

# RAPPORTS

## LA COCAÏNE : UN MARCHÉ EN ESSOR ÉVOLUTIONS ET TENDANCES EN FRANCE (2000-2022)

# SOMMAIRE

---

<b>Contributions et remerciements</b>	<b>4</b>
<b>Synthèse</b>	<b>4</b>
<b>La cocaïne : chiffres-clés</b>	<b>6</b>
<i>Une offre en essor continu</i>	<b>6</b>
<i>Une diffusion élargie en France</i>	<b>7</b>
<i>Des conséquences sanitaires aiguës</i>	<b>8</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>Une offre en essor continu et en voie de diversification</b>	<b>12</b>
<b><i>Plus disponible et plus pure : la cocaïne, offre et marché(s)</i></b>	<b>12</b>
Une production mondiale de cocaïne en hausse	12
Croissance du marché de la cocaïne	13
Une offre de plus en plus présente en Europe	13
En France, un changement d'échelle dans l'offre de cocaïne	14
Des prix en baisse, une accessibilité en hausse	15
Des produits de plus en plus concentrés	16
<b><i>Le trafic de cocaïne : routes et flux</i></b>	<b>17</b>
La prédominance du vecteur maritime dans les flux internationaux	17
Montée en charge des saisies de cocaïne dans les ports commerciaux en Europe	18
Restructurations du trafic de cocaïne pendant la décennie 2010	20
Démultiplication des routes d'approvisionnement vers le marché européen	20
Une forme de trafic spécifique à la cocaïne : la « filière guyanaise » des mules	21
Un marché fortement concurrentiel	23
<b><i>Des modes de trafics multiples et en adaptation permanente</i></b>	<b>23</b>
Des stratégies de vente renouvelées	23
Des modalités d'approvisionnement plurielles	24
Le rôle croissant des femmes dans le trafic de cocaïne	25
Focus sur le marché du crack en Île-de-France	26
<b>Diffusion du produit et diversification des profils d'usagers</b>	<b>27</b>
<b><i>Une dynamique de diffusion marquée</i></b>	<b>27</b>
Progression de la consommation de cocaïne au niveau international	27
L'élargissement de la diffusion de cocaïne parmi les adultes	27
Vers une installation de la consommation de cocaïne en France ?	29
Une hausse de la consommation qui s'inscrit dans une dynamique européenne	30
L'usage de crack et de cocaïne basée, une pratique rare mais de plus en plus visible	31

---

<b><i>Diversification sociale des usagers de cocaïne</i></b>	<b>33</b>
Une diversification sociale croissante des profils d'usagers	33
Une pratique qui touche tous les secteurs professionnels	34
La féminisation de la consommation	34
Vers une homogénéisation territoriale de la diffusion de cocaïne	34
Diversification des profils d'usage et des modes d'administration du produit	35
Développement de l'usage de cocaïne en association avec d'autres produits	36
<b><i>Un changement d'image de la cocaïne ?</i></b>	<b>36</b>
Une notoriété croissante du produit	36
Une évolution de la perception des usagers de cocaïne	37
Une perception de la dangerosité en évolution	37
<b>Des signaux d'alerte aigus</b>	<b>38</b>
<b><i>Des indicateurs sanitaires préoccupants</i></b>	<b>38</b>
Des risques sanitaires associés à l'usage de cocaïne désormais bien connus	38
Recours aux urgences en lien avec l'usage de cocaïne	39
Des signaux d'addictovigilance convergents	41
<b><i>Une demande de prise en charge sanitaire en hausse</i></b>	<b>44</b>
Montée en charge des demandes de soins au titre de la cocaïne	44
Des profils spécifiques parmi les demandeurs de soins	46
<b>Conclusion</b>	<b>47</b>
<b>Annexes</b>	<b>48</b>
<b><i>Annexe 1. Méthode et sources mobilisées</i></b>	<b>49</b>
<b><i>Annexe 2. Statut légal de la cocaïne et historique de son classement comme stupéfiant</i></b>	<b>54</b>
<b><i>Annexe 3. Glossaire</i></b>	<b>56</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>58</b>

# CONTRIBUTIONS ET REMERCIEMENTS

## Contributions

Ce *Théma* est un travail collectif de l'OFDT réalisé sous la direction d'Ivana Obradovic, en lien avec différents partenaires du groupement d'intérêt public.

Pour citer ce *Théma* : OFDT (2023). La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022), Paris, OFDT, 65 p.

**Auteurs** : Alex Brissot, Sabrina Cherki, Michel Gandilhon, Clément Gérome, Éric Janssen, Olivier Le Nézet, Anna Ndiaye-Delepoulle, Ivana Obradovic.

### Contributeurs partenaires :

- Réseau d'addictovigilance : Dr Céline Eiden (suppléante du CEIP-Addictovigilance Occitanie Est, rapporteur de l'enquête nationale cocaïne pour l'ANSM), Pr Hélène Peyrière, directrice du CEIP-Addictovigilance Occitanie Est, Pr Joëlle Micallef (directrice du CEIP-Addictovigilance PACA Corse, présidente du Réseau Français d'Addictovigilance) et le réseau des centres d'Addictovigilance
- Unité médico-judiciaire de l'Hôpital Hôtel Dieu à Paris : Dr Céline Deguette, Dr Marc Liautard, Dr Nicolas Soussy, ainsi que le Dr Laurène Dufayet (Centre Anti Poison de Paris, Hôpital Fernand-Widal, Paris, Faculté de Pharmacie, Unité INSERM 1144)
- Réseau Euro-DEN (European Drug Emergencies Network) : Bruno Mégarbane (AP-HP, Hôpital Lariboisière), Isabelle Giraudon (EMCDDA), Peter Heudtlass (EMCDDA), Paul Dargan (Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK).
- Santé publique France (SpF) : Dr Yves Gallien, Dr Bernadette Verrat, Dr Céline Caserio-Schönemann, Jérôme Guillevic, Dr Yann Le Strat.

**Conception graphique** : Frédérique Million

**Traduction** du schéma p. 11 : Anne de l'Éprevier

**Bibliographie** : Isabelle Michot.

**Exploitations secondaires de sources de données de l'OFDT** : Léo Bouthier (RECAP).

## Remerciements

### Pour l'accès aux données les plus récentes :

- Office anti-stupéfiants (OFAST) : Laurence Larhant (administratrice des douanes, cheffe du pôle stratégie).
- Service national de police scientifique (SNPS) : Bénédicte Santin.
- CEIP-Addictovigilance de Grenoble : Dr Nathalie Fouilhé Sam-Laï.
- Addiction Suisse : Frank Zobel

### Pour leurs conseils et leur relecture :

Laurent Laniel (EMCDDA), Stanislas Spilka et Julien Morel d'Arleux (OFDT).

## SYNTHÈSE

Dans un contexte d'essor de la production mondiale de cocaïne, ce *Théma* propose un état des lieux de la situation en France. Fondé sur l'ensemble des données disponibles à ce jour<sup>1</sup>, il retrace les évolutions observées en deux décennies, des années 2000 jusqu'en 2022, en couvrant trois aspects :

- l'essor des marchés de la cocaïne en Europe et en France ;
- la diffusion de la consommation de cocaïne – sous forme de poudre/sel chlorhydrate ou de crack/cocaïne basée/free base – et la diversification des usagers ;
- les enjeux sanitaires auxquels sont confrontés les pouvoirs publics en l'absence de traitement médicamenteux de la dépendance ou de substitution à la cocaïne.

Ce panorama revient également sur la question du crack et de la cocaïne dite « basée », dont la diffusion s'est élargie, avec une visibilité accrue en Île-de-France.

La circulation de cocaïne sur le territoire européen, en particulier en France, s'est amplifiée depuis les années 2010, à l'image du niveau record des quantités saisies. L'Europe est devenue un débouché et un noeud de transit de la cocaïne. Cette situation est liée à l'expansion de la production mondiale de cocaïne. Selon l'estimation de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC/ UNODC en anglais), la quantité de cocaïne produite dans le monde a doublé en l'espace de quelques années (entre 2014 et 2020) et atteint un pic de 1 982 tonnes en 2020 – deux fois plus qu'à la fin des années 1990. La production en Colombie, d'où provient la majorité de la cocaïne consommée en Europe, a, elle, quadruplé en dix ans pour atteindre 1 400 tonnes en 2021. L'essor de l'offre est allé de pair avec une plus forte accessibilité du produit en Europe et en France, à mesure que son prix de détail diminuait et que sa disponibilité progressait, renforcée par sa présence sur les réseaux sociaux et le développement des livraisons à domicile par les filières locales de trafic. La décennie 2010 a été marquée par plusieurs phénomènes qui expliquent la croissance de l'offre en Europe : la prolifération des canaux d'approvisionnement en cocaïne, la diversification des acteurs criminels et des modes opératoires du trafic, et le développement d'installations de production de cocaïne au sein même de l'espace européen.

Cette offre en expansion a favorisé la hausse de la consommation de cocaïne parmi les adultes et aggravé les conséquences sanitaires de cette consommation. Après le cannabis (209 millions de consommateurs à l'échelle mondiale), la cocaïne est le produit illicite le plus consommé et sa dynamique de diffusion s'est accélérée en 20 ans (près de 21,5 millions d'usagers au moins une fois dans l'année, contre 14 millions à la fin des années 1990). Au sein de l'Union européenne (UE), sa diffusion n'a cessé de progresser et concerne désormais 3,5 millions d'usagers dans l'année. La France est également concernée par ce phénomène : elle figure désormais dans le groupe des pays les plus consommateurs au sein de l'UE, avec 600 000 usagers (dans l'année), contre 5 millions pour le cannabis et 400 000 pour la MDMA/ecstasy. La consommation de cocaïne augmente depuis vingt ans parmi les adultes (après 25 ans), témoignant d'une installation dans les générations nées entre les années 1970 et les années 1990. Elle concerne une gamme de plus en plus large de classes d'âge et de milieux sociaux, ce qui se traduit aussi par la diversification des modes de consommation – sous forme sniffée (cocaïne-poudre), fumée/inhalée (cocaïne basée ou crack) ou injectée. Alors que les perceptions sociales tendent à minorer la dangerosité du produit, les signaux sanitaires relevés en France sont convergents : triplement des recours aux urgences pour un usage de cocaïne entre 2010 et 2022, montée en charge des hospitalisations et des demandes de traitement pour un usage de cocaïne.

Tandis que les indices d'aggravation des conséquences sanitaires liées à l'usage de cocaïne se multiplient dans l'UE et en France, les préoccupations des pouvoirs publics à cet égard deviennent de plus en plus prégnantes.

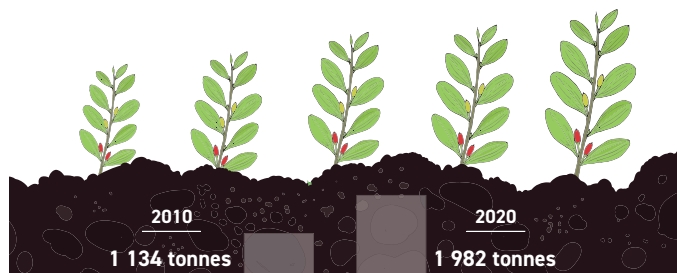
1. Pour un panorama complet des sources mobilisées, voir l'annexe 1 « Méthode et sources ».

# LA COCAÏNE : CHIFFRES-CLÉS

## Une offre en essor continu

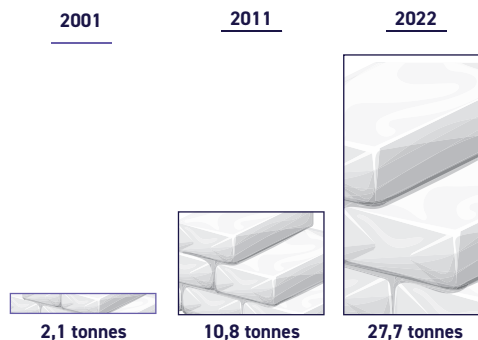
### Un niveau record de la production mondiale

Évolution de la production mondiale estimée de cocaïne



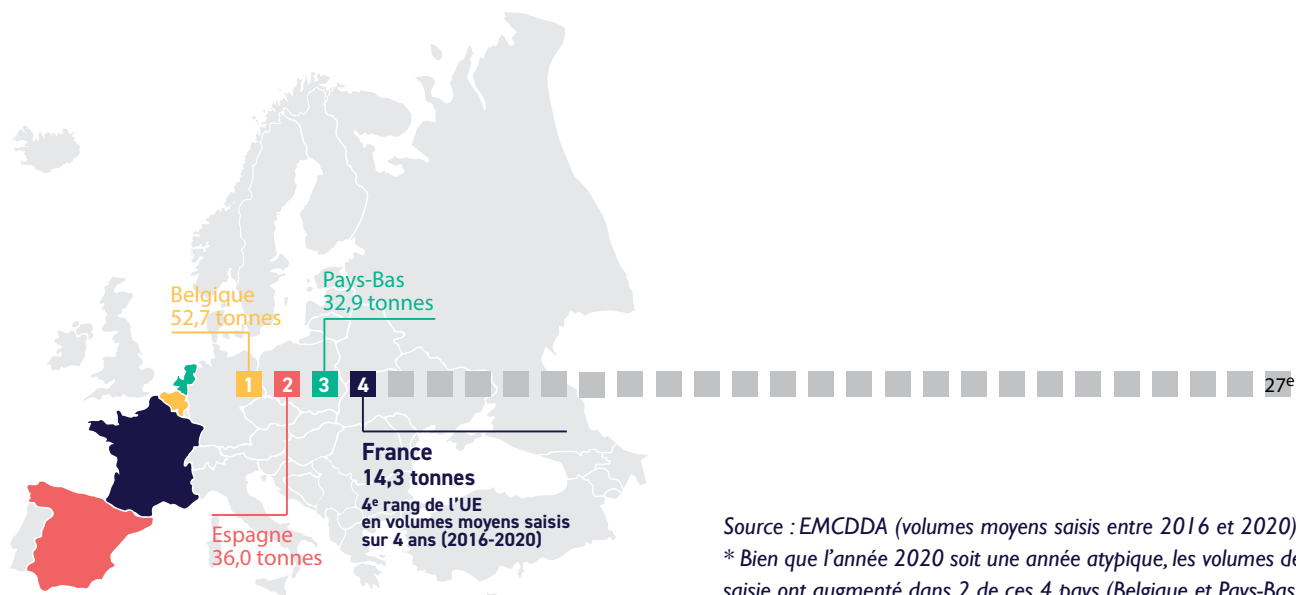
Source : ONUDC

### Volumes saisis en France



Source : OFAST

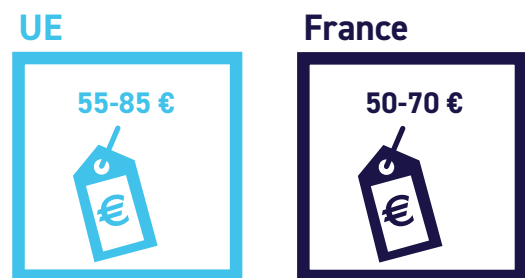
### La France au 4<sup>ème</sup> rang de l'UE en volumes moyens saisis sur 4 ans (2016-2020)\*



Source : EMCDDA (volumes moyens saisis entre 2016 et 2020)

\* Bien que l'année 2020 soit une année atypique, les volumes de saisie ont augmenté dans 2 de ces 4 pays (Belgique et Pays-Bas)

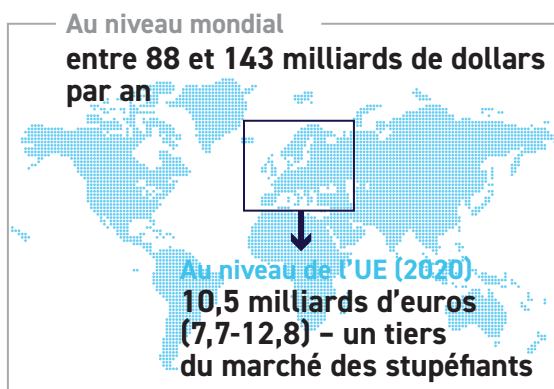
### Prix moyen au détail (euros/g)



Source : EMCDDA

Source : OFDT

### Valeur du marché de la cocaïne



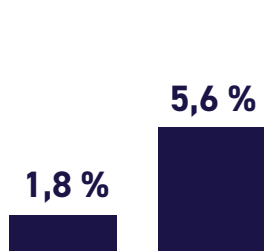
Sources : ONUDC et EMCDDA

## Une diffusion élargie en France

### Expérimentation

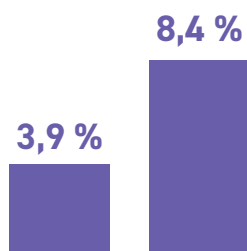
#### Parmi les adultes (18-64 ans)

2000      2017



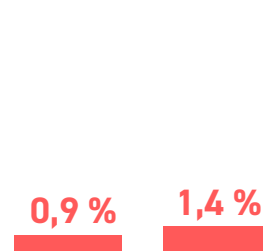
#### Focus sur les 26-44 ans

2000      2017



#### Parmi les adolescents (à 17 ans)

2000      2022

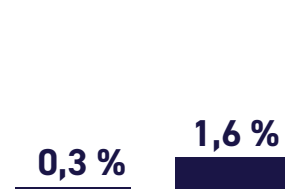


Sources : OFDT et SpF

### Usage dans l'année

#### Parmi les adultes (18-64 ans)

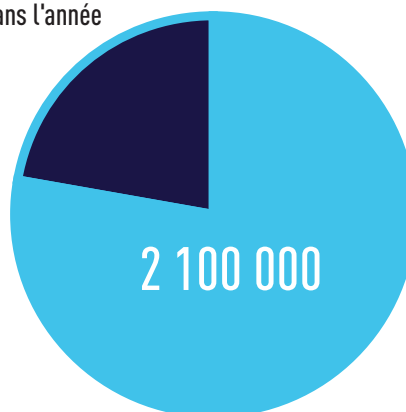
2000      2017



Sources : OFDT et SpF

### Estimation du nombre d'usagers de cocaïne parmi les 11-75 ans

Dont 600 000 usagers dans l'année

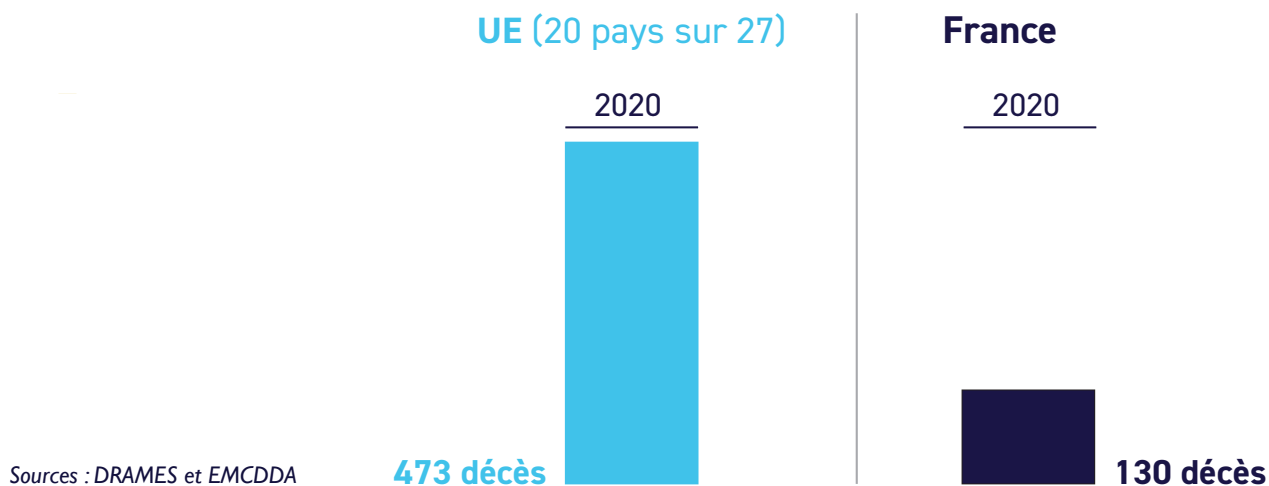


Expérimentateurs      Usagers dans l'année

Source : OFDT

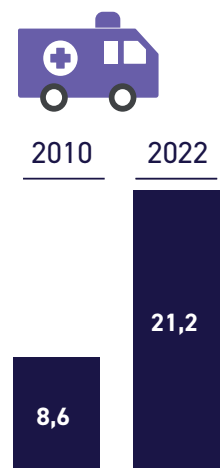
## Des conséquences sanitaires aiguës

### Décès directs en relation avec l'usage de cocaïne

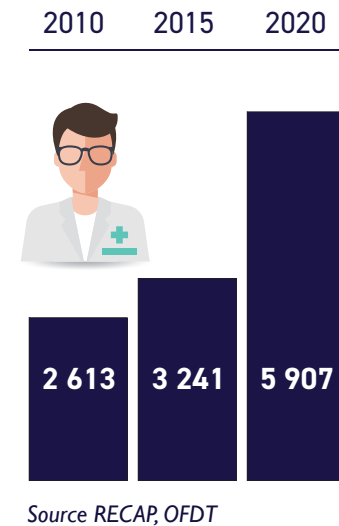


### Demandes de soins

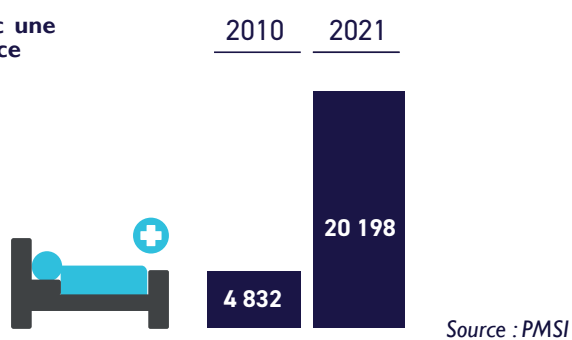
#### Taux de recours aux urgences pour un usage de cocaïne (pour 100 000 passages aux urgences)



#### Demandes de traitement au titre de la cocaïne au sein du dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA)



#### Séjours hospitaliers en lien avec une intoxication à la cocaïne en France





# INTRODUCTION

Produite quasi exclusivement en Colombie, en Bolivie et au Pérou et acheminée par différentes voies, la cocaïne (voir encadré p. 10-11) est consommée, en 2020, par 21,5 millions de personnes dans le monde, malgré son statut illicite (UNODC, 2023a). L'Europe représente le deuxième marché de consommation, avec 5,2 millions d'usagers dans l'année, derrière l'Amérique du Nord (UNODC, 2022c). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (en anglais : *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA) estime, quant à lui, le nombre de consommateurs à 3,5 millions au sein de l'Union européenne (UE-27)<sup>2</sup> (EMCDDA et Europol, 2022). En France, il s'agit de la deuxième drogue illicite la plus consommée, après le cannabis qui compte dix fois plus d'usagers dans l'année (600 000 usagers vs 5 millions selon l'enquête la plus récente, en 2017) (OFDT, 2022). Au cours des années 2010, la France a rejoint le groupe des pays les plus consommateurs au sein de l'Union européenne, en particulier parmi les jeunes adultes<sup>3</sup>. Ces évolutions soulignent la nécessité d'un état des lieux de la situation de la cocaïne en France, sur la base des données disponibles, afin d'appréhender l'ampleur du phénomène et ses évolutions.

Si l'usage de cocaïne en Europe reste un phénomène relativement circonscrit, l'amplification des expérimentations et des usages dans l'année depuis 2000 constitue un point de vigilance. L'expansion du phénomène s'explique par la dynamique de l'offre : au fil de la hausse de la production mondiale, qui a encore atteint un niveau record en 2021, la cocaïne est devenue, en vingt ans, plus disponible, plus accessible et plus pure (Eventon et Bewley-Taylor, 2016). De ce fait, certains pays européens enregistrent une hausse de la consommation et de la mortalité liée à la cocaïne et suivent avec attention les tendances en cours outre-Atlantique, où la problématique de la cocaïne constitue une préoccupation saillante : l'*Office of National Drug Control Policy* (ONDCP) s'alarme de la mortalité croissante liée à la cocaïne aux États-Unis (24 500 décès par surdose en 2021<sup>4</sup>, soit un décès sur cinq par surdose de drogues illicites, souvent en association avec le fentanyl), difficile à contenir dans un contexte de diffusion élargie du produit<sup>5</sup>.

Pour endiguer l'expansion de l'offre, les autorités publiques recourent à des politiques diverses selon les pays. Dans les zones de production, par exemple, certains États mènent des politiques alternatives pour la contrôler, comme en Bolivie où la culture de coca a été légalisée (Grisaffi, 2019, 2022). En avril 2022, le gouvernement péruvien a annoncé son projet d'acheter l'intégralité de la récolte de feuilles de coca des producteurs clandestins, afin de combattre le trafic plus efficacement. D'autres États latino-américains vont jusqu'à envisager une légalisation de la cocaïne, à l'image du président colombien nouvellement élu, Gustavo Petro, à la tribune de l'ONU le 20 septembre 2022. En Europe, en dépit du contrôle des flux (notamment dans les ports commerciaux) et de l'augmentation des saisies, les pouvoirs publics peinent à endiguer la forte disponibilité du produit et s'inquiètent de la montée des violences associées au trafic de cocaïne, illustrée par les récents meurtres, menaces et intimidations perpétrés sur des personnalités politiques et des journalistes d'investigation en Belgique et aux Pays-Bas.

Cet état des lieux sur la cocaïne et ses produits dérivés (notamment le crack et la cocaïne basée, consommés sous forme fumée/inhalée) décrit la situation en termes d'offre, d'usage et de conséquences sanitaires, afin de retracer les évolutions en mobilisant un large ensemble de données, produites des années 1990 jusqu'en 2022. L'analyse prend en compte les sources statistiques ministérielles (par exemple les saisies), les indicateurs sanitaires (demandes de traitement) et de mortalité, ainsi que l'ensemble des dispositifs d'information propres de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) (voir annexe 1). À cet égard, ce *Théma* présente

2. Cet écart s'explique par les différences entre UNODC et EMCDDA dans la désignation des zones d'observation (« l'Europe » de l'UNODC couvrant un plus grand nombre de pays que la seule Union Européenne) et dans la méthode de calcul pour estimer le nombre de consommateurs.

3. Chez les 15-34 ans, pour l'usage dans l'année de cocaïne, en incluant le Royaume-Uni, la France est 6ème avec l'Espagne (EMCDDA, 2022a).

4. Source : *Centers for Disease Control and Prevention*.

5. Selon l'enquête épidémiologique régulière menée aux États-Unis ([National Survey on Drug Use and Health](#)), la part d'expérimentateurs de cocaïne et d'usagers de cocaïne dans le dernier mois a augmenté entre le début des années 2010 et 2021, avec une hausse concentrée au début de la décennie (dans une population de référence interrogée à partir de 12 ans). Au cours des années 2010, l'expérimentation de cocaïne a augmenté parmi les adolescents (Schneider *et al.*, 2018).

également des données récentes issues des enquêtes de l'OFDT, par exemple sur les niveaux de consommation de cocaïne parmi les adolescents (enquête ESCAPAD 2022), sur l'approvisionnement des consommateurs occasionnels de cocaïne (enquête en ligne menée en 2021) ou sur les recours aux soins liés à la cocaïne (données RECAP 2020). Il propose également une carte actualisée des routes du trafic de cocaïne. La confrontation de l'ensemble de ces sources, malgré leurs limites et leurs biais, offre une synthèse actualisée du phénomène, croisant l'analyse du marché de la cocaïne et les enjeux auxquels sont confrontés les pouvoirs publics en France.

## Présentation générale de la cocaïne et de ses dérivés : pharmacologie et effets recherchés, aspects, modes de consommation, désignations.

### Propriétés de la cocaïne et effets recherchés par les usagers

La cocaïne et ses dérivés produisent un effet psychomoteur stimulant du système nerveux central, similaire à celui produit par l'amphétamine et les composés apparentés. Elle agit sur les systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques, et également en tant qu'agent anesthésique. Comme l'amphétamine, elle induit de l'euphorie, une tachycardie, une hypertension, ainsi qu'une suppression de l'appétit. La cocaïne possède un effet de renforcement positif important, induisant une rapide dépendance psychologique, effet encore plus marqué chez les personnes qui fument/inhalent de la cocaïne basée.

Les effets le plus souvent recherchés par les usagers tiennent à l'action stimulante de la cocaïne sur les plans physique et mental : atténuation de la faim, de la fatigue et du besoin de sommeil, surcroît d'énergie, sens et sensations exacerbés (en particulier l'ouïe, la vue et le toucher), exaltation des pulsions sexuelles. Bien que la cocaïne soit un stimulant, certaines personnes rapportent des effets apaisants (en termes de confiance en soi, de maîtrise des émotions et de désinhibition sociale). La cocaïne peut également procurer une sensation d'euphorie (un « high »). Les sensations induites par la prise de cocaïne dépendent de divers facteurs : la quantité absorbée ; la fréquence de consommation et la durée d'utilisation ; la méthode d'absorption (par injection ou par voie orale, par exemple) ; l'âge ; les antécédents médicaux (dont ceux pour raisons psychiatriques) ; la consommation concomitante d'alcool, d'autres drogues (illégal, sur ordonnance, en vente libre ou à base de plantes) ou de médicaments.

L'usage de coca est une pratique millénaire en Amérique du Sud, où les habitants de diverses régions andino-amazoniennes mâchaient les feuilles de coca à des fins thérapeutiques et divinatoires (ou religieuses). En Europe et en Amérique du Nord, la cocaïne est consommée sous deux formes principales : chlorhydrate (poudre) et « base » (forme solide, aussi appelée crack ou « free base »), qui correspondent à des procédés de fabrication différents. Dans d'autres pays, par exemple d'Amérique du Sud, elle est aussi consommée sous forme de cocaïne base ou de pâte de cocaïne (pasta base).

### Production

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est un alcaloïde extrait de la feuille de coca, qui provient d'un arbuste appelé cocaïer (*Erythroxylum*). Cette plante tropicale est cultivée à grande échelle, principalement dans trois pays andins (Bolivie, Colombie, Pérou), souvent en altitude (entre 700 et 2 000 mètres). Elle se distingue par une forte résistance aux aléas climatiques.

La fabrication de cocaïne à partir de la feuille de coca repose sur une série d'opérations chimiques permettant d'obtenir différentes formes de consommation (voir schéma ci-dessous) : poudre, crack ou cocaïne basée/free base (Casale et Klein, 1993 ; Delpirou et Mackenzie, 2000). À noter que le produit vendu sous le nom de crack au Brésil est fabriqué à base de pâte de coca ou de cocaïne base et ne correspond pas à ce qui est appelé crack en Europe (UNODC, 2021).

