

USAGES ET USAGERS

Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000

*Rodolphe INGOLD

Introduction

Nous entendons ici par l'étude des « tendances », la description des caractéristiques d'un phénomène donné et de ses transformations dans le temps. Ce type d'étude se heurte à des difficultés considérables dans le champ de la toxicomanie. Ce dernier est mal défini, ses limites sont imprécises. Nous connaissons mal les consommateurs dans leur ensemble et les études disponibles sont fragmentaires. Des biais considérables affectent les données quantitatives disponibles. En effet, ces données concernent surtout la dimension médico-légale de la toxicomanie (sources policières, tribunaux et centres de soins). Elles ne font pas état des consommations de produits identiques dans la population générale et n'en sont pas le reflet direct, mises à part toutefois, et dans une petite mesure, les enquêtes réalisées en milieu scolaire et dans les armées.

Nous tenterons ci-après une lecture de ces trente dernières années à travers plusieurs éléments qui forment un ensemble d'allure assez disparate : données épidémiologiques, rapports officiels et d'institutions soignantes, études et recherches, données administratives et policières. La notion de tendances s'applique ici non seulement aux consommations, mais aussi aux consommateurs et à leurs pratiques. Notre ambition se limitera aux faits les plus saillants, sans aborder la question des changements institutionnels intervenus depuis les années 1970.

Préalable : concepts et sources

La notion de toxicomanie fait pour nous référence à l'interaction entre des consommateurs de drogues et les institutions spécifiquement créées pour eux. Est toxicomane celui ou celle qui, au moins une fois dans sa vie, a eu recours à ces institutions, que ce recours ait été volontaire ou involontaire. La toxicomanie est donc ici définie comme un statut social d'un type particulier et non comme une conduite au sens psychologique.

Les analyses disponibles sont peu nombreuses. Dans leur ensemble, elles tendent à montrer que la mesure du phénomène reste encore un exercice périlleux, aléatoire et sans doute vain. Nous ne savons pas mesurer une vie de toxicomane et cela est sans doute mieux ainsi. Mais certaines sources d'information sont encore largement inexploitées. L'étude de la mortalité des toxicomanes, par exemple, bénéficierait assurément d'un accueil plus favorable de la part des Instituts médico-légaux. Ces carences confèrent ainsi aux données policières une pertinence pour ce qui est de la mortalité. Les efforts de l'OFDT, créé en 1994, vont dans le sens de l'aménagement de réseaux d'information et de la mise en place de nouvelles grilles d'analyse. La plupart des données administratives datent d'après 1980 et sont rarissimes avant 1974. Beaucoup d'archives ont été détruites.

Le développement des consommations de drogues ne s'est pas réalisé selon des processus identiques à Paris et en province, dans les grandes villes, les banlieues et les milieux ruraux. Certaines régions ont connu des évolutions très proches de celle de Paris, avec Metz, Marseille, Bordeaux et Biarritz. D'autres ont connu un développement plutôt tardif du mouvement épidémique de consommation d'héroïne, tel que nous le repérons en 1977-1982 dans la région parisienne. La disparité des prévalences actuelles de la contamination VIH, en fonction des régions, est un des effets de ces différences: aux environs de 20 à 30 % à Paris et Marseille, à moins de 5 % à Metz, Lille et Mulhouse. Les époques considérées sont scindées en trois parties : de 1970 à 1975, de 1975 à 1985 et de 1985 à 2000. Cette dernière époque voit l'explosion de la consommation des stimulants avec la cocaïne et le crack, d'une part, les amphétamines et l'ecstasy, d'autre part.

* Directeur scientifique de l'IREP

Nous nous sommes limités à la consultation d'un petit nombre de documents qui peuvent être classés de la façon suivante : les données administratives (SESI, OCRTIS), les données de recherche (IREP, INSERM notamment), les analyses et les synthèses (OFDT, rapports officiels) et, enfin, les données institutionnelles (rapports d'activité). Nous avons utilisé, aussi, nos propres souvenirs et bénéficié du soutien actif et amical de nos collègues du Réseau IREP. La première lecture de ces quelques documents nous permet d'isoler quelques données partielles mais significatives.

