

L'offre de cocaïne

Depuis la Seconde Guerre mondiale, la zone de production de la coca, matière première de la cocaïne, est principalement circonscrite à trois pays : la Colombie, le Pérou et la Bolivie. D'après l'ONUDC, la production mondiale annuelle de cocaïne s'élèverait à plus ou moins un millier de tonnes, un niveau stable depuis une dizaine d'années, bien que la répartition entre ces trois pays fluctue au gré des politiques anti-drogues initiées par les États-Unis. En Colombie, le vaste plan pour lutter contre le narcotrafic a effectivement permis de faire reculer la production. Toutefois, cette baisse est compensée par une augmentation de la production au Pérou, en passe de détrôner la Colombie, et en Bolivie, pays qui a autorisé en 2005 une culture réglementée de la coca.

Si l'Amérique du Sud garde le monopole productif, le commerce et la consommation de cocaïne se mondialisent avec le développement du marché européen, qui est presque aussi important aujourd'hui que le marché nord-américain, tandis que les routes du trafic affectent notamment de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest.

En 2011, selon des données encore provisoires, 11 t de cocaïne ont été interceptées lors des saisies effectuées sur le territoire français, ce qui en fait le deuxième produit incriminé, très loin derrière les saisies de cannabis (54 t, herbe et résine confondues). Toutefois, le volume de cocaïne saisi est sujet à de fortes variations et, après le pic de l'année 2006, 2011

constitue un record historique en termes de saisies de cocaïne. Il est important de rappeler que ces saisies traduisent avant tout l'activité policière et douanière et ses fluctuations, mais permettent aussi d'appréhender la diversification des voies d'entrée de la cocaïne sur le territoire français.

La cocaïne et le crack constituent les troisième et quatrième produits impliqués dans les interpellations pour trafic et usage-revente, très loin derrière le cannabis et un peu après l'héroïne. La forte progression de ces interpellations et des saisies depuis une dizaine d'années confirme l'enracinement du deal de cocaïne en France, sous diverses formes.

En métropole, le trafic de cocaïne se structure principalement autour de trois grands types d'organisations : des réseaux liés au grand banditisme, qui vendent le produit en gros ; des réseaux structurés de semi-grossistes dans les banlieues des villes et les rassemblements festifs ; et des réseaux de microtrafic, les plus nombreux, peu structurés et soutenus par un ou deux usagers-revendeurs avec une clientèle restreinte.

Les réseaux liés au grand banditisme sont minoritaires en France mais déterminants dans la chaîne de distribution de la cocaïne, car ils importent de grandes quantités. Les réseaux des cités, qui s'apparentent à des semi-grossistes, sont assez proches de l'organisation du grand banditisme mais incluent une dimension ethnique ou familiale. Une majorité d'entre eux a déjà une longue expérience dans le trafic de

cannabis et tend à élargir ses activités à la cocaïne, plus rémunératrice. Leurs motivations sont purement mercantiles et leur « terreau social » facilite le contact avec les clients, issus des milieux populaires où l'usage de cocaïne augmente. La convergence croissante des voies d'acheminement du cannabis et de la cocaïne pourrait profiter à ce type d'organisation, qui continuerait à se développer. Enfin, la troisième grande modalité est constituée par les micro-réseaux. Ils sont animés le plus souvent par des usagers de cocaïne soucieux de s'approvisionner à moindre coût et que l'appât du gain peut conduire à alimenter une petite clientèle. Ces réseaux s'approvisionnent volontiers hors des frontières françaises (Pays-Bas, Espagne, etc.) et contribuent à la forte disponibilité du produit, y compris dans les zones rurales et périurbaines.

Le prix moyen du gramme de cocaïne en métropole s'élève en 2011 à environ 60 euros. Sa nette diminution depuis vingt ans (80 euros en 2000, 150 euros en 1990) confirme la plus grande disponibilité de la cocaïne, découlant notamment de la réorientation d'une partie de la production mondiale vers l'Europe.