La cocaïne sous forme chlorhydrate peut encore être modifiée par dissolution dans de l'eau et adjonction d'un agent alcalin (bicarbonate de soude ou ammoniac) : on parle alors de cocaïne « basée », de « crack » ou de « free base ». Pour obtenir ce produit de consommation, il est nécessaire de « cuisiner » la cocaïne en poudre, afin de la transformer en « free base » : après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniac, le mélange est chauffé jusqu'à la cristallisation et l'obtention d'un « caillou » destiné à être fumé (ou, plus rarement, injecté). Fumée, la cocaïne gagne très rapidement le cerveau, induisant des effets brefs mais puissants. Au « flash » durant quelques minutes, associé à une sensation d'euphorie, succède la « descente » qui va de pair avec des sensations d'angoisse, d'irritabilité ou d'anxiété. Ces effets fugaces expliquent l'envie irrésistible de renouveler la prise (*craving*), celle-ci s'installant à mesure que la consommation se fait plus régulière. Contrairement aux opioïdes et à l'alcool, le problème majeur causé par la cocaïne (chlorhydrate ou basée) est la dépendance psychique, même s'il existe aussi un risque de dépendance physique lorsque la cocaïne est consommée sous forme basée, avec des symptômes de manque (troubles du sommeil, vomissements, diarrhées).

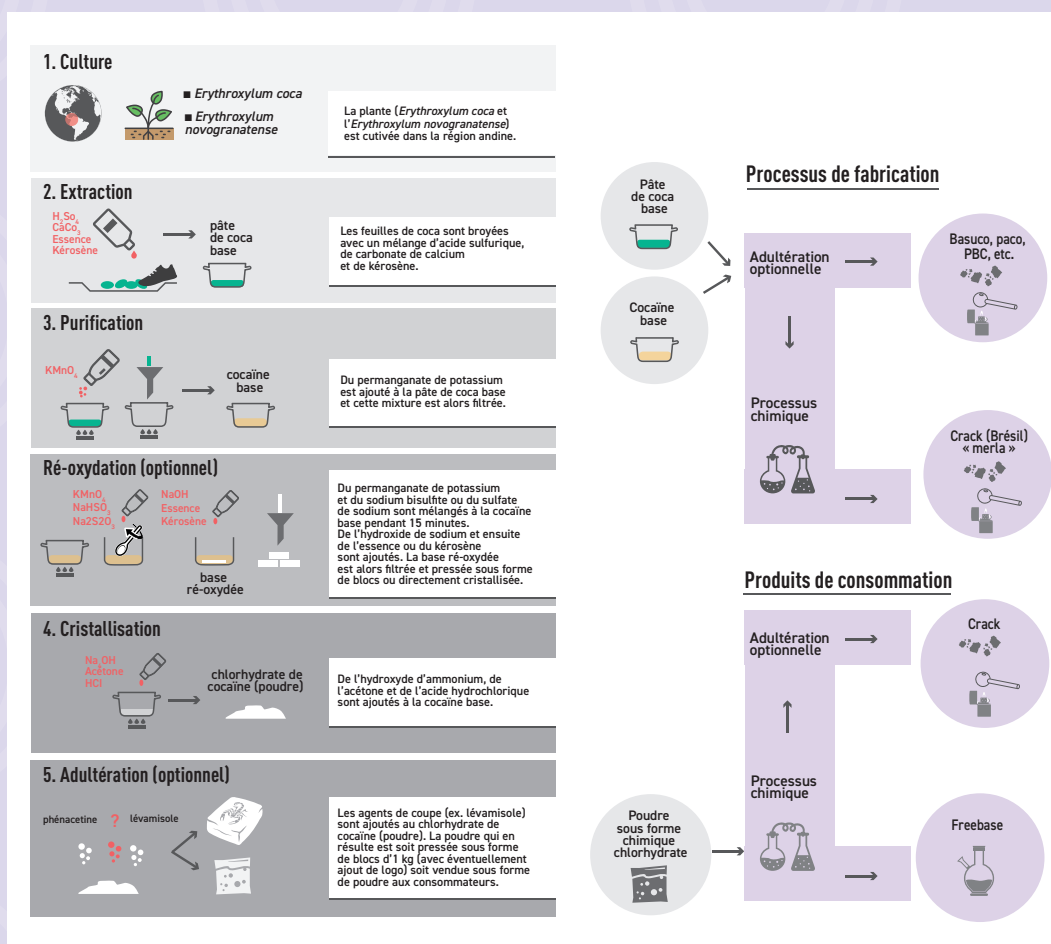
## Modes de consommation et désignations des produits à base de cocaïne

La cocaïne est consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), pulmonaire (inhalation des vapeurs dégagées par la combustion) ou intraveineuse (injection). Lorsqu'elle est sniffée, la cocaïne est désignée par les usagers sous différentes appellations : « rails » (environ 0,1 gramme de poudre de cocaïne disposée en lignes), « lignes » ou « traits ».

Les « noms de rue » de la cocaïne sont très nombreux. Par exemple, la cocaïne sous forme chlorhydrate répond à des désignations plus ou moins courantes selon les pays : poudre, coke, coco, CC, C, zipette, blanche, Caroline, neige, cesse, chnouf(fe), white, farine, snow, sauce, *baida* (en arabe), *perico* (notamment en Colombie et au Mexique), pou, poudre, sniff, *chicken* ou *CocoBat* (au Québec), avec parfois une certaine sophistication dans la présentation du produit : *powder diamonds* (« diamant(s) en poudre » ou « poudre de diamant(s) », « poudre parsemée de diamants »), « neige de Floride », « flocons de joie » ou « poussière de paradis » aux États-Unis.

En France, les termes utilisés varient selon le contexte de consommation : lorsque ce produit est vendu déjà préparé, on parle de « crack », qui se présente sous la forme d'une « galette » (de 50 mg à 200 mg) ou de « cailloux » (4 à 6 par galette) ; en revanche, lorsque le produit est fabriqué directement par l'utilisateur, on parle de « free base ». La forme cocaïne basée/free base est consommée principalement par voie fumée, soit directement à l'aide de pipes (le cas le plus fréquent), soit dans une cigarette contenant du tabac ou du cannabis (« clope à la coke », « black joint »). Le terme de crack fait d'ailleurs référence au son que produit le caillou de crack lorsqu'il est chauffé pour être inhalé. Les effets de la cocaïne base sont alors beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate sniffé : leur apparition est plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est plus brève (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à renouveler et à multiplier les prises. Toutefois, le chlorhydrate et la cocaïne basée peuvent tous deux être injectés.

Schéma 1. Processus de production de la cocaïne et de ses dérivés



Source : EMCDDA (traduction OFDT)

# UNE OFFRE EN ESSOR CONTINU ET EN VOIE DE DIVERSIFICATION

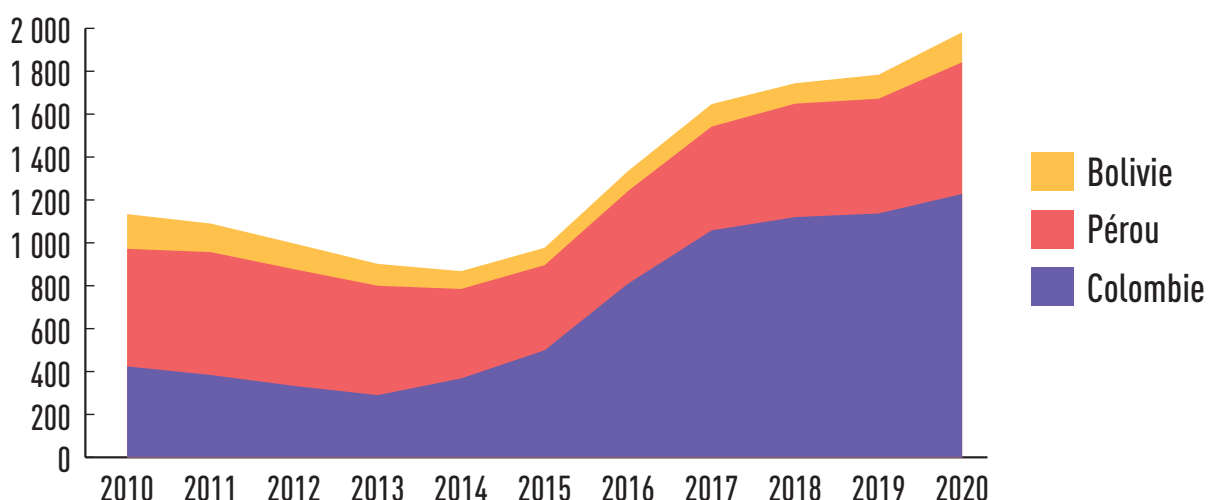
## Plus disponible et plus pure : la cocaïne, offre et marché(s)

### Une production mondiale de cocaïne en hausse

La cocaïne apparaît comme une « drogue globale » (Gootenberg, 1999, 2003), c'est-à-dire qu'il s'agit d'une « marchandise internationale » (*commodity*), dont la production – principalement localisée en Amérique latine, quoique s'internationalisant depuis quelques années (EMCDDA et Europol, 2022) – alimente un marché mondial de consommation (Gootenberg, 2004 ; Gootenberg et Van Ruymbeke, 2014). Sur une surface totale de 234 200 hectares de coca cultivés en 2020, la Colombie concentre 143 000 hectares de cultures (61 %), deux fois plus que le Pérou (près de 62 000 hectares) et cinq fois plus que la Bolivie (plus de 29 000 hectares) (ONDCP, 2020 ; UNODC et SIMCI, 2021 ; UNODC, 2022a, c). En 2021, les surfaces cultivées en Colombie étaient encore supérieures, estimées par l'ONUDC (UNODC pour l'acronyme en anglais) à 204 000 hectares, deux fois plus qu'en 2015 (96 000 hectares). Plus récemment, d'autres pays auraient développé des cultures de coca, sans que leur niveau de production puisse être précisément évalué : Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama et Venezuela. De ce fait, alors que l'ONUDC évaluait la production mondiale de cocaïne à près de 1 000 tonnes par an à la fin des années 1990, elle a atteint en 2020 un pic historique de 1 982 tonnes – presque deux fois plus. La croissance de la production mondiale s'est particulièrement accélérée depuis 2014 (voir graphique 1).

Ainsi, la seule production colombienne de chlorhydrate de cocaïne, principale source du marché européen, a plus que triplé en une dizaine d'années, passant de 424 tonnes estimées en 2010 à 1 400 tonnes en 2021 (voir graphique 1). Selon l'ONUDC, la valeur marchande de la production de cocaïne dans ce pays représenterait 2,7 milliards d'euros et serait le troisième poste d'exportation du pays (UNODC, 2022c). Dans les années récentes (2019-2020), le Pérou et la Bolivie ont également vu leur niveau de production progresser de 15 % et 25 % par an (respectivement).

Graphique I. Évolution de la production mondiale estimée de cocaïne, par pays, en tonnes (2010-2020)



Source : ONUDC

La hausse de la production mondiale de cocaïne s'explique par trois facteurs. D'abord, la capacité d'augmenter les superficies cultivées de coca. Ensuite, la hausse des rendements, favorisée par l'évolution des techniques agricoles et des modes de production plus efficaces de la cocaïne, notamment en Colombie. Enfin, les incitations à produire, liées à la forte rentabilité de l'économie de la cocaïne, dont les coûts de production sont relativement bas assurant un taux de profit élevé.

### Croissance du marché de la cocaïne

Si les marchés des stupéfiants sont, par nature, difficiles à appréhender du fait de leur caractère illicite, le marché de la cocaïne est estimé entre 88 et 143 milliards de dollars par an dans le monde – selon les estimations croisées de l'ONUDDC et de think tanks spécialisés (GFI, 2017).

Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol, le marché de la cocaïne dans l'Union européenne (UE) apparaît comme « vaste et en expansion » : en 2020, il était estimé à 10,5 milliards d'euros (fourchette de 7,7 à 12,8 milliards), soit un tiers du marché des drogues illicites en Europe (hors Royaume-Uni) (EMCDDA et Europol, 2022). Selon l'estimation précédente, en 2013, le marché de la cocaïne était évalué à 5,7 milliards d'euros (EMCDDA, 2019). Selon l'EMCDDA, au cours des années 2010, le marché de la cocaïne aurait dépassé celui de l'héroïne. La croissance du marché européen est favorisée par deux phénomènes conjoints : l'augmentation de la production en Amérique du Sud, mais aussi la collaboration étroite entre organisations criminelles européennes et internationales (EMCDDA et Europol, 2022).

L'Europe constitue aujourd'hui un des principaux marchés de destination de la cocaïne. La France, en particulier, est directement affectée par l'offre colombienne par le biais de ses régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane), qui sont également des zones de transit vers le marché hexagonal et européen. La production d'origine sud-américaine vise cependant de nouveaux marchés relevant de nouvelles zones géographiques (en Afrique, en Asie et en Océanie) (UNODC, 2022c).

En France, selon une estimation non publiée (rapport à diffusion restreinte), le chiffre d'affaires de la cocaïne avoisinait 1,7 milliard d'euros en 2017 (Ben Lakhdar et Massin, 2021), contre 902,3 millions d'euros en 2010 (Ben Lakhdar *et al.*, 2016). Cette dernière estimation situe le chiffre d'affaires de la cocaïne dans une fourchette comprise entre 0,936 et 2,4 milliards d'euros, rehaussée entre 1,1 et 2,65 milliards d'euros si on inclut le crack. En France, la cocaïne constitue le deuxième marché après le cannabis. Le marché de la cocaïne aurait doublé en France au cours de la seconde moitié des années 2000, à la fois en volume (passant de 8,3 tonnes consommées en 2005 à 15 tonnes en 2010) et en valeur (de 488 millions d'euros en 2005 à 902 millions en 2010), avant de continuer à progresser (26 tonnes en 2017).

### Une offre de plus en plus présente en Europe

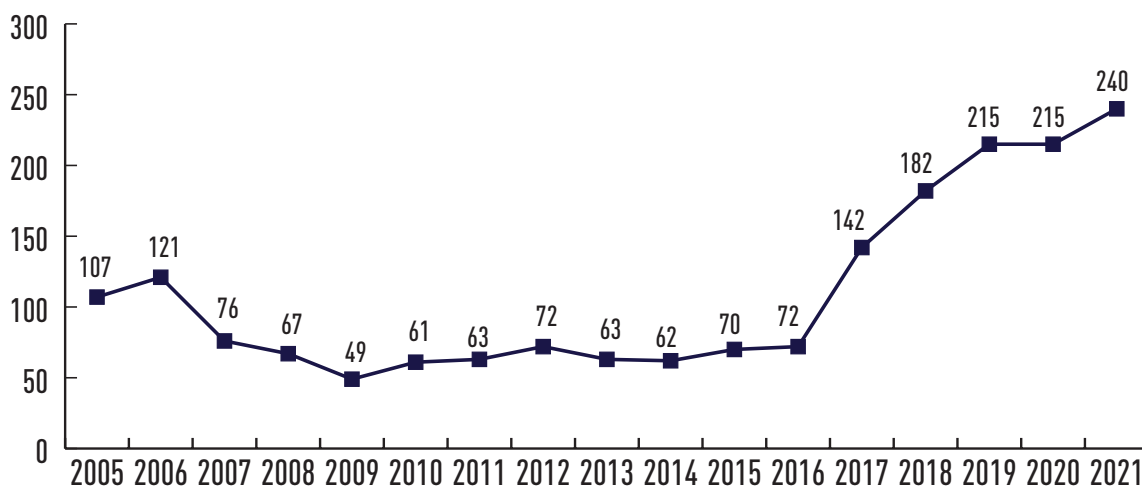
À l'échelle mondiale, et plus particulièrement en Europe, les indicateurs relatifs aux saisies, en nombre et en quantité, convergent, témoignant d'une offre de cocaïne de plus en plus présente. La quantité de cocaïne saisie à travers le monde a augmenté au cours de la période récente, avoisinant 2 000 tonnes en 2021, la quantité la plus importante jamais enregistrée (UNODC, 2023a). On observe la même tendance au sein de l'UE (+ Turquie + Norvège) (voir graphique 2) : en 2021, pour la cinquième année consécutive, des quantités record de cocaïne y ont été saisies (240 tonnes). L'accélération est particulièrement nette depuis 2016 (EMCDDA et Europol, 2022).

Si l'essentiel des saisies mondiales sont réalisées sur un continent, en Amérique du Nord (12 %) et du Sud (61 %), les quantités interceptées en Europe ne cessent d'augmenter depuis 2014 (voir graphique 2), atteignant désormais 15 % de la quantité totale des saisies dans le monde (UNODC, 2022c). En 2020, trois quarts des volumes ont été saisis en Belgique (70 tonnes), aux Pays-Bas (49 tonnes) et en Espagne (38 tonnes), qui apparaissent comme les trois principales portes d'entrée de la cocaïne en Europe (EMCDDA et Europol, 2022).



L'EMCDDA relève la part croissante de la cocaïne dans le marché des drogues en Europe, ainsi qu'une restructuration des pôles de transit de la cocaïne commercialisée sur le marché européen. Ainsi, l'Espagne, longtemps en tête en Europe, est désormais devancée, en volumes de saisie de cocaïne, par la Belgique et les Pays-Bas. Dans ces trois pays, l'existence de laboratoires clandestins de transformation de cocaïne apparaît comme un phénomène émergent (EMCDDA et Europol, 2022).

**Graphique 2. Évolution des quantités de cocaïne saisies en Europe (UE + Norvège + Turquie), en tonnes (2005-2021)**



Source : EMCDDA

\*2021 : données provisoires

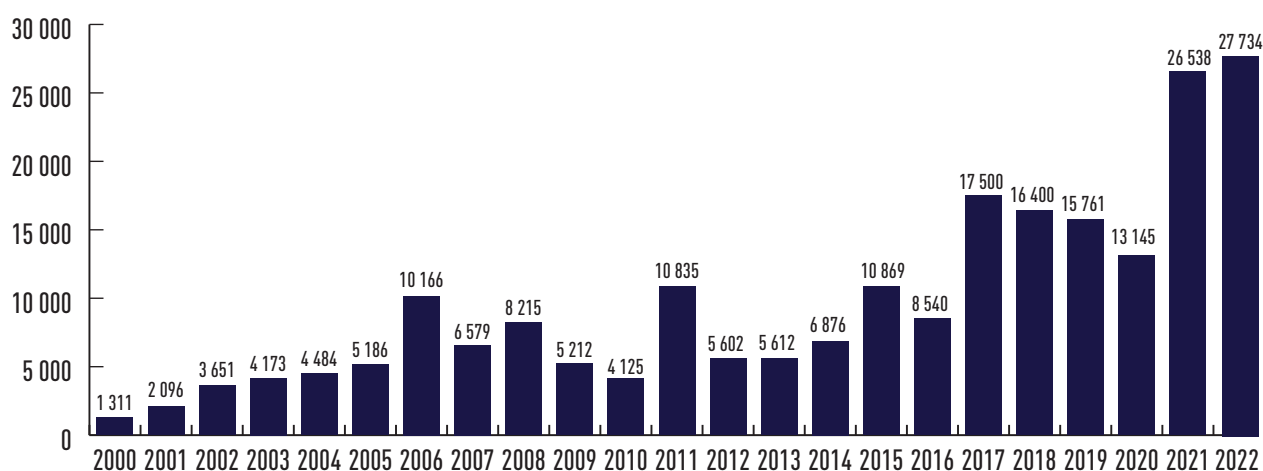
L'abondance de l'offre de cocaïne en Europe s'explique par divers facteurs. Outre l'essor de la production en Colombie, elle tient au dynamisme des réseaux de trafic et de distribution, comme en témoigne l'émergence d'installations de production sur le territoire de l'UE. Auparavant, les quelques laboratoires découverts en Europe étaient de petites installations d'« extraction secondaire » de cocaïne incorporée dans divers matériaux d'importation (vêtements, plastiques...). Désormais, l'activité de laboratoires clandestins de production de cocaïne est repérée notamment en Espagne, en Belgique et aux Pays-Bas : certains sont capables de produire plusieurs tonnes par mois (EMCDDA et Europol, 2022). Ainsi, en 2020, l'Espagne a déclaré avoir démantelé trois laboratoires de production de cocaïne. L'Europe apparaît donc comme une zone de consommation mais aussi de transit vers d'autres régions du monde, et également de production même si cette réalité est encore marginale (EMCDDA et Europol, 2022).

### En France, un changement d'échelle dans l'offre de cocaïne

À l'image des évolutions européennes, on constate en France un changement d'échelle dans l'offre disponible. Les quantités saisies ont été multipliées par 5 en 30 ans (voir graphique 3), passant de 1,8 tonne par an en moyenne dans les années 1990 (1991-2000) à plus de 11 tonnes dans les années 2010 (2011-2020). En 2022, les saisies de cocaïne ont atteint un nouveau record, avec 27,7 tonnes. Depuis 2020, la barre symbolique des 20 tonnes par an a été franchie. Les forces de l'ordre relèvent la part croissante de la cocaïne dans les saisies de stupéfiants<sup>6</sup>, en particulier dans les saisies douanières : 18,62 tonnes de cocaïne saisies sur le territoire national et en haute mer en 2021 (+ 105,5 % par rapport aux 9 tonnes de 2020), auxquelles s'ajoutent 10,9 tonnes à l'étranger sur renseignement de la douane française (DGDDI, 2022).

6. 13 % en 2021 contre moins de 8 % en 2017. En 2021, 13 235 saisies de cocaïne sur 105 176 saisies effectuées par les services de la police nationale, soit à son initiative, soit suite à la remise d'un autre service. En 2017, 12 140 sur 153 189 (Source : OFAST).

**Graphique 3. Évolution des saisies de cocaïne en France (en kg) (2000-2022)**



Sources : OCRTIS/OFAST, DCPJ, ministère de l'Intérieur

### Des prix en baisse, une accessibilité en hausse

En France, la forte disponibilité de la cocaïne dans la rue s'apprécie à l'aune des « petites saisies » (moins de 10 grammes), qui ont augmenté de plus de 60 % en cinq ans, passant de 5 190 en 2017 à 8 365 en 2021<sup>7</sup>. L'accessibilité de la cocaïne progresse du fait de la baisse des prix, en particulier depuis 2016 (Cadet-Taïrou *et al.*, 2017 ; Gérome, 2022). En France, le prix courant de la cocaïne est aujourd'hui estimé dans une fourchette comprise entre 50 et 70 € (2021) (Gérome, 2022), le prix le plus bas jamais enregistré. Ce prix aurait été divisé par 4,5 en 30 ans (en tenant compte de l'inflation), partant d'une fourchette de 1 200 à 1 500 francs le gramme en 1990 (Boekhout Van Solinge, 1996). La baisse est parfois encore plus nette selon le lieu de vente. Par ailleurs, les pratiques de fractionnement des unités de vente se sont généralisées : d'abord observées dans certains sites, elles concernent désormais les huit sites métropolitains du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT. Ces pratiques de fractionnement renforcent l'accessibilité de la cocaïne, permettant à des usagers peu aisés d'acheter des doses inférieures au gramme, au demi-gramme (30 à 40 €) ou en unité fractionnée pour 20 €, voire même 10 €.

Au-delà de la France, l'accessibilité financière de la cocaïne a progressé dans la plupart des pays européens. Au sein de l'UE, la cocaïne est devenue environ 40 % moins chère dans la période la plus récente, entre 2015 et 2020<sup>8</sup> (EMCDDA et Europol, 2022). En 2020, le prix moyen au détail de la cocaïne se situait entre 55 et 85 € le gramme au sein de l'UE, pour un prix de gros estimé entre 27 200 et 46 000 € le kilo (EMCDDA, 2022a). Si le prix au détail a légèrement augmenté sur 10 ans (entre 2010 et 2020), la teneur en principe actif des produits ayant fortement augmenté en parallèle (voir *infra*), le prix du gramme de cocaïne pur a fortement baissé (ratio prix-concentration) (EMCDDA, 2022a).

Cette accessibilité accrue s'explique par différents facteurs. Tout d'abord, la cocaïne apparaît comme un produit à forte marge de rentabilité, donnant lieu à une forte concurrence entre les vendeurs, qui explique aussi l'augmentation de la teneur en principe actif à prix constants. L'expansion du marché de la cocaïne s'explique aussi en partie par le changement de représentation du produit auprès des consommateurs, perçu comme « de meilleure qualité » (voir sous-section « Un changement d'image de la cocaïne ? », p. 36).

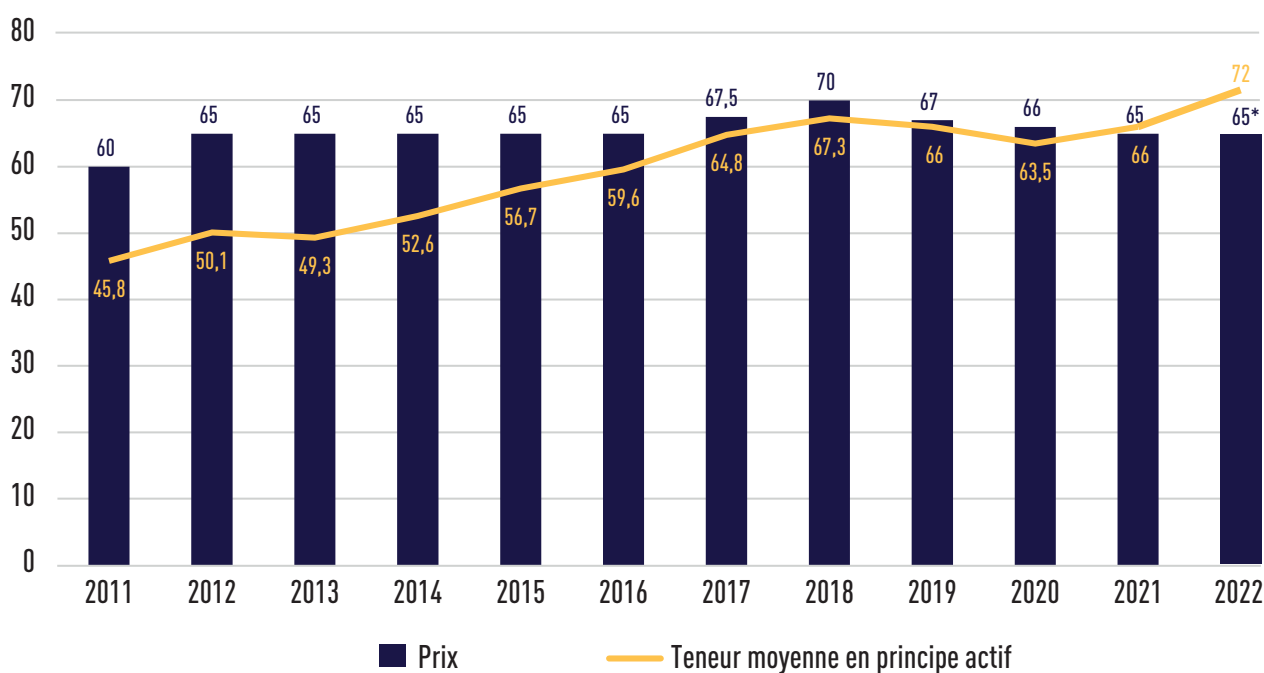
7. Saisies effectuées par les services de la police nationale, soit à son initiative, soit suite à la remise d'un autre service. Ce nombre ne comprend pas les amendes forfaitaires délictuelles ayant donné lieu à une saisie de cocaïne (Source : OFAST).

8. Estimation basée sur le coût d'un gramme de cocaïne pure, avant ajout des produits de coupe, vendu dans la rue au consommateur, en prenant en compte le coût de la vie dans son pays de résidence.

## Des produits de plus en plus concentrés

En France comme dans les États européens les plus consommateurs (Espagne, Royaume-Uni), les teneurs ont progressé en parallèle à la baisse du prix de la cocaïne (Cadet-Tairou *et al.*, 2014 ; Dujourdy *et al.*, 2010), si bien que le ratio « prix-pureté » s'est également notablement amélioré (voir graphique 4).

**Graphique 4. Évolution du prix courant (au détail) et de la teneur moyenne en principe actif de la cocaïne en France (2011-2022)**



Sources : INPS/SNPS, ministère de l'Intérieur ; TREND, OFDT (\* source OFAST pour 2022)

La teneur moyenne en principe actif de la cocaïne saisie en France a progressé par paliers depuis dix ans. Évaluée à 66 % en 2021 puis 72 % en 2022, la teneur moyenne en équivalent cocaïne base est la plus élevée depuis 2000 (voir graphique 4), selon les données partielles du SNPS (réalisées sur un nombre limité de saisies). Après un niveau plancher, observé en 2010-2011 (46 %), la teneur moyenne a régulièrement augmenté depuis.

Ces données sont corroborées par l'analyse des échantillons collectés via le dispositif Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES) de l'OFDT, même si ces données portent sur un nombre relativement faible d'échantillons collectés selon des motifs déterminés, sans garantie de représentativité. L'analyse des collectes de cocaïne sur 20 ans fait apparaître deux phénomènes. Tout d'abord, des teneurs très élevées : les échantillons collectés présentant une teneur en cocaïne supérieure à 90 % sont de plus en plus nombreux (2 sur 52 en 2016, 13 sur 72 en 2021) (Cherki, 2022 ; Detrez, 2020). L'année 2021 a été marquée par la prédominance des échantillons de cocaïne fortement dosée, la moitié d'entre eux offrant une teneur supérieure à 73 % (Cherki, 2022). Le second phénomène marquant concerne le recours de moins en moins fréquent aux produits de coupe : en 2021, 40 % des échantillons de cocaïne collectés via SINTES s'avéraient être de la cocaïne contenant très peu d'impuretés (n = 35) (Cherki, 2022). Depuis 2008, le dispositif SINTES relève une diminution du nombre de produits de coupe identifiés dans les cocaïnes saisies : si les poudres analysées peuvent contenir jusqu'à 5 produits de coupe différents, la plupart des



échantillons n'en contiennent qu'un ou deux (50 %) et 41 % n'en contiennent aucun (Detrez, 2020). Les adultérants habituels, tels que la caféine et l'hydroxyzine ou encore la lidocaïne, sont de moins en moins détectés. En revanche, le lévamisole<sup>9</sup>, adultérant antiparasitaire identifié pour la première fois dans les cocaïnes saisies en France en 2004, semble toujours assez présent : en 2021, il a été détecté dans 53 % des échantillons contenant au moins un produit de coupe, devant la phénacétine<sup>10</sup> (38 %) (Cherki, 2022), après un pic en 2019 où il était détecté dans 71 % des échantillons contenant au moins un produit de coupe (Detrez, 2020).

Cette hausse des teneurs en principe actif reflète un mouvement mondial : elle se retrouve en Europe comme aux États-Unis (UNODC et Europol, 2021). Au sein de l'UE, la concentration moyenne de la cocaïne a connu une hausse au fil de la décennie 2010 : elle atteint en 2020 un niveau supérieur de 40 % à celui de l'année 2010. La teneur moyenne en principe actif de la cocaïne vendue au détail variait entre 31 % et 80 % en Europe en 2020, la moitié des pays faisant état d'une concentration moyenne comprise entre 54 % et 68 % de principe actif (EMCDDA, 2022a). La France se situe donc dans la fourchette haute.

