Perception de la dangerosité du produit

Avant la première prise de crack, 40 % des usagers accordaient au crack un niveau de dangerosité très élevé, 20 % estimaient que le crack est peu dangereux pour la santé, 20 % le qualifiait de « pas du tout dangereux » et 20 % affirmaient ne pas savoir.

Au moment de l'enquête les usagers interrogés consomment le crack depuis 13 ans en moyenne. Ceux nés ailleurs qu'en Guadeloupe ou Saint-Martin consommaient depuis 17 ans pour la moitié d'entre eux, ceux nés en Guadeloupe consommaient le produit depuis 13 ans et ceux nés à Saint-Martin depuis 11 ans. Les usagers nés en France métropolitaine consommaient le crack depuis 6 ans.

Après des années de consommation régulière, 73 % des usagers qualifient le crack de très dangereux, 21 % estiment que le crack est peu dangereux pour la santé, 5 % le qualifient de « pas du tout dangereux » et 1 % des usagers ne sait pas à quel niveau de dangerosité situer le produit

Les comparaisons entre les perceptions du crack avant la première prise et après une consommation régulière, permettent d'apprécier l'évolution du ressenti de l'usager sur le niveau de dangerosité du produit. Ainsi, 42 % des usagers n'ont pas changé d'opinion et estiment que le crack est très dangereux (30 %) ou peu voire pas du tout dangereux (12 %) que ce soit avant leur 1^{ère} prise ou après une consommation régulière du produit.

Environ 53 % n'émettent pas le même avis avant ou après leur initiation au produit. En effet, la perception du produit pour 43 % des usagers a évolué en défaveur du produit, qui représente actuellement un danger majeur à leurs yeux, alors qu'ils minimisaient sa dangerosité avant leur 1ère consommation ou ne savaient pas indiquer un niveau de risque. Toutefois, 10 % des usagers perçoivent actuellement la consommation de crack comme un danger mineur, alors qu'ils estimaient le produit très dangereux avant d'avoir essayé.

Perception de la dangerosité du produit				tifs (%) = 199)		
Au moment de l'enquête	Très	s dangereux		ou pas du tout dangereux	Ne	sait pas
Avant la 1ère prise	60	(30.2)	20	(10.1)	0	(0.0)
Très dangereux	60 57	(30,2) (28.6)	20 23	(10,1) (11,6)	0	(0,0)
•		(30,2) (28,6) (14,6)		(10,1) (11,6) (4,5)	0 1 0	(0,0) (0,5) (0,0)

Tableau 10. Evolution de la perception du produit

V-3-2. Hiérarchisation de la dangerosité des sources d'addiction

En tenant compte de toutes les drogues consommées au moins une fois, 72 % des enquêtés plaçaient le crack au premier rang des drogues les plus nocives, loin devant l'héroïne (9 %), l'alcool (7 %), la cocaïne (4 %), les champignons hallucinogènes (3 %), le tabac (2 %) et le cannabis (2 %). A noter que les jeux d'argent étaient évoqués comme l'addiction la plus nocive par 1 % des usagers.

Ce classement conforte les résultats de perception du crack comme très dangereux par 73 % des usagers. Quatre vingt quatre pour cent des usagers ayant défini le crack de très dangereux l'ont classé comme produit consommé le plus nocif. Le classement actuel est très probablement orienté crack (plus nocif)/cannabis (moins nocif) car les produits comme la cocaïne ou l'héroïne sont moins consommés (8 % et 5 % respectivement).

V-3-3. Consommation moyenne de crack

Quarante trois pour cent des usagers consommaient du crack 2 à 6 fois par semaine et 41 % en consommait tous les jours. Les usagers quotidiens consommaient en moyenne 8 prises par jour. Pour 11 % des usagers, la fréquence de consommation était mensuelle et pour 5 % elle était hebdomadaire.

La pipe est utilisée plus souvent (44 % des usagers) que le spong (29 %), le crack est consommé selon les deux modes par 27 % des usagers.

La pipe la plus utilisée est fabriquée de manière artisanale à l'aide d'un tuyau de cuivre coudé. Une extrémité est fermée par un morceau de feuille d'aluminium troué où sera déposée la roche à consumer, l'autre extrémité sert à aspirer la fumée produite. Le support du foyer peut également être une canette métallique, un verre, une bouteille en verre, les tubes d'aspiration peuvent être en métal ou PVC. Des tubes en os ou en pétiole de papaye ont également été utilisés.

V-3-4. Pics de consommation

Les usagers de crack connaissent des phases de surconsommation. Il arrive à 81 % d'entre eux, de consommer plus de crack que d'habitude lors d'entrée d'argent (56 %), pour apaiser des angoisses (15 %), parce qu'entraînés par l'effet de groupe (12 %) ou pour d'autres raisons (3 %) comme, l'accès facile au produit, l'envie de fumer ou de faire la fête, ou encore pour rester éveillé pendant son travail.

Certains usagers indiquent plusieurs raisons, notamment l'argent disponible et l'effet de groupe (8 %) ou encore l'argent disponible et les angoisses (4 %).

V-3-5. Consommation de tabac et d'alcool

Soixante et un pour cent des usagers fument régulièrement du tabac (au moins une cigarette par jour). La majorité des fumeurs consomme en moyenne 1 paquet et demi de cigarettes par jour (57 %) et 30 % fument moins d'une cigarette par jour. Concernant l'alcool, 32 % des usagers consomment tous les jours principalement du rhum et/ou de la bière, 16 % en consomment 2 à 6 fois par semaine, 16 % une fois par semaine ou moins et 19 % ne consomment pas d'alcool.

Alcool	Effectif (n = 64)	(%)	Consommation journalière médiane (en ml)
Bière Rhum Bière* et rhum**	22 22 17	(34,4) (34,4)	1500 425 2000* et 200**
Non renseigné	3	(26,5) (4,7)	2000" et 200"" /

Tableau 11. Consommation quotidienne d'alcool

Dix pour cent des enquêtés consommaient quotidiennement du crack de l'alcool et du tabac. Parmi eux la moitié avait déjà pris au cours de sa vie un ou des produits interdits par la loi autres que le crack ou le cannabis.

V-3-6. Consommation d'autres produits illicites

Un quart des usagers avait déjà pris au moins 10 fois dans sa vie, un ou des produits interdits par la loi autres que le crack ou le cannabis. Un peu plus de la moitié d'entre deux avait consommé un seul autre produit, notamment de la cocaïne (8 %) ou de l'héroïne (5 %) et certains ont consommé 2 produits (5 %) voire plus (3 %). Ces produits n'ont pas été consommés dans le mois précédant la passation du questionnaire. Quinze usagers avaient fait l'expérience d'autres produits sans avoir poursuivit la consommation, 10 avaient essayé l'héroïne, 4 la cocaïne et 1 les champignons hallucinogènes.

Les usagers qui avaient consommé des produits autres que le crack ou le cannabis sont âgés de 39 ans en moyenne (vs 37 ans pour les autres) et ont commencé leur consommation de crack après avoir essayé pour la première fois les autres produits cités (27 ans âge médian d'initiation au crack vs 22 ans, p = 0,04).

Onze pour cent des usagers ont utilisé la voie intraveineuse pour l'injection des produits autres.

V-3-7. Ressenti après consommation

Après avoir consommé du crack, la plupart des usagers (55 %) expriment un sentiment de bien- être, ils s'évadent, sont réfléchis, n'ont plus peur, résistent à la fatigue, sont joyeux...Trente deux pour cent évoquent des sensations négatives : insatisfaction, angoisses, agressivité, paranoïa, perturbations, « maladie », culpabilité. Neuf pour cent rapportent des effets positifs immédiatement après la prise qui deviennent rapidement négatifs, ou des sentiments ambivalents ; se sentent bien et angoissés, bien et agités, bien et malades...

V-4. Le prix à payer

Les dépenses mensuelles annoncées par la moitié des usagers pour l'achat de crack sont d'environ 600 €. Ces dépenses sont nettement supérieures aux revenus déclarés. En effet, les usagers perçoivent, en moyenne 495 € mensuel des sources suivantes : jobs, chômage, RMI, autres allocations, pension et autre (« business », manche…). Les revenus correspondant aux montant les plus importants sont ceux relevant d'une activité rémunérée continue (7 usagers) et s'élèvent en moyenne à près de 1 300 € mensuel. Les plus petites sommes perçues (70 € en moyenne) proviennent des conjoints.

V-4-1. « Business »

Dix pour cent des usagers revendent régulièrement du crack et 20 % le font de manière occasionnelle. Près de 7 % des usagers ont des rapports sexuels pour obtenir de l'argent et/ou du crack. Ce résultat représente un tiers des femmes contre 3 % des hommes. Les vols et agressions pour obtenir le produit étaient plus souvent commis par les hommes (42 % vs 24 % des femmes).

