

LES CONDUITES À RISQUES
DES USAGERS DE DROGUE PAR VOIE INJECTABLE
SYNTHÈSE SÉLECTIVE DE LA LITTÉRATURE

Analyse de la littérature et rédaction :
Chantal MOUGIN

Coordination scientifique et relecture :
Marie JAUFFRET-ROUSTIDE

Rapport de recherche

CESAMES
2008

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
La société du risque.....	7
La part de risque : contexte épidémiologique.....	8
1. LE CONTEXTE DES PRISES DE RISQUE.....	11
1.1. Une dimension collective et transgressive.....	12
1.2. Les risques comme conduites ordaliques.....	14
1.3. Créer des liens : importance des variables sociales.....	15
1.4. La précarité des conditions de vie.....	17
1.5. D'autres facteurs de risque.....	23
1.6. La perception des risques.....	24
Des logiques diverses.....	24
La perception du risque et les pratiques à risque.....	27
1.7. La rationalité de l'acteur face à la prise de risque.....	29
2. LES MODES DE CONSOMMATION.....	33
2.1. Les produits.....	33
Quelques définitions.....	33
Chiffrer les consommations.....	35
Le débat sur la dangerosité des produits.....	38
L'alcool.....	39
Le tabac.....	40
Les médicaments psychotropes.....	40
Le cannabis.....	42
La cocaïne.....	43
Le crack.....	45
Les drogues de synthèse.....	46
L'héroïne.....	47
<i>Les modalités d'acquisition et d'usage.....</i>	<i>50</i>
<i>Profils des consommateurs.....</i>	<i>51</i>
Les polyconsommations.....	53
2.2. L'injection.....	54
Le choix de l'injection, malgré les risques.....	55
Une logique de l'injection.....	56
Un support de liens.....	58
Le passage à l'acte, signe de la dégradation du rapport à soi et au monde.....	59
Une morale de l'injecteur.....	60
Gérer l'image.....	61
2.3. L'initiation.....	64
Entrer dans le monde de la drogue.....	64
Les motivations invoquées.....	67
Un moment de prise de risque ?.....	67

3. LES MODES DE VIE.....	72
3.1. Les relations sociales.....	73
3.2. Les réseaux, leur place.....	75
3.3. Risque, genre et comportements sexuels.....	79
Les effets des produits sur les pratiques sexuelles.....	82
3.4. Le partage du matériel d'injection de drogue.....	84
Autour de laRapport à « l'objet » seringue.....	84
Facteurs de transmission des agents viraux.....	85
Le contexte social du partage de drogue.....	88
<i>Des facteurs contextuels :</i>	89
<i>Des facteurs psychologiques :</i>	90
La décision du partage.....	90
<i>Evaluer le risque.....</i>	90
<i>Prendre ou pas le risque du partage : des facteurs multiples.....</i>	91
Modifier les pratiques de partage du matériel d'injection.....	96
3.5. Le sida.....	96
4. DES POPULATIONS DIVERSES.....	98
4.1. Les jeunes.....	98
4.2. Les femmes.....	100
4.3. Les usagers à la rue.....	102
4.4. Les trafics.....	103
4.5. En prison.....	104
4.6. Le milieu festif.....	105
4.7. Les usages et les usagers intégrés.....	107
4.8. Les sportifs.....	110
5.1. La prévention.....	112
5.2. La réduction des risques.....	116
L'échange de seringues.....	118
Les conditions d'une politique.....	118
5.3. La substitution.....	122
5.4. S'en sortir.....	126
6. MÉTHODOLOGIES.....	130
6.1. Les méthodes quantitatives.....	130
Les cohortes.....	131
L'épidémiologie.....	132
6.2. Les méthodes qualitatives	133
6.3. L'ethnographie.....	136
6.4. L'analyse des réseaux.....	139
6.5. L'économie expérimentale.....	141
7. BIBLIOGRAPHIE.....	144
Bouhnik Patricia, Touzé Sylviane, Valette-Viallard Charles (2002), Sous le signe du Matos : contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs. Paris, RESSCOM, 200 p.....	146
Kokoreff Michel, Bastianelli M., Hedibel M., Hamard L., Ferreol G., Simmat-Durand L., Godefroy T., Valleur M., Duquesne D., Ballion R. (2002), Dépendances et conduites à risque à l'adolescence. Actes de l'université d'automne, Direction de l'Enseignement Scolaire, Arras, 28 au 31 octobre 2001, Versailles, CRDP, 111 p., tabl.....	154
Loheac Y. (1999), Etude expérimentale de l'attitude des usagers de drogues vis-à-vis du risque. DEA de Microéconomie Appliquée, Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne, UFR Economie 02, 97 p., tabl., graph.....	155
Pearson M., Michell L. (2000), Smoke rings: social network analysis of friendship groups, smoking and drug-taking. Drugs Education, Prevention and Policy, 7, (1), 21-37.....	157