La cocaïne mise sur le marché européen est donc de moins en moins coupée, ce qui s'explique par deux facteurs : d'une part, l'abondance du produit sur le marché n'incite pas les trafiquants à altérer le produit ; d'autre part, l'intensité de la concurrence entre les réseaux conduit les vendeurs à proposer un produit « de qualité » pour se différencier sur le marché, afin de fidéliser leurs clientèles (EMCDDA et Europol, 2022).

## Le trafic de cocaïne : routes et flux

### La prédominance du vecteur maritime dans les flux internationaux

L'essentiel du trafic de la cocaïne à l'échelle mondiale passe par la voie maritime. Selon l'ONUDC, 90 % des quantités saisies entre 2017 et 2020 l'ont été sur un vecteur maritime. Ce mode d'acheminement de la cocaïne, déjà dominant, s'est encore renforcé dans la période récente (voir carte, p. 18), dans le contexte plus général d'une « maritimisation de la criminalité internationale » (Coutansais, 2012). Aujourd'hui, on estime que 90 % des flux de marchandises empruntent la voie maritime, faisant des ports une plateforme privilégiée d'échanges (Champeyrache, 2019).

D'Amérique du Sud, la cocaïne est le plus souvent acheminée vers les Caraïbes et les grands ports d'Europe de l'Ouest (voir carte). Une des principales routes part du port commercial de Santos au Brésil et alimente les grands ports de l'UE, notamment ceux du Nord (Anvers, Rotterdam, Hambourg) et du Sud (Algeiras ou Gioia Tauro). En 2021, selon l'ONUDC, les principaux pays de provenance de la cocaïne interceptée en Europe étaient le Brésil (en partance du port de Santos), la Colombie (ports de Buenaventura et de Carthagène) et l'Équateur (Port de Guayaquil<sup>11</sup>) (UNODC, 2022c). Le Brésil apparaît désormais comme un des principaux hubs de la cocaïne à destination de l'Europe (UNODC et CoE Brazil, 2022 ; de Santis Feltran, 2017 ; UNODC, 2023a).

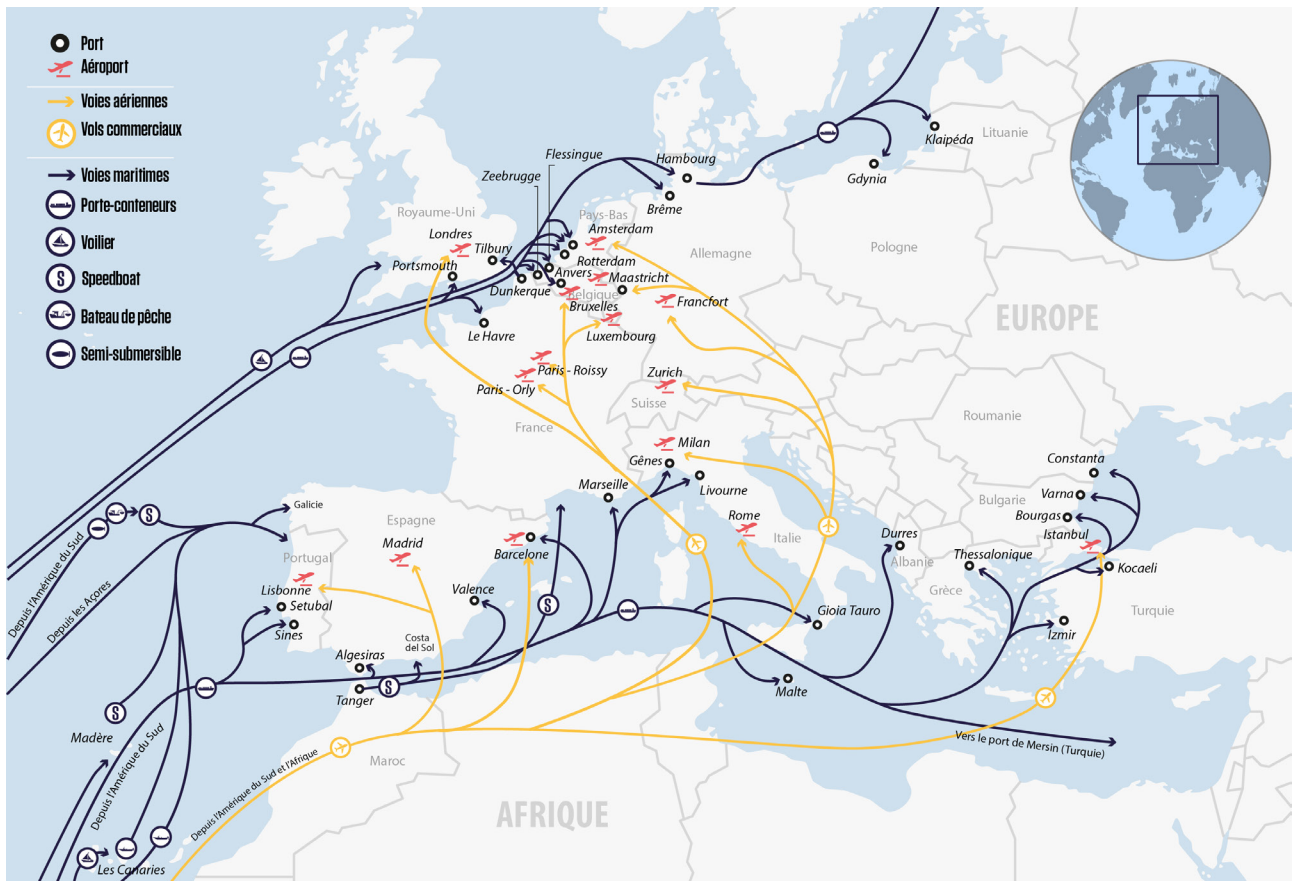
---

9. Le lévamisole est un produit utilisé principalement en médecine vétérinaire (comme antiparasitaire) ou, plus rarement chez l'homme, pour traiter la polyarthrite rhumatoïde ou divers types de cancers (côlon, mélanome, cancers de la tête et du cou, mais toujours en association avec d'autres chimiothérapies). Il est métabolisé par le foie en aminorex, qui, par son action sur les systèmes dopaminergiques et sérotoninergique, potentialiserait l'effet de la cocaïne, d'où son utilisation comme produit de coupage (Kudlacek *et al.*, 2017).

10. La phénacétine était un médicament analgésique qui a été retiré du marché en 1983 car suspecté de causer des néphrites chroniques et présentant un risque cancérigène.

11. En avril 2022, saisie de 2,4 tonnes de cocaïne destinées à la Belgique dissimulées dans un conteneur de bananes en partance de l'un des ports de Guayaquil. En 2021, l'Équateur a saisi une quantité record de drogues, de l'ordre de 210 tonnes, principalement de la cocaïne.

## Carte. Routes du trafic et modes d'acheminement de la cocaïne vers l'Europe

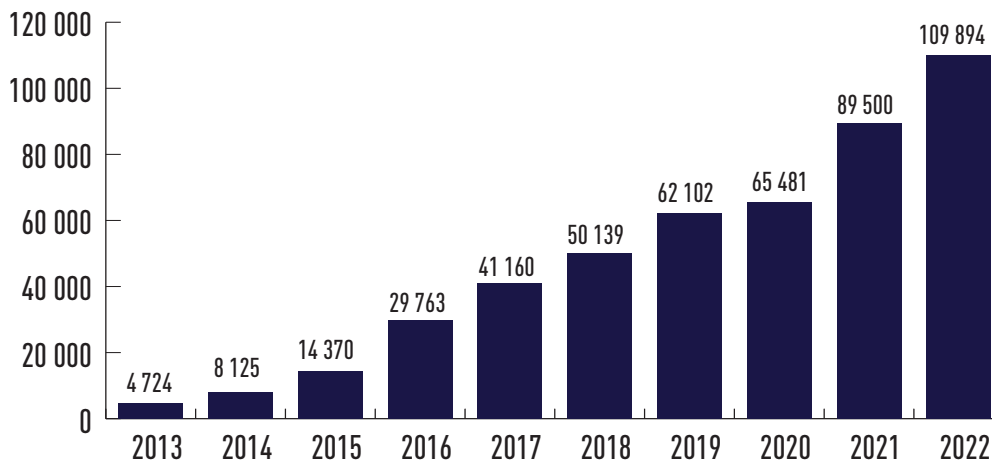


Source : OFDT

### Montée en charge des saisies de cocaïne dans les ports commerciaux en Europe

De plus en plus, les organisations criminelles utilisent les ports pour introduire la cocaïne, d'où elle est redistribuée dans l'ensemble de l'Europe. L'utilisation croissante du transport de marchandises dans des conteneurs, en misant sur les grandes capacités des terminaux portuaires d'Anvers, de Rotterdam et de Hambourg, a contribué à consolider le rôle de la Belgique et des Pays-Bas comme zones de transit de la cocaïne. Selon l'ONUDD, il s'agit d'une des évolutions majeures de la décennie 2010 : « l'épicentre du marché de la cocaïne en Europe s'est déplacé vers le nord ». Du fait de l'arrivage croissant de cocaïne en Europe dans les ports européens, les « plaques tournantes » du trafic de cocaïne se sont diversifiées et recentrées vers la Belgique et les Pays-Bas, supplantant l'Espagne, avec un rôle devenu central du port d'Anvers.

Graphique 5. Évolution des quantités de cocaïne saisies dans le port d'Anvers en Belgique, en kg (2013-2022)



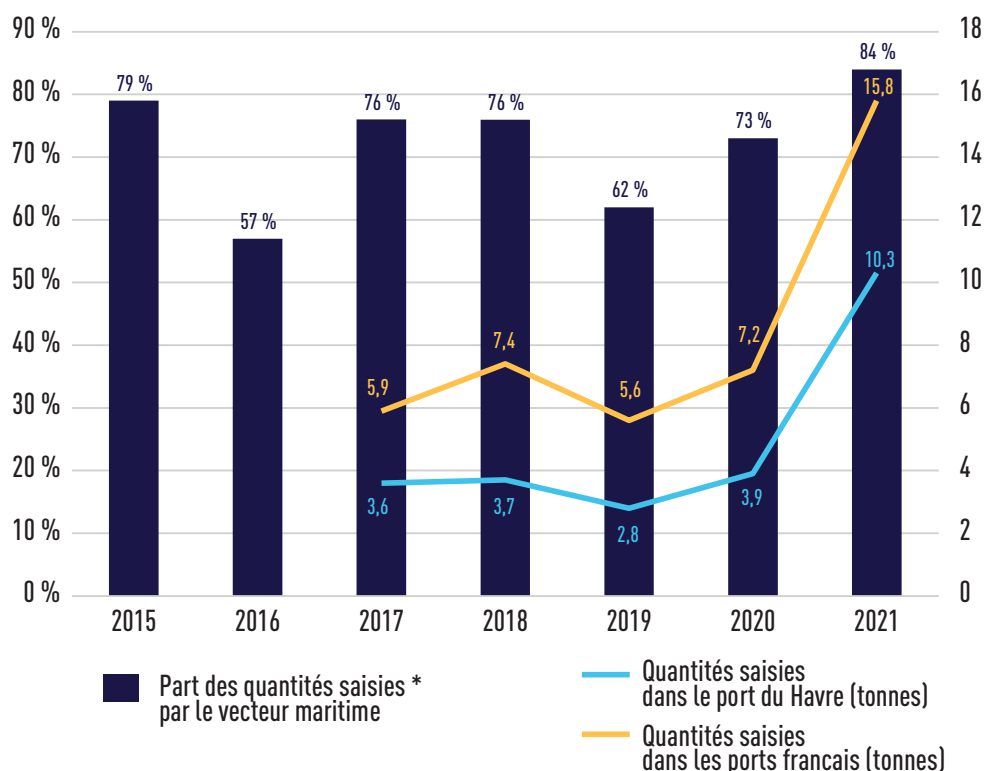
Source : Service public fédéral des finances (Belgique) (2022 : estimation provisoire)

L'introduction de cocaïne par les ports européens connaît une forte montée en charge, constituant un enjeu crucial de contrôle des flux pour les autorités publiques. Le port d'Anvers, en Belgique, représente désormais la principale porte d'entrée de la cocaïne en Europe : en 2022, près de 110 tonnes y ont été saisies, contre 5 à 8 tonnes en moyenne au début des années 2010. L'augmentation des flux transitant par le port d'Anvers est continue depuis dix ans, avec une nette accélération depuis 2016 (voir graphique 5) : les saisies portuaires sont passées de 5,5 tonnes en 2010 à 65,6 tonnes en 2020, avant d'atteindre un niveau historique en 2022 (109,9 tonnes).

De même, le port de Rotterdam, aux Pays-Bas, se trouve confronté à des flux grandissants de cocaïne, à l'image des volumes de saisies : 6 tonnes en 2017, 39 tonnes en 2019, 50 tonnes en 2020. La cocaïne génère donc une problématique de contrôle portuaire dans tout le pourtour maritime européen, de la Belgique et des Pays-Bas jusqu'à l'Espagne, en passant par la France.

La France se caractérise elle aussi par l'ampleur des saisies portuaires. En 2022 par exemple, 75 % des saisies de cocaïne (27,7 tonnes) sont intervenues sur le vecteur maritime, en particulier via le port du Havre, devenu le premier port d'arrivage de la cocaïne en France. Les saisies y ont atteint un niveau record, avec plus de 10 tonnes interceptées en 2021, contre moins de 4 tonnes l'année précédente (voir graphique 6). La hausse des volumes interceptés est rapportée dans plusieurs autres ports français, en particulier celui de Dunkerque (2,1 tonnes saisies en 2021, quatre fois plus qu'en 2018 : 525 kg). Les saisies maritimes se font le plus souvent par les services douaniers (qui ont intercepté plus de 9 tonnes en 2017 pour 2,7 tonnes en 2016) ou la Marine nationale (1,5 tonne en 2017, contre aucune saisie en 2016).

**Graphique 6. Évolution de la part des saisies maritimes en France et des quantités saisies dans les ports français et dans le port du Havre\* (2015-2021)**



Source : OFAST, ministère de l'Intérieur.

\* Saisies effectuées par les services de police et de gendarmerie, soit à leur initiative, soit suite à la remise d'un autre service.

## Restructurations du trafic de cocaïne pendant la décennie 2010

L'arrivée de plus en plus massive de cocaïne dans les ports en Europe est allée de pair avec trois évolutions majeures. Tout d'abord, les contrôles renforcés dans certains ports ont fait émerger de nouveaux pays de transit, comme l'Équateur, par exemple, situé entre deux des trois principaux pays producteurs de cocaïne – la Colombie et le Pérou –, qui est désormais confronté à un trafic à grande échelle via ses ports sur le Pacifique (en particulier Guayaquil) et à la vente au détail de cocaïne sur un marché intérieur en essor.

Deuxièmement, la croissance des arrivages de cocaïne en Europe par la voie maritime s'est accompagnée d'une diversification des vecteurs de transport, afin de charrier des quantités plus importantes : si la cocaïne reste le plus souvent transportée au moyen de porte-conteneurs, elle mobilise aussi d'autres composantes du vecteur maritime : navigation de plaisance (voiliers, bateaux à moteur), transport de passagers (ferries), vraquiers, voire vaisseaux semi-submersibles (voir carte p. 18). Ce renouvellement des méthodes d'acheminement constitue une bonne illustration de la réactivité des trafiquants. Plus récemment, un phénomène, plus discret et donc plus difficile à détecter par les forces de l'ordre, a été observé en Europe : le recours aux « narcoplongeurs »<sup>12</sup>, ou « narcosubmersibles »<sup>13</sup>. Cette méthode, importée par les cartels colombiens et mexicains en Europe, serait surtout observée en Espagne et aux Pays-Bas, pays de transit de stupéfiants. En parallèle à ces nouveaux modes d'acheminement, le phénomène du « rip off »<sup>14</sup> persiste et reste difficile à contrôler par les autorités, car les contrôles portuaires ne sauraient être à la mesure du flux de marchandises qui transite par les ports : seule une infime partie des conteneurs fait l'objet de contrôles, pour éviter de mettre à mal le commerce international<sup>15</sup>.

Enfin, une diversification du trafic vers des ports plus petits est observée, tant en Europe qu'en Amérique, sans doute due à l'intensification des contrôles dans les grands ports (dont Santos, Anvers et Rotterdam) (EMCDDA et Europol, 2022).

## Démultiplication des routes d'approvisionnement vers le marché européen

Si la voie maritime transatlantique, entre l'Amérique du Sud ou les Caraïbes et les grands ports d'Europe de l'Ouest reste prédominante dans l'acheminement de la cocaïne en Europe, de nombreuses autres routes sont aujourd'hui empruntées, notamment via le continent africain. Ainsi, depuis le milieu des années 2000 au moins, l'Afrique de l'Ouest est devenue une zone de transit de la cocaïne latino-américaine vers l'Europe (Champin, 2012). Si les saisies régionales de cocaïne y avaient décliné tout au long des années 2010, elles auraient connu une recrudescence (avec 53 tonnes interceptées entre 2019 et 2021), même si la prudence d'interprétation s'impose. En 2021, l'Afrique représentait 0,1 % des saisies de cocaïne dans le monde, concentrées dans certains pays comme le Maroc (EMCDDA et Europol, 2022).

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'utilisation de cette route : l'évitement des voies classiques largement surveillées ; la conteneurisation<sup>16</sup> des grands ports africains ; les instabilités dans la région favorisant l'implantation d'organisations criminelles notamment latino-américaines ; enfin, le fait que cette voie était déjà utilisée par les réseaux nigériens pour le trafic d'héroïne provenant d'Asie du Sud-Est (Champin, 2012). La cocaïne arrive par bateau ou par avion dans les pays de l'Ouest africain

12. « Les "narcoplongeurs", ces trafiquants de drogue qui inquiètent les services secrets français » (*Le Figaro*, 29 avril 2022).

13. Le principe est d'accrocher la marchandise sous des navires de grande taille avant leur départ et de décharger la cargaison juste après le débarquement, souvent à l'insu des équipages : dissimulée sous la coque de ces bâtiments par volumes de plusieurs dizaines de kilos, la cocaïne est protégée dans des caisses ou des ballots imperméables, afin de transiter plus facilement d'une plage à un port ou de côte à côte.

14. La technique, ancienne, du « rip off » consiste à disséminer de petites quantités de cocaïne dans des conteneurs.

15. Selon le Programme mondial de contrôle des conteneurs de l'ONU, moins de 2 % des 750 millions de conteneurs qui sont livrés chaque année sont inspectés (UNODC, 2023b).

16. La conteneurisation renvoie à la notion de commerce des drogues « conteneurisé ». Selon l'ONUDC, chaque année, sur plus de 750 millions de mouvements de conteneurs s'effectuant par voie maritime (90 % du fret mondial), la plupart transportent des marchandises légales, mais certains sont utilisés pour le trafic de drogues, d'armes ou d'autres produits illicites. Un programme de contrôle des conteneurs (PCC), résultant d'une initiative conjointe de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et de l'Organisation mondiale des douanes (OMD), a ainsi été mis en place en 2004 afin de « sécuriser la chaîne d'approvisionnement du commerce conteneurisé, essentielle à de nombreuses économies ». Le PCC est actuellement opérationnel dans 51 pays et a lancé des activités dans dix autres.

depuis l'Amérique du Sud, désormais principalement depuis le Brésil, une des plaques tournantes du trafic mondial de cocaïne après le Venezuela dans la décennie précédente (Weinberger, 2013). Elle est ensuite transportée par le vecteur maritime vers la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou la France. Il existe aussi une route terrestre qui longe la Mauritanie et débouche sur le Maroc, jusqu'aux côtes marocaines et algériennes, pour rejoindre l'Espagne puis les autres pays d'Europe de l'Ouest (Champin, 2012).

### Une forme de trafic spécifique à la cocaïne : la « filière guyanaise » des mules

Le marché français de la cocaïne est alimenté en partie par le vecteur aérien et par l'activité des « mules ». Le phénomène des passeurs de drogue assurant l'acheminement de cocaïne pour le compte de trafiquants, dans leurs bagages ou *in corpore*, n'est certes pas nouveau. Il a cependant été fortement médiatisé au cours de la décennie 2010, du fait de l'interception de plus en plus fréquente de mules sur les vols commerciaux arrivant de Guyane (Cayenne) dans les aéroports franciliens (à Orly ou Roissy). Le trafic de ces mules – qui transportent la cocaïne (de quelques centaines de grammes jusqu'à plusieurs kilos) sous forme d'ovules dans leurs bagages et souvent aussi *in corpore* (d'où leur désignation de « bouletteux ») – a pris de l'ampleur au cours de la décennie 2010. On comptait ainsi 231 mules interpellées en 2014, contre 88 en 2010, et ce nombre n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2018. Après un pic en 2018 (1 349 mules interpellées en métropole ou en Guyane), le nombre de mules interpellées a cependant reflué en 2019 puis, logiquement, en 2020, du fait de la crise sanitaire (voir graphique 7). Si l'extension du phénomène semble donc faiblir, les quantités interceptées restent élevées (plus de 2 tonnes par an), sachant que les mules ne sont pas systématiquement repérées. D'autres trafics de mules ont été repérés à l'arrivée de plusieurs aéroports, dans les Outre-mer (Pointe-à-Pitre, Fort-de-France, Le Lamentin, etc.) ou en métropole (Nice), utilisés comme zones de transit vers les marchés hexagonal et européen.

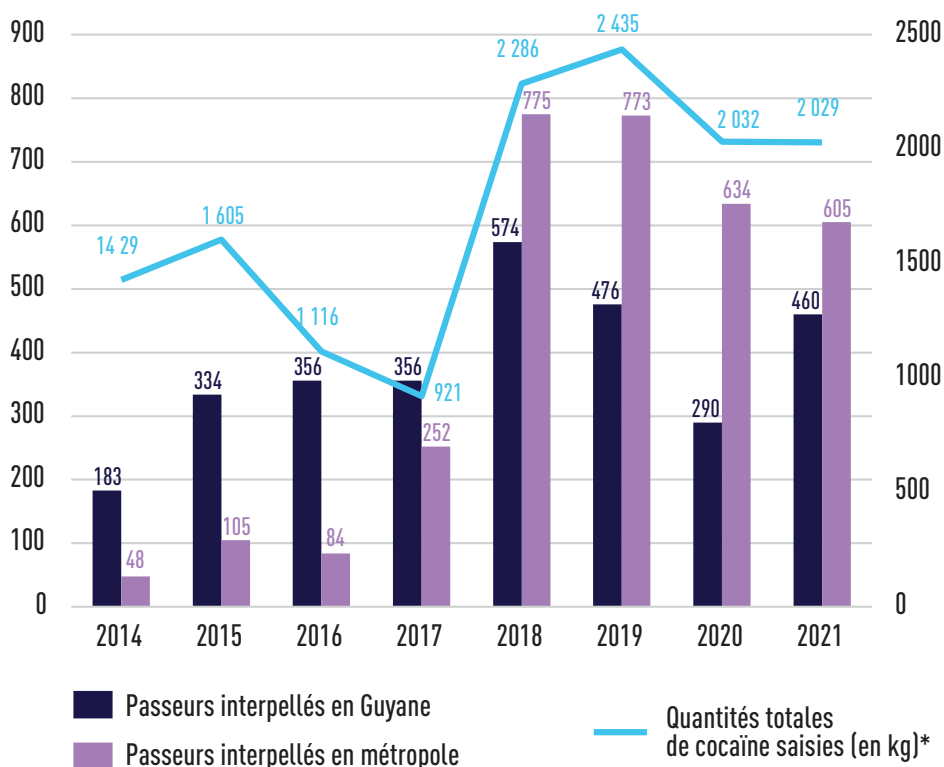
Le recours aux mules comme mode opératoire du trafic s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'organisation du trafic est moins complexe que par la voie maritime. En outre, les risques sont moindres pour les trafiquants, les pertes financières en cas d'interpellation étant amorties par d'autres passeurs. Enfin, le recours aux mules correspond à une stratégie de saturation des services de lutte contre le trafic de drogues : comme l'acheminement par les porte-conteneurs, qui échappe en partie aux contrôles, les fouilles et les contrôles ne sauraient être systématiquement réalisés, ce qui permet aux trafiquants de compter sur une proportion de mules qui ne seront pas interceptées (OCRTIS, 2018).

Si la stratégie des trafiquants consiste à reporter les risques d'interpellation et de poursuites judiciaires sur les mules, les risques encourus par les personnes transportant la cocaïne sont multiples. Ainsi, le transport corporel de cocaïne présente de graves risques physiques. Les mules s'exposent en effet à une surdose mortelle dans le cas où un ovule de cocaïne se percerait *in corpore*. En provenance de Guyane ou du Suriname, ces mules sont en général des personnes sans revenu ou aux revenus modestes, peu diplômées, parfois des femmes, qui sont approchées par les trafiquants qui leur proposent quelques milliers d'euros pour transporter la cocaïne sur les vols hebdomadaires Cayenne-Paris (10 vols par semaine vers Orly et 3 vers Roissy-Charles de Gaulle). Les mules sont rétribuées entre 1 000 et 7 000 € selon l'origine du départ pour transporter des quantités de cocaïne comprises entre 1 et 20 kg vers la métropole (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2019). Ce vecteur de trafic témoigne, parmi d'autres indices, de l'adaptation constante des trafiquants et des modalités de trafic.

S'il n'existe pas d'étude évaluant le nombre de « mules » qui échappent au contrôle des forces de l'ordre, on peut dénombrer celles qui sont interpellées, prises en charge dans les unités médico-judiciaires ou incarcérées. Ainsi, par exemple, selon les données d'activité de l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris, le nombre de transporteurs de drogues *in corpore* hospitalisés a triplé entre 2015 et 2021, dépassant désormais 320 personnes par an : il s'agit très majoritairement d'hommes, d'un âge moyen de 27 ans, même si ce public comprend aussi des mineurs (voir encadré p. 22). Au-delà des mules, l'ONUJDC relève un recours croissant à la main d'œuvre féminine dans le trafic de cocaïne pour échapper aux contrôles de la police : rôle des femmes dans la culture de coca, le transport de petites quantités, la revente aux consommateurs, la contrebande en prison... (voir *infra*, p. 23).



**Graphique 7. Évolution du nombre de passeurs interpellés en Guyane ou en provenance de Guyane et quantités de cocaïne saisies (en kg) (2014-2021)**



Sources : OCRTIS/OFAST, ministère de l'Intérieur (police et gendarmerie, incluant les remises douanières)  
\* hors données gendarmerie pour la métropole

### Focus sur la population de transporteurs de drogue *in corpore* hospitalisés au sein de l'Unité Médico-Judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris : données récentes

- Dr Céline Deguette, Unité Médico-Judiciaire de l'Hôpital Hôtel Dieu à Paris
- Dr Marc Liautard, Unité Médico-Judiciaire de l'Hôpital Hôtel Dieu à Paris
- Dr Nicolas Soussy, Unité Médico-Judiciaire de l'Hôpital Hôtel Dieu à Paris
- Dr Laurene Dufayet, Unité Médico-Judiciaire de l'Hôpital Hôtel Dieu à Paris, Centre Anti Poison de Paris, Hôpital Fernand-Widal, Paris, Faculté de Pharmacie (Unité INSERM 1144).

Entre 2015 et 2021, le nombre annuel de transporteurs de drogue *in corpore* hospitalisés au sein de l'Unité médico-judiciaire (UMJ) de Paris a régulièrement augmenté, passant de 109 à 321 personnes. Il s'agit principalement de transporteurs de cocaïne. Ce public comprend majoritairement des hommes (entre 75 % et 85 % selon les années), d'un âge moyen relativement stable (entre 26 et 30 ans). Ce public se révèle toutefois très dispersé en âge. En 2021, la moitié des transporteurs de drogue *in corpore* hospitalisés au sein de l'UMJ de Paris avait moins de 24 ans, certains d'entre eux étant mineurs (âge minimum : 16 ans).

**Tableau 1. Évolution de la structure des transporteurs de drogue *in corpore* hospitalisés au sein de l'UMJ de Paris, par sexe et par âge (2015-2021)**

Année	Total	Hommes	Femmes	Sex ratio	Âge moyen	Âge médian	Min	Max
2015	109	82	27	3,04	29,7	25,7	15,1	60,8
2016	168	136	32	4,25	30,2	26,6	14,3	61,9
2017	226	190	36	5,28	26,0	22,5	13,7	58,0
2018	316	242	74	3,27	28,3	25,3	14,2	68,0
2019	277	221	56	3,95	27,4	24,1	13,2	64,2
2020	193	164	29	5,66	28,1	24,4	16,3	63,8
2021	321	273	48	5,69	26,8	23,6	16,3	70,2

Source : Unité Médico-Judiciaire, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris

## Un marché fortement concurrentiel

Le développement de l'offre de la cocaïne en Europe est allé de pair avec un mouvement plus général de montée de la violence et de la corruption liées aux activités de trafic (EMCDDA et Europol, 2022). C'est le cas notamment en Belgique et aux Pays-Bas, où la concurrence entre les filières s'est intensifiée, générant des affrontements violents qui se traduisent parfois par des homicides, en particulier dans des villes portuaires comme Anvers et Rotterdam. Aux Pays-Bas, ces rivalités auraient provoqué la mort d'une centaine de personnes en dix ans (EMCDDA et Europol, 2022), tandis qu'à Anvers, ces guerres entre gangs sont scandées depuis quelques années par des attentats à la grenade et des règlements de comptes. Mais l'élément le plus marquant tient aux menaces à l'encontre de personnalités politiques et médiatiques. Les assassinats, en 2019, de l'avocat Derk Wiersum, qui défendait un repenti et, en 2021, du journaliste d'investigation Peter R. De Vries en sont une illustration. L'essor présumé de « mafias de la cocaïne » en Europe a été illustré récemment par les menaces adressées au Premier ministre néerlandais, Mark Rutte, et à la princesse héritière des Pays-Bas, de même que par les projets d'enlèvement du ministre belge de la Justice, Vincent Van Quickenborne. Ces phénomènes témoignent en effet du pouvoir d'intimidation acquis par une nébuleuse d'organisations criminelles, issues pour la plupart de l'immigration marocaine, médiatiquement qualifiée de « Mocro Maffia » (voir sous-section « La prédominance du vecteur maritime dans les flux internationaux », p. 17). La situation est jugée tellement grave que l'État néerlandais a alloué 500 millions d'euros à un fonds destiné à lutter contre le crime organisé et le blanchiment d'argent, estimé dans une fourchette comprise entre 15 et 30 milliards d'euros.

La France n'est pas épargnée par les phénomènes liés à la violence et à la corruption. Au port du Havre, une des principales portes d'entrée de la cocaïne sur le marché hexagonal, le personnel portuaire, en particulier les dockers, peut être soumis à toutes sortes de pressions, allant jusqu'aux séquestrations et actes de tortures.