V-4-2. Justice

Quarante pour cent des usagers avaient commis un vol ou une agression pour obtenir du crack. Dix sept pour cent ont été emprisonnés pour ces faits, 13 % ont été emmenés au poste et relâchés et 10 % n'ont jamais eu de problèmes avec la justice pour ces actes.

Au total, 45 % des usagers avaient été emprisonnés. L'âge médian d'incarcération est de 22 ans. Vingt quatre pour cent avaient été incarcérés avant leur consommation de crack (durée médiane d'incarcération 4 ans avant) et 18 % après l'initiation au crack, 5 ans après pour la moitié d'entre eux. Pour 3 % des usagers l'incarcération à lieu la même année que le début de consommation.

Incarcérations	Nombre (n = 87)	Durée en mois (n = 82)
Moyenne	4,1	50,5
Amplitude	[1-22]	[1-264] 36
Mode	1	36
Médiane	2,0	18
Total	360	4144

Caractéristiques des incarcérations

Un total de 360 incarcérations correspondant à 2 incarcérations (médiane) par usagers ont eu lieu. Chaque incarcération durait plus de 8 mois pour la moitié d'entre eux.

L'engrenage de la consommation de crack génère des problèmes juridiques pour 17 % des usagers de cette étude, néanmoins, les actes commis ne semblent pas liés exclusivement à la consommation du produit pour 24 % des cas au moins.

V-4-3. Périodes d'abstinence et désir d'arrêt

La majorité des usagers (82 %) a eu, lors de son parcours, une période d'abstinence de consommation de crack. La plus longue a été de 3 mois pour la moitié d'entre eux. Les trois quarts des usagers

souhaiteraient arrêter leur consommation et $83\,\%$ s'en sentent capables. Toutefois, $15\,\%$ des usagers ne désirent pas arrêter.

Douze pour cent des usagers incarcérés disent n'avoir jamais arrêté de consommer, la durée médiane d'une incarcération étant de 4 mois et demi. Pour 6 %, la période d'abstinence médiane est de 3 ans. Aucun de ces usagers ne se dit dissuadé par la prison.

V-5. Recours aux soins et utilisation des services existants

V-5-1. Les urgences et la prise en charge médicale

Quarante cinq pour cent des usagers ont eu recours aux urgences de l'hôpital en moyenne 2 fois au cours de la dernière année. Les motifs d'admission sont principalement des agressions (56 %), des accidents de la voie publique (8 %), des problèmes de santé mentale (8 %) et des malaises (7 %). La majorité des usagers (55 %) était emmenée aux urgences par les pompiers ou la police ; 25 % s'y sont rendu d'eux mêmes et 20 % étaient amenés par des proches.

Cinquante six pour cent des usagers ne sont pas suivis régulièrement par un médecin.

V-5-2. Structures d'aide aux usagers

Dans l'année précédant l'enquête, 66 % des usagers ont eu recours, au moins une fois, à une structure d'aide aux usagers. Ces usagers privilégient les associations d'aide (49 %), le secteur sanitaire et médico-social sont fréquentés par 17 % d'entre eux.

L'alimentation est le premier motif de recours à des associations d'aides aux usagers (48 %), avant la nécessité vestimentaire (35 %) ou d'hébergement (20 %). Une répartition similaire en terme de fréquences est retrouvée. En effet, quelle que soit la fréquence de recours aux structures caritatives (régulière, temporaire, rare, ou passée), la nécessité première est de se nourrir, puis de se vêtir et enfin de se loger. Pour 41 % des usagers il s'agit d'une fréquentation régulière (Tableau 12).

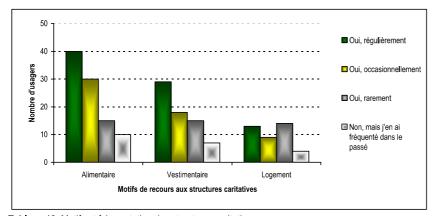


 Tableau 12. Motifs et fréquentation des structures caritatives

VI. Analyse des profils et trajectoires des usagers de crack

VI-1. Contexte d'initiation

VI-1-1. Age de début de consommation

La moyenne d'âge de début de consommation est inférieure chez les usagers ayant été élevés avec un seul des deux parents, dans le voisinage familial ou placés, par rapport à ceux ayant vécu avec leur deux parents avant leur 16 ans (23 ans vs 26 ans). L'âge de début de consommation semble être associé, en partie, avec le contexte familial avant les 16 ans de l'usager. Néanmoins, l'âge de début de consommation est en moyenne de 24 ans aussi bien pour les usagers rapportant des problèmes psychologiques, d'alcool ou de drogues dans sa famille proche que pour ceux n'en ayant pas indiqué. Ce résultat peut s'expliquer par les données manquantes engendrées du fait de la méconnaissance de l'usager du ou des parents absents et par conséquent des éventuels problèmes le ou les concernant. Les usagers ayant consommé le crack avant le cannabis sont plus jeunes que ceux ayant débuté par le cannabis (17 ans vs 25 ans).

VI-1-2. Caractéristiques des usagers initiés au crack par curiosité

Pour 55 % des usagers le motif de la première prise de crack était la curiosité. Dans ce groupe les usagers ont vécu plus souvent avec leurs deux parents que ceux ayant débuté pour un motif autre que la curiosité (47 % vs 32 %). La prise de produits illicites autres que le crack et le cannabis est moins fréquente chez les usagers arrivés au crack par curiosité (19 % vs 32 %) et 6 % sont des poly consommateurs quotidiens d'alcool de tabac et de crack contre 14 % pour les usagers « non curieux ». Il n'a pas été mis en évidence d'association entre la précocité de début de consommation et le motif d'initiation qu'est la curiosité.

VI-1-3. Mode de 1ere consommation

Les usagers ayant commencé à fumer le crack à la tire étaient plus âgés au moment de la 1ère prise que ceux initiés avec un spong (âge médian 25 ans vs 20 ans). Au moment de l'enquête cette observation est conservée, les consommateurs actuels de spong sont en moyenne plus jeunes que les consommateurs actuels à la tire (36 vs 39 ans). La consommation régulière rapide après la première prise est moins fréquente chez les usagers ayant commencé par fumer à l'aide d'une canette que chez les autres (2 % vs 16 %).

VI-2. Consommation et conséquences

VI-2-1. Perception de la dangerosité après consommation du produit

Les consommateurs réguliers qui trouvent le crack peu ou pas dangereux sont en moyenne plus jeunes que les autres (35 vs 38 ans). Ils indiquent plus fréquemment des problèmes psychologiques, d'alcool ou de drogue dans la famille (50 % vs 29 %). Par ailleurs, ils ont été hospitalisés aussi souvent depuis leur 15ème anniversaire (63 %) mais ont eu moins souvent recours aux urgences de l'hôpital dans les 12

derniers mois (30 % vs 50 %). Enfin, il ne semble pas exister de différence de perception du produit selon la durée de consommation du produit.

VI-2-2. Consommation d'autres produits illicites

Les consommateurs de produits illicites autres que le crack ou le cannabis avaient commencé plus tard leur consommation de crack (27 vs 22 ans médiane) et ils étaient plus souvent des usagers nés hors de Guadeloupe (37% vs 17 %). Les usagers nés en Guadeloupe ont utilisé moins fréquemment l'injection que ceux nés hors Guadeloupe (2 % vs 24 %). Dans ce groupe d'usagers nés en Guadeloupe et ayant recouru à d'autres produits illicites, il n'a pas été mis en évidence un mode d'initiation au crack prédominant, le spong était aussi souvent utilisé que les autres modes à la tire.

VI-2-3. Facteurs liés à une consommation excessive7

Les consommateurs journaliers de crack se distinguent des autres par leur âge plus avancé (38,7 ans vs 36,5) et par une consommation plus souvent quotidienne, de tabac et d'alcool en plus du crack (poly consommation).

En distinguant les très gros consommateurs quotidiens (plus de 8 prises quotidiennes) des consommateurs de 8 prises ou moins par jour, la poly consommation apparaît toujours plus fréquente chez les très gros consommateurs (28,1 % vs 6,6 %). De nettes différences apparaissent en ce qui concerne le recours à l'acte sexuel pour obtenir de l'argent ou du crack (16,1 % vs 4,8 %) ainsi que les épisodes d'emprisonnement (68,8 % vs 40,7 %) pour les consommateurs excessifs. L'âge ne semble pas lié à une consommation journalière excessive de crack (37 ans). Ces consommateurs excessifs qualifient plus souvent le crack de « très dangereux » (87,5 % vs 70,7 % pour les usagers quotidiens de 8 prises ou moins).

