

Cocaïne

Cocaïne

Dans la même collection

© Les éditions Inserm

- ↳ Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- ↳ Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- ↳ Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- ↳ Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- ↳ Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- ↳ Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- ↳ Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- ↳ Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- ↳ Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- ↳ Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- ↳ Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- ↳ Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- ↳ La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006
- ↳ Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. 2007
- ↳ Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007
- ↳ Croissance et puberté. Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007
- ↳ Activité physique. Contextes et effets sur la santé. 2008
- ↳ Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées. 2008
- ↳ Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant. 2008
- ↳ Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. 2008
- ↳ Cancer et environnement. 2008
- ↳ Tests génétiques. Questions scientifiques, médicales et sociétales. 2008
- ↳ Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. 2009
- ↳ Transplantation d'organes. Quelles voies de recherche ? 2009
- ↳ Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. 2009
- ↳ Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. 2010
- ↳ Téléphone et sécurité routière. 2011
- ↳ Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. 2011
- ↳ Reproduction et environnement. 2011
- ↳ Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. 2012
- ↳ Handicaps rares. Contextes, enjeux et perspectives. 2013
- ↳ Pesticides. Effets sur la santé. 2013
- ↳ Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. 2014
- ↳ Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. 2014
- ↳ Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. 2015

© Éditions EDP Sciences

- ↳ Déficiences intellectuelles. 2016
- ↳ Agir sur les comportements nutritionnels. 2017
- ↳ Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. 2019
- ↳ Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. 2019
- ↳ Fibromyalgie. 2020
- ↳ Essais nucléaires et santé. Conséquences en Polynésie française. 2020
- ↳ Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. 2021
- ↳ Pesticides et effets sur la santé. Nouvelles données. 2021
- ↳ Polyhandicap, 2024



Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits.
Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inserm



La science pour la santé _____
_____ From science to health

EXPERTISE COLLECTIVE
CIBLÉE

Cocaïne

Ce rapport présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande conjointe de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et du ministère de la Santé concernant la cocaïne.

S'inscrivant dans un contexte nécessitant d'agir rapidement afin d'améliorer les politiques publiques de lutte contre la cocaïne, la saisine sollicitait une remise des résultats d'expertise dans un délai restreint. Afin de répondre à cette demande de réalisation du travail dans un délai raccourci, la méthodologie habituelle de l'expertise collective Inserm (cf. annexe 1) a été adaptée, et le rapport a été qualifié d'« expertise collective ciblée ».

Ainsi, un groupe pluridisciplinaire restreint à cinq experts a été constitué et l'organisation des travaux s'est articulée autour de deux types d'analyse de la littérature scientifique internationale selon les thèmes : *i*) une analyse approfondie des publications sélectionnées pour les thèmes les plus complexes faisant l'objet des questions centrales de la saisine et nécessitant d'identifier des leviers d'action efficaces ou potentiels ; *ii*) une analyse reposant sur les principales revues et méta-analyses récentes sélectionnées pour les thèmes ne faisant pas l'objet des questions centrales de la saisine mais nécessitant d'être traités dans le cadre de l'expertise afin d'intégrer l'ensemble des dimensions du sujet.

Ce travail s'appuie essentiellement sur les données issues de la littérature scientifique internationale disponible au 1^{er} semestre 2025. Près de 2 500 publications ont été rassemblées à partir de l'interrogation de différentes bases de données (PubMed, Web of Science, Cairn et HAL) (cf. annexe 2).

Le Pôle expertise collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique Santé publique, a assuré la coordination de cette expertise.

Pour citer ce document :

Inserm. Cocaïne. Collection Expertise collective. Les Ulis : EDP Sciences, 2026.

Pour accéder aux expertises collectives en ligne :

<https://www.inserm.fr/expertise-collective/>

<https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1>

Groupe d'experts et auteurs¹

Clotilde CHAMPEYRACHE, CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers), Équipe ESDR3C (Sécurité et Défense – Renseignement, Criminologie, Crises, Cybermenaces), Paris

Hélène DONNADIEU, CHU de Montpellier, Service Addictologie, UMR 1058 – PCCEI (*Pathogenesis and Control of Chronic and Emerging Infections*), Montpellier

Émilie JOUANJUS, Université de Toulouse, UFR Santé ; Inserm, CERPOP (UMR 1295) ; CHU Toulouse, Service de Pharmacologie Médicale et Clinique, Centre d'Addictovigilance, Toulouse

Yasser KHAZAAL, Service de médecine des addictions, CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) et Université de Lausanne, Suisse

Perrine ROUX, Inserm, SESSTIM (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale), Équipe SanteRCom (Santé et Recherche COMmunautaire), Faculté de médecine, Marseille

Personnes auditionnées²

Élisabeth AVRIL et Jamel LAZIC, Association GAÏA-Paris

Christian BEN LAKDHAR, Université de Lille, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales (FSJPS), LEM (Lille Économie et Management – UMR 9221), Lille ; Spiritek association

Thomas BUJON, Université Jean Monnet de Saint-Étienne, Triangle UMR 5206 ; ENSP (École Nationale Supérieure de Police)

Pierre CHAPPARD et Serena GARBOLINO, Association Psychoactif

Céline EIDEN, CHU Montpellier, Centre d'addictovigilance, Montpellier

Iciar INDAVE, EUDA (*European Union Drugs Agency*)

Laurent KARILA, Hôpital Universitaire Paul-Brousse (AP-HP) – Université Paris Saclay – UR PSYCOMADD ; CERTA (Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions), Villejuif

1. Les experts ont signé une déclaration de liens d'intérêts conformément aux dispositions de la Charte de l'expertise à l'Inserm.

2. Les personnes auditionnées qui ont rédigé une communication présentée dans la partie « Communications » de ce rapport ont signé une déclaration de liens d'intérêts conformément aux dispositions de la Charte de l'expertise à l'Inserm. Les analyses et points de vue exprimés dans les communications n'engagent que leurs auteurs.

Ivana OBRADOVIC, OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives)

Fabrice PEREZ, Association Techno+

Christophe VENTURA, IRIS (Institut de Relations Internationales et Stratégiques)

Remerciements

Remerciements pour relecture et conseils à :

François BOMPART et Christine DOSQUET au titre de rapporteurs pour le Comité d'éthique de l'Inserm

Coordination scientifique, éditoriale, bibliographique et logistique

Pôle expertise collective de l'Inserm

Responsable : Laurent FLEURY

Coordination de cette expertise : Étienne COYAUD, Marie LHOSMOT-MARQUET

Documentation : Rhéa QUENUM, Bénédicte VARIGNON

Édition scientifique : Anne-Laure PELLIER

Secrétariat : Sabrina MOKRANI

Sommaire

Préface	XI
Avant-propos	XVII
Synthèse	1
Analyse	37
1. Spécificités des publics consommateurs de cocaïne	39
2. Facteurs de risque de l'usage et des troubles de l'usage de cocaïne.....	69
3. Marchés et approvisionnements.....	91
4. Dommages aux usagers.....	127
5. Prise en soins et thérapies innovantes.....	143
6. Dommages sociaux.....	163
7. Politiques de prévention et de réduction des risques, et interventions.....	175
8. Réduction des risques et des dommages sanitaires appliquée aux usages et aux troubles de l'usage de la cocaïne et cocaïne basée	199
9. Réduction des risques et des dommages sociaux	233
10. Politique pénale en matière de stupéfiants	255
Communications	287
Association Techno+.....	289
GAÏA-Paris : synthèse des activités et des défis des services de réduction des risques en Île-de-France.....	295
Autosupport, réduction des risques en ligne et lutte contre la stigmatisation.....	299
Retour d'expérience d'un président de CAARUD	303
Complications sanitaires liées à la cocaïne : focus des dispositifs d'addictovigilance.....	305
Approches pharmacologiques du trouble lié à l'usage de cocaïne.....	311

La cocaïne en France : tendances d'usage, enjeux et perspectives.....	315
Taille et régulation du marché de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée.....	317
La lutte contre les trafics de stupéfiants : enjeux stratégiques et perspectives judiciaires	321
L'Amérique latine et la question des drogues	325
Annexes	329
Annexe 1 : Expertise collective Inserm : principes et méthode.....	331
Annexe 2 : Méthodologie de la recherche bibliographique.....	335

Préface

Marie Jauffret-Roustide, Sociologue et Politiste

Directrice de recherche Inserm au Centre d'Étude des Mouvements Sociaux³ (Paris), associée à l'Institut Universitaire sur les Dépendances (Montréal), membre du conseil scientifique de l'European Union Drugs Agency (Lisbonne)

« *Everything, everywhere, everyone* », voici la manière dont l'European Union Drugs Agency (EUDA), l'observatoire européen des drogues, décrivait la situation de la consommation de drogues dans son rapport de 2024 (EUDA, 2024). Derrière ce titre accrocheur se cache une réalité très diverse en matière de substances dans le monde : l'Europe et l'Amérique du Sud sont plus particulièrement concernées par l'augmentation de stimulants tels que la cocaïne et le crack, l'Amérique du Nord est de son côté confrontée à une crise des overdoses opioïdes, l'Asie connaît pour sa part une hausse continue de la consommation de métamphétamines, et l'Afrique est quant à elle confrontée à des usages de plus en plus importants de médicaments détournés.

Bien qu'il y ait des spécificités, la consommation de cocaïne tend à augmenter de manière massive dans le monde : par exemple, la crise des overdoses opioïdes aux États-Unis est, depuis une dizaine d'années, dans une quatrième vague qui implique des stimulants dont la cocaïne (Ciccarone, 2021 ; Friedman et Shover, 2023), et l'Afrique de l'Ouest, devenue une route privilégiée du trafic de cocaïne, voit également sa consommation de cocaïne augmenter (UNODC, 2023).

En France, les données scientifiques les plus récentes illustrent parfaitement la tendance mondiale. Le dernier rapport de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) met en évidence une augmentation très importante de la consommation de cocaïne : d'après l'enquête du Baromètre Santé 2023 menée en population générale par Santé publique France et l'enquête EROPP⁴ de l'OFDT, 1,1 million de Français déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois d'après les données les plus récentes de 2023, contre 600 000 personnes en 2017 (OFDT, 2025). Les estimations actuelles rapportent que 10 % des adultes âgés de 18 à 64 ans auraient déjà expérimenté la cocaïne au cours de leur vie, alors qu'ils

3. Inserm U 1276/CNRS UMR 8044/EHESS.

4. EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes.

n'étaient que 1,2 % en 1992 (Spilka et coll., 2024), période depuis laquelle nous disposons de dispositifs d'observation fiables permettant des comparaisons de tendances. De plus, l'enquête ANRS-Coquelicot menée par le Centre d'Étude des Mouvements Sociaux en collaboration avec Santé publique France montre qu'un dérivé de la cocaïne (le crack) est le produit illicite le plus consommé (après le cannabis) parmi les personnes fréquentant les centres de soins et de réduction des risques en France en 2023, sa consommation atteignant 50 % des usagers au cours du dernier mois (Jauffret-Roustide, 2025a). Ce phénomène d'augmentation était déjà visible dès les éditions 2004 et 2011 (Weill-Barillet et coll., 2016). La consommation de crack a non seulement été multipliée par 1,5 ces 10 dernières années, mais il a également été constaté qu'elle se diffuse sur l'ensemble du territoire français, alors qu'elle n'était visible essentiellement qu'en Île-de-France et en Guyane auparavant. Le constat de l'EUDA s'applique donc parfaitement à la France pour la cocaïne (poudre) et le crack (cocaïne basée) : une diffusion partout en France et parmi tous les groupes sociaux.

Comment expliquer cette tendance ?

Comme décrit dans cette expertise collective Inserm, l'augmentation de la cocaïne et du crack est liée à une offre qui est de plus en plus importante, facile d'accès et attractive : la production de coca s'est très fortement intensifiée en Amérique du Sud (de près de 50 % entre 2018 et 2022 selon les dernières données de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime : UNODC, 2025), la diversification des routes de trafic passant par la Guyane et facilitant l'accès vers la France métropolitaine, la multiplication des réseaux de vente et leur numérisation permettant un accès plus large, et la baisse très importante des prix. Au-delà de l'offre, des raisons liées aux contextes de vie et aux évolutions sociologiques peuvent expliquer cette augmentation de la consommation de cocaïne et de crack. Ces produits stimulants peuvent être consommés pour des raisons de sociabilité liées à des environnements festifs ou dans un contexte sexuel, mais également pour tenir la pression au travail ou supporter la dureté de la vie à la rue. Une des spécificités ici est de voir que des publics très divers sont concernés par ces consommations dans la mesure où la cocaïne et le crack diffusent dans toutes les classes sociales, des plus précaires aux plus aisées, et dans tous les territoires, de l'urbain au rural. Dans des sociétés où les conditions de travail se détériorent et la pauvreté augmente, la consommation de drogues est en hausse, et celle des stimulants en particulier. Les études internationales mettent en évidence des liens très forts entre l'instabilité

géopolitique, la précarité économique et les consommations de substances (Costa-Storti et coll., 2011 ; Casal et coll., 2023). La situation mondiale actuelle constitue donc un terreau pour le développement des conduites addictives, incluant la cocaïne en raison de sa disponibilité accrue.

Comment la société peut-elle gérer cette problématique et comment mieux prendre en charge les personnes qui consomment de la cocaïne ?

Les discours dominants sur les drogues sont le plus souvent marqués à la fois par la désinformation et par la stigmatisation sociale. Les représentations sociales de la cocaïne ont évolué au fil du temps, en fonction de son statut (de médicament à drogue), de ses effets (stimulants et euphorisants), de son accessibilité (de restreinte à large), de ses modalités d'usage (du sniff à la voie fumée voire injectée), des figures sociales (populations insérées et classes moyennes et populaires) et des contextes de consommation (usage en contexte festif, en milieu de travail ou en contexte sexuel) associés à cette substance psychoactive (Jauffret-Roustide, 2025b). La cocaïne a par ailleurs eu dans les années 1980-90 une image de dangerosité moins importante que l'héroïne et le crack, en lien avec les imaginaires sociaux associés à ces produits (imaginaires de la fête et de la performance pour la cocaïne, et de la précarité et de la folie pour le crack), aux publics consommateurs (auparavant décrits comme appartenant aux classes aisées), mais également en lien avec le manque d'informations sur les drogues en France. Ces représentations de la cocaïne ont toutefois évolué récemment en lien avec son processus de diffusion, faisant évoluer son image de la « valorisation » à la « banalisation ». Ainsi, il est intéressant de noter que d'après l'enquête EROPP (Li et coll., 2025), la part des Français qui considèrent que la cocaïne est un produit dangereux dès l'expérimentation est passée de 86 % en 1999 à 75 % en 2023. Dans le même temps, 9 Français sur 10 considèrent que les consommateurs de cocaïne sont dangereux pour leur entourage, et la proportion de Français qui s'estiment plutôt bien ou très bien informés sur les drogues a diminué entre 2018 et 2023 (Li et coll., 2025).

La peur et la stigmatisation dominent le plus souvent les discours médiatiques sur les drogues. La rhétorique associée à la cocaïne est celle de la déferlante liée à l'offre du produit, qualifiée de « tsunami blanc », et celle associée au crack est envisagée sous l'angle de la sécurité publique, avec des titres tels que « les crackeurs errent dans Paris » (Jauffret-Roustide, 2024). Plus rares sont les espaces médiatiques qui laissent la parole aux consommateurs et

aux professionnels qui les prennent en charge. La consommation de cocaïne et de crack est bien d'une part un problème de sécurité publique, avec les violences liées au trafic et les troubles à l'ordre public qui sont largement documentés dans la presse, mais il s'agit d'autre part d'un problème de santé publique qui doit être pris au sérieux dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réduction des risques et des dommages (Jauffret-Roustide et coll., 2023). Ces deux dimensions sont développées dans cette expertise collective Inserm.

Sur le terrain, les professionnels se mobilisent et mettent en œuvre des programmes de prise en charge pluridisciplinaires associant approches d'accompagnement psychothérapeutiques, sociales et pharmacologiques (Karila et coll., 2011 ; Blaise et Arends, 2023). Les approches s'efforcent de prendre en compte la dimension individuelle et collective des usages, et de trouver un équilibre entre prévention, traitement et réduction des risques et des dommages, incluant des approches axées sur les savoirs expérientiels et le rétablissement. Il est essentiel d'agir précocement car les dernières données de l'EUDA mettent en évidence que la première demande de traitement vis-à-vis de la cocaïne se fait en moyenne 12 ans après la première consommation (Degenhardt et coll., 2011 ; Vorspan et coll., 2020).

Quelle place pour la recherche ?

La recherche sur les drogues en France est particulièrement dynamique et combine des approches disciplinaires différentes, de la recherche fondamentale en génétique ou en toxicologie à la recherche clinique, en santé publique et en sciences sociales qui permettent de mieux étudier la complexité liée aux drogues. Cette expertise collective, par les conclusions qu'elle met en exergue, souligne l'importance de cette multidisciplinarité.

L'Inserm soutient fortement les recherches sur les addictions. Ces dernières années, des consortiums pluridisciplinaires tels que le programme « Crack-Target » se sont créés en France grâce également au soutien entre autres de l'Agence nationale de la recherche (ANR) afin de comprendre comment mettre en place des traitements de la dépendance à la cocaïne et au crack (Delage et coll., 2023), sur le modèle du succès des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) mis en place dans les années 1990 pour gérer la dépendance à l'héroïne. Ce programme met en œuvre une recherche ciblée sur la réponse thérapeutique prenant en compte les besoins des patients grâce aux sciences sociales. Face à la complexité de la prise en charge de la dépendance liée à la cocaïne et au crack et aux problématiques associées telles

que les troubles de santé mentale, la précarité et la stigmatisation sociale, une réflexion pluridisciplinaire et participative prenant en considération les besoins des personnes qui consomment des substances est essentielle. Les drogues et les addictions constituent un sujet qui mérite mieux qu'une approche fondée sur les peurs et sur l'ignorance ; la science et les personnes concernées doivent être au centre de la construction des politiques publiques élaborées afin de préserver et d'améliorer la santé de toutes et tous.

RÉFÉRENCES

Blaise M, Arends C. Disparaître dans le crack pour subsister. Approche clinique phénoménologique et psychopathologique de l'addiction au crack. *Psychotropes* 2023 ; 29 : 79-103.

Casal B, Rivera B, Costa-Sorti C. Economic recession, illicit drug use and the young population: a systematic literature review and meta-analysis. *Perspect Public Health* 2023 ; 145 : 32-41.

Ciccarone D. The rise of illicit fentanyl, stimulants and the fourth wave of the opioid overdose crisis. *Curr Opin Psychiatry* 2021 ; 34 : 344-50.

Costa-Storti C, Grauwe P de, Reuter P. Economic recession, drug use and public health. *Int J Drug Policy* 2011 ; 22 : 321-5.

Degenhardt L, Singleton J, Calabria B, *et al.* Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2011 ; 113 : 88-95.

Delage C, Morel A, Witt P de, *et al.* Behavioral sensitization to psychostimulants and opioids: What is known in rodents and what still needs to be explored in humans ? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2023 ; 127 : 110824.

EUDA. *Understanding Europe's drug situation in 2024 – key developments (European Drug Report 2024)*. European Union Drugs Agency (EUDA), 2024 : 24 p.

Friedman J, Shover CL. Charting the fourth wave: Geographic, temporal, race/ethnicity and demographic trends in polysubstance fentanyl overdose deaths in the United States, 2010–2021. *Addiction* 2023 ; 118 : 2477-85.

Jauffret-Roustide M. Cocaïne, une lecture sociologique. *Santé Mentale* 2025a ; 301 (octobre) : 78-81.

Jauffret-Roustide M. Monitoring HIV, HCV and HBV among people who use drugs in France. A reflective feed-back on a 25-year experiment based on mixed methods. The ANRS-Coquelicot survey. *Int J Drug Policy* 2025b ; 136.

Jauffret-Roustide M. La construction du crack comme « problème public ». Socio-histoire des imaginaires sur des publics considérés comme « indésirables »(1986-2023). *Histoire, médecine et santé* 2024 : 95-114.

Jauffret-Roustide M, Dambélé S, de Azevodo Martinho Porto C. La construction du crack à Paris comme un « problème » épidémiologique, de prise en charge et d'écologie urbaine. *Psychotropes* 2023 ; 29 : 7-29.

Karila L, Reynaud M, Aubin H-J, *et al.* Pharmacological treatments for cocaine dependence: is there something new? *Curr Pharm Des* 2011 ; 17 : 1359-68.

Li D, Philippon A, Le Nézet O, *et al.* *Opinions et représentations des Français sur les drogues en 2023*. OFDT, 2025 : 39 p.

OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés. *Tendances* 2025 ; Hors-série international.

Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, *et al.* Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. *Tendances* 2024 ; 164 : 1-4.

UNODC. *World Drug Report 2025 – Key findings*. New York: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2025 : 98 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Special points of interest*. United Nations publications. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023 : 15 p.

Vorspan F, Witt P de, Zerdazi E-H, *et al.* Chronic exposure to cocaine is associated with persistent behavioral disturbances. A cross-sectional dimensional study in outpatients with multiple substance use disorders. *Psychopharmacol* 2020 ; 237 : 3399-407.

Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, *et al.* Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2016 ; 64 : 301-12.

Avant-propos

La consommation de cocaïne représente un enjeu croissant de santé publique en France, dans un contexte d'expansion mondiale du marché et de diversification des usages. L'augmentation de la production dans les pays d'Amérique latine, la multiplication des routes de trafic et la montée en puissance de nouveaux circuits de distribution ont conduit à une disponibilité accrue de la substance en Europe, notamment sur le territoire français. Les modes d'approvisionnement se sont profondément transformés. Aux filières traditionnelles s'ajoutent désormais des formes de distribution locales et portées par le numérique, facilitant un accès plus direct et plus discret. Cette évolution s'accompagne d'une hausse du niveau de pureté du produit et d'une baisse de son prix.

Cette conjoncture favorise la diffusion de la cocaïne auprès de publics de plus en plus variés : les profils des usagers et les contextes de consommation connaissent une diversification marquée. Si l'usage festif demeure présent, la cocaïne s'inscrit aussi dans des pratiques plus régulières, parfois liées à la recherche de performance ou à la gestion du stress. Ces évolutions entraînent une augmentation des usages, y compris problématiques, ce qui a pour conséquence un accroissement des troubles associés qu'ils soient somatiques, psychiques ou sociaux. La consommation de cocaïne basée (autrement appelée crack) illustre particulièrement cette transformation. Initialement circonscrite à des populations en grande précarité, elle concerne désormais des usagers issus de milieux plus diversifiés. L'usage de cocaïne basée, plus addictif et plus délétère, contribue à l'aggravation des situations de vulnérabilité et à la complexification des problématiques d'accompagnement.

Face à cette dynamique, la mise en œuvre de politiques publiques coordonnées se révèle particulièrement difficile. La pluralité des usages, la diversité des profils d'usagers concernés et l'articulation entre enjeux sanitaires et sociaux exigent une approche intégrée, combinant prévention, réduction des risques et des dommages, accompagnement médico-social et lutte contre le trafic.

Dans ce contexte, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et le ministère de la Santé ont sollicité l'Inserm afin de conduire une expertise sur la cocaïne. Cette saisine s'inscrit dans un contexte nécessitant d'agir rapidement afin d'améliorer les politiques publiques de lutte contre la cocaïne, l'objectif des travaux était

d'identifier dans un délai raccourci les stratégies et les actions les plus efficaces, ou les plus prometteuses, en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages, de prise en charge et d'accompagnement social. L'identification de tels leviers vise à renforcer la cohérence entre les différents niveaux d'action des politiques publiques de santé tout en tenant compte de la diversité des publics concernés et des dynamiques territoriales observées.

Afin de répondre à cette demande spécifique nécessitant d'adapter la procédure habituelle de l'expertise collective Inserm⁵, un groupe d'experts pluridisciplinaire restreint a été constitué : cinq chercheurs et cliniciens dans les domaines de l'épidémiologie, la sociologie, l'économie, l'addictologie, la prévention, la réduction des risques et des dommages, et les trafics ont été réunis. Les experts ont articulé leur travail autour de deux types d'analyse de la littérature scientifique internationale selon les thèmes.

D'une part, les experts ont mené une analyse approfondie des publications identifiées sur les thèmes particulièrement complexes, centraux dans le cadre de la saisine, qui nécessitent d'identifier des leviers d'action efficaces ou prometteurs. Le principe de l'identification de tels leviers doit s'appuyer sur des éléments de preuve solides et actualisés relatifs à l'évaluation de l'efficacité des dispositifs existants et à la mise en évidence d'expériences innovantes ou de modèles d'intervention transférables à d'autres contextes. Ces thèmes font l'objet de 5 chapitres du rapport : *i*) les spécificités des publics consommateurs de cocaïne ; *ii*) les marchés et les modes d'approvisionnement ; *iii*) la réduction des risques et des dommages sanitaires appliquée aux usages et aux troubles de l'usage de la cocaïne et cocaïne basée ; *iv*) la réduction des risques et des dommages sociaux des drogues ; *v*) la politique pénale en matière de stupéfiants.

D'autre part, les experts ont réalisé une analyse synthétique reposant sur les revues et méta-analyses les plus récentes sur les thèmes dont le traitement est également nécessaire afin d'intégrer toutes les dimensions de la problématique. Compte tenu des délais restreints accordés pour réaliser cette expertise, ces thèmes ont été moins approfondis. Ils font l'objet de 5 chapitres du rapport : *i*) les facteurs de risque de l'usage et des troubles de l'usage de cocaïne ; *ii*) les dommages aux usagers ; *iii*) la prise en soins et les thérapies innovantes ; *iv*) les dommages sociaux ; *v*) les politiques de prévention et de réduction des risques, et les interventions.

Le rapport présente en premier lieu la synthèse de l'ensemble des thèmes traités dans l'expertise : elle reprend les principaux constats relevés par chacun

XVIII 5. Cf. les annexes 1 et 2 de cette expertise.

des membres du groupe d'experts lors de son analyse dans les différents champs disciplinaires, et les leviers d'action efficaces ou prometteurs pour soutenir l'orientation et la priorisation des politiques publiques de santé relatives à la cocaïne.

À l'issue des dix chapitres de l'analyse, le rapport présente les communications d'intervenants extérieurs invités à exposer leurs travaux dans le cadre d'auditions par le groupe d'experts afin de disposer d'un apport complémentaire à leur analyse de la littérature scientifique ; il s'agit de contributions du milieu associatif, et de contributions de chercheurs et cliniciens relatives aux dommages sur la santé, aux approches pharmacologiques, au marché et au trafic de la cocaïne.

Dans cette expertise, le terme « cocaïne » est utilisé indépendamment de sa présentation sous forme de poudre (chlorhydrate de cocaïne) ou de « cailloux » (cocaïne basée aussi appelée crack et/ou *free-base*), tandis que les termes « cocaïne poudre » et « cocaïne basée » sont utilisés pour désigner spécifiquement les observations spécifiques à l'une ou l'autre de ces formes.

Synthèse

Synthèse

Introduction

Comme exposé dans l'avant-propos du rapport, la commande de cette expertise par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et le ministère de la Santé, s'est inscrite dans un contexte d'urgence vis-à-vis de la problématique de la consommation de cocaïne. L'objectif des travaux de l'expertise a été de dresser, dans un délai raccourci, un état des lieux actualisé des connaissances sur les usages de cocaïne, leurs conséquences et d'identifier les stratégies et les actions les plus efficaces, ou les plus prometteuses, en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages liés à la consommation de cocaïne, et de prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Le délai restreint ayant impliqué d'adapter la procédure habituelle de l'expertise collective Inserm pour la réalisation de ces travaux, la synthèse est présentée dans un format davantage abrégé. Elle expose les principaux constats issus de l'analyse par le groupe d'experts de la littérature scientifique internationale relative aux différents thèmes traités ; ces constats s'accompagnent de l'énoncé des éventuels leviers d'action efficaces ou prometteurs identifiés pour les politiques publiques de santé relatives à la cocaïne, sans toutefois mettre en exergue des recommandations. Tous les éléments de la synthèse sont issus des dix chapitres du rapport auxquels le lecteur pourra se référer pour y trouver l'analyse des résultats et les références bibliographiques associées.

Face à l'augmentation préoccupante de la consommation de cocaïne⁶ en France et à la diversification des modes et contextes d'usage, les dommages sanitaires et sociaux associés constituent aujourd'hui un enjeu croissant de santé publique. Cette problématique s'inscrit dans un contexte d'augmentation de la production de cocaïne dans les pays andins d'Amérique latine, de l'expansion mondiale du marché de ce stupéfiant et de la diversification de ses modes d'approvisionnement. Ces changements récents accroissent la complexité et les difficultés pour mettre en œuvre et mener des politiques publiques coordonnées et efficaces pour la lutte contre la consommation de cette substance. De plus, la problématique de la consommation de la cocaïne

6. La cocaïne est une substance psychoactive de la classe des stimulants du système nerveux central.

s'est également complexifiée avec la cocaïne basée⁷ (aussi appelée crack et/ou *free-base*) dont la consommation en France, initialement circonscrite à des populations en grande précarité, s'est diffusée dans des milieux plus diversifiés et concerne des personnes insérées.

Préalablement à la présentation des sections de cette synthèse, il est important de rappeler ici que dans cette expertise, le terme « cocaïne » est utilisé indépendamment de sa présentation sous forme de poudre (chlorhydrate de cocaïne) ou de « cailloux » (cocaïne basée), tandis que les termes « cocaïne poudre » et « cocaïne basée » sont utilisés pour désigner des éléments spécifiques de l'une ou l'autre de ces formes.

Il est également utile de mentionner ici les principaux modes d'usage de la cocaïne. Elle est consommée principalement par voie nasale (*sniff*), fumée (inhalation de vapeurs de combustion), ou intraveineuse (injection). Selon les données 2022 du réseau français d'addictovigilance, la cocaïne est la première substance psychoactive injectée. La cocaïne poudre et la cocaïne basée peuvent toutes deux être injectées, mais cette dernière l'est rarement et elle est consommée principalement par inhalation.

La synthèse est structurée en cinq sections. La première porte sur les personnes qui consomment en décrivant les spécificités des publics concernés, puis expose les principaux facteurs de risque associés aux usages de cocaïne, pour ensuite analyser le fonctionnement des marchés et les dynamiques d'approvisionnement. La deuxième section est consacrée aux dommages sanitaires engendrés par la consommation de cocaïne, et aux modalités et enjeux de la prise en soins des personnes usagères ; elle s'intéresse également aux dommages psychosociaux et sociaux induits par certains usages. La troisième section explore les politiques de prévention et de réduction des risques et des dommages, ainsi que les interventions menées à l'échelle nationale ou internationale. La quatrième section expose les stratégies et les dispositifs de réduction des risques et des dommages (RdRD) : d'une part les actions spécifiques de RdRD à visée sanitaire, et d'autre part les interventions de RdRD à visée sociale. Enfin, dans la cinquième et dernière section, l'efficacité des approches développées en matière de politique pénale est analysée. Ainsi structurée, en abordant de manière pluridisciplinaire les usages, les contextes, les conséquences et les réponses publiques, la synthèse vise à offrir une compréhension globale des enjeux liés à la consommation de cocaïne en France.

7. La cocaïne basée est obtenue par l'ajout d'une base (ammoniaque ou bicarbonate de soude) à la cocaïne poudre.

Partie I – Les personnes usagères de cocaïne, les facteurs de risque de l’usage, les marchés de la cocaïne et les modes d’approvisionnement

Spécificités des publics consommateurs de cocaïne

Usages chez les jeunes

Les données françaises sur la consommation de cocaïne chez les jeunes de 17 ans issues de l’enquête ESCAPAD⁸ montrent qu’en 2000, 0,9 % des jeunes interrogés avaient expérimenté la cocaïne, chiffre qui a plus que quadruplé en 2014 puis diminué progressivement atteignant 2,8 % en 2017 et 1,4 % en 2022. La consommation est plus fréquente chez les garçons, bien que l’écart entre les sexes ait diminué ces dernières années. En 2017, 3,1 % des garçons et 2,4 % des filles avaient expérimenté la cocaïne, tandis qu’en 2022, les taux sont respectivement de 1,5 % et 1,3 %. En fonction du statut scolaire, la prévalence de l’expérimentation varie considérablement : elle est plus élevée chez les jeunes non scolarisés (4,4 %), chez les apprentis (3,5 %) et les élèves en lycée professionnel (1,9 %), tandis qu’elle est moins fréquente dans les lycées généraux et technologiques (0,9 %). Les données issues de l’enquête EnCLASS⁹ de 2022 montrent que 2,2 % des lycéens avaient déjà expérimenté la cocaïne, un chiffre inférieur à celui de 2018 (3,8 %).

L’étude européenne ESPAD¹⁰, réalisée en 2019, montre que 2,7 % des jeunes Français de 15-16 ans ont expérimenté la cocaïne au moins une fois, soit un taux supérieur à la moyenne européenne de 1,9 % pour cette tranche d’âges. Aux États-Unis, l’étude *Monitoring the Future*¹¹ de 2022 révèle des taux de consommation plus élevés chez les lycéens (2,4 % d’élèves en terminale déclarent une consommation de cocaïne au cours de la vie), mais une tendance à la baisse depuis deux décennies. Au Canada, l’enquête nationale CSTADS¹² de 2018-2019 indique que 2,2 % des élèves de la 4^e à la terminale ont consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois.

En France, la consommation de cocaïne chez les jeunes, bien qu’en baisse, reste préoccupante. Elle varie selon plusieurs facteurs, dont le statut scolaire, les relations familiales et l’utilisation concomitante d’autres drogues.

8. ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors des Journées Défense et Citoyenneté (JDC). Cette enquête est représentative des jeunes Français âgés de 17 ans.

9. EnCLASS : Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances. Cette enquête concerne 375 établissements publics et privés du secondaire.

10. ESPAD : *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*.

11. L’enquête *Monitoring The Future* est menée auprès d’élèves du secondaire (4^e, seconde et terminale).

12. CSTADS : *Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey*.

À l'échelle internationale, les tendances sont similaires, avec des variations spécifiques selon les pays. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les motivations liées à ces usages et les facteurs associés à des consommations problématiques.

Usages en population générale

L'usage de la cocaïne en France a connu une évolution notable au fil des années, avec une baisse de la prévalence de consommation chez les jeunes de 17 ans et une augmentation constante chez les adultes. Selon les données du Baromètre de Santé publique France et les données EROPP¹³ de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), l'expérimentation de la cocaïne chez les adultes (18-64 ans) est passée de 1,8 % en 2000 à 9,4 % en 2023, tandis que l'usage récent (au cours des 12 derniers mois) a progressé de 0,3 % en 2000 à 2,7 % en 2023. Les 25-34 ans présentent les taux les plus élevés, avec une prévalence d'usage récent de 5,4 % en 2023. Ces tendances montrent une diffusion croissante de l'usage dans des tranches d'âges plus diversifiées. À l'échelle internationale, des données similaires sont observées. L'usage de la cocaïne reste largement plus élevé chez les hommes. En 2023, en France, 13,4 % des hommes et 5,5 % des femmes ont expérimenté cette drogue au cours de leur vie. L'usage de la cocaïne varie également selon les moments de la journée, certaines personnes ayant un usage plus fréquent en journée, tandis que d'autres se limitent à une consommation en soirée.

Les motivations à la consommation incluent des raisons émotionnelles (se détendre...), sociales (créer du lien...) et cognitives (améliorer la performance au travail...). Il existe des consommations occasionnelles et modérées avec des étapes d'expérimentation, de maintien ou de sortie progressive de la consommation intensive. Les usages dits « récréatifs » sont souvent invisibles dans les grandes enquêtes, mais des études sociologiques sur des personnes « cachées » qui consomment montrent qu'une partie importante d'entre elles suit des trajectoires de consommation contrôlée qui sont très différentes de la notion de consommation problématique.

En milieu professionnel, les données sur la consommation de cocaïne sont moins disponibles, mais lorsqu'elles existent, elles révèlent des prévalences élevées dans certains secteurs comme l'hébergement/la restauration et les milieux artistiques. Les usages de cocaïne en milieu professionnel répondent

13. Depuis 1999, l'OFDT quantifie les opinions et les perceptions de la population française sur les drogues et les politiques publiques associées, grâce à l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes).

à des fonctions variées, telles que stimuler, récupérer ou entretenir des liens sociaux, et sont souvent liés à des contextes de stress ou de pression professionnelle. Les données disponibles soulignent la nécessité d'approches adaptées à ces environnements professionnels pour réduire les risques associés à ces pratiques.

Dans le milieu festif, l'étude française OCTOPUS¹⁴ montre que 42 % des festivaliers consomment de la cocaïne, souvent en combinaison avec d'autres substances. La consommation dans ces contextes est principalement motivée par le désir d'augmenter les sensations liées à la musique ou aux interactions sociales.

Usages de cocaïne basée et précarité

Cette section explore le lien entre l'usage de cocaïne basée et la précarité, tant en France qu'à l'international. La cocaïne basée est préparée par l'adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque à la cocaïne poudre ; elle est consommée principalement par inhalation. L'usage de cette drogue est très stigmatisé à différents niveaux (discrimination par l'entourage, la société, l'organisation des soins...) et se retrouve souvent dans des populations marginalisées, avec une prévalence élevée en Île-de-France, en particulier à Paris. Les données françaises sur les personnes accueillies en CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) révèlent une diffusion croissante de l'usage de la cocaïne basée parmi des publics plus insérés, en particulier parmi ceux ayant des antécédents de consommation d'opioïdes ou parmi de jeunes personnes consommatrices. La consommation de cocaïne basée a des racines historiques dans les ghettos américains, avant de se propager vers les départements d'outre-mer puis Paris, où des zones de consommation de cocaïne basée, appelées « scènes ouvertes », se sont formées. En 2015, l'Île-de-France comptait la plus forte prévalence de personnes consommatrices de cocaïne basée en France. Le phénomène s'est intensifié ces dernières années, et les personnes qui consomment sont souvent issues de milieux précaires.

Les données internationales montrent une tendance similaire, notamment en Belgique, en Irlande, en Italie, au Portugal et en Allemagne, où la consommation de cocaïne basée progresse dans des contextes de précarité. Des études suisses et brésiliennes indiquent que cette forme de consommation

14. OCTOPUS : *Observation of Consumption Of Psychoactive substance Use in music festival/S*. L'objectif de l'étude OCTOPUS, menée auprès de 383 participants, est de décrire et caractériser les profils de consommation de substances psychoactives en festival. Cette enquête a été menée entre juillet 2017 et juillet 2018 ; les premiers résultats ont été publiés en 2023.

peut résulter de ruptures de parcours personnels ou d'un usage alternatif, en particulier chez les personnes déjà engagées dans des pratiques à risque (polyconsommation, injection). Les « territoires » de consommation, comme certains quartiers parisiens, sont marqués par une forte vulnérabilité sociale et une dynamique complexe de soutien social et émotionnel entre les personnes qui consomment, et par la répression policière et l'exclusion des personnes vivant dans la rue. Chez les femmes, l'usage de la cocaïne basée est lié à une précarité accrue et des stéréotypes genrés.

Usages problématiques de cocaïne

En France, les données issues du milieu des soins ont montré que l'usage de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée a connu une augmentation au cours des dernières années. Selon les enquêtes de l'OFDT, parmi l'ensemble des patients suivis dans les CSAPA, la consommation de cocaïne dans le mois est passée de 6,9 % en 2015 à 9,0 % en 2019 pour la cocaïne poudre, et de 2,9 % à 4,9 % pour la cocaïne basée. En 2021, 11 % des patients suivis dans les CSAPA consommaient de la cocaïne. Parmi les nouvelles personnes accompagnées, cette tendance est encore plus marquée. En 2019, au sein du groupe de personnes prises en charge principalement pour leur consommation de substances illicites autres que le cannabis (très majoritairement opioïdes et/ou cocaïne), 30 % des nouveaux patients consommaient de la cocaïne poudre, et 16 % consommaient de la cocaïne basée ; en 2021, 22 % des nouveaux patients de ce groupe consommaient de la cocaïne. Les patients consomment la cocaïne principalement par sniff (64 %) et, dans une moindre mesure, par inhalation (25 %) et injection (9 %). Les patients usagers de cocaïne sont souvent des personnes polyconsommatrices ; en 2019, 61 % d'entre eux avaient un usage concomitant de plusieurs substances, notamment d'alcool et d'opioïdes. Enfin, les demandes de prise en soins pour des problèmes liés à la cocaïne ont doublé entre 2015 et 2019, passant de 7 900 à 14 500 patients. Cette augmentation contraste avec la diminution des demandes liées à l'héroïne, et un certain nombre de personnes sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) semble recourir à la cocaïne pour retrouver les sensations liées à l'usage de drogues.

À titre de comparaison avec la Suisse, pays frontalier pour lequel les données publiées sont solides, l'usage de la cocaïne a également augmenté entre 2013 et 2022. Dans les structures d'addictologie, les demandes de prise en soins ont augmenté de près de 116,9 % pour toute consultation et de 148,8 % pour les premières demandes liées à la cocaïne. L'âge moyen d'initiation de la consommation de cocaïne est de 21 ans. Environ 8,4 % des admissions dans les centres d'addictologie sont liées à la cocaïne. Les données suisses

montrent des différences de genre, avec une plus grande sévérité des troubles chez les femmes, qui sont plus susceptibles de consommer de la cocaïne par voie injectable et de présenter un usage quotidien avant admission. En Suisse, les personnes ayant un usage problématique de la cocaïne ont un taux plus élevé d'isolement social, de vie instable et d'auto-dévalorisation par rapport à la population générale.

En résumé, concernant les usages problématiques de cocaïne, les données françaises et suisses montrent une augmentation de l'usage de la cocaïne, y compris sous sa forme basée, et un besoin croissant de prise en soins pour les personnes affectées. En France, l'usage de la cocaïne est tel qu'il y a une forte hausse des demandes de traitement pour usage problématique dans les centres d'addictologie. En Suisse, bien que l'usage soit similaire, il existe des disparités selon le genre, les femmes présentant un usage plus sévère. L'usage combiné de la cocaïne avec d'autres substances, notamment les opioïdes, est un sujet qui mérite une attention accrue.

La diversité des profils des personnes usagères de cocaïne et la pluralité des contextes d'usage mettent en lumière la complexité des trajectoires individuelles. Comprendre ces spécificités est essentiel afin de mieux cerner les dynamiques qui conduisent à l'initiation, à l'installation ou à l'aggravation des consommations. L'analyse des facteurs de risque, abordée dans la section suivante, est fondamentale pour identifier les éléments favorisant l'usage problématique. La compréhension de ces facteurs permet d'orienter les stratégies de prévention.

Facteurs de risque de l'usage de cocaïne et des troubles associés

L'usage de substances psychoactives et les troubles de l'usage de ces substances¹⁵ sont d'origine multifactorielle, avec le modèle communément admis d'une relation tripartite entre une substance, un individu et un environnement. Une connaissance solide des facteurs de risque de l'usage de cocaïne et des troubles qui peuvent apparaître constitue un élément essentiel, contributif à la mise en place de mesures de santé publique adaptées.

S'agissant des facteurs liés à l'individu, et plus particulièrement de la vulnérabilité génétique, le développement des troubles de l'usage de la cocaïne ne saurait être réduit à la présence d'un polymorphisme génétique particulier chez un individu donné. Une limite importante des études génétiques sur

15. Les troubles de l'usage désignent des troubles médicaux résultant de l'usage tels que l'addiction (classification du DSM-5-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) / la dépendance (classification de la CIM-11 – Classification Internationale des Maladies, 11^e révision).

les troubles de l'usage de la cocaïne est le faible nombre de personnes recrutées dans les études comparé aux études sur l'alcool, le tabac, ou les opioïdes. De plus, la poursuite de travaux de recherche sur la caractérisation des mécanismes moléculaires et épigénétiques médiés par l'hérédité et/ou l'exposition prénatale à la cocaïne est nécessaire pour améliorer la compréhension de la transmission intergénérationnelle des troubles de l'usage de substances, dont la cocaïne. Le constat de différences entre les hommes et les femmes concernant les trajectoires de la consommation de cocaïne a été associé à la fois à des causes physiologiques en lien avec le sexe biologique et à des déterminants sociaux liés au genre. La présence de troubles psychiatriques chez un individu est quant à elle associée à l'augmentation du risque de troubles de l'usage de substances psychoactives (pathologie duelle¹⁶) ; le stress post-traumatique et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sont par exemple des facteurs de risque de troubles de l'usage.

Les facteurs de risque potentiels de l'usage de cocaïne liés au contexte de l'usage, notamment en lien avec la problématique de la polyconsommation, et à l'environnement social sont peu étudiés de façon spécifique. Ils comprennent par exemple les expériences délétères de l'enfance, les violences conjugales ou le milieu carcéral. La précarité est un déterminant transversal inhérent à nombre de situations d'usage de la cocaïne, en particulier concernant l'usage de cocaïne basée. D'une façon générale, les données disponibles sont peu nombreuses concernant les sous-groupes de personnes usagères moins visibles et qui sortent des profils « classiques » des personnes usagères de cocaïne ; par exemple, parmi ces sous-groupes, les femmes en dehors du contexte de la grossesse et de la maternité, ou les travailleuses du sexe. Concernant l'usage dans le milieu professionnel, des données manquent concernant les motivations, les contextes, les modalités de l'usage et les profils des personnes usagères de cocaïne au travail. Une meilleure connaissance des caractéristiques de l'usage de la cocaïne en milieu professionnel et des profils des personnes qui consomment contribuerait à améliorer les capacités de repérage des situations problématiques et permettrait d'ajuster les modalités d'accompagnement des travailleurs concernés.

De manière générale, la compréhension des facteurs de risque de la consommation de cocaïne est un préalable à l'efficacité des campagnes de prévention afin de cibler les publics concernés.

L'analyse des facteurs de risque et des spécificités des publics consommateurs de cocaïne souligne combien les trajectoires d'usage sont étroitement liées aux contextes sociaux et aux environnements dans lesquels évoluent les

10 16. C'est-à-dire la présence comorbide de plusieurs troubles.

individus. Parmi ces contextes, l'accessibilité et la disponibilité croissantes de la cocaïne jouent un rôle majeur dans sa diffusion. La partie suivante a donc pour objet d'examiner les dynamiques des marchés et l'évolution des modes d'approvisionnement, afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants de la production, de la circulation et de la distribution de cocaïne.

Dynamiques des marchés de la cocaïne et évolutions des modes d'approvisionnement

La tendance générale à l'échelle mondiale est à l'accroissement de la consommation de drogues illicites. Si le cannabis reste la substance la plus consommée, la cocaïne effectue une percée avec une estimation à 22 millions de personnes qui consomment en 2021, augmentation notable en particulier en Europe devenue le deuxième marché après le continent américain. Dans cette dynamique d'ensemble affectant surtout l'Europe occidentale et méridionale, en incluant le Royaume-Uni, la France occupe la sixième place en Europe avec l'Espagne en termes d'usage dans l'année de cocaïne dans la population des 15-34 ans.

Dès les années 1990, la cocaïne est présente en Europe de l'Ouest. Initialement, elle est plutôt réservée à une consommation de niche, son prix étant élevé. Depuis, son usage s'est « démocratisé » : moins chère, elle est actuellement aussi très pure. La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 n'a que momentanément et localement perturbé l'approvisionnement. L'accroissement de la consommation de cocaïne est révélé, en plus des données de prévalence en population adulte, par plusieurs indices concordants : une forte augmentation des saisies, des analyses des eaux usées mettant en évidence la présence croissante de résidus de cocaïne (tant dans les grands centres urbains que dans des villes de moindre importance), des demandes de soins et des hospitalisations en hausse.

Une expansion notable de la culture du cocaïer alimente une production record de cocaïne. Cette dernière aurait été multipliée par deux en dix ans pour atteindre les 2 304 tonnes en 2021. La lutte contre la culture de la coca s'avère ainsi un échec ; de nouveaux pays comme le Guatemala, le Honduras, l'Équateur et le Mexique commencent même, encore timidement, à produire la matière première en plus des producteurs traditionnels que sont la Colombie, le Pérou et la Bolivie.

Très localisée géographiquement pour l'approvisionnement en feuilles de coca, la production de cocaïne a su s'approprier les mécanismes économiques de la mondialisation afin de s'écouler sur des marchés internationaux. L'acheminement se fait principalement par voie maritime et exploite la massification des flux commerciaux pour se greffer sur le transport de

marchandises légales. Le recours au transport par conteneurs et le gigantisme qui l'accompagne facilitent la dissimulation des chargements de stupéfiants, surtout lorsque la capacité de contrôle des contenus est limitée, que les autorités portuaires plaident pour un maximum de rapidité et de fluidité dans la circulation des marchandises et que la corruption protège les trafics.

Le vecteur maritime étant le principal vecteur d'approvisionnement, la France et sa façade océanique sont une cible. Les routes d'acheminement sont cependant extrêmement variées et adaptatives. Elles dépendent de la réponse répressive et du type d'acteurs criminels impliqués. Les re-routages sont fréquents. Ces dernières années, les ports d'Europe du Nord comme Anvers, Rotterdam et Hambourg ont pris la relève des ports d'Europe du Sud faisant l'objet de plus de contrôles. Pour autant, il n'existe pas une route unique d'acheminement de la cocaïne : les routes sont plurielles et se complètent. Elles traduisent aussi une logique d'opportunité : ce n'est pas le chemin le plus court qui est privilégié mais le moins risqué. L'approvisionnement du marché européen passe souvent via l'Afrique de l'Ouest. Aux routes maritimes s'ajoutent des routes aériennes, plus modestes, des routes terrestres pour le transit et l'approvisionnement final, et une montée en puissance du recours aux colis postaux en lien avec le commerce en ligne. Par ailleurs, le nombre de laboratoires d'extraction et même de transformation de la cocaïne démantelés sur le territoire européen augmente. Cela montre une évolution dans la chaîne de production avec des phases du traitement chimique auparavant réalisées en Amérique du Sud désormais parfois relocalisées en Europe et en Afrique.

Les organisations criminelles responsables de l'approvisionnement en cocaïne sont elles aussi nombreuses et travaillent de façon imbriquée et coopérative. Il n'existe pas une organisation criminelle en position de monopole en mesure de gérer l'ensemble de la filière. La chaîne de production et de commercialisation est au contraire morcelée avec des rôles spécifiques joués par différents acteurs. Une place fondamentale est occupée par les intermédiaires qui réalisent les achats de cocaïne en gros et qui ont des contacts tant du côté des fournisseurs que des importateurs. Autour de ces intermédiaires, les autres organisations criminelles se déploient pour approvisionner leur zone de compétence. Elles peuvent ainsi réaliser des commandes en commun afin de négocier les prix et mutualiser d'éventuelles pertes en cas de saisie. Elles travaillent également régulièrement en sous-traitance les unes pour les autres, comme l'a révélé le décryptage des messageries Encrochat et Sky ECC. L'internationalisation des organisations criminelles couplée à leur coopération favorise les apprentissages criminels et la montée en puissance de certaines d'entre elles. Cela complexifie également la tâche des forces de l'ordre qui sont confrontées à un émiettement des trafics et à une difficulté

supplémentaire pour remonter les filières afin d'espérer toucher les acteurs clefs du trafic et non pas seulement les « petites mains ».

La France est approvisionnée par ses ports ainsi que par les pays limitrophes, mais elle se caractérise également par une filière spécifique liée au territoire guyanais qui constitue aujourd'hui une zone de transit responsable d'environ 20 % des entrées de cocaïne dans l'hexagone.

Aux points de *deal* traditionnels s'ajoutent de nouvelles modalités de distribution : des doses de petites quantités à des prix très bas, des points de vente mobiles, des centrales d'appel, des ventes en ligne via des applications et messageries téléphoniques, des livraisons à domicile ou sur le lieu de travail. L'offre numérique favorise la diffusion de la consommation à de nouvelles catégories de personnes en termes de classes sociales et de localisation. Elle encourage le retour à l'usage grâce à des stratégies marketing visant à fidéliser les personnes qui consomment avec des offres promotionnelles et personnalisées. La livraison à domicile permet aussi d'irriguer l'ensemble du territoire et donc d'étendre la consommation de cocaïne aux petits centres urbains et à la ruralité. L'usage de la cocaïne basée semble également se diffuser au-delà de la consommation de rue observée en Île-de-France : des personnes qui consomment transforment elles-mêmes de la cocaïne poudre en cocaïne basée, augmentant le spectre de personnes usagères à l'échelle nationale.

Au regard de l'ensemble de ces éléments relatifs aux marchés et approvisionnements, il convient d'apporter une réponse aux vulnérabilités portuaires en France et en Europe, d'investir dans le renseignement criminel afin de mieux identifier les acteurs du trafic et leurs articulations.

L'examen des usages, des profils des personnes usagères, des facteurs de risque et des dynamiques des marchés met en évidence la complexité des interactions entre les trajectoires individuelles et l'environnement d'approvisionnement de la cocaïne. Ceci souligne combien la disponibilité accrue et la diversification des modes de consommation peuvent exacerber les vulnérabilités et accroître les consommations à risque. Ces usages ne sont pas sans conséquences : ils s'accompagnent de dommages multiples, tant sur la santé des personnes qui consomment que sur leur vie sociale et leur environnement. Dans la deuxième section de cette synthèse, il s'agit d'examiner, d'une part, la nature et l'ampleur des atteintes sanitaires et sociales liées à la consommation de cocaïne et, d'autre part, d'évaluer les réponses du système de soins et d'accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques des personnes usagères.

Partie II – Les dommages aux personnes qui consomment, la prise en soins, les dommages sociaux

Dommmages aux personnes usagères de cocaïne

La diffusion de la consommation de cocaïne engendre une augmentation des dommages liés à son utilisation. Il existe une littérature riche sur les dommages liés à la consommation de cocaïne, mais peu d'articles s'intéressent spécifiquement à la cocaïne basée.

Dommmages liés à la cocaïne sans distinction précise de la forme de la substance

- ***Dommmages cardiovasculaires***

La consommation ponctuelle de cocaïne augmente le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire et aggrave son pronostic. Les principales complications incluent la tachycardie, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme cardiaque, et l'infarctus du myocarde. Ces risques sont majorés en cas de consommation concomitante d'alcool, en raison de la formation de cocaéthylène, un métabolite toxique qui potentialise les effets cardiovasculaires de la cocaïne. En cas de consommation régulière et prolongée, la cocaïne peut être responsable d'une cardiomyopathie hypertrophique et dilatée.

- ***Dommmages otorhino-laryngés (ORL)***

Les complications otorhino-laryngées (ORL) sont principalement décrites avec l'utilisation de la cocaïne poudre en sniff et sont désignées « lésions de la ligne médiane ». Les muqueuses sont atteintes en premier par des lésions d'ischémie et de nécrose, puis les cartilages et enfin l'os. Ces lésions entraînent des conséquences esthétiques, fonctionnelles et infectieuses potentiellement graves. La cocaïne engendre ces phénomènes par son effet de vasoconstriction, mais elle est également responsable de lésions de vascularite auto-immune, majorées par le lévamisole (adultérant fréquent). Le seul traitement est l'arrêt de la consommation, les lavages de nez par douches salines et éventuellement la chirurgie mais seulement en cas d'abstinence prolongée de cocaïne.

- ***Dommmages en santé mentale et troubles neurocognitifs***

La consommation régulière et prolongée de cocaïne altère les fonctions cognitives, notamment l'attention, l'impulsivité, l'apprentissage, la mémoire verbale, la flexibilité cognitive, la perception visuo-spatiale, la mémoire de travail, et les performances psychomotrices. Ces effets sont là aussi majorés

par l'association d'une consommation d'alcool à celle de la cocaïne. Une consommation régulière fait prendre le risque à la personne qui consomme de développer un trouble de l'usage de cocaïne.

Des associations entre les troubles de l'usage de la cocaïne et les troubles mentaux sont observées. Des détériorations des symptômes de troubles psychiatriques ou l'apparition de troubles induits par la cocaïne sont communes (attaques de panique, symptômes psychotiques, troubles du sommeil, symptômes thymiques...). Une attention particulière à ces associations et interactions est nécessaire. Par exemple, les personnes consommant de la cocaïne et ayant un TDAH ont un niveau d'impulsivité plus marqué que les personnes sans TDAH. La cocaïne basée quant à elle exacerbe certains troubles psychiatriques (troubles psychotiques...).

- ***Dommmages infectieux***

Les dommages infectieux sont principalement liés au mode de consommation par injection. Ce sont donc des dommages liés à l'usage de la cocaïne poudre mais aussi à l'usage de cocaïne basée¹⁷ qui peut être également consommée par injection.

- ***Dommmages rénaux***

Les dommages rénaux liés à la consommation régulière de cocaïne sont des insuffisances rénales, des troubles acido-basiques et des poussées hypertensives.

- ***Dommmages sur le sommeil***

Des parasomnies comme des rêves anormaux ou des cauchemars sont décrites ; ces rêves ou cauchemars persistent chez la majorité des personnes qui consomment à distance du sevrage et sont des facteurs de risque de reprise de la consommation.

- ***Autres dommmages***

La qualité de vie est altérée en cas de consommation régulière de cocaïne dans l'ensemble des champs explorés : physique, psychologique, social et environnemental. D'autres dommages tels que les accidents (par exemple de la route), des conséquences sanitaires durant la grossesse, un risque accru de subir des violences sexuelles sont décrits dans la littérature chez les personnes usagères de cocaïne. Ces dommages (accidents, violences...) peuvent être également subis par les personnes ne consommant pas de la cocaïne (par exemple, l'entourage proche de la personne qui consomme)¹⁸.

17. Cf. *infra*, le paragraphe « Dommages liés plus spécifiquement à la cocaïne basée ».

18. Cf. la section dédiée : « Dommages sociaux de la cocaïne ».

Dommmages liés plus spécifiquement à la cocaïne basée

- ***Dommmages infectieux***

La consommation de cocaïne basée est associée de manière significative à la séroconversion et à la séroprévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elle est également associée à un plus fort risque d'infection par la syphilis, le *Trichomonas vaginalis* et à la prévalence des cancers liés au papillomavirus (HPV). Les personnes qui consomment de la cocaïne basée par voie injectable ont un risque plus élevé de développer une hépatite virale C chronique à cause de pratiques plus à risque : notamment une polyconsommation, des injections pluriquotidiennes, l'utilisation de l'aïne pour les injections, et le partage de matériel.

- ***Dommmages pulmonaires***

Les lésions pulmonaires sont majoritairement des hémorragies intra-alvéolaires et des infarctus pulmonaires. Les manifestations cliniques sont brutales (douleurs thoraciques et hémoptysies¹⁹) et nécessitent des explorations (scanner thoracique et exploration fonctionnelle respiratoire). Lors de l'imagerie par scanner, les lésions retrouvées sont des condensations, des nodules, des images en verre dépoli. Lors de l'exploration fonctionnelle, un syndrome ventilatoire obstructif et une diminution de la capacité de diffusion²⁰ sont mis en évidence.

- ***Dommmages oculaires***

Des douleurs et rougeurs oculaires sont décrites, associées ou non à une baisse de l'acuité visuelle.

En résumé, concernant les dommages sanitaires, la consommation de cocaïne engendre des dommages physiques et psychiques. Cela implique un accompagnement pluri-professionnel, la mise en place de recherches spécifiques afin de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques, et l'exploration des dispositifs de prise en soins et des thérapies innovantes qui s'inscrivent dans une approche globale de rétablissement et de prévention.

Prise en soins et thérapies innovantes

Les approches cognitivo-comportementales et motivationnelles sont des outils thérapeutiques efficaces et représentent aujourd'hui une des solutions existantes. En effet, les approches psychothérapeutiques, en particulier

19. Toux ramenant du sang en provenance des voies respiratoires.

20. Permet d'évaluer le transfert de l'oxygène des alvéoles pulmonaires aux vaisseaux sanguins.

familiales, l'entretien motivationnel, et différents modèles de thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont été développées et évaluées pour le traitement des troubles de l'usage des substances dont le trouble de l'usage de la cocaïne. En clinique, les approches psychothérapeutiques sont proposées en complément des autres traitements psychosociaux et pharmacothérapeutiques lorsqu'ils existent²¹.

S'agissant des approches médicamenteuses, malgré de nombreuses études portant sur les pistes pharmacologiques du traitement du trouble de l'usage de cocaïne, aucun médicament dédié n'a actuellement d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Des médicaments sont récusés par la littérature scientifique, d'autres encore prescrits à la suite d'anciennes recommandations en France et certains représentent des voies prometteuses. Les principales molécules explorées s'appuient sur le mode d'action de la cocaïne au niveau du système neurobiologique mésocorticolimbique, notamment les systèmes dopaminergique et sérotoninergique. Des approches innovantes d'accompagnement sont également abordées dans cette section.

Médicaments n'ayant pas prouvé leur efficacité

- ***Antidépresseurs***

L'efficacité des antidépresseurs a été évaluée chez un grand nombre de personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne. Aucune des molécules classiques (tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS], inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSNa]) n'a prouvé son intérêt dans l'amélioration de la sévérité du trouble de l'usage de la cocaïne.

- ***Neuroleptiques***

De manière générale et attendue étant donné leur action d'antagonistes dopaminergiques, les neuroleptiques n'ont démontré aucune efficacité dans le traitement du trouble de l'usage de la cocaïne. Deux molécules (aripiprazole et halopéridol) auraient même tendance à augmenter l'auto-administration de cocaïne. Les neuroleptiques ne sont pas recommandés dans cette indication précise mais peuvent être utiles au cas par cas dans la gestion de certaines problématiques en santé mentale co-occurentes du trouble de l'usage de la cocaïne.

21. Les approches psychothérapeutiques sont brièvement décrites dans le chapitre « Prise en soins et thérapies innovantes » de cette expertise.

- **Autres médicaments**

Parmi les médicaments dopaminergiques, la bupirone, usuellement utilisée en addictologie car efficace sur l'impulsivité dans les études pré-cliniques, n'a pas démontré d'effet en clinique sur l'amélioration de la durée de l'abstinence en cocaïne.

Les médicaments agissant sur le système opioïde ont également été testés, ils n'ont pas mis en évidence d'amélioration de la sévérité du trouble de l'usage de la cocaïne.

Le disulfiram²² permettrait de réduire la consommation de cocaïne dans des études randomisées, mais les auteurs ne retiennent pas un niveau de preuve suffisant.

Dans une logique de traitement de substitution, au même titre qu'avec la nicotine ou les opiacés, l'utilisation des sels d'amphétamines a été étudiée seule ou en association avec le topiramate²³ dans le traitement du trouble de l'usage de la cocaïne. Leur efficacité ne semble pas à ce jour satisfaisante et ce d'autant plus que l'on constate de nombreux effets indésirables, notamment cardiaques.

Médicaments utilisés actuellement en France²⁴

La N-acétyl-cystéine (NAC) est un médicament glutamatergique qui a montré un potentiel pour réduire l'intensité du *craving*²⁵ dans plusieurs essais cliniques (toutes substances psychoactives confondues), en agissant sur la plasticité synaptique, mais qui n'a pas démontré d'effet sur les symptômes de sevrage. Ces résultats, bien qu'encourageants, nécessitent des essais cliniques plus vastes et mieux contrôlés pour confirmer l'utilité de la NAC dans la prise en charge des addictions.

S'agissant spécifiquement de la cocaïne, une étude clinique pilote menée pour le traitement de la dépendance à cette substance par la NAC a confirmé la bonne tolérance de cet agent pharmacologique, même à haute dose (jusqu'à 3 600 mg/jour), avec une majorité de participants réduisant ou arrêtant leur consommation sur quatre semaines. Cependant, l'efficacité thérapeutique reste indéterminée en raison du faible effectif de patients et de l'absence de groupe placebo.

22. Inhibiteur enzymatique généraliste.

23. Médicament antiépileptique.

24. Comme déjà énoncé par la Haute autorité de santé (HAS) en 2010 dans ses recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne, des agents pharmacologiques ayant montré une efficacité dans les essais cliniques peuvent être prescrits (en mentionnant l'absence d'autorisation de mise sur le marché).

25. Impulsion véhiculant un besoin irrépressible de consommation d'un produit psychoactif.

Le topiramate, étudié en comparaison avec un placebo, a démontré une efficacité sur le nombre maximal de jours sans consommation de cocaïne et sur la diminution de l'intensité du *craving*.

Médicaments prometteurs

La kétamine²⁶ en injection unique a permis chez les personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne une diminution de l'auto-administration de cocaïne associée à une diminution de l'intensité du *craving*, et ce en prospectif et comparé à du midazolam (hypnotique sédatif). En rétrospectif, sur un nombre important de personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne, la prise de kétamine pour une anesthésie générale ou pour un syndrome dépressif a également permis d'atteindre des taux de rémission du trouble de l'usage de la cocaïne plus importants.

Le méthylphénidate a été étudié chez des personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne associé à un TDAH. Que ce soit en rétrospectif ou en prospectif, en améliorant les symptômes du TDAH, ce médicament permet une diminution de la sévérité du trouble de l'usage de la cocaïne et donc une diminution de la fréquence de la consommation de cocaïne. Il est recommandé de rechercher un TDAH chez les personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne et de le traiter. En revanche, ce traitement n'a pas aujourd'hui d'indication chez une personne ayant un trouble de l'usage de la cocaïne sans TDAH.

Actuellement très étudiés dans les différents troubles de l'usage de substances, les psychédéliques le sont aussi dans le trouble de l'usage de la cocaïne. De manière rétrospective, des personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne et déclarant avoir pris des psychédéliques ont constaté une diminution ou un arrêt de leur consommation de cocaïne. Cet effet est surtout rapporté avec la psilocybine. Il s'agit ici d'études observationnelles mais d'autres recherches sont en cours.

Un antidépresseur, le bupropion²⁷, montrerait quant à lui une augmentation des taux de rémission.

Vaccin et immunothérapie

L'objectif d'un vaccin « anti-cocaïne » est de provoquer une réponse immunitaire de l'organisme contre la cocaïne, engendrant un désintérêt pour la substance via une diminution des effets ressentis lors de la consommation. Après plus de 30 ans d'essais, une question reste en suspens : pourquoi les

26. Anesthésique général.

27. Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine).

taux d'anticorps induits par la vaccination sont-ils aussi variables d'une personne à l'autre, conduisant ainsi à une réponse clinique très variable ? Les études plus récentes reposent sur la perfusion directe d'anticorps monoclonaux. Ces travaux nécessitent d'être poursuivis afin de déterminer les meilleurs candidats vaccins, ou d'opter pour l'administration d'anticorps monoclonaux.

Stimulation cérébrale

Quelle que soit la technique utilisée, les deux modalités de stimulation transcrânienne (répétitive ou par courant continu) ont démontré une diminution de l'intensité du *craving* et un impact positif sur la gestion des émotions des personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne.

Gestion des contingences

L'objectif de l'approche de la gestion des contingences est de viser l'acquisition d'un nouveau comportement, ou une modification du comportement, à l'aide de renforçateurs externes²⁸ appliqués de façon contingente, c'est-à-dire immédiatement après l'obtention du changement ou de l'action recherchée. La valeur du renforçateur conditionne l'efficacité du processus. Dans les études conduites au Brésil et aux États-Unis, ces techniques ont systématiquement prouvé leur efficacité dans l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de la cocaïne. L'incitation financière a également été mise en place dans le cadre de la recherche en France (avec l'expérience « TAPAJ » – Travail alternatif payé à la journée) et a démontré son efficacité dans l'amélioration de l'accès aux soins de personnes qui utilisent des drogues vivant en situation de précarité²⁹.

En résumé, concernant la prise en soins des troubles de l'usage de la cocaïne, un accompagnement global de type médico-psychosocial des personnes usagères de cocaïne reste une recommandation forte dans la littérature sans qu'aucun médicament n'ait à ce jour véritablement prouvé son efficacité.

Les conséquences de l'usage de cocaïne dépassent les frontières de la santé individuelle, générant des répercussions sur la société dans son ensemble décrites dans la partie suivante.

28. Par exemple l'argent ou des chèques-cadeaux peuvent être utilisés.

29. Cf. *infra*, dans la partie IV, le paragraphe « Autres pistes de réduction des risques et des dommages ».

Domages sociaux de la cocaïne

La revue des connaissances et la synthèse des données relatives aux dommages sociaux de la cocaïne proposées dans cette expertise soulignent le manque de données spécifiques à cette substance.

Les conséquences de l'usage de cocaïne se répercutent à la fois sur le plan individuel, psychosocial et social, avec des impacts multidimensionnels. Aux coûts directs liés à la morbi-mortalité et à la prise en charge médicale s'ajoutent les dépenses indirectes, comme les arrêts de travail ou les coûts sociaux. Par ailleurs, la France fait face à un phénomène croissant : l'émergence de scènes ouvertes de consommation de cocaïne basée. Ce phénomène est également constaté au niveau international et pose des problèmes multiples. Le dialogue avec les riverains est compliqué, et les projets d'implantation de haltes soins addictions³⁰ (HSA) ou d'ouverture d'espaces d'accueil pour les personnes qui consomment des drogues sont mal acceptés, notamment dans des quartiers situés hors des scènes de consommation. Dans l'entourage proche des personnes usagères de cocaïne, les enfants comptent parmi les victimes collatérales les plus vulnérables : que ce soit chez l'enfant à naître ou chez les enfants, adolescents, et adultes qu'ils deviendront, les conséquences potentielles telles qu'un risque de maltraitance ou encore de troubles du développement sont nombreuses. Outre les violences intra-familiales, la criminalité et la violence engendrées par le trafic de drogues, y compris aux non-consommateurs (voisinage de lieux de *deal*, règlements de comptes, corruption, violences sexuelles), sont un autre aspect des dommages sociaux des drogues. Les accidents de la route causés par des conducteurs aux facultés de conduite altérées par les effets des substances qu'ils ont consommées entraînent des conséquences pour les victimes éventuelles de ces accidents.

Un autre aspect de la problématique des dommages sociaux de la cocaïne correspond à celle, intrinsèquement liée, des dommages potentiels exercés par la société sur les personnes usagères de cocaïne. En effet, les représentations négatives et la stigmatisation se répercutent sur les personnes qui consomment, avec des conséquences négatives sur la prise en soins, la réussite des soins, et la réinsertion des personnes concernées. L'adoption par tous d'une attitude et d'un langage adaptés non stigmatisants semble indispensable.

Enfin, les lacunes des connaissances quant aux conséquences de la pollution environnementale sur la santé humaine et la biodiversité justifient d'évaluer

30. Structures dites de réduction des risques encadrées par du personnel qualifié qui permettent aux personnes qui consomment des drogues de les consommer dans des conditions plus sûres, par injection ou par inhalation. Ces structures sont parfois ou anciennement nommées « salle de consommation à moindre risque » (SCMR), « salle supervisée », « salle de *shoot* », « salle de consommation ».

l'impact environnemental des drogues, y compris la cocaïne, dans de futurs travaux.

Les dommages sociaux engendrés par la consommation de cocaïne, y compris la stigmatisation par la société des personnes qui consomment et l'auto-stigmatisation, s'accroissent avec l'augmentation de la consommation. Cette trajectoire amplifie les problématiques des dimensions sanitaires, sociales et de sécurité publique concernant l'ensemble de la société.

Face à ce constat, il est indispensable de mettre en place des politiques de prévention adaptées et des stratégies de RdRD spécifiques à chacune de ces dimensions, mais cohérentes et non contradictoires entre elles ; ces aspects font l'objet des deux sections suivantes.

Partie III – Les politiques : prévention, réduction des risques et des dommages

Il s'agit ici d'examiner les politiques de prévention de l'usage de cocaïne qui ont été mises en place à l'échelle nationale ou internationale, les éventuelles mesures d'impact associées, et d'évaluer leur applicabilité au contexte français actuel.

D'une façon générale, il ressort des études que les approches de santé publique sur les substances illicites, dont la cocaïne, comprennent la prévention et l'éducation du public cible, la réduction des risques et des dommages (RdRD), la prise en soins des troubles de l'usage et une dimension apparue plus récemment de mesure d'efficacité fondée sur les preuves. Il semble crucial de renforcer la protection de la santé par une approche dans laquelle la personne qui consomme des drogues ayant une consommation problématique ne serait pas considérée comme un délinquant.

La Suisse et le Portugal sont deux exemples de pays ayant adopté des politiques publiques fortes en matière d'usage de drogues et d'accompagnement des personnes qui consomment³¹. En Suisse, quatre piliers fondateurs constituent les bases de cette politique : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. Au Portugal, l'usage de toutes les drogues a été décriminalisé en 2001. Parmi les principales forces de ces deux modèles, l'approche médicale du sujet qui présente des troubles de l'usage de substances permet de proposer des interventions sanitaires et de réinsertion sociale plutôt qu'une réponse judiciaire. Ces modèles présentent toutefois certaines limites. En

Suisse, la politique des quatre piliers a échoué à enrayer l'augmentation des problèmes liés à la cocaïne, avec des prévalences de consommation parmi les plus élevées du monde, notamment à Zurich, et la persistance des problématiques liées aux scènes ouvertes de consommation de cocaïne basée dans les grandes villes. Quant au Portugal, la notion de crime de l'usage de drogues a été rétablie en 2008 par la Cour suprême de justice dans les cas où la quantité consommée dépasse un seuil établi, illustrant l'échec dans la tentative de totalement dissocier l'usage de drogues, mal accepté par la société, de la stigmatisation qui l'associe au crime. De plus, le bilan après deux décennies semble mitigé, avec notamment des difficultés de mise en œuvre des mesures de réduction des risques.

En France, le cadre de la politique publique envisage une approche pluridimensionnelle de la lutte contre l'usage de substances psychoactives et des risques et dommages qui lui sont associés, fondée prioritairement sur la santé publique, qui cohabite avec la répression. L'accent est mis sur la prévention primaire auprès des plus jeunes et particulièrement le développement des compétences psychosociales, avec une notion de temps long afin de permettre d'ancrer cette prévention dans la société à l'échelle d'une génération. Les réponses apportées en matière de prévention sont variées et comprennent des programmes et actions, des ressources en ligne, des structures d'accueil et de support. La prévention par les pairs³² est une démarche participant à l'établissement de liens et du dialogue. Ces initiatives sont potentiellement multiples et plurielles en termes de contenus, de formats, d'acteurs, de publics-cibles, et avec un caractère d'adaptabilité en fonction des objectifs. L'efficacité de ces interventions est conditionnée à leur bonne coordination tant à l'échelle locale que nationale.

Cette analyse de la littérature met en évidence que l'offre de prévention spécifiquement dédiée à la cocaïne est relativement faible comparée à celles centrées sur l'alcool, le tabac ou le cannabis, et ceci plus particulièrement au sein des sous-groupes minoritaires de personnes usagères de cocaïne. Les pistes d'amélioration en termes de prévention secondaire concernent par exemple l'ouverture de nouveaux lieux d'accueil et de consommation en non-mixité pour les sous-populations vulnérables (par exemple, les femmes, les minorités sexuelles et de genre). Enfin, certains travaux attestent que les personnes qui consomment développent elles-mêmes des stratégies auto-préventives à l'égard de leurs conduites addictives et des conséquences associées, et que les messages de prévention passent aussi de façon horizontale sans intervention extérieure. Il pourrait s'agir d'un levier d'amélioration pour la mise en place

32. La prévention par les pairs dérive de l'éducation par les pairs, un principe qui repose sur un modèle de transmission horizontale d'informations et dans une logique de création de lien par des personnes de même âge, contexte social, fonction, éducation ou expérience.

de futures actions de prévention s'appuyant sur ce phénomène préexistant pour le valoriser et l'amplifier.

Ainsi, les politiques de prévention de l'usage de cocaïne et des risques et dommages qui lui sont associés, constituent une première ligne d'action essentielle, visant à limiter l'initiation de la consommation et à freiner l'expansion des usages problématiques. Toutefois, malgré ces efforts préventifs, une partie de la population consomme de la cocaïne de manière occasionnelle ou régulière et est ainsi exposée aux risques et aux conséquences inhérents. Associée à la prévention, l'approche de RdRD est un autre pilier essentiel dans le cadre des politiques publiques. Les stratégies de RdRD menées au niveau sanitaire et au niveau social font l'objet de la partie suivante.

Partie IV – Les stratégies de réduction des risques et des dommages

Une ère de changement de paradigme

La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue en 2016³³ a marqué le changement de paradigme vers une approche de santé publique et une approche centrée sur les droits de l'Homme. Des réponses plus efficaces et plus humaines aux problèmes de la drogue et des conséquences qui y sont liées doivent être explorées. Les modèles de RdRD pour les personnes confrontées aux risques liés à l'usage de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée s'inscrivent pleinement dans ce paradigme.

La RdRD est une approche qui a émergé pour répondre aux enjeux liés à la consommation de drogues, en particulier en matière de santé publique. Traditionnellement, elle s'est focalisée sur la prévention des risques sanitaires, notamment lors de l'épidémie de VIH, avec la distribution de matériel stérile et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés.

Les pratiques de consommation de substances (l'usage ponctuel ou récurrent) et les troubles de l'usage de substances (par exemple la dépendance) sont associés à des risques pour soi mais aussi pour autrui sur différents plans (psychologique, physique/état de santé, social, juridique/légal). Les risques d'exclusion sociale peuvent notamment entraver l'accès aux soins ou entretenir les consommations. Les dommages peuvent survenir lors de toute consommation, même isolée. L'usage de drogues peut s'accompagner

33. UNODC. Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2016 : 32 p.

de mesures de réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux. La RdRD est un modèle qui permet de travailler avec la personne et de la soutenir où qu'elle soit et quels que soient ses perceptions, ses capacités et ses choix quant à une diminution, une modification (par exemple, consommer de manière différente ou dans d'autres contextes), une régulation ou à l'arrêt des consommations. Ce modèle repose sur les possibilités d'aider les personnes à modifier leurs comportements afin de réduire les risques et les dommages auxquels elles sont confrontées, si on leur en offre les moyens. Nous tâchons d'identifier ici les leviers de RdRD appliqués aux usages de cocaïne poudre et de cocaïne basée, qu'ils concernent les risques sanitaires ou les risques sociaux liés à l'usage.

Réduction des risques et des dommages sanitaires appliquée aux usages de cocaïne poudre et cocaïne basée

Risques spécifiques liés à l'usage de cocaïne poudre ou cocaïne basée³⁴

Les usages de cocaïne poudre et/ou de cocaïne basée sont associés à divers risques évitables. Ils dépendent en partie des modes d'usage (inhalation, injection, prise nasale...), des matériaux utilisés et du partage ou non de matériel usagé. La cocaïne poudre est souvent consommée par sniff ou injection et plus rarement ingérée ou appliquée sur des muqueuses, alors que la cocaïne basée est le plus souvent fumée et rarement injectée. Via différents mécanismes neurobiologiques, ces consommations pourraient contribuer à une péjoration des symptômes psychiatriques déjà présents, ou à des symptômes psychiques induits par la substance. L'usage et la dépendance à la cocaïne poudre et à la cocaïne basée sont, par ailleurs, fréquemment associés aux usages d'autres substances, notamment d'alcool, de cannabis et d'opioïdes. Ces usages multiples exposent les personnes à des risques supplémentaires. Du fait de ces polyconsommations, des mesures de RdRD dédiées aux autres conduites addictives peuvent être considérées.

Offres de réduction des risques et des dommages spécifiques à l'injection

Les offres de RdRD qui ont été déployées ont initialement été étudiées et validées pour les substances psychoactives telles que les opioïdes. Les principales stratégies recommandées de RdRD à destination des personnes qui s'injectent des opioïdes sont : *i*) les programmes d'échange de seringues ; *ii*) les traitements de substitution aux opiacés ; *iii*) les salles de consommation supervisée (désormais désignées en France par « haltes soins addictions » – HSA) ; *iv*) la délivrance

34. Cf. *supra* la partie II sur les dommages.

de naloxone³⁵ ; et v) le « *drug checking* » ou services d'analyse de drogues³⁶. À titre d'exemple, les HSA contribuent à réduire la fréquence des surdoses. Elles réduisent également les risques liés aux injections et contribuent à promouvoir des conduites d'injection plus sûres. Une diminution du nombre d'injections en public (« scènes ouvertes ») et du nombre de seringues retrouvées sur la voie publique est observée. Ces stratégies de RdRD permettent d'attirer les personnes le plus marginalisées et améliorent leur accès aux soins primaires. En France, les résultats de l'étude Cosinus³⁷ sur les HSA confortent les résultats internationaux et indiquent leur transposabilité sur le territoire national.

Les personnes qui s'injectent des stimulants ont également besoin d'un accès régulier aux programmes d'échange de seringues.

Les services d'analyse de drogues, particulièrement utiles pour suivre l'évolution des marchés, le sont également dans un objectif de RdRD pour informer les personnes concernées à propos des substances qui circulent sur le marché illicite, sur la teneur en principes actifs et les éventuels produits de coupe.

Offres de réduction des risques et des dommages spécifiques à l'inhalation

Comme précédemment évoqué, il existe des programmes de RdRD bien établis pour les consommations de substances et les pratiques d'injection. En revanche, les recherches spécifiquement orientées sur la cocaïne basée consommée par inhalation sont plus récentes. Des « pipes à crack » remises par l'intermédiaire de points de services de santé contribuent à diminuer les problèmes de santé et les risques infectieux associés au fait de fumer de la cocaïne basée et de partager du matériel usagé. Vu l'importance de l'inhalation de la cocaïne basée, des HSA dotées de systèmes de ventilation appropriés sont nécessaires.

Les services d'analyse de drogues sont également utiles pour informer les personnes pratiquant l'inhalation sur la teneur en principes actifs et les éventuels produits de coupe.

Enjeu de l'accès aux services socio-sanitaires des personnes qui consomment des drogues

Une partie des personnes qui consomment de la cocaïne poudre et/ou de la cocaïne basée n'a que très peu accès aux services socio-sanitaires pour des

35. La naloxone est un médicament antagoniste des récepteurs opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.

36. Analyse chimique des substances. Le *drug checking* existe sous forme d'offre mobile (dans des clubs ou lors de festivals) ou ambulatoire (dans un service spécialisé).

37. Cosinus : *Cohort to identify structural and individual factors associated with drug use*.

raisons multiples et d'ordre structurel, social et individuel. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes répondant aux besoins particuliers de ces groupes. Il est important d'aller à la rencontre de ces personnes et de communiquer avec elles. De plus, certains sous-groupes de personnes usagères de cocaïne poudre et/ou de cocaïne basée pourraient avoir des besoins plus spécifiques ou être encore plus à risque de voir leurs besoins méconnus, en particulier : *i*) les personnes sans-abri ; *ii*) les personnes qui pratiquent le travail du sexe ; *iii*) les personnes qui présentent des comorbidités psychiques ; *iv*) les personnes qui sont incarcérées ou qui l'ont été ; et *v*) les populations minorisées (femmes, personnes racisées, minorités sexuelles et de genre) en particulier. Les populations déplacées forcées (réfugiés, demandeurs d'asile, etc.) sont également un groupe de personnes pouvant avoir des besoins particuliers ; par rapport à la population générale, elles présentent un niveau élevé de vulnérabilité à la consommation de substances et aux troubles liés à la consommation.

Pour atteindre les personnes qui consomment des drogues en tenant compte de la diversité de leurs besoins, il est essentiel d'impliquer ces personnes, des pairs et/ou leurs représentants dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de RdRD qui leur sont destinés. Toutes les catégories socio-professionnelles, y compris des groupes mieux insérés, peuvent être confrontées aux risques liés aux usages de ces substances et de manière plus générale à la consommation de substances psychoactives. Afin d'atteindre ces populations, l'usage de services digitaux via internet paraît également utile. Cette approche pourrait permettre d'atteindre à moindre coût de larges publics et offrir ainsi un premier niveau d'aide, de psychoéducation et de soutien.

Réduction des risques et des dommages sociaux

Comme précédemment mentionné, la RdRD ne doit pas seulement être vue comme une réponse sanitaire : elle inclut aussi des dimensions sociales et judiciaires, en prenant en compte les conditions de vie des personnes usagères de drogues. De nombreux écrits critiquent une version trop étroite de la RdRD, se limitant à des interventions sanitaires, et prônent une approche où l'usage de drogues est intégré dans les droits humains fondamentaux.

Risques sociaux des drogues

Une étude menée en 2020 au Canada, dans le cadre du projet « *The Canadian Drug Laws Project* »³⁸, a mis en évidence les effets néfastes de la criminalisation de l'usage de drogues. Elle révèle un lien direct entre criminalisation et

38. Projet de restructuration de la politique des drogues au Canada.

stigmatisation. Les données suggèrent que la répression policière aggrave les problèmes sociaux, sanitaires et judiciaires des personnes usagères de drogues, confirmant, selon les auteurs, la nécessité de politiques qui incluent la décriminalisation de l'usage de drogues.

Les conséquences sociales de l'usage de drogues, telles que la stigmatisation, l'exclusion et les impacts judiciaires, dépendent non seulement du produit consommé mais aussi de l'environnement social et politique. Le modèle socio-écologique de l'usage de drogues propose d'examiner l'usage des drogues à travers différents niveaux : individuel, interpersonnel, institutionnel et politique. Cela permet de mieux comprendre comment l'environnement physique, social et les politiques publiques influencent les comportements et les conséquences de l'usage.

La stigmatisation des personnes consommatrices de drogues se manifeste sous différentes formes : la stigmatisation sociale (discrimination par l'entourage et la société), la stigmatisation structurelle (discrimination par l'organisation des soins, pratiques discriminatoires au sein des services de santé) et l'auto-stigmatisation (baisse de l'estime de soi, intériorisation et anticipation de la stigmatisation sociale réduisant la capacité à demander de l'aide ou à répondre à ses propres besoins sociaux). Cette stigmatisation a un impact négatif sur les personnes usagères de drogues. Le langage utilisé pour désigner les personnes qui consomment des drogues et les pratiques est également crucial, car des termes péjoratifs et connotés renforcent les stéréotypes. L'utilisation de mots neutres et appropriés, comme le suggèrent des organisations telles que l'*International Network of People who Use Drugs* (INPUD) et Psychoactif³⁹, peut contribuer à lutter contre cette stigmatisation.

La stigmatisation structurelle a un impact profond sur l'accès aux soins. Des études montrent que les représentations négatives des professionnels de santé à l'égard des personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances peuvent altérer la qualité des soins. De plus, les conditions de prise en soins, telles que les contraintes de temps et le manque de ressources, perpétuent cette stigmatisation. Certains chercheurs considèrent cette stigmatisation comme un déterminant social de santé majeur.

En outre, les stigmatisations sociales et structurelles s'entrelacent souvent avec d'autres formes de discrimination, notamment liées à la classe sociale, au genre et à la couleur de peau. L'usage de drogues, et en particulier de cocaïne basée, peut ainsi être particulièrement stigmatisé dans les populations précaires et migrantes.

39. Organisation d'auto-support française. Cf. la communication « Autosupport, réduction des risques en ligne et lutte contre la stigmatisation » dans cette expertise.

Principes d'une réduction des risques et des dommages sociaux des drogues

Comme le souligne l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la démarche de RdRD repose sur des principes éthiques tels que le respect de la dignité humaine, la bienveillance, et la protection des personnes vulnérables. Elle inclut des actions spécifiques pour les personnes usagères de drogues, telles que la reconnaissance de leur expertise, l'accompagnement vers l'emploi, le logement et la parentalité, ainsi que des interventions en milieu festif. L'ANESM insiste également sur l'importance de la participation des personnes qui consomment, l'accueil inconditionnel, et un travail de proximité sans jugement. L'association internationale *Harm Reduction International*⁴⁰ (HRI) définit la RdRD comme une série de politiques et de programmes visant à minimiser les effets néfastes des drogues et de la législation, sans conditionner l'accompagnement à l'arrêt de la consommation. Ce modèle met l'accent sur le respect des droits de l'Homme et le travail sans coercition ni discrimination.

Sur le plan législatif, la décriminalisation de l'usage de drogues est au cœur des débats européens. Le Conseil de l'Union européenne souligne l'importance de la participation des personnes usagères de drogues dans l'élaboration des politiques et soutient les solutions alternatives aux sanctions coercitives, comme les peines de substitution ou les mesures de réadaptation. Cette approche vise à garantir un équilibre entre la sécurité publique et les droits individuels, en créant des opportunités pour sortir de la stigmatisation et en favorisant l'inclusion des personnes usagères de drogues.

La législation actuelle sur les drogues, en particulier la criminalisation de l'usage, engendre ainsi une incertitude concernant la composition des produits qui expose davantage les personnes qui consomment à des risques. Une étude canadienne révèle que la décriminalisation est essentielle pour faciliter l'accès aux traitements et améliorer la rétention dans les soins, en créant des environnements plus sûrs et plus accessibles.

La pair-aidance, qui repose sur l'accompagnement par des personnes ayant elles-mêmes l'expérience de l'usage de drogues, se révèle particulièrement bénéfique. De nombreuses études montrent que les pairs améliorent la relation entre personnes qui consomment et professionnels, facilitent l'accès aux soins, et offrent un soutien qui renforce la confiance et la continuité des soins. Ils jouent également un rôle-clé dans la déstigmatisation des personnes usagères de drogues. D'autres travaux confirment ces résultats, mettant en évidence

40. Une des principales organisations non gouvernementales dédiées à la lutte contre les effets néfastes de l'usage des drogues et des politiques associées.

l'impact positif des travailleurs pairs sur la qualité de l'accompagnement, en particulier auprès des jeunes personnes qui consomment.

En somme, les approches de RdRD incluant la pair-aidance se situent dans un cadre socio-écologique, visant à agir sur les différents niveaux de la personne, de la communauté et de la société pour améliorer la santé et l'inclusion des personnes usagères de drogues. Ces pratiques, intégrant des principes de non-jugement et de respect des droits humains, contribuent à un meilleur accompagnement des personnes qui consomment tout en prônant des politiques plus humaines et inclusives.

Autres pistes de réduction des risques et des dommages sociaux

La réduction des risques et des dommages sociaux concernant les personnes usagères de cocaïne, notamment de cocaïne basée, touche à de nombreux enjeux socioéconomiques, culturels et politiques. Plusieurs études mettent en lumière l'importance de l'approche inclusive, accueillante et émotionnellement soutenant pour ces populations vulnérables, souvent marginalisées. Par exemple, une étude brésilienne sur les personnes qui consomment des substances, et vivant dans la rue, souligne les effets négatifs de la stigmatisation et la difficulté d'accès à des solutions d'hébergement et de réinsertion professionnelle. Ces problématiques sont au cœur des efforts de RdRD, en particulier dans le cadre de programmes qui intègrent des actions concrètes pour améliorer les conditions de vie de ces personnes, comme le programme « *De braços abertos* »⁴¹ à Sao Paulo, qui propose un accès à l'hébergement, à l'emploi et à la culture.

Les initiatives récentes se sont également focalisées sur l'importance de l'accès à l'emploi pour ces personnes. Par exemple, en France, le programme TAPAJ⁴² offre un accompagnement médico-social aux jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité, facilitant leur réinsertion professionnelle. Toutefois, des questions économiques et éthiques demeurent, notamment en ce qui concerne la rémunération des personnes en situation de précarité⁴³.

En parallèle, des recherches sur la RdRD en milieu professionnel montrent que les travailleurs, notamment ceux exposés à des conditions de travail précaires ou stressantes, sont également concernés par la question de l'usage de substances. Cependant, les actions de RdRD dans ce domaine restent insuffisantes et nécessitent davantage de recherches et d'initiatives. L'idée d'adopter

41. Traduit par : « À bras ouverts ».

42. Programme initialement déployé et développé au Québec.

43. Cf. *supra*, dans la partie II, le paragraphe « La gestion des contingences ».

une approche plus inclusive et adaptable au contexte professionnel est d'autant plus pertinente face aux défis sociaux et économiques.

Une autre dimension essentielle de la réduction des risques et des dommages sociaux concerne les spécificités de genre et d'ethnie. Des études récentes révèlent que les femmes et les personnes issues de minorités ethniques font face à des discriminations multiples liées à leur consommation de drogues, et que les espaces de soins sont souvent peu adaptés à ces réalités. Des initiatives visant à créer des espaces dédiés pour ces publics, comme des ateliers spécifiques pour les femmes, se révèlent cruciales pour réduire la stigmatisation et offrir un accueil plus approprié. Le travail sur l'intersectionnalité⁴⁴ et la prise en compte des discriminations multiples dans les politiques de RdRD est devenu une priorité pour certaines organisations de la société civile.

Les politiques de réduction des risques et des dommages sociaux dans les pays du Sud, comme le Brésil, illustrent également un mouvement plus large de résistance contre les politiques répressives. Des initiatives comme la *Black Initiative for a New Drug Policy* ou le Réseau National Féministe Antiprohibitionniste militent pour un changement radical des politiques actuelles, en intégrant des perspectives culturelles, ethniques et économiques. À une échelle plus locale, des programmes comme *Craco Resiste* mobilisent des actions communautaires pour contrer les violences policières au Brésil et sensibiliser à la situation des personnes qui consomment.

Enfin, la question de l'accompagnement des personnes usagères de drogues, qu'elles soient migrantes, mineurs non accompagnés ou issues de minorités ethniques, soulève également des défis spécifiques. Les études montrent qu'un manque de structures adaptées et de politiques de santé inclusives nuit à l'accès aux soins pour ces populations. Les solutions proposées incluent des interventions spécifiques dans les services de santé pour migrants, la médiation interculturelle et l'accueil adapté des jeunes isolés.

En conclusion, il ressort que la réduction des risques et des dommages sociaux chez les personnes usagères de cocaïne et de substances similaires nécessite une approche globale, prenant en compte les conditions socioéconomiques, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique et la marginalisation des personnes. Les actions doivent être adaptées aux besoins spécifiques des populations vulnérables, avec un accent particulier sur la déstigmatisation

44. L'intersectionnalité consiste à prendre en compte l'interdépendance et l'interconnexion d'identités sociales multiples (genre, origine ethnique, classe sociale, orientation sexuelle, usage de drogues...), à l'origine de rapports de pouvoir et d'inégalités structurelles et pouvant générer discrimination et marginalisation de groupes de personnes.

et l'inclusivité, tout en intégrant des solutions de logement, de réinsertion professionnelle et de soutien psychosocial.

Les stratégies de RdRD constituent une approche essentielle pour atténuer les conséquences directes de la consommation de cocaïne, en plaçant la santé et le lien social des personnes usagères de cocaïne au cœur des interventions. Toutefois, pour répondre de manière globale à cette problématique, il est indispensable d'intégrer ces dispositifs dans un cadre plus large, qui inclut également la politique pénale et la sécurité publique. Les mesures pénales et de sécurité publique se concentrent sur la lutte contre le trafic et la préservation de l'ordre public. Il convient donc d'examiner comment ces deux volets peuvent se compléter et se renforcer mutuellement afin de proposer une réponse équilibrée et cohérente aux défis posés par la consommation de cocaïne. La politique pénale en matière de stupéfiants fait l'objet de la partie suivante.

Partie V – Politique pénale en matière de stupéfiants

Inscrite dans le cadre général fixé en 1961 par les Nations unies, la législation française en matière d'infractions à la loi sur les stupéfiants est considérée comme l'une des plus répressives en Europe. N'établissant aucune distinction entre drogues, elle décline un arsenal de sanctions en fonction de la gravité de l'infraction afin de punir la production, la commercialisation et la consommation de stupéfiants. Dans la pratique, la majorité des peines prononcées concerne les personnes usagères de cocaïne et non les trafiquants.

En matière d'usage de stupéfiants, la réponse pénale inclut, outre des condamnations et des peines d'incarcération, des mesures alternatives visant à tenir compte de l'addiction comme les injonctions thérapeutiques et les orientations socio-sanitaires. Cependant, depuis 2019, l'amende forfaitaire délictuelle (AFD) a été introduite et confère aux forces de l'ordre la possibilité de sanctionner directement l'usager sans passage devant les tribunaux.

