

12. Cocaine and Crack Use: prevalence, risks and responses

Cadet-Tairou Agnès, Toufik Abdalla, Gandilhon Michel, Milhet Maïtena, Bello Pierre-Yves et le réseau TREND

En France, abstraction faite d'une courte période aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. L'augmentation, depuis 1995 environ, de l'usage de cocaïne représente une rupture dans l'histoire de ce produit. C'est au cours des années 1990 que l'on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis l'élargissement relatif de la forme basique (free base ou crack) (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004; Bello et al., 2005).

Enfin, entre 2000 et 2005, on assiste à une accélération de la diffusion de la cocaïne, avec un taux d'usage au cours de l'année multiplié par 2 ou 3 selon les populations considérées. On estime à 200 000 le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne en 2005, effectif qui reste modéré au regard de la taille de la population

S'agissant plus spécifiquement de la diffusion de la forme base de la cocaïne, son usage aurait été introduit presque simultanément par deux groupes distincts s'adressant à deux profils de consommateurs :

- des personnes ayant voyagé ou séjourné aux Etats-Unis au cours des années 80 l'auraient introduite sous le nom de free-base en métropole auprès du milieu relativement aisé des sniffeurs de cocaïne en poudre, ces usagers basant habituellement eux-mêmes la cocaïne³⁵ ;
- des personnes d'origine antillaise auraient favorisé sa diffusion à Paris dans le milieu de la rue, exclusivement sous l'appellation crack, qu'ils vendent déjà basée sous la forme d'un caillou.

Cette double origine a probablement contribué à créer la confusion autour de l'appellation de la forme base appelée crack par les uns et free-base par les autres, en croyant évoquer deux produits différents.

En métropole, c'est à Paris que le crack fait son apparition. L'existence d'une scène ouverte dans le nord de la capitale a servi de plateforme à sa diffusion. Lors de sa première apparition à Paris autour de 1990, les consommateurs, comme les petits trafiquants, sont issus de la zone caraïbe. L'élargissement à d'autres groupes ethniques, Français et Maghrébins pour la consommation, et Africains pour le petit trafic, ainsi que vers d'autres départements métropolitains (sous l'appellation free base notamment), n'est intervenu que quelques années plus tard (Bello et al., 2005). La consommation de cocaïne basée sous l'appellation crack semble cependant rester numériquement et géographiquement limitée en métropole, en comparaison des craintes d'épidémie qu'a suscité la situation des Antilles françaises et de la Guyane. L'usage de la forme free-base touche à Paris une frange de

35 Etienne Matter (A.S.U.D.): Rapport national sur le 'Freebase' et le 'Crack', janvier 2003 (rapport non publié réalisé dans le cadre de dispositif TREND)

nouveaux consommateurs : jeunes précarisés issus du milieu festif ou jeunes des cités (CEIP de Marseille, 2005).

Observation des usages de cocaïne et de crack

La consommation : une forte croissance mais un niveau encore modéré

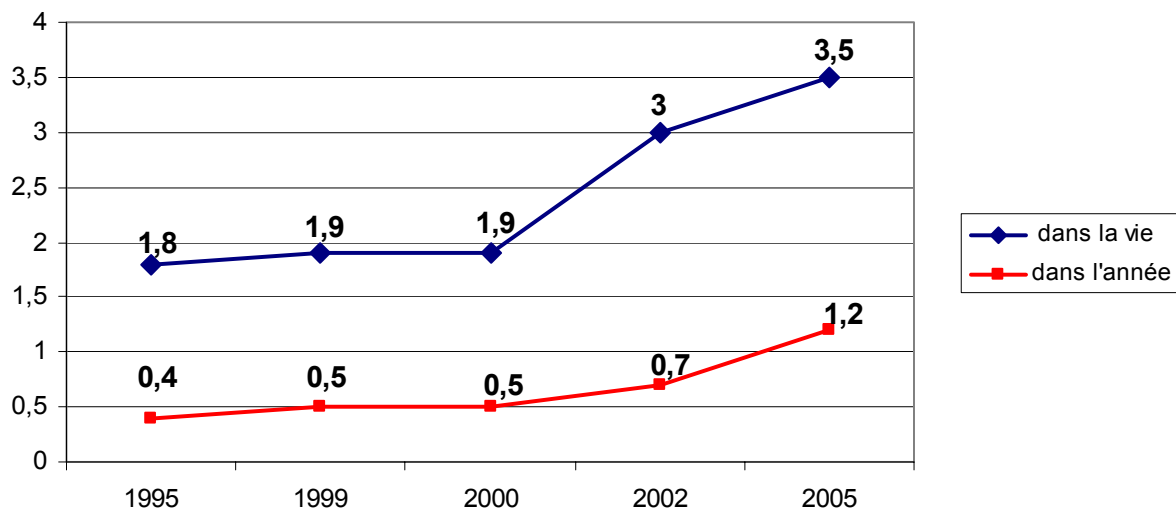
Une extension de la consommation en population générale

En 2005, 2,6 % des 15-65 ans en France ont expérimenté la cocaïne. Si cette prévalence reste faible au regard de la consommation d'autres psychotropes tels que le cannabis, le produit apparaît toutefois très accessible puisque 8 % des 15-65 ans s'en sont déjà vu proposer (Beck et al., 2006). C'est dans la tranche d'âge des 25-34 ans que l'on trouve la proportion la plus importante de personnes ayant essayé la cocaïne puisqu'elle s'élève à 4 %, contre 3,4 % pour les 18-25 ans et 1,3 % pour les 45-64 ans (Beck et al., 2006). L'âge moyen d'initiation chez les 15-64 ans se situe à 22,6 ans (Beck et al., 2006).

