

## De l'héroïne à la cocaïne : les risques ont-ils été maîtrisés ? L'expérience ethnographique.



**José Haro,**  
Docteur en Sciences sociales  
à l'E.h.e.s.s Marseille

**U**ne partie de ceux qui se donnent le but d'initier la substitution chez les usagers de drogues sont simplement préoccupés par le naufrage sanitaire qui menace les consommateurs de drogue, d'autres voient au-delà. En effet, la société toute entière est concernée : les drogués, dont une partie importante se prostituent pour financer leur consommation, occupent une position stratégique dans la propagation de l'épidémie. Les inclure dans la prévention peut donc sembler une entreprise évidente. En réalité, elle est révolutionnaire. Jusqu'à présent, les toxicomanes constituaient seulement un problème. Dans la perspective de la prévention du sida, ils détiennent également une partie de la solution. Ce n'est qu'avec leur collaboration active qu'on peut espérer contrôler la propagation de l'épidémie. Pour la première fois depuis longtemps, il faut les traiter comme des citoyens responsables.

Annie Mino et Sylvie Arsever avaient raison, l'entreprise de la substitution est « révolutionnaire ». « Révolutionnaire » car libérant des pratiques considérées jusqu'ici comme illégales : « Nous savons tous qu'il y a quelques années un débat sur une question comme celle-ci aurait été impossible. Peut-être même

aurions-nous été inculpés pour « association de malfaiteurs », comme le permet la loi d'exception votée sur ce sujet en 1970 ! ». Mais, bien au-delà du fait qu'il faille mobiliser l'usager de drogues et éveiller chez lui cette citoyenneté qu'on a tant ignorée, il a fallu affronter, à travers lui, ce qui organise aujourd'hui encore une bonne part de sa vie : le marché des drogues illégales.

Tout au long de l'enquête que nous avons menée durant plus de six années depuis 1994, en tant qu'observateur de terrain mais aussi en tant qu'acteur, un changement des pratiques de consommation s'est opéré chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV).

En effet, en 1994, la majorité des UDIV que nous rencontrons, c'est-à-dire neuf sur dix, étaient des consommateurs d'héroïne. Aujourd'hui cette majorité de personnes consomme, par voie légale ou en les détournant lorsqu'il s'agit de produits médicamenteux, de la B.H.D. (buprénorphine H.D.) et/ou des benzodiazépines et/ou, par voie illégale, de la cocaïne.

D'aucuns y ont vu l'explosion d'une polytoxicomanie généralisée assimilable à une nouvelle génération d'usagers de drogues, d'autres n'hésitent pas à voir dans l'augmentation des « cas de cocaïne » le déplacement du marché américain ou plus simplement à lui consacrer un caractère anecdotique : « Aujourd'hui anecdotiques, les cas de cocaïne augmentent rapidement, il faut donc s'y préparer ». Effet de « mode » ? « Effet coke » ? Héritage américain ? Changement d'une culture de l'intoxication ? Chacun peut faire son marché ! De l'héroïne à la cocaïne, ce phénomène est-il positivement explicable ? Est-il le fait du comportement individuel de chaque usager de drogues désireux d'expérimenter diverses « saveurs psychotropes » ? Il demeure que la personne qui est à même de nous expliquer ce changement, même si son témoignage est souvent situé, reste l'usager de drogues par voie intraveineuse anciennement héroïnomanes. Nous verrons que son point de vue se détache des hypothèses proposées plus haut de par son caractère pratique et désenchantant.

Nous essaierons, à travers ces quelques lignes, de répondre par l'affirmative à la première question posée afin de réfuter la seconde (l'usager ne court pas après les saveurs psychotropes). L'apport essentiel résidera dans la mise en évidence d'une très forte réactivité du marché des drogues comme liée à une réponse des UDIV au marché de l'héroïne, cela dès l'autorisation de mise sur le marché de la B.H.D., ayant conduit à l'effondrement de la demande d'héroïne et ainsi favorisé l'offre et la demande de cocaïne.

Plus précisément, il s'agira d'observer les capacités réactives du marché des drogues face à l'attaque historique qui lui a été portée en France, en 1995, avec l'autorisation de mise sur le marché de la B.H.D. Cette autorisation a provoqué l'apparition d'un nouvel acteur dans le champ de la toxicothérapie : le médecin généraliste. L'événement est de taille ! Pour la première fois, en effet, on assiste à l'entrée d'un acteur « de droit commun » qui, bien que n'étant pas un spécialiste du « champ ordinaire » de la

# Addictions et toxicomanies

toxicothérapie, dispose de moyens importants (réseaux de pharmacies, institutions spécialisées mobilisables, associations, réseaux ville-hôpital, etc.) lui permettant de parvenir à un traitement banalisé des usagers de drogues opiacées.