Le constat qui prévaut, en France et au-delà, est celui d'un échec des politiques répressives : offre et demande de stupéfiants augmentent, notamment pour la cocaïne. Cela implique des coûts importants de police et de justice. Cette inefficacité alimente par ailleurs la montée de la contestation des politiques anti-stupéfiants : cette contestation s'appuie notamment sur la question des droits humains (axée sur la dénonciation des effets de la répression sur des communautés déjà en souffrance) ou sur un discours libertarien (mettant en avant le droit de choisir un comportement à risque ou la nécessité d'abolir les

prohibitions et le système pénal). Le discours onusien, soutenu notamment par la France, a en partie intégré ces critiques en appelant à mettre l'accent sur la proportionnalité des peines et sur le recours à des mesures de substitution à la condamnation pour les infractions mineures. Cette inflexion s'accompagne d'un retour des préoccupations sanitaires et sociales visant, d'une part, à considérer la personne qui consomme comme une personne atteinte d'une maladie plutôt qu'un délinquant et, d'autre part, à éviter la stigmatisation des personnes qui consomment. Cette position a remis en avant la problématique de la dépénalisation de l'usage de stupéfiants et amène aussi à se questionner sur les incohérences pouvant exister entre les textes et leur mise en œuvre. Par exemple, les mesures de substitution aux condamnations/peines d'incarcération et les orientations sanitaires ne sont effectives que si elles se matérialisent par des capacités d'accueil et de traitement des personnes qui consomment.

Comme mentionné précédemment dans la partie sur les politiques de prévention, quelques pays ont expérimenté des alternatives à la répression des personnes usagères de cocaïne. C'est en particulier le cas du Portugal qui a dépénalisé en 2001 l'usage des stupéfiants, toutes drogues confondues, avec toutefois le rétablissement en 2008 de la notion de crime de l'usage pour des quantités de drogues dépassant un seuil établi. Le bilan après deux décennies de l'expérience semble cependant mitigé. Après des premières années positives, le Portugal connaît à nouveau une hausse de la mortalité par surdose de substances psychoactives et une augmentation de la consommation de cannabis. À nouveau, la question des moyens à investir afin de passer de l'esprit de la loi à la pratique se pose si l'on considère que le Portugal a été violemment touché par la crise économique de 2008 et donc par les restrictions budgétaires. La déjudiciarisation de la consommation de stupéfiants expérimentée au Canada est plus récente et le bilan reste à l'heure actuelle également contrasté. Enfin, la politique de tolérance instaurée aux Pays-Bas s'agissant de drogues comme le cannabis et ses dérivés avec la création des *coffee shops* n'a pas produit les effets escomptés en matière de disparition des filières d'approvisionnement illégales et a même fait de ce pays une plaque tournante du trafic de cocaïne en Europe.

L'heure semble être à une meilleure articulation entre répression de l'offre et traitement de la demande, l'échec des politiques répressives étant fortement associé à une répression se focalisant principalement sur les personnes qui consomment et ne parvenant pas à réduire l'offre. La dépénalisation de l'usage de stupéfiants elle-même ne suffit pas à réduire les trafics. L'action répressive doit donc être réorientée vers les organisations criminelles productrices, importatrices et distributrices de cocaïne. Cela d'autant plus que les réseaux criminels

de stupéfiants alimentent également d'autres formes d'illégalités comme le trafic d'armes, la criminalité forcée et le blanchiment et créent des formes d'économies alternatives prospérant sur les revenus tirés de la vente de cocaïne.

Réorienter l'action publique vers la répression des trafics passe par un travail d'identification des réseaux et de leurs activités afin de viser les acteurs stratégiques et d'exercer une action véritablement disruptive sur l'offre de cocaïne. Cela passe par une meilleure coopération entre les services concernés, par l'exploitation commune des données, par un contrôle accentué de la sphère cyber ainsi que par un travail de mobilisation des acteurs de terrain. Le rôle des forces de l'ordre, en première ligne dans la lutte contre les trafics, mérite une attention particulière : confrontées à des formes d'hostilité tant de la part d'une opinion publique exaspérée par la prolifération des trafics que de la part des trafiquants, les forces de l'ordre doivent pouvoir être associées à d'éventuelles nouvelles orientations et valorisées dans le travail d'enquêtes judiciaires de longue haleine. Un travail de médiation avec la population affectée par le trafic de rues et par le développement de structures d'accueil pour les personnes qui consomment est également impératif et ne doit pas être limité à une répétition d'un cycle exaspération – réaction de l'autorité publique – retour à la situation *ex ante*.

Fondamentalement, la question se pose des critères d'évaluation de la politique en matière de stupéfiants. Plusieurs angles sont possibles et peuvent brouiller le message porté par la prohibition : l'évaluation peut être sécuritaire, sanitaire et même gestionnaire (portée dans ce cas par une analyse comptable de type coûts-bénéfices). Suivant l'angle choisi, le mode d'appréciation des résultats peut varier. Il importe donc de formuler clairement les objectifs poursuivis sans perdre de vue la raison première pour laquelle les mesures de prohibition ont été adoptées. Définir ces objectifs (baisse de la consommation, éradication ou diminution de l'offre, désengorgement des tribunaux, amélioration de la santé publique...) est un préalable à toute réforme de la politique pénale et de sécurité publique. La lutte contre l'offre doit, elle, tenir compte des nouvelles modalités d'approvisionnement notamment en ligne, et favoriser des stratégies de remontée de filières pour ne pas se limiter aux franges de la distribution au consommateur final. Cela implique de s'intéresser aussi aux complicités offertes par des acteurs légaux (corruption, blanchiment, sociétés *offshore*...). Cette mise en cohérence de la politique en matière de lutte contre les stupéfiants via l'articulation entre traitement de la demande et répression de l'offre et via la formulation explicite des objectifs poursuivis devrait rendre l'action publique plus efficace. Elle réduirait l'insécurité juridique induite par une réponse pénale trop aléatoire. La cohérence reconquise et explicitée ouvrirait également la voie à un meilleur respect de la loi et de ses interdits.

Conclusion

À l'heure où la consommation de cocaïne se diffuse en termes de classes sociales, d'implantation géographique et d'usages (contexte récréatif, recherche de la performance en contexte professionnel, expérimentation de la cocaïne basée...), un travail approfondi d'identification des spécificités des personnes qui consomment de la cocaïne est nécessaire en préalable à l'élaboration de campagnes de prévention adaptées aux publics ciblés. Celles-ci doivent viser à prévenir l'entrée dans la consommation mais également s'adresser aux personnes déjà consommatrices afin de limiter les comportements à risque (par exemple la conduite de véhicule sous emprise de cocaïne ou l'usage de cocaïne fumée plutôt que sniffée) et proposer aux personnes qui le souhaitent des prises en soins adaptées des troubles de l'usage de cocaïne.

Une attention particulière doit être portée à l'usage de cocaïne basée, usage en augmentation et toujours très associé à la précarité – même s'il diffuse de plus en plus parmi les publics plus insérés – et bénéficiant de peu de réponses adaptées.

Les conséquences de cette diffusion des usages de cocaïne poudre et cocaïne basée sont lourdes, tant sur le plan sanitaire pour les personnes usagères, que sur le plan social. Or, les réponses actuelles apparaissent insuffisantes car elles contribuent notamment à stigmatiser les personnes qui consomment en les réduisant soit à un délinquant soit à une personne atteinte d'une maladie ; les réponses actuelles considèrent trop rarement les personnes usagères de cocaïne comme des personnes qui nécessitent un accompagnement adapté.

Face à ce constat, des pistes d'action se dessinent pour répondre et anticiper efficacement les enjeux actuels et à venir. D'abord, l'identification et l'accompagnement des personnes qui consomment de la cocaïne doivent être renforcés pour proposer des parcours adaptés à leurs spécificités (genre, groupe social, trajectoire de vie). Ensuite, l'intégration des programmes de RdRD dans une approche sanitaire et sociale cohérente apparaît essentielle afin d'assurer un accès facilité aux dispositifs d'aide et de soin. Enfin, la prévention, notamment en milieu scolaire, constitue un levier incontournable pour retarder l'expérimentation, limiter l'accès à la substance et sensibiliser aux risques associés.

En articulant ces quatre piliers – prévention, repérage, RdRD et accès aux soins – dans une politique cohérente et non stigmatisante, il devient possible d'apporter des réponses plus justes et efficaces aux usages de cocaïne, tout en réduisant les dommages pour les personnes et la société.

Au-delà des réponses immédiates, la lutte contre les usages problématiques de cocaïne appelle une refonte plus globale des politiques publiques, fondée sur un nouvel équilibre entre sécurité et santé. Cette approche implique de recentrer l'effort répressif sur les criminels du haut du spectre, seule approche ayant un impact sur la disponibilité de la substance sur le terrain, tout en développant des politiques publiques cohérentes, éthiques et suffisamment souples pour s'adapter aux évolutions des modes de consommation.

Dans cette dynamique, comme souligné précédemment, la recherche occupe une place centrale : une meilleure compréhension des parcours des personnes usagères de cocaïne et des facteurs déterminants de l'usage est indispensable pour ajuster les interventions. Parallèlement, le développement de stratégies de prises en soins efficaces pour les usages problématiques de cocaïne constitue un défi majeur.

Ainsi, concilier pragmatisme, inclusion et éthique doit être l'ambition collective, afin d'assurer des réponses plus efficaces, respectueuses des droits des personnes, et contribuant à une amélioration non seulement dans la vie de l'individu usager de cocaïne mais aussi dans celle de l'ensemble de la société.

Analyse

1

Spécificités des publics consommateurs de cocaïne

Ce chapitre vise à décrire et comprendre les profils et les contextes de consommation de cocaïne et de cocaïne basée. Il s'appuie sur un corpus de publications comprenant à la fois des articles scientifiques et des rapports nationaux ou internationaux. Les données présentées ici sont basées sur ces productions scientifiques et ne peuvent donc pas refléter la réalité complète des usages et des personnes qui consomment de la cocaïne ou de la cocaïne basée. Nous débuterons le chapitre par les usages chez les jeunes et les usages expérimentaux. Nous décrirons ensuite les usages en population générale. Une attention particulière sera portée sur la cocaïne basée et les usages chez les personnes vivant en situation de précarité. Enfin, nous développerons les usages problématiques et en milieu de soins.

Expérimentation et usage de cocaïne chez les jeunes

Données en France

Prévalence des usages

Les données françaises concernant les usages de cocaïne chez les jeunes proviennent de l'enquête ESCAPAD⁴⁵ conduite durant les Journées Défense et Citoyenneté (JDC). Représentative des jeunes Français de 17 ans, cette enquête s'intéresse également à leur statut scolaire. En 2000, 0,9 % des participants à l'enquête déclaraient avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie. Ce pourcentage a quadruplé en 2014 pour ensuite diminuer progressivement, atteignant 2,8 % en 2017 et 1,4 % en 2022 (OFDT, 2022 ; Spilka et coll., 2024a). L'enquête ESCAPAD conduite dans les Départements et régions d'outre-mer (DROM) en 2023 montre des chiffres similaires à ceux observés en France hexagonale, excepté pour La Réunion où le niveau d'expérimentation de cocaïne est plus élevé chez les garçons (3,3 %) et en Polynésie

45. ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors des Journées Défense et Citoyenneté (JDC).

française où l'expérimentation de cocaïne est presque deux fois supérieure à celle des jeunes de 17 ans de la France hexagonale (2,6 % contre 1,4 %) (Spilka et coll., 2025).

Profil des jeunes usagers

Si la part des jeunes filles ayant expérimenté la cocaïne au cours de la vie était moins importante que celle des jeunes garçons en 2017 (2,4 % contre 3,1 %), cette différence tend à se réduire en 2022 (1,3 % contre 1,5 %) (Spilka et coll., 2024a).

L'enquête ESCAPAD de 2022 montre que cette prévalence de l'expérimentation de cocaïne varie selon le statut scolaire (Spilka et coll., 2024a) : si la prévalence globale est de 1,4 %, elle atteint ainsi 4,4 % chez les jeunes non scolarisés, 3,5 % chez les apprentis et 1,9 % chez les élèves en lycée professionnel. Elle est de 0,9 % chez les élèves en lycée général ou technologique.

En termes de lieu de résidence, les prévalences selon la taille des unités urbaines ne varient pas beaucoup. La prévalence la plus élevée se trouve dans les unités urbaines intermédiaires de 20 000 à 199 999 habitants où elle atteint 1,9 %. Les régions où l'expérimentation de cocaïne est la plus élevée sont les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Bretagne.

Une enquête réalisée auprès des élèves du secondaire, l'enquête EnCLASS (Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances), apporte quelques données complémentaires et permet d'identifier les niveaux scolaires où les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis s'initient. Conduite en 2022 auprès de 9 566 élèves du secondaire, cette enquête scolaire en ligne questionne l'usage de cocaïne au lycée et montre que 2,2 % des lycéens ont déjà expérimenté la cocaïne (2,4 % des garçons et 2,1 % des filles), proportion moins importante qu'en 2018 (3,8 %) (OFDT, 2024b).

Un article publié en 2019 utilisant les données de l'enquête ESCAPAD conduite en 2017 permet de mieux comprendre le profil des jeunes consommant de la cocaïne dans la population des adolescents âgés de 17 ans (Bonnaire et coll., 2019). Sur un total de 15 205 adolescents, 120 participants déclaraient avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie (dont 52 adolescentes). Les analyses montrent une association entre la consommation de stimulants et la consommation d'autres produits comme le tabac, l'alcool et le cannabis. Concernant la cocaïne, l'association avec une consommation régulière de cannabis est présente chez les filles et les garçons. La consommation de cocaïne est associée seulement chez les filles à la consommation problématique de cannabis, à une initiation plus précoce du tabac et à un usage quotidien d'alcool (risque multiplié par 25). Cette dernière association

pourrait être motivée par son effet inhibant l'ivresse et antagonisant le déficit sur les performances psychomotrices (Pennings et coll., 2002). Si la consommation d'ecstasy est associée à des tentatives de suicide chez les lycéens, celle de cocaïne ne l'est pas. Seules les idées suicidaires sont associées à la consommation de cocaïne, qui est par ailleurs plus fréquente chez les lycéens dont les parents ont divorcé et moins fréquente chez ceux entretenant de bonnes ou très bonnes relations avec leurs parents (Bonnaire et coll., 2019).

Données dans les autres pays

Prévalence des usages

À l'échelle européenne, l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (*European Union Drugs Agency*, EUDA) révèle une prévalence chez les 15-34 ans de 2,7 % de personnes qui déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois (EUDA, 2025).

L'étude européenne ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) permet de situer la France en termes de niveau d'usages chez les jeunes. Conduite auprès de 96 783 élèves de 15-16 ans dans 49 pays européens en 2019 (dont 2 588 en France), cette étude (ESPAD Group, 2020) montre que la proportion d'élèves déclarant un accès facile à la cocaïne est de 13 %, une proportion similaire à celle enregistrée en France. Dans l'échantillon total, 1,9 % des élèves ont consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie, contre 2,7 % en France (2,5 % pour les garçons et 2,8 % pour les filles).

Une enquête nationale conduite aux États-Unis, l'étude *Monitoring the Future* coordonnée par le *National Institute of Health* (NIH) entre 1975 et 2022 auprès d'élèves du secondaire (4^e, seconde et terminale) (Miech et coll., 2023), donne des chiffres sur la consommation de cocaïne chez les jeunes Américains. En 2022, parmi les élèves de 4^e et de seconde, la proportion de ceux qui déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de la vie est de 0,8 % ; parmi les élèves de terminale, 2,4 % déclarent en avoir consommé⁴⁶ au cours de la vie, 1,5 % au cours de l'année, et 0,8 % au cours du dernier mois. Si la consommation de cocaïne semble plus élevée qu'en France, les États-Unis connaissent cependant une diminution marquée de ces usages depuis les deux dernières décennies. Aussi bien en France qu'aux États-Unis, cette diminution de l'usage de cocaïne chez les jeunes s'accompagne d'une diversification des types de drogues consommées.

L'enquête nationale canadienne CSTADS (*Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey*) montre des résultats assez similaires à ceux de l'enquête du NIH, avec une prévalence de l'usage de 2,2 % au cours des 12 derniers mois chez

46. De la cocaïne ou du crack, les données distinguant ensuite cocaïne poudre et cocaïne basée.

les élèves de la 4^e à la terminale en 2018-2019 (3,4 % chez les lycéens et 0,9 % chez les collégiens) (*Canadian Centre on Substance Use and Addiction*, 2022).

Profil des jeunes usagers

Si ces enquêtes nationales nous permettent d'estimer la prévalence des usages de cocaïne parmi les jeunes, d'autres publications viennent compléter ces informations en précisant les spécificités des personnes qui consomment ces produits.

Chamberlain et coll. publient les résultats d'une enquête menée auprès de 3 520 étudiants de *Midwestern University* (Chamberlain et coll., 2021), dont 3,1 % déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de la dernière année et 4,6 % au cours de la vie. La consommation de cocaïne est plus fréquente chez les étudiants plus âgés. Elle est également associée à des résultats universitaires inférieurs, à une polyconsommation (incluant le tabac, l'alcool et d'autres drogues illicites), à une activité sexuelle plus importante et à une initiation à la sexualité plus précoce. En termes de santé mentale, la consommation de cocaïne est associée au trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), au trouble du stress post-traumatique et à l'impulsivité, mais n'est pas associée à l'anxiété ou à la dépression.

Une étude conduite dans 7 pays auprès de 4 482 étudiants universitaires s'intéresse au lien entre consommation de drogues et conséquences négatives liées à ces consommations (McAlaney et coll., 2021). Après avoir pris en compte le pays, le genre, l'âge et le fait de vivre seul ou avec d'autres étudiants, les conséquences documentées sont les suivantes : avoir la « gueule de bois », être absent au cours, être à court d'argent, avoir des pertes de mémoire, de mauvais résultats aux examens, et des rapports sexuels non protégés. Vivre avec d'autres étudiants est associé au fait d'avoir moins de conséquences négatives liées à l'usage de drogues, une des limites de l'étude étant que l'échantillon d'étudiants n'est pas assez grand pour pouvoir distinguer les conséquences selon les différentes drogues consommées.

Enfin, une enquête en ligne auprès de 543 étudiants de deux universités anglaises (Foster et coll., 2023) a montré que 13,4 % déclaraient avoir consommé de la cocaïne au cours du dernier mois, 25,7 % au cours de la dernière année et 31,2 % au cours de la vie. Dans cet échantillon, l'âge moyen était de 20 ans et 82 % des personnes étaient des femmes. Aucun lien n'a été observé entre la consommation de cocaïne et les troubles psychiatriques.

Ces données issues de rapports et de publications scientifiques montrent que malgré une diminution de la consommation de cocaïne parmi les jeunes (allant des collégiens aux étudiants), les prévalences sont importantes surtout chez les jeunes adultes et les étudiants. Cependant, peu de données nous éclairent sur les motivations à l'initiation de l'usage, les motivations associées

à différentes formes d'usage (occasionnel, régulier ou problématique) et les facteurs associés à des consommations problématiques.

Cocaïne basée

L'expérimentation et la consommation de cocaïne basée chez les jeunes (comme en population générale) font l'objet de très rares publications. Des prévalences d'usage sont fournies par des enquêtes précédemment présentées (ESCAPAD, ESPAD, *Monitoring the Future*).

Concernant l'expérimentation de cocaïne basée au cours de la vie, les enquêtes ESCAPAD montrent que la prévalence était de 1,1 % en 2014 puis a diminué progressivement à 0,6 % en 2017 puis à 0,4 % en 2022 (OFDT, 2022 ; Spilka et coll., 2024a). Cette prévalence est plus élevée chez les apprentis et les jeunes non scolarisés, et en région Auvergne Rhône-Alpes.

L'étude européenne ESPAD menée en 2019 permet de situer la France en termes de niveau d'usages chez les jeunes, et révèle pour sa part que 1,1 % de l'ensemble de l'échantillon a consommé de la cocaïne basée au cours de la vie, contre 2,0 % en France avec 2,6 % chez les garçons et 1,5 % chez les filles (ESPAD Group, 2020).

Enfin, dans l'étude *Monitoring the Future*, 1,3 % des élèves de terminale déclarent avoir consommé de la cocaïne basée au cours de la vie en 2022 (Miech et coll., 2023).

Usage de cocaïne en population générale

Prévalence des usages

Dans le rapport de 2023 de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), il était estimé à 22 millions le nombre d'usagers de cocaïne en 2021, soit 0,4 % de la population adulte mondiale au lieu de 0,32 % en 2004 (UNODC, 2023). Le rapport de 2025 estime qu'en 2023 un nouveau record de consommation a été établi avec 25 millions de consommateurs soit 0,47 % de la population adulte mondiale (UNODC, 2025).

En France, si la prévalence de l'usage de cocaïne a baissé au cours des dernières années chez les jeunes, elle n'a cessé d'augmenter dans la population adulte. Les données du Baromètre de Santé publique France comparées aux données EROPP⁴⁷ de l'Observatoire français des drogues et des tendances

47. Depuis 1999, l'OFDT quantifie les opinions et les perceptions de la population française sur les drogues et les politiques publiques associées, grâce à l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes).

addictives (OFDT) depuis les années 2000 montrent en effet une consommation de cocaïne en perpétuelle augmentation chez les adultes de 18 à 64 ans, parmi lesquels l'expérimentation est passée de 1,8 % en 2000 (OFDT, 2012) à 9,4 % en 2023 (Spilka et coll., 2024b). Concernant l'usage récent (au cours de la dernière année), il a suivi une courbe similaire, allant de 0,3 % en 2000 à 2,7 % en 2023 (contre 1,6 % en 2017) (figure 1.1). Il est intéressant de noter que ce sont les 25-34 ans qui présentent les plus fortes prévalences jusqu'en 2023 (3,4 % en 2017 et 5,4 % en 2023), avec une prévalence chez les 35-44 ans de 4,0 % en 2023 (Spilka et coll., 2024b). Ces données montrent que l'usage se diffuse dans différentes tranches d'âge, questionnant le rapport entre l'usage et le travail et celui de sa diffusion hors des cercles d'initiés, principalement vers des milieux sociaux plus diversifiés (Cadet-Taïrou et coll., 2020a). Comme le relèvent les rapports de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), l'offre est de plus en plus attractive et la demande en phase avec les valeurs d'une époque caractérisées par l'individualisme, l'hédonisme et la performance, comme le soulignait déjà Ehrenberg en 1991 (Le Breton, 1992).

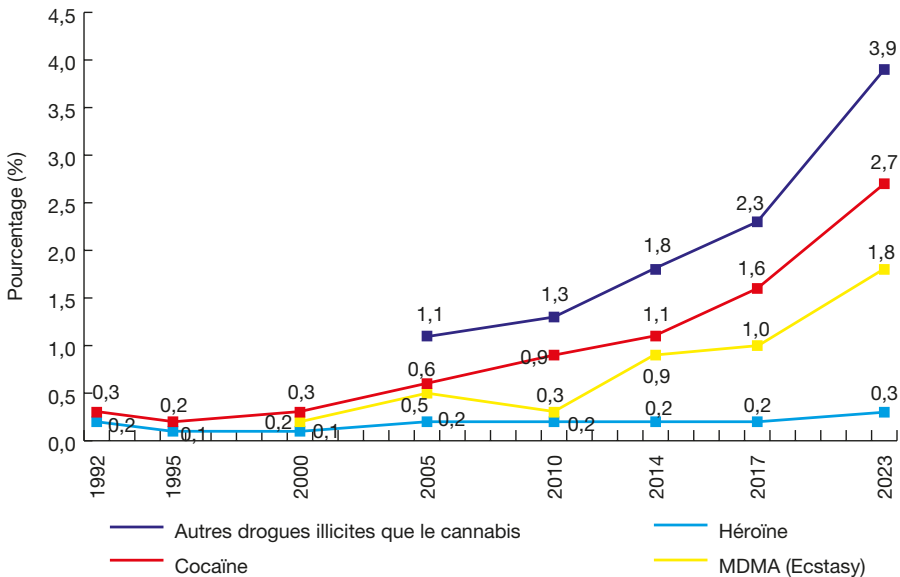


Figure 1.1 : Évolution de l'usage au cours des 12 derniers mois des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2023 parmi les 18-64 ans (en %) (Source : Spilka et coll., 2024b)

Source : Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, et coll. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Tendances 2024 ; 164 : 1-4.

Note : Les sources des données sont le Baromètre de Santé publique France 1992-2021 (exploitation OFDT), EROPP 2023 (France hexagonale), OFDT. Les autres drogues illicites que le cannabis sont : cocaïne en poudre, crack (cocaïne basée ou fumée), MDMA (ecstasy), champignons hallucinogènes, LSD, amphétamines, héroïne.

De nombreuses similitudes existent par ailleurs en comparant les données étrangères aux données françaises. Au Canada, les données nationales montrent des prévalences proches de celles retrouvées en France avec par exemple, en population de jeunes adultes (15-24 ans), une prévalence de l'usage au cours de la dernière année qui se situe autour de 5 % en 2023 (*Canadian Centre on Substance Use and Addiction*, 2024), comparable en ordre de grandeur aux 4,4 % relevés pour la tranche 15-34 ans en France la même année.

Profil des usagers en population générale

Concernant les différences selon le genre, l'écart entre les hommes et les femmes persiste. En 2017, l'usage au cours de la vie était ainsi de 5,6 % chez les 18-64 ans, mais de 8 % chez les hommes contre 3,2 % chez les femmes (Spilka et coll., 2018). En 2023, ce taux dans cette tranche d'âge était de 9,4 %, avec 13,4 % chez les hommes contre 5,5 % chez les femmes (Spilka et coll., 2024b).

Afin d'analyser les différents profils de personnes selon les moments de consommation de plusieurs produits au cours de la journée, un article décrit les phases temporelles de consommation de cocaïne, cannabis et alcool (Fitzgerald et coll., 2024). Les auteurs identifient aux États-Unis cinq profils selon les types de polyconsommation : les profils avec le plus de moments sans consommation concentrent l'usage de cocaïne en fin d'après-midi et semblent polyconsommer davantage alors que ceux qui consomment de la cocaïne en journée, voire le matin, auraient un profil plus addictif et moins polyconsommateur.

En écho à cet article, les résultats d'une étude expérimentale en Suisse auprès de personnes consommant de la cocaïne montrent que les personnes utilisent la cocaïne pour compenser des déficits cognitifs en contexte social, et pour des motivations cognitives (performance au travail) ou sociales (Kexel et coll., 2020).

Ces données sur la compréhension des motivations à l'usage ou des fonctions de la cocaïne dans certaines situations mériteraient d'être complétées par d'autres investigations afin de mieux saisir les raisons pour lesquelles les personnes consomment ces produits et ainsi pouvoir apporter des informations de réduction des risques.

Usages « ordinaires⁴⁸ »

Si peu d'études épidémiologiques s'intéressent aux usagers cachés qui pourtant représenteraient la majorité des personnes consommatrices en population générale, un certain nombre de travaux en sciences sociales ont permis d'éclairer ces usages dits « ordinaires », dès les années 1970 en Amérique du nord (Siegel, 1984 ; Murphy et coll., 1989 ; Erickson et Weber, 2009), puis à partir des années 1990 en Europe et en Australie (Mugford et Cohen, 1988 ; Hammersley et Ditton, 1994 ; Mugford, 1994).

Dans la lignée de ces recherches, une étude sociologique conduite en France auprès de 50 personnes consommatrices de cocaïne qui n'ont jamais été en contact avec le dispositif sanitaire et social ou les institutions répressives pour leur usage de cocaïne a permis de comprendre les trajectoires d'usage de ces personnes (Reynaud-Maurupt et coll., 2011). Guidés par les travaux de Becker sur les carrières d'usagers (Becker, 1985), les auteurs analysent les récits rétrospectifs des personnes pour décrire les étapes dans la consommation et les différents profils. Les deux premières étapes, découverte et persévérance dans l'usage festif de la cocaïne, sont communes à l'ensemble des participants. S'opère ensuite une bifurcation dans les usages, certains décrivent un usage au moins pluri-hebdomadaire hors de l'environnement festif alors que les autres semblent maintenir un usage de cocaïne strictement festif, autrement dit contrôlé. La dernière étape décrite par la quasi-totalité des personnes concerne la sortie de l'usage intensif. Il existe donc des trajectoires qui malgré des épisodes de rapport compliqué à la cocaïne reviennent à un état de consommation contrôlée. Il est intéressant de noter que les deux tiers des personnes avaient expérimenté la cocaïne fumée.

La thèse de sociologie d'Aude Wyart (2016) apporte des éléments de compréhension des usages cachés de cocaïne dans des populations qui ne sont pas visibles dans les grandes enquêtes ou les études conduites dans des lieux spécialisés de prévention ou de soins tels que les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) et les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Ce travail de thèse s'inscrit dans une approche méthodologique qui tente de se distinguer du « paradigme de la pathologie », faisant référence aux conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogue en s'appuyant sur l'approche de l'anthropologue Mary Douglas « *don't necessarily treat it as a problem* » (Douglas, 2003). Dans cette démarche, le travail d'Aude Wyart (2016) tente de comprendre la place et les fonctions que ces usages de cocaïne occupent dans l'existence des usagers. Pour cela, elle a recueilli des données

48. Nous qualifions d'ordinaires des usages qui ne sont ni problématiques ni liés à un trouble de l'usage de la cocaïne.

ethnographiques entre 2011 et 2013, à Lille et Paris, dans trois réseaux de sociabilités différents. Elle s'est intéressée aux usages de cocaïne dits « ordinaires », comme adjuvants dans des situations de détente, de socialisation et de fête, sans les considérer d'emblée au prisme du risque mais à travers la description et l'analyse d'usages récréatifs, occasionnels ou festifs. Ces données permettent de dégager deux idéaux-types : l'usager conservateur, qui condamne les usages de drogues en général, mais qui justifie les siens, qui selon lui s'en distinguent ; et l'usager réformateur, qui rejette les normes morales dominantes pour en élaborer d'autres, comme ne pas se cacher et plutôt remettre en cause les idées reçues de son entourage sur l'usage de drogues. Au-delà de ces typologies, plusieurs usagers expriment la satisfaction qu'ils tirent de leur consommation : « Un rail de bonne poudre, c'est comme un verre de bon vin » (Éric, réseau A), « Je m'offre un gramme comme je m'offrirais un bon osso-buco au resto » (Jag, réseau A). La cocaïne est présentée comme un plaisir et non pas comme une simple recherche de « défonce ». Ces résultats rejoignent l'analyse d'Aude Lalande qui raconte comment certains usagers tentent de maintenir un équilibre dans leur usage afin de garder la possibilité de ce plaisir, entre éthique de la tempérance et sélection des expériences privilégiant la qualité sur la fréquence (Lalande, 2010).

Plus généralement, les études épidémiologiques questionnant les fonctions des usages de drogues ou les effets recherchés par les personnes utilisatrices, et plus particulièrement de cocaïne, sont quasiment inexistantes. Seules des tentatives d'études sur les publics consommateurs insérés utilisant des méthodes « boule de neige » pour toucher ces publics difficiles d'accès (Cohen, 1992) ou dans des contextes très expérimentaux (Müller et Schumann, 2011) ont vu le jour de manière très sporadique depuis des décennies et souvent avec des méthodologies peu adaptées. Une récente revue de la littérature portant sur les motivations à l'usage de drogues fait état de 11 articles traitant de cette question avec des méthodologies variées (quantitatives et qualitatives) (Lojszczyk et coll., 2023). Apporter des éléments de connaissance sur ces usages dits « ordinaires » à travers des études longitudinales sur de larges populations permettrait de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certaines d'entre elles rejoignent des trajectoires problématiques et d'adapter les réponses en termes de prévention et de prise en soins.

Usages en milieu professionnel

Les données du Baromètre santé de 2017 apportent des indications sur la consommation selon le milieu professionnel dans lequel les personnes évoluent (Anderl et coll., 2021). La proportion de personnes ayant consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie est supérieure à la moyenne

dans les secteurs de l'hébergement/restauration et des arts, spectacles et activités récréatives, aussi bien parmi les hommes actifs occupés (7,9 %) que parmi les femmes actives occupées (3,2 %). Aucun secteur d'activité ne se distingue par une proportion franchement inférieure à la moyenne. La proportion des personnes déclarant avoir déjà expérimenté la cocaïne est également plus élevée dans le secteur de l'information et la communication. Selon la catégorie socio-professionnelle, aucune différence n'est observée parmi les hommes, la proportion de femmes ayant expérimenté la cocaïne étant pour sa part plus élevée parmi les femmes cadres et celles des professions intellectuelles supérieures (5,3 %).

Bien que les données issues du monde du travail soient rares, quelques publications témoignent d'un usage en contexte professionnel ou dans des milieux professionnels spécifiques. Une étude conduite auprès de 489 travailleurs sociaux (assistants sociaux, ergothérapeutes, juristes ou experts-comptables) (Kiepek et coll., 2019) montre une prévalence importante de l'usage de drogues illicites, avec 18,6 % des personnes déclarant un usage de cocaïne au cours de la vie, 4,5 % dans les 12 derniers mois et 1,2 % dans le dernier mois.

De nombreux rapports, plans, dispositifs et outils dits de prévention des conduites addictives (dont les usages de cocaïne) en milieu professionnel sont publiés chaque année en France par le milieu institutionnel. Crespin et coll. (2024) ont ainsi traité une abondante littérature grise provenant de nombreux organismes publics et privés. Plusieurs auteurs (Negura et coll., 2012 ; Lutz et Coibion, 2024) observent que ces écrits partagent une problématisation de type « usage de psychotropes = conduite addictive = risques au travail » qui ne satisfait pas la compréhension du phénomène et l'impact du travail sur les usages. Crespin et coll. (2024) montrent que les données probantes manquent sur la prévention des addictions en milieu de travail.

Dans une étude reposant sur 70 entretiens semi-directifs individuels et 15 entretiens semi-directifs collectifs et mobilisant la clinique du travail et l'analyse biographique, Gladys Lutz et coll. (2019) évoquent quatre fonctions professionnelles des usages de psychotropes : *i*) anesthésier pour tenir physiquement et psychologiquement ; *ii*) stimuler, euphoriser, désinhiber ; *iii*) récupérer ; *iv*) intégrer, insérer, entretenir les liens professionnels. S'intéresser aux usages de drogues, y compris de cocaïne, dans le contexte professionnel, permettrait d'éclairer les conditions et l'organisation du travail, les moyens de les améliorer et d'adapter les interventions en milieu professionnel aux perspectives de la réduction des risques liés aux consommations. Réciproquement, ces éclairages permettraient d'adapter la réduction des risques aux milieux de travail.

Usages en contextes spécifiques

Le milieu festif, qui se compose de différents types de scènes festives, légales ou illégales, est caractérisé par de fortes prévalences d'usage de substances psychoactives, incluant la cocaïne. L'étude OCTOPUS⁴⁹ conduite en France auprès de 383 festivaliers (Istvan et coll., 2023) montre que la cocaïne est le troisième produit le plus consommé avec 42 % de personnes déclarant en consommer, derrière le cannabis (63 %) et l'ecstasy/MDMA⁵⁰ (49 %). Deux profils de personnes consommatrices ont émergé : i) les festivaliers consommant essentiellement ecstasy/MDMA et cocaïne (respectivement 42 % et 22 % au cours de la dernière année) ainsi que des psychédéliques ; ii) les festivaliers consommant ecstasy/MDMA et cocaïne (respectivement 79 % et 83 %), LSD (35 %), kétamine (25 %), speed (22 %), et nouveaux produits de synthèse (NPS) (13 %). On voit ici que la cocaïne est un produit très présent et que le second profil de festivaliers se distingue par la polyconsommation avec une prévalence d'usage de cocaïne très élevée.

Dans une étude belge menée auprès de 1 345 participants à des événements festifs, 24 % d'entre eux déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois (essentiellement dans des *night-clubs* et environnements privés) (Van Dyck et coll., 2023). Les principales motivations à ces pratiques festives sont : pour écouter de la musique, pour prendre des drogues, pour explorer mon esprit, pour ressentir de l'excitation, pour trouver un partenaire, pour du sexe.

Enfin, une revue de la littérature s'intéressant aux usages de substances parmi les voyageurs internationaux (*international travellers*) à l'heure du « tourisme de la drogue » questionne ces usages et leurs conséquences (Charoensakulchai et coll., 2024). L'analyse de 58 articles révèle parmi ces voyageurs, une prévalence d'usage allant de 2 % à 22,2 % pour la cocaïne, prévalence qui varie selon la destination du voyage (les îles baltiques et l'Amérique du Sud sont associées à une prévalence d'usage très importante), et du type de voyageurs (jeunes voyageurs professionnels, routards).

Les enquêtes en population générale détaillant peu les usages de drogues et s'adressant à une majorité de personnes non consommatrices, il est important de s'intéresser spécifiquement aux personnes utilisatrices de drogues, afin notamment de comprendre les usages occasionnels ou réguliers de cocaïne chez les personnes que l'on ne retrouve pas dans ces grandes enquêtes ou dans les enquêtes plus spécifiques aux milieux du soin ou de la

49. OCTOPUS : *Observation of Consumption Of Psychoactive substance Use in music festivals*.

50. MDMA : Méthylènedioxyamphétamine.

prévention (CSAPA, CAARUD). Ainsi, l'enquête en ligne réalisée dans le cadre de l'étude européenne EWSD (*European Web Survey on Drugs*) auprès de 2 098 personnes usagères de drogues en France, redressée via le Baromètre santé (Spilka et coll., 2022), a permis d'estimer que le pourcentage de personnes dans la population générale d'adultes (18-44 ans en France) déclarant avoir consommé de la cocaïne au cours des 30 derniers jours devrait être de l'ordre de 1,0 % (contre 24 % dans l'enquête EWSD non représentative auprès d'usagers)⁵¹. Ces différences montrent l'importance de mobiliser des enquêtes représentatives afin de pouvoir apporter des données concernant les usages cachés de cocaïne, y compris l'usage de cocaïne basée.

Usage de cocaïne basée et précarité

Si l'usage de la cocaïne basée n'a été qu'effleuré dans les précédentes sections de ce chapitre, il mérite qu'une partie dédiée lui soit consacrée, en lien avec la précarité. En effet, alors que l'usage de cocaïne basée semble se diffuser, le phénomène fait l'objet d'un grand nombre de données aussi bien en France qu'à l'international, mais presque toujours en lien avec la précarité.

Cocaïne basée/crack/*free-base*

Une fois basée au bicarbonate de soude ou à l'ammoniaque, la cocaïne poudre se transforme en « caillou » ou « crack », une appellation plus courante en contexte de précarité. Certains parlent aussi de *free-base*.

Il est intéressant de constater que l'utilisation du terme crack plutôt que cocaïne basée est d'abord spécifique au territoire parisien, même s'il s'emploie aujourd'hui dans tous les contextes de la grande précarité, voire même en dehors. Alors que le terme crack est beaucoup plus stigmatisant que celui de cocaïne, un article utilisant les données de l'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) tente d'analyser comment les personnes nomment leur usage, avec en filigrane l'objectif de caractériser les personnes qui sont confrontées à l'auto-stigmatisation (Vuolo et coll., 2023). Se présentent-elles comme des personnes qui « fument la cocaïne basée » ou qui « consomment du crack » ? Les résultats montrent que les personnes qui déclarent consommer du crack plutôt que fumer de la cocaïne basée sont plus précaires et vivent plus en région parisienne.

51. L'enquête en ligne touche une population qui n'est pas représentative (plus connectée). Les auteurs ont donc redressé le biais en utilisant les données du Baromètre santé.

Cette étude montre également que la diffusion de l'usage de cocaïne basée à des publics plus insérés est visible à différents niveaux, qu'ils soient liés aux pratiques ou au langage utilisé (Vuolo et coll., 2023) : « Les publics dits « insérés » souvent rétifs à la « galette toute faite » n'hésitent plus à l'acheter et sont identifiés sur des scènes de trafic. » ; « La distinction crack/free-base semble peu opérante chez la quasi-totalité des usagers car ils ont tous connaissance du fait qu'il s'agit de la même molécule active, la cocaïne. Néanmoins, une frange d'usagers continue à considérer le crack, vendu tout fait, de piètre qualité en comparaison du free-base. La différence effectuée ici selon les usagers rencontrés reposerait principalement sur le mode de préparation cuisiné à l'ammoniaque ou transformé avec du bicarbonate de soude. » (Vuolo et coll., 2023 ; traduction par l'auteur du chapitre).

Données en France

Les données françaises sur la cocaïne basée sont nombreuses bien que majoritairement circonscrites à la situation en Île-de-France.

En France, la diffusion de l'usage de cocaïne basée serait originaire des ghettos noirs et hispaniques américains (Bourgeois, 2001) dans lesquels la cocaïne basée, appelée aussi la pâte base (*pasta basica*), s'est répandue dans les années 70 via les nouveaux marchés illicites issus de Colombie (Gootenberg, 2004). Ces usages ont ensuite touché les départements d'outre-mer puis la France métropolitaine, avec le développement d'une « scène ouverte »⁵² de consommation au nord-est de Paris (Gandilhon et coll., 2013). Ces personnes utilisatrices de cocaïne basée se trouvaient alors dans des situations de grande précarité.

En 2015, l'Île-de-France compte ainsi la plus forte prévalence de personnes utilisatrices de cocaïne basée parmi les usagers des CAARUD (50,25 %), dépassant de loin les autres régions de France (figure 1.2) (Pfau et Cadet-Taïrou, 2018). À cette période, les données montraient que la galette de crack, vendue par les « modous »⁵³, coûtait entre 15 à 20 euros, ce qui était encore le cas en 2023 d'après les professionnels des CAARUD et des CSAPA (Gérome, 2024).

52. Lieu public utilisé comme site privilégié pour l'usage et la revente d'une substance donnée (Gandilhon et coll., 2013).

53. Les « modous » (ou « moudous ») désignent des revendeurs de rue, essentiellement originaires d'Afrique de l'Ouest.

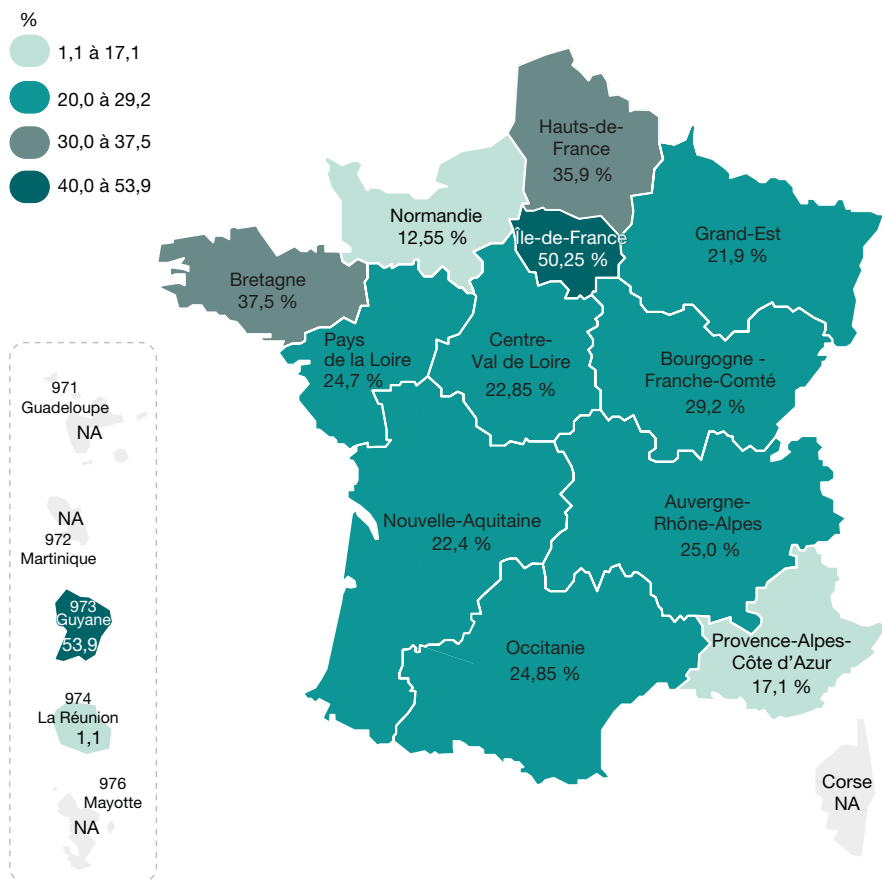


Figure 1.2 : Prévalence des usages de cocaïne basée parmi les usagers des CAARUD, par région en 2015 (Source : Pfau et Cadet-Taïrou, 2018, p. 4)

Source : Pfau G, Cadet-Taïrou A. Usages et ventes de crack à Paris : Un état des lieux 2012-2017.

Saint-Denis La Plaine : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2018 : 43 p.

Note : Les sources des données sont ENa-CAARUD 2015, OFDT.

L'enquête Coquelicot menée en 2004 montrait que la cocaïne basée était le premier produit consommé au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD interrogés (30 %), devant la cocaïne poudre (27 %) (Jauffret-Roustide et coll., 2009). À l'échelle des CSAPA, l'usage de cocaïne basée par les patients suivis a connu une augmentation de 52 %, passant de 3 388 à 5 143 personnes utilisatrices entre 2010 et 2017. L'estimation du nombre d'usagers de cocaïne basée aurait triplé au cours de la même période (de 9 775 personnes à 28 983) (Janssen et coll., 2020). En 2019, ce nombre estimé se situe à 42 800, dont 13 000 en Île-de-France, surtout à Paris et proche banlieue (Cadet-Taïrou et coll., 2021). La cocaïne basée est également très présente dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe,

Martinique, Guyane), où elle se caractérise par un contraste entre une « forte visibilité sociale » et « un périmètre de consommation circonscrit à des publics très marginalisés » (Obradovic, 2020). Cette situation retrouvée dans les départements français d'Amérique rejoint aujourd'hui la situation parisienne où les « scènes ouvertes » sont de plus en plus visibles avec des personnes de plus en plus précaires, dans des zones très circonscrites (la « Colline du crack », les « Jardins d'Éole » ou le « camp de Forceval »). Ceci a été démontré grâce à l'étude « Crack en Île-de-France » entre 2018 et 2020, dont le rapport en 2021 a permis de documenter les usages de cocaïne basée en Île-de-France, les conditions de vie des personnes concernées et les réponses apportées par les professionnels du champ de la réduction des risques (Cadet-Taïrou et Jauffret-Roustide, 2021). Ce rapport s'appuie sur une revue de la littérature et sur 54 entretiens conduits auprès de personnes utilisatrices de cocaïne basée entre 2018 et 2020. Alors que les données issues d'enquêtes menées après les années 1980 permettaient d'ébaucher quatre profils – usagers de cocaïne basée du nord-est parisien vivant en situation de précarité et souvent anciens injecteurs d'opiacés ; personnes consommatrices de cocaïne basée issues du milieu festif techno ; usagers vivant dans les départements d'outre-mer, en Martinique et en Guadeloupe ; femmes travailleuses du sexe –, celles issues de l'étude « Crack en Île-de-France » font émerger quatre nouveaux profils de personnes utilisatrices de cocaïne basée : des personnes usagères plus insérées, anciennement consommatrices d'opiacés ; des profils de jeunes consommateurs de cocaïne basée ; des usagers russophones originaires d'Europe de l'Est et des usagers semi-insérés (Cadet-Taïrou et Jauffret-Roustide, 2021).

Données dans les autres pays

Le rapport de 2022 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)⁵⁴ fait état d'une augmentation sensible de l'usage de cocaïne basée dans de nombreux pays depuis 2014 (OEDT, 2022). Celle de l'usage problématique est plus marquée en Belgique, en Irlande, en Italie, au Portugal ainsi qu'en Allemagne. En 2022, les chiffres montrent que cette consommation augmente chez les personnes en situation de précarité qui fréquentent les centres de réduction des risques à Bruxelles, Lisbonne, Copenhague. En Suisse, près de la moitié des personnes interrogées dans les centres de réduction des risques en 2022 déclare consommer de la cocaïne basée (44,8 %) (Stadelmann, 2023). Ces chiffres sont confortés par les données issues d'un

54. Le 2 juillet 2024, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCCDA*) devient l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (*European Union Drugs Agency, EUDA*).

rapport sur les espaces suisses de consommation supervisée (encore appelés salles de consommation à moindre risque) qui montre qu'entre 2018 et 2023, les passages pour consommation de cocaïne basée dans ces espaces ont augmenté, passant de 10 % à plus de 50 % (Debons et Samitca, 2023). Ces données corroborent les résultats observés dans la salle de consommation de Genève, Quai 9, où la prévalence d'usage de cocaïne basée est restée stable jusqu'en 2015 pour progressivement augmenter jusqu'à atteindre 62 % en 2022. S'ajoute à cela une augmentation très marquée des passages à la salle de consommation liés à la cocaïne basée à partir de 2021, atteignant un tiers de tous les épisodes de consommation de Quai 9 en 2022 (soit 17 066 passages) (Egli Anthonioz et Zobel, 2023).

Cet usage de cocaïne basée a également été documenté chez les jeunes de la rue (*street-involved children and youth*) à travers une méta-analyse rassemblant les données de 73 articles (Armoon et coll., 2023). Les résultats concernent essentiellement le continent américain, avec des prévalences d'usage de cocaïne basée (ou cocaïne issue de la pâte de coca séchée appelée également « crack » ; Costa et Rui, 2023) au cours de la vie de 13,3 % au Brésil à 50 % aux États-Unis chez ces jeunes de la rue, la prévalence moyenne de l'usage au cours de la vie étant de 44 % et celle de l'usage actuel de 21 %. Ces prévalences sont plus élevées chez les personnes les plus âgées.

L'enquête qualitative menée par des chercheurs suisses auprès de personnes utilisatrices de cocaïne basée */free-base* apporte des éléments de compréhension intéressants sur cette augmentation de la consommation de cocaïne par inhalation (Debons et Samitca, 2023). Les résultats des entretiens menés auprès de 22 personnes utilisatrices de cocaïne basée (*free-base*) et 9 professionnels suggèrent 3 manières d'entrer dans cette consommation. La première concerne des situations de reprise d'une consommation intensive liées à des moments de ruptures, à des « coups durs ». La deuxième survient dans le contexte d'usages alternés, où les personnes utilisatrices de cocaïne */free-base* qui pratiquent l'injection peuvent recourir à l'inhalation « non seulement pour ses effets psychotropes proches de ceux procurés par l'injection, mais aussi (voire surtout) parce qu'elle est perçue comme moins nocive pour le capital veineux que l'injection, et offre une alternative intéressante lorsque ce dernier est trop dégradé et rend difficile l'injection ». Et la troisième manière d'initier la consommation de cocaïne basée est une entrée par le sniff de cocaïne ou l'inhalation d'héroïne. Ces personnes sont peu concernées par l'injection et viennent plutôt d'un usage « festif » de cocaïne ou d'héroïne qui vient s'ancrer dans une régularité et en dehors des moments de fêtes. Le passage du sniff à l'inhalation de cocaïne basée procure un effet flash dont « la première expérience d'inhalation provoque un basculement dans le

parcours, de sorte qu'en quelques mois, ce mode de prise va supplanter, ou du moins placer au second plan, l'usage d'autres produits ou le recours à d'autres modes de consommation » (Debons et Samitca, 2023).

L'« effet » territoire

Les personnes consommatrices de cocaïne basée sont structurellement vulnérables, non seulement par les risques et les méfaits résultant de la consommation de drogues, mais surtout parce qu'elles sont exposées à des désavantages sociaux ou à des inégalités liées à l'environnement dans lequel elles se trouvent (Rhodes, 2009 ; Bourgois et coll., 2017). En revanche, dans ces contextes de grande précarité, certaines études ont montré qu'il existait le développement de différents réseaux de soutiens émotionnels, informatifs ou matériels qui font de ces territoires des territorialités à part entière.

Ainsi, les travaux de Julie Costa lors de ses incursions ethnographiques laissent apparaître des sociabilités liées aux territoires de la cocaïne basée à Paris (Costa, 2021) : « Entre fragments de vies cachées et expériences intimes, s'y décèlent des grammaires et des entrelacements relationnels d'amitié, d'amour et d'entraide sur lesquels s'édifie, même de manière fragile et fugace, tout un univers éthique et affectif singulier et particulier à ces acteurs. En parallèle, se concentre dans ces quartiers tout un réseau institutionnel et associatif indispensable de solidarité et de soins, avec les possibilités d'existence, de survie et de reconnaissance qu'il autorise [...] Paradoxalement, dans ce contexte, le « crack » opère comme un unificateur structurant du champ social. Il opère également comme un créateur et catalyseur de liens dans la vie de ces personnes aux marges d'une société qui leur est particulièrement hostile. »

Cette analyse de Julie Costa est comparable à celle de l'étude de Peiter et coll. (2019), qui voit le territoire comme « espace de dispute, de pouvoir, de violence, d'expériences de douleur et de souffrance, mais aussi de socialisation. Il existe des formes d'organisation de l'espace qui permettent souvent des interactions, ainsi que des dynamiques territoriales qui varient du jour à la nuit et contribuent à favoriser les liens et à construire des réseaux de solidarité sociale entre les usagers, où le « don des mots » (Caillé, 2002), et la boisson, entre autres « cadeaux », circulent. » Il s'agit de territorialités « très instables, changeantes et sujettes à des fluctuations volontaires et involontaires », principalement conditionnées par la répression policière, l'exclusion des personnes vivant dans la rue, voire par les conflits entre trafiquants locaux. « Cette territorialité est clairement marquée par une vulnérabilité structurelle et des violences qui obligent les personnes consommatrices de « crack » à se déplacer constamment, à changer de lieu de consommation (scènes de drogue), de repos et d'abri. » (Peiter et coll., 2019 ; traduction par l'auteur du chapitre).

Usages chez les femmes

La question de l'usage de cocaïne basée chez les femmes revient à prendre en compte, comme c'est le cas pour les autres substances, les effets du genre sur les usages et leurs conséquences.

Les entretiens conduits auprès des femmes en Île-de-France dans le cadre de l'étude « Crack en Île-de-France » montrent qu'« une des premières caractéristiques des femmes usagères de crack rencontrées dans l'étude est leur précarité à la fois vis-à-vis du logement et de l'emploi [...] ». Par ailleurs, plusieurs femmes ont indiqué avoir arrêté durant plusieurs années leur consommation de crack pour mettre en avant l'absence de dépendance. Ces périodes d'arrêt peuvent concorder avec la maternité, l'obtention d'un emploi et d'une situation plus stable, ou la simple envie d'arrêter » (Cadet-Taïrou et Jauffret-Roustide, 2021).

Ces enjeux autour des spécificités du vécu des femmes soulignent l'importance d'adapter les réponses.

L'étude de Sarah Perrin (2023), basée sur 27 entretiens réalisés avec des usagères-revendeuses, 12 entretiens réalisés avec des usagers-revendeurs et 11 entretiens effectués avec des policiers et une magistrate, montre pour sa part que « les femmes y font l'objet de stigmates genrés en soi assez classiques, mais qui prennent un sens particulier dans le milieu illicite des ventes et usages de drogues. Bien que cette étude ne soit pas spécifique au produit cocaïne, elle permet de souligner que les femmes sont stéréotypées comme des êtres passifs, sensuels, obéissants et inaptes à la violence (Goffman, 1977) » et que « les usagères-revendeuses développent des stratégies qui leur sont propres, en performant une féminité fragile, respectable ou sensuelle pour ne pas attirer le regard policier. »

Une réduction des risques spécifique ?

Un article publié en 2023 (Jauffret-Roustide et coll., 2023) évoque le « pessimisme productif » (Porto, 2022) qui renvoie à l'idée selon laquelle les publics consommateurs de cocaïne basée devraient bénéficier d'une approche exclusive de réduction des risques. Les données qualitatives collectées dans l'étude « Crack en Île-de-France » montrent que la plupart des usagers de cocaïne basée rencontrés « mettent en évidence dans leurs récits qu'ils souffrent d'une « addiction au crack » et font remonter leurs souhaits de se mettre à distance des produits, dans une démarche de « rétablissement », tout en ayant dans le même temps des demandes en matière de réduction des risques (accès à des espaces de consommation sécurisés et à du matériel stérile). Une de leurs demandes prioritaires pour mettre à distance le crack est de pouvoir bénéficier d'un hébergement éloigné des scènes de consommation. » (Jauffret-Roustide

et coll., 2023). Les dispositifs d'hébergement de type PHASE⁵⁵ et ASSORE⁵⁶ incluant accès au logement et accompagnement médico-social apparaissent comme « globalement appréciés par les usagers » et « décrits comme efficaces par les professionnels », le développement de centres de cure et autres post-cures/zones d'accueil suffisamment nombreux et pérennes semblant tout aussi important.

Usages problématiques de cocaïne

Données en France

Cette section s'intéresse aux personnes ayant des troubles liés à l'usage de cocaïne ou de cocaïne basée, notamment à travers l'enquête RECAP, dans laquelle l'OFDT rassemble toutes les données issues des CSAPA afin de décrire ces populations de patients suivis en addictologie.

La consommation de cocaïne au cours du dernier mois par l'ensemble des patients de CSAPA continue d'augmenter. Elle était de 6,9 % en 2015 et de 9 % en 2019 pour la cocaïne poudre ; cette tendance à la hausse est également visible pour la cocaïne basée dont le pourcentage est passé de 2,9 % en 2015 à 4,9 % en 2019 (Palle, 2021). En 2021, la consommation de cocaïne parmi l'ensemble des patients des CSAPA était de 11 % (OFDT, 2024a).

Il s'agit d'une consommation qui augmente encore plus fortement parmi les nouvelles personnes accompagnées : entre 2015 et 2019, au sein du groupe de personnes prises en charge principalement pour leur consommation de substances illicites autres que le cannabis (très majoritairement usagers d'opioïdes et/ou de cocaïne), les données passent de 22 % à 30 % de ces nouveaux patients pour la cocaïne poudre et de 8,2 à 16 % pour la cocaïne basée. Durant la même période, parmi les nouveaux patients, le pourcentage de personnes déclarant la cocaïne poudre comme produit principal est passé de 10 % à 18 % et la cocaïne basée de 3,9 % à 9,6 % (Palle, 2021).

Parmi l'ensemble des patients déclarant avoir consommé de la cocaïne (30 000 en 2019), « Une large majorité d'entre eux (61 %) présente cependant un profil de polyconsommateur dont la prise en charge est principalement liée aux opioïdes (opioïdes cités en produit n° 1 ou TSO⁵⁷). Les prises

55. <https://www.aurore.asso.fr/paris-nord/phase> [consulté le 25/09/2024].

56. <https://www.aurore.asso.fr/paris-nord/assore> [consulté le 25/09/2024].

57. TSO : Traitement de substitution aux opiacés.

en charge exclusivement ou principalement liées à la cocaïne concernent 10 000 personnes (soit 12 % des effectifs du groupe), dont les deux tiers la consomment sous sa forme poudre et un tiers sous sa forme crack/cocaïne basée. » (Palle, 2021).

Si l'on s'intéresse aux données issues des CAARUD grâce à l'enquête nationale menée auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD), la consommation de cocaïne basée dans le mois précédant l'enquête a également augmenté entre 2015 et 2019 : elle concerne 54 % des personnes en 2019 contre 32 % en 2015 (Cadet-Taïrou et coll., 2020b).

Enfin, une étude menée récemment à Montpellier, et mobilisant une méthodologie permettant d'estimer la taille de la population des personnes utilisatrices de drogues en allant toucher des publics difficiles d'accès, a montré que 73,1 % et 42,6 % des personnes recrutées déclarent respectivement avoir consommé de la cocaïne et de la cocaïne basée au cours du dernier mois (Donnadieu et coll., 2023).

Les demandes de prise en soins pour un problème lié à la cocaïne/cocaïne basée ont augmenté, passant de 7 900 à 14 500 patients entre 2015 et 2019 (Palle, 2021).

En 2021, parmi les nouveaux patients qui consultent pour un problème lié à l'usage de substances illicites, 22 % d'entre eux sont concernés par la cocaïne/cocaïne basée (OFDT, 2024a). Il est également relevé que pour les patients dont la cocaïne est la substance la plus problématique, le produit est sniffé par 64 % d'entre eux, inhalé par 25 % et injecté par 9 % (OFDT, 2024a).

Ces données confirment l'augmentation du nombre de personnes demandant une prise en charge liée à la consommation de cocaïne ou de cocaïne basée. À l'inverse, les demandes de prise en charge pour l'héroïne ont diminué au cours du temps. Il est intéressant de noter que selon les données du dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), certains patients sous TSO utiliseraient la cocaïne pour retrouver la sensation perdue du « high » (Cadet-Taïrou et coll., 2020a). Un article récent issu de la cohorte Cosinus⁵⁸ en France corrobore ces données en montrant que les personnes recevant un TSO à base de sulfate de morphine présenteraient moins d'usage problématique de stimulants que les personnes recevant de la méthadone (Roux et coll., 2024).

À l'échelle européenne, la cocaïne est le second produit pour lequel les personnes viennent pour la première fois consulter un spécialiste (EUDA, 2025).

Données en Suisse

En comparant les données de la Suisse aux données françaises, quelques similitudes apparaissent en regardant les données de monitoring recueillies en 2021 par le système national suisse act-info⁵⁹ auprès des structures d'addictologie (résidentielles et ambulatoires) (Krizic et coll., 2024). Entre 2013 et 2022, les demandes de prise en soins pour un problème lié à la cocaïne ont augmenté considérablement, de +116,9 % pour toute consultation liée à la cocaïne et de +148,8 % pour les premières demandes de prise en charge.

L'âge moyen auquel les personnes suivies dans des centres d'addictologie (n=8 380) initient la consommation de cocaïne est de 20,9 ans pour les hommes et de 21,2 ans pour les femmes (Balsiger et coll., 2022), la cocaïne étant le problème principal à l'admission pour 8,4 % des patients.

Profil des personnes ayant un usage problématique de cocaïne

Les données suisses présentées selon le genre apportent également des éclairages intéressants (Balsiger et coll., 2022). En effet, si les femmes sont moins nombreuses dans le groupe cocaïne (20,1 %) comparé aux autres produits, elles présentent une sévérité du trouble de l'usage plus marquée lorsqu'elles consultent pour une prise en charge : 9,3 % des femmes déclarent avoir injecté la cocaïne au cours des 12 derniers mois contre 6,7 % des hommes ; 25,2 % des femmes déclarent avoir injecté au cours de la vie contre 11,2 % des hommes et 26,9 % des femmes présentent un usage quotidien de cocaïne avant admission contre 19,5 % des hommes.

Ces données quantitatives trouvent une interprétation possible dans une enquête sociologique menée auprès de 21 Suissesses, dont les résultats, bien que peu spécifiques à la cocaïne, apportent quelques pistes de réflexion (Canevascini et Kleinhage, 2023). D'une part, ils nous invitent à considérer l'usage de drogues comme un outil d'automédication dans des contextes de souffrance physique ou psychique, qui peuvent être propres à la condition de la femme. D'autre part, ils décrivent des situations de relations compliquées entre les femmes et les soignants qui révèlent des stratégies d'évitement et d'« invisibilisation » vis-à-vis des professionnels (Canevascini et Kleinhage, 2023). La stigmatisation vécue et les moyens mis en œuvre pour l'éviter pourraient expliquer en partie les différences de sévérité à l'admission dans les soins.

Les données du monitoring national act-info (Balsiger et coll., 2022) ainsi que les données des enquêtes nationales (l'enquête suisse sur la santé en

59. Acronyme pour *addiction, care and therapy information*.

population générale, réalisée par l'Office fédéral de la statistique – OFS, et l'enquête *Public Spaces* conduite par Addiction Suisse auprès de publics marginalisés) apportent d'autres éléments d'information sur la situation sociale (tels que le niveau de formation, le statut professionnel, logement, etc.) des personnes ayant un usage problématique de cocaïne.

Risques associés aux usages problématiques

Un certain nombre d'articles internationaux apportent des éléments de connaissance qui peuvent guider les réponses en santé publique concernant les risques associés aux usages problématiques de cocaïne. Une étude phylogénétique sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a par exemple montré au Luxembourg le lien entre l'infection par le VIH et l'injection de cocaïne (Arendt et coll., 2019), tandis qu'une étude menée en Espagne auprès de personnes migrantes qui injectent depuis plus de cinq ans a révélé que le fait d'avoir injecté la cocaïne était associé au statut sérologique VIH+ (Folch et coll., 2016). Enfin, une étude conduite aux États-Unis auprès d'usagers problématiques d'héroïne met en évidence un lien entre le statut sérologique positif pour le virus de l'hépatite C (VHC+) et l'injection de cocaïne (Roux et coll., 2013). Les dommages associés à la consommation de cocaïne sont détaillés dans un autre chapitre de cette expertise (cf. chapitre « Dommages aux usagers »).

Si la cocaïne peut générer des pratiques particulièrement à risque, d'autres substances peuvent pallier l'absence de cocaïne ou la difficulté d'accès au produit. Des données récentes issues de deux études de cohorte à Vancouver (n=2 056) ont montré une évolution inverse de l'injection de cocaïne (de 45 % à 18 %) vers l'injection de méthamphétamine (de 17 % à 32 %) entre 2008 et 2018 (Bach et coll., 2023). Ainsi, ces publics qui consomment de la cocaïne, mais plus généralement des stimulants, et ayant des pratiques à risque, sont aussi des populations-clés qui méritent une attention particulière quant aux réponses apportées en réduction des risques.

Aux États-Unis, une enquête représentative en population générale (NESARC⁶⁰) montre également que la co-consommation de cocaïne et d'opioïdes est associée à des profils addictologiques (alcool, amphétamines, tranquillisants) plus compliqués que ceux des personnes qui consomment seulement des opioïdes ou seulement de la cocaïne (Leeman et coll., 2016).

En conclusion sur les usages problématiques de cocaïne, il existe peu de données françaises sur les personnes ayant des troubles liés à l'usage de

cocaïne ou de cocaïne basée. Les seules données existantes sont des données épidémiologiques de prévalence. Les données à l'étranger suggèrent que la situation sociale des personnes qui consultent pour un trouble lié à l'usage de cocaïne basée est plus problématique que celles avec un trouble lié à l'usage de cocaïne poudre. En France, de plus en plus de données existent sur ces personnes faisant usage de la cocaïne basée⁶¹. Plusieurs résultats révèlent un lien entre usage d'opioïdes, y compris des traitements de substitution aux opiacés, et usage problématique de cocaïne ; ce lien serait intéressant à investiguer plus en détail.

Conclusion

L'expérimentation de la cocaïne (poudre) chez les jeunes semble rester stable voire diminuer, alors que l'expérimentation d'autres substances semble augmenter auprès de ces publics. Dans la population générale, et plus particulièrement les jeunes adultes, l'usage régulier de cocaïne poudre est en hausse, chez les hommes comme chez les femmes. Cette hausse entre 2017 et 2023 est particulièrement visible parmi les personnes de moins de 45 ans. Alors que ces constats sont valables aussi bien en France qu'à l'étranger, peu de données existent sur la compréhension de ces usages, les contextes, les motivations associées et les consommations d'autres substances. De plus, les données montrent des contextes d'usage différents selon le genre avec par exemple un taux plus important d'isolement social chez les femmes ayant des usages dits « problématiques ». Le phénomène de l'usage de cocaïne basée, autrement appelée crack, en augmentation, est toujours très associé à la précarité et bénéficie de peu de réponses adaptées. Enfin, ces usages de cocaïne basée, ayant pris essor dans les milieux défavorisés, semblent se diffuser parmi les publics plus insérés. Ce phénomène amènera probablement les chercheurs à s'intéresser à ce public, qui jusque-là, attirait peu leur attention.

61. Cf. la section *supra* « Usage de cocaïne basée et précarité » de ce chapitre.

RÉFÉRENCES

Andler R, Rabet G, Guignard R, *et al.* *Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel: Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017* : Santé Publique France, 2021 : 17 p.

Arendt V, Guillorit L, Origer A, *et al.* Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in people who inject drugs in Luxembourg. *PLoS One* 2019 ; 14 : e0215570.

Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, *et al.* The global distribution and epidemiology of alcohol and drug use among street-involved children and youth: a meta-analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2023 ; 49 : 381-98.

Bach P, Ti L, Hayashi K, *et al.* Trends in cocaine and crystal methamphetamine injection over time in a Canadian setting between 2008 and 2018. *J Subst Use Addict Treat* 2023 ; 151 : 208982.

Balsiger N, Gmel G, Krizic I, *et al.* *Rapport annuel act-info 2021 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse – Résultats du système de monitoring*. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Berne : Addiction Suisse, 2022 : 76 p [consulté le 10/06/25 : https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/02/BAG_act-info-2021-F-1.pdf].

Becker HS. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Leçons De Choses. Paris : Éditions Métailié, 1985 : 250 p.

Bonnaire C, Beck F, Spilka S. Physical and psychosocial factors associated with psychostimulant use in a nationally representative sample of French adolescents: Specificities of cocaine, amphetamine, and ecstasy use. *Addict Behav* 2019 ; 92 : 208-24.

Bourgeois P, Holmes SM, Sue K, *et al.* Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med* 2017 ; 92 : 299-307.

Bourgeois P. *En quête de respect : Le crack à New York*. Collection Liber. Paris : Seuil, 2001 : 458 p.

Cadet-Taïrou A, Jauffret-Roustide M. *Études crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 260 p.

Cadet-Taïrou A, Jauffret-Roustide M, Gandilhon M, *et al.* *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 21 p.

Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, *et al.* *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 (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2020a : 72 p.

Cadet-Taïrou A, Janssen E, Guilbaud F. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. *Tendances* 2020b ; 142 : 1-4.

Caillé A. A dádiva das palavras: o que o dizer pretende dar. A dádiva entre os modernos. *Discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis* 2002 : 99-136.

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Canadian Substance Use Survey: Summary of results 2023*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA), 2024 : 11 p [consulté le 02/04/25 : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2023-summary.html>].

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Canadian Drug Summary: Cocaine* : Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA), 2022 : 13 p [consulté le 11/08/23 : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-10/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cocaine-2022-en.pdf>].

Canevascini M, Kleinhage E. *Voix de mères en situation d'addiction. Stigmatisation, enjeux et recommandations*. Lausanne : Addiction Suisse, 2023 : 75 p [consulté le 10/06/25 : https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/08/2023_Voix_de_meres_en_situation_addiction.pdf].

Chamberlain SR, Lust K, Grant JE. Cocaine use in university students: relationships with demographics, mental health, risky sexual practices, and trait impulsivity. *CNS Spectr* 2021 ; 26 : 501-8.

Charoensakulchai S, Onwan M, Kanchanasurakit S, *et al.* Recreational substance use among international travellers. *J Travel Med* 2024 ; 31 : taee012.

Cohen P. Cocaine users in Amsterdam. *Br J Addict* 1992 ; 87 : 1077-8.

Costa J, Rui T. Le crack au Brésil : marchés, scènes ouvertes et réponses publiques. *Tendances – Drogues, enjeux internationaux* 2023 ; HS n° 16 : 1-8.

Costa J. Incursions ethnographiques sur les territoires du crack à Paris. *SWAPS* 2021 : 6-11.

Crespin R, Lhuilier M, Lutz G. De la prévention des « conduites addictives » en milieu de travail à l'approche écosystémique des usages de produits. *Psychotropes* 2024 ; 32.

Debons J, Samitca S. *Étude qualitative sur la consommation de cocaïne base dans le canton de Vaud (freebase/crack)*. Lausanne : Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2023 : 74 p [consulté le 10/06/25 : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_75EC6C45944F.P001/REF].

Donnadieu H, Quillet C, D'Ottavi M, *et al.* Community-based respondent-driven sampling as a strategy for drug use surveillance in a large French urban area. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 82.

Douglas M. *Constructive drinking: Perspectives on drink from anthropology*. Mary Douglas collected works. London, New York : Routledge, 2003 : 291 p.

Egli Anthonioz N, Zobel F. *La problématique du crack à Genève – Situation et réponses (Rapport de recherche N° 153)*. Lausanne : Addiction Suisse, 2023 : 71 p [consulté le 10/06/25 : https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_problemetique_crack_geneve.pdf].

Erickson PG, Weber TR. Cocaine careers, control and consequences: results from a Canadian study. *Addict Res* 2009 ; 2 : 37-50.

ESPAD Group. *ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg : EMCDDA Joint Publications; Publications Office of the European Union, 2020 : 136 p.

EUDA. *Cocaine – the current situation in Europe (European Drug Report 2025)* : EUDA, 2025 : 12 p : https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/cocaine_en].

Fitzgerald ND, Liu Y, Wang A, *et al.* Sequencing hour-level temporal patterns of polysubstance use among persons who use cocaine, alcohol, and cannabis: A back-translational approach. *Drug Alcohol Depend* 2024 ; 258 : 111272.

Folch C, Casabona J, Espelt A, *et al.* High prevalence and incidence of HIV and HCV among new injecting drug users with a large proportion of migrants – Is prevention failing? *Subst Use Misuse* 2016 ; 51 : 250-60.

Foster H, Stevenson J, Akram U. Prevalence and psychiatric correlates of illicit substance use in UK undergraduate students. *Brain Sci* 2023 ; 13 : 360-70.

Gandilhon M, Cadet-Taïrou A, Lahaie E. La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes. *Tendances* 2013 ; 90 : 1-4.

Gérome C. *Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances en 2023* : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2024 : 9 p.

Goffman E. The arrangement between the sexes. *Theor Soc* 1977 ; 4 : 301-31.

Gootenberg P. La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale. *Hérodote* 2004 ; 1 : 66-83.

Hammersley R, Ditton J. Cocaine careers in a sample of Scottish users. *Addict Res* 1994 ; 2 : 51-69.

Istvan M, Bresdin V, Mainguy M, *et al.* First results of the French OCTOPUS survey among festival attendees: a latent class analysis. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 43-54.

Janssen E, Cadet-Taïrou A, Gérome C, *et al.* Estimating the size of crack cocaine users in France: Methods for an elusive population with high heterogeneity. *Int J Drug Policy* 2020 ; 76 : 102637.

Jauffret-Roustide M, Dambélé S, de Azevodo Martinho Porto C. La construction du crack à Paris comme un « problème » épidémiologique, de prise en charge et d'écologie urbaine. *Psychotropes* 2023 ; 29 : 7-29.

Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009 ; 9 : 113.

Kexel A-K, Vonmoos M, Preller KH, *et al.* Social and non-social cognitive enhancement in cocaine users – A closer look on enhancement motives for cocaine consumption. *Front Psychiatry* 2020 ; 11 : 618.

Kiepek N, Harris J, Beagan B, et al. Substance use by social workers and implications for professional regulation. *Drugs Alcohol Today* 2019 ; 19 : 147-59.

Krizic I, Balsiger N, Gmel G, et al. *Rapport annuel act-info 2022 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Berne, 2024 : 35 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.addictionsuisse.ch/publication/rapport-annuel-act-info-2022-prise-en-charge-et-traitement-des-dependances-en-suisse-resultats-du-systeme-de-monitorage/>].

Lalande A. Les essais : ethnologie des expériences de drogues. *Vacarme* 2010 ; 52 : 84-7.

Le Breton D. Alain Ehrenberg – Le culte de la performance. Calmann-Levy, 1991. *Cahiers de sociologie économique et culturelle* 1992 ; 17 : 192-4.

Leeman RF, Sun Q, Bogart D, et al. Comparisons of cocaine-only, opioid-only, and users of both substances in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Subst Use Misuse* 2016 ; 51 : 553-64.

Lojszczyk A, Wilson R, Wood J, et al. Motivational characteristics of recreational drug use among emerging adults in social settings: an integrative literature review. *Front Public Health* 2023 ; 11 : 1235387.

Lutz G, Coibion A. Monde du travail : l'insoutenable intensification de soi. Analyser les fonctions professionnelles des drogues, un enjeu sanitaire, social, économique et... démocratique. *Addiction(s) : recherches et pratiques* 2024 ; 8 : 25-6.

Lutz G, Arguillère L, Barbaste C, et al. Discuter et transformer le travail pour réguler les conduites addictives des professionnels. *Psychotropes* 2019 ; 24 : 57-82.

McAlaney J, Dempsey RC, Helmer SM, et al. Negative consequences of substance use in European university students: Results from Project SNIPE. *Eur Addict Res* 2021 ; 27 : 75-82.

Miech RA, Johnson LD, O'Malley PM, et al. *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2023: Secondary School Students: Monitoring the Future Monograph Series*. Ann Arbor : Institute for Social Research, 2023 : 73 p.

Mugford S, Cohen P, eds. Pathology, pleasure, profit and the state: Towards an integrated theory of drug use. Annual Conference of the Australian and New Zealand Society of Criminology. Australia, 1988.

Mugford SK. Recreational cocaine use in three Australian cities. *Addict Res* 1994 ; 2 : 95-108.

Müller CP, Schumann G. Drugs as instruments: a new framework for non-addictive psychoactive drug use. *Behavioral and Brain Sciences* 2011 ; 34 : 293-310.

Murphy SB, Reinerman C, Waldorf D. An 11-year follow-up of a network of cocaine users. *Br J Addict* 1989 ; 84 : 427-36.

Negura L, Maranda M-F, Genest C. La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail. In: Landry M, Brochu S, Brunelle N, eds. *L'intégration des*

services en toxicomanie. Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Laval, 2012 : 199-225.

Obradovic I. *Drogues et addictions dans les outre-mer : État des lieux et problématiques*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2020 : 84 p.

OEDT. *Rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolutions*. Luxembourg : OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), 2022 : 60 p.

OFDT. *Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2024a : 16 p.

OFDT. *Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : Résultats EnCLASS 2022*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2024b : 17 p.

OFDT. *ESCAPAD, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2022 : 62 p.

OFDT. *Cocaïne, données essentielles*. Saint-Denis La Plaine : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2012 : 232 p.

Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA : Situation en 2019 et évolution 2015-2019. *Tendances 2021* ; 146 : 1-6.

Peiter P, Belmonte P, Teixeira M, *et al.* Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. *Soc Sci Med* 2019 ; 227 : 111-8.

Pennings EJM, Leccese AP, De Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction* 2002 ; 97 : 773-83.

Perrin S. Vulnérabilités et capacités d'agir liées au genre dans l'usage et la vente de drogues : Une analyse des relations entre police et usagères-revendeuses insérées socialement à Bordeaux. *Champ pénal* 2023 ; 28.

Pfau G, Cadet-Taïrou A. *Usages et ventes de crack à Paris : Un état des lieux 2012-2017*. Saint-Denis La Plaine : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2018 : 43 p.

Porto C. « Os usuários são atores de seu acompanhamento » : A situação de redução de riscos em Paris, França. Paris. Thèse de doctorat, 2022.

Reynaud-Maurupt C, Maitena M, Cadet-Taïrou A. Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio-sanitaires et répressives – Une recherche qualitative conduite en France en 2007-2009. *Déviance et Société* 2011 ; 35 : 503-29.

Rhodes T. Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *Int J Drug Policy* 2009 ; 20 : 193-201.

Roux P, Faye A, Sagaon-Teyssier L, *et al.* Prevalence of stimulant use and the role of opioid agonist treatment among people who inject drugs in France: Results from the COSINUS cohort study. *Drug Alcohol Rev* 2024 ; 44 : 275-87.

Roux P, Fugon L, Jones JD, *et al.* Hepatitis C infection in non-treatment-seeking heroin users: The burden of cocaine injection. *Am J Addict* 2013 ; 22 : 613-8.

Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: Longitudinal observations, consequences, and treatment. *NIDA Res Monogr* 1984 ; 50 : 92-110.

Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, *et al.* *Usages de substances psychoactives à 17 ans dans les outre-mer – Analyse de l'enquête ESCAPAD 2023*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025 : 19 p.

Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, *et al.* *Les drogues à 17 ans, analyses régionales – Enquête ESCAPAD 2022*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2024a : 66 p.

Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, *et al.* Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. *Tendances* 2024b ; 164 : 1-4.

Spilka S, Legleye S, Beck F. *Combining web surveys and general population surveys to improve data on people who use drugs in France: reflections on recruitment strategies and the generalisability of results*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2022 : 8 p.

Spilka S, Richard JB, Le Nezet O, *et al.* Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances* 2018 ; 128.

Stadelmann S. *Pointage annuel du profil des usagères et des usagers (PAPU) des centres d'accueil à bas-seuil : Évolution des principaux indicateurs entre 2017 et 2022*. Lausanne : Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2023 : 7 p : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_9C7856E3CA80.P001/REF.

UNODC. *World Drug Report 2025 – Special points of interest* : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2025 : 19 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs*. United Nations publications. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023 : 206 p.

Van Dyck E, Ponnet K, van Havere T, *et al.* Substance use and attendance motives of Electronic Dance Music (EDM) event attendees: A survey study. *Int J Environ Res Public Health* 2023 ; 20 : 1821.

Vuolo M, Janssen E, Flores Laffont I. Using crack or smoking cocaine, that is the question: The association of sociodemographic factors with self-labeling choices in France. *Deviant Behav* 2023 ; 44 : 920-34.

Wyart A. *Entre déviance, normalité et distinction: ethnographie des usages cachés de cocaïne* : Paris, EHESS. Thèse de doctorat, 2016.

2

Facteurs de risque de l'usage et des troubles de l'usage de cocaïne

La notion de « facteurs de risque » est définie comme l'ensemble des caractéristiques pouvant être associées à la survenue d'une maladie particulière (Inserm, 2009). Dans le cas des troubles de l'usage de substances psychoactives, ces caractéristiques sont d'origine multifactorielle avec le modèle communément admis d'une relation tripartite entre une substance, un individu et un environnement. Les deux dernières dimensions (individuelle et environnementale), non restreintes à la problématique des conduites addictives, conditionnent l'état de santé d'un individu au sens large ainsi que le résume le modèle de Dahlgren et Whitehead sur les déterminants de santé (figure 2.1) (Dahlgren et Whitehead, 2021).

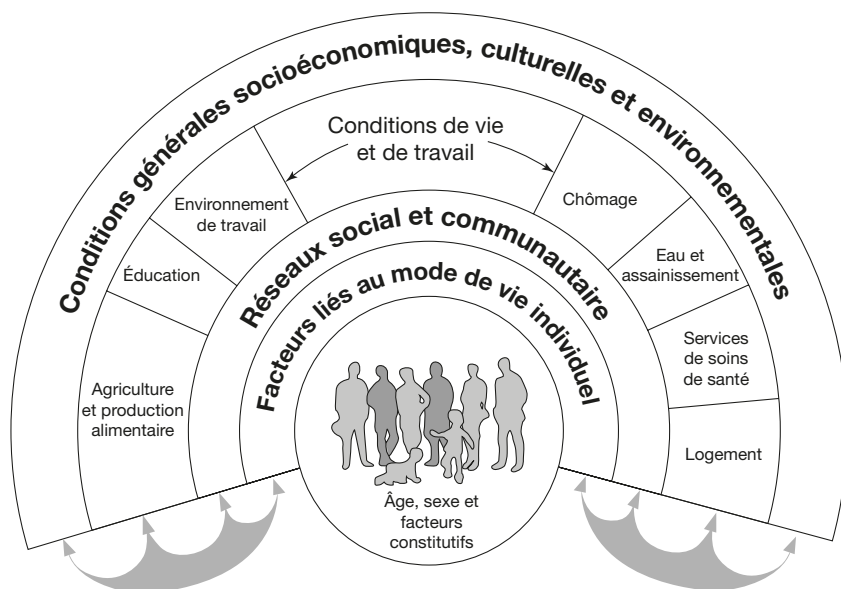


Figure 2.1 : Déterminants de la santé (Source : Dahlgren et Whitehead, 1991)

Reproduit et traduit à partir de « Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO Strategy paper for Europe », de Dahlgren G, Whitehead M. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991 : 69 p.

Ce chapitre propose une revue des données disponibles concernant les facteurs de risque de l'usage de la cocaïne. Il a pour objectif principal de synthétiser les facteurs de vulnérabilité individuelle des usagers, les facteurs associés au contexte de l'usage ainsi que ceux relevant de l'environnement social. Les considérations relatives à la qualité des produits (notamment, les concentrations en principe actif des échantillons de cocaïne disponibles à la vente) ou aux conditions d'accès à la cocaïne (disponibilité et coût) sont présentées dans le chapitre « Marchés et approvisionnements » de cette expertise.

Facteurs liés à l'individu

Composante génétique des troubles de l'usage de la cocaïne

La composante génétique des troubles de l'usage de la cocaïne est partagée entre la cause génétique à proprement parler et la part attribuable aux modifications épigénétiques⁶² déclenchées par la consommation de cocaïne. On entend par études génétiques les études d'évaluation de la présence d'une caractéristique phénotypique⁶³ d'intérêt (ici, l'usage/les troubles de l'usage de la cocaïne) chez différents membres d'une même famille, les études d'association entre le polymorphisme⁶⁴ d'un ou de plusieurs gènes et la présence du phénotype étudié, et les études ciblées sur l'impact phénotypique de la consommation de cocaïne sur des facteurs conditionnant l'expression de ces gènes, notamment les modifications des histones⁶⁵ et l'activité de facteurs de remodelage de la chromatine⁶⁶.

Environ 16 à 20 % des personnes qui consomment de la cocaïne développent un trouble de l'usage associé (Fernández-Castillo et coll., 2021). Les facteurs qui conditionnent la survenue d'un tel trouble sont multiples et comprennent une composante génétique de susceptibilité à son développement et une composante environnementale. Les facteurs de risque environnementaux durant l'enfance peuvent être par exemple un changement du lieu de résidence ou la consommation d'alcool ou de substances illicites dans le foyer

62. Épigénétique : étude des changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'acide désoxyribonucléique (ADN) et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires. Contrairement aux mutations qui affectent la séquence d'ADN, les modifications épigénétiques sont réversibles.

63. Phénotype : ensemble des caractéristiques visibles d'un organisme résultant de l'expression des gènes et sous l'influence du milieu et de l'environnement. Le phénotype peut être observé aux niveaux moléculaire, cellulaire, et macroscopique (taille, couleur des cheveux ou des yeux, forme des oreilles ou du nez).

64. Polymorphisme génétique : différentes formes que peut prendre un même gène.

65. Histones : petites protéines basiques autour desquelles s'enroule l'ADN pour former l'unité de base de la chromatine appelée le nucléosome.

66. Chromatine : forme sous laquelle se présente l'ADN dans le noyau de la cellule.

(Fernández-Castillo et coll., 2021). La part génétique estimée à partir d'études familiales et en particulier chez des couples de jumeaux représente environ 50 % du risque de troubles de l'usage de substances psychoactives (Deak et Johnson, 2021). Cette proportion reste globalement stable malgré des variations entre les substances psychoactives : pour la cocaïne, elle serait comprise entre 40 et 80 %. Plus précisément, la revue systématique des études de liaison réalisées à partir des registres de jumeaux de différents pays à travers le monde estime que l'héritabilité de l'usage, de l'abus et de la dépendance à la cocaïne sont respectivement de 39-44 %, 32-79 % et 65-79 %. Cette dernière valeur ferait de la dépendance à la cocaïne le trouble psychiatrique le plus fortement héréditaire (Fernández-Castillo et coll., 2021). Ce résultat doit cependant être nuancé car la spécificité génétique de la dépendance à la cocaïne est modeste : il a en effet été montré que les individus présentant un risque génétique élevé de dépendance à la cocaïne sont également à haut risque d'être dépendants à d'autres substances et notamment au cannabis (Kendler et coll., 2023).

Du point de vue pharmacodynamique, la cocaïne exerce son action pharmacologique principale en inhibant de façon non sélective les transporteurs de recapture des monoamines c'est-à-dire la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, avec une action secondaire sur le transporteur VMAT2 impliqué dans le stockage vésiculaire de ces neurotransmetteurs (Zerdazi et coll., 2022). Ainsi, l'action de la cocaïne conduit à l'augmentation des concentrations extracellulaires des monoamines dans le système nerveux central et périphérique. En particulier, l'effet renforçant de la cocaïne est largement attribué à l'augmentation de la transmission dopaminergique dans le circuit mésocortico-limbique de la récompense via une augmentation de sa concentration dans le noyau accumbens (*nucleus accumbens*) (Kaushik et coll., 2023). Parmi les autres cibles moléculaires d'action de la cocaïne figure le récepteur nicotinique, un récepteur-canal sodique de structure pentamérique composé d'un assemblage de sous-unités alpha et bêta (Forget et coll., 2021). Par ailleurs, la cocaïne agit de façon indirecte sur la transmission du glutamate, le principal acide aminé excitateur du système nerveux central, y compris au niveau du système limbique (Kaushik et coll., 2023).

La fréquence de l'usage/troubles de l'usage de la cocaïne serait augmentée lorsque l'expression de différents récepteurs est diminuée, dont les récepteurs dopaminergiques D2 et D3, le récepteur glutamatergique mGluR2, le récepteur muscarinique M4 et la sous-unité $\alpha 5$ du récepteur nicotinique (Jordan et Xi, 2022). Dans ce dernier exemple, plusieurs polymorphismes nucléotidiques (*Single Nucleotide Polymorphisms* – SNPs) très présents dans la population générale ont été associés à une diminution des troubles de l'usage de la cocaïne, suggérant le rôle potentiel de la sous-unité $\alpha 5$ du récepteur nicotinique dans cette pathologie (Forget et coll., 2021). En effet, les résultats d'expériences

pré-cliniques rapportent une réduction de l'acquisition du comportement de prise volontaire de cocaïne conditionnée à la présence d'une mutation sur le gène de la sous-unité $\alpha 5$ ainsi qu'une réduction des rechutes associées à la cocaïne chez des rats *knock-out*⁶⁷ pour ce même gène. Ces résultats ont été confortés par des observations chez l'Homme indiquant qu'un polymorphisme nucléotidique de cette sous-unité serait associé à un ralentissement de la transition entre l'usage simple de cocaïne et l'apparition de signes de troubles de l'usage (Forget et coll., 2021). Parmi les autres associations positives retrouvées, l'implication d'un polymorphisme du gène *NSF* impliqué dans la fusion membranaire des vésicules de stockage est suggérée, avec une transition plus rapide de l'usage simple de cocaïne vers la dépendance chez les individus ayant un moindre niveau d'expression de ce gène (Fernández-Castillo et coll., 2021).

Nonobstant ces données, le niveau des connaissances scientifiques ne permet pas d'affirmer que le développement des troubles de l'usage de la cocaïne est conditionné à la présence d'un gène particulier chez un individu donné. En effet, les troubles neuropsychiatriques dont les troubles de l'usage de la cocaïne sont des maladies hautement polygéniques, et la contribution individuelle de chaque variant représente une petite partie du risque global (Fernández-Castillo et coll., 2021). De plus, les résultats des études d'association sont contrastés et parfois contradictoires : il existe en effet plusieurs exemples d'études ayant individuellement mis en évidence une association entre un variant génétique donné et les troubles de l'usage de la cocaïne sans que cette association soit retrouvée par d'autres auteurs (Deak et Johnson, 2021 ; Fernández-Castillo et coll., 2021). Ce défaut de reproductibilité d'une étude à l'autre peut être lié à un manque de puissance statistique, la principale limite identifiée des études génétiques sur les troubles de l'usage de la cocaïne étant la taille réduite des échantillons par rapport à celle des études sur les substances licites (alcool, tabac) ou même sur les opioïdes (Deak et Johnson, 2021 ; Lopez-Leon et coll., 2021). Or, si l'on considère que l'interaction avec les facteurs environnementaux devrait être systématiquement intégrée aux modèles statistiques des études génétiques du fait de leur importance quantitative, cela impliquerait de travailler sur des effectifs encore plus restreints puisque limités à chaque sous-groupe. Par ailleurs, de nombreux travaux ayant été réalisés à partir d'échantillons issus d'Europe ou d'Amérique du Nord, des analyses à partir d'échantillons originaires d'autres régions du monde dont l'Afrique et l'Amérique du Sud seraient nécessaires (Lopez-Leon et coll., 2021).

Enfin, des modifications épigénétiques induites par l'usage de cocaïne sont rapportées. En effet, une méthylation aberrante de l'ADN induite par la consommation de cocaïne et pouvant également dépendre de l'influence de variants

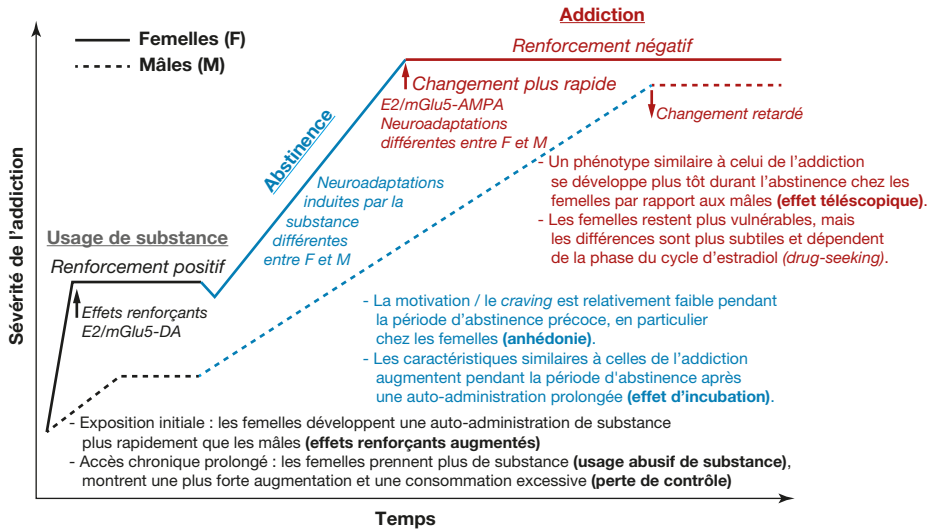
génétiques est décrite (Cheng et coll., 2023). De plus, la cocaïne altère les processus épigénétiques d'acétylation et de méthylation des histones avec un impact sur le niveau d'expression de certains gènes, codant notamment pour des protéines exprimées spécifiquement au niveau du noyau accumbens (Anderson et Taniguchi, 2022). Les changements épigénétiques acquis apparaissent rapidement après l'administration aiguë de cocaïne. Ils peuvent être transitoires ou dans certains cas se prolonger dans le temps et être transmis à la génération suivante (Rich et coll., 2024). Les connaissances actuelles en épigénétique, principalement issues de la recherche pré-clinique, mettent en évidence l'impact significatif de l'exposition parentale (maternelle et paternelle) à la cocaïne sur les modifications épigénétiques héréditaires qui affectent la physiologie et le comportement de la descendance. Il n'est cependant pas possible à ce stade de déterminer s'il existe un impact sur le développement de troubles de l'usage de la cocaïne chez les enfants concernés (Rich et coll., 2024). La poursuite de travaux de recherche sur la caractérisation des mécanismes moléculaires et épigénétiques médiés par l'hérédité et/ou l'exposition prénatale à la cocaïne est donc nécessaire pour améliorer la compréhension de la transmission intergénérationnelle des troubles de l'usage de substances, dont la cocaïne (cf. le chapitre « Dommages sociaux, psychosociaux et sociétaux de la cocaïne »).

Spécificités liées au sexe ou au genre

L'épidémiologie de l'usage et des troubles de l'usage de la cocaïne n'est pas la même chez les hommes et chez les femmes (Perrin, 2023). Ces spécificités hommes/femmes s'expliquent par l'intrication complexe de déterminants liés au sexe biologique et de déterminants sociaux liés au genre (Towers et coll., 2023). Les données de la littérature suggèrent en effet que la prévalence plus élevée de consommation de cocaïne chez les hommes pourrait être attribuée à des opportunités plus nombreuses d'accès à la cocaïne lorsque l'on est un homme (Hersey et coll., 2023), et avec la notion de stigmatisation genrée faisant intervenir des normes de genre associant la femme à la maternité et à la sexualité (Perrin, 2023).