VI-2-4. Des dépenses liées à la fréquence de consommation

Les dépenses mensuelles annoncées par les usagers pour l'achat de crack restent cohérentes avec la consommation déclarée. En effet, les consommateurs quotidiens dépensent plus d'argent pour l'achat de crack que les autres (913 € vs 430 € médiane). Ce résultat renforce la cohérence des réponses apportées par les usagers sur des indicateurs qui paraissaient difficiles à apprécier (fréquence de consommation et dépenses effectuées).

VI-2-5. Caractéristiques associées à la consommation de crack

Quarante pour cent des usagers avaient commis des vols et agressions pour obtenir du crack. Ces usagers se distinguent de ceux n'ayant jamais volé pour obtenir le produit par :

- leur plus jeune âge de début de consommation (23 vs 25 ans en moyenne)
- une consommation journalière (51 % vs 32 %) et excessive (29 % vs 7 %) plus fréquentes
- des dépenses mensuelles plus importantes pour l'achat du produit (913 € vs 443 € médiane)
- des interventions plus courantes aux urgences de l'hôpital (55 % vs 38 %)
- des incarcérations plus fréquentes (68 % vs 30 %) et plus longues (5,6 ans vs 2,1 ans)

⁷ La consommation moyenne des usagers de crack quotidien est de 8 prises par jour. Une consommation excessive correspond à une consommation supérieure à 8 prises par jour.

Ces caractéristiques sont également marquées par une perception plus souvent très dangereuse du produit (80 % vs 69 %) et un désir d'arrêter la consommation plus souvent exprimé (88 % vs 67 %).

VI-2-6. Détention actuelle et passée

Cinq pour cent des usagers de l'étude étaient en détention au moment de l'enquête ; tous avaient déjà été incarcérés auparavant. Dans aucun des cas les raisons d'incarcération n'étaient connues. Ils étaient en moyenne plus jeunes (31 ans vs 40 ans), avaient débuté la consommation de crack à un age plus précoce (20 vs 24 ans), avaient été emprisonnés plus souvent (nombre médian 7 fois vs 2 fois) et plus longtemps (durée médiane 36 mois vs 13 mois) que les usagers interrogés en dehors du milieu carcéral et ayant été emprisonnés auparavant. Les antécédents familiaux de problèmes psychologiques et/ou liés à la consommation d'alcool et/ou de drogue apparaissent comme un facteur pouvant être associé à cette délinquance (80 % des détenus au moment de l'enquête contre 38,8 % des usagers emprisonnés auparavant). Dans l'opinion générale des usagers, la prison n'apparaît pas dissuasive (71 %).

VI-2-7. L'agglomération pointoise

Un tiers des usagers a été interrogé dans l'agglomération pointoise (Pointe-à-Pitre et Abymes). Ils se distinguent des usagers interrogés dans les autres communes de l'île par :

- leur âge plus élevé (39 ans vs 36 ans)
- une durée de consommation plus longue (15 ans vs 12 ans en moyenne)
- des antécédents familiaux exprimés moins fréquemment (34 % vs 50 %)
- malgré une fréquence d'incarcération similaire, la durée médiane par incarcération (12 mois vs 6 mois) est plus longue
- une période de détention totale plus importante (5.6 ans vs 3.3 ans)
- une vie solitaire plus fréquente (89 % vs 46 %)
- des conditions de logement plus souvent précaires⁸ (67 % vs 39 %)

VI-2-8. Les usagers de Saint-Martin

Dix huit pour cent des usagers ont été interrogés à Saint-Martin. Ils déclarent moins fréquemment que les usagers de Guadeloupe des antécédents familiaux (17 % vs 51 %), ils vivent moins souvent seuls (39 % vs 65 %), ils perçoivent moins le crack comme « très dangereux » (44 % vs 80 %), ils ont moins souvent recours aux urgences de l'hôpital (19 % vs 50 %) et un désir moins fréquemment exprimé d'arrêter leur consommation (50 % vs 81 %). La durée médiane d'une incarcération est moins longue (3 mois vs 9 mois) Toutefois, le passage de l'initiation à la consommation régulière de crack est souvent plus rapide (1 semaine ou moins après l'initiation) (86 % vs 60 %) et la consommation de produits illicites autres est plus fréquente (39 % vs 22 %).

VI-2-9. Les usagers en démarche de soins

Au total 17 % des usagers ont fréquenté une structure sanitaire ou médico-sociale d'aide dans les 12 mois précédant l'étude. Les caractéristiques des deux populations sont décrites dans le Tableau 13. Les usagers fréquentant les structures sanitaires ou médico-sociales d'aide ont plus fréquemment consommés des produits illicites autres que le crack ou le cannabis (47 % vs 20 %).

⁸ Squat, logement provisoire en institution

Caractéristiques	Fréquentation d'une s usagers au moins une derniers	Significativité du test	
-	Oui (n = 34)	Non (n = 165)	-
Age moyen	36,6 ans	37,5 ans	NS
Nationalité étrangère	2,9 %	10,4 %	NS
Revenus <= 400 €	58,8 %	54,5 %	NS
Vécu avec 2 parents	41,2 %	40,0 %	NS
Age moyen début de consommation	25,1 ans	23,8 ans	NS
Ant. fam, pb psychologique, alcool, drogue	55,9 %	42,1 %	NS
Consommation régulière rapide	44,1 %	33,9 %	NS
Durée moyenne de consommation	11,6 ans	13,7 ans	NS
Forte dangerosité produit	85,3 %	70,9 %	NS
Consommation journalière	14,7 %	16,4 %	NS
Poly consommation	14,7 %	9,1 %	NS
Produits illicites autres	47,1 %	20,1 %	5
Recours au sexe	12,1 %	5,5 %	NS
Incarcérés	35,3 %	47,3 %	NS
Urgences	58,8 %	41,8 %	NS

Tableau 13. Comparaison des usagers ayant fréquenté ou non des structures sanitaires et/ou médicosociales d'aide

NS : différence non significative au seuil de 5 %, entre les deux populations

Dix huit pour cent des usagers se disent réticents à fréquenter des structures d'aides. Pour certains, fréquenter des structures représente « une perte de dignité ». « Par orgueil, fierté, de peur d'être stigmatisés » ou pour éviter des solutions qu'ils jugent de « facilité », ils ne sont pas prêts à fréquenter les structures d'aide existantes.

D'autres ont une image négative des lieux, la concentration d'usagers les inciterait davantage à consommer, ils estiment être trop renfermés sur le problème.

De plus, les consommateurs voient en ces structures trop de privations et des règles de vie drastiques. Enfin, certains usagers ont évoqués des réticences du fait de l'éloignement des structures de leur domicile.

A noter, parmi les usagers réticents la plupart (62 %) déclare désirer arrêter leur consommation.

VI-3. Propositions des usagers

La proposition exprimée le plus largement par les usagers pour aider les consommateurs de crack à se réinsérer est tout d'abord une aide à l'arrêt de la consommation en mettant en place en Guadeloupe, un établissement de cures de désintoxication. Certains préconisent des règles de vie strictes d'autres des mesures plus lentes de diminution de la consommation. Cette aide à l'arrêt passe par l'écoute et la compréhension par les professionnels des problèmes des usagers. Ces derniers ont orienté leurs propositions vers un accompagnement global spécifique aux problèmes et aux aptitudes de chacun. Les perspectives à l'issue de la prise en charge devraient aboutir à la resocialisation (travail, logement...).

Certains usagers proposent comme moyen de réinsertion : du travail, du sport, de la musique, être occupé ou avoir un but dans la vie, leur semble une issue favorable. D'autres proposent une aide à la revalorisation de la personne, regain de confiance en la vie. Le volet de propositions concernant l'arrêt

S : différence significative au seuil de 5 %, entre les deux populations

du trafic, des trafiquants, l'élimination des dealers, la disparition des drogues a été évoquée par 9 % des usagers.

VII. Discussion

Limites de l'étude

Le caractère illégal et socialement réprouvé de la consommation de crack, rend difficile l'accès à des données chiffrées exhaustives qui permettent avec précision de mesurer l'ampleur du phénomène. Si l'on considère que la situation vis-à-vis du crack est similaire en Martinique et en Guadeloupe, et au vu des résultats de l'enquête NEMO, notre échantillon d'étude représente près d'un dixième des usagers de crack de Guadeloupe. L'étude présentée ici apporte des éléments permettant de décrire et comparer certaines caractéristiques des usagers de crack interrogés mais ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale de crackés en Guadeloupe et à Saint-Martin.

La représentativité de l'échantillon ainsi que l'aspect déclaratif de l'étude expose les résultats à des biais. En effet, les sur déclaration ou sous déclaration ne sont pas à exclure si le répondant a de bonnes raisons pour taire, ou au contraire valoriser ses consommations.