Mais avant que de rentrer dans une explication, somme toute, logique bien plus que « psycho-logique », de ce changement dans les habitudes de consommation des UDIV, il s'avère nécessaire de fournir quelques éléments sans lesquels il pourrait infirmer l'explication que nous allons donner de ce phénomène de changement de consommation.

Afin d'atteindre ce résultat nous nous servons des données, que nos partenaires de recherche nous ont permis de collecter pour affirmer tout d'abord que les usagers qui consomment de l'héroïne avant 1995 sont bien, pour la plus grande partie, les mêmes que ceux qui consomment de la cocaïne après 1995 si tant est que leur consommation ait commencé avant 1995.

## Héroïnomanes hier, cocaïnomanes aujourd'hui.

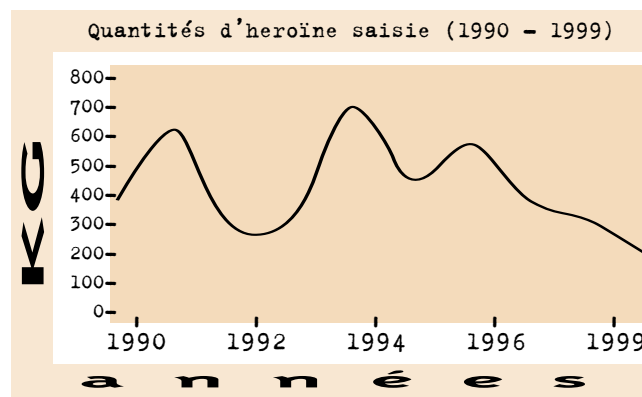
L'année 1996 constitue une année centrale en matière de toxicothérapie ! Là se trouve, à notre avis, la clef du changement massif des habitudes de consommation. Les effets sur les modes de consommation se font sentir en raison d'un élargissement de l'offre de traitements de substitution à la B.H.D. qui a pris le pas sur la substitution à la méthadone et cela en raison des règles d'utilisation moins strictes qui lui sont attachées (le traitement de substitution devient accessible à un nombre plus important d'usagers).

A l'aide de sept bilans d'activité de l'AMPT, notamment les parties rappelant l'activité chiffrée, et de notre expérience ethnographique, nous essaierons de montrer que ce changement d'habitude de consommation n'est pas le fait d'une population d'usagers autre que celle qui consommait de l'héroïne, d'une mode ou d'une quelconque culture de la variété chez les UDIV.

Cette information a son importance si l'on tient à valider l'assertion qui veut que le changement (et non le glissement) d'une consommation généralisée d'héroïne à un phénomène de polyconsommation trouve sa source dans un autre domaine que le désir d'expérimentation personnel des UDIV ou d'une surdétermination de l'offre sur la demande de produits psychotropes.

Ainsi, l'analyse de la file active du service TRANSIT sur sept années laisse apparaître que le service n'a pas toujours reçu les mêmes usagers mais qu'une grande partie d'entre eux (plus de 50% en moyenne) reste connue d'une année sur l'autre. Il est donc établi que le changement de consommation concerne les anciens usagers d'héroïne dès lors qu'en 1993, 90 % des usagers reçus à « TRANSIT » consommaient de l'héroïne alors qu'ils ne sont plus que 4,4% en 1999. Or, si l'on reste attentif au pourcentage relevant la consommation la plus fréquente chez les usagers de drogue, on assiste à un effondrement de la consommation d'héroïne très net dès l'année 1997, soit deux années après l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) de la BHD de 1995. Ce phénomène de raréfaction de l'héroïne prend une dimension nationale. Les données de l'activité des brigades des stupéfiants

permettent d'établir le graphe suivant qui marque la chute continue des quantités d'héroïne saisie dès 1996. En effet, les oscillations précédentes de la courbe contrastent clairement avec sa pente régulièrement décroissante dès 1996.



Parallèlement à ce phénomène de chute de la consommation de l'héroïne, nous constatons l'augmentation des consommations de benzodiazépines, de B.H.D. et de cocaïne.

Le second terrain d'enquête, « le Cabanon », nous a permis de mener une étude (1999-2000) qui allait nous apprendre que sur 51 patients examinés attentivement et faisant l'objet d'un suivi statistique, trois d'entre eux seulement avaient consommé de l'héroïne le mois précédent leur inclusion dans le dispositif de substitution alors que 36 avaient consommé de la cocaïne tout en étant des consommateurs de B.H.D. et/ou de benzodiazépines non prescrites et, qu'en outre, la grande majorité des patients suivis avaient expérimenté la B.H.D. par une autre voie que la voie médicale (« marché noir »).