Du point de vue physiologique, les études expérimentales mettent en avant le rôle des hormones ovariennes, avec des données suggérant que les taux d'estradiol circulant contribueraient à une sensibilité plus élevée des femmes aux effets renforçants de la cocaïne (Knouse et Briand, 2021). Bien qu'il existe des divergences dans les résultats expérimentaux issus des études considérées, il est proposé que la durée d'exposition à la cocaïne influence les niveaux d'estrogènes, et que de son côté, l'estradiol module la concentration extracellulaire de dopamine dans le striatum en faisant intervenir plusieurs mécanismes. En effet, l'augmentation des concentrations d'estradiol chez la souris

femelle a été associée à une activité accrue des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale, à une augmentation de la phosphorylation du transporteur de la dopamine et à une réduction de l'activité de l'autorécepteur dopaminergique présynaptique D2 (Hersey et coll., 2023). De plus, une augmentation des comportements d'auto-administration de cocaïne avec une intensité plus marquée du *craving*⁶⁸ est observée chez le rat femelle dans les phases où l'estradiol est physiologiquement plus concentré dans l'organisme (Knouse et Briand, 2021 ; Towers et coll., 2023). Il se produit également, chez les femelles par rapport aux mâles, une accélération de la transition de l'usage vers les troubles de l'usage selon le phénomène d'« effet télescopique », largement décrit avec la cocaïne mais également retrouvé pour d'autres catégories de substances (Towers et coll., 2023). La figure 2.2 illustre cet effet dans un modèle animal, soulignant à la fois la temporalité plus courte et la sévérité plus marquée des troubles de l'usage chez les individus de sexe féminin.



E2 : Estradiol ; DA : Dopamine ; mGlu5 : *Metabotropic glutamate receptor 5* ; F : Femelle ; M : Mâle.

Figure 2.2 : Bases biologiques de la trajectoire entre l'usage de drogue et les troubles de l'usage : exemple de l'effet télescopique chez les rats femelles (Source : Towers et coll., 2023)

Reproduit et traduit à partir de « Sex/gender differences in the time-course for the development of substance use disorder: A focus on the telescoping effect », de Towers EB, Williams IL, Qillawala EI, et coll. *Pharmacol Rev* 2023 ; 75 : 217-49.

Abréviations : E2 : Estradiol ; DA : Dopamine ; mGlu5 : *Metabotropic glutamate receptor 5* ; F : Femelle ; M : Mâle.

68. Impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrésistible de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive.

Des observations similaires sont rapportées en clinique avec la description chez les femmes d'expériences de « *highs*⁶⁹ » plus marquées en lien avec l'usage de cocaïne pendant la phase folliculaire du cycle menstruel (Hersey et coll., 2023). En effet, les femmes consomment généralement moins de cocaïne que les hommes et souvent pendant des durées plus courtes, mais elles présentent des symptômes de sevrage d'une intensité supérieure à ceux rapportés par les hommes (Hersey et coll., 2023). Plus largement, il se produit chez elles une augmentation plus rapide du taux de consommation de drogue ou d'alcool après une première exposition par rapport aux hommes, rejoignant donc l'effet télescopique décrit chez l'animal (Towers et coll., 2023). Les usagères de drogues ont un vécu de violence fréquent, présentent une vulnérabilité sanitaire importante et sont également moins visibles que les hommes (Coscas et coll., 2022). En effet, en dehors des contextes de la grossesse ou de la maternité, les usagères de cocaïne consultent en général plus tardivement que les hommes en raison du sentiment de culpabilité à l'égard de leur consommation et de la double stigmatisation liée à la consommation de drogues en général et au fait d'être une femme ayant un trouble de l'usage (Coscas et coll., 2022 ; Antoine, 2023). Elles se présentent avec une symptomatologie plus sévère et avec un stade plus avancé que leurs homologues masculins (Hersey et coll., 2023). Cependant, la proportion de femmes en traitement pour les troubles de l'usage de l'ensemble des substances psychoactives, et plus spécifiquement de l'alcool et de la cocaïne, est en augmentation en Europe (Antoine, 2023). Dans une étude centrée sur l'usage régulier de cocaïne, la comparaison entre les hommes et les femmes retrouvait des caractéristiques similaires chez l'ensemble de ces usagers, à l'exception de l'initiation à un âge plus jeune chez les femmes (Tap et coll., 2024).

Origine ethnique

L'influence de l'origine ethnique n'a pas été évaluée de façon spécifique. Les caractéristiques associées à l'usage de psychostimulants ont été décrites chez des sujets d'origine africaine vivant dans des pays où ils représentent une minorité sociale, par exemple aux États-Unis et au Royaume-Uni (Cénat et coll., 2023). Il ressort de cette méta-analyse que la prévalence de l'usage de la cocaïne est de 12,4 % au sein de cette population et s'élève à 24,8 % dans le sous-groupe des sujets incarcérés. Le schéma d'étude ne prévoyait pas de comparaison avec des sujets d'autres origines ethniques et il n'est donc pas possible de savoir à partir de ces résultats si les facteurs associés sont spécifiques de l'ethnie africaine ou retrouvés de façon transversale dans la population générale.

69. Sensations d'euphorie après inhalation d'un produit.

D'autres études réalisées dans des contextes différents ne retrouvent pas d'association entre l'origine ethnique et la consommation de cocaïne chez des usagers majeurs (Liu et coll., 2020 ; Chamberlain et coll., 2021).

Comorbidités psychiatriques : relations avec le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Les troubles mentaux, en particulier quand ils ne sont pas traités, sont associés à l'augmentation du risque de troubles de l'usage de substances psychoactives (UNODC, 2022). La prévalence de l'usage de cocaïne chez des patients adultes présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) a été estimée comme étant comprise entre 21 % (IC 95 % [17-25]) et 26 % (IC 95 % [18-35]), et celle des troubles de l'usage associés à 10 % (IC 95 % [8-13]) (Oliva et coll., 2022 ; Rohner et coll., 2023).

Dans une étude de cohorte de 86 patients adultes en demande de soins pour des troubles de l'usage de cocaïne, un diagnostic de TDAH était posé chez 10 % d'entre eux (Congia et coll., 2020). Les patients avec TDAH présentaient un niveau plus élevé d'impulsivité et une consommation de cocaïne plus ancienne, mais étaient comparables à ceux qui n'avaient pas de TDAH en termes d'adhésion au traitement et de taux d'abstinence au cours des 24 semaines de suivi. En Martinique, la comparaison des caractéristiques de personnes consommant de la cocaïne basée selon leur statut TDAH retrouvait également une fréquence plus élevée des critères d'impulsivité chez les sujets TDAH, sans autre différence par ailleurs y compris sur les critères de troubles de l'usage de la cocaïne basée et des autres substances concomitantes (Fond et coll., 2023).

Le traitement du TDAH pendant l'adolescence n'était pas associé à une consommation de cocaïne (ni de métamphétamine) plus fréquente à l'âge adulte dans une étude ayant inclus plus de 5 000 élèves de terminale suivis jusqu'à l'âge de 23 ou 24 ans aux États-Unis⁷⁰ (McCabe et coll., 2023). À l'inverse, l'usage de cocaïne était significativement plus fréquent chez les jeunes adultes qui, pendant l'adolescence, avaient détourné de leur usage médicamenteux les médicaments psychostimulants leur ayant été prescrits. D'autres données convergent vers le constat d'antécédents de troubles de l'usage de substances psychoactives chez les usagers de cocaïne, avec notamment la mise en évidence de l'association entre un antécédent d'abus de cannabis au long cours, l'aggravation des symptômes du sevrage de la cocaïne et l'intensité du *craving* lors de ce sevrage (Viola et coll., 2014). McCabe et

coll. ont réalisé une autre étude transversale à partir des données de la même cohorte de lycéens⁷¹ (McCabe et coll., 2024). Cette analyse ne retrouvait pas de différence en termes d'usage de la cocaïne entre les participants ayant initié un traitement pour le TDAH avant l'âge de 9 ans et poursuivi ce traitement pendant au moins un an et les contrôles n'ayant jamais été traités (McCabe et coll., 2024). En revanche, l'initiation tardive d'un traitement pour le TDAH et la durée brève du traitement étaient significativement associées à la consommation de cocaïne par les lycéens, à la différence de l'initiation précoce et à la durée longue du traitement. Enfin, d'autres auteurs posent l'hypothèse que les symptômes du trouble des conduites, fréquents chez les enfants ayant un diagnostic de TDAH, pourraient eux-mêmes contribuer à l'initiation d'un usage de cocaïne à l'adolescence (Kim et Kim, 2021).

Facteurs liés au contexte de l'usage

Les déterminants potentiels des troubles de l'usage de cocaïne selon les contextes d'usage sont peu étudiés de façon spécifique. Lorsqu'ils existent, ces travaux sont souvent orientés sur les conséquences sanitaires plus que sur les déterminants de l'usage. Ainsi, la plupart des travaux réalisés chez les sujets qui pratiquent l'injection de substances ne proposent pas de résultats différenciés par produit et ne distinguent pas la cocaïne (Degenhardt et coll., 2023). Edmundson et coll. ont exploré les données d'une étude britannique transversale annuelle sur les personnes qui s'injectent des drogues afin d'étudier les caractéristiques associées à l'injection de cocaïne basée (Edmundson et coll., 2023). En comparaison aux autres drogues, l'injection de cocaïne basée était plus fréquente chez les hommes, les usagers avec un antécédent d'incarcération et ceux ayant été sans domicile au cours de l'année précédente. La cote⁷² d'injection d'héroïne était chez eux plus de six fois supérieure à celle observée chez les injecteurs d'autres drogues. Les autres variables associées à l'injection de cocaïne basée étaient le partage du matériel d'injection, l'injection dans l'aïne, le fait d'avoir pratiqué plusieurs injections lors du dernier jour d'utilisation, la survenue d'une surdose non fatale au cours de l'année précédente et l'infection au virus de l'hépatite C (VHC).

L'usage de cocaïne dans le cadre de pratiques sexuelles a été évalué dans une revue systématique de la littérature ayant inclus 108 études sur le *chemsex*⁷³ à l'échelle internationale (Amundsen et coll., 2023). La synthèse des auteurs

71. Cohorte *Monitoring The Future* (MTF).

72. En épidémiologie, la cote d'exposition est définie comme le rapport entre la probabilité d'être exposé et la probabilité de ne pas être exposé.

73. Utilisation de substances psychoactives en contexte sexuel.

retrouve que la cocaïne poudre est la troisième substance utilisée (60 %) après la méthamphétamine (92 %) et le GHB/GBL⁷⁴ (77 %), tandis que la cocaïne basée est la moins prévalente (15 %). En France, les données les plus récentes font état d'un usage de cocaïne (comme de MDMA⁷⁵) en marge des pratiques de *chemsex*, mais plus souvent sur des temps de « *before* » que pendant les sessions *chemsex* (Gérome et coll., 2024).

Environnement social et sociétal

De nombreuses publications scientifiques attestent du rôle de l'environnement sur les consommations de substances psychoactives qui peut, selon les situations, protéger du risque de troubles de l'usage de ces substances ou, au contraire, constituer un élément déclencheur ou aggravant (Mildeca, 2018).

L'exercice d'une activité professionnelle ou l'entrée en prison sont deux exemples de situations pouvant influencer l'usage de substances. L'incarcération, par exemple, peut être le moment de réduire la fréquence voire d'arrêter les pratiques d'injection de drogues chez les sujets injecteurs mais peut aussi, chez ceux qui poursuivent les injections, favoriser le partage de matériel du fait des difficultés d'accès aux seringues ou aiguilles stériles en prison et donc les exposer à un risque infectieux (Protais et coll., 2019 ; Uusküla et coll., 2023).

L'état des connaissances ne permet pas toujours d'établir l'influence des facteurs de l'environnement social et sociétal dans l'usage de cocaïne et les troubles associés. Pour certains d'entre eux cependant, des tendances se dégagent. À titre d'illustration, en Belgique, la part de patients en traitement pour les stimulants et concernés par des problèmes de revenus était comprise entre 19 et 22 % entre 2015 et 2022 : pendant la période de suivi, cette part était en baisse significative pour tous les stimulants excepté la cocaïne poudre (stable) et s'élevait à 30 % pour la cocaïne basée (Antoine, 2023).

Influence des pairs et de l'entourage social dans l'initiation de la consommation : des situations très hétérogènes selon les contextes

À l'adolescence, l'usage de substances psychoactives en général est plus fréquent chez les individus qui ont un haut niveau de popularité et sont proches de leurs pairs, sans évaluation spécifique de cette influence sur la consommation de cocaïne (Cole et coll., 2024).

74. GHB/GBL : Gamma-hydroxybutyrate/Gamma-butyrolactone.

75. Méthylènedioxyméthamphétamine.

D'après une étude écossaise, l'usage de drogues chez les travailleurs du sexe est souvent initié sous l'influence de personnes exerçant du pouvoir sur eux ou ayant elles-mêmes de l'expérience dans l'utilisation de ces substances (Matheson et coll., 2022). En particulier, l'usage de cocaïne basée est prévalent, avec la description d'une initiation par des clients.

Sans-abrisme et vie dans la rue

Aux États-Unis, l'analyse des données nationales des admissions en établissements publics de prise en charge de l'usage de substances montre que les demandes de soins pour l'usage de la cocaïne sont plus fréquentes chez les jeunes en situation de sans-abrisme par rapport à ceux qui disposent d'un mode d'hébergement, aussi bien chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans (OR=2,31 ; IC 95 % [2,17-2,46]) que chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (OR=1,91 ; IC 95 % [1,88-1,94]) (Green et coll., 2020). Parmi les jeunes sans domicile stable, l'usage de cocaïne était plus fréquent chez les adolescentes par rapport à leurs homologues masculins du même âge (tandis que l'usage de cannabis était plus prévalent chez les adolescents que chez les adolescentes). Le fait d'avoir initié l'usage de substances avant l'âge de 14 ans, de présenter des troubles psychologiques associés ou encore d'avoir été adressé à l'établissement sur décision de justice sont susceptibles de contribuer à l'entrée en soins des jeunes sans domicile. Ces facteurs n'ont pas été analysés spécifiquement pour la cocaïne.

Les consommations des « jeunes des rues », définis comme étant âgés de moins de 24 ans et passant une majorité de leur temps dans les rues, ont fait l'objet d'une revue systématique de la littérature scientifique internationale avec méta-analyse (Armoon et coll., 2023). Les résultats retrouvent au sein de cette population un usage actuel d'alcool (40 %), de cocaïne basée (21 %), de solvants volatiles (20 %), de benzodiazépines (11 %) et d'opioïdes (1 %), dont la fréquence augmente avec l'âge. Les études incluses dans cette méta-analyse ayant été conduites au sein de jeunes des rues exclusivement, leurs résultats ne permettent pas d'établir que ce mode de vie constitue un facteur de risque de l'usage de cocaïne.

Milieu carcéral

Une étude réalisée dans sept pays européens montre que la cocaïne est consommée par les détenus pendant leur incarcération, avec une prévalence d'usage largement supérieure par rapport à la population générale (Montanari et coll., 2023). En France, la prévalence de l'usage de la cocaïne poudre en prison est estimée à 13 %, ce qui en fait la quatrième substance la plus

consommée après le tabac (73 %), le cannabis (49 %) et l'alcool (16 %), tandis que la prévalence de l'usage de cocaïne basée représente 6,2 % (Spilka et coll., 2024). Les prévalences d'usage de la cocaïne quelle que soit la forme restent stables indépendamment de l'âge des détenus. La consommation répétée de cocaïne concerne 2,7 % et 2,1 % des détenus, respectivement pour les formes poudre et basée (Spilka et coll., 2024). En Irlande du Nord, la cocaïne était la seule substance psychoactive détectée parmi 37 recherchées dans une étude reposant sur l'analyse des eaux usées d'une prison (Davies et coll., 2023). En Belgique, près de la moitié des détenus qui consomment des drogues en prison ont déclaré avoir initié cette consommation pendant l'incarcération (Plettinckx et coll., 2024). Ils ont rapporté l'initiation de cocaïne à hauteur de 12 % pour la forme poudre et 6 % pour la forme basée. À titre de comparaison, les autres substances les plus rapportées en fréquence étaient le cannabis (34 %), les amphétamines (13 %), l'héroïne et les médicaments opiacés (hors prescription médicale) (8 %). Dans ce même pays, la part des détenus qui poursuivent leur consommation de drogues pendant leur incarcération a été estimée à 52 % toutes substances confondues (Favril, 2023). Les facteurs associés à cet usage étaient le jeune âge, la durée d'incarcération, un antécédent de traitement de substitution, une polyconsommation avant l'incarcération, un diagnostic de troubles mentaux et l'exposition à des médicaments psychotropes.

Les finalités de l'usage de substances psychoactives en prison sont multiples (Protais et coll., 2019). Ces usages peuvent être motivés par la recherche d'une possibilité de « s'évader » du contexte carcéral avec un sentiment de liberté lié à la transgression des règles et au recours d'une pratique interdite, un moyen de faire face à la promiscuité, à l'isolement, à l'éloignement de ses proches et au contexte stressant et anxiogène, ou encore la mise à distance des émotions pour gérer le « temps long » et combler l'inactivité (Protais et coll., 2019 ; Austin et coll., 2023). Enfin, certaines consommations en prison revêtent une dimension sociale d'interaction et de partage entre détenus ou à l'inverse, peuvent être source de tensions.

Il est difficile de qualifier l'incarcération en tant que facteur de risque de l'usage de la cocaïne du fait du manque de données disponibles. Dans leur revue systématique, Austin et coll. ont identifié une seule étude qui concernait spécifiquement l'usage de la cocaïne en prison (Austin et coll., 2023). Publiée en 2005 et reposant sur l'exploration de données collectées en 1998, cette étude cas-témoins (Carvalho et coll., 2005) illustre la nécessité de données complémentaires permettant une mise à jour dans le contexte actuel. Les facteurs associés à l'usage de cocaïne en prison étaient une infraction sous l'influence de drogues ou en vue d'en obtenir, un antécédent de délinquance (récidive),

une condamnation pour trafic de drogue, le jeune âge, l'usage d'alcool et de cannabis en prison et une durée d'incarcération plus longue. Cependant, ces résultats sont soumis à un biais de sélection du fait que les données relatives aux détenus ayant un antécédent d'usage de cocaïne n'ont pas été prises en compte dans le groupe témoin (Carvalho et coll., 2005).

D'autre part, dans une revue de la littérature, il a été montré que l'incarcération des parents contribue à augmenter les conduites addictives et les troubles associés chez leurs enfants (Rowell-Cunsolo et coll., 2024). En particulier, dans cette revue, trois études ont évalué les troubles de l'usage de la cocaïne chez les enfants de parents incarcérés : l'une d'entre elles a retrouvé une association plus marquée en cas d'incarcération de la mère tandis que les deux autres ont mis en évidence une association significative lorsque cette incarcération survenait alors que les enfants étaient adolescents (leurs résultats divergeaient pour ceux qui étaient de jeunes adultes).

Conséquences de traumatismes subis

Les expériences délétères de l'enfance sont un facteur de risque identifié de troubles de l'usage de substances psychoactives à l'âge adulte (Sebalo et coll., 2023). Les données de différentes études convergent dans ce sens concernant les victimes directes de violences, plus fréquemment exposées à un usage de cocaïne pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Beharie et coll., 2019 ; Wojciechowski, 2023). L'usage de la cocaïne pourrait également être plus fréquent chez les témoins de violences (ou victimes indirectes) (Beharie et coll., 2019 ; Wojciechowski, 2023), mais des données contradictoires sont rapportées (Wojciechowski, 2023). Par ailleurs, l'usage de la cocaïne à l'âge adulte a été significativement associé à un antécédent de violences émotionnelles et physiques pendant l'enfance, ainsi qu'à la négligence parentale, mais pas au caractère dysfonctionnel du foyer familial ni aux violences sexuelles dans une étude transversale réalisée aux États-Unis chez plus de 500 sujets présentant des troubles de l'usage de substances psychoactives non pris en charge (Martin et coll., 2023). En revanche, un antécédent d'abus sexuel était également associé de façon significative à l'usage de cocaïne et des autres substances psychoactives dans une étude transversale réalisée chez des adolescents âgés de 13 à 17 ans (Caballero-Dominguez et coll., 2024). De plus, les violences sexuelles étaient également identifiées comme facteur de risque de l'initiation de l'usage de stimulants chez des femmes adultes sans domicile ou ayant un logement instable (Riley et coll., 2015).

Les femmes victimes de violences conjugales rapportent l'utilisation de substances psychoactives afin de faire face à leur situation personnelle difficile,

tenir le coup émotionnellement et s'engourdir psychologiquement (Ogden et coll., 2022). Le caractère causal de ces violences sur l'initiation de l'usage n'est pas évident à évaluer. En effet, les femmes qui consomment des drogues subissent entre deux et cinq fois plus de violences que les femmes qui n'en consomment pas (Plaza-Hernández et coll., 2023). La prévalence des violences subies au cours de la vie a été estimée à 98 % à partir d'un échantillon de 261 femmes usagères de drogues âgées de 18 à 66 ans, issues de 6 pays européens et dont près de 60 % consommaient de la cocaïne (Plaza-Hernández et coll., 2023).

Enfin, les personnes qui subissent une migration forcée souffrent de traumatismes physiques et psychologiques et d'un niveau élevé de vulnérabilité socioéconomique (UNODC, 2023). Peu de détails sont disponibles concernant les prévalences d'usages des substances consommées, cependant l'usage de cocaïne est mentionné au sein de populations ayant dû migrer du fait d'une urgence humanitaire (ex. : guerre en Palestine) ou après une catastrophe naturelle (ex. : ouragan Katrina) ou encore chez les adolescents demandeurs d'asile ayant été déplacés sans leur famille.

Contexte professionnel

Les consommations de substances psychoactives ont tendance à diminuer ou à s'arrêter avec l'arrivée d'enfants ou une meilleure insertion sociale ou professionnelle⁷⁶. D'une façon générale, toutes substances confondues, les personnes exerçant une activité professionnelle consomment globalement moins de substances psychoactives que les demandeurs d'emploi (Mildeca, 2018 ; HAS, 2019). Cependant, les conduites addictives au travail existent. Les substances psychoactives les plus utilisées dans la population active sont l'alcool, le tabac, le cannabis et les médicaments psychotropes. Les consommations dans le cadre professionnel sont sous-estimées en raison de leur caractère tabou au travail⁷⁷. S'agissant d'une substance illicite, la cocaïne compte parmi les substances les plus susceptibles d'être sous-évaluées au travail. Malgré le peu de données disponibles, il a été établi que l'usage de cocaïne parmi les actifs occupés a augmenté de 0,5 % en 2005 à 0,8 % en 2014 (Mildeca, 2018).

Les déterminants des consommations de substances psychoactives en milieu professionnel comprennent de nombreux facteurs organisationnels, personnels et sociaux. Il semble évident que les problématiques ne sont pas les mêmes en fonction de l'activité exercée (HAS, 2019). Les résultats du Baromètre santé 2017 retrouvent une consommation de cocaïne plus marquée dans les

76. <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>

77. <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-addictions-en-milieu-professionnel>

secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, de l'information et des communications (chez les femmes uniquement), ainsi que des arts et spectacles (Andler et coll., 2021). Au-delà du secteur d'activité, comme le mentionne le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST)⁷⁸, le stress, la fatigue, la pression, le manque de satisfaction, les horaires de travail irréguliers ou longs, les périodes d'inactivité ou de monotonie, les tâches répétitives, l'absence de possibilité d'avancement, l'isolement, le défaut de supervision, la facilité d'accès à l'alcool et aux drogues ou encore les rites de convivialité ou d'intégration sont autant de facteurs propres au travail susceptibles de favoriser les conduites addictives dans ce contexte. En plus d'un usage initié et développé dans la sphère professionnelle, l'usage de substances en milieu du travail peut également correspondre au débordement dans la sphère professionnelle de pratiques d'usage réalisées dans la sphère privée (HAS, 2019).

Une meilleure connaissance des caractéristiques de l'usage de la cocaïne en milieu professionnel ainsi que des profils des usagers contribuerait à améliorer les capacités de repérage des situations problématiques et permettrait d'ajuster les modalités d'accompagnement des travailleurs concernés.

Conclusion

Un élément essentiel qui ressort de ce chapitre est qu'à la date de la publication du présent rapport d'expertise, l'association entre un facteur d'exposition donné et l'usage ou le trouble de l'usage de la cocaïne ne peut être systématiquement établie à partir des travaux disponibles. De plus, les études transversales reposant sur le recueil simultané de l'information sur l'exposition (qu'il s'agisse de facteurs liés à l'environnement, au contexte de l'usage ou à l'environnement social) et l'évènement (ici, le trouble de l'usage de la cocaïne) ne permettent pas d'établir de relation de cause à effet. Dans certains cas se surajoute un biais dans le choix des critères d'inclusion : par exemple, comme décrit précédemment, étudier les facteurs associés à la cocaïne dans le sous-groupe des hommes jeunes d'origine africaine sans point de comparaison relève de l'étude des modalités des troubles de l'usage de la cocaïne au sein de ce sous-groupe et ne permet pas d'évaluer si l'origine ethnique est ou non un facteur de risque de cette consommation.

Du fait de ces limites méthodologiques, des lacunes dans les connaissances sur les facteurs de risque de l'usage de cocaïne ont été identifiées. Ces lacunes sont encore plus marquées chez des sous-groupes d'usagers moins visibles

78. <https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/substance.html>

et qui sortent des profils « classiques » des usagers de cocaïne, sans données sur les déterminants associés à l'usage de cocaïne poudre en milieu précaire ou de cocaïne basée chez des usagers socialement insérés, notamment les jeunes. De même, les facteurs de risque de l'usage de cocaïne à un âge plus avancé ne sont pas connus. Sans être une problématique quantitativement majeure au vu des données épidémiologiques, les implications sanitaires de l'usage plus tardif de cocaïne au cours de la vie peuvent néanmoins être marquées compte tenu notamment de la présence de comorbidités qui n'existent pas chez les plus jeunes (Yarnell, 2015).

Un autre exemple de sous-groupe spécifique pour lequel les données sont insuffisantes est représenté par la consommation de cocaïne en contexte sexuel, chez les hommes comme chez les femmes. Les femmes qui consomment de la cocaïne en dehors du contexte de la grossesse, la maternité, ou les travailleuses du sexe sont un autre exemple de groupe d'usagers peu visibles. Au sujet de l'usage dans le cadre professionnel, des données manquent concernant les motivations, les contextes, les modalités de l'usage et les profils des usagers de la cocaïne actifs dans le milieu du travail. En effet, le caractère tabou de la consommation de drogues au travail complique les capacités de repérage des situations problématiques, particulièrement dans un contexte où nombre des outils à disposition sont centrés principalement sur le repérage de la consommation d'alcool ou l'accompagnement du sevrage tabagique. Les connaissances actuelles ne permettent pas non plus d'évaluer directement l'influence de la problématique hautement complexe de la polyconsommation. Par ailleurs, les déterminants sociétaux relevant des valeurs, du mode de vie et de la représentation culturelle à l'égard des « drogues » ne sont pas formellement évalués. Ce manque de données, notamment sur les déterminants sociaux des troubles de l'usage de la cocaïne, devrait être comblé afin de pouvoir mettre en place une offre de prévention, d'accompagnement et de soins adaptée aux besoins. Ce constat est particulièrement marqué concernant l'usage de cocaïne basée, d'autant plus qu'une confusion existe dans de nombreuses études n'ayant pas clairement défini si leur facteur d'exposition identifié comme étant la « cocaïne » renvoyait au produit indépendamment de sa forme, ou à la cocaïne poudre exclusivement.

La précarité est un déterminant transversal inhérent à nombre de situations détaillées dans ce chapitre, sinon à toutes. Les difficultés sociales au sens large, la négligence parentale pendant l'enfance, et plus largement les histoires de vie difficiles sont autant de facteurs prégnants.

RÉFÉRENCES

- Amundsen E, Muller AE, Reierth E, *et al.* Chemsex among men who have sex with men: A systematic scoping review of research methods. *J Homosex* 2023 ; 71 : 1392-418.
- Anderson EM, Taniguchi M. Epigenetic effects of addictive drugs in the nucleus accumbens. *Front Mol Neurosci* 2022 ; 15.
- Andler R, Rabet G, Guignard R, *et al.* *Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017* : Santé Publique France, 2021 : 17 p.
- Antoine J. *L'enregistrement TDI en Belgique : Rapport annuel, année d'enregistrement 2022*. Bruxelles, Belgique : Sciensano, 2023 : 110 p [consulté le 10/06/25 : https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_tdi_2022-fr.pdf].
- Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, *et al.* The global distribution and epidemiology of alcohol and drug use among street-involved children and youth: a meta-analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2023 ; 49 : 381-98.
- Austin A, Favril L, Craft S, *et al.* Factors associated with drug use in prison: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Drug Policy* 2023 ; 122 : 104248.
- Beharie N, Scheidell JD, Quinn K, *et al.* Associations of adolescent exposure to severe violence with substance use from adolescence into adulthood: Direct versus indirect exposures. *Subst Use Misuse* 2019 ; 54 : 191-202.
- Caballero-Dominguez CC, Campo-Arias A, Jiménez-Villamizar MP. Relationship between sexual abuse and substance use among students from Caribbean Colombian. *J Child Sex Abuse* 2024 ; 33 : 229-42.
- Carvalho ML de, Valente JG, Assis SG de, *et al.* Predictive model for cocaine use in prisons in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Saude Publica* 2005 ; 39 : 824-31.
- Cénat JM, Kogan CS, Kebedom P, *et al.* Prevalence and risk factors associated with psychostimulant use among Black individuals: A meta-analysis and systematic review. *Addict Behav* 2023 ; 138 : 107567.
- Chamberlain SR, Lust K, Grant JE. Cocaine use in university students: relationships with demographics, mental health, risky sexual practices, and trait impulsivity. *CNS Spectr* 2021 ; 26 : 501-8.
- Cheng Y, Justice A, Wang Z, *et al.* Cis-meQTL for cocaine use-associated DNA methylation in an HIV-positive cohort show pleiotropic effects on multiple traits. *BMC Genomics* 2023 ; 24.

Cole VT, Richmond-Rakerd LS, Bierce LF, *et al.* Peer connectedness and substance use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Addict Behav* 2024 ; 38 : 19-35.

Congia P, Mannarino S, Deiana S, *et al.* Association between adult ADHD, self-report, and behavioral measures of impulsivity and treatment outcome in cocaine use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2020 ; 118 : 108120.

Coscas S, Karila L, Benyamina A. Les femmes consommatrices de substances illicites. *Sages Femmes* 2022 ; 21 : 29-32.

Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* 2021 ; 199 : 20-4.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO Strategy paper for Europe. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991 : 69 p.

Davies B, Paul R, Osselton D. Wastewater analysis for new psychoactive substances and cocaine and cannabis in a Northern Ireland Prison. *Sci Rep* 2023 ; 13 : 18634.

Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychol Med* 2021 ; 51 : 2189-200.

Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, *et al.* Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2023 ; 11 : e659-e672.

Edmundson C, Croxford S, Emanuel E, *et al.* Recent increases in crack injection and associated risk factors among people who inject psychoactive drugs in England and Wales. *Int J Drug Policy* 2023 : 104262-70.

Favril L. Drug use before and during imprisonment: Drivers of continuation. *Int J Drug Policy* 2023 ; 115 : 104027.

Fernández-Castillo N, Cabana-Domínguez J, Corominas R, *et al.* Molecular genetics of cocaine use disorders in humans. *Mol Psychiatry* 2021 ; 27 : 624-39.

Fond G, El-Maamar M, Korchia T, *et al.* ADHD and addictive behavior in crack-cocaine users. *Encephale* 2023 ; 49 : 284-8.

Forget B, Icick R, Robert J, *et al.* Alterations in nicotinic receptor alpha5 subunit gene differentially impact early and later stages of cocaine addiction: a translational study in transgenic rats and patients. *Prog Neurobiol* 2021 ; 197.

Gérome C, Milhet M, Tissot N. *Chemsex, retour sur quinze ans d'usages de drogues en contexte sexuel*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2024 : 17 p.

Green B, Lee Kim F, Dean D. Substance use and treatment among youth experiencing homelessness: 1992-2017. *J Adolesc Health* 2020 ; 67 : 786-92.

HAS. *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé (HAS), 2019 : 94 p.

Hersey M, Mattingly K, Bartole, Claire S. Jones, *et al.* Are there prevalent sex differences in psychostimulant use disorder? A focus on the potential therapeutic efficacy of atypical dopamine uptake inhibitors. *Molecules* 2023 ; 28 : 5270-91.

Inserm. *Repères en épidémiologie* : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2009 : 13 p [consulté le 10/06/25 : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/12/repere_epidemiologie.pdf].

Jordan CJ, Xi ZX. Identification of the risk genes associated with vulnerability to addiction: Major findings from transgenic animals. *Front Neurosci* 2022 ; 15.

Kaushik S, Ahmad F, Choudhary S, *et al.* Critical appraisal and systematic review of genes linked with cocaine addiction, depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev* 2023 ; 152 : 105270.

Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, *et al.* The interrelationship of the genetic risks for different forms of substance use disorder in a Swedish national sample: A top-down genetic analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2023 ; 84 : 361-7.

Kim S, Kim D. Behavioral symptoms of child mental disorders and lifetime substance use in adolescence: A within-family comparison of US siblings. *Drug Alcohol Depend* 2021 ; 219 : 108490.

Knouse MC, Briand LA. Behavioral sex differences in cocaine and opioid use disorders: The role of gonadal hormones. *Neurosci Biobehav Rev* 2021 ; 128 : 358-66.

Liu Y, Cheong J, Vaddiparti K, *et al.* The association between quantity, frequency and duration of cocaine use during the heaviest use period and DSM-5 cocaine use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2020 ; 213.

Lopez-Leon S, González-Giraldo Y, Wegman-Ostrosky T, *et al.* Molecular genetics of substance use disorders: An umbrella review. *Neurosci Biobehav Rev* 2021 ; 124 : 358-69.

Martin EL, Neelon B, Brady KT, *et al.* Differential prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACEs) by gender and substance used in individuals with cannabis, cocaine, opioid, and tobacco use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2023 ; 49 : 190-8.

Matheson C, Bon L, Bowman L, *et al.* Vulnerability, risk and harm for people who use drugs and are engaged in transactional sex: Learning for service delivery. *Int J Environ Res Public Health* 2022 ; 19.

McCabe SE, Figueroa O, McCabe VV, *et al.* Is age of onset and duration of stimulant therapy for ADHD associated with cocaine, methamphetamine, and prescription stimulant misuse? *J Child Psychol Psychiatry* 2024 ; 65 : 100-11.

McCabe SE, Schulenberg JE, Wilens TE, *et al.* Cocaine or methamphetamine use during young adulthood following stimulant use for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder during adolescence. *JAMA Netw Open* 2023 ; 6 : e2322650.

Mildeca. *Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*. Paris : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2018 : 132 p.

Montanari L, Royuela L, Mazzilli S, *et al.* Prevalence of drug use before and during imprisonment in seven European countries (2014–2018). *J Community Psychol* 2023 ; 52 : 1015-30.

Ogden SN, Dichter ME, Bazzi AR. Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addict Behav* 2022 ; 127 : 107214.

Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, *et al.* Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2022 ; 143 : 587-98.

Perrin S. Vulnérabilités et capacités d'agir liées au genre dans l'usage et la vente de drogues : Une analyse des relations entre police et usagères-revendeuses insérées socialement à Bordeaux. *Champ pénal* 2023 ; 28.

Plaza-Hernández L, Hansen Rodriguez G, Bedoya Cardona E, *et al.* Gender-based violence among women who use drugs: A quantitative and qualitative study in 6 EU countries. *Addictology* 2023 ; 23 : 107-21.

Plettinckx E, Harth N, De Smet S, *et al.* *Santé, bien-être et consommation de drogues en prison : Résultats belges du projet PRS-20 2021-2023*. Bruxelles, Belgique :

Sciensano, 2024 : 29 p [consulté le 10/06/25 : https://www.sciensano.be/sites/default/files/prs-20_report_fr_belgique_final.pdf].

Protais C, Morel d'Arleux J, Jauffret-Roustide M. *Usages de drogues en prison : Pratiques, conséquences et réponses*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2019 : 40 p.

Rich MT, Swinford-Jackson SE, Pierce RC. Epigenetic inheritance of phenotypes associated with parental exposure to cocaine. *Adv Pharmacol* 2024 ; 99 : 169-216.

Riley ED, Shumway M, Knight KR, *et al.* Risk factors for stimulant use among homeless and unstably housed adult women. *Drug Alcohol Depend* 2015 ; 153 : 173-9.

Rohner H, Gaspar N, Philipsen A, *et al.* Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023 ; 20 : 1275.

Rowell-Cunsolo TL, Bellerose M, Borbely C. Exposure to parental incarceration and subsequent illicit drug use: A review of the literature. *Child Soc* 2024 ; 38 : 97-115.

Sebalo I, Königová MP, Sebalo Vňuková M, *et al.* The associations of Adverse Childhood Experiences (ACEs) with substance use in young adults: A systematic review. *Subst Abuse* 2023 ; 17.

Spilka S, Morel d'Arleux J, Simioni M. Les consommations de drogues en prison : Résultats de l'enquête ESSPRI 2023. *Tendances* 2024 ; 163.

Tap S, van Stipriaan E, Goudriaan AE, *et al.* Sex-dependent differences in the neural correlates of cocaine and emotional cue-reactivity in regular cocaine users and non-drug-using controls: understanding the role of duration and severity of use. *Eur Addict Res* 2024 ; 30 : 163-80.

Towers EB, Williams IL, Qillawala EI, *et al.* Sex/gender differences in the time-course for the development of substance use disorder: A focus on the telescoping effect. *Pharmacol Rev* 2023 ; 75 : 217-49.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs: Chap 5 Substance use disorders in humanitarian settings*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023 : 18 p.

UNODC. *Comorbidities in drug use disorders*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2022 : 52 p.

Uusküla A, Rannap J, Weijler L, *et al.* Incarceration history is associated with HIV infection among community-recruited people who inject drugs

in Europe: A propensity-score matched analysis of cross-sectional studies. *Addiction* 2023 ; 118 : 2177-92.

Viola TW, Tractenberg SG, Wearick-Silva LE, *et al.* Long-term cannabis abuse and early-onset cannabis use increase the severity of cocaine withdrawal during detoxification and rehospitalization rates due to cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2014 ; 144 : 153-9.

Wojciechowski T. Assessing the relevance of exposure to violence as a predictor of cocaine/crack use: Delineating witnessed violence and direct victimization and testing for developmental differences. *J Drug Issues* 2023 ; 55.

Yarnell SC. Cocaine abuse in later life: A case series and review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015 ; 17.

Zerdazi E-H, Curis E, Karsinti E, *et al.* Occurrence and severity of cocaine-induced hallucinations: Two distinct phenotypes with shared clinical factors but specific genetic risk factors. *Drug Alcohol Depend* 2022 ; 232 : 109270.

3

Marchés et approvisionnements

L'augmentation de la consommation de stupéfiants en général, et singulièrement de cocaïne et de ses produits dérivés (UNODC, 2025), résulte non seulement d'une demande accrue mais aussi de mutations quantitatives et qualitatives dans l'offre de produits. L'analyse des marchés et des modes d'approvisionnement éclaire le fonctionnement de cette offre renouvelée. Comprendre comment fonctionne la filière de production, de transport et de commercialisation de la cocaïne est nécessaire pour identifier les acteurs, les routes d'acheminement et les dynamiques adaptatives mises en œuvre par les organisations criminelles. La compréhension de ces éléments est fondamentale pour orienter correctement les stratégies de lutte contre l'entrée hors circuit autorisé⁷⁹ de cocaïne sur le territoire français.

La croissance du marché de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée en France (Obradovic et Néfau, 2019 ; Janssen et coll., 2021 ; Obradovic, 2023 ; OFDT, 2025a, b, c, d, e, f, g, h et i) s'inscrit dans un contexte général marqué par une expansion à l'échelle mondiale des marchés des drogues dans leur ensemble et par une percée concomitante de la cocaïne, faisant de l'Europe son deuxième marché mondial en termes de débouchés (EMCDDA et Europol, 2022). Cette dynamique d'ensemble remet en cause des idées reçues sur le fonctionnement des marchés illégaux. En particulier, la vision inspirée par l'économiste Thomas Schelling (1967) – associant ces marchés à une configuration monopolistique – est battue en brèche par la réalité empirique. Le marché de la cocaïne se caractérise par la multiplicité des voies d'approvisionnement et par la diversité des acteurs criminels à l'œuvre, diversité qui se retrouve dans la variété des filières d'approvisionnement. Ces caractéristiques rendent l'offre de cocaïne extrêmement résiliente – l'éventuel démantèlement d'un réseau d'approvisionnement n'entraînant pas de disruption réelle dans les quantités disponibles – d'où une accessibilité accrue pour l'utilisateur. La prise en considération de ces paramètres amène à redéfinir les enjeux majeurs à affronter pour tenter de contrecarrer cette facilité d'accès à la cocaïne poudre et à la cocaïne basée.

79. En dehors du circuit autorisé dans le cadre d'un usage médical limité (comme anesthésique topique).

Contexte général : un marché des drogues en expansion à l'échelle mondiale

Les chiffres du rapport annuel sur les drogues 2023 de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC)⁸⁰ (UNODC, 2023d) sont clairs : il y aurait plus de 296 millions de consommateurs de drogues dans le monde en 2021 (soit une augmentation de 23 % par rapport à 2011). Conséquence de cette croissance, le nombre de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues estimé à 39,5 millions est également en augmentation (+45 % en 10 ans). La tendance reste haussière selon le rapport 2025 (UNODC, 2025), avec 316 millions de consommateurs de drogues dans le monde en 2023 et 64 millions de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues. Par ailleurs, l'organisation internationale n'envisage pas de retournement de tendance puisque dans le rapport 2021 (UNODC, 2021), les prévisions envisageaient une croissance de 11 % du nombre de consommateurs d'ici 2030 à l'échelle mondiale, avec une augmentation plus particulièrement marquée pour l'Afrique (+40 % d'ici 2030). Cette augmentation généralisée est certes due pour partie à la croissance démographique mais aussi à l'augmentation de la prévalence de l'usage de stupéfiants.

La drogue la plus consommée à l'échelle de la planète reste très majoritairement le cannabis mais se manifeste depuis quelques années une hausse progressive et régulière de la cocaïne. Pour 2021, il était estimé à 22 millions le nombre d'usagers de cocaïne, soit 0,4 % de la population mondiale au lieu de 0,32 % en 2004 (UNODC, 2023c). Le rapport de 2025 estime qu'en 2023 un nouveau record de consommation a été établi avec 25 millions de consommateurs contre 17 millions en 2013 (UNODC, 2025). L'augmentation du nombre d'usagers a été plus particulièrement marquée juste après la pandémie de Covid-19. Ces estimations élaborées notamment à partir de questionnaires sont corroborées par les données fournies par certains pays en matière d'analyse des eaux usées et par les données médicales. En Europe en particulier, on note une multiplication des hospitalisations, des demandes de traitement et des décès en lien avec la consommation de cocaïne, dont la cocaïne basée (UNODC, 2025). Des données plus parcellaires accréditent l'hypothèse d'une consommation accrue de cocaïne en Afrique et Asie (UNODC, 2025).

La montée en puissance de la cocaïne sur les marchés des stupéfiants résulte de trois principaux éléments explicatifs : une croissance record de l'offre de matière première, une saturation du marché américain et une mondialisation criminelle.

Croissance record de l'offre de matière première

Traditionnellement limitée à des zones géographiques très spécifiques (plateaux andins en altitude et sur sols acides), la culture du cocaïer provient majoritairement de Colombie puis du Pérou et de Bolivie. Il est observé également une production encore marginale au Guatemala, Honduras, Mexique et Équateur (UNODC, 2023c).

La culture du cocaïer ne cesse d'augmenter et fournit donc une abondante matière première pour la production de cocaïne. L'année 2023 a marqué une nette augmentation avec une production illicite mondiale estimée de cocaïne à 3 708 tonnes (UNODC, 2025), 34 % de plus qu'en 2022. Il s'agit principalement du reflet d'une augmentation de la superficie des zones de culture illícite de cocaïer en Colombie et de données de rendement actualisées qui ont abouti à une estimation de la production du pays supérieure d'environ 50 pour cent à celle estimée l'année précédente. Cela résulte d'une part d'une expropriation de certains paysans par les narcotrafiquants pendant la crise sanitaire, y compris parce que la pandémie a fragilisé des populations déjà pauvres qui se sont déplacées vers les villes. D'autre part, à la fin de la crise sanitaire, les populations locales ayant également souffert de la crise économique ont pu voir dans la culture de la coca une alternative plus rentable que celle des cultures légales. Par conséquent, la production totale de cocaïne connaît une neuvième année consécutive d'augmentation. Multipliée par deux en dix ans, elle atteint 2 304 tonnes en 2021, puis 2 700 tonnes en 2022, et 3 708 tonnes en 2023. Cette croissance de la production de cocaïne résulte de plusieurs facteurs : l'amélioration des techniques agricoles qui a permis d'augmenter les rendements, une amélioration des techniques de transformation de la coca en cocaïne et une rentabilité de la culture du cocaïer la rendant très attrayante (Obradovic, 2023).

La culture de la coca a également prospéré sur le fait que la lutte contre la production de cocaïne n'a pas entraîné d'effets substantiels malgré les moyens engagés notamment sous l'impulsion des États-Unis et de la *Drug Enforcement Administration* (DEA). Cela vaut pour la Colombie mais aussi pour la Bolivie où la culture de la coca et la production de la pâte de cocaïne sont largement tolérées parce qu'imbriquées dans les vies sociale, économique et culturelle. De plus, la culture de la coca constitue une source de revenu gérée collectivement par des communautés locales (Grisaffi, 2022). Les cultures illicites servent d'amortisseur de cycle économique : elles augmentent lorsque la crise frappe les cultures licites ; elles peuvent servir à financer des cultures licites et permettre à des paysans de rester sur leurs terres et ainsi échapper à l'exode rural, voire même à investir pour améliorer leur sort ou celui de leurs enfants (Thomson et coll., 2024). Les interrelations économie illégale-économie

légale et le contexte socioéconomique, lorsqu'ils s'inscrivent en faux par rapport à la prohibition de la production, peuvent défavorablement impacter la mise en œuvre effective des interdictions.

Saturation du marché américain

L'offre de cocaïne est donc en augmentation croissante mais son marché principal, le continent américain et en particulier les États-Unis, montre des signes de saturation (UNODC, 2023b) ; en 2008, le nombre d'utilisateurs dans l'année de cocaïne aux États-Unis est estimé à 5,3 millions comparé à 10,5 millions en 1982, soit un repli du marché américain de près de 50 % en 25 ans (UNODC, 2010). Marché de proximité pour les producteurs andins, il a été le premier à être investi avant que des filières d'exportation vers l'Europe ne se développent : dans un premier temps via les États-Unis par les mafias italiennes et italo-américaines, puis par liaison directe avec l'Amérique du Sud. Désormais, la demande du continent américain ne suffit plus à écouler des marchandises toujours plus abondantes, d'autant plus que d'autres drogues sont venues concurrencer la cocaïne : les nouveaux produits de synthèse et les opioïdes pour lesquels l'accès à la substitution est difficile aux États-Unis. De plus, initialement accessibles par voie légale via des prescriptions médicales, ils ont été ensuite détournés de leur usage (consommation inappropriée et/ou surdosage). C'est la mondialisation économique qui va contribuer à apporter une réponse à ce problème d'engorgement des débouchés en offrant la possibilité de conquérir de nouveaux marchés.

Mondialisation criminelle

La mondialisation des échanges qui s'est accentuée depuis les années quatre-vingt-dix n'a pas touché que les flux légaux, elle a aussi accentué les flux illégaux dans son sillage (Champeyrache, 2019). En permettant de connecter entre eux des marchés éloignés, elle a permis d'accroître les débouchés possibles pour les marchandises, légales et illégales, tout en favorisant une industrialisation de la production pour approvisionner des bassins de consommation potentiellement beaucoup plus importants. Cette dynamique n'a pas échappé au trafic de stupéfiants et en particulier au trafic de cocaïne pourtant caractérisé par une forte contrainte géographique de production de matière première. Les infrastructures de transport et de logistique utilisées par les narcotrafiquants sont pour grande partie aussi celles qu'utilisent les autres producteurs dans la sphère légale. Les narcotrafiquants ont en plus exploité à leur profit la doctrine libérale consistant à privilégier la fluidité dans la circulation des marchandises par rapport à une logique sécuritaire de contrôle

sur les flux. La cocaïne, tout comme d'autres marchandises prohibées, profite de la possibilité de dissimulation que procure la massification du commerce maritime. Le symbole de cette massification s'incarne dans la conteneurisation du transport de marchandises, tout particulièrement en matière de commerce par voie maritime (Bird, 2021 ; Bouffet, 2023 ; Gandilhon, 2023a). Le trafic de cocaïne tire aussi partie de la cadence accélérée qu'imposent à la fois la doctrine libérale pour empoter et dépoter au plus vite ces conteneurs et le gigantisme des infrastructures portuaires. Dans cette logique d'efficacité économique, le contrôle douanier des marchandises est perçu non comme une sécurité mais comme une gêne susceptible d'enrayer la machine. Les narcotrafiants ont intégré le fait que les contrôles ne sont pas la priorité des autorités marchandes (autorités portuaires, transporteurs et logisticiens, sociétés exportatrices). Cela vaut encore plus pour les flux en sortie des pays : les contrôles réalisés sont concentrés sur les marchandises en entrée, ce qui explique que la cocaïne puisse sortir relativement facilement des pays producteurs et/ou exportateurs (Sergi et coll., 2021). Cet état de fait souligne le caractère stratégique des saisies hauturières (en haute mer), et non uniquement portuaires, en matière de stupéfiants.

L'Europe : deuxième marché mondial pour la cocaïne

L'Europe n'est pas restée en marge de ce processus d'expansion du marché des stupéfiants. Cela vaut tout particulièrement pour la cocaïne dont elle est devenue le deuxième marché pour la consommation (EMCDDA et Europol, 2022).

Une évolution inscrite dans la durée

La cocaïne est présente en Europe de l'Ouest dès les années 1990 (EMCDDA, 2007) mais elle ne représente alors qu'un marché de niche en raison de son prix élevé. Selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), un tournant s'opère en 2012 en raison de l'implication croissante de groupes criminels des Balkans dans ces trafics (OICS, 2024). Celle-ci introduit plus de concurrence entre les trafiquants alimentant l'Europe occidentale et centrale et débouche sur une plus grande efficacité de la chaîne d'approvisionnement avec une augmentation de la pureté du produit et une diminution de son prix, autant de facteurs propices à une hausse soutenue de la consommation. Dans le même temps, la perception de la consommation de cocaïne évolue dans la population des usagers potentiels : elle cesse d'être considérée comme une substance réservée aux plus aisés tout en conservant son caractère moins

stigmatisant comparé à d'autres stupéfiants (en particulier l'héroïne). Depuis, la consommation de cocaïne poursuit sa croissance en Europe à peine entravée par l'impact de la crise sanitaire du Covid-19 : les restrictions de circulation n'ont pas réellement perturbé le commerce de gros mais ont pu entraîner des pénuries locales – accompagnées de hausse momentanée des prix et de baisse de la qualité – cédant rapidement la place à une reprise de l'approvisionnement (EMCDDA et Europol, 2022).

L'augmentation de l'approvisionnement de l'Europe en cocaïne ressort particulièrement des chiffres des saisies de marchandises (Douanes et Droits Indirects, 2023), chiffre en hausse chaque année depuis environ six ans. Sur la décennie 2010-2020, les volumes saisis ont plus que triplé atteignant 215 tonnes en 2020, contre environ 70 tonnes en 2010. Trois pays constituent des portes d'entrée majeures pour l'approvisionnement du continent si l'on en croit ces données relatives aux saisies : la Belgique (70 tonnes en 2020, 110 tonnes dans le seul port d'Anvers en 2022), les Pays-Bas (49 tonnes en 2020) et l'Espagne (37 tonnes). Ces trois pays représentent à eux seuls près de 73 % des saisies réalisées en Europe en 2020. La France connaît également une hausse du nombre de saisies, même si ces dernières sont moins importantes. En 2022, il y a eu 17,86 tonnes de cocaïne saisies (18,62 tonnes en 2021), ce qui équivaut à une valeur estimée autour de 770 millions d'euros à la revente, avec la cocaïne qui représente plus de 70 % de la valeur totale de l'ensemble des produits stupéfiants saisis sur le territoire national (Douanes et Droits Indirects, 2023). En 2024, ce sont 20,97 tonnes de cocaïne qui ont été saisies en France, et 50 tonnes si on considère les saisies en France et hors France grâce à la coopération douanière (Douanes et Droits Indirects, 2025). Ces chiffres indiquent une tendance mais ils doivent tout de même être relativisés dans la mesure où ils reflètent également l'activité des services : à quantité importée égale, une priorité donnée à la lutte contre les stupéfiants peut déboucher sur une hausse des saisies ; le décryptage des messageries Sky ECC et Encrochat a également permis d'accéder à des informations sur des livraisons de cocaïne et donc à des interceptions. De plus, il est hasardeux d'extrapoler la quantité de cocaïne entrant sur le continent à partir du chiffre des saisies. Ces toutes dernières années, l'affirmation a circulé selon laquelle 10 % de la cocaïne seraient saisis en Europe⁸¹. Ce taux ne repose pas sur une véritable base scientifique et il est douteux qu'un tel niveau de saisie n'ait pas de répercussions visibles de type augmentation des prix et/ou phénomènes de rupture, au moins momentanée, d'approvisionnement local. Il est légitime

81. Kristian Vanderwaeren estimait en 2022 entre 10 et 20 % la part de cocaïne en transit par le port d'Anvers saisies par les Douanes : <https://www.rfi.fr/fr/europe/20220827-en-belgique-le-port-d-anvers-au-centre-de-violences-li%C3%A9es-au-traffic-de-coca%C3%AFne> [consulté le 14/03/2025].

de penser que cette estimation est très probablement supérieure à la réalité et que l'on saisisse en réalité bien moins de 10 % de la marchandise entrante (Gandilhon, 2023b).

Des disparités régionales

Tout le continent européen n'est pas affecté de la même façon par l'expansion du marché de la cocaïne. Il existe des disparités régionales au-delà de celles observées en matière de saisies (avec la nuance que les saisies peuvent survenir aussi bien dans le pays de destination finale que dans celui de transit). L'étude des eaux usées dans plusieurs villes d'Europe (EMCDDA, 2024b) permet d'appréhender plus spécifiquement la question de l'usage de cocaïne. La dernière étude en ce sens révèle un usage plus important dans les villes d'Europe occidentale et méridionale et particulièrement dans les villes de Belgique, des Pays-Bas et d'Espagne. En revanche, les niveaux sont plus faibles dans la majorité des villes d'Europe orientale avec toutefois des signes d'augmentation par rapport aux études précédentes. D'après l'UNODC (2024b), selon les extrapolations que l'on peut tenter à partir de l'analyse des eaux usées, l'usage de cocaïne en Europe occidentale, centrale et du Sud-Est aurait augmenté de 80 % entre 2011 et 2023. Cette augmentation est corroborée par l'augmentation de presque 60 % entre 2011 et 2022 de la demande de soins en lien avec l'usage de cocaïne. Au sein de ces usages, la cocaïne basée se distingue dans la demande de traitement de troubles de l'usage : le nombre de personnes demandeuses a triplé entre 2014 et 2021 en Europe occidentale et centrale, ce qui équivaut à 19 % des traitements pour usage de cocaïne en 2021 soit une augmentation de 10 points par rapport à sa part en 2014. L'usage de cocaïne basée reste donc inférieur à celui de la cocaïne poudre mais est en forte progression et sous-tend une problématique sanitaire plus lourde. Pour l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), après une période de stabilité des données d'analyse des eaux usées dans la plupart des villes de 2011 à 2015, un tournant est pris depuis 2016 puisqu'une augmentation de l'usage est rapportée annuellement dans une majorité des villes (pour 2023, sur 72 villes participant à l'étude, 49 se caractérisent par une hausse des résidus de cocaïne présents dans les eaux usées, 13 sont stables, et 10 sont en baisse mais avec un niveau restant supérieur à celui de 2011) (EMCDDA, 2024b). Fait notable, pour les pays ayant fourni des données relatives à plusieurs villes de leur territoire, la plupart ne présentent pas de différence significative de niveaux d'usage entre grandes villes et centres urbains de plus petite taille. Il s'agit d'une nouveauté propre aux données de 2023, jusque-là la consommation de cocaïne était plus marquée dans les grands centres urbains. Cette plus grande capillarité de l'approvisionnement qui permet d'irriguer l'ensemble

des territoires est en partie due à l'augmentation de l'offre de stupéfiants en ligne, une tendance plus particulièrement enracinée dans les pays nordiques (EMCDDA, 2022) mais amenée à se généraliser à toute l'Europe.

Dans ce contexte, en incluant le Royaume-Uni, la France occupe la sixième place en Europe avec l'Espagne en termes d'usage de cocaïne dans l'année chez les adultes de 15 à 34 ans (Obradovic et coll., 2023), avec une croissance de cette consommation parmi les plus élevées du continent. La cocaïne est désormais le deuxième produit illicite le plus consommé parmi les 18-64 ans, après le cannabis, avec un taux d'expérimentateurs passé de 5,6 % en 2017 à 9,4 % en 2023 (Spilka et coll., 2024).

Multiplicité des voies d'acheminement

L'augmentation de la consommation observable en Europe et particulièrement en France résulte d'une multiplication des voies d'acheminement de la marchandise vers le continent. La matière première étant localisée de l'autre côté de l'Atlantique, le vecteur maritime est dominant. Cela ne signifie pas pour autant qu'il existe une route exclusive. Au contraire, les voies maritimes sont diverses, évolutives et se complètent, ce qui explique la résilience de l'approvisionnement même en cas de saisie importante ou de démantèlement de réseaux de distribution.

Des voies principalement maritimes...

La position de l'Europe par rapport à l'Amérique du Sud combinée à la prépondérance des voies maritimes, estimées autour de 90 %, dans le commerce international expliquent que ces voies maritimes soient également privilégiées pour l'approvisionnement en cocaïne. Cela se retrouve dans les chiffres des saisies : près de 90 % de celles réalisées en dehors d'Amérique du Sud proviennent du trafic maritime (UNODC, 2023c). Les porte-conteneurs sont le vecteur majeur mais la navigation de plaisance via les voiliers et les bateaux à moteur, le transport de passagers par ferries, les vraquiers et les vaisseaux semi-submersibles sont aussi utilisés (Obradovic, 2023). Les porte-conteneurs ont l'avantage de faciliter un transport de grandes quantités de cocaïne. Pendant la crise sanitaire amorcée en 2019, les plans de continuité de l'activité portuaire ont permis le maintien du trafic par conteneurs au point que des niveaux de circulation de la cocaïne comparables voire supérieurs à ceux de 2019 ont été observés avec des saisies très importantes en première moitié de 2020 malgré les restrictions (EMCDDA et Europol, 2020). En France aussi, du fait de sa façade atlantique, le principal vecteur est maritime. En 2022, près de 41 %

des quantités totales de cocaïne saisies l'ont été sur le seul port du Havre (Douanes et Droits Indirects, 2023).

Les vulnérabilités portuaires sont multiples et facilitent le trafic de cocaïne : outre la massification des échanges qui favorise la dissimulation des marchandises illégales dans des cargaisons légales avec la technique dite du *rip off*⁸², le développement de la corruption et des complicités internes volontaires ou forcées parmi les employés des grandes plateformes logistiques (avec des dockers en première ligne) (Sénat, 2024) voire des autorités, parachève de faciliter les opérations d'import-export des narcotrafiquants alors même que le niveau de contrôle douanier est extrêmement faible puisqu'il se situe aux alentours de 2 % des marchandises entrant dans les ports européens (Gandilhon, 2023b).

Des voies maritimes qui évoluent et se complètent

Les voies maritimes sont multiples et évolutives dans la mesure où elles s'adaptent aux opportunités économiques et à la réponse judiciaire. Il y a ainsi des « effets ballon »⁸³ avec un re-routage des trajectoires dès que la répression s'accroît sur tel ou tel point de passage du trafic. Les évolutions touchent ainsi les points de départ, de transit et d'arrivée, multipliant par la même occasion le nombre d'États et d'économies impactés par le trafic de cocaïne.

En ce qui concerne les points de départ des voies maritimes, ils se sont largement déportés vers l'Amérique centrale, les conteneurs en provenance des pays producteurs de coca étant plus susceptibles d'être considérés comme suspects et donc soumis à contrôle. Sont entrés en scène des pays comme l'Équateur, le Mexique, le Venezuela et le Brésil avec une montée de la violence liée aux trafics pour certains d'entre eux, comme l'Équateur en a été la triste illustration. Cette intermédiation du trafic de gros répond au risque logistique accru représenté par l'utilisation des ports colombiens et boliviens (Magliocca et coll., 2022). Il faut donc penser les routes du trafic de cocaïne, non pas en termes purement logistiques de minimisation des distances parcourues et du nombre de ruptures de charge, mais en termes d'évitement des risques. Les ports de Buenos Aires, San Antonio et Montevideo sont des « routes contre-intuitives » pour un transporteur de la sphère légale mais la porosité des frontières, le faible contrôle dans les ports et l'exploitation de

82. La technique du *rip off* consiste à placer des marchandises illégales dans un chargement de marchandises légales, à l'insu des transporteurs, et d'extraire le chargement illégal à l'arrivée à destination.

83. Le terme d'« effet ballon » est généralement utilisé par les forces de l'ordre pour désigner le fait que le ciblage de l'action répressive sur un lieu produit des effets de déplacement consistant à déplacer les trafics vers de nouveaux territoires moins soumis à pression policière.

la réputation du pays comme n'étant pas impliqué dans les stupéfiants sont autant de caractéristiques attrayantes pour les narcotrafiquants (Sampó et Troncoso, 2023).

Les ports d'arrivée privilégiés en Europe ont également évolué ces dernières années avec une remontée de l'Europe du Sud (avec une primauté un temps accordée au port italien de Gioia Tauro en Calabre, berceau de la 'ndrangheta, une des mafias les plus puissantes actuellement) vers les ports d'Europe du Nord (Anvers, Rotterdam, Hambourg et même Oslo dernièrement). Tous les pays ayant une façade maritime sont ciblés mais l'on observe des re-routages modifiant ponctuellement – le temps que les autorités réagissent et renforcent les contrôles – le classement des ports en matière d'entrée des produits stupéfiants.

Le port belge d'Anvers constitue actuellement la porte d'entrée principale, bien que non exclusive, de la cocaïne sur le continent (Antoine et coll., 2024). À partir des saisies, il est constaté qu'une majorité des chargements provient de ports équatoriens (52 % de la quantité totale), le Panama et la Colombie comptant chacun pour 8 % des volumes importés. Toujours à partir des informations fournies par les saisies, la méthode du *rip off* reste la plus utilisée (55 % des cas). Dans 30 % des cas, les stupéfiants sont introduits pendant le chargement et dans 16 % des cas ils sont cachés dans la structure même du conteneur. L'attractivité du port d'Anvers tient aux volumes de marchandises traités combinés au choix de maintenir les contrôles douaniers à un niveau bas dans une optique d'efficacité économique (la rapidité de prise en charge des conteneurs étant un argument d'attractivité mis en avant par les ports dans un contexte de concurrence intense et de polarisation très forte des flux commerciaux).

Parallèlement, les flux logistiques du trafic de stupéfiants et particulièrement de cocaïne évoluent pour intégrer des zones rebond pouvant aussi à terme devenir de futurs marchés de consommation. Là encore, d'un point de vue logistique, les routes commerciales peuvent paraître contre-intuitives voire peu rationnelles. Elles sont en réalité stratégiques car elles procèdent d'une logique de dépistage des contrôles – en exploitant des territoires non associés au trafic de cocaïne – et de projection à moyen/long terme – en envisageant le développement de nouveaux débouchés. L'implication accrue de l'Afrique de l'Ouest comme zone de transit, plus particulièrement accentuée depuis 2019 (UNODC, 2023a), incarne cette optique. La côte africaine allant du Sénégal à la Guinée via la Gambie et la Guinée-Bissau constitue le couloir principal pour acheminer la cocaïne vers l'Europe par la route à travers l'Afrique de l'Ouest. Cette connexion entre ports de la côte ouest africaine et routes terrestres intérieures a profité de la création de la Communauté Économique des États

d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de la zone de libre-échange qui en découle et facilite la circulation des marchandises. Il émerge également un rôle croissant endossé par la Côte d'Ivoire dans le trafic depuis 2019 (Bird, 2021).

Ces voies d'approvisionnement et leurs étapes se complètent et s'adaptent aux politiques répressives et de contrôle. Il n'y a pas une route de la cocaïne comme il y a pu y avoir une route de la soie. Plusieurs trajectoires se superposent, se rejoignent, s'additionnent. Une route un temps délaissée peut être réactivée, au gré des opportunités et des risques évalués par les narcotrafiquants. Il s'opère donc une diversification stratégique et opportuniste des routes. La multiplicité des parcours constitue aussi une forme de signature des organisations criminelles impliquées dans le trafic de cocaïne : comme exposé ci-après dans la partie concernant les acteurs, les partenariats criminels passés entre producteurs, grossistes et détaillants dessinent différentes routes, différents points de départ et d'arrivée. Les mutations du paysage criminel exercent ainsi un impact sur la cartographie des flux de cocaïne. La montée en puissance de certaines organisations et le déclin d'autres, en plus des considérations stratégiques, expliquent les phénomènes de re-routage des flux.

Routes primaires, routes secondaires

L'entrée est massive par les ports d'Europe du Nord, favorisée par la masse de marchandises, une politique libérale de promotion de la rapidité des opérations pour plus de fluidité dans les échanges, qui se traduit par un faible contrôle sur ces flux et par un investissement massif dans la logistique pour des cadences et des capacités toujours plus gigantesques. Ce choix politique a rendu ces dernières années les ports d'Europe du Nord plus attractifs pour les narcotrafiquants en comparaison avec des ports gérant moins de trafic et où la pression pour plus de contrôle s'est accentuée. Il en va ainsi du port de Gioia Tauro au centre de nombreuses enquêtes judiciaires en Italie en raison de la mainmise de la 'ndrangheta sur la construction du port, sur les recrutements du personnel et donc sur la capacité à faire transiter la cocaïne. Aujourd'hui plus surveillé, ce port autrefois principale source d'approvisionnement pour l'Europe n'est plus une cible majeure pour les narcotrafiquants même si des saisies continuent d'y être réalisées. En parallèle des routes primaires desservant ces grands ports, des routes secondaires persistent et peuvent être amenées à prendre une plus grande ampleur lorsque la pression se tournera vers les routes principales actuelles.

L'UNODC (2022) souligne ainsi que si les ports d'Anvers, de Rotterdam et d'Espagne arrivent en tête pour les saisies en matière d'importation de cocaïne en Europe, presque tous les grands ports maritimes européens sont utilisés

comme portes d'entrée. En France, des ports tels que Montoir de Bretagne et Dunkerque, considérés comme secondaires en termes de volumes de marchandises traités, sont régulièrement impliqués dans des trafics de cocaïne. Si les quantités saisies sont moindres qu'à Anvers, elles attestent de routes secondaires de la cocaïne, dont celle qui se greffe en grande partie sur la ligne *North Europe French West Indies* (NEFWI) exploitée par la Compagnie Maritime d'Affrètement – Compagnie Générale Maritime (CMA CGM) connectant les Antilles françaises au port de Dunkerque. Cette ligne concerne au tout premier plan la filière fruits et légumes, c'est-à-dire une filière de marchandises fragiles et périssables pour lesquelles un contrôle douanier constitue toujours un risque majoré de déperdition de produit. Les narcotrafiquants savent que ce genre de chargement, de par sa nature, est moins susceptible d'être contrôlé. Cela vaut aussi pour la pêche industrielle, dont la cargaison congelée à bord, est largement exploitée pour cacher la cocaïne.

Les saisies de cocaïne réalisées en Afrique sur la période 2015-2021 sont également informatives en ce qui concerne la gestion des réexpéditions à partir d'une zone de transit. Là encore, les stupéfiants à destination du continent européen suivent une route principale et plusieurs routes secondaires. Effectivement, les saisies étaient majoritairement à destination de la Belgique (notamment celles réalisées au Bénin et au Maroc sur la période 2020-2021) mais aussi des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la France (UNODC, 2022). Il est à rappeler que, pour informatives qu'elles soient, ces informations sont tributaires de l'activité des services répressifs. Sur le principe du « on ne trouve que ce que l'on cherche », certains ports peuvent apparaître comme inexistantes ou marginaux dans le trafic de cocaïne parce que les autorités concernées ne se considèrent pas comme agissant sur des territoires impliqués. Indépendamment de ce bémol, il convient de retenir que les routes de la cocaïne sont multiples et changeantes, et qu'une dimension géostratégique détermine le choix de telles ou telles routes d'acheminement : ce ne sont pas les chemins les plus courts qui sont prioritairement choisis mais ceux de « moindre résistance » (Hidalgo et Centeno, 2023 ; p. 690).

Des voies complémentaires : l'aérien, le terrestre et les colis postaux

En parallèle des voies maritimes, l'aérien sert à acheminer une partie, certes moindre, de la cocaïne à destination du marché européen. Sur le modèle ancien du trafic d'héroïne, le transport aérien s'appuie en particulier sur le recours à des « mules » (porteurs *in corpore* ou dans leurs bagages des stupéfiants), ce qui représente un moyen de transport assez limité en termes de quantité comparé au transport maritime. Lorsque le transport *in corpore* est privilégié, le risque encouru par la mule est vital. Pour contrecarrer ces

deux limites, les narcotrafiquants ont diversifié les véhicules : l'utilisation des vols commerciaux subsiste mais l'aviation privée est devenue une cible attractive dans la mesure où l'on peut embarquer des quantités plus importantes avec un risque de contrôle extrêmement limité.

Là encore, les saisies donnent des informations sur les méthodes des narcotrafiquants et sur les routes utilisées. Pour les Pays-Bas, les trafiquants basés au Surinam ont massivement utilisé les vols commerciaux à destination de l'aéroport d'Amsterdam-Schiphol jusqu'à ce que les contrôles s'y intensifient fortement (Sénat, 2020). En France, même si les quantités saisies sont bien inférieures à celles réalisées dans les zones portuaires européennes, les voies aériennes restent utilisées pour l'import de cocaïne. Pour la majeure partie, la drogue est introduite dans les bagages (40 %), viennent ensuite les autres modes de dissimulation à corps⁸⁴ (30 %) et l'ingestion (27 %). La France occupe une place particulière dans l'approvisionnement en cocaïne par voie aérienne puisque celui-ci en provenance de Guyane représenterait autour de 15 à 20 % du total de la cocaïne entrant sur le territoire métropolitain (Sénat, 2020) (cf. *infra* la section « Spécificités françaises : territoires ultra-marins, filière guyanaise et cocaïne basée »).

Les voies terrestres servent également à deux niveaux : *i*) pour les étapes intermédiaires comme illustré par le cas de l'utilisation de l'Afrique comme zone rebond avec un passage de la cocaïne par l'intérieur des terres afin de rejoindre un port pour charger la marchandise à destination de l'Europe ; *ii*) pour la destination finale afin d'approvisionner les consommateurs finaux dans les terres. C'est pour les voies terrestres finales que l'on trouve naturellement le maximum de diversité mais le choix des voies terrestres n'est pas complètement déconnecté du choix des ports d'entrée. Ce qui fait l'attractivité d'un port, tant pour les transporteurs légaux qu'illégaux, c'est aussi l'*hinterland*⁸⁵ portuaire, c'est-à-dire l'interconnexion avec un réseau routier de qualité, rapide et multidirectionnel. Le port est donc aussi un nœud à partir duquel disséminer au mieux les marchandises. Les ports d'Europe du Nord ont particulièrement développé cette infrastructure routière interconnectée avec l'infrastructure portuaire, les narcotrafiquants l'ont parfaitement intégré.

Enfin, une autre voie d'acheminement est amenée à continuer une forte croissance à l'avenir : c'est celle des colis postaux en lien avec le développement du commerce en ligne et par applications téléphoniques. Les quantités sont réduites puisqu'il s'agit essentiellement d'un approvisionnement du consommateur

84. Dissimulation près du corps.

85. L'arrière-pays (*hinterland*) est l'aire d'attraction et de desserte continentale d'un port ou en termes économiques son aire de marché continentale.

final mais la multiplicité des envois de stupéfiants, dont la cocaïne, eux-mêmes noyés dans la masse croissante des colis en général (phénomène accentué par la crise sanitaire) produit un phénomène de saturation des centres de tri qui rend les contrôles compliqués, surtout à moyens constants. Par ailleurs, les quantités concernées sont généralement suffisamment faibles pour que mener une enquête soit une opération trop coûteuse par rapport aux résultats susceptibles d'être atteints. Au mieux, il est possible de remonter à l'identité de l'utilisateur mais l'adresse de l'expéditeur est non renseignée ou factice.

Une géopolitique de la cocaïne fluctuante

En somme, la géopolitique de la cocaïne est mondiale, et cette mondialisation est encore renforcée ces dernières années par l'utilisation de nouveaux territoires (comme en Amérique centrale et en Afrique de l'Ouest). Elle est également fluctuante et non figée. L'observation sur plusieurs décennies des voies d'approvisionnement et du développement des marchés met en évidence une extrême résilience des routes utilisées et une très forte réactivité aux politiques anti-stupéfiants. Ces dernières ne sont pas inefficaces mais, non coordonnées, elles produisent des effets de déplacement ou « effets ballon » avec des re-routages visant à éviter les zones les plus à risque de contrôle et de répression.

Cette résilience par capacité d'adaptation est aussi alimentée par une forte ingéniosité criminelle au niveau logistique mais aussi technique. Les narcotrafiquants élaborent en permanence de nouveaux procédés de masquage de la cocaïne témoignant d'une maîtrise notable en chimie. La cocaïne peut être incorporée dans du charbon, de la pulpe de coco, des plastiques (EMCDDA, 2024a), des cartouches d'encre, des teintures industrielles ou même dans de l'asphalte (Dos Santos et coll., 2022). L'incorporation dans des produits de couleur noire permet de fausser les dépistages par tests colorimétriques (test de Scott en particulier) fréquemment utilisés pour détecter la cocaïne. Ce masquage suppose également une maîtrise des processus chimiques de décantation à destination afin de séparer la drogue de son vecteur. Les narcotrafiquants colombiens ont également développé une méthode sophistiquée consistant en une ré-oxydation de la cocaïne base afin d'augmenter l'efficacité de la production de la cocaïne (EMCDDA, 2024a). Il existe aussi des « routes techniques » pour favoriser l'apprentissage des savoir-faire chimiques : des narcotrafiquants spécialisés en chimie de la cocaïne accompagnent les routes de la drogue et s'implantent dans les différents pays de consommation.

La forte mobilité géographique de la cocaïne se retrouve aussi en termes de mutation des rôles joués par les différents territoires. Les pays européens constituent ainsi des zones de destination de la cocaïne mais aussi de transit.

Les quantités massives entrant en Belgique ne sont pas destinées au seul marché national. De même, du fait de sa position géographique, la France sert de passage pour approvisionner des pays voisins. Cela va plus loin encore, les narcotrafiquants utilisent des chaînes de valeur mondiales : ce n'est plus forcément un produit fini, propre à la consommation qui est exporté d'Amérique latine ; la marchandise va connaître des étapes de transformation dans une zone rebond ou encore à destination. Des laboratoires d'extraction secondaire (notamment lorsqu'il y a eu incorporation de la cocaïne dans une marchandise support) existent depuis des années en Europe. Mais il y a désormais une émergence sur le sol européen de laboratoires de transformation beaucoup plus élaborés où le chlorhydrate de cocaïne est produit à partir de substances intermédiaires dans l'extraction chimique de la feuille de coca (pâte de coca et cocaïne base) (EMCDDA et Europol, 2020). Des saisies de précurseurs chimiques nécessaires à ces phases de transformation confirment cette nouvelle tendance (Obradovic, 2023). D'ailleurs, en Belgique, 25 laboratoires de production de stupéfiants ont été démantelés en 2022 dont 8 % (soit 2) dédiés à la cocaïne et à la métamphétamine et parallèlement, 42 décharges illégales de précurseurs chimiques liés aux stupéfiants ont été identifiées, dont 5 % pour la cocaïne (Antoine et coll., 2024). Une tendance similaire au développement de laboratoires (de conditionnement, d'extraction ou de transformation) est observable dans d'autres pays non producteurs de coca comme le Venezuela (UNODC, 2023c) ou des pays d'Afrique de l'Ouest (UNODC, 2024a).

Diversité des acteurs criminels et des filières d'approvisionnement

Si les routes de la cocaïne sont aussi variées, c'est que les acteurs criminels impliqués dans ce trafic sont eux-mêmes très divers. Qui plus est, ces acteurs n'endossent pas tous les mêmes rôles et fonctions, ce qui se concrétise par une fragmentation des filières d'approvisionnement entre plusieurs intervenants et, dans le paysage criminel, par des articulations et des hiérarchies entre groupes participant au narcotrafic. Cette composition criminelle combine internationalisation et cloisonnement des activités illégales liées au trafic de cocaïne, ce qui impacte lourdement la lutte contre le trafic et son efficacité.

Articulations et hiérarchies criminelles

L'image d'un monopole du trafic de cocaïne est totalement erronée même si elle subsiste dans l'esprit de beaucoup. La réalité à laquelle sont confrontées les autorités judiciaires est celle de multiples acteurs à la longévité

et à la structuration très variables. Le rapport Europol (2024) identifie en Europe 113 « réseaux criminels les plus menaçants » (*most threatening criminal networks*) en matière de trafic de cocaïne. Parmi eux, 111 sont poly-traffic, avec généralement une implication parallèle dans le trafic de cannabis. Il s'agit principalement d'organisations albanaises, belges, néerlandaises, italiennes et espagnoles auxquelles s'ajoutent des réseaux locaux subalternes dont la durée de vie et de carrière criminelle de leurs membres sont souvent plus courtes.

Le trafic de cocaïne n'est pas une filière gérée de A à Z par un seul et unique acteur. Il fait intervenir une chaîne longue d'intervenants dont la puissance criminelle et la centralité dans le trafic sont inégales. Sont impliqués de grandes organisations criminelles stables dans le temps, des *brokers* ou intermédiaires de la cocaïne, des réseaux d'achat de gros, des revendeurs au détail et même, dernière frange la plus fragile de la chaîne, des usagers-*dealers*. Les *brokers* jouent un rôle crucial dans cette chaîne : ce sont eux qui assurent l'interface entre les producteurs en Amérique latine et les acheteurs en gros de cocaïne à destination de l'Europe. Ils sont ainsi les garants de transactions qui ne peuvent pas se prévaloir d'une protection juridique comme dans la sphère légale en cas de fraude ou de différend. Tout criminel ne peut pas devenir *broker* : dans la mesure où sa parole doit garantir la confiance entre les co-contractants, il doit jouir d'une réputation établie (confiance qui découle d'une tradition de respect des engagements pris par lui et/ou par son organisation criminelle par le passé, d'une capacité crédible de recourir à la violence ou à la coercition en cas de trahison d'une des parties, d'une disponibilité financière à la hauteur des sommes à engager sur des quantités massives). Le *broker* est donc capable de développer des relations personnelles stables et fiables en Amérique latine et auprès des réseaux souhaitant s'approvisionner. Dans ce rôle, la 'ndrangheta, la mafia calabraise, occupe une place spécifique en raison de sa réputation et du développement de longue date d'implantations de ses membres à travers tous les continents. Certains 'ndranghetistes offrent une prestation d'intermédiaire en leur nom propre mais, s'ils le font, c'est parce qu'ils peuvent s'adosser à la puissance reconnue de leur organisation criminelle pluri-générationnelle. Le tableau de l'intermédiation dans le trafic de gros de cocaïne n'est cependant pas figé. D'autres *brokers* émergent, notamment du côté des clans albanophones, suite à un travail de collaboration d'abord subordonnée puis d'apprentissage et d'émulation auprès de familles mafieuses calabraises.

Au niveau des réseaux criminels importateurs de cocaïne, le recours à la collaboration est aussi notable et doit changer la perception commune selon laquelle le crime organisé est forcément associé à l'affrontement et à la violence. Si la violence accompagne le trafic de stupéfiants, comme illustré

en France par l'actualité récente (Sénat, 2024 en particulier Partie I, II.D) et la crise sécuritaire en Équateur, elle en est un épiphénomène qui ne doit pas masquer un processus de fond qui impacte durablement et profondément le monde criminel. Ainsi, des réseaux d'importation que l'on pourrait considérer comme rivaux pratiquent des achats groupés. Moins puissants que les organisations productrices et surtout que les *brokers*, ils ont intégré les avantages que leur confère la coopération : en s'alliant, ils peuvent commander des quantités plus importantes et donc négocier les prix, répartir les risques en cas de saisies d'une partie de la marchandise et fractionner les coûts (Terenghi, 2022). En novembre 2022, Europol a annoncé avoir démantelé un « super-cartel » de la drogue supposé contrôler un tiers du commerce de la cocaïne en Europe. Cette opération – exceptionnelle du point de vue de la coopération internationale dont elle est le fruit – n'a pas débouché sur une rupture d'approvisionnement et une pénurie sur le marché de la cocaïne contrairement à ce que le terme de « super-cartel » aurait laissé supposer. En revanche, cette action est révélatrice de véritables opérations de portage réalisées conjointement par plusieurs organisations criminelles comme en témoigne l'arrestation de membres de réseaux irlandais, camorriste (la mafia napolitaine), marocno-irlandais et bosniaque. Chacun de ces trafiquants dispose de ses propres connexions auprès de fournisseurs en Amérique latine mais contribue à des opérations d'import communes.

La coopération résulte aussi de spécialisations de certains réseaux sur des étapes spécifiques de la filière ou sur des activités connexes au trafic de cocaïne. Cela permet aux narcotrafiquants d'externaliser certaines activités comme les contrats auprès de tueurs, mais aussi le convoyage de produits confié à des équipes spécialisées (Obradovic et coll., 2023), la conception de sites ou d'applications pour la vente en ligne ou encore la vente au détail sur des espaces géographiques clairement délimités. En Sicile, la mafia a ainsi délégué le trafic de stupéfiants aux organisations criminelles nigérianes par le biais de ce que les forces de l'ordre italiennes ont appelé le pacte de Ballarò à Palerme : l'autorisation est donnée de gérer la vente au consommateur final moyennant paiement d'une taxe. L'opération est intéressante pour la mafia sicilienne et illustre parfaitement les logiques d'articulation et de hiérarchie criminelles. Les réseaux « cults » nigériens sont en position subordonnée par rapport à *Cosa nostra* et n'ont pas vocation à intégrer les rangs de celle-ci ; ils sont aussi particulièrement exposés à la répression puisque visibles dans l'espace public. Les Nigériens arrêtés ne sont pas susceptibles de révéler d'informations fondamentales sur le cœur du trafic étant donné qu'ils restent étrangers à la mafia. De plus, les mafieux restent à l'abri des arrestations et leur invisibilité sur l'espace public en matière de stupéfiants leur évite la vindicte populaire. Dans ce cas, la délégation d'activité contribue à immuniser

l'organisation criminelle la plus puissante tout en lui donnant la possibilité de sacrifier les franges externes de la filière cocaïne sans gros dommage organisationnel (Champeyrache, 2024).

Au-delà de ces interrelations criminelles qui rendent les organisations du narcotrafic particulièrement résilientes, la sphère légale elle-même contribue plus ou moins sciemment à l'expansion du trafic. La corruption est un des facilitateurs majeurs des trafics. Mais d'autres acteurs légaux peuvent prêter leur concours aux opérations du narcotrafic : des concepteurs de site, des chimistes, des transporteurs... Par ailleurs, les organisations criminelles se livrent à des investissements dans l'économie légale (Europol et US DEA, 2022 ; Terenghi, 2022) non seulement pour blanchir l'argent sale mais aussi pour fournir des couvertures ou de la logistique au profit de la sphère illégale. Les narcotrafiquants investissent par exemple dans des sociétés de transport ou dans des sociétés d'import-export de fruits et légumes qui réaliseront simultanément des transactions légales et illégales. Les prestations de service de messageries cryptées telles que celles offertes par la société néerlandaise Encrochat et la société canadienne Sky Global Inc. pour l'application Sky ECC sont aussi des offres d'acteurs légaux qui profitent à la criminalité.

Internationalisation criminelle

Il n'y a pas que les routes de la cocaïne qui s'internationalisent, les organisations criminelles le font également en coopérant, en recourant aux spécialisations de telles ou telles organisations et en démultipliant les points d'attache et implantations à travers les pays. Cette internationalisation criminelle est généralisée et transcontinentale : « les réseaux criminels *colombiens* coopèrent avec d'autres réseaux criminels *sud-américains* (*brésiliens*, par exemple) et *européens* et maintiennent une présence physique dans les principaux pays de transit et dans l'Union Européenne (UE). De même, (...) les réseaux criminels *néerlandais* et *belges* collaborent avec des criminels *latino-américains* pour organiser de grandes expéditions de cocaïne vers l'UE, tandis que les groupes criminels *albanophones* coopèrent étroitement avec les réseaux *italiens* » (EMCDDA et Europol, 2022, p. 50, traduction et italique par l'auteur du chapitre). La multiplication de ces liens est facilitée par l'utilisation des messageries cryptées par les organisations criminelles.

En complément des possibilités techniques de communication à distance, les organisations criminelles font aussi le choix d'installer des représentants – durablement ou de façon ponctuelle – dans les points névralgiques du trafic de cocaïne (lieux de production, nœuds logistiques, zones de transit et de rebond...). Cette présence de criminels affiliés à des organisations criminelles

européennes en Amérique du Sud n'est pas récente mais elle s'est diversifiée avec un plus grand nombre de nationalités représentées et l'intégration des nouvelles routes empruntées par la cocaïne. Ainsi, des trafiquants des Balkans et des membres de groupes criminels italiens se sont installés en Équateur pour établir des voies d'approvisionnement pour les marchés européens (UNODC, 2023a). De même, des chimistes sud-américains mandatés par les narcotrafiquants se sont installés sur le continent européen. Les pays concernés directement ou indirectement voient donc la densité criminelle s'accroître sur leur territoire avec des organisations criminelles locales qui sont confrontées à la présence de nouveaux arrivants étrangers. Il en découle des processus de hiérarchisation de ces réseaux criminels avec des donneurs d'ordre et des subordonnés mais aussi des phénomènes d'apprentissage susceptibles de faire monter en puissance l'expertise criminelle de groupes auparavant de modeste envergure. Le passage de la cocaïne à destination de l'Europe par les ports brésiliens via l'Afrique de l'Ouest a ainsi suscité des coopérations entre le PCC (*Primeiro comando da capital*) brésilien, la 'ndrangheta calabraise et les groupes « cults » nigériens (Feltran et coll., 2023). Cette chaîne de coopérations a contribué à la montée en puissance du PCC et des groupes « cults » mais avec une prééminence maintenue de la 'ndrangheta qui a développé une stratégie d'implantation durable de ses membres notamment au Sénégal, Niger, Ghana, Côte d'Ivoire et peut-être même Cap Vert, couplée à la présence ponctuelle de *brokers*.

Spécificités françaises : territoires ultra-marins, filière guyanaise et cocaïne basée

La France présente quelques spécificités en matière d'approvisionnement en cocaïne. Elle bénéficie naturellement des routes alimentant l'Europe via notamment les ports d'Anvers et Rotterdam. En outre, elle dispose d'un couloir spécifique d'importation de cocaïne par le biais de ses territoires ultra-marins avec en particulier une filière guyanaise et un approvisionnement en cocaïne basée différencié. La Martinique et la Guadeloupe sont intégrées à un arc naturel allant de Trinidad à Haïti qui constitue un espace maritime difficile à surveiller donc attractif pour les narcotrafiquants. Martinique et Guadeloupe constituent ainsi des zones rebond de choix.

Autre territoire problématique : la Guyane est devenue depuis plusieurs années une plaque tournante du trafic pour la cocaïne en provenance de Colombie, de Bolivie, du Pérou et du Venezuela. Le processus d'incorporation de la Guyane aux routes de la cocaïne s'est fait par contagion à partir des territoires voisins du Brésil et du Surinam. Progressivement, son importance a crû et elle est devenue une route privilégiée pour l'acheminement vers

l'Afrique de l'Ouest par l'Atlantique afin d'alimenter les marchés européens et un début de consommation en Asie (Gandilhon et Weinberger, 2016). Le trafic à partir de la Guyane ne se fait cependant pas exclusivement par voie maritime. De 2017 à 2020, de l'ordre de 15 à 20 % des entrées de cocaïne sur le territoire français se font via des vols commerciaux en provenance de Guyane (Sénat, 2020) avec un recours massif aux mules (porteurs *in corpore* ou dans leurs bagages des stupéfiants) afin de provoquer une stratégie de saturation au niveau des autorités de contrôle : le principe est de placer un grand nombre de mules sur un même vol afin qu'une majorité passe au prix du sacrifice de quelques-unes d'entre elles (Sénat, 2022). Le nombre de passeurs vise à déborder les capacités de contrôle déployées, une stratégie d'augmentation massive des contrôles ayant, elle, pour conséquence l'engorgement des embarquements et des retards. À ces routes maritimes et aériennes s'ajoute une filière plus récente d'envoi par colis postaux. Ainsi, en quelques années, la Guyane s'est transformée en une zone à la fois de stockage et de rebond de l'offre de cocaïne pour la France.

Le développement de la filière guyanaise est symbolique des effets de contamination criminelle et de détournement de trafic en réponse à l'accentuation de la répression sur certains territoires. La proximité géographique avec des pays déjà intégrés au trafic de cocaïne a joué un rôle mais ce sont aussi les effets d'un durcissement de la répression aux Pays-Bas qui ont alimenté un « effet ballon » : les autorités néerlandaises ayant lancé une politique de 100 % de contrôle sur les vols commerciaux en provenance du Surinam, vols empruntés par les mules, les trafiquants ont dû redéployer une nouvelle voie d'approvisionnement que celle à destination d'aéroports néerlandais comme celui de Schiphol et éviter les vols désormais suspects en provenance du Surinam. La Guyane jouxtant le Surinam, elle a naturellement été choisie ainsi que les lignes aériennes reliant Cayenne aux aéroports parisiens. Cet « effet ballon » a connu une seconde accélération depuis 2012 avec une diversification plus marquée vers les aéroports d'Afrique de l'Ouest. Ce nouveau positionnement de la Guyane au cœur des routes de la cocaïne a produit des effets en retour sur le paysage criminel local (Sénat, 2020). Initialement, le re-routage a été géré par les groupes criminels surinamais et brésiliens mais leurs représentants sur place ont dû s'appuyer sur la criminalité organisée locale engendrant les traditionnels effets d'apprentissage et d'émulation. Depuis une petite dizaine d'années, les réseaux criminels guyanais suivent une trajectoire de montée en puissance et d'autonomisation vis-à-vis des réseaux d'origine étrangère. En parallèle, la participation accrue de la Guyane au trafic de cocaïne a également produit des effets sur la sphère économique et sociale puisque des acteurs de l'économie légale y ont vu, dans un contexte de misère économique et de sous-emploi, une opportunité d'enrichissement. Se sont développés ainsi

des participations individuelles au trafic, des réseaux familiaux et des micro-réseaux à l'existence précaire, exploités par les réseaux plus puissants, et animés par une logique de subsistance plus que de profits. Ces participations marginales sont préoccupantes car elles enracinent le trafic de cocaïne dans la société et dans l'économie guyanaises et parce qu'elles complexifient la lutte des autorités : l'arrestation de ces petites mains ne produit pas de disruption du trafic.

Autre spécificité française : l'approvisionnement de l'Île-de-France en cocaïne basée (en tant que produit fini) se fait via une filière spécifique gérée en quasi-exclusivité par le réseau des modous, c'est-à-dire principalement des Sénégalais de la confrérie mouride qui gèrent en petites unités différentes sources d'approvisionnement en cocaïne qu'ils transforment afin de la vendre sous forme de galettes aux usagers. Leurs sources d'approvisionnement peuvent se trouver en Afrique (notamment au Sénégal et au Nigéria) comme aux Pays-Bas et plus récemment en Guyane, mais la particularité est que les modous ne passent pas par les réseaux des cités pour s'approvisionner en matière première. Ces réseaux des cités proposent également rarement de la cocaïne basée même lorsqu'ils vendent plusieurs produits dont la cocaïne en poudre, sans doute parce que la population consommatrice est parfois difficile à gérer. La vente de cocaïne basée en cité, lorsqu'elle se fait, est plutôt organisée par des vendeurs originaires d'Afrique subsaharienne (Cadet-Taïrou et coll., 2021).

Implications pour la lutte contre le cloisonnement des activités criminelles

Cette configuration complexe de collaborations et hiérarchisation criminelles transnationales se traduit par un fourmillement criminel mais aussi par un cloisonnement des différentes étapes du trafic de cocaïne. Là où l'idée d'un monopole illégal pouvait permettre d'envisager de « décapiter la pieuvre », le paysage criminel auquel sont confrontées les forces de l'ordre est nettement moins lisible et donc ardu à combattre. Il faut, si l'on souhaite véritablement opérer une action disruptive sur l'approvisionnement en cocaïne, comprendre les imbrications criminelles et remonter la chaîne de manière à ne pas limiter l'action répressive aux franges finales de la filière. Lorsque ces franges finales sont ciblées, d'une part cela ne désorganise pas durablement l'offre de cocaïne et, d'autre part, cela ne fournit pas aux enquêteurs des sources d'informations permettant d'atteindre les nœuds névralgiques du trafic. Comme le souligne l'UNODC (2023a), les chaînes d'approvisionnement sont fragmentées et les liens entre groupes criminels sont réels mais distendus donc reconfigurables relativement rapidement. Cette souplesse confère aux voies du trafic une adaptabilité et une capacité d'innovation qui mettent au défi les forces

de l'ordre et constituent de véritables filets de protection pour les réseaux criminels participant. Prendre acte de la réalité du terrain impose de repenser la lutte contre le trafic de cocaïne (et contre le crime organisé en général). Il est impératif de ne pas considérer le monde criminel comme un tout monolithique et homogène. Cela doit passer en France par le développement d'une culture du renseignement criminel encore trop inaboutie à l'heure actuelle (Sénat, 2024).

Une accessibilité accrue pour le(s) consommateur(s)

Si le marché de la cocaïne est en pleine expansion en Europe et en France, c'est parce que l'offre est abondante et résiliente mais aussi parce que la demande est au rendez-vous. L'abondance de produit le rend plus accessible, ce qui entraîne un double effet : une consommation potentiellement quantitativement plus importante pour les personnes déjà consommatrices, et la captation de nouveaux usagers via des opérations de marketing et de fidélisation portées par de nouveaux modes de vente aux consommateurs finaux dont les profils se diversifient. Cela permet une propagation de la consommation auparavant limitée à des catégories de population très spécifiques. L'usage de cocaïne basée semble ainsi se diffuser en jouant sur la différence entre visibilité et invisibilité de sa consommation.

Indices d'accessibilité accrue du produit

Divers indices témoignent d'une accessibilité accrue de la cocaïne et de ses produits dérivés sur le continent européen et en France : il s'agit de la forte progression de la qualité/pureté du produit, de son prix en baisse ou stable depuis plusieurs années, du déploiement de canaux de distribution extrêmement variés pour satisfaire des usagers très différents et de l'identification de consommateurs en milieux aussi bien urbain que rural. Ces éléments ressortent notamment des données fournies par les analyses d'échantillons (saisis ou confiés par des acheteurs) et par les enquêtes de terrain menées notamment par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Cette facilité d'accès a partiellement démocratisé l'usage de la cocaïne en la sortant de la niche de drogue chère donc réservée aux populations aisées. La cocaïne basée, au prix de vente *a priori* moindre, a aussi contribué à cette évolution même si la forte dépendance qu'elle entraîne induit généralement un usage plus fréquent. Par ailleurs, rapporté à la quantité de cocaïne effectivement présente, la cocaïne basée en tant que produit fini coûte en réalité plus cher que la cocaïne poudre. Cela pourrait expliquer la tendance selon laquelle

les usagers procéderaient eux-mêmes au basage de la cocaïne achetée sous sa forme poudre en plus du fait que le produit fini n'est pas disponible partout.