Eléments de description

- Les produits

Les médicaments et l'alcool ont une place très importante et largement sous-estimée dans l'éventail des produits utilisés par les toxicomanes. Les produits illicites, dont l'usage est le plus traditionnel en France, notamment dans les milieux marginaux, sont dominés dans le courant de ces vingt dernières années par le cannabis et l'héroïne. Viennent ensuite la cocaïne et divers autres produits, tels que le LSD et l'ensemble des produits hallucinogènes. Les amphétamines et les barbituriques, surtout, dès la fin des années 1950-1960, ont précédé le développement des consommations d'héroïne à partir de la fin des années 1960. Une mention doit être faite aux solvants qui ont été utilisés par vagues, notamment au début des années 1980. Le renouveau des amphétamines, avec l'ecstasy, est le phénomène actuel le plus marquant avec l'apparition du crack et la présence de plus en plus forte de la cocaïne. Le LSD, enfin, fait partie de ces produits oubliés dans les années 1980, mais qui ont toujours été présents sur le marché.

- Les pratiques de consommation

Les pratiques d'injection sont très anciennes en France, datant au moins des années 1920 avec la morphine et la cocaïne par voie sous-cutanée. L'injection intraveineuse ne semble avoir été introduite qu'aux environs de la Seconde Guerre mondiale, avec l'apparition de l'héroïne venant relayer l'opium. La première surdose mortelle par injection intraveineuse n'a été repérée qu'en 1969 dans le sud de la France. D'emblée, en France, cette modalité de consommation s'est presque généralisée dans les publics de consommateurs de drogues injectables, c'est-à-dire héroïne et cocaïne. Les pratiques de prises nasales, le « sniff », ont surtout été inaugurales chez ces derniers, le passage à l'injection devenant souvent obligé chez les consommateurs réguliers ou dépendants. La pratique de la « fumette », ou de la « chasse au dragon », était peu répandue et est surtout apparue dans les années 1990 dans les milieux de la prostitution et chez les usagers les mieux approvisionnés. Le crack, fumé et éventuellement injecté, a un rôle important dans le développement des formes orales de consommation. Les autres modes de consommation, mise à part la consommation par « joints » fumés du cannabis, sont restés marginaux.

Deux points importants caractérisent ces dernières années : les pratiques mixtes _ injection et « fumette » _ associées à l'héroïne et au crack, d'une part, et les pratiques orales associées à l'ecstasy - « gober », « sniffer », d'autre part. Le geste du « sniff », classiquement associé à la cocaïne, est vu comme un mode de consommation non sanglant. Il n'exclut pas les consommations ultérieures ou simultanées par injection. Ce geste facilite plutôt un tel passage à l'injection pour un même produit. Nous pensons surtout aux amphétamines, à la cocaïne et à l'héroïne, et redoutons une telle évolution.

Les pratiques d'injection ont évolué au cours du temps, en lien avec l'apparition du Sida et de l'hépatite C. Majoritaires avant 1985, les pratiques de partage des seringues entre usagers ont eu tendance à disparaître à partir de 1985, et dans les suites notamment de la libéralisation de la vente des seringues en 1987. Mais cette évolution favorable a été faussement rassurante. Elle s'est, en effet, accompagnée d'un maintien, voire d'un renforcement, des pratiques de réutilisation du matériel d'injection, cela expliquant très vraisemblablement et pour une part le développement rapide d'une nouvelle épidémie, celle de l'hépatite C, identifiée en tant que telle à partir de 1989.

- L'économie

Le marché des drogues a beaucoup évolué en une vingtaine d'années. L'analyse de ce marché et de son évolution reste à faire. Nous sommes incapables en effet de concevoir une unité de mesure satisfaisante des produits disponibles dans la rue. Le « gramme », le gramme « pesé », le « demi », le « paquet », la « bonbonne », la « barrette » ne sont que des appellations non contrôlées, qui ont changé de contenu au cours du temps, sans que l'on puisse mesurer exactement

les changements qui se sont opérés. Il est donc vain de vouloir établir une comparaison directe des prix des différents produits en fonction des époques, ces derniers étant par ailleurs tributaires de leur qualité annoncée, ainsi que des lieux d'approvisionnement.

