



emcdda.europa.eu

Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Questions particulières

Ce chapitre étudie trois questions spécifiques relatives au problème de la drogue en Europe: la cocaïne et la cocaïne «base/crack», les maladies infectieuses et les drogues synthétiques.

Cocaïne et cocaïne «base/crack»

La consommation croissante de cocaïne a suscité de nombreuses préoccupations dans l'UE, même si les véritables tendances de l'usage de cocaïne et ses conséquences dans l'UE sont difficiles à vérifier. Tout d'abord, les données collectées à l'échelle nationale, issues d'enquêtes ou de centres de traitement par exemple ne reflètent pas l'évolution de la prévalence et les problèmes survenant dans certains secteurs géographiques de villes spécifiques ou les changements qui affectent des milieux sociaux particuliers. Deuxièmement, les informations actuelles sur la cocaïne ne sont souvent pas basées sur des définitions scientifiques claires — par exemple, les systèmes d'information font rarement la distinction entre la cocaïne «base/crack» et le chlorhydrate de cocaïne ou entre les différentes préparations de cocaïne «base/crack». Ces différentes formes de cocaïne se caractérisent par des marchés et des modèles de consommation différents et sont à l'origine de divers problèmes qui doivent tous être compris pour formuler des politiques et des réponses efficaces en matière de réduction de la demande.

Prévalence, modèles de consommation et problèmes

Prévalence

Les enquêtes de population en général et les enquêtes scolaires ne révèlent pas de hausse générale de la consommation de cocaïne dans l'UE. Seul le Royaume-Uni affiche une hausse marquée de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les jeunes adultes âgés de 16 à 29 ans. Selon le point focal national italien, différentes sources en Italie ont montré que la consommation de cocaïne vient au second rang après le cannabis et avant les amphétamines et l'ecstasy.

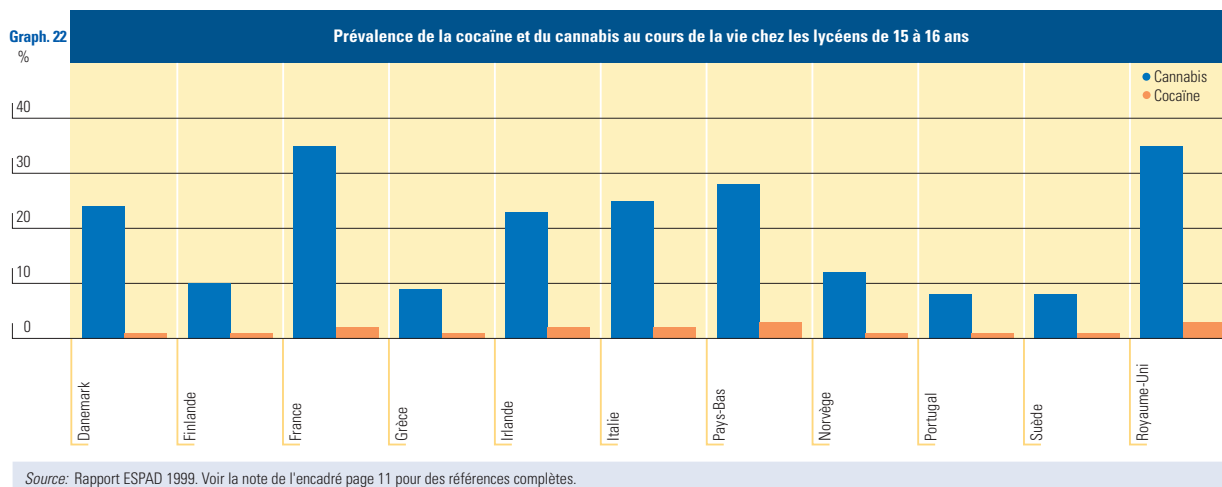
Une enquête scolaire européenne datant de 1999 montre que la consommation de cocaïne (prévalence au cours de la vie) parmi les lycéens âgés de 15 à 16 ans reste faible et bien inférieure à celle du cannabis. Dans tous les États

Que sont la cocaïne et le crack?