## Des modes de trafics multiples et en adaptation permanente

Depuis les années 1990, le trafic de cocaïne adapte ses modes opératoires et se professionnalise, en diversifiant ses relais (envoi postal, revente en ligne via les réseaux sociaux, livraisons à domicile) et ses techniques d'action (marketing, offres promotionnelles, etc.). Ces évolutions du marché de la cocaïne ont partie liée avec l'essor des nouvelles technologies et la mondialisation des échanges qui rendent la vente et la circulation des biens plus aisée.

### Des stratégies de vente renouvelées

Les observations locales du dispositif TREND de l'OFDT témoignent de plusieurs phases de déploiement de l'offre de cocaïne en France, au gré du renouvellement des stratégies et des techniques de vente. Dans les années 1990, la cocaïne apparaissait comme un produit réservé à un nombre restreint d'usagers, socialement insérés, et diffusé par l'entremise de petits réseaux opérant dans les espaces privés (Toufik *et al.*, 2000). Sa disponibilité s'est accrue dans la décennie suivante sous l'effet de deux phénomènes conjoints. Tout d'abord, le dynamisme des nombreux micro-réseaux d'usagers-revendeurs s'approvisionnant aux Pays-Bas et, dans une moindre mesure, en Espagne, a contribué à renforcer la disponibilité de la substance, en particulier vers les zones éloignées des métropoles régionales (Gandilhon, 2007 ; Gandilhon et Cadet-Taïrou, 2015). Deuxièmement, la revente de cocaïne par des réseaux implantés dans les cités et proposant jusqu'alors exclusivement du cannabis s'est systématisée (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a ; Coppel, 2006).

La décennie 2010 a été marquée par deux évolutions : le développement des livraisons de cocaïne à domicile d'une part, le recours aux outils numériques d'autre part, visant à aller au-devant des consommateurs et favorisant encore la diffusion de la substance (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a). La livraison à domicile ou sur les lieux de consommation (lieux de fête, notamment), d'abord observée en région parisienne à partir du début des années 2010, s'est développée progressivement dans les métropoles régionales. Ciblante d'abord les classes moyennes et supérieures, elle concerne aujourd'hui des villes de moyenne importance et des zones rurales et des populations moins favorisées (Gérome et Gandilhon, 2020b ; Gérome, 2021).

Outre la livraison, le recours aux réseaux sociaux constitue la seconde évolution importante des années 2010, s'agissant des pratiques de revente de la cocaïne (Gérome *et al.*, 2019 ; Gérome et Gandilhon, 2020b). L'usage des réseaux sociaux à des fins de marketing et de publicité s'est fortement développé et professionnalisé ces dernières années sur le marché illicite de la cocaïne, certains comptes et profils de réseaux de trafics pouvant cumuler plusieurs milliers d'abonnés (Gérome et Gandilhon, 2020b). Les trafiquants y exposent des films et des photos présentant les produits en vente – parmi lesquels la cocaïne (avec parfois plusieurs variétés proposées) –, leurs prix, des précisions sur leurs qualités supposées, les modalités possibles de livraison (lieux et horaires). Ils y mènent des campagnes publicitaires (offres promotionnelles « Black Friday », échantillon gratuit, « cadeau » pour l'achat de quantité supérieure au gramme, etc.). Autrement dit, les méthodes de force de vente observées dans le commerce légal s'appliquent désormais à la revente de cocaïne, dans la continuité des observations déjà réalisées pour le cannabis.

Le recours à la livraison et aux technologies numériques présente des avantages évidents pour les réseaux de trafic. Dans un contexte marqué par une concurrence accrue, il permet aux trafiquants de disposer d'un lien permanent avec leurs clients et de lancer des campagnes de promotions (par SMS, WhatsApp, Snapchat, etc.) inspirées des techniques classiques du marketing. Il en résulte une forme de pression commerciale problématique pour ceux qui souhaiteraient modérer ou arrêter leurs consommations (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a). Par ailleurs, le recours aux réseaux sociaux offre davantage de discrétion que la gestion d'un point de deal physique, permettant de minimiser les risques de répression policière et judiciaire.

Malgré l'essor de ces nouvelles stratégies de vente et de promotion, l'approvisionnement postal reste une modalité d'acquisition de la cocaïne privilégiée par certains usagers, qui commandent sur le Darknet<sup>17</sup> pour se faire livrer à domicile. Plusieurs plateformes de vente, dont certaines ont fait l'objet de poursuites judiciaires, permettent à des revendeurs basés en France ou ailleurs dans le monde de proposer des produits à la vente et de les expédier dans des enveloppes ou des petits colis. Le système de commentaires et de notation des clients, usuel sur les sites de vente en ligne légaux, donne l'impression à l'utilisateur qu'il peut avoir confiance dans les revendeurs les mieux notés et avoir accès à un produit de meilleure qualité. Par ailleurs, le recours à la voie postale (lettres ou petits colis) se développe depuis le début des années 2010 pour l'acheminement régulier de petites quantités de cocaïne depuis la Guyane et les Antilles, permettant d'alimenter des réseaux de taille modeste.

Outre ces stratégies de vente et de promotion commerciale, d'autres tactiques ont été déployées pour aller au-devant des usagers, en particulier des stratégies tarifaires qui passent par le conditionnement du produit et son fractionnement en doses plus accessibles financièrement (voir p. 33). De tous les produits stupéfiants, la cocaïne est celui qui a connu ces dix dernières années la plus grande diversification dans les modalités de revente (« fours » de cité, marché de rue en centre-ville, livraison à domicile ou sur un lieu festif, commande sur Internet) et les unités de vente.

### Des modalités d'approvisionnement plurielles

L'enquête en ligne menée par l'OFDT en 2021 auprès d'un échantillon d'utilisateurs de cannabis et/ou de cocaïne et/ou de crack/cocaïne basée (ayant consommé au moins une fois dans l'année) témoigne de la pluralité des modalités d'approvisionnement chez les utilisateurs de cocaïne<sup>18</sup> (tableau 2). Si la plupart déclarent acheter ce qu'ils consomment (62 %), un tiers consomme un produit qui a été offert ou partagé (32 %). De plus, lorsqu'ils achètent de la cocaïne, un tiers des utilisateurs le font au moins une fois par mois (35 %). Enfin, les utilisateurs de cocaïne privilégient souvent un seul mode d'approvisionnement, le plus souvent la livraison à domicile ou via une connaissance.

17. Cet anglicisme désigne l'ensemble des réseaux permettant de partager de manière anonyme des données cryptées inaccessibles aux moteurs de recherche traditionnels. Il s'agit, en quelque sorte, d'un réseau Internet clandestin. De ce fait, le Darknet est devenu le lieu d'un grand nombre d'activités illégales (trafic des stupéfiants, pédophilie, trafic d'armes, terrorisme, etc.).

18. Malgré l'effet d'autosélection des répondants qui caractérise les enquêtes par Internet – qui contribue probablement à surreprésenter les utilisateurs les plus réguliers et les plus investis dans leurs habitudes de consommation.



La hiérarchie des modes d'achat déclarés par les usagers de cocaïne montre une préférence pour la livraison à domicile, les achats via une connaissance ou un endroit fixé par rendez-vous (un tiers des usagers occasionnels pour chacun de ces modes d'achat). L'achat via un point de deal (21 %) constitue également une pratique relativement courante. À l'inverse, la commande de cocaïne par colis postal reste marginale (3 %).

Les modalités d'approvisionnement en cocaïne se différencient évidemment selon la fréquence d'usage. Ainsi, la part d'acheteurs est deux fois plus importante parmi les usagers mensuels par rapport aux usagers plus occasionnels (88 % vs 48 %), qui sont aussi plus nombreux à opter pour la livraison à domicile (43 % vs 27 %) ou par rendez-vous (37 % vs 23 %). À l'inverse, les usagers plus occasionnels (consommant moins d'une fois par mois) favorisent l'achat par des connaissances (38 % vs 31 %) et s'approvisionnent le plus souvent par le partage (46 %).

**Tableau 2. Modes d'approvisionnement des usagers de cocaïne en 2021**

<b>Modes d'approvisionnement</b>	<b>n = 953</b>
Achat	62 %
Don	32 %
Inconnu	6 %
<b>Modes d'achat déclarés</b>	<b>n = 570</b>
Via une livraison à domicile	35 %
Via une connaissance	34 %
Via un endroit fixé par rendez-vous	30 %
Via un point de deal	21 %
Via courrier	3 %
<b>Fréquence d'achat déclarée</b>	<b>n = 571</b>
Une fois par an	24 %
Plusieurs fois par an	42 %
Une fois par mois	11 %
Plus d'une fois par mois	24 %

Source : enquête en ligne 2021 sur les usages de drogues, OFDT

### Le rôle croissant des femmes dans le trafic de cocaïne

Un sujet d'intérêt grandissant de l'ONUDC concerne la place des femmes dans l'économie de la cocaïne, qu'il s'agisse de participation aux opérations de culture de la coca, au transport de petites quantités (mules) ou à la vente et au trafic. Si cette place n'est pas précisément chiffrée, l'ONUDC relève que les femmes impliquées dans le trafic tendent à occuper des positions au bas de l'échelle et à bénéficier de façon marginale des activités qu'elles alimentent en prenant des risques (UNODC, 2022b). L'ONUDC souligne cependant que la participation à la culture de coca peut parfois devenir une source de revenus relativement stable, pour certaines femmes résidant dans les pays producteurs, et contribuer à une forme d'émancipation financière.

En miroir à ces observations, en France, les données TREND soulignent la présence accrue de femmes au sein des réseaux de trafics depuis 2020, qui ne seraient plus cantonnées à des fonctions subalternes (petites missions de ravitaillement, nourrices), mais à des postes plus stratégiques, comme ceux de vendeuses et, plus souvent, de livreuses à domicile. Dans ce dernier cas, leur embauche vise à se prémunir des risques d'arrestation par les forces de l'ordre, qui concentrent davantage leurs contrôles sur des hommes (Gérome, 2021).

Cette problématique n'est pas nouvelle, mais elle semble toucher tout particulièrement la cocaïne, plus que d'autres drogues : une étude menée en France montrait que, en 2011, les femmes interpellées pour trafic international l'étaient majoritairement dans le cadre d'un trafic de cocaïne (Barbier, 2016).

Dans un contexte où la plupart des travaux se concentraient sur le trafic « de cité », marqué par une prédominance masculine, quelques études françaises interrogent désormais l'« invisibilité » des femmes dans les pratiques d'usage et de vente de drogues, en ville (Perrin, 2018) et en espace rural (Perrin et Reversé, 2022).

### Focus sur le marché du crack en Île-de-France

La région parisienne, plus particulièrement le nord-est parisien, est la seule de France métropolitaine où une offre de crack est observée depuis la fin des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Ce marché est principalement alimenté par des revendeurs de rue, essentiellement originaires du Sénégal et dénommés *modous* ou *moudous* (terme wolof qui désigne un colporteur ou un revendeur ambulant) (Halfen et Grémy, 2005), qui opèrent dans la rue, dans le métro ou dans des lieux historiques du marché du crack, comme par exemple les abords de la station de métro Stalingrad (Cadet-Taïrou *et al.*, 2021a). Ce trafic repose sur un ensemble de micro-réseaux hétérogènes dans leur organisation, mais caractérisés par un très faible degré de hiérarchisation et une forte atomisation. Si les plus importants peuvent atteindre une dizaine de personnes, la plupart ne dépassent pas quatre personnes. Indépendants les uns des autres, ces micro-réseaux sont liés par la dimension communautaire, source d'une forte solidarité. La violence entre revendeurs apparaît ainsi exceptionnelle, au contraire de la solidarité spontanée dont ils peuvent faire preuve face aux usagers ou aux forces de l'ordre. Il existe aussi des formes de coopération avec les usagers, souvent des échanges « service contre crack », qui amènent ainsi certaines femmes à jouer le rôle de « nourrices portatives » – des usagères servant à/utilisées pour « rabattre » les clients ou les réunir pour une « vente flash ». Ces réseaux extrêmement fluides se maintiennent tout en renouvelant les individus qui les composent. Ainsi est évoqué depuis la fin des années 2010 un rajeunissement du profil des *modous*, avec l'arrivée de jeunes (18-20 ans, mais certains pourraient être mineurs), frères ou neveux, venus remplacer ou prêter main-forte à ceux qui sont « installés » dans les réseaux. Certains *modous* peuvent éventuellement vendre pour leur seul compte et pratiquer, notamment auprès d'une clientèle insérée socialement, la revente à domicile ou sur rendez-vous.

S'il émerge dès le milieu des années 2000, l'investissement des acteurs du trafic dit « de cité » dans la revente de crack en Île-de-France reste peu documenté. Le dispositif TREND de l'OFDT, ainsi que l'étude spécifique menée en 2019-2020 à partir d'observations de type ethnographique combinées à la collecte de 147 galettes (entières) de crack (SINTES Observation Crack), ont confirmé l'existence de points de vente à Paris (cité Reverdy dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris) et en banlieue parisienne (Cadet-Taïrou *et al.*, 2021b). Il semble que la vente de crack se greffe alors sur l'organisation préexistante du trafic de cannabis, de cocaïne et éventuellement d'héroïne, et se caractérise par une division du travail classique entre individus impliqués dans ce trafic. Ces travaux ont également mis au jour la relative homogénéité du prix des galettes : en 2019-2020, près de la moitié d'entre elles se situait entre 15 € et 20 € (Cadet-Taïrou *et al.*, 2021b). Depuis 2020, l'offre s'est adaptée à la précarisation des clients en contexte de crise sanitaire et sociale, le prix de la galette s'abaissant jusqu'à 10 € par unité sur les points de revente dans la rue et le métro (Juszczak *et al.*, 2022). Aux points de vente fixe, en cité, les prix sont néanmoins restés inchangés, la galette se vendant à 20 ou 30 € selon les sites et la taille de l'unité.

Par ailleurs, depuis la fin des années 2010, les informations collectées par le dispositif TREND font état de reventes de crack, souvent sporadiques, sur des points de deal revendant habituellement de la cocaïne dans différentes agglomérations métropolitaines hors d'Île-de-France (Dutilleul et Lose, 2022 ; Gandilhon *et al.*, 2013 ; Gérome *et al.*, 2018, 2019 ; Pavic, 2019 ; Tissot, 2022).

# DIFFUSION DU PRODUIT ET DIVERSIFICATION DES PROFILS D'USAGERS

## Une dynamique de diffusion marquée

### Progression de la consommation de cocaïne au niveau international

En une vingtaine d'années, la consommation de cocaïne, qui affectait principalement le nord du continent américain (États-Unis, Canada), s'est développée rapidement à l'échelle mondiale, d'abord en Amérique du Sud puis en Europe (Gootenberg et Van Ruymbek, 2014) et, plus récemment, en Afrique et en Asie (UNODC, 2022c). L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estime qu'environ 21,5 millions de personnes auraient consommé de la cocaïne au moins une fois dans l'année en 2020, à l'échelle mondiale<sup>19</sup>, niveau de consommation très probablement sous-estimé. Cela représente 0,4 % de la population mondiale (UNODC, 2022c). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies table quant à lui sur 3,5 millions d'utilisateurs de cette drogue dans l'Union européenne en 2020, soit 1,2 % de la population âgée de 15 à 64 ans (EMCDDA, 2022a). La cocaïne demeure ainsi la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe, après le cannabis. La consommation de cocaïne concerne au premier chef les jeunes adultes : au sein de l'Union européenne, on dénombre 2,2 millions d'utilisateurs dans l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans), soit 2,2 % de cette classe d'âge.

Selon les sources complémentaires aux enquêtes épidémiologiques, comme l'analyse des eaux usées ou les enquêtes qualitatives menées auprès de sous-populations d'utilisateurs (Gérome et Gandilhon, 2020a, c ; Gérome, 2021), les restrictions liées à la pandémie de Covid-19 auraient occasionné une réduction de la consommation de cocaïne : fermeture des lieux de vie nocturne et de divertissement associés à la consommation de cette drogue d'une part, ralentissement de l'activité dans les espaces festifs et des occasions de sortie, de soirées, des festivals d'autre part. Les observations qualitatives nationales, en France, corroborent ce constat.

**Tableau 3. Évolution du nombre d'utilisateurs de cocaïne dans l'année par zone géographique (2000 - 2020)**

	2000	2010	2020	Source
<b>Au niveau mondial</b>	13,4 millions (0,3 % des 15-64 ans)	16,2 millions (0,4 % des 15-64 ans)	21,5 millions (0,4 % des 15-64 ans)	ONUDC
<b>Europe</b>	3,1 millions (0,5 % des 15-64 ans)	4,6 millions (0,8 % des 15-64 ans)	5,2 millions (1 % des 15-64 ans)	ONUDC
<b>France</b>	non disponible	400 000 (11-75 ans)	600 000 (18-75 ans)	OFDT/SpF

### L'élargissement de la diffusion de cocaïne parmi les adultes

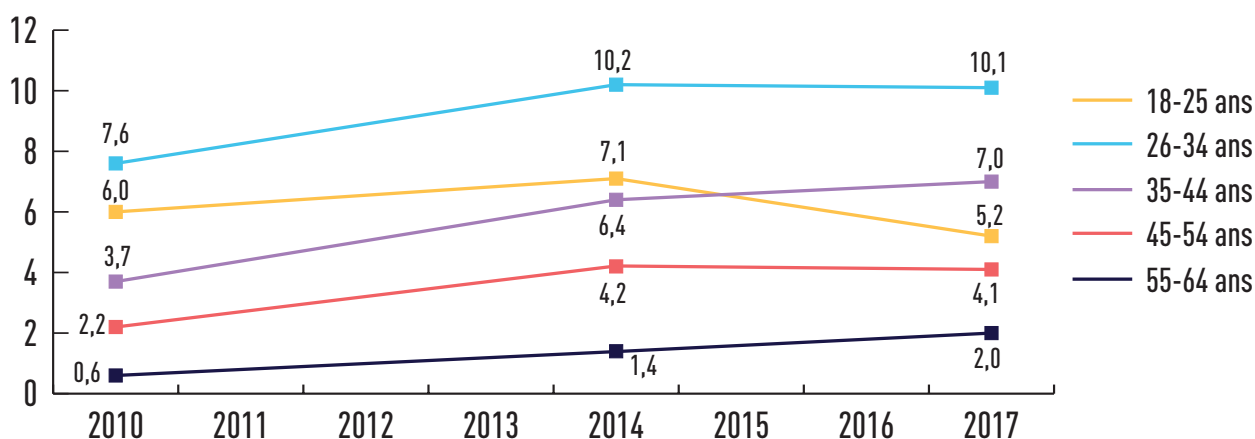
En Europe comme en France, la diffusion de la cocaïne, mesurée par le taux d'expérimentation du produit, a augmenté en population générale en 20 ans. Dans l'attente des enquêtes en population générale prévues en 2023, les chiffres les plus récents pour la France datent de 2017. En 2017, en France, plus d'un adulte sur vingt (18-64 ans) déclare avoir déjà expérimenté, au moins une fois, la cocaïne – trois fois plus qu'il y a vingt ans (5,6 % en 2017 vs 1,8 % en 2000) (Spilka *et al.*, 2018). La diffusion de la cocaïne a donc globalement augmenté parmi les adultes, mais seulement dans certaines tranches d'âge, en particulier parmi les trentenaires et quarantenaires (graphique 8). Cette évolution témoigne d'une installation des expériences d'initiation à la cocaïne dans les

19. Chiffres pour l'année 2020 (UNODC, 2022c).

nouvelles générations d'adultes au-delà de 25 ans. Le produit s'est particulièrement diffusé dans les générations nées à partir du milieu des années 1970 – qui ont atteint l'âge de 25 ans, les unes après les autres, à partir des années 2000. Cependant, la diffusion de la cocaïne s'est ralentie dans les générations d'adultes nés à partir des années 1990 – devenus majeurs à partir des années 2010.

Dans une perspective longue, étalée sur deux décennies, la proportion d'initiés à la cocaïne a certes doublé parmi les 15-30 ans (Beck *et al.*, 2013). Toutefois, depuis 2014, les niveaux d'expérimentation régressent dans les nouvelles générations d'adultes (18-25 ans)<sup>20</sup>, si bien que l'initiation à la cocaïne est aujourd'hui plus courante au-delà de 25 ans (autour de 10 % à l'approche de la quarantaine, entre 26 et 34 ans) mais en recul parmi les jeunes majeurs.

**Graphique 8. Évolution du taux d'expérimentation de cocaïne selon l'âge (2010-2017)**



Source : Baromètre santé de Santé publique France, exploitation OFDT

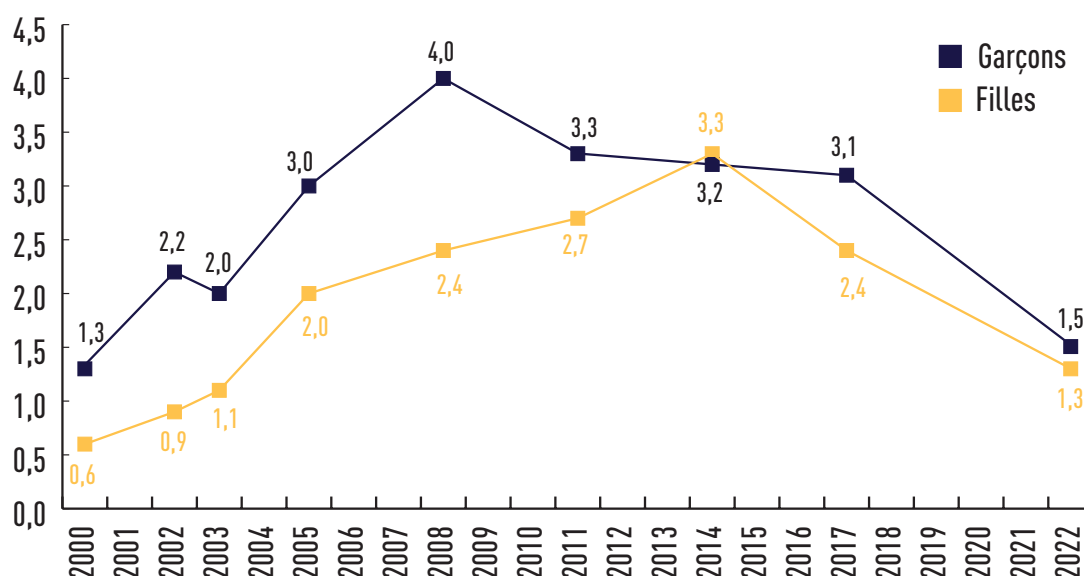
À l'image de cette tendance, la diffusion de la cocaïne est également en recul parmi les adolescents depuis 2014, malgré une période de hausse pendant les années 2000. Si, entre 2000 et 2014, la diffusion du produit avait plus que triplé parmi les adolescents de 17 ans (3,2 % vs 0,9 %), elle a connu une baisse sensible entre 2014 et 2022 (voir graphique 8). En 2022, 1,4 % des jeunes ont déjà consommé le produit, soit une baisse de moitié en 5 ans (- 52 %). Par rapport aux années 2000, l'initiation à la cocaïne n'est plus sexuellement différenciée à l'adolescence : en 2022, elle concerne tout autant les garçons et les filles, alors qu'elle était deux fois plus fréquente parmi les garçons au début des années 2000 (voir graphique 9).

Ces données quantitatives sont corroborées par les investigations qualitatives du dispositif TREND qui retrace la dynamique de diffusion de la cocaïne (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a). Elles montrent sa diffusion à partir du milieu des années 1990 au sein des publics de plus en plus divers fréquentant les scènes festives : les milieux festifs techno alternatifs (*free parties*, *teknivals*), puis de manière de plus en plus visible les milieux festifs plus commerciaux (bars, clubs, discothèques). À compter de 2015, sous l'effet de l'augmentation de la teneur, et de la plus grande disponibilité du produit accompagnée d'une baisse du prix, la diffusion et la consommation de cocaïne ont connu une nouvelle impulsion. L'usage du produit s'est intensifié dans tous les espaces festifs observés par le dispositif TREND. Plus qu'un accroissement du nombre d'expérimentateurs, les observateurs relevaient alors une multiplication des occasions de consommer, devenues moins exceptionnelles. De nombreux usagers occasionnels, qui réservaient la cocaïne à la fête, semblaient désormais la consommer lors d'occasions plus courantes – en semaine, à « l'apéro » par exemple. Le passage à

20. Indépendamment de l'effet de stock, dès lors qu'une partie des expérimentations observées en 2010 datent de plusieurs années. Elles incluent donc la hausse observée dans la génération interrogée en 2005.

des usages plus réguliers et une augmentation des quantités prises est donc devenu plus fréquent, mais la consommation de cocaïne est concentrée dans certains segments de population (Cadet-Tairou *et al.*, 2020a ; Gérome *et al.*, 2018).

**Graphique 9. Évolution du taux d'expérimentation de cocaïne à 17 ans selon le sexe (2000-2022)**



Source : ESCAPAD, OFDT

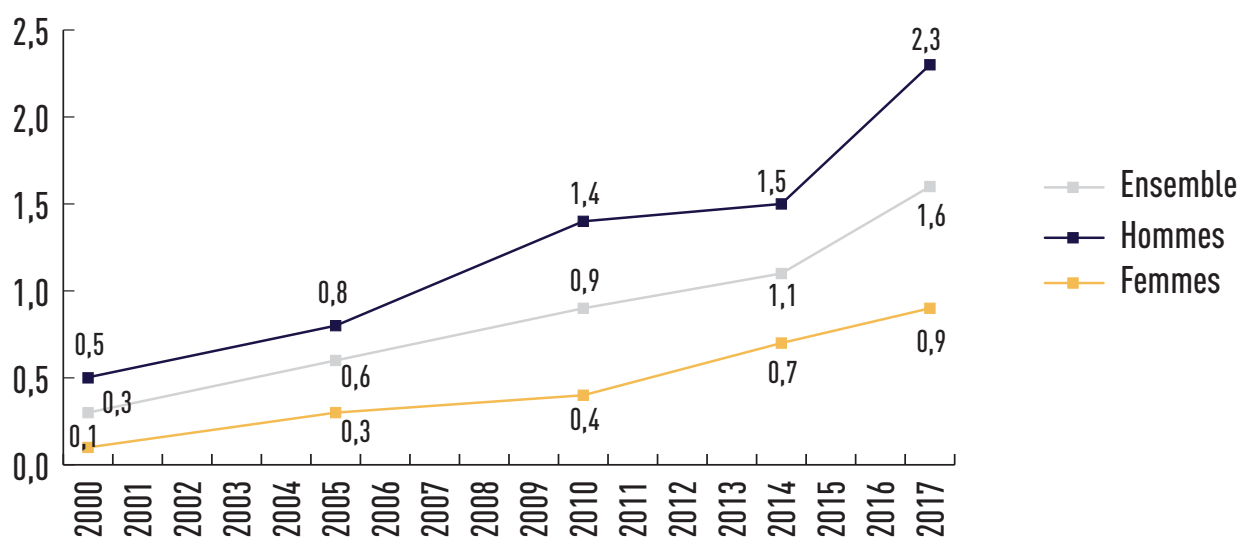
### Vers une installation de la consommation de cocaïne en France ?

Bien qu'il concerne une fraction réduite de la population adulte, l'usage dans l'année n'a cessé de progresser durant deux décennies : il concerne 1,6 % des adultes en 2017 (vs 0,3 % en 2000). Cette consommation reste donc marginale en France, bien que la hausse se soit accélérée depuis 2014 (voir graphique 10), traduisant une dynamique contrastée : hausse dans certaines catégories de la population adulte (surtout au-delà de 25 ans), stabilité (voire baisse) parmi les plus jeunes adultes. Cette hausse de la proportion d'usagers dans l'année traduit donc, probablement, un changement de comportement parmi les initiés à la cocaïne, plus qu'une progression généralisée de la consommation : parmi les adultes qui ont essayé la cocaïne, ceux qui consomment ensuite de façon occasionnelle voire régulière sont plus nombreux que dans les générations précédentes. Cette hypothèse pourrait expliquer la hausse des consommations problématiques et des complications sanitaires observée dans la période récente (voir partie III).

Comme pour la plupart des autres drogues (en particulier illicites), l'usage de cocaïne dans l'année concerne plus souvent les hommes (2,3 % vs 0,9 % des femmes).

Comme dans les autres pays européens qui rapportent un essor de la consommation, la majorité des usagers de cocaïne en France n'en consomment qu'en de rares occasions, à titre expérimental. Chez les consommateurs plus réguliers de cocaïne, on peut distinguer deux grands groupes. Le premier se compose de consommateurs intégrés socialement, qui consomment généralement de la cocaïne le week-end, lors de soirées ou en d'autres occasions spéciales, parfois en plus grandes quantités. Un grand nombre de ces consommateurs estiment « contrôler » leur consommation de cocaïne, en se fixant des règles, par exemple sur la quantité, la fréquence ou le contexte (Pousset, 2012 ; Reynaud-Maurupt *et al.*, 2011). Le second groupe comprend les consommateurs intensifs de cocaïne et de crack, appartenant souvent à des groupes socialement plus marginalisés ou défavorisés, notamment des anciens usagers ou des consommateurs actuels d'opioïdes, qui prennent du crack ou s'injectent de la cocaïne.

**Graphique 10. Évolution de l'usage de cocaïne dans l'année parmi les adultes (18-64 ans)**



Source : Baromètre santé de Santé publique France

### Une hausse de la consommation qui s'inscrit dans une dynamique européenne

Alors que la France apparaissait comme un pays relativement peu consommateur au début des années 2000, elle se situe désormais parmi les pays européens affichant des niveaux de consommation dans l'année en hausse, dans le groupe restreint de pays comptant plus de 3 % d'usagers dans l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans). L'évolution de l'usage dans l'année parmi les jeunes adultes montre une hausse continue en France, plus marquée que dans la plupart des autres pays européens mais sans commune mesure avec les pays les plus consommateurs, comme le Royaume-Uni, l'Espagne ou la Croatie (voir graphique 11) (EMCDDA, 2022a).

La progression de la consommation de cocaïne reflète souvent la dynamique de diffusion en population générale, mesurée par l'indicateur standardisé d'expérimentation du produit parmi les 15-64 ans, recueilli par l'EMCDDA pour comparer les pays européens. Cette mise en regard permet d'identifier quelques pays enregistrant des prévalences d'expérimentation particulièrement élevées, ce qui contribue à expliquer la hausse de l'usage dans l'année parmi les jeunes adultes : l'Espagne (11,2 % d'expérimentateurs), l'Irlande (8,3 %), le Danemark (8,1 %) <sup>21</sup> – sans compter le Royaume-Uni, qui dépasse 11 % d'expérimentateurs depuis plusieurs années.

