

IREP

institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance

34, rue Jean Cottin
75018 PARIS

Tél: 01 46 07 1029

Fax: 01 46 07 11 29

**Tendances et toxicomanie:
concepts, méthodes, résultats.**

10 octobre 2000

Rapport à **Madame Nicole** MAESTRACCI

Présidente de **la** M.I.L.D.T.

François-Rodolphe INGOLD

Remerciements: Ce travail a été réalisé avec le soutien de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie. Il a bénéficié de l'apport des membres du Réseau IREP. Nous remercions Madame Françoise FACY (INSERM), Monsieur Dominique PECHEUX (OCRTIS), le Docteur Jean DUGARIN et Monsieur Patrice NOMINE pour leurs lectures et leurs critiques amicales.

La notion de "tendances" dans le champ de la toxicomanie s'appuie sur la difficulté rencontrée à mesurer la consommation des drogues illicites aussi bien en termes de prévalence que d'incidence. Il s'agit plutôt, à partir d'un raisonnement sur les "indicateurs indirects de tendances", de se prononcer sur le sens de l'évolution en cours touchant un aspect particulier des consommations de drogues. Mais cette démarche, sans remettre en question la validité des approches épidémiologiques classiques, s'en distingue nettement. Elle opte pour un type de raisonnement qui associe de façon étroite les analyses quantitatives et qualitatives. Ce dernier repose sur une définition aussi précise que possible des indicateurs utilisés et sur l'examen de leurs portées respectives. Il se traduit par une interprétation sur le sens à donner à un ensemble de paramètres qui, pris isolément, cessent d'être significatifs. C'est dire qu'une telle démarche est difficile. Les analyses et les résultats proposés n'ont qu'une valeur limitée dans le temps, mais tentent aussi d'avoir une pertinence prospective. Nous tentons ici, à partir d'éléments historiques et d'exemples, de préciser ce que nous entendons par "tendances", nous nous prononçons sur les méthodes les plus appropriées à leur identification et nous formulons un certain nombre d'hypothèses sur les tendances en cours.

I. Historique.

C'est à la fin des années 70 que se constituent les premiers groupes d'experts qui se donnent pour objectif l'examen des tendances en cours dans le champ de la toxicomanie. D'un point de vue politique la volonté est celle d'une objectivation du phénomène, laquelle se révèle infructueuse, ou trop lente, à partir des seuls travaux épidémiologiques. La population des consommateurs de drogues ne pouvant être mesurée de façon exhaustive, il s'agit d'en saisir au moins quelques aspects afin de mieux comprendre la nature du phénomène, le comparer à d'autres et se prononcer sur les mesures qui en amélioreraient le contrôle. Cela signifie non pas l'abandon de l'épidémiologie classique, mais le développement de méthodes jusque

là plus ou moins anecdotiques dans ce domaine et faisant appel à la sociologie, à l'économie et à l'ethnographie.

Les deux initiatives historiques sont celles du NIDA aux Etats-Unis et du Conseil de l'Europe. Aux Etats-Unis, en 1978, un groupe de correspondants est créé, le Community Epidemiology Work Group, sous la direction de Nicholas KOZEL du NIDA (16). Ce groupe rassemble deux fois par an des experts qui ne sont pas tous des épidémiologistes et qui représentent chacun une grande ville et un domaine particulier de compétence dans le champ de la toxicomanie. Ces experts sont volontaires et ne sont pas rétribués pour leur participation à ces réunions. Il leur est demandé de fournir un état des lieux de la toxicomanie dans leur ville, ceci à partir de l'ensemble des informations récentes dont ils disposent. Selon leurs formations respectives, leurs intérêts et leurs attaches institutionnelles, ils rédigent des rapports qu'ils présentent tour à tour et qui sont discutés en commun. Les réunions durent de deux à quatre jours selon les époques et sont l'occasion d'intenses échanges personnels et informels. Lors de ces réunions, d'autres experts sont invités à participer, provenant d'horizons géographiques variés (Europe, Asie, Amérique du Sud...) et compétents dans des disciplines très différentes également (ethnographes, criminologues, chimistes, virologues...) (9).

Le groupe ainsi constitué acquiert au fil des années une identité caractérisée par la volonté de donner la priorité aux expériences et aux compétences de terrain. La participation aux travaux étant volontaire, indépendante de toute hiérarchie professionnelle et sans participation médiatique, il s'en dégage un style de travail où il devient possible pour chaque participant d'évoquer des points dont il ne pourrait être question dans d'autres contextes académiques, scientifiques ou politiques. En retour, les discussions rendent possible l'identification de points communs et de divergences entre les différentes villes. C'est ainsi, pour prendre ces deux exemples, que le CEWG a été une des premières instances à se mobiliser au sujet du SIDA chez les usagers de drogues et qui, de même, a identifié en temps réel l'apparition du crack sur le marché américain, à partir

des études réalisées à Miami et à New-York (3).