La cocaïne est un stimulant extrait des feuilles du cocaïer érythroxyton, utilisé pour traiter une grande variété de maladies au milieu du XIX^e siècle. Le nom chimique de la drogue après traitement est le chlorhydrate de cocaïne. Elle est vendue dans la rue sous forme de poudre cristalline, connue sous différents noms, tels que «coke», «neige» et «Charlie». Elle est généralement absorbée par prise nasale et moins souvent dissoute dans l'eau pour injection intraveineuse.

La cocaïne «base/crack» est le nom de rue de la cocaïne qui a été traitée pour être fumée ou inhalée sous forme de vapeurs pour que les effets soient immédiats et fulgurants. On compte au moins trois méthodes de préparation de la cocaïne «base/crack» (1). Une des méthodes fournit une substance pure — en ajoutant de l'eau chaude et de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude puis en enlevant la couche liquide en excès contenant les diluants. Une autre méthode permet d'obtenir une concentration inférieure de cocaïne — en chauffant la pâte de cocaïne et du bicarbonate de soude dans un four à micro-ondes, tous les diluants étant présents dans le produit final.

La cocaïne et la cocaïne «base/crack» se différencient généralement par leur apparence physique et le degré de pureté, mais cela s'avère parfois difficile car, dans certains cas, la cocaïne «base/crack» est physiquement similaire au chlorhydrate de cocaïne.



membres ayant participé à l'enquête, on note que la disponibilité de la cocaïne est plus faible que celle de l'ecstasy bien que les différences entre les pays soient considérables. Le pourcentage de jeunes de 15 à 16 ans indiquant que la cocaïne est facilement accessible est le plus élevé en Irlande et au Royaume-Uni (21 et 20 % respectivement) et le plus faible en Finlande (6 %). Toutefois, dans tous les pays de l'UE concernés par l'enquête, la disponibilité de la cocaïne est bien inférieure que pour la même tranche d'âge aux États-Unis (2). La désapprobation de la consommation de cocaïne est très importante et plus ou moins égale dans tous les pays participants, avec un niveau analogue à la désapprobation de l'héroïne.

Modèles de consommation

Bien que la situation ne soit pas dramatique pour la population en général, au niveau national, certains milieux sociaux présentent des degrés de consommation de cocaïne plus importants. Les recherches menées par le passé sur les usagers de cocaïne ont montré que la distinction est claire entre les consommateurs de cocaïne en poudre (chlorhydrate) à des fins récréatives, d'une part, et les usagers de cocaïne «base/crack» à problème et les usagers de cocaïne par voie intraveineuse, d'autre part. On relève de nombreux modèles de consommation récréative de la cocaïne sous forme de poudre parmi les groupes qui fréquentent les clubs et les discothèques et qui consomment de la cocaïne sous forme de poudre

Tableau 3 Prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne dans les enquêtes menées auprès d'usagers ciblés par rapport aux enquêtes au niveau de la population

	Individus fréquentant les clubs			Jeunes adultes de la population générale		
	Prévalence au cours de la vie (%)	Taille de l'échantillon	(Année) et source	Prévalence au cours de la vie (%)	Taille de l'échantillon	Année et tranche d'âge
Autriche	42	50	(1999) «Ravers» autrichiens —	—	—	—
Belgique	45	154	(1998) Festival de rock, Communauté française	—	—	—
Danemark	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34
Finlande	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34
France	56	896	(1999) Parties de «rave» techno, Médecins du monde	1,9	2 003	1999 15-34
Allemagne:						
• ex-RFA	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39
• ex-RDA	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39
Pays-Bas	48	456	(1998) Questionnaire aux individus fréquentant les clubs à Amsterdam (23 % de réponses)	3,7	22 000	1997/1998 15-34
Espagne				4,8	12 488	1999 15-34
Royaume-Uni	62	517	(1997) «Release drugs and dance» (1)	6,4	10 293	1998 16-34
	18					
	«crack»					
	50	100	(1999) Individus fréquentant les clubs à Liverpool (2)			
Irlande du Nord	45	106	(2000) Usagers d'ecstasy en Irlande du Nord			

(1) Release (1997), «Release dance and drugs survey: An insight into the culture», London.

