

Cocaïne, crack, free base

Michel Gandilhon, Éric Janssen, Christophe Palle

La cocaïne est un psychoactif recherché pour ses effets stimulants, physiques et cognitifs, et désinhibants. C'est un alcaloïde qui provient des feuilles du cocaïer, un arbuste cultivé en Amérique du Sud (Colombie, Pérou, Bolivie principalement). L'extraction de celui-ci s'effectue en plusieurs étapes pour obtenir un sel, le chlorhydrate de cocaïne. C'est sous cette forme que la cocaïne est sniffée ou injectée.

Crack et free base, les deux appellations de la forme basée de la cocaïne, sont obtenus à partir du sel de cocaïne, à l'aide de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque. Sous cette forme, la cocaïne peut être fumée (inhalation de ses vapeurs) sans être dégradée. Si crack et free base sont en réalité un seul et même produit, l'usage recouvre des publics hétérogènes, souvent persuadés de consommer des substances différentes. Plus communément, l'appellation « crack » est utilisée lorsque la cocaïne est vendue sous cette forme (base), tandis que le terme « free base » désigne une cocaïne basée par l'utilisateur lui-même. Le crack, vendu en petites quantités, est présent dans la région parisienne et dans certains départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique). Il est moins cher que la cocaïne en poudre et s'est diffusé dans des réseaux spécifiques d'utilisateurs souvent précarisés. Le profil des consommateurs de free base, apparu en France à la fin des années 1990, s'apparente sur le plan sociologique davantage aux consommateurs récréatifs de cocaïne en poudre qu'aux usagers de crack.

Un usage en recul parmi les adolescents...

En 2017, 2,8 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie, contre 3,2 % en 2014, une différence statistiquement significative (Spilka et al., 2018a). Comme souvent, les garçons étaient plus souvent expérimentateurs que les filles (3,1 % vs 2,4 %, différence là aussi significative). Les niveaux d'usage de crack en population adolescente (0,6 %) sont beaucoup plus modestes que pour la cocaïne, tant pour les garçons que pour les filles. Cette expérimentation est significativement en recul par rapport à 2014 (1,1 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une expérience qui n'a pas donné lieu à d'autres prises par la suite.

... et qui s'enracine chez les adultes

Deuxième substance illicite la plus consommée en France, la cocaïne est bien moins répandue que le cannabis : dans l'ensemble, 5,5 % des adultes de 18-64 ans en avaient consommé au moins une fois au cours de leur vie en 2017 (contre 5,6 % en 2014), et 1,6 % au cours de l'année (1,1 % en 2014, une hausse statistiquement significative) (Spilka et al., 2018b). La forte différence entre hommes et femmes persiste (8,0 % vs 3,2 %), mais elle tend néanmoins à se réduire par rapport à 2014 (8,3 % vs

3,1 %). C'est parmi les 26-34 ans que la prévalence-vie est la plus élevée (10,1 % vs 10,2 % en 2014) et chez les 55-64 ans qu'elle est la plus faible (2,0 % vs 1,4 % en 2014). Au plan européen la France a longtemps occupé un rang moyen mais elle s'est rapprochée aujourd'hui des pays les plus consommateurs, le Royaume-Uni et l'Espagne notamment (EMCDDA, 2018a).

Estimation du nombre d'usagers de cocaïne basée au cours du mois

La cocaïne basée désigne les usagers de crack et de free base, regroupant des publics extrêmement hétérogènes. Une estimation récente (OFDT, 2018a) fait état d'une hausse du nombre d'usagers en France métropolitaine, de 12 800 (12 000-14 000) individus en 2010 à un peu plus de 27 000 (25 000-29 000) en 2017. Aussi notable soit-il, cet accroissement sur une période de sept années concerne toujours une part marginale de la population : la prévalence reste bien en deçà du seuil de 1 pour mille. Cette population d'usagers est fortement masculine, avec quatre usagers sur cinq qui sont des hommes, une proportion demeurée stable entre 2010 et 2017.

Des consommations y compris au sein des populations précaires

La diffusion de la cocaïne en France au cours des vingt dernières années ne s'est pas limitée aux personnes les plus insérées. L'usage s'est également répandu dans les populations fréquentant notamment les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Ainsi, en 2015, l'étude ENa-CAARUD a montré que l'usage dans le mois de cocaïne sous toutes ses formes (incluant la cocaïne basée) est relativement élevé, puisqu'il concerne plus d'un usager sur deux (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018). A contrario, les consommations de cocaïne basée, y compris sous son appellation « crack », ne se limitent plus aux populations les plus marginalisées. Les observations du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT, notamment à Paris, montrent que le marché de la cocaïne basée de rue ou de « cités » peut être fréquenté par des personnes insérées qui avaient l'habitude de consommer de la cocaïne, puis de la cocaïne basée qu'elles fabriquaient elles-mêmes (Gandilhon *et al.*, 2013).