En 2010, le chiffre d'affaires issu de la vente au détail de la cocaïne en France s'élèverait à 902 millions d'euros. Ce montant correspond à un volume d'environ 15 t de cocaïne (dosée à 30 %). Considérant que le produit arrivant sur le sol européen a un taux de pureté de 70 %, ce sont près de 6 t de cocaïne qui seraient importées pour le

marché français et 9 t de produits de coupe qui y sont ajoutés. Comme pour tout produit illicite, cette estimation doit être interprétée avec prudence car elle repose sur de nombreuses hypothèses. Il semble néanmoins que le marché de la cocaïne soit en valeur aussi important que celui du cannabis (832 millions d'euros en 2005), avec un volume de produit bien moindre, grâce à l'écart de prix entre ces deux produits.

Les analyses effectuées par les services répressifs et le dispositif SINTES montrent que la teneur en cocaïne pure varie sensiblement selon les échantillons collectés. La concentration moyenne se situe autour de 20 % à 30 %, alors que celle du crack, toujours supérieure à la forme poudre, atteint de 48 % à 72 %. Depuis la fin des années 1990, la part des saisies de cocaïne fortement dosée (> 70 %) a diminué alors que celle des saisies de cocaïne faiblement dosée (< 30 %) a progressé. Les doses de cocaïne sont coupées avec des adultérants (principalement des substances médicamenteuses) et des diluants (surtout des sucres) : les premiers comptent pour la moitié du poids total vendu au consommateur, les seconds pour 20 % à 30 %. Les produits de coupe le plus souvent utilisés sont le lévamisole, la phénacétine et la caféine. Depuis quelques années, la tendance est à une diminution de la part des échantillons pour lesquels la cocaïne est la seule substance active et à une hausse du nombre de produits de coupe associés.

Consommation de cocaïne : niveaux, évolution, géographie

La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé en France métropolitaine, même si son niveau d'usage reste très loin de celui du cannabis. Ainsi, 3 % des jeunes de 17 ans et près de 4 % des 18-64 ans déclarent l'avoir expérimentée, alors que l'usage dans l'année concerne à peine 1 % de la population, qu'elle soit adolescente ou adulte. Comme pour les autres drogues illicites, les hommes sont plus consommateurs que les femmes, quel que soit l'âge. Néanmoins, quand elle a lieu, l'expérimentation de la cocaïne se produit au même âge pour les deux sexes, vers 23 ans en moyenne dans la population adulte. Les niveaux d'expérimentation et d'usage sont maximaux chez les jeunes adultes, puis décroissent avec l'âge.

Parmi les 18-64 ans, l'expérimentation de la cocaïne est plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs occupés. Et parmi ces derniers, les cadres et professions intellectuelles, les artisans-commerçants et les ouvriers sont surreprésentés au sein des usagers de cocaïne, alors que les agriculteurs sont sous-représentés. Chez les adoles-

cents, les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté ce produit que ceux encore scolarisés. C'est aussi le cas des adolescents dont le statut social des parents est élevé, quelle que soit leur propre situation.

Les usagers de cocaïne se caractérisent par une forte proportion de poly-consommateurs de produits psychoactifs. Ce polyusage est aussi bien observé chez les personnes prises en charge dans les structures d'accueil et de soins que chez celles fréquentant le milieu festif. Même si le sniff reste le principal mode de consommation de la cocaïne, 1 expérimentateur sur 8 a déjà basé lui-même le produit avant de le consommer.

À l'inverse des régions du nord-est, l'expérimentation de la cocaïne apparaît élevée dans les régions méditerranéennes, en Bretagne et en Île-de-France. C'est particulièrement le cas dans le Languedoc-Roussillon, probablement en raison de sa proximité avec l'Espagne, pays très consommateur et porte d'entrée de la cocaïne en Europe. Parallèlement, la consommation de

cocaïne, traditionnellement plus présente dans les agglomérations que dans les zones moins peuplées, s'observe désormais aussi bien dans les très grandes villes que dans les zones rurales.

