

# IREP

Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance  
Laboratoire Associé au CREDA de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales

45. rue des Saints-Pères  
75270 PARIS CEDEX 06

Tél. : 33 (1) 46 07 10 29

Fax : 33 (1) 46 07 11 29

La consommation du "crack" à Paris en 1993:  
données épidémiologiques et ethnographiques.

Communication donnée à la Société Médico-psychologique  
28 Février 1994

François-Rodolphe INGOLD; Mohamed TOUSSIRT.

D'un point de vue méthodologique, la présente communication pourrait entrer dans le cadre des "études rapides" ou de l'épidémiologie d'urgence. Nous formulons en effet un diagnostic de nature épidémiologique sur la base de données acquises sur le terrain à un stade précoce de l'apparition du "crack" en France: ce diagnostic ne peut être immédiatement confirmé par les données épidémiologiques disponibles actuellement. Ces données n'existent pas et le rôle de cette première évaluation est précisément d'orienter le recueil de données tel qu'il devrait maintenant être établi pour suivre et décrire de façon attentive un phénomène qui tend spontanément à échapper à toute description.

L'arrivée, la production et la consommation en France de cocaïne sous forme de "crack" constituent selon nous un événement majeur dans le paysage pharmacologique des drogues illicites. Il est habituel de dire de la toxicomanie qu'elle est un phénomène mouvant, susceptible de variations rapides en termes de produits consommés ou de modes de consommation. Mais l'arrivée du "crack" ne se limite pas à l'apparition d'une drogue nouvelle, il s'agit bien de ce qui risque de transformer rapidement les conditions de vie des toxicomanes ainsi que leurs relations avec les centres de soins.

## I. Données historiques.

Vers 1910, une véritable vague de "cocaïnomanie" déferla sur l'Europe, puis gagna l'Amérique et l'Extrême Orient, en particulier les Indes. La cocaïne était fabriquée pour une part dans des laboratoires en Allemagne. La consommation de la cocaïne fut d'abord le fait d'une petite minorité d'artistes, d'intellectuels et d'esthètes.

### 1. En France.

Cette diffusion rapide à partir de 1910 fut une des causes qui hâtèrent en France le vote de la loi du 12 juillet 1916 sur les stupéfiants. Pourtant, le fléau ne se ralentit pas pour autant. La police parisienne estimait en 1924 à 80.000 le nombre d'adeptes de la "coco". Certains auteurs parlent de "morphino-cocaïnomanie" et considèrent que le "cocaïnisme" pur était rare. On estimait qu'à l'époque 50% des prostituées de Montmartre étaient cocaïnomanes. Quoiqu'il en soit, cette évaluation reste d'une valeur relative: en l'absence de statistiques contrôlables, les médecins ne savaient pas quelle était l'ampleur réelle du phénomène. L'hostilité envers l'Allemagne avant et pendant la guerre expliquerait aussi certaines assertions érigeant la "cocaïnomanie" en fléau germanique. Cependant les saisies de cocaïne en 1920 étaient les plus importantes, suivies par les

saisies d'opium. Il a fallu l'arrivée de l'héroïne sur le marché clandestin pour faire rétrograder la cocaïne dont les saisies devinrent de plus en plus rares en Europe comme en Amérique.

## 2. Aux USA.

Depuis les années 1980, la cocaïne a fait un retour éclatant. On estimait en 1983 que 20 millions d'Américains l'avaient essayée et que 10 millions la consommaient régulièrement. Selon les études du NIDA, il s'avère que l'augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne remonte au tout début des années 70, dans un contexte largement dominé par le cannabis et l'héroïne. Au début des années 80, cependant, les prix de revente de la cocaïne ont considérablement baissé et ce produit est devenu de plus en plus disponible. Un événement particulier a sans doute joué un rôle important: les activités américaines de lutte contre la production de drogues dans les pays andins se sont orientées vers un contrôle des produits nécessaires aux laboratoires clandestins, notamment l'éther. Une pénurie d'éther en Colombie, au début des années 80, a été à l'origine de l'arrivée sur le marché américain d'une cocaïne plus grossièrement traitée et sentant l'essence. Ce serait la production de cette cocaïne difficilement vendable pour une consommation par voie nasale qui aurait été à l'origine de l'idée de fabriquer du "crack", produit connu en Colombie et dans les îles caraïbes dans les années 70.

Quoiqu'il en soit, le "crack" a été repéré pour la première fois aux Etats-Unis vers 1982, tout spécialement à Miami et à New-York. Le "crack" s'est implanté de façon progressive jusqu'en 1985, puis son usage a littéralement explosé en 1986: c'est ce que les américains ont appelé le "crack summer". Il est tout à fait important de comprendre que cette diffusion du "crack" a été extrêmement rapide: en moins d'une année, toutes les grandes villes américaines ont été touchées. L'arrivée du "crack" s'est concrétisée par un nouveau mode de vente, l'implantation de réseaux de trafic qui ont supplanté ceux de l'héroïne et du cannabis et, bien entendu, la transformation des conséquences médico-légales de l'usage des drogues illicites: les décès, les homicides, les interpellations, les admissions dans les hôpitaux sont actuellement dominés par le "crack" et non plus par les opiacés.