Rhodes Tim (1997), Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 19, (2), 208-227.....158

INTRODUCTION

Cette étude tente de faire une synthèse sélective de la littérature sur les conduites à risques des usagers qui consomment des drogues par voie injectable (appelés ici par la suite UDVI). Les risques dont il est question sont tout d'abord sanitaires : la consommation d'héroïne constitue le premier produit à l'origine des surdoses et la pratique de l'injection de drogue représente un vecteur majeur de transmission des virus du VIH et des hépatites B et C. Les risques sont également sociaux et relationnels : nous verrons que la dépendance à la consommation d'une drogue s'accompagne souvent de ruptures avec le monde du travail, avec le cercle des relations familiales et parfois avec toute relation autre que celles qui sont liées à la consommation de produits psychotropes.

La collecte des données qui ont servi à produire cette synthèse a débuté en 2001, avec l'aide de Clotilde Carrandié, documentaliste au centre médical Marmottan, qui a fourni, à partir des données de Toxibase, des références et des résumés dont nous avons établi une première synthèse, rédigée en 2003. A partir de 2004, une nouvelle collecte de données, avec l'aide de Frédérique Biton, du service de Documentation de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS), a donné matière à cette seconde synthèse sélective plus développée, avec un accent sur les sources françaises, et plutôt centrée sur des sources d'avant 2005. Pour la plupart, les données collectées l'ont été jusqu'en 2006, l'année 2007 ayant été consacrée à la rédaction du document et à la relecture, avec quelques mises à jour.

Nous avons tenté de mettre en relief la diversité des regards des auteurs présentés, afin de mieux saisir la complexité de ce qui se joue au moment de la prise de risque. Tout au long de cette revue de la littérature, les thèmes abordés auront toujours plus ou moins un lien avec cette question centrale de la prise de risque et tenteront d'en compléter l'analyse. Ce postulat s'applique tout particulièrement à la partie consacrée à la première injection (2.3), dont l'objectif est de repérer ce qui amène à faire le choix d'un acte à haut risque, et au chapitre 3 sur les modes de vie, où seront traités les modes de partage de seringues, les relations sexuelles et le rôle des réseaux sociaux chez les usagers de drogue par voie injectable, c'est-à-dire les conditions de reproduction du risque.

Près de 150 documents ont été plus particulièrement analysés pour cette synthèse¹. Une centaine d'autres sont cités car ils s'appliquent également à la thématique. Trois études, qui sont plus particulièrement au cœur de notre problématique, seront plus largement citées : celle de Patricia Bouhnik, Sylviane Touzé et Charles Valette-Viallard (2002, ainsi que l'ouvrage de P. Bouhnik en 2005), celle de Fabrice Fernandez (2000) et celle de Catherine Reynaud-Maurupt & Céline Verchère (2003). Pour ne pas alourdir la rédaction de ce travail, et avec l'accord de ces auteurs, nous n'avons pas toujours mis entre guillemets ou en italiques toutes les expressions des auteurs, mais ils ont été le plus souvent simplement cités en fin de paragraphe. Nous les remercions particulièrement pour l'apport qu'ils ont fourni à ces questions et pour la qualité de leur travail.