Cette diffusion géographique accompagne la diffusion générale observée depuis le début des années 1990, où l'expérimentation et l'usage de cocaïne sont en nette hausse parmi la population française. Ainsi, chez les adultes, la proportion d'expérimentateurs a doublé et celle des usagers dans l'année a triplé entre 2000 et 2010. Même si la tendance a marqué le pas en 2011, chez les adolescents, l'expérimentation a quasiment quadruplé entre 2000 et 2008.

Cette diffusion s'opère aussi bien sur le plan socio-économique que géographique, et elle est principalement le fait des jeunes générations. Si les chômeurs restent plus consommateurs que les actifs occupés, la progression de l'usage est beaucoup plus marquée chez ces derniers. Cette expansion aux milieux sociaux autres que privilégiés ou précarisés trouve son origine dans une plus grande accessibilité de la

cocaïne, dans l'intégration du mouvement « techno » au milieu festif général et dans l'image de réussite et de performance véhiculée par cette drogue. La diffusion des usages aux territoires peu urbanisés s'explique notamment par l'arrivée de citadins dans les zones rurales, durablement pour échapper aux loyers trop chers dans les villes ou ponctuellement pour participer à des rassemblements festifs, et le développement du petit trafic local.

En Europe aussi, la cocaïne constitue la deuxième substance illicite la plus consommée après le cannabis, avec plus de quatorze millions d'expérimentateurs. Toutefois, la prévalence y est inférieure à celle observée dans d'autres pays occidentaux et il existe un net clivage entre l'ouest de l'Europe, très consommateur, et l'est, moins concerné. Pour l'expérimentation comme pour l'usage dans l'année, la France se situe dans la moyenne : cette position, relativement récente, est le fruit d'une progression de la cocaïne alors que sa consommation tend à reculer dans plusieurs des pays qui ont les prévalences les plus élevées.

Les consommateurs de cocaïne

Malgré la diffusion de l'usage de cocaïne dans l'ensemble de la population française, certains groupes sociaux sont particulièrement consommateurs. Leur trait commun est d'être majoritairement polyconsommateurs de substances, alcool et cannabis en tête. On peut toutefois distinguer deux groupes d'usagers. Tout d'abord, ceux dits « socialement insérés », dont la consommation régulière est souvent liée à la fréquentation de l'espace festif, un ensemble qui va des « semi-insérés » à la situation professionnelle instable, aux « hyper-insérés » issus de milieux très aisés. D'autre part, les usagers « désinsérés », précaires : les jeunes en errance, les nouveaux migrants, les toxicomanes polyusagers précarisés et les crackers. Effectivement, le crack concerne des populations plus précarisées, de par son faible coût dû à sa vente en très petites quantités. Ses usagers forment donc un ensemble particulier au sein de celui des consommateurs de cocaïne.

Si tous les types de structures spécialisées ont vocation à accueillir les usagers quel que soit leur profil, les structures de réduction des risques CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) accueillent dans l'ensemble un public fortement consommateur et précarisé, alors que celui des centres de soins CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) est un peu plus diversifié en termes d'insertion sociale et s'inscrit dans une démarche thérapeutique. Parallèlement, les usagers qui sont inconnus

aussi bien des dispositifs sanitaires que répressifs sont qualifiés d'usagers « cachés », parmi lesquels on compte beaucoup de personnes insérées mais aussi des précaires, comme les jeunes en errance.

Dans les CSAPA, un usager sur huit déclare avoir consommé de la cocaïne dans le mois, mais la plupart d'entre eux sont des polyconsommateurs dépendants aux opiacés. Les usagers pour lesquels la cocaïne est le produit signalé comme celui leur posant le plus de problèmes et qui ne sont pas sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) ne représentent que 2 % de ce public, soit 2 400 à 2 800 individus.