## II. Qu'est-ce que le "crack"?

Tout d'abord, il faut dire que le "crack" n'est pas autre chose que de la cocaïne qui a été transformée en cocaïne à fumer -et c'est toute la différence. Cette transformation permet à l'utilisateur de fumer une cocaïne plus pure que le produit de départ: les produits de coupage, pour une grande part, ont été éliminés lors de la préparation.

Cette préparation est d'une simplicité telle qu'elle peut être réalisée à peu près n'importe où et en quinze minutes. Le "crack" n'a pas besoin d'être importé, il se fabrique aisément à partir de chlorhydrate de cocaïne mélangé dans de l'eau à part égale avec du bicarbonate de soude et chauffé dans un four à micro-ondes.

Destiné à être fumé, le "crack" peut tout aussi bien être injecté. Mais la consommation du "crack" en fumée représente l'attrait principal du produit: l'effet est direct, plus rapide que tout autre mode d'administration (y compris la voie veineuse) et, surtout, bien plus efficace: la cocaïne passe directement dans le sang pulmonaire.

Les effets psychopharmacologiques du "crack" sont ceux de la cocaïne: des effets de stimulation psychique et d'anesthésie se conjuguent pour provoquer un "high" décrit comme très plaisant, tout du moins à dose non toxique. Le rythme cardiaque est accéléré jusqu'à environ 120 pulsations par minute, une mydriase discrète est souvent présente. Le sujet se sent bien, soudainement euphorique, frais et dispos, remis de toute fatigue. Mais le consommateur de "crack" subit les effets de la cocaïne comme s'il s'était administré très brutalement une dose massive de cocaïne pure, les effets sont alors dramatiquement majorés, avec tous les risques de surdose que cela implique.

Lorsque la cocaïne est consommée par voie nasale, des tels effets durent généralement environ une heure, rarement davantage. Lorsque la cocaïne est consommée par voie injectable, ces effets positifs sont moins prolongés. La violence de l'effet initial, due à l'arrivée brutale du produit dans le sang, s'accompagne d'une plus grande brièveté de l'effet ressenti. Ceci est encore plus vrai avec une consommation sous forme de fumée. Dans ce cas, la brutalité de l'effet initial est encore plus grande et les effets positifs ne durent guère plus que quelques minutes au maximum. La violence de l'effet initial est telle que les sujets la décrivent comme une sorte de vertige euphorique et stimulant qui leur serait tombé sur la nuque comme un coup de bâton. Les Péruviens emploient le terme "basuco" pour nommer la "pasta" qui est une cocaïne-base à fumer.

Sitôt que ces effets positifs arrivent à leur fin, les sujets commencent à éprouver ce qu'ils appellent la "descente" et qui est généralement décrite comme un état sentimental de tristesse, voire de de mélancolie. Un sujet nous dit: "tu sens un petit pincement au coeur comme le jour où tu as appris la mort de ton meilleur ami. Un sentiment de tristesse et de vague à l'âme que nous appelons l'angoisse". Pendant ce temps là, les effets stimulants de la cocaïne n'ont pas totalement disparu et tendent à majorer cet état dysphorique qui s'installe de façon progressive. C'est un spleen. Ce spleen invite à consommer une

nouvelle prise. Mais la répétition de la consommation, même à dose croissante, n'aboutit jamais qu'à simplement retrouver -et perdre de nouveau- cet état initial qui ne peut jamais être dépassé en qualité ou en intensité. Les effets positifs de la cocaïne atteignent immédiatement un plateau. L'augmentation des doses ou de la fréquence des prises n'y peut rien: le sujet est condamné soit à se maintenir en l'état en consommant, soit à affronter la "descente" immédiatement à la suite de la dernière prise.

Ces effets de la cocaïne permettent de mieux comprendre l'intensité de la dépendance ou, mieux, de la compulsion à répéter les prises. Seul un autre produit peut lui être comparé, la Cathinone, qui est la substance active du Khat. Ceci, sans doute, est la raison pour laquelle les consommateurs les plus avisés ne consomment cette drogue que de façon très ponctuelle et à très faible dose. C'est, par exemple, le "blanco y negro" des Colombiens, qui consiste à consommer une petite et unique dose de cocaïne, le matin, avec un café noir. Ces usagers experts savent éviter les effets toxiques et exploiter au mieux les propriétés stimulantes de ce produit au niveau des sphères psychique, sexuelle et affective.

Si, comme cela semble être la règle, la consommation se prolonge, le sujet évolue régulièrement vers divers états pathologiques: l'épuisement, l'absence prolongée de sommeil, la surexcitation et la dépression se conjuguent pour produire un état d'hébétément et de tension extrêmes. Dans le même temps, peuvent aussi se produire toutes les conséquences propres à un état de besoin, qu'il s'agisse de la prostitution, de la délinquance ou de tout autre passage à l'acte.