Alors, comment comprendre le changement massif et « soudain » des habitudes de consommation ? A l'instar de « l'éthique » de Rodolph Ingold, il nous faudra pour cela faire appel à l'expérience vécue par les usagers de drogues afin de saisir le caractère pratique de ce changement. Ici, les chiffres devront se taire quelques instants pour privilégier une lecture ethnographique du phénomène qui se doit d'accorder à l'usager de drogues une place centrale puisqu'il est sujet et objet de la consommation qu'il organise. Offrons-lui quelques instants le statut d'expert. Oublions, temporairement, cette souffrance de l'usager sensée biaiser la parole, accordons-lui une parole sensée : « J'ai toujours dit que les toxicomanes avaient un métier dans les mains parce qu'ils connaissent les produits, les plans, les prix et que quand tu es dans la galère, que tu n'as plus rien, il n'y a que ça qui peut t'aider ».

## « De deux maîtresses, je préfère la plus docile. »

Les anciens consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse ont hérité de leur maîtresse une chose certaine qui ne viendra pas partager les avis d'experts : le manque. Pour qui a côtoyé pendant plusieurs années des usagers de drogues actifs le manque constitue la grande affaire, le souci quotidien du « toxicomane ».

# Addictions et toxicomanies

D'une histoire personnelle qui a souvent commencé dans le plaisir des premières injections, le manque forme l'ennemi tardif qui vous rappelle que c'est bien lui qui vous dirige, maître qu'il est devenu de votre corps. L'addictus, celui qui n'a pas d'autre choix que de donner son corps car il n'a pu payer sa dette, se trouve donc face à la contrainte d'obtenir un produit dont l'illégalité rend l'accès difficile, la qualité incertaine et fait de la réussite de son approvisionnement une figure quasi acrobatique qu'il faut renouveler quotidiennement. Dans sa quête permanente de produit, l'usager de drogues est amené à concilier avec le maximum d'efficacité le temps et l'espace qui lui permettront de « ne plus être malade », autrement dit de ne pas ressentir les effets du manque.

La B.H.D. a été pensée comme la solution légale d'une substitution aux opiacés. Rappelons quelles sont les particularités de la B.H.D. qui nous intéressent dans cette démonstration. La substitution à la B.H.D. permet une substitution chez les sujets dépendants aux opiacés. « A l'induction du traitement, ... la première prise de buprénorphine survient aux premiers signes de manque ». La B.H.D. ne peut donc être administrée que séquentiellement et non simultanément à l'héroïne. Autrement dit, les propriétés pharmacodynamiques agonistes-antagonistes du produit ne permettent pas à un usager qui se trouve hic et nunc sous les effets de l'héroïne de recourir à la B.H.D. sans ressentir le dur contre-coup du syndrome de sevrage, ce que certains usagers rencontrés appellent le « splash » à l'inverse du « flash » et qui constitue une douloureuse expérience correspondant à une chute sensible et rapide des effets de l'héroïne.

La question qui s'est posée, pour les usagers d'héroïne, dès l'autorisation de la mise sur le marché de la B.H.D. les a automatiquement amené à balancer entre deux solutions : héroïne ou B.H.D. ? En effet, un ensemble de contraintes pesait sur le « choix » de l'usager entre un contrôle du manque devenu gérable à l'aide de la B.H.D. et l'absence de « défonce » liée à son « effet de seuil ». Les avantages et inconvénients subjectifs de la B.H.D. pour l'usager face à l'héroïne ont été les suivants :

- 1) le choix d'une consommation de B.H.D. les mettant à l'abri de l'urgence en cas de manque, leur permettant ainsi de différer leur consommation,
- 2) leur permettant une éventuelle stabilité de vie en dépit d'une dépendance marquée via un accès rapide au produit par des voies légales et surtout,
- 3) la garantie de la qualité pharmaceutique d'un produit contrôlé par l'Etat.

A ces aspects « positifs » du recours à la B.H.D. viennent s'opposer des difficultés sanitaires engendrées par :