Le conditionnement des produits s'est largement modifié également. Dans le courant des années 1970, la forme habituelle de présentation pour toutes les poudres était celle de la « cocotte » en papier consistant en un carré de papier ou d'aluminium soigneusement plié et fermé. Un tel paquet pouvait contenir un à plusieurs grammes de produit, l'unité étant celle du « gramme », qui correspondait en réalité à une quantité inférieure. Les usagers d'héroïne pouvaient donc acheter un « gramme » ou un « demi », voire un « quart », le prix moyen du gramme étant d'environ 400 francs en 1975. La cocaïne, toujours vendue au moins au gramme, se négociait à un prix voisin, légèrement inférieur. Le cannabis, sous forme de haschisch, valait environ 10 à 15 francs le gramme au détail et se vendait dans la rue sous forme de barrettes qui devaient peser au moins quatre ou cinq grammes, 100 francs pièce. La tendance, dans les années 1980, a été celle d'une diminution des quantités disponibles dans une unité de vente. Pour l'héroïne principalement, les paquets ont peu à peu été remplacés par des « bonbonnes » qui pouvaient contenir des quantités variables de produits mais qui, dans la rue, pouvaient correspondre à une seule injection. De petites doses unitaires, vendues de 50 à 100 francs, sont devenues disponibles. La taille des barrettes de haschisch a diminué tandis que leur prix est resté inchangé, chacune pouvant peser deux à trois grammes, voire parfois beaucoup moins. L'herbe, devenue plus rare dans le courant des années 1980, a peu à peu augmenté de prix, tout comme les produits réputés de bonne qualité. C'est ainsi, par exemple, qu'aux environs du début des années 1990, le gramme de haschisch d'origine afghane ou indienne pouvait se négocier, selon les quantités, entre 70 et 100 francs le gramme, voire davantage. L'héroïne « blanche », de qualité supérieure, se vendait facilement 1 000 à 1 200 francs le gramme « pesé ». La cocaïne valait en moyenne 800 francs le gramme, mais pouvait se négocier à des prix plus élevés en fonction de sa qualité et du réseau.

Par rapport au trafic, les années 1976-1978 correspondent à un moment charnière important. Beaucoup de dealers de cannabis, gênés dans leurs activités par les services de police et de douane, se reconvertissent dans le commerce de l'héroïne, tout en devenant souvent usagers eux-mêmes. Dans un second temps, ces mêmes dealers commencent à distribuer de la cocaïne en intégrant ce dernier produit à leurs pratiques. Dans le passé, les petits distributeurs, qui étaient au contact avec de très nombreux consommateurs, étaient presque toujours spécialisés dans un type de produit. Aujourd'hui, les nouveaux distributeurs se doivent d'offrir des services diversifiés et plusieurs produits. Eux-mêmes ont dû s'adapter aux nouvelles formes de circulation de l'argent et doivent avoir une certaine compétence dans des domaines aussi différents que l'Internet, le marché de l'or, celui des pierres précieuses et éventuellement celui des armes. Leurs clientèles trouvent donc auprès d'eux certaines facilités pour s'ouvrir à toute nouvelle expérimentation. La barrière qui existait entre le marché du cannabis et celui des autres drogues a disparu. Le fumeur de joints connaît des consommateurs d'héroïne ou de cocaïne parce qu'il se fournit chez la même personne. Cette évolution n'est d'ailleurs pas réservée à la France. En Hollande, la plupart des dealers sont « multicartes » et proposent aussi bien de la skunk, de l'ecstasy, de la cocaïne ou de l'héroïne.

Les nouveaux conditionnements vont de pair avec de nouvelles formes de distribution et de vente. Le marché de la rue s'est adapté dans le sens d'une efficacité plus grande des dealers. Les opérations d'achat et de vente sont minutées, rapides, et de ce fait moins dangereuses pour les acheteurs. Les pratiques de livraison à domicile se sont développées, sécurisantes pour l'acheteur, avec les avantages du radiotéléphone. Les réseaux d'appartements et les squats, enfin, jouent un rôle considérable dans la distribution.

D'une façon globale, si nous tentons de prendre en compte simultanément l'évolution des conditionnements, des coûts unitaires et de l'inflation, nous pouvons avancer que le prix de tous les produits illicites a très sensiblement baissé depuis les années 1970 jusqu'à nos jours. Cela à l'exception peut-être du cannabis, dont le cours est celui qui s'est le moins altéré au cours de cette période. Cette tendance à la baisse est plus nette encore pour certains produits d'apparition récente. Le crack, disponible sous forme de « galettes », se vendait 400 francs en 1993 et se négocie aujourd'hui aux environs de 150 francs. L'ecstasy valait 300 francs la dose en 1985 et se vend aujourd'hui aux environs de 100 francs. Cette évolution se retrouve de la même façon pour les produits médicamenteux vendus au marché noir.