On estime que 200 000 personnes en ont consommé dans l'année 2005 soit 0,6 % des 15-65 ans. Ce taux atteint 1,5 % chez les 18-25 ans. Les hommes en consomment trois fois plus fréquemment que les femmes (0,9 % vs 0,3 %).

L'usage de cocaïne est le plus souvent rencontré chez les jeunes adultes et chez les jeunes. En 2005, parmi les jeunes de 17 ans, on estime que 2,0 % des filles et 3,0 % des garçons ont déjà expérimenté la cocaïne (ensemble, 2,5 %) (Beck et al., 2006). Ces données recueillies lors de la journée citoyenne obligatoire pour tous les jeunes Français(es) entre 17 et 18 ans sont cohérentes avec les données de l'enquête ESPAD qui relève que 2,6 % des garçons et 2,0 % des filles de 16-17 ans avaient, en 2003, expérimenté la cocaïne (Choquet et al., 2004). Au plan géographique c'est sur les régions du pourtour méditerranéen que l'expérimentation à 17 ans est la plus fréquente (3,1 % vs 1,9 % sur le reste de la France d'après les données 2002-2003), même si les écarts demeurent limités (Beck et al., 2005).

Figure 10. Evolution de la fréquence de la consommation de cocaïne chez les Français âgés de 15 à 34 ans (1995-2005)



Source : Baromètre Santé, OFDT/ INPES, exploitation OFDT.

L'ensemble des indicateurs disponibles montre un élargissement de la consommation de cocaïne. En effet, l'expérimentation en population générale (15-65 ans) a plus que doublé en 10 ans (1,1 % en 1995, 1,6 % en 2000 et 2,6 % en 2005). L'usage dans l'année chez les 15-64 ans a, quant à lui, triplé entre 2000 et 2005 (0,2 % en 2000, 0,6 % en 2005) (Beck et al., 2006).

Chez les plus jeunes, l'accélération apparaît plus rapide. En 2000, 0,6 % des filles avaient expérimenté la cocaïne à 17 ans. Elles étaient 1,1 % en 2003 et 2,0 % en 2005. Chez les garçons de 17 ans l'expérimentation est passée d'1,3 % en 2000 à 2,0% en 2003 et enfin à 3,0 % en 2005 (Beck et al., 2006).

Les milieux sociaux touchés par l'usage de cocaïne sont devenus assez hétérogènes : il est donc difficile de dessiner un profil type du consommateur. La cocaïne n'est dorénavant plus seulement utilisée par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des usagers de drogues très marginalisés, mais touche également les classes économiques moyennes ou encore des usagers rencontrés en milieu festif (Bello et al., 2005). Un noyau de consommateurs est cependant identifié, composé essentiellement des personnes fréquentant les milieux de la nuit et de la fête, des ex-toxicomanes substitués à la méthadone et au Subutex® et enfin des usagers de drogues plus ou moins marginalisés pouvant fréquenter les structures dites de « bas seuil ».

Une substance bien implantée en milieu festif

Dans l'espace festif « musique électronique » des cinq villes (Nice, Toulouse, Rennes, Bordeaux, Metz) ayant participé à une enquête en 2004-2005, 34,6 % (n=1496) des personnes déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours du mois écoulé et plus des deux tiers en ont pris au moins une fois dans leur vie. Les personnes enquêtées sont 6,1 % à déclarer avoir consommé du crack/free-base au cours du mois écoulé. A noter aussi la faible prévalence de la consommation quotidienne de cocaïne et de crack au sein de cette population essentiellement festive, laquelle atteint respectivement 2.7% (14/518) et 3.2% (3/91) (Reynaud-Maurupt, à paraître).

La fréquence de la consommation de cocaïne varie selon les différents « groupes d'affinité » identifiés au sein de cette population festive. Ces « groupes d'affinité » correspondent à une typologie des populations fréquentant l'espace festif électro. Construite sur la base d'une étude ethnographique, ils se constituent à partir du style de musique privilégiée et des établissements fréquentés.

Tableau 26. Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population fréquentant l'espace « musique électronique », 2004-2005

Groupes d'affinité	Consommation	Dans le mois		Au moins pluri hebdomadaire
		Non basée	Basée	
« Alternatif »	(free party, rave), n=276	50,0 %	13,4 %	16,0 %
« Soirées urbaines »	Pubs, n=398	27,1 %	4,5 %	8,0 %
« Clubbing »	Boites, clubs électro, n=430	27,9 %	1,4 %	11,2 %
« Select	Boites par cooptation, pubs « sélectif s », n=192	27,1 %	1,6 %	10,4 %

Source : Reynaud-Maurupt (Reynaud-Maurupt, 2006, à paraître)

Le groupe d'activité Alternatif comprend la population qui fréquente les rave parties et la population qui fréquente les free parties.

Le groupe d'affinité Urbain comprend des personnes qui se retrouvent dans les pubs ou plus rarement dans des soirées ponctuelles dans des salles louées qui rassemblent moins de 1000 personnes, exceptionnellement lors d'un festival « Electro ».

Le groupe d'affinité Clubbing rassemble des amateurs de soirées se déroulant dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetée « Club électro ».

Le groupe d'affinité select fréquente des boîtes dans lesquelles il faut toujours être co-opté pour entrer ou des pubs dont l'accès est libre mais dans lesquels une sélection par l'habillement s'opère, du fait de l'obligation d'une tenue correcte (Reynaud-Maurupt, à paraître).

Une consommation fréquente chez les usagers de drogue en contact avec les structures de réduction des risques et les structures socio-sanitaires.