De nouvelles techniques d'enquête, en cours d'émergence, corroborent le constat d'une forte présence de la cocaïne en Europe et en France. L'analyse des eaux usées municipales, par-delà ses biais de méthode qui en font un outil de mesure indirecte de la consommation de drogues dans des environnements locaux (voir annexe 1 « Méthode et sources »), témoigne d'une hausse des marqueurs de la consommation de cocaïne dans les eaux usées de la plupart des villes européennes participantes (EMCDDA, 2018). La première étude de ce type, réalisée en 2011, comme la plus récente, menée en 2021, montrent des résultats très variables entre les villes et entre les pays. Les concentrations maximales sont relevées en Belgique et aux Pays-Bas, avec un pic en 2021 à Bruxelles, Utrecht ou Eindhoven. À l'inverse, les estimations les plus basses concernent des villes de pays du nord et de l'est de l'Europe, malgré une tendance à la hausse. Entre 2020 et 2021, la présence de cocaïne dans les eaux d'égout était en hausse dans la plupart des villes européennes participant à l'étude <sup>22</sup>, notamment à Paris. Dans la plupart des villes, les niveaux d'usage de cocaïne semblent augmenter pendant le week-end, témoignant de la consommation « récréative » de cette

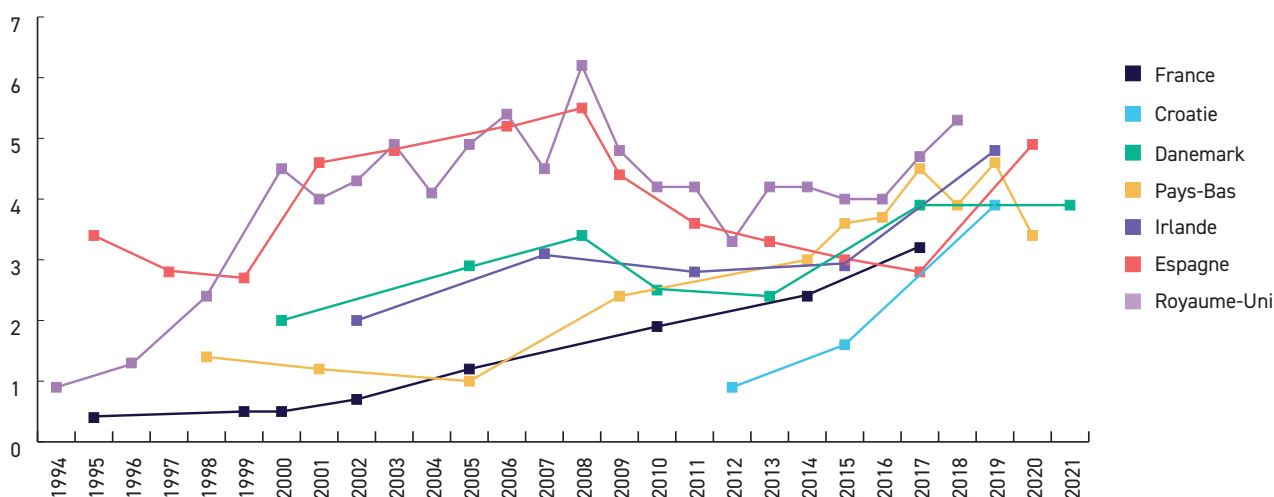
21. Source : EMCDDA, tableaux GP-22 à GP-42 et EMCDDA, 2022a.

22. En 2021, 39 villes sur 107 ayant réalisé des prélèvements rapportent une augmentation de la concentration journalière moyenne en BZE (EMCDDA, 2022b).



drogue. Il faut toutefois rappeler les biais de cette source : l'analyse des eaux usées prend en compte le pourcentage d'élimination de la cocaïne dans les urines, qui dépend des quantités prises mais aussi de la teneur en cocaïne dans les produits consommés. Ainsi, une partie de la hausse peut être liée à la teneur en principe actif du produit, attestée par les données des saisies.

**Graphique 11. Évolution indicative de l'usage de cocaïne dans l'année chez les jeunes adultes (15-34 ans) dans 7 pays européens parmi les plus consommateurs (1994-2021)**



Source : EMCDDA (Statistical Bulletins)

Note de lecture : ces tendances doivent être lues comme indicatives car elles s'appuient sur des dispositifs d'enquêtes fondés sur des méthodes différentes, garantissant une représentativité et une comparabilité variables. L'EMCDDA préconise la prudence dans leur utilisation (EMCDDA, 2021).

### L'usage de crack et de cocaïne basée, une pratique rare mais de plus en plus visible

De toutes les drogues illicites, la cocaïne est l'une des rares dont l'usage actuel (au moins une fois dans l'année) chez les adultes au-delà de 25 ans a augmenté de façon quasi continue pendant deux décennies. À l'inverse, l'expérimentation de crack reste résiduelle : du début des années 2000 jusqu'à la fin des années 2010, elle n'a jamais dépassé 1 %, quel que soit l'âge. En 2017, on comptait 0,7 % d'expérimentateurs parmi les adultes. Ce phénomène concerne donc des fractions spécifiques de population (voir p. 33). Il reste par ailleurs relativement circonscrit, en Île-de-France et dans les Antilles (voir encadré p. 32), même s'il concerne l'ensemble des régions métropolitaines s'agissant de la cocaïne basée et de ses usagers, qui ne sont pas toujours en grande précarité (Gérome, 2022). On peut souligner le contraste entre le « phénomène du crack », très visible dans le nord-est parisien, mais bien présent bien que moins visible dans les autres régions métropolitaines. Compte tenu de la dispersion de la consommation de crack et de cocaïne basée, le phénomène reste cependant difficile à chiffrer.

Cette concentration des usages de crack dans certains segments de population et certains territoires s'explique par divers facteurs. Dans la communauté antillaise, par exemple, la forme d'administration du crack (fumée) aurait contribué à l'adoption de cette drogue en raison de la peur traditionnelle des injections (qui explique la place marginale de l'héroïne) et de la proximité des lieux de vente de l'herbe (de cannabis) et de « la roche » (désignation du crack dans les Antilles à partir des années 1980), facilitant le passage du joint au *black-joint* ou *wulla* (mélange de cannabis et de crack), puis au crack seulement (Charles-Nicolas, 1997).

Si les enquêtes en population générale témoignent d'une diffusion de la cocaïne basée qui reste très limitée, ce sont surtout les données collectées au sein des structures spécialisées – réduction des risques et centres de traitement – qui permettent de décrire les modalités de cette diffusion. Les données issues des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en

addictologie (CSAPA) montrent ainsi des évolutions concordantes. L'enquête auprès des usagers reçus en CAARUD confirme la diffusion accélérée de la cocaïne basée : ainsi, en 2019, 54 % d'entre eux déclaraient avoir consommé de la cocaïne basée au cours des 30 derniers jours, contre 32 % en 2015 (22 % en 2008, 26 % en 2012). En outre, le nombre de patients pris en charge en CSAPA et ayant consommé de la cocaïne basée au cours des 30 derniers jours a été multiplié par plus de deux entre 2010 (n = 3 200 en métropole) et 2020 (n = 7 000). Enfin, le nombre estimé d'usagers de cocaïne basée au cours du mois a plus que triplé au cours de la même période (n = 11 000 en 2010, plus de 41 000 en 2020). Rapportés à la population française âgée de 15 à 64 ans, ces usagers représentent une prévalence de moins de 0,1 %, sensiblement inférieure à celles rapportées dans des études menées au Royaume-Uni (0,5 %) (Hay *et al.*, 2019) ou aux Pays-Bas (0,5 %) (Perez *et al.*, 2013).

## Focus sur la consommation de crack dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane)

Une des particularités de la zone Antilles-Guyane tient à la présence d'usagers de crack, dont la forte visibilité sociale contraste avec un périmètre de consommation circonscrit à des publics très marginalisés (moins de 1 % de la population) (Obradovic, 2020). Les départements français d'Amérique (DFA) comptent plusieurs scènes ouvertes de consommation, en pleine rue, dans les chefs-lieux Pointe-à-Pitre (quartier Boissard), Fort-de-France (La Mangrove) et Cayenne (La Crique), poches de trafic nées dans les années 1980 en périphérie des villes (Marchant, 2013). En provenance de Jamaïque, puis des ghettos noirs et hispaniques américains à la fin des années 1970, le crack est apparu en France dans les DFA au milieu des années 1980, avant d'atteindre la métropole quelques années plus tard (Charles-Nicolas, 1997). En Guadeloupe (Casimir, 2007), en Martinique (Merle, 2008) et en Guyane (Merle et Vallart, 2010), la consommation s'est intensifiée à partir des années 1990, avant de s'élargir. En Guyane, par exemple, l'usage est longtemps resté concentré dans les villes du littoral atlantique (Cayenne, Roura, Kourou), avant de s'étendre à Saint-Laurent du Maroni et Saint-Georges (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019).

Plus diffus qu'auparavant, ces usages restent néanmoins limités à des publics très pauvres, sans domicile fixe et donc visibles dans l'espace public, comme l'ont montré quelques enquêtes locales. Ainsi, en Martinique, la prévalence de la consommation de crack était estimée, en 2008, à 5 personnes pour 1 000, culminant à 1 % chez les 15-44 ans, un taux bien plus élevé qu'en métropole (Merle, 2008). Le nombre d'usagers problématiques de drogues, évalué à 2 000 personnes, était composé en quasi-totalité d'usagers de crack, présentant un profil relativement homogène : des hommes (86 %), trentenaires (36,2 ans d'âge moyen), en situation sociale difficile (un sur trois sans domicile fixe et un sur dix dépourvu d'un logement stable). Selon les associations de prise en charge et certains policiers, en particulier de la brigade anti-criminalité (BAC), le nombre de fumeurs de crack aurait à nouveau augmenté dans la période récente, en raison du faible coût du produit et de la rapide dépendance qu'il engendre. Entre 2012 et 2013, le Réseau addictions Martinique dénombrait plus de 400 fumeurs de crack pris en charge dans une structure, en prison ou répertoriés comme errants à Fort-de-France : sur les 450 errants recensés, une centaine consommait du crack (soit un usager de crack pour 1 000 habitants). La majorité de ces consommateurs présentent un profil marqué par la grande précarité. Ils se caractérisent par des profils de polyconsommation, le cannabis et l'alcool étant souvent consommés pour « gérer la descente ». Ce regain du crack est également rapporté en Guadeloupe. Selon le CHU de Pointe-à-Pitre, une centaine de personnes par an seraient hospitalisées en lien avec le crack, pour des accidents de la voie publique, des traumatismes par arme blanche ou par arme à feu, ou des tentatives de suicide : les usagers y sont surnommés « *paro* » (littéralement, « malpropres ») et le produit fumé « diable ». Enfin, la visibilité de ce phénomène se retrouve aussi en Guyane, en particulier à Cayenne où 100 à 200 usagers de crack erraient dans des lieux publics fréquentés (quartier De Gaulle et cathédrale, centre-ville, marché), isolés ou en petits groupes. Cette population, concentrée dans les principales villes du nord de la Guyane (Cayenne, Saint-Laurent-du-Maroni), serait cependant stable voire en décroissance (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019). La permanence du crack dans le paysage des addictions aux Antilles et en Guyane s'explique par un prix d'achat plus bas que pour tout autre produit psychoactif. Dans les années 2000, il se vendait 3 à 5 fois moins cher qu'à Paris : une dose coûtait 2 € en Guyane, 3 à 4 € en Martinique, contre 10 € en métropole en 2003 (Bello *et al.*, 2004). En 2019, le prix d'une galette était estimé en deçà de 5 € en Guyane, variant selon les localités (2 € à Saint-Laurent, entre 2 € et 5 € à Cayenne, 5 € à Saint-Georges). L'accessibilité du produit est renforcée par le fractionnement des doses : il peut ainsi être acheté à la « taffe » (une dose prise en une inspiration unique) pour 1 euro. Ce prix d'achat modique vient de la facilité de fabriquer localement le crack, à partir de la cocaïne produite dans les régions voisines et accessible par des réseaux surinamiens. Cependant, les observations récentes font aussi état de réseaux structurés, hiérarchisés et localisés, à Saint-Laurent-du-Maroni par exemple, dans les quartiers des Vampires ou de la Charbonnière (Cadet-Tairou et Gandilhon, 2019). La présence du crack dans les DFA apparaît comme la résultante d'une pluralité de facteurs qui structurent le rapport aux drogues en général – et au crack en particulier. Face à ce constat, les politiques publiques offrent des réponses jugées quantitativement insuffisantes et, parfois, qualitativement inadéquates, dans un contexte marqué par les disparités territoriales, sociales et ethniques et dans une perspective proche du doublement de la population (Qribi et Dayre, 2015). Cependant, les Plans régionaux de santé (PRS) mis en place par les agences régionales de santé (ARS) concernées prennent désormais en compte cette problématique (PRS 2018-2022 de Martinique, PRS 2018-2023 de Guadeloupe, PRS 2018-2028 en Guyane).



À partir des années 2010, le processus de diffusion de la cocaïne, notamment sous sa forme basée, s'est accompagné d'une diversification du profil des usagers. Si l'appellation « crack » est depuis longtemps associée à des usagers en situation de grande précarité résidant en région parisienne (Cadet-Taïrou *et al.*, 2021a, b), une assignation largement relayée par les médias, hors de la région parisienne les usagers font davantage référence à l'appellation « cocaïne fumée » ou « free base » ou simplement « base », voire, de plus en plus, à l'expression « fumer la cocaïne » sans référence au fait qu'elle ait été basée. La diffusion de la cocaïne basée s'est accompagnée d'une diversification des profils d'usagers, plus insérés (Janssen *et al.*, 2020, 2021), contribuant à une évolution sémantique. Ainsi, l'appellation « crack » serait plus souvent employée par des usagers des milieux modestes, tandis que celle de « cocaïne fumée » est davantage utilisée par les usagers plus aisés, une minorité de patients (moins de 2 %) déclarant les deux (Vuolo *et al.*, 2022). À l'instar du diptyque MDMA et ecstasy (Girard et Boscher, 2010), de nombreux usagers considèrent que la cocaïne fumée/inhalée est une substance à part du crack, alors qu'il s'agit de facto de la même. Ce phénomène de distanciation (ou *defensive othering* dans la littérature anglo-saxonne) (Vuolo *et al.*, 2022), biais cognitif bien connu de la psychologie sociale (Schwalbe *et al.*, 2000 ; Snow et Anderson, 1987), permet aux usagers de se distinguer d'un groupe fortement stigmatisé, et de justifier ainsi leur propre consommation en minimisant les effets négatifs, tant sur leur propre bien-être que sur leurs représentations. L'appellation joue un rôle central dans le repère et l'évaluation des substances consommées par les patients pris en charge.

## Diversification sociale des usagers de cocaïne

Si la diffusion de la cocaïne touche prioritairement certaines catégories de population (les jeunes adultes et les hommes), l'augmentation des consommations est allée de pair avec une diversification des profils (selon l'âge, le sexe, la situation socioéconomique, la profession, le niveau d'éducation et le lieu de résidence), alors même que les contextes et les pratiques de consommation ont relativement peu varié.

### Une diversification sociale croissante des profils d'usagers

Alors que, dans les années 1980 et 1990, l'usage de la cocaïne concernait essentiellement des personnes de milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ou au contraire des publics marginalisés en retrait du marché du travail, comme les usagers précaires injecteurs de speed ball (mélange de cocaïne et d'héroïne), elle est désormais consommée au sein de nombreuses catégories de la population active (occupée ou non).

Depuis les années 2000, le profil socioprofessionnel de la population adulte concernée par l'usage de cocaïne s'est largement modifié : si l'usage de la cocaïne culmine toujours parmi les chômeurs (l'expérimentation passant de 5,6 % en 2005 à 8,7 % en 2017, et l'usage dans l'année de 1,8 % à 2,7 %), la proportion d'usagers s'est stabilisée dans ce groupe alors qu'elle a augmenté de façon significative parmi les actifs occupés (passant, entre 2005 et 2017, de 2,5 % à 5,6 % d'expérimentateurs et de 0,4 % à 1,6 % d'usagers dans l'année<sup>23</sup>). Ainsi, cette consommation apparaît moins clivée entre, d'une part, des initiés au pouvoir d'achat élevé et, d'autre part, des usagers marginalisés : elle concerne désormais tous les groupes professionnels, et notamment les professions intermédiaires (6,2 % d'expérimentateurs en 2017 et 2,0 % d'usage dans l'année), les employés (3,9 % et 1,1 %) et les ouvriers (6,2 % et 1,8 %).

En particulier, le phénomène d'usage de la cocaïne s'est répandu parmi des populations qui, sans se trouver nécessairement en situation de précarité socioéconomique, sont faiblement diplômées. S'il n'existe pas de lien significatif entre niveau de diplôme et usage de cocaïne, la hausse de la diffusion de ce produit a été particulièrement marquée parmi les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac (Beck *et al.*, 2014).

---

23. Exploitation secondaire du Baromètre santé 2017, en partenariat avec Santé publique France (chiffres non publiés).

D'une façon générale, l'exercice d'une activité professionnelle demeure un facteur protecteur face aux addictions – la situation de recherche d'emploi étant, à l'inverse, associée à un sur-risque d'usage de substances. Certains secteurs professionnels, du fait de conditions de travail difficiles ou de cadences horaires irrégulières, regroupent de plus en plus de personnes qui recourent à la cocaïne pour des motifs variés : rechercher du plaisir, apaiser une douleur physique ou psychique, améliorer ses performances, etc.

### Une pratique qui touche tous les secteurs professionnels

L'expérimentation de cocaïne touche désormais des personnes travaillant dans tous les secteurs professionnels. Contrairement aux années 2000, plus aucun secteur d'activité ne se distingue par une proportion significativement inférieure à la moyenne (Andler *et al.*, 2021). La diffusion de cocaïne reste toutefois plus répandue dans certains secteurs d'activité : hébergement et restauration (près d'un expérimentateur sur dix dans ce groupe professionnel, soit trois fois plus que la moyenne, avec 16 % d'initiés parmi les hommes et 7 % parmi les femmes) ; arts, spectacles et services récréatifs (18 % d'expérimentateurs, jusqu'à 26 % parmi les hommes) ; information et communication (9,7 % d'expérimentateurs) (Andler *et al.*, 2021 ; Beck *et al.*, 2016).

Enfin, sans que cela soit mesuré par les enquêtes en population générale, les pouvoirs publics et les professionnels des métiers de la mer, particulièrement en Bretagne, rapportent une consommation fréquente dans le milieu des marins-pêcheurs. Selon le ministère de la Transition écologique, « les consommations de substances psychoactives chez les gens de mer français sont supérieures à celles observées chez les actifs d'autres secteurs d'activité » : une étude de 2013 utilisée dans la campagne « Pas d'ça à bord ! » rapportait ainsi que les marins de moins de 35 ans étaient positifs à 46 % pour le cannabis et 8 % pour la cocaïne.

Les incitations à consommer déclarées par les jeunes adultes révèlent des motifs variés : rechercher du plaisir, apaiser une douleur physique ou psychique, améliorer ses performances, etc. L'usage de cocaïne présente donc la singularité d'être fortement corrélé à l'environnement professionnel, parfois incitatif. Ce lien, établi par différents travaux (Crespin *et al.*, 2017 ; Lutz, 2015), renvoie à plusieurs dimensions interdépendantes : culturelle (socialisation professionnelle liée au partage du produit dans le cadre de pratiques ritualisées, au même titre que le fait de « boire un verre » à la sortie du bureau, etc.) ; recherche de performance (assimilable à une forme de dopage : prendre de la cocaïne pour « tenir au travail » parmi les salariés exposés au travail de nuit ou à des cadences élevées) ; séparation du temps de la consommation par rapport au travail (en particulier parmi les usagers les plus réguliers) (Crespin *et al.*, 2015 ; Fontaine, 2002).

### La féminisation de la consommation

La diversification des profils se traduit également par une féminisation de l'expérimentation et des usages de cocaïne. En 2000, on comptait ainsi 18 % de femmes parmi les usagers (18-64 ans) de cocaïne : cette part n'a cessé de progresser jusqu'en 2014 (34 %), avant de s'infléchir en 2017 (28 %, soit 10 points de plus qu'en 2000). Les prochaines enquêtes en population adulte (l'enquête EROPP 2023 de l'OFDT et le Baromètre 2024 de Santé publique France) seront utiles pour confirmer cette évolution.

Si la diffusion de la cocaïne continue de concerner plus largement les hommes, quel que soit le niveau de diplôme, elle est ciblée, parmi les femmes, sur les catégories les plus diplômées (Beck *et al.*, 2014). Parmi les femmes, les cadres et les professions intellectuelles supérieures ont une proportion plus élevée d'expérimentatrices de cocaïne (5,3 %) (Andler *et al.*, 2021). Le phénomène d'initiation à la cocaïne reste donc plus ciblé parmi les femmes, alors que la diffusion est plus large parmi les hommes, quel que soit le niveau de diplôme, comme pour les autres drogues illicites.

### Vers une homogénéisation territoriale de la diffusion de cocaïne

Les usages de cocaïne concernent donc des publics de plus en plus variés au regard des caractéristiques sociodémographiques mais aussi territoriales. La diffusion de la cocaïne a connu une certaine homogénéisation géographique au cours des années 2000 (Beck *et al.*, 2013).

Par ailleurs, le phénomène concerne les zones rurales et périurbaines. Au-delà des traditionnelles zones de consommation dans les grandes villes, l'accessibilité de la cocaïne (mesurée à travers son expérimentation) a surtout augmenté dans les zones urbaines de moindre importance<sup>24</sup>. Plusieurs phénomènes conjoints peuvent expliquer cette poussée au-delà des grandes villes. D'abord, le mouvement festif techno, qui a multiplié l'organisation « à la campagne » de free parties, raves ou teknivals, contribuant à drainer des jeunes ruraux autant que les urbains. Cette tendance est peut-être aussi l'expression d'une certaine désaffection urbaine liée à la hausse des prix de l'immobilier, qui a conduit des citoyens usagers de drogues à « exporter » leurs pratiques vers les zones périurbaines et rurales (Costes, 2010 ; Gandilhon et Cadet-Taïrou, 2015 ; Pousset, 2012). Enfin, le développement du micro-traffic – qui consiste, pour de petits groupes de proches, à s'associer pour s'approvisionner directement auprès des semi-grossistes dans les grandes agglomérations ou directement à l'étranger – a accru la facilité d'accès à la cocaïne en n'importe quel point du territoire français (Gandilhon, 2007).

### Diversification des profils d'usage et des modes d'administration du produit

Depuis le milieu des années 2010, les observations du dispositif TREND mettent l'accent sur le développement des consommations de cocaïne chez les usagers de drogues en grande précarité économique et sociale, notamment par injection, afin d'en maximiser les effets, ou sous sa forme basée (Cadet-Taïrou *et al.*, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017). Ces observations rejoignent certains indicateurs connexes, comme l'augmentation de la distribution de matériel d'inhalation dans les CAARUD (Díaz Gómez, 2018 ; Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017) et les résultats d'enquêtes menées auprès des structures de RdRD et de soins qui accueillent une partie de ces usagers.

Ainsi, au sein du public des CAARUD, la présence de la cocaïne est en hausse dans les consommations déclarées de substances psychoactives illicites. En 2020, la plupart des usagers de drogues reçus en CAARUD déclaraient un usage actuel de cocaïne (60 %), une proportion en nette hausse depuis 2008 (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020b). La part des usagers de cocaïne au cours du mois a fortement progressé entre 2015 et 2019, passant de 57 % à 69 % (+12 points). Cette hausse concerne tout particulièrement la forme basée du produit. Cette hausse s'explique en partie par la segmentation des doses vendues dans la rue, qui permet aux plus défavorisés d'accéder à ce produit à un coût moins prohibitif, contribuant à l'élargissement des clientèles d'usagers. Il faut également souligner la part croissante d'usagers de cocaïne rapportant une pratique d'injection, en particulier parmi les nouvelles générations : si l'héroïne demeure la première substance injectée au sein du public des CAARUD (57 % d'expérimentateurs), elle est devancée par la cocaïne parmi les plus jeunes (38 % chez les moins de 25 ans). Ainsi, 23 % des usagers de drogues de moins de 35 ans reçus en CAARUD déclarent avoir utilisé de la cocaïne lors de leur première injection (contre 15 % des injecteurs plus âgés).

En termes de profils, les « nouveaux » usagers consommant la cocaïne sous forme basée reçus dans les CAARUD comptent principalement des hommes, de plus de 35 ans, connus et suivis par les CAARUD, qui sont d'anciens injecteurs d'opioïdes et/ou de cocaïne « passés » à la cocaïne basée afin de préserver leur capital veineux, le recours à l'injection étant alors réservé aux opioïdes. D'autres, femmes et hommes plus jeunes (entre 18 et 25 ans), fréquenteraient les dispositifs de RdRD uniquement pour obtenir du matériel de consommation et sont peu connus par les professionnels.

Le dispositif TREND observe, dès la fin des années 2000 et de manière plus visible depuis 2010, que l'usage de cocaïne se développe également chez un public plus inséré socioéconomiquement, mais souvent déjà avancé dans une carrière de polyconsommation. Le passage à la voie fumée s'effectue au contact d'autres usagers maîtrisant la technique du basage et s'explique par différents facteurs : la recherche d'effets intenses, moins stimulants mais plus « planants », notamment pour les usagers ayant développé une tolérance importante au sniff et qui ont l'impression de « maximiser » leur plaisir. La dimension collective et « conviviale » de la pratique (baser pour tous, faire tourner la pipe) constitue également un motif d'usage, singulièrement lorsque cela conditionne l'intégration dans un groupe (Gérome et Gandilhon, 2020b).

24. Entre 2005 et 2010, elle a doublé dans les plus petites unités urbaines comprises entre 2 000 et 100 000 habitants (dépassant 3 %) (Pousset, 2012).

Par ailleurs, la consommation de la cocaïne en injection est particulièrement visible chez les usagers en situation de grande précarité qui souhaitent optimiser les effets de la substance. Ainsi, 38 % des usagers de moins de 25 ans fréquentant les CAARUD ont réalisé leur première injection avec de la cocaïne, contre 19 % chez les 35 ans et plus, et 21 % chez l'ensemble des répondants.

Les données collectées auprès des patients pris en charge dans les CSAPA entre 2010 et 2020 (Palle, 2021) offrent un éclairage complémentaire sur les modalités d'usage de la cocaïne. Elles montrent que le sniff demeure la voie d'administration privilégiée (environ 60 % selon les années). La dernière décennie s'est caractérisée, parmi les nouveaux patients reçus en CSAPA, par un recul continu de l'injection (de 17 % en 2010 à moins de 10 % en 2020) et une hausse de la cocaïne fumée (basée ou crack), dont la part dans les consommations déclarées est passée de 24 à 32 %, confirmant les observations de terrain (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a, b ; Gérome *et al.*, 2018). Autre élément intéressant, l'influence notable des inégalités sociales de santé sur ces voies d'administration : le recours à la cocaïne fumée et/ou injectée apparaît comme un marqueur de précarité sociale par rapport à la consommation par voie nasale, associée aux usagers plus favorisés (Vuolo *et al.*, 2022). L'injection de la cocaïne est associée à une initiation précoce, une fréquence et une sévérité accrues des usages.

### Développement de l'usage de cocaïne en association avec d'autres produits

Plus généralement, la population des usagers de cocaïne se caractérise par la fréquence des polyconsommations. La consommation de cocaïne s'inscrit fréquemment dans un contexte associant d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. Ainsi, parmi les jeunes adultes (18-34 ans) : 16 % des usagers de cocaïne au cours de l'année déclarent un usage quotidien d'alcool (contre 3 % de l'ensemble des 18-34 ans) et 87 % des usagers au cours de l'année ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois (contre 18 % des 18-34 ans). De même, la consommation de tabac est deux fois plus élevée parmi les usagers de cocaïne : 83 % des usagers au cours de l'année sont des fumeurs quotidiens, contre 41 % des 18-34 ans. Les enquêtes réalisées auprès des populations fréquentant les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD) confirment la fréquence du polyusage parmi les usagers de cocaïne (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020b).

Les observations menées par le dispositif TREND montrent également que l'association de la cocaïne avec d'autres produits par les usagers réguliers de la substance est particulièrement répandue et contribue à son succès (Gérome et Gandilhon, 2020b). Ces associations sont toutefois diverses en fonction des contextes et des personnes concernées. En contexte festif, la cocaïne sert ainsi parfois à réguler des effets jugés trop puissants d'hallucinogènes, de MDMA/ecstasy, ou même d'alcool. Ces associations visent dans d'autres cas à obtenir des effets particuliers, comme lorsque la cocaïne est consommée en association avec des opioïdes.

## Un changement d'image de la cocaïne ?

### Une notoriété croissante du produit

L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) de l'OFDT permet d'observer l'évolution des opinions et des représentations sociales des drogues en France en population générale (15-75 ans), entre 1999 et 2018 (date de la dernière édition). Cette enquête montre que la notoriété de l'ensemble des drogues classées comme stupéfiants a augmenté. C'est tout particulièrement le cas de la cocaïne : la part des personnes citant spontanément ce produit a augmenté de façon continue en 20 ans, passant de 53 % en 1999 à 60 % en 2002, 64 % en 2013, puis 68 % en 2018. Deux tiers des répondants citent la cocaïne en 2018, 15 points de plus qu'en 1999. Parmi les produits spontanément identifiés comme des drogues, la cocaïne apparaît ainsi en deuxième position après le cannabis, assez loin devant l'héroïne (50 %), le LSD et l'ecstasy (cités par trois personnes sur dix).

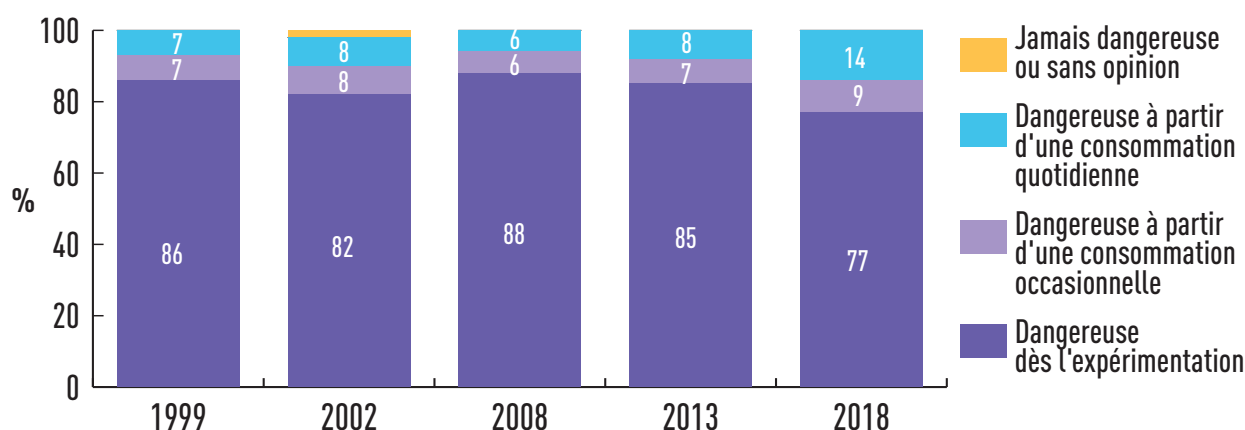
## Une évolution de la perception des usagers de cocaïne

Les représentations des usagers de cocaïne ont substantiellement évolué en deux décennies, davantage que pour d'autres types de drogues. Ces évolutions vont dans le sens d'une perception moins « pathologisée » : les représentations sociales des usagers de cocaïne apparaissent moins uniformes. Si la perception des usagers de cocaïne reste proche de celles des usagers d'héroïne sous plusieurs rapports (ils sont considérés comme « dangereux pour l'entourage »<sup>25</sup>, « manquant de volonté »<sup>26</sup> et perçus avant tout comme « des personnes malades »<sup>27</sup>), elle s'en distingue toutefois de plus en plus. Ainsi, la part des répondants qui estime que ceux qui consomment de la cocaïne le font « parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société » (37 %) ou « à cause de problèmes familiaux » (32 %)<sup>28</sup> est de plus en plus faible et de plus en plus proche de celle du cannabis. Ces évolutions témoignent d'une perception moins uniforme des usagers de cocaïne. Ainsi, en 2018, une part non négligeable des personnes interrogées (39 %) considérait que consommer de la cocaïne « peut être un choix de vie » (vs 58 % pour le cannabis). L'image de la cocaïne reste néanmoins moins valorisée que celle du cannabis : alors que trois répondants sur dix (30 %) voient les usagers de cannabis comme des personnes « agréables, détendues, cool », cette opinion est plus rare à propos des usagers de cocaïne (11 %).