Economiquement parlant, le coût du "crack" est peu différent de celui de la cocaïne. Un gramme de cocaïne vendu huit cents francs dans la rue équivaut à une dizaine de "cailloux" revendus cent francs pièce. Le bénéfice des revendeurs ne se situe pas là. Il se situe au niveau de la quantité consommée et, plus précisément, de la fréquence accélérée de la consommation. Le consommateur de "crack" peut très bien, à lui seul, consommer pour trois ou cinq mille francs de "crack" en une seule nuit, soit l'équivalent de plusieurs grammes de cocaïne.

Il en résulte qu'une ressource de base pour les consommateurs reste encore le travail sexuel: il est la seule activité capable, de jour comme de nuit, de fournir des sommes d'argent relativement importantes et, surtout, régulières. C'est pour cette raison que les consommateurs et revendeurs de "crack", au niveau de la rue, sont si liés au monde de la prostitution. Mais, en retour, le travail sexuel a ses exigences: il ne peut se réaliser que si les intéressés sont capables de maîtriser un tant soit peu et leur état de surexcitation et d'impatience. Pour

cela, ils ont recours à une aide pharmacologique: l'héroïne et les tranquillisants. Ainsi se réalise une situation qui fait de l'héroïne un médicament à l'usage de ceux qui sont passés au "crack", qu'ils soient d'anciens consommateurs d'héroïne ou pas.

### III. Epidémiologie de la cocaïne.

#### 1. Données de la police.

Selon les autorités policières, la toute première information concernant un usager de "crack" remonte à 1986. De 1987 à 1989, la consommation du "crack" est décrite comme sporadique et peu importante, ce produit n'est pas pris en considération dans le recueil de données statistiques. On ne parle d'ailleurs pas de "crack" à cette époque, mais de "caillou" ou de "crack antillais". La rumeur veut que ce produit diffère du "crack américain" et cette rumeur est alimentée par nombre d'articles dans la presse. Il semble qu'un document du DEA (drug enforcement agency) ait été mal compris ou mal traduit et ce n'est que vers 1992 que l'on commence à parler du "caillou" en tant que "crack".

Les usagers de "caillou" vont reprendre cette rumeur. Le produit américain a une réputation horrible, ils n'en veulent à aucun prix: "c'est du poison!". Mais, quand le "caillou" est introduit sur le marché, il est présenté et vu comme du "caillou" et non du "crack". D'où, certainement, une pénétration initiale plus facile de ce produit en France.

En 1991, on dénombre en France 51 usagers de "crack" dans 4 départements, dont la Martinique. En 1992, le nombre d'usagers recensés monte à 140, 8 départements sont représentés, dont la Seine-Saint-Denis. En 1993, le "crack" a été identifié dans 14 départements et 226 usagers sont connus à Paris. Encore faut-il préciser que ces données sont probablement sous-évaluées en ce sens que le "caillou" a pu être, pour une part, comptabilisé en tant que "cocaïne".

#### 2. Données du SESI.

Les enquêtes du SESI recueillent les données qui concernent les usagers de drogues suivis par les centres spécialisés, les établissements sanitaires et les établissements sociaux.

Selon les données statistiques de novembre 1992, le nombre de toxicomanes dont le principal produit de dépendance est la cocaïne s'élève à 369, soit 2,3% des toxicomanes suivis. L'âge moyen des consommateurs de cocaïne est de 26,8 ans et ne diffère pas beaucoup de celui des consommateurs d'héroïne (27,2 ans).

Cependant, toujours selon ces mêmes données, la cocaïne est davantage consommée en tant que produit associé, notamment avec

l'héroïne : 1147, soit 12,2% des polytoxicomanes suivis, lesquels représentant tout de même 60% des toxicomanes accueillis.

Ces statistiques du SESI sont significatives: le nombre de consommateurs de cocaïne a plus que doublé entre 1991 et 1992. En effet, dans cette période, et dans les centres spécialisés, on note une augmentation très marquée (57,69%) du nombre de consommateurs de cocaïne. Cette étude estime que l'arrivée du "crack" en France n'est sans doute pas étrangère à cet état de fait. Le "crack" sera recensé comme tel lors de la prochaine enquête afin de différencier consommateurs de cocaïne et consommateurs de "crack".

### 3. Les études de l'IREP.

Les données de la police et celles du SESI concernent les toxicomanes qui passent soit par le système répressif, soit par le système sanitaire. Il est plus difficile d'évaluer ce phénomène dans la rue. C'est ce que nous avons tenté de faire dans une étude ethnographique des consommateurs de cocaïne menée dans Paris entre mars 1991 et mai 1992.