¹ et mis en caractères gras dans la bibliographie.

Si les trois études citées ci-dessus sont des travaux ethnographiques, il sera ici également fait référence à un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques ou quantitatives. En même temps que les recherches citées, nous nous efforcerons de présenter leur contexte et leur méthodologie, afin de permettre de situer, dans la mesure du possible, le cadre et la portée des résultats présentés. Les différents types de méthodologies utilisés par les auteurs seront présentés et comparés au chapitre 6.

Nous avons séparé en six chapitres les thèmes abordés dans les études que nous avons choisies. Cependant l'objet même de cette synthèse est si précis que les sujets traités par chaque auteur sont très proches les uns des autres, au point que ces chapitres peuvent sembler un découpage artificiel. Ils sont une tentative de prendre des angles divers pour mieux éclairer notre sujet. Il nous a semblé pertinent, dans certains cas, de présenter de façon chronologique les études se rapportant à un même thème. Un même document peut se rapporter à plusieurs de ces chapitres et donc être cité plusieurs fois.

Avant d'aborder le premier chapitre qui traite des divers facteurs de risques, nous résumerons au préalable comment Patrick Perretti-Watel (2001b) analyse la notion de risque dans un contexte plus général que le strict usage de drogue, et situe la place du risque dans notre société. Puis nous présenterons des données qui permettent d'évaluer l'importance des consommations de drogues et de leurs conséquences sanitaires, en chiffrant la prévalence du VIH et du VHC.

La société du risque

C'est le titre d'un ouvrage de Patrick Perretti-Watel (2001b) dans lequel il a élaboré une véritable sociologie du risque, et dont nous présentons ici une partie, en guise d'introduction à cette synthèse, pour la situer dans une vision plus générale du risque².

L'auteur part du constat que nous vivons dans un monde à la fois plus sûr mais plus risqué, le risque étant, d'après lui, un trait distinctif de nos sociétés contemporaines où s'est mise en place une nouvelle conception du danger : on est passé d'une conception antérieure du mal comme expression d'une malveillance d'origine humaine ou surnaturelle à un danger sans cause, accidentel, résultant des inévitables frottements entre les trajectoires des individus. Ce ne sont pas les maux qui ont changé mais la façon dont les hommes les ont envisagés. Les systèmes d'assurance permettent aujourd'hui de rembourser la victime, sans qu'il soit nécessaire de trouver un coupable.

On s'efforce en revanche de rendre le danger prévisible et calculable. Si notre monde est devenu indéniablement plus sûr, les progrès ne semblent pourtant pas satisfaire les populations qui supportent mal les risques résiduels. En définissant des dangers très hétéroclites et en proposant de les assurer, les compagnies d'assurance créent des risques : la vieillesse, la pauvreté, l'invalidité, le chômage... agressions, vols, inondations, risques urbains, naturels, domestiques, sanitaires... Le nombre de facteurs de risque théoriquement envisageables pour un risque donné est incalculable, il croît directement avec notre capacité à recueillir et traiter des informations chiffrées : le monde est de plus en plus risqué car notre

² Les auteurs qui seront nommés dans cette partie sont ceux que Perretti-Watel a cités dans son livre.

capacité à mettre en évidence de nouvelles corrélations statistiques augmente chaque jour. On sait que le risque zéro n'existe pas et on ne parle plus d'éliminer les risques mais de les gérer.

Les médias contribuent à entretenir des craintes irrationnelles, amenant les politiques à prendre, sous la pression du public, des mesures parfois excessives et même contre-productives : l'interruption de la campagne de vaccination contre l'hépatite B, par exemple, a conduit à renoncer à prévenir 10 000 hépatites - dont une centaine mortelles - pour éviter probablement une ou deux scléroses en plaques (Tubiana, 1998).