(2) Henderson, S. (2000) «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project» 1999-2000.

Sources: Points focaux nationaux et références lorsqu'il y en a une.

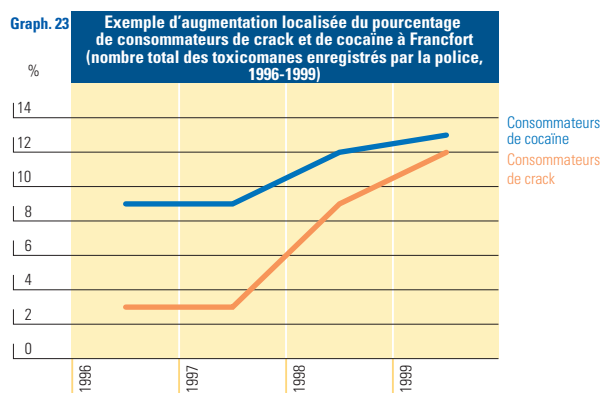
Questions particulières

pour des raisons sociales et pratiques. Ces usagers à des fins récréatives sont bien distincts des groupes marginalisés, tels que les jeunes sans abri, les prostituées et les usagers d'héroïne à problème qui fument de la cocaïne «base/crack» ou s'injectent de la cocaïne mélangée avec de l'héroïne, dans des secteurs géographiques de villes spécifiques. Toutefois, la limite entre la cocaïne en poudre et le crack est de moins en moins importante en raison de la nouvelle tendance à fumer la cocaïne dans les lieux de divertissement et les discothèques et des récentes évolutions du marché. Tout d'abord, une nouvelle tendance consistant à mélanger la cocaïne «base/crack» avec du tabac pour obtenir un «joint» à fumer a été rapportée dans cinq États membres — les Pays-Bas, la France, la Grèce, le Royaume-Uni et l'Italie. Deuxièmement, les services de médecine légale montrent que certains échantillons de cocaïne «base/crack» sont physiquement identiques à la cocaïne en poudre (chlorhydrate), d'où la difficulté pour la police et les usagers peu expérimentés à faire la distinction (8). Troisièmement, au Royaume-Uni, certains indices montrent que la cocaïne «base/crack» à fumer est reconstituée et commercialisée sous d'autres noms tels que «rock» et «pierre» qui permettent de distinguer la cocaïne prête à fumer de la cocaïne «base/crack» et lui donnent une image plus haut de gamme et proche de la cocaïne en poudre (4).

La prévalence de l'usage de cocaïne est plus élevée dans les sous-groupes de population présentant une grande prévalence de la consommation d'autres drogues que dans la population de jeunes adultes en général. Le tableau 3 illustre une nette différence entre la prévalence de cocaïne au cours de la vie relativement élevée parmi les jeunes fréquentant les discothèques et les clubs et les taux bien inférieurs pour la population de jeunes adultes en général. Le coût relativement élevé de la cocaïne, associé à la courte durée de ses effets, limite son usage régulier à des fins récréatives et le fait de disposer de revenus importants peut donc être un critère significatif pour l'usage régulier. Dans les lieux de loisirs nocturnes, certaines personnes ont tendance à boire beaucoup plus d'alcool que d'ordinaire à la suite de la prise de cocaïne. La cocaïne accroît la sociabilité en limitant les effets indésirables de l'alcool.

Problèmes

Entre 1994 et 1999, le nombre de patients admis en traitement pour des problèmes liés à la consommation de cocaïne comme principale drogue — en pourcentage de l'ensemble des patients demandant un traitement — a considérablement augmenté en Espagne et aux Pays-Bas.



