



Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie

Hugues Lagrange, Andreï Mogoutov

► To cite this version:

Hugues Lagrange, Andreï Mogoutov. Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie. *Déviance et Société*, 1997, 21 (3), pp.289 - 302. <hal-01400875>

HAL Id: hal-01400875

<https://sciencespo.hal.science/hal-01400875v1>

Submitted on 22 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Zusammenfassung

Auf der Grundlage einer Stichprobe von Interviews mit intravenös applizierenden Drogenkonsument(inn)en in fünf französischen Städten konnten in bezug auf das Alter bei der ersten Drogeninjektion vier Generationen von Drogenkonsument(inn)en abgegrenzt werden. Obwohl die so konstruierten Gruppen nicht als Kohorten aufgefaßt werden können, zeigt sich eine deutliche Entwicklung charakteristischer Merkmale dieser Generationen. Das Alter der ersten Injektion ist von 19 Jahren bei früheren Generationen auf über 22 Jahren bei heutigen Generationen angestiegen; parallel dazu kann ein Absinken des Anteils von Drogenkonsument(inn)en, deren Eltern höheren Gesellschaftsschichten zuzuordnen sind, festgestellt werden. Diese Entwicklung eines Altersantieg und einer Proletarisierung der Drogenkonsument(inn)en, die in den 90er Jahren begann, legt nahe, daß Drogenabhängigkeit weniger ein existenzieller Ausdruck des Fehlens jugendlicher Ideale und Perspektiven ist, sondern eher Ergebnis von Entwicklungen, die durch Mißerfolge und Arbeitslosigkeit geprägt sind; sie tritt häufig nach einer kriminellen «Karriere», auf und eine solche ist weniger die Folge der Drogenabhängigkeit.

Op basis van interviews met een omvangrijke steekproef van injecterende druggebruikers in vijf Franse steden hebben wij op basis van het tijdstip van de eerste injectie vier generaties geïdentificeerd. Hoewel deze aldus samengestelde groepen niet als cohorts kunnen worden beschouwd, stelt men toch een duidelijke evolutie vast in de kenmerken van deze verschillende generaties van druggebruikers. Het tijdstip van de eerste injectie stijgt van 19 jaar bij de oudste generaties naar ouder dan 22 jaar voor de jongste generaties, en tegelijkertijd stelt men een vermindering vast van het aandeel van toxicomanen waarvan de ouders tot de minder begoede lagen van de bevolking behoren. Deze veroudering en proletarisering van beginnend intraveneus druggebruik in de jaren '90, doet vermoeden dat verslaving, eerder dan een existentiële crisis te zijn van jongeren zonder idealen of levensdoelen, een levenstraject is gekenmerkt door mislukkingen en werkloosheid. Verslaving treedt vaak pas op na het inzetten van een delinquente levenswandel, en niet zozeer voordien.

Abstract

Using a sample of more than 1500 injecting drug users, recruited in five cities in France, we have built four generations on the basis of the year of their first shoot. Although these groups are not true cohorts, they display striking differences which are in agreement with the evolution of the profile of people contacting for the first time health and prevention centres. Among the older generation the age at the first shoot is 19 years old, meanwhile for the younger generation it is over 22. Moreover, in the younger generation, users' parents belong less frequently to the highest strata of the society. These two mechanisms suggest that drug addiction, far from being the expression of an existential appeal for youngsters lacking of life goals, is the harsh outcome/result of unemployment, failure and school drift; addiction is rather the consequence of the entrance in a delinquent career than its motivation.

UN RETARDEMENT DE L'ENTRÉE DANS LA TOXICOMANIE

H. LAGRANGE*, A. MOGOUTOV**

A partir d'un échantillon important d'usagers de drogues injectables interviewés dans cinq villes de France, nous avons délimité quatre générations en fonction de la date de la première injection. Bien que les groupes ainsi créés ne puissent être considérés comme des cohortes, on constate une évolution très marquée des caractéristiques de ces diverses générations de toxicomanes. L'âge à la première injection s'est élevé de 19 ans pour les générations anciennes à plus de 22 ans pour les générations récentes et parallèlement on a constaté une diminution de la proportion des toxicomanes dont les parents appartiennent aux strates aisées de la population. Ce vieillissement et cette prolétarianisation de ceux qui commencent à s'injecter dans les années 1990 suggère que la toxicomanie loin d'être une dérive existentielle de jeunes en mal d'idéal ou de projet est l'issue de parcours marqués par l'échec et le chômage; elle intervient souvent après l'engagement d'une «carrière» délinquante plutôt qu'à sa source.

MOTS-CLÉS: TOXICOMANIE – USAGERS DE DROGUES INJECTABLES – FRANCE – PREMIÈRE INJECTION

Les réflexions sur la toxicomanie développées dans le passé récent ont conduit à dépasser les visions de la drogue comme dysfonctionnement social et des drogués comme malades. Ainsi, dans plusieurs ouvrages, Alain Ehrenberg s'est efforcé avec beaucoup de pénétration de penser l'unité du phénomène en étudiant les corrélations entre l'usage des produits «multiplicateurs du moi», par delà leur diversité, celle de leur mode de consommation, et la généralisation d'une société d'individus. Nous partageons largement sa vision mais nous soulignons qu'elle ne doit pas conduire à rassembler artificiellement des pratiques dont l'unité est problématique et dont la diffusion au sein de la société est extrêmement variable. Nous cherchons à apporter ici, en nous plaçant dans une échelle de temps réduite et dans un cadre volontairement limité à une sociographie, un éclairage sur les changements dans le calendrier et l'ancrage social de cette pointe aiguë des usages de drogue: la toxicomanie par injection.

Au cours des 5 à 7 dernières années la consommation de cannabis, ou pour être plus exact l'expérience du cannabis, s'est étendue parmi les jeunes scolarisés et sans doute plus encore parmi ceux qui sont en voie de déscolarisation. D'après Marie Choquet et Sylvie Ledoux (1994), en 1988, 5,6% des 11-20 ans scolarisés ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois, le pourcentage s'élève à 11,8% parmi les 11-19 ans en 1993. Resserrant la fenêtre d'âge adoptée, on constate que l'expérience du cannabis qui était le fait de 13% des 18-19 ans scolarisés en 1988 touche plus de 30% de la même tranche d'âge en 1993. D'après l'enquête sur l'entrée dans la sexualité dans le

* OSC/CNRS, Paris.