Sur le vieux continent, en 1982, un autre groupe est constitué dans le cadre des activités du Groupe Pompidou et à l'initiative du Docteur Christian BRULE, alors Secrétaire de cette organisation. Il s'agit d'un groupe d'épidémiologistes où sont initialement représentés les neuf pays européens. Ces experts sont désignés par leurs pays. Mais Christian BRULE parvient à susciter des vocations et rend possible la participation d'experts qui, n'étant pas tous des épidémiologistes, sont au demeurant des personnes motivées et qui connaissent bien leur terrain. Se dégage ainsi l'idée de deux axes de travail: l'un, qui ne concerne que les épidémiologistes (et notamment ceux qui travaillent en milieu scolaire), et l'autre qui se cristallise autour de l'idée d'un travail multidisciplinaire centré sur les villes où se trouvent les experts. Il s'agit, pour l'étude "multivilles", de mettre en place un système d'analyse qui permette un degré de comparaison entre les villes et un suivi des évolutions en matière de toxicomanie (4). Comme pour le groupe du NIDA, ces experts proviennent d'horizons institutionnels différents et n'ont pas tous la même formation. Ce sont précisément ces différences qui permettent la mise en place progressive d'un cadre de communication et la mise au point d'instruments d'analyse communs. Mais, à la différence de ce qui se passe aux Etats-Unis, ils sont souvent très démunis. Les données existantes sont rares, parcellaires et souvent de mauvaise qualité. C'est donc un travail de base qui s'opère, souvent très frustrant dans la mesure où, d'un pays à l'autre, ces données sont loin d'être directement comparables et loin d'être toutes disponibles. Certains pays disposent de bonnes données policières, d'autres de fichiers nominatifs, d'autres enfin de données issues des services de justice. Les statistiques sanitaires sont parfois inexistantes et, quand elles existent, ne sont pas superposables étant constituées selon des méthodes totalement différentes. Il s'agit donc de trouver un noyau commun d'indicateurs qui pourraient être travaillés ensemble et, petit à petit, en fonction des pauvres moyens financiers disponibles, de progresser vers une interprétation commune. Ce travail d'environ dix ans porte malgré tout ses fruits. Il permet à chaque pays d'orienter les

efforts de recherche vers la constitution d'une base de données élémentaire et potentiellement comparable à un niveau international.. L'Espagne, qui était de ce point de vue un des pays les plus mal dotés au début des années 80, met en place très rapidement un dispositif de recherche épidémiologique de bon niveau. Tel n'est pas le cas en France où la volonté de soutenir activement un programme de recherches est stagnante pendant toutes ces années (2).

En Europe comme aux Etats-Unis, bien des pistes de travail sont ouvertes. Mais il faut dire aussi que nous ne profitons que bien peu des avancées méthodologiques réalisées en Amérique dans ce domaine, qu'il s'agisse de travaux épidémiologiques au sens strict du terme ou de travaux qui s'orientent davantage vers les sciences humaines avec les apports des ethnographes et des économistes. Les idées ne manquent certes pas et nous sommes quelques uns à suivre de près les différents systèmes de collecte de données et d'analyse qui se développent aux Etats-Unis. Mais, en France tout du moins, si les idées ne manquent pas, aucune structure n'existe pour les mettre en oeuvre et l'absence de volonté politique à cet égard est manifeste jusqu'à la création, en 1995, de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Nous souffrons beaucoup de cette tendance à la compartimentation des données et des domaines de compétence. Certains lieux, comme les instituts médico-légaux, restent fermés et interdisent de fait tout progrès dans le sens d'une meilleure appréhension de la mortalité. D'autres lieux sont encore difficiles d'accès, qu'il s'agisse des institutions de soins, des tribunaux ou des services de police. Il n'existe en définitive pas de culture commune de recherche et de mise en commun des analyses. Il en résulte, tout au long des années 80 et jusqu'à la création de l'Observatoire, une situation de blocage qui donne aux travaux scientifiques existants une dimension désespérément ponctuelle et expérimentale.

II. Les concepts.

Les bases conceptuelles d'un travail sur les tendances ne sont pas issues de l'épidémiologie classique et se distinguent nettement des

techniques d'analyses commerciales dérivées du "marketing".

L'hypothèse de base est celle de la toxicomanie envisagée en tant que phénomène auto-entretenu. La définition de la toxicomanie elle-même peut bien faire porter l'accent sur une dimension sociale, économique ou clinique, peu importe à cet instant. Le point important réside dans cette dimension d'un phénomène qui donne perpétuellement naissance à lui-même. Nous assistons à l'apparition puis à la disparition de toxicomanes dans un espace social et un temps donnés, tandis que se produit en permanence un recrutement de nouveaux usagers, celui-ci permettant la perpétuation du phénomène. Nous sommes loin, ici, de cette conception populaire qui fait de la toxicomanie un fléau social qui pourrait être éradiqué.

Cette hypothèse est centrale, permettant de comprendre que la toxicomanie soit un fait social dynamique, toujours susceptible d'évolutions, voire de transformations, dans le temps. Elle peut être soutenue à partir d'une argumentation faisant appel à la sociologie ou à la clinique. Mais c'est surtout une analyse de type économique qui permet le mieux d'en rendre compte. Cette dernière, à partir des travaux ethnographiques de Ed PREBLE sur les consommateurs d'héroïne à New-York, soutient en effet que la vie quotidienne du toxicomane passe par l'inscription de ce dernier dans une structure économique (23). C'est celle du marché des drogues illicites, ce dernier organisant une circulation très active et ordonnée d'argent liquide et de produits. Le toxicomane, en fabriquant de l'argent et en se procurant des drogues, s'inscrit de fait dans un marché producteur de bénéfices qui sont d'autant plus importants que l'on s'élève dans la pyramide de distribution. Il est donc fatal que ce marché cherche en permanence à se développer et qu'il puisse être vu comme une entreprise à la recherche de nouveaux clients et de nouveaux territoires. Il en résulte, pour ce qui est de l'examen des tendances, l'importance cruciale des indicateurs économiques, qu'il s'agisse des prix, des modalités de vente, de la pureté ou de la disponibilité des produits.