## Une perception de la dangerosité en évolution

En parallèle à ces évolutions des représentations sociales des usagers de cocaïne, la perception des risques liés à l'usage de cocaïne s'est modifiée au cours de la décennie 2010. Si la grande majorité des personnes interrogées (77 %) considèrent la cocaïne comme « dangereuse dès le premier usage », cette proportion est en baisse pour la première fois en 2018, alors qu'elle était relativement stable entre 1999 et 2013 (autour de 85 %). Il faut toutefois noter la stabilité des opinions concernant les risques liés à l'usage de cocaïne : en 1999 comme en 2018, personne ne considère la cocaïne comme « jamais dangereuse » (voir graphique 12).

**Graphique 12. Évolution des représentations de la dangerosité de la cocaïne (1999-2018)**



Source : EROPP, OFDT

25. Plus de huit personnes sur dix (82 %) déclarent être « tout à fait » ou « plutôt d'accord » avec le fait que « ceux qui consomment de la cocaïne sont dangereux pour leur entourage », une proportion similaire à celle observée pour l'héroïne (84 %). Ces niveaux sont stables depuis 2008 (83 % en 2008, 83 % en 2012 et 82 % en 2018).

26. 54 % en 2018 (la question n'était pas posée dans les éditions précédentes).

27. 23 % en 2008, 17 % en 2012, 39 % en 2018 et 47 % en 2018.

28. 37 % en 2008, 33 % en 2012 et 32 % en 2018 (quasiment comme le cannabis).



# DES SIGNAUX D'ALERTE AIGUS

En l'absence de traitement médicamenteux de la dépendance à la cocaïne comme il existe des traitements de substitution aux opioïdes, des recommandations de prise en charge ont été publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2010, à la demande du ministère de la Santé. La question de l'adaptation des modes de réponse est posée par les professionnels des addictions, qui s'inquiètent des signaux sanitaires émergents.

## Des indicateurs sanitaires préoccupants

### Des risques sanitaires associés à l'usage de cocaïne désormais bien connus

L'usage de cocaïne comporte des risques sanitaires de différents types, allant des complications (psychiatriques, cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses, respiratoires, etc.) jusqu'à un risque de surdose (parfois mortelle).

L'importance des complications psychiatriques et cardiovasculaires associées à l'usage de cocaïne est démontrée de longue date (Brody *et al.*, 1990 ; Isner et Chokshi, 1989, 1991 ; Karch, 1996 ; Peterson *et al.*, 1991 ; Post, 1975). La consommation de cocaïne, quelle que soit la fréquence, peut entraîner de nombreuses complications somatiques et psychiatriques liées aux effets pharmacologiques de la cocaïne, mais aussi à la voie d'administration.

Les complications cardiovasculaires, variées, sont liées à l'accumulation de la noradrénaline et de la dopamine au niveau des terminaisons présynaptiques, ce qui peut entraîner une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, une vasoconstriction des artères coronaires, une

**Tableau 4. Principales complications somatiques et psychiatriques liées à la consommation de cocaïne poudre ou de cocaïne basée**

<b>Cardiovasculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Syndrome coronarien aigu, troubles du rythme cardiaque</li><li>■ Dysfonction ventriculaire gauche, dissection aortique</li><li>■ Thromboses artérielles et veineuses</li></ul>
<b>Neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique</li><li>■ Risque convulsif</li></ul>
<b>Infectieuses</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Infections virales (VIH, VHB, VHC)</li><li>■ Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies)</li><li>■ Infections sexuellement transmissibles (notamment syphilis)</li></ul>
<b>Respiratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Bronchospasme</li><li>■ Pneumothorax</li><li>■ Hémorragies</li><li>■ <i>Crack Lung</i> (affection respiratoire due à l'usage de crack)</li></ul>
<b>ORL (usage chronique intranasal)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Lésions de la cloison nasale</li><li>■ Infections naso-sinusiennes</li></ul>
<b>Dermatologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Lésions pieds-mains chez les consommateurs de crack</li></ul>
<b>Psychiatriques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ État délirant ou paranoïa induits par la cocaïne</li><li>■ Dépressions et tentatives de suicide</li><li>■ Attaque de panique</li></ul>
<b>Obstétricales et périnatales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Maternelles : complications cardiovasculaires, hémorragiques, hématome rétroplacentaire, éclampsie, avortements spontanés</li><li>■ Fœtales : retard de croissance intra-utérin, prématurité</li></ul>

Source : HAS, 2010

hyperactivation et agrégation plaquettaire. Parmi les complications cardiovasculaires, la prévalence de survenue d'un infarctus du myocarde (IDM) chez des patients présentant une douleur thoracique suite à un usage de cocaïne est estimé à environ 4,7 % (Wang *et al.*, 2021). Le risque de survenue d'un IDM n'est pas fonction de la quantité, du mode d'administration ou de la fréquence. Le risque est plus élevé dans les heures qui suivent la consommation – un risque 24 fois plus élevé dans l'heure suivant la consommation a été reporté (Mittleman *et al.*, 1999).

Les principales complications neurologiques sont les accidents vasculocérébraux ischémiques ou hémorragiques (AVC) et les convulsions. Les AVC surviennent lors de l'usage de la substance ou dans les heures qui suivent, quelle que soit la voie d'administration (Klonoff *et al.*, 1989). L'hypertension artérielle et un vasospasme cérébral pourraient être des causes d'AVC (Hantson, 2010). Les convulsions surviendraient chez 1 à 10 % des usagers de cocaïne et seraient liées à son action d'anesthésie locale. Leur survenue n'est pas fonction du mode d'administration, ni du type de consommateur (simple expérimentateur ou usager chronique) (HAS, 2010).

Les complications psychiatriques comprennent des altérations des fonctions cognitives et exécutives, des symptômes psychotiques induits, un comportement compulsif de recherche de cocaïne (Karila *et al.*, 2009a, b).

Certaines complications sont spécifiquement liées à la voie d'administration : brûlures en lien avec l'usage de pipe à crack, lésions de la cloison nasale et contaminations infectieuses.

La cocaïne, seule ou en association, peut entraîner des surdoses. Une surdose peut survenir, même chez des usagers occasionnels ou à faible dose. Les surdoses entraînent des intoxications aiguës accompagnées de manifestations psychiatriques (hyperexcitation, hallucinations, anxiété), neurologiques (crises convulsives, accident vasculocérébral) et cardiovasculaires (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde) pouvant aller jusqu'au décès. Il n'existe pas à ce jour d'antidote spécifique. Le traitement des intoxications aiguës est symptomatique.

Enfin, il existe des risques liés aux interactions, avec l'alcool en premier lieu. Consommée avec de l'alcool, la cocaïne produit un métabolite, le cocaéthylène (en plus de ses métabolites principaux, qui sont toutes des substances inactives : benzoylecgonine, ecgonine et ester méthylique de l'ecgonine), qui traverse la barrière hématoencéphalique et participe non seulement à un effet prolongé et intense de la cocaïne, mais contribue aussi à la toxicité cardiaque. Celui-ci augmente les risques de surdose, d'infarctus (crise cardiaque) et de mort subite. La cocaïne comporte également un risque important de surdose lorsqu'elle est consommée avec de l'héroïne, des opiacés ou des antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)<sup>29</sup>. Le crack comporte quant à lui des complications spécifiques.

### Recours aux urgences en lien avec l'usage de cocaïne

En France, la période récente a été marquée par une forte progression des recours aux urgences liés à l'usage de cocaïne : à l'échelle d'une décennie (2010-2022), les recours aux urgences liés à un usage de cocaïne ont triplé (voir encadré p. 40). En 2019 (qui constitue une année plus représentative que les années 2020-2021 marquées par la pandémie de Covid-19), la cocaïne était en cause dans 12 % des passages aux urgences liés à l'usage de drogues, contre 7 % en 2015, selon les données du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR®).

---

29. Les antidépresseurs appartiennent à cinq familles qui se distinguent par leur action sur les neurotransmetteurs cérébraux (action stimulante ou sédatrice) : les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS et IRSNA), les antidépresseurs imipraminiques, les IMAO et les autres antidépresseurs. Les IMAO sont représentés par deux substances : l'iproniazide (MARSILID) et le moclobémide (MOCLAMIDE).

## Recours aux urgences en lien avec l'usage de cocaïne

- Dr Yves Gallien, interne de santé publique, Direction Appui Traitement et Analyse de données, Santé publique France.
- Dr Bernadette Verrat, médecin épidémiologiste, Direction Appui Traitement et Analyse de données, Santé publique France.

La consommation de cocaïne peut avoir des conséquences médicales aiguës, induisant un recours aux soins d'urgences : manifestations cardiaques, neurologiques ou psychiatriques. D'autres patients, en difficulté avec leur consommation, sont également amenés à consulter aux urgences, qui apparaissent donc comme une porte d'entrée vers les soins pour des consommateurs en situation de dépendance. Ainsi, les données de passages dans les services d'urgences sont pertinentes pour suivre l'évolution de la consommation de cocaïne.

Les données du réseau OSCOUR®, qui collecte les données de passages aux urgences de plus de 650 services dans l'ensemble de la France, dans un but d'alerte et de surveillance épidémiologique (voir annexe 1), ont été utilisées pour identifier les passages en lien avec l'usage de cocaïne entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2022 (code CIM-10 : F14, T405, R782) et les décrire. La population d'étude a également été décrite à partir des diagnostics associés. Un modèle de régression a été appliqué afin d'estimer l'évolution temporelle du taux de passage en lien avec la cocaïne, ajustée sur le sexe, l'âge et la région de passage.

Entre 2010 et 2022, 23 335 passages aux urgences pour cocaïne ont été identifiés. Les patients sont principalement des hommes (75 %) et les tranches d'âges les plus concernées sont les 30-39 ans, les 20-29 ans et les 40-49 ans (âge médian : 32 [26-39] ans). Les patients sont admis principalement pour une intoxication (65 %), une dépendance (13 %) ou un sevrage (7,5 %). En 12 ans, le taux de passages a augmenté de 8,6 à 21,2 pour 100 000 passages (voir graphique 13), soit, après ajustement, un taux multiplié par 3,09 [2,70-3,53]. À l'échelle d'une décennie (2010-2022), les recours aux urgences liés à un usage de cocaïne ont donc plus que triplé. L'évolution est plus marquée chez les femmes (4,5 à 12,6) que chez les hommes (12 à 29,2). Les taux de passages ont augmenté brusquement entre 2021 et 2022 (de 17,1 à 21,2).

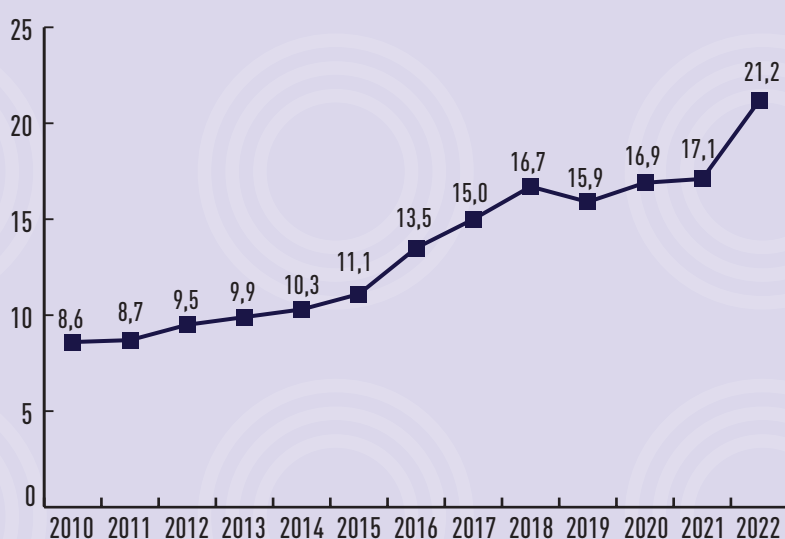
Des différences régionales importantes ont été mises en évidence, avec des taux de passages particulièrement élevés en Guyane (44,1), PACA (40,8) et Occitanie (27). Par ailleurs, sur la période, une très forte augmentation était à noter en Auvergne-Rhône-Alpes (1,2 à 22,9), en Bretagne (4,3 à 34,4), en Nouvelle-Aquitaine (3 à 20,6), en Grand Est (8,7 à 19,9) et en Bourgogne-Franche-Comté (2,9 à 13,1).

Les passages identifiés présentaient majoritairement des diagnostics associés liés à une intoxication par l'alcool (33 %), aux benzodiazépines (9,6 %), au cannabis (9,5 %) ou aux opioïdes (4,8 %), traduisant un profil de polyconsommation. Les autres diagnostics associés étaient liés aux manifestations cardiaques (douleur thoracique, palpitations, tachycardie) et psychiatriques (agitation, dépression, anxiété, schizophrénie).

Ces résultats apportent un éclairage nouveau sur la montée en charge des conséquences sanitaires liées à l'usage de la cocaïne et sur le profil des consommateurs, même s'il n'est pas possible de différencier l'usage de crack et de cocaïne.

Le fardeau de la consommation de cocaïne sur les urgences a fortement augmenté au cours de la période d'analyse, notamment en lien avec l'augmentation des consommations. La dynamique récente entre 2021 et 2022 constitue un signal alarmant. L'utilisation des données issues du réseau OSCOUR® pourrait permettre une surveillance réactive et régulière.

**Graphique 13. Évolution du taux brut de passage aux urgences pour usage de cocaïne entre 2010 et 2022, France entière.**



Sources : données OSCOUR®, Santé publique France



Selon les données localisées du centre sentinelle Euro-DEN (*European Drug Emergencies Network*) de Paris (Hôpital Lariboisière), près d'un passage aux urgences sur cinq liés à l'usage de drogues impliquait la cocaïne en 2021 (18,9 %). À l'échelle de cet hôpital parisien, cette part est en baisse, après avoir culminé autour de 29,1 % en 2015. La prédominance masculine parmi les patients s'est accentuée : la proportion des hommes est passée de 70,4 % en 2014 à 86 % en 2021. L'âge moyen rapporté était de 34,3 ans, sachant que les jeunes adultes (moins de 25 ans) représentaient 21 % des passages. Dans deux tiers des cas, la cocaïne était associée à une autre substance, principalement les benzodiazépines (16 %), le GHB/GBL (14 %), le cannabis (12 %) et la 3-MMC (12 %). L'alcool était impliqué dans plus de la moitié des passages (55 %). En 2021, 4,7 % des passages ont conduit à une admission en soins intensifs.

En parallèle, dans le site observé, la part du crack dans les passages aux urgences liés à l'usage de drogues a progressivement augmenté entre 2014 et 2021, passant de 12 % à 18 %. Comme pour la cocaïne, la majorité des passages concernent des hommes, dont la proportion s'est élevée de 69 % en 2014 à 85 % en 2021. L'âge moyen est plus élevé pour les passages impliquant le crack et les moins de 25 ans sont nettement moins concernés : ils représentaient seulement 2 % des passages en 2021. Dans la moitié des cas, le crack était associé à d'autres substances, principalement les benzodiazépines (15 %), le cannabis (10 %), les opioïdes (10 %), la cocaïne (7 %) et la méthadone (7 %). Comme pour la cocaïne, l'alcool était impliqué dans la moitié des cas. La part des admissions en soins intensifs est plus élevée que pour la cocaïne (7 % en 2021).

Entre 2014 et 2017, la cocaïne a été la deuxième substance la plus souvent signalée par les hôpitaux du réseau Euro-DEN Plus (Euro-DEN Plus, 2022), présente en 2020 dans 21 % des passages aux urgences liés à l'usage de drogues au sein de l'UE (EMCDDA et al., 2022a). Malgré l'apparition de signaux sanitaires invitant à la vigilance, la situation en Europe reste sans commune mesure avec les États-Unis, où la cocaïne est la première substance en cause dans les recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues (40 %) (SAMHSA, 2013).

### Des signaux d'addictovigilance convergents

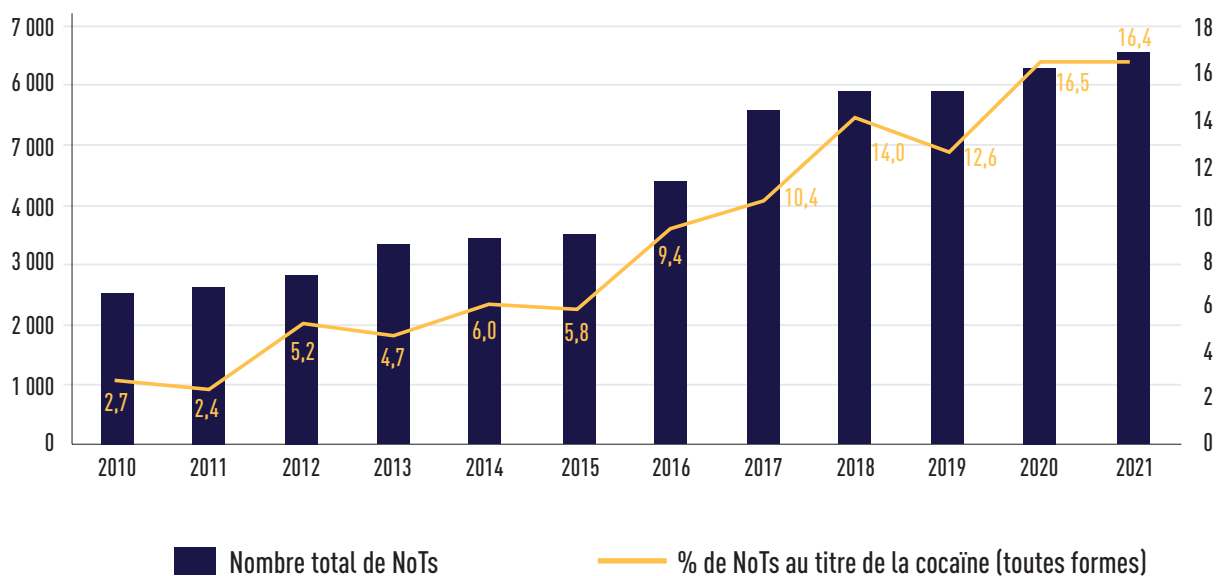
En France, le nombre de signalements d'intoxications à la cocaïne a fortement progressé dans la période récente : en 2021, sur plus de 6 000 notifications spontanées au réseau d'addictovigilance (NotS)<sup>30</sup>, 16,4 % concernaient la cocaïne (voir graphique 14). Ces notifications au titre de la cocaïne sont allées de pair avec une augmentation des cas graves (47 en 2010, 674 en 2021), en concordance avec d'autres signaux d'addictovigilance, tels que la hausse des prises en charge hospitalières de complications liées à l'usage de cocaïne et la hausse des décès directs en lien avec un usage de cocaïne (voir encadré p. 43 sur les données d'addictovigilance<sup>31</sup>).

Ainsi, le nombre d'hospitalisations en relation avec l'usage de cocaïne a été multiplié par cinq en dix ans (voir graphique 15). Cette hausse des hospitalisations concerne toutes les classes d'âge et touche les hommes autant que les femmes (Eiden *et al.*, 2022). Les cas de complications chez la femme enceinte font désormais l'objet d'une attention particulière (Charreteur *et al.*, 2018), même si la part des femmes enceintes exposées à ce type de risques n'est pas précisément évaluée en France, comme elle l'est aux États-Unis – où les estimations évoquent 750 000 femmes enceintes et naissances exposées à la cocaïne (Porter et Porter, 2004).

30. Voir annexe 1 pour les précisions méthodologiques.

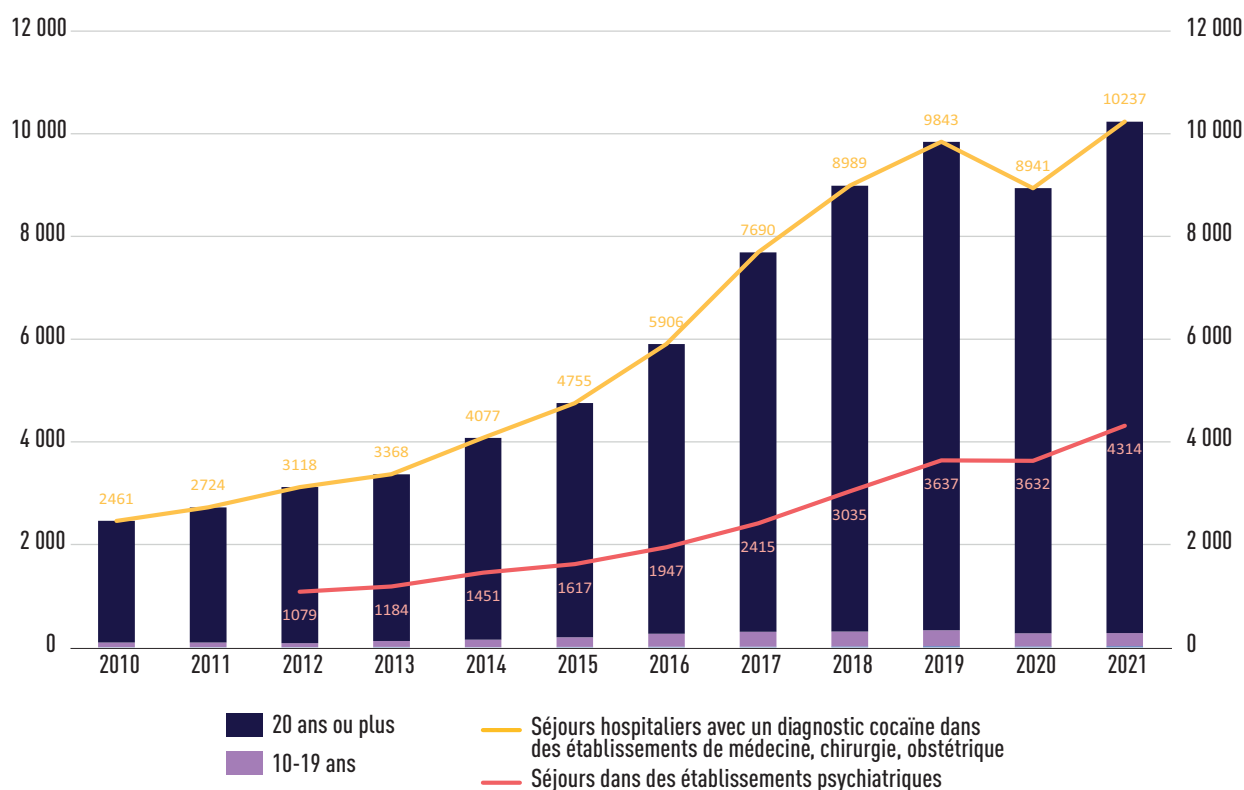
31. <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2019/06/Plaque-cocaine-Addictovigilance-2021.pdf>

**Graphique 14. Évolution du nombre de notifications spontanées (NotS) rapportées au réseau d'addictovigilance, incluant la part de la cocaïne (2010-2021)**



Source : NotS, réseau français d'addictovigilance

**Graphique 15. Évolution de l'incidence annuelle des patients hospitalisés pour une intoxication à la cocaïne (codes CIM10\*) (2010-2021)**



Source : PMSI

\* requêtes dans la base PMSI pour 3 codes. F14 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne ; R78.2 : présence de cocaïne dans le sang ; T40.5 : intoxications par cocaïne.

Les cas concernant les enfants de moins de 10 ans sont rares (20 en 2021).

## Complications sanitaires liées à la cocaïne au prisme des dispositifs d'addictovigilance

- Dr Céline EIDEN, Suppléante du CEIP-Addictovigilance Occitanie-Est, rapporteur de l'enquête nationale cocaïne pour l'ANSM
- Pr Hélène PEYRIERE, Directrice du CEIP-Addictovigilance Occitanie-Est
- Pr Joëlle MICALLEF, Directrice du CEIP-Addictovigilance PACA Corse, Présidente de l'Association des Centres Français d'Addictovigilance
- Et le réseau des centres d'Addictovigilance

L'addictovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné liés à la consommation, qu'elle soit médicamenteuse ou non, de tout produit, substance ou plante ayant un effet psychoactif, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac (Micallef *et al.*, 2019). Elle s'appuie sur un réseau national de 13 centres d'addictovigilance. Plusieurs sources sont ici confrontées pour rendre compte de l'évolution des complications sanitaires rapportées au réseau français d'addictovigilance depuis 2010 (voir annexe 1 pour le détail des sources).

L'analyse des différents outils pharmaco-épidémiologiques du réseau d'addictovigilance concernant les complications liées à la consommation de cocaïne (sous toutes ses formes) a mis en évidence quatre phénomènes convergents (Eiden *et al.*, 2021) :

- L'augmentation régulière des notifications spontanées de complications en lien avec l'usage de cocaïne (NotS) transmises aux centres d'addictovigilance (voir graphique 14), passées de 68 en 2010 à 1 070 en 2021 (sur 6 510 notifications au total). Les 1 070 NotS concernant la cocaïne comprennent 63 % de cas graves (selon les critères de l'OMS) et une mention du crack dans 13 % des cas. Les complications sont majoritairement psychiatriques (50 %) (délire, paranoïa, dépression, tentative de suicide, anxiété), mais également neurologiques (16 %) (altérations de la conscience, convulsions), cardiovasculaires (9 %) et infectieuses (6 %). Quelques cas d'intoxication accidentelle pédiatrique sont relevés chaque année (6 cas en 2020, 3 en 2021), de même que des complications chez les femmes enceintes (23 cas en 2020, 10 en 2021).
- L'augmentation des consommations de cocaïne/crack pour 22 % des personnes incluses dans le dispositif OPPI-DUM et prises en charge en structure spécialisée. En 2021, les remontées d'informations de 273 structures spécialisées (CSAPA, CAARUD, équipes de liaison, unités d'hospitalisation et de consultation en addictologie, unités en milieu carcéral) ont permis de décrire 5 136 sujets et 10 401 modalités de consommation de substances psychoactives (dont 60 % de médicaments). Sur 5 136 sujets, 1 134 ont consommé de la cocaïne (soit 22 %) et 185 (3,6 %) du crack. Parmi les 1 134 sujets consommateurs de cocaïne (toutes formes), 22 % déclarent une consommation quotidienne et 88 % une polyconsommation. La cocaïne reste la première substance psychoactive injectée (242 sujets, soit 21 %, devant l'héroïne et la buprénorphine). La consommation de cocaïne par voie nasale (sniff) est mentionnée par la plupart des sujets (627, soit 55 %), devant la voie inhalée ou fumée (471 sujets, soit 42 %). La prise concomitante d'alcool concerne 507 sujets (46 %). Un tiers des usagers se déclarent dépendants. L'association avec la méthadone est mentionnée dans 54 % des cas, faisant craindre des risques de toxicité cardiaque.
- L'augmentation du nombre de décès en lien avec la cocaïne depuis 2014-2015 : selon l'enquête DRAMES, en 2020, 77 décès sur 567 étaient directement liés à un usage de cocaïne (substance prédominante), contre 44 en 2015. Les décès en lien avec la cocaïne représentent ainsi 13 % des décès en 2020. L'association héroïne-cocaïne est rapportée dans 39 décès et l'association méthadone-cocaïne dans 31 décès.
- Une augmentation des séjours hospitaliers nationaux codés avec le diagnostic cocaïne (PMSI, requête des diagnostics CIM-10 code cocaïne), source complémentaire d'information provenant d'un travail réalisé par le centre d'addictovigilance de Montpellier (Eiden *et al.*, 2022). Un quadruplement des séjours est constaté entre 2010 et 2021 (de 2 461 à 10 237 séjours) pour les établissements du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et une augmentation de 300 % entre 2012 (1 079 séjours) et 2021 (4 314 séjours) pour les établissements psychiatriques, soit un total d'environ 15 000 séjours en lien avec la cocaïne en 2021. Cette augmentation est hétérogène entre les régions (forte hausse en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Île-de-France, Nouvelle Aquitaine et Occitanie). Les données par tranche d'âge montrent une diffusion de la cocaïne dans la population adolescente et une augmentation des cas d'intoxications pédiatriques accidentelles (MCO : 20 en 2021 contre 2 en 2010).

Dans le contexte particulier de la pandémie et des périodes de confinement lié à la Covid-19, une surveillance renforcée a été mise en place dans la période du 27 mars au 3 juillet 2020, en collaboration avec l'ANSM : 126 signalements marquants ont été recensés, dont 43 surdoses impliquant la cocaïne (10 ont conduit au décès), avec une association fréquente à la méthadone (19 cas sur 43) (ANSM, 2020 ; Dumoulin *et al.*, 2022 ; Lapeyre-Mestre *et al.*, 2020).

La mortalité imputable à l'usage de cocaïne constitue un autre point de vigilance sanitaire. En France, la mortalité imputée à l'usage de cocaïne s'est aggravée depuis 2014. En 2018, on notait un niveau record de mortalité liée à la cocaïne, seule ou en association : la cocaïne était associée à 26 % des décès directs liés aux drogues, alors que cette proportion n'avait jamais dépassé 20 % jusqu'alors (Brisacier *et al.*, 2019). La situation semble s'être stabilisée à un niveau élevé : en 2020, on dénombrait 77 décès liés en propre à la cocaïne, auxquels s'ajoutent les cas de décès où la cocaïne était consommée en association avec un autre produit – les associations mortelles les plus fréquentes mélangeant cocaïne-héroïne et cocaïne-méthadone<sup>32</sup> (CEIP-A Grenoble, 2021, 2022). Le risque de sous-estimation reste cependant important (voir annexe 1 sur la méthode de comptabilisation dans le registre DRAMES).