** EHESS, Paris.

contexte du sida (Lagrange, Lhomond *et al.*, 1997), en 1994, 52% des garçons et 31% des filles de 18 ans, qu'ils soient lycéens ou en apprentissage, ont déjà fumé un joint¹. Cette progression récente de l'expérience du cannabis est en partie spécifique à notre pays. Aux Etats-Unis de 1979 à 1991 l'expérience de la marijuana, et d'ailleurs de la cocaïne, a baissé considérablement chez les lycéens de terminale². Quelques indices suggèrent que chez les élèves de l'enseignement professionnel et les apprentis les conduites addictives sont plus répandues que parmi les élèves de l'enseignement général: 56% des garçons et des filles de la filière professionnelle fument contre 36% dans l'enseignement général, la consommation d'excitants et d'antidépresseurs, toujours plus élevée parmi les filles atteint 8% dans le premier groupe contre 3% dans le second. De façon moins marquée l'expérience du haschich est aussi plus courante dans la filière professionnelle.

Parallèlement, l'expérience de l'héroïne, de la cocaïne et du crack est très réduite dans cette tranche d'âge – 0,5% parmi les 15-18 ans en 1994 – et on ne peut savoir par l'enquête sur l'entrée dans la sexualité si elle varie d'un milieu scolaire à l'autre. Quant aux pratiques d'injection elles sont si rares – chez les 18 ans ou moins – que cette enquête comme celles de Choquet et Ledoux ne permet pas de situer avec assurance l'importance ni la diffusion de ces pratiques. Ce qui soulève une double question: la consommation, par injection ou par d'autres voies, de cocaïne, d'héroïne ou de crack est-elle quasi inexistante, en dessous de 19 ans en France, ou seulement inaccessible aux protocoles d'enquêtes par échantillon représentatif? Partant de cette interrogation, nous avons tenté le parcours dans l'autre sens pour voir, à partir de l'épicentre, comment se fait l'entrée dans la toxicomanie.

Les toxicomanes, au sens d'usagers de drogues injectables, se distinguent des usagers de drogues qui, ordinairement, ne s'injectent pas. D'abord parce que 85% d'entre eux recourent effectivement à l'injection, qui de ce fait constitue la pratique significative de ce groupe. La population enquêtée est une population de toxicomanes actifs, c'est-à-dire ayant consommé des drogues injectables au cours des trois derniers mois. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'héroïnomanes, de cocaïnomanes, d'injecteurs de crack, d'utilisateurs d'autres opiacés (morphine, temgésic, skenan, moscontin, néocodion, palfium) et dans une petite minorité de cas, de consommateurs de benzodiazépines (rohipnol, tranxène, valium). Les consommateurs de cannabis ou d'ecstasy en produit principal n'étaient éligibles que s'ils avaient consommé, par ailleurs, au cours des trois mois précédant l'enquête, un produit injectable. Marginaux numériquement, les toxicomanes ainsi définis sont au cœur de notre perception de la drogue et contribuent à constituer sa figure emblématique, nous ne savons pourtant pas bien qui ils sont. Précisément parce que d'un côté ils témoignent de comportements rares, en solution de continuité avec l'expérience sociale la plus courante y compris celle des drogues et que, d'un autre côté, aucune frontière tangible ne sépare ces formes dures et déviantes des usages épisodiques de produits divers qui ont un caractère de masse.

Les informations utilisées ici proviennent d'une enquête multicentrique réalisée en 1995 auprès de 1703 usagers de drogues injectables³. L'enquête a été menée dans cinq sites

¹ Ce qui représente un pourcentage moyen supérieur à celui qu'observent Choquet et Ledoux (1994).

² Chez les fils des classes aisées, en Amérique du Nord, les consommations de cannabis et de cocaïne ont reflué depuis le début des années Reagan qui se présentèrent pour elles comme des *anti-seventies*, des années où l'on étudie et on ne se « came » pas dans les universités, ce n'est pas vrai dans le ghetto.

³ Dans le cadre d'une étude multicentrique, financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et la Direction Générale de la Santé (division sida), l'équipe sous la direction de R. Ingold, comprend T. Adohane, D. Barraud, A. Boumghar, S. Cagliero, J. Harbonnier, C. Jacob, H. Lagrange, P. Milburn, M. Toussirt. La coordination de l'étude a été réalisée par l'IREP, Institut de Recherches sur les Pharmacodépendances. Dans les calculs impliquant la date de la première injection l'effectif est de 1441, nombre de ceux qui disent avoir recours à l'injection.

– Paris, un ensemble de communes de la banlieue du nord et de l'est de Paris, Lille, Metz (et une commune rurale de Moselle: Audin Le Tiche), Marseille – entre les mois de juillet et décembre 1995, à la fois auprès des toxicomanes qu'on rencontre dans la rue ou dans certains endroits des cités, dans les lieux d'accueil comme les bus de Médecins du Monde ou « La Boutique » à Paris et dans des institutions, intersecteurs hospitaliers, centres spécialisés, ou associations de prévention et de soutien aux toxicomanes. L'échantillon recueilli n'est pas rigoureusement un échantillon probabiliste. En effet, on n'a pas procédé à un tirage aléatoire des institutions, ni des scènes de rue retenues et dont bien évidemment il n'existe aucune liste, ni des individus interviewés. Toutefois, lorsqu'il s'agissait d'institutions, on a procédé à un tirage bernouillien des interviewés en appliquant une fraction de sondage. C'est donc un échantillon raisonné des contextes dans lesquels on rencontre des toxicomanes.

