

IREP

261795

**Institut de Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance
Laboratoire Associé au CREDA de l'École des Hautes Études 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

**APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE DE LA CONSOMMATION
DE COCAINE A PARIS.**

JUILLET 1992



SOMMAIRE



I. <u>INTRODUCTION</u>	5
II. <u>METHODOLOGIE</u>	6
1. Définition.	
2. Accès aux consommateurs de cocaïne.	
3. La méthode "Boule de neige".	
4. Le Questionnaire.	
III. <u>LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE</u>	9
1. Le profil des enquêteurs.	
2. La mise en place du recueil des données.	
IV. <u>DESCRIPTION DE LA POPULATION</u>	12
1. Age et sexe.	
2. Nationalité.	
3. Domicile.	
4. Niveau d'études.	
5. Situation familiale.	
6. Situation professionnelle.	
V. <u>LA CONSOMMATION DE COCAINE</u>	16
1. La spécificité de la consommation de la cocaïne.	
2. L'achat.	
3. Les prix et les quantités.	
4. Modes de consommation et fréquences.	
5. Année de première consommation.	

VI. PROBLEMES EN RAPPORT AVEC LA COCAINE	21
1. Problèmes de santé.	
2. Problèmes professionnels.	
3. Interpellations et incarcérations.	
4. Les motivations des sujets à consommer la cocaïne.	
5. La consommation dans l'entourage du sujet.	
VII. LE TRAVAIL DE TERRAIN	27
1. Travail de terrain et difficultés à rencontrer les sujets.	
2. Le "Crack."	
3. L'alcool.	
4. Les effets de la cocaïne.	
5. Les motivations des sujets.	
6. Le rythme de la consommation.	
VIII. DISCUSSION	36
1. Qui sont les consommateurs de cocaïne?	
2. Les problèmes sanitaires des consommateurs de cocaïne.	
3. Les tendances de la consommation de cocaïne.	
IX. CONCLUSION	42
X. ANNEXES	
Listes des tableaux	45
Graphiques	46
Méthode "Boule de neige"	51
Bibliographie sélective	53

EQUIPE DE RECHERCHE

Direction scientifique

François-Rodolphe INGOLD

Supervision du travail de terrain

Mohamed TOUSSIRT

Secrétariat scientifique

Thierry PLISSON

ENQUETEURS DE RUE

Groupe "Toxicos": Azzedine AOUCHE

Groupe "Branchés": Mariane GOLDFARB

Groupe "Rock": Vincent GORAT

I. INTRODUCTION

Cette étude, centrée sur les consommateurs de cocaïne, a été réalisée à Paris entre Mars 1991 et Mai 1992. Elle a été réalisée selon une méthode ethnographique, c'est à dire qu'elle a privilégié une approche indépendante de toute relation institutionnelle: les sujets ont été rencontrés dans leur environnement naturel. Ceci donne au recueil de données une dimension principalement qualitative. Ceci étant, nous présentons également un certain nombre d'analyses statistiques qui doivent être vues comme des indications générales et non des résultats définitifs.

Les données ont donc été rassemblées au cours d'un travail qui s'est réalisé au niveau de la rue, dans des lieux publics, au domicile des sujets et dans certains squatts parisiens. De ce fait, l'échantillon que nous avons constitué est différent de celui des toxicomanes traités ou demandeurs de soins. Cet échantillon n'est probablement pas représentatif des usagers de cocaïne en général du fait de sa taille ($N=103$). Il offre cependant la garantie d'avoir été constitué à partir d'investigations très approfondies et menées dans des milieux sociaux très différents les uns des autres, selon une méthode maintenant éprouvée, le "snowball sampling". Cette méthode sera décrite plus loin.

Nous avons tenté de répondre à un certain nombre de questions: 1) qui sont les consommateurs de cocaïne?; 2) quels sont les problèmes sanitaires actuellement posés par cette consommation?; 3) quelles sont, actuellement, les tendances de cette consommation?

Cette étude ne peut répondre de façon exhaustive et définitive à toutes ces questions, du fait du caractère limité de l'échantillon et du fait, aussi, que nous n'avons probablement pas exploré tous les aspects possibles de la consommation actuelle de cocaïne. Cependant, cette étude fournira sans doute une image assez unique des consommateurs actuels de cette drogue du fait qu'elle a été réalisée dans des réseaux sociaux très différents les uns des autres. Elle devrait, de plus, entrer en bonne complémentarité avec les études réalisées selon d'autres méthodes et auprès de publics différents.

Nous n'avons pas cherché à constituer un échantillon de sujets qui ne consommeraient que de la cocaïne. Ce cas de figure existe peut-être, mais il faut bien comprendre qu'en réalité la consommation de cocaïne, s'inscrit elle-même et avant toute chose dans un ensemble d'attitudes particulières par rapport aux produits psychotropes dans leur ensemble, à commencer par l'alcool. Il serait illusoire de penser que pourrait exister un "cocai nomane" type. La disponibilité croissante -ces dernières années- de la cocaïne s'est en effet répercutee sur un public très large et, bien entendu, chez les usagers de drogues illicites, tous produits confondus. Cependant, c'est bien sur la consommation de cocaïne -sous forme de chlorhydrate, ou sous forme de base (principalement le "Crack")- que notre étude reste concentrée. Cette drogue, comme nous l'avons constaté, peut en effet être consommée de façon principale ou largement prioritaire par nombre de sujets.

II. METHODOLOGIE

1. Définition.

Nous avons retenu comme critère d'inclusion dans l'étude une consommation de cocaïne, isolée ou non isolée, s'étant traduite à plusieurs reprises par des épisodes de consommation intensive. Nous avons donc exclu les toxicomanes pour qui la consommation de cocaïne n'avait jamais été que très épisodique ou accessoire. Nous avons également exclu les consommateurs de cocaïne pour qui le dernier épisode de consommation était ancien, datant d'une année ou davantage. Mais nous avons inclu, en revanche, les sujets utilisant la cocaïne selon une fréquence faible au moment de l'étude (une fois par semaine ou moins, par exemple) si ces derniers avaient connu des épisodes de consommation très intensifs ou réguliers au cours de l'année écoulée.

2. Accès aux consommateurs de cocaïne.

Les consommateurs de cocaïne sont difficilement contactables du fait qu'ils sont assez peu visibles, assez peu reconnaissables directement. De ce point de vue, ils ne sont pas comparables aux héroïnomanes, par exemple, qui sont plus facilement repérables à leur allure générale, comme à tout ce qui est révélateur de l'usage des seringues.

De plus, les consommateurs de cocaïne ne sont pas toujours disposés à parler de leurs consommations et à répondre à des questions. Les consommateurs de cocaïne, comme les consommateurs de drogues en général, ou les populations dites "cachées", situent bien leurs pratiques dans le domaine de ce qui est illégal. Ceci est d'autant plus net qu'ils appartiennent à des groupes sociaux relativement bien insérés socialement: ils ne tiennent pas à être identifiés en tant que consommateurs. Le travail qui consiste à les rencontrer et obtenir d'eux des informations sur leur consommation repose donc sur un travail de terrain qui nécessite dans tous les cas une approche lente, des négociations, afin d'aboutir à une claire mise en confiance.

3. La Méthode "Boule de neige"

Nous avons utilisé la méthode dite de "boule de neige" dans sa forme habituelle. Chaque sujet rencontré nous introduit auprès d'un ou plusieurs autres sujets susceptibles d'entrer dans l'étude. Dans le cadre d'une étude européenne sur la cocaïne menée de pair avec les équipes de Rotterdam, München et Barcelone, nous avions tenté de systématiser le mode de rencontre avec les sujets en choisissant au hasard un contact parmi tous ceux que pouvaient nous donner un sujet enquêté. Cette technique, tout à fait expérimentale, avait l'avantage de tester la possibilité d'une estimation, basée sur un modèle mathématique, de la prévalence de la consommation de cocaïne. Mais, ici, nous avons renoncé à cette méthode qui nous paraissait difficilement applicable et, surtout, qui nous privait de l'exploration systématique de réseaux dans leur totalité, ceci pour un bénéfice en définitive aléatoire.

Les instructions qui ont été données aux enquêteurs allaient donc dans ce sens: exploiter toutes les rencontres permettant une bonne connaissance d'un réseau social donné.

Exemple: le premier sujet rencontré par Vincent qui porte le n°1, a présenté à notre enquêteur deux autres sujets. L'un d'eux, le n°24, a présenté à son tour deux autres sujets le n°25 et le n°54. Parmi ces deux derniers sujets, le n°25 a présenté le n°47. Quant au sujet n° 54, il n'a présenté personne. Le n°1 a également fait rencontrer à notre enquêteur le n°41 et ce dernier lui a présenté le n°42. Enfin, le n°2, n°6, n°7, n°14, n°33, n°58, rencontrés en premier, n'ont présenté personne.

Autre exemple: Marianne connaissait bien le sujet n°82. Ce dernier lui a présenté trois autres sujets: le n°81, n°84, n°88. Elle connaissait également le sujet n°93. Chez celui-ci, elle a rencontré deux personnes: un consommateur de cocaïne qui accepté de répondre à ses questions (le n°95) et une personne qui n'est pas consommatrice de cocaïne, laquelle lui a proposé de l'introduire auprès du sujet n°94.

4. Le Questionnaire.

Le questionnaire que nous avons élaboré a été administré à 103 sujets, il comporte quatre pages. Il vise à recueillir: 1) des informations socio-démographiques sur l'âge, la nationalité, le sexe, le statut familial, le type de domicile, le niveau d'études, la situation familiale et professionnelle des sujets, le statut familial, la nationalité et la situation professionnelle des parents; 2) des données sur la consommation de la cocaïne et des produits qui lui sont associés (fréquence, quantité, mode de consommation); le mode d'achat de la cocaïne, prix et quantités; 3) des données sur les problèmes professionnels et de santé liés à la consommation des drogues, les interpellations et les incarcérations, les motivations du sujet à consommer la cocaïne, le nombre de personnes qui consomme de la cocaïne dans l'entourage du sujet; les problèmes qu'ont ces personnes, en relation avec la cocaïne, avec leur santé, leur profession, la police et la justice, la famille.

Il s'agit donc d'un questionnaire très élaboré, exigeant un entretien d'au moins trente minutes, ceci dans de bonnes conditions de confort. A côté du questionnaire, une large place a été réservée aux données qualitatives. Ces données proviennent: 1) des observations directes sur le terrain; 2) des déclarations hors questionnaire, c'est à dire des conversations qui ont eu lieu avant et après l'administration de celui-ci; 3) des entretiens et conversations avec des sujets à qui nous n'avons pas administré le questionnaire; 4) du réseau d'informateurs, personnes-clefs, qui collaborent avec les chercheurs de l'IREP.

A cet effet, les enquêteurs rendaient compte oralement de leurs rencontres avec les usagers, afin de préciser le mode de contact, le type d'échanges informels qui avaient pu avoir lieu et les préoccupations particulières des sujets. De plus, certains sujets ont été vus à plusieurs reprises par un membre de l'équipe. D'autres sujets, enfin, ont été rencontrés par l'ensemble de l'équipe, ceci afin d'obtenir plus de précisions sur les informations recueillies par les enquêteurs et, également, dans le cadre général de la supervision et de la formation de ces derniers.

III. LE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

1. Le Profil des enquêteurs.

Pour choisir les trois enquêteurs qui ont travaillé sur cette étude nous avons systématiquement repris contact avec la plupart des enquêteurs qui avaient travaillé avec l'IREP pour diverses enquêtes dans le champ de la toxicomanie. Nous avons expliqué à ces derniers les objectifs de l'étude et nous leur avons demandé s'ils connaissaient des consommateurs de cocaïne, quels étaient les groupes de populations qu'il leur était possible d'explorer. Nous avons ensuite procédé à des recherches dans nos propres réseaux de connaissances pour trouver les personnes les plus aptes à participer à ce travail sur la cocaïne. Tout ceci avait pour objectif d'identifier des enquêteurs les mieux capables d'explorer les milieux sociaux qui nous semblaient à priori intéressants.

Finalement, trois enquêteurs, ont été retenus. Ces enquêteurs correspondaient chacun à un profil différent. Chacun d'entre eux avait déjà ses "entrées" en étant plus ou moins introduit dans un milieu où il y avait consommation de cocaïne. Nous avions en effet prévu d'explorer au moins trois populations différentes sur lesquelles nous détenions déjà quelques informations provenant de nos précédentes investigations ethnographiques.

Les trois enquêteurs sélectionnés ont été les suivants:

1) Vincent Gorat, est bachelier, il n'a aucune expérience des enquêtes. Une formation et un suivi attentifs tout au long de l'étude ont donc été nécessaires. Consommateur d'héroïne dans le passé, il consomme de la cocaïne de façon épisodique. Il est chanteur dans un groupe de rock, connaît bien les milieux de la musique et les professionnels du spectacle. Plus de la moitié des questionnaires (60) ont été administrés par ce dernier, de Juin 91 à Août 91.

2) Marianne Goldfarb, Maîtrise et D.E.A d'ethnologie, a une bonne expérience des enquêtes, elle travaille ponctuellement à l'IREP et a notamment participé à l'étude sur la prostitution. Elle connaît bien les milieux dits "branchés" et les milieux universitaires. Elle a administré 23 questionnaires entre le mois de Décembre 91 et Janvier 92.