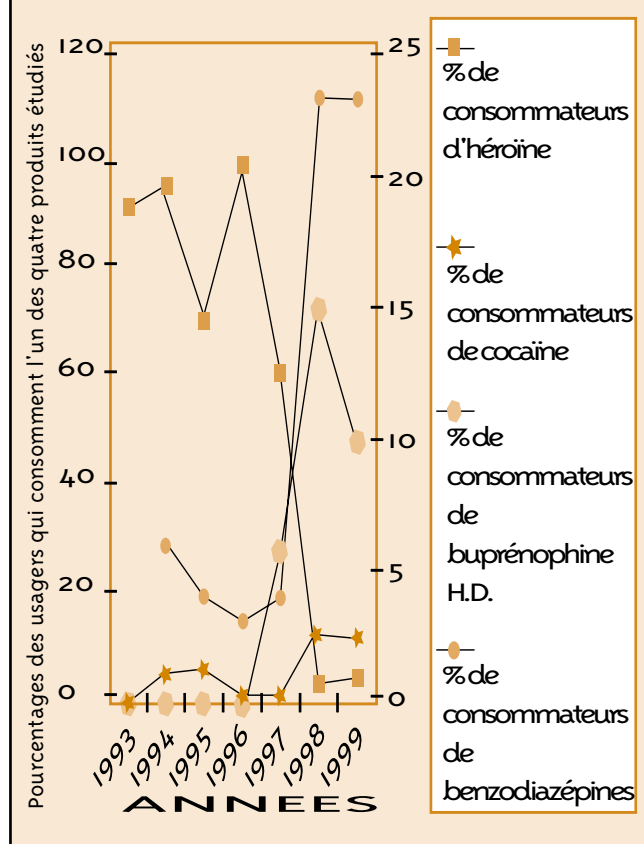
- 1) le problème d'injection lorsque cette dernière est devenue compulsive. On note à cet égard et peu de temps après sa mise sur le marché : « Un usage massif de B.H.D., le plus souvent par la voie intraveineuse, cause de nombreux abcès. »
- 2) la B.H.D. n'apporte pas d'effet de « défonce ».

B.H.D. ou héroïne ? « Entre les deux, mon cœur balance » disaient

en filigrane les usagers. Les chiffres présentés nous laissent penser que pour un grand nombre d'usagers il n'a pas balancé bien longtemps, il s'est agi d'opter pour une « défonce » moindre en échange d'une « sécurité » plus appuyée. Il est donc apparu que « des deux maîtresses », la B.H.D. était « la plus docile » bien que moins « érotique ».

En même temps que s'envolait la consommation de B.H.D., une autre catégorie de produits suivait cette progression : les benzodiazépines. En effet, il semble qu'un accès plus marqué aux benzodiazépines se soit ouvert en même temps que le cabinet du médecin généraliste. L'expérience de l'enquête réalisée au Cabanon nous apprend que la prescription d'une benzodiazépine accompagne souvent celle de la B.H.D. afin de réguler les troubles de l'humeur des usagers. Quoi qu'il en soit, la B.H.D. a atteint un de ses buts : « Ca ne sert à rien de prendre de l'héro quand tu es à la bupré, parce que tu ne la sens pas... c'est de la poudre en l'air ! » qui s'est aussi traduit par le recul du marché de l'héroïne en France. Si la question du manque se règle donc plus facilement aujourd'hui qu'hier, la recherche de l'effet attendu (défonce) a provoqué chez les usagers un phénomène d'association de produits qui ont donné naissance au triptyque : B.H.D. + benzodiazépine + cocaïne.

Evolution des pourcentages de consommation d'héroïne, de cocaïne, de buprénorphine H.D. et de benzodiazépines des usagers de l'ampt (transit)



Ci-dessus, nous remarquons clairement que « l'envolée » de la B.H.D. a eu de forts retentissements sur la consommation d'héroïne tout en « stimulant » l'utilisation de benzodiazépines et de cocaïne (Source : AMPT).

# Addictions et toxicomanies

## Et la cocaïne fut ; le renforcement des risques

Lançons-nous donc du côté de l'offre d'héroïne. Voilà qu'une substance moins onéreuse, la B.H.D. vient, à des prix « défiant toute concurrence » et bénéficiant du système de protection sociale, prendre une place de plus en plus importante sur le marché de la dépendance aux opiacés et se voit « armée » d'un réseau de distribution plus développé et plus accessible car légal ! Comment pallier la perte d'un marché d'une telle importance ? La réponse ne se fait pas attendre longtemps. Tant pis pour l'héroïne, les opiacés ne font décidément pas bon ménage avec la B.H.D. ; ce qui n'est pas le cas de la cocaïne qui saura, elle, « ménager la chèvre et le chou » puisqu'elle propose une dépendance physique plus faible évitant la tyrannie du manque à l'usage en raison de manifestations physiques plus faibles. Au reste, et c'est un des aspects majeurs justifiant le poly-usage de drogues associée à l'usage de B.H.D., la cocaïne ne provoque aucun syndrome de sevrage. Simultanément, la B.H.D. permet de « prolonger » subjectivement les effets de la cocaïne ce qui justifie les injections « massives » de B.H.D. lors des « descentes » de cocaïne.

Sur le plan de la Santé (individuelle et publique), plusieurs remarques s'imposent :

L'apparition de la B.H.D. a certes mis à la disposition des usagers un outil substitutif efficace, peu onéreux et facile d'accès. En revanche, elle a certainement développé les risques sanitaires et épidémiologiques pour ceux qui pratiquent son injection associée à la cocaïne.