I. Le vieillissement de l'âge à la première injection

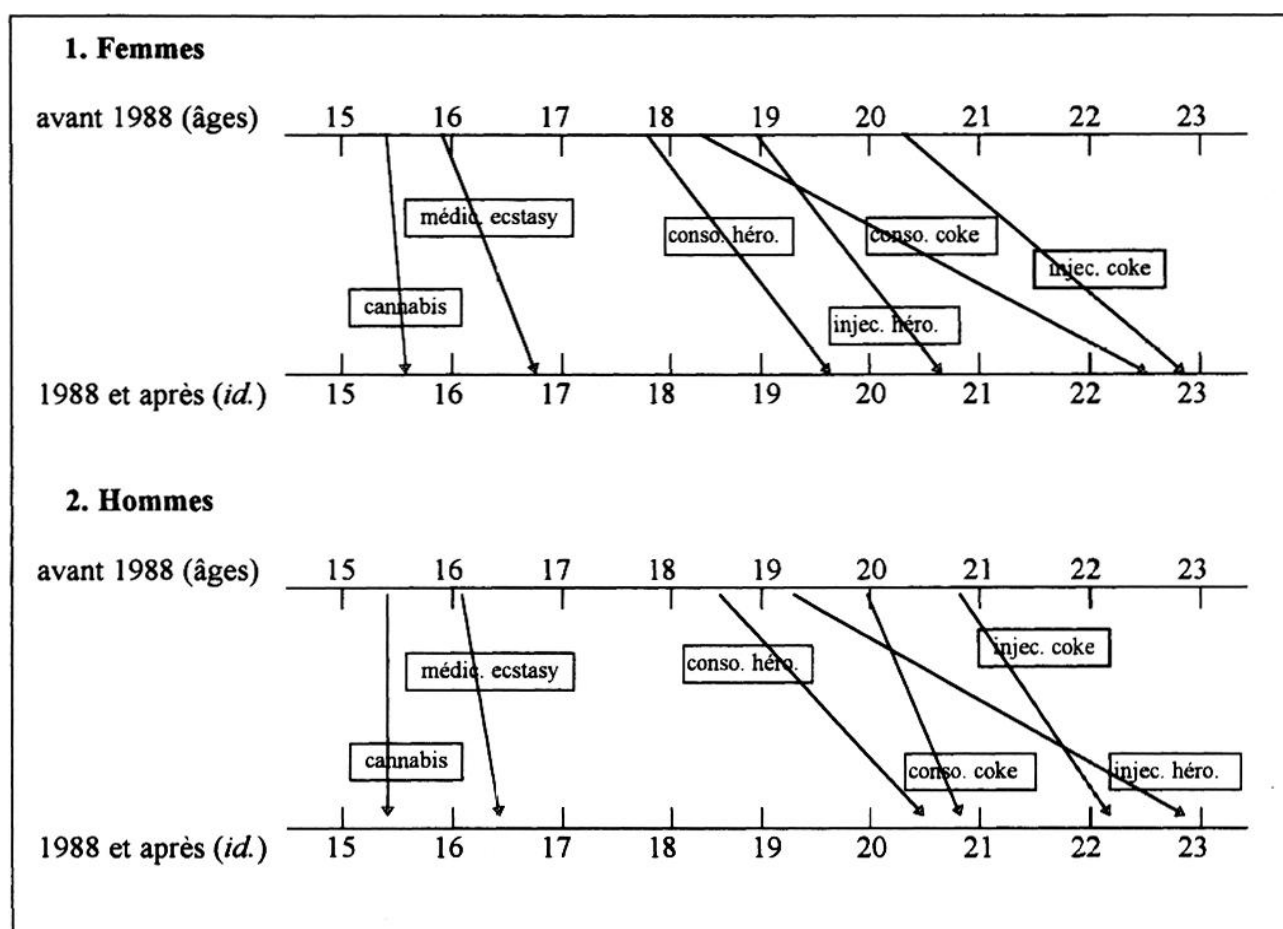
Pour chacun des principaux produits utilisés, on connaît la date de la première consommation et, le cas échéant, de la première injection et par conséquent l'âge des interviewés à ce moment. On a d'abord calculé l'âge moyen au moment des premières injections dans deux générations de toxicomanes: ceux qui ont commencé à s'injecter avant 1988 et ceux qui l'ont fait en 1988 ou après⁴. Les hommes qui sont entrés dans la toxicomanie avant 1988 ont pris pour la première fois du cannabis alors qu'ils n'avaient pas 16 ans, ils ont commencé à s'injecter de l'héroïne vers 18 ans et demi et ceux qui consomment de la cocaïne se la sont injectée à plus de 20 ans. Par contraste, la génération qui est entrée dans la toxicomanie à partir de 1988 a adopté un calendrier d'usage des produits beaucoup plus tardif. Si l'expérience du cannabis et celle des médicaments se font au même âge, vers 15 ans, les toxicomanes masculins de ces dernières générations ont attendu d'avoir dépassé 20 ans pour consommer de l'héroïne et ce n'est que vers 23 ans qu'ils se sont injectés de l'héroïne et de la cocaïne. Ainsi cinq ans séparent leur premier joint de leur premier shoot. Dans les générations qui ont commencé à s'injecter en 1988 ou après, la première consommation d'héroïne intervient deux ans plus tard que dans les générations entrées avant 1988 et l'injection est décalée vers le haut de plus de trois ans. Le délai de passage de la consommation à l'injection de cocaïne est un peu moins bouleversé mais s'accroît lui aussi très nettement. On observe des décalages strictement analogues chez les femmes (*Fig. 1*).

Ce changement d'âge touche beaucoup plus l'injection que les autres modes de consommation – sniffer ou fumer. On s'interrogera ultérieurement sur les raisons de cette évolution remarquable du mode de consommation. Précisons le moment de ce changement par un découpage plus fin de la population de toxicomanes en étudiant quatre générations d'entrée dans la toxicomanie: ceux qui se sont injectés avant 1981, entre 1981 et 1984, entre 1985 et 1987, enfin de 1988 à 1995. Ce découpage, suggéré par l'analyse de la séroprévalence est compatible avec la césure introduite par le décret de 1987. Il permet de distinguer les générations de toxicomanes qui ont commencé à s'injecter avant la mise en vente libre des seringues et ceux qui l'ont fait après.

La première prise de cannabis est un peu plus précoce dans les générations entrées dans les années 1970 et le début des années 1980 qu'elle ne l'est dans la génération 1985-1987 dont le profil s'apparente à la génération la plus récente. Mais ce change-

⁴ Le choix de la date de 1988 est lié à la mise en vente libre des seringues instaurée par un décret de 1987.

Figure 1: Calendrier d'entrée dans la toxicomanie selon que l'année de la première injection est antérieure ou postérieure à 1988.



ment reste très limité. En revanche, la distribution par âge de la première injection d'héroïne indique que les années 1985 furent des années de transition vers le régime actuel caractérisé par un début tardif. Parmi les toxicomanes qui ont commencé à s'injecter avant 1981, l'âge médian à la première injection est de 17 ans. Il faut attendre presque 22 ans pour voir une majorité des toxicomanes de la dernière génération s'injecter de l'héroïne. Dans la génération 1985-1987, une fraction significative ne connaît le *shoot* qu'à partir de 25 ans. Ce phénomène s'amplifie encore au sein de la génération la plus récente 1988-1995 pour laquelle environ 30% des premières injections ont lieu à 25 ans ou plus tard. Bien entendu il faut garder à l'esprit que les toxicomanes formant chaque génération sont ceux qui continuent de fréquenter les scènes de rue ou les centres en 1995.

Tableau I: Distribution par âge de la première consommation de cannabis dans quatre générations de toxicomanes.