Etiologie de la consommation

Il semble que l'âge de début de consommation soit influencé, en partie, par l'environnement familial avant les 16 ans de l'usager. Néanmoins, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence les facteurs à l'origine de la consommation de crack, essentiellement du fait du caractère très personnel et individuel du problème et de la difficulté pour l'usager d'avoir un regard suffisamment clair sur les causes, pas toujours déterministes, de son addiction. Des aspects inconscients sont en jeu ainsi que des traumatismes parfois indicibles. Par exemple, parmi les usagers ayant indiqué les raisons à l'origine de leur consommation de crack, certains avaient pour seul motif la curiosité (55 %). Il semble probable que la raison sous jacente directement liée au passage au crack n'est pas évoquée ici. L'état psycho affectif de l'usager au moment de l'initiation doit jouer un rôle dans le déclenchement de l'engrenage. En effet, plusieurs études ont montré des liens entre les aléas de la vie psychique inter générations et la toxicomanie. La nature des traumatismes psychiques rencontrés dans les familles des toxicomanes se déclinaient sous différents aspects : secrets autour de la filiation, deuils pathologiques, émigrations douloureuses (5).

Soutien familial

Les résultats mettent en avant un tissu familial fort malgré une désocialisation importante des usagers. Soixante trois pour cent des usagers ont des personnes de leur entourage familial proche sur lesquels ils peuvent compter. Cinquante huit pour cent voient régulièrement leur famille. Enfin, 38 % des usagers vivant seul où avec des personnes sans relation de famille rapportent des liens de confiance avec une ou plusieurs personnes de leur famille. Il apparaît important de mener des actions d'aide aux familles d'usagers et notamment pour aider les familles à affronter le problème de l'addiction, permettre aux familles de « souffler » et éviter que la situation n'aboutisse à une rupture familiale.

<u>Justice</u>

L'usage de drogue en milieu carcéral existe et l'existence d'une relation entre incarcération et usage de drogues est connue (57,5 % des usagers emprisonnés l'on été plus d'une fois). Cependant, les exdétenus sont plus souvent dissuadés que les usagers n'ayant pas été détenus (71 % vs 45 %).

Cette étude n'a pas interrogé les usagers sur leur situation juridique actuelle, cependant, aux vues de la faible proportion d'usagers ayant déjà été incarcérés qui fréquente des structures d'aide (35 %), on peut s'interroger sur l'application des mesures d'injonctions thérapeutiques en Guadeloupe et à Saint-Martin. En 1993, les injonctions thérapeutiques représentaient en France moins de 9 % des interpellations d'usagers et 5,6 % des consultations ou admissions pour toxicomanie étaient le résultat d'injonctions thérapeutiques. Les mesures d'obligation de soins en matière de toxicomanie seraient également à envisager.

Prise en charge

Les usagers de crack en Guadeloupe et à Saint-Martin ont régulièrement recours aux associations d'aide existantes (49 %). Elles pourraient servir de relais entre les usagers et les structures de soins qui restent encore trop peu fréquentées (17 %).

Du fait de la problématique sociale, en particulier liée aux revenus et au logement de ces consommateurs, la question du type de lieu de prise en charge se pose : des lieux de vie avec ou sans hébergement temporaire ou continu seraient probablement pertinents dans le souci de viser l'insertion sociale et professionnelle de ces personnes en plus d'être un lieu de soins.

Un lieu d'accueil poly addictions serait nécessaire dans la mesure où la plupart des consommateurs a été, ou est addicte à d'autres produits, plutôt qu'une juxtaposition de lieux spécialisés,

Au-delà d'une écoute à proposer aux familles des toxicomanes, c'est en effet des dispositifs de prise en charge globale et familiale qui sont à envisager du fait des origines et des conséquences sur le système familial des addictions (approches systémiques et psycho-sociales).

Outre la famille très présente dans l'entourage des usagers, le soutien spirituel reste un repère auquel les usagers de notre étude ont recours. Trente et un pour cent des usagers avaient bénéficié d'un soutien spirituel dans le cadre de leur consommation.

La proportion d'usagers qui bénéficiaient de ce soutien avant de consommer est sensiblement la même (28 %); cependant, la part d'usagers ayant bénéficié d'un soutien spirituel après leur consommation est plus élevée lorsqu'ils y avaient recours avant leur consommation (62 %) que lorsqu'ils n'en avaient pas bénéficié avant (16 %).

Outre les maladies cardiovasculaires provoquées par l'usage du crack, même chez des sujets jeunes sans autre facteur de risque, l'effet psycho stimulant de l'usage régulier du crack cause fréquemment des troubles psychiatriques. Au total, 27 % des usagers de l'étude évoquent des problèmes de santé mentale. Même s'il apparaît difficile de différencier les troubles psychiatriques liés aux produits des troubles pré existants qui accompagnent l'usage de drogues, la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre de la consommation de crack doit être envisagée de manière systématique.

VIII. Conclusion

Sans prétendre à l'exhaustivité, cette enquête apporte la première description précise d'un groupe d'usagers de crack estimé à environ 10 % de la population de crackés de Guadeloupe et de Saint-Martin. Ces résultats permettent un éclairage utile sur les composantes du plan national de prise en charge et prévention des addictions.

- la nécessité de s'attarder sur l'analyse des difficultés rencontrées par les toxicomanes – traumatismes psychiques à répétition, dysfonctionnements familiaux - apparaît comme une évidence. En effet, dans l'étude, le manque de précision de certaines réponses concernant les motifs à l'origine de la consommation traduit les limites de la prise de conscience et la connaissance du problème par l'usager.

Cette étape préliminaire à une prise en charge thérapeutique permettrait la mise en place des moyens adéquats, spécifiques et adaptés à la personnalité de chaque toxicomane. Il faut garder à l'esprit l'idée que ces troubles mentaux - cause ou conséquence de la prise de produit - influencent l'évolution des toxicomanies.

- la fréquentation trop faible des structures sanitaires (17 % des usagers) pourrait faire penser à un déni du problème par l'usager. Elle traduit probablement un manque de confiance envers les professionnels ou une crainte de la stigmatisation. La valorisation de la prise en charge sanitaire des addictions est largement justifiée dans ce contexte. De même, l'implication des associations dans la prévention et dans le dispositif de prise en charge permettrait de toucher une plus large partie des usagers.
- les liens de confiance persistant avec des personnes de la famille, malgré une désocialisation effective, marquent l'impossibilité pour les familles de contribuer à leur niveau à la prise en charge de l'usager. Il conviendrait par conséquent de donner aux familles des outils pour leur permettre d'être acteur de la prise en charge. Des actions déjà en place, comme les groupes de paroles à l'intention des parents, pourraient être renforcées, de même de nouveaux projets pourraient être développés en ce sens, notamment la création d'espace de répit pour les familles.
- les améliorations à apporter supposent probablement un renforcement des liens organisationnels entre les différents acteurs, services hospitaliers, secteur médico-social et associatif. L'articulation des acteurs de la prise en charge des addictions, s'inscrit dans la mission du Réseau addictions Guadeloupe (RAG) récemment mis en place. Une implication des médecins libéraux, psychologues et infirmiers pour l'orientation des patients et également le développement des actions et des programmes du RAG pourraient être profitables à une prise en charge globale des usagers.

Le plan national de prise en charge et prévention des addictions, dont un des axes est de mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les centres médico-sociaux offre une opportunité unique pour la région d'intégrer les évolutions nécessaires et de les décliner dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé Publique.

Bibliographie

- Ballon N, Ursulet G, Merle S, Eynaud M, Charles-Nicolas A, and M. M. 2004. Excess of Psychoses Among the French West Indian Population. The Canadian Journal of Psychiatry 49:335-339.
- Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Toufik A, and Evrard I. 2007. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Septième rapport national du dispositif TREND, Saint Denis, OFDT:105.
- 3. **Charles Nicolas, A.** 1997. Crack et cannabis dans la Caraïbe. Ed. l'Harmattan.
- 4. **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé.** 2007. Les addictions dans les régions de France. Les études du réseau des ORS:101.
- Hachet, P. 2004. L'étiopathogénie transgénérationnelle des toxicomanes : étude critique des travaux existants. Evol. psychiatr. 69:690-700.
- Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants. 2006. Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006, Nanterre, OCRTIS.122.
- 7. Ragoucy-Sengler C, Simonetti M, and Kintz P. 2003. Cocaïne chlorhydrate et cocaïne base ou crack : quelles différences ? Psychotropes 9:9-29.
- United nations, and Office of drugs and crime. 2007. Colombia-Coca cultivation survey. UNODC Drug report:109.