Cette accessibilité accrue permet de compenser les pertes engendrées par la baisse des prix pour les narcotrafiquants par une hausse des quantités vendues. En France, le chiffre d'affaires de la cocaïne était ainsi estimé à 902,3 millions d'euros en 2010, à 1,7 milliard en 2017 (Obradovic, 2023), et à 3,1 milliards d'euros en 2023 (Ben Lakhdar et Massin, 2025). Selon Ben Lakhdar et Massin : « Ce marché triple en valeur (+244 %) entre 2010 et 2023 et se hisse désormais au premier rang des drogues illicites en termes de dépenses allouées par les consommateurs. Malgré des quantités consommées bien moins importantes que celles du cannabis, en valeur la cocaïne le surpasse désormais » (Ben Lakhdar et Massin, 2025). Cette augmentation continue du chiffre d'affaires est tirée par des possibilités d'achat allant bien au-delà du simple point de *deal*.

Des possibilités d'achat diversifiées

Le dispositif « Tendances récentes et nouvelles drogues » (Trend) mis en place par l'OFDT en 1999 permet de suivre en fonction des régions les différentes modalités mises en œuvre par les *dealers* afin de permettre aux usagers d'accéder aux produits. Ces modalités sont diversifiées et cumulent méthodes traditionnelles, nouveautés ayant parfois bénéficié d'une impulsion supplémentaire avec la crise sanitaire et propositions naissantes, y compris pour cibler éventuellement des profils de consommateurs très spécifiques.

Les points de *deal* ou « fours » restent un point de vente de référence en particulier dans les cités et s'articulent autour d'une variété de rôles entre guetteurs, rabatteurs, vendeurs, comptables, portiers et nourrices. Mais dernièrement, les pratiques se sont diversifiées afin notamment de fournir un accès moins visible et donc moins exposé aux consommateurs. Il est ainsi possible de se fournir via des « plans téléphones » permettant de commander la cocaïne et de se faire livrer à un point de rendez-vous convenu lors de l'appel. Ces « plans téléphones » peuvent être gérés par les mêmes réseaux que ceux gérant des points de *deal*. La livraison peut se faire à domicile mais aussi, pour des usagers ne souhaitant pas communiquer leur adresse, à proximité d'un bar ou autre lieu public. L'option livraison est également accessible via des centrales d'appel, à savoir un numéro de téléphone utilisé sur des applications comme WhatsApp qui centralise les commandes et les répartit entre les différents livreurs de l'équipe. À Paris en 2021, des centrales d'appel spécifiquement dédiées au milieu gay ont été identifiées. Enfin, la technique des « *drives* » permet l'apparition de points de vente mobiles. Par cette méthode,

les territoires ruraux peuvent être approvisionnés sans pour autant qu'y soient développées une logistique durable et une implantation permanente. Si les réseaux de cité ont pour certains incorporé ces évolutions récentes en proposant à leurs clients réguliers de passer commande par téléphone et d'être livrés, le développement de la livraison à domicile a induit l'émergence de nouveaux acteurs, plus en phase avec les nouvelles technologies et sans doute se pensant moins à risque d'interpellations que les vendeurs de rue. Le recours au *darkweb* semble, lui, être marginal en France et reste limité à une partie restreinte de la population disposant de compétences spécifiques en informatique ; son usage, bien que toujours réel, tendrait même à décliner (EMCDDA et Europol, 2022).

Des stratégies de captation de nouveaux consommateurs et de fidélisation

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a cristallisé une tendance qui commençait à s'affirmer. Les confinements et l'entrave qu'ils ont constituée pour le *deal* de rue ont renforcé la place du numérique, laquelle a provoqué une expansion de la consommation via des opérations marketing pour capter de nouveaux consommateurs puis pour les fidéliser.

Le développement des applications numériques s'est accompagné d'une très nette professionnalisation des contenus et de la présentation dans la mesure où les organisations locales de vente au détail des stupéfiants ont eu recours à des sous-traitants pour améliorer leur offre (Duport, 2022). Ce processus résulte d'une évolution du recours à ces applications. La vente de drogues avec la livraison à domicile rendue possible par ces applications a d'abord, en France, été développée pour répondre à la forte demande exprimée lors du confinement de mars 2020. Ces applications initialement basiques car créées pour répondre à l'urgence et à des usagers déjà captifs se sont répandues sur le territoire et ont facilité l'entrée dans la consommation de stupéfiants de publics jusque-là dissuadés par les risques réels et supposés liés à la transaction en points de *deal* physiques (Coomber, 2023 ; Gérôme, 2023). Comme pour les routes d'approvisionnement, les narcotrafiquants ont su s'adapter à la réponse pénale en optant pour une bascule vers les applications Signal et Telegram dès lors que les forces de l'ordre ont intensifié la surveillance sur les réseaux Snapchat et Instagram (Bailly, 2022).

La professionnalisation des applications passe également par des stratégies commerciales élaborées non observées jusque-là sur les points de *deal*. Selon les applications, les acheteurs se verront proposer une carte fidélité, des offres promotionnelles (prix dégressif en fonction de la quantité commandée par

exemple), l'offre d'un nouveau produit à tester pour l'achat d'un autre (comme un cachet d'ecstasy offert pour de la cocaïne achetée), des offres personnalisées (une promotion ou un cadeau pour la date anniversaire du client, en cas de réussite à un examen mais aussi des offres opportunément envoyées à la date du versement des allocations sociales) et même des *goodies* accompagnant les livraisons.

L'aubaine que constituent ces nouveaux modes de vente aux clients se matérialise dans le fait que les trafiquants constituent ainsi des fichiers clients qui peuvent être revendus ensuite pour jusqu'à plusieurs milliers d'euros pour les plus conséquents d'entre eux (fichier de plusieurs centaines de noms). Les applications numériques servent aussi à recruter de la main-d'œuvre, en particulier des livreurs, signe d'une banalisation de la prestation de service pour le compte de réseaux criminels et facteur de fragmentation des activités rendant la lutte contre les commanditaires et la remontée de filière toujours plus complexes. Les livreurs en question ne connaissent en général pas les personnes pour lesquelles ils travaillent. En cas d'arrestation, ils n'ont, une fois de plus, aucune information majeure à fournir pouvant aider à l'identification des narcotrafiquants.

Le recours au numérique offre également de nombreux avantages pour attirer la clientèle. La transaction est moins ostensiblement visible, elle est donc moins risquée tant pour le *dealer* que pour l'acheteur. Surtout, les applications permettent de systématiser des relances au lieu d'attendre que le client vienne sur le point de *deal* ; la disponibilité est permanente avec possibilité de commander de jour comme de nuit et, la plupart du temps, avec des garanties sur des délais de livraison rapide. Les sites de vente peuvent également perfectionner leurs offres en fournissant des descriptifs informatifs sur les produits ainsi que des barèmes de notation et de fiabilité des vendeurs. L'ensemble de ces éléments donne l'impression d'un accès plus sécurisé à une transaction illégale concernant un produit potentiellement dangereux. En ce sens, il y a un processus de désinhibition du passage à l'acte d'achat et de consommation des stupéfiants et de la cocaïne. Par ailleurs, ces modes de consommation en ligne sont susceptibles de capter des consommateurs plus aisés (qui ne souhaitent pas forcément se rendre dans des points de *deal* de cités ni être éventuellement vus achetant de la cocaïne) ainsi que des usagers hors centres urbains, puisque désormais c'est la cocaïne qui vient au consommateur et non le consommateur qui doit se déplacer pour aller la chercher. L'impression de sécurité associée à l'achat de stupéfiants en ligne peut cependant n'être qu'illusoire. Des tests réalisés sur des échantillons achetés via internet en Australie ont montré que les informations et les notations ne garantissaient pas forcément la qualité du produit vendu, une part importante des échantillons présentant

une adultération potentiellement dangereuse et une minorité d'échantillons étant même totalement dépourvue de cocaïne (Barratt et coll., 2024).

Que cela soit au niveau des points de vente de rue ou des systèmes permettant l'achat en ligne et/ou la livraison à domicile, la plupart des réseaux proposent une offre multiple facilitant la bascule d'un stupéfiant à un autre, comme c'est typiquement le cas avec la bascule du cannabis vers la cocaïne. La politique de prix s'exprime tant en ligne qu'en vente physique, avec des offres promotionnelles qui constituent autant d'incitations à acheter plus ; en parallèle, des offres très fractionnées cherchent à toucher les acheteurs les moins fortunés, la cocaïne en poudre pouvant être vendue au gramme mais aussi au demi-gramme voire en adaptant la quantité à la capacité à payer de l'acheteur. Toutes ces stratégies témoignent d'une volonté de rendre la cocaïne accessible à une large gamme de consommateurs : le produit est facilement accessible, à des prix s'adaptant aux capacités financières de chacun, selon des modalités copiant celles en vogue dans la sphère légale (sites en ligne, commandes par téléphone, livraisons à domicile). En découle une diffusion du produit en même temps que d'éventuelles barrières à sa consommation (le prix, la stigmatisation, le risque pénal) tombent ou semblent moins difficiles à franchir.

Des spécificités territoriales et des tendances globales

Le dispositif Trend de l'OFDT, entre autres, permet d'identifier des territoires diversement approvisionnés et des spécificités locales qui ne doivent cependant pas masquer une tendance globale. Si l'accessibilité de la cocaïne se développe, l'île de La Réunion reste relativement épargnée – sans doute n'est-ce cependant que momentanément – en raison notamment d'un prix encore élevé (Auzole et Crosse, 2022). En revanche, la Lorraine se caractérise par une forte disponibilité en stupéfiants dont la cocaïne qui peut s'expliquer par la proximité avec les Pays-Bas et la Belgique à la base d'un trafic transfrontalier (Bailly, 2022). Ainsi, un axe Thionville-Metz-Nancy particulièrement bien approvisionné se distingue, avec des ramifications vers Longwy et Mont-Saint-Martin qui, en tant que villes de frontière, jouent un rôle de porte d'entrée de la cocaïne. La Bretagne se caractérise elle aussi par des arrivages massifs de cocaïne, tendance qui s'amplifie et devient de plus en plus régulière. Cela se traduit par un prix en baisse pouvant descendre jusqu'à 50 euros le gramme contre une moyenne de 70 à 80 euros en France métropolitaine. Dû à son positionnement au cœur de l'Europe occidentale, il faut aussi noter que la France n'est pas seulement un marché de destination mais aussi une zone de transit, en particulier pour ce qui est de relier les Pays-Bas et l'Espagne (OFDT, 2022).

Le déclin de certains réseaux criminels ne semble pas affecter l'approvisionnement des consommateurs, comme le montre la situation dans la région lyonnaise : auparavant très marquée par l'emprise de réseaux albanais, la zone est désormais sous l'emprise des réseaux des cités qui se partagent le marché en alternant phases de coopération et de règlements de compte. Cette configuration accrédite la thèse de l'appel d'air selon laquelle la vacance d'un réseau de distribution de stupéfiants n'est que transitoire et rappelle que le paysage criminel est suffisamment dense pour que de nouveaux réseaux occupent très rapidement la place.

En ce qui concerne plus spécifiquement la cocaïne basée, sa disponibilité en tant que produit fini semble être une quasi-exclusivité de l'Île-de-France. Il est rare ailleurs de trouver des points de vente de cocaïne basée. En revanche, des différents territoires étudiés par le réseau Trend ressort le fait que de nombreux indices accréditent l'idée d'une augmentation de la consommation sur le territoire (OFDT, 2025a, b, c, d, e, f, g, h, i). Les demandes de matériel comme les « pipes à crack » sont en croissance, les demandes de soins pour usage de cocaïne basée le sont aussi. Cela signifie que les usagers sont plus nombreux à acheter de la cocaïne poudre puis à la baser eux-mêmes avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude.

Malgré quelques spécificités territoriales, des tendances générales marquent la progression de la consommation de cocaïne sur le territoire national avec un prix et une qualité globalement homogènes en France métropolitaine. Il apparaît partout le développement des livraisons à domicile ou sur rendez-vous. Néanmoins, cela ne débouche pas sur une disparition des points de *deal* physiques et fixes, même sur des zones comme Rennes où l'augmentation de l'offre en livraison est notable. Les points de *deal*, cibles principales de l'action publique, ont adapté leur stratégie pour assurer leur pérennité et minimiser les pertes potentielles liées à la répression. La technique est la même que celle utilisée dans toute la filière cocaïne : la fragmentation des tâches qui permet de ne voir tomber que certains acteurs – substituables – du réseau, qui permet également de séparer les détenteurs du cash de ceux de la marchandise et de ne faire disposer aux vendeurs que de petites quantités sur eux quitte à multiplier les déplacements pour se réapprovisionner jusqu'à épuisement du stock. L'utilisation de main-d'œuvre extérieure à la ville ou à la région pour les petites mains du trafic se diffuse. Les annonces de recrutement passent généralement par messagerie, le but est de disposer d'une main-d'œuvre ignorante des acteurs du trafic et des enjeux criminels locaux et qui, en cas d'arrestation, aura peu d'informations utiles à donner aux enquêteurs. Ces personnes ne disposant pas de points d'appui ou de réseaux de connaissances sur place, elles sont potentiellement plus susceptibles d'être victimes d'exploitation

par les trafiquants. Enfin, il y a une tendance à l'homogénéisation des territoires : grandes villes, villes moyennes, petites communes, aucun n'échappe désormais à la disponibilité en cocaïne. Les modes d'irrigation du territoire ne sont pas identiques puisque les points de ventes fixes sont propres aux zones urbaines mais les points de vente mobiles et la livraison à domicile ont rendu la cocaïne accessible aux milieux plus ruraux sans contraindre les consommateurs à se déplacer.

La cocaïne basée : entre visibilité et invisibilité

La singularité de la cocaïne basée, dans le contexte plus général de l'expansion du marché de la cocaïne en France, découle de son positionnement entre visibilité et invisibilité qui pourrait aussi être symbolique de l'évolution de la relation aux stupéfiants sur notre territoire. Comme évoqué précédemment, la vente de cocaïne basée comme produit fini reste très limitée avec une filière parallèle, celle du réseau des modous, en Île-de-France. Récemment, de la cocaïne basée sous sa forme déjà préparée a fait son apparition à Lyon, l'hypothèse étant que le produit viendrait de la proche Genève où la consommation est importante (Tissot, 2022). La faible accessibilité de la cocaïne basée en point de vente n'implique cependant pas un usage lui aussi faible. Divers territoires se caractérisent en effet par des indices d'expansion de l'usage de cocaïne suite à un basage de la cocaïne poudre réalisé par l'usager : c'est le cas à Marseille et dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à Rennes, Toulouse, Montpellier et Perpignan ou encore dans les zones d'Angers, Le Mans et Laval. Régulièrement, malgré l'absence de point de vente dans l'espace public il y a une demande de matériel pour fumer. Même à Paris et en Île-de-France où l'offre existe, un décalage entre les demandes de matériel et les usagers traditionnellement identifiés dans les structures d'accueil des consommateurs est observé par les acteurs de terrain.

En France, l'image de la cocaïne basée (ou crack⁸⁶) est associée à l'espace public avec une concentration en un même lieu des vendeurs et des usagers, ces derniers consommant en pleine rue. L'addiction étant rapide et forte et l'impact sur la santé mentale et physique notable (et souvent accentué par d'autres facteurs tels que le sans-abrisme, la misère), la cocaïne basée est synonyme de forte stigmatisation. C'est la forte visibilité dans l'espace public d'une certaine catégorie d'usagers qui contribue à cette stigmatisation par ailleurs intériorisée par les consommateurs de stupéfiants eux-mêmes. Or ce critère de visibilité peut amener à une erreur de diagnostic qui consiste à ne

86. Comme précédemment mentionné dans ce rapport d'expertise, rappelons ici que la cocaïne basée est aussi appelée « crack », une appellation plus courante en contexte de précarité.

pas tenir compte d'une diversification des usagers de cocaïne basée. Ce produit se diffuse y compris auprès de populations insérées d'après le profil des personnes venant en salle de consommation demander des « pipes à crack » et du matériel para-sanitaire. La possibilité de baser soi-même la cocaïne invisibilise des consommateurs qui n'achètent pas et ne consomment pas dans l'espace public mais qui subissent le même processus d'addiction, les effets de la cocaïne basée étant particulièrement intenses mais brefs et favorisant une phase de *craving* forte incitant à re-consommer rapidement. L'intériorisation de l'idée de déchéance associée à la cocaïne basée fait que cette nouvelle catégorie d'usagers basant par eux-mêmes tend à utiliser le terme de cocaïne basée plutôt que celui de crack. La diversification des usagers a été observée à Paris où la cocaïne basée semble se diffuser dans la population insérée (attirée par ses effets plus puissants que ceux de la cocaïne poudre et utilisant la livraison pour éviter la stigmatisation d'un achat et d'une consommation de rue) alors même que la cocaïne poudre pourrait désormais avoir la faveur des classes moins favorisées, son prix à quantité de cocaïne égale dans le produit fini, étant inférieur. Cette évolution doit être prise en compte et implique une inversion des valeurs et des stéréotypes associés à la cocaïne basée pouvant en favoriser la diffusion dans les prochaines années.

Conclusion : trois enjeux majeurs

À l'issue de ce tour d'horizon de la question des marchés et approvisionnements en cocaïne poudre et cocaïne basée, trois enjeux retiennent prioritairement l'attention pour appréhender au mieux l'expansion de la consommation de cocaïne sur le territoire national.

Un premier enjeu, que l'on retrouvera dans le chapitre sur la politique pénale en matière de stupéfiants, concerne l'identification des acteurs criminels. Il importe de sortir de « l'illusion de savoir » qui caractérise couramment nos connaissances supposées sur les réseaux et organisations criminels. Trop souvent, le discours oscille entre, d'un côté, une représentation alimentée par l'image de la pieuvre dans sa dimension tentaculaire mais aussi centralisée et qu'il suffirait donc de décapiter et, de l'autre, une sous-estimation du risque criminel sur notre territoire. S'il est vrai que le crime organisé français ne figure pas aux premiers rangs du classement des organisations les plus menaçantes, cela ne signifie pas pour autant que notre territoire est à l'abri, ne serait-ce que parce qu'il est aussi territoire d'implantation de réseaux criminels étrangers. Au-delà de la vision très économique axée sur le marché, il apparaît nécessaire que les autorités publiques intègrent la vision en termes d'acteurs et de hiérarchies criminelles. Cela présentera aussi le mérite de rendre la lutte plus

efficace puisque l'inscription des stupéfiants dans un monde illégal beaucoup plus large (traite des êtres humains, criminalité forcée, atteintes à l'environnement...) deviendra visible.

Un deuxième enjeu porte sur la problématique portuaire et complète ainsi le premier enjeu. La question majeure est celle de l'arbitrage entre efficacité et sécurité. Sans doute faudra-t-il envisager de déplacer le curseur vers plus de sécurité dans la mesure où l'expansion du trafic de stupéfiants et donc du crime organisé n'est pas qu'une question économique de flux de marchandises illégales mais affecte nos démocraties et nos sociétés en discréditant l'État et en présentant le crime organisé comme une opportunité économique et sociale. Une réponse doit être apportée aux vulnérabilités portuaires si l'on souhaite que la politique de prohibition de la cocaïne porte ses fruits.

Troisième et dernier enjeu qui interroge : le changement de perception de la cocaïne qui acquiert l'image d'un stimulant courant. De plus, il faut souligner l'accessibilité via le numérique et le marketing qui accompagne les nouveaux modes d'offre de la cocaïne et qui en favorise une diffusion sans discrimination. Les barrières à la consommation de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée tombent : elles tombent géographiquement puisque les stupéfiants sortent des grandes villes, financièrement avec la baisse des prix pour une qualité accrue, socialement avec une grande diversité des usagers et des différenciations entre le type de drogue et le type de consommateurs qui s'effacent.

RÉFÉRENCES

Antoine J, Balcaen M, Degreef M, *et al.* *The drug situation in Belgium in 2022: Annual report from the Belgian REITOX network.* Bruxelles, Belgique : Sciensano, 2024 : 229 p [consulté le 10/06/25 : https://www.sciensano.be/sites/default/files/the_drug_situation_in_belgium_in_2022.pdf].

Auzole E, Crosse A. *Phénomènes émergents liés aux drogues : Tendances récentes sur les usages de drogues à La Réunion en 2021* : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; SAOME ; ARS La Réunion, 2022 : 75 p.

Bailly F. *Phénomènes émergents liés aux drogues : Tendances récentes sur les usages de drogues à Metz en 2021* : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; CMSEA ; ARS grand est, 2022 : 75 p.

Barratt MJ, Ball M, Wong GTW, *et al.* Adulteration and substitution of drugs purchased in Australia from cryptomarkets: An analysis of Test4Pay. *Drug Alcohol Rev* 2024 ; 43 : 969-74.

Ben Lakhdar C, Massin S. *Taille des marchés des drogues illicites en France (2010-2023)*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), Note de méthode, 2025 : 20 p.

Bird L. *West Africa's cocaine corridor: Building a subregional response*. Geneva : Global Initiative Against Transnational Organized Crime, 2021 : 28 p.

Bouffet J-Y. La cocaïne, nouvelle puissance du port du Havre. Analyse des voies d'entrée de la cocaïne en France et en Europe. *Sécurité globale* 2023 ; 34 : 29-42.

Cadet-Taïrou A, Jauffret-Roustide M, Gandilhon M, et al. *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 21 p.

Champeyrache C. *Géopolitique des mafias : Entre expansion économique et conquête territoriale*. Paris : Le Cavalier Bleu, 2024 : 192 p.

Champeyrache C. *La face cachée de l'économie : Néolibéralisme et criminalités*. Hors collection. Paris : Presses Universitaires de France, 2019 : 304 p.

Coomber R. The changing shape of illicit drug markets: differentiation and its consequences for understanding and researching illicit drug markets. In: Ayres TC, Ancrum C, eds. *Understanding Drug Dealing and Illicit Drug Markets* : Routledge, 2023 : 22-47.

Dos Santos F, Monedeiro F, Velho J, et al. Cocaine trafficking in asphalt material: An unusual report of cocaine in seized drugs. *Braz J Anal Chem* 2022 ; 10 : 80-7.

Douanes et Droits Indirects. *Bilan annuel de la douane 2024* : Douanes et Droits Indirects, 2025 : 51 p.

Douanes et Droits Indirects. *Bilan annuel de la douane 2022* : Douanes et Droits Indirects, 2023 : 51 p.

Duport C. *Phénomènes émergents liés aux drogues : Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille et en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2021* : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Addiction Méditerranée ; ARS Provence Alpes Côte d'Azur, 2022 : 75 p.

EMCDDA. *EU Drug Market: Drivers and facilitators – Technology and innovation*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2024a : 13 p.

EMCDDA. *Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2024b : 19 p.

EMCDDA. *An analysis of drug dealing via social media*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2022 : 29 p.

EMCDDA, Europol. *EU Drug Market: Cocaine*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ; Europol, 2022 : 92 p.

EMCDDA, Europol. *EU drug markets: Impact of COVID-19*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ; Europol, 2020 : 130 p.

EMCDDA. *Rapport annuel 2007 – État du phénomène de la drogue en Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2007 : 104 p.

Europol. *Decoding the EU's most threatening criminal networks*. Luxembourg : Europol, 2024 : 60 p.

Europol, US DEA. *Complexities and conveniences in the international drug trade: the involvement of Mexican criminal actors in the EU drug market* : Europol; US Drug Enforcement Administration (US DEA), 2022 : 8 p.

Feltran G, Vianna I, Ruiz-Benitez L, *et al.* *Atlantic connections – The PCC and the Brazil-West Africa cocaine trade*. Geneva : Global Initiative Against Transnational Organized Crime, 2023 : 28 p.

Gandilhon M. La cocaïne, le conteneur et la criminalité transnationale : une menace pour les ports européens. *Cahiers de la sécurité et de la justice* 2023a : 82-9.

Gandilhon M. Marché mondial de la cocaïne : une sous-estimation du phénomène ? *Sécurité globale* 2023b ; 34 : 7-12.

Gandilhon M, Weinberger D. *Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne*. Saint-Denis-La-Plaine : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), 2016 : 8 p.

Gérome C. Fidéliser la clientèle et déjouer l'intervention policière : les usages du numérique par les trafiquants de drogues. *Annales des Mines – Enjeux numériques* 2023 ; 24 : 109-15.

Grisaffi T. Why is the drug trade not violent? Cocaine production and the embedded economy in the Chapare, Bolivia. *Development and Change* 2022 ; 53 : 576-99.

Hidalgo JP, Centeno JAS. Environmental scanning of cocaine trafficking in Brazil: Evidence from geospatial intelligence and natural language processing methods. *Sci Justice* 2023 ; 63 : 689-723.

Janssen E, Vuolo M, Gérome C, *et al.* Mixed methods to assess the use of rare illicit psychoactive substances: a case study. *Epidemiol Methods* 2021 ; 10.

Magliocca NR, Summers DS, Curtin KM, *et al.* Shifting landscape suitability for cocaine trafficking through Central America in response to counterdrug interdiction. *Landsc Urban Plan* 2022 ; 221 : 104359.

Obradovic I, Brissot A, Cherki S, *et al.* *La Cocaïne : un marché en essor – Évolutions et tendances en France (2000-2022)* : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2023 : 65 p.

Obradovic I. Le marché de la cocaïne en France : tendances récentes. *La revue du Grasco* 2023 ; 41 : 11-7.

Obradovic I, Néfau T. La cocaïne en France, un marché en expansion : tendances actuelles et réponses publiques. *Psychotropes* 2019 ; 24 : 83-110.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Bordeaux et en Nouvelle-Aquitaine en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025a : 41 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Lille et dans les Hauts-de-France en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025b : 51 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025c : 63 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Marseille et en Provence-Alpes Côte d'Azur en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025d : 55 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Metz et en Grand-Est en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025e : 52 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Paris et en Île-de-France en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025f : 66 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Rennes et en Bretagne en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025g : 36 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés : Tendances récentes à Toulouse, Montpellier et Perpignan en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025h : 58 p.

OFDT. *TREND – Substances psychoactives, usagers et marchés: Tendances récentes sur l'Île de la Réunion en 2024*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2025i : 56 p.

OFDT. *L'offre de stupéfiants en France en 2021*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2022 : 13 p.

OICS. *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2023*. Vienne : Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), 2024 : 182 p.

Sampó C, Troncoso V. Cocaine trafficking from non-traditional ports: examining the cases of Argentina, Chile and Uruguay. *Trends Organ Crim* 2023 ; 26 : 1-23.

Schelling TC. *Economics and Criminal Enterprise*. Bobbs-Merrill reprint series in economics, 1967 : 78 p.

Sénat. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact du narcotrafic en France et les mesures à prendre pour y remédier*. France : Sénat, 2024 : 629 p.

Sénat. *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'organisation et les moyens de la Douane face au trafic de stupéfiants*. France : Sénat, 2022 : 108 p.

Sénat. *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur le trafic de stupéfiants en provenance de Guyane (1) sur « Mettre fin au trafic de cocaïne en Guyane : l'urgence d'une réponse plus ambitieuse » par M. Antoine Karam, sénateur*. France : Sénat, 2020 : 85 p.

Sergi A, Reid A, Storti L, et al. *Ports, Crime and Security: Governing and Policing Seaports in a Changing World*. Bristol shorts research. Bristol UK : Bristol University Press, 2021 : 144 p.

Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. *Tendances* 2024 ; 164 : 1-4.

Terenghi F. The financial management of cocaine trafficking in Italy. *Eur J Criminol* 2022 ; 19 : 1501-20.

Thomson F, Meehan P, Goodhand J. The political economy of illicit drug crops: forum introduction. *J Peasant Stud* 2024 ; 51 : 763-800.

Tissot N. *Phénomènes émergents liés aux drogues : Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2021* : OFDT, RuptureS-Oppelia, 2022 : 100 p.

UNODC. *World Drug Report 2025 – Key findings*. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2025 : 98 p.

UNODC. *Drug trafficking in the Sahel: Transnational Organized Crime Threat Assessment – Sahel*. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2024a : 40 p.

UNODC. *World Drug Report 2024 – Key findings and conclusions*. United Nations publications. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2024b : 82 p.

UNODC. *Global report on cocaine 2023: Local dynamics, global challenges*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023a : 184 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs*. United Nations publications. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023b : 206 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs: Chap 8 Developments and emerging trends in selected drug markets – The global cocaine market*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023c : 10 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Special points of interest*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023d : 15 p.

UNODC. *World Drug Report 2022 – Drug market trends: Cocaine amphetamine-type stimulants new psychoactive substances*. United Nations publications. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2022 : 111 p.

UNODC. *World Drug Report 2021: Executive summary – Policy implications*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2021 : 83 p.

UNODC. *World Drug Report 2010*. United Nations publications. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2010 : 307 p.

4

Dommmages aux usagers

Comme déjà évoqué dans ce rapport, la consommation de cocaïne se diffuse sur l'ensemble du territoire français et s'étend à des populations d'usagers de plus en plus diverses⁸⁷. Les données d'expérimentation et de consommation de la cocaïne en population générale ne seront pas énoncées ici, mais des données épidémiologiques spécifiques issues des enquêtes d'addictovigilance en France et celles de jeunes en situation de migration, en lien avec les dommages, seront détaillées en vue d'envisager des offres de soins adaptées.

La littérature sur le sujet des dommages aux usagers en lien avec la cocaïne est vaste. Dans ce chapitre, nous prenons le parti de développer en premier lieu et de manière assez succincte les dommages liés à l'usage de la cocaïne – sans distinction de la forme de la substance (cocaïne poudre ou cocaïne basée) – puis de décrire les dommages liés plus spécifiquement à l'usage de la cocaïne basée.

L'analyse de cette riche littérature soulève deux constats majeurs : très peu d'études se concentrent sur la cocaïne basée seule et sur les conséquences de sa consommation, et les termes utilisés ne sont pas uniformes pour décrire cette substance (« *free-base* », « cocaïne base », « crack », etc.).

Épidémiologie des dommages dans des populations spécifiques

En France, les enquêtes OPPIDUM⁸⁸ et DRAMES⁸⁹, menées par les centres d'addictovigilance, confirment l'augmentation des notifications spontanées émanant des professionnels de santé en lien avec l'usage de cocaïne poudre et de cocaïne basée (Eiden et coll., 2021). Dans l'enquête OPPIDUM, le niveau des consommations a été étudié de 2010 à 2016. Au total, 1 265 déclarations (23 % des cas de notifications) concernant la cocaïne ont pu être analysées.

87. Cf. le chapitre « Spécificités des publics consommateurs de cocaïne » dans cette expertise.

88. OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse.

89. DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances.

Elles émanaient pour 75 % d'entre elles d'hommes d'âge médian de 35 ans. Une nette augmentation des déclarations a été constatée entre 2015 et 2016, essentiellement sur la cocaïne poudre. Les principales complications liées à la cocaïne étaient des complications psychiatriques (29 %), neurologiques (24 %), cardiovasculaires (23 %) puis infectieuses (11 %), sans distinction de la forme de cocaïne. La consommation de cocaïne basée a été retrouvée spécifiquement chez 2,4 % des personnes ayant eu une notification en 2016, ce qui représente le chiffre le plus important depuis 2006. Ces personnes étaient majoritairement des hommes (76 %) d'âge médian de 38,2 ans, la polyconsommation était rapportée par 82 % d'entre eux avec une alcoolodépendance dans 32 % des cas. L'enquête DRAMES indique que les décès liés à la cocaïne ont été multipliés par trois entre 2014 et 2016, les principales associations en cas de décès étaient avec l'héroïne puis la méthadone ; la distinction entre les formes de cocaïne n'était pas détaillée pour les décès.

Une méta-analyse a examiné les articles publiés de 1985 à 2022 concernant les taux de consommations de substances psychoactives de jeunes âgés de 10 à 24 ans vivant dans la rue (Armoon et coll., 2023). Au total, 16 155 références ont été trouvées, 156 analysées en texte intégral et 73 retenues pour cette méta-analyse. Bien que n'incluant pas de pays de l'Union européenne, cette étude montre la forte vulnérabilité aux substances psychoactives de cette population. Chez ces jeunes, la prévalence vie entière⁹⁰ de la consommation de cocaïne basée était de 44 %, avec de grandes disparités selon les tranches d'âge : 13 % de 10 à 14 ans ; 61 % de 15 à 18 ans ; et 48 % de 18 à 24 ans. Dans la majorité des cas (62 %), cette consommation s'intègre dans un contexte de polyconsommation.

Domages liés à la consommation de cocaïne, sans distinction précise de la forme de la substance

Comme évoqué dans l'introduction de ce chapitre, très peu d'études sur les dommages liés à la consommation de cocaïne se concentrent spécifiquement sur la cocaïne basée, la plupart des travaux portent sur la cocaïne quelle que soit la forme de la substance. Les principaux dommages attribuables à la consommation de cocaïne sont cardiovasculaires. Les études qui s'y intéressent vont de l'explication de la physiopathologie aux hypothèses de prise en soins. Les complications otorhino-laryngées (ORL), spécifiques à la cocaïne poudre et à son mode d'utilisation par « sniff », sont aussi très étudiées, allant de la physiopathologie aux propositions de soins. Les autres complications

sont principalement issues d'études de cas et n'amènent pas de recommandations sur le traitement. Quant aux dommages infectieux, principalement liés au mode de consommation par injection, ils sont donc liés à la fois à l'usage de la cocaïne poudre et à l'usage de la cocaïne basée. Cependant, les dommages infectieux sont plus fréquents et accentués pour l'usage de la cocaïne basée ; ces dommages seront abordés dans la section traitant des dommages liés plus spécifiquement à la consommation de cocaïne basée (cf. *infra*).

Dommages cardiovasculaires

De nombreuses études s'attachent à décrire la physiopathologie des conséquences cardiovasculaires de la consommation de cocaïne, sans pour autant différencier la cocaïne basée de la cocaïne poudre. De façon unanime, la consommation de cocaïne occasionne une augmentation des besoins en oxygène du muscle cardiaque, tout en réduisant l'apport d'oxygène ; elle a également une action pro-thrombotique, et augmente les risques de myocardite, d'anévrismes des artères coronaires et de cardiomyopathies (Lucyk, 2022).

La consommation aiguë de cocaïne fait prendre un risque de survenue d'un événement cardiovasculaire et aggrave son pronostic. Les principales complications aiguës sont : la tachycardie, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme cardiaque et l'infarctus du myocarde. Ces risques sont majorés en cas de consommation concomitante d'alcool, en raison de la formation de cocaéthylène, un métabolite toxique qui potentialise les effets cardiovasculaires de la cocaïne. En utilisation régulière, la complication la plus spécifique de la consommation de cocaïne est une cardiomyopathie hypertrophique et dilatée. À noter que les complications sont majoritairement associées à une polyconsommation (Clement et coll., 2023). Une revue systématique de la littérature couplée à une méta-analyse a été menée afin de décrire l'association entre l'usage de cocaïne, l'insuffisance cardiaque et la cardiomyopathie (Arenas et coll., 2020). Ainsi, 881 résumés ont été identifiés dans les bases de données bibliographiques et 104 articles analysés. Cette méta-analyse a mis en évidence deux éléments majeurs : i) l'infarctus du myocarde est parmi les premières causes de décès attribuables à la cocaïne ; et ii) il est recommandé de rechercher une consommation régulière de cocaïne en cas de découverte d'une cardiomyopathie dilatée avec une dysfonction diastolique (Arenas et coll., 2020). Aucune distinction n'était faite entre cocaïne poudre et cocaïne basée.

L'impact de la cocaïne en contexte d'ischémie mésentérique a également été décrit. Les personnes ayant une ischémie mésentérique en lien avec une consommation de cocaïne sans distinction de forme de la substance sont plus jeunes, mais le pronostic n'est pas plus péjoratif par rapport aux personnes

sans consommation, et il n'y a aucune différence de gravité de l'atteinte ou du pronostic en fonction de la voie d'administration de la cocaïne (Farooq et coll., 2021, 2022).

Dommages otorhino-laryngés (ORL)

Les complications otorhino-laryngées (ORL) sont le plus souvent décrites avec la cocaïne poudre. En effet, l'usage répété par voie intranasale (sniff) induit ischémie et nécrose. On constate d'abord des lésions des muqueuses, qui peuvent ensuite être compliquées de lésions cartilagineuses (cloison nasale) puis des lésions osseuses (palais dur, os maxillaire, base du crâne) (Colletti et coll., 2014). Ces lésions ont des conséquences esthétiques (déformations du nez), fonctionnelles (difficultés respiratoires, odorat) mais aussi infectieuses. Elles sont appelées « lésions de la ligne médiane » induites par la cocaïne.

Une revue systématique de la littérature a été menée en 2021, afin de colliger l'ensemble des lésions de la ligne médiane occasionnées par la consommation de cocaïne et de les classifier (Nitro et coll., 2022). Un total de 2 593 articles a été trouvé, 190 ont été évalués dans leur intégralité et 17 retenus pour l'analyse. L'ensemble de ces articles était constitué d'études de cas, 127 situations individuelles ont pu être colligées. Il s'agissait principalement d'hommes (61 % *versus* 44 %), les âges allaient de 22 à 66 ans. La complication retrouvée dans quasiment tous les cas était la perforation septale pour 99,2 % des sujets, puis une atteinte du plancher nasal (59 %) et finalement des structures de la base du crâne (7,9 %). Cette revue n'a pas permis d'identifier les liens entre lésions et quantité consommée ou durée de l'exposition (Nitro et coll., 2022).

La physiopathologie de ces lésions a beaucoup été étudiée car l'implication de la cocaïne comme seule substance, avec son effet vasoconstricteur, ne permet pas d'expliquer toutes les lésions microscopiques retrouvées. Des lésions de vascularites auto-immunes sont attribuées à la fois à la cocaïne mais aussi au levamisole (adultérant le plus fréquent). Une mise au point exhaustive a été très récemment publiée sur ce thème (Iorio et coll., 2024). À noter qu'aucun traitement thérapeutique n'est actuellement validé, le seul impératif énoncé est l'arrêt de la consommation de cocaïne qui permet dans certains cas une amélioration des lésions et une disparition en 6 à 12 mois des anticorps. Les traitements locaux comme les douches salines, la détersion des lésions nécrotiques et l'utilisation d'antibiotiques si besoin, sont préconisés. Sur des lésions plus délabrantes, la chirurgie prothétique peut être indiquée suite à une longue période d'abstinence (6 à 24 mois).

Dommages en santé mentale et troubles neurocognitifs

Les substances psychoactives utilisées durant la période de maturation neurobiologique ont un impact sur l'apparition de problématiques en santé mentale. Cela a largement été prouvé pour le cannabis et la schizophrénie. Dans le cas de la cocaïne, outre le fait que la rencontre précoce avec la substance favorise l'apparition de l'addiction, il n'y a pas de lien précis démontré jusqu'à présent entre cocaïne et genèse d'une problématique spécifique en santé mentale.

Une étude transversale menée au Royaume-Uni, reposant sur un questionnaire en ligne destiné aux jeunes adultes a été mise en œuvre, comprenant des questions destinées à examiner la prévalence de la consommation de drogues illicites et les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress perçu et d'insomnie (Foster et coll., 2023). Parmi 600 participants, 543 questionnaires ont pu être examinés. L'âge médian des personnes était de 20 ans, 82 % étaient des hommes ; le cannabis était la première substance utilisée, suivi par la cocaïne sans distinction de forme de la substance (avec une prévalence de 13,4 % le dernier mois, 25,7 % dans l'année et 31,2 % vie entière). Dans cette étude, les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress perçu et d'insomnie étaient liés à une augmentation des déclarations de consommation globale de substances.

Une analyse ancillaire de l'étude ANRS-Coquelicot⁹¹, menée en France entre 2011 et 2013, a retrouvé 39,9 % d'antécédents de tentative de suicide chez les 1 718 personnes interrogées et qui utilisent des drogues. Avoir fait une tentative de suicide était corrélé au fait d'être une femme, d'avoir des antécédents d'overdose, de vivre avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), d'utiliser des benzodiazépines et de consommer de la cocaïne poudre (Jangal et coll., 2022).

Les troubles neurocognitifs associés à l'usage des substances psychoactives ont été largement étudiés. Une revue systématique de la littérature menée entre 2010 et 2021 a tenté d'établir un lien entre les troubles neurocognitifs induits par la consommation de substances psychoactives et les accidents de la route (Blandino et coll., 2022). En ce qui concerne la cocaïne, sans distinction de forme de la substance, en cas d'utilisation régulière et prolongée, une altération d'un large éventail des fonctions cognitives a été décrite, touchant notamment l'attention, l'impulsivité, l'apprentissage, la mémoire verbale, la flexibilité cognitive, la perception visuo-spatiale, la mémoire de travail et les performances psychomotrices (Blandino et coll., 2022). Cette revue insiste

91. L'étude ANRS-Coquelicot, réalisée pour la première fois en 2004, est une enquête de séro-prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues en France, permettant également de décrire les pratiques d'usages de drogues et les profils sociodémographiques des usagers de drogues, d'évaluer les politiques de réduction des risques.

sur le fait que les altérations des fonctions cognitives sont d'autant plus marquées que la consommation a débuté avant 18 ans.

Une étude interventionnelle a tenté de mesurer l'impact de la consommation de cocaïne sur les fonctions cognitives de personnes consommant la substance seule, en comparaison à celles de personnes consommant cocaïne et alcool (Bolla et coll., 2000). Les résultats mettent en évidence un effet potentialisateur de la consommation de cocaïne et d'alcool sur l'altération des fonctions cognitives ainsi qu'un effet dose en fonction de la quantité de cocaïne consommée (Bolla et coll., 2000).

Dommmages hépatologiques

Des lésions hépatiques médiées par le stress oxydatif lié à la consommation de cocaïne sont décrites (Vitcheva, 2012). Des études précliniques évoquent l'action de la cocaïne sur les enzymes du cytochrome P450. Cela impliquerait une action sur le métabolisme oxydatif et pourrait entraîner une hépatotoxicité. Des études supplémentaires sont nécessaires pour expliquer la physiopathologie exacte (Jastrzębska et Daniel, 2023).

Dommmages rénaux

Plusieurs rapports de cas dans la littérature suggèrent une possible rhabdomyolyse induite par la consommation de cocaïne. Une revue systématique ancienne de la littérature décrit la physiopathologie des atteintes rénales et les différentes atteintes cliniques aiguës ou chroniques : insuffisance rénale aiguë, troubles acido-basiques, poussée hypertensive, insuffisance rénale terminale (Nzerue et coll., 2000). Par ailleurs, au cours de la grossesse et en cas de consommation de cocaïne chez la mère, des dommages sur la fonction rénale du fœtus sont possibles, en conséquence de la diminution du débit artériel fœtal (impact sur le débit urinaire, sur le cycle vésical, indice de résistance plus élevé de l'artère rénale, épaissement de la paroi artérielle interlobulaire du rein fœtal) (Nzerue et coll., 2000 ; Kannan, 2022).

Dommmages sur le sommeil

La cocaïne induit des troubles du sommeil avec notamment la survenue de cauchemars dans lesquels les personnes rêvent qu'elles ont envie de la substance (*craving*) ou qu'elles la consomment. Ces rêves anormaux de consommations persistent à distance du sevrage (69,9 % à 6 mois) et sont un important facteur de risque de reprise de la consommation. La prise en soins de la qualité du sommeil, avant ou après le sevrage, est donc indispensable dans

l'accompagnement des personnes qui consomment de la cocaïne (Bjorness et Greene, 2021 ; Jiménez-Correa et coll., 2022).

Autres dommages (qualité de vie, accidents, dommages familiaux, santé sexuelle)⁹²

Dommages sur la qualité de vie

La qualité de vie a été analysée chez de nombreuses personnes qui consomment des drogues. Bratu et coll. (2023) ont mené une revue systématique de la littérature en janvier 2023. Les questions de recherche de cette revue étaient les suivantes : *i*) quelles sont les variations de la qualité de vie chez les personnes qui consomment des substances psychoactives dans différents groupes démographiques et cliniques ; *ii*) quelles sont les dimensions de la qualité de vie les plus négatives chez ces personnes, et quels sont les facteurs associés à ces résultats moins favorables ; *iii*) comment les dimensions de la qualité de vie varient-elles chez les personnes qui consomment des substances ? Plus de 9 100 études ont été identifiées dans les bases de données bibliographiques, parmi lesquelles 19 ont été retenues pour cette revue avec un total de 6 079 patients souffrant d'un trouble de l'usage de substance. Les hommes étaient majoritairement représentés (près de 60 %) et l'âge médian était de 37 ans (31 ans/47 ans en fonction des études). Les études ne faisaient pas la distinction entre cocaïne poudre et cocaïne basée. Néanmoins, la consommation de cocaïne était identifiée chez 47,1 % des patients. D'autre part, une comorbidité en santé mentale est très souvent associée au trouble de l'usage : les troubles mentaux ont été rapportés chez 68,3 % des patients. Cela s'avère associé à une altération de la qualité de vie dans l'ensemble des champs explorés (physique, psychologique, social et environnemental) (Bratu et coll., 2023).

Accidents

Une étude conduite en Espagne sur des analyses toxicologiques réalisées suite à des décès par accident de la voie publique a montré que sur les 710 situations étudiées entre 2009 et 2019, 39 % des personnes décédées étaient positives au moins à une substance (Alvarez-Freire et coll., 2023). L'alcool était le plus souvent retrouvé (67 %), et la cocaïne l'était à 7 % ; l'association de substances psychoactives la plus fréquente était cocaïne/alcool. Dans ce même pays, des automobilistes ont été testés pour la consommation de substances,

92. N.D.L.R. : Précisons que cette partie – comme les parties précédentes – traite des dommages aux usagers de cocaïne. Les dommages pour l'entourage des usagers, et plus largement pour la société, font l'objet d'un chapitre dédié dans l'expertise : cf. le chapitre intitulé « Dommages sociaux ».

de manière longitudinale entre 2008 et 2021 (García-Mingo et coll., 2023). Durant cette période, les tests positifs à la cocaïne n'ont cessé d'augmenter et cette substance était la plus retrouvée (2,4 %) en dehors de l'alcool quand une polyconsommation était mise en évidence.

Une revue systématique de la littérature associée à une méta-analyse a étudié la prévalence mondiale de la mortalité des conducteurs de moto qui consomment de la cocaïne (Hajijafari et coll., 2022). Les accidents mortels de la route sont majoritairement liés à l'utilisation des motos. Parmi les déterminants humains liés à ces accidents, l'utilisation de substances psychoactives et notamment la cocaïne est souvent retrouvée. Trois cents études publiées entre 2011 et 2020 ont été identifiées et 6 ont été retenues afin de mener la méta-analyse. Celle-ci a mis en évidence que la prévalence de la mortalité des conducteurs de moto lors d'un accident en moto était de 12 % chez les utilisateurs de cocaïne et que celle-ci était la plus importante lorsque le conducteur avait moins de 30 ans (Hajijafari et coll., 2022).

Dommmages liés à la consommation durant la grossesse

La consommation de cocaïne a été étudiée dans le contexte de la grossesse. Une revue systématique de la littérature a été menée afin d'examiner l'association entre l'exposition à une ou plusieurs substances psychoactives durant la grossesse et le risque de maltraitance des enfants (Austin et coll., 2022). Au total, 1 533 articles ont été identifiés dans les bases de données bibliographiques, et 30 articles inclus dans cette revue. Cette étude a permis de mettre en évidence un lien entre la consommation de cocaïne durant la grossesse et le risque de placements de l'enfant, risque estimé supérieur à celui pour l'usage de cannabis ou d'opioïdes (Austin et coll., 2022).

Dans une revue systématique visant à analyser l'association entre différents types d'exposition prénatale (notamment à des substances illicites) et le volume de certaines régions cérébrales (Boots et coll., 2023), l'exposition à la cocaïne *in utero* provoquerait des altérations volumétriques de certaines régions du cerveau impliquées dans une prédisposition à certaines maladies neurodégénératives. Ces études ne sont cependant pas prospectives et ne prennent donc pas en compte la part environnementale du développement de l'enfant.

L'ensemble des complications liées à la cocaïne peuvent être retrouvées chez la mère durant la grossesse. Dans une revue sur l'usage de stimulants durant la grossesse, le risque des complications cardiovasculaires est majoré par l'imprégnation en progestérone plus importante durant la grossesse (Smid et coll., 2019). Une revue de la littérature couplée à une méta-analyse conduite en

2011 (31 études) a mis en évidence des complications majeures périnatales en lien avec la consommation de cocaïne chez la mère : prématurité, faible poids de naissance, décollement placentaire, fausse couche, rupture utérine (Gouin et coll., 2011).

Dommages liés à une exposition chez l'enfant

Chez l'enfant, une étude observationnelle a comptabilisé entre 2010 et 2019 le nombre d'accidents d'exposition à la cocaïne répertoriés lors du passage d'enfants aux urgences pédiatriques en France (Eiden et coll., 2022). Depuis 2016, cette étude rapporte une nette augmentation des notifications de ces passages (2010-2015 : 9 ; 2016-2020 : 65). Le risque pour l'enfant de nécessiter un passage en soins intensifs est lié à son âge (<2 ans) et à la présence de manifestations multi-organiques (cœur, poumon, cerveau) (Claudet et coll., 2023).

Violences sexuelles

Une étude menée auprès de jeunes adultes (18-25 ans) a mis en évidence un risque accru de déclarer avoir subi des violences sexuelles chez les femmes qui consomment de la cocaïne, sans distinction des modalités de consommation (Burke et coll., 2023). En 2017, dans une revue systématique couplée à une méta-analyse, ce même constat de risque accru de subir des violences sexuelles avait été prouvé spécifiquement en lien avec la cocaïne basée (Butler et coll., 2017).

Dommages liés plus spécifiquement à la consommation de cocaïne basée

Certaines études récentes tendent à se focaliser sur les dommages liés à la cocaïne basée, qui semble responsable de dommages plus fréquents et plus accentués qu'avec la cocaïne poudre (dommages infectieux, dommages sur la santé mentale) ou spécifiques à cette forme (dommages pulmonaires). Le fait de baser la cocaïne avec de l'ammoniaque plutôt qu'avec du bicarbonate de soude est plus préjudiciable notamment pour les dommages spécifiques.

Dommages infectieux

Une revue systématique de la littérature publiée en 2017 démontre qu'il existe des preuves formelles de liens entre consommation de cocaïne basée et dommages aux usagers, particulièrement pour les infections (Butler et coll., 2017). Pas moins de 6 470 articles ont été identifiés, 302 ont été retenus pour une analyse qualitative et 79 pour l'analyse quantitative sous forme d'une

méta-analyse. Celle-ci confirme une association positive entre la consommation de cocaïne basée et la séroconversion pour le VIH ainsi que la séroprévalence du VIH. Cette association est retrouvée chez les hommes, les femmes cis, les personnes transféminines et les femmes travailleuses du sexe. La prévalence des maladies sexuellement transmissibles était aussi augmentée chez les personnes consommant de la cocaïne basée, notamment pour la syphilis et *Trichomonas vaginalis*. La séroprévalence du virus de l'hépatite C (VHC) était également associée à l'usage de cocaïne basée. Une association positive était trouvée entre l'usage de cocaïne basée et la fréquence des cancers liés au papillomavirus (HPV).

Une étude rétrospective réalisée au Luxembourg (Arendt et coll., 2019) a analysé les différents facteurs de risque de séroconversion pour le VIH. Entre janvier 2013 et décembre 2017, 68 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont été identifiés par l'analyse de dossiers médicaux de personnes qui utilisent des drogues et fréquentent les services de maladies infectieuses du pays. Ces personnes ont été contactées et ont répondu à un questionnaire sur leur usage de substances psychoactives et leurs prises de risque ; leur âge médian était de 36 ans, 75 % étaient des hommes et 80 % avaient une co-infection avec le VHC. Quatre-vingt-quatre pour cent d'entre elles déclaraient des injections de cocaïne toutes formes confondues ou d'héroïne et 37 % n'avaient pas de domicile (Arendt et coll., 2019). Cette étude, bien qu'elle ne fasse pas la distinction entre les formes de cocaïne, présente un intérêt à être citée car les personnes qui consommaient par injection de la cocaïne et de l'héroïne avaient plus tendance à partager le matériel que les personnes qui consommaient par injection l'héroïne seule (20,8 % contre 9,4 % ; $p = 0,07$).

Au Royaume-Uni, une étude a utilisé les données d'une enquête transversale, l'enquête UAM (*Unlinked Anonymous Monitoring*), menée chaque année en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, afin d'étudier les facteurs de risque associés à l'injection de cocaïne basée. Entre 2011 et 2021, l'injection de cocaïne basée est passée de 34 % à 57 %. Les usagers de cocaïne basée injectée ont été comparés aux personnes injectant d'autres substances. Ils avaient notamment plus de risque d'avoir une hépatite virale C chronique (68 % *versus* 54 % ; $p < 0,001$) (Edmundson et coll., 2023). Cette population présentait plus de pratiques à risque que les personnes qui n'injectaient pas de cocaïne basée (polyconsommation, injections à risque avec utilisation du réseau veineux dans l'aïne, partage de matériel et injections pluriquotidiennes).

En France, l'étude PrebupIV est une enquête communautaire transversale qui a évalué l'acceptabilité par les personnes qui consomment des opioïdes par voie intraveineuse d'une forme injectable de buprénorphine dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés ; elle a été conduite en 2015 en partenariat avec

de nombreuses associations communautaires (Roux et coll., 2017). Une analyse ancillaire a été menée au sein de cette étude afin d'évaluer les facteurs associés au dépistage récent (<6 mois) du VHC (Anwar et coll., 2023). Les 557 personnes de l'étude PrebupIV ont répondu de manière autonome à un questionnaire en ligne. Sur les 557 questionnaires, 550 ont pu être analysés : les personnes étaient majoritairement des hommes (81 %) et l'âge médian était de 34 ans. Parmi ces personnes, 31 % (172) avaient effectué un dépistage de l'hépatite C durant les 6 derniers mois. Les participants ayant un test récent du VHC étaient majoritairement sans emploi, n'avaient pas de logement stable, avaient été incarcérés récemment, et décrivaient une personne avec qui ils pouvaient parler de leurs pratiques d'injection (Anwar et coll., 2023). Aucune étude ne s'attache à définir les facteurs favorisant le dépistage des infections chez les personnes qui s'injectent de la cocaïne basée, mais celle-ci peut donner des pistes d'action dans la population spécifique des injecteurs de cocaïne basée et poudre.

Enfin, en ce qui concerne les autres maladies sexuellement transmissibles (*Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*), une étude allemande menée auprès de 12 512 jeunes entre 2016 et 2019 a montré une plus forte incidence de ces infections (16,2 % *versus* 13,9 %) chez les personnes ayant des consommations de substances comme l'ecstasy, la cocaïne sans distinction de forme, la kétamine, le GBL/GHB⁹³, les méthamphétamines ou l'héroïne en contexte sexuel que chez les personnes n'utilisant pas de substances autres que l'alcool ou le cannabis dans ce même contexte (Evers et coll., 2023). Là encore, dans cette étude, la cocaïne n'est pas étudiée selon sa forme ou son utilisation propre mais elle s'intègre dans l'ensemble des consommations de substances psychoactives en contexte sexuel.

Dommages en santé mentale

Une étude conduite en Martinique auprès de 111 personnes accompagnées pour une consommation de cocaïne basée a montré une prévalence du TDAH à l'âge adulte de 18 %, et une prévalence d'antécédents de TDAH durant l'enfance de 45 % (Fond et coll., 2023). Les personnes avec un TDAH consommant de la cocaïne basée présentaient un score plus important d'impulsivité que les personnes sans TDAH (Fond et coll., 2023).

Des études plus anciennes (2007-2014) évoquaient un lien entre consommation de cocaïne et symptômes psychotiques, sans que ces troubles soient étiquetés comme co-occurents ou induits par la consommation. L'étude de Roncero et coll. (2013) s'intéressait à 287 personnes suivies pour un trouble de l'usage de la cocaïne ayant été interrogées via des questionnaires

93. GBL/GHB : Gamma-butyrolactone/Gamma-hydroxybutyrate.

standardisés permettant d'évaluer la présence de symptômes psychotiques ou d'impulsivité. Dans cette étude, des symptômes psychotiques étaient observés chez 59,9 % des personnes interrogées ; ces personnes avaient un score d'impulsivité plus élevé, faisaient plus d'overdose et présentaient plus souvent un TDAH (Roncero et coll., 2013).

Dommmages pulmonaires

Les dommages pulmonaires occasionnés par l'inhalation de cocaïne basée sont décrits dans la littérature essentiellement sous forme d'études de cas depuis les années 1990 (Tashkin et coll., 1992). La symptomatologie peut être brutale avec douleurs thoraciques, dyspnée voire hémoptysies (toux ramenant du sang en provenance des voies respiratoires). Les images scanographiques montrent des phénomènes de condensations, des nodules, des images en verre dépoli. Les explorations fonctionnelles mettent en évidence un syndrome ventilatoire obstructif et une diminution de la capacité de diffusion. Certaines situations cliniques et radiologiques sont améliorées par l'arrêt de l'inhalation de cocaïne basée et la prise de corticoïdes (Shah et coll., 2015 ; Reyes et coll., 2018).

Dommmages oculaires

Une revue systématique des études de cas s'est intéressée aux dommages oculaires en lien avec la consommation de cocaïne basée (Gohil et coll., 2022). Des situations cliniques de brûlures oculaires avec rougeurs ont été décrites en lien avec la consommation de cocaïne basée, 83 % des cas ayant donné lieu à une infection microbienne de la cornée. Il existerait un effet direct de la fumée ainsi qu'un effet indirect de la substance (Gohil et coll., 2022).

Conclusion

La multiplicité et la diversité des dommages aux usagers présentées dans ce chapitre démontrent à quel point la consommation de cocaïne a un impact sur la santé psychique et somatique des personnes. Peu d'études s'intéressent spécifiquement à la cocaïne basée. Il est logique de penser que les propriétés addictogènes plus élevées de la cocaïne basée ne peuvent qu'accentuer l'ensemble des dommages ici énoncés. La diversité des dommages confirme la nécessité d'une approche globale de l'accompagnement, nécessairement pluriprofessionnelle, bienveillante et inconditionnelle. Il n'existe que très peu de données qui permettent de faire un lien entre la fréquence de

consommation de cocaïne, la quantité consommée, et le risque de survenue des complications.

De nombreuses pistes de recherche sur les dommages associés à ces usages sont intéressantes comme l'étude du potentiel cancérigène, mais également sur l'ensemble des complications énoncées pour en comprendre la physiopathologie et envisager des recommandations thérapeutiques spécifiques.

RÉFÉRENCES

Alvarez-Freire I, López-Guarnido O, Cabarcos-Fernández P, *et al.* Statistical analysis of toxicological data of victims of traffic accidents in Galicia (Spain). *Prev Sci* 2023 ; 24 : 765-73.

Anwar I, Donadille C, Protopopescu C, *et al.* Non-disclosure of drug injection practices as a barrier to HCV testing: results from the PrebupIV community-based research study. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 98-108.

Arenas DJ, Beltran S, Zhou S, *et al.* Cocaine, cardiomyopathy, and heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2020 ; 10 : 19795-803.

Arendt V, Guillorit L, Origer A, *et al.* Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in people who inject drugs in Luxembourg. *PLoS One* 2019 ; 14 : e0215570.

Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, *et al.* The global distribution and epidemiology of alcohol and drug use among street-involved children and youth: a meta-analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2023 ; 49 : 381-98.

Austin AE, Gest C, Atkeson A, *et al.* Prenatal substance exposure and child maltreatment: A systematic review. *Child Maltreatment* 2022 ; 27 : 290-315.

Bjorness TE, Greene RW. Interaction between cocaine use and sleep behavior: A comprehensive review of cocaine's disrupting influence on sleep behavior and sleep disruptions influence on reward seeking. *Pharmacol Biochem Behav* 2021 ; 206 : 173194-209.

Blandino A, Cotroneo R, Tambuzzi S, *et al.* Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues. *Forensic Sci Int Synerg* 2022 ; 4 : 100224-37.

Bolla KI, Funderburk FR, Cadet JL. Differential effects of cocaine and cocaine alcohol on neurocognitive performance. *Neurology* 2000 ; 54 : 2285-92.

Boots A, Wiegersma AM, Vali Y, *et al.* Shaping the risk for late-life neurodegenerative disease: A systematic review on prenatal risk factors for Alzheimer's disease-related volumetric brain biomarkers. *Neurosci Biobehav Rev* 2023 ; 146 : 105019-46.

Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, *et al.* Evaluating the aspects of quality of life in individuals with substance use disorder: A systematic review based on the WHOQOL questionnaire. *J Multidiscip Healthc* 2023 ; 16 : 4265-78.

Burke L, Dawson K, Flack WF, *et al.* Alcohol, drug use and experiences of sexual violence victimisation among first-year college students in Ireland. *J Sex Aggress* 2023 : 1-18.

Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 180 : 401-16.

Claudet I, Caula C, Gallart J-C, *et al.* A French study of cocaine intoxication/exposure in children (2010-2020). *Clin Toxicol (Phila)* 2023 ; 61 : 370-8.

Clement A, Pezel T, Lequipar A, *et al.* Consommation de drogues récréatives et pathologies cardiovasculaires. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2023 ; 72 : 101638-45.

Colletti G, Autelitano L, Chiapasco M, *et al.* Comprehensive surgical management of cocaine-induced midline destructive lesions. *J Oral Maxillofac Surg* 2014 ; 72 : 1395. e1-1395. e10.

Edmundson C, Croxford S, Emanuel E, *et al.* Recent increases in crack injection and associated risk factors among people who inject psychoactive drugs in England and Wales. *Int J Drug Policy* 2023 : 104262-70.

Eiden C, Roy S, Malafaye N, *et al.* Ten-year trends in hospitalizations related to cocaine abuse in France. *Fundam Clin Pharmacol* 2022 ; 36 : 1128-32.

Eiden C, Vincent M, Serrand C, *et al.* Health consequences of cocaine use in France: data from the French Addictovigilance Network. *Fundam Clin Pharmacol* 2021 ; 35 : 455-65.

Evers YJ, Op den Camp KPL, Lenaers M, *et al.* Alcohol and drug use during sex and its association with sexually transmitted infections: a retrospective

cohort study among young people aged under 25 years visiting Dutch STI clinics. *Sex Transm Infect* 2023 ; 99 : 97-103.

Farooq U, Alcantar D, Ahmed Z, *et al.* Outcomes of vasoconstrictor-induced non-occlusive mesenteric ischemia of colon: A systematic review. *Clin Med Res* 2022 ; 20 : 164-9.

Farooq U, Gondal AB, Susheela A, *et al.* Does the route of cocaine use affect the mortality and outcomes of cocaine-induced intestinal ischemia? A systematic review. *J Investig Med High Impact Case Rep* 2021 ; 9 : 1-8.

Fond G, El-Maamar M, Korchia T, *et al.* ADHD and addictive behavior in crack-cocaine users. *Encephale* 2023 ; 49 : 284-8.

Foster H, Stevenson J, Akram U. Prevalence and psychiatric correlates of illicit substance use in UK undergraduate students. *Brain Sci* 2023 ; 13 : 360-70.

García-Mingo M, Martín-Fernández M, Gutiérrez-Abejón E, *et al.* Increase in driving after cocaine use in Spain: a cross-sectional dataset analysis for 2021. *Front Public Health* 2023 ; 11 : 1178300.

Gohil H, Miskovic M, Buxton JA, *et al.* Smoke Gets in the Eye: A systematic review of case reports of ocular complications of crack cocaine use. *Drug Alcohol Rev* 2022 ; 41 : 347-55.

Gouin K, Murphy K, Shah PS. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *Am J Obstet Gynecol* 2011 ; 204 : e1-e12.

Hajjafari M, Akbari H, Asgarian FS. A meta-analysis study of worldwide prevalence of mortality in cocaine-consuming motorcyclists. *J Addict Dis* 2022 ; 40 : 96-102.

Iorio L, Davanzo F, Cazzador D, *et al.* Cocaine- and Levamisole-induced vasculitis: Defining the spectrum of autoimmune manifestations. *J Clin Med* 2024 ; 13.

Jangal C, Melchior M, Dinechin S de, *et al.* Suicide attempts among people who use drugs: a comparative gender-based analysis using the ANRS-Coquelicot survey in France. *Drug Educ Prev Polic* 2022 ; 29 : 604-13.

Jastrzębska J, Daniel WA. Cocaine-induced time-dependent alterations in cytochrome P450 and liver function. *Int J Mol Sci* 2023 ; 24 : 1632-51.

Jiménez-Correa U, Santana-Miranda R, Barrera-Medina A, *et al.* Parasomnias in patients with addictions-a systematic review. *CNS Spectr* 2022 ; 27 : 58-65.

Kannan L. Renal manifestations of recreational drugs: A narrative review of the literature. *Medicine* 2022 ; 101 : e31888.

Lucyk SN. Acute cardiovascular toxicity of cocaine. *Can J Cardiol* 2022 ; 38 : 1384-94.

Nitro L, Pipolo C, Fadda GL, *et al.* Distribution of cocaine-induced mid-line destructive lesions: systematic review and classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2022 ; 279 : 3257-67.

Nzerue CM, Hewan-Lowe K, Riley LJ. Cocaine and the kidney: a synthesis of pathophysiologic and clinical perspectives. *Am J Kidney Dis* 2000 ; 35 : 783-95.

Reyes F, Vaitkus V, Al-Ajam M. A case of cocaine-induced eosinophilic pneumonia: Case report and review of the literature. *Respir Med Case Rep* 2018 ; 23 : 98-102.

Roncero C, Daigre C, Grau-López L, *et al.* Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *J Addict Dis* 2013 ; 32 : 263-73.

Roux P, Rojas Castro D, Ndiaye K, *et al.* Willingness to receive intravenous buprenorphine treatment in opioid-dependent people refractory to oral opioid maintenance treatment: results from a community-based survey in France. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017 ; 12 : 46.

Shah R, Patel A, Mousa O, *et al.* Crack lung: cocaine-induced lung injury. *QJM – Mon J Assoc Physicians* 2015 ; 108 : 749.

Smid MC, Metz TD, Gordon AJ. Stimulant use in pregnancy: an under-recognized epidemic among pregnant women. *Clin Obstet Gynaecol* 2019 ; 62 : 168-84.

Tashkin DP, Gorelick D, Khalsa M-E, *et al.* Respiratory effects of cocaine freebasing among habitual cocaine users. *J Addict Dis* 1992 ; 11 : 59-70.

Vitcheva V. Cocaine toxicity and hepatic oxidative stress. *Curr Med Chem* 2012 ; 19 : 5677-82.

5

Prise en soins et thérapies innovantes

Ce chapitre débute par un résumé succinct sur les approches psychothérapeutiques pouvant être utilisées en clinique en complément d'autres approches psychosociales et médicamenteuses pour le traitement de l'usage de substances dont la cocaïne, et se poursuit par une synthèse sur les pistes thérapeutiques médicamenteuses et les approches innovantes d'accompagnement.

Un grand nombre d'études, essais cliniques et revues de la littérature sur les pistes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses du traitement du trouble de l'usage de cocaïne sont détaillés dans ce chapitre. À cette lecture, il est permis de nourrir des espoirs quant à l'avènement de futurs traitements, mais à ce jour aucune molécule traitant ce trouble n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Par ailleurs, la majorité des études sur de nombreux médicaments apporte des résultats négatifs quant à leur efficacité dans le traitement du trouble de l'usage de cocaïne. Ainsi, les auteurs ont élargi leur réflexion à des approches innovantes d'accompagnement des personnes concernées par le trouble de l'usage de la cocaïne ; ces approches sont exigeantes sur le plan organisationnel, mais elles semblent pertinentes telles que la gestion des contingences et l'implication de pairs usagers.

Les mécanismes d'action neurobiologiques de la cocaïne, simplement résumés dans cette introduction de chapitre, permettent de mieux comprendre certaines pistes thérapeutiques. En effet, la cocaïne stimule le système dopaminergique du système de récompense, ou système mésocorticolimbique. Elle se lie aux neurotransporteurs monoaminergiques impliqués dans la recapture de la dopamine et les inhibe. Ainsi, l'accumulation de dopamine dans l'espace synaptique prolonge la signalisation et donc l'effet psychostimulant, et contribuerait aux effets recherchés et notamment à l'euphorie liée à la consommation de cocaïne. La cocaïne inhibe également la recapture des neurotransporteurs de la sérotonine et de la noradrénaline, ce qui augmente les concentrations synaptiques de ces transmetteurs. La consommation chronique de cocaïne occasionne une diminution de la synthèse des monoamines endogènes par un circuit de régulation négative qui explique les phénomènes

de tolérance et de dépression secondaires à la consommation de cocaïne. Les systèmes glutamatergiques et GABAergiques interviennent également dans le système mésocorticolimbique et peuvent modifier les transmissions dopaminergiques ; il a été démontré des altérations dans ce système en cas de trouble de l'usage de cocaïne (TUC).

Approches psychothérapeutiques

Les approches psychothérapeutiques (Kampman, 2019), en particulier familiales (Rigter et coll., 2013), l'entretien motivationnel (Schwenker et coll., 2023), et différents modèles de thérapies cognitives et comportementales (TCC) (Bowen et coll., 2009 ; Skrzynski et coll., 2023) ont été développées et évaluées pour le traitement des troubles de l'usage des substances dont le trouble de l'usage de la cocaïne. En clinique, les approches psychothérapeutiques sont proposées en complément des autres traitements psychosociaux et pharmacothérapeutiques lorsqu'ils existent.

Synthétisées dans différentes revues et méta-analyses, les études portant sur l'impact des TCC pour le traitement des troubles de l'usage des stimulants et de la cocaïne rapportent un petit effet de l'intervention, avec une diminution de l'usage des substances, en comparaison à l'absence de traitement (Dellazizzo et coll., 2023). Les TCC améliorent, par ailleurs, la rétention en traitement, ce qui est un enjeu important auprès de ces populations (Minozzi et coll., 2024).

Les TCC ont également démontré leur intérêt lorsqu'elles sont dispensées sous forme digitale (Carroll et coll., 2014 ; Schaub et coll., 2019), en particulier pour les personnes qui suivent l'ensemble des séances (Carroll et coll., 2014). Ces effets pourraient être médiés par des changements fonctionnels dans des aires cérébrales impliquées dans la connaissance sémantique, c'est-à-dire la manière dont les individus construisent du sens, traitent leurs émotions et s'engagent dans une restructuration cognitive. Ces processus sont ciblés par les TCC (McCurdy et coll., 2024). Dans certaines études, les améliorations se sont poursuivies à distance du traitement (Kampman, 2019).

Quand les approches psychothérapeutiques dont les TCC sont comparées non pas à l'absence de traitement mais au traitement usuel (l'ensemble des traitements psychosociaux et pharmacologiques dispensés habituellement), la supériorité des effets de ces approches sur les traitements usuels n'est pas retrouvée (Farrell et coll., 2019).

Actuellement, les standards internationaux considèrent que les interventions psychosociales, y compris la gestion des contingences⁹⁴, les TCC et les thérapies familiales, peuvent être proposées pour le traitement de la dépendance aux psychostimulants (WHO et UNODC, 2020). Ces approches gagnent à être combinées, en particulier avec la gestion des contingences (Egli Anthonioz et Zobel, 2023). La qualité des preuves disponibles actuellement est plus faible pour les personnes sans domicile fixe et avec un trouble de l'usage de la cocaïne (O'Leary et coll., 2024). Ceci laisse supposer que dans ces contextes, ces approches devraient être associées à des réponses aux autres besoins fondamentaux tels que le logement. L'idéal serait d'adapter ces approches à la situation de la personne, afin qu'elles soient plus facilement proposées et adoptées. Dans tous les cas, ces traitements psychothérapeutiques se conçoivent comme une partie d'une réponse de traitement et de réduction des risques plus globale, y compris pharmacologique, avec le traitement des troubles concomitants, et sociale.

Approches médicamenteuses

Les études pré-cliniques⁹⁵, trop éloignées d'une disponibilité clinique d'un éventuel traitement pharmacologique, ne seront pas développées dans le cadre de cette expertise collective ciblée.

Antidépresseurs

Le rationnel d'utiliser des antidépresseurs en cas de TUC repose principalement sur la très fréquente présence d'épisodes dépressifs sévères associés (47,6 %) (Conway et coll., 2006). Ce rationnel s'inscrit également dans les mécanismes d'action neurobiologiques dérégulés par le TUC. Gao et coll. (2023a) ont mené une étude de cohorte rétrospective de grande envergure sur 161 544 personnes diagnostiquées avec un TUC et une dépression. Ainsi, l'efficacité de nombreux antidépresseurs a pu être analysée, un an après leur prescription, dans le cadre d'un TUC. Dans cette étude, seul le bupropion a montré une efficacité dans la rémission du TUC (HR⁹⁶ = 1,57 ; IC 95 % [1,27-1,94]) ; les autres antidépresseurs testés (tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine [ISRS], inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSNa]) n'ont pas prouvé leur efficacité dans la rémission du TUC.

94. Cf. *infra* la section dédiée à cette approche.

95. Phases d'expérimentations animales ou tests *in vitro*.

96. *Hazard ratio*.

Neuroleptiques

L'efficacité des neuroleptiques (aussi appelés antipsychotiques) atypiques dans le traitement du TUC a également été évaluée, via leur action antagoniste sur le système dopaminergique. L'administration d'aripiprazole chez des personnes ayant un TUC a plutôt tendance à augmenter l'auto-administration de cocaïne (Haney et coll., 2011). Cet effet s'expliquerait par l'action de l'aripiprazole sur les récepteurs dopaminergiques D2 qui réduirait les effets attendus de la cocaïne par les personnes qui consomment ; ce même effet a été retrouvé avec l'halopéridol dans une étude ancienne (Roberts et Vickers, 1987). Les neuroleptiques, de façon globale, ne sont pas recommandés dans le traitement du TUC. Ils sont parfois nécessaires au même titre que les antidépresseurs dans le traitement des troubles en santé mentale associés au TUC. Dans cette situation, la balance bénéfique/risque vis-à-vis du niveau de consommation de la cocaïne doit être systématiquement évaluée.

Médicaments dopaminergiques

La bupirone (qui agit sur les récepteurs sérotoninergique 5HT1A et dopaminergique D2) est étudiée depuis 20 ans dans le TUC. Elle aurait un effet anti-impulsif et diminuerait le potentiel renforçateur de la cocaïne (Strickland et coll., 2017). Un essai clinique randomisé multicentrique en double aveugle n'a pas mis en évidence d'effets positifs avec une dose de 60 mg par jour de bupirone (n = 35) *versus* placebo (n = 27) sur le nombre maximal de jours continus d'abstinence de cocaïne ou sur le nombre de jours avant la première consommation de cocaïne dans le cadre du TUC (Winhusen et coll., 2014).

L'association entre un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et un trouble de l'usage de substance est fréquente (Skoglund et coll., 2015). Cette relation est d'autant plus péjorative que le TDAH n'est pas traité. Khantzian et coll. ont développé l'hypothèse de l'automédication, selon laquelle la personne qui consomme des substances ne trouve pas de meilleure solution pour soulager sa détresse morale que de consommer. Cela a été surtout évoqué pour la cocaïne et l'héroïne (Khantzian, 1997). C'est dans le cadre de cette hypothèse que Manni et coll. ont effectué une étude rétrospective chez 20 personnes ayant un TDAH et un TUC, traitées par méthylphénidate (n = 11) ou atomoxétine (n = 9). L'amélioration des symptômes du TDAH était corrélée à la diminution de la sévérité de la dépendance à la cocaïne, notée par une diminution de la fréquence de la consommation hebdomadaire, et ce quel que soit le genre, l'âge, ou le médicament utilisé (Manni et coll., 2019).

Une revue de la littérature ayant sélectionné les essais randomisés comparant les stimulants utilisés dans le traitement du TDAH *versus* placebo a conclu que les médicaments du TDAH devaient être utilisés chez les personnes ayant un TDAH associé à un usage de substances (Perugi et coll., 2019). En revanche, un essai randomisé en double aveugle (méthylphénidate *versus* placebo) de 12 semaines chez des personnes ayant un TUC et un TDAH, n'a pas montré d'efficacité du traitement au méthylphénidate sur la consommation de cocaïne mais seulement sur les symptômes du TDAH (Schubiner et coll., 2002).

Dans cette même logique de traitement du TDAH associé à un TUC pour limiter la consommation de cocaïne, un essai randomisé en double aveugle de 13 semaines a comparé l'efficacité de la prescription des sels d'amphétamines (association d'amphétamine et de dexamphétamine) (60 ou 80 mg/jour) *versus* un placebo. Le pourcentage de personnes traitées par sels d'amphétamines ayant eu une réduction d'au moins 30 % des symptômes du TDAH était plus élevé que chez les personnes ayant reçu le placebo. Le taux d'abstinence en cocaïne durant trois semaines consécutives en fin de traitement était plus élevé chez les personnes ayant reçu des sels d'amphétamines *versus* le placebo : 30,2 % pour le groupe « 80 mg » (OR = 11,87 ; IC 95 % [2,25-62,62] ; P = 0,004) et 17,5 % pour le groupe « 60 mg » (OR = 5,85 ; IC 95 % [1,04-33,04] ; P = 0,04) contre 7,0 % pour le placebo (Levin et coll., 2015).

En 2020, un essai randomisé en double aveugle a comparé l'efficacité de l'association de sels d'amphétamines (60 mg/jour) au topiramate⁹⁷ (200 mg/jour) *versus* un placebo durant 12 semaines chez des personnes ayant un TUC ; 127 personnes ont participé à cet essai (Levin et coll., 2020). Le critère de jugement principal était le nombre de personnes ayant atteint trois semaines consécutives d'abstinence à la cocaïne en déclaratif, accompagné d'un test urinaire négatif. La proportion de personnes ayant atteint cet objectif dans le groupe « topiramate/sels d'amphétamines » était significativement supérieure à celle du groupe « placebo » (14,1 % *versus* 0 %, p = 0,03). Dans cette étude, les effets indésirables cardiaques obligeant 20 % des personnes du groupe « sels d'amphétamines/topiramate » à stopper le traitement sont à prendre en considération.

Un essai en double aveugle comparant les sels d'amphétamines (80 mg/jour) à un placebo a également été mené après une première étape de gestion des contingences (cf. *infra* la section dédiée à cette approche) d'une durée d'un mois chez des personnes ayant un TUC. Les participants ayant au moins trois

97. Médicament antiépileptique ; antagoniste des récepteurs AMPA (cf. *infra* le paragraphe « Médicaments glutamatergiques »).

semaines d'abstinence après un mois de gestion des contingences ont été randomisés dans un des 2 bras pour 10 semaines. En termes d'abstinence, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes (sels d'amphétamines : 15,6 % [7/45] ; placebo : 12,2 % [5/41]). Les participants ayant reçu le traitement ont rapporté une plus grande réduction de l'intensité du désir de consommer de la cocaïne, mais aucun effet sur la fréquence de ce désir (Carpenter et coll., 2024).

Médicaments opioïdes

L'exposition chronique à la cocaïne est associée à une augmentation des récepteurs opioïdes kappa et de leur ligand endogène, la dynorphine. En cas de sevrage, le haut niveau de dynorphine participe au phénomène dit « d'hyperkatifeia » (Koob, 2021). Cet état se caractérise par un état émotionnel négatif (dysphorie, aversion, anhédonie, dépression, anxiété) et représente un renforcement négatif qui occasionne l'envie de consommer pour être soulagé. Des études pré-cliniques ont été menées avec des antagonistes des récepteurs opioïdes kappa afin de bloquer la consommation compulsive de cocaïne ; celles-ci mettent en évidence une diminution de l'auto-administration de cocaïne chez le rat (Beardsley et coll., 2005 ; Wee et coll., 2012).

Médicaments glutamatergiques

Le glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur. Il a été démontré qu'il était impliqué dans le TUC et dans la dépression (Kalivas, 2004). La N-acétyl-cystéine (NAC), en agissant sur les échanges neuronaux et les transporteurs de glutamate, augmente les taux extra-cellulaires non synaptiques de glutamate. Une étude clinique pilote spécifique au traitement de la dépendance à la cocaïne a été menée afin de comparer l'efficacité et la tolérance à posologies différentes de NAC (1 200 mg/jour, 2 400 mg/jour et 3 600 mg/jour) chez des participants durant 4 semaines (Mardikian et coll., 2007). Les résultats montrent que les effets indésirables à ces 3 posologies sont acceptables et que les taux de rétention dans la cohorte sont meilleurs avec des posologies élevées ; la majorité des personnes ayant finalisé l'étude ont diminué ou stoppé leur consommation de cocaïne au cours du traitement. Aucune conclusion sur l'efficacité de ce médicament n'est faite dans cet article du fait de l'absence de comparaison avec un placebo et du faible effectif de patients dans cette étude (16 personnes ayant terminé l'étude).

Une revue et une méta-analyse ont été menées sur l'efficacité de la NAC pour le traitement du *craving* dans les troubles de l'usage de substances (Duailibi et coll., 2017) ; cette molécule a montré une efficacité dans les essais cliniques sur le *craving*. Une revue de la littérature et une méta-analyse plus récentes

ont été menées également au sujet de ce traitement par la NAC sur l'intensité du *craving* dans les troubles de l'usage de substances (Cuocina et coll., 2024). 1 110 *abstracts* ont été identifiés et seuls 11 essais contrôlés randomisés comparant la NAC *versus* le placebo ont été retenus pour l'analyse quantitative ; ces derniers concernaient 446 patients accompagnés pour un sevrage de substance (toutes substances confondues : alcool, nicotine, cocaïne sans distinction de forme de la substance, polyconsommation ou amphétamines). L'intensité du *craving* mesurée par des échelles validées était également significativement diminuée avec l'utilisation de NAC, sans que l'analyse par sous-groupe de substance psychoactive démontre une différence. Par ailleurs, cette méta-analyse n'a pas permis de mettre en évidence de différence entre l'utilisation de NAC et le placebo sur l'intensité des symptômes de sevrage (parmi les 11 études de la méta-analyse, 5 portaient sur les symptômes de sevrage : 3 pour la nicotine, 1 pour la cocaïne et 1 pour les amphétamines).

Les antagonistes des récepteurs AMPA diminuent la recherche de cocaïne chez le rat. Ainsi, le topiramate (médicament antiépileptique), antagoniste des récepteurs AMPA, a été évalué dans le TUC. Une étude randomisée en double aveugle a comparé l'effet du topiramate (n = 71) *versus* placebo (n = 71) chez des adultes dépendants à la cocaïne (Johnson et coll., 2013). Dans l'intention de traiter le TUC, le topiramate a prouvé son efficacité sur le nombre maximal de jours sans consommation et sur la diminution de l'intensité du *craving*. Une étude randomisée en double aveugle a également été menée chez des hommes usagers de cocaïne basée (Baldaçara et coll., 2016). Le topiramate était utilisé à des posologies pouvant aller jusqu'à 200 mg par jour pour une durée de 12 semaines (n = 29) et comparé à un placebo (n = 29). L'effet sur la diminution de consommation de cocaïne basée chez les personnes ayant reçu le traitement par topiramate n'était constaté que durant les quatre premières semaines de traitement.

La kétamine⁹⁸ agit à la fois sur les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) et AMPA. Dakwar et coll. étudient tout particulièrement cette molécule dans le TUC. Dans un essai chez 20 adultes, ils ont mis en évidence que l'injection de kétamine comparée à celle de midazolam⁹⁹ diminuait de 67 % l'auto-administration de cocaïne chez les participants (Dakwar et coll., 2017). Le midazolam est ici utilisé pour créer des effets médicamenteux afin de maintenir l'essai en aveugle et non dans un but d'efficacité vis-à-vis du TUC. En 2019, dans le cadre d'un essai randomisé comprenant 55 participants ayant un TUC, cette même équipe a comparé l'efficacité d'une injection unique de kétamine (0,5 mg/kg) *versus* midazolam (contrôle), associée à de la méditation pleine conscience. Dans le groupe ayant reçu de la kétamine, 48 % des

98. Anesthésique général.

99. Hypnotique sédatif.

participants étaient abstinents au cours des 2 semaines contre 10 % dans le groupe ayant reçu du midazolam. L'intensité du *craving* était significativement plus basse dans le groupe « kétamine » (Dakwar et coll., 2019). Une étude rétrospective a permis d'identifier 379 409 personnes ayant un TUC dans les bases de données mondiales (Gao et coll., 2023b). Parmi ces personnes, 3 871 avaient eu une prescription de kétamine pour une anesthésie et 3 955 pour un traitement antidépresseur. Cette étude, après score de propension, a mis en évidence que les taux de rémission du TUC étaient plus élevés chez les personnes ayant reçu de la kétamine pour une anesthésie par rapport aux autres molécules anesthésiantes (HR = 1,98 ; IC 95 % [1,42-2,78]). Un résultat similaire a été retrouvé chez les personnes ayant reçu un traitement par kétamine pour un syndrome dépressif *versus* d'autres antidépresseurs (HR = 4,39 ; IC 95 % [2,89-6,68]) (Gao et coll., 2023b).

Disulfiram

Une revue Cochrane de la littérature a étudié l'efficacité du disulfiram dans le traitement du TUC (Traccis et coll., 2024). Le disulfiram est un inhibiteur enzymatique généraliste, il agirait ainsi sur le métabolisme des monoamines cérébrales et améliorerait la dysrégulation neurobiologique du système mésocorticolimbique créée par le TUC, notamment en occasionnant un excès de dopamine par inhibition de sa métabolisation. Treize études regroupant 1 191 participants, répondant aux critères d'inclusion de la revue ont été analysées. Ces études randomisées comparaient le disulfiram au placebo, ou à d'autres traitements avec ou sans interventions psychosociales. Le disulfiram comparé au placebo permet d'augmenter les taux d'abstinence à la cocaïne en fin de traitement (RR = 1,58 ; IC 95 % [1,05-2,36]) sur un total de 142 personnes. Les auteurs estiment que ceci constitue un faible niveau de certitude. Le disulfiram, comparé au placebo, n'aurait pas d'effet sur la fréquence de la consommation, la quantité de cocaïne consommée et l'abstinence continue. Les niveaux de preuve pour ces paramètres sont aussi annoncés faibles par les auteurs. Le disulfiram comparé à la naltrexone¹⁰⁰ (123 participants sur 2 études) réduirait la fréquence de la consommation, mais n'aurait pas d'impact sur l'abstinence.

Psychédéliques

Suite aux nombreuses études évaluant les effets des psychédéliques dans certaines problématiques en santé mentale (Berkovitch et coll., 2021), ces substances sont maintenant évaluées dans les troubles de l'usage de substances. Une étude

transversale menée grâce à des questionnaires envoyés par des organisations psychédéliques (par exemple, des associations) et des médias sociaux a permis d'évaluer la consommation de psychédéliques chez des personnes de plus de 21 ans et ce de façon strictement déclarative. Au total, 5 268 personnes (51 % d'hommes) d'âge médian de 41 ans ont déclaré avoir consommé des psychédéliques et avoir un trouble de l'usage de substances (Glynos et coll., 2024). Cinquante-quatre pour cent d'entre elles déclaraient avoir arrêté ou diminué leur consommation de cocaïne poudre/cocaïne basée. La psilocybine était la substance jugée la plus efficace dans cet objectif (44 %), suivie par le LSD (13 %). L'effet perdurait dans le temps (26 semaines) pour 26 % des personnes interrogées. Une revue systématique de la littérature a été faite sur ce même sujet : 4 721 articles ont été identifiés, 45 articles ont été analysés et 10 articles retenus. Ces articles n'étaient pas restreints à la cocaïne mais considéraient l'ensemble des substances (alcool, nicotine, opiacés). Les auteurs concluent qu'il n'existe pas de preuve suffisamment robuste pour confirmer les effets positifs évoqués des psychédéliques dans le traitement des troubles de l'usage (Sharma et coll., 2023).

Cannabidiol (CBD) et cannabis en usage thérapeutique

Une revue systématique de la littérature a exploré la place du cannabidiol (CBD) dans le trouble de l'usage de cocaïne. Le CBD à forte dose journalière (15 à 40 mg/kg/jour) réduirait l'auto-administration de cocaïne, l'anxiété et la neuro-modulation induite par la cocaïne, incluant notamment les troubles de la mémoire (Rodrigues et coll., 2020).

Le cannabis en usage thérapeutique comme stratégie de réduction des risques et des dommages chez les usagers de cocaïne poudre et de cocaïne basée a montré une certaine efficacité dans la réduction des quantités de stimulants consommées (Mok et coll., 2021 ; Reddon et coll., 2024).

Autres approches médicamenteuses

L'utilisation de la bipéridène (antagoniste des récepteurs muscariniques) a été évaluée lors d'un essai clinique randomisé en double aveugle chez des personnes consommant de la cocaïne basée. Les personnes dans le groupe « bipéridène » (67/128) ont présenté une plus faible consommation de la cocaïne basée à 2 et 6 mois après le début de l'intervention, et une plus grande latence jusqu'à un éventuel premier jour de consommation (Junior et coll., 2024).

L'acide clavulanique est une piste de recherche actuelle, reposant sur des études pré-cliniques l'impliquant dans l'inhibition de l'auto-administration de cocaïne chez l'animal. Une étude pilote, en double aveugle contre placebo (3:1), a été

menée. L'objectif était de comparer l'activation du cerveau par imagerie cérébrale fonctionnelle suite à des stimulations visuelles constituant des stimuli de consommation. Le groupe « acide clavulanique » recevait 500 mg/jour du médicament durant 3 jours (n=10). Les neuf personnes ayant fini l'étude dans le bras « acide clavulanique » avaient une réduction de l'activité des zones cérébrales étudiées lors des stimulations visuelles. Les auteurs ont conclu que l'acide clavulanique pouvait potentiellement renforcer les efforts volontaires pour éviter la consommation de cocaïne (Callans et coll., 2024).

Autres approches innovantes

Vaccin et immunothérapie

L'organisme accepte naturellement, sans réaction immunitaire particulière, les médicaments et de nombreuses expositions chimiques. Ceci s'explique par le fait que les petites molécules ne provoquent généralement pas de réactions immunitaires, à moins qu'elles soient attachées de manière covalente à une protéine immunogène. Afin de créer un vaccin anti- « drogue », l'idée est de fixer une protéine porteuse étrangère, à la molécule de « drogue », ce qui va induire une réponse inflammatoire médiée à la fois par les lymphocytes B producteurs d'anticorps (Ac) et les lymphocytes T. Les premières expériences ont été menées sur des opiacés, puis en 1992, les premiers essais contre la cocaïne ont débuté. L'objectif de ces thérapies était principalement de diminuer les effets ressentis par la prise de cocaïne et donc de permettre au patient de se détacher de la substance. Le bilan après plus de 30 ans d'essais reste mitigé, avec une large variabilité interindividuelle dans les taux d'Ac induits par la vaccination ainsi que des réponses cliniques (Kinsey et coll., 2010). D'autres pistes sont actuellement explorées et proposent la perfusion d'Ac monoclonaux anti-cocaïne, mais elles nécessitent des perfusions fréquentes et coûteuses (Kosten, 2024). Stephenson et coll. confirment l'intérêt pré-clinique – le plus souvent – de ces nouvelles thérapeutiques et affirment la nécessité de poursuivre les travaux afin d'identifier les meilleurs candidats vaccins et d'obtenir un taux d'Ac satisfaisant dans l'organisme, ou bien d'opter pour l'administration d'Ac monoclonaux (Stephenson et Toth, 2023).

Stimulation cérébrale

Deux techniques ont principalement été étudiées dans le trouble de l'usage de la cocaïne : *i*) la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) consistant en l'administration d'un courant électrique qui permet de stimuler ou d'inhiber certaines zones du cerveau ; et *ii*) la stimulation transcrânienne

par courant continu (tDCS) qui consiste en l'induction, par l'intermédiaire de deux électrodes posées sur le cuir chevelu, d'un courant de faible intensité en vue de moduler l'activité neuronale des régions cérébrales localisées en dessous de ces électrodes. Ces études en double aveugle (stimulation véritable *versus* stimulation fictive) ont démontré une efficacité sur la régulation de l'intensité du *craving* et sur la gestion des émotions chez des personnes ayant un TUC (Bolloni et coll., 2016 ; Rapinesi et coll., 2016 ; Terraneo et coll., 2016 ; Pettorruso et coll., 2019).

Gestion des contingences

La gestion des contingences est une approche comportementale élaborée pour agir sur la motivation. Celle-ci est largement impliquée dans l'approche thérapeutique des troubles de l'usage de substances. L'objectif de cette approche est de viser l'acquisition d'un nouveau comportement, ou une modification du comportement, à l'aide de renforçateurs externes appliqués de façon contingente, c'est-à-dire immédiatement après l'obtention du changement ou de l'action. L'argent ou des chèques-cadeaux peuvent être utilisés. La valeur conditionne l'efficacité du processus, mais il existe d'autres moyens comme des activités récréatives, des repas, etc.

Au Brésil, pays fortement impacté par l'usage de la cocaïne basée, un essai contrôlé randomisé a été mené auprès d'usagers de cocaïne basée vivant en situation de précarité. Cet essai, mené durant 12 semaines, a comparé le soin courant et le soin courant combiné avec la gestion des contingences sur la proportion de tests urinaires négatifs à la cocaïne. Un bon d'achat était donné dans le groupe « gestion des contingences » lorsque le test urinaire était négatif à la cocaïne deux fois par semaine. Quarante-deux personnes ont participé à cet essai (groupe « soins courants » : $n = 48$; groupe « soins courants + gestion des contingences » : $n = 50$), dont 84 % étaient des hommes, et l'âge médian était de 38,7 ans. Le fait de soumettre une analyse urinaire négative (24 points, 12 semaines) était significativement plus élevé dans le groupe avec gestion des contingences (OR de 4,17 à 6,78 ; $p < 0,01$). Également, les personnes dans le groupe avec gestion des contingences avaient significativement plus de chance d'obtenir au moins trois semaines consécutives d'abstinence (OR = 8,01 ; $p < 0,01$) (Miguel et coll., 2022).

Dans une autre étude chez des personnes consommant de la cocaïne, l'approche de gestion des contingences a également été testée. Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé, mené durant 12 semaines. Les personnes venaient trois fois par semaine effectuer un test urinaire et recevaient une indemnisation lorsque celui-ci était négatif. Au total, 87 personnes ont été incluses et

randomisées dans trois groupes : « haute valeur de la contingence » (n = 34), « basse valeur de la contingence » (n = 27), et contrôle (n = 26). Les participants du groupe « haute valeur de la contingence » avaient plus de chance de fournir un test urinaire négatif que les témoins (OR = 2,19 ; p < 0,045). Il n'y avait pas de différence entre le groupe « basse valeur de la contingence » et contrôle (Regnier et coll., 2023).

En France, l'expérience « TAPAJ » (Travail alternatif avec paiement à la journée) est une façon d'appliquer cette approche de gestion des contingences et soutient ainsi le changement par un renforçateur positif (paiement du travail effectué) tout en respectant l'objectif que la personne s'est fixé (Delile et coll., 2018). Cette initiative débutée en 2012 compte actuellement 60 sites déployés sur l'ensemble du territoire français. Les personnes pouvant en bénéficier ont moins de 25 ans, sont sans ressources, en situation de précarité et ont souvent une polyconsommation de substances. La dernière évaluation, financée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), a démontré que 60 % des participants à ce dispositif décrivaient une amélioration de leur situation (Mildeca, 2021).

Les études ICONÉ 1 et ICONÉ 2 (Intervention communautaire en vue d'éliminer le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues)¹⁰¹ ont couplé une approche communautaire et une indemnisation des personnes de façon immédiate afin de favoriser l'accès aux soins des populations cachées d'usagers de drogues pour lutter contre le virus de l'hépatite C. Le recrutement des personnes cachées du soin en situation de précarité et ayant une polyconsommation de substances repose sur une technique de type RDS (*Respondant Driven Sampling*) ou « boule de neige ». Ainsi un participant est indemnisé immédiatement pour sa participation à l'étude, mais également pour le recrutement d'autres personnes éligibles à l'étude via des coupons. Sur le site lui-même, des usagers pairs employés par la structure de recherche participent à chaque étape de l'accompagnement du participant, de l'accueil aux entretiens, prélèvements, annonces du diagnostic et accompagnement aux traitements. Les résultats d'ICONÉ 1 sont publiés et démontrent l'efficacité d'une telle incitation financière médiée par les pairs (Nagot et coll., 2022 ; Donnadiou et coll., 2023). En effet, 554 personnes ont participé à l'étude en 11 semaines de recrutement ; 75 % d'entre elles, bien qu'ayant une polyconsommation de substances, n'étaient pas suivies en structure d'addictologie. Ces 2 études ICONÉ étaient destinées aux personnes qui utilisent des drogues et pas spécifiquement la cocaïne.