Génération d'entrée dans la toxicomanie*	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18-19 ans	20-23 ans	24 ans et plus	Total
1955-1980	5.5	5	9	15.1	19.1	16.1	9.6	10.6	7.5	2.5	100%
1981-1984	4.5	3.2	11	19.3	16.8	14.8	7.7	9	12.3	1.3	100%
1985-1987	5.3	6.6	12.5	10.5	10.5	17.1	15.8	7.2	13.2	1.3	100%
1988-1995	5.5	5.3	9.6	14.9	14	17.4	10.6	11.2	8.3	3.2	100%

* Définies par l'année de la première injection.

Tableau II: Distribution par âge de la première injection d'héroïne dans quatre générations de toxicomanes.

Génération d'entrée (âges)	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26-27	28 et +	Total
1955-1980	2.5	5.7	7.5	7.1	10.7	16.8	9.3	8.9	10	4	6.3	3.9	2.9	1.4	0.7	2.1	100%
1981-1984	0.3	2.4	4.5	8	4.9	13.8	8.9	15.2	15.2	7.6	4	5.4	4.9	0.9	1.3	2.7	100%
1985-1987		1	2.5	1.5	6	8.5	12.5	9.5	10	13.5	7.5	6.5	5	3.5	5.5	7.5	100%
1988-1995		0.2	1	0.7	4.9	4.7	6.3	8.7	10.6	8.7	7.8	9	7.1	6.8	9.4	14.1	100%

Première conséquence remarquable au miroir des générations: l'augmentation du délai entre la première consommation et la première injection⁵. Dans la génération ancienne – celle qui a commencé à s'injecter avant 1980 – le *shoot* était pour trois hommes sur quatre le premier contact avec le produit qu'il s'agisse d'héroïne ou de cocaïne. Ce n'est plus le cas que des deux tiers des hommes qui commencèrent à s'injecter au début des années 1980, au milieu de cette décennie, le *shoot* intervient après une période plus ou moins longue de *sniff*, mais rarement à l'entrée dans la toxicomanie, enfin dans la génération qui a commencé à s'injecter dans les années 1990, le premier *shoot* se situe en général deux ans après le premier contact avec le produit.

Ne peut-on pas objecter que ce retardement de l'entrée dans la toxicomanie par injection est un artefact, le résultat d'un processus d'autosélection des diverses générations qui fréquentent les scènes de la drogue en 1995. Les générations définies par la période d'entrée dans la toxicomanie ne sont pas constituées de manière identique et ne forment pas des échantillons appariés. On pourrait imaginer qu'il n'y ait pas en réalité de vieillissement de l'entrée dans la toxicomanie mais que, de fait, ceux qui restent longtemps des toxicomanes actifs sont aussi beaucoup plus précoces. En effet, une corrélation entre la précocité d'une pratique et l'intensité des dispositions qui y poussent est suggérée par l'analyse des comportements sexuels, ainsi ceux qui ont commencé tôt leur vie sexuelle ont plus de partenaires – à durée de vie sexuelle égale – que ceux qui ont commencé tard; plus spécifiquement l'âge de la première prise de cannabis est, chez ceux qui consomment des drogues injectables, plus précoce que l'âge moyen à la première consommation parmi l'ensemble des usagers du cannabis (Beyeler, 1996). Est-ce que cela peut expliquer que la cocaïne et l'héroïne aient fait irruption dans la vie des toxicomanes des générations les plus anciennes – en *sniff* et surtout en *shoot* –, beaucoup plus tôt que chez les consommateurs plus récents?

Plusieurs arguments suggèrent que ce biais sélectif ne rend pas complètement compte du décalage vers le haut des calendriers⁶. Les études réalisées à partir de ce qu'on appelle la file active⁷ de plusieurs centres spécialisés et les résultats de l'enquête dite « de novembre » répétée depuis 1987 à la demande du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales suggèrent aussi qu'il y a eu une élévation de l'âge d'entrée dans la toxicomanie par injection⁸.

⁵ La première injection de médicaments a parfois lieu à un âge plus précoce, mais elle n'est pas aussi emblématique de la toxicomanie que l'injection d'héroïne ou de cocaïne.

⁶ Nous ne le croyons pas. D'abord, sur un plan pratique, le biais sélectif, s'il est corrélé avec l'âge, induit des effets au second degré dont l'ampleur est difficilement compatible avec celle, considérable, des calendriers. Une analyse détaillée de ce point est proposée en annexe.

⁷ C'est à dire le fichier des personnes prises en charge par une institution au cours d'une année donnée.

⁸ Réalisée et exploitée par le Service des Etudes Statistiques et de l'Information (SESI). Les résultats de l'enquête de novembre 1994 nous ont été aimablement communiqués par Delphine Antoine. Le champ de l'enquête du SESI est un peu plus large que celui de l'enquête de l'IREP; en effet, des utilisateurs de

En 1972, d'après l'analyse des dossiers des premiers demandeurs de soins à Marmottan (429 dossiers), l'âge moyen des premiers demandeurs est d'environ 21 ans. En 1986, d'après le dépouillement de 400 dossiers, cet âge s'élève à 24-25 ans, en 1987 à 25-26 ans (380 dossiers). R. Ingold (1988) estime qu'en 1987, chez les trois quarts des toxicomanes, 2 à 3 ans séparent la première injection du premier recours aux soins⁹. Si l'on retient l'évaluation faite par Ingold, les données collectées à Marmottan montrent qu'en 1972 l'âge moyen au moment de la première injection est 19 ans, et s'élève vers 1986-1987 à 22-23 ans. Dans une étude des profils des toxicomanes soignés dans les hôpitaux et les centres spécialisés, Costes et Le Faou (1988) montrent que l'âge médian de ces toxicomanes soignés est de 24 ans en 1985. Ils observent par ailleurs que la structure par âge est assez stable au début des années 1980 mais que la proportion des très jeunes (environ 15 ans) a diminué, et que la proportion des 20-24 ans subit un léger tassement au profit des 25-34 ans. Il y a donc émergence lente d'une tendance au vieillissement déjà perceptible au milieu des années 1980 et qui s'est beaucoup amplifiée à la fin de cette décennie. Entre 1986 et 1990, d'après les données recueillies dans le cadre de l'enquête de novembre du SESI, l'âge moyen des toxicomanes fréquentant les centres de soins s'est élevé de 25 à près de 28 ans. Puis, de 1991 à 1993, l'âge moyen des toxicomanes suivis dans les centres spécialisés et les hôpitaux s'élève à peine¹⁰. L'âge moyen au moment du premier recours est 25,9 ans en 1994 (pour un âge moyen, tous recours confondus, de 28,2 ans). Si l'on admet que l'âge moyen à la première injection est décalé de deux ans et demi de l'âge au premier recours, cela donne un âge moyen à la première injection parmi la population prise en charge de 23,9 ans. Ce chiffre est proche de celui que nous avons obtenu dans l'enquête multicentrique de 1995. Cela milite aussi en faveur de l'idée que le décalage vers le haut de l'âge d'entrée dans la toxicomanie s'est opéré pour l'essentiel au milieu des années 1980.