Parmi les usagers de drogues rencontrés dans les structures de bas seuil³⁶, les dernières données dont on dispose (2003) montrent que 35 % des personnes ayant répondu à l'enquête menée auprès des structures de première ligne en ont consommé au cours du mois écoulé (Bello et al., 2004).

Alors que pour la cocaïne poudre, la part des consommateurs quotidiens varie de 25 % en 2001 à 8 % en 2003, elle se situe aux alentours de 40 à 50 % pour la cocaïne basée, soit, en fonction de l'année, deux à quatre fois plus que la part des consommateurs quotidiens de cocaïne. Cette différence peut s'expliquer, au moins en partie, par les caractéristiques sociodémographiques des usagers ; plutôt intégrés et ayant une modalité de consommation plutôt occasionnelle de type « festif » dans le cas de la cocaïne et très marginalisés, aux modalités de consommation plutôt compulsives quand il s'agit du crack (Bello et al., 2005).

Tableau 27. Part des consommateurs de cocaïne et de crack/free base au cours des derniers 30 jours parmi des usagers de structures première ligne

		Cocaïne		Crack/free base	
		Dans les 30 jours	dont quotidiennement	Dans les 30 jours	dont quotidiennement
2001*	(n=799)	39 %	25 %***	20 %***	50 %***
2002*	(n=964)	42 %	19 %	26 %	39 %
2003*	(n=1082)	35 %	8 %	18 %	40 %

*** La question posée ne mentionne pas la free base

Sources : Données et exploitation : * TREND/OFDT ; (Bello et al., 2003; Bello et al., 2004; Bello et al., 2005).

³⁶ Correspond à l'espace urbain dans le dispositif de recueil d'information TREND de l'OFDT : l'ensemble des lieux de la ville où l'on peut observer des usagers actifs de drogues. Il se compose, pour l'essentiel, des personnes que l'on peut rencontrer dans les structures d'accueil dites de « bas seuil » ou de première ligne (boutiques et programmes d'échange de seringues), dans certains centres de soins spécialisés et dans des lieux « ouverts » tels la rue et les squats.

Parmi les usagers des structures première ligne en 2003, l'âge moyen des consommateurs récents de chlorhydrate de cocaïne est de 28,4 mois contre 31,7 pour les non utilisateurs. Les $\frac{3}{4}$ des usagers ont moins de 32 ans. Il s'agit d'hommes 4 fois sur 5. Près de 60 % des consommateurs ont expérimenté la cocaïne pour la première fois entre 17 et 22 ans (Bello et al., 2005). Les usagers de la forme basée de la cocaïne vus dans ce cadre sont plus âgés. Ils ont en moyenne 32,5 ans et 41 % d'entre eux ont 35 ans ou plus. On trouve également 4 hommes pour une femme (Bello et al., 2005).

Si dans les structures de réduction des risques la part des usagers de drogues consommant de la cocaïne semble stable, elle augmente régulièrement depuis 2001 dans les structures socio-sanitaires spécialisées dans l'usage de drogues : 8 % en 2001, 9 % en 2002, 10 % en 2003 et 11 % en 2004 (CEIP de Marseille, 2005). Parmi eux, 20 % ont une consommation quotidienne.

En France métropolitaine, la consommation de cocaïne base sous l'appellation crack reste relativement concentrée dans le nord-est de Paris (18ème arrondissement et dans les arrondissements voisins) avec une tendance à l'extension dans le département de Seine Saint Denis. Ces quartiers concentreraient une population de 2000 à 3000 toxicomanes (Lebeau, 2006).

Le groupe particulier des usagers de crack du nord-est parisien a fait l'objet d'une étude spécifique non publiée à ce jour qui montre surtout l'extrême précarité sociale de cette population (absence de logement stable, absence d'accès aux droits qui se traduit par une absence de papiers d'identité, une absence de couverture sociale et de travail) et objective son faible niveau d'accès aux soins. Ces usagers multiplient les prises de risques et peuvent avoir de longues périodes de consommation (3 jours consécutifs par exemple) sans manger ni dormir. L'absence de logement les prive de tout hygiène élémentaire (Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005). Cette population est constituée d'hommes à 80 %. Les âges s'étendent de 18 à 57 ans pour un âge moyen de 36 ans (Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Le crack, drogue la plus consommée aux Caraïbes

Dans les trois départements d'outre-mer, Martinique, Guadeloupe et Guyane, la situation est sensiblement différente dans la mesure où le crack est le produit illicite le plus répandu parmi les usagers de drogues après le cannabis.

La proximité des zones de production de la cocaïne (Amérique du Sud) et des îles hispanophones et anglophones, devenues une des principales zones de transit de la cocaïne et du crack vers l'Europe et les États-Unis, ont contribué au développement d'un marché local du crack dans ces départements depuis les années 80.

En Martinique, 66 % des personnes fréquentant les structures de bas seuil ont consommé du crack et de la cocaïne chlorhydrate au cours du dernier mois. En Guyane, ils sont 5 % à avoir consommé du crack, mais seulement 2 % à avoir pris de la cocaïne chlorhydrate récemment. Il existe une opposition très nette entre le profil habituel du consommateur de cocaïne et celui du consommateur de crack. Étant données les différences de prix et de modes d'approvisionnement, les deux produits ne rencontrent pas le même public, l'usage de cocaïne étant l'apanage de milieux relativement aisés (qui ne fréquentent pas les structures de bas seuil) au contraire de celui du crack qui affecte une population beaucoup plus marginalisée socialement. En Guyane, notamment, la population errante et/ou marginalisée constitue l'essentiel des usagers de crack. Leur nombre et leur visibilité sont sans cesse croissants. Leur « recrutement » est aisé par les dealers, au sein des groupes

les plus fragilisés de la population : malades mentaux livrés à eux-mêmes, chômeurs, RMistes, « sans papiers ».