Annexe 1. Composition du comité de pilotage de l'étude

Psychiatre, DIM du Centre hospitalier de Montéran, St Claude Directeur, Observatoire des inadaptations et du handicap (OIH) Médecin, COREDAF Michel EYNAUD Albert FLAGIE Mylène LIMA

JY MARCHALLANT Médecin, CSST St Martin

Pascale MELOT Directrice, Centre d'information et ressources sur les drogues et

dépendances (CIRDD) Guadeloupe/COGES Jocelyne MERAULT Nathalie NINNINE Mr RENE-CORAIL Médecin inspecteur de santé publique, DSDS Psychologue libérale, Pointe-à-Pitre

Pharmacien libéral, Gosier Médecin addictologue, Coordinateur du Réseau addictions Guadeloupe Assistante sociale, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale St Tony ROMUALD Isabelle SEGUIN

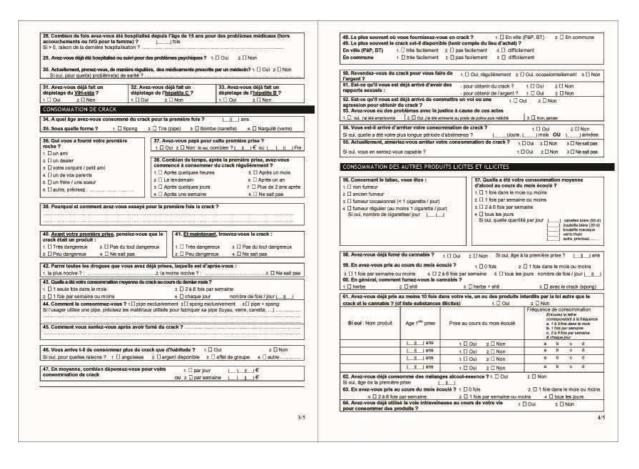
Vincent de Paul, Pointe-à-Pitre

Ruddy STRALKA Psychologue, COREDAF

Psychiatre, Centre Hospitalier LD Beauperthuy, Pointe-Noire

Monique VALLART
Pierre POLOMENI
Max THEODORE
Séverine FERDINAND Psychiatre, Chargé de mission DSDS sur les addictions en Guadeloupe Médecin de santé publique, Président de l'ORSaG Chercheur, Chargée d'études de l'ORSaG