L'élévation, parallèlement à celle de l'âge moyen de la population des toxicomanes accueillis dans les institutions de soins, de l'âge au premier recours, indique elle-même, sous des hypothèses assez peu restrictives, que l'entrée dans la toxicomanie s'est faite plus tardivement dans les générations entrées récemment. Ce phénomène est d'autant plus remarquable que, d'après l'enquête de novembre du SESI, le nombre de toxicomanes qui se sont adressés aux institutions spécialisées a augmenté de 50% entre 1991 et 1994. C'est à dire que l'usage régulier de drogues injectables s'étend pendant la dernière période considérée. La toxicomanie par injection implique des fractions croissantes de la population, mais elle n'est pas en expansion chez les adolescents ou chez les jeunes qui entrent tout juste dans l'âge adulte mais chez des adultes qui sont au milieu de leur troisième décennie.

II. Prolétarianisation et désocialisation

Pourquoi ce retardement massif de l'entrée dans la toxicomanie, ce différemment des premières injections d'héroïne et de cocaïne, alors même que la toxicomanie est en expan-

cannabis en produit principal et qui ne consomment pas de drogues injectables sont inclus. Ils représentent environ 10% de la population des institutions de prises en charge. Ce qui rajeunit légèrement les âges moyens pour ces institutions.

⁹ C'est aussi un intervalle médian de deux ans que révèle une étude publiée par l'ORS à partir des enquêtes du SESI.

¹⁰ Il s'élève de 28 à 29 ans. Document statistique N° 222, SESI, mars 1995, p. 14.

sion actuellement en France¹¹, alors que, dans le même temps, chez les toxicomanes, les débuts de la consommation de cannabis et celle de médicaments (à base d'opiacés ou de benzodiazépines) restent stables? L'usage des drogues les plus addictives étant retardé, tout se passe comme si «l'unité» des diverses expériences éclatait ou plus exactement comme si les pratiques récréatives et l'addiction tendaient à se séparer.

Une des hypothèses qui a été avancée pour comprendre cette élévation de l'âge de l'entrée dans la toxicomanie est l'idée que la toxicomanie est déjà l'aboutissement d'un parcours de galères et d'échecs. Nous avons donc cherché des éléments de vérification de cette hypothèse dans une sociographie des milieux professionnels dont sont originaires les toxicomanes et dans leurs orientations professionnelles avec l'idée que les profils sociaux des générations récentes porteraient les traces de la crise du travail et de l'emploi.

Tableau III: Origine sociale des toxicomanes masculins: distribution de cinq générations de toxicomanes selon la profession de leur père.

Génération d'entrée dans la toxicomanie par injection	Non réponse, sans profession mentionnée ou connue de l'enquête	Ouvrier ou agent technique sans qualification, personnels de service, chauffeur, agriculteurs	Profession intermédiaire, employés, petits fonctionnaires, artisans et commençants	Professions libérales et cadres supérieurs du privé et du public (Ingénieurs, P.D.G., directeurs, inspecteurs, administrateurs)	Divers : artistes, forains, contrebandiers, magouilleurs, joueurs professionnels, chefs de village	Total	Effectif
1955-1980	12.8	43.4	27.8	12.8	3.2	100%	219
1981-1984	17.6	39.6	30.8	9.4	2.6	100%	159
1985-1987	16.4	44.1	30.9	6.6	2.0	100%	152
1988-1995	18.1	43.6	30.2	7.8	0.3	100%	397

Lorsqu'on examine les origines sociales des toxicomanes, ressort d'abord l'importance, toutes générations confondues, des milieux modestes: les toxicomanes sont, pour la grande majorité, des fils d'employés, d'ouvriers ou de gens sans profession. Ce qui frappe, c'est le renforcement de cet ancrage de la toxicomanie dans les couches salariées de statut modeste comparativement à la distribution moyenne des activités professionnelles en France. On note une réduction importante en valeur relative de la proportion de toxicomanes issus de milieux aisés. Parmi les générations qui sont entrées dans la toxicomanie avant 1980, près de 13% sont issus des professions libérales et cadres supérieurs; 3% ont déclaré que leur père avait une activité qui rentre mal dans les classifications administratives comme chanteur de cabaret, joueur professionnel, forain. Au cours des vingt dernières années, la contribution des milieux aisés et de la «bohème» à la toxicomanie a diminué, associant plus étroitement celle-ci à la galère et au déracinement urbains.

Les activités professionnelles des toxicomanes eux-mêmes ne sont pas très exploitables. En effet, comme le disent la plupart des intervenants dans ce domaine: «*un toxicomane est d'abord un toxicomane*». Les réponses aux questions portant sur leur propre profession traduisent un malaise. Certes, une proportion importante de toxicomanes ont des activités, mais s'agissant en particulier de la prostitution et du «deal», ils les revendiquent rarement comme activité professionnelle. Leurs situations peuvent être rangées dans quatre catégories assez floues. Près de 50% des interviewés ne répondent pas à la question, comme pour signifier qu'elle n'est pas pertinente, 20 à 25% se déclarent sans profession. Quelques femmes se disent prostituées ou, plus rarement, travailleuses sexuelles,

¹¹ D'après le SESI, le nombre des premiers accueils dans les institutions de soins augmente depuis 10 ans. Cela d'ordinaire s'accompagne d'un rajeunissement car ce sont les jeunes qui sont généralement les initiateurs de tendances nouvelles.

mais cette déclaration est très loin de correspondre à l'activité prostitutionnelle régulière et, a fortiori, occasionnelle qu'elles affirment ailleurs. Enfin, un petit quart des toxicomanes déclarent une profession ayant un contenu précis. Figurent côte à côte un docteur en neurophysique, une jongleuse de rue, un logisticien de l'action humanitaire et un contingent plus substantiel d'ouvriers et d'employés peu qualifiés (agents techniques, chauffeurs, cuisiniers, barmans, coiffeurs, manœuvres du bâtiment, peintres et quelques secrétaires).

Tableau IV: Réponses regroupées à la question de la profession exercée par les interviewés.