Source: PPF, Rauschgift und Kriminalität, plusieurs années dans Paoli, L., 2000.

L'Allemagne, la Grèce et l'Italie font également état d'une hausse proportionnelle des traitements pour cocaïne et ces chiffres étaient en augmentation en Irlande jusqu'en 1998 (22). Le Royaume-Uni et les régions francophones et néerlandophones de la Belgique indiquent également une hausse. Le manque de recherches comparables sur les consommateurs de cocaïne en traitement dans l'UE est patent, et les hausses proportionnelles de patients demandant de l'aide pour des problèmes liés à la prise de cocaïne montrent une réelle augmentation des problèmes de cocaïne, mais peut-être aussi une diminution du nombre de patients demandant de l'aide pour des problèmes liés aux opiacés, ou d'anciens patients consommateurs d'opiacés dont le problème principal provient désormais de la cocaïne. Le développement des services de plus en plus adaptés aux usagers de cocaïne peut également influencer sur les chiffres de traitement. Certains services de traitement indiquent que, parmi les patients en traitement pour dépendance à l'héroïne, on relève une consommation croissante de cocaïne, notamment fumée sous la forme de cocaïne «base/crack» ou injectée par voie intraveineuse avec l'héroïne.

Le graphique 23 montre un exemple d'augmentation localisée du nombre de consommateurs de cocaïne «base/crack» qui n'est pas reflétée à l'échelle nationale. À Francfort, le pourcentage de consommateurs de «crack» parmi l'ensemble des toxicomanes enregistrés par la police a quadruplé entre 1996 et 1999.

Les prestataires de services de santé et les usagers de cocaïne font rarement état d'accidents mortels ou de problèmes physiques de santé directement liés au fait d'avoir sniffé de la cocaïne en poudre. Les usagers à des fins récréatives ayant tendance à consommer la cocaïne avec de grandes quantités d'alcool, ou autres drogues, il est difficile d'identifier les causes des problèmes.

(22) Graphique 15 EL — Cocaïne: tendances pour les nouveaux patients admis en traitement (version en ligne).

Toutefois, le Luxembourg, l'Italie et les Pays-Bas font état d'une hausse du nombre d'accidents mortels et l'Espagne indique une augmentation des urgences à l'hôpital impliquant la cocaïne, en plus d'autres drogues. La sensibilisation du personnel des urgences sur le rôle potentiel de la cocaïne dans les troubles cardio-vasculaires pourrait conduire à des taux plus élevés de déclarations mettant en cause la cocaïne (4).

Des problèmes de santé, sociaux et psychologiques graves liés à la cocaïne «base/crack» fumée ont été identifiés, notamment parmi les groupes marginalisés, tels que les usagers d'opiacés à problème, les sans-abri et autres jeunes défavorisés ainsi que les prostituées. On ne peut indiquer clairement dans quelle mesure ces problèmes sont directement liés à l'utilisation de cette forme de cocaïne elle-même, à la fréquence des prises, à la quantité consommée, ou à des problèmes sociaux, psychologiques et de toxicomanie précédents.

Marché

En 1999, le nombre de saisies de cocaïne a nettement progressé au Luxembourg et en Suède alors qu'il a baissé en Belgique, au Danemark et en Autriche. Les prix de vente au détail de cocaïne varient entre 24 et 170 euros par gramme avec des villes telles qu'Amsterdam et Francfort affichant les plus bas prix et les États membres tels que la Finlande et la Suède, les plus élevés. En France et au Royaume-Uni, les prix au détail ont baissé mais le degré de pureté reste en général élevé, entre 55 et 70 % jusqu'à la fin de 1999. Le Royaume-Uni a connu une nette baisse de la pureté moyenne du crack (10). Les différences de prix dans les États membres sont importantes selon les régions. De petites quantités de cocaïne, de moins d'un gramme ou sous la forme de «boulettes» ou «cailloux» peuvent être achetées pour moins de 15 euros dans certaines villes, notamment celles où les drogues sont échangées ouvertement et où les concentrations de cocaïne baissent de façon importante (par exemple, Francfort, Milan, Paris, Londres, Manchester et Liverpool). La distribution de cocaïne s'opère principalement par le biais de réseaux d'amis, mais dans certaines villes, la revente publique a lieu dans les lieux de fête et dans la rue. Les avantages en matière de flexibilité et de protection (grâce à l'anonymat) que présentent les téléphones portables pour les revendeurs (4) (5) (6) (7) ont facilité l'expansion des services de vente et livraison à domicile.