		13. Combis ⊞ > 0, ye	en d'enfan voz-vous e			1.00	out, avec t	tous :	ı (I Oui,	avec certain		D Non	
ENQUETE O	CRACK 2006	14. Où logs	14. Où logez-vous actuellement ?										
Guarintoebe a	n sam-warun	15. S'agit-i	I d'un loge	ement		E. □ Autre.) ermanent		Provisore		s □ Ne sait			illin T
Numero de questionnaire	Numero de saleis :	16. Voyez-	vous vatre	famille.	régulière	ment?		+ □ Ou	ıı.	z 🛛 Non	-		
Lieu d'enquête : 1 [] Structure ; précisez		17. Sait-elle	e que vou	s prenez	du crack	2		1.00	ii .	z. 🗆 Non	1	□ Ne sait	t pas
Prison O Hors structure, commune	Date de l'entretien	18. Y a-t-iii									pouvez	compter	7
Commentaires enquêteur :	Initiales Enquêteur:	t 🗆 Oui 19. Que vo	us apport	e(nt) sett	te (ces) p		7			million.			
		28. Avez-v pensées, g Si mi, cela	ous dějá t jedět zafě)	bánáfició - ?			uel dans			1-11-0			
CRITERES D'INCLUSION		21. Et avan	d 7			v □ oui		z 🛘 Non.				-	
Consommez-vous du crack 1 □ Dul 2 □ No Stout à quand remonte votre dernière prise 1 □	moins d'un jour 2. 🗆 moins d'une semaine	HISTOIRE	FAMILIA	LE, JU	DICIAIRE	ET MEDI	CALE						
s. □ de 1 à 2 semaines . L □ de 15 jours à 1 mois	5. II de 1 à 3 mois 6. II au-detà pa par retare	22. Avec qu	NEW TOWN	ar laken	to when to	mortane e	want some	48 ans 2					
CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		1 D Pére et		nue vecu		cha san	walls 70s		En loyer	fumile d'a	Beupo		
1. Sexe 2. Date de 3. Lieu de naissane 1. ☐ Homme naissance 1. ☐ Guadelouce	t □ Seint-Martin t □ Française	z. □ Môre s	octo		* II (Frands-pare	irts	e. [3	Autro st	uation, préc	isez:		
2 ☐ Femme I = II = II = II 2 ☐ France métropi		23. Si vous	on Linear and dead	an infance		control of the second	dance an	no other and the	or dance	to decide the second second		etho main	
		drago(s) to	ison(s) ?	511									
Vivez-vous ki ? Guarraus (Viver) 1. □ Toujoure 2 Enon L L Lans 7. Avez-vous une profession, un mitter, une competence ? 1. □ Non scolar	± □ AME (Vote indender of PEast) 4 □ No sist pas Aveau d'étude le pilus élevé auquel vous étes parvenu ? 146 ± □ (voté enségnement général	24. Des per	rsonnes d	e votre f		t-elles eu d		làmes psy			difficul	tës ljóen	à une
vivez-vous kit ? command fivere 1. □ Topicore 2. Broon □ □ ans. 7. Avez-vous une profession, un matter, une competence ? 1. □ Column □ ans. 2. □ CAU 2. □ CAU 3. □ CAU 3. □ CAU 4. □ CAU 5. □ CAU 5. □ CAU 6. □ CAU 7. Avez-vous une profession un matter, une competence ? 8. Guel est le ni 1. □ Non sociale 2. □ CAU	2. AME (sale reletions offers) 4. Dike sist pas Press différate le plus élevé auquel vois êtes pervenu ? 16. Lyode ansiegrament pénéral 6. Endelgement auptheur	24. Des per	rsonnes d dion d'alo Coté Mat	e votre t ool, de d ernel	rogues ?	t-elles eu d	les probl	lèmes psy sternel	chelogiq		Frat	trie	
Vivez-vous ki ? □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ AME (Auto-indenses interes □ No suit pars Nossu d'Nutue for plus édeve auguel vous étes pervenu ? 1.0 □ Encégnament pénéral □ Encégnament aupérieur 7.0 □ No sel pos	24. Des per consumera	rsonnes d dion d'alo Coté Mub Alc	e votre t ool, de d ernei Drog		t-elles eu d	les probl Coté P Alc	lèmes psy sternel Drog	chologiq Psych	ues ou des	Frai Alc	trie Drog	Pay
vivez-vous ici ? Innervazi Silverii L I Toquori 2 Enon L L Lans 7, Avez-voes une profession, un mitter, une competence ? 1 Cul, procisez: 2 O Non 8. Quelle set votre silvuntion professionnelle actualle ? 9. Quelle est votre silvuntion professionnelle actualle ?	□ AME (Auto-induces official ⟨ □ No suit pass ⟨ □ No suit pass □ Line Service august voice Stee pervisiru ? □ Line Service august voice Stee pervisiru ? □ □ Line Service august au	24. Des per conscients	rsonnes d dion d'alo Cote Mub Alc	e votre t ool, de d ernei Drog	Psych	t-elles eu d Gd Mère	Coté P	lèmes psy sternel Drog	chologiq Psych	ues ou des	Frat Alc	Drog	Pay
viviez-vous lei ? immenze livrer L T T Guipter 2 Ensir L L L L 7 Avez-vous une profession, un mitter, une compétence ? L C Ou, précisez : P P L Ou, précisez : D V L Autrité Hemunérée continue	□ AME (Auto-indense ifEste) □ No sait par Neasu d* Sub-sist par Neasu d* Sub-sist par Lyose ensesymment ghröral □ Enseignement ghröral □ Enseignement aupdrieur 7. □ No sait pae 10. Combien d*argent avez-vous regu des sources subvastes au cours du dernier mois ?	24. Des per conscription (Id Môrei (Id Pôro	rsonnes d ation d'alo Coté Mat Alc U	e votre t oot, de d ernel Drog	Psych	Gd Were Gd Pêre	Coté Pr Afc	Stemes pay stemel Drog	Paych	Prère 1	Frai Alc	Drog	Pay
vives/vous ki ? namenas (vere) 1. □ Toujours 2. □ Rout 7. Avez-vous une profession, un mitter, une compétence ? 1. □ Cul, précisez: 2. □ Rout 2. □ Routes est voir situation professions actualle ? 1. □ Acturité érémunérée contraue 2. □ Acturité érémunérée contraue 3. □ Carbang évidenatrées claimes (abs.)	□ AME (Auto-indense ifEste) □ No sait par Neasu d* Sub-sist par Neasu d* Sub-sist par Lyose ensesymment ghröral □ Enseignement ghröral □ Enseignement aupdrieur 7. □ No sait pae 10. Combien d*argent avez-vous regu des sources subvastes au cours du dernier mois ?	24. Des per consciented dd Mêre Gd Pêro Mêre	rsonnes d dion d'alo Cote Mub Alc	e votre t ool, de d ernei Drog	Psych	Gd Mere Gd Pero	Coté P	lèmes psy sternel Drog	chologiq Psych	ues ou des	Frat Alc	Drog	Psy I
vivez-vous ici ? innernas livres 1. □ Toujours 2. Enon □ L L Lans 1. □ Régime dévéral 2. □ Colu, précisez: 1. □ Colu, précisez: 2. □ Non 3. Quelle est voir situation professionnelle actuelle ? 1. □ Admité émunérée outinue 2. □ L Admité émunérée intérnatée juitamente, jobs . 2. □ Cérolage (démarches dans les 3 demiers mois) 4. □ Prévate	BANE Auto-indenses into	24. Dee per consideration of More Tarries	rsonnes d ation d'alo Coté Mat Alc U	e votre t oot, de d ernel Drog	Psych	Gd Mère Gd Père Père Tante	Coté Pr Afc	Stemes pay stemel Drog	Paych	Prère 1	Frai Alc	Drog	Pay E
vivezvous is! ? innernas (iver I □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 7. Avez-vous une profussion, un mitter, une compétence ? I □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ AME (Atta Hiddense intities) □ No sait pass Nosait d'édude le plas élavé augusi voies êtes parvieur ? □ □ Se l'Upõé enseignement phrérair □ □ Enséignement aupérieur □ □ No sait pas 10. Combien d'argent avez-vois reçu des sources saivrantes au cours du dernier mois ? 1 Emploi y compts (Atta d'ennier mois ? 2 Chômage □ L L L E € □ A Adoctione (RML, AAH)	24. Des per consciented dd Mêre Gd Pêro Mêre	rsonnes d dion d'alo Coté Mate Alc ()	a votre t oot, de d ernel Drog	Psych	Gd Mere Gd Pero	Cote Pr Aic	Sternet Drog	Paych	Prère 1 Frère 2 Sceur 1	Frai Alc	Drog	Pay
vivez-vous sis ? mommas sives 1. □ Toujous 2. □ Room □ L. □ L. □ Rogime otherwise 1. □ Rod, room otherwise 1. □ Col., précisez: 2. □ Room □ L. □ Rogime otherwise 1. □ Col., précisez: 2. □ Room □ L. □ Rogime otherwise 2. □ Room □ L. □ Rogime otherwise 3. □ Collage (Collamine de la lighte président le cituelle ? 1. □ Activité démunérée continue 2. □ Chonage (Collamine dans les 3 dermiers mois) 4. □ Elbudant, lébre, single non rémunérée 6. □ Rogime (Lighte, pandie extracte authe démoks entravisitée)	□ AME (Auta-Indenses ifEste) □ No suit pass □ No suit pass □ No suit pass □ Lybos enseignament phinhai □ Lybos enseignament phinhai □ Enseignament aupotisur □ The neil pass 10. Combiten d'aurgent avez-vous reçu des sources suivanates au cours du demira mois ? □ Enseign (y compts) botel □ L Engla (y compts) botel □ Adoctions (RML AAH) □ L E E	24. Des per consorrers Gd Mére Gd Péro Mére Tante Citcle	raonnes di dion d'ato Coté Mate Alc D D	a votre t oot, de d ernel Drog	Psych C C C C C C C C C C C C C	Ga Mire Ga Père Père Tarrie Oncie	Cote Problem	binnes psy sterned Drog () () ()	Psych G G G	Frère 1 Frère 2 Bour 1 Sceur 2	Frai Alc	Drog	Pay D
vivez-vous kir ? mammas (siver) 1. □ Toujours 2. □ Sinon □ L. □ Lans 1. □ Regime général 1. □ Rouir général 1. □ Coul., spéciaez: 2. □ Coul., spéciaez: 2. □ Coul., spéciaez: 3. □ Coul., spéciaez: 3. □ Coul., spéciaez: 3. □ Coul., spéciaez: 3. □ Coul., spéciaez: 4. □ Lyche prufe 5. Queelle est votre situation professionnelle actuelle ? 1. □ Autrité émunérée contrue 2. □ Autrité émunérée contrue 2. □ Autrité émunérée contrue 3. □ Chonage (formatrise dans les 3 demicrs mois) 4. □ Pétidale 5. □ Etudant, (éleve, stage non rémunéré 6. □ Retraile 1. □ Autrité (éve, stage non rémunéré 6. □ Retraile 2. □ Ne ser jes et votre autre dansk minérálé)	□ AME (Atta Hiddense intities) □ No sait pass Nosait d'édude le plas élavé augusi voies êtes parvieur ? □ □ Se l'Upõé enseignement phrérair □ □ Enséignement aupérieur □ □ No sait pas 10. Combien d'argent avez-vois reçu des sources saivrantes au cours du dernier mois ? 1 Emploi y compts (Atta d'ennier mois ? 2 Chômage □ L L L E € □ A Adoctione (RML, AAH)	24. Dee per consideration of More Tarries	raonnes di dion d'ato Coté Mais Alc D D D	a votre t oot, de d ernel Drog	Psych O O O O O O O O O O O O O	Ga Mire Ga Père Père Tarrie Oncie	Cote Problem	binnes psy sterned Drog () () ()	Psych G G G	Frère 1 Frère 2 Bour 1 Sceur 2	Frai Alc	Drog	Pay D D D D
vives/vous kit? immenses level 1. Toujours 2. Enon	⇒ □ AME (Auto-indenses ifEsis) 4 ○ No sait pair Neau d'étude le plus élévé auquel voise éles parvenu ? 6 □ □ Disagnament aupérieur 7 □ No sait pair 10, Combien d'airgent avez-vous reçu des sources suivantes au cooirs du dérnier mois ? 1 □ Ensignit y compte jobo 1 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	24. Due per conscress Gd Mère Gd Père Môre Tarris Cricle	raonnes d dion d'alo Coté Mab Alc D D D D D D D D D D D D D	e votre tood, de dernel Drog	Psych O O O O O O O O O O O O O	Ga Marie Ga Péro Péro Tante Oncie	Cots P. Alc	Names pay internet Drog U U U U U U U U U U U U U	Psych G G G G G G G G G G G G G	Frère 1 Frère 2 Bour 1 Sceur 2	Frai	Drog	Pay
vivez-vous lei ? innernas livere	⇒ □ AME (Auto-indenses ifEsis) 4 ○ No sait pair Neau d'étude le plus élévé auquel voise éles parvenu ? 6 □ □ Disagnament aupérieur 7 □ No sait pair 10, Combien d'airgent avez-vous reçu des sources suivantes au cooirs du dérnier mois ? 1 □ Ensignit y compte jobo 1 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	24. Des per consocreral Gd Mères Gd Pères Môres Tamin Cincin	reonnes di dion d'alor Coté Mate Alc D D D D D D D	e votre t oot, de d ernel Drog D D D D D D	Psych O O O O O Solit dis	Ga Mère Ga Père Père Tante Oncie	Cote Pr Alc	Names pay internet Drog II I	Paych	Frère 1 Frère 2 Sceur 1 Sceur 2 Sceur 2	Frai	Drog	Pay
vivez-vous lei ? innernas livere	⇒ □ AME (Ada indexise intitle) ⇒ □ As sait pair Nesal d'édude le plus élavé augusi voies étes pervienu? ⇒ □ Upõés enseignement phrérair ⇒ □ Enséignement aupérisur 7. □ Ne sait pair 90. Combine d'ampent avez-vois reçu des sources saivanates au colon du dernier mois ? • Emisel y compte (soel	24. Das per conscrens Gd Méres Gd Pérco Méres Tarrifo Chicle 25. Penneux 1. II Chil 26. Vous-en	raonnes di dion d'alto di dion d'alto Cote Mab Alc D D D D D D D D D D D D D	e votre t oot, de d ernel Drog D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Paych Paych solt die solt die sphate er	Ga Mère Ga Père Père Tante Oncie Oncie	Cote Problem of the p	Names pay internet Drog II I	Psych D D D D D D D D D D D D D	Frère 1 Frère 2 Sceur 1 Sceur 2 Sceur 2	Alc	Drog	Pay
vivez-vous kir ? mammas fever 1. □ Toujours 2. □ Sinon □ L. □ Lans 1. □ Regime général 2. □ CANU 2. □ CANU 3. □ CANU 3. □ CANU 3. □ CANU 3. □ CANU 4. □ CANU 5. □ CANU 5. □ CANU 6. □ Régime général 6. □ Lyche profe 6. □ Lyche profe 6. □ Régime général 7. □ Autre démunérée controur 6. □ CANU 6. □ CANU 6. □ Régime 7. □ Autre fainumérée controur 6. □ CANU 6. □ CANU 6. □ Régime 7. □ Autre fainumérée controur 6. □ CANU 6. □ Régime 7. □ Autre fainumérée controur 6. □ Régime 8. □ CANU 6. □ Régime 8. □ Lyche profe 1. □ Autre fainumérée controur 9. □ Eutraliant, létive, s'aligne non rémunée de dennix eniversitée 6. □ Régime 6. □ Régime 7. □ Autre fainumérée, s'aligne non rémunée dennix eniversitée 6. □ Régime général 7. □ CANU 7. □ CANU 7. □ CANU 7. □ Lyche profe 8. □ Lyche profe 9. □ Lyche profe 1. □ Lyc	⇒ □ AME (Ada indexise intitle) ⇒ □ As sait pair Nesal d'édude le plus élavé augusi voies étes pervienu? ⇒ □ Upõés enseignement phrérair ⇒ □ Enséignement aupérisur 7. □ Ne sait pair 90. Combine d'ampent avez-vois reçu des sources saivanates au colon du dernier mois ? • Emisel y compte (soel	24. Des per consorrers Gd Mère Gd Père Mère Tantis Cinde 25. Pensez 1 □ Gul 26. Vous-a- Si qui, somi	raonnes di dion d'alto di dion d'alto Cote Mab Alc D D D D D D D D D D D D D	e votre t oot, de d ernel Drog D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Paych Paych solt die solt die sphate er	Ga Mère Ga Père Père Tante Oncie Oncie	Cote Problem of the p	Names pay internet Drog II I	Psych D D D D D D D D D D D D D	Frère 1 Frère 2 Bœur 1 Sœur 2 Sœur 2 Seauk 7	Alc	Drog	Pay D
vives/vous kir ? immense livered	⇒ □ AME (Ada indexise intitle) ⇒ □ As sait pair Nesal d'édude le plus élavé augusi voies étes pervienu? ⇒ □ Upõés enseignement phrérair ⇒ □ Enséignement aupérisur 7. □ Ne sait pair 90. Combine d'ampent avez-vois reçu des sources saivanates au colon du dernier mois ? • Emisel y compte (soel	24. Des per consorrers Gd Mère Gd Père Mère Tantis Cinde 25. Pensez 1 □ Gul 26. Vous-a- Si qui, somi	raonnes di dion d'alto di dion d'alto Cote Mab Alc D D D D D D D D D D D D D	e votre t oot, de d ernel Drog D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Paych Paych solt die solt die sphate er	Ga Mère Ga Père Père Tante Oncie Oncie	Cote Problem of the p	Names pay internet Drog II I	Psych D D D D D D D D D D D D D	Frère 1 Frère 2 Bœur 1 Sœur 2 Sœur 2 Seauk 7	Alc	Drog	Pay