Génération d'entrée dans la toxicomanie par injection	Pas de réponse	Sans, aucune, sdf, manche, voleur, jamais travaillé	Prostituées, rabatteurs, travestis	Stagiaires, étudiants, et autres professions	Total	Effectif*
1955-80	45.6	19.1	2.6	32.7	100%	230
1981-84	48.4	28.9	0.5	22.2	100%	225
1985-87	53.7	19.2	3.0	24.1	100%	203
1988-95	46.6	24.5	6.2	23.7	100%	582

*L'effectif est inférieur à 1703 car il s'agit des seuls toxicomanes qui s'injectent et dont on connaît la date de la première injection.

Il ressort de cet inventaire que les générations entrées dans la toxicomanie à partir des années 1981 sont encore plus dépourvues de spécialité professionnelle que celles qui ont commencé à se «*shooter*» dans les années 1970. Mais le tableau qu'on vient de faire rend compte plus d'un état actuel que des itinéraires: beaucoup de ceux qui ont eu une profession ne l'ont pas évoquée, parce que cela ne les définit plus aujourd'hui et peut être aussi pour éviter un miroir brutal. En enquêtant sur leur profession, on ne peut éviter qu'ils disent ce qu'ils sont devenus. Il aurait fallu les interroger patiemment sur ce qu'ils furent avant de prendre de la «*dope*».

La progression des origines sociales inconnues, la réduction de la place des milieux aisés et de la «bohème», l'accroissement de la désinsertion professionnelle, en associant plus étroitement la toxicomanie à la crise du travail, fournissent des arguments indirects pour expliquer le changement de calendrier: la toxicomanie dérive moins directement aujourd'hui de ce désir post-adolescent d'exploration de soi et constitue un recours, une compensation au terme d'un parcours dans la déveine.

III. Prostitution et isolement

Parallèlement au déficit d'activités ordinaires, on enregistre un renforcement des liens entre toxicomanie féminine et prostitution¹². Plus de la moitié des femmes toxicomanes actives recourent ou ont recouru à la prostitution. La proportion de toxicomanes qui se prostituent s'est élevée dans les générations entrées dans la toxicomanie depuis 1985 par rapport à celles qui sont entrées avant 1985. D'une manière générale, il y a une forte corrélation entre les débuts de l'injection et la prostitution.

Les générations de toxicomanes se différencient aussi par l'usage combiné de l'héroïne et de la cocaïne. Chez les hommes, il y a une nette réduction de l'usage conjoint, pas chez les femmes. Moindre attrait pour le «*speed-ball*»? Repli sur l'héroïne? Comme cette réduction de l'usage conjoint affecte seulement les hommes, pour qui le recours à la pros-

¹² Le recours à la prostitution de la part des hommes toxicomanes est assez rare dans notre enquête, ce qui ne semble pas être le cas dans tous les pays.

Tableau V: Proportions de femmes qui se prostituent ou se sont prostituées selon la génération d'entrée dans la toxicomanie.

	1955-80	1981-84	1985-87	1988-95
oui	45.2	42.4	60.0	53.0
non	54.8	57.6	40.0	47.0
Effectif	73	59	50	181

titution est plus rarement possible, on peut penser que cette réduction traduit un appauvrissement des toxicomanes masculins qui ont plus de mal à se procurer de la cocaïne.

Tableau VI: Consomment à la fois de l'héroïne et de la cocaïne.

Génération d'entrée dans la toxicomanie par injection	Hommes	Femmes
1955-1980	79.3	68.5
1981-1984	74.7	72.9
1985-1987	63.4	58.0
1988-1995	63.3	68.5

Alors que d'après l'enquête sur les comportements sexuels des 15-18 ans nous savons que la sociabilité des jeunes qui ont fait l'expérience du cannabis et de l'ecstasy est plus importante que celle de la moyenne des jeunes de leur génération (Beyeler, 1996), celle des toxicomanes est, d'après la plupart des observateurs et des intervenants dans ce domaine, numériquement pauvre. Nous ne disposons pas d'une mesure de la taille de réseau de sociabilité des toxicomanes interviewés en 1995 mais nous avons un indice de l'interférence entre toxicomanie et vie sexuelle: la proportion des partenaires sexuels des toxicomanes qui consomment eux-mêmes des drogues par injection. De plus, cette connaissance du réseau des partenaires sexuels n'existe que pour un sous échantillon, celui des toxicomanes mosellans, ce qui interdit de faire un découpage par génération aussi fin que celui qu'on a utilisé jusqu'ici. La question que l'on s'est posée, à travers la mesure de la proportion des partenaires sexuels qui se *shootent*, est de savoir à quel degré la vie sexuelle des toxicomanes est elle-même marquée par la toxicomanie. La proportion de partenaires sexuels qui s'injectent est globalement de l'ordre de 25%, cependant entre les générations entrées dans la toxicomanie récemment – depuis 1994 ou 1995 – et celles qui ont commencé depuis deux ans ou plus on observe une élévation de la proportion de partenaires sexuels eux-mêmes toxicomanes de 22,2 à 34,4%. Au delà de deux ans d'ancienneté dans la toxicomanie, il n'y a pas de variations significatives de la proportion de partenaires sexuels qui sont eux-mêmes toxicomanes. De même, la proportion des partenaires de *dope* – avec qui on se *shoot* sans nécessairement échanger de seringue – augmente aussi chez ceux qui sont toxicomanes depuis deux ans ou plus (cf. *Tableau VII* ci-après).

Tableau VII: Proportion des partenaires des toxicomanes mosellans qui s'injectent et proportion des partenaires d'injection avec qui les interviewés ont eu des rapports sexuels selon la génération d'entrée dans la toxicomanie.

Génération d'entrée dans la toxicomanie par injection	% de part. sexuels de l'autre sexe toxicomanes	% de part. de shoot avec qui on a eu des rapports sexuels
1955-93	34,4	31,0
1994-95	22,2	24,1

Ces éléments confirment l'idée que dès que l'on commence à s'injecter, la coupure avec les non-toxicomanes s'approfondit très vite, qu'il n'y a pas véritablement d'entre-deux.