En ce qui concerne le crack, environ 0,7 % des usagers accueillis dans les CSAPA sont des consommateurs ayant un problème principal avec cette substance (sans être sous TSO), soit 700 à 900 individus. Ils diffèrent fortement des usagers d'opiacés et de cocaïne par une moyenne d'âge plus élevée et une situation sociale encore plus précaire. La prise en charge des usagers de crack se concentre essentiellement en Île-de-France, dans les Antilles et en Guyane.

Dans les CAARUD, fin 2010, plus de 40 % des usagers avaient consommé de la cocaïne ou du crack dans le mois. Leur situation socio-économique, peu favorable, ne diffère pas de celle des autres usagers d'âge équivalent. Un usager sur cinq considère que la cocaïne-poudre est le produit le plus problématique pour lui, une position intermédiaire entre les opiacés (jugés très néfastes) et les autres stimulants et hallucinogènes. Les usagers de crack sont particulièrement désocialisés et essentiel-

lement présents en Île-de-France et dans les Antilles-Guyane, alors que les usagers de free base sont issus du milieu festif et répartis sur tout le territoire.

Bien qu'ils partagent une très forte précarité sociale et une moyenne d'âge assez élevée, les populations d'usagers de crack parisiens et antillais diffèrent, notamment par la proportion de femmes, plus importante chez les premiers. Contrairement à la cocaïne, le crack, principalement fumé, constitue une consommation centrale, même si le polyusage reste très présent. Les pratiques de partage de matériel sont fréquentes, d'où une forte prévalence de séropositivité au VIH et au VHC. D'autant que l'état de santé général des crackers est assez mauvais en raison de leurs conditions de vie insalubres.

En outre-mer, le crack est le deuxième produit illicite le plus consommé par les usagers de drogues après le cannabis. Les consommateurs de crack vus dans les CAARUD d'Antilles-Guyane se distinguent de leurs homologues métropolitains par un moindre recours aux opiacés et à l'injection. Les autres produits consommés sont surtout le cannabis et l'alcool. Par ailleurs, la précarité est plus marquée chez les usagers de crack guyanais que chez les antillais (Martinique et Guadeloupe).

Il existe aussi des usagers « cachés » de cocaïne, sans aucune interaction avec les structures sanitaires et les services répressifs. Bien que dans l'imaginaire collectif, l'usage « caché » de cocaïne soit souvent associé à la performance professionnelle, dans les faits, cette consommation s'inscrit principalement dans un

contexte festif. Ces usagers ont un profil de polyconsommateurs (alcool et cannabis en tête) et privilégient la voie intranasale à l'injection, trop stigmatisante.

Leur parcours de consommation apparaît homogène lors des étapes de découverte du produit et de persévérance dans l'usage. La cocaïne est dans un premier temps un produit de fête parmi les autres, associé aux moments de convivialité. Ce n'est qu'avec la répétition des prises, toujours dans un contexte festif, que s'installent la connaissance et la recherche des effets propres de la cocaïne. Ses vertus désinhibantes et stimulantes, l'impression de contrôle et l'absence déclarée d'effets secondaires désagréables sont les principales raisons qui motivent la persévérance de l'usage.

Ensuite, deux trajectoires se dessinent : certains usagers s'installent dans une consommation régulière mais contrôlée du produit, alors que d'autres basculent dans un usage plus problématique. Les premiers continuent à consommer principalement pendant les sorties festives, régulant ainsi les prises de produit, et développent une attirance particulière pour la cocaïne et la voie intranasale, tout en gardant une vie sociale « équilibrée ». Pour le second groupe, l'usage devient moins facilement maîtrisable, l'emprise du produit, son accessibilité soudaine ou une rupture dans leur parcours de vie les amenant à consommer plus et plus souvent. Néanmoins, après un épisode de « décrochage social » relativement court, souvent en lien avec l'usage de free base, la plupart d'entre eux peuvent renouer avec un usage modéré.