Cette dimension étant posée, il reste à déterminer ce qu'il en est du sujet dans la relation qu'il entretient avec les drogues. Ce point

est délicat. Il peut être abordé d'un point de vue clinique, en lien avec la question de la fonction du produit pour le sujet, de sa représentation. Mais il peut aussi être abordé d'un point de vue anthropologique, c'est à dire en abandonnant toute considération médicale. Le problème est de savoir si la consommation des drogues se fait de façon strictement anormale, ou si, au contraire, il est possible de l'assigner à certaines règles générales. Car, s'il existait de telles règles, qui constitueraient une sorte de mode d'emploi plus ou moins obligé des drogues, ceci devrait aussi se retrouver et se vérifier à un niveau épidémiologique et fournir autant d'arguments pour l'interprétation des séries chiffrées.

Alfred LINDESMITH est sans doute un des premiers à s'atteler à cette question. Dans un contexte social qui donnait sans doute sa préférence aux conceptions anormales de la toxicomanie, il met en évidence un certain nombre de repères strictement communs au sujet des consommations d'héroïne et du développement de la dépendance chez les toxicomanes. Il établit en particulier que les usagers d'héroïne ne deviennent dépendants qu'après un certain temps de consommation de ce produit et non pas à la suite de la première prise de cette drogue ou d'une autre. Ce point est d'une importance capitale car il introduit l'idée d'un comportement qui pourrait se développer en différentes étapes, point que nous vérifierons plus tard (17, 7). Les résultats des premières enquêtes de LINDESMITH l'amènent donc à se pencher, dans un deuxième temps, sur les données statistiques américaines disponibles à son époque et à remettre en question de façon radicale l'interprétation qui en est faite par le pouvoir politique. Aux lendemains de la deuxième guerre mondiale, il affirme qu'il est impossible de dire que le nombre de toxicomanes est en régulière diminution si, dans le même temps, on constate que les sujets interpellés par la police sont de plus en plus jeunes. Et il démontre, à partir même des chiffres officiels, que l'interprétation à en donner est celle d'un mouvement épidémique sans précédent à son époque, point qui sera confirmé ultérieurement. Ainsi est-il le premier à introduire dans un raisonnement épidémiologique des idées qui sont issues de l'observation sur le terrain des usagers, observations qui l'amènent à postuler l'existence d'un mécanisme

commun dans l'établissement de la dépendance à l'héroïne, et à en tirer les conséquences.

C'est dans cette lignée des recherches ethnographiques qu'il faut situer le travail de Patrick HUGHES, à Chicago, dans la deuxième moitié des années 70. S'inspirant à la fois des premiers travaux ethnographiques et des recherches dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles, Patrick HUGHES développe l'idée d'une recherche-action qui se donne deux objectifs: une analyse micro-épidémiologique des consommations d'héroïne et un ensemble d'interventions préventives visant à orienter vers les soins les usagers qui en sont exclus (5, 6). L'originalité de ce travail se double d'une innovation méthodologique de première importance: la conception d'un recueil de données systématique, adapté au terrain et réduit à sa plus simple expression puisque les questionnaires qu'il utilise alors ont la taille d'un paquet de cigarettes. Ceci suppose de la part du chercheur deux axes de réflexion: d'une part, l'utilisation conjointe de données issues des questionnaires et d'observations de terrain obtenues lors des interventions et lors des entretiens informels avec les usagers; d'autre part, la mise au point d'un recueil systématique de données réduit à l'extrême et qui impose au chercheur de se limiter aux questions strictement indispensables au bon déroulement de l'analyse ultérieure. Cela signifie que le chercheur dispose déjà d'une conception générale de ce qu'il cherche à étudier, point qui est au centre de toutes les préoccupations de la recherche sur les indicateurs indirects de tendances.

Ces indicateurs indirects de tendances sont ainsi nommés dans la mesure où, contrairement à des indices, ils ne peuvent prétendre mesurer tel ou tel aspect des consommations. Ils n'expriment généralement qu'un aspect secondaire des conséquences de ces consommations, et plus spécialement les activités de tel ou tel secteur d'intervention. Il en est ainsi des statistiques policières qui, loin de mesurer une dimension particulière de la toxicomanie, se rapportent d'abord à des actes et non à des individus. Les séries

chiffrées correspondent par conséquent au degré d'activité des services concernés, tandis qu'elles sont aussi tributaires d'autres facteurs, tels la visibilité des phénomènes d'usage et de trafic et l'existence de réquisitions par des tiers. Mais il faut bien admettre que de telles données ont été largement exploitées bien au delà des limites raisonnables de leurs significations et le sont encore dans une bonne mesure (22). Le travail du chercheur à cet égard consiste à identifier, tout d'abord, le mode de constitution de ces données et, dans un second temps, à envisager de leur donner une certaine valeur, ou signification, au prix le plus souvent de leur démembrement. c'est ainsi que des chiffres relatifs aux interpellations pourront être, le cas échéant, réorganisés en fonction des critères les plus systématiquement disponibles: les dates et les lieux, les produits concernés, les délits en cause, l'âge et le sexe des sujets, leurs antécédents judiciaires éventuels... Il devient alors possible de comparer ces données d'une année sur l'autre et ceci d'autant mieux que l'on dispose d'informations complémentaires sur l'activité elle-même des services en termes d'effectifs par exemple. Quant à une comparaison de ces données à celles issues d'un autre pays, elle suppose le même type de travail, à quoi il convient d'ajouter une réflexion criminologique sur les définitions respectives de l'interpellation en tant qu'événement particulier dans les procédures pénales. C'est ainsi que ces indicateurs sont avant tout des instruments construits par le chercheur en vue d'une analyse ultérieure et ne sont en aucune façon des données brutes susceptibles d'une lecture directe.