* * *

Les usagers de drogues injectables ont changé, le calendrier de l'entrée dans la toxicomanie s'est fortement transformé modifiant aussi le sens social de ce phénomène. La toxicomanie par voie intraveineuse n'est plus aujourd'hui associée à une rupture liminaire avec l'univers adulte. La pratique de l'injection n'est plus une expérience précoce ni d'ailleurs transitoire. Les usagers de drogues injectables ne sont plus des adolescents et des post-adolescents mais une population, sans doute jeune, mais déjà entrée dans l'âge adulte. Ce n'est pas un phénomène appelé à se diffuser plus ou moins uniformément dans une tranche d'âge, comme ce fut le cas durant les années 1970. Une origine sociale quasi exclusivement ouvrière ou située parmi les déclassés urbains, une absence d'identité professionnelle définie, un recours croissant à la prostitution et une tendance, accentuée par l'ancienneté de la toxicomanie, à fréquenter exclusivement des toxicomanes, des taux de séropositivité aux virus du sida et de l'hépatite C extrêmement élevés¹³, enfin une élévation considérable de la mortalité depuis le milieu des années 1980¹⁴, tout confine à faire des toxicomanes, aujourd'hui plus qu'il y a dix ou quinze ans, un isolat social, un continent singulier coupé du reste de la société¹⁵. S'il faut dénoncer l'hypocrisie des frontières tracées entre licite et illicite, il ne faut pas occulter pour autant le fait que les usagers de drogues dures qui s'injectent n'appartiennent pas au même monde que les fumeurs de cannabis, les consommateurs des psychotropes divers, d'alcool ou de tabac.

S'injecter de l'héroïne ou de la cocaïne constituent des pratiques en solution de continuité avec le fait de fumer du cannabis, de prendre des amphétamines ou de l'ecstasy. Sans doute notre connaissance des toxicomanes est-elle biaisée, on connaît surtout les toxicomanes en échec, lorsqu'ils sont incarcérés ou pris en charge par des hôpitaux et des institutions spécialisées. Mais l'analyse de la vie sociale des toxicomanes montre qu'il n'y a pas cette sphère large de «toxicomanes intégrés» qu'on a parfois évoquée. Une frontière invisible mais patente sépare les usages de masse des pratiques auxquels fait typiquement référence la toxicomanie. Il est toujours très difficile de dire où passe la frontière mais il y en a une. Elle distingue d'une part ceux qui font une consommation régulière par injection de cocaïne, d'héroïne ou de crack, et d'autre part les usagers occasionnels ou réguliers de ces mêmes drogues en «*sniff*» ou en «fumette», les consommateurs plus ou moins réguliers de cannabis, d'ecstasy et de médicaments – antidépresseurs, anxiolytiques ou tranquillisants – qui ne s'injectent pas. Cette frontière s'impose à nous en pratique. Ces deux populations ne sont pas accessibles à travers les mêmes protocoles d'enquête. Aucune enquête en population générale ne donne accès aux toxicomanes au sens retenu ici, tout au plus les enquêtes les plus importantes en attrapent-elles quelques uns, sans qu'on puisse d'ailleurs comprendre ce qu'ils représentent. Réciproquement les enquêtes auprès des centres spécialisés ou dans la rue ne peuvent prétendre connaître la place dans la popula-

¹³ D'après une autre analyse de la même enquête, sous presse.

¹⁴ D'après l'étude réalisée pour l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France (ORS, 1996), par Isabelle Grémy et Carole Rubino (1997).

¹⁵ Ce qui ne l'empêche de fonctionner dans la subjectivité, à la fois comme modèle, expression limite d'une exigence de liberté et comme repoussoir sur le mode du danger épidémique – la drogue gagne la jeunesse.

tion de ceux qu'elles touchent¹⁶. Cette hétérogénéité des conditions de recueil des informations ne traduit pas seulement un problème technique, elle révèle une cassure profonde.

Ceux qui s'injectent l'héroïne, la cocaïne et le crack, bien qu'ils aient une place centrale dans l'imaginaire social, suscitant un mélange d'hostilité et de fascination, forment en vérité un ghetto. Le déplacement, tout à fait banal, vers le centre de l'imaginaire social de pratiques marginales est un des moments d'unification symbolique des sociétés segmentaires contemporaines. Le fait que ce déplacement ne soit pas conçu comme tel nous interdit cependant de reconnaître explicitement dans la toxicomanie une altérité intérieure, se situant à la fois dedans et dehors, constitutive de notre sociabilité urbaine¹⁷ (les toxicomanes sont pour nous à la fois les attracteurs et les limites à travers lesquels nous nous définissons et nous reconstituons notre identité).

Hugues Lagrange – André Mogoutov
OSC/CNRS
7, rue d'Anjou
F-75008 Paris

BIBLIOGRAPHIE

- BEYELER S., *La prise de drogues illicites chez les jeunes de 15 à 18 ans*, Mémoire de DEA, Paris-IEP, 1996.
- CHOQUET M., LEDOUX S., *Adolescents: enquête nationale*, Paris, Editions Inserm, 1994.
- COSTES J. M., LE FAOU A. L., Profil des toxicomanes soignés, in SESI, Ed., *La toxicomanie*, Cahiers statistiques solidarité santé N° 15, Paris, La Documentation Française, 1988.
- EHRENBERG A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- EHRENBERG A., Ed., *Drogues, alcools, médicaments psychotropes. Individus sous influences*, Paris, Editions Esprit, 1991.
- EHRENBERG A., MIGNON P., Ed., *Drogues, politique et société*, Paris, Le Monde éditions & Descartes, 1992.
- GRÉMY I., RUBINO C., *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes*, Paris, ORS Ile de France, 1997.
- INGOLD R., Les toxicomanes et leur santé, in SESI, Ed., *La toxicomanie*, Cahiers statistiques solidarité santé N° 15, Paris, La Documentation Française, 1988.
- LAGRANGE H., LHOMOND B. et al., *L'entrée dans la sexualité*, Paris, La Découverte, 1997.
- ORS, Ed., *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes*, Paris, Conseil régional d'Ile de France, 1996.
- SESI, Ed., *La toxicomanie*, Cahiers statistiques solidarité santé N° 15, Paris, La Documentation Française, 1988.

Summary

Using a sample of more than 1500 injecting drug users, recruited in five cities in France, we have built four generations on the basis of the year of their first shoot. Although these groups are not true cohorts, they display striking differences which are in agreement with the evolution of the profile of people contacting for the first time health and prevention centres. Among the older generation the age at the first shoot is 19 years old, meanwhile

¹⁶ Certes des méthodes apparaissent maintenant (capture-recapture) qui permettent de préciser un peu mieux, par l'analyse des recouvrements entre des échantillons indépendants, la place des toxicomanes dans l'ensemble de la société.

¹⁷ En cela je rejoins A. Ehrenberg.

for the younger generation it is over 22. Moreover, in the younger generation, users' parents belong less frequently to the highest strata of the society. These two mechanisms suggest that drug addiction, far from being the expression of an existential appeal for youngsters lacking of life goals, is the harsh outcome/result of unemployment, failure and school drift; addiction is rather the consequence of the entrance in a delinquent career than its motivation.