3) Azzedine Aouch, a fait un "stage en entreprise" dans le cadre de l'IREP, en tant qu'enquêteur. De ce fait, il a participé à l'étude sur la "transmission du V.I.H chez les toxicomanes" et celle sur la prostitution. Consommateur d'héroïne de longue date, il connaît bien les réseaux de trafic de drogue dans certains quartiers de Paris et pouvait nous donner accès à des groupes de toxicomanes consommant essentiellement ou exclusivement de la cocaïne. Il a administré 20 questionnaires entre Septembre et Octobre 91.

Le travail de terrain de ces trois enquêteurs a été soigneusement préparé et suivi. Plusieurs visites d'équipe ont été organisées et nous avons organisé des séances de synthèse tout au long du recueil de données. Par ailleurs, d'autres réseaux ont fait l'objet de tentatives d'exploration, sans succès. Nous pensions en particulier mener une partie de notre enquête dans un groupe d'Antillais. Malheureusement, ceci n'a pas été réalisable, pour des raisons de temps et dans la mesure où nous n'avons pas réussi à identifier une "entrée" efficace.

2. La mise en place du recueil des données.

Les enquêteurs ont établi leurs premiers contacts avec les sujets consommateurs de cocaïne qu'ils connaissaient déjà. Par ailleurs, nous avons nous mêmes présenté quelques sujets à chacun d'entre eux. Ceci devait nous permettre d'obtenir des informations d'ordre général sur le contexte dans lequel allait se dérouler le travail. Il s'agissait également de tester le questionnaire ainsi que la stratégie de recherche.

Les 103 sujets de notre échantillon ont été contactés, dans 71 % des cas, à Paris intra-muros (Belleville, Pigalle, Bercy, les Halles, Etoile, Strasbourg Saint Denis, Barbès et la Porte de Clignancourt), en proche banlieue dans 20% des cas (Saint Ouen, Vincennes, Montreuil, Bobigny) et en grande banlieue dans 9 % des cas (Les Ulis, Limours, Argenteuil, Montigny).

Trois horizons sociaux complètement différents ont été explorés:

Vincent a exploré un milieu que nous appellerons "Rock". Dans ce milieu nous allons rencontrer une population qui gravite autour de la musique, essentiellement rock (Hard et alternatif). D'abord, les musiciens (professionnels, semi-professionnel et en voie de professionnalisation). Ensuite, les techniciens du spectacle travaillant dans les studios d'enregistrement, pour

les représentations et les concerts. Enfin, divers groupes en contact avec ce réseau: amateurs de musique, ils y ont des amis et des connaissances. Le plus souvent ils travaillent et occupent des postes très variés (restauration, commerces), ils sont aussi motards, étudiants, fonctionnaires... et consomment de la cocaïne.

Marianne Goldfarb a exploré les milieux dits "branchés". Ils fréquentent généralement le quartier des Halles et certains cafés, bars et boîtes de nuit situés dans d'autres quartiers de Paris. Beaucoup d'entre eux ont un niveau d'études supérieures. Ils occupent des fonctions correspondant à ce niveau dans plusieurs domaines et notamment celui des arts (théâtre, audiovisuel...) et celui de l'enseignement. Elle a donc bénéficié d'un bon accès à un milieu social plutôt aisés, et a reçu comme mission d'explorer plus spécialement les Sudaméricains vivant à Paris et en relation avec les "branchés".

Azzedine Aouch a exploré un milieu que nous appellerons "Toxicos". Il a réalisé l'enquête au niveau de la rue à Paris et en Banlieue. Il connaît bien les réseaux de distribution d'héroïne et de cocaïne au niveau de la rue. Ce milieu est très différent des deux autres: niveau d'études bas, intégration sociale faible. Les populations qu'il a rencontrées sont beaucoup plus marginales: dealers et consommateurs de cocaïne, prostitués des deux sexes, usagers de cocaïne sans profession précise. Il a également rencontré quelques consommateurs de cocaïne plus insérés socialement. Ces derniers ont recours à la rue pour leur approvisionnement lorsqu'ils ne peuvent plus se fournir dans leur réseau habituel. Exemple: un attaché de presse rencontré à la Goutte d'Or et qui a accepté de répondre au questionnaire. Nous sommes là, en présence de consommateurs de cocaïne dont le style de vie est relativement proche de celui des héroïnomanes, notamment pour tout ce qui concerne les moyens de financement des consommations de cocaïne (trafic et revente, prostitution, débrouille, arnaque...).

Les sujets ont parfois été contactés sur leurs lieux de travail habituels: le marché aux puces pour les commerçants brocanteurs ou antiquaires ou, encore, les studios pour les professionnels du spectacle. Les enquêteurs les ont également rencontrés au niveau de la rue, dans les boîtes de nuit et les "rave-parties". Ces dernières sont des soirées musicales dansantes qui rassemblent le plus souvent plusieurs centaines de personnes dans des lieux tels que péniches, usines désaffectées, hangars abandonnés ou parkings. En général, ces lieux ne sont connus qu'au tout dernier moment, les entrées sont payantes et dans la plupart des cas, une consommation est comprise dans le droit d'entrée. Un certain nombre de "rave-parties" sont annoncées dans des revues telles que "7 à Paris" ou sur le réseau minitel 3615 FG, rubrique

house. Les personnes qui fréquentent ces manifestations peuvent s'y procurer divers produits, plus particulièrement l'Ecstasy et la cocaïne. Enfin d'autres sujets ont été contactés directement à leur domicile privé.

IV. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Nous faisons état ici de la population dans son ensemble, sans tenir compte des trois sous-groupes "Rock", "Branchés" et "Toxicos". Les différences entre ces trois groupes sont assez significatives, surtout en ce qui concerne l'âge, le niveau d'études et l'insertion sociale. Elles seront décrites ultérieurement. D'autres différences sont également notables, surtout aux niveaux des motivations pour la consommation, des rapports avec la police et la justice.

1. Age et sexe.

L'âge des sujets va de 17 à 44 ans et la moyenne d'âge est de 28 ans. Parmi eux, 80 % sont des hommes et 20 % sont des femmes. La moyenne d'âge des consommateurs de cocaïne est donc légèrement supérieure à celle des héroïnomanes tels que ces derniers sont décrits dans d'autres enquêtes. Quand à la répartition par sexe, on retrouve ici une nette majorité d'hommes comme c'est le cas pour les consommateurs de drogues illicites en général.

Tableau 1 REPARTITION PAR GROUPE D'AGE

	EFFECTIF	%
15 à 19 ANS	3	2,9%
20 - 24 ANS	31	30,1%
25 - 29 ANS	31	30,1%
30 - 34 ANS	23	22,3%
35 - et plus	15	14,6%
ENSEMBLE	103	100%

2. Nationalité.

Les sujets, dans la grande majorité des cas (89%), sont français; les autres nationalités sont principalement représentées par les pays d'Europe (5%) et d'Amérique du sud (5%).

3. Le domicile.

La majorité des sujets (75%) ont un domicile fixe. Ils sont nombreux à avoir un domicile personnel (60%). Quelques uns (15%) habitent chez leurs parents. Dans 25% des cas, les sujets se trouvent dans une situation plus instable, habitant chez des amis, à l'hôtel ou en foyer. Ces chiffres contrastent avec ceux que l'on constate habituellement chez les héroïnomanes, où les situations d'errance et de précarité sont beaucoup plus fréquentes. Ils fournissent un premier élément révélateur d'une meilleure insertion sociale chez ces sujets.

Tableau 2 TYPE DE DOMICILE

	EFFECTIF	%
PERSONNEL	61	59.22
PARENT	16	15.54
AMIS	22	21.36
FOYER	1	0.97
HOTEL	3	2.91
ENSEMBLE	103	100

4. Niveau d'études.

Le niveau d'études supérieures est atteint par 28 % des sujets et le niveau du secondaire long concerne 37% des sujets. C'est donc près des deux tiers (65%) qui ont atteint au moins le niveau du secondaire long. Par ailleurs, il y a lieu de noter que le niveau d'études primaires ne concerne que 2 sujets. Quant à la formation professionnelle, elle concerne 40% des sujets. Parmi eux, 64% ont un diplôme et 35% sont sans diplôme.

Le niveau d'études et de formation chez les consommateurs de cocaïne est donc nettement plus élevé que ce qui est habituellement décrit dans les études qui portent sur les héroïnomanes. Notre étude sur les héroïnomanes (IREP 92), donne les chiffres suivants: 1) niveau d'étude primaire 10%; 2) niveau d'études secondaires court: 62%; 3) niveau d'études secondaires long 22%; 4) niveau d'études supérieures 3%, 5) éducation spécialisée 0,6%. Ce second élément contribue également à situer les consommateurs de cocaïne de notre échantillon comme étant beaucoup mieux insérés socialement que les toxicomanes dans leur ensemble.

Tableau 3

NIVEAU D'ETUDES

	EFFECTIF	%
PRIMAIRE	2	1.94
SECONDAIRE COURT	34	33.01
SECONDAIRE LONG	38	36.89
SUPERIEUR	29	28.16
ENSEMBLE	103	100

5. Situation familiale.

Les sujets de notre échantillon sont célibataires dans la majorité des cas (59%). Ceux qui vivent en couple (33%) sont soit mariés (9%) soit en concubinage (24%). Ils sont divorcés ou séparés dans 8% des cas. Ces sujets ont des enfants dans 22% des cas (15,5% un enfant, 4,8% deux enfants, 1,9% trois enfants). Les parents de ces sujets consommateurs de cocaïne sont mariés (50,5%), divorcés ou séparés (36%). Le père est décédé pour 11,6% des sujets. La nationalité des parents est française pour 77% des pères et pour 84% des mères.

Tableau 4

STATUT FAMILIAL

	EFFECTIF	%
CELIBATAIRE	61	59.22
MARIE(E)	9	8.74
CONCUBINAGE	25	24.28
DIVORCE(E)	4	3.88
SEPARÉ(E)	4	3.88
ENSEMBLE	103	100

6. Situation professionnelle.

Les sujets ont une profession dans 63% des cas. Les catégories professionnelles les plus représentées sont les cadres (27%), les artisans commerçants (11%), les professions intermédiaires (13%). En revanche les employés ne représentent que 9% et les ouvriers 4%. Les étudiants représentent 10%. Ceci montre bien que nous avons affaire à une population active, qui travaille de façon

régulière le plus souvent et qui occupe plutôt des postes bien rémunérés. Cependant 22% d'entre eux sont tout de même sans profession, au chômage, dealers ou prostitués. La situation des héroïnomanes (étude IREP 92), à l'opposé, indique que 70% de ces derniers sont chômeurs ou sans emploi. Quant à ceux qui travaillent (30%), ils sont le plus souvent employés ou ouvriers. Les parents, dans notre échantillon, sont à la retraite ou sans activité dans 40% des cas pour les pères et dans 47% pour les mères. Comme pour les sujets eux-mêmes, les catégories socio-professionnelles les plus représentées chez les parents sont les artisans commerçants, les cadres et professions intermédiaires (47,6% des pères et 30% des mères). Les catégories des ouvriers et des employés sont retrouvées pour 10% des pères et 15% des mères.

En conclusion, le niveau d'études et de formation relativement plus élevé, allant de pair avec une origine sociale plutôt favorisée, ont sans doute facilité l'accès des sujets de notre échantillon au monde du travail. Cette population, quoique d'allure marginale par certains aspects, se distingue de façon tout à fait catégorique des délinquants et des toxicomanes tels qu'ils sont décrits à partir des hôpitaux et des prisons. On trouve ici une population particulière qui, en dernière analyse, pourrait être comparée à certains groupes spécifiques, tels ces agents de change de Wall Street qui achètent leur cocaïne aux heures des repas ou à la sortie du bureau.

V. LA CONSOMMATION DE COCAINE

1. La spécificité de la consommation de la cocaïne.

Les consommateurs de cocaïne se distinguent des consommateurs d'héroïne. C'est une consommation qui implique plutôt l'irrégularité et les hautes fréquences. Elle peut être très intensive pendant une journée ou deux et redevenir faible ou même nulle ensuite. De la même façon, les fréquences d'utilisation sont le plus souvent très élevées: une consommation de cocaïne se fait en règle sur le mode de la répétition à intervalles de temps courts: une prise nasale selon un rythme d'une fois par heure ou davantage, une injection répétée vingt fois en une journée. Le Crack, de ce point de vue, est encore plus redoutable dans la

mesure où les effets ressentis sont particulièrement courts : quelques minutes ; la répétition des prises peut alors atteindre des rythmes infernaux. Cette configuration des prises et des effets explique que la consommation se fasse plus volontiers par épisodes distincts : il s'agit en définitive d'expériences éprouvantes physiquement et psychologiquement et, enfin, financièrement coûteuse. Il en résulte que la consommation de cocaïne ne se maintient qu'assez rarement de façon quotidienne et pendant de longues périodes. Cette consommation peut faire alterner épisodes d'usage intensif, voire frénétique, et épisodes beaucoup plus calmes. Typiquement -et c'est ce que les américains appellent "binge"- le sujet s'éclate littéralement pendant une soirée ou une nuit -éventuellement quelques jours- puis, ensuite, se met au repos pour quelques temps.

2. L'achat.

Nous avons demandé aux sujets de nous dire où ils achetaient la cocaïne (chez des dealers en appartement, par l'intermédiaire des personnes qu'ils connaissaient, dans les clubs, au niveau de la rue...). Nous leurs avons également demandé de nous dire quels étaient les prix payés pour chaque acquisition et pour quelle quantité.