C'est typiquement le cas de cet indicateur sanitaire de la "première demande de soins" que nous avons contribué à définir. Nous avons en effet montré qu'il était possible d'isoler le *premier recours aux soins* d'un héroïnomane en tant qu'événement particulier et unique, ne survenant nullement de façon aléatoire dans sa trajectoire sociale. Nous avons aussi mis en évidence que cet événement caractérisait l'une des étapes de cette trajectoire et qu'il se situait dans le temps de façon mesurable et homogène, dans les suites de la toute première consommation d'héroïne. Enfin, nous avons montré que cette dernière pouvait, elle aussi, être datée de façon précise (7). Nous

avons donc été amenés à définir cet indicateur des "premiers recours aux soins" qui est actuellement un indicateur en cours de standardisation en Europe (1). Il fournit des informations très pertinentes, précoces, datables et quantifiables, sur les consommateurs d'héroïne et d'autres drogues au moment de leur premier recours à une structure de soins.

Mais il apparaît aussi qu'un indicateur isolé, quel qu'il soit, ne peut prétendre fournir la base unique d'une interprétation digne de ce nom. Il faut de plus souligner ici le questionnement nécessaire et permanent quant à la signification de corrélations entre l'allure évolutive d'un indicateur donné et ce qu'il est censé traduire. C'est pourquoi il convient toujours d'examiner plusieurs indicateurs conjointement, provenant si possible de sources différentes, ce qui permet le début d'un raisonnement de type épidémiologique sur les tendances et qui le consolide.

Un bon exemple d'un tel raisonnement est celui que nous avons mené au sujet de la consommation de cocaïne à la fin des années 80, en France (13). Il nous a fallu comprendre plusieurs points: tout d'abord que les chiffres d'origine policière, qui témoignaient d'une recrudescence des saisies et des interpellations étaient pour une part biaisés à cette époque, sous-estimés pour les interpellations et sur-estimés pour les saisies. Pour les interpellations, le recueil de données par les policiers se limitait souvent aux produits considérés comme les plus significatifs, ou les plus "graves", c'est à dire principalement l'héroïne, au détriment de la cocaïne. Pour les saisies, le comptage incluait des prises exceptionnellement importantes qui avaient été effectuées en dehors du territoire métropolitain et qui ne concernaient de fait pas le marché Français. Du côté des statistiques sanitaires, il en allait de même dans la mesure où le recueil de données donnait implicitement la priorité aux opiacés et aux autres produits, au détriment, là encore, de la cocaïne. Il a donc fallu, en premier lieu, se pencher sur nos propres travaux qui, n'étant pas affectés par ces biais, ont mis en évidence la sous-estimation de la consommation de cette drogue dans divers

groupes d'usagers. Dans un second temps, nous nous sommes penchés plus particulièrement sur les données policières relatives aux petites saisies opérées dans la rue. Ensuite, à partir d'un travail ethnographique, nous avons pu établir le caractère récent des consommations de cocaïne pour une part importante des usagers rencontrés. Enfin, nous avons identifié, dès 1991, l'existence de cocaïne consommée dans certains groupes sous la forme de crack. Le rassemblement et la synthèse de ces données nous a permis de poser le diagnostic, malheureusement confirmé par la suite, d'un fort et rapide développement de la consommation de cocaïne, développement dont nous situons l'origine au début des années 80. Ceci, nous le rappelons, alors que le simple examen des données épidémiologiques disponibles était loin de suggérer un tel résultat.

III. La complémentarité des approches qualitatives et quantitatives.

Ce dernier exemple est significatif de l'intérêt d'un type d'analyse qui utilise conjointement des données de différentes sources dont les champs respectifs sont éloignés (8). En réalité, il n'y a aucun inconvénient à confronter de telles données, y compris si certaines sont exprimées en chiffres et d'autres en descriptions qualitatives. Mais ce point, sur le plan des méthodes, reste discutable en l'absence d'une réflexion sur la validité et la pertinence des données ou des indicateurs considérés.

L'exemple de la mortalité des usagers de drogues fournit un exemple de réflexion sur la pertinence et la validité des indicateurs indirects de tendances, quoiqu'il s'agisse du domaine le plus problématique. En France, les données utilisées sont dominées par celles des services de police qui comptabilisent, depuis 1969, les décès par surdose de produits stupéfiants. Le service de l'INSERM chargé du regroupement et de l'analyse des décès dans la population générale ne parvient que difficilement à recenser les décès de toxicomanes et ceci pour les raisons suivantes: 1) les certificats médicaux de décès ne mentionnent pas de façon constante l'existence de facteurs associés, tels que la consommation de drogues, cette

dernière ayant pu contribuer au décès de façon indirecte; 2) *si*, en principe, les décès directement liés à une prise de stupéfiants sont repérables en tant que tels par la classification internationale des maladies (ICM.10), ceci n'est en pratique pas toujours le cas dans la mesure où les services de l'INSERM, dans les cas de morts suspectes, ne sont pas toujours les destinataires des certificats médicaux, ceci malgré les dispositions légales existantes. Il en résulte un recensement partiel des décès directement et indirectement liés aux consommations de drogues. Ceci explique que l'on ait tendance, en désespoir de cause, à se fier aux seuls chiffres policiers. Ces derniers souffrent pourtant d'insuffisances qui sont liées aux aléas du mode de collecte des informations et à la difficile validation de ces dernières.