### Risque sanitaire car tout d'abord :

- 1) la forme galénique actuelle de la B.H.D. ne permet pas son injection sans courir de sérieux risques (abcès liés à l'amidon enveloppant le comprimé).
- 2) ce risque se surajoute à celui de l'injection de cocaïne lorsque l'association est pratiquée (risque de thrombose).

### Risque épidémiologique lié à deux facteurs.

- 1) Formation du groupe d'injecteurs : le niveau de revenu des usagers de drogues étant très bas, les pratiques de consommation en dyade et en triade nous sont apparues comme directement attachées à un accès au produit groupé afin de partager les coûts d'acquisition forçant les pratiques de consommation groupées .

Un extrait d'entretien « exemplificateur » viendra certainement éclairer le lecteur sur ce point précis car il serait faux de penser que le recours à la délinquance constitue une alternative courante chez les UDIV. En 1999, X et Y injectent, ensemble, de la cocaïne et de la B.H.D. depuis maintenant plus de neuf mois. Nous demandions alors à l'un des deux usagers quelles étaient les raisons qui le poussaient à partager « sa » cocaïne et donc à prendre des risques avec une autre personne. Nous souhaitions aussi connaître dans le détail l'organisation d'une « séance de shoot ». Les réponses furent :

« Y : Bon déjà, ce que tu dois savoir c'est que je suis au RMI et que X aussi. Donc j'ai pas beaucoup d'argent tu comprends ? Une dose de cocaïne coûte entre 400 et 500 francs. Alors, avec X on achète ensemble et on partage. Bon, on le fait que le week-end parce qu'on a deux jours de buprénorphine sur notre ordonnance vu que les pharmacies sont fermées le dimanche. En plus, tout ton fric risque d'y passer si tu shootes tous les jours.

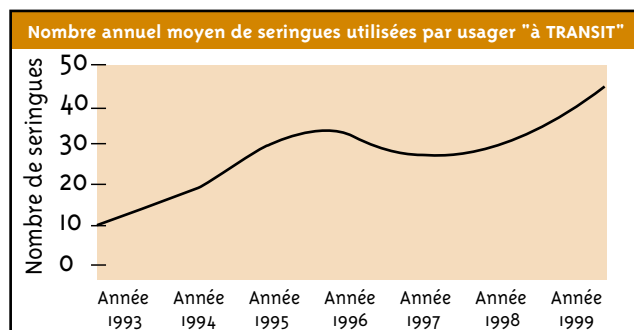
J. H. : Comment s'organise le partage de la dose ?

Y : Là, il faut être honnête parce que sinon on risque de se disputer. D'abord, on met le paquet sur la table et, pour que ce soit juste, il y a en un qui fait les parts et l'autre qui choisit la part qu'il veut. Comme ça, celui qui fait les parts n'essaie pas d'en prendre plus pour lui-même. Disons que c'est une technique qui évite les embrouilles... Mais du point de vue des risques de maladie, comme au bout de plusieurs shoots tu risques de te tromper, on a fait nos prises de sang et on a échangé nos bilans sérologiques pour être sûrs, tranquilles quoi ! ». Question de confiance donc ?

2) Développement des risques d'échange de seringues : bien que moins onéreuse la cocaïne nécessite des injections plus fréquentes potentialisant les risques d'échange de seringues, l'épuisement des stocks de kits personnels des usagers et des diverses composantes (ampoules d'eau, tampons, etc.). Au fait que la « boutique » soit fermée le week-end et les échangeurs automatiques de seringues disposés avec la rationalité que l'on sait, s'ajoutent les risques d'erreurs liés à l'état « d'ébriété psychotrope » et aux saignements plus fréquents lors de l'injection de cocaïne. Entendons cet usager :

« J. H. Où achètes-tu la coke ?

X : A côté de chez-moi, 500 francs le gramme, bonne en plus. Mais ça te rend gaga. Et la grosse différence entre l'héro et la coke c'est que tu vas te faire un shoot d'héro et ça va te durer, selon la qualité, toute la journée. Un bon shoot et tu es tranquille toute la journée jusqu'au soir. Tandis que la coke le problème c'est que quand tu commences à en prendre, ton gramme tu le tords au bout de 20 minutes. Ça monte, ça monte et puis ça monte plus. En plus ça t'épaissit le sang. Tu vois tous les mecs qui se calent la coke, ils ont les bras plus massacrés qu'à l'héroïne parce que le sang s'épaissit, les veines entrent à l'intérieur et tu ne les vois plus. J'ai vu des gens se chercher la veine pendant deux heures avec la piquouse mélangée de sang et de produit. Ça coagulait presque ! Horrible quoi ! ».