La question sanitaire

La consommation de cocaïne et de crack, qu'elle soit ponctuelle ou chronique, peut avoir un impact sur la santé physique et psychique des usagers. Ces conséquences, pour certaines rapides et intenses ou pour d'autres plus progressives, peuvent survenir quels que soient le mode d'administration, la quantité et la fréquence de l'usage. Elles sont pour certaines susceptibles d'être graves voire mortelles dès les premières consommations, et pour d'autres en un seul épisode. Par ailleurs, d'autres facteurs comme le recours à certains produits de coupe, le polyusage ou encore des conduites à risques (partage de matériel et/ou prises de risques sexuels) peuvent être sources de complications supplémentaires de celles propres à la cocaïne.

Les complications physiques le plus souvent rencontrées sont cardiaques, en lien avec l'élévation de la pression artérielle et la vasoconstriction des artères coronaires induites par la cocaïne. Des complications neurologiques (accident vasculaire cérébral, convulsions, etc.) peuvent également survenir. Néanmoins, le lien de cause à effet entre ces événements et l'usage de cocaïne est rarement établi par les professionnels de santé, d'autant que les consommateurs méconnaissent les risques encourus.

Les complications pulmonaires interviennent quant à elles quasi exclusivement chez les usagers de crack du fait du mode de consommation (inhalation de vapeurs). La pathologie la plus caractéristique est un

syndrome respiratoire aigu, le « crack lung », qui se traduit par une toux, une gêne respiratoire, de la fièvre et des douleurs thoraciques. D'autres symptômes sont spécifiquement liés à l'utilisation de ce produit comme les lésions cutanées au niveau palmaire et plantaire (dites lésions « pieds-mains ») dues à la recherche quasi obsessionnelle du produit et à sa préparation. Le sniff de cocaïne provoque de manière systématique des lésions de la cloison nasale, parfois très rapidement en cas de consommation intensive. Enfin, les pratiques à risques liées à l'injection et au partage de matériel (pailles pour la cocaïne, pipes pour le crack) peuvent être à l'origine d'infections bactériennes (abcès cutanés locaux, septicémies) ou virales (VIH, VHB et surtout VHC).

Les pathologies mentales (dépressions, tentatives de suicide, troubles anxieux, etc.) sont plus fréquentes chez les usagers de cocaïne que dans le reste de la population. Toutefois, il est difficile de déterminer si ces troubles découlent de l'usage même de cocaïne ou s'ils lui sont antérieurs. Par ailleurs, dans les heures qui suivent la prise de cocaïne, peuvent apparaître des troubles délirants sous la forme d'épisodes psychotiques avec hallucinations auditives, visuelles et sensorielles. Cette paranoïa induite par la cocaïne peut être accompagnée d'un syndrome de recherche compulsive du produit, plus particulièrement chez les usagers de crack.

La cocaïne peut provoquer, seule ou en association avec d'autres produits, une mort violente par surdose. Les analyses toxicologiques menées en France dans le cadre du dispositif DRAMES permettent d'estimer en 2009 ces surdoses mortelles liées à la cocaïne à 32, sur les 260 décès en relation avec l'abus de substances. La cocaïne seule est en cause dans 15 de ces décès, elle est associée à d'autres produits dans les 17 autres cas. Malgré la diffusion de l'usage de cocaïne, le nombre de décès liés à ce produit est relativement stable, même si leur part dans l'ensemble des surdoses mortelles a connu un décrochage entre 2007 et 2008, passant de 18-20 % à 12-14 %.