Dans près de la moitié des cas (42%), les sujets disent ne pas acheter directement la cocaïne aux dealers. Pour se la procurer, ils passent par des intermédiaires (amis, collègues de travail le plus souvent). Lorsqu'ils l'achètent directement aux dealers, ils sont 28% à s'adresser aux dealers en appartement. Les autres l'achètent directement au niveau de la rue, dans les squatts, dans les boîtes de nuit et certains se font livrer sur leurs lieux de travail.

L'approvisionnement des consommateurs de cocaïne se caractérise par une plus grande régularité dans les échanges. Les dealers de cocaïne semblent plus organisés, ils se sentent moins menacés par la police que les dealers de cannabis ou d'héroïne. De ce fait un "plan de cocaïne" (c'est à dire une personne qui possède et qui vend de la cocaïne de façon stable et sûre) dure relativement plus longtemps qu'un "plan d'héroïne". Par ailleurs, les acheteurs sont bien organisés et disposent de plus de ressources financières. De ce fait, ils ont souvent la possibilité de s'approvisionner pour plusieurs jours ou même de grouper les achats pour plusieurs personnes. Par exemple, il n'est pas exceptionnel que des collègues de travail s'organisent pour acheter plusieurs grammes et se les partager. Le même type de

pratique est assez fréquent à l'occasion ou en prévision d'une fête. En règle générale, donc, les consommateurs de cocaïne sont plutôt d'assez bons gestionnaires, ils ne "galèrent" pas à la poursuite du produit -ou beaucoup moins que les consommateurs d'héroïne qui, eux, doivent assurer une consommation strictement quotidienne.

Nous avons constaté au cours de cette étude une intensification manifeste du marché de la cocaïne et ceci aussi bien au niveau des réseaux traditionnels de distribution, qu'à celui de la rue. A ce dernier niveau, la vente de la cocaïne se réalise très souvent à partir du réseau de distribution de l'héroïne. Certains revendeurs d'héroïne vendent aussi de la cocaïne, d'autres se convertissent actuellement et ne vendent que de la cocaïne. Ceci, qui signe l'agressivité du marché, s'exprime aussi d'autres façons, y compris par de petits cadeaux des revendeurs à des acheteurs d'héroïne; des périodes de grande disponibilité succèdent à des périodes de relative pénurie. Ceci explique en partie les écarts de prix signalés par les sujets, ces prix allant de 300 F. à 1500 F. pour un gramme.

3. Les prix et les quantités.

Les prix de vente au détail de la cocaïne connaissent de fortes variations en fonction des lieux, des quantités et de la présence sur le marché du produit. Ainsi, alors que le prix moyen pour un gramme est d'environ 800F., certains sujets disent dépenser jusqu'à 1500F. pour 1 gramme dans certains cas. Les prix les plus habituellement pratiqués, cependant, sont de 600 à 1000F. le gramme.

Les quantités "pesées", c'est à dire vendues au poids, ne sont généralement disponibles que chez les dealers en appartement et, bien entendu, pour des achats d'un gramme au minimum. Au niveau de la rue et dans les lieux publics, la cocaïne est distribuée en quantités non pesées, fractions de gramme, doses, paquets, "boulettes" ou "bonbonnes", tout comme l'héroïne.

Mais l'emballage de la cocaïne, au niveau de la rue, diffère de celui de l'héroïne. La cocaïne est mise dans un bout de plastique, celui-ci est recouvert de papier aluminium qui est recouvert à son tour d'un autre bout de plastique soudé au feu. Le produit est ainsi protégé de l'humidité, notamment quand les paquets sont cachés dans la bouche.

Un autre système de vente est parfois pratiqué, notamment au niveau des sites de distribution de l'héroïne, qui consiste à vendre ensemble deux paquets, l'un contenant de l'héroïne et l'autre de la cocaïne. Ce "lot" est mis à la disposition des cocaïnomanes qui ont besoin d'héroïne pour le "down" et des amateurs de "speed-ball" qui cherchent à obtenir à la fois l'effet stimulant de la cocaïne et l'effet anxiolytique de l'héroïne. Les prix qui nous ont été signalés et ceux relevés au cours de nos précédents investigations confirment une relative stabilité des prix de la cocaïne qui se négocie autour d'une moyenne de 800 Frs le gramme.

4. Modes de consommation et fréquences.

La consommation de la cocaïne est marquée par une grande diversité des modes de consommation. Cependant le mode de consommation le plus fréquent est le "sniff", c'est à dire par voie nasale. En effet 60% des sujets disent utiliser la voie nasale et 13% disent utiliser la voie veineuse. Les autres sujets associent divers modes de consommation: ils sniffent la cocaïne, ils se l'injectent et/ou la fument sous forme de "freebase" ou sous forme de "Caillou". Nous précisons que le "Caillou" est un produit obtenu à partir d'une recette où se trouvent mélangés bicarbonate de soude et chlorhydrate de cocaïne et qui aboutit à ce que l'on appelle "Crack" aux Etats Unis.

La fréquence de la consommation de cocaïne est très variable, elle peut être nulle pendant des périodes plus ou moins longues et devenir intensive à d'autres moments (tous les jours et plusieurs fois par jour). Nous avons donc défini la "fréquence actuelle" comme celle correspondant aux 30 derniers jours qui précédaient le moment de l'enquête. Cette fréquence est de plus d'une fois par semaine pour 41% des sujets: parmi eux, 36% des sujets consomment la cocaïne tous les jours et 64% plusieurs fois par semaine. Pour 57% des sujets, la fréquence est inférieur à 1 fois par semaine. Cependant, même lorsque la fréquence de consommation est globalement plus faible, ces périodes de consommation sont ponctuées de journées, de week-end et de fins de mois où la consommation peut devenir très intense.

Tableau 5

MODE DE CONSOMMATION

MODE	EFFECTIF	%
FUME	1	0.97
SNIFF	62	60,20
INJECTION	13	12.62
SNIFF ET FUME	13	12.62
SNIFF, FUME ET INJEC.	11	10,68
SANS REPONSE	3	2,91
ENSEMBLE	103	100

Tableau 6

FREQUENCE ACTUELLE DE CONSOMMATION

FREQUENCE	EFFECTIF	%
NULLE	2	1.94
1 FOIS/SEMAINE OU -	59	57.28
PLUS. FOIS/SEMAINE	27	26.22
TOUS LES JOURS	15	14.56
ENSEMBLE	103	100

5. Année de première consommation.

Dans 41% des cas, la consommation de cocaïne est récente, ayant débuté pour la toute première fois entre 1985 et 1991. En outre, pour la majorité des sujets (71%) la première année de consommation se situe après 1980, c'est à dire quelle est pour la majorité des sujets relativement récente. La proportion de ceux qui ont commencé avant cette date est de 29%. Ces indications, montrent clairement qu'il y a un renouveau actuel de la consommation de la cocaïne. Ce renouveau s'explique en partie par une plus grande agressivité du marché et, surtout, il se traduit par de nouveaux modes de consommation et par l'extension de l'usage à des catégories sociales jusque là peu impliquées.

Ce produit est bien implanté et il gagne du terrain. Sa progression a été tout à fait discrète d'année en année depuis 1980, mais il s'agit d'une progression soutenue. En témoignent les études que nous avons réalisées chez les héroïnomanes depuis 1982. Pour la grande majorité des sujets (78%), ayant consommé de la cocaïne, l'année de première consommation se situe après 1980 (IREP 1988). Dans l'étude 1992: "La transmission du VIH chez les toxicomanes", l'année de première consommation de cocaïne se situe après 1980 pour 81% de ceux qui ont utilisé ce produit. (cf. graphiques pages 46-47-48).

Enfin, dans la présente étude, 40% des sujets interrogés ont commencé à consommer de la cocaïne entre 1985 et 1991, ce qui est une proportion tout à fait importante et qui témoigne indiscutablement du renouveau actuel des consommations de cocaïne.

VI. PROBLEMES EN RAPPORT AVEC LA COCAINE

1. Les problèmes de santé.

Nous avons demandé aux sujets s'ils avaient des problèmes de santé liés à leur consommation de cocaïne et, dans ce cas, s'ils avaient eu recours à des soins: 1) hôpital général; 2) hôpital psychiatrique; 3) institution spécialisée; 4) médecin généraliste.

Dans la moitié des cas (51%) les sujets disent n'avoir eu aucun problème de santé lié à la consommation de la cocaïne. Il s'agit là du résultat le plus frappant: la consommation de cocaïne, dans un cas sur deux, n'est associée à aucun problème d'ordre sanitaire. Ceci rejoint les observations réalisées outre-Atlantique qui montrent que les problèmes de santé, quand ils existent, ne se manifestent que de façon tardive (plus de cinq ans après la première prise) chez les consommateurs de cocaine.

Seuls les autres sujets (49%), disent avoir eu des problèmes de santé en raison de la consommation de la cocaïne. Mais, en réalité, ces réponses ne concernent que très rarement leur santé à proprement parler. Ce sont plutôt des plaintes en relation avec les effets de la cocaïne. Pour eux, la cocaïne reste un bon produit, malgré quelques désagréments. Le plus souvent les problèmes cités par les sujets font référence à des problèmes "nerveux", voire à des problèmes de comportement. Parmi les problèmes les plus cités, nous trouvons: les problèmes de fatigue et d'insomnie (18%), divers problèmes psychologiques (37%); l'angoisse, la dépression, la "paranoïa" et la "nervosité". Et nous retrouvons là les symptômes les plus ordinaires, qui se rencontrent chez bon nombre de cocaïnomanes, à partir d'une certaine intensité d'usage.

Parfois et plus rarement, les sujets se plaignent également de problèmes physiques très disparates. Par exemple, les problèmes "cardiaques" ou "respiratoires", à type de palpitation et de gêne respiratoire. Sont aussi signalés comme problèmes physiques liés à la consommation de la cocaïne le saignement nasal, la "décalcification", la perte des cheveux, la "décripitude cellulaire", les problèmes hépatiques et dentaires. Pour ceux qui pratiquent l'injection, les problèmes de veines et la séropositivité ont été cités.

Parmi les sujets qui citent des problèmes de santé liés à la consommation de la cocaine, peu ont eu recours aux soins. Le plus souvent, quand ils ont eu recours aux soins, ils se sont adressés aux médecins généralistes (62%), dans les autres cas, ils ont eu recours à différentes structures telles que: hôpital général (25%), hôpital psychiatrique (21%), institutions spécialisées (33%).

La rareté des problèmes de santé, ainsi que la relative rareté des recours aux soins vont de pair avec un profil général de la population où la grande majorité des sujets (83%) n'ont pas fait de tentatives de suicide et ne sont pas concernés non plus (72%) par les surdoses et les comas. Ceci, également, les distingue nettement des toxicomanes en général et, plus particulièrement des héroïnomanes. Ces différences sont bien entendu encore plus accusées en fonction des différents groupes de notre étude ("Branchés", "Rock" et "Toxicos").

Tableau 7

SURDOSES ET COMAS

NOMBRE DE FOIS	EFFECTIF	%
1	9	8.74
2	11	10.68
3	2	1.94
4 et plus	4	3.88
OUI SANS PRECISER	3	2.91
JAMAIS	74	71.65
ENSEMBLE	103	100

Tableau 8

TENTATIVES DE SUICIDE

NOMBRE DE FOIS	EFFECTIF	%
1	12	11.65
2	2	1.94
7	1	0.97
OUI SANS PRECISER	3	2.91
JAMAIS	85	82.53
ENSEMBLE	103	100

2. Les problèmes professionnels.

Nous avons demandé aux sujets s'ils avaient des problèmes professionnels liés à la consommation de cocaïne. Dans la plupart des cas (77%), les sujets disent ne pas avoir eu de problèmes professionnels liés à la consommation des drogues en général et de la cocaïne en particulier. Les autres, moins nombreux (23%), qui disent avoir eu des problèmes professionnels, évoquent souvent les difficultés de régularité au travail et les retards, parfois à l'origine de licenciements. Ils disent aussi avoir des problèmes de mémoire, de stress et de fatigue, de baisse de rendement et d'instabilité d'humeur.

Nous voyons donc ici, plus encore que pour les problèmes de "santé", que la consommation de cocaïne semble plutôt et dans l'ensemble être bien vécue. Nous ne retrouvons ici aucun élément décisif, chez les usagers, qui pourrait leur faire envisager un point final à cette consommation. Ces premières constatations laissent penser que l'image de marque de ce produit est encore et très largement positive.

3. Interpellations et incarcérations.

Les sujets, dans la grande majorité des cas (80%), n'ont jamais été incarcérés et ceux qui l'ont été n'ont été incarcérés, dans la majorité des cas, qu'une seule fois. Les interpellations concernent 56% des sujets et, parmi ceux-ci, 91% ont été interpellés une seule fois. Là encore, comme nous pouvions nous y attendre, il s'agit d'une population assez peu repérée par les services de police et de justice.