On note une disponibilité croissante de la cocaïne prête à fumer («base/crack») dans un certain nombre de villes européennes (Amsterdam, Rotterdam, Londres, Liverpool, Manchester, Francfort, Milan et Paris), mais les

méthodes de préparation (et les taux de concentration, qui peuvent s'élever à 100 %) varient et créent une confusion dans les systèmes d'information sur les drogues. L'absence de définition scientifique pour les termes de rue tels que «crack» et «base» posent des problèmes à l'heure d'apporter des réponses éducatives et préventives. Dans la rue, la cocaïne peut être vendue déjà mélangée avec de l'héroïne.

L'Espagne, la Belgique et les Pays-Bas seraient les principaux pays de transit de la cocaïne provenant d'Amérique latine (Colombie, Brésil et Venezuela en particulier) vers le reste de l'UE. En 1999, six laboratoires de fabrication de cocaïne ont été démantelés en Espagne et la hausse consécutive du prix de gros de la cocaïne en Espagne peut être attribuée à ces découvertes.

Projets d'intervention et nouvelles approches

La réponse de l'UE à la consommation croissante de cocaïne et de crack s'est concrétisée sous trois formes différentes dans le domaine de la réduction de la demande. Au cours des années 90, peu de villes avaient mis en place des services spécialisés pour traiter les problèmes liés à la cocaïne comme drogue principale et pour cibler en particulier les groupes à risque, tels que «Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.» à Francfort, et «Take five» à Rotterdam. Certains États membres montrent des efforts pour adapter les structures existantes afin de répondre aux besoins des usagers de cocaïne et de crack à problème. Par exemple, en France et au Royaume-Uni, des stratégies pluridisciplinaires en cours d'élaboration parmi les professionnels concernés visent à collecter et à échanger des informations sur les besoins des consommateurs de cocaïne et de crack, à élaborer des formations appropriées et à adapter les modèles existants et les services de traitements pour fournir le type de service qui sera le plus efficace pour répondre à ces besoins. Troisièmement, certains États membres ont mis l'accent sur la nécessité de traiter les problèmes de criminalité et de santé liés à la polytoxicomanie en général.

Il est difficile d'obtenir des données sur les réponses aux problèmes de cocaïne du secteur privé, mais ce secteur est susceptible de jouer un rôle prépondérant dans le traitement des usagers de cocaïne à problème les plus privilégiés d'un point de vue social.

Exemples de traitement des problèmes de cocaïne

Peu de réponses de traitement ont été décrites dans les rapports des États membres. Toutefois, l'Allemagne et les Pays-Bas soulignent des interventions conçues spécifiquement pour les problèmes liés à la consommation de cocaïne.

Questions particulières

À Francfort, l'organisation de jeunes, «Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.», propose un processus de traitement ciblé de la dépendance à la cocaïne et personnalisé en fonction des besoins de chaque patient. La «phase de sevrage initiale», qui dure quelques jours, a lieu dans des structures ambulatoires avec un soutien psychosocial ou dans le cadre d'un processus de désintoxication en hôpital. La phase suivante comprend six semaines de traitement hospitalisé où le patient suit un programme quotidien, comprenant des séances de traitement en groupe et individuelles. La phase de rétablissement, en hôpital ou non, est destinée à reprendre contact ou à améliorer les relations avec la famille, les proches ou partenaires.