La réalisation d'un indicateur de mortalité chez les toxicomanes se présente donc comme un problème quasiment insoluble puisque les données chiffrées disponibles, à l'exception de celles sur les décès liés au SIDA, ne concernent que les décès directement imputables à l'usage de drogues et que ces derniers sont recensés selon des modalités insatisfaisantes sur un plan méthodologique. Ajoutons à cela que la notion même de "décès lié à l'usage de drogues" demanderait à être clarifiée. On en arrive donc à douter de la signification des chiffres disponibles et de leur utilisation en tant qu'indicateurs. En dernière analyse, de telles données chiffrées n'ont qu'un intérêt très réduit. Il en serait autrement si, à l'exemple des systèmes allemands ou américains, un recueil spécifique de données pouvait s'organiser non pas à l'échelon trop vaste et incertain de l'enquête policière, mais à celui des instituts médico-légaux. Dans ce cas de figure, en effet, il deviendrait possible de maîtriser un peu mieux les paramètres du recueil de données et d'organiser un recensement plus clairement défini, sans doute plus stable, quoique plus limité. Dans ce domaine de la mortalité, comme dans les autres, nous voyons donc qu'un indicateur de tendances n'a d'existence possible qu'à partir du moment où il a été construit, c'est à dire défini de façon aussi précise que possible.

Plus généralement, il s'avère qu'aucun indicateur ne peut prétendre à la perfection. C'est pourquoi il devient nécessaire de les confronter entre eux afin de discerner d'éventuelles contradictions et les comprendre (10). Une question actuelle, par exemple, est celle de l'évolution des consommations d'héroïne en France. Si l'on en croit les discours dominants, la consommation d'héroïne est en nette diminution depuis ces dernières années. Certaines données chiffrées, en effet, sont à la baisse et plus spécialement celles d'origine policière: interpellations, saisies et nombre de saisies, décès par surdose. Mais, nous l'avons vu, ces données sont d'une validité discutable pour ce qui est de l'évaluation des consommations. Il en résulte qu'une réponse à cette question ne devrait être avancée qu'après un examen beaucoup plus minutieux des données disponibles.

IV. La consommation d'héroïne.

Le nombre total d'interpellations en France pour usage et usage et revente d'héroïne a considérablement diminué au cours de ces quelques dernières années. Mais, avec un recul de dix ans, on constate que le nombre d'interpellations a très fortement augmenté de 1990 jusqu'à 1995, où il a culminé, pour diminuer ensuite de façon très rapide: de 17,356 interpellations en 1995 à 6,141 en 1999.

Ces données peuvent être précisées grâce à l'examen détaillé du fichier FNAILS de l'OCRTIS, qui est un fichier nominatif. Cet examen, réalisé pour l'OFDT, est très précieux, n'ayant jamais pu être accompli auparavant (19). Cette étude permet d'étudier les chiffres disponibles en termes d'individus et non pas d'actes. Elle montre que sur une période de huit années, de 1990 à 1997, 81,938 sujets ont été interpellés et que ces derniers l'ont été, en moyenne 1,38 fois. Les trois quarts des sujets (76,2%) n'ont été interpellés qu'une seule fois au cours de ces huit années, tandis que les autres l'ont été deux fois ou davantage.

On constate alors une augmentation de 42% du nombre de personnes interpellées entre 1990 et 1997, avec néanmoins une décroissance nette à partir de 1996. Les deux séries chiffrées concordent donc pour mettre en évidence une rupture des évolutions à partir de 1996. Cette rupture est intéressante dans la mesure où elle coïncide avec la mise en place, en 1996 également, du traitement de substitution par le Subutex®. Rappelons que cette mise en place s'est faite de façon très efficace et qu'elle a mis à contribution l'ensemble des médecins et non les seuls centres spécialisés.

L'examen de la structure par âge des personnes interpellées met en évidence le maintien assez stable de la jeunesse des sujets interpellés. L'âge moyen des sujets passe de 25 ans et 10 mois en 1990 à 26 ans et 11 mois en 1997. La part des usagers qui ont 25 ans ou moins évolue relativement peu, se situant entre 51,8% en 1990 et 45,2% en 1997. Nous sommes donc en présence d'une population de sujets interpellés qui se renouvelle en permanence dans le temps et qui ne correspond pas à une population stagnante et qui vieillirait de façon régulière, année après année.

Les données du mois de nov. porte à la fois sur le Subutex et sur l'héroïne

Les données issues des institutions sanitaires et sociales sont d'une interprétation difficile du fait de l'avènement massif des traitements de substitution. *le motif de la demande est, même*

Au cours de la même période, nous constatons que les données chiffrées vont dans le sens d'une forte augmentation *de la demande* (24). Le nombre de recours au mois de novembre, hors doublons, *par Subutex* passé en effet de 17,090 en 1993 à 25,340 en 1997, soit une augmentation de 48%. De la même façon, les recours aux mêmes institutions dans l'année passent de 31,760 en 1993 à 60,170 en 1997, soit une augmentation de 89%. Enfin, la proportion des "premiers recours", c'est à dire des sujets qui s'adressent à une institution pour la première fois, reste stable tout au long de ces années, de l'ordre de 50% en moyenne. On remarquera que le vieillissement des consommateurs d'héroïne est relativement modéré, l'âge moyen passant de 27 ans en 1990 à 30 ans en 1997. Quant aux "produits à l'origine de la prise en charge", ils varient peu de 1989 à 1997, étant des opiacés dans 80 et 82% des cas respectivement (20). Ces données, qui sont des moyennes

il y a le un amalgame entre opiacés et héroïne le poids des opiacés peut varier globalement mais le rapport sur cette famille change. C'est le fait d'avoir une qualité de substitution à base d'héroïne. Mais le baisse de celle et surtout aussi à chiffres absolus.

nationales, n'excluent pas de Gensibles variations régionales. Dans leur ensemble, elles suggèrent que les sujets demandeurs de soins se renouvellent de façon régulière dans le temps, que le poids des opiacés dans les demandes est stable et que ces sujets sont loin de correspondre à une population en déclin.