Profil et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe



Annexe 3. Profession ou compétence des usagers

Professions, compétences recensées	Nombr (n = 16	e d'usagers (%) 3)
BTP (maçon, peintre, carreleur)	32	(19,6)
Restauration (chef de rang, commis de cuisine, serveur)	15	(9,2)
Agent entretien espaces verts/ horticulteur	11	(6,7)
Charpentiers (bois, métal)/menuisier/ ébéniste	10	(6, 1)
Electricien/électrotechnicien	9	(5,5)
Artistes (peintre, danseur, musicien, mannequin)	9	(5,5)
Mécanicien	7	(4,3)
Agent de sécurité	6	(3,7)
Aide ménagère/nettoyage industriel	6	(3,7)
Boulanger/pâtissier	6	(3,7)
Plombier	4	(2,5)
Soudeur	4	(2,5)
Chef d'animation/ monitrice	4	(2,5)
Marin pêcheur/chasse sous marine	4	(2,5)
Agent commercial	4	(2,5)
Agriculteur/ouvrier agricole	3	(1,8)
Agent de services administratifs/secrétariat	3	(1,8)
Artisan	3	(1,8)
Transport (livreur, routier)	2	(1,2)
Cariste/ conducteurs d'engins/ manutention	2	(1,2)
Capitaine bateau/ technicien nautique	2	(1,2)
Coiffeur	2	(1,2)
Agent comptable	2	(1,2)
Ouvrier industrie	1	(0,6)
Pompiste	1	(0,6)
Technicien froid et dimatisation	1	(0,6)
Technicien radio	1	(0,6)
Vendeur	1	(0,6)
Travailleur social	1	(0,6)
Assistante maternelle	1	(0,6)
Manager banque	1	(0,6)
Manager casino	1	(0,6)
Lad	1	(0,6)
Journaliste	1	(0,6)
Ouvrier polyvalent	1	(0,6)
Relieur	1	(0,6)

Annexe 4 : Représentations sociales du crack en Guadeloupe et à Saint-Martin, enquête IPSOS

Seuil de dangerosité de la consommation de crack

	Guadeloupe	Saint-Martin
Changeons de sujet et parlons de	Effectif	Effectif
drogue, et plus particulièrement du	%	%
crack. Selon vous, à partir de quand		
devient-il dangereux pour la santé de		
fumer du crack ?		
TOTAL	501	75
TOTAL	100,0%	100,0%
C'est dangereux dès qu'on l'essaie	436	64
C est dangereux des qu'on ressale	87,1%	85,9%
C'est dangereux à partir du moment où	10	4
on en fume de temps en temps	1,9%	5,7%
C'est dangereux à partir du moment où	27	4
on en fume tous les jours	5,4%	5,7%
Cette droque n'est jamais dangereuse pour la santé	3	0
Cette drogue il est jamais dangereuse podi la sante	0,7%	0,0%
(NSP/ne se prononce pas)	25	2
(NSF/fie se profiorice pas)	4,9%	2,7%

Image des consommateurs de crack

Je vais vous proposer un certain nombre d'affirmations que l'on peut entendre dans notre société antillaise.	Guadeloupe Il est possible de fumer du crack tout en continuant à vivre normalement (avoir un travail, une famille)	Ceux qui fument du crack manque nt de volonté.	Ceux qui fument du crack le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société.	Il faudrait Isoler ceux qui fument du crack du reste de la population.	Ceux qui fument du crack sont des parasite s.	Ceux qui fument du crack sont dangereux pour leur entourage
TOTAL	501	501	501	501	501	501
	100,0 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Tout à fait d'accord	44	173	86	94	78	294
	8,9 %	34.6%	17.1%	18.8%	15.6%	58.6%
Plutôt d'accord	50	134	92	65	61	147
	9,9 %	26.8%	18.3%	13.0%	12.3%	29.4%
% d'accord	94	307	178	159	140	441
	18,8 %	61.4%	35.4%	31.8%	27.9%	88.0%
Plutôt pas d'accord	76	79	129	121	113	20
	15,1 %	15.7%	25.8%	24.2%	22.6%	4.0%
Pas du tout d'accord	274	59	143	192	201	12
	54,7 %	11.9%	28.5%	38.4%	40.2%	2.4%
(NSP, ne se prononce pas)	57	55	51	28	47	28
	11,5 %	11.0%	10.3%	5.7%	9.3%	5.5%

Je vais vous proposer un certain nombre d'affirmations que l'on peut entendre dans notre société antillaise.	Saint-Martin Il est possible de fumer du crack tout en continuant à vivre normalement (avoir un travail, une famille)	Ceux qui fument du crack manquent de volonté.	Ceux qui fument du crack le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société.	Il faudrait isoler ceux qui fument du crack du reste de la population.	Ceux qui fument du crack sont des parasite s.	Ceux qui fument du crack sont dangereux pour leur entourage
TOTAL	75	75	75	75	75	75
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tout à fait d'accord	2 2,9%	23 31,0%	8 11,0%	4 5,5%	5 7,3%	31 41,9%
Plutôt d'accord	10	25	26	13	14	30
	13,1%	32,9%	34,4%	17,1%	18,5%	40,5%
% d'accord	12	48	34	17	19	62
	16,0%	63,9%	45,4%	22,6%	25,8%	82,4%
Plutôt pas d'accord	17	13	22	32	26	7
	23,2%	17,1%	30,0%	43,3%	35,1%	9,5%
Pas du tout d'accord	40	7	12	24	24	2
	53,7%	9,9%	16,2%	31,5%	32,4%	3,3%
(NSP, ne se prononce pas)	5 7,2%	7 9,1%	6 8,4%	2 2,7%	5 6,7%	4 4,8%

Consommateur de crack dans l'entourage

	Guadeloupe	Saint-Martin
Connaissez-vous personnellement des	Effectif	Effectif
personnes qui fument du crack dans votre entourage familial ou dans votre voisinage?	%	%
TOTAL	501	75
TOTAL	100.0%	100,0%
Oui dans votro famillo procho	19	9
Oui, dans votre famille proche	3.7%	11,4%
Oui, dans votre famille éloignée	14	2
Oui, dans votre familie eloignee	2.8%	2,1%
Oui, chez vos voisins	101	10
Oui, chez vos voisins	20.1%	13,6%
Oui, chez vos amis	46	12
Oui, chez vos anns	9.2%	15,7%
Non, ne connaît pas personnellement de	345	49
personnes qui fument du crack	68.8%	65,2%