Tableau 9 NOMBRE D'INTERPELLATIONS

NOMBRE DE FOIS	EFFECTIF	%
1	51	49.52
2	2	1.94
3 et plus	3	2.91
OUI SANS PRÉCISER	2	1.94
JAMAIS	45	43.69
ENSEMBLE	103	100

Tableau 10

NOMBRE D'INCARCERATIONS

NOMBRE DE FOIS	EFFECTIF	%
1	17	16.51
2	3	2.91
3	1	0.97
JAMAIS	82	79.61
ENSEMBLE	103	100

4. Les motivations des sujets à consommer la cocaïne.

Nous avons tenté d'explorer, par une question ouverte, quelles étaient les motivations des sujets pour consommer de la cocaïne. Les réponses ont été très diverses. A travers ces réponses, nous avons relevé deux types de motivations: 1) des motivations plutôt positives (créativité, rendement, clarté d'esprit, faculté d'observation, se surpasser, bonheur, pour lier contact); 2) des motivations plutôt négatives (mal être, besoin physique et mental de "se défoncer", soutien physique et psychique). Dans l'ensemble, cependant, la grande majorité des réponses fait référence à des réponses positives ou franchement positives (90%) ce qui montre encore, s'il en était besoin, que ce produit jouit d'une image positive.

5. La consommation dans l'entourage du sujet.

Pour nous faire une idée de la consommation de cocaïne dans l'entourage des sujets, nous avons demandé à ces derniers de nous dire combien de personnes consommaient de la cocaïne dans leur entourage proche.

Dans la grande majorité des cas (85%), les sujets disent connaître dans leur entourage immédiat plusieurs personnes qui consomment de la cocaïne. Les autres (15%) ne savent pas ou ne répondent pas. Ceci est un argument pour dire que ce type de consommation est certainement plus répandu qu'on a bien voulu le croire et que, en tout cas, il ne se limite nullement à quelques privilégiés de la "jet set".

Nous avons également demandé si les personnes de l'entourage avaient eu des problèmes de santé, de travail, de famille ou de justice, tous problèmes liés à la cocaïne. Les sujets, dans l'ensemble ont eu du mal à répondre à cette question. Dans près de la moitié des cas, ils ont préféré s'abstenir de toute réponse. Il est donc assez difficile de proposer une interprétation définitive des réponses obtenues. Nous constatons néanmoins que les avis sont assez partagés et que, pour une part non négligeable, la consommation de cocaïne dans l'entourage -telle qu'elle est perçue par les sujets- n'est associée à aucune difficulté notable, qu'il s'agisse des domaines de la santé, de la famille ou des relations avec la police. Les résultats bruts que nous avons obtenus se décomposent de la façon suivante.

Pour ce qui concerne la santé, ils sont 31% à dire qu'ils connaissent entre 1 à 10 personnes, ayant eu des problèmes de santé à cause de la consommation de la cocaïne. Dans 13% des cas, ils disent que toutes les personnes qu'ils connaissent ont eu des problèmes de santé et, enfin, ils sont 14% à dire que les personnes qui consomment de la cocaïne dans l'entourage n'ont pas de problèmes de santé. Quant aux 40% des sujets restant, ils disent ne pas savoir ou ne répondent pas.

Au sujet des problèmes professionnels, 16% des sujets disent connaître entre 1 à 10 personnes qui ont eu des problèmes professionnels en raison de la consommation de cocaïne. Ils sont 13% à dire que toutes les personnes connues par eux ont eu des problèmes professionnels et, enfin, ils sont 16% à dire que les personnes qui consomment de la cocaïne dans leur entourage n'ont pas eu de problèmes professionnels. La majorité (53%) disent ne pas savoir ou ne répondent pas à la question.

Pour ce qui concerne les relations avec la police, ils sont 26% à dire qu'ils connaissent entre 1 à 10 personnes qui ont été arrêtés ou ont eu des problèmes de justice, 16% des sujets disent que toutes les personnes connues par eux ont des problèmes de ce type. Dans 16% des cas, les sujets disent que les personnes qui consomment de la cocaïne dans leur entourage n'ont pas eu de problèmes avec la police. Quant aux 40% restant, ils disent ne pas savoir ou ne répondent pas.

Enfin, avec la famille, ils sont 20% qui disent connaître entre 1 à 10 personnes qui ont eu des problèmes de famille. Dans 12% de cas, ils disent que toutes les personnes consommatrices de cocaïne qu'ils connaissent ont eu des problèmes familiaux. Enfin, 14% des sujets disent que les personnes consommatrices de cocaïne connues par eux n'ont pas eu de problèmes de famille. La moitié (51%) disent ne pas savoir ou ne répondent pas à cette question.

VII. LE TRAVAIL DE TERRAIN

Les données qualitatives sont issues d'un travail de terrain qui s'est déroulé pendant et après le recueil de données par questionnaire. Ces données proviennent: 1) d'observations directes dans les divers milieux que nous avons explorés; 2) de conversations avec des sujets consommateurs de cocaïne; 3) des différents entretiens entre les enquêteurs et les sujets qui ont répondu aux questionnaires, ainsi que de l'ensemble des données rassemblées au cours des synthèses.

1. Travail de terrain et difficultés à rencontrer les sujets.

Notre étude s'est fixée pour objectif d'explorer des populations aussi différentes que possible. Pour cela, il a fallu trouver les enquêteurs capables de bien mener ce travail. Nous avons donc contacté un certain nombre de personnes dont certaines avaient déjà travaillé pour l'IREP dans d'autres enquêtes. Parmi elles, certaines ont d'emblée décliné notre proposition, estimant qu'il s'agissait là d'un travail trop difficile à réaliser. D'autres personnes ont demandé un délai de réflexion afin de prendre quelques contacts et ont renoncé pour les mêmes raisons. D'autres, enfin, ont été écartées à l'issue d'entretiens qui laissaient penser qu'elles n'avaient pas le profil requis pour participer à une telle enquête. Un certain nombre de critères devaient en effet être présents: une bonne compréhension de la démarche et de la méthode elle-même; une facilité de contact avec autrui, une certaine capacité d'empathie; un minimum de connaissances sur les milieux marginaux, les styles de vie, la consommation des drogues.

A ces difficultés premières, se sont ajoutées les difficultés habituelles liées au travail de terrain à proprement parler. Chaque enquêteur a rencontré des problèmes spécifiques, en fonction du réseau qu'il était chargé d'explorer.

Dans le réseau des "branchés" nous avons vite compris que le fait de connaître un sujet consommateur de cocaïne n'était pas une condition suffisante pour obtenir un rendez-vous et administrer un questionnaire! Il a fallu d'autres interventions, des explications supplémentaires, la médiation d'autres consommateurs de cocaïne pour mettre en confiance les interviewés potentiels. Par ailleurs, il a pu se trouver que certains sujets acceptent de parler longtemps de leurs consommations, mais refusent de répondre au questionnaire.

Dans le groupe "Rock", ce sont les difficultés initiales qui ont été les plus sérieuses. Pour convaincre les consommateurs de cocaïne de participer à l'étude, il a fallu expliquer très longuement l'objectif de cette étude et le rôle de l'enquêteur à ce niveau. Même en tant que membre du groupe, rien n'était acquis d'emblée à notre enquêteur. Il a été surpris par le refus catégorique de certains consommateurs de cocaïne sur lesquels il comptait le plus. L'un d'entre eux lui a dit: "Toi, tu sais que je consomme de la cocaïne, je n'ai pas à te le cacher. Mais ma consommation ne regarde que moi et répondre à un questionnaire, ça, c'est non!". En revanche d'autres consommateurs ont fini par donner leur accord à partir du moment où ils se sont sentis en confiance; rassurés, d'une part, par la dimension sanitaire de l'étude et par les conditions de confidentialité, d'autre part. D'autres, enfin, qui avaient dit accepter le principe de leur participation ont inventé par la suite des excuses pour repousser les rendez-vous. Outre les difficultés propres à ce type de travail, ces constatations montrent que la cocaïne est vue comme une drogue tout à fait illicite -elle n'est pas banalisée comme peut l'être le Cannabis- mais qu'elle reste plus que toute autre du domaine de la vie intime.

Au niveau de la rue, notre enquêteur, nous a déclaré assez vite: "Je les connais, les consommateurs de cocaïne, il est très difficile de les coincer. Dès qu'ils acceptent de répondre au questionnaire, je ne les lâche plus. Parce que, sinon, tu peux toujours courir, ils sont toujours pressé, ils sont très speed. Il y a en pas mal qui m'ont dit 'oui, d'accord on va répondre à ton questionnaire, mais tout à l'heure parce que j'ai quelque chose à faire...' Dans ce cas, ou bien tu ne les revois pas, ou bien encore tu les revois, mais ils ne veulent plus en parler. Certains d'entre eux refusent dès que je leur parle de ça, alors j'insiste et j'arrive parfois à en convaincre quelques uns. C'est pour dire qu'avec les consommateurs de cocaïne, il faut s'y prendre autrement, ils font très attention, ils ont toujours peur

de tout. En plus, les consommateurs de cocaïne, ils ne courent pas les rues. Il faut les chercher pour les trouver. Et, une fois qu'on les approche, il n'est pas du tout sûr qu'ils acceptent de répondre au questionnaire".

2. Le Crack.

Le Crack est un produit dérivé du chlorhydrate de cocaïne, qui s'obtient de façon assez simple, sans laboratoire sophistiqué. Une cuisine normalement équipée et munie d'un four à micro-ondes peut aisément se transformer en unité de production. L'opération en question a pour objectif de transformer le chlorhydrate de cocaïne en un produit à fumer. La cocaïne, sous forme de "base" au sens chimique du terme, ne se détruit pas lors de sa combustion. La fumée peut donc être inhalée et les effets de la cocaïne se trouvent démultipliés du fait que la drogue passe directement, et donc rapidement, dans le sang artériel. D'autres procédés permettent également de fumer la cocaïne, mais la fabrication du Crack est, de loin, le procédé le plus simple et le plus facile. Aux Etats Unis, le Crack est apparu au début des années 1980 et son utilisation a connu un mouvement épidémique qui a culminé en 1986: le "Crack summer". Il est associé à des formes majeures de dépendance, de délinquance et de marginalisation, comme à de multiples pathologies. Nous précisons que nous utilisons ici le terme de "Crack" pour désigner la cocaïne sous forme fumable obtenue à partir du Chlorydrate de cocaïne et du bicarbonate de soude.

En ce qui nous concerne, nous avons constaté son apparition à Paris au début de l'année 1989, sur la ligne n°9 du métro parisien. A ce moment là, le Crack circulait de manière discrète. La plupart des consommateurs étaient originaires des Antilles. En revanche au moment de notre enquête sur la cocaïne, le Crack s'était bien installé à Paris et notamment dans certain squatts qui sont devenus des lieux privilégiés pour sa consommation et sa diffusion. Aujourd'hui la population concernée s'est beaucoup diversifiée, mais concerne encore et principalement des marginaux: toxicomanes, prostitu(é)es, dealers.

Le Crack, ou "Caillou", ou encore "Crack français" correspond à une nouvelle forme de consommation de la cocaïne. Il est évident que l'apparition de ce produit correspond à une plus grande diffusion de la cocaïne en France. Le Crack, qui est en fait manufacturé sur place le plus souvent, ne peut exister qu'à la condition que la cocaïne elle-même soit disponible. Pas de cocaïne, pas de Crack.

Actuellement, le Crack est vendu dans des squatts où sont vendues également d'autres drogues. Toutefois, certains squatts sont réservés, presque exclusivement, à la consommation du "Caillou". Ce sont des squatts où l'on peut acheter et consommer sur place, c'est à dire l'équivalent des "Crack houses" américaines. Ces squatts ont généralement une durée de vie assez courte. L'agitation, la violence, les mouvements liés à cette consommation, conduisent vite à la fermeture, puis à la démolition de ces lieux, suite à des interventions de police. Par ailleurs, de temps à autres, le Crack peut être trouvé dans des quartiers habituellement réservés à l'héroïne. En fait, le Crack est déjà en concurrence avec ce dernier produit.

Les données chiffrées, issues de la présente étude, indiquent que 18% des sujets disent consommer ou avoir consommé de la cocaïne sous forme de Crack. Il s'agit d'une proportion très importante et qui témoigne de ce que ce produit est maintenant de mieux en mieux connu. Certains sujets (2%) consomment de la cocaïne uniquement sous forme de Crack. Dans 7% des cas, les sujets consomment la cocaïne de préférence sous forme de Crack et, à l'occasion, ils la consomment également par voie nasale et en injection. Dans 9% des cas, enfin, les sujets consomment de la cocaïne sous diverses formes et, entre autres, sous forme de Crack. C'est dire que la consommation de cocaïne sous cette forme, loin d'être limitée à un petit groupe d'initiés, est certainement plus répandue qu'on a bien voulu le penser jusqu'à maintenant.

C'est dans l'échantillon "Toxicos", c'est à dire parmi les sujets rencontrés au niveau de la rue, que nous retrouvons 50% d'entre-eux qui consomment de la cocaïne sous forme de Crack. Dans le groupe "Branchés", aucun des sujets n'en consomme. Le groupe "Rock" est à cet égard intermédiaire entre les deux, données qui confirment la diffusion rapide du Crack (principalement chez les héroïnomanes, mais pas seulement).

Le Crack, ou "Caillou", est acheté sous forme de petits cristaux de couleur gris-beige: "Je le paie 100 frs le Caillou. Le dealer me présente son paquet de Caillou, je choisis le plus gros, il est de couleur ivoire, je le fume sur place dans une boîte de coca. Ceux qui le consomment régulièrement ont parfois des pipes spéciales".

Dans l'ensemble, les consommateurs de Crack connaissent la recette pour avoir été témoins de sa fabrication: "le Caillou c'est de la cocaïne pure qu'on mélange avec de l'eau et du bicarbonate dans une grande cuiller ou une louche qu'on chauffe avec un briquet jusqu'au moment où le tout se rassemble à la surface et où la poudre se transforme en petits grains qu'on retire à l'aide d'une allumette et qu'on dépose dans un mouchoir. On laisse sécher les grains qui ressemblent à des cristaux blancs vitreux".