La population rencontrée au cours de cette étude se différencie peu des autres consommateurs de drogues en ce qui concerne l'âge, le sexe et la nationalité des sujets. Toutefois, elle se distingue de façon tout à fait catégorique de celle décrite dans les hôpitaux et les prisons: les consommateurs de cocaïne de notre échantillon ont des conditions de vie relativement confortables. Ils sont peu concernés par les problèmes de santé et, en particulier, ne sont que très peu touchés par l'infection HIV ou par l'hépatite. Dans la grande majorité des cas (80%), ils n'ont jamais été incarcérés.

De ce fait, beaucoup de consommateurs de cocaïne ne sont pas demandeurs de soins et les services de la police n'ont que des contacts limités avec eux. Ainsi, il est difficile d'évaluer les tendances de la consommation de cocaïne au vu des données d'enquêtes réalisées sur des groupes de toxicomanes traités ou au vu des données de la police.

Qui plus est, les consommations de cocaïne chez les consommateurs de drogues sont régulièrement sous-estimées dans la plupart des enquêtes qui concernent ces populations. La raison de cette sous-estimation est de nature méthodologique: la consommation de cocaïne ne peut être repérée que si la question de son usage a été posée. En effet, dans un contexte général où le produit le plus en vue est l'héroïne, la consommation d'un produit comme la cocaïne peut tout à fait être occultée.

L'étude de l'IREP sur les "toxicomanes incarcérés", réalisée en 1985, avait montré que parmi les drogues les plus souvent

consommées, la cocaïne était citée dans 43% des cas; pour 61% d'entre eux cette consommation avait débuté en 1982 ou après. En 1988, l'étude IREP sur "les effets de la libération de la vente de seringues" a fait état de 44% de sujets qui consommaient de la cocaïne. Dans l'étude IREP 1992 sur "la transmission du HIV chez les toxicomanes", le taux de toxicomanes utilisant également de la cocaïne est comparable : 45%.

Nous pensons donc que la consommation de la cocaïne chez les toxicomanes a d'abord augmenté de façon brutale à partir de 1980. Cette augmentation s'est poursuivie de façon lente et progressive tout au long des années 1980. Le nombre et les quantités de cocaïne saisies par la police, et notamment celles qui ont été réalisées au niveau de la rue (1982 pour la première fois), sont autant d'éléments qui étayent notre analyse (cf. graphique).

Dans notre étude sur la consommation de cocaïne à Paris plusieurs éléments concordent pour confirmer cette évolution: 1) pour la majorité des sujets (71%), la première année de consommation se situe après 1980 (cf. graphique) ; 2) ce renouveau s'explique en partie par une plus grande agressivité du marché - la cocaïne se manifeste dans des réseaux jusque là réservés à l'héroïne et, dans une moindre mesure, dans les réseaux du cannabis; 3) cela se traduit par de nouveaux modes de consommation et par l'extension de cet usage à des catégories sociales jusque là peu impliquées : nous assistons à une diffusion assez importante de la cocaïne vers des groupes sociaux moins favorisés malgré le coût élevé de cette consommation. C'est dans ces groupes que nous avons rencontré, lors de notre étude sur la consommation de cocaïne à Paris, le plus grand nombre de consommateurs de "crack".

L'enquête sur "le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV" s'est déroulée entre 1990 et 1992: plus d'un tiers des sujets interrogés (36%) consommaient de la cocaïne et 2,4% consommaient de la cocaïne sous forme de "crack". Les consommatrices de "crack" avaient recours au travail sexuel pour se procurer l'argent de la drogue: elles faisaient une passe pour acheter un "caillou" et, le "caillou" consommé, elles recommandaient.

#### IV. Données ethnographiques sur le "crack".

##### 1. Le développement de l'usage.

De 1986 à 1989, le "crack" n'était utilisé que par un petit groupe de personnes qui avaient eu connaissance du procédé de fabrication lors de voyages en Amérique du Sud, aux Etats-Unis ou aux Antilles. Il s'agissait d'une consommation confidentielle, l'autre procédé connu par un petit nombre de personnes également consistant en l'utilisation du "freebase", c'est à dire du chlorhydrate de cocaïne transformé en "base" par adjonction



d'ammoniac. Aux Etats Unis, un autre procédé était connu, le "freebasing", technique consistant à éliminer tous les adultérants par un procédé chimique relativement complexe et à récupérer la cocaïne pure en l'extrayant avec de l'éther.

En 1989, nous avons identifié un premier foyer sur la ligne 9 du Métro parisien, entre République et Nation. Très rapidement, les groupes d'usagers se sont retrouvés dans les squatts du XVIIIème et XIXème arrondissements de Paris. Certains de ces squatts se sont rapidement spécialisés dans la consommation et la revente du "crack". Nous avons eu la possibilité de filmer l'un de ces squatts en 1991. A cette époque, la consommation et la revente sont passés dans la rue, à ciel ouvert, tout spécialement dans le quartier de Stalingrad qui est devenu le site le plus important de la région parisienne.

C'est au niveau de la "rotonde", près du canal de l'Ourcq, à Stalingrad, qu'est installé ce site. En 1992 et 1993, il s'est considérablement développé, fonctionnant la nuit essentiellement, avec des centaines d'usagers stationnant ou passant là tous les jours. A cette époque, se sont en outre développés d'autres sites secondaires: Place de la Nation, Strasbourg-Saint-Denis, Pigalle principalement.