Toutefois, les consommateurs de crack ne sont pas tous désocialisés et issus de milieux sociaux peu favorisés. En Martinique, on constate que de nombreuses personnes arrivent à consommer du crack, en général de manière occasionnelle (sous forme de black joints) tout en travaillant et ayant une vie de famille. On retrouve parmi eux quelques anciens héroïnomanes ou polyconsommateurs revenant au pays qui découvrent un produit auquel ils n'avaient pas accès auparavant. Ce sont d'ailleurs chez ces utilisateurs que l'on décrit parfois des modes d'usage inhabituels telle l'injection après acidification. En Guyane également, il est de plus en plus fréquent de constater des consommations de crack au sein de milieux aisés (Bello et al., 2005).

Une situation contrastée dans les milieux de la prostitution

La situation vis-à-vis de la cocaïne apparaît sensiblement différente dans les milieux de la prostitution masculine et féminine.

Si la part des prostitués masculins ayant expérimenté la cocaïne dans la vie apparaît assez élevée en 2002 (50 %, n=258) dont 42 % chez les « garçons »³⁷ et 58 % chez les « transgenres »³⁸, la consommation au cours du dernier mois apparaît plus réduite (8 % dont 4 % chez les garçons et 12 % chez les transgenres). Chez les garçons, la cocaïne apparaît nettement comme une drogue du client « classe », que l'on consomme occasionnellement quand le client en offre. Chez les transgenres l'usage de cocaïne semble plus important et plus fréquent, notamment pour faire la fête. Bien que l'usage soit affirmé comme toujours contrôlé, certains témoignages de transgenres laissent supposer l'expérience de périodes de dépendance (Da Silva et al., 2004). Le crack a été consommé au cours de la vie par 6 % des garçons et 10 % des transgenres (8 % de l'ensemble). Parmi eux, 0,8 % en ont consommé au cours du mois précédent l'enquête. Dans cette population, la cocaïne est le plus souvent sniffée, plus rarement fumée, mais jamais injectée.

Chez les prostituées femmes, la fréquence de l'expérimentation de la cocaïne ou du crack apparaît plus faible (30 sur 165 soit environ 20 %) comme en témoigne une étude qualitative menée en 2002 dans les milieux de la prostitution féminine. En revanche, toutes les consommatrices actuelles de cocaïne ou de crack sont dépendantes des opiacées (13 sur 165). Dans ce cas la prostitution a pu précéder ou non la toxicomanie, mais la dépendance aux opiacés a toujours précédé l'usage de crack ou de cocaïne qui vient « remplacer » le plaisir perdu par l'accoutumance aux opiacés (Cagliero et al., 2004). Toutes ces femmes, consommatrices au cours du mois précédent, fument de la cocaïne base ou injectent la cocaïne.

37 Les garçons pratiquent la prostitution de façon régulière ou occasionnelle, tout en affichant leur masculinité. Ici, ils pratiquent la prostitution uniquement avec des hommes.

38 Le terme transgenre désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son sexe de naissance. Ici, le terme désigne les personnes de sexe masculin qui s'habillent en femmes pour pratiquer la prostitution, opérées ou non, sous traitement hormonal ou non, pour répondre à la demande du marché sexuel ou pour leur plaisir personnel.

Modalités de consommation : le sniff majoritaire et des modalités différentes selon les groupes d'utilisateurs...

Parmi ceux qui fréquentent l'espace festif "musique électronique", la cocaïne est majoritairement sniffée (98 %) et fumée "basée" (19 %) mais très rarement injectée (0.6 %).

En revanche, parmi les utilisateurs fréquentant les structures de "première ligne"³⁹ qui sont le plus souvent des utilisateurs actifs, si le sniff est majoritaire (62 %), l'injection est largement répandue puisqu'elle touche plus de quatre utilisateurs sur dix (43 %) (Bello et al., 2005; Reynaud-Maurupt, à paraître).

Dans les structures de soins spécialisées pour les toxicomanes, la part des utilisateurs qui fument la cocaïne atteint le tiers de l'ensemble de consommateurs (CEIP de Marseille, 2005).

Tableau 28. Voie d'administration* du chlorhydrate de cocaïne au cours du mois écoulé parmi les participants à l'enquête « première ligne 2003 » et « festif musique électronique » 2004/5

Mode d'usage*	1ère ligne** (n = 303)	Festif électronique*** n = 506)	Structures socio sanitaires**** (n=374)
Injection	43%	0,6%	29 %
Sniff	62%	98%	55 %
Inhalation, fumette	15%	19%	28 %

* une même personne peut recourir à plusieurs voies d'administration

Données et exploitation : **TREND/OFDT ; *** GRVS/TREND/OFDT ** ; * OPPIDUM/CEIP/AFFSAPS.

Les modalités d'administration semblent fréquemment uniques pour un même utilisateur : un peu moins de la moitié (46 %) des utilisateurs fréquentant les structures de première ligne déclare ne pratiquer que le sniff, un tiers (33 %) ne pratique que l'injection, 9 % fument et sniffent et 5 % sniffent et injectent (Bello et al., 2005).

Les modalités d'administration varient de manière importante selon la tranche d'âge : dans les structures de première ligne, l'injection est plus fréquente chez les plus âgés (69 % à partir de 35 ans), le sniff et la fumette chez les plus jeunes (80 % chez les 15-24 ans) (Bello et al., 2005).

Dans les trois départements des Antilles et de la Guyane, le crack est presque exclusivement inhalé alors qu'à Paris il peut être aussi injecté⁴⁰. Cette pratique d'injection du crack demeure cantonnée à la région parisienne et particulièrement à Paris intra-muros.