Des conséquences sanitaires et sociales plus visibles

La consommation de cocaïne et de cocaïne basée, qu'elle soit occasionnelle ou régulière, peut engendrer de nombreux problèmes sanitaires, psychiques (dépressions, tentatives de suicide, troubles anxieux, etc.) et/ou physiques (atteintes cardio-vasculaires, complications neurologiques, etc.). La cocaïne est pareillement à l'origine de dépendances susceptibles d'entraîner des consommations compulsives du produit, pouvant mettre en danger la situation sociale de l'utilisateur. Les données qualitatives recueillies dans le cadre du dispositif TREND font de plus

en plus état du passage d'usages occasionnels, réservés au moment festif, à des consommations plus régulières (Cadet-Tairou et al., 2017). Un phénomène qui affecte également les usagers précaires, les professionnels du soin observant un basculement plus fréquent de l'usage d'opiacés vers celui de la cocaïne, facilitée par le polyusage préexistant et les pratiques d'injection. Ces observations qualitatives sont renforcées par l'inflexion à la hausse, entre 2015 et 2017, de la part (passée de 19 % à 23 %) des personnes ayant consommé de la cocaïne dans le mois parmi celles prises en charge dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour usage de drogues illicites autres que le cannabis. La part de ceux qui ont consommé du crack ou de la cocaïne basée dans le mois a progressé de 7,6 % à 10 % (OFDT, 2018e).

La cocaïne peut également provoquer des décès par surdose. En 2016, 75 personnes sont décédées des suites d'une consommation de cocaïne seule ou en association, ce qui représente 18 % du total des décès consécutifs à la consommation de drogues. Cette proportion a presque doublé entre 2010 et 2016 (CEIP-A Grenoble, 2018b).

Hausse des prises en charge

En 2016, la cocaïne était citée comme produit posant le plus de problèmes par environ 10 000 personnes prises en charge dans les CSAPA, contre 6 500 personnes en 2010 (Palle et Rattanatrav, 2018). Mais la cocaïne est souvent consommée par les usagers polyconsommateurs. Parmi l'ensemble des personnes prises en charge dans les CSAPA ayant répondu à la question sur les produits leur posant le plus de problèmes en 2016, 10 % indiquent avoir consommé de la cocaïne dans le mois, alors que seuls 3 % la citent comme produit posant le plus de problèmes (OFDT, 2018e). En ce qui concerne les prises en charge à l'hôpital, il est difficile de distinguer ce qui relève de la prise en charge de l'addiction elle-même de celle des conséquences des consommations. Dans le secteur hospitalier (médecine, chirurgie et obstétrique, établissements spécialisés en psychiatrie, établissements de soins de suite et de réadaptation), les troubles mentaux et du comportement liés à la cocaïne apparaissent en diagnostics principaux associés ou reliés pour 9 500 personnes en 2017, contre 4 400 en 2013 (données ATIH 2017). Ce chiffre, qui confirme la forte augmentation observée dans les CSAPA, est sans doute sous-estimé en raison d'un codage non systématique des diagnostics associés et de la non-prise en compte des personnes avec un diagnostic d'intoxication à la cocaïne¹ (code CIM10 : T405 et codes X42-44, X62, Y12). Par ailleurs, les personnes prises en charge en ambulatoire à l'hôpital ne sont pas non plus recensées.

Un marché en forte augmentation

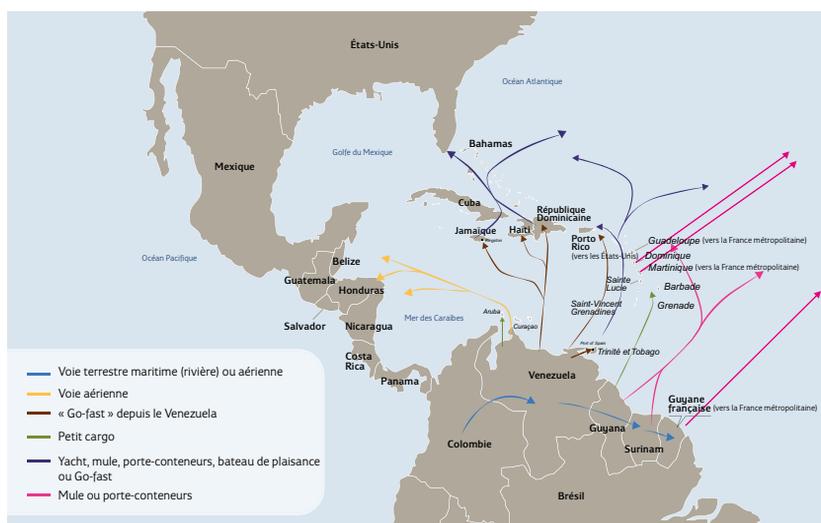
La cocaïne consommée en France provient essentiellement de Colombie, où la production a atteint des niveaux historiques en 2016 (UNODC, 2018). Cette offre croissante, qui affecte nombre de pays européens (EMCDDA, 2018), se retrouve dans les statistiques de l'OCRIS, puisque les saisies en France, réalisées par les douanes, la police et la gendarmerie, ont atteint un niveau sans précédent en 2017, avec 17,5 tonnes (DEASRI, 2018).