KEY-WORDS: DRUG ADDICTS – INJECTING DRUG USERS – FRANCE – FIRST SHOOT

Zusammenfassung

Auf der Grundlage einer Stichprobe von Interviews mit intravenös applizierenden Drogenkonsument(inn)en in fünf französischen Städten konnten in bezug auf das Alter bei der ersten Drogeninjektion vier Generationen von Drogenkonsument(inn)en abgegrenzt werden. Obwohl die so konstruierten Gruppen nicht als Kohorten aufgefaßt werden können, zeigt sich eine deutliche Entwicklung charakteristischer Merkmale dieser Generationen. Das Alter der ersten Injektion ist von 19 Jahren bei früheren Generationen auf über 22 Jahren bei heutigen Generationen angestiegen; parallel dazu kann ein Absinken des Anteils von Drogenkonsument(inn)en, deren Eltern höheren Gesellschaftsschichten zuzuordnen sind, festgestellt werden. Diese Entwicklung eines Altersanstieg und einer Proletarisierung der Drogenkonsument(inn)en, die in den 90er Jahren begann, legt nahe, daß Drogenabhängigkeit weniger ein existenzieller Ausdruck des Fehlens jugendlicher Ideale und Perspektiven ist, sondern eher Ergebnis von Entwicklungen, die durch Mißerfolge und Arbeitslosigkeit geprägt sind; sie tritt häufig nach einer kriminellen « Karriere », auf und eine solche ist weniger die Folge der Drogenabhängigkeit.

Samenvatting

Op basis van interviews met een omvangrijke steekproef van injecterende druggebruikers in vijf Franse steden hebben wij op basis van het tijdstip van de eerste injectie vier generaties geïdentificeerd. Hoewel deze aldus samengestelde groepen niet als cohorts kunnen worden beschouwd, stelt men toch een duidelijke evolutie vast in de kenmerken van deze verschillende generaties van druggebruikers. Het tijdstip van de eerste injectie stijgt van 19 jaar bij de oudste generaties naar ouder dan 22 jaar voor de jongste generaties, en tegelijkertijd stelt men een vermindering vast van het aandeel van toxicomanen waarvan de ouders tot de minder begoede lagen van de bevolking behoren. Deze veroudering en proletarisering van beginnend intraveneus druggebruik in de jaren '90, doet vermoeden dat verslaving, eerder dan een existentiële crisis te zijn van jongeren zonder idealen of levensdoelen, een levenstraject is gekenmerkt door mislukkingen en werkloosheid. Verslaving treedt vaak pas op na het inzetten van een delinquente levenswandel, en niet zozeer voordien.

Annexe

On peut tenter de formaliser la manière dont les différentes générations de toxicomanes sont présentes dans un échantillon constitué de toxicomanes rencontrés dans la rue ou dans des institutions de soins au cours d'une année t_0 , ici 1995, en considérant que le nombre de toxicomanes ayant commencé à s'injecter en t_0-k et présents en t_0 est défini par une fonction de survie. La probabilité de survie en t_0 peut être définie comme une fonction du nombre d'années écoulées depuis le premier «shoot»: $\Pi(S_{t_0-k}) = e^{-ck}$, où :

S_{t_0-k} signifie qu'on continue de fréquenter des scènes de rue ou un centre de prise en charge au cours de l'année t_0 sachant qu'on a commencé à s'injecter k années auparavant, c est une constante positive qui indique la «mortalité» (non pas réelle mais le rythme de disparition des lieux où l'on rencontre les toxicomanes) $\Pi(S_{t_0}) = 1$.

Soit N_{t_0-k} le nombre d'individus qui ont commencé à s'injecter en t_0-k , le nombre Nr_{t_0-k} d'individus entrés dans la toxicomanie par injection en t_0-k et présents en t_0 , est alors d'après cette hypothèse :

$$Nr_{t_0-k} = N_{t_0-k} e^{-ck}$$

Dans la mesure où l'ancienneté des premières injections remonte à m années au maximum, on a un vecteur d'observations $\{Nr_{t_0-k}, \text{ où } k=1, \dots, m\}$. Deux problèmes se posent pour estimer les paramètres.

1. On ne connaît pas la valeur des N_{t_0-k} , les nombres effectifs d'individus qui ont commencé à s'injecter au cours d'une année donnée. Pour évaluer les nombres d'entrants au cours des 20 dernières années, on a utilisé une des rares informations longitudinales disponible : le nombre de premiers recours de toxicomanes aux institutions de prise en charge – hospitalières, spécialisées ou sociales – tels qu'ils ressortent des enquêtes de novembre du SESI. Ces évaluations concernent les années 1987, 1990 et 1994, pour prolonger dans les années 1975-85, on a supposé une stabilité du nombre de nouveaux toxicomanes au cours de cette période, j'ai déduit le «taux de sondage» du coefficient de proportionnalité entre le nombre d'enquêtés ayant commencé à s'injecter en 1994 et le nombre de premiers recours¹⁸.
2. On a supposé que le taux de «mortalité» des toxicomanes précoces et des toxicomanes tardifs est identique : c .

Dans ces conditions, on obtient une relation qu'il est possible d'estimer.

$$\ln(Nr_{t_0-k}) = \ln(N_{t_0-k}) - ck$$

ou

$$\ln(N_{t_0-k}) - \ln(Nr_{t_0-k}) = -ck$$

d'où l'on déduit une valeur estimée de c : 0,026. L'espérance de vie dans la toxicomanie est de $1/c$, soit 38 ans. Cette valeur est à l'évidence excessive, le «taux de mortalité» des toxicomanes est certainement supérieur, mais on ne sait pas exactement et l'on ne sait pas, de plus, si cette espérance de vie est fortement modulée par la précocité.

La disparition des toxicomanes des scènes de la drogue a deux motifs principaux :

¹⁸ On fait abstraction du décalage temporel estimé à deux ans entre la première injection et le premier recours tant, de toutes façons, cette reconstruction est fragile.

1. ils arrêtent parce qu'ils ont décroché dans leur tête, ayant moins envie/besoin du produit;
2. ils arrêtent parce qu'ils sont malades ou incarcérés ou littéralement morts (overdose, etc.).

Si le second motif l'emporte nettement en intensité, il y a peu de probabilité que les précoces des générations anciennes soient sur-représentés, inversement si le motif d'accrochage est dominant et traduit effectivement une forte sur-motivation des toxicomanes précoces, il peut y avoir un effet de troncature qui nous a été signalé par René Padieu, réduisant l'effet de vieillissement, voire l'annulant.

Sans qu'elles soient décisives les analyses qui précèdent suggèrent que l'effet de motivation devrait être très fort par rapport à l'effet de mortalité pour que la thèse suggérée du vieillissement soit radicalement infirmée.