Les données ethnographiques disponibles depuis peu dans le cadre du projet TREND peuvent enfin être discutées (21). Nous avons fait le constat d'une diminution de la présence de l'héroïne dans la plupart des sites de rue de Paris, de la Seine-Saint-Denis, de Dijon, de Lille, de Marseille, de Metz, de Rennes et de Toulouse. Mais cette constatation initiale doit être pondérée par plusieurs éléments.

Premièrement, la diminution constatée se fait au profit de la cocaïne et des produits de substitution, ces derniers faisant l'objet d'un trafic identique à celui des drogues illicites. Deuxièmement, elle va de pair avec une augmentation très sensible de la disponibilité de ce produit, celle-ci étant notamment mesurable par la diminution des prix dans la rue: le coût du gramme d'héroïne de rue a diminué d'au moins 50% depuis 1995, étant actuellement de 200 à 400 Francs selon les sites et selon les quantités.

A titre d'exemple, le paquet de 5 grammes d'héroïne se négocie à Paris aux environs de 1500 Francs. Les modalités d'achat et de vente de l'héroïne et des autres produits, en fin, se modifient actuellement dans le sens d'une activité croissante des réseaux d'appartements par rapport aux pratiques de rue. Ces observations indiquent que le marché de l'héroïne, loin de s'éteindre, reste tout à fait actif, à Paris comme dans d'autres régions, et plus spécialement le Pas-de-Calais et la région de Lille.

Au terme de l'examen de ces données, l'interprétation selon laquelle nous assisterions à une diminution actuelle des consommations d'héroïne en France demande à être nuancée. Nous comprenons mal, tout d'abord, comment une telle évolution serait possible, faisant suite à une période de très nette augmentation de tous les indicateurs disponibles, de la fin des années 80 à la moitié des années 90; dans cette hypothèse, en effet, on s'attend plutôt à une période de plateau ou de diminution très progressive. Le doute provient aussi du fait que nous nous trouvons à l'époque où les consommations

la diminution est -17- progressive sur 5 ans 36-200. mais elle brutalement de 95 à 98. substitution

Jefe une baisse de consommation de l'héroïne et tout ce produit associé (voir DRESS)

d'héroïne se trouvent associées de façon croissante à la cocaïne et aux amphétamines. Il n'est pas exceptionnel, par exemple, de voir un usager d'héroïne passer à l'usage exclusif de cocaïne ou de crack pendant une période donnée (11). Or ces produits se trouvent précisément en phase d'expansion et ceci dans une grande variété de milieux sociaux. Ceci laisse penser que la consommation d'héroïne pourrait à son tour se développer dans des milieux sociaux plutôt favorisés et jusque là peu concernés par ce produit. Enfin, les produits de substitution, et tout spécialement le Subutex®, donnent lieu à des schémas de consommation qui font alterner les produit de dépendance, qu'il s'agisse des opiacés, des amphétamines ou de la cocaïne sous toutes ses formes. Il existe donc des arguments pour considérer que la tendance à la baisse de certains indicateurs, pour ce qui concerne l'héroïne, est davantage liée au développement actuel des traitements de substitution qu'à la diminution du nombre d'usagers de ce produit. Ces traitements ont un impact certain sur les pratiques actuelles des héroïnomanes et sans doute moins prononcé sur leur nombre. Dans le même sens, il est aussi envisageable que les récentes mesures sanitaires aient pu avoir une influence sur les pratiques policières elles-mêmes, ceci dans la mesure d'une identification devenue plus malaisée des consommations d'héroïne.

cette référence date de 93

les deux ne sont pas compatibles le développement de la substance contribue à la diminution du nombre

V. La notion de tendance: discussion.

Un point se dégage de ce qui précède, à savoir que la notion de tendance n'est valide que dans le cadre d'une conception d'ensemble des phénomènes étudiés, conception qui doit en particulier donner toute son importance à la notion de temps. Ainsi, une tendance, dans le champ des sciences humaines, ne saurait être identifiée en dehors d'un certain recul. De la même façon, c'est l'examen rigoureux et aussi complet que possible de chaque source de données, isolément et les unes par rapport aux autres, qui permet peu à peu de préciser l'évolution vraisemblable des phénomènes étudiés. Ceci se réalise grâce à un travail d'interprétation qui se fonde plus spécialement sur la résolution des contradictions qui peuvent apparaître d'un indicateur à un autre. Mais ce travail d'interprétation est lui-même

tributaire d'une analyse qui passe au crible les données disponibles, c'est à dire qui en précise les définitions, qui en élabore de nouvelles le cas échéant et qui cherche de façon persévérante à en mesurer la validité et la pertinence. Ainsi devrait-on dire que les tendances ne sont caractérisables que dans le long terme. Elles sont l'expression des lentes modifications des comportements humains, lesquels sont tributaires de l'environnement dans lequel ils se produisent. C'est du reste ce qui impose la prise en compte de facteurs géographiques et sociaux dans le travail d'identification des tendances, puisque rien ne permet de penser que les évolutions enregistrées dans une région puissent être identiques dans une autre.