101. Cette approche communautaire a d'abord été testée dans la ville de Montpellier (ICONÉ 1), puis a été élaborée dans les villes de Paris, Marseille, Lyon et Fort-de-France (ICONÉ 2).

La gestion des contingences et l'implication des pairs dans l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de substances sont des techniques efficaces d'accompagnement et d'accès aux soins.

Autres modalités d'accompagnement

Une revue systématique de la littérature a exploré l'impact de l'activité physique adaptée dans différentes problématiques de santé comme la santé mentale, les addictions, la qualité de vie ou la qualité du sommeil (Piché et coll., 2023). Parmi les 826 articles identifiés, 43 ont été analysés pour cette revue. La médiane de la durée de l'activité physique était de 13 semaines et la course à pied était le sport le plus étudié. En ce qui concerne le trouble de l'usage de substances (non spécifique à la cocaïne), le programme d'entraînement type est de trois séances par semaine d'une heure en moyenne. Au total, une diminution des consommations de substances a été retrouvée dans 75 % des études. Dans cette même revue, l'activité physique adaptée engendre une diminution des symptômes dépressifs dans 28 % des études (Piché et coll., 2023).

Toujours concernant les autres modalités d'accompagnement, la période de confinement relative à la crise sanitaire du coronavirus SARS-CoV-2 a occasionné une augmentation des téléconsultations. Une étude a prouvé que le meilleur outil de communication à distance chez les personnes qui consomment des drogues était le téléphone portable durant la période de confinement (Jordan et coll., 2023). La télémedecine a elle aussi été évaluée dans de nombreuses études et l'observance du traitement pour les troubles de l'usage reste acceptable (Shams et coll., 2023).

Conclusion

Certains médicaments sont des pistes intéressantes pour le traitement du trouble de l'usage de cocaïne mais demandent des preuves supplémentaires d'efficacité et d'innocuité comme le topiramate et la kétamine. Il apparaît important ici de mentionner que dans le cas du trouble de l'usage de cocaïne associé à un TDAH, le traitement du TDAH par le méthylphénidate s'avère primordial. De façon globale, le dépistage et le traitement des troubles concomitants psychiatriques, addictologiques et somatiques s'avèrent également essentiels, ainsi que la surveillance de l'effet des traitements sur les différents troubles.

Enfin, l'immunothérapie basée sur les vaccins et/ou les Ac monoclonaux reste une piste de recherche.

À ce jour, il est primordial de ne pas prescrire de médicaments non autorisés et non étayés scientifiquement, de traiter d'éventuelles comorbidités et de proposer un accompagnement global et inconditionnel.

La gestion des contingences associée à l'implication de pairs usagers dans le soin en sus de l'ensemble des autres approches psychosociales sont à imaginer dans un système de soins ambitieux au service de l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui consomment de la cocaïne.

RÉFÉRENCES

Baldaçara L, Cogo-Moreira H, Parreira BL, *et al.* Efficacy of topiramate in the treatment of crack cocaine dependence: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2016 ; 77 : 398-406.

Beardsley PM, Howard JL, Shelton KL, *et al.* Differential effects of the novel kappa opioid receptor antagonist, JD1c, on reinstatement of cocaine-seeking induced by footshock stressors vs cocaine primes and its antidepressant-like effects in rats. *Psychopharmacol* 2005 ; 183 : 118-26.

Berkovitch L, Roméo B, Karila L, *et al.* Efficacité des psychédéliques en psychiatrie, une revue systématique. *Encephale* 2021 ; 47 : 376-87.

Bolloni C, Panella R, Pedetti M, *et al.* Bilateral transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex reduces cocaine intake: a pilot study. *Front Psychiatry* 2016 ; 7 : 133-9.

Bowen S, Chawla N, Collins SE, *et al.* Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse* 2009 ; 30 : 295-305.

Callans LS, Philogene-Khalid H, Jagannathan K, *et al.* Clavulanic acid decreases cocaine cue reactivity in addiction-related brain areas, a randomized fMRI pilot study. *Psychopharmacol Bull* 2024 ; 54 : 8-14.

Carpenter KM, Choi CJ, Basaraba C, *et al.* Mixed Amphetamine Salts-Extended Release (MAS-ER) as a behavioral treatment augmentation strategy for cocaine use disorder: A randomized clinical trial. *Exp Clin Psychopharmacol* 2024 ; 32 : 112-27.

Carroll KM, Kiluk BD, Nich C, *et al.* Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *Am J Psychiatry* 2014 ; 171 : 436-44.

Conway KP, Compton W, Stinson FS, *et al.* Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006 ; 67 : 247-57.

Cuocina M, Aiello G, Cutrufelli P, *et al.* Effect of N-acetylcysteine on craving in substance use disorders (SUD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology* 2024 ; 15.

Dakwar E, Nunes EV, Hart CL, *et al.* A single ketamine infusion combined with mindfulness-based behavioral modification to treat cocaine dependence: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2019 ; 176 : 923-30.

Dakwar E, Hart CL, Levin FR, *et al.* Cocaine self-administration disrupted by the N-methyl-D-aspartate receptor antagonist ketamine: a randomized, crossover trial. *Mol Psychiatry* 2017 ; 22 : 76-81.

Delile J-M, Morales JH, Bertrand PK, *et al.* TAPAJ–Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management. *Alcoologie et Addictologie* 2018 ; 40 : 252-60.

Dellazizzo L, Potvin S, Giguère S, *et al.* Meta-review on the efficacy of psychological therapies for the treatment of substance use disorders. *Psychiatry Res* 2023 ; 326 : 115318.

Donnadieu H, Quillet C, D'Ottavi M, *et al.* Community-based respondent-driven sampling as a strategy for drug use surveillance in a large French urban area. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 82.

Duailibi MS, Cordeiro Q, Brietzke E, *et al.* N-acetylcysteine in the treatment of craving in substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Am J Addict* 2017 ; 26 : 660-6.

Egli Anthonioz N, Zobel F. *La problématique du crack à Genève – Situation et réponses (Rapport de recherche No 153)*. Lausanne : Addiction Suisse, 2023 : 71 p [consulté le 10/06/25 : https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_problemetique_crack_geneve.pdf].

Farrell M, Martin NK, Stockings E, *et al.* Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet* 2019 ; 394 : 1652-67.

Gao Z, Winhusen TJ, Gorenflo M, *et al.* Potential effect of antidepressants on remission from cocaine use disorder – A nationwide matched retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2023a ; 251 : 110958.

Gao Z, Winhusen TJ, Gorenflo M, *et al.* Repurposing ketamine to treat cocaine use disorder: integration of artificial intelligence-based prediction,

expert evaluation, clinical corroboration and mechanism of action analyses. *Addiction* 2023b ; 118 : 1307-19.

Glynos NG, Aday JS, Kruger D, *et al.* Psychedelic substitution: altered substance use patterns following psychedelic use in a global survey. *Front Psychiatry* 2024 ; 15 : 1349565.

Haney M, Rubin E, Foltin RW. Aripiprazole maintenance increases smoked cocaine self-administration in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2011 ; 216 : 379-87.

Johnson BA, Ait-Daoud N, Wang X-Q, *et al.* Topiramate for the treatment of cocaine addiction: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2013 ; 70 : 1338-46.

Jordan HR, Sahni S, Ahmed MM, *et al.* A comprehensive literature review of digital health interventions in the treatment of substance use disorder with special focus on mobile applications. *Cureus* 2023 ; 15 : e47639.

Junior MSC, Bezerra AG, Curado DF, *et al.* Preliminary investigation of the administration of biperiden to reduce relapses in individuals with cocaine/crack user disorder: A randomized controlled clinical trial. *Pharmacol Biochem Behav* 2024 ; 237 : 173725.

Kalivas PW. Glutamate systems in cocaine addiction. *Curr Opin Pharmacol* 2004 ; 4 : 23-9.

Kampman KM. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv* 2019 ; 5 : eaax1532.

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997 ; 4 : 231-44.

Kinsey BM, Kosten TR, Orson FM. Anti-cocaine vaccine development. *Expert Rev Vaccines* 2010 ; 9 : 1109-14.

Koob GF. Drug addiction: hyperkatifeia/negative reinforcement as a framework for medications development. *Pharmacol Rev* 2021 ; 73 : 163-201.

Kosten TR. Vaccines as immunotherapies for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2024 ; 181 : 362-71.

Levin FR, Mariani JJ, Pavlicova M, *et al.* Extended release mixed amphetamine salts and topiramate for cocaine dependence: A randomized clinical replication trial with frequent users. *Drug Alcohol Depend* 2020 ; 206 : 107700.

Levin FR, Mariani JJ, Specker S, *et al.* Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2015 ; 72 : 593-602.

Manni C, Cipollone G, Pallucchini A, *et al.* Remarkable reduction of cocaine use in dual disorder (adult Attention Deficit Hyperactive Disorder/cocaine use disorder) patients treated with medications for ADHD. *Int J Environ Res Public Health* 2019 ; 16 : 3911-23.

Mardikian PN, LaRowe SD, Hedden S, *et al.* An open-label trial of N-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: a pilot study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007 ; 31 : 389-94.

McCurdy L, DeVito EE, Loya JM, *et al.* Structural brain changes associated with cocaine use and digital cognitive behavioral therapy in cocaine use disorder treatment. *Drug Alcohol Depend Rep* 2024 ; 11.

Miguel AQC, McPherson SM, Simões V, *et al.* Effectiveness of incorporating contingency management into a public treatment program for people who use crack cocaine in Brazil. A single-blind randomized controlled trial. *Int J Drug Policy* 2022 ; 99 : 103464.

Mildeca. TAPAJ – Un dispositif en plein essor : Présentation et évaluation franco-québécoise du dispositif : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2021 : 10 p.

Minozzi S, Saulle R, Amato L, *et al.* Psychosocial interventions for stimulant use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2024 ; 2 : CD011866.

Mok J, Milloy M-J, Grant C, *et al.* Use of cannabis for harm reduction among people at high risk for overdose in Vancouver, Canada (2016-2018). *Am J Public Health* 2021 ; 111 : 969-72.

Nagot N, D'Ottavi M, Quillet C, *et al.* Reaching hard-to-reach people who use drugs: A community-based strategy for the elimination of hepatitis C. *Open Forum Infect Dis* 2022 ; 9 : ofac181.

O'Leary C, Ralphs R, Stevenson J, *et al.* The effectiveness of abstinence-based and harm reduction-based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing homelessness in high income countries: A systematic review and meta-analysis: A systematic review. *Campbell Syst Rev* 2024 ; 20 : e1396.

Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, *et al.* Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder with comorbid substance-use disorder (SUD). *Expert Opin Pharmacother* 2019 ; 20 : 343-55.

Pettorruso M, Martinotti G, Santacroce R, *et al.* rTMS reduces psychopathological burden and cocaine consumption in treatment-seeking subjects with cocaine use disorder: an open label, feasibility study. *Front Psychiatry* 2019 ; 10 : 621.

Piché F, Daneau C, Plourde C, *et al.* Characteristics and impact of physical activity interventions during substance use disorder treatment excluding tobacco: A systematic review. *PLoS One* 2023 ; 18 : e0283861.

Rapinesi C, Del Casale A, Di Pietro S, *et al.* Add-on high frequency deep transcranial magnetic stimulation (dTMS) to bilateral prefrontal cortex reduces cocaine craving in patients with cocaine use disorder. *Neurosci Lett* 2016 ; 629 : 43-7.

Reddon H, Socias ME, DeBeck K, *et al.* Cannabis use to manage stimulant cravings among people who use unregulated drugs. *Addict Behav* 2024 ; 148.

Regnier SD, Shellenberg TP, Koffarnus MN, *et al.* Cocaine abstinence during the “critical period” of a contingency management trial predicts future abstinence in people with cocaine use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2023 : 111030.

Rigter H, Henderson CE, Pelc I, *et al.* Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug Alcohol Depend* 2013 ; 130 : 85-93.

Roberts DC, Vickers G. The effect of haloperidol on cocaine self-administration is augmented with repeated administrations. *Psychopharmacology (Berl)* 1987 ; 93 : 526-8.

Rodrigues LA, Caroba MES, Taba FK, *et al.* Evaluation of the potential use of cannabidiol in the treatment of cocaine use disorder: A systematic review. *Pharmacol Biochem Behav* 2020 ; 196 : 172982.

Schaub MP, Castro RP, Wenger A, *et al.* Web-based self-help with and without chat counseling to reduce cocaine use in cocaine misusers: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Internet Interv* 2019 ; 17 : 100251.

Schubiner H, Downey KK, Arfken CL, *et al.* Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002 ; 10 : 286-94.

Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, *et al.* Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2023 ; 12 : CD008063.

Shams F, Tai AMY, Kim J, *et al.* Adherence to e-health interventions for substance use and the factors influencing it: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Digit Health* 2023 ; 9.

Sharma R, Batchelor R, Sin J. Psychedelic treatments for substance use disorder and substance misuse: A mixed methods systematic review. *J Psychoactive Drugs* 2023.

Skoglund C, Chen Q, Franck J, *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for substance use disorders in relatives. *Biol Psychiatry* 2015 ; 77 : 880-6.

Skrzynski CJ, Karoly H, Ellingson JM, *et al.* Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention Versus Relapse Prevention for Alcohol Use Disorder: A Randomized Control Trial. *J. Stud. Alcohol Drugs* 2023 ; 84 : 560-9.

Stephenson RJ, Toth I. Anti-cocaine vaccine development: Where are we now and where are we going? *J Med Chem* 2023 ; 66 : 7086-100.

Strickland JC, Bolin BL, Romanelli MR, *et al.* Effects of acute bupirone administration on inhibitory control and sexual discounting in cocaine users. *Hum Psychopharmacol – Clin Exp* 2017 ; 32 : e2567.

Terraneo A, Leggio L, Saladini M, *et al.* Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016 ; 26 : 37-44.

Traccis F, Minozzi S, Trogu E, *et al.* Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2024 ; 1 : CD007024.

Wee S, Vendruscolo LF, Misra KK, *et al.* A combination of buprenorphine and naltrexone blocks compulsive cocaine intake in rodents without producing dependence. *Sci Transl Med* 2012 ; 4 : 146ra110.

WHO, UNODC. *The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Geneva, Switzerland, 2020 : 95 p.

Winhusen TM, Kropp F, Lindblad R, *et al.* Multisite, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot clinical trial to evaluate the efficacy of bupirone as a relapse-prevention treatment for cocaine dependence. *J Clin Psychiatry* 2014 ; 75 : 757-64.

6

Dommmages sociaux

Aux complications sanitaires auxquelles l'usage de substances psychoactives expose les usagers s'ajoutent les conséquences directes ou indirectes que cet usage implique pour la société, à commencer par leur entourage (Kopp, 2023). En effet, les conséquences sociales de l'usage de drogues et en particulier de la cocaïne concernent en premier lieu les proches des usagers, et notamment leurs enfants. Ces conséquences comprennent également les accidents de la route causés par des conducteurs aux facultés de conduite altérées par les effets des substances qu'ils ont consommées (en termes de vigilance, réflexes, vision, etc.). La criminalité et la violence engendrées par le trafic sont un autre aspect des dommages sociaux des drogues. Enfin, l'émergence de l'impact environnemental des drogues est prégnante dans la littérature.

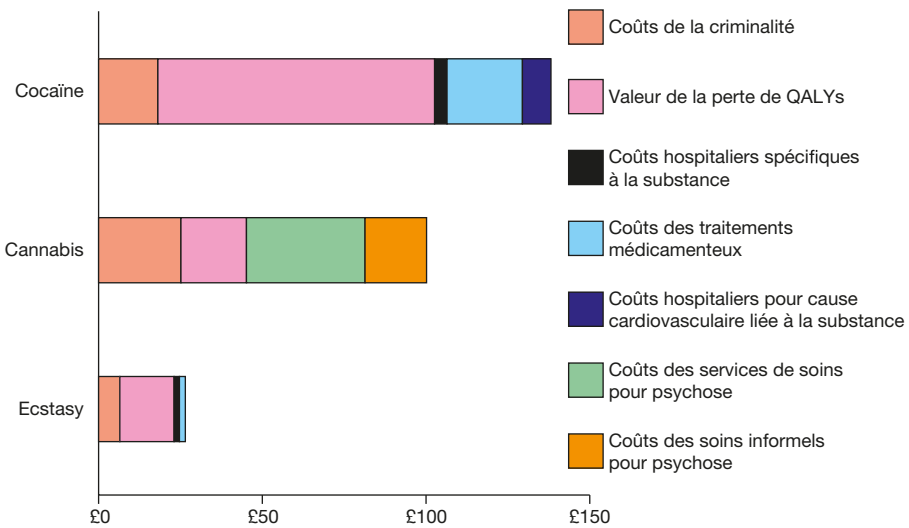
Ce chapitre propose une revue des connaissances et données relatives aux dommages sociaux de la cocaïne dans leurs différentes dimensions.

Du coût social de la cocaïne ou son impact dans la vie de tous les jours

Les coûts sanitaires et sociaux liés à la cocaïne ont considérablement augmenté en Europe (EMCDDA, 2024). En économie, le « coût social » d'une activité est défini comme l'ensemble des coûts que cette activité impose à la collectivité. Appliquée aux substances psychoactives, cette notion renvoie à l'ensemble des coûts supportés par la société, qui découlent des conséquences de la consommation et du marché/trafic aussi bien de l'alcool et du tabac que des substances illicites (Kopp, 2023). D'une part, le coût externe prend en compte la valeur des vies humaines perdues, la perte de la qualité de vie, ou encore les pertes de production pour les entreprises employant des salariés ne pouvant plus travailler. D'autre part, le coût pour les finances publiques correspond au bilan entre : *i*) les dépenses publiques liées aux soins, à la répression, ou à la mise en place de mesure de prévention ; *ii*) les recettes provenant de la taxation de l'alcool et du tabac ; et *iii*) l'économie faite sur les retraites non versées aux personnes décédées prématurément. L'étude de ces coûts permet

de donner aux pouvoirs publics une indication du poids que représentent les substances psychoactives pour la société, comparativement aux autres problèmes sociaux (Kopp, 2023).

Au Royaume-Uni, la projection du coût social de l'usage de cocaïne rapporté à un an montre que l'indicateur de la perte d'années de vie en bonne santé (en anglais, *Quality-Adjusted Life Years – QALYs – loss*) occupe une place prépondérante et largement plus marquée que celle du même indicateur dans le coût social du cannabis ou de l'ecstasy (figure 6.1) (Pennington et coll., 2018). En France, pour l'année 2019, le nombre d'années de vie perdues en lien avec la cocaïne a été estimé à 4 153, 5 549 pour l'héroïne, 628 983 pour l'alcool et 883 846 pour le tabac (Kopp, 2023). La même année, le coût social des drogues illicites (non spécifique à la cocaïne) représentait 7,7 milliards d'euros en France. À titre de comparaison, le coût social était estimé à 156 et 102 milliards d'euros, respectivement pour le tabac et l'alcool.



QALYs : *Quality-Adjusted Life Years*.

%

Figure 6.1 : Modélisation de la répartition du coût social rapporté à un an de l'usage de cocaïne comparativement au cannabis et à l'ecstasy au Royaume-Uni (Source : Pennington et coll., 2018)

Reproduit et traduit à partir de « The cost-effectiveness of seven behavioural interventions to prevent drug misuse in vulnerable populations. », de Pennington B, Collins B, Leigh S, et coll. *Int J Drug Policy* 2018 ; 57 : 42-50.

QALYs : *Quality-Adjusted Life Years*.

La consommation de cocaïne visible par tous dans l'espace urbain, et notamment la cocaïne basée, soulève la question du trouble à l'« ordre public », un concept défini comme la garantie de « l'exercice paisible des

droits et des libertés de chacun »¹⁰². Depuis des décennies, dans un contexte de tensions avec les riverains et d'incompréhension mutuelle, les actions policières « coup de poing » et le délogement des lieux de scène ouverte de la consommation de drogues, notamment de cocaïne basée, se sont soldés par le constat du déplacement du problème sans perspective de résolution (Costa et Wawrzyniak, 2024). L'émergence des scènes ouvertes de consommation en France dès les années 1980 s'inscrit dans un contexte international, avec notamment le parc du Platzspitz de Zurich, devenu la plus grande scène ouverte d'Europe (Marchant, 2021). Les désagréments restent perçus comme intolérables par le voisinage, avec un impact sur leurs activités quotidiennes comme sur l'activité économique locale (fermeture des commerces) (Eshrati et coll., 2023 ; Léonnet et coll., 2024). Les projets d'implantation de salles de consommation à moindre risque ou d'ouverture d'espaces d'accueil pour les usagers de cocaïne basée, notamment dans des quartiers situés hors des scènes de consommation, sont confrontés au refus des riverains qui y voient des risques pour leurs enfants en premier lieu (Basset et coll., 2021). Dans le cas de la salle de consommation installée dans l'enceinte de l'Hôpital Lariboisière à Paris, une acceptation a fini par s'installer dans la durée (Houborg et Jauffret-Roustide, 2022), et l'analyse des prix de vente médian des appartements anciens par quartiers de cet arrondissement met en évidence une absence de dévaluation des prix de l'immobilier (Inserm, 2021). Au Canada, l'évolution des prix du marché immobilier a été étudiée au regard de la temporalité de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque : les résultats montrent une chute immédiate des prix immobiliers suivie par une ré-augmentation progressive dans les mois qui suivent (Schaefer et Panagiotoglou, 2024).

Conséquences de l'exposition prénatale à la cocaïne sur l'enfant à naître et l'adulte qu'il deviendra

En Irlande, la prévalence des troubles de l'usage de drogues chez les femmes enceintes a diminué au cours des dix dernières années, mais celle de l'usage de cocaïne (et de cannabis) a augmenté, passant de 9 % en 2010 à 35 % en 2019 (Corbett et coll., 2023). Aux États-Unis, la part de femmes qui consomment de la cocaïne parmi plus de 3 millions de femmes enceintes hospitalisées entre 2016 et 2020 a été estimée à 0,16 % (Ragsdale et coll., 2024). Si cette prévalence était plus faible que celles observées pour le tabac, le cannabis,

102. <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/discours-et-interventions/l-ordre-public-regards-croises-du-conseil-d-etat-et-de-la-cour-de-cassation>

les opioïdes ou les autres stimulants, la fréquence des complications de grossesse était en revanche nettement plus marquée pour la cocaïne que pour l'ensemble des autres substances (54,7 %). Selon une revue ombrelle¹⁰³ réalisée à partir de 15 méta-analyses, la consommation de cocaïne compte parmi les facteurs de risque identifiés de faible poids à la naissance (Arabzadeh et coll., 2024). Les cas de mort inattendue du nourrisson étaient également plus fréquents chez les enfants exposés *in utero* à la cocaïne, y compris après prise en compte du statut socioéconomique des parents et malgré une chute drastique de la fréquence absolue des cas au cours du temps dans la population générale, d'après les résultats de la méta-analyse de Makariou et coll. ayant inclus plus de 4,2 millions d'enfants dont 21 571 avec une exposition prénatale à la cocaïne (Makariou et coll., 2022).

Les conséquences à long terme de l'exposition prénatale à la cocaïne sur l'enfant puis l'adulte qu'il deviendra sont difficiles à évaluer, notamment parce qu'elles restent souvent indissociées de l'exposition aux autres substances psychoactives (Nissinen et coll., 2024). Dans une cohorte de 384 nouveau-nés suivis jusqu'à l'âge de 21 ans, une association significative était retrouvée entre l'exposition prénatale à la cocaïne, le périmètre crânien à la naissance, un trouble du développement à un an et un trouble du raisonnement perceptif à l'âge adulte (Singer et coll., 2024). En comparaison avec les personnes n'ayant pas été exposées *in utero* à la cocaïne, les sujets exposés avaient consommé du cannabis plus précocement et de façon plus intense, étaient plus impulsifs et anxieux, et présentaient une alexithymie¹⁰⁴ et une anhédonie sociale et physique (Morie et coll., 2024). Ces résultats convergent avec ceux issus d'autres travaux à partir d'une cohorte longitudinale de 202 dyades (mères-issues de grossesse) suivies pendant 25 ans montrant également que l'exposition prénatale à la cocaïne augmente la consommation de cannabis, altère les capacités de prise de décisions, et augmente le risque d'infractions et d'arrestations (Richardson et coll., 2024).

Violences liées à la cocaïne

Violences familiales

Selon la revue systématique de la littérature d'Austin et coll. (2022), le risque de maltraitance au sein du cercle familial est plus élevé chez les enfants ayant été exposés à la cocaïne *in utero* que ceux ayant été exposés à d'autres substances ou n'ayant pas été exposés (Austin et coll., 2022).

103. Revue de revues (revues systématiques et/ou méta-analyses)

104. Déficit de verbalisation des émotions

En effet, les enfants ayant subi une exposition prénatale à la cocaïne sont plus à risque de faire l'objet d'une déclaration aux services de protection de l'enfance que ce soit à la naissance ou pendant la petite enfance, d'être placés, d'être suivis pour suspicion de maltraitance, ou de rapporter eux-mêmes une maltraitance pendant l'adolescence (Austin et coll., 2022). Un environnement familial défavorable et notamment une négligence de la part des parents participe à l'initiation précoce d'un usage de cocaïne (Perrenoud et coll., 2021). Par ailleurs, les violences perpétrées au sein du cercle familial par des personnes qui consomment de la cocaïne ont été étudiées en distinguant la consommation de cocaïne poudre et de cocaïne basée (Barros et coll., 2022). Dans cette étude, les proches de personnes qui consomment de la cocaïne poudre rapportaient un épisode de violence physique subie notamment par le père de famille. Ils rapportaient également plus souvent des épisodes de menaces ou de violences lorsque le sujet de l'usage de drogue avait été abordé dans la famille, en comparaison avec les proches de personnes consommant de la cocaïne basée. Concernant la cocaïne basée, des vols d'argent, d'objets et des problèmes judiciaires étaient rapportés ainsi que l'agression physique d'un membre de la famille (Barros et coll., 2022).

Violences sexuelles

Les données internationales sur les crimes facilités par les drogues, notamment les crimes sexuels dans un contexte de soumission chimique, montrent que la cocaïne est parmi les substances les plus souvent détectées après l'alcool et les benzodiazépines (García et coll., 2021). Dans cette revue systématique de la littérature, la cocaïne est identifiée dans les cas de crimes facilités par les drogues notamment en Amérique du Nord, au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et dans plusieurs pays d'Europe dont la France (García et coll., 2021). En 2022, la cocaïne marque même en France une très nette progression et égalise la MDMA¹⁰⁵ en première position du classement des agents de soumission chimique toutes substances confondues (ANSM, 2024). Il ressort que dans de nombreuses situations, la vulnérabilité des victimes est accrue du fait de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives dans un contexte récréatif. D'une façon générale, les cas de soumission chimique sont largement sous-estimés (Djeddar et coll., 2023). L'étude des violences subies par les femmes qui consomment des drogues montre que, pour une large majorité d'entre elles, l'agresseur est un homme qui consomme de l'alcool ou de la cocaïne (Plaza-Hernández et coll., 2023).

105. MDMA : Méthylènedioxyméthamphétamine

Accidents de la route et conséquences associées

Les données d'accidentologie s'intéressent aux causes et typologies des accidents de la circulation, mais ne permettent pas de distinguer la cocaïne des autres substances psychoactives. Pour la plupart, les rapports qui découlent de ces données regroupent l'alcool, les drogues et les médicaments de façon indissociable (ONISR, 2022 ; ASFA, 2024).

Toutefois, une association significative a été mise en évidence en Norvège entre le taux plasmatique de cocaïne et l'altération des capacités de conduite de conducteurs de véhicules ayant fait l'objet d'un contrôle de police et testés positifs pour l'usage de drogues (Heide et coll., 2024). Les résultats révèlent une forte augmentation de la prévalence de l'exposition à la cocaïne parmi les conducteurs sous l'emprise de substances, passée de 0,2 % en 2000 à 6,5 % en 2022, alors que pendant la même période celle de MDMA est passée de 4,2 % à 2 %. Dans une étude française réalisée à Grenoble, la cocaïne était la substance la plus fréquemment retrouvée chez des conducteurs testés positifs pour l'usage de substances psychoactives (17,5 %), après le cannabis (94,6 %) et devant la MDMA (2,5 %) (Willeman et coll., 2023). En Suisse, la cocaïne ou ses métabolites étaient retrouvés chez 21 % des conducteurs de véhicules soumis à un contrôle de police et dépistés positifs à une substance psychoactive (Maurer et coll., 2021). En Espagne, l'analyse des données de 710 victimes décédées dans des accidents de la circulation a montré que l'alcool était la substance la plus fréquemment retrouvée (32,5 %), suivie par les benzodiazépines (6 %) et la cocaïne (3,5 %), avec également l'identification de l'association alcool/cocaïne dans près de 2 % des cas (Alvarez-Freire et coll., 2023).

Envisager la cocaïne comme polluant émergent

L'impact environnemental des drogues, comprenant la culture de la matière première, le processus de production du produit final, le transport jusqu'aux points de consommation, les modalités de consommation (par exemple, la combustion et les déchets associés) et enfin la libération dans la nature de leurs métabolites éliminés de l'organisme des usagers, est devenu une préoccupation de plus en plus présente, faisant l'objet d'un chapitre spécifique du rapport mondial sur les drogues de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime¹⁰⁶ (ONUDDC) depuis 2022 (UNODC, 2022).

Une conséquence écologique de l'usage de cocaïne est la déforestation liée à l'augmentation de la surface des zones de culture de la coca en Amérique du Sud (UNODC, 2025). Elle constitue une menace sérieuse sur la survie d'oiseaux migrateurs comme d'autres espèces animales suite à la destruction de leur habitat naturel (Rodewald et coll., 2024). Une étude a évalué l'impact environnemental de la cocaïne selon une approche d'analyse du cycle de vie couplée aux indicateurs socioéconomiques (Barrera-Ramírez et coll., 2019). Dans cette étude conduite en Colombie, Barrera-Ramírez et coll. montrent que les cultures de coca sont celles qui présentent l'impact de toxicité le plus élevé comparativement aux cultures légales (café, sucre de canne et cacao). En Europe, entre 2013 et 2023, la plupart des décharges illégales associées à la fabrication de drogues illégales concernaient l'amphétamine (43 %) et la cocaïne (8 %) (UNODC, 2025). La cocaïne et son métabolite, la benzoylecgonine, comptent parmi les substances psychoactives les plus fréquemment identifiées dans les eaux potables ou de surface à l'échelle internationale (Krishnan et coll., 2023). La bioaccumulation de la cocaïne dans les milieux marins pose la question des conséquences potentielles sur l'ensemble de la chaîne alimentaire (Da Silva Junior et coll., 2024). Chez l'Homme, les éventuelles conséquences sanitaires d'une exposition chronique à de faibles concentrations de cocaïne ou de ses métabolites présents à l'état de traces dans les eaux de consommation voire dans les produits alimentaires issus de la mer ne sont, pour l'heure, pas connues.

Des mesures de réduction des risques écologiques sont proposées par certains auteurs (Rhodes et coll., 2023). Leur portée semble limitée au regard des enjeux financiers et de leur caractère déconnecté des préoccupations premières des acteurs de terrain, notamment les agriculteurs et les acteurs impliqués dans l'obtention du produit fini dans les laboratoires clandestins. En effet, ces recommandations comprennent par exemple de bannir l'utilisation de pesticides de la culture de la coca au profit d'une agriculture biologique, prônent le port de vêtements de protection, et dénoncent l'utilisation de produits toxiques pour la production de la « *pasta* » puis pour le processus de « *basage* » de la poudre.

Dans un autre domaine, une conséquence écologique supplémentaire pourrait concerner le logement. La pollution de l'habitat des usagers par différentes substances dont la cocaïne a été étudiée : la persistance des substances inhalées a été mise en évidence dans l'air, la poussière domestique et différentes surfaces présentes dans les lieux de vie (meubles, objets et tissus), avec la possibilité d'une contamination pour les autres occupants du logement ne consommant pas eux-mêmes de substances (Yeh et coll., 2022). En particulier, la question est posée des conséquences sanitaires éventuelles

chez les personnes vulnérables, dont les enfants, sans élément probant pour l'instant. L'analyse des résidus de drogues dans les salles de consommation à moindre risque a montré que le niveau de contamination par l'héroïne et par la cocaïne (ainsi que leurs métabolites) restait élevé sur de nombreuses surfaces et poignées de portes, malgré le nettoyage (Cuffaro et coll., 2024). Le risque sanitaire pour le personnel exposé à cette pollution sur leur lieu de travail était cependant considéré comme inexistant au vu des taux détectés dans les urines et les cheveux.

Conclusion

La revue de connaissances proposée dans ce chapitre souligne le manque de données spécifiques à la cocaïne en ce qui concerne plusieurs aspects des dommages sociaux associés à l'usage de cette substance. En particulier, aucune donnée ne permet de décrire les conséquences potentielles de la conduite de véhicules sous l'emprise de cocaïne, en termes de typologies d'accidents de la route et de morbi-mortalité associée chez les conducteurs aussi bien que les autres personnes pouvant être impliquées. Les connaissances sur les conséquences de l'usage de cocaïne chez l'entourage proche des usagers pourraient être approfondies, en particulier par des études complémentaires permettant la comparaison entre la cocaïne poudre et la cocaïne basée, prioritairement chez les enfants mais également chez les femmes vulnérables victimes de violences. L'impact de l'usage de la cocaïne sur l'environnement est une préoccupation grandissante. Les conséquences de la pollution environnementale sur la biodiversité restent difficilement mesurables. Il reste toutefois indispensable de continuer à questionner l'impact environnemental de la cocaïne comme des autres drogues dans de futurs travaux.

Enfin, l'impact de l'usage de la cocaïne sur la société soulève également la question des dommages potentiels exercés par la société sur les usagers de cocaïne. En effet, les représentations négatives et la stigmatisation (cf. chapitre « Réduction des risques et des dommages sociaux » de cette expertise collective) se répercutent sur les usagers, avec des conséquences négatives sur la prise en soins, la réussite des soins, et la réinsertion des personnes concernées (Hulsey et coll., 2023). L'adoption par tous d'une attitude et d'un langage adaptés non stigmatisants semble indispensable.

RÉFÉRENCES

Alvarez-Freire I, López-Guarnido O, Cabarcos-Fernández P, *et al.* Statistical analysis of toxicological data of victims of traffic accidents in Galicia (Spain). *Prev Sci* 2023 ; 24 : 765-73.

ANSM. *Soumission chimique – Vulnérabilité chimique : Rapport d'enquête nationale (31 mai 2024) – Étude n°18 de 2022, 2024* : 101 p.

Arabzadeh H, Doosti-Irani A, Kamkari S, *et al.* The maternal factors associated with infant low birth weight: an umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024 ; 24.

ASFA. *Bilan 2023 – Accidents mortels sur autoroutes concédées : autoroutes & ouvrages concédés (ASFA), 2024* : 73 p [consulté le 10/06/25 : https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=010296437381524150846:fsw0dlry6ec&q=https://www.autoroutes.fr/FCKeditor/UserFiles/File/ASFA_Bilan_accidents_mortels_2023.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjrr-3fnOaNaxU-TaQEHa eKMg4QFnoECAkQAQ&usg=AOvVaw312RR7dSrOLP9G30rIphXV].

Austin AE, Gest C, Atkeson A, *et al.* Prenatal substance exposure and child maltreatment: A systematic review. *Child Maltreatment* 2022 ; 27 : 290-315.

Barrera-Ramírez J, Prado V, Solheim H. Life cycle assessment and socio-economic evaluation of the illicit crop substitution policy in Colombia. *J of Industrial Ecology* 2019 ; 23 : 1237-52.

Barros GM de, Diehl A, Moura A de, *et al.* The perceptions of domestic violence by a family member who uses crack or cocaine: A secondary retrospective cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2022 ; 19 : 6325.

Basset B, Rigaud A, Savy M. *Le crack à Paris: La santé, les médias, l'opinion et les politiques*. Paris : Association Addictions France, 2021 : 16 p [consulté le 10/06/25 : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2023/01/Decryptages-N-48-Le-crack-a-Paris-RV-2023.pdf>].

Corbett GA, Carmody D, Rochford M, *et al.* Drug use in pregnancy in Ireland's capital city: A decade of trends and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023 ; 282 : 24-30.

Costa J, Wawrzyniak D. Produire et réguler les espaces publics de la drogue. La gestion du problème public du crack et ses scènes ouvertes dans le Nord-Est parisien. In: Boucher M, Marchal H, eds. *Déviance, délinquance et réactions sociales dans l'espace public: Entre assistance, contrôle et répression*. Bordeaux : Le Bord de L'eau Editions, 2024.

Cuffaro F, Dahm G, Marson C, *et al.* Contamination of a drug consumption room with drugs and potential risks for social health care workers. *Harm Reduct J* 2024 ; 21 : 149.

Da Silva Junior A, Santana GM, Nascimento MM, *et al.* Illicit drugs in Brazil: Environmental consequences and consumption patterns. *Environ Sci Pollut Res Int* 2024 ; 31 : 47530-51.

Djezzar S, Gaulier J-M, Gorgiard C, *et al.* Assessment of 19 years of a prospective national survey on drug-facilitated crimes in France. *Leg Med (Tokyo)* 2023 ; 65 : 102297.

EMCDDA. *European Drug Report 2024: Trends and Developments (Chapter Cocaine – the current situation in Europe)*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2024 : 14 p.

Eshrati S, Saberizafarghandi M, Vameghi M, *et al.* Main problems experienced by the neighbors of open drug scenes, Tehran, Iran: a mixed-method study. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 148.

García MG, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, *et al.* Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. *J Forensic Leg Med* 2021 ; 79 : 102151.

Heide G, Jamt RE, Fainberg-Sandbu J, *et al.* Driving under the influence of cocaine and MDMA: Relationship between blood concentrations and results from clinical test of impairment. *J Anal Toxicol* 2024 ; 48 : 380-7.

Houborg E, Jauffret-Roustide M. Drug consumption rooms: Welfare state and diversity in social acceptance in Denmark and in France. *Am J Public Health* 2022 ; 112 : S159-S165.

Hulsey J, Zawislak K, Sawyer-Morris G, *et al.* Stigmatizing imagery for substance use disorders: a qualitative exploration. *Health Justice* 2023 ; 11 : 28-43.

Inserm. *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique: COSINUS COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INDividuels de l'USage de drogues – COSINUS éco Évaluation économique des salles de consommation à moindre risque – Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale* : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 349 p.

Kopp P. *Le coût social des drogues : estimation en France en 2019*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2023 : 15 p.

Krishnan RY, Manikandan S, Subbaiya R, *et al.* Origin, transport and ecological risk assessment of illicit drugs in the environment – A review. *Chemosphere* 2023 ; 311.

Léonnet J, Schmit C, Seffray E. *Rapport IGA N°24038 – IGAS N°2024-036R Les haltes soins addictions : Un dispositif expérimenté depuis 2016 pour réduire les risques et nuisances associés à la consommation de stupéfiants dans l'espace public* : IGA; IGAS, 2024 : 236 p.

Makarious L, Teng A, Oei JL. SIDS is associated with prenatal drug use: a meta-analysis and systematic review of 4 238 685 infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2022 ; 107 : 617-23.

Marchant A. L'émergence des scènes ouvertes de la drogue à Paris dans les années 1980-1990. *SWAPS* 2021 ; 100 : 9-13.

Maurer J, Vergalito E, Prior A-F, *et al.* Suspicion of driving under the influence of alcohol or drugs: Cross sectional analysis of drug prevalence in the context of the Swiss legislation. *Forensic Sci Int* 2021 ; 329 : 111081.

Morie KP, Zhai ZW, Crowley MJ, *et al.* Relationships between prenatal cocaine exposure, cannabis-use onset and emotional and related characteristics in young/emerging adults. *Subst Use Misuse* 2024 ; 59 : 388-97.

Nissinen N-M, Rangmar J, Autti-Rämö I, *et al.* Financial difficulties among youth prenatally exposed to substances: a longitudinal register-based cohort study. *Drug Educ Prev Polic* 2024 ; 31 : 348-57.

ONISR. *La sécurité routière en France – Bilan de l'accidentalité de l'année 2021 (Chapitre « Les stupéfiants »)*. Paris : Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 2022 : 2 p [consulté le 10/06/25 : https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONISR_Bilan_Accidentalit%C3%A9_2021_0.pdf].

Pennington B, Collins B, Leigh S, *et al.* The cost-effectiveness of seven behavioural interventions to prevent drug misuse in vulnerable populations. *Int J Drug Policy* 2018 ; 57 : 42-50.

Perrenoud L, Oikawa KF, Williams AV, *et al.* Factors associated with crack-cocaine early initiation: a Brazilian multicenter study. *BMC Public Health* 2021 ; 21.

Plaza-Hernández L, Hansen Rodriguez G, Bedoya Cardona E, *et al.* Gender-based violence among women who use drugs: A quantitative and qualitative study in 6 EU countries. *Addictology* 2023 ; 23 : 107-21.

Ragsdale AS, Al-Hammadi N, Loux TM, *et al.* Perinatal substance use disorder: Examining the impact on adverse pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2024 ; 22 : 100308.

Rhodes T, Ordoñez LS, Acero C, *et al.* Caring for coca, living with chemicals: Towards ecological harm reduction. *Int J Drug Policy* 2023 ; 120.

Richardson GA, Genna NM de, Willford JA, *et al.* Pathways from prenatal cocaine exposure to adult substance use and behavior. *Neurotoxicol Teratol* 2024 ; 102 : 107335.

Rodewald AD, Lello-Smith A, Magliocca NR, *et al.* Intersection of narco trafficking, enforcement and bird conservation in the Americas. *Nat Sustain* 2024 ; 7 : 855-9.

Schaefer M, Panagiotoglou D. Evaluating the effects of supervised consumption sites on housing prices in Montreal, Canada using interrupted time series and hedonic price models. *Drug Alcohol Depend Rep* 2024 ; 11 : 100242.

Singer LT, Albert JM, Minnes S, *et al.* Infant behaviors, prenatal cocaine exposure, and adult intelligence. *JAMA Netw Open* 2024 ; 7 : e2411905.

UNODC. *World Drug Report 2025 – Contemporary issues on drugs*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2025 : 106 p.

UNODC. *World Drug Report 2022 – Drugs and the Environment*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2022 : 91 p.

Willeman T, Bartolli M, Jourdil J-F, *et al.* Trends in drivers testing positive for drugs of abuse in oral fluid from 2018 to 2021 in France. *Forensic Sci Int* 2023 ; 352 : 111835.

Yeh K, Li L, Wania F, *et al.* Thirdhand smoke from tobacco, e-cigarettes, cannabis, methamphetamine and cocaine: Partitioning, reactive fate, and human exposure in indoor environments. *Environ Int* 2022 ; 160 : 107063.

7

Politiques de prévention et de réduction des risques, et interventions

En Santé publique, la décision de mettre en place des mesures de prévention à l'échelle de la population ou de l'individu vise à minimiser le fardeau des maladies, c'est-à-dire les effets délétères des maladies sur les plans individuel, sociétal et sanitaire (Organisation mondiale de la santé¹⁰⁷). L'efficacité de telles mesures est conditionnée notamment à une connaissance solide des facteurs de risque sous-jacents (Kreim et coll., 2023). Au Canada, l'analyse des données collectées en routine dans le cadre des « *Integrated Youth Services* » (IYS), un réseau de centres communautaires de santé et de services sociaux s'adressant aux jeunes de 12 à 24 ans et visant à prévenir les complications des conduites à risque, a permis d'identifier les facteurs de risque de l'usage de psychostimulants (cocaïne ou dérivés amphétaminiques) au sein de la file active de patients. La connaissance de ces facteurs, qui comprennent par exemple le sexe masculin, un antécédent de violence subie ou causée, ou encore l'exposition à d'autres substances psychoactives, contribue à la définition de profils à risque et au repérage des participants susceptibles de bénéficier d'un accompagnement pour la consommation de psychostimulants, et sert de point d'appui pour le développement de programmes d'interventions précoces adaptés au public cible.

Ainsi, l'identification des facteurs de risque des troubles de l'usage de cocaïne¹⁰⁸ représente un enjeu majeur pour les politiques de santé publique. En effet, l'ampleur des conséquences sanitaires, sociales, et sociétales de ces difficultés pour l'usager, son entourage, ou la société au sens large¹⁰⁹, associée au constat d'échec des options existantes d'accompagnement au sevrage,

107. Voir sur le site internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la page « *Noncommunicable diseases* » : https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_2 [consulté le 14/03/2025].

108. Cf. chapitre « Facteurs de risque de l'usage et des troubles de l'usage de cocaïne » de cette expertise collective.

109. Cf. chapitre « Dommages aux usagers » et chapitre « Dommages sociaux » de cette expertise collective.

incitent à développer des stratégies de prévention primaire chez les publics jeunes ou de prévention secondaire ciblant par exemple le risque de surdoses ou de complications infectieuses chez les usagers (UNODC, 2024). Il semble évidemment essentiel de s'assurer de la pertinence des mesures de prévention ; un programme de prévention mal adapté pouvant s'avérer au mieux, inefficace, et au pire, contre-productif, par exemple en contribuant à convaincre les bénéficiaires du programme de leur propre incapacité à améliorer leur sort ou en étant à l'origine d'effets collatéraux liés au fait de « déplacer le problème » (Féda, 2022 ; Crépault et coll., 2023 ; David et coll., 2023).

L'objectif de ce chapitre est d'examiner les succès et les échecs des politiques de prévention qui ont été mises en place à l'échelle nationale ou internationale et d'évaluer leur applicabilité au contexte français actuel. Considérant le nombre relativement limité de mesures et travaux de prévention spécifiquement ciblés sur la cocaïne, ce chapitre ne se restreint pas aux supports traitant de cette substance mais s'appuie également sur ceux dont l'application pourrait être utile à la prévention de son usage ou des dommages associés.

Constat

En France, les professionnels disposent actuellement de peu de programmes de prévention qui ont prouvé leur efficacité selon des critères scientifiquement validés. La stratégie gouvernementale de lutte contre les conduites addictives élaborée en 2017 incarne la volonté des pouvoirs publics de disposer d'une action coordonnée et efficace (Mildeca, 2018, 2023). Malgré des avancées en termes d'offre de prévention, force est de constater qu'en pratique les problèmes (dommages sanitaires et sociaux, précarité, stigmatisation des usagers de cocaïne et particulièrement de cocaïne basée)¹¹⁰ perdurent, en lien avec l'accélération de l'augmentation de la prévalence de l'usage de cocaïne ces dernières années.

Ce constat illustre la nécessité de pouvoir disposer d'éléments qui étayent l'efficacité des actions et politiques de prévention à l'égard des troubles de l'usage de cocaïne. À l'échelle internationale, le recours à des approches de santé publique ayant pour vocation de minimiser le risque de dommages liés aux drogues constitue une stratégie contribuant à l'élaboration et l'évaluation de politiques de prévention efficaces. Les auteurs d'une revue systématique de la littérature scientifique ont analysé les résultats de 41 travaux de recherche ayant porté sur des approches de santé publique centrées sur l'usage

110. Cf. chapitre « Dommages aux usagers » et chapitre « Dommages sociaux » de cette expertise collective.

de substances illicites, y compris la cocaïne (sans que ce produit soit toutefois distingué des autres). Ils y proposent une définition conceptuelle de ce à quoi correspond une « approche de santé publique » sur les drogues illicites (Crépault et coll., 2023). Il en ressort qu'une telle approche serait basée sur des mesures fondées sur les preuves et en particulier, les traitements des troubles de l'usage des substances et la réduction des risques¹¹¹. La réponse judiciaire ou pénale ne ferait pas partie de cette approche de santé publique. Des modèles de prévention et d'éducation du public pour promouvoir des modes de vie et comportements sains vis-à-vis des substances paraissent dans cette revue moins convaincants quant à leur efficacité que dans des travaux précédents, appelant à revisiter ces modèles.

Pour ce qui concerne l'essentiel, ces considérations sont partagées dans la littérature avec, en premier lieu, la nécessité de considérer l'usager de cocaïne comme un patient et non comme un délinquant, le caractère criminogène de la répression étant largement critiqué d'une façon générale (Féda, 2022 ; Johnstad, 2023 ; Vaivre-Douret et Gaucher, 2023). Malgré tout, les méthodes de réduction des risques et des dommages ne suffisent pas à elles seules à aborder le problème dans sa globalité et l'intérêt d'une approche combinant plusieurs stratégies est défendu (Feltmann et coll., 2021). Le maintien de « la santé physique et morale de l'humanité » est quant à lui l'un des principes fondamentaux des conventions internationales rappelé dans le dernier rapport mondial sur les drogues, qui appuie également la promotion d'une culture et des perceptions scientifiquement fondées au sujet des drogues ainsi que la mise à disposition d'informations scientifiques factuelles pour aider chacun à « se faire une idée claire des risques liés à l'usage de drogues et des conséquences de cet usage » et ainsi promouvoir les possibilités de décision éclairée (UNODC, 2024).

Politiques de prévention nationales aux échelles européenne et mondiale

Dans son programme d'approche stratégique vers 2025, l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (*European Union Drugs Agency* – EUDA, anciennement *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions*, EMCDDA) structure son action autour de deux objectifs fondamentaux visant à promouvoir une Europe « en meilleure santé » et « plus sûre » (EMCDDA, 2023). Ces deux piliers, santé et sécurité, s'appuient sur une logique commune

111. Mildeca. L'essentiel sur... La réduction des risques et des dommages : une politique entre humanisme, sciences et pragmatisme. Mildeca, 2023 : 4 p [consulté le 15/09/23 : <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/essentiel-rdrd.pdf>].

et la complémentarité de ces mesures : l'observation des usages et des marchés des drogues en Europe, des réponses rapides adaptées en cas de nouvelles menaces pour la santé ou la sécurité, des interventions de prévention secondaire pour réduire les conséquences de l'usage, ou encore l'évolution du cadre juridique à l'égard des drogues (sans objectif spécifique formellement axé sur la cocaïne). Cette stratégie d'approche globalisée fait écho aux recommandations de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (*United Nations Office on Drugs and Crime*, UNODC). Ceci souligne, pour les politiques en matière de drogues, l'importance d'aborder et de combattre le problème mondial de la drogue par une stratégie véritablement globale, intégrée et équilibrée (UNODC, 2024).

De nombreux pays dont la France ont adopté des stratégies nationales de prévention de l'usage de substances psychoactives. L'Australie et le Royaume-Uni, par exemple, ont établi des recommandations qui appuient l'importance des interventions préventives centrées sur les réductions aussi bien de l'offre que de la demande (Faller et coll., 2023). La Suisse fait toutefois figure de précurseur en termes de stratégie politique à l'égard de la consommation de drogues et de ses conséquences négatives pour les personnes usagères de drogues et la société, avec l'adoption d'une politique reposant sur la politique des quatre piliers que sont la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression en réponse aux problématiques de l'héroïne et des scènes ouvertes de consommation de cocaïne basée dans les grandes villes¹¹². En Suisse, les réglementations relatives à l'ensemble des substances psychoactives à potentiel d'abus et de dépendance ont pour but essentiel de protéger la santé humaine. Cette approche est justifiée par le caractère jugé essentiel d'éviter les effets négatifs de la criminalisation sur les personnes usagères de drogues. Cette politique favorise des mesures de collaboration entre la police et des structures de réduction des risques ou de traitement des troubles de l'usage des substances. En Suisse, même s'il reste interdit de consommer des stupéfiants, l'attitude à l'égard des usagers et leur prise en charge sont profondément différentes de celles dans l'approche centrée sur la répression. Le modèle suisse a cependant ses limites et l'augmentation des problèmes liés à la cocaïne dans ce pays nécessite une réflexion sur l'adaptation de la mise en œuvre de la politique des quatre piliers (Addiction Suisse, 2024). En effet, l'analyse de la concentration de résidus de drogues dans les eaux usées de 88 villes dans le monde montre que les villes de Zurich, Genève et Berne sont dans le top 15 des villes européennes ayant les prévalences de consommation de cocaïne les plus élevées

112. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html> [consulté le 14/03/2025].

d'Europe, Zurich arrivant même à la sixième place du classement mondial¹¹³. À titre de comparaison, Paris occupe la seizième place de ce classement. Le rôle potentiel des agents de police comme recours de première ligne dans la prévention des troubles de l'usage de substances chez les jeunes a été analysé dans une étude suédoise, au sein de deux scènes ouvertes de consommation de drogues à Stockholm (Feltmann et coll., 2021). Au-delà de l'aspect visible de la présence en uniforme de ces figures d'autorité sur les sites de *deal* et de consommation de drogues, les agents de police et les travailleurs sociaux dialoguent activement avec les jeunes, notamment les mineurs, présents sur place. Cette approche de prévention sociale se veut complémentaire d'une prévention « situationnelle » puisque la municipalité œuvre à adapter l'espace public, par exemple en améliorant l'éclairage et en supprimant des zones cachées pouvant servir de lieux de *deal* ou de consommation. Elle améliore ainsi la sécurité pour tous, y compris les personnes usagères de drogues, tout en réduisant les risques de fixation de zones de « *deal* ».

Au Portugal, la philosophie de la politique à l'égard des drogues est également fondée sur une approche de santé publique plutôt que sur la priorisation du maintien de l'ordre public (Rêgo et coll., 2021). L'usage de toutes les drogues est décriminalisé depuis 2001, ce qui permet de proposer des interventions sanitaires et de réinsertion sociale aux usagers plutôt qu'une réponse judiciaire. Depuis 2008, toutefois, la notion de crime de l'usage a été rétablie par un jugement de la Cour suprême dans les cas où la quantité consommée dépasse un seuil établi. Cette décision a eu pour effet d'augmenter significativement le nombre de personnes condamnées pour usage de drogues. Le bilan du modèle portugais auprès de l'opinion publique peut être illustré par l'exemple de la réduction des risques : il semble en effet que la société portugaise accepte les mesures qui relèvent directement de la pathologie et de la prise en soins des usagers mais reste réticente à d'autres mesures parfois perçues comme relevant plus de leur « bien-être », telles que les dispositifs d'analyse de drogues en milieu festif, les programmes de distribution de seringues en prison, l'ouverture de salles de consommation ou encore la diffusion de la naloxone¹¹⁴ hors du cadre médical. Les besoins des personnes concernées en traitement ont peut-être été mieux compris et acceptés par la population que les mesures de réduction des risques. En ce sens, le Portugal semble avoir échoué à désolidariser l'usage de drogues de la stigmatisation.

113. https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#data-explorer [consulté le 14/03/2025].

114. Médicament antagoniste des récepteurs opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.

La question de la décriminalisation de l'usage de drogues en général et de la cocaïne en particulier a été posée en Belgique, dont l'approche de la politique publique de prévention et de lutte contre la dépendance aux drogues est parfois jugée comme résolument répressive (Féda, 2022). Pour sa part, la Cour des comptes de Belgique estime que l'éventualité d'une telle décriminalisation est insuffisamment encadrée par un ensemble cohérent d'objectifs stratégiques et opérationnels, et questionne l'efficacité des mesures de prévention existantes et l'efficacité de l'articulation entre les différents acteurs impliqués dans la collecte d'informations (Cour des comptes, 2023). Dans ce même pays, le groupe de concertation « Agir en prévention »¹¹⁵ argumente que la prise en compte des contextes de vie et des motivations à consommer des usagers de substances psychoactives est nécessaire aux changements favorables à leur santé (Agir en prévention, 2023). De plus, il soutient l'importance de les rendre acteurs de ces changements, allant dans le sens des recommandations de l'UNODC qui souligne le caractère crucial de « s'assurer que l'ensemble des personnes faisant usage de drogues participent à la prise de décisions concernant leur traitement et leur prise en charge » (UNODC, 2024).

La question de la politique de prévention à l'égard de la cocaïne peut être abordée sous la perspective des différentes expériences menées dans le monde, y compris celles centrées sur d'autres substances. Ainsi, au-delà du retour d'expérience et des réflexions sur la décriminalisation des stupéfiants, il est possible d'envisager cette question au regard de l'exemple du cannabis dans un contexte récréatif, dont le statut réglementaire a significativement évolué (vers la dépénalisation voire la légalisation) au cours de la dernière décennie. Dans les régions du monde ayant autorisé l'usage de cannabis dans un contexte récréatif, les dommages aux usagers ont augmenté (augmentation du nombre d'hospitalisations et des troubles psychiatriques) (UNODC, 2024).

La situation en Islande mérite également un point d'attention. Sans être spécifiquement axé sur l'usage de cocaïne, ce pays a élaboré et mis en place un vaste programme original de prévention de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes à l'échelle nationale, en réaction aux prévalences de consommation parmi les plus élevées d'Europe dans les années 1990 (Mann et coll., 2024). Le modèle islandais de prévention (*the Icelandic Prevention Model*, IPM) retient l'attention à l'échelle internationale du fait de son impact positif marqué sur la consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Les principes directeurs de ce modèle reposent

115. Collectif d'associations, toutes actives en tant que services spécialisés en prévention des assuétudes dans une optique de promotion de la santé.

sur le renforcement de la réussite des enfants et des adolescents dans la vie, l'amélioration de l'environnement social, la promotion de la santé (quelques exemples : activités de loisirs supervisées, couvre-feu), et la coordination des actions des chercheurs, décideurs politiques, praticiens et membres de la communauté à partir des remontées de terrain (Koning et coll., 2021). Le modèle se démarque donc nettement de ceux orientés uniquement sur l'information relative aux risques. Cependant, la question de la transposabilité de ce modèle en dehors de l'Islande dans des pays ayant des contextes très différents, de même que celle de son efficacité réelle évaluée par des critères opposables, restent posées (Mann et coll., 2024), d'autant plus qu'en 2023, Reykjavik arrive au treizième rang mondial des villes ayant les prévalences de consommation de cocaïne les plus élevées¹¹⁶.

Stratégies nationales de prévention et de réduction des risques en France

Cadre légal

La politique française de réduction des risques et des dommages est encadrée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹¹⁷. Son périmètre concerne l'ensemble des dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à l'usage de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. Les actions relevant de cette politique incluent l'analyse de produits, la distribution de produits de santé (notamment la naloxone) et la supervision des gestes et comportements des personnes usagères de drogues par les intervenants, dans une démarche de prévention des risques et promotion des comportements à moindre risque (article L. 3411-8 du Code de la santé publique¹¹⁸) (HAS, 2019). L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du Code pénal. Ce principe de supervision des comportements d'usage par les intervenants est une nouveauté qui ne figurait pas dans le référentiel de 2005¹¹⁹ sur les actions de réduction des risques. En outre, cette loi établit le caractère obligatoire des missions de réduction des risques et des dommages et de

116. https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#data-explorer [consulté le 14/03/2025].

117. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JO, n° 0022, 27/01/2016.

118. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000031917375 [consulté le 14/03/2025].

119. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908109 [consulté le 14/03/2025].

prévention individuelle et collective des conduites addictives des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (article L. 3411-6 du Code de la santé publique)¹²⁰.

L'application de ces textes s'est concrétisée par le déploiement d'interventions évaluées ou d'expérimentations en matière de réduction des risques et des dommages, comme par exemple les salles de consommation à moindre risque (aujourd'hui dénommées Haltes soins addictions – HSA), l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection, l'analyse de produits, le dispositif d'insertion socio-professionnelle « Travail alternatif payé à la journée » (TAPAJ), l'intervention de prévention du passage à l'injection « Change le programme », les programmes d'envoi de matériel de réduction des risques et des dommages par voie postale (HAS, 2019). En particulier, cette loi fixe le cadre de l'expérimentation de l'ouverture de haltes soins addictions par les CSAPA/Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), c'est-à-dire des structures de réduction des risques proposant un espace de repos et un accompagnement social et médical par du personnel qualifié qui permettent aux usagers de drogues, dont la cocaïne, de les consommer dans des conditions plus sûres, par injection ou par inhalation (article 43 de la loi du 26 janvier 2016 modifié par l'article 83 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021¹²¹ et arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” »)¹²².

Politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives : revue des priorités du Plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et bilan de la période

En France, la volonté de déployer une action nationale globale coordonnée dans l'esprit des recommandations internationales, impulsée dès 2017, s'est concrétisée par l'élaboration et la mise en œuvre du Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) (Mildeca, 2018 ; UNODC, 2024). Les objectifs sont définis en six axes, dont deux directement centrés sur les préventions primaire et secondaire qui, dans l'esprit du modèle islandais, ambitionnent d'approcher le problème sous l'ensemble de ses dimensions, couvrant notamment : i) la promotion d'un environnement

120. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917457 [consulté le 14/03/2025].

121. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JO, n° 0022, 27/01/2016.

122. Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” ». JO, n° 0045, 23/02/2022, Texte n° 9.

protecteur pour les enfants ; ii) la promotion du bien-être et de la réussite des jeunes ; iii) la lutte contre les conduites addictives en milieu professionnel ; iv) la structuration de l'offre de soins spécialisée ; v) le renforcement de l'offre en matière de réduction des risques ; ou encore vi) l'« aller-vers » les personnes vulnérables. En termes de bilan, cette période de cinq ans a été marquée notamment par le déploiement d'opérations de marketing social de grande ampleur visant à « éclairer pour responsabiliser ». Plusieurs campagnes digitales sur la cocaïne ont ainsi été développées par la Mildeca, dont #PréventionCocaïne diffusée sur Twitter, Facebook, LinkedIn et Instagram, ou encore des contenus sur le portail « Heads Up » dans le cadre d'un partenariat avec Snapchat, un réseau social connu pour partager des photos et vidéos qui disparaissent après les avoir consultées et qui touche plus de 90 % des 13-34 ans en France¹²³ (Mildeca, 2022). De plus, des formations en *e-learning* de type MOOC¹²⁴ ont été intégrées dans le développement professionnel continu des professionnels de santé de première ligne afin de renforcer leur mobilisation. Parmi les priorités du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, le cadre d'actions coordonnées visant au déploiement d'initiatives qui renforcent les compétences psychosociales des enfants et des jeunes a été posé sur une période de 15 ans, avec l'objectif que d'ici 2030, au moins 40 % des enfants de 3 à 12 ans aient bénéficié d'interventions pluriannuelles de développement de ces compétences (Mildeca, 2023 ; Gouvernement, 2024). Ces actions se sont concrétisées par la mise en place, dans l'enseignement primaire et secondaire, des programmes *Good Behavior Game* (GBG) et *Unplugged*, adaptés au contexte français par Santé publique France, et dont l'efficacité a été établie par des études scientifiques (Lecrique, 2019 ; Reynaud-Maurupt, 2021). De manière plus ciblée pour ce qui concerne les conduites addictives dans le cadre de rassemblements festifs, l'accent a été mis sur le développement d'une action locale coordonnée se traduisant par la nomination de binômes de médiateurs constitués par des représentants de l'État et différents acteurs locaux. La portée de tels dispositifs peut cependant être questionnée, tant le dispositif dans sa mise en œuvre pratique (« processus de déclaration de la fête ») comme dans le vocabulaire qu'il emploie (gestion d'un « rassemblement festif à caractère musical organisé par les jeunes ») semble déconnecté des préoccupations du public cible, soulignant un décalage entre les décideurs et la réalité du terrain (Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, 2023). Face à cela, le monde associatif s'empare de nouvelles questions et met en place les dispositifs pour

123. <https://www.drogues.gouv.fr/preventioncocaine-la-nouvelle-campagne-digitale-pour-informer-sur-la-cocaine> [consulté le 14/03/2025] ; <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca-renouvelle-son-partenariat-avec-snapchat-pour-la-3eme-annee> [consulté le 14/03/2025].

124. Un MOOC est un type ouvert de formation à distance capable d'accueillir un grand nombre de participants.

y répondre : par exemple, l'association Techno+¹²⁵ propose d'analyser les drogues sur site et à distance (cf. audition dans la partie « Communications » de cette expertise). Ceci permet d'entrer en contact avec un public difficile d'accès habituellement, et aussi d'améliorer le dispositif de veille sanitaire et d'émettre des alertes adaptées et apportant une information fiable et scientifiquement validée. L'association Ithaque¹²⁶ a quant à elle travaillé pour mettre à disposition l'application d'information *KnowDrugs*¹²⁷ en langue française. L'objectif de cette application est de réduire les risques liés à l'utilisation de substances psychoactives en permettant aux personnes qui décident d'en consommer de prendre des décisions éclairées et d'avoir des pratiques plus sûres.

Ces initiatives ont une dimension de transversalité et relèvent des connaissances et de l'attitude à l'égard de toutes les substances psychoactives, ce qui ne peut être le cas pour certains objectifs plus spécifiquement liés à l'usage de cocaïne. En particulier, des actions ciblées restent nécessaires concernant des populations déjà identifiées comme étant vulnérables, à savoir les femmes, les personnes incarcérées ou récemment remises en liberté, les groupes minoritaires, les populations rurales et les usagers de cocaïne insérés dans la société, travailleurs, éventuellement les catégories socio-professionnelles supérieures. Plusieurs de ces groupes pouvant être qualifiés d'usagers « non visibles » échappent aux dispositifs d'observation existants, avec pour conséquence la difficulté de prévoir des services de prise en soins qui leur soient spécialement adaptés du fait de la méconnaissance de leurs caractéristiques. Aussi, malgré l'attention portée à ces publics dans les différents plans de mobilisation, les actions peinent souvent à se concrétiser au-delà des problématiques de l'alcool, du tabac et du cannabis. De façon plus générale, il est crucial de faire tomber les obstacles de l'accès à l'offre de prise en soins, dont la stigmatisation et la discrimination (UNODC, 2024). Il est nécessaire de considérer la diversité des publics concernés afin de les atteindre d'une part et d'adapter les offres à leurs besoins socio-sanitaires d'autre part.

Concernant les usagers de cocaïne basée en situation de grande précarité, les démarches d'« aller-vers » qui ont été déployées se sont appuyées sur les principes du soutien, de la réponse aux besoins et de l'engagement. Cette approche se traduit à la fois par des projets dans les secteurs de l'accueil, de l'hébergement et du logement, et la mise en place de consultations avancées et d'interventions d'équipes de CSAPA/CAARUD au sein des structures d'hébergement social et des usagers en prison. La période d'incarcération peut

125. <https://technoplus.org/> [consulté le 18/07/2025].

126. <https://ithaque-asso.fr/> [consulté le 18/07/2025].

127. <https://knowdrugs.app/fr/> [consulté le 18/07/2025].

être à la fois un facteur de risque de l'entrée ou de la poursuite de conduites addictives mais aussi l'occasion pour certaines personnes d'initier ou renouer un accompagnement thérapeutique. Il est donc primordial que la question des addictions puisse être abordée à tout moment de la détention et que les intervenants en addictologie soient identifiés clairement par les personnes détenues et par les acteurs concourant au repérage des difficultés liées aux addictions (HAS, 2019).

Enfin, concernant les conduites addictives dans le milieu du travail, les enquêtes épidémiologiques montrent que si l'exercice d'une activité professionnelle constitue globalement un facteur de protection face au risque d'addictions, il peut aussi représenter un facteur de risque dans certaines situations (difficultés au travail, stress, recherche de performance)¹²⁸. Plusieurs typologies d'usage de substances en milieu professionnel peuvent être définies en fonction du contexte et de la motivation sous-jacente, qu'elle soit liée à un processus de socialisation, à une stratégie d'adaptation aux situations de risque, à une recherche d'amélioration des performances, ou à la répercussion de conduites addictives de la sphère privée dans le travail (HAS, 2019). Les addictions ont été intégrées parmi les problématiques à prendre en compte dans certains plans d'action visant à améliorer la sécurité des environnements de travail et la santé des travailleurs, tels que le dispositif ESPER (les Entreprises et les Services Publics s'Engagent Résolument)¹²⁹. Parmi les ressources disponibles, Addict'Aide Pro¹³⁰ a par exemple élaboré une fiche pratique sur les psychostimulants abordant la question de la consommation de cocaïne dans un contexte professionnel afin d'informer sur les risques associés et proposer des actions préventives¹³¹. La prévention des conduites addictives en milieu professionnel représente des enjeux aussi bien individuel, pour l'usager, que collectif au sein de l'entreprise. Afin de qualifier cet enjeu, il est nécessaire de disposer de données scientifiques sur les prévalences, les modalités et les déterminants de l'usage de cocaïne chez les travailleurs. Il est également nécessaire de faciliter depuis le milieu

128. Mildeca. L'essentiel sur... Addictions en milieu professionnel : employeurs et employés, tous concernés. Mildeca, 2020 : 4 p.

129. <https://www.drogues.gouv.fr/lancement-du-dispositif-esper-pour-la-prevention-des-conduites-addictives-et-la-promotion-de-la> [consulté le 14/03/2025].

130. Sachant qu'il s'agit d'une plateforme en ligne soutenue par la Mildeca et par de nombreux partenaires du champ travail et de l'addictologie, et par une association d'employeurs notamment, qui offre de nombreuses ressources pour accompagner les entreprises et les administrations qui s'engagent dans une démarche de prévention des conduites addictives pour leurs salariés ou leurs agents : fiches pratiques, tests d'auto-évaluation, forum d'échange, FAQ, témoignages et actualité.

131. <https://www.addictaide.fr/pro/guide/produits-stimulants-et-super-performance-au-travail-la-fausse-bonne-idee/> [consulté le 18/07/2025].

professionnel l'accès aux soutiens utiles, en dehors de toute stigmatisation et dans le cadre d'approches soutenant le maintien en emploi.

La cocaïne basée : constat d'échec(s) et perspectives

L'un des premiers constats de la situation de la cocaïne basée est celui de la faiblesse de l'offre en termes de structures d'accueil et de dispositifs de réduction des risques et des dommages, telles que les HSA. Quand cette offre existe, elle est accueillie de façon hétérogène par les usagers, certains estimant par exemple que les structures sont trop éloignées des lieux de *deal* et de consommation (Vaivre-Douret et Gaucher, 2023). Face aux limites de l'approche de la « lutte contre » et de la « répression », Vaivre-Douret et Gaucher dressent une liste de 16 recommandations fondées sur le principe « d'aller-vers » les usagers de cocaïne basée et « d'amener vers » la prise en soins. Certaines s'inscrivent dans une forme de continuité par rapport aux principes de prise en soins des troubles de l'usage en général (c'est notamment le cas pour ce qui concerne par exemple le fait de développer une prise en soins globale visant à aider à l'insertion socio-professionnelle et à accompagner vers la post-cure, de faire émerger la motivation intrinsèque à changer de mode de vie, ou de mettre en place des campagnes de prévention régulières au sujet des risques auprès des publics jeunes). D'autres recommandations retiennent l'attention par leur caractère original ou concret. Ces dernières proposent de créer du lien avec une Unité mobile crack (UMC) à visées diagnostique et d'orientation de soins ; de multiplier les lieux d'hébergement (à l'image de ce qui est effectué dans le cadre du dispositif ASSORE [Accompagnement social et aux soins, orientation, réinsertion ensemble] : Hospices Civils de Lyon, 2022) et les lieux d'accueil dédiés aux femmes ; ou encore de former différents professionnels (Régie autonome des transports parisiens – RATP, police) sur les particularités de l'addiction à la cocaïne basée. Face à la situation d'urgence que connaît l'Île-de-France, un dispositif correspondant à la recommandation d'« aller-vers » a été mis en place avec pour objectif de faciliter prioritairement le parcours de soins d'usagers de crack franciliens souhaitant quitter un environnement doublement marqué par la persistance de plusieurs scènes ouvertes et par la présence d'un marché organisé de crack. Le dispositif associe : *i*) un repérage et une orientation d'usagers de crack volontaires, par leurs structures d'accueil habituelles, vers des structures de soins résidentiels en dehors de leur région de consommation ; *ii*) la mise à disposition de ces structures pour prendre en soins ce public, en concertation étroite et continue avec les structures qui adressent le patient et avec le soutien d'experts addictologues hospitaliers pour le suivi des cas les plus complexes. Les structures qui adressent le patient peuvent être des CSAPA ambulatoires, des services hospitaliers, des dispositifs de type ASSORE ou

PHASE (Pour un hébergement et un accès aux soins ensemble) (Ministère des solidarités et de la santé, 2022). Ce dispositif n'est pas encore évalué scientifiquement mais est plébiscité par les professionnels de l'accompagnement des usagers de la cocaïne basée.

Interventions de prévention de l'usage de cocaïne et de réduction des risques et des dommages associés

Disposer d'outils validés, cibler les populations spécifiques

David et coll. définissent le caractère efficace d'une action ou d'un programme de prévention lorsque les trois conditions suivantes sont réunies : i) une proportion satisfaisante des personnes touchées par le programme en ont tiré des bénéfices ; ii) les améliorations observées sont plus importantes que ce que donnerait l'évolution naturelle des trajectoires individuelles ; et iii) les personnes chez qui le programme n'a pas généré d'amélioration n'en ressortent pas davantage fragilisées par les actions menées (David et coll., 2023). Les auteurs soulignent combien il est difficile de faire la démonstration du caractère probant d'un programme de prévention des addictions, en s'appuyant sur l'exemple d'un projet de recherche interventionnelle qui a évalué l'efficacité du programme « Une affaire de famille ! », importé du Canada depuis 2012. Dans ce contexte, l'utilisation de la grille ASPIRE (Appréciation et sélection de programmes de prévention issues de la revue des standards de qualité européens en prévention des usages de drogues)¹³² peut être utile pour évaluer la qualité d'un programme de prévention (Mutatayi, 2023). Il s'agit d'un outil standardisé adapté au contexte français à partir des standards de qualité de prévention européens (EDPQS, *European Drug Prevention Quality standards*) qui propose la notation sur 5 points de 12 items couvrant quatre thématiques : l'analyse des besoins, l'élaboration du programme, la conception de l'intervention, et la gestion et la mobilisation des ressources. De plus, au-delà de la mesure d'efficacité en termes de réduction des risques et des dommages, évaluer la réduction des coûts liés aux drogues représente un autre aspect de l'évaluation des actions et programmes de prévention (Faller et coll., 2023). Dans leur revue systématique, Faller et coll. ont inclus 11 études coût-efficacité de différentes interventions de prévention sur l'usage de cannabis, d'opioïdes et de drogues illicites. L'une d'elles s'est intéressée à trois études évaluant des interventions d'entretiens motivationnels et de formations en groupe chez des populations vulnérables d'usagers de cocaïne (Morgenstern

132. ASPIRE : En anglais, *Assessment and Selection of Prevention programmes Issued from the Review of EDPQS – European Drug Prevention Quality standards*

et coll., 2009 ; Milburn et coll., 2012 ; Parsons et coll., 2014) : les résultats montrent une réduction de l'usage de cocaïne chez les destinataires de ces interventions, avec un impact jugé positif sur la santé mais sans pour autant être coût-efficace, considérant à la fois les coûts (élevés) des interventions et les gains (limités) en termes d'années de vie en bonne santé (Pennington et coll., 2018).

Relativement peu d'études ont évalué la validité et la fiabilité de programmes de prévention de l'usage de drogues. L'approche mixte combinant des analyses quantitatives et qualitatives a été utilisée au Brésil pour évaluer le programme #Tamojunto2.0 adapté du programme européen *Unplugged* auprès d'élèves scolarisés âgés entre 12 et 17 ans (Galvão et coll., 2021). L'approche quantitative a eu pour objectif de mesurer la reproductibilité des réponses obtenues par un auto-questionnaire selon la méthode du « test-retest » : les résultats retrouvent une concordance de niveau substantiel entre les réponses apportées par les mêmes participants lors de deux évaluations réalisées à un intervalle compris entre 15 et 20 jours. En complément, l'approche qualitative par l'analyse des enregistrements des échanges de chaque *focus group* a permis aux chercheurs d'identifier les obstacles à la bonne compréhension des questions. Cette évaluation préalable (Galvão et coll., 2021) a été suivie de l'application du programme #Tamojunto2.0, mais restreint à l'alcool et au cannabis et donc sans résultat concernant la cocaïne (Garcia-Cerde et coll., 2024). Plus largement, les programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives s'appuyant sur des interventions en milieu scolaire ont été recensés à l'échelle internationale et leurs caractéristiques ont été analysées dans une *scoping review* (Cadri et coll., 2024). Six composants essentiels ont ainsi été identifiés pour synthétiser l'ensemble des modalités de ces interventions : éducation par le personnel enseignant, prévention par les pairs, environnement scolaire, réglementation à l'égard des drogues dans l'enceinte de l'établissement, cohérence école-domicile, conseil et soutien psychologique. En termes d'efficacité, les résultats étaient contrastés avec l'absence de différence significative (en comparaison à l'absence d'intervention) observée dans de nombreuses études, y compris pour celles qui ont aussi mesuré l'usage de substances illicites dont la cocaïne (n=4).

En Australie, « *The Illicit Project* », une intervention accessible en ligne combinant l'enseignement des neurosciences et les pratiques de réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, a réduit significativement la consommation de cocaïne (ainsi que celle des autres substances étudiées) chez des lycéens de 15 à 18 ans dans le cadre d'un essai clinique randomisé, en comparaison de l'enseignement classique (Debenham et coll., 2024). Au Royaume-Uni, la réalisation d'entretiens semi-directifs chez 20 étudiants en cursus universitaire a mis en évidence une culture de l'usage de substances psychoactives (non

évaluée individuellement) dans le cadre d'un désir de s'amuser, d'expérimenter et d'améliorer les interactions sociales. Ces usages s'accompagnent d'effets négatifs menant à des blessures ou des conduites sexuelles à risque, soulignant des lacunes dans les connaissances sur les risques de même que sur l'investissement de leur université dans une approche de réduction des risques (Waples et coll., 2023). Cette méconnaissance ajoutée à la crainte de représailles de la part de l'université dans l'éventualité où leurs consommations seraient révélées constituait un obstacle à l'engagement des étudiants dans des programmes d'éducation sur les drogues. De façon intéressante, des étudiants de l'Université de Sherbrooke au Canada ont rapporté recourir à des stratégies préventives visant à limiter leurs consommations pendant les événements festifs universitaires ainsi qu'à en réduire les conséquences potentielles, notamment sur la conduite automobile et les pratiques sexuelles à risque. Ces stratégies peuvent être regroupées en trois catégories : sociale (acceptation sociale à ne pas consommer ou ne pas consommer excessivement), économique (apporter un montant d'argent pour la soirée) et liée à la consommation (compter ses consommations, modifier ses consommations et simuler un état second pour résister à la pression sociale). L'utilisation de plusieurs stratégies complémentaires et cumulées, notamment celles qui proviennent des étudiants eux-mêmes, permettrait de limiter la consommation des étudiants (Gougeon et coll., 2024). Si ces stratégies relèvent de l'alcool et du cannabis, l'identification de tels comportements auto-préventifs reste instructive en cela que ces comportements pourraient également s'appliquer à l'usage de cocaïne dans les soirées étudiantes.

En Australie, dans un autre contexte, l'impact du programme d'éducation *BreakThrough*, accessible en ligne et à l'attention des proches de personnes en situation d'addiction, a été évalué par des entretiens semi-structurés (Peart et coll., 2024). L'analyse thématique souligne le caractère déstigmatisant du programme qui a permis de consolider, chez les participants, leur niveau de compréhension de l'addiction.

Entre 2018 et 2022, des adultes en boîtes de nuit ou participant à des festivals dans la ville de New York, chez qui la prévalence de cocaïne est estimée à 32,5 %, ont été interrogés sur le risque d'adultération de la cocaïne par du fentanyl (Palamar, 2023). Il ressort que la connaissance de ce risque a augmenté pendant la période d'observation, atteignant 65,6 % en 2022 (*versus* 42,1 % en 2018). Ce résultat obtenu sans intervention de la part des chercheurs illustre le fait que l'évaluation de l'efficacité d'une action de prévention ne saurait s'en tenir à la comparaison de pourcentages avant/après : tel qu'avancé par David et coll. (2023), il est nécessaire de tenir compte aussi de l'évolution naturelle des trajectoires individuelles (à entendre ici dans le sens des connaissances et attitudes). Toutefois, des interventions informant sur le fentanyl comme

pouvant adultérer la cocaïne, sur le risque associé de surdose, ainsi que sur la naloxone, seraient probablement utiles au sein de cette population à risque.

Prévention par les pairs ou la stratégie du « *peer-to-peer* »

La prévention par les pairs dérive de l'éducation par les pairs, un principe pédagogique qui s'inscrit selon les cas comme une alternative ou un complément à la pédagogie traditionnelle et repose sur un modèle de transmission horizontale d'informations et dans une logique de création de lien par des personnes de même âge, contexte social, fonction, éducation ou expérience (Amsellem-Mainguy, 2014 ; Assurance Maladie, 2022). Sur la forme, il n'existe pas de modèle unique relevant de la prévention par les pairs. En matière de prévention primaire sur l'usage de substances psychoactives et les addictions, le principe est d'impliquer de jeunes intervenants pour développer, mettre en place et évaluer des interventions destinées à un public d'adolescents et de jeunes adultes qui prennent en compte leurs spécificités. En effet, l'un des points forts de l'approche par les pairs réside dans la ressemblance et l'identification possible entre l'intervenant et le destinataire de l'intervention (Ballard et coll., 2023). De la multiplicité des modèles de prévention par les pairs découlent différentes typologies de pairs pouvant être catégorisées en quatre fonctions principales (figure 7.1) (Assurance Maladie, 2022).

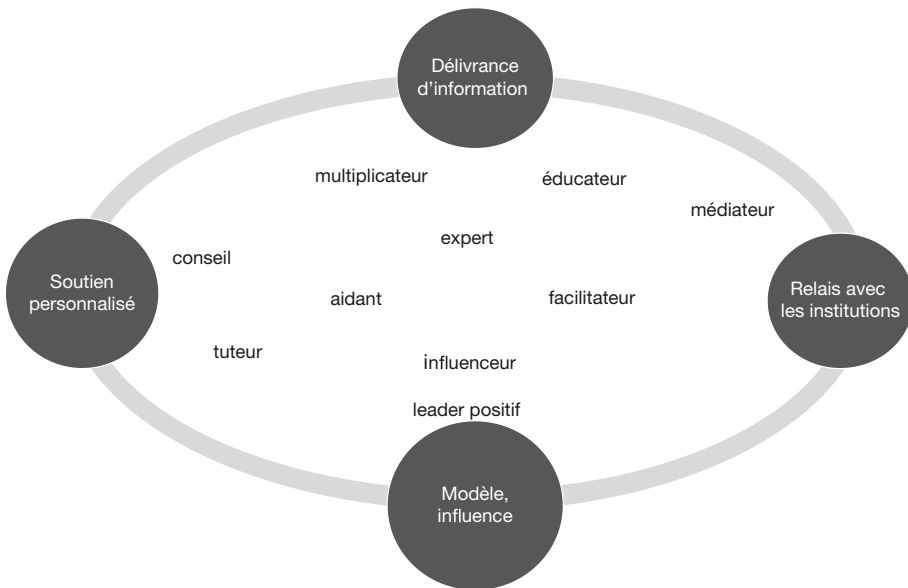


Figure 7.1 : Représentation des modèles de pairs selon quatre fonctions principales (Source : Assurance Maladie, 2022)

Ballard et coll. défendent l'idée que l'implication de pairs jeunes dans des programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives ne peut être efficace sans combiner *a minima* trois compétences spécifiques : *i*) intégrer les spécificités du développement de l'adolescent et comprendre les éléments essentiels d'un partenariat entre jeunes et adultes ; *ii*) appliquer cette connaissance à la conception et à la mise en pratique de programmes ou d'actions ; et *iii*) mettre en œuvre un partage équilibré de cette action entre jeunes et adultes (Ballard et coll., 2023). Dans cette approche, la démarche de prévention par les pairs s'articule entre trois parties comprenant le public destinataire de l'intervention, l'intervenant-pair et le professionnel sénior, ce dernier pouvant compléter le message du pair en utilisant des modes traditionnels de transmission d'informations.

Le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), qui contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales portant sur l'ensemble des substances psychoactives, a financé plusieurs actions en matière de prévention par les pairs et a évalué les forces et les limites de cette approche (Assurance Maladie, 2022). Des résultats contrastés ressortent de cette évaluation. Concernant les points forts, outre une différenciation du message, les démarches de prévention par les pairs ont un enjeu d'« aller-vers » les publics moins accessibles. Sur le modèle des patients-experts, un usager de cocaïne avec ou sans troubles associés à cet usage, éloigné ou non du système de soins, acceptera mieux un pair ayant un parcours de consommation similaire au sien. Par ailleurs, si l'expérience de la prévention par les pairs peut être positive dans certaines situations, les programmes et actions qui utilisent cette démarche ne sont pas systématiquement plus efficaces que les approches reposant sur une transmission verticale de l'information. Pire, elles peuvent aussi être moins efficaces et produire des effets variables sur leurs destinataires comme sur les intervenants-pairs eux-mêmes. En effet, si ces derniers rapportent globalement un enrichissement personnel, la possibilité qu'ils se retrouvent mis en difficulté du fait de leur participation au projet (situations de perte de confiance ou de mise à l'écart du groupe, voire impact sur leurs propres conduites addictives) ne peut être exclue (Assurance Maladie, 2022). En conséquence, les approches visant à mesurer l'efficacité des actions de prévention devraient intégrer de façon systématique l'évaluation du caractère possiblement iatrogénique sur les personnes qui s'engagent dans une telle démarche. Pour cela, il semble important de les impliquer dans la conception des modèles d'intervention mais aussi de leur offrir (en les concevant avec eux) des formations (de soutien, d'intervention et de supervision) et de penser des modèles équitables de compensation du temps offert.

À notre connaissance, le seul exemple d'intervention *peer-to-peer* publié, à ce jour, dans la littérature évoquant nommément l'usage de cocaïne est celui du programme « *Living The Example* » (LTE) aux États-Unis, qui repose sur des adolescents entraînés à devenir des ambassadeurs (Evans et coll., 2020). Ces adolescents reçoivent une formation par des enseignants seniors expérimentés avant d'élaborer leurs propres supports. Les résultats de l'évaluation montrent une réduction significative des intentions de consommer sur tous les items évalués, dont la consommation de cocaïne. Du point de vue méthodologique, dans la mesure où la prévention par les pairs ne saurait se substituer aux approches traditionnelles et devrait au contraire les compléter, l'évaluation de l'efficacité de ce programme devrait impliquer de tenir compte également du caractère de complémentarité avec les autres actions menées (Assurance Maladie, 2022).

Conclusion

En cohérence avec les recommandations internationales, le cadre de la politique publique mise en place en France envisage une approche pluri-dimensionnelle de la lutte contre l'usage de substances psychoactives et des risques et dommages qui lui sont associés, fondée prioritairement sur la santé publique. Si les axes et objectifs définis dans le cadre de cette politique publique abordent le problème dans toute sa complexité, ils peinent pour certains à se traduire par des applications concrètes en réponse aux problématiques de terrain.

D'après les données de la littérature scientifique, outre la prévention et l'éducation du public, les composantes essentielles des approches de santé publique sur les substances illicites, dont la cocaïne, relèvent de la réduction des risques et des dommages et de la prise en soins des troubles de l'usage, avec une dimension apparue plus récemment de mesure d'efficacité fondée sur les preuves. Il semble crucial de renforcer la protection de la santé humaine par une approche dans laquelle l'utilisateur de drogues est effectivement considéré comme une personne avec des besoins relatifs au maintien de sa santé et/ou de son inclusion à part entière dans la société voire le cas échéant, comme un patient atteint d'une maladie chronique à rechutes et non comme un délinquant. Cette approche implique de poursuivre les efforts en faveur d'une déconstruction des processus de stigmatisation.

En France comme ailleurs, l'accent est mis sur la prévention primaire auprès des plus jeunes et particulièrement le développement des compétences psychosociales, avec une notion de temps long afin de permettre d'ancrer cette

prévention dans la société à l'échelle d'une génération. L'offre de prévention est variée et comprend des programmes et actions, des ressources en ligne, des structures d'accueil et de support. Parmi les démarches d'« aller-vers », la prévention par des (ex-)usagers-pairs ou encore la mise en place d'un « bus cocaïne » offrent des perspectives attrayantes. Plus spécifiquement, les interventions sont multiples aussi bien en termes de contenus que de formats, ce qui paraît remarquable au vu de la multiplicité des situations, des produits et des publics. Chaque intervention peut individuellement s'adapter à un contexte particulier et en utiliser les codes afin d'être impactant. La multiplicité de l'offre de prévention, et donc la quantité, ne saurait cependant se substituer à la qualité. La question de la mesure de l'efficacité des interventions de prévention est itérative dans ce chapitre. Il semble en effet indispensable de s'assurer de l'impact des interventions en matière de prévention, quelles qu'elles soient, selon une approche méthodologique scientifiquement recevable, car il faut évidemment veiller à ce que ces interventions n'aboutissent pas à l'inverse de l'objectif recherché en amplifiant voire créant des problèmes qui se surajoutent aux problèmes préexistants. Cette efficacité (ou impact) s'entend à plusieurs niveaux selon les situations : *i*) celui de l'intervention elle-même, aussi bien sur les connaissances, attitudes et comportements des destinataires directs que sur la balance coût-efficacité à l'échelle populationnelle ; *ii*) celui du programme qui, le cas échéant, associe cette intervention à une ou plusieurs autres approches et dont l'impact doit être évalué dans une globalité ; et *iii*) celui de l'intervention sur les intervenants-pairs qui la dispensent. Le second écueil de la multiplicité de l'offre de prévention est organisationnel et lié au caractère essentiel et même indispensable d'exercer une coordination des interventions tant à l'échelle locale que nationale.

Cette analyse de la littérature met en évidence que l'offre de prévention spécifiquement dédiée à la cocaïne est relativement faible comparée à celles sur l'alcool, le tabac ou le cannabis. Ce constat est criant au sein des sous-groupes minoritaires d'usagers de cocaïne qui peuvent échapper aux dispositifs existants. Les pistes d'amélioration qui se dégagent de cette synthèse en termes de prévention secondaire concernent par exemple l'ouverture de nouveaux lieux d'accueil réservés aux femmes et de salles de consommation de cocaïne. Envisager la promotion de pratiques alternatives basées sur des comportements actifs tels que l'exercice d'une activité physique (ou d'autres activités en fonction des centres d'intérêt de chacun) présenterait des avantages dans la prise en charge des conduites addictives, dont la réduction du « *craving*¹³³ », des effets négatifs et des symptômes de manque, l'augmentation

133. Impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrépressible de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive.

du nombre de jours d'abstinence, et l'amélioration de la santé et du bien-être (ONAPS, 2022). Cependant, les études qui se sont intéressées à la question ont obtenu des résultats contradictoires qui doivent être consolidés. Enfin, certains des travaux présentés dans ce chapitre attestent que les usagers eux-mêmes développent des stratégies auto-préventives à l'égard de leurs conduites addictives et des conséquences associées (exemple des étudiants de l'Université de Sherbrooke sur l'alcool et le cannabis : Gougeon et coll., 2024) et que les messages de prévention passent aussi de façon horizontale sans intervention extérieure (exemple de la cocaïne adultérée par le fentanyl : Palamar, 2023). Il pourrait s'agir d'un levier pour la mise en place de futures actions de prévention s'appuyant sur ce phénomène préexistant pour le valoriser et l'amplifier.

RÉFÉRENCES

Addiction Suisse. *Panorama suisse des addictions 2024*. Lausanne : Addiction Suisse, 2024 : 39 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2024/03/2024PanoramaSuisseAddictions.pdf>].

Agir en prévention. *Plaidoyer: Assuétudes: pistes pour une politique de prévention efficace : Agir en prévention, 2023* : 19 p [consulté le 10/06/25 : <https://agirenprevention.be/wp-content/uploads/2023/06/PLAIDOYER-Agir-en-Prevention-Version-complete-Juin-2023.pdf>].

Amsellem-Mainguy Y. Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? *Cahiers de l'action* 2014 ; N° 43 : 9-16.

Assurance Maladie. *Fonds de lutte contre les addictions: Évaluation de la prévention par les pairs* : Assurance Maladie, 2022 : 81 p [consulté le 10/06/25 : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/Rapport%20final_Evaluation%20prevention%20pairs.pdf].

Ballard PJ, Kennedy HK, Collura JJ, *et al.* Engaging youth as leaders and partners can improve substance use prevention: a call to action to support youth engagement practice and research. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2023 ; 18 : 71.

Cadri A, Beema AN, Schuster T, *et al.* School-based interventions targeting substance use among young people in low-and-middle-income countries: A scoping review. *Addiction* 2024 ; 119 : 2048-75.

Cour des comptes. *Politique de prévention et de lutte contre les assuétudes en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Cour des comptes, 2023 : 61 p.

Crépault J-F, Russell C, Watson TM, *et al.* What is a public health approach to substance use? A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Int J Drug Policy* 2023 ; 112 : 103958.

David E, Couderc C, Bellegarde J, *et al.* Construire la preuve de l'efficacité d'un programme de prévention des addictions : Rapport sur le 1^{er} volet du projet de recherche interventionnelle PATTERN sur le programme « Une affaire de famille ! » : EHESP ; Laboratoire Arènes, 2023 : 70 p.

Debenham J, Birrell L, Champion KE, *et al.* An on-line school-based substance use harm reduction programme: The Illicit Project randomized controlled trial results. *Addiction* 2024 ; 119 : 741-52.

Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. *Instruction relative au dialogue à mettre en œuvre dans le cas de rassemblements festifs organisés par des jeunes – dispositif national « Jeunes et fêtes »* : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, 2023 : 6 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/06/instruction-jeunes-et-fetes.pdf>].

EMCDDA. *Single programming document 2023–2025*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2023 : 85 p.

Evans W, Andrade E, Pratt M, *et al.* Peer-to-peer social media as an effective prevention strategy: Quasi-experimental evaluation. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020 ; 8 : e16207.

Faller J, Le LK-D, Chatterton ML, *et al.* A systematic review of economic evaluations for opioid misuse, cannabis and illicit drug use prevention. *BJPsych Open* 2023 ; 9 : e149.

Féda. *Décriminaliser les usagers de drogues en Belgique : une mesure simple, nécessaire et peu coûteuse*. Bruxelles, Belgique : Fédération Drogues Addictions BXL (Fedab), 2022 : 21 p [consulté le 10/06/25 : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2022/09/Decriminaliser-les-usagers-de-drogues-en-Belgique-fedab-bxl-asbl-septembre-2022-update-2023.pdf>].

Feltmann K, Gripenberg J, Strandberg AK, *et al.* Drug dealing and drug use prevention – a qualitative interview study of authorities' perspectives on two open drug scenes in Stockholm. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2021 ; 16 : 37.

Galvão PPdO, Valente JY, Millon JN, *et al.* Validation of a tool to evaluate drug prevention programs among students. *Front Psychol* 2021 ; 12 : 678091.

Garcia-Cerde R, Valente JY, Sanchez ZM. Effects on secondary outcomes of the Brazilian version of the European unplugged drug use prevention program:

drug knowledge, intention predictors, and life skill competencies. *Drug Educ Prev Polic* 2024 ; 31 : 289-99.

Gougeon M, Laventure M, Goyette M, *et al.* Prévention des risques liés à la consommation de substances en contextes festifs universitaires. *Drogues, santé et société* 2024 ; 22.

Gouvernement. *Document de politique transversale – Annexe au projet de loi de finances pour 2024: Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives* : Gouvernement, 2024 : 148 p.

HAS. *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé (HAS), 2019 : 94 p.

Hospices Civils de Lyon. *Évaluation du dispositif ASSORE – Rapport* : Hospices Civils de Lyon (HCL), 2022 : 72 p.

Johnstad PG. The international regime of drug control may violate the human right to life and security. *Int J Drug Policy* 2023 ; 113 : 103960.

Koning IM, Kock C de, van der Kreeft P, *et al.* Implementation of the Icelandic Prevention Model: a critical discussion of its worldwide transferability. *Drug Educ Prev Polic* 2021 ; 28 : 367-78.