## 2. Les principaux groupes concernés.

La population qui consomme du "crack" actuellement à Paris n'a jamais fait l'objet d'une étude spécifique. Nous ne pouvons nous-même la décrire qu'à partir des éléments encore partiels que nous possédons, soit à l'occasion d'études sur d'autres sujets, soit à partir de nos contacts de rue soit, enfin, à partir de la clientèle de la Boutique, structure de prévention de rue inaugurée en Juin 1993. Dans ce centre situé dans le XIXème arrondissement, la moitié des toxicomanes sont des consommateurs de "crack". En six mois, ce centre a reçu la visite de 450 toxicomanes, dont 53% sont des consommateurs de cocaïne et plus spécialement de "crack".

Il s'agit, pour une part importante mais régulièrement décroissante, d'Antillais et d'Africains. Les hommes sont en nette majorité et les femmes, le plus souvent, s'adonnent à la prostitution, soit dans le quartier, soit aux environs immédiats. Il suffit d'un mois environ pour voir ces sujets passer de l'expérimentation à une dépendance avérée avec toutes ses conséquences: amaigrissement, pâleur, épuisement, états de confusion. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des sujets, surtout les travailleurs sexuels, n'ayant pas dormi un instant pendant des périodes de trois à quatre journées.

Mais la clientèle du "crack" est aussi une clientèle beaucoup plus discrète, fréquentant ce site, ou d'autres, uniquement pour

s'approvisionner en produit. Ils ne font alors que passer, chaque nuit, une ou plusieurs fois. Il est quasiment impossible d'estimer à Paris le nombre total de tels consommateurs. Mais, compte tenu de nos observations et que nous sommes loin de connaître tous les usagers que nous voyons dans les rues, il est raisonnable de dire que ce groupe dépassait largement le millier de personnes en 1993.

Parmi ces consommateurs, nous trouvons pour une grande part des anciens usagers d'héroïne qui se sont reconvertis au "crack". Leur drogue principale a changé, même s'ils continuent à consommer de l'héroïne afin de mieux gérer leur "descente". On pourrait dire qu'ils consomment de l'héroïne afin de mieux consommer du "crack".

D'autres, plus rares, sont des primo-consommateurs de "crack". Ils n'ont consommé aucune autre drogue illicite auparavant, exception faite du cannabis. Ces sujets peuvent être très jeunes, âgés de dix huit ans ou moins. D'autres sont nettement plus âgés et nous avons rencontré des sujets qui avaient plus de quarante ans. Ceci montre une des dimensions de ce mouvement épidémique, à savoir que sont aussi touchées des personnes sans antécédent particulier quant à la toxicomanie.

### 3. Les modes de consommation.

Il s'agit d'une consommation essentiellement nocturne. Ce point est quasiment régulier et le "crack" apparaît comme une drogue de la nuit. Il semble que les effets stimulants et anxiogènes du "crack" soient incompatibles avec une consommation dans la journée: "C'est trop speed". De la sorte, les consommateurs fument toute ou partie de la nuit et, au petit matin, sont à la recherche d'héroïne ou de médicaments afin de pouvoir dormir un peu s'ils ont un domicile, ou d'être en état d'aller travailler (notamment les prostitué/es).

Le "crack" se fume ordinairement dans une petite pipe en verre, par exemple un doseur d'alcool, ou avec une boîte de Coca-cola aménagée à cet effet. Le produit se présente sous la forme de doses uniques (les "cailloux") qui sont fumées en une seule fois. Un "caillou" se consomme en quelques secondes. Pour ceux des usagers qui le peuvent, le "crack" se présente aussi sous la forme de "galettes", ou "slaves", qui correspondent à cinq ou six "cailloux". Ces "galettes" sont vendues 400 Francs pièce et sont de la taille d'un comprimé d'aspirine un peu aplati. Une "galette" peut être consommée, par un seul et même sujet, en moins d'une heure. Une consommation quotidienne de trois à quatre "galettes" n'a rien d'exceptionnel.

Mais le "crack" est également injectable et certains sujets préfèrent ce mode de consommation, soit parce qu'ils disposent ainsi d'une cocaïne pure à 90%, soit parce qu'ils aiment se

piquer et bénéficier d'un effet un peu plus prolongé.

#### 4. L'économie du "crack".

La rapidité du trafic et des échanges d'argent est ce qui caractérise le mieux le trafic de "crack". Tout se passe très vite et les trafiquants doivent s'organiser afin de répondre à une demande toujours pressante et afin de sauvegarder leur sécurité: porteurs de fortes sommes d'argent, ils doivent le mettre en lieu sûr. Nous pouvons dire que l'arrivée du "crack" à Paris correspond à un événement en ce sens qu'a été recrutée une nouvelle clientèle et qu'un nouveau type de revente s'organise.