- Les publics et les demandes de soins

La première description épidémiologique des toxicomanes demandeurs de soins est celle de Françoise Davidson, dans son enquête réalisée en 1971-1972 et publiée en 1977. Elle se prolonge, à partir de 1986, par les travaux de Françoise Facy auprès des centres spécialisés. Les enquêtes du SESI sont commencées, et disponibles, à partir de 1974. Elles sont utilisables à partir de 1987 pour caractériser les demandeurs de soins en milieu hospitalier et les centres spécialisés.

En faisant référence à l'enquête de l'INSERM (1977), on peut dire que les demandeurs de soins (N=1 030) dans les hôpitaux et les centres de soins spécialisés étaient très jeunes (ils ont moins de 24 ans dans 80 % des cas), en large majorité des garçons (65 %), de nationalité française (91 %), célibataires, sans enfants, vivant souvent chez leurs parents, lesquels étaient pour une part importante issus des milieux des classes moyennes et supérieures (cadres moyens et supérieurs, commerçants, professions libérales, etc.). Le cannabis et les hallucinogènes étaient les produits les plus souvent consommés, devant l'héroïne. La polytoxicomanie, définie comme l'utilisation simultanée de plus de trois produits était largement représentée (77 %). Dans le sous-groupe des usagers dépendants (32 % de l'échantillon), l'héroïne était le produit le plus utilisé (77 %), suivi de près par l'opium (47 %) et les autres morphiniques (33 %). Dans ce même groupe, les barbituriques (43 %) et les amphétamines (38 %) étaient plus que largement représentés. Ces caractéristiques des usagers à cette époque sont corroborées par d'autres données et notamment celles des rapports du centre médical Marmottan des mêmes années. C'est seulement à partir de 1974-1975 que les consommateurs d'héroïne commencent à devenir majoritaires parmi les demandeurs de soins dans les centres pour toxicomanes.

Par contraste, quoique non directement comparable, l'échantillon que nous avons constitué en 1995-1996 (N=1 703) peut être décrit de la façon suivante d'un point de vue social : il s'agit d'hommes (72 %), âgés de 29 ans en moyenne (de 16 à 53 ans), de nationalité française (89 %), souvent en situation d'errance (39 %), ayant souvent des enfants (28 %), bénéficiant du RMI (31 %), sans travail ou inscrits au chômage (41 %), ayant été incarcérés au moins une fois (53 %), n'étant pas suivis médicalement quand ils sont contaminés par le VIH ou le VHC (47 %) et ayant recours au travail sexuel au moins de façon occasionnelle (2 % chez les hommes et 39 % chez les femmes). Nous avons vérifié que ces caractéristiques étaient identiques chez les demandeurs de soins et chez les usagers rencontrés dans la rue.

Les enquêtes du SESI, menées dans les établissements sanitaires et sociaux spécialisés et non spécialisés, chaque mois de novembre de 1987 à 1995, confirment ces données et cette évolution. On notera que l'âge moyen des toxicomanes est passé de 25 à 29 ans de façon très progressive pendant cette période, que le nombre total d'usagers accueillis chaque année est passé de 25 000 à 65 000 et que la proportion de « polytoxicomanes » reste importante (55 à 61 %).

Au sujet de la pyramide des âges des toxicomanes, il faut préciser que cette dernière s'est considérablement élargie chez les « premiers demandeurs de soins ». Beaucoup de toxicomanes, à partir des années 1980 surtout, ont manifestement initié leur consommation soit plus tôt, soit surtout beaucoup plus tard, au cours de leur vie d'adulte.

D'un point de vue strictement quantitatif, il faut retenir que le phénomène a changé de dimension en deux décennies. L'examen de toutes les données en témoigne, à commencer par les chiffres d'interpellation et les quantités de drogues saisies aux frontières. Le nombre d'interpellations passe de quelques centaines à plusieurs dizaines de milliers. Les quantités saisies, qui se mesuraient en kilos, se mesurent maintenant en centaines de kilos pour l'héroïne et en dizaines de tonnes pour le cannabis. Aujourd'hui, on estime à au moins 150 000 le nombre de toxicomanes en France. Mais toutes ces estimations sont à considérer avec circonspection. On doit savoir que les données policières témoignent d'une activité ciblée et qu'elles ne sont pas un recensement.