Parfois, le Crack est préparé par les consommateurs eux mêmes:

"On met l'eau, le bicarbonate et la cocaïne dans une louche ou une casserole et on fait chauffer sur une gazinière. A un certain moment, il y a une matière qui se forme à la surface, c'est cette matière qu'il faut isoler. Ce sont des petits grains de tailles différentes, ce n'est pas toujours facile à réussir, c'est pour ça que la plupart des consommateurs préfèrent l'acheter tout fait".

Le plus souvent, le Crack se fume dans des boîtes de bière ou de Coca-cola. La boîte est légèrement aplatie et percée de 6 à 8 petits trous sur un cercle d'un diamètre d'environ un centimètre. Sur cette surface trouée est déposée de la cendre de cigarette. Ensuite, le "Caillou" est posé sur ce gril et est chauffé (briquet ou bougie). La fumée est alors aspirée par l'orifice destiné à verser le liquide contenu dans la boîte. Une autre façon de fumer le Crack consiste à installer un papier aluminium au dessus d'une petite bouteille en plastique vide. Sur le papier aluminium, une dizaine de petits trous recouverts de cendre de cigarette. Le Caillou est installé sur la cendre. La fumée est aspirée à l'aide d'une paille ou d'un tube de stylo à bille fixé au milieu de la bouteille. D'autres utilisent les doseurs d'alcool pour fumer ou, encore, bricolent des pipes à partir de divers objets: papier aluminium, tube de médicaments... Enfin, certains possèdent des pipes spécifiquement destinées à cet usage.

La question de la dépendance au Crack ne fait certainement pas l'unanimité parmi les usagers, ceci pour toutes les raisons que l'on peut supposer, mais aussi parce que le Crack reste associé à deux dimensions vues comme plutôt rassurantes à cet égard: un produit qui reste de la cocaïne (image positive) et un produit qui se fume (et ne s'injecte pas). Un sujet nous l'indique assez clairement: "Je fume 4 à 5 Cailloux plusieurs fois par semaine. La cocaïne c'est bon, le Caillou c'est encore mieux. C'est accessible et ça se fume. En tous cas, on dit qu'avec le Caillou la dépendance est instantanée, ce n'est pas vrai, c'est pareil que la cocaïne".

De plus, à tort ou à raison, les sujets pensent que le Crack est nécessairement un produit pur, toujours puissant, délesté des produits de coupage qui peuvent altérer la cocaïne sous sa forme Chlorhydrate. "Je le fume dans un doseur de Ricard. Je ne trouve pas souvent de la bonne cocaïne c'est pour cela que j'achète du Crack".

Sous cette forme fumable, la cocaïne acquiert de nouvelles propriétés et se transforme, de fait, en un tout autre produit dont les effets sont particulièrement brefs, très intenses. Ceci donne lieu, donc, à de nouvelles formes de consommations, importantes et très rapidement renouvelées. Ces dernières supposent alors des moyens financiers beaucoup plus élevés que pour n'importe quelle autre drogue illicite. Souvent, c'est grâce à la revente que de telles consommations deviennent financièrement envisageables: "Je consomme 15 à 20 Cailloux par jour et la cocaïne, je la prends en sniff environ une fois par mois. Je n'utilise jamais la seringue et je ne prends pas d'héroïne. Pour 15 à 20 Cailloux, je paie entre 1500 et 2000 frs. Je vends de l'héroïne et de la cocaïne, non seulement pour consommer le Caillou mais aussi pour vivre, je n'ai pas le choix". Cet aspect des consommations explique bien à quel point, pour ceux qui passent de l'héroïne au Crack, il y a se produit un changement du mode de vie qui affecte évidemment les équilibres économiques et les conduites délinquantes.

3. L'Alcool.

Tout au long de notre travail de terrain nous avons remarqué que la consommation d'alcool, chez les consommateurs de cocaïne, était relativement importante et fréquente. Il existe en fait une certaine complémentarité entre les effets de l'alcool et ceux de la cocaïne. Ces deux produits vont bien ensemble: "Je prends toujours deux ou trois verres avant ou après une prise de cocaïne et si je ne le fais pas, ça va pas tout à fait comme je veux".

L'alcool accompagne en quelque sorte la cocaïne et permet de réduire ses effets excitants les plus violents, heurtés, désagréables. Réciproquement, la cocaïne limite les effets de l'alcool et permet aux sujets de ne pas sombrer dans l'ivresse. Ils peuvent alors boire davantage, mieux, de façon plus conviviale: "Je consomme de la cocaïne pendant les soirées, cocktails, vernissages. Cela me permet de boire tout en restant attentif, ce qui est très important pour mon avenir professionnel au niveau des relations que je me dois de préserver"; (...) "Dans des occasions où je bois beaucoup, dès que je commence à me sentir mal avec l'alcool, je sniffe une ligne de coke et tout redévient normal"; (...) "Je prends la cocaïne parce que j'aime ça, cela me permet de rester éveillé, de boire plus, de fumer plus".

Cependant, très peu nombreux sont les sujets qui signalent leur consommation d'alcool. Cette dernière est en fait intégrée à la consommation de cocaïne et elle n'est nullement vue comme problématique même si, en termes de quantités, elle est souvent importante, dominée par les alcools forts.

4. Les effets de la cocaïne.

Les effets de la cocaïne sont décrits comme plaisants ou très plaisants même si, nous l'avons dit, les sujets peuvent se plaindre de tel ou tel effet secondaire. La description de ses effets, par les usagers, peut parfois s'apparenter à un plaidoyer sans trop d'équivoque: "C'est un état effervescent qui me plaît"; (...) "L'effet de la cocaïne est intéressant. Il découpe les capacités d'analyse, d'expression, de communication et de réflexion. J'en consomme peu parce que l'effet est bien trop court. Dès que l'effet décline ces facultés diminuent. C'est trop frustrant et la frustration dure plus longtemps que la période du plaisir"; (...) "J'ai commencé à bien apprécier la cocaïne à une époque où je travaillais comme électricien dans l'organisation des concerts de musique rock...La cocaïne était disponible à volonté. En plus, il n'y avait que de la cocaïne qui circulait dans le milieu, alors j'en prenais".

5. Les motivations des sujets.

Les motivations des sujets à consommer de la cocaïne pour la première fois n'ont rien de particulier. C'est souvent par pure curiosité que les sujets en prennent pour la première fois, souvent dans des circonstances festives: "La cocaïne j'en ai pris la première fois dans une boîte, parce que les gens avec qui j'étais en avaient pris"; (...) "la première fois c'est une copine qui m'en a proposé, j'ai trouvé ça super. Depuis j'en reprends"; (...) "C'est ma soeur qui m'a fait goûter ça la première fois".

Par la suite, cependant, les motivations deviennent plus précises, plus élaborées, plus diverses. Nous retrouvons ici toutes les motivations possibles, depuis celles qui sont plutôt liées aux sensations obtenues, jusqu'à celles qui évoquent une fonction d'aide par rapport à un travail ou un mal-être: "Je consomme de la cocaïne pour goûter à un état d'euphorie éphémère, pour obtenir plus de sensations auditives..."; (...) "J'en consomme pour m'exprimer entièrement dans mon univers professionnel"; (...) "J'aime bien en prendre pour sortir et m'éclater, pour lier connaissance"; (...) "Je suis mal dans ma peau et je suis en général timide. Les gens croient que je suis un extraverti, mais en fait c'est la cocaïne qui me met à l'aise"; (...) "J'en consomme pour arriver à supporter le monde qui m'entoure et pour ne pas rester dans le mutisme total face aux gens qui m'entourent".

Ainsi, comme nous l'avons suggéré à plusieurs reprises, la cocaïne est vue comme un "bon" produit même si, pour certains, dangers ou inconvénients sont évoqués: "Ca me speede, ça me donner envie de bouger. La cocaïne désinhibe, donne envie de se surpasser, on ne se rend pas compte de la réalité. Je trouve la cocaïne un peu moins dangereuse que l'héroïne mais c'est malheureusement un leurre"; (...) "J'en consomme moins qu'il y a quelques années. J'en prends uniquement pour mon travail, pour l'organisation et l'action. Je n'en prends plus en dehors de mon travail car je trouve que l'on se prend déjà bien au sérieux comme ça".

Plus spécialement pour le groupe "Branchés", les références à l'action, au rendement, à la performance sont omniprésentes: "Depuis le temps que je prends de la cocaïne, j'ai fini par oublier pourquoi, peut être à cause du rendement". (...) "Pour me stimuler, pour me rendre créatif lors des reportages, j'ai les yeux partout"; (...) "Je passe directement de la pensée à l'acte sans avoir à me demander pourquoi"; (...) "La cocaïne donne l'impression d'un accroissement des capacités intellectuelles, elle permet de cerner les rapports de manière accrue. On se croit plus opérationnel dans la gestion des performances".

C'est dans le groupe "Toxicos" que les motivations évoquées s'éloignent le plus de ce modèle de la performance et, beaucoup plus qu'ailleurs, font référence à une problématique de souffrance et de dépendance: "Je ne sais pas pourquoi je cours toujours derrière la coke, avec tout le mal qu'elle m'a fait. Mais je ne peux expliquer clairement pourquoi j'aime ça". (...) "C'est très dur pour moi, j'en ai marre, je speede trop, je deviens parano et je n'arrive pas à arrêter"; (...) "Parce que je suis accro et parce que j'aime bien"; (...) "Ca me fait beaucoup

de mal. Le problème c'est qu'elle n'est pas très bonne, alors il faut beaucoup de coke"; (...) "C'est absolument négatif. Mais c'est la seule façon de se cacher et d'affronter la réalité, surtout si on n'a personne pour vous épauler et vous aider. Ma vie quotidienne en ce moment est un enfer et c'est pour cela que je cherche à me détruire petit à petit et à être défoncée au maximum"; (...) "Tout ce que je veux c'est m'en sortir. Mais je déprime tellement sans la coke que je n'envisage pas une issue".

Dès lors, se profile la notion d'une gestion des consommations, de par les quantités utilisées, de par la fréquence d'usage ou, encore, de par les moments choisis et délimités pour cette consommation: "Je consomme la cocaïne par plaisir, sachant tous les inconvénients que cela comporte. J'essaye donc de rester à peu près raisonnable"; (...) "J'utilise la cocaïne de façon régulière, mais pas tous les jours. C'est pour ça que je vais bien avec ça. Il faut être raisonnable avec le produit".

6. Le rythme de la consommation.

Les rythmes de la consommation sont très variables d'un sujet à l'autre et même d'un groupe à l'autre. Chez les "Branchés", le rythme est volontiers discontinu, dominé par certains moments de la vie sociale: travail, loisirs, week-ends ou fins de mois tandis que, chez les "Toxicos", le rythme est souvent plus soutenu et régulier. Mais, quoiqu'il en soit, la consommation passe souvent par des épisodes qui ne sont apparemment pas contrôlés.

-les "bombes", ou "binge" en anglais- où les sujets consomment jusqu'à épuisement -du stock, de l'argent, voire d'eux-mêmes: "Quand j'ai l'argent, j'ai le nez dans le sac, je ne me relève que quand je n'ai plus de tunes".

Cet aspect des choses est tout d'abord lié aux propriétés de la cocaïne elle-même, lesquelles impliquent des modes de consommation très rigoureusement gérés ou, au contraire et éventuellement en alternance, complètement débridés: "Pour moi la cocaïne, c'est faire la fête et, le reste du temps, un sniff par-ci, un sniff par-là". De là que les consommations de cocaïne puissent aboutir à de véritables états d'épuisement au bout de quelques jours ou semaines de consommation intense avec le risque, toujours possible, d'une surdose mortelle. Ces surdoses peuvent être liées à la consommation de cocaïne elle-même (cf. Graphique page 46). Mais elles peuvent aussi être liées à une

poly-intoxication: alcool, médicaments psychotropes (barbituriques, benzodiazépines) et héroïne. Ce dernier produit étant alors consommé pour permettre au sujet de se calmer et de se reposer. Il y a à ce niveau, comme avec l'alcool, une certaine complémentarité des effets de la cocaïne et de l'héroïne, les deux produits pouvant être consommés ensemble (le "speedball", recherché pour ses effets de sédation et d'excitation) ou en alternance.

A côté des risques de surdose, signalons également le risque de contamination par le VIH lorsque la cocaïne est consommée par voie intraveineuse, dans une situation de groupe, chaque personne pouvant se piquer dix à vingt fois au cours d'une seule journée ou nuit, sans avoir toujours les moyens de vérifier seringues et eau.

VIII. DISCUSSION

1. Qui sont les consommateurs de cocaïne?

Nous l'avons dit, nous ne prétendons nullement avoir exploré toutes les formes de consommation de cocaïne et, de la même façon, tous les milieux sociaux. Cependant, nos trois groupes -"Branchés", "Toxicos" et "Rock"- témoignent déjà de la très grande diversité des milieux concernés. De plus, à partir de ce petit échantillon, il est malgré tout possible de décrire certaines des caractéristiques générales de ces consommateurs.