Pour réguler et mieux gérer l'anxiété consécutive à la prise de cocaïne chlorhydrate ou base, les utilisateurs ont recours à quatre familles de substances psychoactives : l'alcool (rhum) et le cannabis aux Antilles-Guyane ; les opiacés (héroïne, Subutex® ; sulfate de morphine), les Benzodiazépines et de l'alcool en métropole (Bello et al., 2005).

39 Structures de réduction des risques et de soutiens aux toxicomanes ou structures dites "bas-seuil".

40 Pour retransformer le crack en forme injectable les utilisateurs utilisent le même agent chimique que pour l'héroïne base à savoir du jus de citron.

... Correspondant à des motivations distinctes avancées par les usagers

Ignorant fréquemment l'identité entre le crack et la cocaïne basée, les usagers différencient la cocaïne qu'ils basent eux-mêmes et le crack. Les deux appellations étant considérées comme désignant des produits différents, les motivations dans le choix du mode d'usage divergent.

Le choix de la voie nasale (sniff) est lié pour de nombreux usagers à un sentiment de « maîtrise » de sa propre consommation (par rapport à l'inhalation et à l'injection).

La cocaïne basée soi-même, en comparaison avec le crack, apparaît comme une alternative à moindres risques pour sa propre santé et moins dégradante pour l'image sociale que renvoie l'usager (Bello et al., 2005).

Plusieurs motifs principaux sont avancés quant au recours à la forme fumable (Bello et al., 2005):

- L'inhalation permet de ressentir les effets de la cocaïne de manière plus rapide et plus intense (effet flash) que le sniff et dans une moindre mesure que l'injection intraveineuse.
- Par ailleurs, le « basage » de la cocaïne est aussi considéré comme un procédé de purification par ceux qui consomment du free base, permettant de se débarrasser des produits de coupage de la cocaïne plus que comme un processus chimique indispensable à la transformation de la cocaïne en forme fumable.
- L'utilisation de la cocaïne sous forme basée permet en outre de la fumer dans un joint, mélangée à du cannabis, ou dans une cigarette jointe à du tabac et ainsi de passer inaperçue, contrairement au sniff ou à l'injection, quel que soit le lieu, notamment dans les établissements de nuit. Perçu comme « normal », l'acte de fumer ne provoque pas ou peu de désapprobation sociale.
- Enfin, le fait de fumer est perçu comme une pratique à moindre risque en matière de contamination par le VIH et les hépatites et de surcroît moins stigmatisant que l'injection.
- En Martinique et en Guyane, une petite minorité des usagers de cocaïne, pour des raisons liées au prix et à la disponibilité, peut être amenée à prendre du crack

Représentations : les trois images de la cocaïne

Selon l'appellation et la forme sous lesquelles elle apparaît, la cocaïne fait l'objet d'appréciations et d'images radicalement différentes. La cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, est considérée comme une consommation de luxe, apanage des milieux « branchés ». C'est une des raisons pour laquelle cette substance bénéficie d'une image « positive » associée à un certain niveau de réussite sociale et à la croyance que ce produit est une drogue relativement facile à gérer à condition de la consommer avec modération. Le fait qu'elle soit principalement sniffée renforce cette perception. Dans l'espace festif, la prise de la cocaïne en groupe et le rituel du partage qui en découle sont souvent associés à la « convivialité », laquelle est similaire, en quelque sorte, à celle fréquemment évoquée pour le cannabis. La cocaïne est également perçue de manière plutôt positive par les jeunes consommateurs occasionnels, sniffeurs ou fumeurs, socialement bien insérés.

Toutefois, cette perception positive est plus nuancée notamment chez les consommateurs réguliers et chroniques. Ceux-ci prennent en effet conscience d'aspects problématiques liés à l'usage tels la dépendance psychique et le caractère onéreux du produit. L'usage régulier est ressenti comme synonyme de perte de maîtrise. Les injecteurs de cette substance subissent, de plus, les contrecoups d'un mode d'administration perçu comme dégradant (Bello et al., 2005).

Les représentations du crack, quant à elles, sont aux antipodes de celles prévalant pour la cocaïne sous forme chlorhydrate. Celles-ci sont sans nuances, négatives quel que soit le site, le contexte ou la période. Dès son apparition sur la scène française, le crack a été présenté, dans la continuité des représentations véhiculées par les médias américains, comme une substance dévastatrice, violente, criminogène, qui « accroche » dès la première prise. Dans les départements d'outre-mer, la stigmatisation du crack atteint son comble. Ce produit est perçu comme la « pierre du diable », le « produit des ténèbres » et le dealer est présenté comme un « émissaire du diable » tandis que ceux qui le consomment sont considérés comme des « possédés ».

Abstraction faite de Paris et des départements d'outre-mer où la forme fumable de la cocaïne est connue comme étant du crack, sur les autres sites ladite forme est connue sous la dénomination de free base. Quoique chimiquement identiques, « crack » et « free base » ne sont pas pour autant des simples synonymes. Les deux vocables sont porteurs de sens et de significations différents et investis de représentations diamétralement opposées. Tandis que le crack apparaît comme une substance consommée par des usagers très marginalisés socialement, la « base » est rencontrée plus fréquemment dans l'espace festif et consommée par des usagers plus intégrés dans la société, dont beaucoup pensent purifier la cocaïne en la basant (Bello et al., 2005).