Kreim S, Marchand K, Mallia E, *et al.* Identifying early intervention opportunities for illicit stimulant use: A cross-sectional study of factors associated with illicit stimulant use among young people accessing integrated youth services in British Columbia, Canada. *J Subst Abuse Treat* 2023 ; 151 : 209076.

Lecrique J-M. *Rapport d'évaluation du programme Unplugged dans le Loiret. Projet porté par l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans) et évalué en 2016-2017 par Santé Publique France* : Santé Publique France, 2019 : 169 p.

Mann MJ, Allegrante JP, Smith ML, *et al.* The Icelandic Prevention Model evaluation framework and implementation integrity and consistency assessment. *Eval Program Plann* 2024 ; 106 : 102451.

Milburn NG, Iribarren FJ, Rice E, *et al.* A family intervention to reduce sexual risk behavior, substance use, and delinquency among newly homeless youth. *J Adolesc Health* 2012 ; 50 : 358-64.

Mildeca. *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027*. France : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2023 : 56 p.

Mildeca. *Bilan Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*. France : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2022 : 35 p.

Mildeca. *Alcool, tabac, drogues, écrans: Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*. Paris : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2018 : 132 p.

Ministère des solidarités et de la santé. *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2022/11 du 13 mai 2022*, 2022 : 499 p.

Morgenstern J, Bux DA, Parsons J, *et al.* Randomized trial to reduce club drug use and HIV risk behaviors among men who have sex with men. *J Consult Clin Psychol* 2009 ; 77 : 645-56.

Mutatayi C. The ASPIRE standards: Taking a step towards quality assurance in drug prevention in France – A case study. *Addictology* 2023 ; 23 : 55-61.

ONAPS. *Activités physiques et sportives, sédentarité, addictions: Revue de littérature*. France : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), 2022 : 23 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/Revue%20de%20litt%C3%A9rature%20Onaps%202022.pdf>].

Palamar JJ. Awareness that cocaine can contain fentanyl among nightclub and festival attendees in New York City, 2018-2022. *Public Health Nurs* 2023 ; 40 : 566-71.

Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, *et al.* A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *J Consult Clin Psychol* 2014 ; 82 : 9-18.

Peart A, Horn F, Manning V, *et al.* The experiences of family members attending an online addiction education program: a qualitative study. *Drug Educ Prev Polic* 2024 ; 31 : 310-7.

Pennington B, Collins B, Leigh S, *et al.* The cost-effectiveness of seven behavioural interventions to prevent drug misuse in vulnerable populations. *Int J Drug Policy* 2018 ; 57 : 42-50.

Rêgo X, Oliveira MJ, Lameira C, *et al.* 20 years of Portuguese drug policy – developments, challenges and the quest for human rights. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2021 ; 16 : 59.

Reynaud-Maurupt C. *Good Behavior Game – Le jeu du comportement adapté : Une stratégie de gestion du comportement en classe élémentaire qui apaise le climat*

scolaire et prévient les troubles de la santé mentale et les conduites addictives. Santé publique France : Séminaire « Développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national » – 14 et 15 décembre 2021, 2021 : 17 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/407962/3340208?version=1>].

UNODC. *Rapport mondial sur les drogues 2024 : Principaux points d'intérêt*. Vienne : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2024 : 10 p.

Vaivre-Douret L, Gaucher S. Crack : état de la situation vers des recommandations et un plan d'action issu du rapport rendu à la Région Île-de-France. *Bull Acad Natl Med* 2023 ; 207 : 626-35.

Waples L, Carlisle VR, Maynard OM. "They're doing it anyway, let's have a conversation about it": exploring student and stakeholder attitudes towards drug education programmes for university students. *Drug Educ Prev Polic* 2023 ; 31 : 246-56.

8

Réduction des risques et des dommages sanitaires appliquée aux usages et aux troubles de l'usage de la cocaïne et cocaïne basée

Selon la 11^e Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (WHO, 2019), les troubles liés à l'usage des substances sont des troubles mentaux et comportementaux qui se développent à la suite de l'utilisation de substances psychoactives, dont la cocaïne sous ses différentes formes. Ces troubles peuvent notamment s'inscrire dans un épisode unique, dans des épisodes répétés de consommations associés à des dommages pour la santé ou dans un trouble dit de dépendance à la cocaïne.

Ce trouble dit de dépendance se manifeste par un profil de consommation continue ou récurrente de la cocaïne caractérisé par : *i*) une priorité donnée à la prise de substance (priorité par rapport aux autres obligations et besoins de la vie quotidienne) ; *ii*) une perte de contrôle sur son usage (ex. : durée, produits, contextes, voies d'accès aux substances et modes d'usage) avec une poursuite du fonctionnement en dépit d'autres conséquences ou dommages ; et par *iii*) possiblement des symptômes de sevrage ou de tolérance (Saunders, 2017 ; Poznyak et coll., 2018). Le trouble peut s'accompagner de périodes de « *craving* »¹³⁴ (May et coll., 2014). Ce diagnostic est établi au terme d'une année d'évolution mais il peut être déjà retenu au bout de trois mois d'utilisation continue.

Les personnes concernées par les troubles liés à l'usage de cocaïne ont des besoins psychologiques, médicaux et sociaux extrêmement variables. En effet, ces personnes peuvent présenter : *i*) des différences importantes au niveau de la psychopathologie associée et/ou induite (variations au niveau des troubles concomitants psychiatriques, difficultés psychologiques liées à la régulation des émotions, à l'impulsivité, aux difficultés d'attachement et aux antécédents

134. Envies intenses, envahissantes et possiblement accompagnées de manifestations sensorielles (par ex., des images).

traumatiques...); *ii*) des troubles concomitants associés (psychiatriques, somatiques, liés aux autres conduites addictives et usages de substances); *iii*) des conséquences psychosociales et somatiques de l'usage de la cocaïne; et *iv*) des conséquences sur leur contexte socio-culturel et économique.

Les personnes sont cependant exposées, en dépit de ces différences, à une part de risques et de dommages en bonne partie évitables. En effet, les conduites de consommation de substance et les troubles liés à l'usage de substances sont associés à des risques pour soi (psychologique, social, juridique, état de santé) et pour autrui (psychologique, physique, social et légal) (Nutt et coll., 2007). Ces risques incluent non seulement des risques pour la santé, notamment infectieux (le plus souvent par partage ou usage de matériel de consommation usagé), mais aussi des risques sociaux et psychologiques et sont essentiels à considérer. Les risques d'exclusion sociale peuvent notamment entraver l'accès aux soins ou entretenir les conduites d'usage, en l'absence d'espoir de sortie des crises vécues. Les dommages peuvent survenir lors de toute consommation isolée, même une première fois, ou au détour de consommations persistantes ou récurrentes survenues à distance de périodes de changement. L'exposition aux risques associés à l'usage des substances peut donc être continue, épisodique ou récurrente (Poznyak et coll., 2018).

La dimension des risques associés aux conduites addictives, et dans le cas présent à la consommation de cocaïne et de cocaïne basée, doit être considérée pour tous les degrés de consommation. Cependant, les risques peuvent différer selon les variables d'exposition, de contexte, de durée, de voie d'usage, des consommations associées, des caractéristiques des produits, des impuretés et/ou des contaminations possibles du produit ou du matériel. Chacune de ces variables offre des opportunités de réduction des risques et des dommages.

L'identification des leviers de réduction des risques et des dommages appliqués aux usages de la cocaïne et cocaïne basée est l'objet de ce chapitre.

Risques spécifiques liés à l'usage de cocaïne ou cocaïne basée

Santé somatique

Les usages de cocaïne et de cocaïne basée sont associés à divers risques¹³⁵. En particulier, certains de ces risques évitables sont liés aux modes de consommation de ces produits. Le partage de matériel non stérile, notamment pour fumer la cocaïne

basée, constitue un vecteur important de transmission de maladies infectieuses. Ces pratiques augmentent également les risques de brûlures, de blessures buccales et d'inhalation de substances toxiques issues de dispositifs de fortune. Une compréhension des spécificités et des dangers liés à ces modes de consommation est essentielle pour promouvoir des stratégies de réduction des risques adaptées.

Consommer de la cocaïne et de la cocaïne basée est associé à toute une série de conséquences négatives pour la santé (Restrepo et coll., 2007 ; Butler et coll., 2017). Celles-ci dépendent en partie des modes d'usage (inhalation, injection, prise nasale...), des matériaux utilisés et du partage ou non de matériel usagé. La cocaïne est souvent consommée par sniff ou injection – selon les données 2022 du réseau français d'addictovigilance, la cocaïne est la première substance psychoactive injectée (Obradovic et coll., 2023), et plus rarement ingérée ou appliquée sur des muqueuses, alors que la cocaïne basée est le plus souvent fumée et rarement injectée. À titre d'exemple, les coupures et des brûlures peuvent être causées par des « pipes à crack »¹³⁶ (cocaïne basée) non délivrées par des dispositifs de réduction des risques et des dommages (RdRD). La transmission de maladies infectieuses (telles que les virus de l'immuno-déficience humaine – VIH – ou de l'hépatite C – VHC) est principalement liée au recours à du matériel non stérile et/ou partagé, pratique relativement fréquente parmi les personnes qui consomment de la cocaïne et/ou de la cocaïne basée sous leurs différentes formes (Egli Anthonioz et Zobel, 2023).

L'inhalation est devenue une méthode de consommation de drogues, y compris de la cocaïne, de plus en plus populaire (Gossop et coll., 2000 ; Debons et Samitca, 2020 ; Harris et coll., 2024). L'un des facteurs déterminants de ces changements de mode de consommation de drogues (tendance à plus d'inhalation et moins d'injection) pourrait être lié à une perception de moindre risque par les usagers de substances (Stover et Schaffer, 2014) ainsi qu'à des transformations du marché mettant à disposition des produits adaptés à un usage par inhalation, pratique renforçant fortement l'addiction (Stover et Schaffer, 2014).

Santé mentale

Des effets néfastes spécifiques à la cocaïne peuvent s'ajouter, comme une déshydratation ou un manque de sommeil (Bjorness et Greene, 2021), parfois subjectivement non perçus (Hodges et coll., 2017). Ces effets peuvent augmenter l'agitation et nuire à la santé physique et mentale. Ces complications surviennent chez des personnes avec des troubles psychiatriques plus fréquents que dans la population générale (ex. : troubles de la personnalité, de l'humeur,

136. Pour inhaler la cocaïne basée.

de l'attention, état de stress post-traumatique, hyperactivité, troubles psychotiques...) (Falck et coll., 2004 ; Herrero et coll., 2008 ; Azevedo Cardoso et coll., 2020 ; Aharonovich et coll., 2021 ; Oliva et coll., 2022) pourraient contribuer à une péjoration des symptômes psychiatriques ou des symptômes induits par la substance (Karsinti et coll., 2020 ; Zerdazi et coll., 2022). Cela pourrait contribuer au maintien des problématiques d'usage des substances par un effet d'entraînement, où l'utilisation de drogue serait motivée par une tentative de gestion des symptômes eux-mêmes (Votaw et Witkiewitz, 2021).

Santé cérébrale

Les usages répétés ou continus de cocaïne ou de cocaïne basée pourraient en outre, selon des travaux encore préliminaires, entraîner des dommages sérieux, parfois irréversibles, et mesurables au niveau cérébral. Des modifications de la densité de la matière grise ont notamment été rapportées dans le cortex orbito-frontal, l'insula, l'amygdale et le cortex temporal. Ces diminutions ont été significativement corrélées avec des déficiences cognitives (ex. : mémoire spatiale, flexibilité cognitive et capacité à prendre des décisions) (Rosario et coll., 2019) qui pourraient participer à des conduites impulsives et/ou à des difficultés de régulation émotionnelle, augmentant les risques de réexposition à l'usage de la cocaïne même après une période d'abstinence (Jedema et coll., 2021).

Santé sexuelle

La consommation problématique de cocaïne ou de cocaïne basée peut également être associée à des risques pour la santé sexuelle. Ces risques culminent dans des conduites sexuelles appelées « *chemsex* »¹³⁷ (Maxwell et coll., 2019). Ces pratiques, qui concernent actuellement plus spécifiquement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, réduisent l'utilisation des mesures de protection contre les maladies sexuellement transmissibles (préservatifs) et altèrent les capacités de consentement sexuel et de respect du consentement (Platteau et coll., 2023).

Polyconsommation

L'usage et la dépendance à la cocaïne et à la cocaïne basée sont fréquemment associés aux usages d'autres substances, notamment d'alcool, de cannabis et d'opioïdes (Condelli et coll., 1991 ; Crummy et coll., 2020 ; Mustaquim et coll., 2021 ; Ahmed et coll., 2022 ; Egli Anthonioz et Zobel, 2023 ; Fitzgerald

et coll., 2024), y compris chez des personnes déjà sous traitement pour une dépendance aux opioïdes (Saloner et coll., 2023). Ces usages multiples exposent les personnes à des risques supplémentaires.

Stigmatisation et risques sociaux

L'usage de cocaïne et de cocaïne basée peut être stigmatisé, notamment dans l'espace public où il confronte le grand public à des scènes pouvant générer de la peur, du rejet et/ou un besoin de distanciation sociale. La stigmatisation des personnes qui consomment de la cocaïne basée et l'auto-stigmatisation qu'elles peuvent développer affectent l'accès aux soins et l'organisation des soins elle-même. Il en découle une marginalisation sociale qui à son tour entraîne une amplification des problèmes de santé de ces personnes (Jones et coll., 2023 ; Joseph et coll., 2024 ; Rehman et coll., 2024). Une partie des personnes qui font usage de cocaïne basée se trouve dans une grande précarité, avec notamment un grand risque de sans-abrisme (Edmundson et coll., 2023). Ceci est observé dans différents pays, notamment en Suisse (OFSP, 2024b) et en France (Cadet-Tairou et Jauffret-Roustide, 2021), et touche en particulier les personnes qui consomment dans l'espace public.

Profil des personnes concernées et prises en soins spécifiques

Il n'existe pas un profil unique des personnes qui consomment de la cocaïne et/ou de la cocaïne basée¹³⁸. Les profils sont très variés et issus de tous les milieux socioéconomiques, y compris parmi certaines cultures de festivals et des populations moins visibles de travailleurs ou de personnes issues de classes socioéconomiques moyenne ou supérieure. Les consommations peuvent s'inscrire chez certaines personnes dans des parcours marqués par des traumatismes, des difficultés d'insertion socioéconomique ou des troubles psychiques.

En Europe, parmi les personnes entrant en traitement pour consommation de cocaïne, 60 % d'entre elles se sont présentées spontanément aux centres de traitement. Les personnes qui consultent proviennent de tous les niveaux d'éducation (60 % du niveau secondaire, 10 % de l'université) et moins de la moitié d'entre elles ont un revenu régulier. Environ 40 % déclarent une consommation quotidienne et 55 % plus de quatre fois par semaine (EMCDDA, 2022, 2023b).

138. Cf. chapitre « Spécificités des publics consommateurs de cocaïne » de cette expertise collective.

Les personnes qui consomment de la cocaïne basée dans les espaces publics sont exposées à une précarité sévère. Une partie d'entre elles a recours à la mendicité ou au travail du sexe pour financer les besoins liés aux conduites addictives. À titre d'exemple, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) et l'Institut national pour la santé et la recherche médicale (Inserm) ont recensé en 2019 quelques centaines de personnes présentes en permanence dans l'espace public du nord-est parisien, le plus souvent ayant une polyconsommation de substances et en grande précarité (ARS Île-de-France, 2023a). La précarité caractérise ainsi au moins une partie des personnes concernées, en particulier celle qui occupe l'espace public (Berthel et coll., 2023), comme l'évoquent notamment les résultats de l'étude « Crack en Île-de-France » (Cadet-Taïrou et coll., 2021). Cette étude identifie la désaffiliation sociale comme une des difficultés majeures rencontrées par ces personnes dont plus des 2/3 étaient sans domicile fixe. Pour ces dernières, les personnes du réseau de revente de drogues se retrouvent au centre de leur environnement social de proximité. Ce groupe est constitué en majorité d'hommes (environ 70 %). Les femmes de ce groupe avaient des profils similaires aux hommes, mais leurs parcours étaient caractérisés par une multiplicité de traumatismes subis à différents âges de la vie. En Europe, il y a un décalage entre le taux de femmes qui consomment de la cocaïne (27 % du groupe cible) et le pourcentage d'entre elles qui reçoivent l'aide et des traitements utiles (17 % des personnes en traitement) (EMCDDA, 2022).

Les personnes qui consomment dans l'espace public cumulent fréquemment problématiques et atteintes multiples à la santé telles que des polyconsommations de substances, des troubles concomitants psychiatriques et somatiques, en plus de multiples antécédents traumatiques, de l'exposition répétée et continue à la précarité, à l'insécurité sociale et aux risques de violence (ARS Île-de-France, 2023a ; Berthel et coll., 2023).

Le modèle de réduction des risques et des dommages

La réduction des risques et des dommages (« *Harm reduction* ») (Marlatt, 1996 ; Marlatt et Witkiewitz, 2002) est un modèle qui permet de travailler avec la personne et de la soutenir où qu'elle soit et quels que soient ses perceptions, ses capacités et ses choix quant à une modification ou quant à l'arrêt de conduites de consommation. Le modèle est utile pour toutes les conduites addictives, pour les dépendances mais également pour la réduction des risques pour des consommations « récréatives », qu'il s'agisse de primoconsommations ou de reprises de consommation après une période d'abstinence. Il s'inscrit clairement dans le cadre d'un accueil inconditionnel et du respect total de l'autodétermination des personnes.

Cette approche opère un changement de paradigme fondamental qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues et de l'abstinence comme seul but à atteindre. Ce modèle invoque la responsabilité des personnes usagères de drogues, leurs choix et leurs capacités à modifier leurs comportements si on leur en offre les moyens. Ces moyens consistent en l'accès à des outils, à un environnement et à des services leur permettant de limiter les risques et les dommages liés à la consommation de substances (Inserm, 2010). Le modèle de réduction des risques et des dommages (RdRD) inclut la prévention et le traitement des maladies infectieuses et s'étend également à l'ensemble des risques et dommages (Inserm, 2010) pour la santé physique, la santé psychique, l'inclusion et la participation sociale, les risques juridiques, la stigmatisation, les relations interpersonnelles et tout domaine de la vie pouvant être impacté par les troubles de l'usage des substances.

Antonio Maria Costa, directeur exécutif de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) en 2009, disait déjà dans sa préface du rapport de l'ONUDC (UNODC, 2009) : « La "réduction des risques et des dommages" est souvent considérée comme une question inutilement controversée, comme s'il existait une contradiction entre la prévention et le traitement, d'une part, et la réduction des conséquences sanitaires et sociales néfastes de la consommation de drogue, d'autre part. Il s'agit d'une fausse dichotomie. Elles sont complémentaires ». L'approche de réduction des risques et des dommages est également développée dans le récent rapport relatif aux standards internationaux de traitements des troubles de l'usage des substances, initiative conjointe de deux organismes internationaux, l'ONUDC et l'OMS (WHO et UNODC, 2020).

En France, la mise en place de la réduction des risques et des dommages a débuté officiellement avec le décret du 13 mars 1987 de Mme Michèle Barzach, permettant la vente libre de seringues en pharmacie (Inserm, 2021). La première intention était de réduire urgemment les risques infectieux (notamment VIH) associés au partage du matériel d'injection. Ce décret a été suivi d'une série de textes et référentiels jusqu'à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé qui renforce le principe en dépassant le seul risque infectieux, élargit le périmètre de la réduction des risques à l'ensemble des substances psychoactives, et valide les actions des intervenants en les protégeant dans le cadre de leurs actions de RdRD des incriminations d'usage ou d'incitation à la consommation, en autorisant l'analyse de drogues au bénéfice des personnes consommatrices. Cette loi prévoit également dans son article 43, à titre expérimental, l'ouverture par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue (CAARUD) de salles de consommation à moindre risque

(Inserm, 2021)¹³⁹. Le processus de déploiement de ces offres, en France, est encore en cours et nécessite d'être soutenu pour se poursuivre et atteindre de manière suffisante les populations cibles sur le territoire. En Suisse, la réduction des risques et des dommages est également un des piliers de la stratégie nationale sur les addictions (Conseil fédéral Suisse, 2015).

Les usages de substances, les contextes, les modes d'usage, les substances elles-mêmes et leur préparation évoluent constamment. Pour cette raison, les outils de RdRD doivent s'adapter aux évolutions des tendances et des marchés et les anticiper pour adapter leurs offres.

Offres de réduction des risques et des dommages

Les offres ou stratégies de RdRD, c'est-à-dire les mesures pratiques de leur mise en œuvre, ont été historiquement déployées pour les substances psychoactives telles que les opioïdes (Uchtenhagen, 2010 ; Khan et coll., 2014 ; Greer et Ritter, 2019). Ces offres initialement développées en partie en raison des usages de substances psychoactives par voie intraveineuse, ne sont pas spécifiques à l'usage de la cocaïne basée.

Les principales stratégies recommandées de réduction des risques à destination des personnes qui s'injectent des drogues (Colledge-Frisby et coll., 2023a) dans le monde sont : *i*) les programmes d'échange de seringues (Clarke et coll., 2016) (accès à du matériel stérile d'injection) ; *ii*) les traitements de substitution pour les opiacés (TSO) (ex. : traitement de la dépendance aux opiacés : méthadone, buprénorphine) (Jin et coll., 2020) – qui ne concernent ni la cocaïne poudre ni la cocaïne basée pour lesquelles il n'existe pas à ce jour de traitement de substitution ; *iii*) les salles de consommation supervisée (Tran et coll., 2021), c'est-à-dire des salles supervisées (aujourd'hui appelées en France « haltes soins addictions » – HSA) par des intervenant(e)s des domaines du soin et du social, permettant une consommation sur place dans des conditions de sécurité optimisées, avec des produits directement amenés par les personnes usagères de drogues ; *iv*) la remise de naloxone¹⁴⁰ à emporter (Colledge-Frisby et coll., 2023b) – qui ne contrecarre pas les effets de la cocaïne, et possiblement un accompagnement et une éducation aux risques liés à l'injection ; et *v*) l'analyse de drogues (Giulini et coll., 2023) consistant en l'analyse des contenus et composants des substances permettant

139. Cf. chapitre « Politiques de prévention et de réduction des risques, et interventions » de cette expertise.

140. La naloxone est un médicament antagoniste des récepteurs opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.

de faire un retour à la personne usagère de drogues sur les compositions des produits achetés et aussi apportant un cadre préventif pour améliorer la prise de conscience du risque sanitaire de la prise de drogues (Olsen et coll., 2019).

Une revue de Colledge-Frisby et coll. (2023a) regroupant 195 études a rapporté le nombre de pays offrant chacune des stratégies : TSO (n = 90) ; programmes d'échange de seringues (n = 94) ; remises de naloxone (n = 43) ; centre de consommation supervisée (n = 17) ; analyse de drogues (n = 26). Seulement neuf pays offraient l'ensemble des cinq services, laissant entrevoir une importante marge de progression.

Les preuves d'efficacité relatives à certaines de ces stratégies auprès des personnes qui s'injectent des drogues ont été étudiées dans une revue de l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA)¹⁴¹ (EMCDDA, 2023d). Il apparaît que chaque augmentation de 10 % du taux de couverture en TSO et en programmes d'échange de seringues pourrait réduire l'incidence des infections au VHC de 12 % (IC 95 % : 11-13 %)¹⁴². En d'autres termes, une augmentation d'échelle modérée, de l'ordre de 40 %, de la couverture en TSO et en programmes d'échange de seringues, conduirait à une réduction du même ordre de grandeur de l'incidence des infections virales.

Les programmes d'échange de seringues ont un degré de preuve suffisant pour soutenir leur efficacité sur la réduction des risques relatifs aux infections par le VIH et sur la réduction des pratiques d'injection à risque. Le degré de preuve rapporté pour le VHC est encore intermédiaire par manque d'études (EMCDDA, 2023d). L'évaluation des programmes d'échange de seringues en pharmacie manque de données. Les programmes relatifs à la préparation d'équipement (*drug paraphernalia*)¹⁴³ montrent une réduction des pratiques d'injection à risque. Enfin, en milieu carcéral, les programmes d'échange de seringues n'ont pas été assez étudiés pour pouvoir conclure quant à leur impact.

Du fait de la difficulté à mener ces études d'évaluation de l'efficacité des stratégies et des masses critiques nécessaires, il n'y avait pas assez de données disponibles dans cette revue de l'EMCDDA (EMCDDA, 2023d) sur les salles de consommation supervisée pour conclure à leur impact spécifique sur les risques d'infection par le VHC et par le VIH. Cependant, en faveur d'une protection amenée par ces dispositifs, une diminution des pratiques d'injection à risque est observée (EMCDDA, 2023d), comme rapporté également en France dans

141. Officiellement devenu l'*European Union Drugs Agency* (EUDA) en juillet 2024.

142. IC : Intervalle de confiance

143. Terme désignant tout équipement, produit ou accessoire destiné ou modifié pour fabriquer, utiliser ou dissimuler des drogues, généralement à des fins récréatives.

l'étude Cosinus¹⁴⁴ et dans plusieurs autres études internationales (Kerr et coll., 2005 ; Kinnard et coll., 2014 ; Folch et coll., 2018 ; Lalanne et coll., 2023).

En résumé, selon cette revue de l'EMCDDA (EMCDDA, 2023d), des preuves solides soutiennent l'efficacité des traitements de substitution pour les opiacés (TSO) lorsqu'ils existent pour le produit consommé, et l'efficacité des programmes d'échange de seringues pour réduire les pratiques d'injection à risque, et les risques d'infection particulièrement pour le VIH. Certaines limites, par manque d'études disponibles, subsistent pour le VHC et dans des contextes spécifiques (prisons, pharmacies, salles de consommation supervisée). Il est souvent plus difficile de mener les études dans ces contextes pour évaluer ces risques infectieux spécifiques.

Salles de consommation supervisée (haltes soins addictions : HSA)

L'impact des salles de consommation supervisée (EMCDDA, 2023a et c), également connues en France sous la désignation de « haltes soins addictions » (HSA), a été étudié en Europe de manière spécifique. Ces offres sont proposées dans différents pays européens dont l'Espagne, le Portugal, la Grèce, l'Allemagne, la Norvège, la Suisse et certains sites pilote en France. Certaines villes offrent plusieurs sites de consommation supervisée tels que Berlin ou Hambourg. Les objectifs de ces salles sont de trois types, détaillés ci-dessous :

- améliorer la santé des personnes qui prennent des drogues, avec des effets attendus de plusieurs ordres : *i*) améliorer les pratiques d'injection, promouvoir des pratiques d'usage de substance plus sûres et réduire les risques de transmission d'infection ; *ii*) intervenir en urgence, dans les salles de consommation, en cas d'overdose ; *iii*) réduire la morbidité et la mortalité ; et *iv*) améliorer l'accès aux services médicaux (en particulier : médecine générale et santé mentale) sur site ou en facilitant l'accès des personnes aux services de santé ;
- améliorer la santé publique, avec des impacts escomptés consistant à : *i*) réduire la transmission des infections, dépister et traiter, protéger la population de la propagation des risques infectieux ; *ii*) réduire le coût lié aux overdoses et aux visites aux urgences ; et *iii*) améliorer l'intégration sociale des personnes qui utilisent des drogues en améliorant l'accès aux services de santé et aux services sociaux (hébergement d'urgence, logements et aides sociales appropriées) ;
- répondre aux besoins liés à l'ordre public et aux questions de sécurité, ce qui doit amener à : *i*) améliorer la sécurité sur la voie publique, pour le voisinage et les commerçants ; *ii*) réduire la présence de matériel de consommation

ou d'injections sur la voie publique ; et *iii*) améliorer la situation du voisinage par des services de médiation pour répondre aux préoccupations des riverains.

Ces salles de consommation supervisée semblent répondre à leurs objectifs. En effet, elles sont efficaces sur la réduction de la fréquence des overdoses et sur la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux overdoses (Levengood et coll., 2021 ; EMCDDA, 2023a et d). Elles réduisent les risques liés aux injections (Tran et coll., 2021) et contribuent à promouvoir des pratiques d'injection plus sûres (Levengood et coll., 2021).

Une diminution du nombre d'injections en public et du nombre de seringues retrouvées en rue est observée (Potier et coll., 2014). Contrairement à l'idée reçue, il n'y a pas d'augmentation rapportée de la criminalité ou des nuisances publiques en lien avec l'implantation d'une salle de consommation supervisée (Levengood et coll., 2021). Même si les résidents de proximité et les commerçants rapportent une diminution de l'usage public des drogues et des seringues retrouvées (Tran et coll., 2021), l'acceptation d'un tel dispositif à proximité de chez soi est longue à mettre en place. Les opinions des Français sur les HSA ne révèlent pas d'évolution majeure entre 2018 et 2023 (Li et coll., 2025). En effet, le phénomène NIMBY (« *not in my backyard* »/pas dans mon jardin) semble bien ancré (Houborg et Jauffret-Roustide, 2022) : bien qu'une large proportion des Français (73 %) est favorable à l'idée d'ouvrir des HSA dans d'autres villes, ils se montrent plus réticents lorsqu'on leur demande s'ils seraient d'accord avec l'ouverture d'une HSA dans leur propre quartier puisque seuls 20 % se disent « tout à fait d'accord » tandis qu'un tiers (34 %) se dit « pas du tout d'accord » (Li et coll., 2025). Il ne faudrait cependant pas que ceci occulte la réalité des bénéfices de ces salles et bloque leur installation lorsque les besoins sont identifiés.

Les salles de consommation supervisée permettent d'attirer les personnes le plus marginalisées et améliorent leur accès aux soins primaires (Potier et coll., 2014) et aux traitements des addictions (Levengood et coll., 2021 ; Tran et coll., 2021). Ces salles s'insèrent dans l'environnement au service duquel elles sont (EMCDDA, 2023a et d). Pour intégrer au mieux les HSA, il est recommandé d'accompagner leurs mises en place de comités de représentants de cet environnement : administration, ville ou commune, police, autorités de santé, représentants des résidents et des commerçants.

Si le concept des salles de consommation supervisée est bien établi, la manière de le mettre en œuvre peut différer d'un lieu à l'autre. La revue de Xavier et coll. (2021) a identifié les règles de fonctionnement et les critères d'éligibilité des salles de consommation supervisée. Il en ressort que la plupart des sites ont des règles portant sur : l'identification à l'entrée, les conditions d'accès (ex. : âge, lieu de résidence), les modes de consommation autorisés (nombre d'injections

et zones du corps, modes de supervision, états d'intoxication), les horaires d'ouverture. Bien qu'il y ait un consensus sur le fait que les restrictions d'éligibilité et les règles du site doivent être minimales afin d'établir des services à faible barrière, il ressort que la manière de faire fonctionner une salle peut comporter des risques d'exclusion de certaines personnes. Ces lieux doivent tenir compte également des besoins spécifiques des femmes et proposer des espaces réservés (Bardwell et coll., 2021). Cette piste sera importante à explorer.

Compte-tenu de l'importance des salles de consommation supervisée, il paraît essentiel d'encourager des rencontres internationales d'échanges de pratiques avec des représentants des différentes parties prenantes afin d'établir des pratiques exemplaires, d'améliorer l'accès, de résoudre les problèmes de mise en œuvre et d'adapter le fonctionnement et les prestations des salles à l'évolution continue des besoins des personnes usagères de drogues (Jauffret-Roustide, 2021). Les mineurs ne sont le plus souvent pas admis dans ces salles, soulevant la question de l'adaptation des offres pour ces groupes d'âge qui représentent aussi une partie des populations concernées (Lee-Pii et coll., 2024). Ceci souligne l'importance d'explorer les meilleurs moyens de répondre aux besoins de ces groupes.

À titre d'exemple, en Ontario, l'ajout de services d'inhalation, la relocalisation du site dans un quartier du centre-ville de Sudbury où les personnes usagères de drogues se rassemblent couramment, et la prolongation des heures d'ouverture ont contribué à améliorer la satisfaction relative au service (Ali et coll., 2023). Certaines observations indiquent que les personnes usagères de drogues se déplacent dans des périmètres restreints, proches des lieux de consommation. Cela a soulevé la question d'offrir des espaces de consommations supervisées mobiles (Braun et Rich, 2022). Des services décentralisés aideraient les régions où la consommation de drogues n'est pas concentrée géographiquement. Au Danemark, où la réduction des risques est également conçue comme une approche de réduction de l'exclusion sociale, les personnes usagères de drogues ont la possibilité de pouvoir consommer dans les centres d'hébergement qui les accueillent (Jauffret-Roustide et coll., 2022). Ces mesures contribuent à l'absence de scènes ouvertes.

Pendant les séjours à l'hôpital général ou psychiatrique, les personnes usagères de drogues sont à haut risque de consommation. La question de salles de consommation supervisée ou d'accompagnement vers ces salles durant les séjours, lorsque c'est possible, se pose également (Long et coll., 2024). Cette question se pose au risque de réduire l'équité d'accès aux soins dont ces personnes usagères de drogues ont besoin. Des équipes de liaison spécialisées pourraient accompagner les équipes et les soignants pour optimiser les chances de séjours efficaces.

En France, les résultats de l'étude Cosinus confortent les résultats internationaux et indiquent leur validité écologique dans l'écosystème local. Par ailleurs, l'étude Cosinus compare des participants exposés aux salles de consommation à des participants non exposés. L'objectif principal de cette étude (Auriacombe et coll., 2019 ; Inserm, 2021 ; Lalanne et coll., 2023 ; Roux et coll., 2023) était d'évaluer l'impact des salles de consommation supervisée en France sur les pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC (partage du matériel d'injection), tandis que les objectifs secondaires portaient sur leur impact sur d'autres données de santé comme l'accès des participants au dépistage du VHC, l'accès aux TSO, la survenue d'abcès, les passages aux urgences et les overdoses non fatales. La cohorte Cosinus est une étude longitudinale de 12 mois (mesures effectuées à 0, 6 et 12 mois) portant sur 665 personnes adultes et francophones (20 % de femmes) qui s'injectent des drogues. Elle a été menée à Bordeaux, Marseille (programmes de réduction des risques sans salles de consommation supervisée), Paris et Strasbourg (sites avec salles de consommation supervisée). À l'inclusion, 43 % des personnes étaient logées de manière très précaire (rue, squat, voiture), 60 % rapportaient des pratiques d'injection quotidienne et 18 % partageaient le matériel d'injection. L'étude de Auriacombe et coll. (2019) retrouve une différence significative de 10 % sur le partage de matériel d'injection déclaré entre les participants exposés aux salles et les non-exposés (1 % pour les exposés contre 11 % pour les non-exposés).

Dans le cadre de l'étude Cosinus, les différences d'impact entre les deux groupes sur les overdoses non mortelles, les abcès et les visites aux urgences ont également été étudiées. Au moment de l'inclusion, 21 %, 6 % et 38 % des participants ont signalé respectivement des surdoses, des abcès et des visites aux urgences. Au terme de l'étude, les participants qui avaient accès à la salle de consommation supervisée étaient moins susceptibles de déclarer des overdoses, des abcès et des visites aux urgences (Briand Madrid et coll., 2023 ; Roux et coll., 2023). Dans un modèle hypothétique sur dix ans (Inserm, 2021 ; Cousien et coll., 2024) supposant près de 3 000 personnes qui consomment à Paris et à Strasbourg, les salles de consommation supervisée permettraient d'éviter 69 % des overdoses, 71 % des passages aux urgences et 77 % des abcès et des endocardites associées. Il en résulterait des économies de coûts médicaux de 6,6 millions d'euros à Paris et de 5,8 millions d'euros à Strasbourg, pour un coût incrémentiel de 30 600 €/QALY¹⁴⁵ (Paris) et de 9 200 €/QALY (Strasbourg). Dans le cas où ces structures seraient implantées dans d'autres structures de réduction des risques

145. QALY : *Quality-Adjusted Life Year* ; indicateur économique pour évaluer le rapport coût-bénéfice des interventions médicales, en attribuant une valeur financière à une année de vie en bonne santé ajustée par la qualité.

existantes, ces coûts incrémentiels diminueraient à 21 400 €/QALY pour Paris et à 2 500 €/QALY pour Strasbourg, respectivement. Ces analyses et ces projections montrent la viabilité économique de ces modèles, alors même qu'elles ne prennent pas en compte l'impact des salles de consommation supervisée sur d'autres possibles réductions des coûts liées à l'accès aux autres traitements, à la réduction du trouble à l'ordre public et à une augmentation des chances d'inclusion sociale. L'étude écologique sur les traces de consommation dans un périmètre géographique proche de la salle de consommation supervisée à Paris met en évidence une diminution significative du nombre de seringues abandonnées (divisé par trois) dans l'espace public (Inserm, 2021). Dans l'étude Cosinus, les raisons évoquées pour aller consommer dans la salle sont le plus souvent pour consommer proprement, pour le confort et pour la sécurité. Une majorité de personnes avec un statut de précarité sociale (absence de logement et/ou de travail) souhaite utiliser la salle. Une des principales raisons évoquées pour ne pas l'utiliser est le fait d'avoir déjà un endroit pour consommer.

En vertu de l'arrêté du 26 janvier 2022¹⁴⁶, les salles de consommation supervisée sont rebaptisées « haltes "soins addictions" » (HSA) dans le cadre de la prolongation de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque initiée par l'article 43 de la loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé. Dans cet arrêté, il est considéré que l'expérimentation d'une « halte "soins addictions" » (HSA), « répond à la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues telle qu'elle est définie par l'article L. 3411-8 du Code de la santé publique ». Cependant, les tentatives d'ouverture d'autres HSA dans d'autres villes se sont toutes soldées par des échecs pour des raisons politiques en lien souvent avec le rejet des riverains (Fédération Addiction, 2024). Ce constat invite à mieux informer le public sur ces résultats (Strike et coll., 2015 ; Sumnall et coll., 2020), mais également à renforcer la collaboration sur le long terme avec les riverains pour accompagner et soutenir l'implantation et le maintien des HSA, tout en tenant compte de leurs besoins et appréhensions (Bancroft et Houborg, 2020) dans le cadre d'une communication bidirectionnelle (Martínez et coll., 2021). Ce travail devrait, probablement, pour réunir toutes les chances de succès, s'inscrire dans la durée (Bancroft et Houborg, 2020) et impliquer les services des municipalités, de la police et de la sécurité, des équipes de HSA, des pairs (Kerr et coll., 2017) et les riverains.

146. Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux haltes « soins addictions ». JO, n° 0045, 23/02/2022.

Offres de réduction des risques et des dommages spécifiques à l'usage de cocaïne et cocaïne basée

Il existe des programmes de réduction des risques et des dommages bien établis pour les consommations de substances et les pratiques d'injection de substances. Les recherches spécifiquement orientées sur la cocaïne basée et son inhalation sont plus récentes (Prangnell et coll., 2017). Les « pipes à crack » sont notamment de plus en plus demandées par les usagers. Dans une étude menée à Vancouver (Prangnell et coll., 2017), parmi les 1 718 participants éligibles, les proportions de ceux qui se procurent des « pipes à crack » uniquement par l'intermédiaire de points de services de santé ont augmenté de manière significative, passant de 7,2 % en 2005 à 62,3 % en 2014, tandis que les taux de déclaration de problèmes de santé associés au fait de fumer de la cocaïne basée ont diminué de manière significative. De plus, les personnes qui se procurent des « pipes à crack » uniquement dans les points de service de santé étaient significativement moins susceptibles de déclarer des problèmes de santé liés à leur consommation que celles s'en procurant par d'autres sources (ex. : dans la rue). L'expansion des services de distribution de « pipes à crack » a probablement permis de réduire les problèmes de santé liés au fait de fumer de la cocaïne basée dans ce contexte. En Bretagne, une augmentation de la demande est observée avec plus de 11 085 doseurs¹⁴⁷ remis en 2023 contre 3 228 en 2022 soit une augmentation de 143 % (Association Douar Nevez, 2023). En cas de manque de disponibilité de « pipes à crack », il est possible de former les personnes à fabriquer elles-mêmes ce matériel. Il s'agira d'être extrêmement attentif à la sécurité des matériaux et de leur usage.

Créer des haltes soins addictions (HSA) dotées de systèmes de ventilation conformes aux réglementations d'hygiène et sécurité est aujourd'hui nécessaire (Bourque et coll., 2019). Les résultats positifs associés à l'inhalation dans ce type de salles comprennent l'amélioration de la santé et de la sécurité des personnes qui consomment des drogues et la diminution de la consommation de drogues dans l'espace public. Ces données reposent cependant sur un nombre limité d'études (Gehring et coll., 2022). Il est toutefois possible d'estimer que le rationnel et les données à disposition incitent à intégrer des dispositifs d'inhalation dans la mise en œuvre des HSA afin d'offrir des opportunités équitables envers les personnes qui consomment des drogues par inhalation (Lu et coll., 2024). Garantir une capacité suffisante de fumeurs dans les HSA représente un enjeu important de réduction des risques et des

147. Le doseur qui est normalement utilisé pour servir l'alcool dans les bars, est utilisé comme « pipe à crack ».

dommages (Pijl et coll., 2023) ; en effet, en cas de place insuffisante, les personnes concernées risquent de désertier les HSA, de se replier sur d'autres lieux de consommation, ou se retrouvent en compétition avec les autres personnes qui fréquentent les HSA. Au-delà de la pertinence de disposer d'espaces pour consommer en sécurité, dans des conditions d'hygiène adaptées et de réduire les consommations de cocaïne basée dans l'espace public, des recherches seraient utiles pour évaluer la pertinence d'une supervision des consommations par inhalation.

Les personnes qui s'injectent des stimulants ont besoin d'un accès régulier aux programmes d'échange de seringues. Lors d'une consommation excessive, elles peuvent s'injecter plus souvent que celles qui consomment des opioïdes (EMCDDA, 2023b). Les services d'analyse de drogues peuvent être particulièrement utiles pour suivre l'évolution des marchés et, dans une optique de réduction des risques et des dommages, pour informer les personnes concernées sur les substances qu'elles ont à disposition (ex. : contaminants, autres substances associées, produits non identifiés), afin qu'elles puissent adapter leur usage. L'analyse de drogues s'associe fréquemment à une intervention brève visant à répondre aux besoins et questions des personnes.

Le domaine de l'analyse de drogues a récemment vu le développement de différents types d'appareils portables capables d'analyser les échantillons de substances. Notamment, un appareil de spectroscopie proche infrarouge permet une analyse instantanée des échantillons de substances sans altération des quantités de celles-ci. Le système est par ailleurs apprenant, c'est-à-dire qu'il peut, lorsqu'il ne reconnaît pas une partie d'échantillon, enrichir sa base de données par des analyses complémentaires (Wermelinger et coll., 2023). Notons cependant que même s'il s'agit d'une technique rapide, facile à mettre en œuvre, celle-ci nécessite un personnel formé pour l'interprétation des spectres infrarouges. De plus, l'utilisation de la spectroscopie infrarouge permet l'identification fiable d'un échantillon de substance psychoactive lorsqu'il s'agit d'un produit pur contenant un composé connu avec une teneur significative. L'identification de substance sera difficile lorsque les teneurs sont faibles ou dans les mélanges de substances. Il est donc important d'informer les usagers de ces limites et de la nécessité de compléter les analyses par d'autres méthodes : la chromatographie sur couche mince (CCM), la chromatographie en phase liquide à haute performance (HPLC), etc. (Papias et coll., 2025).

L'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) a été reconnu en France et en Europe (EMCDDA, 2019 ; Roux et coll., 2021) comme un outil de RdRD efficace pour les personnes qui injectent des drogues en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du VIH/

VHC et de complications cutanées (Roux et coll., 2016b), et d'amélioration de l'accès au dépistage du VHC (Roux et coll., 2016a). L'injection de cocaïne poudre ou de cocaïne basée étant associée à de nombreuses pratiques à risque et à des injections répétées, cette intervention semble être d'autant plus pertinente pour ces populations.

Enjeu de l'accès aux services socio-sanitaires des personnes usagères de drogues

Une partie des personnes faisant un usage de substances psychoactives (Farhoudian et coll., 2022), et plus spécifiquement de cocaïne et cocaïne basée, subissent des dommages d'envergure et n'ont que très peu accès aux services socio-sanitaires pour des raisons multiples et d'ordres structurel, social et individuel. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes répondant aux besoins particuliers de ces groupes (UNODC, 2023b). Il est important d'aller à la rencontre de ces personnes et de communiquer avec elles¹⁴⁸. En anglais, le terme « *outreach* » est utilisé pour décrire des initiatives visant à atteindre des personnes ou des groupes difficiles d'accès. Dans le domaine socio-sanitaire, l'« *outreach* » ou « aller-vers » est une approche proactive (les intervenants se rendent vers les publics concernés, notamment en rue) qui s'adresse à des groupes de populations vulnérables ou marginalisées qui ne solliciteraient probablement pas activement de l'aide ou ne sont pas en mesure de le faire (Alameda et coll., 2016 ; Penzenstadler et coll., 2017 ; Dore-Gauthier et coll., 2019). Des études préliminaires ont été réalisées auprès de personnes sans domicile fixe avec un trouble de l'usage des substances (Fisk et coll., 2006), de personnes avec une dépendance à la cocaïne basée (Henskens et coll., 2005 et 2008) ou de travailleuses du sexe consommant des substances (Bowser et coll., 2008). Des améliorations significatives ont été rapportées sur la santé physique et psychiatrique et sur les conditions de vie des participants. Les résultats étaient plus mitigés concernant les consommations de substances. Ces programmes caractérisés par une approche individualisée sont associés à un taux élevé d'observance et de satisfaction à l'égard du traitement. De telles approches peuvent être couplées, après les premières phases d'« aller-vers », aux programmes de type « chez soi d'abord (*Housing First*) » (Urbanoski et coll., 2018), en proposant des hébergements adaptés à ces personnes en situation de sans-abrisme et qui consomment de la cocaïne poudre ou de la cocaïne basée, à l'image de ce qui est effectué dans le cadre du dispositif ASSORE (accompagnement social et aux soins, orientation, réinsertion ensemble) (Hospices Civils de Lyon, 2022).

148. Cf. chapitre « Réduction des risques et des dommages sociaux » de cette expertise.

En France, les maraudes pédestres ou en antenne mobile sont une forme d'« aller-vers ». Les équipes vont à la rencontre des usagers de substances dans l'espace public, tentent de construire un lien avec ces personnes et essaient de répondre à leurs besoins. Ces équipes délivrent des conseils et orientent les personnes vers les espaces de repos ou d'hébergement et vers les dispositifs sanitaires (addictologie, psychiatrie, services d'urgence ou dispositifs hospitaliers). Elles distribuent également du matériel de réduction des risques et des dommages (Vaivre-Douret et Gaucher, 2023). Porté par la fabrique numérique des ministères sociaux, l'outil MANO¹⁴⁹ (Service de soutien aux équipes mobiles visant à améliorer la vie des populations en rue et à favoriser leur réinsertion), accessible sur mobile et web, accompagne les organisations dans le suivi et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Il permet notamment aux équipes d'accéder facilement aux informations, que ce soit sur le terrain ou en structure. Un « dossier usager » permet de connaître la situation sociale et médicale de la personne, et ainsi d'aller vers une prise en charge globale et sans perte d'information. Une zone dédiée et protégée est réservée aux professionnels de santé afin qu'ils puissent partager entre eux des informations essentielles au suivi médical. Devant le succès de cette expérimentation, l'outil MANO a été transféré en 2024 au Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADeS) d'Île-de-France. Il est financé par 6 agences régionales de santé pour cette première année de pérennisation.

Le dispositif d'orientation des usagers mis en place en Île-de-France qui associe un repérage et une orientation d'usagers de crack volontaires, par leurs structures d'accueil habituelles, vers des structures de soins résidentiels en dehors de leur région de consommation répond aussi à cette logique du « aller-vers » (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

En effet, le Schéma régional de santé 2023-2028 (ARS Île-de-France, 2023b) a fixé comme premier objectif stratégique le développement de la « réduction des risques et des dommages pour réduire l'impact sanitaire et social de la consommation de cocaïne basée, notamment pour les usagers les plus en difficultés », dans lequel le développement des maraudes et le soutien aux haltes soins addictions s'inscrivent.

La gestion des contingences¹⁵⁰ fournit quant à elle un renforcement tangible (ex. : des récompenses financières) pour un changement de comportement positif, y compris l'abstinence de drogues et d'alcool ou l'adhésion à une consultation (Pfund et coll., 2022). Malgré de multiples études rapportant des

149. <https://beta.gouv.fr/startups/mano.html> [consulté le 09/09/2025].

150. Cf. chapitre « Prise en soins et thérapies innovantes » de cette expertise.

résultats positifs notamment sur les troubles de l'usage des psychostimulants, ce schéma thérapeutique reste peu proposé en milieu clinique (Oluwoye et coll., 2020). Il a été proposé par Khazanov d'adapter le modèle de gestion des contingences au contexte de l'usage des psychostimulants donc de la cocaïne (Khazanov et coll., 2024). Ces adaptations proposées reposent notamment sur des montants des contingences plus élevés, des renforcements de changements autres que l'abstinence et une prise en charge facilitée des coûts par l'Assurance Maladie.

Sous-groupes vulnérables et réduction des risques et des dommages spécifique

Certains groupes de personnes qui font usage de la cocaïne ou de la cocaïne basée pourraient avoir des besoins plus spécifiques ou être encore plus à risque de voir leurs besoins méconnus, en particulier : *i*) les personnes sans-abri ; *ii*) les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe ; *iii*) les personnes qui présentent des comorbidités supplémentaires liées à la santé mentale ; *iv*) les personnes qui sont incarcérées ou qui l'ont été ; et *v*) les femmes et les femmes enceintes.

Chez les personnes issues des minorités sexuelles et de genre (Bórquez et coll., 2020), notamment parmi les hommes homosexuels et les femmes transgenre, la consommation de stimulants est élevée et a été associée à un risque accru d'infection par le VIH, de suicide et de mortalité par maladie cardiovasculaire. Par ailleurs, certaines de ces personnes peuvent nécessiter des soins pour le *chemsex*, pratique concernant majoritairement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui consomment plusieurs types de stimulants en contexte sexuel (Amundsen et coll., 2023), notamment l'intégration de la prophylaxie préexposition (PrEP¹⁵¹) dans le modèle de RdRD.

Les personnes migrantes souffrent de niveaux élevés de problèmes sociaux et de santé mentale. En outre, les personnes qui ont été déplacées (réfugiés, demandeurs d'asile, etc.) et qui vivent dans un nouvel environnement ou un nouveau contexte social peuvent être confrontées simultanément à des problèmes sociaux et de santé préexistants, cumulés à des facteurs de stress post-déplacement, y compris la stigmatisation. Par rapport à la population générale, les populations déplacées présentent un niveau élevé de vulnérabilité à la consommation de substances et aux troubles liés à la consommation. La disponibilité et l'accessibilité des services de santé mentale, y compris des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues,

151. *Pre-Exposure Prophylaxis*.

restent un défi dans la plupart des situations humanitaires (UNODC, 2023a). À cet effet, dans le cadre de la mise en place du plan crack¹⁵², l'ARS Île-de-France a permis la mise en place de lits d'hospitalisations à l'Hôpital Sainte-Anne afin d'évaluer la composante psychiatrique dans les troubles de l'usage. Ce dispositif d'observation et d'orientation (« D2O ») permet une prise en charge rapide des situations cliniques les plus complexes ; depuis son ouverture (en juin 2023), 60 admissions ont été réalisées. De plus, le dispositif d'orientation hors Île-de-France pour des cures et des postcures a pris une ampleur importante. Depuis son lancement, 166 admissions ont été réalisées dans 47 établissements de soins résidentiels.

Démarches participatives

Impliquer les personnes ayant une expérience vécue des troubles liés à la consommation de substances, du sans-abrisme ou d'autres problèmes fréquents affectant la population qui consomme des substances paraît essentiel à l'adaptation des services aux populations qui en ont besoin (Javed et coll., 2020). De plus, impliquer ces personnes et/ou leurs représentants dans toutes les phases de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes qui leur sont destinés semble aussi essentiel. Il est également important de leur offrir des opportunités significatives d'engagement afin de les encourager à s'approprier ces programmes.

Cette participation est d'autant plus importante que les personnes concernées sont peu ou pas consultées par la presse ou les médias (Whiteside et Dunn, 2023). De plus, quand elles le sont, c'est sur le versant du discours négatif concernant les personnes qui s'injectent des drogues, avec comme corollaire une aggravation possible des stigmatisations internalisée et externalisée et sur la politique en matière de drogues.

Plusieurs études ont mis en évidence la valeur ajoutée et le rôle important des pairs (Eddie et coll., 2019) dans les programmes communautaires, dans l'éducation à la consommation à faible risque et dans l'accompagnement au changement des comportements addictifs (Nagot et coll., 2022)¹⁵³.

En France, l'arrêté du 26 janvier 2022 portant sur l'approbation du cahier des charges national relatif aux HSA prévoit le recours à des médiateurs pairs,

152. Communiqué de presse « Lutte contre la consommation de crack en Île-de-France : bilan de la 2^{ème} phase du "Plan crack" », Agence régionale de santé Île-de-France, 4 février 2025. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/lutte-contre-la-consommation-de-crack-en-ile-de-france-bilan-de-la-2eme-phase-du-plan-crack> [consulté le 09/09/2025].

153. Cf. section « Apports de la pair-aidance » dans le chapitre « Réduction des risques et des dommages sociaux » de cette expertise.

formés à la réduction des risques, « pour assister le professionnel de santé ou du secteur médico-social ».

Ce type de médiation a été mis en place en France avec le projet « C-Nous », qui est une intervention de parrainage et de médiation par des personnes usagères de drogues (qui ont consommé ou qui consomment encore) guéries du virus de l'hépatite C (VHC), auprès de pairs, difficiles à atteindre (Dos Santos et coll., 2021). Le projet vise à proposer une formation autour d'un accompagnement sur mesure vers le dépistage et si besoin vers une mise en place d'un traitement antiviral, par les traitements antiviraux à action directe (AADs). En effet, l'accès facilité à ces nouveaux traitements fait apparaître de nouveaux enjeux auxquels l'accompagnement par les pairs cherche à répondre.

Interventions digitales

Vu la diversité des publics concernés par l'usage de cocaïne et de cocaïne basée, il apparaît utile d'informer et aider une partie de ce public via internet. Les interventions sur internet ont des effets faibles mais significatifs sur la diminution de la consommation de substances psychoactives et sur la réduction des risques et des dommages (Loverock et coll., 2023) dans diverses populations cibles après le traitement et lors de l'évaluation de suivi. Ces approches (interventions en ligne, applications, etc.) permettent notamment d'offrir des informations de psychoéducation, des tutoriaux d'aide à la réduction des risques et le soutien des pairs¹⁵⁴. C'est le cas par exemple de l'application d'information *KnowDrugs*¹⁵⁵ dont l'objectif est de réduire les risques liés à l'utilisation de substances psychoactives en permettant aux personnes qui décident d'en consommer de prendre des décisions éclairées et d'avoir des pratiques plus sûres.

Conclusion : une ère de changement de paradigme

La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue en 2016 (UNODC, 2016) a marqué le changement de paradigme vers une approche de santé publique et une approche centrée sur les droits de l'Homme. Des réponses plus efficaces et plus humaines aux problèmes de la drogue et des troubles qui y sont liés doivent être explorées. Cette vision est en harmonie avec un modèle permettant une perspective

154. Pour plus de détails, cf. chapitre « Réduction des risques et des dommages sociaux » de cette expertise.

155. <https://knowdrugs.app/> [consulté le 09/09/2025].

de rétablissement (Slade et coll., 2014 ; WHO, 2021) ; elle est porteuse d'un changement de paradigme, en passant d'une approche considérant l'inclusion sociale comme la dernière étape du traitement à une approche où l'inclusion sociale est d'emblée intégrée à la réponse à l'ensemble des besoins médicaux de la personne. Un changement de paradigme consisterait également à considérer les besoins des personnes dans leur maladie et leurs besoins psychosociaux plutôt que de les catégoriser dans la sphère délictuelle.

Une option pourrait être pour des personnes qui ne répondent pas suffisamment bien aux mesures de réduction des risques et des dommages, d'offrir un traitement médical assisté par cocaïne. Cette approche est déjà disponible dans plusieurs pays d'Europe pour le traitement de la dépendance à l'héroïne sous forme d'« *Heroin-Assisted treatments* » (Haasen et coll., 2007 ; Uchtenhagen, 2010 ; Khan et coll., 2014 ; Demaret et coll., 2015 ; McNair et coll., 2023). De multiples études ont pu établir le bénéfice de ce traitement en termes de rétention dans les soins, de réduction des risques, d'amélioration de l'état de santé, de modification des consommations et de réduction de la criminalité. Le développement d'une approche similaire adaptée pour la cocaïne suscite actuellement de l'intérêt (OFSP, 2024a). Ses modalités pharmacologiques (délivrance, formes galéniques, association de formes à libération rapide et à libération prolongée...) ainsi qu'organisationnelles (*setting* de remise des traitements) restent à préciser et étudier. Si, dans des pays comme la Suisse, le cadre légal actuel permettrait un tel traitement, il est possible que des aménagements soient nécessaires dans d'autres pays. En effet, la définition de la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue relève de l'État (la politique française de réduction des risques et des dommages est encadrée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

D'autres formes de « *safer supply* » (remise à moindre risque des substances), en dehors même d'un traitement médical sont évoquées (Csete et Elliott, 2021). Elles s'inscrivent dans une approche de réduction des risques dont les modalités resteraient à préciser ainsi que l'éventuelle complémentarité avec les autres approches de réduction des risques et de traitements. Une démarche participative dans ces possibles développements à venir paraît essentielle pour que ces approches de réduction des risques aient une chance d'atteindre leur public et de répondre à ses besoins (Pauly et coll., 2022).

RÉFÉRENCES

Aharonovich E, Scodes J, Wall MM, *et al.* The relationship of frequency of cocaine use to substance and psychiatric disorders in the U.S. general population. *Drug Alcohol Depend* 2021 ; 227 : 108933.

Ahmed S, Sarfraz Z, Sarfraz A. Editorial: A changing epidemic and the rise of opioid-stimulant co-use. *Front Psychiatry* 2022 ; 13 : 918197.

Alameda L, Golay P, Baumann P, *et al.* Assertive outreach for “difficult to engage” patients: A useful tool for a subgroup of patients in specialized early psychosis intervention programs. *Psychiatry Res* 2016 ; 239 : 212-9.

Ali F, Russell C, Kaura A, *et al.* Client experiences using a new supervised consumption service in Sudbury, Ontario: A qualitative study. *PLoS One* 2023 ; 18 : e0292862.

Amundsen E, Muller AE, Reierth E, *et al.* Chemsex among men who have sex with men: A systematic scoping review of research methods. *J Homosex* 2023 ; 71 : 1392-418.

ARS Île-de-France. *Lutte contre la consommation de crack en Île-de-France*, 2023a : 8 p.

ARS Île-de-France. *Schéma régional de santé (SRS 2023-2028) Fiche 2. 20 : Développer un parcours de prise en charge spécifique des usagers de crack (cocaïne basée)*, 2023b : 6 p.

Association Douar Nevez. *Bilan moral et d'activité*, 2023 : 94 p [consulté le 10/06/25 : https://www.douarnevez.com/wp-content/uploads/sites/7669/2024/07/Rapport-dactivit%C3%A9-2023_compressed.pdf].

Auriacombe M, Roux P, Briand Madrid L, *et al.* Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ Open* 2019 ; 9 : e023683.

Azevedo Cardoso T de, Jansen K, Mondin TC, *et al.* Lifetime cocaine use is a potential predictor for conversion from major depressive disorder to bipolar disorder: A prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020 ; 74 : 418-23.

Bancroft M, Houborg E. Managing coexistence: Resident experiences of the open drug scene and drug consumption rooms in inner Vesterbro, Copenhagen. *Contemporary Drug Problems* 2020 ; 47 : 210-30.

Bardwell G, Austin T, Maher L, *et al.* Hoots and harm reduction: a qualitative study identifying gaps in overdose prevention among women who smoke drugs. *Harm Reduct J* 2021 ; 18.

Berthel T, Penzenstadler L, Vogel M. *Traitements des troubles de l'usage de crack et cocaïne: Rapport 2023*. Berne : Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM), 2023 : 30 p [consulté le 10/06/25 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/suchtberatung-therapie/therapieformen_crack_bericht_ssam.pdf.download.pdf/Formes_therapie_Crack_rapport_SSAM.pdf&ved=2ahUKEwj08YuynuaNAXUUWaQEHWN1F8sQFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw0vRiJ4CgjZyR4at1Zni_Ee].

Bjorness TE, Greene RW. Interaction between cocaine use and sleep behavior: A comprehensive review of cocaine's disrupting influence on sleep behavior and sleep disruptions influence on reward seeking. *Pharmacol Biochem Behav* 2021 ; 206 : 173194-209.

Bórquez A, Rich K, Farrell M, *et al.* Integrating HIV pre-exposure prophylaxis and harm reduction among men who have sex with men and transgender women to address intersecting harms associated with stimulant use: a modelling study. *J Int AIDS Soc* 2020 ; 23 : e25495.

Bourque S, Pijl EM, Mason E, *et al.* Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. *Can J Public Health* 2019 ; 110 : 210-5.

Bowser BP, Ryan L, Smith CD, *et al.* Outreach-based drug treatment for sex trading women: the Cal-Pep risk-reduction demonstration project. *Int J Drug Policy* 2008 ; 19 : 492-5.

Braun HM, Rich JD. A decentralized model for supervised consumption services. *J Urban Health* 2022 ; 99 : 332-3.

Briand Madrid L, Donadille C, Célerier I, *et al.* Salles de consommation à moindre risque : opinion et volonté d'utilisation des personnes injectrices de substances psychoactives à Marseille, France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2023 ; 71 : 101421.

Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 180 : 401-16.

Cadet-Tairou A, Jauffret-Roustide M. *Études crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives); Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 260 p.

Cadet-Taïrou A, Jauffret-Roustide M, Gandilhon M, *et al.* *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives); Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 21 p.

Clarke K, Harris D, Zweifler JA, *et al.* The significance of harm reduction as a social and health care intervention for injecting drug users: An exploratory study of a needle exchange program in Fresno, California. *Soc Work Public Health* 2016 ; 31 : 398-407.

Colledge-Frisby S, Ottaviano S, Webb P, *et al.* Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2023a ; 11 : e673-e683.

Colledge-Frisby S, Rathnayake K, Nielsen S, *et al.* Injection drug use frequency before and after take-home naloxone training. *JAMA Netw Open* 2023b ; 6 : e2327319.

Condelli WS, Fairbank JA, Dennis ML, *et al.* Cocaine use by clients in methadone programs: significance, scope, and behavioral interventions. *J Subst Abuse Treat* 1991 ; 8 : 203-12.

Conseil fédéral Suisse. *Stratégie nationale Addictions 2017-2024*, 2015 : 88 p.

Cousien A, Donadille C, Madrid LB, *et al.* Cost-effectiveness of drug consumption rooms in France: a modelling study. *BMC Public Health* 2024 ; 24 : 1426.

Crummy EA, O'Neal TJ, Baskin BM, *et al.* One is not enough: Understanding and modeling polysubstance use. *Front Neurosci* 2020 ; 14 : 569.

Csete J, Elliott R. Consumer protection in drug policy: The human rights case for safe supply as an element of harm reduction. *Int J Drug Policy* 2021 ; 91 : 102976.

Debons J, Samitca S. *Étude qualitative sur les pratiques de consommation des usagers de drogues dans l'espace public lausannois*. Lausanne : Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 : 52 p [consulté le 10/06/25 : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_F4CB2B320874.P001/REF].

Demaret I, Quertemont E, Litran G, *et al.* Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial. *Eur Addict Res* 2015 ; 21 : 179-87.

Dore-Gauthier V, Cote H, Jutras-Aswad D, *et al.* How to help homeless youth suffering from first episode psychosis and substance use disorders? The creation of a new intensive outreach intervention team. *Psychiatry Res* 2019 ; 273 : 603-12.

Dos Santos M, Magen C, Martelli P, *et al.* C-Nous : des usagers de drogues accompagnent leurs pairs vers le dépistage et la prise en charge du VHC : le projet parrainage. *Psychotropes* 2021 ; 27 : 53-63.

Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, *et al.* Lived experience in new models of care for substance use disorder: A systematic review of peer recovery support services and recovery coaching. *Front Psychol* 2019 ; 10 : 1052.

Edmundson C, Croxford S, Emanuel E, *et al.* Recent increases in crack injection and associated risk factors among people who inject psychoactive drugs in England and Wales. *Int J Drug Policy* 2023 : 104262-70.

Egli Anthonioz N, Zobel F. *La problématique du crack à Genève – Situation et réponses (Rapport de recherche N° 153)*. Lausanne : Addiction Suisse, 2023 : 71 p [consulté le 10/06/25 : https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_problematique_crack_geneve.pdf].

EMCDDA. *Joint report by the EMCDDA and C-EHRN: Drug consumption rooms*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); C-EHRN, 2023a : 52 p.

EMCDDA. *Stimulants: health and social responses* : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2023b : 6 p.

EMCDDA. *Technical report – Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs: Drug treatment, needle and syringe programmes and drug consumption rooms for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*. Luxembourg : Publications Office, 2023c : 145 p.

EMCDDA. *Technical report – Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs: Review of mathematical modelling studies of opioid agonist treatment and needle and syringe programmes for preventing hepatitis C transmission*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2023d : 54 p.

EMCDDA. *European drug report: Trends and developments. 2022*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2022 : 60 p.

EMCDDA. *Hepatitis C: new models of care for drugs services*: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019 : 91 p.

Falck RS, Wang J, Siegal HA, *et al.* The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis* 2004 ; 192 : 503-7.

Farhoudian A, Razaghi E, Hooshyari Z, *et al.* Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: An overview of systematic reviews. *Subst Abuse* 2022 ; 16 : 1-11.

Fédération Addiction. *Annulation de la halte soins addictions de Marseille : quand le nouveau gouvernement s'assoit sur la santé... et la tranquillité publique: Communiqué 18 janvier 2024*, 2024 : 2 p.

Fisk D, Rakfeldt J, McCormack E. Assertive outreach: an effective strategy for engaging homeless persons with substance use disorders into treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2006 ; 32 : 479-86.

Fitzgerald ND, Liu Y, Wang A, *et al.* Sequencing hour-level temporal patterns of polysubstance use among persons who use cocaine, alcohol, and cannabis: A back-translational approach. *Drug Alcohol Depend* 2024 ; 258 : 111272.

Folch C, Lorente N, Majó X, *et al.* Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J Drug Policy* 2018 ; 62 : 24-9.

Gehring ND, Speed KA, Launier K, *et al.* The state of science on including inhalation within supervised consumption services: A scoping review of academic and grey literature. *Int J Drug Policy* 2022 ; 102 : 103589.

Giulini F, Keenan E, Killeen N, *et al.* A systematized review of drug-checking and related considerations for implementation as a harm reduction intervention. *J Psychoactive Drugs* 2023 ; 55 : 85-93.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, *et al.* Routes of drug administration and multiple drug misuse: regional variations among clients seeking treatment at programmes throughout England. *Addiction* 2000 ; 95 : 1197-206.

Greer A, Ritter A. Harm reduction and the opioid crisis: Emerging policy challenges. *Int J Drug Policy* 2019 ; 71 : 139-41.

Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, *et al.* Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007 ; 191 : 55-62.

Harris M, Scott J, Hope V, *et al.* Safe inhalation pipe provision (SIPP): protocol for a mixed-method evaluation of an intervention to improve health outcomes and service engagement among people who use crack cocaine in England. *Harm Reduct J* 2024 ; 21 : 19-33.

Henskens R, Garretsen H, Bongers I, *et al.* Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Subst Use Misuse* 2008 ; 43 : 1464-75.

Henskens R, Garretsen H, Mulder CL, *et al.* Fidelity of an outreach treatment program for chronic crack abusers in the Netherlands to the ACT model. *Psychiatr Serv* 2005 ; 56 : 1451-4.

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, *et al.* Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction* 2008 ; 103 : 284-93.

Hodges SE, Pittman B, Morgan PT. Sleep perception and misperception in chronic cocaine users during abstinence. *Sleep* 2017 ; 40.

Hospices Civils de Lyon. *Évaluation du dispositif ASSORE – Rapport* : Hospices Civils de Lyon (HCL), 2022 : 72 p.

Houborg E, Jauffret-Roustide M. Drug consumption rooms: Welfare state and diversity in social acceptance in Denmark and in France. *Am J Public Health* 2022 ; 112 : S159-S165.

Inserm. *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique: COSINUS COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues – COSINUS éco Évaluation économique des salles de consommation à moindre risque – Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale* : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 349 p.

Inserm. *Réduction des risques infectieux: Chez les usagers de drogues.* Les éditions Inserm : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2010 : 573 p.

Jauffret-Roustide M, Houborg E, Southwell M, *et al.* Different paths and potentials to harm reduction in different welfare states: Drug consumption rooms in the United Kingdom, Denmark, and France. *Am J Public Health* 2022 ; 112 : S99-S103.

Jauffret-Roustide M. L'expression des attentes et des besoins des usagers de crack. *SWAPS* 2021 ; 100 : 23-4.

Javed Z, Burk K, Facente S, *et al.* *Syringe services programs: a technical package of effective strategies and approaches for planning, design, and implementation.* Atlanta : Centers for Disease, Control and Prevention, 2020 : 33 p.

Jedema HP, Song X, Aizenstein HJ, *et al.* Long-term cocaine self-administration produces structural brain changes that correlate with altered cognition. *Biol Psychiatry* 2021 ; 89 : 376-85.

Jin H, Marshall BDL, Degenhardt L, *et al.* Global opioid agonist treatment: a review of clinical practices by country. *Addiction* 2020 ; 115 : 2243-54.

Jones AA, Schneider KE, Falade-Nwulia O, *et al.* Social networks, stigma, and hepatitis C care among women who inject drugs: Findings from a community recruited sample. *J Psychoactive Drugs* 2023 ; 55 : 464-70.

Joseph VW, Pearson MR, Witkiewitz K. Internalized stigma measurement in substance use treatment settings: A narrative review. *Addict Res Theory* 2024 ; 32 : 160-6.

Karsinti E, Labaeye M, Piani K, *et al.* Network analysis of psychotic manifestations among cocaine users. *J Psychiatr Res* 2020 ; 130 : 300-5.

Kerr T, Mitra S, Kennedy MC, *et al.* Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduct J* 2017 ; 14 : 28.

Kerr T, Tyndall M, Li K, *et al.* Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet* 2005 ; 366 : 316-8.

Khan R, Khazaal Y, Thorens G, *et al.* Understanding Swiss drug policy change and the introduction of heroin maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2014 ; 20 : 200-7.

Khazanov GK, McKay JR, Rawson R. Should contingency management protocols and dissemination practices be modified to accommodate rising stimulant use and harm reduction frameworks? *Addiction* 2024 ; 119 : 1505-14.

Kinnard EN, Howe CJ, Kerr T, *et al.* Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark. *Harm Reduct J* 2014 ; 11 : 1-8.

Lalanne L, Roux P, Donadille C, *et al.* Drug consumption rooms are effective to reduce at-risk practices associated with HIV/HCV infections among people who inject drugs: Results from the COSINUS cohort study. *Addiction* 2023 ; 119 : 180-99.

Lee-Pii K, DeBeck K, Choi J, *et al.* Characterizing use of supervised consumption services among street-involved youth and young adults in the context of an overdose crisis. *J Urban Health* 2024 ; 101 : 233-44.

Levengood TW, Yoon GH, Davoust MJ, *et al.* Supervised injection facilities as harm reduction: A systematic review. *Am J Prev Med* 2021 ; 61 : 738-49.

Li D, Philippon A, Le Nézet O, *et al.* *Opinions et représentations des Français sur les drogues en 2023* : OFDT, 2025 : 39 p.

Long C, Guimond T, Bayoumi AM, *et al.* The multiple makings of a supervised consumption service in a hospital setting. *Int J Drug Policy* 2024 ; 123 : 104260.

Loverock A, Marshall T, Viste D, *et al.* Electronic harm reduction interventions for drug overdose monitoring and prevention: A scoping review. *Drug Alcohol Depend* 2023 ; 250 : 110878.

Lu A, Kim C, Rosen JG, *et al.* Supervised inhalation sites: Preventing overdose and reducing health inequities among people who use drugs. *Subst Use Misuse* 2024 ; 59 : 520-6.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav* 2002 ; 27 : 867-86.

Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav* 1996 ; 21 : 779-88.

Martínez J, Piersol CV, Holloway S, *et al.* Evaluating stakeholder engagement: Stakeholder-Centric Instrumentation Process (SCIP). *West J Nurs Res* 2021 ; 43 : 949-61.

Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy* 2019 ; 63 : 74-89.

May J, Andrade J, Kavanagh DJ, *et al.* The Craving Experience Questionnaire: a brief, theory-based measure of consummatory desire and craving. *Addiction* 2014 ; 109 : 728-35.

McNair R, Monaghan M, Montgomery P. Heroin assisted treatment for key health outcomes in people with chronic heroin addictions: a context-focused systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2023 ; 247 : 109869.

Ministère des solidarités et de la santé. *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2022/11 du 13 mai 2022*, 2022 : 499 p.

Mustaquim D, Jones CM, Compton WM. Trends and correlates of cocaine use among adults in the United States, 2006-2019. *Addict Behav* 2021 ; 120 : 106950.

Nagot N, D'Ottavi M, Quillet C, *et al.* Reaching hard-to-reach people who use drugs: A community-based strategy for the elimination of hepatitis C. *Open Forum Infect Dis* 2022 ; 9 : ofac181.

Nutt D, King LA, Saulsbury W, *et al.* Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007 ; 369 : 1047-53.

Obradovic I, Brissot A, Cherki S, *et al.* *La Cocaïne : un marché en essor – Évolutions et tendances en France (2000-2022) : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2023 : 65 p.*

OFSP. *Échanges entre cantons, villes et associations spécialisées sur la consommation de cocaïne par inhalation (crack et freebase) en Suisse: Rapport de la 2^e table ronde organisée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2024a : 9 p [consulté le 10/06/25 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/suchtberatung-therapie/runder-tisch-konsum-von-kokain.pdf.download.pdf/241111_Tagungsbericht_zweiter_runder_Tisch_FR.pdf].*

OFSP. *Expériences des villes et cantons suisses avec le crack, freebase et cocaïne : Rapport sur la table ronde de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2024b : 7 p [consulté le 10/06/25 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/suchtberatung-therapie/runder-tisch_crack.pdf.download.pdf/Rapport_table_ronde_crack.pdf].*

Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, *et al.* Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2022 ; 143 : 587-98.

Olsen A, Wong G, McDonald D. *ACT Pill Testing Evaluation report FINAL.* Canberra : Australian National University, 2019 : 67 p.

Oluwoye O, Kriegel L, Alcover KC, *et al.* The dissemination and implementation of contingency management for substance use disorders: A systematic review. *Psychol Addict Behav* 2020 ; 34 : 99-110.

Papias E, Roux P, Pélissier-Alicot A-L, *et al.* L'analyse des drogues comme outil de réduction des risques : méthodes, enjeux et perspectives. *Toxicologie Analytique et Clinique* 2025 ; 37 : 270-80.

Pauly B, McCall J, Cameron F, *et al.* A concept mapping study of service user design of safer supply as an alternative to the illicit drug market. *Int J Drug Policy* 2022 ; 110 : 103849.

Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, *et al.* Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: A systematic review. *Front Psychiatry* 2017 ; 8 : 51.

Pfund RA, Ginley MK, Rash CJ, *et al.* Contingency management for treatment attendance: A meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2022 ; 133 : 108556.

Pijl E, Oosterbroek T, Dirk B, *et al.* Use of safer smoking facilities within a supervised consumption service shaped by socio-structural factors: A qualitative study. *Int J Drug Policy* 2023 ; 120.

Platteau T, Herrijgers C, Florence E, *et al.* Drug behaviors, sexually transmitted infection prevention, and sexual consent during chemsex: insights generated in the Budd app after each chemsex session. *Front Public Health* 2023 ; 11 : 1160087.

Potier C, Laprevote V, Dubois-Arber F, *et al.* Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend* 2014 ; 145 : 48-68.

Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018 ; 27 : 212-8.

Prangnell A, Dong H, Daly P, *et al.* Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC Public Health* 2017 ; 17 : 163.

Rehman M, Chapman L, Liu L, *et al.* Structural stigma within inpatient care for people who inject drugs: implications for harm reduction. *Harm Reduct J* 2024 ; 21 : 53.

Restrepo CS, Carrillo JA, Martinez S, *et al.* Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. *Radiographics* 2007 ; 27 : 941-56.

Rosario BDA, Nazare MFS de, Estadella D, *et al.* Behavioral and neurobiological alterations induced by chronic use of crack cocaine. *Rev Neurosci* 2019 ; 31 : 59-75.

Roux P, Jauffret-Roustide M, Donadille C, *et al.* Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, abscesses and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort. *Int J Epidemiol* 2023 ; 52 : 562-76.

Roux P, Donadille C, Magen C, *et al.* Implementation and evaluation of an educational intervention for safer injection in people who inject drugs in Europe: a multi-country mixed-methods study. *Int J Drug Policy* 2021 ; 87 : 102992.

Roux P, Rojas Castro D, Ndiaye K, *et al.* Increased uptake of HCV testing through a community-based educational intervention in difficult-to-reach people who inject drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. *PLoS One* 2016a ; 11 : e0157062.

Roux P, Le Gall J-M, Debrus M, *et al.* Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction* 2016b ; 111 : 94-106.

Saloner B, Whitley P, Dawson E, *et al.* Polydrug use among patients on methadone medication treatment: Evidence from urine drug testing to inform patient safety. *Addiction* 2023 ; 118 : 1549-56.

Saunders JB. Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Curr Opin Psychiatry* 2017 ; 30 : 227-37.

Slade M, Amering M, Farkas M, *et al.* Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry* 2014 ; 13 : 12-20.

Stover HJ, Schaffer D. SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern – from injecting to inhaling. *Harm Reduct J* 2014 ; 11 : 18.

Strike C, Watson TM, Kolla G, *et al.* Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders. *Harm Reduct J* 2015 ; 12 : 26.

Sumnall HR, Atkinson AM, Trayner KM, *et al.* Effects of messaging on public support for drug consumption rooms in Scotland, UK. *Int J Drug Policy* 2020 ; 83 : 102855.

Tran V, Reid SE, Roxburgh A, *et al.* Assessing drug consumption rooms and longer term (5 year) impacts on community and clients. *Risk Manag Healthc Policy* 2021 ; 14 : 4639-47.

Uchtenhagen A. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction* 2010 ; 105 : 29-37.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs: Chap 5 Substance use disorders in humanitarian settings*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023a : 18 p.

UNODC. *World Drug Report 2023 – Contemporary issues on drugs: Chap 8 Developments and emerging trends in selected drug markets – The global cocaine market*. United Nations publications. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023b : 10 p.

UNODC. *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem: Thirtieth Special Session General Assembly New York, 19-21 April 2016*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2016 : 32 p.

UNODC. *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach: Discussion paper*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2009 : 16 p.

Urbanoski K, Veldhuizen S, Krausz M, *et al*. Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a Housing First intervention for homeless people with mental illness. *Addiction* 2018 ; 113 : 137-45.

Vaivre-Douret L, Gaucher S. Crack : état de la situation vers des recommandations et un plan d'action issu du rapport rendu à la Région Île-de-France. *Bull Acad Natl Med* 2023 ; 207 : 626-35.

Votaw VR, Witkiewitz K. Motives for substance use in daily life: A systematic review of studies using ecological momentary assessment. *Clin Psychol Sci* 2021 ; 9 : 535-62.

Wermelinger M, Coppey F, Gaste L, *et al*. Exploring the added value of portable devices such as near infrared spectrometer in the field of illicit drugs analyses. *Forensic Sci Int* 2023 ; 348 : 111605.

Whiteside B, Dunn M. Voices represented and voices silenced: Represented voices in the media coverage of the implementation of a supervised injecting facility. *Int J Drug Policy* 2023 ; 121 : 104213.

WHO. *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: : World Health Organization (WHO), 2021.

WHO, UNODC. *The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Geneva, Switzerland, 2020 : 95 p.

WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019 [consulté le 07/10/24 : <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>].

Xavier J, Rudzinski K, Guta A, *et al*. Rules and eligibility criteria for supervised consumption services feasibility studies – A scoping review. *Int J Drug Policy* 2021 ; 88.

Zerdazi E-H, Curis E, Karsinti E, *et al*. Occurrence and severity of cocaine-induced hallucinations: Two distinct phenotypes with shared clinical factors but specific genetic risk factors. *Drug Alcohol Depend* 2022 ; 232 : 109270.

9

Réduction des risques et des dommages sociaux

Ce chapitre vise à documenter les connaissances existantes sur les actions de réduction des risques et des dommages (RdRD) qui ne portent pas directement sur les enjeux sanitaires des personnes consommatrices de cocaïne mais qui s'intéressent aux risques sociaux des drogues et aux actions et programmes qui pourraient être proposés. Il décrira tout d'abord les effets sociaux des drogues, en resituant la RdRD sociaux dans la RdRD globale, comprise dans son ensemble (volet sanitaire, social et politique) et dans ses multiples acceptions (toutes les définitions qui en découlent), puis présentera les éléments de la littérature consacrés aux interventions ou aux pistes d'interventions répondant à ces différents enjeux.

Risques sociaux des drogues

Alors que la réduction des risques s'est avant tout construite sur le droit des personnes consommatrices des drogues (droits humains et justice sociale) et sur la nécessité de proposer des réponses adaptées à leurs conditions¹⁵⁶, elle est souvent présentée comme une forme de prévention qui n'aurait pour but que d'empêcher les risques sanitaires, qu'ils soient somatiques ou psychiques. Cela a été largement observé lors de l'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec la mise en place de réponses efficaces pour réduire la transmission du virus, en particulier l'accès au matériel stérile et aux traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) (Emmanuelli et Desenclos, 2005).

Cependant, la réduction des risques ne concerne pas seulement le volet sanitaire pour les personnes consommatrices des drogues mais aussi leurs conditions de vie et d'autres risques qui peuvent être de nature sociale et/ou judiciaire.

156. Sur le site internet de l'association internationale *Harm Reduction International* (HRI), voir la page intitulée "What is Harm Reduction?" : <https://hri.global/what-is-harm-reduction/> [consulté le 05/11/2024].

Cette critique de la RdRD institutionnalisée, uniquement centrée sur sa dimension sanitaire et pragmatique, a été portée par Matthew Southwell (association internationale INPUD¹⁵⁷ – *International Network of People who Use Drugs*) qui dénonce une réduction des risques « à faible droit » pour les personnes usagères de drogues confrontées à la pénalisation de l'usage et considérées comme des délinquants. Cette RdRD est opposée à la RdRD « à droit fort » où l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'Homme et où la question légale est inhérente au développement de la RdRD.

Risques liés à la criminalisation de l'usage de drogues

Une étude qualitative, conduite en 2020 auprès de 24 personnes usagères de drogues dans le cadre du projet de restructuration de la politique des drogues au Canada « *The Canadian Drug Laws Project* », s'est intéressée aux effets de la répression sur les personnes et à la manière dont elles vivaient et percevaient la criminalisation de l'usage (Scher et coll., 2023). Rappelant que l'approche fondée sur la prohibition n'a pas permis de réduire de manière significative le nombre de personnes usagères de drogues (UNODC, 2021), les auteurs montrent qu'il existe un lien entre criminalisation et stigmatisation perçue, qu'il s'agisse d'auto-stigmatisation, de stigmatisation sociale ou structurelle, corroborant les données d'autres études (Livingston et coll., 2012 ; Nieweglowski et coll., 2018 ; Friedman et coll., 2022). Ils suggèrent ainsi la nécessité de politiques des drogues qui tendraient vers la décriminalisation de l'usage.

Ces résultats confirment ceux issus de nombreuses autres études sur l'impact des réactions policières agressives qui exacerbent la multiplicité des problèmes sociaux, sanitaires, juridiques et environnementaux rencontrés par les personnes usagères de drogues (Jensen et coll., 2004 ; Cooper et coll., 2005 ; Sarang et coll., 2010).

Risques associés à la stigmatisation des personnes usagères de drogues

Les conséquences sociales de l'usage de drogues sont multiples et diverses : stigmatisation, exclusion (logement, emploi, etc.), isolement social, conséquences judiciaires de l'usage de substances illicites, atteintes aux personnes et aux biens (violence, accidents, engagement dans des activités frauduleuses, etc.). Selon l'état des lieux de l'inclusion sociale au sein des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) dressé par le rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), ces conséquences

sociales de l'usage dépendent ainsi à la fois des caractéristiques du produit mais surtout de l'environnement social et politique dans lequel la personne en fait usage (Anesm, 2017). Ceci renvoie à la nécessité de prendre en compte les personnes qui consomment de la cocaïne dans leur environnement, comme le propose le modèle socio-écologique (Hill et coll., 2023) (figure 9.1). Ce modèle permet de tenir compte non seulement des facteurs individuels mais également de facteurs à d'autres niveaux. Au niveau interpersonnel et environnemental, il s'agit de comprendre l'environnement immédiat des personnes, l'environnement physique (logement, précarité, drogues), l'impact du réseau social et des relations avec les autres qui peuvent influencer les usages et les conséquences de ces usages (stigmatisation, genre). Au niveau institutionnel et organisationnel, il convient de mieux observer les caractéristiques et l'adéquation des services proposés ainsi que la place des acteurs dans le système de prévention et de soins. Enfin, le niveau politique comprend l'ensemble des décisions politiques et le cadre législatif qui régit l'accès aux drogues et aux services s'y rapportant.

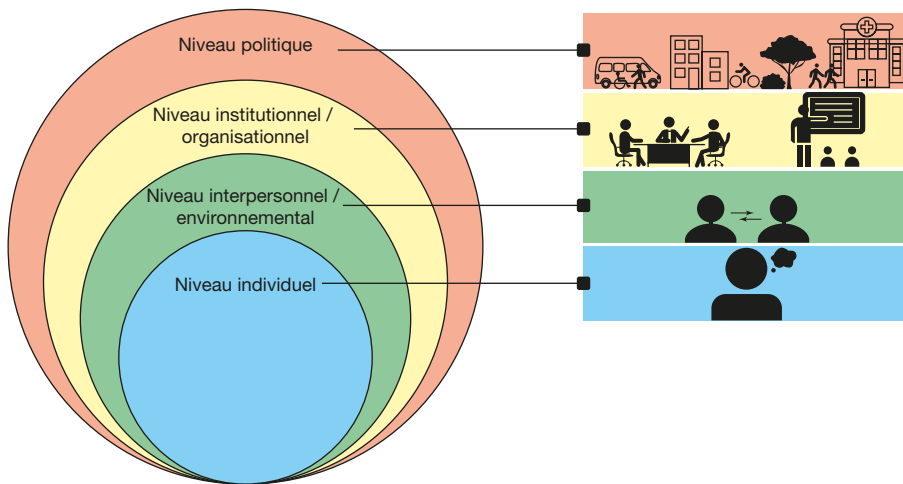


Figure 9.1 : Modèle socio-écologique de l'usage de drogues
(Source : Hill et coll., 2023)

Reproduit et traduit à partir de « "It's starting to weigh on me": Exploring the experiences and support needs of harm reduction staff in Connecticut using the social-ecological model », de Hill K, Dunham K, Grau LE, et coll. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 168. © The Author(s) 2023. Cet article est sous licence *Creative Commons Attribution 4.0 International License*.

La stigmatisation liée à l'usage de drogues a été largement décrite de même que les interventions qui pourraient aider à lutter contre ce phénomène (Sibley et coll., 2024). Si l'usage de la cocaïne basée semble très stigmatisé, peu d'études ont ciblé les personnes qui en consomment alors qu'elles semblent particulièrement exposées à ce phénomène social (Mateu-Gelabert et coll., 2005 ; Bard et coll., 2016).

Différentes formes de stigmatisation

La stigmatisation liée à l'usage de drogues peut se manifester sous trois formes : l'auto-stigmatisation (dévalorisation, baisse de l'estime de soi), la stigmatisation sociale (discrimination sociale, de l'entourage, de la famille) et la stigmatisation structurelle (organisation des soins, professionnels de santé) (Link et Phelan, 2006). Ceci constitue un cercle vicieux comme l'indique la figure 9.2.

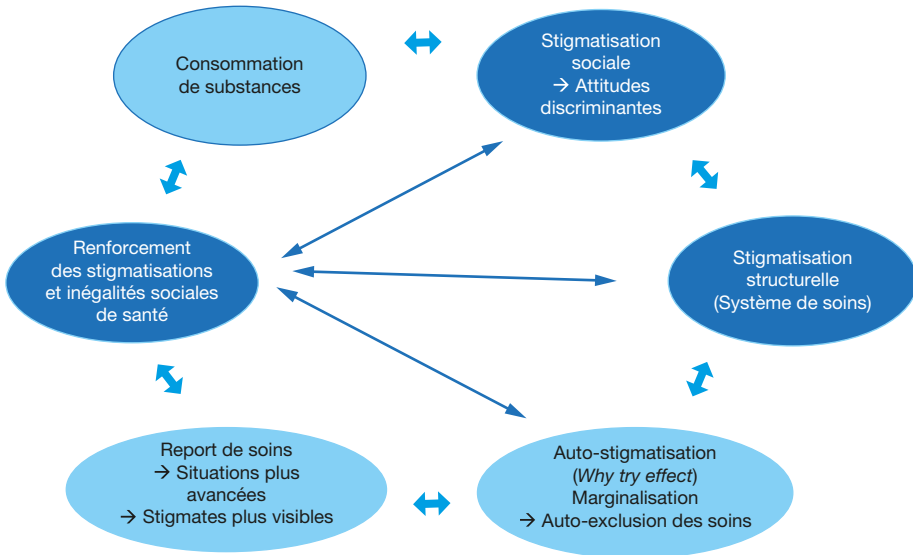


Figure 9.2 : Cercle vicieux du phénomène de stigmatisation des troubles liés à l'usage de substances (Source : Richelle et coll., 2023)

Source : Richelle L, Huberland V, Nouwynck S, et coll. Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas. *Revue Médicale de Bruxelles* 2023 ; 44 : 371-7.

- **Stigmatisation sociale**

S'appuyant sur les recommandations d'un groupe de médecins addictologues (Scholten et coll., 2017), un rapport belge sur le rôle du langage dans le processus de stigmatisation souligne tout d'abord l'importance de choisir les mots appropriés, neutres et précis, pour nommer les personnes, les pratiques et tout ce qui concerne l'usage de drogues (Richelle et coll., 2023).

Ce constat rejoint le plaidoyer « *Words matter* » porté par l'association internationale INPUD¹⁵⁸ qui recommande l'utilisation de certains mots plutôt que d'autres communément et historiquement utilisés dans ce domaine

(par ex. : *addict*/toxicomane, *abuse*/abus, *clean*, etc.) (INPUD, 2020). Des termes connotés négativement font encore partie du langage courant des professionnels de santé (Richelle et coll., 2023). Dans ce sens-là, les images faisant référence à l'usage de drogues, notamment dans les campagnes de prévention ou d'information, génèrent de la stigmatisation et des représentations négatives vis-à-vis des personnes concernées (Hulsey et coll., 2023).

- ***Stigmatisation structurelle***

Plusieurs articles apportent des données sur la stigmatisation structurelle et ses effets. Une *scoping review* montre que 20 % à 51 % des professionnels de santé ont des attitudes/croyances négatives concernant les personnes ayant des troubles d'usage liés à l'usage des substances psychoactives. Ils les perçoivent comme ayant peu de motivation, des attitudes agressives et étant capables de manipulation. La formation et l'expérience clinique sont associées à une diminution de ces croyances (Cazalis et coll., 2023). Dans un autre article sur la stigmatisation structurelle (Rehman et coll., 2024), les données recueillies dans deux hôpitaux auprès de 81 participants, à l'observation ethnographique et lors de 25 entretiens auprès de patients et professionnels de santé, révèlent qu'un grand nombre d'aspects de la prise en soins des personnes ayant un trouble de l'usage est influencé négativement par les formes structurelles de stigmatisation. Le décalage existant entre l'accès aux soins et les contraintes de temps détériore par exemple le processus de soins. Cette stigmatisation se manifeste également dans les espaces physiques conçus pour les soins et dans le manque de ressources disponibles, les auteurs soulignant par ailleurs que la stigmatisation structurelle perpétue d'autres formes de stigmatisations implicite et explicite.

Certains auteurs envisagent les formes de stigmatisations structurelle et sociale comme un déterminant social de santé important ; les relations sociales stigmatisantes structurant une réalité invisible qui influence la santé des personnes (Addison et coll., 2023).

- ***Autres formes de stigmatisation***

Toutes ces formes de stigmatisation envers la personne consommatrice de drogues se trouvent en outre à l'intersection d'autres formes de subjectivités relatives aux enjeux de classe, de genre et de race (Addison, 2023). Concernant majoritairement les personnes en situation de précarité et historiquement les personnes migrantes, l'usage de la cocaïne basée est ainsi particulièrement sujet à l'intersection de toutes ces formes de stigmatisation. Les entretiens conduits dans l'étude sociologique de Michelle Addison (Addison et coll., 2023) ont en effet « montré que le type de drogue et le capital disponible (social, économique,

culturel) jouaient un rôle crucial dans la façon dont ils étaient perçus et atténuaient par la suite les effets néfastes de la stigmatisation », et que les « négociations incessantes sur la stigmatisation sont douloureuses et préjudiciables pour les personnes usagères de drogues, et qu’elles aboutissent à des actes quotidiens de nuisance sociale qui finissent par être normalisés »¹⁵⁹.

Les principes d’une réduction des risques et des dommages sociaux

Comme le définit le rapport de l’Anesm publié en 2017, la RdRD est une « démarche de santé publique en faveur de la garantie des droits humains fondamentaux de respect de la personne humaine et de la dignité humaine en toutes circonstances, de protection des personnes en situation de vulnérabilité et d’accès au meilleur état de santé possible. Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bienveillance pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d’humanisme, etc. ». À ce mandat, s’ajoutent les principes de non-jugement, de proximité (aller-vers, travail de rue, en milieu festif, accueil inconditionnel) et de participation (santé communautaire, pair-aidance) (Anesm, 2017).

Dans ce rapport, l’Anesm propose différentes actions en termes de RdRD sociaux à destination des publics issus des CAARUD : *i*) donner une place centrale aux personnes usagères de drogues dans les dispositifs à travers une reconnaissance de la faculté d’auto-détermination et de l’expertise des personnes, tout en organisant le recours aux pairs-intervenants ; *ii*) les accompagner vers le logement, l’emploi et la parentalité en repérant les ressources et en agissant sur l’environnement ; et *iii*) proposer de l’aller-vers et des interventions de proximité et en milieu festif.

La définition de la RdRD proposée par l’association internationale *Harm Reduction International* (HRI)¹⁶⁰ fait, elle, référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les effets négatifs des drogues, des politiques et des lois en matière de drogues. Fondée sur la justice et les droits de l’Homme, la réduction des risques se concentre, selon elle, sur les changements positifs et sur le travail avec les personnes, sans jugement, sans coercition, sans discrimination et sans exiger qu’elles arrêtent de consommer des drogues comme condition préalable à l’accompagnement.

159. Traduction par l’auteur du chapitre de cette expertise collective.

160. Sur le site internet de l’association internationale *Harm Reduction International* (HRI), voir la page intitulée “*What is Harm Reduction?*” : <https://hri.global/what-is-harm-reduction/> [consulté le 05/11/2024].

Enfin, une enquête qualitative conduite auprès de 22 travailleurs sociaux en Suède indique que ces acteurs du champ médico-social attribuent une valeur similaire au travail social et à la « réduction des risques ». Ils plaident pour combiner les deux approches afin d'améliorer les services offerts aux PUD. Les résultats s'articulent autour de trois principes : *i*) la réduction des risques est un prérequis et non pas un contrepoint au rétablissement ; *ii*) le travail motivationnel ne doit pas être obligatoire et être basé sur les objectifs de l'usager ; *iii*) une perspective holistique est cruciale pour le travail social en réduction des risques. L'auteur inscrit cette approche dans un nouveau concept qu'il nomme « *Harm Reduction Social Work* » (Richert et coll., 2023).