Il se confirme tout d'abord que des différences très significatives existent entre les sujets de notre échantillon et les toxicomanes actifs, typiquement les héroïnomanes. Globalement, les consommateurs de cocaïne sont jeunes, de sexe masculin en majorité, de nationalité française le plus souvent. De ce point de vue, ils ne se distinguent guère des toxicomanes habituellement décrits à partir des hôpitaux. En revanche, les consommateurs de cocaïne se différencient nettement des autres consommateurs de drogues par les points suivants: 1) ils sont issus d'un milieu social nettement plus aisés; 2) deux tiers d'entre eux ont poursuivi leurs études au moins jusqu'au

secondaire long et 28 % ont fait des études supérieurs; 3) ils occupent des emplois nécessitant un bon niveau de qualification (cadres et professions intermédiaires), d'autres sont artisans ou commerçants et près des deux tiers ont une activité professionnelle; 4) la majorité d'entre eux ont un domicile personnel. Ces différences sociologiques vont de pair avec d'autres différences, la façon de se procurer la drogue, les motivations et les modes d'usage ainsi que, finalement, les style de vie.

Les consommateurs de cocaïne de notre échantillon ont des conditions de vie relativement confortables, ils sont peu concernés les problèmes de santé et, en particulier, ne sont que très peu touchés par l'infection VIH (6 sujets) ou par l'hépatite. Les sujets séropositifs ne se retrouvent d'ailleurs que chez les "Toxicos", tous usagers ou anciens usagers de la seringue.

Le groupe des "Branchés" se caractérise par une plus grande insertion sociale. La quasi totalité de ces sujets (91%) travaille. Ils ont une plus grande autonomie au niveau du domicile, ils ne sont que 4% à habiter chez les parents. La majorité d'entre eux (57%) ont fait des études supérieures. Chez ces sujets, la fréquence de consommation au moment de l'enquête est plus modérée que chez les deux autres groupes, 95% d'entre eux consomment la cocaïne moins d'une fois par semaine et aucun d'entre eux ne consomme la cocaïne sous forme de Crack. Le mode de consommation le plus fréquent dans ce groupe est le sniff (74%). Ils n'ont pas beaucoup de problèmes de santé liés à cette consommation et aucun d'entre eux n'a jamais fait de surdose. Ils sont moins nombreux dans ce groupe à avoir été interpellés ou incarcérés.

Le groupe des "Toxicos" se situe à l'opposé du groupe "Branchés". Ils se caractérisent plus par une insertion sociale fragilisée. Ils sont 60% à être sans travail ou au chômage et certains d'entre eux sont engagés dans des activités tels que revente des drogues ou prostitution. La fréquence de la consommation de la cocaïne est beaucoup plus intense, 50% d'entre eux consomment de la cocaïne tous les jours et 30% plusieurs fois par semaine. Ils sont également 50% à consommer la cocaïne sous forme de Crack.

Ils utilisent les trois modes d'administration de la cocaïne et s'approvisionnent surtout au niveau de la rue et dans les squatts. La majorité des sujets (55%) ont de problèmes de santé, les six sujets contaminés par le V.I.H. dans notre échantillon se retrouvent dans ce groupe soit 30%. Ils sont également 80% à avoir fait des surdoses et 25% disent avoir fait des tentatives de suicide. La très grande majorité (85%) d'entre eux ont été interpellés par la police et 40% ont fait de la prison.

Le groupe "rock", le plus nombreux, est un groupe intermédiaire. Ils se rapprochent par certains aspects du groupe "Branchés". Ils sont par exemple la majorité (60%) à avoir un travail, le niveau d'études supérieures concerne 22% de sujets. La majorité d'entre eux (52%) n'ont pas de problèmes de santé liés à la consommation de cocaïne. D'autre part, ils se rapprochent du groupe des "Toxicos" par d'autres aspects. La fréquence de consommation de cocaïne est beaucoup plus soutenue, 45% d'entre eux la consomment plusieurs fois par semaine. Ils sont 13% à avoir consommé la cocaïne sous forme de Crack.

On peut donc dire que la consommation de cocaïne se diffuse actuellement dans des milieux extrêmement différents les uns des autres. Aux circuits traditionnels s'ajoutent de nouveaux réseaux de distribution dont ceux des circuits de vente de l'héroïne. Nous assistons donc à une diffusion assez importante de la cocaïne vers des couches sociales moins favorisées: 1) la clientèle des héroïnomanes; 2) une clientèle nouvelle, beaucoup plus diversifiée sur les plans des origines sociales et du style de vie. Cette diffusion vers le bas fait son chemin malgré la barrière du coût élevé de la consommation de cocaïne.

2. Les problèmes sanitaires des consommateurs de cocaïne.

Pour ce qui concerne les consommateurs de cocaïne de notre échantillon, la plupart d'entre eux disent ne pas avoir de problèmes de santé. Il y a dans leurs déclarations une dimension objective: ils sont par exemple peu ou pas concernés par les surdoses et les tentatives de suicide. Mais il y a aussi une dimension subjective: la consommation de la cocaïne n'est pas vue comme dangereuse et ses dangers sont plutôt décrits comme de "petits ennuis", facilement minimisés.

Ces constatations sont à rapprocher de deux éléments capitaux: 1)

l'image de marque de la cocaïne qui est globalement positive, associée à des noms célèbres, contemporains ou non (Coco Chanel, Sigmund Freud, Françoise Sagan...); 2) pour la plupart des sujets, une expérience de la consommation qui est récente ou semi-récente, c'est à dire qui n'a pas pu se traduire par des problèmes d'ordre sanitaire. Il s'agit là d'un point important. Nous devrions assister, dans les années à venir, à une augmentation progressive du nombre de personnes s'adressant aux centres de soins pour des difficultés liées à l'usage de la cocaïne. Encore faut-il préciser, comme l'indiquent la plupart des travaux américains, que les conséquences médicales de l'usage de cocaïne ne sont pas constantes.

Par ailleurs, signalons que les problèmes sanitaires éventuellement posés par les consommations de cocaïne ne sont pas identiques à ceux posés par l'héroïne, notamment pour tout ce qui concerne le sevrage, le suivi médical et les aspects sociaux. Une des grandes différences est la dimension d'urgence des situations et des demandes, surtout pour les plus jeunes et pour les fumeurs de Crack. Nous précisons que selon nos informations il n'existe aucune différence de type pharmacologique entre le Caillou et le Crack américain. Tous deux sont fabriqués à partir du chlorhydrate de cocaïne et tous deux ont les mêmes effets.

3. Les tendances de la consommation de cocaïne.

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. Comme nous l'avons dit, beaucoup de consommateurs de cocaïne ne sont pas demandeurs de soins et, quand ils le sont, s'adressent plutôt à la médecine libérale. De plus, les services de police n'ont que des contacts limites avec les consommateurs non marginalisés.

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: l'usage de cocaïne ne peut être repéré 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. Ceci, bien entendu, se trouve majoré par le statut particulier de ce produit aux yeux des consommateurs: il n'y a pas de raison d'en parler puisqu'il n'y a pas de problème.

Au cours de nos différents travaux, nous avons toujours essayé de replacer les sujets dans leurs environnement. Lorsque nous abordons avec les sujets la consommation de différents produits, la question de la consommation actuelle ou passée de la cocaïne est toujours posée. Ceci explique que nous trouvions des proportions importantes de sujets qui consomment de la cocaïne alors que les mêmes proportions, dans les enquêtes du SESI ou de l'INSERM, sont nettement plus basses tout du moins pour ce qui concerne les "produits secondaires ou utilisés en association".

Tableau 11

**LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE
DES TOXICOMANES UTILISANT LA COCAINE**

ANNEE	EFFECTIF TOXICOMANES	UTILISATION PRINCIPALE DE LA COCAINE	
		Nbr.	%
1983	13.276	185	1,3
1984	17.956	283	1,5
1985	20.201	282	1,4
1987	8.804	159	1,8
1989	10.604	227	2,1
1990	12.538	244	1,9

Source SESI

L'étude 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. Dans 35% des cas, la cocaïne était consommée de façon quotidienne. Dans 65% des cas, en revanche, elle est utilisée de façon plus épisodique. Par ailleurs, pour 61% d'entre eux, cette consommation avait débuté en 1982 ou après. Nous avions là le premier élément traduisant l'arrivée significative de ce produit dans ce groupe.

Dans le même sens, une étude du Centre médical Marmottan (P. VION) signalait: les chiffres "font apparaître une augmentation importante de l'usage de cocaïne ces dernières années: le Dr INGOLD, dans une étude effectuée à Fleury-Mérogis en 1985, la retrouve dans 43% des cas, chiffre proche de celui que nous avons obtenu. Par contre, elle n'est signalée que dans 14% des cas dans une étude effectuée par DAVIDSON et coll en 1981".

De leur côté, les études épidémiologiques effectuées par l'INSERM sur les "Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées", indiquaient une consommation de cocaïne dans cette population allant de 8% en 1972 à 13% en 1986.

Par la suite les autres études (IREP 88 et IREP 92) sur les usagers de drogues par voie veineuse, ont confirmé qu'un grand nombre de consommateurs d'héroïne consommaient également de la cocaïne. En 1988, l'étude IREP sur "les effets de la libéralisation de la vente des seringues" a fait état de 44% de sujets qui consommaient de la cocaïne. Dans notre récente étude, IREP 1992 sur "la transmission du V.I.H chez les toxicomanes", le taux des 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 1980, point nettement confirmé par l'analyse détaillée des historiques de consommation. 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 établissent notre analyse.

Enfin, dans notre présente étude plusieurs éléments concordent pour confirmer cette évolution. L'utilisation de la méthode "boule de neige" dans notre recherche a mis en évidence qu'un grand nombre de sujets étaient en mesure de présenter d'autres consommateurs à nos enquêteurs. Cette étude montre également que la quasi totalité des sujets contactés disent connaître d'autres personnes (parfois beaucoup) qui consomment la cocaïne autour d'eux. Un autre indice se situe au niveau des réseaux de distribution. La cocaïne déborde ses circuits traditionnels. Elle se manifeste dans d'autres réseaux jusqu'à l'héroïne et, dans une moindre mesure, dans les réseaux du Cannabis. Enfin, signalons la présence et l'extension, ces trois dernières années, de la consommation de la cocaïne sous forme de Crack.

La consommation de Crack reste circonscrite, même si elle concerne aujourd'hui une population beaucoup plus diversifiée qu'au début de son apparition à Paris (1989). Cette consommation a été longtemps très discrète, mais elle devient de plus en plus visible et un seuil a été franchi à cet égard, tout du moins pour ce qui concerne Paris. En quelque sorte, la visibilité du phénomène, au niveau des rues et des espaces publics, serait le résultat d'une évolution progressive depuis 1980.

En résumé, les tendances actuelles de la consommation de la cocaïne sont les suivantes: 1) une plus grande disponibilité de la cocaïne sous forme de chlorhydrate et sous forme de Crack; 2) une diversification des réseaux et des lieux de vente; 3) une diversification des formes d'utilisations et l'association à d'autres produits, l'association de deux ou trois modes d'administration; 4) une extension de la consommation de la cocaïne vers de nouveaux groupes sociaux jusque là épargnés.

IX. CONCLUSION

Il existe un renouveau actuel de la consommation de cocaïne, mais ce renouveau a commencé en 1980 et est passé longtemps inaperçu: dans 40% des cas, les sujets de notre échantillon ont commencé à consommer de la cocaïne entre 1985 et 1991. Pour 69% de l'échantillon total, l'année de première consommation se situe après 1980. Le Crack, ou "Caillou", s'est installé à Paris, certains squatts sont devenus des "foyers permanents" pour la consommation et la vente de la cocaïne sous cette forme. La population qui consomme de la cocaïne sous d'autres formes que le Crack est globalement bien insérée socialement et se distingue nettement de la population qui consomme de l'héroïne.

La situation actuelle se caractérise par un éclatement des repères habituels pour ce qui concerne la consommation des drogues en général et par une dynamique de concurrence des produits entre eux. Ceci est particulièrement net pour la cocaïne: elle est consommée dans des milieux sociaux forts différents les uns des autres et elle peut effectivement devenir le produit principal dans les groupes de consommateurs les plus marginalisés, où l'héroïne est classiquement le produit le plus consommé. Mais, à terme, le renouveau du marché de la cocaïne ne peut que stimuler le recours aux drogues licites et illicites dans leur ensemble.