Cette augmentation du nombre probable d'injection s'est ressentie du point de vue du programme d'échange de seringues de TRANSIT. En portant notre attention sur la courbe présentée ci-dessus, plusieurs remarques doivent être faites. Tout d'abord le nombre assez bas de seringues utilisées par les usagers en 1993 ne correspond certainement pas aux injections réalisées en raison du fait que TRANSIT venait d'ouvrir ses portes et que son activité n'avait pas encore pris sa « vitesse de croisière ». En revanche, l'inflexion du nombre de seringues utilisées en 1996-1997 coïncide avec la mise sur le marché de la B.H.D. Enfin, l'augmentation du nombre de seringues retirées par les usagers augmente à nouveau en raison des propriétés de la cocaïne, de sa présence de plus en plus visible et de son association à la B.H.D.

Il nous faut cependant nuancer ce commentaire. L'avènement de la B.H.D. a conduit à une dichotomie du point de vue du nombre d'injections, dichotomie que les chiffres ne peuvent faire apparaître jusqu'à présent ; notre expérience ethnographique parle ici. En effet, la population d'injecteurs s'est scindée en deux parties. D'une part, ceux qui à l'aide de la B.H.D. ont réussi à entamer un programme de substitution leur offrant une réelle alternative sanitaire, même si « l'extra » reste possible, et, d'autre part, ceux qui, du fait de la rarefaction de l'héroïne et de leur association de B.H.D. à la cocaïne injectent plus qu'autrefois. Il faut en effet compter, au minimum, une injection de B.H.D. après chaque injection de cocaïne. Bref, on peut avancer l'idée qu'il y a aujourd'hui moins d'injecteurs mais que les injecteurs injectent plus que « du temps de l'héroïne » et prennent donc autant de risques qu'autrefois, sinon plus.

Sur un plan strictement économique, l'intérêt financier de l'usager n'est pas laissé hors de la partie lorsque l'on sait que très peu parmi ceux que nous avons rencontrés sont titulaires d'un emploi (17 % ont un emploi dont 3% seulement sont de type CDI) et que la majorité bénéficie d'un revenu des transferts (75 %). En effet, avec un prix avoisinant 800 à 1 000 francs le gramme, selon notre enquête que les chiffres de l'OFDT ne contredisent pas, une dose d'héroïne constituait pour l'usager de drogues par voie intraveineuse une contrainte financière dure à abattre. Même si le marché proposait de petites quantités moins chères à l'achat (« paquets à 200 francs »), l'héroïne n'a pu remporter le combat contre la B.H.D. en raison de ses particularités pharmacodynamiques et de la prise en charge sociale quasiment indolore au niveau financier pour l'usager. La cocaïne s'est donc installée sur le marché. Moins chère à l'achat (entre 400 et 450 francs le gramme), de meilleure qualité, ne produisant pas une dépendance physique harcelant l'usager, elle est devenue, dans le cadre de notre enquête, la drogue des fins de semaine, « l'extra » pour certains et le corollaire quotidien de la B.H.D. pour d'autres.

Aussi, cette pratique a été remarquée par les professionnels du domaine médico-social même si l'interprétation qui en a été donnée diffère de la nôtre par l'absence de causalité :

*« Cette année la B.H.D. est le produit le plus consommé par les usagers accueillis à TRANSIT... si pour beaucoup elle est consi-*

*dérée comme un traitement à prendre sérieusement, pour d'autres, elle n'est qu'une drogue de plus sur le marché « noir » des produits stupéfiants. Là est le danger. En effet, les usagers à la recherche d'un état de « défonce », état que ne permet pas l'usage seul de la B.H.D., vont alors consommer d'autres produits, qui vont altérer leur état. Ainsi, les benzodiazépines et la cocaïne ont été très régulièrement utilisées en association avec le produit toxique principal... Pour tous ceux qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution, la cocaïne et les benzodiazépines sont les produits qui sont consommés quotidiennement » .*

## CONCLUSION :

Au terme de cette réflexion, nous sommes amenés à penser que les usagers de drogues ont interprété la mise à disposition de la B.H.D. de manière bi-polaire.

Il a pu s'agir pour certains d'entamer une substitution « thérapeutique » motivée, en outre et selon notre enquête, par des paramètres biographiques particuliers que nous ne développerons pas ici puisque ce n'était pas l'objet de cet exposé. Dès lors qu'elle s'exerce dans un cadre thérapeutique contrôlé, la substitution à la B.H.D. tend à améliorer les conditions sanitaires et sociales des usagers, la compulsion même devenant généralement l'objet d'un travail thérapeutique.