→ La notion de "diffusion" des drogues est à cet égard très insatisfaisante, laissant imaginer que ces dernières pourraient se propager selon un mécanisme standard et immuable.

L'identification des tendances, en tant que travail de recherche scientifique, n'en est pourtant pas réduite à une activité centrée sur le passé. Elle ne s'intéresse au passé que pour se donner des repères aussi consistants que possible lui permettant de se prononcer sur le présent. Les recherches qui sont nécessaires dans ce domaine, outre le passage au crible -c'est à dire la critique- des données disponibles, incluent des travaux de type qualitatif, ethnographiques ou micro-épidémiologiques, centrés sur des points particuliers. Il pourra s'agir, le cas échéant, de recherches économiques relatives aux marchés des drogues ou de l'analyse détaillée d'une pratique ou d'un comportement donnés (15). Ces éclairages particuliers, surtout s'ils sont répétés à intervalles réguliers, ont une fonction précise. Ces recherches permettent sans doute d'interpréter de façon plus objective certaines données chiffrées. Mais elles sont surtout le moyen de poser des hypothèses prospectives sur les comportements considérés. Ce qu'il s'agit de saisir, en effet, est bien de l'ordre de la tendance, c'est à dire du mouvement. De la sorte est-il envisageable que de petites transformations des comportements étudiés, pouvant facilement passer inaperçues, soient en réalité significatives d'événements beaucoup plus importants, non saisissables à un moment donné et selon les procédures habituelles.

c'est la raison pour laquelle des travaux comme ceux de l'IREP ont leur importance, faisant alterner recherches méthodologiques et études descriptives (14). Ils se fondent sur une définition de la toxicomanie en tant que statut social et, dans la lignée des premiers travaux ethnographiques américains, voient dans la dépendance un processus dominé par des logiques économiques autant que psychopharmacologiques. Mais il faut bien admettre que la rigueur scientifique à l'oeuvre dans ces travaux peut aussi se heurter à forte partie s'agissant de l'idéologie. C'est ce qui s'est produit lorsque nous avons publié la toute première analyse de la consommation du crack à Paris (11). Pour beaucoup, et contre toute évidence, il était préférable de nier le développement cataclysmique de cette consommation, comme si ce dernier avait pu mettre en péril les timides progrès des politiques de "réduction des risques". Il en va encore de même aujourd'hui, avec la tentation d'une vision optimiste de l'évolution des consommations de drogues en France.

VI. Les tendances actuelles, vision prospective.

7

Le point le plus frappant de l'évolution des situations sociales des toxicomanes est celui de la paupérisation de/cette population. On peut estimer à un tiers 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, ceci 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 (12).

Il

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. Quoique la mortalité par surdose semble avoir diminué au cours des dernières années 90, beaucoup de décès sont liés au SIDA, au suicide, aux crimes de sang et aux pathologies mentales. Nous sommes enfin en situation d'ignorance pour ce qui concerne(les complications] sanitaires liées à la consommation de LSD, d'ecstasy et d'amphétamines.

Cultures
■■■■

?

Alors que certaines régions connaissent des évolutions comparables à celles de Paris, la consommation d'héroïne se développe de façon très significative dans des secteurs jusque là relativement préservés. Il s'agit avant tout du nord de la France depuis le tout début des années 90 (Lille et Pas-de-Calais) et des banlieues. Les milieux ruraux, quant à eux, ne peuvent plus être vus comme épargnés. Parallèlement à cette évolution, on assiste à un développement constant et relativement discret de la consommation de cocaïne. Dans le contexte du SIDA et d'une meilleure connaissance des différentes modalités de consommation, l'usage d'héroïne en prises nasales ("sniff") et par inhalation ("furnette") se développe de façon sensible. A 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 dans celui de la prise en main de ce marché par les milieux africains. La consommation du crack est encore discrète en banlieue parisienne et plus ou moins anecdotique en province. Mais son développement à Paris évoque ce qui a pu se passer à New-York à partir de juin 1986. Dans la capitale, le nombre d'interpellations pour usage de crack talonne celui réalisé pour l'héroïne; en 1998, on interpelle davantage d'usagers pour le crack et la cocaïne réunis que pour l'héroïne. A cela il faut ajouter l'apparition de la consommation d'ecstasy, confidentielle dans les années 80 et explosive à partir de 1990. Dans son sillage, il faut enfin souligner la présence insistante des amphétamines vendues sous forme de poudres, et de divers autres produits de synthèse connus sous différentes appellations (speed, kétamine, 4MTA, DOB...). Le

cannabis, enfin, reste le produit le plus largement demandé et diffusé, à partir notamment des filières marocaines. La source africaine d'herbe, toujours active, semble avoir été relayée par celle des Pays-Bas, tandis que les phénomènes de culture et d'autoproduction connaissent un succès sans précédent.

7
"

L'examen des tendances actuelles ne saurait ignorer la place des médicaments. Un événement considérable s'est produit avec l'avènement, à partir de 1993 et surtout 1996, des traitements de substitution. L'introduction de cette nouvelle thérapeutique, avec la méthadone, la buprénorphine haut dosage (Subutex®) et les morphiniques, a eu pour résultat la croissance très rapide du nombre de sujets consommant ces produits (20). L'intégration de ces derniers dans le commerce de rue s'est réalisée en parallèle. De nouvelles combinaisons chez les consommateurs d'héroïne sont donc en train d'apparaître. 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, très jeunes, qui auront été initiés via ces derniers prod 'ts et qui trouveront des réponses à leurs manques dans l'alcool, les opiacés et les benzodiazépines.