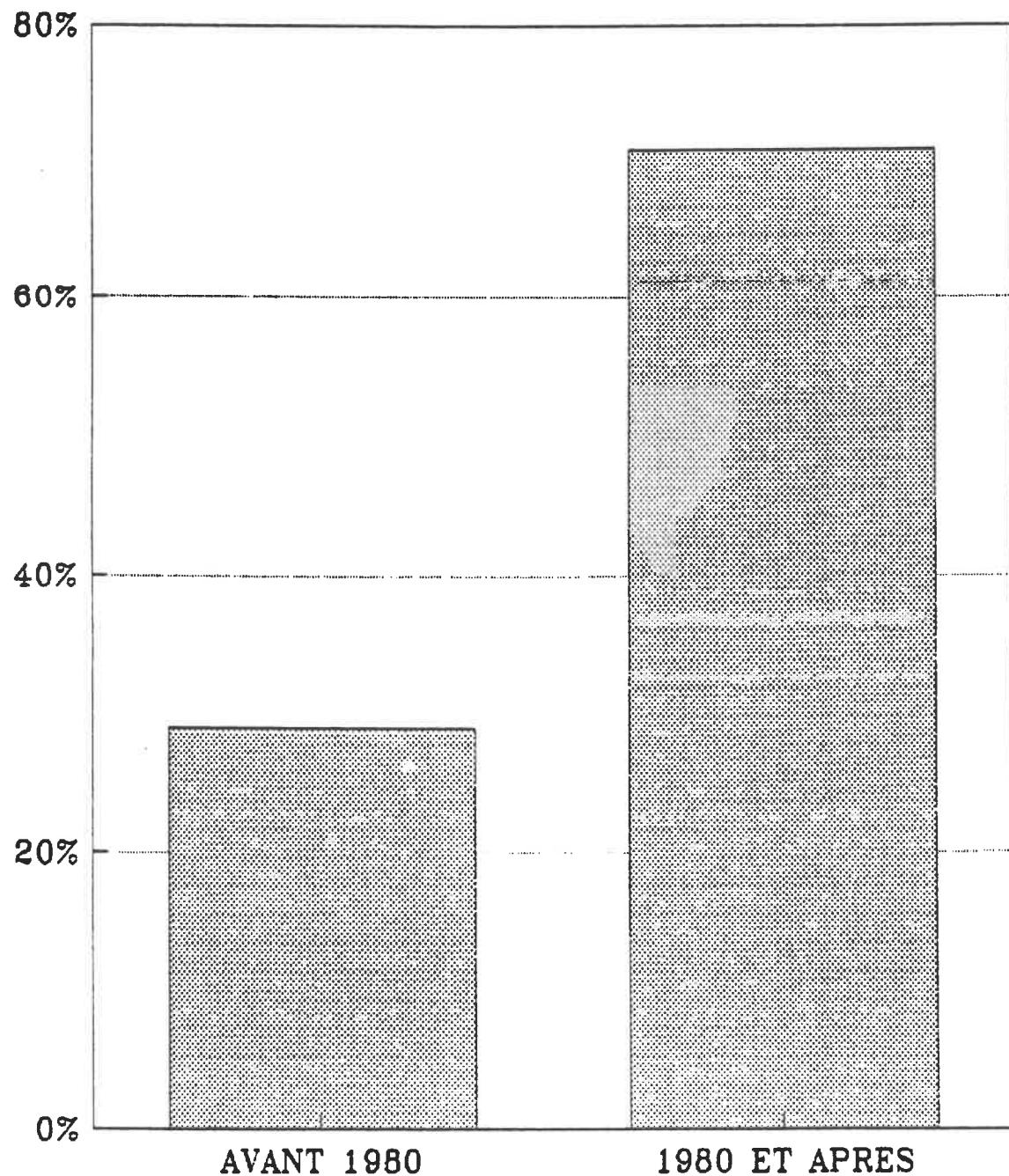
Sur le plan méthodologique, cette étude montre qu'en matière de toxicomanie, plus que dans d'autres domaines, le choix d'une méthode doit tenir compte des exigences et des difficultés du terrain. Le terrain impose à l'enquête l'adaptation des outils méthodologiques. Pour tout ce qui concerne la question de l'évaluation épidémiologique des tendances, il serait essentiel qu'une démarche ethnographique puisse être associée aux grandes enquêtes de routine. Mais la démarche ethnographique elle-même a ses exigences et notamment celle de se réaliser avec du temps et un minimum de continuité, conditions qui ne sont pas remplies actuellement. En termes de santé publique et de prévention, il faut bien reconnaître que la reconnaissance précoce de telles évolutions devrait être un objectif prioritaire. Mais cela suppose que l'ethnographie cesse d'être reléguée au commentaire ou à la couleur locale, que lui soit reconnue sa valeur scientifique dans ce domaine de la toxicomanie, toutes choses qui ne sont pas acquises à ce jour.

ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

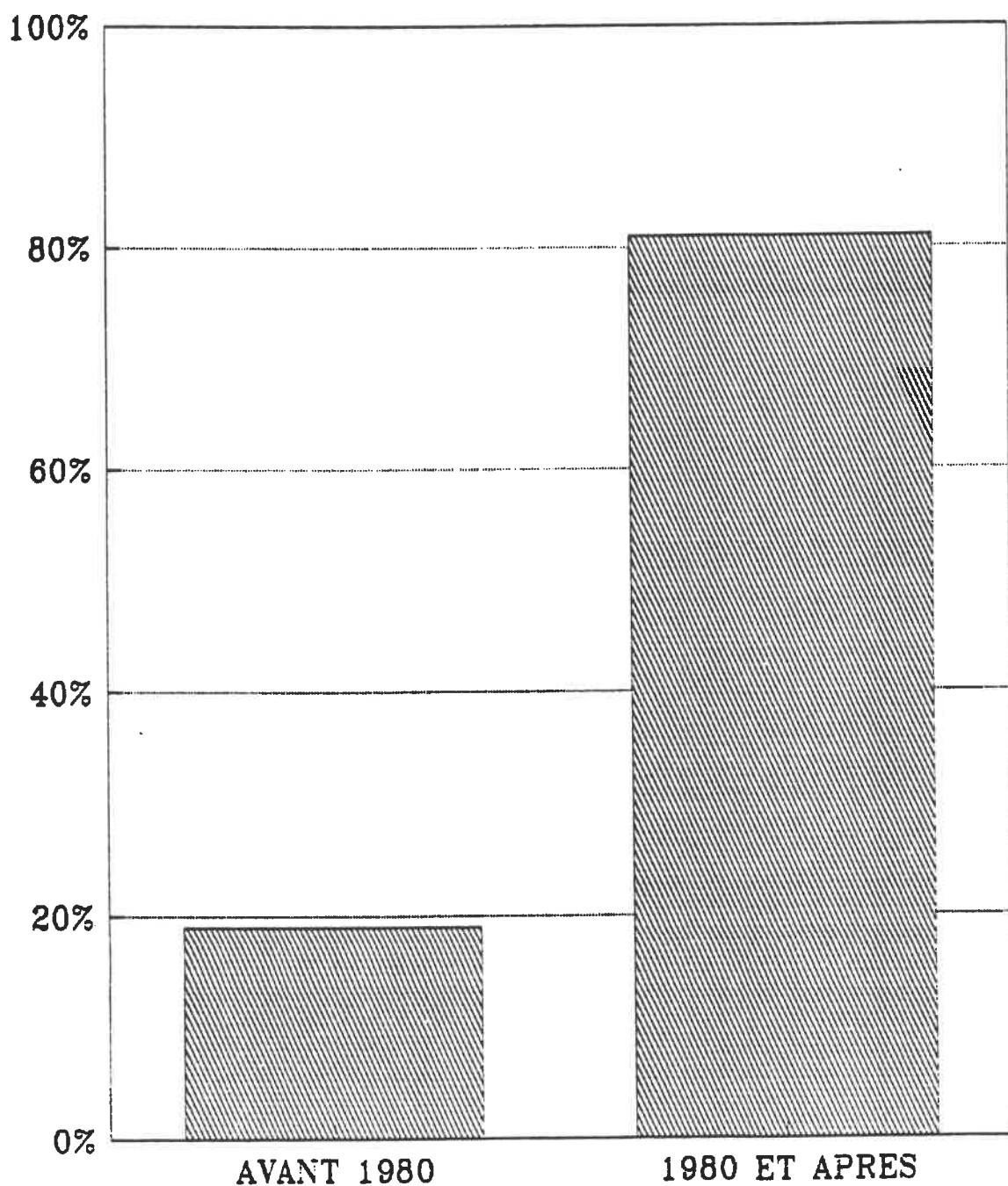
N°	PAGE	TITRE
1	12	REPARTITION PAR GROUPE D'AGE
2	13	TYPE DE DOMICILE
3	14	NIVEAU D'ETUDES
4	15	STATUT FAMILIAL
5	20	MODE DE CONSOMMATION
6	20	FREQUENCE ACTUELLE DE CONSOMMATION
7	23	SURDOSES ET COMAS
8	23	TENTATIVES DE SUICIDE
9	24	NOMBRE D'INTERPELLATIONS
10	25	NOMBRE D'INCARCERATIONS
11	40	LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES TOXICOMANES UTILISANT LA COCAINE

DATE DE LA PREMIERE CONSOMMATION
DE COCAINE (ETUDE 1992)



source irep N=100

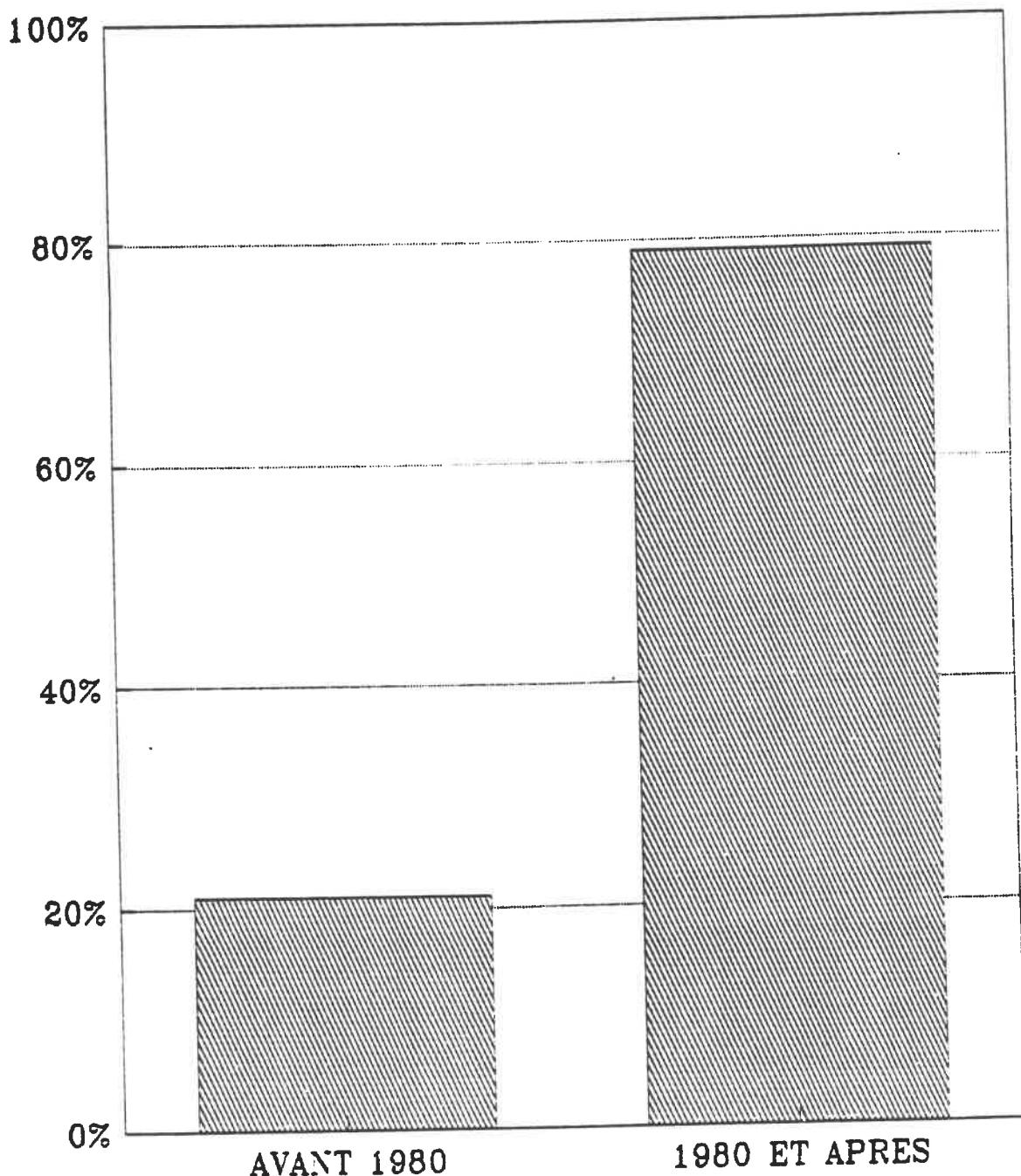
DATE DE LA PREMIERE CONSOMMATION
DE COCAINE (ETUDE 91/92 *)



source irep N=161

(*) "LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES TOXICOMANES. Pratiques, Attitudes et Représentations: situation et tendances."