Décriminalisation de l'usage

Le rapport du Conseil de l'Union européenne dans sa stratégie en matière de drogue met en avant, parmi les priorités, l'importance de la participation de la société civile, y compris des personnes usagères de drogues elles-mêmes, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en matière de drogues et la proposition de solutions de remplacement à l'imposition de sanctions coercitives (Conseil de l'Union européenne, 2021). Il est écrit : « À cet égard, il convient de noter que la consommation de drogues et/ou la possession de drogues à des fins de consommation personnelle ou la possession de petites quantités de drogues ne constituent pas des infractions pénales dans de nombreux États membres, ou qu'il existe la possibilité de s'abstenir d'imposer des sanctions pénales. Des données plus complètes et plus approfondies ainsi que des échanges de bonnes pratiques entre les États membres sont nécessaires dans ce domaine. » [...] « Les solutions de remplacement à l'imposition de sanctions coercitives se définissent comme des mesures qui comprennent une dimension de réadaptation ou qui constituent une non-intervention (comme la décision de ne pas infliger d'amende ou de ne pas engager de poursuites) et incluent aussi les peines de substitution à l'emprisonnement ou à d'autres sanctions (comme une peine assortie d'un sursis avec traitement de la toxicomanie) » (Conseil de l'Union européenne, 2021). Cette dynamique visant à repenser les réponses pénales liées à l'usage de drogues a été entamée par le groupe Pompidou qui propose comme objectif de « garantir un juste équilibre entre les exigences de la sécurité publique et la protection des droits individuels »¹⁶¹. Pour ce faire, un certain nombre de recommandations a été suggéré : proposer des normes en matière de droits de l'Homme concernant les drogues ; créer des opportunités pour aller de la stigmatisation vers l'inclusion ; apporter des réponses légales aux actes sous l'influence de substances psychoactives ; promouvoir l'application

161. <https://www.coe.int/fr/web/civil-society/drugs-and-addictions-pompidou-group> [28/01/2025].

d'alternatives aux sanctions coercitives ; appliquer la détention ordonnée par le tribunal pour usage de stupéfiants et pour les traitements en lien avec les droits de l'Homme ; explorer des réponses et des moyens pour soutenir les enfants dont les parents consomment des drogues.

Une revue de la littérature relative à la législation sur les drogues s'intéresse au lien entre usage de drogues et incertitude de l'environnement liée au statut illégal des stupéfiants (Doyle et Huskinson, 2023). Les données de la littérature suggèrent que l'incertitude quant au temps et à l'effort nécessaires pour obtenir des drogues et à leur qualité rend la consommation de drogues plus à risque par rapport à des conditions d'accès plus sûres qui permettraient une prévisibilité plus importante.

S'appuyant sur des entretiens individuels qualitatifs menés auprès de 55 personnes qui injectent ou consomment de la cocaïne sur les obstacles à l'accès ou à la rétention en traitement, une recherche canadienne suggère que la décriminalisation « est nécessaire pour évoluer vers des environnements qui facilitent pleinement l'accès et la rétention et contribuent ainsi à réduire les risques » (Jackson et coll., 2023 ; traduction par l'auteur du chapitre de cette expertise collective). Les auteurs insistent par ailleurs sur l'importance d'un environnement social structuré et protecteur, avec un personnel solidaire et compréhensif (non-jugement et conversations/interactions sociales positives), offrant également la possibilité de se réunir, de « bien » manger et d'autres commodités (Jackson et coll., 2023).

Apports de la pair-aidance

Les actions de pair-aidance ou d'accompagnement par les pairs, qu'ils soient pair-aidants professionnalisés ou « travailleurs pairs » ou pair-aidants bénévoles, propres au champ de la réduction des risques ont également montré des bénéfices intéressants. Les auteurs d'une revue systématique ayant rassemblé 33 articles sur la question précisent ainsi les apports de la pair-aidance (Chen et coll., 2023) en identifiant la singularité de pairs qui peuvent partager avec les personnes accueillies leurs expériences passées liées au rejet de l'entourage et des soignants et au fait de n'avoir personne vers qui se tourner pour trouver des réponses et du soutien. Les pairs créent alors une connectivité socio-spatiale entre les personnes usagères de drogues et le système de soins. Ces pairs sont donc perçus comme un bénéfice pour la structure car ils permettent d'améliorer les expériences vécues, les relations entre usagers et professionnels et d'assurer une continuité des soins. Ils favorisent la création d'un environnement sécurisé, rassurant et de confiance, pour discuter et partager des difficultés. Ils accompagnent les usagers dans leurs missions quotidiennes

(allocations, droits, rendez-vous médicaux) et facilitent la traduction et la communication entre usagers et professionnels du soin. Enfin, cette revue reconnaît l'importance du travail des pairs en termes de bénéfice personnel, à travers le maintien et l'amélioration de leur situation (rétablissement), l'augmentation de leur estime de soi et le sens de l'accomplissement, l'amélioration de leurs compétences professionnelles, leur employabilité et pour finir, une forme de déstigmatisation des personnes usagères de drogues en général.

Des chercheurs de l'Université de Yale ont pour leur part conduit une enquête qualitative à travers 17 entretiens semi-directifs auprès de travailleurs pairs (Hill et coll., 2023). Cette enquête vient confirmer ces éclairages en insistant sur le fait que les travailleurs pairs peuvent assumer leur rôle d'une manière différente de ceux qui n'ont pas l'expérience de l'usage, développant ainsi des relations et des compétences autres avec les personnes ayant des troubles liés à leur usage. Les auteurs soulignent aussi l'importance d'accompagner le travail des pairs et les effets émotionnels que cela peut générer (Hill et coll., 2023). Étudiée dans le contexte des jeunes consommant des substances, cette approche apporte les mêmes bénéfices que précédemment (Turuba et coll., 2023).

Parmi les pair-aidants qui travaillent dans le domaine de l'addictologie, certains choisissent de se professionnaliser en suivant une formation spécifique et deviennent ainsi des patients experts (Enjolras, 2025).

Tous ces travaux mobilisent l'approche socio-écologique et montrent que le travail des pairs agit sur les différentes dimensions de ce modèle, depuis l'échelle individuelle à l'échelle politique, en passant par les échelles communautaires, organisationnelle et sociétale.

Autres pistes d'intervention de réduction des risques et des dommages sociaux

Plusieurs publications s'intéressent aux facteurs sociaux sur lesquels la réduction des risques pourrait avoir un effet.

Une étude sociologique conduite auprès de personnes usagères de cocaïne basée vivant dans la rue, suivies dans un programme brésilien (Silva et coll., 2021) insiste tout d'abord sur l'intérêt d'une approche accueillante et inclusive, et sur celle du soutien émotionnel. Elle a également identifié les difficultés majeures concernant la stigmatisation perçue par ces personnes vivant dans la rue. La question de la marginalisation de ces publics est au cœur des enjeux de santé publique et renvoie aux difficultés d'accès à l'hébergement et à la réinsertion socio-professionnelle.

RdRD liée à l'hébergement et à l'emploi

Il semble que des actions plus concrètes et d'importance majeure sur l'environnement social des personnes usagères de cocaïne requièrent d'aborder les problématiques d'hébergement et l'emploi.

Le travail de thèse d'Ana Cecilia Villela Guilhon (2023) apporte un éclairage intéressant sur la question de l'usage de la cocaïne basée chez les personnes vivant à la rue. Elle décrit le programme « *De braços abertos*¹⁶² » notamment mis en œuvre à Cracolândia (quartier de Sao Paulo), qui offre à ces personnes du travail, un accès à des formations, un logement à proximité, et tous les services adaptés à leurs besoins (Alves et coll., 2020). Le projet Redes, du ministère brésilien de la Justice, qui a intégré de façon novatrice l'accès à la culture et aux sports comme une stratégie de réduction des méfaits, en est également un autre (Villela Guilhon, 2023). Ce programme socio-écologique propose des activités adaptées aux personnes tout en assurant un équilibre écologique au système économique proposé.

Comme le constate Aude Lalande dans son travail ethnographique auprès des usagers de cocaïne basée en Seine-Saint-Denis (Lalande, 2019), accroître l'offre d'hébergement en développant des solutions pérennes apparaît comme un outil indispensable à l'accompagnement et à la stabilisation de ces publics.

Des initiatives sur l'accès à l'emploi ont pu voir le jour ces dernières années. Elles sont caractérisées, entre autres, par la proposition de travail à bas seuil d'exigence et à haut niveau d'inclusion. Parmi elles, le programme TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée), en est un bon exemple. Considéré aujourd'hui comme une innovation médico-sociale, soutenu par l'État, TAPAJ¹⁶³ est proposé aux jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité afin de les accompagner vers une réinsertion socio-professionnelle grâce à un accompagnement global (médico-psycho-social) et une activité professionnelle payée à la journée ne les engageant pas immédiatement sur la durée. Ce programme a été initialement déployé et évalué au Québec avec des résultats prometteurs (Bertrand et coll., 2020 ; Wagner et coll., 2022). Les acteurs du champ médico-social associent cette initiative à une forme de gestion des contingences « à la française », dans un contexte où la rémunération des personnes en situation de précarité suscite des questions économiques et éthiques (Delile et coll., 2018).

Pour les personnes qui présentent un niveau socioéconomique élevé, la question de la santé au travail intervient comme un enjeu de réduction des risques

162. « À bras ouverts » : Initiative pour une nouvelle politique en matière de drogues.

163. <https://tapaj.org/> [consulté le 29/10/2024].

sociaux important. Pourtant, les données dans ce domaine sont manquantes. Il existe un rapport sur l'engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (France Stratégie, 2019) dans lequel est établie une typologie des facteurs professionnels déterminant les conduites de consommation. Ce rapport pourrait orienter les actions de réduction des risques au travail : « 1. Pratiques culturelles et socialisantes (habitudes conviviales – pots fréquents en entreprise, support de communication non verbale, démarche commerciale –, déplacements en équipe loin du domicile) ; 2. Disponibilité et offre des produits liés au milieu professionnel (offre d'alcool sur le lieu de travail, métiers de production, de vente ou de contrôle liés aux produits psychoactifs, métiers de la santé, etc.) ; 3. Précarité professionnelle (statut, rémunération, image de marque du métier, évolution professionnelle, etc.) ; 4. Tensions psychiques (relations conflictuelles, souffrance, ennui – temps d'attente, excès de responsabilités, manque de reconnaissance, usure mentale, répétition des tâches, peur au travail, etc.) ; 5. Pauvreté des liaisons sociales (absence de reconnaissance, manque de soutien, absence de supervision, absence d'évolution professionnelle, désinsertion sociale, etc.) ; 6. Tensions physiques (temps de travail, travail en plein air, horaires atypiques – travail de nuit, horaires décalés, longues journées de plus de dix heures –, gardes, intensité des gestes, bruit, odeurs, chaleur, douleur, troubles musculosquelettiques, etc.). » (France Stratégie, 2019). En lien avec ces résultats, l'article paru dans la revue *Psychotropes* en 2019 par Gladys Lutz également (Lutz et coll., 2019) suggère de « mobiliser les savoirs professionnels et d'expérience des dirigeants et des salariés pour réguler les interrelations entre leur travail et leurs usages de psychotropes ». Cette approche semble inexistante actuellement et s'insère de manière très cohérente dans une RdRD sociaux qui doit s'adresser également aux personnes insérées.

Spécificités de la RdRD pour les femmes, les minorités de genre et les enjeux intersectionnels

Un article récent issu des données de la cohorte Cosinus¹⁶⁴ a montré que les femmes ayant vécu des discriminations liées à leur genre (au fait d'être une femme) avaient trois fois plus de risque d'avoir vécu des discriminations liées au fait de consommer des drogues, incluant la cocaïne poudre et la cocaïne basée (Anwar et coll., 2024). Les travaux d'Aude Lalande (2019) suggéraient déjà l'importance d'offrir un espace dédié pour les femmes, avec des temps d'accueil spécifique et des ateliers dédiés. Les entretiens conduits dans le cadre de cette recherche montraient l'occupation permanente et massive par les hommes et souvent dissuasive pour des femmes qui cherchent des lieux d'accueil et de repos.

164. *COhort to identify Structural and INdividual factors associated with drug Use.*

Ces constats rejoignent les préoccupations du groupe de travail sur l'inclusivité et la prise en compte des enjeux d'intersectionnalité dans le cadre du *Civil Society Forum on Drugs in the EU* (*Civil Society Forum On Drugs in the EU*, 2023). Ce groupe dresse un ensemble de priorités qui permettent d'ores et déjà d'orienter des actions opérationnelles et scientifiques : développer des interventions prenant en compte le genre ; prendre en compte la violence institutionnelle dans les politiques des drogues ; promouvoir des services non mixtes dédiés aux femmes et aux minorités de genre ; renforcer les capacités et les formations concernant les enjeux liés au genre ; travailler sur les défis liés à la stigmatisation et aux discriminations ; renforcer le concept et la perspective de l'intersectionnalité dans la formulation des politiques ; inclure les collectifs LGBTQIA+¹⁶⁵ dans la conception et la mise en œuvre des politiques ; prendre en compte les besoins des enfants dont les parents consomment des drogues dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ; renforcer les interventions menées par les pairs ; analyser les données en stratifiant sur les variables concernant le genre pour le suivi et l'évaluation de la stratégie et du plan d'action sur les drogues de l'Union européenne et mettre en place un mécanisme pour garantir sa mise en œuvre sur le terrain.

La réduction des risques en Amérique latine est souvent au cœur de différentes formes de résistance et de différentes luttes pour des changements structuraux. C'est le cas de certaines initiatives brésiliennes comme *Black Initiative for a New Drug Policy*¹⁶⁶ (*Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas*), une organisation de la société civile axée sur la réduction des risques, qui œuvre à la construction d'un programme de justice raciale et économique en promouvant les actions de plaidoyer en droits humains et en proposant des réformes de la politique actuelle de lutte contre les drogues¹⁶⁷. C'est également le cas du Réseau national féministe antiprohibitionniste (RENFA)¹⁶⁸, un groupe de femmes en faveur du changement de l'actuelle politique sur les drogues qui vise à faire passer un message plus large sur les droits des femmes, surtout celles en situation plus précaire. Ces deux initiatives sont directement axées sur les épistémologies du Sud, en d'autres termes, sur la construction des connaissances qui prend en compte les enjeux culturels, territoriaux et politiques liés aux pays du Sud (Santos et Meneses, 2010).

Bien que plus petite et locale, une autre initiative, *Craco Resiste*, mobilise aussi certaines luttes dans une perspective de réduction des risques. En période de tensions avec les forces de répression gouvernementales, les citoyens sont par

165. Lesbiennes, Gays, Bisexuel, Trans, Queers, Intersexes et Asexuel ou Aromantiques.

166. Initiative noire pour une nouvelle politique en matière de drogues.

167. <https://iniciativanegra.org.br/> [consulté le 13/11/2024].

168. <https://renfa.org/sobre-nos> [consulté le 13/11/2024].

exemple appelés à faire partie d'une vigile culturelle dans la grande scène ouverte de consommation de cocaïne basée brésilienne (Cracolândia). Afin d'attirer l'attention sur la région et éviter la violence policière contre les personnes qui vivent là-bas, *Craco Resiste* organise entre autres la projection publique de films, des événements de musique et de capoeira¹⁶⁹.

La réduction des risques et des dommages sociaux : un premier pas vers les soins

Certaines recherches se sont, quant à elles, intéressées au lien entre la prise en charge des dimensions socio-professionnelles des personnes ayant des troubles liés à leur usage et le fait d'attendre de ces personnes qu'elles soient abstinentes. L'article de Brandon Dutilleul (2023) montre par exemple que l'approche fondée sur l'abstinence ne permet pas de co-construire des réponses adaptées aux individualités, et notamment aux enjeux psychosociaux qui sous-tendent les rapports aux substances, ces dernières (alcool, héroïne, cocaïne, médicaments, etc.) devant être associées au projet d'accompagnement : « Si le travail social vise une connaissance fine des situations accompagnées et la co-construction des projets de vie, le paradigme abstinentiel à caractère normatif et défini a priori vient bloquer la prise en compte de la singularité de l'expérience subjective. »

Selon une étude menée auprès de 120 usagers de cocaïne (Johnson, 2020), un contact tactile du professionnel de soins avec la personne reçue (par exemple, toucher l'épaule) aurait par ailleurs un effet significatif sur l'adhésion au programme et la fidélisation, définie ici comme le fait de revenir pour une nouvelle visite.

Une étude conduite à Baltimore auprès de 269 personnes positives au virus de l'hépatite C (VHC+) qui injectent des drogues révèle que celles qui ont un réseau important de personnes VHC+ ont un meilleur engagement dans les soins pour le VHC, résultats encore plus marqués pour les femmes. Cette étude montre aussi que, bien qu'engagées dans les soins pour le VHC, les femmes ont plus de difficultés à avoir accès à un traitement du VHC en raison d'une stigmatisation plus importante (Jones et coll., 2023).

Si l'on considère les interventions psychosociales comme des approches en RdRD sociaux, bien qu'elles puissent être aussi assimilées à des interventions médicales ou thérapeutiques, il convient de citer une revue de la littérature Cochrane sur le sujet : la revue de Minozzi et coll. (2024). Cet article récent dresse un état des lieux des différentes interventions mises en œuvre

169. https://www.facebook.com/ACracoResiste/?locale=pt_BR [consulté le 13/11/2024].

pour la prise en charge des troubles de l'usage liés aux stimulants, en majorité liés à la cocaïne (75 %). Les différentes interventions évaluées sont la thérapie cognitive-comportementale (19 études), la gestion des contingences (29 études), l'entretien motivationnel et des interventions combinées. Elles ont montré une efficacité à maintenir les personnes dans les soins en réduisant le nombre de perdus de vue dans les études, un allongement de la période d'abstinence et, de manière moins significative, une réduction de la consommation.

Spécificités de la RdRD dédiée aux personnes migrantes ou aux minorités ethniques

Plusieurs études concernent plus spécifiquement les actions en direction des migrants. Comparant deux enquêtes (Salow et coll., 2023), l'une conduite dans des programmes d'échange de seringues (PES) (n = 368), l'autre dans une autre communauté de personnes qui injectent (n = 531), cette étude a notamment montré que les personnes de couleur de peau noire étaient sous-représentées dans les PES de la région de Seattle (6 % dans les PES *versus* 19,6 % chez les personnes qui injectent), confirmant les données d'autres études réalisées dans des grandes villes américaines. Alors que les décès par surdose ont augmenté chez les personnes qui injectent de couleur de peau noire (tant à Seattle qu'à l'échelle nationale), les auteurs soulignent que les stratégies de réduction des risques « sont essentielles pour inverser cette tendance » et invitent les PES à « explorer et tester des moyens d'être plus accessibles aux populations minoritaires »¹⁷⁰.

Soulignant le peu d'interventions spécifiques sur la consommation de drogues chez les migrants, un rapport de l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2023) détaille les réponses proposées actuellement par les pays européens : *i*) interventions pour faciliter et améliorer l'accès aux services de santé incluant services de traduction, formations, médiation culturelle, pair-aidance, soutien spécifique, et intégration sociale ; *ii*) dépistage et évaluation des besoins adaptés aux personnes en situation illégale, surtout à l'arrivée ; *iii*) proposition d'interventions brèves dans les lieux d'hébergements pour migrants ; *iv*) attirer les populations migrantes vers les services bas seuil ; et *v*) intégrer la prise en charge de l'usage de drogues dans les services proposés par les structures de santé pour les migrants.

Toujours selon le rapport de l'EMCDDA (2023) : « les services de réintégration sociale (logement, éducation, emploi) peuvent également jouer un rôle important en facilitant l'intégration dans la communauté d'accueil des

migrants consommateurs de drogues » (Priebe et coll., 2016 ; traduction par l'auteur du chapitre de cette expertise collective).

Un autre rapport de l'EMCDDA (EMCDDA et EUAA, 2023) souligne, quant à lui, le besoin de formation des professionnels des centres d'accueil concernant la prise en charge des problèmes liés à l'usage de drogues chez les personnes accueillies.

Spécificités de la RdRD à l'attention des mineurs non accompagnés

Soulignant l'inadéquation de la procédure qui leur apparaît « complexe et souvent inadaptée à leurs situations (Paté, 2021) », l'étude de Gerome et coll. (2022) montre qu'à la différence d'autres publics de mineurs migrants, ceux qui sont usagers de drogues ne s'engagent que rarement dans une procédure de reconnaissance du statut de mineur non accompagné, prérequis à une éventuelle prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et d'une mise à l'abri. Une absence d'engagement dans la procédure de reconnaissance de la minorité est souvent retrouvée et se traduit par un isolement et un manque de suivi éducatif ; la possibilité de mise à l'abri « repose alors sur la présence au niveau local de dispositifs d'hébergement acceptant ces mineurs usagers de drogues et leur proposant des conditions d'accueil adaptées à leurs besoins. » (Gerome et coll., 2022).

Enfin, un guide de la Fédération belge Drogues addictions (FedA, 2023) s'intéresse plus particulièrement à la prise en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives. Plusieurs réponses sont proposées : *i*) une approche écosystémique ou écosociale visant à garantir un écosystème limitant la survenue de facteurs de vulnérabilité et/ou de maladies ; *ii*) un accompagnement psychosocial ; *iii*) l'aller-vers : la vie dans la rue, l'errance et la méfiance nécessitent pour les intervenants psychosociaux de pouvoir travailler « hors les murs » ; et *iv*) la médiation interculturelle, pour bâtir des ponts entre le monde des soignants, services sociaux et jeunes.

RdRD numérique ou à distance

Les données scientifiques soulignent l'importance du lien social, de l'accueil et des services de proximité, mais elles montrent aussi la place de la RdRD numérique pour toucher des publics éloignés des centres de soins. Une étude qualitative sur la RdRD en ligne en Russie a montré que l'aller-vers en ligne, qu'il soit partiellement ou totalement en ligne, est un outil approprié pour offrir des services de réduction des risques et recruter de nouveaux usagers (Davitadze et coll., 2020). Selon les résultats d'une autre étude qualitative menée en

Slovénie, les interventions en ligne des programmes de RdRD présentent également un potentiel assez important, y compris pour les jeunes présentant diverses difficultés sociales et qui ne consomment pas de drogues (Sande et coll., 2023). Une étude qualitative sur l'utilisation du mobile a pour sa part montré que le téléphone portable permettait d'améliorer le soutien social en période de rétablissement (Viera et coll., 2023). Enfin, selon un article sur le rôle de la RdRD postale, décrivant les actions de deux services de RdRD à distance dont celui de l'association SAFE¹⁷¹, durant la période de la pandémie de Covid-19, la RdRD à distance est une réponse adaptée aux enjeux de désert rural, de stigmatisation et de période de confinement (Torres-Leguizamon et coll., 2023).

Conclusion

En conclusion de ce chapitre sur la politique de réduction des risques et des dommages sociaux, un grand nombre de pistes sont proposées pour mieux prendre en compte des éléments importants de la vie des personnes qui consomment de la cocaïne. Concernant les structures qui accompagnent les publics en situation de précarité, il apparaît, d'une part, que l'accès au logement est un enjeu important, et, d'autre part, que les actions autour du travail social et de l'insertion socio-professionnelle existent mais sont peu évaluées. De plus, la santé communautaire, à travers une meilleure prise en compte de la pair-aidance ou de l'auto-support, émerge aussi comme un levier important. Cependant, les données manquent sur la place du savoir expérientiel et des personnes qui transmettent ce savoir. Ces constats nous amènent à encourager les recherches-actions qui permettraient à la fois de mettre en œuvre des initiatives et de les évaluer, tout en étudiant les leviers à leur efficacité comme la place du savoir expérientiel. Enfin, il semble prioritaire de travailler au développement et à l'évaluation d'actions contre la stigmatisation afin d'améliorer l'accès aux services et aux soins pour les personnes concernées, et plus généralement améliorer leurs conditions de vie dans la société. Dans ce sens-là, les données de la littérature suggèrent des politiques des drogues qui tendraient vers une décriminalisation des usages (alternative aux actions pénales, régulation) afin de pouvoir à la fois appliquer les actions de prévention et de prise en charge dans les meilleures conditions mais surtout, afin de réduire les risques pénaux qui ont des effets néfastes sur les personnes. Enfin, il ressort que la réduction des risques et des dommages globale doit s'adapter aux femmes et aux minorités sociales, telles que les personnes migrantes et les minorités de genre, qui ne trouvent pas ou peu de réponses adaptées à leurs spécificités.

171. SAFE : Association de réduction des risques liés à l'usage de drogues ; <https://www.safe.asso.fr/> [consulté le 09/10/2024].

RÉFÉRENCES

- Addison M. Framing stigma as an avoidable social harm that widens inequality. *Sociol Rev* 2023 ; 71 : 296-314.
- Addison M, Lhussier M, Bambra C. Relational stigma as a social determinant of health: “I’m not what you see me as”. *SSM Qual Res Health* 2023 ; 4 : 100295.
- Alves YDD, Pereira PPG, Peres PS. Birth, life, and death of a public policy: an ethnography of the Open Arms program. *Cad Saude Publica* 2020 ; 36 : e00213918.
- Anesm. *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*. Condé-sur-Noireau : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services (Anesm), 2017 : 76 p.
- Anwar I, Faye A, Pereira Gonçalves J, et al. Gender and drug use discrimination among people who inject drugs: An intersectional approach using the COSINUS Cohort. *Int J Womens Health* 2024 ; 16 : 451-62.
- Bard ND, Antunes B, Roos CM, et al. Stigma and prejudice: the experience of crack users. *Rev Lat Am Enfermagem* 2016 ; 24 : e2680.
- Bertrand K, Jorge Flores-Aranda J, Goyette M, et al. *Projet de recherche TAPAJ (phases 1 et 2). L'emploi à bas seuil comme levier d'intervention pour réduire les méfaits liés à l'usage de substances psychoactives (SPA) et favoriser la santé globale des jeunes en situation de précarité sociale : comprendre et agir*. Montréal : Institut universitaire sur les dépendances, 2020 : 68 p [consulté le 10/06/25 : https://static1.squarespace.com/static/613a0f0c73a011636270f6f6/t/6355ba9a884ceb52a0c6a2c7/1666562714845/Bertrand%2Bet%2Bal_Synthese_resultats_prelim_TAPAJ_20200612.pdf&ved=2ahUKEwi25MTEn-aNAXWxvScCHYtRMiMQFnoECB0QAQ&usq=AOvVaw0JNiXioh0GoZ6yDNjysJYr].
- Cazalis A, Lambert L, Auriacombe M. Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug Alcohol Depend Rep* 2023 ; 9 : 100196.
- Chen Y, Yuan Y, Reed BG. Experiences of peer work in drug use service settings: A systematic review of qualitative evidence. *Int J Drug Policy* 2023 ; 120 : 104182.
- Civil Society Forum On Drugs in the EU. *Contribution from the civil society forum on drugs to enhance the gender perspective into EU drug policy* : Civil Society Forum On Drugs in the EU, 2023 : 19 p.

Conseil de l'Union européenne. *Stratégie de l'UE en matière de drogue: 2021-2025*, 2021 : 52 p.

Cooper H, Moore L, Gruskin S, *et al.* The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2005 ; 61 : 673-84.

Davitadze A, Meylakh P, Lakhov A, *et al.* Harm reduction via online platforms for people who use drugs in Russia: a qualitative analysis of web outreach work. *Harm Reduct J* 2020 ; 17 : 98-107.

Delile J-M, Morales JH, Bertrand PK, *et al.* TAPAJ–Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management. *Alcoologie et Addictologie* 2018 ; 40 : 252-60.

Doyle WS, Huskinson SL. Environmental uncertainty and substance use disorders: A behavior analytic perspective. *Policy Insights Behav Brain Sci* 2023 ; 10 : 96-103.

Dutilleul B. La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socioéducatif ? *Sciences et actions sociales* 2023 ; 19.

EMCDDA. *Migrants and drugs: health and social responses*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2023 : 11 p.

EMCDDA, EUAA. *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); European Union Agency for Asylum (EUAA), 2023 : 39 p.

Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 2005 ; 100 : 1690-700.

Enjolras N. De nouveaux métiers en addictologie : exemple des patients experts. *Psychotropes* 2025 ; 31 : 41-60.

Feda. *Guidelines de prise en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives* : Fédération Drogues Addictions BXL (Feda), 2023 : 48 p [consulté le 10/06/25 : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2023/11/Guideline-MENA.pdf>].

France Stratégie. *Engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (alcool, tabac et stupéfiants)*, 2019 : 68 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.strategie.gouv.fr/rse-engagement-des-entreprises-pour-la-prevention-des-conduites-addictives-alcool-tabac-et>].

Friedman SR, Williams LD, Guarino H, *et al.* The stigma system: How sociopolitical domination, scapegoating, and stigma shape public health. *J Community Psychol* 2022 ; 50 : 385-408.

Gerome C, Protais C, Guilbaud F. *Usages de drogues et conditions de vie des « mineurs non accompagnés »*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), 2022 : 20 p.

Hill K, Dunham K, Grau LE, *et al.* “It’s starting to weigh on me”: Exploring the experiences and support needs of harm reduction staff in Connecticut using the social-ecological model. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 168.

Hulseley J, Zawislak K, Sawyer-Morris G, *et al.* Stigmatizing imagery for substance use disorders: a qualitative exploration. *Health Justice* 2023 ; 11 : 28-43.

INPUD. *Words Matter! Language Statement & Reference Guide*. London : International Network of People who Use Drugs (INPUD), 2020 : 7 p.

Jackson LA, Mathias H, Martin F, *et al.* Accessing drug treatment programs in Atlantic Canada: the experiences of people who use substances. *Drug Educ Prev Polic* 2023 ; 30 : 550-62.

Jensen EL, Gerber J, Mosher C. Social consequences of the war on drugs: The legacy of failed policy. *Crim Justice Policy Rev* 2004 ; 15 : 100-21.

Johnson RJ. Tactile contact as a marketing tool for improving an HIV/STD education program’s compliance / Retention with crack cocaine users. *Psychol Ment Health Care* 2020 ; 4.

Jones AA, Schneider KE, Falade-Nwulia O, *et al.* Social networks, stigma, and hepatitis C care among women who inject drugs: Findings from a community recruited sample. *J Psychoactive Drugs* 2023 ; 55 : 464-70.

Lalande A. *Porosités territoriales, progression des consommations, inflation de la précarité : quelles réponses ? Un état des lieux du dispositif de réduction des risques liés à la consommation de drogues de Seine-Saint-Denis 2018 : Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, 2019 : 81 p* [consulté le 10/06/25 : <https://mmpcr.fr/app/uploads/2022/09/Rapport20Aude20Lalande20dc3a9finitif20oct202019.pdf>].

Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006 ; 367 : 528-9.

Livingston JD, Milne T, Fang ML, *et al.* The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* 2012 ; 107 : 39-50.

Lutz G, Arguillère L, Barbaste C, *et al.* Discuter et transformer le travail pour réguler les conduites addictives des professionnels. *Psychotropes* 2019 ; 24 : 57-82.

Mateu-Gelabert P, Maslow C, Flom PL, *et al.* Keeping it together: stigma, response, and perception of risk in relationships between drug injectors and crack smokers, and other community residents. *AIDS Care* 2005 ; 17 : 802-13.

Minozzi S, Saulle R, Amato L, *et al.* Psychosocial interventions for stimulant use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2024 ; 2 : CD011866.

Niewegłowski K, Corrigan PW, Tyas T, *et al.* Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addict Res Theory* 2018 ; 26 : 323-9.

Paté N. Les processus discriminatoires au cœur des pratiques d'évaluation de la minorité et de l'isolement des mineurs non accompagnés. *Hommes and migrations* 2021 : 39-46.

Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region.* Copenhagen : World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016 : 71 p.

Rehman M, Chapman L, Liu L, *et al.* Structural stigma within inpatient care for people who inject drugs: implications for harm reduction. *Harm Reduct J* 2024 ; 21 : 53.

Richelle L, Huberland V, Nouwynck S, *et al.* Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas. *Rev Med Brux* 2023 ; 44 : 371-7.

Richert T, Stallwitz A, Nordgren J. Harm reduction social work with people who use drugs: a qualitative interview study with social workers in harm reduction services in Sweden. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 146.

Salow K, Jack HE, Tinsley J, *et al.* Racial disparities in use of syringe service programs in King County, WA: a comparison of two cross-sectional surveys. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 133.

Sande M, Dekleva B, Razpotnik Š, *et al.* Online interventions and virtual day centres for young people who use drugs: potential for harm reduction? *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 161.

Santos BdS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul.* São Paulo : Cortez, 2010 : 518 p.

Sarang A, Rhodes T, Sheon N, *et al.* Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse* 2010 ; 45 : 813-64.

Scher BD, Neufeld SD, Butler A, *et al.* “Criminalization causes the stigma”: Perspectives from people who use drugs. *Contemp Drug Probl* 2023 ; 50 : 402-25.

Scholten W, Simon O, Maremmi I, *et al.* Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health* 2017 ; 153 : 147-53.

Sibley AL, Colston DC, Go VF. Interventions to reduce self-stigma in people who use drugs: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2024 ; 159 : 209284.

Silva LD, Strobbe S, Oliveira JL de, *et al.* Social support networks of users of crack cocaine and the role of a Brazilian health program for people living on the street: A qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs* 2021 ; 35 : 526-33.

Torres-Leguizamon M, Favaro J, Coello D, *et al.* Remote harm reduction services are key solutions to reduce the impact of COVID-19-like crises on people who use drugs: evidence from two independent structures in France and in the USA. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 1.

Turuba R, Toddington C, Tymoschuk M, *et al.* “A peer support worker can really be there supporting the youth throughout the whole process”: a qualitative study exploring the role of peer support in providing substance use services to youth. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 118.

UNODC. *World Drug Report 2021: Drug market trends: Cocaine amphetamine-type stimulants*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2021 : 103 p.

Viera A, Tengtenga C, McBurney E, *et al.* “The phone is my lifeline”: Use of mobile phone technology to support recovery among individuals in treatment for substance use disorders. *Subst Use Misuse* 2023 ; 58 : 1360-6.

Villela Guilhon AC. *L'expérience du travail à bas seuil d'exigence dans les trajectoires de travail des jeunes en précarité sociale et les liens avec la consommation de substances psychoactives* : Université de Sherbrooke. Longueuil, Québec. Thèse de doctorat, 2023.

Wagner V, Flores-Aranda J, Villela Guilhon AC, *et al.* How do past, present and future weigh into trajectories of precarity? The time perspectives of young psychoactive substance users living in situations of social precarity in Montreal. *Qual Health Res* 2022 ; 32 : 195-209.

10

Politique pénale en matière de stupéfiants

En France, la question de la politique pénale en matière de drogues a beaucoup focalisé l'attention ces derniers temps suite à la publication des conclusions de la Commission sénatoriale sur le narcotrafic en mai 2024 (Sénat, 2024b), et aux opérations « place nette » visant à démanteler les points de *deal* à partir de mars 2024, avec une médiatisation importante. Face à l'augmentation de la consommation et de l'offre des drogues en général, de la cocaïne en particulier, les enjeux d'une politique adaptée ainsi que la compréhension des échecs des politiques déjà mises en place en France et ailleurs se font toujours plus prégnants. L'objectif ici est de revenir à des questionnements auxquels il faudra apporter des réponses afin d'adapter la politique pénale aux dernières évolutions des marchés des stupéfiants et la rendre compatible avec les politiques de réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux. Après un point sur les dispositifs légaux tant internationaux que français en matière de stupéfiants, l'exploration de pistes alternatives à la politique pénale actuelle sera abordée, avec un focus particulier sur les expériences mises en pratique à l'étranger. Ces éléments amènent à évoquer la problématique souvent mal appréhendée – tant dans les textes que dans les actes – de l'articulation entre répression de l'offre et traitement de la demande (de prévention, de soins, etc.). Au regard de ces réflexions, la question des résultats que l'on cherche véritablement à atteindre à travers la mise en œuvre d'une politique pénale relative aux stupéfiants s'avère incontournable.

Point sur les dispositifs légaux internationaux et français

La politique de prohibition des substances stupéfiantes s'inscrit dans un contexte largement influencé par les institutions internationales, au premier rang desquelles les Nations unies, ainsi que par la politique de « guerre à la drogue » (*war on drugs*) lancée par le président américain Richard Nixon en 1971. Le cadre général est donc international puis se décline selon les pays.

Au niveau international : un cadre fixé par les Nations unies et la « war on drugs »

Trois grandes conventions internationales élaborées sous l'égide des Nations unies façonnent la réponse des États signataires à la question des stupéfiants :

- la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui vise à fixer un cadre international commun aux 188 États signataires¹⁷² afin de lutter plus efficacement contre la production et le commerce de produits stupéfiants dont la liste est établie ;
- la Convention sur les substances psychotropes de 1971 qui vient appuyer le durcissement de la politique anti-drogue des États-Unis¹⁷³ et vise notamment l'harmonisation internationale de la catégorisation des substances dites psychotropes, en particulier cela permet aux 183 États signataires d'intégrer la problématique des drogues de synthèse ;
- la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 qui est ratifiée par 192 parties, dont l'Union européenne, et qui introduit la criminalisation du blanchiment de l'argent sale¹⁷⁴.

Ces conventions fixent des règles pour instaurer des mesures pénales en réponse à des actes soupçonnés de constituer des infractions liées aux drogues. Ces mesures pénales sont présentées comme devant respecter le principe dit de proportionnalité : la lourdeur des peines doit refléter la gravité des infractions, ce qui amène notamment à distinguer trafic, détention et usage de stupéfiants. À ce titre, l'usage de stupéfiants peut donner lieu non à des condamnations ou à des peines d'incarcération mais à des mesures de substitution dans une optique de traitement, d'accompagnement, de post-cure, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Au niveau français : abondance de textes, diversité des pratiques

Le droit français en matière de stupéfiants est généralement considéré comme l'un des plus sévères d'Europe malgré des inflexions, au moins dans les textes, ces dernières années. Là encore, quelques textes clefs méritent d'être mentionnés (OFDT, 2022 ; Gautron et Obradovic, 2023) :

- la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite

172. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf [consulté le 07/03/2025].

173. https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_fr.pdf [consulté le 07/03/2025].

174. https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/1988_CONVENTION/1988Convention_F.pdf [consulté le 07/03/2025].

des substances vénéneuses¹⁷⁵ : elle reprend le principe de proportionnalité en imposant que les peines prononcées soient fonction de la gravité des infractions constatées. Cette gradation de la gravité porte sur les actes et non sur les substances puisqu'aucune distinction n'est établie entre les différentes drogues. La cocaïne est donc ici considérée au même titre que tous les autres stupéfiants. Cette loi introduit également la possibilité de recourir à l'injonction thérapeutique : il s'agit d'une alternative aux poursuites qui est confiée aux parquets ; pour l'usager, elle présente l'avantage d'être suivie d'un classement sans suite à condition d'accepter un accompagnement médical ;

- la loi n° 99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale¹⁷⁶ : cette loi n'est pas spécifiquement consacrée à la question des stupéfiants mais, comme son nom l'indique, vise à améliorer l'efficacité de la procédure pénale, y compris en renforçant pour certaines infractions les mesures alternatives. Elle introduit ainsi pour le parquet la possibilité de prononcer une orientation sanitaire et sociale, à savoir la prise de contact par l'usager avec une structure sanitaire pour un simple rendez-vous, à justifier par la transmission d'une attestation de présence ;
- la réforme de 2019 et l'introduction de l'Amende forfaitaire délictuelle (AFD)¹⁷⁷ pour usage de stupéfiants : ce dispositif a été mis en place et permet aux services de sécurité d'adresser directement sur le lieu de l'infraction une amende aux usagers de stupéfiants plutôt que d'ouvrir une procédure en commissariat de police ou en brigade de gendarmerie qui serait transmise ensuite à la justice. Ce dispositif, uniquement à destination des majeurs non-récidivistes et auteurs de la seule infraction d'usage de stupéfiants, modifie radicalement la réponse pénale et le traitement des infractions pour usage des stupéfiants dans la pratique des services de police et de gendarmerie (SSMI, 2022). Cette option est laissée à l'appréciation des forces de l'ordre lors de l'interpellation d'une personne faisant usage ou détenant de faibles quantités de drogues (jusqu'à 5 grammes pour la cocaïne). La délivrance d'une AFD pour usage de stupéfiants suppose la reconnaissance de l'infraction par le mis en cause et est inscrite au casier judiciaire de la personne.

Les différents textes établissent, toujours en lien avec l'obligation du respect de la proportionnalité, une différence majeure entre l'usage illicite de stupéfiants et le trafic de stupéfiants.

175. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JO, 03/01/1971.

176. Loi n° 99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale. JO, n° 0144, 24/06/1999.

177. Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. JO, n° 0071, 24/03/2019.

Pour synthétiser, en matière d'usage illicite de stupéfiants, il existe trois types de réponse pénale et le choix de l'option se fait au cas par cas. L'AFD pour usage de stupéfiants a déjà été présentée et se situe entre 150 euros en cas de paiement immédiat et 450 euros en cas de paiement différé. Elle n'implique pas en parallèle d'orienter l'individu vers une structure sanitaire. D'autres alternatives aux poursuites peuvent être décidées, cette fois par le procureur de la République, et se déclinent avec ou sans inscription au casier judiciaire. Au rang des alternatives sans inscription au casier judiciaire de la personne, se trouve le rappel à la loi (remplacé depuis le 1^{er} janvier 2024 par l'avertissement pénal probatoire¹⁷⁸) par le délégué du procureur, l'orientation vers une structure sanitaire sociale ou professionnelle, le stage ou la formation dans un organisme sanitaire, social ou professionnel ainsi que l'injonction thérapeutique. En revanche, les mesures dites de composition pénale (amendes de composition pénale¹⁷⁹, travail non rémunéré au profit d'une collectivité pour un maximum de 60 heures, certaines injonctions thérapeutiques, la réalisation aux frais de l'usager d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants) n'annulent pas l'inscription au casier judiciaire. Cette nuance est importante, comme évoqué plus loin, en matière de risque de stigmatisation de l'usager condamné. Enfin, troisième et dernière option, des poursuites judiciaires peuvent être engagées et déboucher, sur décision d'un juge et selon la gravité des faits, sur une ordonnance pénale (à savoir une procédure simplifiée avec jugement sans comparution de la personne, condamnation à une peine d'amende et/ou une peine complémentaire, sans emprisonnement), sur une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, sur une peine d'emprisonnement pour une durée maximale d'un an et/ou une peine d'amende de 3 750 euros maximum. Les peines peuvent être assorties d'un sursis. Pour l'emprisonnement, un sursis probatoire peut être accordé en étant assorti d'obligations telles qu'une obligation de soins. Quel que soit le produit, la moitié de ceux pour lesquels un abus ou dépendance était mentionné dans le dossier ont été condamnés à un emprisonnement ferme (53,2 %), surtout parmi les consommateurs d'opiacés ou de cocaïne basée (83,3 %), dans une moindre mesure de cocaïne poudre (54,8 %) (Gautron et Obradovic, 2023). Dans certains cas, la peine s'accompagne d'une suspension du permis de conduire (l'infraction routière étant par ailleurs plus lourdement sanctionnée en cas de conduite sous l'influence de stupéfiants), voire de l'interdiction d'exercer certaines activités. Consommer d'autres drogues multiplie la probabilité de poursuites pénales par deux (Gautron et Obradovic, 2023), surtout lorsqu'il s'agit d'opiacés, de cocaïne basée ou de cocaïne poudre.

178. <https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/lavertissement-penal-probatoire-remplace-rappel-loi> [consulté le 07/03/2025].

179. L'auteur de l'infraction verse une amende au Trésor public d'un montant qui ne peut pas dépasser celui de l'amende encourue et qui tient compte de la gravité des faits et des conditions socioéconomiques de la personne.

Le trafic de stupéfiants est traité aux articles 222-34 et suivants de notre Code pénal¹⁸⁰ et établit également des degrés différents de gravité et donc de sanctions suivant l'implication des personnes. Diriger un groupe criminel qui a pour objet la production, fabrication, importation, exportation, transport, détention, offre, cession, acquisition ou emploi illicites de stupéfiants est un crime passible de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7 500 000 euros d'amende en vertu de l'article 222-34 du Code pénal. La production et/ou la fabrication illicite(s) de stupéfiants sont également des crimes passibles, eux, de 20 ans de réclusion criminelle et d'une amende de 7 500 000 euros. En présence de la circonstance aggravante de la bande organisée, la peine d'emprisonnement peut atteindre 30 ans (art. 222-35 du Code pénal). La participation à l'exportation et/ou à l'importation illicites de stupéfiants fait encourir une peine de 10 ans d'emprisonnement et une amende de 7 500 000 euros ; la réclusion criminelle peut être poussée à 30 ans si, à nouveau, les faits sont commis en bande organisée (art. 222-36 du Code pénal). Des infractions liées au trafic de stupéfiants sont considérées comme moins graves et rentrent dans la catégorie des délits et non des crimes, avec des peines associées moins lourdes. Ainsi, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicite(s) de stupéfiants (trafic) sont des délits passibles de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende (art. 222-37 du Code pénal). Des peines équivalentes sont également prévues en cas de délivrance de stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, ou de facilitation, par quelque moyen que ce soit, d'usage illicite de stupéfiants (art. 222-38 du Code pénal). Enfin, la cession ou l'offre illicite de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle constitue un délit passible de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, peine aggravée à 10 ans de réclusion lorsque les stupéfiants sont, notamment, offerts ou vendus à des mineurs (art. 222-39 du Code pénal).

La volonté d'attaquer l'offre de stupéfiants et donc les membres des organisations criminelles justifie l'adoption de techniques spéciales d'enquête pour les affaires de stupéfiants comme des garde-à-vue pouvant durer 96 heures (au lieu de 48 heures), le recours à des livraisons surveillées, le recours à des balises, des sonorisations et écoutes téléphoniques. La loi inclut désormais aussi la confiscation des avoirs criminels, même lorsque le lien avec l'infraction n'est pas directement établi.

180. Section 7 du trafic de stupéfiants (Articles 222-34 à 222-43-1) du Code pénal : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165284/#LEGISCTA000047052744 [consulté le 07/03/2025].

Des textes à leur mise en œuvre effective

Si les textes existent, il importe de se pencher également sur leur mise en œuvre et sur l'éventuel décalage entre l'existence de dispositifs et la possibilité concrète d'y recourir. Les données sont globalement difficiles à obtenir. Celles qui suivent proviennent du document Cadre légal 2022 de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT, 2022), et reprennent les chiffres communiqués par le ministère de la Justice en 2020.

Globalement, les condamnations prononcées pour infraction à la législation sur les stupéfiants en tant qu'infraction principale (unique ou multiple) s'élevaient à environ 50 000 toutes drogues confondues, soit 11,5 % de l'ensemble des infractions inscrites cette année-là au casier judiciaire.

Il est à noter que la majorité des procédures pour infraction à la législation sur les stupéfiants concerne l'usage illicite de stupéfiants, à hauteur de 54 % des cas. Cette tendance n'est pas nouvelle puisque les interpellations pour usage simple ont plus que doublé ces vingt dernières années en France métropolitaine. Les infractions à la législation sur les stupéfiants pour détention-acquisition constituent 42 % des cas, l'offre et la cession 3 %, le commerce et le transport 1 %, les autres infractions sont marginales. Ces statistiques révèlent une capacité plus grande à sanctionner l'utilisateur que le trafiquant. Les infractions d'usage donnent principalement lieu à des amendes (77 % des cas en 2020).

L'introduction de l'AFD pour usage de stupéfiants a également exercé un impact sur les rappels à la loi puisque ceux-ci sont passés de 41 026 en 2019 à 15 470 en 2021. Elle a participé aussi à l'accentuation d'une tendance amorcée dans les années 2010, à savoir le recul des injonctions thérapeutiques (elles étaient 2 530 en 2012 et ne sont plus que 840 en 2021 dans un contexte, rappelons-le, d'augmentation du nombre d'utilisateurs et des interpellations). Il en va de même pour le recours aux orientations sanitaires et sociales qui avaient pourtant connu une progression importante à partir de 2004, mais qui diminuent ces dernières années (passant de 9 721 en 2012 à 4 222 en 2021).

En somme, même si les textes juridiques ont introduit, au-delà de la dimension répressive pour le trafic de stupéfiants, des espaces pour une reconnaissance de l'utilisateur en tant que personne à qui proposer des soins (injonctions thérapeutiques, orientations sanitaires et sociales, stages de sensibilisation), la pratique récente tend à s'éloigner de cette voie. L'introduction en 2019 de l'AFD pour usage de stupéfiants, sans en être la cause exclusive, semble avoir contribué à ce recul en matière sanitaire et de prévention des risques. L'AFD pour usage de stupéfiants devient une solution de remplacement qui, si elle sanctionne l'utilisateur, ne lui propose aucune option en matière de traitement de l'addiction.

Un trafic de stupéfiants en augmentation à l'échelle mondiale, dans l'Union européenne (UE) et en France

Le constat global est celui d'un échec de ces politiques en matière de stupéfiants puisque les trafics de stupéfiants sont en constante augmentation et que de nouveaux marchés se développent.

Le trafic de stupéfiants, comme le précise le chapitre dédié aux marchés et approvisionnements dans cette expertise, est en augmentation tant pour la consommation que pour la production, et ceci en particulier pour la cocaïne. En effet, le marché de la cocaïne monte en puissance avec une offre démultipliée et une demande en augmentation constante, surtout en Europe, et spécifiquement en France (Obradovic, 2023).

L'exploration de pistes alternatives en matière de lutte contre les usages

La remise en cause des résultats de la « *war on drugs* » combinée à la montée des voix contestataires soit de la prohibition en elle-même soit de la visée purement répressive des politiques anti-drogue ont mené à l'exploration de pistes alternatives en matière de lutte contre les usages. Cela s'est traduit symboliquement par une inflexion du discours onusien, soutenu notamment par la France, qui fait désormais ouvertement référence aux droits humains. D'un point de vue pratique, cela passe par un retour des préoccupations d'ordre sanitaire et social avec un travail d'élaboration de nouveaux concepts tels que la décriminalisation et la déjudiciarisation. Ces explorations peuvent cependant déboucher sur une confusion des termes (les nuances étant parfois ténues entre les concepts) et, plus encore, par un décalage problématique entre théorie et mise en pratique effective de ces concepts.

Inflexion du discours onusien en référence aux droits humains

L'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), l'organe des Nations unies dédié à la lutte contre les drogues et le crime, a ces toutes dernières années nuancé sa position en matière de stupéfiants de manière à intégrer la question des droits humains. Ainsi dans son rapport de 2021, il appelle à promouvoir des alternatives à la sanction en cas d'interpellation en lien avec les infractions afférentes aux stupéfiants (UNODC, 2021). Il souligne que ces alternatives peuvent être déclinées avant, pendant et après le procès. En cela, l'UNODC s'inscrit dans le nouveau cadre promu par les Nations unies en faveur d'un assouplissement des politiques pénales. Les Nations unies appellent en effet

à des réformes autour de trois axes : tout d'abord, l'imposition de peines proportionnées et individualisées, ce qui constitue plus un rappel qu'une nouveauté en soi ; ensuite, le développement de mesures de substitution en cas d'infraction mineure en lien avec les stupéfiants afin d'éviter le recours à la condamnation et à la sanction ; enfin, la dépénalisation des actes protégés par le droit international des droits de l'Homme (*United Nations General Assembly, 2023*). Cette approche équilibrée est soutenue par la France et a été réaffirmée lors du *World Drugs Day* de 2024 par les Experts des droits humains des Nations unies avec un plaidoyer en faveur de l'adoucissement des sanctions en lien avec l'usage de stupéfiants ainsi qu'un appel à tenir compte des communautés qui tirent un revenu de la culture de matières premières telles que le pavot et la coca (*UN Human Rights experts, 2024*).

Retour des préoccupations sanitaires et sociales

Il est ainsi observé, au moins au niveau des intentions, un retour des préoccupations sanitaires et sociales dans les principes orientant la lutte contre les stupéfiants. Alors que la répression dans les faits tend à frapper plus fréquemment les usagers que les trafiquants, la littérature scientifique insiste sur la nécessité, d'un point de vue sanitaire, de passer de la vision du consommateur délinquant à celui de consommateur à usage récréatif ou malade (Heidari et coll., 2023).

Cette préoccupation sanitaire rejoint une préoccupation d'ordre social et criminologique. Le fait d'éviter le passage par un emprisonnement, une condamnation et/ou une sanction pénale limite la stigmatisation de l'usager, l'inscription de la peine au casier judiciaire pouvant entraver la recherche d'un emploi, ou la réinsertion et susciter des réactions de rejet dans l'entourage de la personne. De façon plus générale, le retour des préoccupations sanitaires et sociales souligne que la réponse répressive telle qu'elle fonctionne actuellement n'apporte pas de solution aux troubles de l'usage de substances et aura tendance à aggraver les conditions déjà précaires (pauvreté, exclusion, sans-abrisme...) caractérisant souvent les personnes interpellées parce que visibles dans l'espace public.

Principale référence : la décriminalisation, un concept non univoque

La principale référence afin de tenir compte de ces préoccupations sanitaires et sociales tient dans le terme de décriminalisation, un terme cependant non univoque dans la mesure où il peut se décliner de diverses façons selon les expériences tentées à travers le monde. Pour Brisson et coll. (2021), il existerait trois façons de décriminaliser l'usage de stupéfiants. La première vise

à éliminer purement et simplement l'infraction criminelle soit officiellement en retirant complètement ou partiellement la sanction du Code pénal en cas de possession d'une quantité limitée de substances prohibées (c'est le cas pour toutes ces substances en République tchèque), soit officieusement en autorisant les procureurs à ne pas sanctionner (comme c'est le cas pour le cannabis aux Pays-Bas). Une deuxième forme de décriminalisation consiste à ajouter un régime de contraventions sans pour autant éliminer la sanction criminelle comme aux États-Unis, en Australie et en Italie. La troisième façon de procéder passe par le remplacement des sanctions criminelles par d'autres formes de sanctions (contraventions, amendes, etc.) ou par un mécanisme de prise en charge socio-sanitaire. À chaque fois, la décriminalisation peut résulter d'un processus *de jure* avec transformation de la loi comme au Portugal ou d'une évolution acceptée des pratiques (processus de décriminalisation *de facto*) comme dans le cas du programme « *Law Enforcement Assisted Diversion* » (LEAD)¹⁸¹ aux États-Unis.

La non-univocité du terme décriminalisation ainsi que la multitude de réalités qu'il peut englober ont favorisé une réflexion sur les concepts et sur ce que des nuances dans les termes peuvent signifier en termes d'objectifs poursuivis prioritairement. C'est ainsi le sujet d'un travail plus spécifique autour de ces notions au Canada et au Québec, en particulier dans le cadre de l'Institut national de santé publique du Québec (Brisson et coll., 2023). Selon ces auteurs, les pistes à explorer afin de réformer la politique pénale en matière de stupéfiants sont au nombre de trois, à savoir la déjudiciarisation, la décriminalisation et la légalisation. À chaque piste correspond un objectif spécifique. La déjudiciarisation ne remet pas en cause la prohibition et ne rejette pas forcément tout contact avec le système judiciaire. Au Canada, cela se concrétise par le traitement dit alternatif de certaines infractions (ententes avant procès, traitement des dossiers au niveau de la collectivité plutôt que de la justice pénale, allègement des peines, traitement des dossiers par la police sans passage par la justice). Ce qui anime le choix de la déjudiciarisation, c'est d'apporter un soutien à des personnes vulnérables d'un point de vue sanitaire et social tout en ne banalisant pas l'usage de stupéfiants. Ledit soutien se manifeste par un allègement des peines traditionnellement infligées et par une limitation de l'inscription au casier judiciaire afin de contrecarrer le risque de stigmatisation des personnes. Une autre piste porte sur la décriminalisation de la possession de drogues *via* l'application de sanctions non criminelles (moindre sévérité), voire des orientations vers des structures de santé ou sociales. La décriminalisation peut encore une fois prendre une forme *de jure* en étant inscrite dans la loi ou bien se faire *de facto* par modification

181. <https://lawenforcementassisteddiversion.org/about/> [consulté le 07/03/2025].

des pratiques policières ou judiciaires. Là aussi prévaut la volonté de ne pas banaliser l'usage des stupéfiants tout en diminuant le risque de stigmatisation des personnes afin de favoriser leur accès aux soins et aides. Avec la légalisation, en revanche, le comportement cesse d'être illégal puisque l'usage est autorisé (éventuellement sous condition d'âge, de quantité, de nature récréative ou thérapeutique de l'usage, de lieu de consommation...) mais au sein d'un cadre légal portant sur la production, la distribution et l'usage. Il ne s'agit donc pas d'une libéralisation puisque les activités autour du produit sont régulées ou réglementées. La voie de la légalisation est généralement envisagée pour le cannabis, elle ne l'est pas pour la cocaïne selon le principe de la différence perçue par le grand public entre drogues « douces » et drogues « dures » – non pertinent ni reconnu pénalement en France puisque, comme mentionné précédemment, la législation n'établit pas de distinction entre les différentes drogues. La question de la légalisation qui revient très régulièrement dans le débat français est d'autant moins envisagée que les effets négatifs de la consommation sont visibles, comme dans le cas de la cocaïne basée par exemple (Vaivre-Douret et Gaucher, 2023). Dans les pays qui l'ont expérimentée, la légalisation du cannabis n'a pas montré de diminution de la prévalence de son usage (Melchior et coll., 2019 ; Scheim et coll., 2020 ; Farrelly et coll., 2023 ; Pawar et coll., 2024).

Un possible décalage entre discours et pratiques et des incohérences contreproductives

L'inflexion des politiques répressives afin d'intégrer *de jure* ou *de facto* des orientations sanitaires et sociales est observée dans différents pays en matière d'usage de stupéfiants. Pourtant, pour une appréciation raisonnée de l'impact de cette inflexion, il est important de noter qu'un décalage reste possible entre le discours et les pratiques. Or ce décalage peut produire des incohérences contreproductives qui, finalement, ne permettent pas d'atteindre, ou pas de façon aussi efficace que possible, les objectifs en termes de réduction des risques.

Hayashi et coll. soulignent ainsi en 2023, comment, dans le cas de la ville de Vancouver, une politique de dépénalisation pour les usagers peut s'avérer incohérente dans sa mise en œuvre avec une volonté de protéger les consommateurs (Hayashi et coll., 2023). Dans les faits, les policiers, dans le cadre de cette dépénalisation, peuvent procéder en tout arbitraire à la saisie des substances stupéfiantes tout en n'arrêtant pas leurs détenteurs et en ne les sanctionnant pas. Or, constatent les auteurs, les usagers en cas de saisies vont souhaiter se réapprovisionner en drogues. Les pratiques policières observées à Vancouver finissent donc par pousser les usagers vers des interactions plus fréquentes avec les *dealers* avec les risques que cela engendre pour leur sécurité.

Par ailleurs, les saisies frappent plus souvent les populations déjà défavorisées, ce qui pose un problème de justice et peut également pousser ces usagers à d'autres actes illégaux (vols, éventuellement avec violence, prostitution...) parfois dangereux d'un point de vue sanitaire afin de pouvoir acheter à nouveau de quoi consommer. La dépénalisation sans interdiction officielle des saisies policières conduit donc potentiellement à des effets délétères.

En France, des questionnements sont retrouvés quant à l'applicabilité des textes lorsque le volet des actions de réduction des risques et des dommages est mis en place. Ainsi, l'ouverture de haltes soins addictions (HSA), notamment pour la consommation de cocaïne basée en Île-de-France (afin de proposer des soins de base ; de permettre la consommation dans des conditions d'hygiène adaptées avec du matériel stérile ; et de favoriser l'orientation des usagers vers des structures de soins somatiques, psychiatriques et de traitement des troubles de l'usage), ne produit pas l'effet espéré dans la mesure où ces salles ne peuvent être gérées correctement par le réseau Gaïa sans qu'il leur soient fournis les moyens suffisants pour assurer réellement de telles missions (Avril, 2023).

Il en va de même pour les injonctions thérapeutiques qui, si elles sont prévues par les dispositifs français de lutte contre les stupéfiants, sont peu et de moins en moins utilisées. Gautron et Obradovic en 2023 donnent deux grandes explications à cette contradiction alors même que le discours soulignant les échecs de la répression est mis en avant (Gautron et Obradovic, 2023). Une première explication tient à la question des moyens : pour être praticables, les injonctions thérapeutiques requièrent l'existence de structures partenaires extra-judiciaires (ex. : soins, cellules d'écoute et d'information). Or ces dernières sont trop peu nombreuses face à une population d'usagers elle-même en croissance et sont inégalement réparties sur le territoire. Il existe donc des inégalités de traitement entre les usagers selon les juridictions. La seconde explication tient plus aux motivations orientant le choix entre les différentes réponses possibles à apporter en cas d'interpellations pour usage de stupéfiants. L'imposition d'une logique comptable ou politique du chiffre est peu favorable à la mobilisation de dispositifs alternatifs de moyen ou long terme impliquant une chaîne d'acteurs. Le rappel à la loi et l'AFD pour usage de stupéfiants deviennent comparativement des instruments plus attractifs : rapides et peu coûteux, ils permettent en plus d'augmenter le taux de réponse pénale, sans pour autant déployer de grands moyens.

En arrière-plan des expériences alternatives, l'enjeu de la prévention

Ex-ante, les expériences alternatives visant l'aide à la sortie de l'addiction peuvent avoir des incidences de long terme si l'on considère le risque accru

de transmission d'une attitude addictive à l'entourage. Les dispositifs d'aide doivent dans ce cas être pensés comme effectifs à un double niveau et avec des effets à temporalité longue : au-delà de l'utilisateur soigné pour troubles de l'addiction, c'est aussi un schéma de prévention qui se met en place pour limiter les risques d'imitation chez les enfants, adolescents et jeunes adultes. De façon plus modeste, les dispositifs mettant l'accent sur la sensibilisation aux risques et sur les traitements de l'addiction peuvent se focaliser non sur un renoncement complet à la consommation mais sur une forme de rationalisation de cette consommation, de manière à limiter les risques pour soi et pour autrui. C'est tout particulièrement le cas de la conduite sous l'emprise de stupéfiants. Une étude italienne portant sur la période 2019-2022 (Poetto et coll., 2024) souligne cette banalisation : suite à des tests aléatoires, 9 % des conducteurs ont été testés positifs à une ou plusieurs substances (test confirmé par un second). Il s'agissait de cannabis dans 72 % des cas et de cocaïne dans 41 % des cas, le poly-usage étant possible, les auteurs notant que les chiffres sont en augmentation sur la période et que la population concernée est plutôt jeune et masculine. Des campagnes de prévention autour des risques de la conduite sous substance peuvent constituer des facteurs de dissuasion de l'entrée dans la consommation ; la sensibilisation des usagers peut aussi viser à amener le consommateur à ne pas prendre le volant après usage.

Le développement d'une politique des drogues qui ne soit pas exclusivement répressive à l'encontre de l'utilisateur peut aussi chercher à prévenir certains risques et à orienter l'utilisateur vers des conduites moins dangereuses pour lui-même et pour autrui. Là encore, les expériences et les outils sont extrêmement variés et s'appuient parfois sur des formes d'empirisme laissant aux acteurs de terrain une marge d'appréciation sur la conduite à tenir. Par exemple, au Canada depuis 2017 avec le *Good Samaritan Drug Overdose Act*¹⁸², les policiers qui sont souvent en première ligne en cas d'overdoses sur l'espace public ou suite à des appels à l'aide détiennent de la naloxone¹⁸³ à administrer. Des entretiens réalisés auprès de certains d'entre eux montrent que, malgré une forme de défaitisme et un sentiment d'impuissance, beaucoup adhèrent à un rôle d'aide aux usagers en détresse et de protection des éventuels témoins et des équipes médicales appelées en renfort (Xavier et coll., 2023). Le recours spécifique à la naloxone ne convient qu'aux overdoses aux opioïdes (par exemple, l'héroïne et le fentanyl) et n'est donc pas transposable à l'usage de cocaïne. Cependant, l'expérience paraît indiquer l'adhésion des forces de l'ordre à une mission d'aide. Une politique cherchant à limiter les overdoses et à promouvoir un usage plus sûr des stupéfiants peut également s'appuyer

182. https://laws.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2017_4/index.html [consulté le 07/03/2025].

183. Médicament qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.

sur un accès facilité aux appareils d'analyse des drogues dont la spectrométrie afin d'analyser le contenu desdits produits : qualité, degré de pureté, produits de coupage sont autant d'éléments qui influent sur les effets des drogues sur les usagers (Carroll et coll., 2022). Il s'agit d'appareils coûteux mais le véritable problème est à nouveau celui de la cohérence avec l'orientation globale des politiques des drogues. Si celle-ci privilégie la répression de l'usage, il est compliqué de conférer un statut juridique officiel aux services dits d'analyse des drogues¹⁸⁴. L'infléchissement des politiques répressives contre les usagers peut également être pensé en ciblant des populations particulièrement touchées et/ou dont la consommation peut avoir une répercussion directe sur d'autres. Dans les catégories fréquemment évoquées, il faut considérer en particulier les femmes, souvent victimes – notamment lorsqu'elles sont issues de milieux défavorisés – d'abus en lien avec leur consommation de stupéfiants (agressions, viols, prostitution en échange de produits) et, parmi elles, les femmes enceintes également très vulnérables. La population carcérale figure aussi parmi les cibles évoquées (Rêgo et coll., 2021 ; The Lancet, 2023). Enfin, le recours à la télésanté lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 a, selon l'UNODC en 2023, exercé un impact positif dans les pays à revenu élevé sur les suivis médicaux des usagers de drogues : globalement, ces dispositifs en distanciel ont permis d'observer moins de décrochage et de stigmatisation ; les usagers ont également eu plus de facilité à gérer le temps et à assumer un face-à-face moins direct (UNODC, 2023).

Valorisation de la dimension positive et non seulement répressive des forces de l'ordre, recours facilité à l'analyse de drogues, ciblage des populations vulnérables et développement d'une offre de soins à distance semblent donc des pistes à explorer pour asseoir de façon concrète des actions alternatives à la répression et à visée préventive.

À titre d'exemples : autres expériences mises en pratique

La référence portugaise et ses remises en question

Dans l'évocation des politiques alternatives à la répression en Europe, le cas portugais occupe une place centrale, d'autant plus que le recul sur ce modèle est désormais suffisant pour commencer à en tirer des conclusions. Dans les grandes lignes, le Portugal a mis en place en 2001 une forme de dépenalisation des drogues, quelles qu'elles soient. En parallèle, ont été créées des Commissions de dissuasion de la toxicomanie. L'expérience portugaise

184. Cf. chapitre « Réduction des risques et des dommages sanitaires appliquée aux usages et aux troubles de l'usage de la cocaïne et cocaïne basée ».

a pu être présentée comme une référence et a fait l'objet d'études quant à l'opportunité de l'exporter dans d'autres pays. Cependant, les dernières études présentent un bilan plus mitigé (Luty, 2016 ; Brisson, 2020 ; Obradovic et Saint-Vincent, 2021 ; Rêgo et coll., 2021 ; Llanes et Zuleta, 2022).

Les effets initiaux ont globalement été positifs pendant la première décennie. En particulier, une baisse du coût social lié aux drogues ainsi qu'une réduction de la population pénale et une diminution des niveaux d'usage de stupéfiants prohibés hors cannabis ont été constatées. Un résultat important semble acquis sur la longue durée, à savoir la baisse des dommages liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse avec une répercussion à la baisse sur le nombre de décès pour syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et sur le nombre de nouveaux cas détectés d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Même chez les usagers conservant une pratique d'injection des substances, les taux de VIH diagnostiqués sont en diminution considérable, surtout comparativement à la situation d'autres pays de l'Union européenne. Un autre effet positif – plus marginal peut-être – est que, contrairement à certaines craintes exprimées, la dépénalisation en un seul pays n'a pas donné lieu à un narco-tourisme drainant des usagers de stupéfiants vers le Portugal.

Le bilan de la décennie suivante paraît cependant plus mitigé. Il est en particulier rapporté une augmentation de l'usage de cannabis, tendance accentuée depuis 2019 et à l'œuvre également à l'échelle européenne. Cette augmentation semble ne pas concerner la tranche d'âges entre 15 et 24 ans qui se détourne de la consommation de cannabis et de cocaïne au profit d'autres substances telles que l'ecstasy et les amphétamines. Autre donnée préoccupante, chez les jeunes de 15-16 ans pour la période 1995-2015, la prévalence de l'usage à vie de l'ensemble des substances illicites est à la hausse et les données portugaises sont plus élevées que celles relevées dans plusieurs autres pays européens. Par ailleurs, le taux de mortalité lié à l'usage de substances psychoactives illicites connaît un regain avec une augmentation des cas d'overdoses. La diminution des décès constatée en début de période n'est donc pas confirmée sur la durée. Il apparaît même en parallèle une augmentation des taux d'homicides liés aux stupéfiants de l'ordre de 28,7 à 34,2 % (Llanes et Zuleta, 2022). En somme, du point de vue de la demande de stupéfiants, l'objectif de diminuer la consommation à haut risque, les troubles de l'usage et la consommation par injection n'est que partiellement atteint. Du point de vue de l'offre de stupéfiants, le bilan est complexe à établir dû au manque de données. Les infractions présumées pour trafic de stupéfiants sont à la baisse – mais peuvent ne refléter que l'activité des services de répression – et les précisions concernant les saisies de substances sont inexistantes.

Par conséquent, il est impossible de statuer véritablement sur l'objectif de réduction de la criminalité alors que certains plaident pour une décriminalisation de la distribution (Luty, 2016). Ce bilan en demi-teinte est par ailleurs compliqué par les nouveaux défis que pose la multiplication des produits stupéfiants proposés aux consommateurs. Le contexte économique n'est pas non plus favorable puisque les restrictions budgétaires massives engendrées par la crise économique traversée par le Portugal ont entravé les investissements dans l'offre de soins et de prévention. Ainsi la création des Commissions de dissuasion de la toxicomanie n'a pas pu s'appuyer sur une diversification et une potentialisation des services de santé. La question du décalage entre l'esprit des textes et les moyens mis en œuvre se manifeste à nouveau.

Ces études ne plaident donc pas véritablement en faveur d'une reproduction du modèle portugais dans d'autres pays. C'est notamment la conclusion du rapport Brisson de 2020, étude commanditée pour évaluer l'opportunité d'importation du modèle au Canada (Brisson, 2020). La question de la reproductibilité est d'ailleurs renforcée par la vision institutionnelle : l'inflexion de la position portugaise en matière de dépénalisation de la consommation de stupéfiants résulte d'une configuration institutionnelle très spécifique au moment de sa mise en œuvre, ce qui a permis la réussite du processus d'innovation politique (Moury et Escada, 2023). Cette configuration n'est pas forcément exportable.

Les Tribunaux de traitement des toxicomanies au Canada

Dans une perspective de déjudiciarisation de l'usage de stupéfiants, le Canada a institué la possibilité de créer des Tribunaux de traitement des toxicomanies (TTT). Le premier a été mis en place en 1998 à Toronto. L'objectif poursuivi est de réduire la criminalité découlant de la toxicomanie en offrant aux usagers dépendants et délinquants des traitements sous le contrôle des tribunaux et avec le soutien de services communautaires. Ces dispositifs nécessitant un financement non négligeable ont fait l'objet d'une évaluation par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) (CCSA, 2023). Le bilan déplore un manque d'informations permettant d'apprécier la diminution des comportements criminels et de l'usage de substances suite à l'action des TTT. Malgré des résultats positifs en matière de taux de récidive et d'usage des substances, les auteurs émettent de gros doutes sur la véracité de ces résultats annoncés par diverses études. Pour ce qui est de la réduction des taux d'incarcération et des coûts, les connaissances sur la baisse des taux d'incarcération sont jugées insuffisantes. Dans l'ensemble, le bilan diffère selon la peine qui aurait été infligée au toxicomane en l'absence de TTT. Les économies potentielles engendrées par les TTT iraient de 20 % à 88 % par rapport à une peine d'emprisonnement ; en revanche, dans le cas d'une peine de probation, les TTT s'avèreraient beaucoup plus coûteux.

La régulation des substances psychoactives en Suisse

La Suisse est également entrée dans une nouvelle optique ancrée autour de la notion de « régulation ». Encore à ses débuts, cette nouvelle orientation repose sur quatre piliers : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression (CFANT, 2022). Il s'agit d'éviter l'entrée dans la consommation de produits psychoactifs en particulier chez les jeunes (logique de prévention), de permettre aux consommateurs adultes de consommer en connaissance de cause (information), de faciliter l'accès à des offres de traitement (aide au sevrage) ou à des offres de réduction des risques et de contrôler strictement les pratiques commerciales nocives pour la santé. La capacité de la Suisse à atteindre ces objectifs reste à évaluer et il manque des informations sur le déploiement concret de ces quatre piliers et sur leur financement.

Les Pays-Bas et la politique de tolérance aux drogues

Depuis 1976, les Pays-Bas ont *de facto* opté pour une politique de tolérance en matière de drogues dites « à risque acceptable »¹⁸⁵. L'autorisation des *coffee shops* pour l'achat et la consommation personnelle de cannabis avait pour objectif à la fois de favoriser le démantèlement des réseaux clandestins d'approvisionnement en drogues dites « à risque acceptable » et de faire baisser la consommation de drogues dites « à risque inacceptable ». Les peines prononcées en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants aux Pays-Bas sont devenues très faibles et les procédures portées à terme beaucoup moins nombreuses. Pour les forces de l'ordre, la priorité a été donnée aux atteintes aux personnes et à leur propriété (homicides, agressions physiques, vols et cambriolages...) plutôt qu'à la répression de la circulation de marchandises illégales. Depuis 2018, la violence exercée par les organisations criminelles à l'encontre de cibles extérieures à l'affiliation criminelle et à ses règlements de compte (journalistes, avocats, témoins de justice) a mis en évidence comment cette politique de tolérance a favorisé un déplacement des routes du trafic de stupéfiants et une montée en puissance de réseaux criminels locaux tels que ladite « Moco-Mafia ». Le port de Rotterdam est devenu une des principales portes d'entrée de la cocaïne dans l'espace européen, aussi bien pour la consommation nationale que pour l'approvisionnement du continent européen. La corruption et le blanchiment d'argent ont accompagné cette criminalisation de l'économie néerlandaise.

185. Suite aux travaux de la Commission Baan et la publication du Rapport Baan de 1972, les Pays-Bas choisissent en 1976 d'adopter une Modification de la loi sur l'opium. Une distinction est notamment établie d'un point de vue légal entre drogues à risque « acceptable » comme le cannabis et drogues à risque « inacceptable » comme l'héroïne et la cocaïne. Cela se traduit par un principe de tolérance tel que la possession et la vente de petites quantités de cannabis restent illégales mais ne font plus l'objet de poursuite. Les *coffee shops* naissent alors, initialement encadrés par des règles strictes.

Analyse du retour d'expérience : une nécessaire articulation entre répression de l'offre et traitement de la demande

Le constat selon lequel les politiques répressives ne fonctionneraient pas mérite en réalité d'être affiné. C'est particulièrement le cas pour la France, où l'on voit que les infractions à la législation sur les stupéfiants concernent prioritairement les usagers et non les trafiquants, ce qui s'explique en partie par leur nombre bien plus important (Assemblée nationale et Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, 2025), mais aussi par des orientations pénales qui concentrent les efforts sur la répression de l'usage. L'enjeu pour les années à venir consiste probablement à repenser les politiques publiques en matière de stupéfiants en termes d'articulation entre répression de l'offre et traitement de la demande. Cela rentre d'ailleurs dans les intentions programmatiques de l'Union européenne et implique de repenser l'implication et la diversification des acteurs dans les politiques anti-drogue. Une meilleure articulation entre répression de l'offre et traitement de la demande passe également et sûrement par une reconfiguration de la lutte contre les organisations criminelles fournissant les stupéfiants.

Union européenne : le défi de concilier répression et soins

Le Plan d'action anti-drogue de l'Union européenne 2021-2025 s'inscrit dans ce défi de concilier répression et soins à travers une approche revendiquée comme « équilibrée et pluridisciplinaire » (Conseil de l'Union européenne, 2021). Le but décliné en différents objectifs est de diminuer l'offre de stupéfiants en améliorant la sécurité et de réduire également la demande à travers le développement de services de prévention, de traitement et de soin afin de lutter contre les dommages liés à la drogue. Cette volonté d'attaquer autant l'offre que la demande se retrouve logiquement dans le document programmatique de l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) pour 2024-2026 dans lequel figurent des objectifs stratégiques de santé et de sécurité (EMCDDA, 2024). Sur le terrain, cela peut se retrouver dans les propositions de développer une logique d'« aller vers » (l'usager, en particulier de cocaïne basée) pour « accompagner vers » (les salles de consommation et, si possible, les centres de soins) ; logique compatible avec une répression plus accentuée des fournisseurs de stupéfiants (en tout premier lieu les circuits de « modous » en ce qui concerne l'approvisionnement en cocaïne basée, produit fini, en Île-de-France) (Cadet-Tairou et Jauffret-Roustide, 2021).

L'importance de relever ce défi et de réorienter la répression vers la lutte contre l'offre plutôt que la demande paraît congruente avec les expériences

menées par exemple aux Pays-Bas et au Portugal. Aux Pays-Bas, la politique de tolérance menée depuis les années soixante-dix vis-à-vis des drogues a conduit à décriminaliser l'usage tout en conservant la prohibition. La tentative de création d'une filière autorisée d'approvisionnement en petite quantité (via les *coffee shops*) a rapidement posé le problème du contrôle de l'approvisionnement et de la qualité des produits. Là où l'approvisionnement devait initialement résulter de productions individuelles de petite échelle, les Pays-Bas ont vu prospérer des nébuleuses criminelles alimentant les *coffee shops* et au-delà, puis s'insérant dans d'autres trafics dont celui de cocaïne. Les bilans mentionnés ci-avant relatifs à l'expérience du Portugal sont particulièrement mitigés en ce qui concerne la question des trafics et la diminution de l'offre de stupéfiants. De façon générale, De Thy (2021) conclut à l'absence d'impact de la dépénalisation sur les trafics. Au-delà même du trafic de stupéfiants, les organisations criminelles continuent de développer des circuits parallèles, de nouveaux produits et de participer à d'autres activités illégales comme la traite des êtres humains, le trafic d'armes, le financement du terrorisme et le blanchiment d'argent. En ce sens, la multi-activité d'un nombre important d'organisations criminelles permet de comprendre pourquoi la dépénalisation – voire la légalisation – de certaines substances illégales ne signifie pas la disparition de ces organisations criminelles. Or ne pas s'attaquer globalement à ces organisations signifie, sur certains territoires, laisser le champ libre à une emprise criminelle avec une logique de « sécession » de certains quartiers vivant (ou, plus exactement, vivotant) autour de ces trafics.

Le débat en France : différencier ou unifier la réponse répressive ?

En France, le positionnement par rapport à ces problématiques reflète, semble-t-il, une hésitation entre différencier la réponse répressive et, au contraire, l'unifier. L'exemple des travaux sénatoriaux montre que l'option répressive reste dominante bien qu'avec des nuances.

En 2023, une proposition de loi vise à durcir la réponse tant pour l'offre que pour la demande de stupéfiants (Sénat, 2023). Sans distinguer les différentes infractions à la législation sur les stupéfiants, la proposition demande une application systématique, plus ferme et mieux exécutée des peines prononcées avec un alourdissement des peines en cas de récidive en lien avec le trafic de stupéfiants (récidive menant alors à une peine de réclusion criminelle à perpétuité). La répression alourdie n'épargne pas les usagers susceptibles d'encourir une peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Le ciblage se fait aussi à l'encontre des plus jeunes participants au trafic puisque les « guetteurs » deviendraient passibles de dix ans d'incarcération et que les parents de mineurs récidivistes se verraient supprimer les allocations dont ils bénéficient

éventuellement. Un renforcement du délit de non-justification des ressources viserait à rendre les activités liées au trafic de stupéfiants moins attractives car moins rentables, la confiscation devenant alors obligatoire. La proposition de loi ne développe aucun volet relatif à la prise en soins des usagers mais cherche à donner des moyens supplémentaires pour identifier les consommateurs ; cela passerait par des pouvoirs accrus de contrôle octroyé aux polices municipales qui seraient habilitées à contrôler l'identité et à procéder à des tests de dépistage pour rechercher et constater des infractions d'usage illicite de stupéfiants.

La proposition de loi de 2023 consiste donc à unifier la réponse répressive et n'intègre pas une volonté d'articulation entre objectif sécuritaire et objectif sanitaire. La Commission d'enquête sénatoriale sur le narcotraffic qui a rendu ses conclusions en mai 2024 et proposé un projet de modification de la loi en juillet 2024 (Sénat, 2024a) évoque trois principales recommandations, toutes axées sur la répression mais cette dernière est cette fois pensée essentiellement à l'encontre des narcotrafiquants et non des usagers. La piste de la prévention, en particulier à destination des plus jeunes, est également évoquée mais de façon beaucoup moins développée. La prise en soins des consommateurs dépendants est abordée dans le chapitre sur la prévention mais ne fait, là aussi, pas l'objet de véritables développements. Ce rapport semble proposer une volonté de ciblage de la répression vers les narcotrafiquants tandis que la gestion des usagers, si elle n'est plus l'objectif recherché de la répression, ne fait pas pour autant l'objet d'une réorientation de la politique.

Quelle place pour les forces de l'ordre, voire d'autres acteurs, dans l'interaction avec les usagers ?

La proposition de loi (Sénat, 2023) mentionnée plus haut pose indirectement, à travers la volonté de renforcer les prérogatives de la police municipale, la place des forces de l'ordre dans la lutte contre les stupéfiants et plus spécifiquement dans la gestion des usagers. Cette problématique est largement traitée dans la littérature anglo-saxonne (Greer et coll., 2022 ; Bacon, 2023 ; Footer et coll., 2023 ; Hayashi et coll., 2023 ; Marotta et coll., 2023 ; Xavier et coll., 2023) et mérite d'être abordée pour les enseignements qu'elle peut éventuellement apporter pour la France où l'action policière a été contestée par la population ainsi que par certains acteurs politiques. Mieux cerner le rôle effectif mais aussi envisageable à l'avenir des forces de l'ordre peut servir un objectif d'apaisement de la relation police – nation dont les effets positifs déborderaient le strict cadre de la lutte contre les stupéfiants.

L'échec de la politique de lutte contre les stupéfiants peut partiellement s'expliquer par le rôle dévolu à la police et à sa perception notamment par des

catégories de la population plus particulièrement exposées à la fois aux stupéfiants et au risque d'interpellation. Quant aux perceptions qu'ont les forces de l'ordre de leur travail et du choix qu'elles peuvent avoir dans l'enclenchement de poursuites, elles mériteraient de plus amples études. Une enquête menée au Pays de Galles (Bacon, 2023) montre ainsi que les forces de l'ordre interrogées considèrent toute consommation de stupéfiants comme un mal (en rejetant d'ailleurs de minorer la consommation lorsqu'elle découlerait d'un usage dit récréatif) et en voient avec lucidité les effets connexes en matière délictuelle (rixes, vols, agressions...). Pourtant, elles intègrent des nuances dans la réponse à apporter aux infractions à la législation sur les stupéfiants et sont conscientes des limites de leur action. Il ressort des entretiens menés que, malgré l'hostilité face aux stupéfiants, les policiers ne développent pas un discours purement répressif. En cas de simple possession, nombre d'entre eux soulignent en effet qu'une criminalisation de l'affaire comporte un risque de stigmatisation excessive, notamment pour les personnes jeunes et dont c'est la première interpellation. Ils considèrent également que des interventions punitives risquent d'aggraver des caractéristiques déjà présentes telles que les problèmes mentaux, l'addiction, la pauvreté et le sans-abrisme. Dans le même temps, il ressort des entretiens que le choix de privilégier la non-judiciarisation est perçu comme un risque de faire passer les forces de l'ordre pour laxistes et que la prison peut malgré tout servir à une prise de conscience. Pour les trafiquants, la réponse est plus tranchée puisque l'idée dominante est que les trafiquants méritent la prison, une considération parfois pondérée par la volonté de tenir compte du contexte de la bascule vers le trafic (s'agit-il d'un consommateur-*dealer*, d'une personne en situation d'exploitation socioéconomique ?) et par le risque inhérent à l'incarcération de faire entrer le condamné dans une véritable carrière criminelle. La prise en compte de ces enjeux ainsi que l'augmentation du trafic de stupéfiants et l'échec des politiques dites de saturation de l'espace par les forces de l'ordre pour dissuader l'achat-vente de stupéfiants en pleine rue (Cadet-Tairou et coll., 2021) expliquent les sentiments d'impuissance et de défaite qui ressortent, dans le cas canadien, de l'article de Xavier et coll. en 2023.

Ces sentiments se heurtent à des positions et des discours de remise en cause de l'action policière. Ainsi la *Drug Policy Alliance* (DPA, 2023), organisation états-unienne militant contre la politique de la « *war on drugs* », réclame de sortir la police du circuit en matière de gestion des usagers de drogues et de réponse aux situations d'urgence au profit d'organismes non-policiers. Ce militantisme est soutenu par des travaux mettant en avant la défiance de la population malgré la mise en place de programmes d'aide comme la *Good Samaritan Law* (GSL) en Amérique du Nord avec une police dénoncée comme raciste aux États-Unis (Footer et coll., 2023), ou bien comme paternaliste et violente vis-à-vis des jeunes au Canada (Greer et coll., 2022).

La position des forces de l'ordre, en première ligne, est donc extrêmement complexe. Elle l'est même lorsque des dispositifs de dépénalisation sont mis en place, ce qui devrait intuitivement détendre les rapports entre forces de l'ordre et une partie de la population. Cela tient au fait que certains schémas de pensée sont ancrés, comme celui d'une hostilité systématique de la police, mais l'existence d'une forme de libre arbitre laissé aux policiers quant aux mesures à prendre (opter pour la répression ou, au contraire, choisir une forme de clémence) peut aussi se heurter à la problématique des hiérarchies policières. Pour que les dispositifs de dépénalisation – et tout particulièrement ceux visant à orienter les usagers de drogues vers des structures d'accueil et de soins – fonctionnent effectivement, il faut que les policiers de rue au contact avec lesdits usagers perçoivent que l'option sanitaire plutôt que répressive est également soutenue et valorisée par leur hiérarchie (Marotta et coll., 2023). Dans le cas contraire, il y aura à nouveau le problème du décalage entre les discours et les actes. Le développement d'une orientation sanitaire dans le traitement des usagers implique donc de travailler sur l'acceptation et la compréhension de l'utilité des dispositifs concernés par l'ensemble de la hiérarchie policière.

Si les forces de l'ordre sont en première ligne en matière d'interpellations d'usagers de stupéfiants, cela ne signifie pas qu'elles soient les seuls acteurs à mobiliser dans la lutte contre les drogues et dans la perspective éventuelle d'une évolution de la politique menée à l'égard des usagers. L'efficacité des institutions et des dispositifs et règles qu'elles adoptent dépend de leur légitimité : sans une adhésion des personnes concernées, directement ou indirectement, les dispositions prises ne peuvent déboucher sur des résultats tangibles. Il existe déjà une implication d'acteurs hors chaîne pénale telle que celle des agents de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) dans la mesure où, pour l'Île-de-France, une partie du trafic de stupéfiants et notamment de cocaïne basée se fait dans le métro (rames, quais et stations). Au-delà, la création de haltes soins addictions (HSA) ne peut se faire sans un véritable travail de médiation avec la population résidant à proximité, sauf à produire une montée en puissance de l'antagonisme entre catégories de population (Ouchia, 2023). Les forces de l'ordre focalisent alors l'hostilité accusées à la fois de ne pas garantir suffisamment de sécurité et d'exercer une répression excessive. Costa et Wawrzyniak en 2024 soulignent comment les scènes ouvertes de consommation de cocaïne basée débouchent sur des tensions locales exacerbées qui engendrent alors une réaction politique de désamorçage. Cependant, cela ne produit que des effets de court terme de rétablissement provisoire de l'ordre local de l'espace public urbain, insatisfaisants pour toutes les parties concernées (résidents, consommateurs et forces de l'ordre) et inefficaces pour mettre un terme aux trafics. Cette constatation

faite pour la cocaïne basée en Île-de-France est assez similaire à celle que l'on peut observer avec les opérations « places nettes ». Le travail de médiation suppose aussi de mieux intégrer la parole des usagers pour lutter contre la stigmatisation (Scher et coll., 2023), d'autant plus que les profils et les parcours d'usagers sont très variés. Or ces derniers sont sous-représentés dans les débats sur les drogues, avec une parole régulièrement minorée ou intermédiée par d'autres personnes rapportant des anecdotes ou des propos d'usagers sans leur laisser la possibilité de s'exprimer à la première personne (voir, dans le cas suédois : Lerkkanen et Storbjörk, 2023).

Un pan ignoré : la répression des trafics

La répression des trafics reste un angle mort. Le relatif échec de la répression des trafics provient d'une insuffisante culture du renseignement criminel et d'une méconnaissance de la criminologie et de ses apports dans la compréhension du monde criminel. Le rapport de la Commission sénatoriale sur le narcotrafic (Sénat, 2024b) mentionne ainsi que la Direction générale de la sécurité intérieure (DGSI) ne s'est pas emparée de la problématique du crime organisé, lui préférant la question terroriste. La non-reconnaissance en France de la criminologie en tant que discipline universitaire indépendante impacte la connaissance des phénomènes criminels. Bichler et Jimenez en 2023 soulignent ainsi la nécessité d'étudier les réseaux criminels et leurs interactions ; à défaut, le risque est grand de ne pas identifier les acteurs clefs. Ces analyses demandent du temps et des moyens, un temps long qui n'est pas le temps politique ni le temps médiatique. Les interpellations de trafiquants de rue (vendeurs au consommateur final) alimentent une politique du chiffre et font l'objet d'une communication positive sans produire de réelles disruptions dans l'approvisionnement. Elles alimentent à terme l'insatisfaction des populations subissant les trafics et l'impunité des grands acteurs du trafic.

Dans cette logique, l'Union européenne propose parmi ses pistes prioritaires de lutte contre le trafic de stupéfiants de démanteler les réseaux criminels, d'ébranler leurs modèles économiques et de confisquer leurs profits. Cette piste doit s'accompagner d'un renforcement de la résilience des plateformes logistiques (notamment portuaires), d'une coopération internationale accrue en matière de police et de justice (et plus spécifiquement avec les pays ou régions considérés comme plaques tournantes du trafic) et d'une accentuation de la prévention. La Commission globale de politique en matière de drogues dans son rapport de 2021 précise la stratégie de ciblage en mettant en exergue la nécessité de viser les éléments les plus dangereux ou les plus prospères du marché illicite et de s'attaquer aux marchés illicites au sens large, pas seulement ceux des drogues, tenant compte en cela de la poly-activité de

nombreuses organisations criminelles (Commission globale de politique en matière de drogues, 2021).

Une politique répressive à l'encontre des trafiquants de stupéfiants impose une connaissance du monde criminel pour être efficace. Comme l'a montré le chapitre dédié aux marchés et approvisionnements dans cette expertise, les acteurs criminels sont nombreux, très divers et, surtout, occupent des positions hiérarchiques différentes. Des interpellations pour trafic de stupéfiants ne concernant que le « bas du spectre », selon l'expression consacrée, ne font que désorganiser momentanément le trafic local dans le meilleur des cas. Les moyens déployés produisent alors des effets modestes. C'est bien ce que souligne le Rapport mondial sur les drogues 2024 de l'UNODC lorsqu'il se réfère aux dynamiques qui sous-tendent le marché des stupéfiants et aux possibilités de recomposition du paysage criminel en cas d'arrestations de certains de ses membres (UNODC, 2024). Par conséquent, le rapport préconise de s'intéresser plus spécifiquement aux logiques de formation et de recrutement (en particulier des jeunes) au sein des groupes criminels ainsi que d'identifier les connexions internationales entre les différents groupes criminels. Là où les forces de l'ordre peuvent être submergées par la gestion de l'immédiat dans un contexte de moyens en temps et en ressources humaines et techniques contraints, un partenariat avec la recherche académique pourrait donner aux enquêteurs une meilleure maîtrise du temps long. À titre d'exemple, des travaux tels que ceux de Manzi et Calderoni en 2024 qui modélisent l'impact des arrestations sur la résilience des organisations de trafic de stupéfiants en fonction du rôle joué par les interpellés pourraient fournir, à condition d'être plus amplement développés et testés, un outil stratégique de ciblage de l'action judiciaire afin d'en potentialiser les effets. À partir d'un cas pratique et d'une simulation, les auteurs mettent en évidence des perturbations du marché de moins en moins importantes suivant que les arrestations touchent les trafiquants, les détaillants et, en bout de chaîne, ceux qui conditionnent le produit. De tels travaux doivent être affinés pour que les résultats puissent être généralisés. Pour ce faire, ils doivent également être alimentés par des données empiriques fournies par les enquêteurs. Ce partage d'informations et d'analyse est renforcé par l'enjeu cyber que souligne l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, 2024) : le recours croissant des narcotrafiquants aux outils fournis par internet pour gérer les trafics, approvisionner les consommateurs et même recruter de la main-d'œuvre impose une connaissance approfondie de ces outils pour contrer le trafic tant en l'identifiant qu'en utilisant les traces laissées par les criminels sur la toile pour remonter des filières ou qu'en parvenant à décrypter les messageries cryptées comme ce fut le cas avec les opérations Sky ECC et Encrochat ou encore lorsque la *Drug Enforcement Administration* (DEA) américaine, en collaboration avec des organismes policiers d'autres pays, a réussi en toute discrétion à créer un dispositif de

messagerie cryptée, Anom, et à le faire adopter par des organisations criminelles totalement ignorantes du fait que les forces de l'ordre pouvaient ainsi suivre en direct leurs échanges.

Le ciblage des opérations à mener suppose également d'identifier les acteurs les plus à même d'investir et exploiter le champ du renseignement criminel. Il ressort qu'en la matière les Douanes jouent un rôle central (Sénat, 2022) pour leurs activités de contrôle des flux de marchandises, un point fondamental en ce qui concerne la cocaïne qui circule massivement *via* le trafic maritime et donc par les ports. Par ailleurs, les Douanes disposent en leur sein d'une Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED) qui fait partie du premier cercle du renseignement français. Depuis 2016, les Douanes ont, dans cette optique, développé un Service d'analyse de risque et de ciblage relatif aux fraudes douanières en général mais qui s'inscrit dans cette logique de renseignement criminel au service d'une lutte à vaste amplitude, sur le temps long et visant le « haut du spectre » dans la lutte contre le trafic de stupéfiants.

En réorientant la répression vers les trafiquants, qui plus est du « haut du spectre », il est envisageable d'obtenir un effet disruptif sur les marchés.

Conclusion : quels résultats cherche-t-on à atteindre ?

En France, l'accent tant sur le terrain que dans la littérature est très largement mis sur la demande (les usagers) et beaucoup moins sur l'offre (les réseaux criminels). Il est intenable de lutter contre l'usage dans un contexte récréatif et les troubles des usages des consommateurs alors même que l'accessibilité aux produits stupéfiants est croissante.

La politique telle qu'elle est mise en œuvre cible-t-elle les bonnes personnes ? Y a-t-il une perte de conscience de la raison pour laquelle la prohibition a été instaurée (Holland et coll., 2023) ? Ou encore, comment évaluer la réussite ou l'échec de la politique des drogues ?