Sentiment d'insécurité

	Guadeloupe	Saint-Martin
Vous êtes-vous déjà senti en insécurité	Effectif	Effectif
cause de personnes fumant du crack ?	%	%
TOTAL	501	75
TOTAL	100.0%	100,0%
Oui au centre ville	143	17
Our au centre vine	28.4%	22,9%
Oui, dans une autre commune de l'île	89	9
Oui, dans une autre commune de rue	17.7%	12,0%
Non	319	52
NOT	63.8%	69,7%

Victime de violence

Avez-vous personnellement déjà été victime ?	Guadeloupe De conflits, désaccords, avec des personnes de votre entourage proche qui fument du crack	De violences, d'agressions physiques ou de Menaces avec arme (couteau, arme à feu) par des usagers de crack	Saint-Martin De conflits, désaccords, avec des personnes de votre entourage proche qui fument du crack	De violences, d'agressions physiques ou de menaces avec arme (couteau, arme à feu) par des usagers de crack
TOTAL	501	501	75	75
	100.0%	100.0%	100,0%	100,0%
Oui	43	41	7	4
	8.6%	8.2%	9,7%	5,5%
Non	458	460	68	71
	91.4%	91.8%	90,3%	94,5%

Structures d'aides en général

	Guadeloupe	Saint-Martin
Pour lutter contre le crack, les autorités	Effectif	Effectif
sanitaires envisagent de créer des	%	%
structures d'aide pour les personnes qui		
fument du crack. Seriez-vous favorable		
au développement de telles structures?		
TOTAL	501	75
IOIAL	100.0%	100,0%
Très favorable	369	38
ires lavorable	73.7%	50,8%
Plutôt favorable	98	28
Plutot lavorable	19.5%	36,9%
Diutât noo favorable	17	4
Plutôt pas favorable	3.5%	5,5%
Book dealers from the	16	5
Pas du tout favorable	3.3%	6.7%

Structures d'aides dans son quartier

	Guadeloupe	Saint-Martin
Et seriez-vous favorable à la création d'une structure d'aide pour les personne qui fument du crack dans votre quartier	Effectif %	Effectif %
TOTAL	467	66
	100.0%	100,0
Très favorable	204	26
	43.6%	39,8
Plutôt favorable	157	32
	33.7%	47,9
Plutôt pas favorable	47	6
	10.1%	8,5
Pas du tout favorable	59	3
Pas du tout ravorable	12.6%	3,9



Annexe 6. Liste des structures recensées

N° ID	Structures	Adresse postale	Code Postal	Ville
	Secteur sanitaire			
1	Unité de soins et de liaisons en addictologie (USLA)	CHU PTP Abymes	97 139	Les Abymes
2	Service médico psychologique régional (SMPR)	Fond Sarail	97 122	Baie-Mahault
3	Service médico psychologique régional (SMPR)	6, Bld Felix Eboué	97 100	Basse-Terre
4	UCSA	Fond Sarail	97 122	Baie-Mahault
5	Centre Hospitalier LD Beauperthy	Mahault	97 116	Pointe-Noire
6	Centre Hospitalier de Montéran	1 ^{er} Plateau	97 120	St-Claude
	Secteur médico-social			
7	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)	29. rue Baudot	97 100	Basse-Terre
8	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) du COREDAF	Immeuble BDAF, 2ème étage, Bld Légitimus	97 110	Pointe-à-Pitre
9	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)	6. rue Fichot	97 150	St Martin
-	Secteur social et associatif	-,	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
10	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) St Vincent de Paul	3. rue de l'Assainissement - n° 12 - BP 520	97 148	Les Abymes
11	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	120, rue Gratien Candace Cité Chaulet	97 113	Baillif
12	Association "STOP"	Morne DDE - Chauvel	97 139	Les Abymes
13	Association "Contact rue"	86, Faubourg-Vieux Bourg	97 139	Les Abymes
14	Association « Réseau Ville-Hôpital » (ARVHG)	222, route de Chauvel	97 139	Les Abymes
15	Association « Flè a mango »	===, roato do oridaro:	97 190	Gosier
16	Association Entraid' Guadeloupe	Capitaine Langlois - Appt 3100 - Esc - Grand Camp	97 139	Abymes
17	SCEP	18. rue Lethière	97 100	Basse-Terre
18	SCEP	Immeuble Filaos-Porte 101 Lacroix	97 139	Les Abymes
19	SERI	51 bis. rue Barbès	97 110	Pointe-à-Pitre
20	CISMAG	Av des Caraïbes-Imm Lacavé	97 134	Saint-Louis
21	Animobiles du Nord	Riflet	97 126	Deshaies
22	EDSU EDSU	imm de la bibliothèque	97 130	Capesterre-BE
23	Association La chaloupe (ACESF) SPRAID	SPRAID la saline beausejour	97 127	Désirade
24	APAPED	26, rue de la république	97 118	St François
25	ASSIVAMONT	Le Boura	97 119	Vieux-habitants
26	Accueil de jour Manteau St Martin (CAHU)	Rue du Fort-Louis Marigot	97 150	St Martin
24	Cap'Avenir	32. rue de Montauban	97 190	Gosier
28	Vainqueur ministère	41, Felix Eboué	97 170	Petit-Bourg
29	Association JARICOT Service	Angle rues Delgrès et Brissac	97 110	Pointe-a-Pitre
30	Régie de guartier Grand-Camp solidaire	Résidence Les Colinettes - Bât. 21 - n° 214 - Grand Camp	97 110	Les Abymes

Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe

La consommation de crack apparaît dans les années 1980 en Guadeloupe. La consommation régulière de crack crée une forte dépendance psychique et une neurotoxicité importante. Du fait de l'insuffisance des données existantes pour la Guadeloupe et du caractère illégal de la consommation, la connaissance des problèmes liés à l'usage du crack reste lacunaire. Afin d'apporter les éléments de connaissance nécessaires à la déclinaison régionale du plan national sur la prévention et la prise en charge des addictions, l'étude avait pour objectifs spécifiques de décrire les profils et trajectoires des usagers de crack et de recueillir le point de vue de la population générale.

En 2007 ont été interrogés 199 personnes ayant consommé du crack dans les 3 mois précédant l'enquête. Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive et de tests analytiques le cas échéant.

La moyenne d'âge des usagers est de 37 ans et les femmes représentent 11 % des usagers de l'échantillon d'étude. La situation sociale est marquée par un statut professionnel précaire (70 % activité intermittente ou RMI); 60 % de familles monoparentales. Quarante quatre pour cent des usagers rapportent l'existence de problèmes psychologiques et/ou des difficultés liées à une consommation d'alcool et/ou de drogue dans leur famille. La consommation de crack est initiée à 24 ans en moyenne, le principal motif évoqué est la curiosité. Les consommateurs excessifs de crack (plus de 8 prises par jour) ont une consommation quotidienne de tabac et d'alcool plus fréquente que les autres (28 % vs 7 %). Ils ont plus souvent recours à l'acte sexuel pour obtenir de l'argent ou du crack (16,1 % vs 4,8 %) et sont également incarcérés plus fréquemment (69 % vs 41 %). Les consommateurs de produits illicites autres que le crack ou le cannabis (25 %) sont davantage des usagers nés hors de Guadeloupe (37 % vs 17 % nés en Guadeloupe). Ils semblent avoir été initiés au crack plus tardivement (27 vs 22 ans pour les usagers n'ayant pas consommés de produits illicites autres). Trois quarts des usagers désirent arrêter leur consommation parmi eux, 83 % s'en sentent capables. Des réticences à fréquenter les structures de soins persistent et les structures sanitaires ou médico-sociales d'aide sont peu fréquentées (17 %). Les usagers ayant consommé des produits illicites, autres que crack et cannabis, fréquentent plus souvent les structures.

A la lumière de ces résultats et pour optimiser la prise en charge des usagers de crack en Guadeloupe, il apparaît nécessaire de mettre encore davantage l'accent sur la valorisation de la prise en charge sanitaire en renforçant l'implication des associations et de la famille dans la prise en charge des usagers : cela passe sans doute par l'amélioration de la coordination de tous les intervenants.

©OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE GUADELOUPE (ORSaG)

1301 Cité Grain d'Or –Avenue Sidambarom 97100 Basse-Terre

Tél.: 0590 387 448 // Fax: 0590 387 984

Email: contact@orsag.org

Web: http://www.orsag.org

Siret: 481 690 782 00026 // Code APE: 9499Z