Les demandes et les trajectoires sociales des usagers se sont elles aussi transformées au cours du temps. Ces transformations sont d'un abord difficile : 1) l'apparition du Sida a rendu nécessaire une adaptation des structures de soins dans le sens d'une plus grande médicalisation à partir de la fin des années 1980. L'impact social de cette maladie a été considérable, à l'origine de nouvelles pratiques préventives et soignantes ; 2) dans le courant des années 1980, les usagers semblent avoir commencé à s'orienter, à l'intérieur des filières de soins, en fonction de leurs milieux sociaux d'origine. Témoignent de cette évolution l'analyse comparée de certaines clientèles de centres, d'une part, et l'important

développement du secteur privé d'hospitalisation des toxicomanes, d'autre part. Les toxicomanes issus des milieux aisés se dirigent davantage vers de telles structures, en France comme à l'étranger, et sont moins présents dans les filières publiques.

- Les situations sociales et sanitaires

Nous disposons de peu d'éléments permettant de caractériser les trajectoires sociales des usagers de drogues et nous ignorons la part exacte, parmi les usagers, de ceux qui sont régulièrement suivis sur le plan médical. Le rôle de la prison ainsi que le devenir à long terme des usagers sont également mal connus. Il convient cependant de retenir, en première approximation, que le passage des usagers de drogues en milieu carcéral s'est nettement accentué en nombre et en fréquence à partir du début des années 1980. Actuellement, environ un usager sur deux est allé au moins une fois en prison.

Le point le plus frappant de l'évolution des situations sociales est celui de la paupérisation de cette population. On peut estimer à 31 % la proportion de ceux qui touchent le Revenu Minimum d'Insertion, ce qui traduit la sévérité des carences qui existent dans ce groupe.

Les pratiques de mendicité et de recours aux aides sociales de base sont devenues fréquentes, le travail sexuel affecte une grande proportion des filles. Beaucoup, trop jeunes ou handicapés, sont exclus de fait des systèmes de soins. La stigmatisation des usagers de drogues, loin de s'être amendée, semble plutôt bénéficier d'un second souffle, cela en dépit du développement des actions de proximité. L'accès aux hôpitaux, pour les plus marginalisés et les plus malades, reste problématique ; la situation des clandestins est sans issue. Une aggravation des états d'abandon est manifeste, quoique méconnue et inexplorée.

La situation sanitaire des usagers s'est également largement détériorée au cours de ces vingt dernières années. De nouvelles pathologies, notamment infectieuses, sont apparues ou se sont développées : le Sida, les hépatites et la tuberculose. Les usagers bénéficient actuellement des trithérapies pour le Sida, de la vaccination contre l'hépatite B et de l'interféron pour l'hépatite C. Ils attendent l'introduction de la ribavirine en bithérapie avec l'interféron. Bien que la mortalité par surdose semble avoir diminué au cours des dernières années 1990, beaucoup de décès sont liés au Sida, au suicide, aux crimes de sang et aux pathologies mentales. Nous savons peu de choses sur les complications sanitaires liées à la consommation de LSD, d'ecstasy et des amphétamines.

Les périodes historiques

- Le début des années 1970

Il se caractérise par l'irruption du LSD, d'une part, et le développement du marché de l'héroïne, d'autre part. Les toxicomanes parisiens se rendent encore à Marseille pour acheter de l'héroïne blanche vendue au poids et principalement consommée par voie intraveineuse. Aux environs de 1974 apparaît une nouvelle variété d'héroïne, d'origine asiatique, le « brown sugar », de couleur brune ou beige, moins bien soluble dans l'eau, l'emploi du citron est introduit. Beaucoup d'usagers, par ailleurs, consomment des médicaments (Nembutal®, Mandrax®) et certains, les « speed freaks », ne prennent que des amphétamines vendues sous forme de poudre ou de médicaments. Le haschisch, enfin, s'installe et se développe peu à peu, provenant de l'Inde, de l'Afghanistan et du Moyen-Orient. Ces quelques années sont cependant dominées par la diffusion importante du LSD, qui culmine aux environs de 1973. Beaucoup d'usagers prennent la route vers l'est à partir de Paris et d'Amsterdam, en direction d'Istanbul et de l'Orient. Les premières institutions spécialisées (Paris, Marseille, Bordeaux, Lyon, etc.) connaissent un afflux important.