32. Une étude du réseau national d'addictovigilance (ANSM) rapporte « une augmentation des signalements et de la gravité des intoxications liées à la consommation de cocaïne et de crack ». Entre janvier 2010 et juin 2017, 1 486 notifications de cas d'intoxications liées à l'usage de cocaïne ont été rapportées au réseau d'addictovigilance dans le cadre de l'étude du réseau national d'addictovigilance (ANSM, 2018).

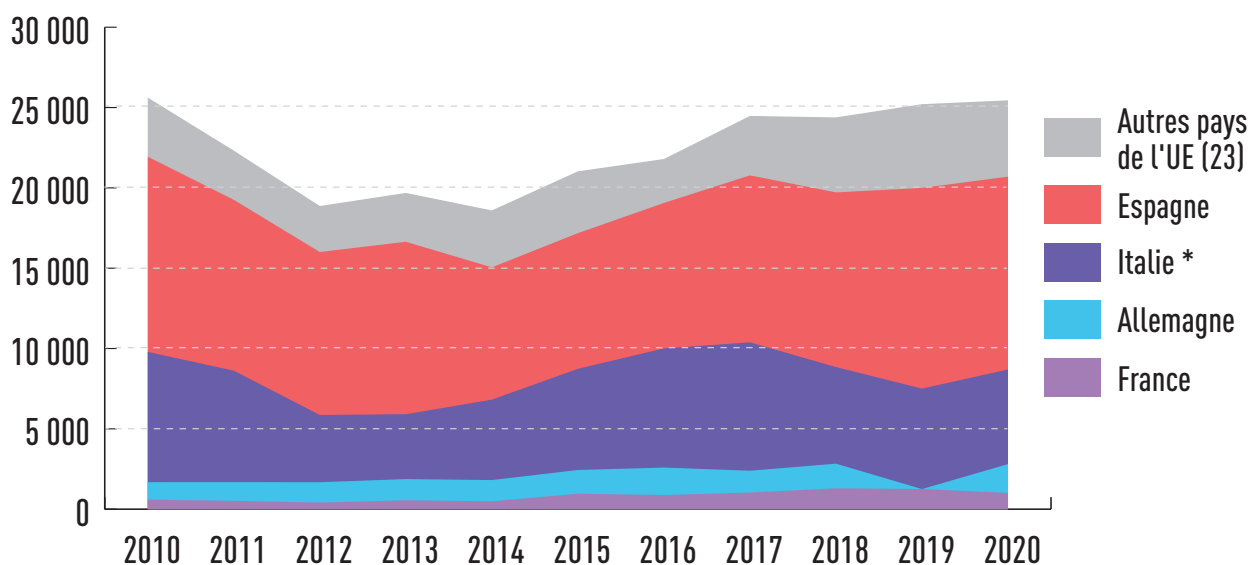
On observe donc, en France comme en Europe, une augmentation des décès directs liés à la cocaïne sur dix ans. Au sein de l'UE, la mortalité liée à la cocaïne est également en essor, représentant 13,4 % des décès par surdose en 2020 (14,3 % en 2019)<sup>33</sup>, principalement en présence d'opioïdes (EMCDDA, 2022a). Pour préoccupante qu'elle soit, cette évolution reste sans commune mesure avec la situation observée aux États-Unis, où près de 20 000 décès étaient imputés à une surdose de cocaïne en 2020 (souvent en association avec le fentanyl), cinq fois plus que dans la décennie précédente. La mortalité liée à la cocaïne représente 23 % de la mortalité par surdose de drogues, un record dans ce pays (selon les *Centers for Disease Control*).

## Une demande de prise en charge sanitaire en hausse

### Montée en charge des demandes de soins au titre de la cocaïne

Difficile à documenter, le rôle de la cocaïne dans les problèmes sanitaires aigus ou de long terme peut facilement passer inaperçu (Escots et Suderie, 2009). Cela s'explique notamment par le fait que les usagers insérés, tout particulièrement, se tiennent le plus souvent à l'écart des dispositifs de prise en charge et considèrent souvent tardivement leur consommation comme problématique (Waldorf *et al.*, 1991). Néanmoins, au cours de la dernière décennie, une légère hausse des demandes de soins liées à la cocaïne a été observée dans la plupart des pays européens après une forte décrue entre 2010 et 2014 (voir graphique 16). En 2020, la cocaïne était la deuxième drogue citée par les patients admis en traitement pour la première fois, représentant 15 % des motifs de recours des primo-consultants au sein de l'UE.

**Graphique 16. Évolution du nombre de patients admis en traitement pour la première fois pour un problème d'usage de cocaïne dans quatre pays de l'UE (2010-2020)**



Source : EMCDDA (indicateur TDI 2118 : Number of clients / First-time entrants)

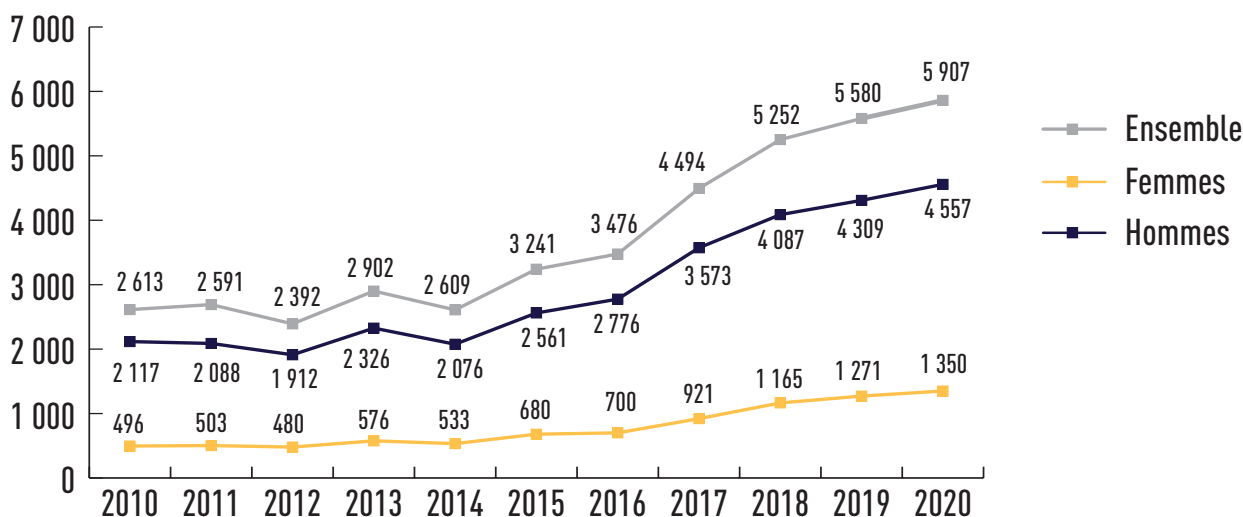
\* En Italie, le mode de collecte des données a changé en 2014, si bien que les données ne sont pas comparables sur la période 2010-2020.

33. Estimation parmi les 22 pays fournissant des données exploitables.

On retrouve la même tendance en France, où le nombre de demandes de traitement au titre de la cocaïne en CSAPA a plus que doublé en une décennie (voir graphique 17). En 2020, on comptait 5 907 demandes de traitement au titre de la cocaïne – dont 4 557 hommes (77 %) et 1 350 femmes (23 %) – et 1 489 au titre de la cocaïne basée (crack ou free base), dont 1 133 hommes (76 %) et 356 femmes (24 %) <sup>34</sup>. L'augmentation des demandes de traitement liées à la cocaïne est l'évolution la plus marquante dans le profil des patients observée dans les CSAPA au cours de la période 2015-2019 : la part des demandes de soins liées à la cocaïne est ainsi passée de 10 % à 18 % pour la cocaïne poudre et de 3,9 % à 9,6 % pour le crack/cocaïne basée. En 2019, sur 314 000 personnes ayant recouru à un CSAPA, 14 500 l'ont fait au titre de la cocaïne ou du crack en première intention (Palle, 2021). Dans la plupart des cas, il s'agit d'un recours aux soins au titre de la cocaïne poudre (deux tiers), mais un tiers des demandes concernent la cocaïne basée (ou crack).

Si la cocaïne reste relativement peu citée comme motif principal de recours à la consultation, par rapport à l'alcool ou au cannabis, par exemple, elle apparaît de plus en plus souvent parmi les consommations associées. Parmi les nouveaux consultants reçus en CSAPA, en cinq ans (2015-2019), la part de ceux qui déclarent une consommation de cocaïne et de crack/cocaïne basée est passée de 22 % à 30 % pour la cocaïne poudre et de 8,2 % à 16 % pour le crack/cocaïne basée (Palle, 2021), à l'image de la tendance observée au sein du public des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020b).

**Graphique 17. Évolution des admissions en traitement au titre de la cocaïne-poudre (substance motivant la prise en charge) parmi les patients âgés de 15 à 64 ans accueillis en CSAPA (métropole) (2010-2020)**



Source : RECAP, OFDT

Enfin, dans un contexte de croissance de l'offre de consultations jeunes consommateurs (CJC), dispositif d'accueil original en France, principalement rattaché aux CSAPA et aux services hospitaliers d'addictologie (regroupant plus de 500 points de consultation en incluant les consultations avancées), qui est allée de pair avec une hausse de la file active <sup>35</sup>, la part de la cocaïne a quadruplé en moins de dix ans, passant de 0,7 % en 2007 à 2,8 % des motifs de recours en 2015 (Obradovic, 2018). Elle atteignait 4 % parmi les 18-25 ans en 2014 (Obradovic, 2015). Ces consultants comptent davantage de femmes (5 % vs 2 %), alors que les hommes sont pourtant plus nombreux à consommer.

34. Source : système RECAP de l'OFDT (données non publiées).

35. Le dispositif des CJC a été conçu en 2004 par le ministère de la Santé et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, rebaptisée en 2014 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Ces observations soulignent l'importance des conséquences sanitaires et sociales liées aux usages de cocaïne, témoignant de besoins accrus de moyens de prise en charge au sein du dispositif médico-social et hospitalier. Les données qualitatives collectées par le dispositif TREND depuis le milieu des années 2010 corroborent ces constats. Sur l'ensemble des sites d'observation, les intervenants des CAARUD et CSAPA font état de nombreux cas de dégradation physique et psychique parmi les usagers de cocaïne (décompensation psychique, accès de paranoïa, épuisement de l'organisme lié au manque de sommeil et d'alimentation, lésion dermatologique consécutive à des grattements frénétiques – ou « syndrome d'Ekbohm » –, perforation nasale, etc.). Les soignants témoignent par ailleurs des moyens d'accompagnement et de prise en charge limités dont ils disposent, en raison notamment de l'inexistence de produits de substitution efficaces pour la cocaïne, dans un contexte où les demandes de soins ne faiblissent pas. Certains indiquent ainsi être amenés à faire ou refaire de « l'addictologie d'avant la substitution », c'est-à-dire avant l'arrivée des traitements de substitution aux opioïdes (TSO). D'autres font part des tensions plus manifestes liées aux consommations de cocaïne, notamment basée, lors des accueils collectifs en CAARUD.

### Des profils spécifiques parmi les demandeurs de soins

Au sein du public des CSAPA, les profils diffèrent très largement selon la consommation de cocaïne poudre ou de crack. Les usagers de cocaïne poudre sont en moyenne plus jeunes (34,8 ans vs 39,5 ans), regroupant deux fois plus de moins de 30 ans (30 % vs 16 %). En termes de groupes professionnels, la part des « artisans, commerçants » et des « cadres et professions libérales » est deux fois plus élevée pour la cocaïne poudre que pour les usagers de crack (9 %), alors que celle des personnes sans profession est beaucoup plus faible (23 % vs 41 % pour les consommateurs de crack). Le niveau des ressources économiques et sociales est donc beaucoup plus favorable chez les consommateurs de cocaïne poudre, qui vivent plus souvent en couple, bénéficient plus souvent de conditions d'hébergement stables et d'un emploi en CDI. Les consommateurs de crack sont en revanche plus nombreux à être suivis pendant l'incarcération (11 % vs 4 %), les antécédents d'incarcération étant fréquents dans cette population (40 % vs 20 %). Ce groupe se distingue également par une proportion très supérieure de SDF (18 % vs 2 %), une part deux fois plus élevée de personnes tirant leurs ressources de revenus de solidarité (30 % vs 15 %) ou sans revenus (35 % vs 16 %). Enfin, les consommateurs de cocaïne poudre font plus souvent état d'une consommation d'alcool (47 % vs 37 %) et de MDMA (7 % vs 2 %), les consommateurs de crack étant davantage concernés par un usage d'opioïdes (19 % vs 7 %) (Palle, 2021).



## CONCLUSION

Depuis quelques années, à mesure de l'augmentation de la production de coca en Amérique latine, et singulièrement en Colombie, l'offre de cocaïne en Europe atteint des niveaux très élevés. L'ampleur des saisies réalisées, la baisse des prix et la forte croissance des teneurs témoignent d'une disponibilité et d'une accessibilité accrues de la cocaïne. Ces constats vont de pair avec celui de l'amplification des usages de cocaïne en Europe comme en France. Depuis 2000, l'expérimentation a quadruplé dans la population adulte, en Europe comme en France, même si elle reste bien en-deçà de l'expérimentation de drogues comme l'alcool ou le cannabis. En France, l'usage de cocaïne progresse dans les générations d'adultes au-delà de 25 ans, en particulier parmi les actifs. Moins chère, plus facile à trouver, la cocaïne jouit également d'une image plus favorable dans les générations actuelles d'adultes. Simple effet de mode (Spach et Wyart, 2014) ou véritable enracinement dans le paysage des addictions ? L'enquête EROPP de l'OFDT permettra d'actualiser la prévalence d'usage de cocaïne parmi les adultes en 2023.

À ce stade, les données épidémiologiques montrent que l'usage de cocaïne s'est élargi en France : d'abord plutôt circonscrit à l'espace festif et aux catégories sociales les plus aisées, il s'est diffusé dans tous les milieux sociaux. Il touche plus souvent des groupes de population jusqu'alors peu concernés, comme par exemple les catégories sociales faiblement diplômées ou les femmes. En écho à la diversification des profils d'usagers, les modes d'usage se sont aussi diversifiés - la cocaïne étant sniffée, fumée, inhalée, injectée ou basée sous forme de crack/freebase. Dans ce contexte de diffusion de la pratique, les signaux sanitaires s'avèrent convergents, montrant une hausse conjointe des recours aux urgences en lien avec un usage de cocaïne, des hospitalisations et des complications sanitaires relevées par le dispositif national d'addictovigilance. Bien que les demandes de soins soient en hausse, la prise en charge sanitaire des usagers de cocaïne reste un enjeu important, qui appelle une évolution des pratiques professionnelles en matière de repérage des consommateurs. Un autre enjeu concerne les besoins de recherche de traitements médicamenteux efficaces, en application des recommandations de la HAS.

Face à l'expansion du marché de la cocaïne, les pouvoirs publics ont développé des réponses plus ciblées, en termes de réduction de l'offre (coopération internationale et lutte contre les trafics), comme de prévention, d'accompagnement et de réduction des risques, de prise en charge sanitaire et de soutien à la recherche. Au-delà des plans d'actions locaux mis en œuvre pour essayer de résoudre la problématique spécifique des usages de crack en région parisienne depuis 2017, qui fait l'objet d'une large médiatisation, des actions plus ciblées ont été conçues pour contribuer à la réduction de l'offre, renforcer la prévention, l'accompagnement et la réduction des risques, favoriser la prise en charge, mais aussi pour encourager la recherche et développer la sensibilisation aux risques liés à l'usage de cocaïne. Ainsi, par exemple, plusieurs campagnes d'information sur les risques ont été mises en place récemment par les pouvoirs publics (« L'essentiel sur la cocaïne »<sup>36</sup>, mise en ligne de capsules vidéo sur les risques et les complications médicales liées à la cocaïne réalisées par les CEIP-A, etc.). Les réponses publiques se sont donc étoffées et sont en cours de déploiement pour répondre à un phénomène d'offre en essor.

36. <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-cocaine-une-diffusion-en-progression-des-risques-meconnus>.

## **ANNEXES**

<b>Annexe 1. Méthode et sources mobilisées</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 2. Statut légal de la cocaïne et historique de son classement comme stupéfiant</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 3. Glossaire</b>	<b>56</b>

# ANNEXE 1. MÉTHODE ET SOURCES MOBILISÉES

La quantification de phénomènes illicites comme l'usage et le trafic de stupéfiants constitue un défi pour les pouvoirs publics et les chercheurs. La consommation, comme l'offre de cocaïne, sont des « objets construits par l'interdiction légale » (Ogien et Mignon, 1994) : par nature, ils se déroberont donc à l'objectivation statistique. D'abord appréhendés à travers les statistiques administratives (interpellations, recours aux soins, etc.), les usagers de cocaïne sont, depuis les années 1990, dénombrés grâce à des enquêtes en population générale, menées par questionnaire auprès d'échantillons représentatifs d'adultes ou d'adolescents par des organismes publics. S'agissant d'échantillons d'enquêtes limités et de populations relativement circonscrites, ces données quantitatives méritent d'être complétées par des enquêtes qualitatives, à l'image du dispositif TREND-SINTES de l'OFDT, qui documente les contextes de consommation grâce à des observations directes réalisées auprès de sous-groupes de consommateurs et au sein des espaces de consommation.

## Sources quantitatives

### Enquêtes en population générale

**Le Baromètre santé** est mené depuis 1992 par l'agence Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), en partenariat avec l'OFDT pour le volet addictions depuis 2000. De façon régulière, l'enquête interroge les comportements et attitudes de santé, en particulier la consommation de substances psychoactives parmi les 18-64 ans. Les dernières données disponibles concernent la population adulte interrogée en 2017.

**L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) de l'OFDT** interroge, depuis 2000, un échantillon représentatif de garçons et de filles, à 17 ans, lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Cette enquête par questionnaire auto-administré (d'une vingtaine de minutes) est menée tous les 3 ans au mois de mars, sur une période variant de 1 à 2 semaines. Elle se déroule dans tous les centres actifs de la JDC (y compris ceux des départements d'Outre-mer).

**L'enquête European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)**, menée dans 40 pays européens, a été initiée en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe. Intégrée désormais au dispositif d'enquête EnCLASS (Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances) de l'OFDT, elle permet de comparer les usages de substances psychoactives des lycéens de 15-16 ans.

### Enquêtes en ligne auprès des usagers

**L'enquête en ligne sur les usages de drogues de l'OFDT**, mise en place en 2020, a été renouvelée en 2021. Menée entre le 26 juin et le 12 juillet 2021, la dernière édition a interrogé 2 587 usagers de drogues illicites (cannabis ou cocaïne) recrutés sur la base du volontariat via des publicités sur Facebook, dont 953 usagers de cocaïne dans l'année. Centrée sur les usagers, cette enquête permet de documenter les comportements de consommation et les modes d'approvisionnement des consommateurs de cannabis et de cocaïne en France.

### Enquêtes auprès des professionnels du dispositif médico-social

**L'enquête sur les personnes reçues dans le cadre de la mission « consultations jeunes consommateurs » (CJC)** des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est menée par l'OFDT depuis les premières années d'activité de ce dispositif. Il s'agit d'une enquête exhaustive, par questionnaire, administré à l'ensemble des professionnels pour chaque personne reçue en CJC (pendant un à deux mois selon les éditions : 2005, 2007, 2014, 2015).

**L'enquête nationale auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD)**, menée régulièrement depuis 2006, se déroule dans l'ensemble des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (métropole et départements d'Outre-mer). Elle interroge toutes les personnes reçues en CAARUD au cours d'une semaine donnée (deux dans certaines structures). Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, leurs consommations et l'émergence de nouveaux phénomènes. La dernière édition de l'enquête (2019) a permis d'inclure 136 CAARUD, sur 154 structures recensées, soit un taux de participation de 88 %, correspondant à 735 questionnaires décrivant les usagers reçus.

**Le recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)** est un système d'information continu sur les patients recourant aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Mis en place depuis 2005 par l'OFDT, il procède d'une démarche d'harmonisation des données dans le champ des addictions aux niveaux national et européen.

### Autres enquêtes ou dispositifs de surveillance, d'information sanitaire et d'addictovigilance

Outre le dispositif SINTES de l'OFDT, différents outils de surveillance et d'évaluation de la pharmacodépendance sont mis en place au niveau national par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en particulier l'enquête DRAMES, le système NotS et le dispositif OPPIDUM détaillés ci-après.

**L'enquête annuelle DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances)**, coordonnée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et le CEIP-A de Grenoble. Elle a pour objectif de recenser les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives et d'identifier les substances impliquées. Elle recueille les cas de décès survenant chez les toxicomanes auprès des toxicologues, analystes volontaires et des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A). Les cas inclus sont les décès directs et indirects<sup>37</sup> liés à l'abus de substances. Les décès dus à un suicide sont exclus. L'enquête repose sur la participation volontaire d'experts toxicologues analystes qui réalisent des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal (recherche des causes de la mort à la demande de l'autorité judiciaire). La couverture nationale n'est pas exhaustive car l'enquête est fondée sur le volontariat et donc tributaire des pratiques d'enregistrement, mais aussi de repérage par les médecins légistes. (<https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/>). De ce fait, il s'avère difficile d'interpréter les variations annuelles du nombre de décès rapportés, la participation des experts toxicologues étant variable d'une année à une autre (volontariat et nombre d'autopsies pouvant varier selon les demandes).

**La Notification Spontanée (NotS)** est un système de recueil des cas déclarés de pharmacodépendance, d'abus ou d'usage détourné de produits psychoactifs. La notification peut être faite par tout professionnel de santé ou usager, sous la forme d'une déclaration par téléphone ou en ligne aux centres d'addictovigilance de la région, dont les coordonnées figurent sur le site de l'association d'addictovigilance. Les notifications spontanées sont ensuite transmises à l'ANSM.

**Le dispositif d'observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)** est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives du réseau français d'addictovigilance. Il repose sur des enquêtes transversales, nationales et multicentriques, menées chaque année depuis 25 ans au mois d'octobre. Il recueille, sur l'ensemble du territoire, grâce à une collaboration de proximité avec les structures spécialisées dans les addictions, des informations sur les modalités de consommation des substances psychoactives prises la semaine précédant l'enquête par les patients présentant un abus, une dépendance, ou sous médicaments de substitution aux opiacés. En 2021, 273 structures ont participé, contribuant à des informations sur 5 136 patients (<https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/oppidum/>).

---

37. Les « décès directement liés aux drogues » sont définis comme des décès survenant peu de temps après une consommation de substances psychoactives (drogues illicites ou médicaments psychotropes détournés d'un usage thérapeutique) et qui sont provoqués par l'intoxication par un produit et non par une conséquence indirecte de l'intoxication ou de l'usage de drogues. Les « décès indirects » dénombrés dans DRAMES sont les accidents sous l'emprise de stupéfiants (chute d'un lieu en altitude, noyade, défenestration), hors accident de la voie publique.

**Le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR®)** recueille les données du résumé de passage aux urgences issu du dossier médical informatisé du patient, constitué lors de son passage aux urgences. Les informations anonymisées sont extraites automatiquement du dossier médical du patient. Des variables sociodémographiques (sexe, âge, département de domicile), administratives et médicales (diagnostic principal, diagnostics associés, degré de gravité, destination du patient après son passage aux urgences : hospitalisation, décès ou retour au domicile) sont ainsi collectées quotidiennement (environ 56 400 passages aux urgences par jour). Les diagnostics médicaux sont codés selon la CIM-10 (10<sup>e</sup> classification internationale des maladies) et le degré de gravité est mesuré selon la classification clinique des malades des urgences (CCMU), constituée de scores allant de 1 (faible gravité) à 5 (gravité forte) et de deux codes particuliers : D (décès) et P (patient présentant un problème psychiatrique). Mis en place en 2004 (après la canicule de 2003), il incluait 23 services des urgences hospitalières la première année, avant de monter en charge jusqu'à atteindre un taux d'exhaustivité de 95 % en 2021, couvrant la quasi-totalité des 700 services d'accueil d'urgence ouverts en métropole et dans les outre-mer. Compte tenu de la couverture du réseau et du codage des diagnostics principaux, 94 % des passages aux urgences en France sont aujourd'hui renseignés.

Il existe également un réseau d'information sur les recours aux urgences au niveau européen. **Le groupe de recherche Euro-DEN (European Drug Emergencies Network)** est un réseau européen de surveillance des passages aux urgences liés à l'usage de drogues créé en 2013 afin de documenter les effets toxiques aigus (dommages) des drogues et des nouvelles substances psychoactives (NPS) en termes cliniques et de recherche. Le réseau collecte des données d'admissions aux services d'urgence consécutives à la consommation de drogues auprès de 32 centres sentinelles dans 22 pays, dont la France. L'information sur la substance impliquée est basée sur la déclaration du patient et sur les éléments cliniques. Néanmoins les données de Euro-DEN suggèrent une bonne corrélation entre déclaration du patient et confirmation de laboratoire, pour la cocaïne (Liakoni, 2018). Les centres sentinelles ne sont pas représentatifs.

**Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'informations comportant quatre champs : « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), « soins de suite ou de réadaptation » (SSR), « psychiatrie » sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie) et « hospitalisation à domicile » (HAD). Les données médicales recueillies dans ce cadre sont protégées par le secret professionnel.

### Statistiques ministérielles et données administratives

Le **ministère de l'Intérieur** fournit plusieurs types de données relatives à la cocaïne à travers ses différents services.

Grâce à la Direction centrale de la police judiciaire (DCPJ) avant 2014 et au **Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)** depuis 2015, il fournit d'abord la statistique des faits constatés et des personnes mises en cause par la police et la gendarmerie, dite « Etat 4001 ». Celle-ci permet de suivre, depuis sa création en 1972, les faits constatés, élucidés et le nombre de personnes mises en cause pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) par les services de police et de gendarmerie (assimilées aux interpellations).

En outre, l'**Office anti-stupéfiants (OFAST)** fournit chaque année des données relatives aux saisies de cocaïne réalisées sur le territoire national (police, gendarmerie, douanes et Marine nationale), ainsi que sur les vecteurs d'acheminement. Parallèlement, l'OFAST publie un relevé de l'évolution des prix de détail et de gros des principales substances illicites, dont la cocaïne. Les données plus détaillées sur les saisies concernent prioritairement les « saisies d'importance ». Les saisies inférieures à 10 grammes sont disponibles seulement pour l'activité de la police.

Enfin, le **Service national de police scientifique (SNPS)** publie les données relatives aux teneurs de la cocaïne. Service à compétence nationale créé en 2021 à l'issue d'une fusion du Service central de la police scientifique (SCPTS) et de l'Institut national de police scientifique (INPS), le SNPS centralise les données recueillies par les 5 laboratoires de police scientifique (LPS) organisés

en réseau (à Lille, Lyon, Marseille, Paris et Toulouse) et par l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN). Les données sur les teneurs (détaillées pour la cocaïne base et la cocaïne sous forme de sel chlorhydrate) proviennent des saisies réalisées sur le territoire français et sont intégrées dans le logiciel STUPS (Système de traitement uniformisé des produits stupéfiants). Pour la cocaïne, par exemple, la base STUPS a inclus 2 009 fiches en 2021. C'est le deuxième produit le plus analysé (29 % des fiches enregistrées).

Le **ministère de la Justice** publie deux types de données chiffrées utiles pour analyser l'évolution de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants.

D'une part, les données annuelles issues de **Cassiopée (remplaçant depuis 2012 les « cadres du parquet »)** permettent de retracer les procédures pénales de l'ensemble des tribunaux de grande instance de France, du dépôt de plainte à la réponse pénale. Ce recueil statistique national succède à l'infocentre statistique expérimenté préalablement dans deux cours d'appel de la région parisienne (Paris et Versailles), à partir de 2001.

D'autre part, les données issues du **Casier judiciaire national** (géré par la Sous-direction de la statistique et des études du ministère de la Justice) permettent de décrire à la fois les infractions sanctionnées par les juridictions (dont les compositions pénales), les procédures de jugement, la nature et le quantum des peines, ainsi que le profil sociodémographique des condamnés depuis 1984 (année de l'automatisation du casier).

**Les rapports d'activité des établissements du dispositif médico-social (CSAPA et CAARUD)** sont analysés chaque année par l'OFDT, grâce à un soutien financier du ministère de la Santé. Ils rendent compte de l'activité des quelque 400 CSAPA et 150 CAARUD opérationnels aujourd'hui en France, en métropole et dans les outre-mer. L'analyse permet de retracer l'organisation et le fonctionnement de ces structures, la file active annuelle de patients et le type d'activités menées (par exemple, pour les CAARUD, distribution du matériel de prévention, accompagnement sociosanitaire des usagers de drogues, interventions en milieu festif, actions de médiation sociale et partenariats, etc.).

## Sources qualitatives

### Observations territorialisées

**Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)** a été créé par l'OFDT en 1999 afin d'identifier les tendances et les phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leurs usages. Il s'appuie sur un réseau d'observateurs de terrain, structurés autour de 9 coordinations implantées à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et sur l'Île de La Réunion, dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information. Ces coordinations mettent en œuvre les outils d'observation continue et participent aux enquêtes et investigations spécifiques coordonnées par l'OFDT.

### Analyses chimiques et toxicologiques

**Le Système d'identification national des toxiques et substances (SINTES)**, créé en 1999 en relation avec le dispositif TREND de l'OFDT, documente la composition des produits circulants, illicites ou non réglementés, à partir des saisies (réalisées par les services d'application de la loi) et des collectes de produits auprès des usagers volontaires par les acteurs sociosanitaires. Le dispositif documente aussi le contexte de consommation à l'aide d'un questionnaire soumis à l'utilisateur lors de la collecte, qui porte sur le produit (prix, forme, mode d'approvisionnement), l'utilisateur (âge, sexe) et les circonstances d'usage (co-consommations, description des effets, fréquence d'usage, voie d'administration). Toutefois, il convient de traiter les données SINTES avec prudence, comme d'autres données issues de dispositifs de surveillance épidémiologique. Les collectes d'échantillons répondent à des critères d'inclusion dans le dispositif, ce qui a pour conséquence la génération d'un biais de sélection. De plus, il existe également un biais d'information en cas de données manquantes lors du remplissage du questionnaire.