Des conséquences sanitaires mal évaluées

La consommation de cocaïne et de crack n'est que rarement à l'origine d'une prise en charge dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). La part des patients pris en charge principalement pour usage de cocaïne est stable depuis plusieurs années (6,1 % en 2004, crack compris⁴¹). Selon les années, la part des demandes de traitement pour usage de crack varie de un quart à un tiers de ce total (Palle et al., 2005; Palle et al., 2006). Une hypothèse est que la demande de soins des populations non désinsérées s'exprime difficilement dans ce cadre très stigmatisant.

Contrairement aux opiacés et aux benzodiazépines, la cocaïne n'engendre pas de dépendance physique mais une forte dépendance psychique. Ainsi, parmi les personnes qui fréquentent les structures socio-sanitaires en 2004, 4 % déclarent que la cocaïne est le premier produit ayant entraîné une dépendance (CEIP de Marseille, 2005).

La consommation de cocaïne peut être à l'origine de décès par surdose. Le nombre de décès recensés par les services de police et de gendarmerie tend à s'accroître progressivement [Tableau 26]. En 2004, 10 cas de décès enregistrés sont uniquement dus à la prise de cocaïne et 5 décès sont consécutifs à l'association de la cocaïne et d'un autre produit (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCTIS), 2005).

41 L'alcool est compris dans le total. Si l'on enlève les demandes de traitement pour usage principal d'alcool, le pourcentage de demandes de traitement pour usage principal de cocaïne s'élève à 6,9 %.

Tableau 29. Evolution des surdoses liées à la cocaïne recensées par les services de police et part par rapport à l'ensemble des surdoses

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Effectif	7	11	10	12	10	15
Pourcentage	5,9 %	9,2%	9,3 %	12,4 %	11,2 %	21,7 %

Source : OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005)

Les problèmes de santé inhérents à la consommation régulière tels qu'ils sont rapportés par les acteurs sanitaires du dispositif TREND sont multiples et cohérents avec les données de la littérature sur le sujet. Nous ne disposons pas de données quantifiées. Concernant les usagers de crack, on peut insister sur le fait que ces personnes se trouvent dans des états sanitaires extrêmement dégradés, cumulant les pathologies directement liées à l'usage de crack avec les problèmes de santé liés à la violence et aux conditions de vie particulièrement précaires.

Marché et trafic de cocaïne et de crack

Un nombre croissant d'interpellations, témoin d'un marché en expansion

Les interpellations pour usage de cocaïne n'ont cessé de croître depuis 2001 (+65 %) pour atteindre 2458 en 2004 à l'instar des interpellations pour trafic et usage revente (+ 86 %) au nombre de 2484 en 2004. Cependant les interpellations pour usage simple ne représentent que 2,4 % de celle pour l'ensemble des drogues illicites, les interpellations pour usage revente et trafic occupent une part de 12 % du total.

L'âge moyen de l'usager de cocaïne interpellé est en baisse progressive depuis plusieurs années, reflétant un élargissement des interpellations vers les classes d'âges les plus jeunes. Il est de 28,4 ans en 2004. Il était de 29,4 ans en 1999. Ainsi le nombre de mineurs interpellés en 2004 (30 mineurs) est en hausse de 17 % par rapport à 2003.

Le volume de cocaïne saisi en 2004 est de 4 484 kg. Il a progressé de 7,5 % par rapport à 2003, année qui constituait déjà un record pour les services répressifs. Ces derniers constatent que le trafic porte sur des quantités toujours plus importantes de cocaïne, importée directement par avion des pays d'Amérique latine ou indirectement via l'Espagne et les Pays-Bas. La France reste essentiellement un pays de transit : la part de cocaïne destinée au marché français ne dépassait pas 24 % en 2004. Des quantités importantes saisies étaient destinées à l'Italie et aux Pays Bas. Enfin, les Antilles françaises sont toujours utilisées comme des lieux de transit, voire de stockage de produits destinés aux marchés de la drogue Nord-américain et Européen (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

Concernant le crack, les statistiques du ministère de l'Intérieur apportent une traduction du double phénomène de diffusion, sociale et géographique : 22 interpellations en 1990 dans cinq départements pour usage/usage-revente du crack et 16 pour trafic contre 744 interpellations pour usage simple et 462 pour trafic et usage-revente et cela dans 40 départements en 2004 (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2004; Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005). Cependant l'activité de trafic reste marginale. Les saisies s'élevaient à près de 18 kg

en 2004 et près de 70 % du total concernait le trafic dans les trois départements français des caraïbes (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), 2005).

Le petit trafic de chlorhydrate de cocaïne : des réseaux hétérogènes.

Trois grands types de réseaux de trafic de cocaïne sous sa forme chlorhydrate peuvent être distingués en France (Gandilhon, 2006 données non encore publiées).

Les réseaux liés au grand banditisme, implantés dans les grandes métropoles (Paris, Marseille). Ce type de réseaux importe en France par le biais de grossistes implantés en général en Espagne, en Hollande et en Belgique de grosses quantités de cocaïne. En général, ces réseaux achètent le produit non coupé et le revendent après coupage à des organisations de semi-grossistes faisant le lien avec les petits réseaux de détaillants.

Les réseaux de semi-grossistes et/ou de détaillants professionnels Ces réseaux s'approvisionnent soit auprès de grossistes implantés en France et liés au grand banditisme soit à l'étranger en Espagne, en Hollande voire même dans les Antilles françaises. Ces réseaux peuvent assurer une revente au détail de la cocaïne par le biais d'une organisation relativement structurée (rabatteurs, vendeurs) opérant généralement dans les cités populaires des banlieues des grandes métropoles ou dans les grands rassemblements festifs de type teknivals. La plupart de ces réseaux étaient auparavant spécialisés dans la revente de cannabis.