En revanche, la mise sur le marché de la B.H.D. a permis pour les usagers de drogues actifs (UDIV) et non suivis d'effectuer un déplacement de certaines contraintes (dépendance physique, rareté, prix) que l'héroïne imposait les plaçant en position de négociateur vis-à-vis de l'offre de drogues. Ce renversement des relations de pouvoir offreuseur/demandeur sur le marché des drogues illégales nous semble être une des conséquences les plus directes de la mise à disposition de la B.H.D. en même temps qu'elle indique une pénétration très profonde (bas seuil) de sa consommation. Au reste, la cocaïne demeure « la drogue des riches » puisque pour couvrir un effet identique dans le temps, les doses administrées doivent être plus importantes qu'avec l'héroïne. La cocaïne coûte donc plus cher. In fine, seule son association avec la B.H.D. la conduit à être à portée de bourse de l'usager précarisé.

Nous avons cependant pu constater une baisse du prix de la cocaïne parce qu'il lui faut aujourd'hui transiger avec un consommateur devenu de plus en plus autonome vis-à-vis du marché des drogues et donc de sa dépendance depuis l'AMM de 1995. Le manque n'est plus la grande menace qui pèse sur l'ex-usager d'héroïne. Aussi, les consommations « hédonistes » ne le sont que plus pour une partie de la population. Enfin, un effet de renforcement de la demande de la B.H.D. s'est apparemment produit dans la mesure où ceux qui ne désiraient pas en consommer y ont été forcés en raison d'une rarefaction d'héroïne induite du fait de la baisse de sa demande globale. A ce titre nous avons rencontré nombre d'usagers mécontents de leur consommation « forcée » de B.H.D. Bref, certains usagers ont eu recours « à

# Addictions et toxicomanies

contre-cœur » à son utilisation, ce qui n'est pas sans conséquence sur les échecs thérapeutiques.

En revanche, pour cette population, les risques sanitaires et épidémiologiques n'ont fait qu'augmenter, si l'on se réfère à notre seule expérience de terrain, étant donné que l'avènement de la cocaïne, signe de réactivité très rapide de l'offre de drogues, force à des pratiques sanitaires plus dangereuses et plus fréquentes posant ainsi la question de fond de la maîtrise des risques de santé publique et individuelle chez les UDIV.

*José Haro,*

*Doctorant en Sciences sociales à l'E.h.e.s.s Marseille.  
Avec le concours de la Région Provence Alpes Côte d'Azur, de l'Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies et du Cabanon (réseau ville-hôpital de Marseille).*

*José Haro est âgé de 31 ans ; titulaire d'une Maîtrise d'Economie, il a obtenu un D.E.A. Sociologie / Histoire / Anthropologie à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales Marseille.*

*Il travaille régulièrement avec l'équipe de Jean Louis San Marco, service de Santé Publique de la Faculté de Médecine de la Timone, Marseille.*

*Il va présenter sa thèse de doctorat en sciences sociales sur le thème « Pratiques de l'espace géographique et institutionnel des usagers de drogues ».*

*Pour dialoguer avec lui, utiliser le contact électronique jose.haro1@libertysurf.fr*

## Références bibliographiques

Annie Mino et Sylvie Arsever, J'accuse les mensonges qui tuent les drogués, Calmann-Lévy, 1996 p. 94.

Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ?, Forum Diderot, François Dagnoguet, Zorka Domic, Pascal Nouvel, Philippe Pignarre, François PrévotEAU du Clary, PUF, 2000, p. 23.

Toxicomanie, guide pratique du travail des « réseaux ». Quels « réseaux » ? Comment ? , SPCI, 1999, p. 57.

Nos partenaires de recherche : L'Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies et « Le Cabanon », émanation associative du réseau ville-hôpital de Marseille.

TRANSIT est la première boutique créée France. Son ouverture date de l'année 1993.

Il faut compter une année de décalage entre l'autorisation légale et mise à disposition effective de la B.H.D. pour les usagers.

Selon « Stups », Bilan d'activité des brigades des stupéfiants, 1999.

Art. Monde 04/11/1997 : « L'éthique de l'ethnographie, c'est de travailler avec les toxicomanes ».

« Cette notion d'expertise va alors bien au-delà des considérations qui ont amené à reconnaître les associations d'usagers de drogues illégales comme des partenaires, par les pouvoirs publics, dans le but de développer des politiques efficaces de prévention. Elle devient l'outil technique entre les mains de l'équipe soignante. Il s'agit d'apprendre par le patient et de pouvoir s'allier avec lui contre l'ennemi extérieur qui le menace. Mais le thérapeute est un allié dont le savoir n'a pas de privilège épistémologique sur le patient. Il y a un savoir sur les drogues qui ne peut venir que de ceux qui les consomment... », Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ? op. cité. pp. 36-37.