À Rotterdam, «Take five», un programme de traitement pour les grands consommateurs de cocaïne «base/crack», est mené depuis 1996. Le programme, géré par les services de santé municipaux, fonctionne comme un service à bas seuil. Dans une première phase, les travailleurs de rue contactent les consommateurs de cocaïne «base/crack» à différents endroits tels que les lieux de vente de drogues, les salles d'injection ou les centres de crise. Dans un deuxième temps, le patient fréquente un autre centre «time out» qui propose un soutien 24 heures sur 24 avec un médecin généraliste et des psychiatres disponibles sur demande. L'objectif de la troisième phase est de stabiliser la santé du patient et de commencer la réinsertion. L'expérience de Rotterdam montre que l'acupuncture est très appréciée par les patients pour la relaxation.

Questions politiques

Il existe, dans l'UE, un marché de toxicomanes à des fins récréatives disposant de revenus importants qui s'inquiètent de la composition peu fiable des comprimés d'«ecstasy» et la possibilité de cumuler les risques aigus et à long terme pour la santé, ou qui sont lassés de leur expérience passée du MDMA et de ses effets déplaisants immédiats et de quelques jours. Les recherches montrent que du point de vue des consommateurs de cocaïne à des fins récréatives, la cocaïne est considérée comme plus prévisible, versatile et discrète que l'ecstasy et les effets secondaires de la cocaïne sont considérés comme moins graves ou dommageables et plus immédiats que ceux de l'ecstasy ou des amphétamines (3).

Les recherches sur les consommateurs de cocaïne ont identifié des différences sociales claires et des sous-cultures nettement différenciées entre les usagers de cocaïne en poudre (chlorhydrate) et les fumeurs de cocaïne «base/crack» — mais les récentes évolutions du marché et une nouvelle tendance à fumer de la cocaïne

«base/crack» mélangée avec du tabac sous forme de «joints» dans des lieux festifs pourraient remettre en question cette division. En conséquence de ces évolutions, les tabous concernant le fait de fumer de la cocaïne «base/crack», qui ont existé et ont fourni des contrôles informels pour prévenir la diffusion du crack dans la culture d'intégration de la drogue à des fins récréatives, pourraient être levés. Ces signes d'érosion dans les contrôles sociaux informels sur l'utilisation de la cocaïne «base/crack» rendent des plus urgentes les réponses rapides.

L'image positive, utilitaire et «bourgeoise» de la poudre de cocaïne et même, peut-être, de la cocaïne «base/crack», combinée à l'existence de riches consommateurs potentiels, risquerait d'entraîner la diffusion de la consommation de cocaïne dans l'UE, y compris de la «base/crack». Il faut traiter cette possibilité d'expansion avec prudence car une couverture médiatique biaisée de la «base/crack» risque d'engendrer des mythes autour de sa consommation, et de distraire ainsi l'attention des problèmes structurels persistants auxquels sont confrontés certains quartiers des centres urbains (9).

Sources

(Rapports des points focaux nationaux 2000)

- (1) The Forensic Science Service, *Drug abuse trends*, No 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) Rapport ESPAD 1999, voir p. 11 pour référence détaillée.
- (3) Boys, A., e.a., *Cocaine trends: A qualitative study of young people and cocaine use*, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) Ghuran, A., et Nolan, J., «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart*, vol. 83, 2000, p. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H., et Bottomley, T., *Evolving crack cocaine careers: New users, quitters and long term combination drug users in NW England*, University of Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L., *Pilot project to describe and analyse local drug markets: First-year report to the EMCDDA*, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., et Zuidmulder, L., «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA, Scientific Monograph Series, No 4, 2000.
- (8) *Drug abuse trends*, Issue No 10, New Series, octobre/décembre 1999.
- (9) Hartman, D., et Golub, A., «The social construction of the crack epidemic in the print media», *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31 (4), 1999.
- (10) *Home Office Statistical Bulletin*, 2000.