#### 5. Délinquance, violence, prostitution.

L'arrivée du "crack" entraîne aussi un changement pour tout ce qui concerne les activités -le plus souvent illicites- productrices d'argent. Les besoins sont multipliés. Mais les changements affectent également la vie sociale des quartiers concernés. Autour des activités de consommation et de revente, se constituent d'autres activités parasites, telles le "rackett" et "l'arnaque". Ces deux phénomènes sont inévitablement à l'origine de conflits violents et de rixes.

#### 6. Premières conséquences sociales et sanitaires.

Nous avons observé une dégradation radicale de l'état de santé et des conditions de vie des usagers les plus réguliers: les sujets, y compris quand ils sont déjà malades -notamment du SIDA-, n'ont plus accès aux soins que par l'intermédiaire des urgences tant ils attendent le dernier moment pour trouver de l'aide. Il s'est produit une rupture avec les familles, les proches, les réseaux sociaux habituels. Nous assistons à une accélération redoutable des processus de marginalisation pour ces sujets.

#### V. Perspectives.

Trois points méritent d'être mentionnés: 1) la multiplication des risques de contamination par le virus du SIDA et les autres agents infectieux. Même si, en effet, la consommation du "crack" se fait essentiellement par voie orale, il n'en reste pas moins que la seringue n'est pas abandonnée et que, de plus, les risques de contamination par voie sexuelle sont majorés, ceci en lien avec la prostitution; 2) les besoins socio-sanitaires de ces sujets sont transformés et la cure de désintoxication, telle qu'elle existe pour les héroïnomanes, n'est plus adaptée à ce groupe: il existe à ce niveau un réel besoin d'innovation, notamment pour ce qui concerne l'accueil; 3) l'apparition d'une nouvelle population de toxicomanes est prévisible: ce sont

d'abord les toxicomanes avérés qui ont été recrutés, mais nous observons maintenant des consommateurs, parfois très jeunes, parfois bien plus âgés, qui n'ont pas d'antécédents de toxicomanie.

## **VI. Conclusion.**

L'expérience américaine nous a appris que la consommation du "crack" pouvait progresser de façon extrêmement rapide. Il serait audacieux d'imaginer, en France, que le phénomène puisse rester confiné aux portes du XIXème arrondissement, n'atteignant pas d'autres villes de province ou les banlieues.

Nous avons affaire ici à un phénomène qui apparaît dans le contexte d'une implantation massive de la cocaïne en Europe depuis plusieurs années. C'est dire que les réponses, même les plus appropriées risquent bien de ne pas parvenir à circonscrire ce phénomène de façon efficace. Il est bien trop tard pour tout ce qui concernerait une campagne dite "d'information": les usagers auront à reconnaître par eux mêmes que le "crack" est une drogue infiniment plus destructrice que l'héroïne ou d'autres produits.

## Bibliographie sélective

- BRACKELAIRE, V.; Coca, cocaïne et développement. Le cas bolivien, in Psychotropes, Vol.V, N°3, 1989.
- CHAPUT, F., ANGEL, P., FACY, F.; La cocaïne, Société d'enseignement et de recherche sur les toxicomanes, Paris, 1989.
- CLAYTON, R.R.; Cocaïne use in the United States: In a blizzard or just being snowed?, NIDA, Research monograph series N°61, "Cocaïne use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives", pp. 8-34, Rockville, 1985.
- DELPIROU, A., LABROUSSE, A.; Coca coke, La découverte, Paris, 1986.
- DELRIEU, A.; L'inconsistance de la toxicomanie, Analytica vol 53, Navarin, Paris 1988.
- GAY, G.; Cocaïne: le produit et ses effets. Les intoxications et leurs traitements, in Psychotropes, Vol.I, N°2, 1983.
- GOLDSTEIN, P.J., BROWNSTEIN, H.H., RYAN, P.J., BELLUCCI, P.A., Crack and homicide in New York City, 1988: a conceptually based event analysis, Contemporary Drug Problems, pp.651-687, Winter 1984.
- HALL, J.N.; Histoire du crack: Echech de la prohibition, promesse de la prévention, in Drogues, Politiques et Sociétés, Editions Descartes, pp.212-219, Paris 1992.
- HAMID, A.; The political economy of crack related violence, in Contemporary Drug Problems, pp.31-77, Spring 1990.
- HANKES, L.; Cocaïne: Today's drug, NIDA, CEWG Proceedings, pp. III.12-III.18, December 1985.
- INGOLD, F.R., INGOLD, S., TOUSSIRT, M.; A brief analysis of cocaïne trends in France followed by preliminary findings of an HIV transmission study among prostitutes in Paris, NIDA, Washington, CEWG, pp.II-77/II-82, Juin 1990.
- IREP; Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris, Juillet 1992.
- IREP; Le travail sexuel, la consommation des drogues et le HIV: investigation ethnographique de la prostitution à Paris. 1989-1993, Septembre 1993.