Les réseaux de micro-traffic. Ces types de réseaux sont probablement les plus nombreux en France. Ils sont en général peu structurés, animés par une, deux, voire trois personnes et ne comptent en général qu'une dizaine de clients. Ces micro-réseaux se subdivisent en trois grandes catégories :

- Les réseaux de type « start-up » : ils sont animés par des personnes non consommatrices de drogues qui se lancent dans le trafic de cocaïne pour des raisons purement financières. Dans l'esprit, ils sont proches des réseaux implantés dans les banlieues.
- Les réseaux d'usagers-revendeurs : ce sont les plus nombreux dans les procédures étudiées. Ces micro-réseaux sont animés par des personnes qui se lancent dans le trafic pour financer leur consommation et gagner un peu d'argent. Celles-ci peuvent être très dépendantes ou non. En général le réseau est de taille réduite avec tout au plus une dizaine de clients recrutés dans l'entourage et par le bouche à oreille.
- Les réseaux à but non lucratif : ils concernent des personnes qui veulent financer à moindre frais et directement leur consommation et dépanner des groupes d'amis. Dans ces réseaux ne rentrent pas de considérations financières ni de volonté de réaliser des profits. La cocaïne est revendue au prix d'achat (Gandilhon, 2006 données non encore publiées).

Tableau 30. Prix du gramme de cocaïne et d'héroïne au semi-gros en Belgique et en Hollande en 2004/2005.

Pays et villes	Nombre de procédures	Cocaïne	Héroïne
Belgique	28		
Anvers	15	35	10
Gand	10	30	10
Mons	2	40	07
Bruges	1	25	15
Pays-Bas	30		
Amsterdam	15	30	15
Rotterdam	14	35	10
Maastricht	01	40	15

Sources : données OCRTIS, traitement OFDT (Gandilhon, 2006 données non encore publiées)

L'approvisionnement des réseaux de trafics de cocaïne s'effectue essentiellement par le biais de semi-grossistes installés sur le territoire français ou dans des pays frontaliers. L'intérêt du recours à l'achat postfrontalier réside dans la modicité des prix de la cocaïne en semi-gros. Une étude portant sur 150 procédures d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne montre que le prix de la cocaïne en semi-gros en Belgique et en Hollande s'élève en moyenne à 30 euros environ, pour une revente au détail en France se montant à 60 euros soit un bénéfice net de 30 euros par gramme de cocaïne vendue. Ces données sont confirmées par celles recueillies dans le cadre du dispositif national TREND qui font état d'un prix médian du gramme de cocaïne s'élevant à 60 euros environ en 2004. Il est à noter que la quasi-totalité des petits réseaux de deal de cocaïne étudiés au travers des procédures de l'OCRTIS sont de nature multiscartes associant notamment à la cocaïne des produits comme l'héroïne.

Tableau 31. Prix moyen estimés du chlorhydrate de cocaïne dans les sites du dispositif d'observation TREND

Site	2001	2002	2003	2004
Bordeaux	53	80	65	45
Dijon	72	55	55	60
Lille	62	52	55	50
Lyon	61	65	65	60
Marseille	61	73	50	65
Metz	65	75	70	60
Paris	76	60	77	55
Rennes	83	56	60	67.5
Toulouse	53	67	60	65
Métropole (médiane)	62	65	63	60
Guyane	24	25	30	17.5
Martinique	122	60	55	52.5

Données et exploitation : TREND/OFD (Bello et al., 2005)

En dépit de ses fluctuations, le prix de vente à l'utilisateur en 2004 est le plus bas enregistré au cours de 4 dernières années comme en témoigne l'évolution du prix médian observé dans la métropole [Tableau 31].

Réduction des risques et modalités de prise en charge, peu de réponses spécifiques.

Réduction des risques en France : le crack essentiellement visé

La diffusion observée de la consommation de cocaïne vers des populations jeunes et/ou appartenant aux classes moyennes fait craindre aux décideurs du champ une banalisation de son usage. Cette mobilisation sur la question de la cocaïne (acquise sous forme chlorhydrate) est récente et n'a pas encore conduit, au plan national, à une stratégie de réduction des risques visant spécifiquement la cocaïne.

En revanche, la concentration de scènes ouvertes de deal et de consommation dans le nord-est de Paris depuis les années 1990 et l'inadaptation des structures classiques de prise en charge, ont amené les structures de réduction des risques à développer des approches spécifiques aux usagers de cracks. L'association EGO qui dispose dans le quartier concerné d'un centre d'accueil et d'un programme d'échange de seringues a, par exemple, conçu et mis en œuvre à partir de la fin de l'année 2003 la distribution d'un outil de réduction de risque nommé « Kit base ». Cet outil a permis d'entrer en contact avec 2000 usagers de crack pendant l'année 2004, pour atteindre une file active de 2500 usagers en 2006. Par ailleurs, la présence concentrée de crackeurs a entraîné de nombreuses tensions avec les riverains. Une association nommée « Coordination Toxicomanie » (CT-18) regroupant les structures de réduction des risques du 18^{ème} arrondissement et des associations d'habitants s'est créée pour conduire une action de médiation sociale et d'animation dans le champ des drogues. Elle vise à maintenir une démarche de réduction des risques en s'appuyant sur un consensus minimum et à impliquer l'ensemble des acteurs présents sur le territoire (Lebeau, 2006). Le plan quinquennal 2004-2008 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) intègre et officialise ces actions dans un programme « crack » devant également être mené aux Antilles et en Guyane (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), 2004).

Prises en charge des consommateurs de cocaïne : pas de consensus.