Propos d'un usager reçu à TRANSIT (1999).

Propos d'un usager relatant les raisons qui l'ont poussé au choix de l'usage non médicalisé de B.H.D. par voie intraveineuse (TRANSIT 2000).

Jean-Didier Vincent, La Chair et le Diable, Odile Jacob, 1999. pp. 137-166

Le travail central de notre thèse s'appuie sur la constatation que les usagers de drogues conjuguent les « espaces psychotropes » afin de réduire les risques via un contrôle de la qualité du produit et les « nuisances psychologiques » de leur vie quotidienne. Un tel mode de vie ne permet pas d'être un sujet thérapeutique ordinaire. Aussi, a-t-on souvent attribué une instabilité ontologique aux toxicomanes sans vraiment essayer de la comprendre positivement. Voir notamment,

Henri Bergeron, L'Etat et la toxicomanie, PUF, 1999, p. 58.

Les usagers de drogues utilisent cette expression pour désigner le syndrome de sevrage. Cette remarque : « Je suis malade sans produit », ne manque pas d'être à la base d'un hiatus thérapeutique dans lequel la partie soignante pense que c'est la présence de produit qui constitue le symptôme de la « maladie » et l'usager son absence.

D. Touzeau, C. Jacquot, Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, Arnette, 1997.

« Un toxicomane en recherche de sensations doit alors prendre son substitut de façon épisodique pur ne plus être « couvert » par lui et ressentir l'héroïne, bref s'inventer un bas seuil de gestion du manque. On conçoit dès lors l'intérêt du contrôle de la prise. Il peut également devenir usager de la cocaïne, dont l'effet ne sera pas bloqué par les médicaments. ». In, Prises en charge des usagers de drogues, Lionel Gibier, Doin, 1999, p. 85..

L'expérience de terrain et le dialogue avec les usagers de drogues nous a appris que le temps imparti à un « deal d'héro » ne permettait que très rarement à un usager de s'assurer de la qualité du produit acheté. Lactose, sucre-glace, mort-aux-rats utilisée pour simuler l'héroïne rose, « la rose », caramel utilisée afin de simuler l'héroïne marron, « la marron », constituaient les biais d'un échange illégal qui permettaient au vendeur l'accroissement d'un bénéfice au poids qui jouait de la santé du « client ». Ce risque s'accroît d'autant plus que l'acheteur est un simple usager.

In, bilan AMPT 1998.

Ici, l'activité médicale s'évertue à délivrer les molécules les moins « publiques » faisant aussi œuvre de prudence du point de vue de l'induction des dépendances aux benzodiazépines afin de ne pas générer des effets pervers de par sa propre activité .

Propos d'un usager reçu au Cabanon, 1999.

La notion de dépendance peut être « substituée » par la notion économique d'utilité. En effet, pour les usagers dépendants, la nature du produit n'est plus perçue qu'en raison de ses capacités à éviter le syndrome de sevrage : « Dès lors, on peut considérer que l'un des facteurs qui tend à maintenir élevés les prix des drogues est le caractère temporairement irrépressible du besoin. ». In, Le marché des drogues, Bernard Morel et Frédéric Rychen, édition de l'aube, 1991, p. 52.

D'un point de vue géopolitique, les plaques tournantes du trafic d'héroïne n'étant pas les mêmes que celles concernant la cocaïne, il semble raisonnable de penser que les fournisseurs d'héroïne ne se sont pas diversifiés mais ont bel et bien été « substitués ». Pour plus de détail voir le rapport O.G.D 1999.

Voir le rapport du Pr Roques, in Drogues et toxicomanies , indicateurs et tendances, OFDT, 1999, p. 258.

En effet, durant notre enquête, il n'est pas apparu que les usages groupés d'injecteurs expérimentés étaient liés à une quelconque « culture du partage ». On assiste en effet aux violences les plus axiomatiques expliquant les changements d'association entre usagers et la « diversification des partenaires de shoot. ».

Entretien avec un usager de TRANSIT (1999).

En effet, s'agissant des échangeurs de seringues marseillais, la rationalité politique a primé sur la rationalité opératoire des acteurs de terrain : « Dans cette expérience d'ampleur, le statut du local n'est pas assimilable au ciblage territorial d'une population ou à ses besoins, mais à une rationalité politique qui définit d'emblée les territoires comme équivalents... Cette forme de santé publique locale cible ainsi plus des territoires politiques que des populations. ». A. Lovel et I. Ferroni in, Les annales de la recherche urbaine, Prévention de la toxicomanie à Marseille, n°73, année 1996, pp. 30-31.

Etude menée au Cabanon (1999-2000).

Ibid.,

Bilan AMPT, année 1998, p. 128.