- De 1975 à 1985

Cette période se caractérise par un développement sans précédent de la consommation d'héroïne, qui éclipse celui des autres produits. Toutes les données statistiques disponibles, sans exception, traduisent une expansion considérable du nombre d'usagers. Entre 1977 et 1982, le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne passe de 743 à 6 873 ; dans la même période, le nombre « d'affaires traitées », tous produits confondus, passe de 1703 à 11 213. De nouvelles variétés

d'héroïne apparaissent, notamment la « rose », d'origine asiatique, et une héroïne grise provenant vraisemblablement du Moyen-Orient et du croissant d'or, tandis qu'une héroïne blanche et très pure est de nouveau présente, si elle a jamais disparu. Claude Oliveinstein ne s'y trompe pas, qui écrit dans son rapport officiel de 1980 :

« Je dirai, au risque de choquer, que si les forces de gendarmerie, de police et autres qui ont été mobilisées pour débusquer les fumeurs de haschisch avaient été mobilisées, ne fût-ce qu'un jour par mois, à nos frontières pour contrôler l'entrée de drogue dure, nous aurions peut-être à moins faire face à ce véritable déferlement d'héroïne et de cocaïne qui caractérise la situation actuelle. »

Annonçant le Sida, une épidémie de candidoses profondes se produit chez les usagers. Le LSD, toujours présent, a cependant presque disparu, de même que le haschisch libanais qui est rapidement remplacé par de la résine provenant du Maroc et de l'herbe provenant des pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. Les produits médicamenteux, surtout les stimulants (Thymergix®, Adiparhol®, Dinintel®, etc.) connaissent des vagues redoutables. La cocaïne reste limitée à un cercle restreint d'usagers, généralement bien insérés socialement, mais sa timide apparition sur le marché de rue est repérée dès 1982 à Paris. Un phénomène aura des conséquences importantes dans les années suivantes : le regroupement d'usagers dans les squats (Belleville, Ilot Chalon) qui sera à la base de nouvelles techniques de vente.

- De 1985 à 2000

Alors que certaines régions connaissent des évolutions comparables à celles de la région parisienne (sud et est de la France), la consommation d'héroïne se développe de façon significative dans des secteurs jusque-là relativement préservés. Il s'agit du nord de la France (région de Lille) et de la banlieue. Les milieux ruraux, quant à eux, ne peuvent plus être vus comme épargnés. Parallèlement à cette évolution, on assiste à un développement progressif et discret de la consommation de cocaïne par sniff. De même, dans le contexte du Sida et d'une meilleure connaissance des différentes modalités de consommation (Pays-Bas, Angleterre), la consommation d'héroïne par « sniff » et par fumée (« fumette ») se développe (région de Lille). À Paris, c'est cependant l'arrivée du crack qui fait événement, introduit par de petits groupes venant des Antilles. Son marché explose aux environs de 1993 et passe des squats de Stalingrad à l'ensemble du nord-est parisien dans le contexte d'interventions policières massives et celui de la prise en main du marché par les milieux africains. La consommation du crack reste discrète en banlieue parisienne et plus ou moins encore anecdotique en province. Mais son développement à Paris évoque ce qui a pu se passer à New York à partir de juin 1986. Soulignons que dans la capitale, le nombre d'interpellations pour le crack talonne celui réalisé pour l'héroïne et que, en 1998, on interpelle davantage d'usagers pour le crack et la cocaïne que pour l'héroïne. À cela il faut ajouter l'apparition de la consommation d'ecstasy, confidentielle dans les années 1980. Dans son sillage, il faut souligner la présence insistante d'autres amphétamines vendues sous forme de poudre et de divers autres produits de synthèse souvent identifiés de façon imprécise et sous différentes appellations (speed, kétamine, DOB, etc.). Le cannabis, enfin, reste le produit le plus largement demandé et diffusé. La source africaine d'herbe, toujours très active, semble avoir été freinée, relayée par celle des Pays-Bas, tandis que les phénomènes de culture et d'autoproduction connaissent un succès croissant et sans précédent.