KAPLAN, C.D.; **Cocaine and sociocultural groups in the Netherlands**, "Epidemiology of Drug Abuse: Research, Clinical and Social Perspectives", NIDA, pp.IV-5/IV-16, Rockville, 1985.

PHILIPS, J., WYNNE, R.; **Cocaine**, Avon Books, N.Y., 1980.

SCHOBER, S., SCHADE, C.; **The epidemiology of cocaine use and abuse**, NIDA, Research monograph 110, Rockville, 1990.

SEIGEL, R.; **New patterns of cocaine use: changing doses and routes**, NIDA, "Cocaine use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives", Rockville, 1985.

SESI; **La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales**, in Documents Statistiques, N°189, décembre 1993.

WITKIN, G.; **The man who created crack**, in US News and World Report, pp.44-53, August 19, 1991.

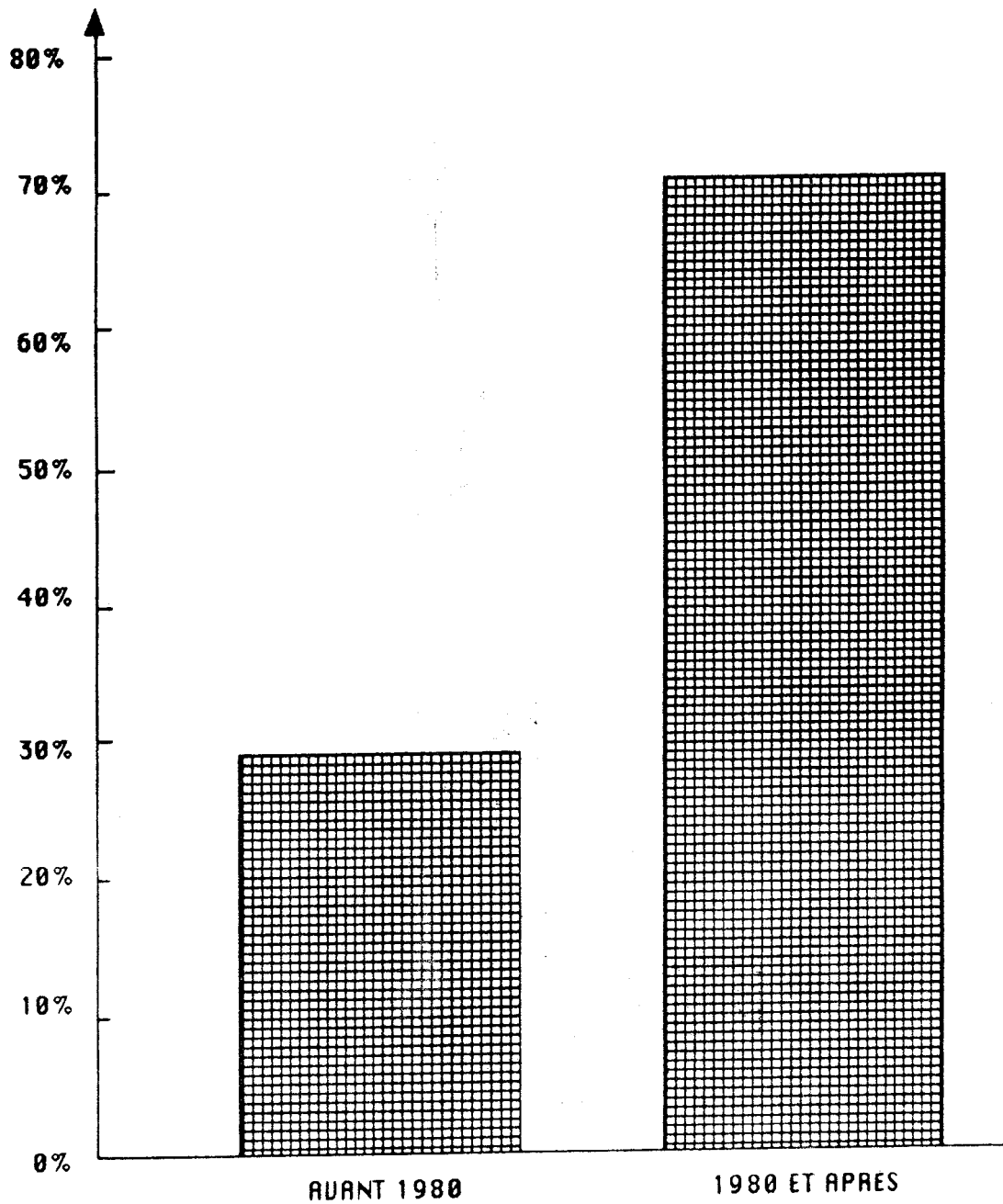
Résumé: La consommation de cocaïne, selon nos enquêtes et les données épidémiologiques disponibles, a progressivement augmenté depuis le début des années 80 en France. À Paris, le "crack" a été repéré pour la première fois en 1987. Il s'agit d'une cocaïne à fumer, fabriquée à partir du Chlorhydrate de cocaïne et dont les effets sont infiniment plus brutaux et destructeurs. La consommation de "crack" à Paris a été sous évaluée. Bien qu'aucune étude spécifique ne soit disponible, les données ethnographiques suggèrent qu'il s'agit d'un phénomène rapidement évolutif et qui risque de transformer, pour le pire, les conditions de prise en charge médicale et sociale des toxicomanes en général.