La question des AFD pour usage de stupéfiants est particulièrement illustrative de la pertinence de ces interrogations et de la nécessité de revenir aux fondamentaux, c'est-à-dire aux objectifs réellement recherchés. L'instauration de l'AFD pour usage de stupéfiants a visé à homogénéiser les procédures, à désengorger les tribunaux, à assurer des rentrées fiscales à l'État. Contribue-t-elle à lutter contre les trafics ? Est-elle dissuasive et adaptée à la situation de ceux susceptibles d'avoir à la payer ? Rien n'est moins sûr. Elle constitue un durcissement de la sanction comparativement à un rappel à la loi mais n'est pas dissuasive car elle ne règle pas la question de la consommation et parce que son taux de

recouvrement est inférieur à 40 %. De plus, elle est inégalitaire en fonction des publics d'usagers : la somme (150 euros) est modique pour les consommateurs aisés qui, par ailleurs, sont les moins susceptibles d'être pris sur le fait et d'avoir à la payer ; elle est en revanche très élevée pour les plus pauvres. Or les populations d'usagers les plus facilement identifiables et sujets au paiement de cette AFD pour usage de stupéfiants sont les consommateurs sans-abri, contraints de consommer dans l'espace public, notamment les consommateurs de cocaïne basée, soit les plus affectés par les phénomènes d'addiction. Les effets de l'AFD pour usage de stupéfiants sont donc aux antipodes de toute logique sanitaire, ce qui amène Gautron et Obradovic en 2023 à évoquer un « *French paradox* » où ce qui découlait d'une logique de dépénalisation traditionnellement associée à une dimension de santé publique devient en réalité une véritable « désanitarisation » du problème posé par la consommation de stupéfiants. Une autre vision critique de l'AFD pour usage de stupéfiants repose sur la perte de sens de la lutte contre les stupéfiants et considère ainsi que l'AFD pour usage de stupéfiants instaure en réalité un « permis de consommer » (De Thy, 2021) : dans une logique économiciste, la consommation de produits illégaux implique un prix – ici l'amende – qui est aléatoire puisque tous les usagers ne paient pas mais qui exonère l'individu d'une partie de sa responsabilité puisque l'AFD pour usage de stupéfiants est possible en cas de récidive et qu'elle dispense de poursuites pénales. Parmi les autres incohérences imputables à l'AFD pour usage de stupéfiants, outre sa nature inégalitaire (par rapport aux revenus et à la possibilité de consommer hors espace public), De Thy mentionne la régression que l'AFD pour usage de stupéfiants implique en matière d'identification des consommateurs réguliers (donc des publics les plus à risque), le choix de la simplification au détriment de la distinction entre les différents types de drogues utilisés, l'impossibilité de proposer des soins en complément et même des risques procéduraux puisque le recours à l'AFD pour usage de stupéfiants annihile la possibilité d'enclencher une enquête pouvant servir à l'identification de la filière d'approvisionnement (De Thy, 2021).

L'élaboration de la législation anti-stupéfiants, la création de nouveaux dispositifs et/ou organes de lutte doivent impérativement répondre clairement à la question de l'angle d'attaque adopté : est-il sécuritaire ? Sanitaire ? Une combinaison des deux ? Gestionnaire (au sens coûts-bénéfices comme avec l'AFD pour usage de stupéfiants qui peut aussi être évaluée par rapport aux gains fiscaux obtenus) ? La réponse choisie déterminera d'ailleurs la façon d'évaluer les dispositifs alors même que toute évaluation sincère et réaliste est extrêmement complexe (Stevens et coll., 2023).

Les critères d'évaluation possibles sont multiples et font l'objet de choix et de priorisation qu'il importe d'explicitier et de justifier dans une logique de

cohérence en interne et de légitimité en externe (en raison du principe selon lequel des règles et des dispositifs perçus comme légitimes feront l'objet d'une assimilation et d'un respect plus élevés de la part de ceux qui y sont soumis et/ou en bénéficient). Les objectifs recherchés peuvent être de :

- lutter contre les discriminations (*Amnesty International*, 2024) ;
- améliorer le fonctionnement du système pénal, désengorger la justice ;
- affermir la crédibilité de l'État et de la loi puisque se pose la question du sens d'une loi qui est en permanence bafouée (Féda, 2022) ; ce qui pose également la question de savoir si la loi doit suivre l'opinion publique (Luty, 2016) ou si elle incarne des enjeux supérieurs ;
- faire baisser la consommation de stupéfiants ;
- améliorer la santé publique ;
- réduire voire éradiquer l'offre ;
- diminuer le coût social des drogues (réduction des décès en lien avec l'usage de stupéfiants et baisse des coûts sanitaires indirects ; réduction des coûts liés au fonctionnement du système pénal, à savoir les coûts des procédures en matière d'usage, les pertes de revenus causées par les incarcérations des délinquants) ;
- repenser le risque induit par l'usage de stupéfiants – en comparaison avec l'alcool légalisé et non prohibé pour des effets addictifs et sanitaires très préoccupants – et envisager la drogue non comme un problème mais sous ses aspects non problématiques (à travers l'usage fonctionnel, non-dépendant, religieux, sain, socialement intégré) (Rêgo et coll., 2021).

Ces objectifs peuvent être en opposition totale. C'est précisément pour cela qu'il est fondamental d'y réfléchir et de proposer des solutions en cohérence globale avec ces choix. Une telle mise en cohérence est nécessaire à l'acceptabilité de la législation et donc à son plus grand respect.

Comme pour les objectifs et l'évaluation des résultats, la question fondamentale reste celle de créer de la cohérence, de donner du sens à la politique pénale au risque d'alimenter une « insécurité juridique » toujours défavorable au respect de la loi. Actuellement, la réponse pénale est non dissuasive car beaucoup trop aléatoire en termes de classes socio-professionnelles, de genre, d'âge, de territoire, au point que De Thy en 2021 évoque un « relatif arbitraire des condamnations ». Or un des acquis de la criminologie est que la certitude de la peine (c'est-à-dire une probabilité forte d'être pris et condamné en cas d'infraction) contribue à son efficacité (à l'inverse de l'exemplarité qui consiste à châtier fortement, pour l'exemple, le condamné afin de pallier une incapacité à arrêter un nombre important de coupables).

RÉFÉRENCES

Amnesty International. *Time for change: Advancing new drug policies that uphold human rights*. London : Amnesty International, 2024 : 27 p.

Assemblée nationale, Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République. *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information visant à évaluer l'efficacité de la politique de lutte contre les trafics de stupéfiants* : Assemblée nationale, 2025 : 322 p.

Avril E. Crack: survivre dans un monde prohibitionniste. *SWAPS* 2023 : 28-9.

Bacon M. From criminalisation to harm reduction? The forms and functions of police drug diversion in England and Wales. *Policing Soc* 2023 ; 34 : 105-23.

Bichler G, Jimenez I. Drug smuggling seizures: The effects of reporting consistency and quality on the observed transnational structure. *J Drug Issues* 2023 ; 53 : 159-79.

Brisson J, Morin R, St-Pierre J. *Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation de la possession de drogues : exploration des concepts et exemples de leurs applications*. Québec, Canada : Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), 2023 : 60 p.

Brisson J, Blais E, Gagnon F, et al. *Les mesures alternatives à la criminalisation des personnes interpellées pour possession simple de drogues : une perspective de santé publique*. Québec, Canada : Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), 2021 : 154 p.

Brisson J. *Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal : suivi des indicateurs de santé et de la consommation chez les personnes utilisatrices de substances psychoactives dites illicites*. Québec, Canada : Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), 2020 : 82 p.

Cadet-Tairou A, Jauffret-Roustide M. *Études crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 260 p.

Cadet-Tairou A, Jauffret-Roustide M, Gandillon M, et al. *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-de-France*. Paris : OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) ; Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2021 : 21 p.

Carroll JJ, Mackin S, Schmidt C, *et al.* The Bronze Age of drug checking: barriers and facilitators to implementing advanced drug checking amidst police violence and COVID-19. *Harm Reduct J* 2022 ; 19 : 9.

CCSA. *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : un examen fondé sur des données probantes avec recommandations d'améliorations*. Canada : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA), 2023 : 22 p [consulté le 10/06/25 : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-11/Drug%20Treatment-Courts-Review-and-Recommendations-fr.pdf>].

CFANT. *La régulation des produits psychoactifs en Suisse: Une analyse de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (CFANT)*. Berne : Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (CFANT), 2022 : 26 p [consulté le 10/06/25 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/EKSN-CFANT/berichte/themenebergreifend/bericht-psychoaktive-produkte.pdf.download.pdf/Re%CC%81gulation_products_%20psychoactifs_en_Suisse.pdf].

Commission globale de politique en matière de drogues. *En finir avec la prohibition*. Genève, Suisse, 2021 : 28 p [consulté le 10/06/25 : https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2021/12/Time_to_end_prohibition_FR_2021_report.pdf].

Conseil de l'Union européenne. *Plan d'action de l'UE en matière de drogue (2021-2025)*. Bruxelles, Belgique : Conseil de l'Union européenne, 2021 : 80 p.

Costa J, Wawrzyniak D. *Produire et réguler les espaces publics de la drogue. La gestion du problème public du crack et ses scènes ouvertes dans le Nord-Est parisien*. Paris : Université Paris-Est Sup ; Université de Caen, 2024 : 23 p.

De Thy L. L'incrimination de l'usage de drogues : Perspectives d'évolution d'un cadre normatif en échec. *Annal Droit* 2021 : 215-42.

DPA. *Principles of non-police response to drug use concerns and emergencies*. New York NY : Drug Policy Alliance (DPA), 2023 : 3 p.

EMCDDA. *EMCDDA Single programming document 2024–2026*. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2024 : 138 p.

Farrelly KN, Wardell JD, Marsden E, *et al.* The Impact of Recreational Cannabis Legalization on Cannabis Use and Associated Outcomes: A Systematic Review. *Subst Abuse* 2023 ; 17 : 11782218231172054.

Féda. *Décriminaliser les usagers de drogues en Belgique : une mesure simple, nécessaire et peu coûteuse*. Bruxelles, Belgique : Fédération Drogues Addictions BXL (Fedab), 2022 : 21 p [consulté le 10/06/25 : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2022/09/Decriminaliser-les-usagers-de-drogues-en-Belgique-fedabxl-asbl-septembre-2022-update-2023.pdf>].

Footer KHA, Urquhart GJ, Silberzahn B, *et al.* PWUD experiences of criminal justice reform: Enduring tensions between policing and harm reduction in Baltimore, MD. *Contemp Drug Probl* 2023 ; 50 : 176-89.

Gautron V, Obradovic I. Soigner, punir ou gérer des flux : les apories des politiques pénales françaises à l'encontre des usagers de drogues. *Déviance et Société* 2023 ; 47 : 363-99.

Greer A, Selfridge M, Watson TM, *et al.* Young people who use drugs views toward the power and authority of police officers. *Contemp Drug Probl* 2022 ; 49 : 170-91.

Hayashi K, Singh Kelsall T, Shane C, *et al.* Police seizure of drugs without arrest among people who use drugs in Vancouver, Canada, before provincial 'decriminalization' of simple possession: a cohort study. *Harm Reduct J* 2023 ; 20 : 117.

Heidari O, Tormohlen K, Dangerfield DT, *et al.* Barriers and facilitators to primary care engagement for people who inject drugs: A systematic review. *J Nurs Scholarsh* 2023 ; 55 : 605-22.

Holland A, McManus J, Wiseman A, *et al.* Public health ethics and punitive drug policy: Are new proposed sanctions for drug possession in the UK ethically justifiable? *Int J Drug Policy* 2023 ; 117 : 104057.

Lerikkanen T, Storbjörk J. Debating the drug policy in Sweden: Stakeholders' moral justifications in media 2015–2021. *Contemp Drug Probl* 2023 ; 50 : 269-93.

Llanes L, Zuleta H. *Myths of drug consumption decriminalization: effects of Portuguese decriminalization on violent and drug use mortality*. Colombia : CEDE-CESED, 2022 : 40p [consulté le 10/06/25 : https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID4176498_code1338287.pdf?abstractid=4176498&mirid=1].

Luty J. The beginning of the end of prohibition: The politics of drug addiction. *BJ Psych Advances* 2016 ; 22 : 242-50.

Manzi D, Calderoni F. The resilience of drug trafficking organizations: Simulating the impact of police arresting key roles. *J Crim Justice* 2024 ; 91 : 102165.

Marotta PL, Del Pozo B, Baker P, *et al.* Unlocking deflection: The role of supervisor support in police officer willingness to refer people who inject drugs to harm reduction services. *Int J Drug Policy* 2023 ; 121 : 104188.

Melchior M, Nakamura A, Bolze C, *et al.* Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019 ; 9 : e025880.

Moury C, Escada M. Understanding successful policy innovation: The case of Portuguese drug policy. *Addiction* 2023 ; 118 : 967-78.

Obradovic I. Le marché de la cocaïne en France : tendances récentes. *La revue du Grasco* 2023 ; 41 : 11-7.

Obradovic I, Saint-Vincent M de. *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après: Note de synthèse n° 2021-03*. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), 2021 : 26 p.

OFDT. *Legal framework workbook (Cadre légal) 2022: France*. France : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), 2022 : 15 p.

OICS. *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2023*. Vienne : Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), 2024 : 182 p.

Ouchia N. La légalité des « haltes soins addictions ». *Santé mentale et Droit* 2023 ; 23 : 722-6.

Pawar AKS, Firmin ES, Wilens TE, *et al.* Systematic Review and Meta-Analysis: Medical and Recreational Cannabis Legalization and Cannabis Use Among Youth in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2024 ; 63 : 1084-113.

Poetto AS, Catesini G, Dossetto P, *et al.* Drug driving in Italy. The results of the first roadside drug testing service utilizing on-site confirmatory analysis between 2019 and 2022. *Forensic Sci Int* 2024 ; 355 : 111929.

Rêgo X, Oliveira MJ, Lameira C, *et al.* 20 years of Portuguese drug policy – developments, challenges and the quest for human rights. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2021 ; 16 : 59.

Scheim AI, Maghsoudi N, Marshall Z, *et al.* Impact evaluations of drug decriminalisation and legal regulation on drug use, health and social harms: a systematic review. *BMJ Open* 2020 ; 10 : e035148.

Scher BD, Neufeld SD, Butler A, *et al.* “Criminalization causes the stigma”: Perspectives from people who use drugs. *Contemp Drug Probl* 2023 ; 50 : 402-25.

Sénat. *Proposition de loi visant à sortir la France du piège du narcotrafic*. France : Sénat, 2024a : 42 p.

Sénat. *Rapport fait au nom de la commission d’enquête sur l’impact du narcotrafic en France et les mesures à prendre pour y remédier*. France : Sénat, 2024b : 629 p.

Sénat. *Proposition de loi instaurant une doctrine ferme et dissuasive à l’encontre des trafics de stupéfiants*. France : Sénat, 2023 : 8 p.

Sénat. *Rapport d’information fait au nom de la commission des finances sur l’organisation et les moyens de la Douane face au trafic de stupéfiants*. France : Sénat, 2022 : 108 p.

SSMI. *Amende forfaitaire délictuelle pour usage de stupéfiants : premiers éléments d’évaluation* : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), 2022 : 35 p.

Stevens A, Hendrie N, Bacon M, *et al.* Evaluating police drug diversion in England: protocol for a realist evaluation. *Health Justice* 2023 ; 11 : 46.

The Lancet. Drug decriminalisation: grounding policy in evidence. *Lancet* 2023 ; 402 : 1941.

UN Human Rights experts. *Shift from punitive approach on drug policies towards harm reduction* : United Nations, 2024 : 4 p [consulté le 10/06/25 : <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2024/06/2024-06-26-stm-World-Day-against-Drugs-Shift-from-punitive-approach-on-drug-policies-towards-harm-reduction.pdf>].

United Nations General Assembly. *Human rights challenges in addressing and countering all aspects of the world drug problem: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights* : United Nations, 2023 : 19 p [consulté le 10/06/25 : <https://cdn.sanity.io/files/6u5teakk/production/14d82d748547f7f02bcee24a5be2262620a43854.pdf?dl=1>].

UNODC. *Rapport mondial sur les drogues 2024 – Principaux points d’intérêt*. Vienne : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2024 : 10 p.

UNODC. *Rapport mondial sur les drogues 2023 – Résumé analytique*. New York : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023 : 54 p.

UNODC. *Alternatives to conviction or punishment available for people who use drugs and with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Draft*

summary report on available measures based on an analysis of Note Verbale responses by UN Member States to UNODC. Vienne : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2021 : 64 p.

Vaivre-Douret L, Gaucher S. Crack : état de la situation vers des recommandations et un plan d'action issus du rapport rendu à la Région Île-de-France. *Bull Acad Natl Med* 2023 ; 207 : 626-35.

Xavier J, Greer A, Crabtree A, *et al.* Police officers' perceptions of their role at overdose events: a qualitative study. *Drug Educ Prev Polic* 2023 ; 30 : 361-72.

Communications

Association Techno+

Fabrice Perez,
Volontaire – Association Techno+

Objectifs, fonctionnement et activité de l'association

Objectifs

Techno+ est une association de santé communautaire issue du mouvement musical Tekno¹⁸⁶ qui informe sur les risques liés aux pratiques festives et favorise l'accès aux moyens adaptés pour réduire ces risques.

À ce titre, Techno+ :

- produit et diffuse des informations et du matériel approprié (matériel propre à usage individuel, préservatifs, nourriture, bouchons d'oreilles, éthylotests...);
- forme des intervenants spécialisés à l'écoute, à la réassurance, à l'analyse de produits¹⁸⁷, au secourisme, etc. ;
- intervient dans les événements festifs Tekno en s'efforçant de créer un espace propice à l'accueil, à l'information, aux pratiques à moindre risque et au repos des participants ;
- promeut et défend les concepts de santé communautaire et de réduction des risques liés aux pratiques festives auprès des amateurs de musique, des organisateurs, des intervenants sanitaires, professionnels ou non, et des pouvoirs publics ;
- veille sur les pratiques festives à risque par un travail continu d'observation sur le terrain et d'évaluation des actions menées afin de les améliorer et d'innover.

186. La tekno est un genre musical issu de la techno et principalement joué lors des *free parties* qui sont des réunions musicales festives organisées par un collectif de bénévoles durant lesquelles est diffusée de la musique électronique, et pouvant réunir de quelques centaines à plusieurs milliers de participants.

187. Cf. *infra* la section « Focus sur l'analyse de produits ».

Fonctionnement

Depuis sa restructuration en 2014, l'association se compose de trois antennes : Techno+ InDa Free (T+ IdF) basée à Paris ; Techno+ à l'Ouest (T+ ALO) basée à Nantes ; Techno+ Sud Ouest (T+ SO) basée à Bordeaux.

L'association repose sur trois piliers. Le pilier principal, Agir, est celui de la réduction des risques (RdR) liés aux pratiques festives qui regroupe les actions directes de terrain, la diffusion de matériel auprès de relais et les actions de promotion et d'expertise (médias, rencontres...). Ce pilier est en constante interaction avec deux piliers secondaires : *i*) le pilier Former-Évaluer, davantage tourné vers les pratiques des intervenants en RdR festive qu'ils soient internes ou externes à l'association ; *ii*) le pilier Observer-Innover, concentré sur les pratiques et les besoins des bénéficiaires des actions de RdR.

Activité

Au niveau national

Les trois antennes de Techno+ (Paris, Nantes et Bordeaux) signalent un maintien voire une augmentation des taux de pureté de la cocaïne, cette dernière étant désormais habituellement très forte (60, 70 voire 80 % et plus). Cette tendance n'est pas nouvelle mais elle constitue un changement majeur (pour comparaison, il y a une dizaine d'années le taux moyen de pureté de la cocaïne sur les terrains de l'association était d'environ 25 %).

Par ailleurs, les trois antennes décrivent des signaux faibles concernant une diffusion de la consommation de cocaïne basée. Pour l'antenne d'Île-de-France, c'est simplement un ressenti de plusieurs volontaires mais pour les autres antennes des données chiffrées viennent appuyer cette hypothèse (augmentation des échanges et des kits base distribués).

Cela pourrait être lié à l'augmentation des taux de pureté de la cocaïne. En effet, les changements de contenus des produits peuvent induire des changements de pratiques : il a par exemple été observé la diminution de la taille des lignes sniffées par les personnes consommant de la cocaïne afin d'adapter les prises à la puissance du produit. Pour la cocaïne base, il faut rappeler qu'il y a dix ans, baser la cocaïne revenait à en perdre quasiment la moitié. Les grammes pesant généralement 0,8 g, les consommateurs se retrouvaient au final avec moins d'un demi-gramme de crack¹⁸⁸ après opération de basage, ce qui pouvait agir comme un frein à la diffusion de cette pratique. Frein qui aujourd'hui n'existe peut-être plus.

Au niveau de l'Île-de-France

Le trio de tête des produits illicites les plus disponibles reste inchangé : cocaïne, kétamine et MDMA¹⁸⁹. Il y a peu de changements au niveau des prix ; on note tout de même que la déstabilisation du marché de la cocaïne se confirme avec un éventail des prix encore plus large que l'an dernier (40 à 80 €/g !). Les taux de pureté de ce produit ont tellement augmenté ces dernières années qu'ils arrivent à des niveaux difficilement dépassables (80 % et plus). Si le processus à l'œuvre depuis une dizaine d'années persiste, la baisse de prix va devenir pour les vendeurs le seul moyen de dépasser la concurrence (ce qu'ils avaient pour l'instant réussi à préserver). Si cela arrive, il est possible que cela entraîne des changements sur les pratiques de consommation du public. Certains volontaires observent ainsi une légère recrudescence de la consommation de crack sur les *free parties*, ce qui pourrait être directement lié à ces changements. Le nombre de kits base distribués est inférieur à celui de l'an dernier mais il reste relativement élevé. C'est un phénomène à suivre.

Au niveau des Pays de la Loire

La cocaïne est disponible sur tous les types de soirée et son usage semble toujours plus se banaliser auprès du public jeune et urbain. De nombreux échanges témoignent d'un usage privé lors d'apéritifs ou de soirées entre amis.

Les retours des consommateurs quant à l'intensité des effets de la cocaïne semblent assez élevés. Il n'y a eu aucun retour sur une cocaïne qui ne correspondrait pas aux effets attendus des consommateurs.

Au niveau de la Nouvelle-Aquitaine

La cocaïne sniffée ou basée est, en 2023, le 4^e produit le plus consommé d'après les observations de terrain de l'association.

On constate aussi de nombreuses discussions avec le public, portant sur le crack, les conséquences sur la personne, son entourage, son caractère addictif, les difficultés sociales et financières qu'il peut entraîner, etc. Tous ces indices laissent penser que la consommation de cocaïne basée serait en augmentation.

Focus sur l'analyse de produits

Depuis les toutes premières années de son existence, Techno+ a jugé nécessaire de mettre en place un dispositif d'analyse de drogues, destiné à informer le consommateur sur la composition de son produit. En effet, la connaissance

189. MDMA : Méthylènedioxyméthamphétamine.

du contenu des produits psychoactifs illicites répond à une préoccupation fréquente des consommateurs et les aide à gérer leurs usages.

Ce dispositif permet aussi de susciter le dialogue avec les consommateurs à propos des substances disponibles sur le marché, leur connaissance de ces substances (et ainsi couper court aux légendes urbaines), mais aussi sur leurs pratiques de consommation, leur connaissance des risques encourus et enfin leur gestion de ces risques.

Par ailleurs, l'analyse de produits aide à détecter l'éventuelle présence de produits de coupe, la circulation de produits hyper dosés, ou enfin la présence d'arnaques parfois dangereuses.

Elle aide également à enrichir les connaissances des intervenants de Techno+ sur la composition des produits, les effets que ceux-ci peuvent générer, et les éventuelles conséquences qu'ils peuvent engendrer.

Cet outil permet d'entrer en contact avec un public qui ne passe pas nécessairement au stand habituellement, de réaliser des entretiens personnalisés, et aussi d'améliorer le dispositif de veille sanitaire et d'émettre des alertes adaptées et apportant une information fiable et scientifiquement validée, accessible et compréhensible par le public.

Actuellement, Techno+ propose différents types d'outils d'analyse :

- la chromatographie sur couche mince (CCM), qui peut être réalisée soit sur site pendant les interventions par l'association, ou après en partenariat avec la mission XBT de Médecins du Monde ou certains CAARUD¹⁹⁰ équipés :
 - sur site : lors d'événements importants, nous mettons en place un dispositif d'analyse sur site par CCM. Nous mettons à disposition du public un espace dans lequel sont réalisés un entretien préalable à la collecte ainsi qu'un entretien de rendu de résultat. L'analyse par CCM elle-même est réalisée dans un espace dédié : l'ensemble du processus dure environ 45 minutes, mais l'attente peut durer parfois près de deux heures, jusqu'à ce qu'un nombre suffisant d'échantillons aient été collectés. Les résultats sont délivrés une fois l'analyse effectuée, au cours même de la soirée ;
 - hors site (Toxi-Tubes) : le prélèvement est réalisé après un entretien de collecte effectué par un volontaire. L'échantillon prélevé dans un Toxi-Tube est déposé ou envoyé à la mission XBT de Médecins du Monde. Une fois le résultat obtenu (délai moyen d'une semaine), la personne concernée est contactée, généralement par mail ou par téléphone ;

190. CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

- la chromatographie en phase liquide à haute performance (HPLC) ou par spectrométrie de masse (SM), réalisée en laboratoire par le dispositif « Système d'identification national des toxiques et des substances » (SINTES) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) ;
- le spectromètre infrarouge (IR) qui est un appareil couplé à un logiciel qui permet de déterminer rapidement le spectre IR d'une substance, c'est-à-dire la façon dont ses molécules réfléchissent ou non la lumière infrarouge. Lors de l'analyse d'un produit, le logiciel compare le spectre obtenu avec ceux présents dans des bases de données et donne en quelques minutes un résultat et sa probabilité. En général, cette technique permet de bien identifier (analyse qualitative) la principale molécule d'un échantillon. Elle peut aussi donner jusqu'à deux autres composants (produits de coupe) qui seraient présents en quantité significative. Au-delà, les résultats sont peu fiables. Dans certains cas, le logiciel peut aussi estimer le dosage de ces composants ; on parle alors d'analyse semi-quantitative. Cette technique est très peu utilisée en France car un spectromètre coûte cher. Cependant, c'est à ce jour la technique avancée la plus pratique pour faire des analyses lors des *free parties* : elle est facilement transportable, rapide et son utilisation est accessible à tous après une formation. Seules quelques associations de RdR, dont Techno+, en disposent.

GAÏA-Paris : synthèse des activités et des défis des services de réduction des risques en Île-de-France

*Élisabeth Avril,
Directrice de Gaïa-Paris*

*Jamel Lazic,
Chef de service de la salle de consommation supervisée à Paris*

Gaïa-Paris est une association médico-sociale de réduction des risques liés à l'usage de drogues et de soins en addictologie. Cet organisme gère un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) porteur de la Halte soins addictions (HSA)¹⁹¹ parisienne.

Gaïa-Paris est impliquée dans les initiatives de prise en charge des usagers de crack (cocaïne basée) sortant des squats et de la rue depuis la fin des années 90, et plus récemment dans le cadre du « Plan crack » 2018. L'association gère actuellement 70 places d'hébergement en hôtel pour ces publics dans le cadre du projet ASSORE (Accompagnement Social et aux Soins, Orientation Réinsertion Ensemble), en partenariat avec l'association Aurore.

Chiffres et constats du dispositif ASSORE

Le dispositif ASSORE a pour objectifs l'hébergement de consommateurs de drogues du Nord-Est parisien dans des hôtels à Paris et en Île-de-France, et leur accompagnement sanitaire et social.

Dans le cadre d'un projet de recherche chez les usagers de cocaïne basée précaires hébergés par le dispositif ASSORE, Romain Icick, psychiatre de l'Hôpital Fernand-Widal, rapporte des données actualisées pour ce dispositif qui a permis la mise à l'abri d'usagers de crack en errance dans le Nord-Est parisien dans 650 chambres d'hôtel. Des publications à venir aborderont des

191. Anciennement appelée « salle de consommation à moindre risque (SCMR) ».

analyses approfondies, notamment d'importantes questions sur les modalités de sortie durable de ce dispositif.

Enjeux de l'hébergement et consommation de crack en Île-de-France

Les professionnels de terrain estiment que plusieurs centaines voire milliers de personnes consomment encore du crack dans la rue en Île-de-France. La pandémie de Covid-19 a révélé l'ampleur de cette population invisible habituellement, entraînant une prise de conscience et une première réponse des pouvoirs publics en termes d'hébergement.

Les évacuations successives (« colline du crack », Forceval, Jardin d'Éole) ont permis d'obtenir des places d'hébergement supplémentaires de la part de la préfecture de région.

En 2023, les chiffres de la Halte soins addictions (HSA) parisienne font état de : 781 personnes fréquentant la structure ; 70 866 visites pour consommation, avec des polyconsommateurs qui injectent des opiacés, le plus souvent du sulfate de morphine (67 % des opiacés consommés) ; 80 % des personnes consomment du crack mais le plus souvent par inhalation. Le crack représente 3,8 % des injections et la consommation de cocaïne poudre est en augmentation et représente 2,8 % des injections. En 2023, la fréquentation de la HSA a atteint 194 passages pour consommation de substances. L'inhalation de crack n'est plus possible à la HSA depuis 2020, les espaces réservés aux inhalations ayant été fermés lors de l'épidémie de Covid-19 et transformés en places d'injection.

Profils des consommateurs et caractéristiques des scènes de consommation

Dans le Nord-Est de Paris, une consommation croissante de crack inhalé est observée parmi les jeunes migrants, en particulier des Somaliens, des Guinéens (ces derniers fréquentant l'espace de repos de la Porte de la Chapelle) et des personnes originaires des pays de l'Est. Ces jeunes consommateurs sont très éloignés des structures de soins, ils n'ont pas de couverture médicale et ne connaissent pas les dispositifs existants. Ils sont marqués par leur parcours d'exil et présentent souvent des syndromes de stress post-traumatique non pris en soins. Nous constatons à la salle de consommation un vieillissement de la

population, avec un âge moyen de 43 ans. Ces profils de consommateurs associent souvent une forte consommation d'alcool et d'autres substances associées telles que le médicament Lyrica, le crack, les benzodiazépines et les opiacés.

À la Porte de la Chapelle, il est observé une présence significative de jeunes femmes françaises issues souvent de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), avec des profils psychiatriques complexes, tandis qu'à la Gare du Nord, les femmes ne représentent que 13 % de la file active. À la Gare du Nord, le trafic de revente de médicaments (essentiellement du sulfate de morphine) est présent depuis 2005. Le trafic de crack reste toujours présent à la Place de Stalingrad et aux portes de la Chapelle et d'Aubervilliers, mais il est constaté de nouveaux lieux de revente au centre de Paris du côté des Halles.

Innovations thérapeutiques et besoins en santé mentale

Parmi les traitements expérimentés pour la prise en soins de ces publics consommant de la cocaïne basée, il y a la gestion des contingences, le méthylphénidate et l'auriculothérapie. En revanche, la prise en charge de la santé mentale reste largement insuffisante en France, contrairement aux Pays-Bas où un service de psychiatrie mobile (SAMU psy) est disponible. L'ARS Île-de-France a permis en 2024 la mise en place de trois lits d'hospitalisations à l'Hôpital Sainte-Anne (le D2O) afin d'évaluer la composante psychiatrique dans les troubles de l'usage. Ces places sont destinées aux usagers rencontrés par les équipes des CSAPA/CAARUD. Il y a également un projet de facilitation des post-cures qui a vu le jour au niveau national afin de permettre le départ en post-cure d'usagers franciliens.

Conclusion : vers une meilleure prise en soins et une approche plus globale

Pour répondre aux véritables besoins des personnes usagères, il serait nécessaire d'ouvrir davantage de HSA avec des horaires adaptés, ciblant les usagers de crack fumeurs. En effet, ces personnes consomment actuellement dans la rue. Il est également important d'envisager des thérapies diversifiées et de mettre en place des possibilités de post-cure avec un accompagnement de longue durée (cinq à six mois minimum). L'accès aux soins en santé mentale reste une priorité urgente et un défi majeur. De plus, la France manque d'une véritable culture de réduction des risques et des dommages (RdRD), même au sein des études médicales, freinant les efforts de prévention et de traitement.

Autosupport, réduction des risques en ligne et lutte contre la stigmatisation

*Pierre Chappard et Serena Garbolino,
Association Psychoactif*

Présentation de la plateforme Psychoactif.org

Psychoactif.org, plateforme internet d'autosupport et de réduction des risques, est née en 2006. Elle héberge des forums, des blogs, des quizz, un annuaire d'organismes de réduction des risques (RdR) et un wiki (encyclopédie sur les drogues et les usages construite collaborativement par les membres de Psychoactif.org). Elle est gérée par une équipe de 10 à 20 modérateurs bénévoles ayant l'expérience de l'usage de drogues. La plateforme compte près de 800 000 témoignages de personnes utilisatrices de drogues. En 2023, il y a eu 4,5 millions de visites dont 80 % provenant de la France.

L'espace occupé par la cocaïne poudre et le crack¹⁹² sur Psychoactif.org témoigne de leurs places prises dans la société : 20 % des personnes qui se sont inscrites sur la plateforme en 2023 y viennent pour se renseigner sur ces substances. Le forum dédié au crack et à la cocaïne¹⁹³ est particulièrement actif : depuis deux ans, la cocaïne est la substance la plus discutée sur Psychoactif.org, devant le cannabis. Ce forum spécifique s'est enrichi de plus de 3 000 témoignages en 2023 (et plus de 36 000 depuis le début de son existence). La page la plus consultée du Psychowiki¹⁹⁴ est : « Comment baser la cocaïne avec du bicarbonate ».

192. Cocaïne basée.

193. <https://www.psychoactif.org/forum/f31-p1-Cocaine-Crack.html>

194. <https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php>

Analyse de drogues à distance

Depuis 2023, le site Psychoactif.org propose un service d'analyse de drogues par correspondance (appelée analyse à distance), en lien avec l'association « Analyse ton prod' en Île-de-France » (ATP-IDF) et la Fédération Addiction. Environ 700 échantillons ont ainsi été analysés, dont 40 % provenaient de personnes n'ayant jamais fait analyser leurs produits auparavant. Ces données montrent la complémentarité de ce dispositif avec l'analyse en face-à-face.

La cocaïne représente 20 % des analyses du programme d'analyse à distance. La majorité de ces échantillons (90 %) présente plus de 80 % de pureté en cocaïne. Cela rejoint les données qui montrent que la cocaïne est de moins en moins coupée. Concernant l'origine de ces échantillons, 20 % ont été obtenus dans des fours (cités), 8 % en soirée, 40 % sur le *deep web*, 11 % sur les réseaux sociaux, et 16 % par l'intermédiaire d'un livreur. Cela reflète l'évolution des canaux de vente de drogues, et notamment de la cocaïne, qui est de plus en plus vendue sur internet ou livrée à domicile ou à des points de rencontre.

L'analyse de drogues à distance est en cours d'évaluation dans le cadre de l'étude sur l'analyse de drogues en France : l'étude « CheckKnow » (« *A drug-CHECKing evaluation study to improve KNOWledge and decrease health complications in people who use drugs in France* »), portée conjointement par le SESSTIM¹⁹⁵ et l'association Psychoactif.

Effets et usages de la cocaïne discutés sur Psychoactif.org

Les effets de la cocaïne discutés sur Psychoactif.org ne sont pas que les conséquences de son action sur les neurorécepteurs. Ils sont en partie socialement construits. Ils se découvrent et s'affinent au contact d'autres personnes utilisatrices de drogues, certaines n'ayant pas de ressenti immédiat lors de la première consommation. La cocaïne a des effets parfois subtils qui dépendent aussi bien du contexte de consommation que de l'individu. Les principales motivations de consommation de la cocaïne (sous toutes ses formes) relatées sur Psychoactif.org incluent la recherche de plaisir (hédonisme), la socialisation, l'amélioration des performances au travail ou en contexte sexuel, et le soulagement psychique et physique (notamment pour gérer des traumatismes).

195. Unité Mixte de Recherche 1252 SESSTIM « Sciences Économiques et Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale » (UMR Inserm/IRD/Aix Marseille Université)

Modes de consommation et réduction des risques

Les principaux modes de consommation de la cocaïne discutés sur Psychoactif.org sont le sniff, l'inhalation, l'injection, le *water-lining* (MAD)¹⁹⁶ et le plug¹⁹⁷. Le MAD paraît une bonne alternative au sniff de cocaïne pour limiter les atteintes aux muqueuses nasales. Pour l'inhalation de la cocaïne basée, il y a des discussions sur les avantages et inconvénients de baser la cocaïne à l'ammoniaque par rapport au bicarbonate de soude.

Dans de nombreuses discussions, il apparaît que la plupart des personnes ont développé des stratégies qui permettent un usage de cocaïne non problématique, y compris pour la gestion de la cocaïne basée qui est fortement stigmatisée. La gestion de la consommation implique la gestion des phases d'envie (*craving*) et de la « redescente » grâce à diverses méthodes, comme la limitation de la consommation à des contextes spécifiques, l'évitement des contacts directs avec les vendeurs, ou encore l'utilisation de benzodiazépines, d'opiacés, ou de Tercian.

Questions de discrimination et criminalisation

Une des missions de l'association Psychoactif est de lutter contre la stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues et la criminalisation de l'usage de drogues.

Tous les consommateurs de drogues illégales sont stigmatisés, mais les personnes utilisatrices de cocaïne basée le sont particulièrement. Sur la plateforme Psychoactif.org, nous sommes aux premières loges pour voir que la stigmatisation des consommateurs conduit à la solitude, la marginalisation, au mensonge, à la double vie, aux discriminations (nonaccès au soin, au logement, au travail, etc.).

L'auto-stigmatisation ou la stigmatisation intériorisée est également très évoquée sur la plateforme. Elle mène à la honte, à la culpabilité, à la baisse de l'estime de soi, à la dépression. Une de nos missions est donc de combattre l'auto-stigmatisation et de redonner la volonté et la capacité d'agir aux personnes utilisatrices de drogues.

Nous souhaitons ajouter que la criminalisation des personnes utilisatrices de drogues est une réalité en France. La criminalisation, qui n'empêche pas

196. Le kit MAD est un nouvel outil qui permet l'atomisation des produits dans les muqueuses intranasales à l'image d'un spray.

197. Voie anale.

l'augmentation des consommations, touche beaucoup plus les personnes utilisatrices de drogues les plus précaires (notamment les personnes précaires et usagères de crack de Paris), celles qui sont visibles dans l'espace public. Cela rend la criminalisation d'autant plus contre-productive car ces publics les plus précaires et les plus en difficultés voient leur situation s'aggraver. Mais elle touche aussi toutes les personnes utilisatrices de drogues, notamment dans le cadre des tests salivaires lors de contrôles routiers : les substances peuvent être détectées jusqu'à 24 à 48 heures après consommation, bien que les effets de la cocaïne ne durent seulement qu'entre une et deux heures. L'association Psychoactif considère que cette durée de détection contribue à une « chasse aux drogués » et soulève des questions de discrimination et de stigmatisation des usagers face à la conduite. L'association milite pour le remplacement de ces tests par des tests comportementaux. L'agent de police devrait alors observer les réflexes de l'automobiliste à travers différents points, comme la démarche, la coordination des mouvements, l'élocution.

Retour d'expérience d'un président de CAARUD

Christian Ben Lakhdar,
Président-bénévole du conseil d'administration de Spiritek¹⁹⁸

Du point de vue de président d'une association agréée Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) à Lille, il est important d'exposer quelques difficultés, ou tout au moins quelques nouveautés, que ces structures peuvent rencontrer du fait de l'augmentation des prévalences d'usage de cocaïne et de cocaïne basée.

Premièrement, dans un contexte de crise du travail social et de vieillissement des militants historiquement engagés dans la réduction des risques et des dommages (RdRD), les CAARUD se trouvent confrontés à des difficultés de recrutement et d'engagement des professionnels. Malgré la valorisation des savoirs expérimentiels et de la motivation des candidats, force est de constater que ces métiers ont des difficultés à attirer et fidéliser les collaborateurs. Et ce d'autant plus qu'aujourd'hui, l'intensité du travail de RdRD en CAARUD semble avoir augmenté.

Deuxièmement, la figure traditionnelle des personnes fréquentant ces dispositifs, celle de la personne injectrice d'héroïne, s'efface en effet au profit de celle du consommateur de cocaïne basée. Plus jeune, dans des dispositions différentes, elle demande peut-être un peu plus d'énergie pour son accueil, son accompagnement ; peut-être est-elle elle-même plus demandeuse, plus consommatrice de RdRD, de pipes, d'embouts, de grilles... ? Le fait est que notre CAARUD s'est, d'une certaine façon, fait déborder à un moment donné par le nombre de personnes à accueillir et par leur comportement plus compliqué à gérer. Les équipes ont toutefois remédié à ces difficultés grâce à un travail réflexif consistant à repenser l'accueil inconditionnel (horaires spécifiques, mesures de sécurité, etc.), la distribution de matériel et l'accompagnement des personnes.

198. <https://www.spiritek-asso.com/>

Troisièmement, l'arrivée massive de la cocaïne dans les rues lilloises a contraint financièrement nos structures et modifié le rapport au matériel distribué. La distribution de pipes et de ses éléments a connu une évolution exponentielle ces quatre à cinq dernières années. Ce matériel étant plus cher que les seringues, le poste « produits pharmaceutiques » de notre comptabilité a explosé sans que les financements suivent cette tendance. Le corollaire est que nous distribuons moins de pipes ou de kits pipes que nécessaire : nous rationnons la distribution à deux pipes par semaine par personne alors que les consommateurs en auraient potentiellement besoin de plus. D'une part, ceci est frustrant pour les professionnels des structures, laissant un goût amer et un sens au travail quelque peu altéré ; d'autre part, la rareté de ces ressources fait qu'elles ont une valeur – ainsi a-t-on assisté récemment aux cambriolages de certaines structures et à la mise sur le marché souterrain du matériel volé.

Finalement, la situation dans certaines aires géographiques est telle que des scènes ouvertes voient le jour, avec des difficultés d'accès pour les professionnels en maraude qui se voient dévalisés du matériel qu'ils peuvent avoir sans nouer de réel lien avec les personnes. La RdRD s'est construite avec les opiacés, elle doit désormais s'adapter aux stimulants.

Complications sanitaires liées à la cocaïne : focus des dispositifs d'addictovigilance

Céline Eiden,
Centre d'addictovigilance, CHU de Montpellier

En France, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) est responsable de cinq vigilances¹⁹⁹, qui ont toutes pour but d'identifier le plus tôt possible les signaux d'alerte inattendus. Dans le cadre de la gestion du risque de l'usage de substance psychoactive (médicamenteuse ou non), cette vigilance se nomme l'addictovigilance.

Le réseau français d'addictovigilance

Le réseau français d'addictovigilance²⁰⁰ a pour objectif de surveiller toutes les substances psychoactives à potentiel d'abus, y compris les médicaments, les autres substances légales et illégales telles que les nouvelles substances psychoactives (NPS) et leurs conséquences sanitaires chez l'Homme.

Créé en 1990 autour d'un réseau de centres régionaux d'addictovigilance couvrant l'ensemble du pays, il regroupe des pharmacologues experts en addictovigilance. Les équipes de chaque centre ont développé une interface avec différents partenaires (médecins, pharmaciens, toxicologues, structures spécialisées en addictologie...) et mis en œuvre plusieurs outils originaux de pharmacosurveillance (ASOS : Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées ; OSIAP : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible ; OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse ; DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances ; DTA : Décès Toxiques par Antalgiques ; Soumission chimique), complémentaires de la notification spontanée par des professionnels de santé.

199. Missions d'organisation des vigilances : <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/nos-missions/assurer-la-securite-des-produits-de-sante/p/organiser-les-vigilances> [consulté le 12/07/24].

200. <https://addictovigilance.fr/> [consulté le 12/07/24].

Cette approche multidimensionnelle incluant une surveillance proactive par ces outils et également par plusieurs sources de données hétérogènes (incluant aussi les bases hospitalières et les bases de remboursement des médicaments) est capable de détecter précocement des signaux et des alertes d'addictovigilance (Micallef et coll., 2019).

Les complications sanitaires liées à la cocaïne

Dès 2013, trois cas marquants de vascularite liés à la prise de cocaïne coupée avec du lévamisole²⁰¹ ont été signalés lors d'un comité technique des centres d'addictovigilance. L'ANSM a décidé d'ouvrir une enquête officielle d'addictovigilance spécifique sur la problématique de l'adultération de la cocaïne, notamment par le lévamisole, et de ses complications. Cette première expertise sur le sujet de la cocaïne a été confiée au Centre d'addictovigilance de Montpellier et un rapport a été présenté en comité technique le 3 avril 2014. Les conclusions de cette expertise ont montré une augmentation de la prévalence de la consommation de cocaïne et de la présence de lévamisole contaminant la cocaïne en France. Une information sur la circulation de cocaïne coupée et des risques afférents a également été produite²⁰². L'état des lieux de cette problématique en Europe a été rapporté dans un article (Eiden et coll., 2014). Enfin, deux publications issues de cette enquête ont décrit la prévalence du lévamisole chez les patients dépistés positifs à la cocaïne au CHU de Montpellier (Eiden et coll., 2015), puis les effets indésirables du lévamisole en fonction des usages par une analyse de VigiBase²⁰³ (Campillo et coll., 2022).

En 2017, une expertise pharmaco-épidémiologique ciblée sur la cocaïne et ses complications a été requise par l'ANSM à la suite d'une augmentation de signalements au réseau des centres d'addictovigilance. Il s'agissait en particulier de cas de complications graves et d'hospitalisation (signes cliniques ou psychiques importants) en lien avec la consommation de cocaïne. Une alerte avait alors été diffusée aux professionnels de santé le 11 août 2017 sous la forme d'un Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS).

201. Utilisé pour couper la cocaïne, le lévamisole est un produit chimique, dérivé de l'imidazo-thiazole, essentiellement utilisé en médecine vétérinaire comme pesticide antiparasitaire.

202. Vigilances (Bulletin de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), numéro 62, juillet 2014 : https://archive.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4bdf03b850c8cbd1961b0abb6b569e4d.pdf [consulté le 12/07/24].

203. VigiBase est la base de données de pharmacovigilance de l'Organisation mondiale de la santé.

Cette première analyse des données issues des différents outils pharmaco-épidémiologiques²⁰⁴ du réseau d'addictovigilance réalisée sur la période 2010-2017 avait mis en évidence : *i*) une augmentation des cas graves déclarés à la suite de complications en lien avec la consommation de cocaïne (données NotS) ; *ii*) une augmentation des consommations de cocaïne/crack (données OPPIDUM) ; *iii*) une augmentation des prises en charge hospitalières en lien avec la consommation de cocaïne (données PMSI) ; *iv*) une augmentation du nombre de cas de décès à partir de 2014-2015 (données DRAMES) ; *v*) une augmentation des teneurs en cocaïne et des saisies (données SINTES/OCRTIS) (Eiden et coll., 2021, 2022 ; Blayac et coll., 2023 ; Revol et coll., 2023).

À la suite de ces observations, une note d'information nationale a été diffusée sur le portail internet de l'ANSM afin de communiquer sur les différents constats. De plus, un bulletin national du réseau d'addictovigilance a été diffusé auprès des correspondants. Dans leur ensemble, ces données ont permis d'alimenter des états des lieux pour des groupes de travail de la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) sur le crack (Île-de-France), notamment sous la forme d'une capsule vidéo. Un programme de détection des événements iatrogènes aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier (URGEIM), en 2018, a montré que la cocaïne était la première substance psychoactive retrouvée, avec une augmentation constatée sur la période d'étude 2014-2016 (Serre et coll., 2018).

En 2020, suite à la notification de signalements marquants, une mise à jour des données a été décidée par l'ANSM (période d'analyse de juin 2017 à décembre 2019) consistant en l'analyse de 2 225 notifications. Ces notifications étaient en augmentation depuis 2010 (date de début du suivi de l'enquête) avec une multiplication par 10 des cas notifiés. Les complications décrites étaient majoritairement classées comme sévères avec 82 % des notifications graves nécessitant une hospitalisation. Cette gravité des tableaux cliniques, allant jusqu'au décès, pouvait être en partie expliquée par une disponibilité de cocaïne accrue ces dernières années sur le territoire (reflétée par la hausse des saisies), et par l'augmentation de la teneur en cocaïne (teneur moyenne de 66 % en 2018). À noter que ces complications concernaient une population de mineurs non négligeable et en légère augmentation (2,6 % des notifications *versus* 2,4 % sur la période d'analyse précédente). Ces données

204. DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances ; NotS : Notifications spontanées ; OPPIDUM : Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse ; PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ; SINTES/OCRTIS : Système d'Identification National des Toxiques Et Substances/Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants.

ont conduit à un encart dans un rapport de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives) sur la cocaïne (OFDT, 2023 ; p. 43)²⁰⁵, et à la participation du réseau d'addictovigilance français au groupe de travail AIPAUC (Améliorer l'information, la prévention et l'accompagnement des usagers de cocaïne) de la Fédération Addiction.

Pour compléter ces travaux, une étude rétrospective de cohorte sur le sevrage de la cocaïne chez 144 patients a été réalisée dans le service d'addictologie du CHU de Montpellier et a montré la difficulté de la prise en charge de cette addiction (Roy et coll., 2022). Récemment, l'ANSM a demandé une réactualisation des données de l'enquête sur la cocaïne (période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2024)²⁰⁶.

Depuis une trentaine d'années, le réseau français d'addictovigilance a développé et affiné des outils de plus en plus performants pour relater l'impact sanitaire de l'usage de substances psychoactives licites et illicites. Au cours de la dernière décennie, les données de pharmaco-surveillance convergent et révèlent une augmentation des complications sanitaires liées à l'usage de cocaïne. Cette surveillance permet de mesurer les impacts sanitaires liés aux accroissements de l'accessibilité et de l'usage de cocaïne. Ces outils sont indispensables à l'ajustement des politiques publiques pour une prise en charge optimale des problématiques actuelles et futures en lien avec la consommation de cocaïne et de crack. La pérennisation et la systématisation des notifications d'addictovigilance par les professionnels de santé sont nécessaires pour assurer une captation plus vaste des conséquences de la consommation de crack et de cocaïne.

RÉFÉRENCES

Blayac L, Ponte C, Lavaud M, *et al.* Increase of cannabis and cocaine use by pregnant women in France from 2005 to 2018: Insights of the annual cross sectional OPPIDUM survey. *Therapies* 2023 ; 78 : 201-11.

Campillo JT, Eiden C, Boussinesq M, *et al.* Adverse reactions with levamisole vary according to its indications and misuse: A systematic pharmacovigilance study. *Br J Clin Pharmacol* 2022 ; 88 : 1094-106.

205. OFDT. *La cocaïne : un marché en essor – Évolutions et tendances en France (2020-2022)* (sous la direction d'Ivana Obradovic). Paris : OFDT, mars 2023 : 65 p.

206. Compte-rendu du Comité scientifique permanent « psychotropes, stupéfiants et addictions » du 4 février 2025 [consulté le 17/12/2025: <https://ansm.sante.fr/uploads/2025/04/28/20250204-cr-csp-psaex.pdf>]

Eiden C, Roy S, Malafaye N, *et al.* Ten-year trends in hospitalizations related to cocaine abuse in France. *Fundam Clin Pharmacol* 2022 ; 36 : 1128-32.

Eiden C, Vincent M, Serrand C, *et al.* Health consequences of cocaine use in France: data from the French Addictovigilance Network. *Fundam Clin Pharmacol* 2021 ; 35 : 455-65.

Eiden C, Peyrière H, Diot C, *et al.* Prevalence of levamisole and aminorex in patients tested positive for cocaine in a French University Hospital. *Clin Toxicol (Phila)* 2015 ; 53 : 604-8.

Eiden C, Diot C, Mathieu O, *et al.* Levamisole-adulterated cocaine: what about in European countries? *J Psychoactive Drugs* 2014 ; 46 : 389-92.

Micallef J, Jouanjus É, Mallaret M, *et al.* Détection des signaux du réseau français d'addictovigilance : méthodes innovantes d'investigation, illustrations et utilité pour la santé publique. *Thérapie* 2019 ; 74 : 579-90.

Revol B, Willeman T, Manceau M, *et al.* Trends in Fatal Poisoning Among Drug Users in France From 2011 to 2021: An Analysis of the DRAMES Register. *JAMA Netw Open* 2023 ; 6 : e2331398.

Roy S, Eiden C, Nogue E, *et al.* Follow-up of patients hospitalized for cocaine detoxification. Inpatient cocaine detoxification. *Thérapie* 2022 ; 78 : 745-9.

Serre A, Eiden C, Gourhant V, *et al.* Implication de l'addictovigilance dans un service d'urgence pour la détection et le recueil des cas d'abus et de dépendance : bilan de 3 ans d'expérience. *Thérapies* 2018 ; 73 : 501-9.

Approches pharmacologiques du trouble lié à l'usage de cocaïne

Laurent Karila²⁰⁷,
*Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions,
Hôpital Universitaire Paul Brousse (AP-HP) –
Université Paris Saclay – UR PSYCOMADD
Villejuif*

L'addiction à la cocaïne, quelle que soit sa forme, est une pathologie complexe et multifactorielle impliquant de nombreux systèmes neurobiologiques dont le système glutamatergique au premier plan (Karila et coll., 2014).

Le programme de soins de ce trouble doit être intégré et comprendre différents axes dont l'objectif de consommation, la gestion du syndrome de sevrage pouvant durer de 1 à 6 mois (Li et Shoptaw, 2023), la notion d'urgences somatique, psychiatrique et addictologique et la prévention de rechute (traitements pharmacologiques, psychothérapies, groupes d'auto-support, prise en soins des comorbidités, implication des patients experts).

Trois approches pharmacologiques – pharmacocinétique, pharmacodynamique et substitutive – peuvent être envisagées dans le traitement de cette pathologie mais aucune n'a d'autorisation de mise sur le marché²⁰⁸ en France.

L'approche pharmacocinétique correspond à l'immunothérapie avec le développement d'un vaccin curatif anti-cocaïne chez l'humain (Kosten, 2024), d'anticorps monoclonaux anti-cocaïne chez l'animal (Malik et Agrewala, 2023). Il existe également le développement d'enzymes génétiquement modifiées telles que la cocaïne hydrolase à libération prolongée testée chez l'animal (Shang et coll., 2023). Des études sont en cours pour cette approche prometteuse.

L'approche pharmacodynamique est celle qui est la plus utilisée en pratique clinique avec la prescription d'agents pharmacologiques testés dans des études (Kampman, 2019). Cette approche implique de nombreux éléments

207. Professeur.

208. L'autorisation de mise sur le marché est l'accord donné à un titulaire des droits d'exploitation d'un médicament fabriqué industriellement pour qu'il puisse le commercialiser.

dans l'interactome²⁰⁹ : transporteurs de la dopamine, de la sérotonine, de la noradrénaline, du glutamate, de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Les tendances pharmacologiques actuelles restent les prescriptions de N-acétylcystéine (Cuocina et coll., 2024), topiramate, et disulfiram en seconde intention (Traccis et coll., 2024). Les antagonistes des récepteurs alpha noradrénergiques (doxazosin, biperidene) ou la galantamine (inhibiteur de l'acétylcholinestérase et agoniste des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine) ont été testés (Brandt et coll., 2021). La kétamine couplée à la thérapie cognitive et comportementale en pleine conscience a quant à elle montré des résultats intéressants à six mois (Dakwar et coll., 2019). La progestérone chez la femme (Oliva et coll., 2022), les psychédéliques (psilocybine, LSD) (Jones et Nock, 2022), l'association topiramate-phentermine (Rush et coll., 2021) et l'acide clavulanique (Maser et coll., 2024) sont également des pistes testées.

L'approche substitutive est une piste très prometteuse sur le même modèle que ce qui est fait pour les troubles liés à l'usage des opioïdes ou du tabac. Les amphétamines partagent des propriétés cliniques et pharmacologiques avec la cocaïne (Tardelli et coll., 2023). Une réduction de la consommation de cocaïne a été montrée avec la d-amphétamine mais il existe un potentiel addictif (Karila et coll., 2011). La lis-dextroamphétamine, 40 à 50 % aussi puissante que la dextroamphétamine, a été testée dans des études pilotes (Tardelli et coll., 2023). Il existe des résultats positifs et négatifs avec les sels d'amphétamines à libération prolongée (LP) (Brandt et coll., 2021). Optimiser une intervention comportementale avec des sels d'amphétamines LP n'augmente pas significativement le taux d'abstinence chez les personnes continuant à consommer de la cocaïne après un mois de thérapie comportementale (Carpenter et coll., 2024). Un encouragement à l'abstinence avec la combinaison topiramate – sels d'amphétamines LP a été montrée (Levin et coll., 2020). Le modafinil entraîne une réduction de l'euphorie, du *craving* et a permis un maintien de l'abstinence. Il existe une amélioration cognitive, de l'architecture du sommeil et une action sur les circuits cérébraux motivationnels et cognitifs (Sofuoglu et coll., 2016 ; Kampman, 2019). Malgré des premiers résultats encourageants sur le plan clinique, les résultats finaux sont cependant contradictoires (Karila et coll., 2016).

Il existe une potentielle efficacité du méthylphénidate à libération prolongée pour le traitement du trouble de l'usage de cocaïne chez les personnes atteintes de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cependant, les résultats sont négatifs dans certaines études avec ou sans TDAH comorbide (Young et coll., 2024).

209. L'interactome représente l'ensemble des interactions moléculaires qui se produisent au sein d'une cellule, d'un tissu ou d'un organisme, au cours des divers processus physiologiques.

Sur un plan purement médical et fondé sur les « données probantes »²¹⁰, certaines classes médicamenteuses ne doivent pas être prescrites pour l'indication « trouble de l'usage de cocaïne » mais dans leur indication princeps : antipsychotiques (halopéridol, rispéridone, aripiprazole, olanzapine, quétiapine) ; anticonvulsivants ; agonistes dopaminergiques (amantadine, bromocriptine, pergolide) ; antidépresseurs ; traitements de substitution aux opiacés (TSO) ; naltrexone à libération prolongée injectable.

Ces approches pharmacologiques doivent être combinées à des approches psychothérapeutiques (entretiens motivationnels, thérapie cognitive et comportementale). Devant l'absence de preuves évidentes avec les approches médicamenteuses, une méta-analyse de 50 études cliniques sur différentes interventions psychosociales pour l'addiction à la cocaïne et/ou aux amphétamines a montré que la combinaison de deux interventions psychosociales différentes (gestion des contingences et approche de renforcement communautaire) était potentiellement le traitement le plus efficace et le plus acceptable à court et à long terme (De Crescenzo et coll., 2018). Des études doivent être envisagées en France en particulier sur la gestion des contingences.

RÉFÉRENCES

- Brandt L, Chao T, Comer SD, *et al.* How can we optimally channel therapeutic optimism to advance pharmacotherapy research on cocaine use disorder? *Addiction* 2021 ; 116 : 715-7.
- Carpenter KM, Choi CJ, Basaraba C, *et al.* Mixed Amphetamine Salts-Extended Release (MAS-ER) as a behavioral treatment augmentation strategy for cocaine use disorder: A randomized clinical trial. *Exp Clin Psychopharmacol* 2024 ; 32 : 112-27.
- Cuocina M, Aiello G, Cutrufelli P, *et al.* Effect of N-acetylcysteine on craving in substance use disorders (SUD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology* 2024 ; 15.
- Dakwar E, Nunes EV, Hart CL, *et al.* A single ketamine infusion combined with mindfulness-based behavioral modification to treat cocaine dependence: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2019 ; 176 : 923-30.
- De Crescenzo F, Ciabattini M, D'Alò GL, *et al.* Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction : A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med* 2018 ; 15 : e1002715.
- Jones GM, Nock MK. Exploring protective associations between the use of classic psychedelics and cocaine use disorder: a population-based survey study. *Sci Rep* 2022 ; 12 : 2574.

210. *Evidence Based Medicine.*

- Kampman KM. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv* 2019 ; 5 : eaax1532.
- Karila L, Leroy C, Dubol M, *et al.* Dopamine Transporter Correlates and Occupancy by Modafinil in Cocaine-Dependent Patients : A Controlled Study With High-Resolution PET and (11)C-PE2I. *Neuropsychopharmacology* 2016 ; 41 : 2294-302.
- Karila L, Zarmadini R, Petit A, *et al.* Cocaine addiction: current data for the clinician. *Presse Med* 2014 ; 43 : 9-17.
- Karila L, Reynaud M, Aubin H-J, *et al.* Pharmacological treatments for cocaine dependence: is there something new? *Curr Pharm Des* 2011 ; 17 : 1359-68.
- Kosten TR. Vaccines as immunotherapies for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2024 ; 181 : 362-71.
- Levin FR, Mariani JJ, Pavlicova M, *et al.* Extended release mixed amphetamine salts and topiramate for cocaine dependence: A randomized clinical replication trial with frequent users. *Drug Alcohol Depend* 2020 ; 206 : 107700.
- Li MJ, Shoptaw SJ. Clinical management of psychostimulant withdrawal: review of the evidence. *Addiction* 2023 ; 118 : 750-62.
- Malik JA, Agrewala JN. Future perspectives of emerging novel drug targets and immunotherapies to control drug addiction. *Int Immunopharmacol* 2023 ; 119 : 110210.
- Maser J, Morrison MF, Khalid HP, *et al.* Clavulanic Acid-Mediated Increases in Anterior Cingulate Glutamate Levels are Associated With Decreased Cocaine Craving and Brain Network Functional Connectivity Changes. *Curr Ther Res Clin Exp* 2024 ; 101 : 100751.
- Oliva A, Reed SC, Brooks DJ, *et al.* Safety and tolerability of progesterone treatment for women with cocaine use disorder: a pilot treatment trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2022 ; 48 : 586-95.
- Rush CR, Stoops WW, Lile JA, *et al.* Topiramate-phentermine combinations reduce cocaine self-administration in humans. *Drug Alcohol Depend* 2021 ; 218 : 108413.
- Shang L, Jin Z, Wei H, *et al.* Catalytic activities of a highly efficient cocaine hydrolase for hydrolysis of biologically active cocaine metabolites norcocaine and benzoylecgonine. *Sci Rep* 2023 ; 13 : 640.
- Sofuoglu M, DeVito EE, Waters AJ, *et al.* Cognitive Function as a Transdiagnostic Treatment Target in Stimulant Use Disorders. *J Dual Diagn* 2016 ; 12 : 90-106.
- Tardelli VS, Berro LF, Gerra G, *et al.* Prescription psychostimulants for cocaine use disorder: A review from molecular basis to clinical approach. *Addict Biol* 2023 ; 28 : e13271.
- Traccis F, Minozzi S, Trogu E, *et al.* Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2024 ; 1 : CD007024.
- Young EJ, Radnai L, Prikhodko V, *et al.* Novel therapeutics in development for the treatment of stimulant-use disorder. *Curr Opin Neurobiol* 2024 ; 87 : 102898.

La cocaïne en France : tendances d'usage, enjeux et perspectives²¹¹

Ivana Obradovic²¹²,

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Dans un contexte d'essor de la production mondiale de cocaïne, la circulation de ce produit sur le territoire européen, en particulier en France, s'est amplifiée depuis les années 2010 comme illustré par le niveau record des quantités saisies (27,7 tonnes saisies en 2022, dont plus de 15 tonnes dans les ports, en particulier celui du Havre). En moins de deux décennies, l'Europe est devenue un pivot de l'acheminement de la cocaïne à travers le monde. Selon l'estimation de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDDC), la quantité de cocaïne produite dans le monde a doublé en l'espace d'une décennie et atteint aujourd'hui un pic de 2 500 tonnes. La production en Colombie, principal pays producteur d'où provient la majorité de la cocaïne consommée en Europe, a quadruplé en dix ans pour dépasser 1 700 tonnes en 2022. L'essor de l'offre mondiale est allé de pair avec une plus forte accessibilité du produit en Europe et en France, à mesure que le prix de détail diminue et que la disponibilité de la cocaïne progresse, renforcée par sa présence sur les réseaux sociaux et le développement des livraisons à domicile par les réseaux locaux de trafic. La décennie 2010 a été marquée par plusieurs phénomènes qui expliquent la croissance de l'offre de cocaïne 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 et contribué à un surcroît de visibilité du produit, ainsi que de ses conséquences sanitaires. Derrière le cannabis (209 millions de consommateurs à l'échelle mondiale), la cocaïne est le produit illicite le plus consommé (près de 21,5 millions d'utilisateurs au moins une fois dans l'année, contre 14 millions

211. Cette communication s'appuie sur le rapport suivant, publié en 2023 par l'OFDT : OFDT. La cocaïne : un marché en essor – Évolutions et tendances en France (2020-2022) (sous la direction d'Ivana Obradovic). Paris : OFDT, mars 2023 : 65 p.

212. Directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

à la fin des années 1990). Au sein de l'Union européenne (UE), la diffusion de ce produit n'a cessé de progresser et concerne 3,5 millions d'utilisateurs dans l'année. La France n'est pas épargnée par ce phénomène : elle figure désormais dans le groupe des pays les plus consommateurs au sein de l'UE. D'après les derniers chiffres disponibles, on y dénombre 600 000 utilisateurs (dans l'année), contre 5 millions pour le cannabis et 400 000 pour la MDMA²¹³ /ecstasy. Ce chiffre augmente depuis vingt ans parmi les adultes, en particulier au-delà de 25 ans. Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), en 2023, la cocaïne reste la drogue illicite la plus consommée après le cannabis : un adulte sur dix en a déjà consommé, soit un quasi-doublement en six ans (entre 2017 et 2023), et près de 3 % des adultes en ont pris au moins une fois dans la dernière année. Dans certaines classes d'âge, comme les 25-34 ans, on compte désormais plus de 5 % d'utilisateurs occasionnels (dans la dernière année).

L'usage de cocaïne concerne donc une gamme de plus en plus large de classes d'âge mais aussi de milieux sociaux, ce qui se traduit notamment par une diversification des modes de consommation – sous forme sniffée (cocaïne-poudre), fumée (cocaïne basée ou crack) ou injectée. En miroir de cette évolution à la hausse, les signaux sanitaires sont convergents : triplement des recours aux urgences pour un usage de cocaïne entre 2010 et 2022, montée en charge conjointe des hospitalisations et des demandes de traitement pour un usage de cocaïne.

Alors 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.

Taille et régulation du marché de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée

Christian Ben Lakhdar,

Université de Lille, LEM (Lille Économie Management), UMR 9221 CNRS

Les propos rapportés ici portent sur deux principaux points. Le premier est relatif au manque de données sur les estimations en volume et valeur des marchés des stupéfiants et sur celui de la cocaïne poudre/cocaïne basée en particulier ; cela rend difficiles et hypothétiques les recherches sur le sujet. Le second point traite de la régulation des marchés des stimulants.

Estimer l'envergure du marché de la cocaïne poudre et de la cocaïne basée (crack)

En premier lieu, il est important de souligner qu'il est difficile de vraiment définir s'il existe ou non un marché de la cocaïne basée en tant que tel, distinct de celui de la cocaïne poudre, ou bien s'il s'agit d'un produit « fait maison » dérivé du marché de la cocaïne poudre. Le réseau « Tendances récentes et nouvelles drogues » (TREND) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) identifie bien des transactions marchandes de cocaïne basée à Paris et en Île-de-France mais pas dans le reste de la France continentale. Ceci a pour corollaire de considérer les transactions de cocaïne basée comme encadrées dans celles de la cocaïne poudre. Nous ne savons pas comment est cette réalité de marché ailleurs en Europe ou dans le monde. Supposons que les deux marchés co-existent pour la France continentale, à savoir que certaines transactions doivent porter sur la cocaïne basée, d'autres sur la cocaïne poudre qui sera consommée comme telle, et enfin sur la cocaïne poudre qui sera basée par les personnes consommatrices.

Malgré ceci, il est possible de tenter d'avoir une estimation de la taille du marché de la cocaïne basée via une approche par la demande. Au lieu d'utiliser des données de saisies policières et douanières ou des estimations de la

taille des cultures de cocaïer, l'estimation des volumes achetés peut se baser sur la part du nombre de consommateurs et de leur mode de consommation. L'estimation de la prévalence de personnes utilisatrices de cocaïne basée repose principalement en France sur les travaux d'Éric Janssen de l'OFDT (Janssen et coll., 2021). Il a développé ces dernières années des outils et une expertise permettant d'estimer la taille de populations rares ou cachées, souvent par méthode de capture-recapture²¹⁴. Ayant une idée du nombre de personnes consommant de la cocaïne basée, il s'agit d'y associer des comportements de consommation, en considérant non seulement l'intensité et la fréquence mais également la qualité des produits consommés entendue comme les quantités de cocaïne nécessaires (et leur taux de pureté) pour élaborer un caillou ou une galette de cocaïne basée.

Cependant, il n'y a pas de travaux sur les comportements de consommation de cocaïne basée en France. Il est donc ardu de distinguer des usages occasionnels, réguliers ou quotidiens et l'intensité de consommation qui leur est associée (par ex. : les individus consomment-ils un caillou ou plusieurs à chaque occasion de consommation ?). Il serait également utile de renseigner les passages d'usage de cocaïne poudre à la cocaïne basée (et inversement) et les motivations associées. Il semble aussi y avoir un manque de données concernant l'usage de la cocaïne basée en population dite insérée (qui échappe à la méthode de capture-recapture en ne fréquentant pas ou peu les dispositifs de type CAARUD – Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). En lien, un focus plus important de recherche pourrait être mené sur les croyances liées à l'usage de cocaïne basée : il est parfois mis en avant que les usagers pensent « épurer » la cocaïne poudre en basant, mais est-ce toujours le cas, n'y a-t-il pas d'autres motivations invoquées ?

Réguler le marché des stimulants

Concernant la régulation des stupéfiants en France, et celle de la cocaïne (poudre et basée en particulier), c'est la loi de 1970²¹⁵ qui s'applique, celle-ci considérant l'usager de drogues comme un individu à la fois malade

214. En épidémiologie, la méthode de capture-recapture permet, en croisant plusieurs sources d'information issues d'une même population, d'estimer le nombre de cas qui ne sont identifiés par aucune des sources, le nombre de cas total (N) et ainsi l'exhaustivité de chaque source. Cette méthode est couramment utilisée en démographie pour estimer des populations difficiles d'accès (voir Gallay et coll., 2002).

215. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JO, 03/01/1971.

et délinquant. Dans le cas de la cocaïne basée, étant donné son pouvoir addictif très élevé, le statut entre délinquant et malade des personnes en consommant pose d'autant plus question. À ce titre, il faudrait se pencher sur le devenir des usagers qui sont interpellés, sur ce que leur réserve la chaîne pénale une fois celle-ci enclenchée. Un large pan de la littérature scientifique a documenté, et continue de le faire, les dommages sanitaires et sociaux accrus induits par la pénalisation de l'usage de stupéfiants (pour de récents travaux, voir : Bratberg et coll., 2023 ; Scher et coll., 2023 ; Stenström et coll., 2024 ; voir par ailleurs et plus généralement les travaux du *Harm Reduction Journal*). Dans le cas de la cocaïne basée, une dépénalisation de l'usage et de la détention viendrait sans nul doute minimiser une partie des dommages sociaux et sanitaires pour la frange la plus précaire des usagers (les autres étant moins inquiétés certainement) (voir par exemple Da Santos Silveira et coll., 2018).

Plus généralement, même si concevoir une légalisation de la cocaïne paraît improbable, certains auteurs comme Mark Haden laissent entrevoir ce que pourrait être un dispositif de délivrance de cocaïne pour celles et ceux qui en ont besoin comme la régulation des stimulants ayant les mêmes objectifs que ceux de la santé publique et de la réduction des risques et des dommages (Haden, 2008).

Plus vraisemblable car plus acceptable socialement en termes de recommandations de politiques publiques, il faut inviter à la déstigmatisation des usagers de stupéfiants et de cocaïne poudre et cocaïne basée en particulier. En pointant du doigt cette catégorie populationnelle, la personne consommatrice de cocaïne basée devient la cause de tous les maux, le bouc-émissaire parfait au mal-être des citoyens, ce qui entraîne un renforcement positif de l'attitude stigmatisante. Cela crée des obstacles supplémentaires à la prise en soins des individus qui en ont besoin : manque de financement, sabotage ou tout au moins dénigrement du travail des associations de réduction des risques, etc. Déstigmatiser reviendrait alors à (re)faire des personnes utilisatrices de drogues qui sont en souffrance ce qu'elles sont simplement, des êtres humains ayant besoin d'aide et d'accompagnement.

RÉFÉRENCES

Bratberg JP, Simmons A, Arya V, et al. Support, don't punish: Drug decriminalization is harm reduction. *Journal of the American Pharmacists Association* 2023 ; 63 : 224-9.

Da Santos Silveira P, Andrade de Tostes, Joanna Gonçalves, Wan HT, *et al.* The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. In: Ronzani TM, ed. *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs*. Cham : Springer International Publishing; Imprint: Springer, 2018 : 15-25.

Gallay A, Nardone A, Vaillant V, *et al.* La méthode capture-recapture appliquée à l'épidémiologie : principes, limites et applications. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2002 ; 50 : 219-32.

Haden M. Controlling illegal stimulants: a regulated market model. *Harm Reduct J* 2008 ; 5 : 1-8.

Janssen E, Vuolo M, Gérome C, *et al.* Mixed methods to assess the use of rare illicit psychoactive substances: a case study. *Epidemiol Methods* 2021 ; 10.

Scher BD, Neufeld SD, Butler A, *et al.* "Criminalization causes the stigma": Perspectives from people who use drugs. *Contemp Drug Probl* 2023 ; 50 : 402-25.

Stenström A, Estrada F, Tham H. "It should be hard to be a drug abuser" An evaluation of the criminalization of drug use in Sweden. *Int J Drug Policy* 2024 ; 133 : 104573.

La lutte contre les trafics de stupéfiants : enjeux stratégiques et perspectives judiciaires

*Thomas Bujon*²¹⁶,

*Université Jean Monnet de Saint-Étienne, Triangle UMR 5206 ;
École Nationale Supérieure de Police (ENSP)*

Cette audition entendait apporter à l'expertise collective ciblée des éléments de compréhension des stratégies policières et judiciaires en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants. Elle s'est focalisée sur les stratégies d'enquêtes, les moyens procéduraux – techniques spéciales d'enquêtes, mesures coercitives, etc. – utilisés par les services de police judiciaire lorsqu'ils sont confrontés à différents niveaux de trafic de stupéfiants²¹⁷.

Si la lutte contre les trafics de stupéfiants nécessite pour les enquêteurs d'avoir recours à des stratégies judiciaires (gestion des informateurs, infiltration, livraison surveillée) et à des techniques spéciales d'enquêtes (géolocalisation, sonorisation, etc.) dites dérogoatoires au droit commun – mais qui ne sont plus réservées au trafic de stupéfiants depuis la loi du 9 mars 2004 dite Loi Perben 2 –, leur usage est contraint par le cadre d'enquête privilégié par les magistrats du parquet (enquête de flagrance ou enquête préliminaire) ou par les magistrats du siège (information judiciaire confiée à un juge d'instruction). Cet usage dépend aussi des ressources matérielles (balise de géolocalisation, véhicules, etc.) et humaines dont disposent les services enquêteurs et les juridictions des tribunaux pour mener à bien leurs missions et parvenir au démantèlement des réseaux criminels. L'efficacité de l'enquête judiciaire dépend de cette distribution initiale, tout comme elle dépend des conditions de travail des enquêteurs et des magistrats, de leur capacité à absorber des dossiers parfois lourds et complexes. En matière de trafic de stupéfiants, le nombre croissant de personnes mises en cause ne permet pas toujours de traiter pénalement

216. Maître de conférences en sociologie (Université Jean Monnet de Saint Étienne), chercheur associé à l'École Nationale Supérieure de Police (ENSP).

217. Cette audition n'a pas évoqué le travail dans ce domaine des services de gendarmerie ou des douanes qui sont eux aussi largement concernés par les trafics de stupéfiants.

l'ensemble du réseau criminel dans son entièreté. Avec la montée en puissance du narco-banditisme et des « narcomicides », les acteurs judiciaires semblent avoir du mal à y faire face à droit et moyen constants²¹⁸.

Globalement, il existe trois niveaux de lutte contre les trafics de stupéfiants auxquels correspondent trois niveaux d'action policière et judiciaire (tableau I). Ces trois niveaux ne se retrouvent pas partout de la même manière sur le territoire et les acteurs concernés n'apparaissent pas toujours sous les mêmes appellations, ni parfois avec les mêmes prérogatives²¹⁹.

Un premier niveau correspond à la lutte contre les petits trafics de rue et les points de *deal*. Ce niveau de trafic est le plus visible et concerne la petite délinquance. Généralement, ce sont les brigades des stupéfiants qui sont situées dans les commissariats qui enquêtent sur ces trafics. Elles interviennent sur un secteur qui leur est assigné administrativement (district, arrondissement, division, etc.). Elles ont un double objectif : *i*) mettre un terme au trouble à l'ordre public causé par le trafic en intervenant dans le cadre d'un flagrant délit (éventuellement suite à une courte phase d'enquête préliminaire) ; *ii*) de remonter les filières en enquêtant, dans le cadre de commission rogatoire, sur l'organisation des réseaux de trafic. Ils enquêtent soit suite à des signalements, dans le prolongement des interventions des unités de voie publique (Brigades Spécialisées de Terrain/BST, Brigades Anti-Criminalité/BAC, etc.), soit de leur propre initiative. Plus les unités de voie publique sont actives (en occupant l'espace public par un « contrôle de zone ») et plus les initiatives discrètes des enquêteurs pour démanteler les réseaux criminels sont menacées.

Le deuxième niveau correspond au niveau intermédiaire du trafic : les objectifs des brigades des stupéfiants sont les semi-grossistes ou les grossistes chargés d'assurer le stockage et la redistribution de grandes quantités de stupéfiants aux *dealers* locaux ou régionaux. Généralement, ce sont les Sûretés départementales, antennes de police judiciaire, etc. qui traitent de ce niveau intermédiaire.

Le dernier niveau est celui de l'importation ou production des stupéfiants qui est confié aux enquêteurs de police judiciaire (Ofast : Office anti-stupéfiants) et aux offices centraux. Ces derniers ont un énorme avantage par rapport aux autres unités qui interviennent aux niveaux 1 et 2, c'est que leur investigation n'est a priori pas contrariée par des missions de maintien de l'ordre et elles disposent d'un temps d'enquête (préliminaire ou sous-commission

218. Sénat. Un nécessaire sursaut : sortir du piège du narcotrafic. Rapport n° 588 (2023-2024), tome I, déposé le 7 mai 2024 : 629 p.

219. Par exemple, Paris et Marseille disposent d'une préfecture de police qui regroupe l'ensemble des brigades destinées à lutter contre la moyenne et la grande délinquance, d'autres villes comme Lyon ou Lille sont plus proches certainement du tableau I.

rogatoire – CR) plus long pour remonter les filières et démanteler les réseaux criminels. Un quatrième niveau pourrait ainsi être distingué autour de l'international et des affaires de très grande complexité exclusivement traitées par les offices centraux.

Tableau I : Trois niveaux de lutte contre les trafics de stupéfiants

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	« Criminalité territorialisée »		Criminalité organisée Réseaux internationaux
	Petite délinquance	Moyenne délinquance	Grande délinquance
Rôles dans le trafic de stupéfiants	Charbonneurs/ sacocheurs, livreurs, guetteurs, lieutenants (ouverture, supervision, collecte), livreurs, préparateurs commandes, etc.	Gérants (N+1, N+2) filières/logistique, propriétaires PDD, semi- grossistes, grossistes, collecteurs, rouleurs	Chef de réseau (N+2) Importateurs, producteurs,
Seuils et critères de saisine des services	Grammes, kilo	Kilos (dizaines, centaines)	Kilos (centaine, tonne)
Qualifications	Détention, acquisition, transport, offre ou cession de produits stupéfiants	Détention, acquisition, transport, offre ou cession de produits stupéfiants Association de malfaiteurs Blanchiment Direction de groupement	Importation /exportation Production Blanchiment Association de malfaiteurs Meurtre en « bande organisée »
Types d'investigations et régime d'enquêtes	Peu d'actes d'investigation : « petit judiciaire » Préliminaire /flagrance/ « CR »	Actes d'investigation plus complexe (TSE) DO Préliminaire / « CR »	Actes techniques (TSE) et procéduraux élevés JIRS (instruction) « CR », « CRI »
Échelle	District, secteur, arrondissement, division, etc.	Départementale	Régionale, nationale internationale
Services/unités	BS, BST, BAC, CRS8, CRS83, BSU, SLPJ, etc.	SD, SLPJ, BS, Antenne PJ, DTPJ	SCPJ, Ofast, GIR, offices centraux, Eurojust
Réponse pénale	Ordonnances pénales, comparution immédiate, correctionnel	Chambre correctionnelle (DO)	Chambre correctionnelle (JIRS) Assises cour spéciale

BAC : Brigades anti-criminalité ; BS : Brigades des stupéfiants ; BST : Brigades spécialisées de terrain ; BSU : Brigades de sûreté urbaine ; CR : Commission rogatoire ; CRI : Commission rogatoire internationale ; CRS : Compagnie républicaine de sécurité ; DO : Délinquance organisée ; DTPJ : Directions territoriales de police judiciaire ; GIR : Groupes interministériels de recherches ; JIRS : Juridictions interrégionales spécialisées ; Ofast : Office anti-stupéfiants ; PDD : Point De Deal ; PJ : Police judiciaire ; SCPJ : Service central de police judiciaire ; SD : Sûretés départementales ; SLPJ : Service local de police judiciaire ; TSE : Techniques spéciales d'enquête.

L'enjeu de la récente loi d'orientation et de programmation du ministère de l'Intérieur (Loi n° 2023-22) est donc de parvenir à trouver un équilibre entre deux stratégies sans que l'une se réalise au détriment de l'autre et éviter le nivellement de l'action publique en matière de lutte contre les trafics : d'une part les opérations à court terme en surface (ex. : « Place nette », de niveau 1) avec une présence visible et continue des forces de l'ordre d'un côté (autrement dit une « police qui contrôle ») ; et d'autre part les enquêtes judiciaires à moyen et long terme, moins visibles, avec une présence discontinue autrement dit « une police qui enquête » en profondeur (niveaux 2, 3 et 4 pour les offices centraux).

L'Amérique latine et la question des drogues

Christophe Ventura²²⁰,
Institut de Relations Internationales et Stratégiques (IRIS)

La violence et la criminalité organisées – notamment celles liées au trafic de drogues – prolifèrent en Amérique latine. Le trafic se déploie dans un périmètre incluant désormais, avec la diversification de la consommation internationale et son augmentation dans la région, le Mexique, les pays d'Amérique centrale et de la Caraïbe – le « Triangle Nord » (Salvador, Guatemala et Honduras) –, l'Argentine, la Colombie, l'Équateur, la Bolivie, le Pérou, le Brésil et le Venezuela.

L'Amérique du Sud (Bolivie, Colombie, Pérou) est l'unique producteur et fournisseur mondial de cocaïne (marché estimé à 23,5 millions de consommateurs réguliers²²¹). Le Mexique, le Guatemala et la Colombie produisent également de l'héroïne. Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)²²², la consommation de cocaïne aux États-Unis et en Europe connaît une recrudescence (notamment sur le Vieux Continent où la consommation a augmenté de 80 % dans les grandes villes entre 2011 et 2023) après plusieurs années de stabilisation. Elle se développe également dans de nouvelles zones, en Asie de l'Est et du Sud-Est (Chine), en Afrique, en Océanie (Australie) et en Amérique latine/Caraïbe. Dans ce contexte, sa consommation globale a atteint des niveaux historiques en 2022 (2 700 tonnes produites, trois fois plus qu'en 2013 et 2014 et 20 % de plus qu'en 2021).

La Colombie est le premier fournisseur mondial de ce marché (plus de 60 % des surfaces de culture mondiale). Celle de la Bolivie – 12,5 % de la surface de culture mondiale – a sensiblement baissé ; celle du Pérou a, elle, augmenté pour représenter environ 26,5 % de la surface de culture mondiale.

220. Directeur de recherche à l'IRIS (Institut de Relations Internationales et Stratégiques).

221. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html> [consulté le 14/10/2024].

222. ONUDC. Rapport mondial sur les drogues 2024 (publication des Nations unies) ; <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html> [consulté le 14/10/2024]. Les éléments présentés sont issus de ce document.

Ces deux pays fournissent essentiellement le marché européen. La cocaïne est traditionnellement acheminée depuis la Colombie vers le Mexique ou l'Amérique centrale par mer puis, par voie terrestre, vers les États-Unis et le Canada. L'intensification du trafic depuis ces pays a entraîné ces dernières années une vague de violence meurtrière liée à des groupes criminels locaux et transnationaux, notamment en Équateur où les taux d'homicides ont été multipliés par cinq entre 2019 et 2022. Ce pays attire de plus en plus les activités du narcotrafic. Il s'agit des effets de la délocalisation des activités des cartels en Colombie suite aux accords de paix de 2016, de la dollarisation de l'économie du pays (qui facilite le blanchiment sur place), de la moindre présence sécuritaire, etc. La cocaïne est exportée depuis les côtes maritimes équatoriennes du Pacifique.

Depuis quelques années, les routes d'exportation latino-américaines se sont diversifiées vers l'Afrique de l'Ouest pour atteindre le marché européen via le Brésil et le Venezuela, et vers l'Afrique de l'Est et du Sud pour atteindre l'Asie de l'Est, du Sud-Est et l'Océanie. Le phénomène d'extension de la consommation des drogues (notamment de la cocaïne) suit, depuis les années 2000, celui de l'expansion de l'économie internationale et des « classes moyennes » dans de nombreux pays « émergents » dont les modes de vie et de consommation se standardisent en tendance.

Au Mexique, plus de la moitié des municipalités sont contrôlées par les cartels (qui gèrent le contrôle des routes continentales et internationales pour l'acheminement de la drogue) et les gangs (qui gèrent, eux, des territoires délimités, quartiers ou villes). Près de 80 % de l'argent des narcotrafiquants est blanchi dans l'économie légale. Ces derniers font vivre les populations délaissées par l'État dans de nombreuses régions. Malgré la militarisation de la lutte contre le narcotrafic menant à plus de 400 000 morts depuis 2006 dans le cadre de la stratégie de « guerre contre les drogues » initiée par l'ancien président Felipe Calderon, jamais remise en cause structurellement, l'influence des cartels mexicains s'est étendue et leurs activités se sont même diversifiées : piraterie, enlèvements, vols de marchandises, émigration clandestine, etc.

Cette conjoncture a donné naissance au concept de « mexicanisation » de l'Amérique latine. Les cartels mexicains – dont les activités narcotiques embrassent cocaïne, marijuana, opioïdes et opiacés, drogues de synthèse – opèrent désormais directement dans de nombreux pays de la région, jusqu'en Amérique du sud. Ces cartels confrontent chaque État aux mêmes problématiques sécuritaires et de santé publique.

Annexes

Annexe 1 : Expertise collective

Inserm : principes et méthode

L'Expertise collective Inserm²²³ a pour mission d'établir un bilan des connaissances scientifiques sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions (ministères, organismes d'assurance maladie, agences sanitaires, etc.) souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique.

L'expertise collective est une mission de l'Inserm depuis 1994. Près de quatre-vingt-dix expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé. L'Inserm est garant des conditions dans lesquelles l'expertise est réalisée (pertinence des sources documentaires, qualification et indépendance des experts, transparence du processus) en accord avec sa Charte de l'expertise qui en définit la déontologie²²⁴.

Le Pôle Expertise collective Inserm rattaché à l'Institut thématique Santé publique de l'Inserm assure la coordination scientifique et technique des expertises selon une procédure établie comprenant six étapes principales.

Instruction de la demande du commanditaire

La phase d'instruction permet de préciser la demande avec le commanditaire, de vérifier qu'il existe une littérature scientifique accessible sur la question posée et d'établir un cahier des charges qui définit le cadrage de l'expertise (périmètre et principales thématiques du sujet), sa durée et son budget à travers une convention signée entre le commanditaire et l'Inserm. La demande du commanditaire est traduite en questions scientifiques qui seront discutées et traitées par les experts.

223. Label déposé par l'Inserm

224. https://pro.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/08/INSERM_DISC_CharteExpertise.pdf

Constitution d'un fonds documentaire

À partir de l'interrogation des bases de données bibliographiques internationales et du repérage de la littérature grise (rapports institutionnels, etc.), des articles et documents sont sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions scientifiques du cahier des charges, puis sont remis aux experts. Ce fonds documentaire est actualisé durant l'expertise et complété par les experts selon leur champ de compétences.

Constitution du groupe multidisciplinaire d'experts

Pour chaque expertise, un groupe d'experts de 10 à 15 personnes est constitué. Sa composition tient compte d'une part des domaines scientifiques requis pour analyser la bibliographie et répondre aux questions posées, et d'autre part de la complémentarité des approches et des disciplines.

Les experts sont choisis dans l'ensemble de la communauté scientifique française et parfois internationale. Ce choix se fonde sur leurs compétences scientifiques attestées par leurs publications dans des revues à comité de lecture et la reconnaissance par leurs pairs. Les experts doivent être indépendants du partenaire commanditaire de l'expertise et de groupes de pression reconnus. Chaque expert doit compléter et signer avant le début de l'expertise une déclaration de lien d'intérêt conservée à l'Inserm.

La composition du groupe d'experts est validée par la Direction de l'Institut thématique Santé publique de l'Inserm.

Le travail des experts dure de 12 à 18 mois selon le volume de littérature à analyser et la complexité du sujet.

Analyse critique de la littérature par les experts

Au cours des réunions d'expertise, chaque expert est amené à présenter son analyse critique de la littérature qui est mise en débat dans le groupe. Cette analyse donne lieu à la rédaction des différents chapitres du rapport d'expertise dont l'articulation et la cohérence d'ensemble font l'objet d'une réflexion collective.

Des personnes extérieures au groupe d'experts peuvent être auditionnées pour apporter une approche ou un point de vue complémentaire. Selon la thématique, des rencontres avec les associations de la société civile peuvent être également organisées par le Pôle Expertise collective afin de prendre connaissance des questions qui les préoccupent et des sources de données dont elles disposent.

Synthèse et recommandations

Une synthèse reprend les points essentiels de l'analyse de la littérature et en dégage les principaux constats et lignes de force.

La plupart des expertises collectives s'accompagnent de recommandations d'action ou de recherche destinées aux décideurs. Les recommandations, formulées par le groupe d'experts, s'appuient sur un argumentaire scientifique issu de l'analyse. L'évaluation de leur faisabilité et de leur acceptabilité sociale n'est généralement pas réalisée dans le cadre de la procédure d'expertise collective. Cette évaluation peut faire l'objet d'un autre type d'expertise.

Publication de l'expertise collective

Après remise au commanditaire, le rapport d'expertise constitué de l'analyse, de la synthèse et des recommandations est publié par l'Inserm.

En accord avec le commanditaire, plusieurs actions de communication peuvent être organisées : communiqué de presse, conférence de presse, colloque ouvert à différents acteurs concernés par le thème de l'expertise (associations de patients, professionnels, chercheurs, institutions, etc.).

Les rapports d'expertise sont disponibles en librairie et sont accessibles sur le site internet de l'Inserm²²⁵. Par ailleurs, la collection complète est disponible sur iPubli²²⁶, le site d'accès libre aux collections documentaires de l'Inserm.

225. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives>

226. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1>

Annexe 2 : Méthodologie de la recherche bibliographique

Sur la base du cahier des charges de l'expertise et des questions scientifiques qui en découlent, une recherche bibliographique a été menée afin d'identifier les études portant sur la cocaïne – cocaïne poudre et cocaïne basée (crack) – et de constituer le fonds documentaire mis à disposition des experts pour l'analyse. Selon la thématique abordée, la recherche bibliographique a été soit approfondie (collecte des publications scientifiques), soit plus ciblée (sélection limitée aux revues et méta-analyses très récentes).

Le corpus a été actualisé pour les bases de données scientifiques jusqu'à fin août 2024, et pour les rapports institutionnels (OFDT, EUDA, UNODC, Assemblée nationale) jusqu'à juillet 2025²²⁷. Il regroupe des articles et documents publiés depuis 2020, et certaines références antérieures jugées pertinentes pour contextualiser la thématique.

Ce corpus a été enrichi par des références complémentaires proposées par les experts selon leurs domaines de compétence.

Principales sources et bases bibliographiques interrogées

Les recherches bibliographiques ont été effectuées par l'interrogation de différentes bases de données bibliographiques : PubMed, Web of Science, Cairn et HAL. L'interrogation des bases a porté sur les années de publication 2020-2024.

Les principales sources interrogées sont : Assemblée nationale, Cour des comptes, Direction générale de la santé (DGS), *European Commission*, *European Union Drugs Agency* (EUDA), Fédération Addiction, Haute Autorité de Santé (HAS), Infodrog, Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), OMS Europe (Organisation Mondiale de la Santé), Santé publique France (SPF), Sénat,

227. Une veille bibliographique a été menée jusqu'à l'étape de publication du rapport d'expertise afin d'identifier d'éventuels articles du corpus qui auraient pu être rétractés depuis leur collecte.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). L'interrogation de ces sources a été réalisée jusqu'en juillet 2025.

Volumétrie du fonds documentaire et principaux mots-clés utilisés

Le fonds documentaire comporte près de 2 500 documents. En fonction des bases utilisées, la stratégie de recherche a été réalisée soit avec les mots du thésaurus ou de l'index des bases interrogées, soit en mots du texte (Titre, Abstract, Topic). Concernant les mots-clés présentés ci-après, les séquences entre les guillemets indiquent une suite de mots recherchée *in extenso* et le symbole * indique les mots-clés utilisés avec une troncature.

La recherche bibliographique a reposé sur la requête utilisée pour la thématique de l'expertise qui a été croisée avec les requêtes des différentes sous-thématiques.

Mots-clés de la thématique de l'expertise

Cocaine, "Crack cocaine"

Mots-clés des sous-thématiques de l'expertise

Usage

Epidemiolog*, Estima*, Consumer, Frequenc*, Incidence, Occurrence, Prevalence, Trend*, Tendency, Statistic*, Rate, "Risk assessment", User

Marché

Buy*, Cryptomarket, Deal*, "Drug market*", Market*, Marketplace, "Illicit drugs", "Social media", Police, Price

RdRD (Réduction des risques et des dommages)

"Risk reduction", "Risk minimisation"

Salle de consommation

"Drug consumption room", "Overdose prevention", "Supervised consumption", "Supervised injection facilities"

(Supervised, Safe*) AND (Consumption, Inject*, Shooting) AND (Facility*, Room*, Gallery*, Centre*, Center*, Site*)

Légalisation

Depenalization, Legalization

Violence sexuelle

“Sexual abuse”, “Sexual violence”, Sexual*, Violence*

EXPERTISE COLLECTIVE CIBLÉE

Cocaïne

La cocaïne est devenue la substance psychoactive illicite la plus consommée en France, après le cannabis. La forte hausse de la demande de cocaïne en France est associée à une offre toujours croissante du produit résultant de l'essor de la production dans les pays andins, de l'accroissement de l'exportation vers l'Europe, de la multiplication des routes d'importation et des modes d'approvisionnement. Les profils des usagers et les contextes d'usages se diversifient, accentuant les dommages sanitaires et sociaux, eux-mêmes aggravés par la diffusion de la consommation de cocaïne sous forme basée (crack).

Les pouvoirs publics sont ainsi confrontés à des difficultés grandissantes pour la mise en œuvre et le développement de stratégies et d'actions coordonnées et efficaces dans le cadre de leurs politiques publiques de lutte contre la cocaïne.

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et le ministère de la Santé ont sollicité l'Inserm pour une expertise collective ciblée. Ce rapport d'expertise vise à offrir une compréhension globale des nouveaux enjeux liés à la consommation de cocaïne en France. Il présente l'analyse du groupe pluridisciplinaire d'experts et la synthèse des constats majeurs, s'attachant à identifier les possibles leviers d'action efficaces pour améliorer les politiques publiques en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages, de prise en soins et d'accompagnement des personnes usagères de cocaïne.

ISBN 978-2-7598-3960-5

ISSN 1264-1782

inserm.fr