- Les tendances actuelles

Un événement considérable s'est produit avec l'avènement, à partir de 1993, des traitements de substitution. L'introduction de cette nouvelle thérapeutique, avec la méthadone, la buprénorphine et les morphinés, a eu pour résultat la croissance rapide du nombre de sujets consommant ces produits. L'intégration de ces produits dans le commerce de rue s'est réalisée en parallèle. De nouvelles combinaisons chez les consommateurs d'héroïne sont donc en train d'apparaître aux dépens de ce dernier produit. Il s'agit principalement, en association avec les opiacés, de l'alcool, des benzodiazépines (Rohypnol®) et du crack. Une proportion non négligeable de délits sont commis sous l'influence de tels mélanges, lors d'épisodes de confusion mentale, avec amnésie totale des faits. Ces nouvelles combinaisons vont de pair avec des changements de style et de mode de vie. Les dégradations sociales, familiales et économiques – liées à la consommation du crack notamment – se sont fortement accentuées, amenant nombre de sujets à adopter le style de vie de clochards qui dépendent des services sociaux pour leur survie. Au titre des conséquences des nouvelles consommations de stimulants (crack, ecstasy, amphétamines...) il faut s'attendre à l'arrivée dans le champ de la

toxicomanie d'une nouvelle génération d'usagers, jeunes, qui auront été initiés via ces derniers produits et qui trouveront des réponses à leurs manques dans l'alcool, les opiacés et les benzodiazépines.

Mais ces tendances sont vues à travers le développement des consommations dans les populations déjà repérées par les institutions médico-légales. Nous en savons beaucoup moins sur l'évolution des mêmes consommations dans les publics plus discrets, bien insérés socialement et, par conséquent, non repérés. Il s'agit d'un axe de recherche qui pourrait devenir prioritaire, fournissant un éclairage sur les modes de gestion de ces consommations dans des environnements économiques et sociaux plus favorables. Une idée de ces consommations nous est cependant donnée dans certaines études ethnographiques, notamment celles sur le cannabis et la cocaïne.

Conclusion

L'image sociale du toxicomane est en cours de mutation depuis ces trente dernières années. Tandis que le toxicomane des années 1970 était porteur d'une figure assez flamboyante d'explorateur et d'aventurier, celui des années 1980 s'est banalisé. Il était inactif et disqualifié, mais ne s'était pas encore constitué en déchet social, tel qu'il tend à apparaître actuellement, dans les années 1990, avec les phénomènes de « scènes ouvertes », de « chasse aux dealers » et de rejet par les voisinages des structures de soins. Cette transformation est lourde d'implications pour ce qui concerne le développement des actions de prévention et de communication en direction des usagers. Nous savons, en particulier, que la progression très rapide de l'épidémie d'hépatite C est liée, pour une bonne part, à la méconnaissance qu'ont les usagers de certaines pratiques et de certains gestes à risque, tels les « préparations communes » et la réutilisation des seringues. Cela est d'autant plus frappant que les nouvelles contaminations par le virus du Sida ont tendance à diminuer dans le même temps. Une meilleure connaissance des modes de vie des usagers, ainsi que des représentations qu'ils ont des soins et des interventions sociales, devrait pouvoir guider l'aménagement des interventions préventives et soignantes.

Pour en savoir plus :

- *Revue Française des Affaires Sociales, numéro supplémentaire, La drogue, avril 1981.*
- ROUCHY (J.-C.); *La double rencontre: toxicomanie et Sida, éditions Erès, 1996.*
- FREJAVILLE (J.-P.), DAVIDSON (F.), CHOQUET (M.); *Les jeunes et la drogue, PUF, 1977.*
- INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), *Le cannabis en France, ed Anthropos, 1998.*
- IREP, *Méthode et Histoire, rapport au Conseil Supérieur de la Recherche, ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, décembre 1994.*
- INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), JACOB (C.), *Les modes de prévention du Sida : intérêt et limites de l'utilisation de l'eau de Javel, Bulletin de l'académie nationale de médecine, 78, 2, 1994.*
- LAGRANGE (H.), MOGOUTOV (A.), *Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie, Déviance et Société, 21, 3, 1997.*