Comparativement au Royaume-Uni, à l'Allemagne et à l'Espagne, le nombre de décès liés à la cocaïne apparaît sensiblement inférieur en France. Néanmoins, la prévalence de cette substance dans les décès par surdose y est un peu supérieure à celle observée au Royaume-Uni et en Espagne. Autre particularité française : les décès avec la cocaïne seule constituent près de la moitié des décès avec cocaïne alors que la mortalité par association avec d'autres substances est très majoritaire dans les autres pays.

Entre 5 % et 6 % des usagers de drogues qui fréquentent les structures d'accueil ou de soins déclarent que la cocaïne ou le crack est le produit qui leur

pose le plus de problèmes. Pourtant, il n'existe pas d'intervention thérapeutique spécifique à cette substance qui soit validée et consensuelle, à la différence des traitements de substitution pour les opiacés. Beaucoup de traitements médicamenteux visant à réduire la consommation ou le *craving* ont été testés mais aucun, hormis le disulfirame (ou Espéral®), n'a prouvé scientifiquement son efficacité, même si des essais cliniques ont montré des résultats prometteurs. Toutefois, d'autres approches semblent produire des effets bénéfiques, comme les interventions « psychosociales ».

Parallèlement à ces traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, dont la combinaison à différents moments du suivi des patients pourrait renforcer l'action thérapeutique, des chercheurs tentent de créer un vaccin anticocaïne depuis le début des années 1990. Son principe repose sur la production d'anticorps spécifiques qui bloqueraient et inactiveraient la cocaïne avant son passage au niveau cérébral. Au vu des expériences animales et humaines déjà menées, ce vaccin est décrit comme une avancée thérapeutique intéressante, même s'il reste à optimiser son modèle pour obtenir une réponse immunitaire suffisante et pérenne. Il nécessitera dans tous les cas un débat éthique et politique quant à son utilisation.

Cadre légal, politique publique et pratiques professionnelles

Le cadre légal régissant les dispositions pénales et sanitaires liées aux drogues est avant tout défini par les conventions internationales, au premier rang desquelles la Convention unique de 1961 et celle de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Reprenant les engagements internationaux de la France, la loi du 31 décembre 1970 régit la politique nationale de lutte contre l'usage et le trafic de drogues et s'applique à toute substance classée comme stupéfiant, sans distinction (contrairement à ce qui s'opère dans d'autres pays), tant pour la prise en charge sanitaire que pour la répression. Cette loi punit ainsi l'usage de cocaïne et de crack comme un délit, même si les réponses pénales se sont diversifiées au fil des ans, privilégiant les alternatives thérapeutiques aux poursuites pour les simples usagers. L'achat et la détention sont également sanctionnés comme des délits, tout comme l'incitation à l'usage. Enfin, le trafic est de plus en plus fortement réprimé depuis une dizaine d'années, avec de nouvelles infractions et des peines aggravées.

Sur le plan sanitaire, la loi de 1970 impose l'anonymat et la gratuité durant la prise en charge, pour favoriser l'accès aux soins des usagers. Les dispositifs d'aide auxquels les consommateurs de cocaïne et de crack peuvent s'adresser sont les mêmes que ceux utilisés par les

autres usagers de drogues : les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD), les communautés thérapeutiques et la médecine de ville ou hospitalière. Néanmoins, certains lieux de prise en charge visent en priorité les usagers de cocaïne et de crack. En complément des actions centrées sur l'injection, des recommandations scientifiques prônent la mise en place d'outils spécifiques de réduction des risques chez les usagers de cocaïne et de crack.

Face à l'absence de traitement de substitution propre à la cocaïne, à la pharmacologie de cette substance et à l'hétérogénéité des profils de ses consommateurs, la Haute Autorité de santé a entamé une réflexion et publié récemment des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne, destinées aux professionnels de santé en lien avec ces populations, qu'ils soient spécialisés en addictologie ou pas. Ce référentiel tend à améliorer le repérage et la prise en charge des usagers de cocaïne et à déterminer les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour arrêter de consommer.