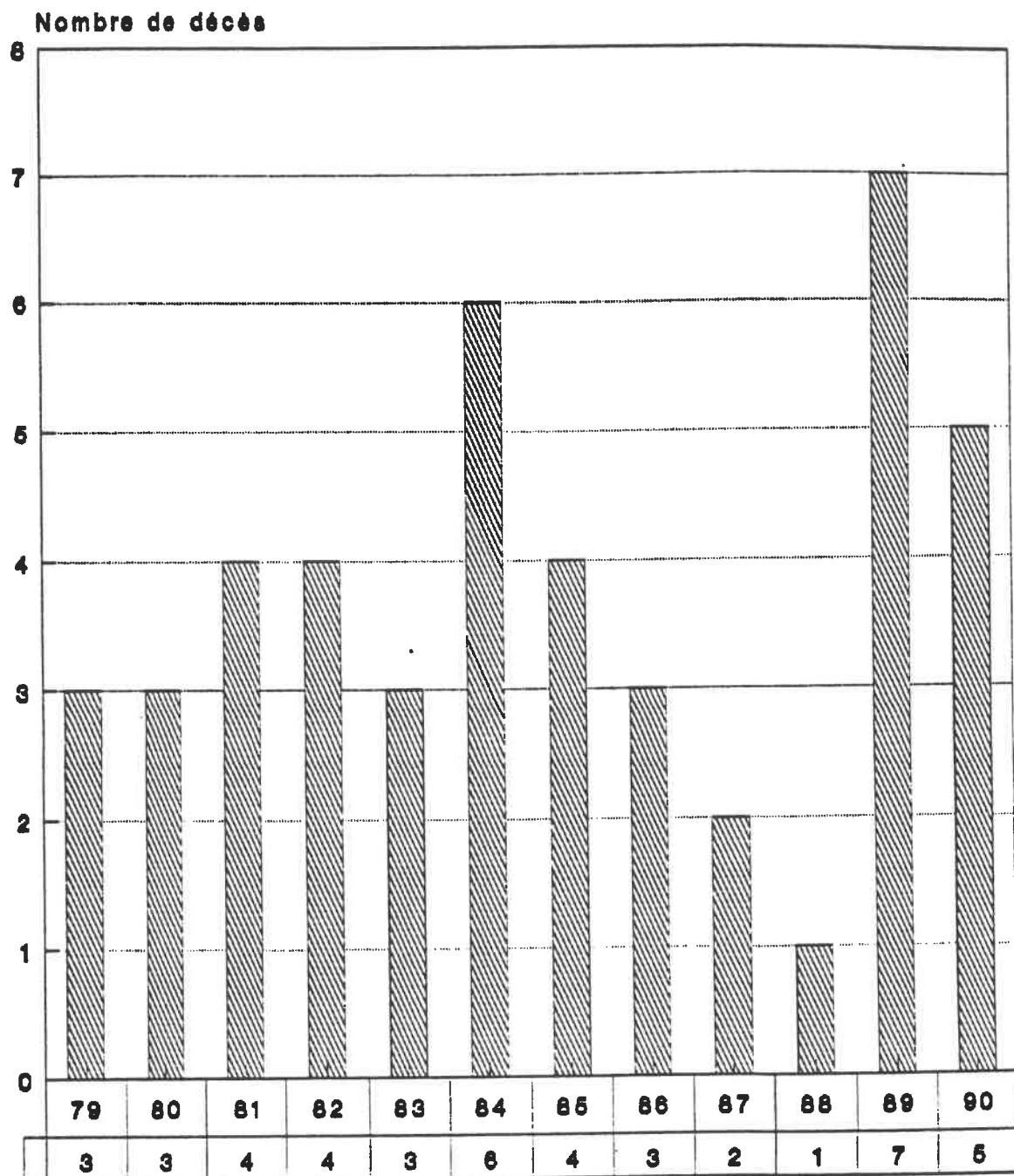
**DATE DE LA PREMIERE CONSOMMATION
DE COCAINE (ETUDE 87/88 *)**



source irep N=122

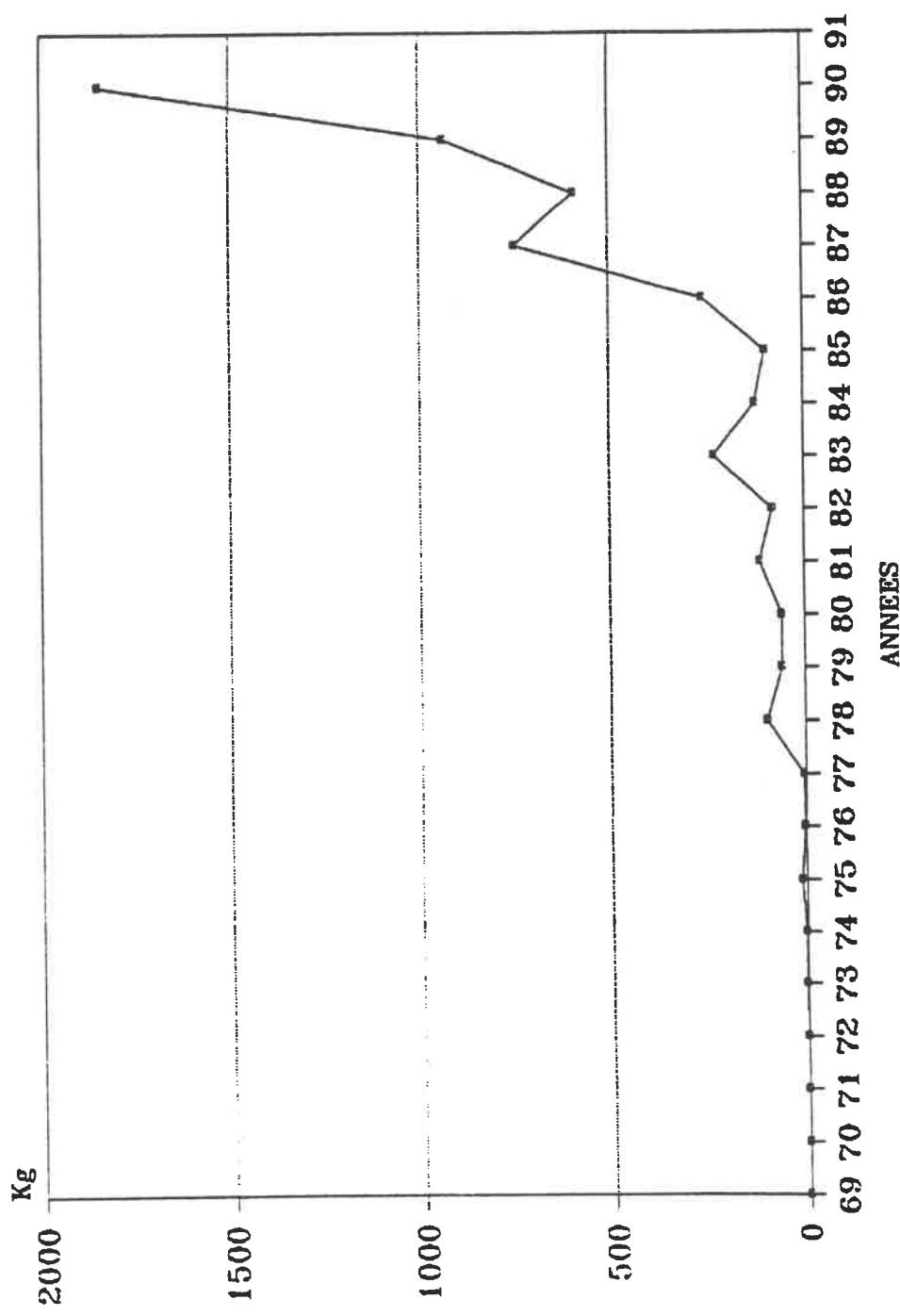
(*) "LES EFFETS DE LA LIBERALISATION DE LA VENTE DES SERINGUES SUR LE COMPORTEMENT DES USAGERS DE DROGUES CONSOMMANT LEURS PRODUITS PAR VOIE INTRAVEINEUSE EN FRANCE."

EVOLUTION DES DECES PAR ABUS DE COCAINE en France

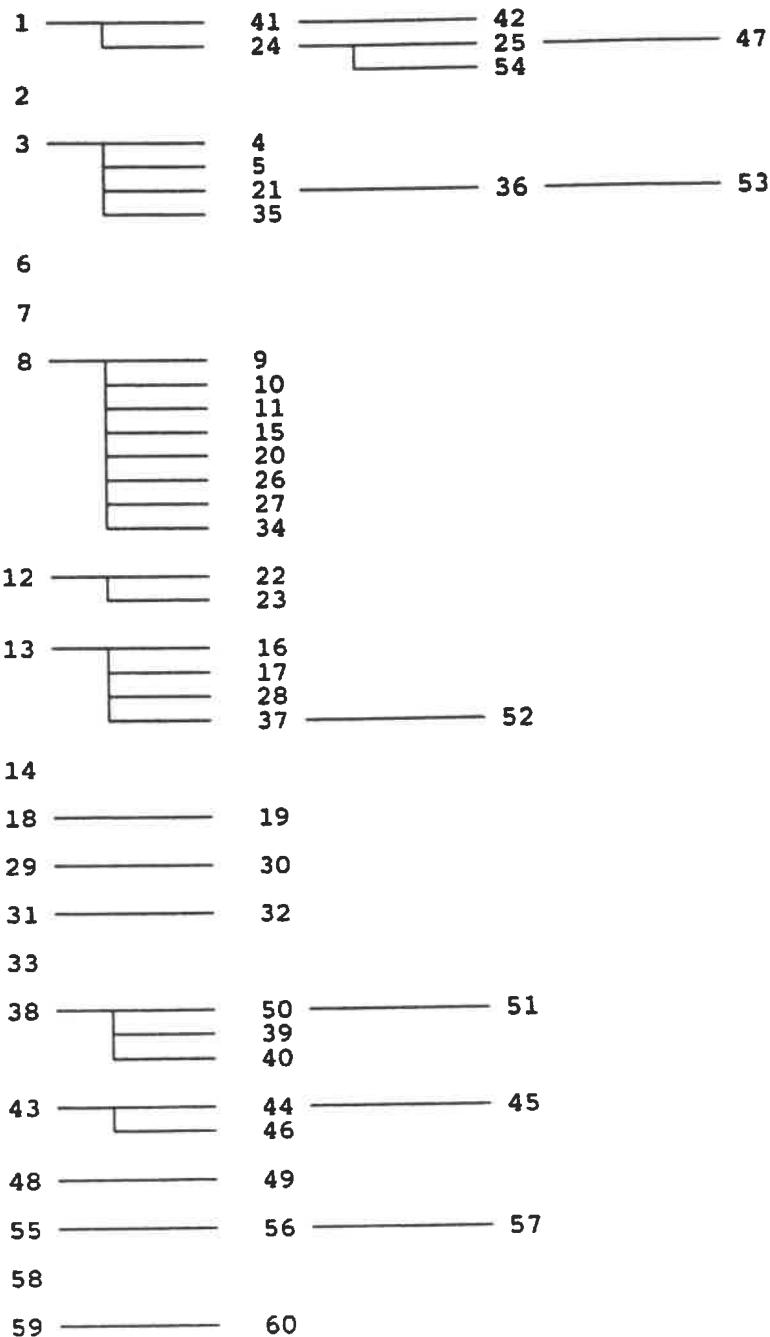


SOURCE OCRTIS

SAISIES DE COCAINE EN KILOGRAMMES



SOURCE OCRTIS

METHODE "BOULE DE NEIGE"**GROUPE DIT "ROCK"**

GROUPE DIT "TOXICOS"

61
62
63
64 ————— 67 ————— 74
65
66
68
69
70 ————— 75
71
72
73
76
77 ————— 78
80

GROUPE DIT "BRANCHES"

82 ————— 81
|—————
|—————
|—————
85
86 ————— 83 ————— 92
87
89
90 ————— 97 ————— 96
91
93 ————— * ————— 94
|—————
|—————
98
99
100
101
102
103

* L'intermédiaire entre le 13
et le 14 est non consommateur
de drogue.

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

ADLER, P.; Carrières de trafiquants et réintégration sociale aux Etats-Unis. In Drogues, Politique et Société, Colloque Descartes, Paris, 1992.

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 toxicomanies, 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.

COHEN, P. Drug as a social construct. Université d'Amsterdam, Septembre 1990.

DELCIROU, A., LABROUSSE, A.; Coca coke. La découverte, Paris, 1986.

FACY, F.; Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées: vers une base de donnée? INSERM, Etude épidémiologique 1986-87, 1988.

GAY, G. Cocaïne: le produit et ses effets. Les intoxications et leurs traitements. In Psychotrope, Vol.I, N° 2, 1983.

HALL, J.N.; Histoire du Crack: Echec de la Prohibition, promesse de la prévention. In Drogues, Politique et Société, Editions Descartes, pp. 212-229, Paris 1992.

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 cocaine 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.

INGOLD, F.R.; INGOLD, S.; TOUSSIRT, M.; Trends of drug use in France: 1985-1990. NIDA, CEWG, pp.350-355, Juin 1991.

INGOLD, F.R.; Les poudreux dans la ville. Contribution à une anthropologie de la dépendance chez les héroïnomanes. Thèse 3e cycle Anthropologie et Ecologie Humaine, Paris V, 1983, U.E.R Bio-médicale, 302 P.

IREP; La transmission du VIH chez les toxicomanes Pratiques, Attitudes et Représentations: situations et tendances. Etude Financée par l'ANRS, Paris, Mars 1992.

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

KANDEL D.B., MURPHY, D., KARUS, D.; Cocaine Use in young adulthood: Patterns of Use and Psychosocial correlates. NIDA, Research monograph series N°61, "Cocaine Use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives", pp. 76-110, Rockville, 1985.

MUSTO, D.; Politique de la Drogue et de l'alcool aux Etats-Unis: Un aperçu du caractère américain. In Drogues, Politique et Société, Editions Descartes, pp. 41-53, Paris 1992.

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

SEIGEL, R.; New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: KOZEL, N. and Adams, E., "Cocaine use in America: Epidemiologic and clinical perspectives", Rockville, NIDA, 1985.

SESI; La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes.
Documents statistiques, N° 132, Paris, Décembre 1991 et années
antérieures.

STEIN, P.; Tout savoir sur la cocaïne. Ed. Pierre Marcel, Favre,
Lausanne, 1986.

VION, P. Les toxicomanes hospitalisés en milieu spécialisés. In
Cahiers Statistiques, SESI, N°15, pp. 125-129, Août 1988.

WILLIAMS, T.; Cocaïne Kids. Gallimard, Paris, 1990.