→ Jurgew

activités scientifiques. Le travail de base consiste en l'élaboration de concepts qui ont pour fonction l'objectivation de phénomènes qui sont rarement mesurables de façon simple ou directe. Il en va ainsi pour les consommations en général. Mais ces dernières, quand elles concernent des produits psychotropes et illicites, sont encore plus difficilement appréciables.

C'est pourquoi un travail de critique conceptuelle et méthodologique sur les données existantes est si important, passant par la création de nouvelles catégories et de concepts qui finissent inévitablement par passer dans le lot commun des savoirs. Mais nous pensons avoir montré que le cheminement de l'analyse se distingue bien des jugements de sens commun et de la formulation d'estimations empiriques, lesquelles ne traduisent en vérité que les mouvements d'opinion de ceux qui les soutiennent.

D'accord!

Il Y a là d'un point de vue scientifique une avancée significative, celle d'une alliance qui associe la rigueur de différents types de raisonnements, ceux qui sont issus de l'épidémiologie classique et ceux qui viennent de l'anthropologie. Ainsi est-il possible de dire que les différentes disciplines scientifiques n'ont aucune raison d'être maintenues dans la compartimentation trop habituelle du qualitatif et du quantitatif. L'anthropologie n'a aucune raison d'ignorer la statistique et inversement. La recherche sur les tendances fournit ainsi l'occasion d'un renouvellement des façons de penser, sous la forme d'un travail transdisciplinaire. ?

Bibliographie

- (1) EMCDDA; Annual Report on the State of the Drug Problem in the European Union, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 142 pages, Lisbonne 1997.
- (2) FACY, F.; INGOLD, F.R.; La recherche épidémiologique dans le champ de la toxicomanie : Note au Directeur Général de la Santé, INSERM, Paris (1988).
- (3) HALL J.N.; Historique du crack : échec de la prohibition, promesses de la prévention, in EHRENBERG A., MIGNON P., Drogues, politique et société, le Monde-Editions et Editions Descartes, Paris, 1992, pages 212-229.
- (4) HARTNOLL, R.; Improving the comparability of epidemiological data: why and how ? in Health and related data and epidemiology in the European Community, Commission of the European Communities, Brussels, 21-23 September 1992.
- (5) HUGHES, P.R.; Behind the wall of respect. Community experiments in heroin addiction, University of Chicago Press, 1977.
- (6) HUGHES, P.R.; JAFFE, J.H.; The heroin coping area. A location for epidemiological study and intervention activity, Archives of General Psychiatry, vol 24, 4 et 5, 1971.
- (7) INGOLD, F.R.; Le processus de la dépendance chez les héroïnomanes, Annales Médico-psychologiques, vol 143, No 6, pp. 585-593, Paris 1985.

(8) INGOLD, F.R.; INGOLD, S.; Complémentarité méthodologique des approches quantitative et qualitative de la recherche dans le champ de la toxicomanie, in Bulletin de Méthodologie Sociologique, No 21, pp 33-42, Paris janvier 1989.

(9) INGOLD, F.R.; INGOLD, S.; TOUSSIRT, M.; Trends of drug use in France: 1985-1990. NIDA, Epidemiologie Trends ,in Drug Abuse, Proceedings Community Epidemiology Work Group, June 1991, pp.35ü-355

(10) INGOLD, F.R.; Réflexion sur la mise en place d'un observatoire de la consommation des drogues en France. Annales Médico-Psychologiques, 1993, 151, N0 9, pp. 647-652, Séance du lundi 17 Mai 1993.

(11) INGOLD, F.R.; TOUSSIRT, M.; La consommation du "crack" à Paris en 1993. Données épidémiologiques et ethnographiques, Annales Médico-Psychologiques, 152, N0 6, pp.400-406, 1994.

(12) INGOLD, F.R.; Une rétrospective des tendances de la toxicomanie de 1970 à l'an 2000, in Drogues et Toxicomanies. Indicateurs et tendances, pp 187-193, OFDT, Paris, 1999.

(13) IREP; Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris, Etude financée par la Direction Générale de la Santé, Paris juillet 1992.

(14) IREP; Méthode et histoire. Rapport au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 123 pages, Paris 1994.

(15) IREP; Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le vih et les virus de l'hépatite, étude financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et la Direction Générale de la Santé, 500 pages, décembre 1996.

(16) KOZEL, N.; The role of networks in drug abuse surveillance: an account of the history, implementation, and development of the

community epidemiology work group model, in Health related data and epidemiology in the European Community, Commission of the European Communities, Brussels, 21-23 September 1992.

(17) LINDESMITH, A.; The addict and the law, Indiana University Press, 1973, 337p.

(18) OCRTIS.; Usage et trafic de drogues en France. Les statistiques de l'année 1997. Une étude décennale sur le trafic de stupéfiants (1987-1996), Ministère de l'intérieur, 48 pages, Paris 1998.

(19) OFDT; Etude du Fichier FNAILS des interpellations pour usage de stupéfiants au niveau de l'individu, ENSAE Junior Etudes, OFDT, juillet 1998.

(20) OFDT; Drogues et Toxicomanies. Indicateurs et tendances, OFDT, Paris, 1999.

(21) OFDT; Tendances récentes. Rapport TREND, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 99 pages, mars 2000, Paris.

(22) PADIEU, R.; L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies, DGLDT, La Documentation Française, Paris 1994.

(23) PREBLE, E.; CASEY, J.J.; Taking care of business. The heroin user's life on the street, International Journal of the Addictions, vol 4, 1969.

(24) SESI; La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre, Documents Statistiques, ministère du Travail et des Affaires sociales, années 1990 et suivantes.