**L'analyse des eaux usées**, discipline scientifique en essor, permet de surveiller les tendances de consommation de substances illicites à partir de prélèvements effectués près d'une source d'eaux d'égout, par exemple un cours émissif d'égout débouchant dans une centrale d'épuration. Il est ainsi possible d'estimer la quantité totale de drogues consommées par une communauté locale grâce à la mesure des concentrations de métabolites de drogues illicites excrétées dans l'urine. La consommation de cocaïne est évaluée via l'estimation de la concentration en benzoylecgonine (BZE), son métabolite, dans les eaux usées. Ce type d'étude européenne, coordonnée par l'EMCDDA, existe depuis 2011. Une étude pilote avait alors recueilli et analysé des échantillons d'eaux usées dans 19 villes de 12 pays européens, représentant une population combinée d'environ 15 millions d'Européens. Depuis 2011, 37 villes européennes ont participé à au moins 5 campagnes annuelles d'analyse des eaux usées organisées. L'édition 2021 a réuni 75 villes et 23 pays de l'UE (plus la Norvège et la Turquie). Les résultats des études des eaux usées doivent être interprétés avec prudence. Les conclusions tirées d'un instantané spécifique à une ville ne peuvent être extrapolées pour représenter les niveaux de consommation de l'ensemble d'un pays. De plus, les résultats de différentes villes ne sont pas toujours comparables, car il existe des différences d'échantillonnage et des incertitudes liées à la reproductibilité inter-laboratoires (c'est-à-dire la validité des mesures effectuées d'un laboratoire à l'autre). Toutefois, si ces méthodes n'apportent pas des données de prévalence aussi détaillées que celles des enquêtes de prévalence (concernant par exemple la consommation au cours de la vie, récente ou actuelle), leur capacité à fournir des estimations objectives et en temps utile de la consommation de drogues illicites dans une population ciblée en fait un complément utile des outils de surveillance épidémiologique existants.

## ANNEXE 2. STATUT LÉGAL DE LA COCAÏNE ET HISTORIQUE DE SON CLASSEMENT COMME STUPÉFIANT

À partir des feuilles de l'arbuste de coca, la cocaïne a été isolée en 1860 par le chimiste allemand Albert Niemann. La mise en évidence de ses supposées propriétés anesthésiques et antalgiques – qui concluait que la cocaïne stimule l'activité artérielle, combat la fatigue, renforce le pouls, calme l'excitation nerveuse et joue un rôle d'« économiseur d'énergie vitale » – a favorisé son utilisation dès 1880 à des fins thérapeutiques. Sous forme de poudre, la cocaïne était utilisée notamment dans certaines indications de chirurgie faciale et oculaire.

La cocaïne était également consommée sous forme de « vin Mariani », du nom du pharmacien corse qui, ayant eu l'idée d'ajouter à du vin des doses contrôlées de feuilles de coca, a mis au point la recette de cette boisson de marque déposée. Ce mélange était réputé soigner rhumes, problèmes gastriques et mal de dos, tout en combattant la fatigue. Le tsar de Russie, Léon Gambetta, Colette, Victor Hugo, Auguste Rodin, Émile Zola firent l'éloge de cette boisson.

Cette vogue des boissons contenant de la cocaïne durera plusieurs dizaines d'années, allant de pair avec une diversification des formes disponibles. En 1885, à Atlanta, aux États-Unis, John Pemberton, prépare, en s'inspirant de la formule de Mariani, ce qu'il désigne comme le « vin français » : il nomme sa création « Coca-Cola », présentée par la publicité comme la boisson de « l'intelligence et de la modération » (Pendergrast, 2000). En 1886, Pemberton en élimine la composante alcoolisée pour obtenir une boisson moins controversée, avant de remplacer l'eau de sa préparation, en 1888, par de l'eau gazeuse : le Coca-Cola trouve alors la forme qu'on lui connaît encore aujourd'hui.

Concomitamment à la création du Coca-Cola, en 1885, une entreprise pharmaceutique américaine commercialise la cocaïne sous forme de poudre. Jusqu'à la Première Guerre mondiale, la cocaïne restera un produit légalement fabriqué et commercialisé par des laboratoires pharmaceutiques principalement situés en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas et aux États-Unis. Malgré la prise de conscience, dans les milieux médicaux, dès les années 1880, des risques liés à son usage, la production, alimentée en feuilles de coca et de pâte-base depuis le Pérou et l'Indonésie, ne cesse d'augmenter en Europe, notamment sous l'impulsion du laboratoire allemand Merck, alors principal producteur de cocaïne dans le monde. Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, la production mondiale est estimée à 15 tonnes.

Du fait de ses propriétés psychostimulantes, particulièrement étudiées par Sigmund Freud, l'utilisation de cocaïne hors contexte thérapeutique, s'est rapidement développée à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, en particulier sous forme de produits dits « récréatifs » (Coca-Cola, vin Mariani, additif aux boissons alcoolisées, etc.), allant de pair avec des préoccupations quant aux dangers de sa consommation abusive par voie nasale ou orale. L'émergence de formes de dépendance et de problèmes de santé a conduit certains États à en prohiber l'usage non médical. Le gouvernement des États-Unis, pays producteur, considéré comme le plus grand marché de consommation au monde, a été un des premiers à instituer un interdit fédéral à travers le Harrison Act de 1914, qui met fin à l'utilisation légale de la cocaïne au profit de son seul usage médical. Avant lui, en 1911, le Canada avait adopté des lois limitant l'importation, la fabrication, la vente et la possession de cocaïne. L'exemple étatsunien a été suivi par d'autres pays, dont la France en 1916. Au plan diplomatique, les États-Unis poussent à l'instauration d'un contrôle international de la cocaïne, lors des conventions de La Haye sur les opiacés (1912-1914), puis des conventions antinarcotiques de Genève, qui se succèdent à partir de 1924-1925 sous l'égide de la Société des nations (SDN). Ces tentatives rencontrent peu de succès puisque la commercialisation de la cocaïne perdure, notamment en Allemagne et au Japon, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. À partir de 1945, la production de cocaïne est étroitement contingentée et contrôlée, destinée exclusivement à l'industrie pharmaceutique, qui s'en détourne progressivement comme en témoigne la diminution drastique de la production légale (quelques centaines de kilogrammes dans le monde dans les années 2000). La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 étend le contrôle international

à la culture de la feuille de coca : elle interdit la mastication de feuille de coca, en proclamant un régime de tolérance pendant une période transitoire de 25 ans avant son éradication. Depuis 1961, la cocaïne est classée comme stupéfiant au niveau international, figurant dans le « tableau 1 », qui regroupe les substances « dont le potentiel d'abus présente un risque grave pour la santé et dont la valeur thérapeutique est faible » (aux côtés du cannabis et de la morphine, par exemple).

## ANNEXE 3. GLOSSAIRE

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAC	Brigade anticriminalité
BZE	Benzoylecgonine (benzoate d'ecgonine, principal métabolite de la cocaïne)
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CEIP-A	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance addictovigilance
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-10	10 <sup>e</sup> Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CRC	Chambre régionale des comptes
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DEA	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
DFA	Départements français d'Amérique (regroupant Guadeloupe, Guyane et Martinique)
DGDDI	Direction générale des douanes et des droits indirects
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances),
EDR	European Drug Report
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD (OFDT)
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs (EMCDDA-INSERM)
Euro-DEN	European Drug Emergencies Network
EUSEME	Europe-wide Sewage analysis to Monitor Emerging drug problems
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
GFI	Global Financial Integrity
HAS	Haute Autorité de santé

HSA	Halte soins addictions
IMAO	Traitement par inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
LSD	Lysergide (de l'allemand Lysergsäurediethylamid, hallucinogène semi-synthétique)
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDMA	3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (psychostimulant de la classe des amphétamines)
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NotS	Notification spontanée
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (devenu OFAST)
OFAST	Office antistupéfiants
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
ONDCP	Office of National Drug Control Policy (États-Unis)
ONUDD/UNODC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PCC	Programme de contrôle des conteneurs de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et de l'Organisation mondiale des douanes (OMD).
PCC	Premier commando de la capitale au Brésil (Primeiro Comando da Capital en portugais)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RDRD	Réduction des risques et des dommages
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SNPS	Service national de police scientifique (ministère de l'Intérieur)
SpF	Santé publique France
SSMSI	Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
TSO	Traitement de substitution aux opioïdes
UE	Union européenne
UMJ	Unité médico-judiciaire
VHB	Maladie infectieuse du foie causée par le virus de l'hépatite B
VHC	Maladie infectieuse du foie causée par le virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# BIBLIOGRAPHIE

## Liens accessibles au 24/01/2023

Andler R., Rabet G., Guignard R., Pasquereau A., Quatremère G., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre de Santé publique France (2021) [Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017](#). Saint-Maurice, Santé publique France, 17 p.

ANSM (2018) [Augmentation des signalements d'intoxication liée à la consommation de cocaïne et de crack](#). Saint-Denis, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

ANSM (2020) [Pharmacovigilance et addictovigilance dans le contexte du COVID-19 : une surveillance renforcée](#). Saint-Denis, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Barbier K. (2016) [Accessoires. L'invisibilisation des femmes dans les procédures pénales en matière de stupéfiants](#). Université Paris-Saclay, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP), Thèse de sociologie, 498 p.

Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Obradovic I., Spilka S., Legleye S. (2013) [Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans](#). In : Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010, Beck F., Richard J.-B. (Dir.). Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres Santé, p. 112-140.

Beck F., Guignard R., Richard J.-B. (2014) Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes. Paris, La Documentation française, 256 p.

Beck F., Palle C., Richard J.-B. (2016) Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel. *Le Courrier des Addictions*, Vol. 18, n° 1, p. 18-22.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon I. (2004) [Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND](#). Saint-Denis, OFDT, 271 p.

Ben Lakhdar C., Lalam N., Weinberger D. (2016) L'argent de la drogue en France. Estimation des marchés des drogues illicites en France. Rapport synthétique de la recherche «Argent de la drogue» à destination de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA). Paris, INHESJ (Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice), 40 p.

Ben Lakhdar C., Massin S. (2021) Du marché des stupéfiants en France en 2017. Évolution (2010-2017), structures, profits, emplois. Rapport destiné à la MILDECA [non publié, à diffusion restreinte].

Boekhout Van Solinge T. (1996) [L'héroïne, la cocaïne et le crack en France : trafic, usage et politique](#). Amsterdam, Centre for Drug Research University of Amsterdam (CEDRO), 301 p.

Brisacier A.-C., Palle C., Mallaret M. (2019) [Décès directement liés aux drogues. Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes](#). *Tendances*, OFDT, n° 133, 8 p.

Brody S.L., Slovis C.M., Wrenn K.D. (1990) Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *American Journal of Medicine*, Vol. 88, n° 4, p. 325-331.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E. (2012) [Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites \(2010-2011\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 78, 6 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Martinez M., Dambélé S., Saïd S. (2013) [Marchés, substances, usagers : les tendances récentes \(2011-2012\). Observations au plan national du dispositif TREND en matière de psychotropes illicites ou détournés de leur usage](#). *Tendances*, OFDT, n° 86, 8 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. (2014) [Substances illicites ou détournées : les tendances récentes \(2013-2014\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 96, 6 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. (2015) [Substances psychoactives en France : tendances récentes \(2014-2015\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 105, 6 p.



- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T., Milhet M. (2016) [Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes \(2015-2016\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 115, 8 p.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T. (2017) [Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes \(2016-2017\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 121, 8 p.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M. (2019) Rapport de mission OFDT et préconisations pour la mise en place d'un site consacré à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues en Guyane [non publié]. Paris, OFDT.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Gérome C., Martinez M., Milhet M., Detrez V., Adès J.-E. (2020a) [1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT](#). Paris, OFDT, coll. Théma TREND, 72 p.
- Cadet-Taïrou A., Janssen E., Guilbaud F. (2020b) [Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019](#). *Tendances*, OFDT, n° 142, 4 p.
- Cadet-Taïrou A., Jauffret-Roustide M., Gandilhon M., Dambélé S., Jangal C. (2021a) [Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France](#). Note de résultats d'enquête 2021-03. Paris, OFDT, 21 p.
- Cadet-Taïrou A., Pfau G., Detrez V. (2021b) [Crack en Île-de-France. Le produit vendu et la transaction entre vendeur et usager](#). Note de synthèse 2021-04. Paris, OFDT, 30 p.
- Casale J.F., Klein R.F. (1993) Illicit production of cocaine. *Forensic Science Review*, Vol. 5, n° 2, p. 95-107.
- Casimir H. (2007) [Les familles guadeloupéennes à l'épreuve de la dépendance au crack](#). *Psychotropes*, Vol. 13, n° 3, p. 275-284.
- CEIP-A Grenoble (2021) [DRAMES \(Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances\). Principaux résultats de l'enquête 2019](#). Saint-Denis, ANSM, 2 p.
- CEIP-A Grenoble (2022) [DRAMES \(Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances\). Principaux résultats de l'enquête 2020](#). Saint-Denis, ANSM, 2 p.
- Champeyrache C. (2019) [La face cachée de l'économie. Néolibéralisme et criminalités](#). Paris, Presses Universitaires de France, 304 p.
- Champin C. (2012) [L'Afrique de l'Ouest : une zone rebond de la cocaïne destinée au marché européen](#). *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 4, 5 p.
- Charles-Nicolas A. (1997) Crack et cannabis dans la caraïbe : la roche et l'herbe. Paris, L'Harmattan, 321 p.
- Charreteur R., Eiden C., Serre A., Vincent M., Batisse A., Victorri-Vigneau C., Daveluy A., Chretien B., Peyrière H. (2018) [Cocaïne et grossesse : état des lieux des notifications spontanées au Réseau français des centres d'addictovigilance de 2010 à 2017](#). *Thérapies*, Vol. 73, n° 6, p. 587.
- Cherki S. (2022) [Le Point SINTES n° 8](#). Paris, OFDT, 15 p.
- Coppel A. (2006) [Enquête exploratoire portant sur la consommation de stimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région parisienne](#), Sida Paroles & AFR, 131 p.
- Costes J.-M. (Dir.) (2010) [Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND](#). Saint-Denis, OFDT, 194 p.
- Coutansais C.P. (2012) Géopolitique des océans. L'Eldorado maritime. Paris, Ellipses, 240 p.
- Crespin R., Lutz G., Hautefeuille M. (2015) [Travail\(s\), santé et usages de substances psychoactives](#) [Editorial]. *Psychotropes*, Vol. 21, n° 1, p. 5-9.
- Crespin R., Lhuillier D., Lutz G. (Dir.) (2017) *Se doper pour travailler*. Toulouse, Erès, 352 p.
- de Santis Feltran G. (2017) [Paix entre nous, guerre au système : la justice du crime à São Paulo](#). *Mouvements*, n° 92, p. 137-144.
- Delpirou A., Mackenzie E. (2000) [Les cartels criminels. Cocaïne et héroïne : une industrie lourde en Amérique latine](#). Paris, Presses Universitaires de France, coll. Criminalité internationale, 238 p.

- Detrez V. (2020) [Le Point SINTES n° 6](#). Paris, OFDT, 12 p.
- DGDDI (2022) [Bilan annuel de la douane 2021](#). Montreuil, Direction générale des douanes et droits indirects, 36 p.
- Díaz Gómez C. (2018) [Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages](#). *Tendances*, OFDT, n° 124, 6 p.
- Dujourdy L., Besacier F., Ladroue V. (2010) La cocaïne saisie en France. Exploitation des données statistiques nationales. *L'Actualité Chimique*, n° 342-343, p. 29-36.
- Dumoulin C., Ong N., Ramaroson H., Letinier L., Miremont-Salamé G., Gilleron V., Daveluy A., Perino J. (2022) [Hospitalisations après consommation de substances psychoactives pendant la pandémie de COVID-19](#). *Therapies*, doi : 10.1016/j.therap.2022.06.003.
- Dutilleul B.D., Lose S. (2022) [Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lille et dans les Hauts-de-France en 2021](#). Lille, CedrAgir ; Paris, OFDT, 50 p.
- Eiden C., Vincent M., Serrand C., Serre A., Richard N., Picot M.-C., Frauger E., Fouilhé N., Daveluy A., Peyrière H., The French Addictovigilance Network (FAN) (2021) [Health consequences of cocaine use in France: data from the French addictovigilance network](#). *Fundamental and Clinical Pharmacology*, Vol. 35, n° 2, p. 455-465.
- Eiden C., Roy S., Malafaye N., Lehmann M., Peyrière H. (2022) Ten-year trends in hospitalizations related to cocaine abuse in France. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, Vol. 36, n° 6, p. 1128-1132.
- EMCDDA (2018) [Rapport européen sur les drogues 2018 : tendances et évolutions](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, 90 p.
- EMCDDA (2019) [Estimating the size of the main illicit retail drug markets in Europe: an update](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Technical reports, 70 p.
- EMCDDA, Giraudon I., Dines A.M., Singleton N., Noor A., Dargan P.I., Wood D. (2020) [Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Technical reports, 35 p.
- EMCDDA (2021) [Statistical Bulletin 2021 - methods and definitions](#).
- EMCDDA (2022a) [Rapport européen sur les drogues 2022 : tendances et évolutions](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, 60 p.
- EMCDDA (2022b) [Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study](#).
- EMCDDA, Europol (2022) [EU Drug Market: Cocaine](#). Lisbon, European monitoring centre for drugs and drug addiction, 114 p.
- Escots S., Suderie G. (2009) [Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes ? Étude qualitative exploratoire auprès de professionnels de santé et d'usagers de cocaïne, sur trois sites en France, en 2007-2008](#). *Tendances*, OFDT, n° 68, 4 p.
- Euro-DEN Plus (2022) [Location of Euro-DEN Plus centres](#).
- Eventon R., Bewley-Taylor D. (2016) [An overview of recent changes in cocaine trafficking routes into Europe. Background paper commissioned by the EMCDDA for the 2016 EU Drug Markets Report](#). Lisbon, EMCDDA, 12 p.
- Fontaine A. (2002) [Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire](#). Paris, OFDT, 216 p.
- Gandilhon M. (2007) [Le petit trafic de cocaïne en France](#). *Tendances*, OFDT, n° 53, 4 p.
- Gandilhon M., Cadet-Taïrou A., Lahaie E. (2013) [La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes](#). *Tendances*, OFDT, n° 90, 4 p.
- Gandilhon M., Cadet-Taïrou A. (2015) [Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponse publique](#). *Tendances*, OFDT, n° 104, 4 p.

- Gérome C., Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Milhet M., Martinez M., Néfau T. (2018) [Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes \(2017-2018\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 129, 8 p.
- Gérome C., Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Milhet M., Detrez V., Martinez M. (2019) [Usagers, marchés et substances : évolution récentes \(2018-2019\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 136, 8 p.
- Gérome C., Gandilhon M. (2020a) [Evolution des usages et de l'offre de drogues au temps du COVID-19 : observations croisées du dispositif TREND](#). *Bulletin TREND COVID-19*, OFDT, n° 2, 20 p.
- Gérome C., Gandilhon M. (2020b) [Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances récentes \(2019-2020\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 141, 8 p.
- Gérome C., Gandilhon M. (2020c) [Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du COVID-19 : Les observations croisées du dispositif TREND](#). *Bulletin TREND COVID-19*, OFDT, n° 1, 15 p.
- Gérome C. (2021) [Usages et usagers de drogues en contexte de crise sanitaire](#). *Tendances*, OFDT, n° 147, 8 p.
- Gérome C. (2022) [Substances psychoactives, pratiques de consommations et usagers : les tendances récentes \(2021\)](#). *Tendances*, OFDT, n° 154, 8 p.
- GFI (2017) [Transnational crime and the developing world](#). Washington, DC, Global Financial Integrity, 166 p.
- Girard G., Boscher G. (2010) [L'ecstasy, de l'engouement à la « ringardisation »](#). In : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 96-105.
- Gootenberg P. (Dir.) (1999) *Cocaine: Global histories*. London, Routledge, 232 p.
- Gootenberg P. (2003) [Between coca and cocaine: A century or more of U.S.-Peruvian drug paradoxes, 1860-1980](#). *Hispanic American Historical Review*, Vol. 83, n° 1, p. 119-150.
- Gootenberg P. (2004) [La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale](#). *Hérodote*, n° 112, p. 66-83.
- Gootenberg P., Van Ruymbeke T. (2014) *Cocaïne andine. L'invention d'une drogue globale*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 430 p.
- Grisaffi T. (2019) *Coca Yes, Cocaine No. How Bolivia's coca growers reshaped democracy*. Durham, NC, Duke University Press, 272 p.
- Grisaffi T. (2022) [Why is the drug trade not violent? Cocaine production and the embedded economy in the Chapare, Bolivia](#). *Development and Change*, Vol. 53, n° 3, p. 576-599.
- Halfen S., Grémy I. (2005) [Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Paris](#). Saint-Denis, OFDT ; ORS Île-de-France, 178 p.
- Hantson P. (2010) [Complications neurovasculaires aiguës liées à la consommation de la cocaïne, des amphétamines et du cannabis](#). *Réanimation*, Vol. 19, n° 6, p. 533-538.
- HAS (2010) [Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne. Argumentaire](#). Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 274 p.
- Hay G., Rael Dos Santos A., Reed H., Hope V. (2019) [Estimates of the prevalence of opiate use and/or crack cocaine use, 2016/17: Sweep 13 report](#). Liverpool, Public Health Institute, Liverpool John Moores University, 20 p.
- Isner J.M., Chokshi S.K. (1989) [Cocaine and vasospasm](#) [Editorial]. *New England Journal of Medicine*, Vol. 321, n° 23, p. 1604-1606.
- Isner J.M., Chokshi S.K. (1991) [Cardiac complications of cocaine abuse](#). *Annual Review of Medicine*, Vol. 42, p. 133-138.

- Janssen E., Cadet-Taïrou A., Gérome C., Vuolo M. (2020) [Estimating the size of crack cocaine users in France: Methods for an elusive population with high heterogeneity](#). *International Journal of Drug Policy*, Vol. 76, p. 102637.
- Janssen E., Vuolo M., Gérome C., Cadet-Taïrou A. (2021) [Mixed methods to assess the use of rare illicit psychoactive substances: a case study](#). *Epidemiologic Methods*, Vol. 10, n° 1, art. 2020-0031.
- Juszczak E., Lovera M., Pfau G., Madesclaire T. (2022) [Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris et en Île-de-France en 2021](#). Paris, Association Charonne-Oppelia, OFDT, 171 p.
- Karch S.B. (1996) Cocaine. In : Pathology of drug abuse. Second Edition, Karch S.B. (Dir.). Boca Raton, FL, CRC Press, p. 1-175.
- Karila L., Beck F., Legleye S., Reynaud M. (2009a) Cocaïne. De l'expérimentation à la dépendance. *La Revue du Praticien - Monographie*, Vol. 59, n° 6, p. 821-825.
- Karila L., Lafaye G., Reynaud M. (2009b) [L'addiction à la cocaïne : de l'épidémiologie aux approches thérapeutiques](#). *L'Information Psychiatrique*, Vol. 85, n° 7, p. 647-653.
- Klonoff D.C., Andrews B.T., Obana W.G. (1989) [Stroke associated with cocaine use](#). *Archives of Neurology*, Vol. 46, n° 9, p. 989-993.
- Kudlacek O., Hofmaier T., Luf A., Mayer F.P., Stockner T., Nagy C., Holy M., Freissmuth M., Schmid R., Sitte H.H. (2017) [Cocaine adulteration](#). *Journal of Chemical Neuroanatomy*, Vol. 83-84, p. 75-81.
- Lapeyre-Mestre M., Boucher A., Daveluy A., Gibaja V., Jouanjus E., Mallaret M., Peyrière H., Micallef J., French Addictovigilance Network (2020) [Addictovigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France](#). *Thérapies*, Vol. 75, n° 4, p. 343-354.
- Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S. (2017) [Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015](#). *Tendances*, OFDT, n° 120, 6 p.
- Liakoni E., Yates C., Dines A.M., Dargan P.I., Heyerdahl F., Hovda K.E., Wood D.M., Eyer F., Liechti M.E., Euro-DEN Plus Research Group (2018) [Acute recreational drug toxicity: Comparison of self-reports and results of immunoassay and additional analytical methods in a multicenter European case series](#). *Medicine*, Vol. 97, n° 5, art. e9784.
- Lutz G. (2015) [Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives](#). *Psychotropes*, Vol. 21, n° 1, p. 13-34.
- Marchant A. (2013) [L'arrivée du crack en France, entre fantasmes et réalités](#). *Swaps*, n° 70, p. 2-5.
- Merle S. (2008) Enquête CAME - Crack À la Martinique : Etat des lieux. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers. Fort de France, ORS Martinique (OSM), 64 p.
- Merle S., Vallart M. (2010) [Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin](#). In : Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 62-72.
- Micallef J., Jouanjus E., Mallaret M., Lapeyre-Mestre M. (2019) [Détection des signaux du réseau français d'addictovigilance : méthodes innovantes d'investigation, illustrations et utilité pour la santé publique](#). *Thérapie*, Vol. 74, n° 6, p. 579-590.
- Mittleman M.A., Mintzer D., Maclure M., Tofler G.H., Sherwood J.B., Muller J.E. (1999) [Triggering of myocardial infarction by cocaine](#). *Circulation*, Vol. 99, n° 21, p. 2737-2741.
- Obradovic I. (2015) [Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs »](#). *Tendances*, OFDT, n° 101, 8 p.
- Obradovic I. (2018) Accompagner les jeunes en difficulté avec leurs conduites addictives. Retour sur 10 ans d'activité des consultations jeunes consommateurs. *Le Courrier des Addictions*, Vol. 20, n° 3, p. 8-13.
- Obradovic I. (2020) [Drogues et addictions dans les Outre-mer. État des lieux et problématiques](#). Paris, OFDT, coll. Théma, 84 p.



- OCRTIS (2018) Lutte contre les trafics de stupéfiants en France. Bilan 2017 relatif à la cocaïne. *Note DEASRI*, n° 7 du 11/07.
- OFDT (2022) [Drogues et addictions, chiffres clés](#). Paris, OFDT, 8 p.
- Ogien A., Mignon P. (1994) La demande sociale de drogues. Paris, DGLDT, La Documentation française, 246 p.
- ONDCP (2020) [National drug control strategy 2020](#). Washington, DC, The White House, Office of National Drug Control Policy, 44 p.
- Palle C. (2021) [Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution sur la période 2015-2019](#). *Tendances*, OFDT, n° 146, 6 p.
- Pavic G. (2019) [Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Rennes en 2018](#). Rennes, Liberté Couleurs ; Paris, OFDT, 76 p.
- Pendergrast M. (2000) For God, Country, and Coca-Cola. The definitive history of the great American soft drink and the company that makes it. New York, Basic Books.
- Perez A.O., Cruyff M., Benschop A., Korff D.J. (2013) [Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: a three-city study in the Netherlands](#). *Substance Use and Misuse*, Vol. 48, n° 1-2, p. 173-180.
- Perrin S. (2018) [Femmes et dealers. Une recherche de terrain au sein du deal de classes moyennes bordelais](#). *Psychotropes*, Vol. 24, n° 1, p. 15-37.
- Perrin S., Reversé C. (2022) [Drogues des villes et drogues des champs. Les pratiques d'usage et de revente féminines en France](#). *Déviance et Société*, Vol. 46, n° 2, p. 189-220.
- Peterson P.L., Roszler M., Jacobs I., Wilner H.I. (1991) [Neurovascular complications of cocaine abuse](#). *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 3, n° 2, p. 143-149.
- Porter L.S., Porter B.O. (2004) A blended infant massage - parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers. *Pediatric Nursing*, Vol. 30, n° 5, p. 363-372.
- Post R.M. (1975) [Cocaine psychoses: a continuum model](#). *American Journal of Psychiatry*, Vol. 132, n° 3, p. 225-231.
- Pousset M. (Dir.) (2012) [Cocaïne, données essentielles](#). Saint-Denis, OFDT, 232 p.
- Qribi A., Dayre N. (2015) [Toxicomanie et politiques publiques en Guyane. Déterminants et urgences](#). *Le sociographe*, n° 51, p. 121-129.
- SAMHSA (2013) [Drug Abuse Warning Network, 2011: National estimates of drug-related emergency department visits](#). Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schneider K.E., Krawczyk N., Xuan Z., Johnson R.M. (2018) [Past 15-year trends in lifetime cocaine use among US high school students](#). *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 183, p. 69-72.
- Schwalbe M., Godwin S., Holden D., Schrock D., Thompson S., Wolkomir M. (2000) [Generic processes in the reproduction of inequality: An interactionist analysis](#). *Social Forces*, Vol. 79, n° 2, p. 419-452.
- Snow D.A., Anderson L. (1987) [Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities](#). *American Journal of Sociology*, Vol. 92, n° 6, p. 1336-1371.
- Spach M., Wyart A. (2014) [Les cycles de mode des drogues illicites : l'exemple de la MDMA et de la cocaïne](#). *Psychotropes*, Vol. 20, n° 1-2, p. 153-173.
- Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. (2018) [Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017](#). *Tendances*, OFDT, n° 128, 6 p.
- The ESPAD Group (2020) [ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Joint Publications, 136 p.

- Tissot N. (2022) [Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2021](#). Lyon, CAARUD RuptureS-Oppelia ; Paris, OFDT, 100 p.
- Toufik A., Sarradet A., Gandilhon M. (2000) [Tendances récentes. Rapport TREND 1999](#). Paris, OFDT, 99 p.
- UNODC (2021) [Cocaine: A spectrum of products](#). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, coll. Cocaine Insights 2, 52 p.
- UNODC, Europol (2021) [The illicit trade of cocaine from Latin America to Europe - from oligopolies to free-for-all?](#) Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, coll. Cocaine Insights 1, 28 p.
- UNODC, SIMCI (2021) [Colombia. Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2020](#). Bogotá, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Sistema Integrado de Monitoreo de Cultivos Ilícitos (SIMCI), 162 p.
- UNODC (2022a) [Colombia Coca Survey 2021 - Executive summary](#). Bogotá, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 9 p.
- UNODC (2022b) [Women in the cocaine supply chain](#). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, coll. Cocaine Insights 3, 39 p.
- UNODC (2022c) [World drug report 2022](#). New York, United Nations.
- UNODC, CoE Brazil (2022) [Brazil in the regional and transatlantic cocaine supply chain: The impact of COVID-19](#). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, coll. Cocaine Insights 4, 45 p.
- UNODC (2023a) [Global report on cocaine 2023: Local dynamics, global challenges](#). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 184 p.
- UNODC (2023b) [UNODC-WCO Global Container Control Programme](#).
- Vuolo M., Janssen E., Flores Laffont I. (2022) [Using crack or smoking cocaine, that is the question: The association of sociodemographic factors with self-labeling choices in France](#). *Deviant Behavior*, doi : 10.1080/01639625.2022.2111671.
- Waldorf D., Reinerman C., Murphy S. (1991) Cocaine changes: The experience of using and quitting. Philadelphia, PA, Temple University Press, 326 p.
- Wang J., Patel P.S., Andhavarapu S., Bzhilyanskaya V., Friedman E., Jeyaraju M., Palmer J., Raffman A., Pourmand A., Tran Q.K. (2021) [Prevalence of myocardial infarction among patients with chest pain and cocaine use: A systematic review and meta-analysis](#). *American Journal of Emergency Medicine*, Vol. 50, p. 428-436.
- Weinberger D. (2013) [Le Venezuela : un épice de trafic régional et mondial de cocaïne](#). *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 6, 5 p.





**Observatoire français des drogues et des tendances addictives**  
69 rue de Varenne 75007 Paris  
Tél : 01 41 62 77 16  
e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

N° ISBN : 979-10-92728-64-4