Summary: In France, trends of cocaine use have been increasing regularly since 1980. "Crack" has been noticed for the first time in 1987. "Crack" is a smokable form of cocaine which is easily processed starting from cocaine hydrochloride. In 1993 a very important spread of "Crack" use has been observed by our street team. It is very clear that "Crack" use has been underestimated in Paris. The medical and social management of addicts could be severely affected by this new phenomenon.

Mots clés: cocaïne, crack, caillou, toxicomanie, Paris, ethnographie.

Key words: cocaïne, crack, drug addiction, Paris, ethnography.

# DATE DE LA PREMIÈRE CONSOMMATION DE COCAÏNE (ÉTUDE 1992)

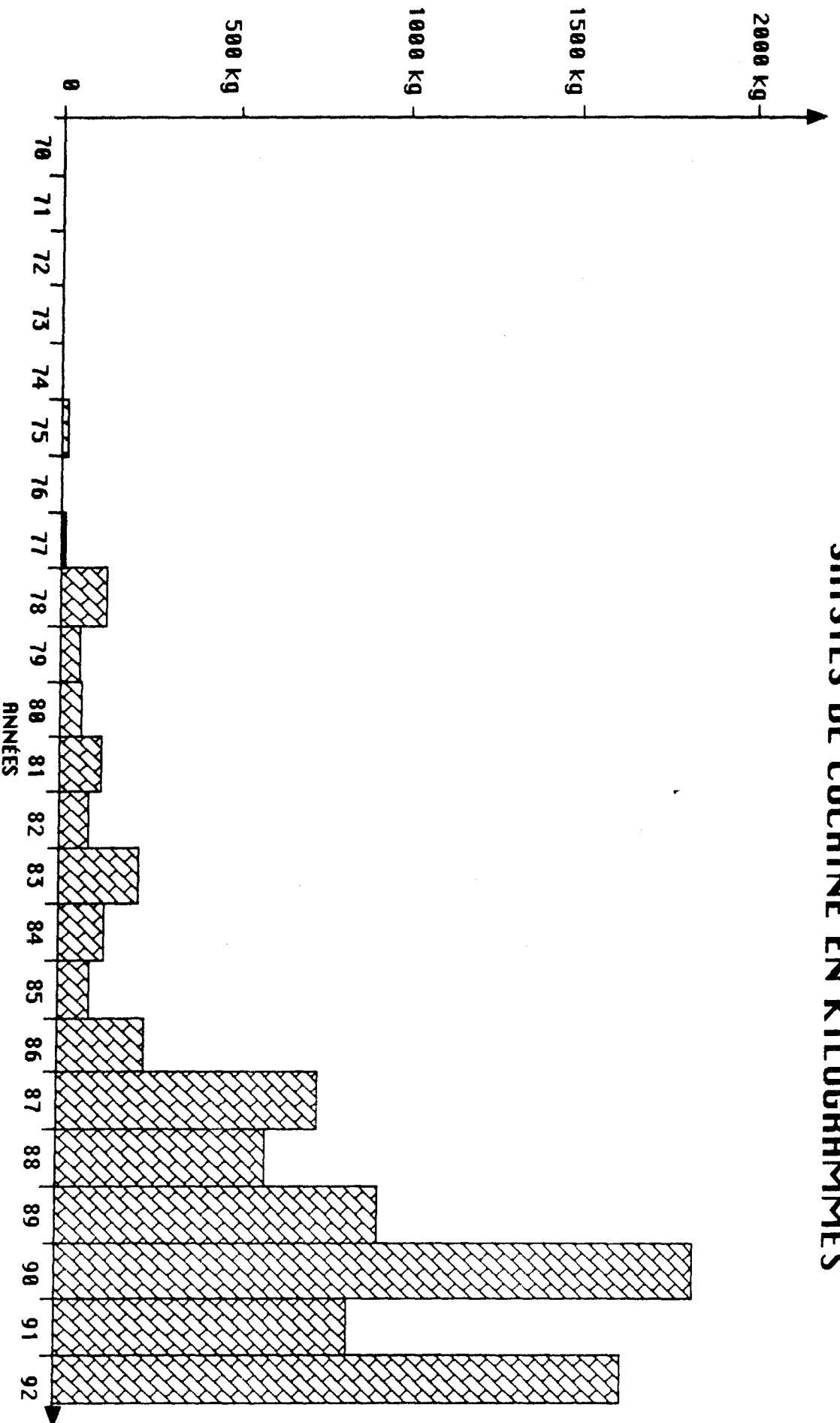


N = 100

Source : I.R.E.P.



# SRAISIES DE COCAÏNE EN KILOGRAMMES



Source : O.C.R.T.I.S.