Les professionnels rapportent en effet une difficulté de repérage des consommations problématiques de cocaïne, et plus encore de traitement en l'absence de protocoles thérapeutiques adaptés.

Certains addictologues expérimentent, en dehors de tout protocole validé, des traitements médicamenteux non spécifiques contre la dépendance à la

cocaïne. Des solutions adaptées propres à chaque public sont aussi préconisées, comme le fait de privilégier un contact durable et suivi plutôt qu'une solution médicamenteuse, peu adaptée pour les usagers de crack précaires, ou une prise en charge « hors les murs » afin de poursuivre une vie sociale et professionnelle normale pour les patients insérés. Finalement, lorsqu'il y a demande, elle se manifeste surtout sous la forme d'un besoin d'information ou de soins d'urgence consécutifs à une consommation de cocaïne.

En matière de prévention de l'usage de drogue, conformément à la loi, les actions reposent sur une approche généraliste, avec un rappel de l'interdit et une information sur les risques sanitaires et sociaux. Hormis dans le milieu professionnel, où elle est traitée avec les drogues les plus répandues (tabac, alcool et cannabis), la cocaïne ne fait guère l'objet d'actions de prévention ciblées, surtout en milieu scolaire. Les campagnes centrées uniquement sur la cocaïne sont donc encore rares.

Les interpellations incriminant la cocaïne (forme chlorhydrate ou crack) représentent 3,5 % des interpellations pour usage de stupéfiants et 12,7 % de celles pour usage-revente ou trafic en 2010, ce qui en fait le troisième produit en cause, derrière le cannabis et l'héroïne. Ces interpellations ont augmenté ces vingt dernières années, quel qu'en soit le motif,

mais à un rythme plus soutenu pour l'usage que pour la revente ou le trafic.

Plus de 85 % de ces interpellations concernent des hommes. Néanmoins, le profil sociodémographique diffère selon la forme de la substance : les usagers de cocaïne interpellés ont une situation sociale moins précaire et sont un peu plus jeunes que ceux de crack (30 ans vs 33 ans), ces derniers étant principalement concentrés dans les départements d'outre-mer de la région atlantique et en Seine-Saint-Denis.

Les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont surreprésentées chez les interpellés pour usage tandis que la part des catégories aisées et des élèves-étudiants a sensiblement progressé depuis 1990. Les usagers-revendeurs et les trafiquants interpellés se caractérisent quant à eux par une forte proportion de personnes sans emploi et de nationalité étrangère.

Bien qu'il soit impossible de définir le produit en cause et de comparer stricto sensu le fichier des interpellations et celui des condamnations, la tendance générale des suites judiciaires pour usage est caractérisée, depuis une décennie, par un traitement pénal plus systématique, avec moins de condamnations et plus de mesures alternatives (70 % des affaires). Il est difficile de suivre le sort des personnes interpellées pour trafic et usage-revente, mais le taux de condamnation est semble-t-il bien plus élevé que pour l'usage (51 % vs 14 %).

Les représentations

Les représentations liées à la cocaïne peuvent s'appréhender en interrogeant la population générale sur les produits et les politiques publiques mises en place ; on peut aussi s'attacher à considérer les perceptions des professionnels de santé et des usagers du produit ou encore étudier la place occupée par ces sujets dans les médias.

Concernant le grand public, les Français âgés de 15 à 75 ans ont été interrogés sur leurs représentations en matière de drogues en 1999, 2002 et 2008. Une très grande majorité d'entre eux (89 %) considèrent que la cocaïne est une drogue dangereuse, et ce dès son expérimentation. Malgré la diffusion dans la population et la bonne image dont jouit encore cette drogue, notamment dans certains médias, les opinions à son sujet, à l'instar des autres produits (y compris licites), se sont durcies. Concernant les usagers du produit, 82 % des Français estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage et la plupart refusent de les exonérer de leur part de responsabilité, au prétexte d'une maladie ou d'antécédents familiaux difficiles. Cette faible indulgence est plus marquée pour les consommateurs de cocaïne que pour ceux d'héroïne ou pour ceux qui consomment de grandes quantités d'alcool.