Les modalités de prises en charge des usagers de cocaïne en France n'ont fait l'objet à ce jour, ni de recherche de consensus ni d'élaboration d'un guideline. Une conférence organisée sur ce thème par la MILDT en avril 2006 a mis en évidence la disparité des pratiques des centres spécialisés, tant au plan de l'organisation du parcours de soins, que des traitements médicamenteux choisis et de l'offre psychothérapeutique proposée. Bien que ce fait ne soit pas documenté par des éléments formels, il semble également que les médecins non spécialisés dans la toxicomanie se retrouvent assez dépourvus face à l'usage problématique de cocaïne, compte tenu du paradigme de soins installé avec la diffusion des traitements de substitution aux opiacés qui voudrait que pour chaque produit consommé on dispose de son substitut thérapeutique.

Les options thérapeutiques évoquées dans la littérature ou parmi les praticiens français ne se différencient pas de celles évoquées par la littérature internationale (Véléa et al., 2006). Cela étant, on ne dispose pas, en France de données relatives aux interventions

thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les professionnels de santé au contact des usagers de cocaïne et de crack.

Par ailleurs, une question centrale s'agissant de la cocaïne est celle de l'accès aux soins ou de l'adéquation de l'offre au besoin. Il semble que le dispositif de soins proposés aux usagers de drogue reste adapté au modèle du junky dépendant des opiacés des années 80 et soit peu adapté aux usagers de cocaïne qui ne se considèrent pas comme « drogués ».

Concernant les usagers de crack, il est rapporté des difficultés constantes de prise en charge sanitaire et sociale liées en partie à l'extrême marginalité de ces populations et au fait que les équipes médicales ne sont pas toujours suffisamment sensibilisées aux pathologies spécifiques engendrées par le crack. De plus, maints usagers de crack, dans la mesure où ils n'ont pas recours à l'injection, ne se considèrent pas comme toxicomanes et de ce fait ne fréquentent pas ou peu les CSST. En outre, l'absence de traitement de substitution à la cocaïne/crack ne facilite pas la rétention de ces patients et leur observance aux traitements des pathologies annexes. Plus particulièrement, à Paris, il a été fait mention des difficultés dans la prise en charge des usagers d'origine antillaise, notamment de ceux utilisant le rhum pour gérer la descente. La prise en charge de ces patients nécessiterait dans ce cas de prendre en compte des facteurs culturels (Bello et al., 2005; Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Pour faire face aux besoins sanitaires important de cette population difficile à intégrer dans les circuits classique, même spécialisés, de soins, une association de réduction des risques, Espoir Goutte d'Or (EGO), tente de rapprocher géographiquement et temporellement l'offre de soins des prestations de réduction des risques en proposant un projet de centre spécialisé de soins aux toxicomanes spécifiquement destiné aux usagers de crack. Le projet prend notamment en compte la nécessité de mener l'insertion conjointement aux soins.(Espoir Goutte d'Or (EGO), 2005).

Conclusion.

L'usage croissant, problématique ou non, de la cocaïne en France suscite de nombreuses interrogations des pouvoirs publics français sous-tendues notamment par la crainte d'une banalisation de son usage chez les jeunes. Les signes d'une pratique de basage de la cocaïne, hors des populations, circonscrites jusqu'alors, d'usagers de crack, constituent une source de questionnement supplémentaire sur les évolutions en cours. Pour mieux percevoir les caractéristiques de la situation française, le point focal français a prévu de mener en 2006 et 2007, une série d'études visant à améliorer notre connaissance de l'usage et des usagers.

La première, inscrite dans le dispositif SINTES, va permettre d'analyser la composition de 510 échantillons de cocaïne recueillis sous forme chlorhydrate directement auprès des usagers (résultats mi-2007).

La deuxième a pour objectif une meilleure connaissance des usagers de cocaïne non repérés par les dispositifs de soins, de réductions des risques ou par les services répressifs (résultats fin 2007). Un volet qualitatif, prélude à une enquête quantitative visera les objectifs suivants :

- mettre à jour les connaissances qualitatives descriptives relatives aux usages de cocaïne en France et à ses conséquences dans la vie quotidienne, chez les personnes non connues par le système de prise en charge sanitaire et social ;
- produire un classement typologique des différents profils sociaux et des modes de consommation, des carrières de consommateurs et des parcours sociaux ;
- proposer une analyse de l'expérience de l'utilisateur ;
- produire les éléments nécessaires à la réalisation d'un questionnaire pour la mise en œuvre d'un volet quantitatif.

Un autre volet d'observation est relatif aux interventions thérapeutiques effectivement mises en œuvre par les professionnels de santé au contact des usagers de cocaïne et de crack. Une étude est en cours d'élaboration pour documenter ce point. Face à l'éparpillement et au peu de données existantes en la matière, l'étude aura pour ambition principale de produire un état des lieux des problèmes liés aux usages de cocaïne et de crack tels qu'ils sont perçus aussi bien par les professionnels que par les usagers qui les sollicitent, ainsi que des prises en charges auxquelles ces problèmes perçus donnent lieu. L'enquête sera conduite auprès du plus grand nombre possible de professionnels exerçant dans le dispositif de prises en charge de droit commun, dont les services d'urgence, de cardiologie et de psychiatrie à l'hôpital. Suivant des méthodes d'investigation qualitatives, l'étude s'efforcera autant que possible de croiser les points de vue des professionnels et des patients sur la nature des problèmes rencontrés ainsi que sur les interventions jugées pertinentes pour y répondre. Disponibles en Novembre 2007, les résultats de l'étude serviront de points d'appui pour l'élaboration d'une stratégie oeuvrant à l'amélioration de l'adéquation entre l'offre de soin et les besoins des usagers. Ces résultats contribueront également à la construction d'une stratégie de diffusion des connaissances qui ne sont pas à la disposition des professionnels et des usagers ainsi qu'à l'élaboration d'outils améliorant les prises en charge.