1. Code CIM10 : T40.5 (intoxication à la cocaïne).

La France est particulièrement touchée par le développement du trafic international, du fait de la présence en Amérique latine de trois départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane). Ainsi, le trafic maritime par conteneur ne cesse de croître depuis des années entre les Antilles françaises et Le Havre, premier port commercial français, tandis que le trafic par voie aérienne à l'aide de passeurs (« mules ») s'est fortement développé depuis 2014, entre la Guyane et la métropole (Gandilhon et Weinberger, 2016). Une partie significative de la cocaïne vendue en France provient également des Pays-Bas, où des organisations de trafic viennent s'approvisionner sur le marché du demi-gros et du gros. L'Espagne, du fait de sa position importante de porte d'entrée de la cocaïne en Europe, joue aussi un rôle déterminant dans l'alimentation du marché français. Ce phénomène est renforcé par la présence dans le sud de la péninsule Ibérique des négociants français en gros de la résine de cannabis, lesquels tendent de plus en plus à prendre le contrôle du marché français de la cocaïne au détriment du grand banditisme « traditionnel ». La traduction de ces évolutions est visible dans l'offre dite de « cités », où la cocaïne est de plus en plus présente de Lille à Marseille, en passant par Rennes et Toulouse.

En matière de vente au détail, le phénomène le plus innovant concerne la région parisienne, avec l'émergence depuis cinq ans des « cocaïne call centers ». Adaptation du trafic aux réticences de nombre d'utilisateurs insérés à se rendre sur les lieux de trafic, dans un contexte où la présence policière, du fait de la menace terroriste s'est faite plus visible, ces centres d'appel, situés généralement dans les banlieues, organisent la livraison du produit à domicile, tout en relançant les clients via SMS (Cadet-Tairou et al., 2017).

Carte1. Les flux de cocaïne dans la mer des Caraïbes et vers la Guyane



Source : OFDT

La disponibilité de la cocaïne sur le marché français s'accompagne de niveaux historiquement élevés en matière de teneurs moyennes en principe actif. Ainsi, en 2017, la pureté moyenne dans les saisies inférieures à 10 grammes, reflet de la situation qui prévaut sur le marché de détail, atteignait près de 60 %, soit un quasi doublement en dix ans (INPS, 2018). En 2017, les prix moyens de la cocaïne mesurés par l'OCRTIS et le dispositif TREND étaient compris entre 65 et 80 euros le gramme (Gérome *et al.*, 2018).

Le marché du crack est, compte tenu du nombre limité de consommateurs, beaucoup plus réduit, tant sur le plan social que géographique. Limité depuis le début des années 1990 à des usagers très marginalisés et cantonné, outre les Antilles-Guyane, dans le nord-est de Paris et une partie de la Seine-Saint-Denis, il connaît toutefois une certaine dynamique en lien avec la forte disponibilité de la cocaïne (Pfau et Cadet-Taïrou, 2018). Si, depuis les années 1990, les revendeurs originaires d'Afrique de l'Ouest, les « modous », jouent un rôle central, le démantèlement d'un gros lieu de revente dans une cité parisienne en 2015 montre que d'autres acteurs, issus notamment du monde des « cités », s'intéressent à ce trafic. En outre, bien que le marché du crack reste parisiano-centré, des signalements concordants (CAARUD, acteurs du respect de la loi) montrent le développement de points de vente dans les départements d'Île-de-France (Essonne, Yvelines, etc.), mais également dans l'Oise (Hauts-de-France) ou même à Lille et à Rennes où ils restent toutefois encore sporadiques (Gérome *et al.*, 2018).

La cocaïne basée revendue dans la rue circule sous l'appellation « galette », qui constitue l'unité de vente principale du produit, même si des doses plus réduites dénommées « caillou » peuvent être revendues. La « galette », vendue entre 13 et 15 euros le gramme, permet en général de faire trois ou quatre prises (inhalation).

Évolutions récentes



Si l'usage de chlorhydrate de cocaïne en population adolescente s'est réduit entre 2014 et 2017, il est en revanche plus souvent déclaré par les adultes (nombre d'usagers dans l'année en forte progression depuis 2014), notamment les 26-34 ans. Outre l'augmentation constante de sa disponibilité, nourrie par une production colombienne en forte hausse, le produit qui circule se caractérise par une hausse des teneurs moyennes en principe actif. Reflet de la progression des usages, le nombre de personnes hospitalisées ou en traitement a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Moins diffusée, la cocaïne basée, sous sa forme « crack », gagne en visibilité à Paris, tandis que l'offre semble progresser en Île-de-France et dans le nord du pays.