Interrogés dans le cadre d'une enquête européenne, plus de 9 jeunes

Français sur 10 considèrent que la consommation de cocaïne peut entraîner des risques sanitaires moyens ou élevés et sont favorables à son interdiction.

Du côté des professionnels de santé, spécialisés ou non dans le champ des drogues, deux profils de consommateurs sont classiquement évoqués : d'une part, les usagers de cocaïne « hyper insérés » et, de l'autre, ceux de crack et les poly-usagers, très précaires. Cette représentation dualiste ignore les consommateurs insérés qui peuvent aussi présenter des usages problématiques. Établies sur leurs connaissances en matière d'opiacés, les représentations de ces soignants à propos de la cocaïne sont parfois biaisées et peuvent minorer les dangers du produit.

Du point de vue des usagers, ces professionnels connaissent encore mal ce produit et ses effets et prennent peu en considération leurs demandes liées à la cocaïne, contrairement à celles relatives aux opiacés. Les usagers se sentent incompris des professionnels de santé et abordent peu leur consommation de cocaïne avec eux, l'absence d'échanges étant renforcée par la minimisation, voire la négation chez ces usagers des difficultés liées à cette consommation.

Dans leur rapport à la cocaïne, les usagers gardent une image positive de drogue festive, peu dangereuse et facile

à contrôler. Ils louent son côté stimulant, convivial et relativement inoffensif ; elle leur procure une sensation de confiance et de performance. Mais cette opinion positive est plus nuancée avec l'intensification de la consommation, le passage au free base ou à l'injection, vécus comme un début de perte de contrôle sur le produit. Le crack garde quant à lui une image sombre.

Dans les médias, la cocaïne fait l'objet de nombreux articles et reportages depuis une dizaine d'années. Alors que les professions intellectuelles supérieures, dont font partie les journalistes, sont relativement plus consommatrices de la substance, celle-ci semble provoquer à la fois une fascination et un profond rejet, selon qu'elle se présente sous sa forme poudre ou basée. Elle autorise un traitement binaire, à la fois diabolisant et glamour.

Les sujets en lien avec les trafics de cocaïne sont plus souvent abordés que le volet sanitaire, délégué à des médecins spécialistes, qui détaillent les risques et conséquences liés à l'usage. Les données de niveau d'usage, censées objectiver le propos, viennent parfois servir la dramatisation. Tout comme les témoignages de consommateurs, avec la particularité pour la cocaïne de concerner des vedettes, dont on fait le récit des dérives avant de recueillir, éventuellement, leur mea culpa.

Si l'approche dans les sujets est commune, la sémantique l'est aussi : les termes catastrophistes, se multipliant, tout comme les jeux de mots dénotant une certaine proximité avec le produit et ses usagers, notamment dans la presse jeune et urbaine.

Mais concernant le crack, les termes se font très négatifs et s'accompagnent d'images de déchéance et de marginalité... Le cracker a peu à peu remplacé l'héroïnomane des années 1990 pour incarner la figure du toxicomane.

Au final, la cocaïne bénéficie d'une représentation plutôt positive, mais certains signes laissent néanmoins penser que celle-ci pourrait évoluer. D'un côté, quelques manifestations d'une détérioration de l'image de la cocaïne ont été observées auprès des usagers, dont les plus expérimentés ressentent les effets délétères, avec un rapport qualité/prix jugé de moins en moins bon. De l'autre, certains magazines branchés commencent à démystifier la cocaïne. Un tel retournement avait déjà eu lieu par le passé. Ainsi, dans les années 1930, après avoir suscité l'engouement de certains milieux artistiques et de la nuit, la cocaïne avait connu une baisse de popularité.