Giddens (1999) caractérise les sociétés actuelles par l'apparition de nouveaux risques « globaux », irréversibles, non assurables, imprévisibles, produits par l'homme. Il s'agit là d'un aspect culturel fondamental de la modernité. Les risques technologiques remettent en cause notre façon de voir le monde et nous rendent réflexifs. Cette réflexivité est soutenue par le processus d'individualisation qui se traduit par une émancipation croissante à l'égard des institutions et des traditions dont nous sommes moins dépendants, ce qui nous conduit à avoir de plus en plus de choix à faire. Cette liberté accroît l'incertitude : au moment de se marier, par exemple, les jeunes ont aujourd'hui conscience du risque de divorce. Les progrès de l'information démultiplient notre aptitude à percevoir les menaces, et cela est anxiogène.

Le risque est aujourd'hui politiquement acceptable, observe Peretti-Watel (2001b), lorsque les mesures possibles sont jugées inefficaces ou trop coûteuses. Toutefois cet auteur constate un paradoxe entre le renoncement à rechercher une cause ou une faute et l'attribution d'une responsabilité. Il s'agit moins de trouver des coupables à punir que des responsables capables de payer.

Le providentialisme, forme particulière et contemporaine du sentiment de responsabilité, donne une place décisive à l'assurance, considérée comme un droit, et parfois obligatoire. Elle protège l'individu contre l'environnement social et contre ses propres décisions qui sont le résultat des pressions multiples qui s'exercent sur lui. Pour gérer cela, nos activités quotidiennes sont soutenues par des systèmes experts omniprésents, ce qui dilue et dissémine les liens de causalités et les responsabilités.

Cette analyse générale de la place du risque dans nos sociétés contemporaines a été rappelée ici pour nous permettre de situer dans cette optique les études qui vont suivre et qui portent sur les conduites à risques des UDIV.

La part de risque : contexte épidémiologique

Selon les dates, les lieux mais aussi probablement selon les types d'enquête, les données rencontrées sont variables et hétérogènes. Nous les juxtaposons cependant ci-dessous : ces données sur la prévalence du VIH et du VHC en France aident malgré tout à évaluer dans quelle mesure les toxicomanes s'exposent à des risques spécifiques.

Dans une perspective évolutive, Ingold et Toussirt (1996) présentaient une prévalence du VIH estimée à 40 % des UDIV en 1987 (étude IREP), à 34 % en 1990 et à 20 % en 1995 et 2002 (étude Coquelicot). D'après Facy (1992), les chiffres oscillent au début des années 90 de

30 à 43 % d'usagers contaminés par le VIH, parmi les personnes qui ont consommé de l'héroïne par voie injectable.

P. Bouhnik et S. Touzé, dans un rapport paru en 1996, rapportent des chiffres qui, écrivent-elles, « *sans être dans la représentativité statistique, indiquent une séroprévalence comparable entre VIH et VHC, autour de 45 %. Parmi les personnes rencontrées, 17 % étaient contaminées par le sida (on peut imaginer cette baisse en rapport avec la disparition d'une bonne partie de cette 'génération des années sida'), tandis que 66 % avaient contracté l'hépatite C* ».

A la même époque, Ingold et Toussirt (1996) observent une prévalence déclarée³ du VIH de 5 % à Lille, 6 % à Metz, 25 % à Paris, 26 % en banlieue parisienne et 36 % à Marseille (la moyenne de ces 5 sites donne une prévalence de 19,6 %). Cette hétérogénéité des taux locaux de prévalence renforcerait l'idée qu'il n'y a pas une épidémie du VIH au sein des usagers de drogues (UD), mais plusieurs, d'après ces auteurs. Pour le VHC, ils ont observé une prévalence déclarée de 42 % à Lille, 44 % à Metz, 46 % en banlieue parisienne, 50 % à Paris et 52 % à Marseille (soit une moyenne de 46,8 %). Le risque pris lors d'un partage de seringues est plus important pour le VHC que pour le VIH. L'âge de la première injection est inférieur de 2 ans et 7 mois dans le groupe positif pour le VHC par rapport au groupe négatif.

L'enquête de Bello *et al.* (1998), auprès de 249 UD contactés par des structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie à Toulouse en 1996, utilise des tests salivaires pour mesurer la prévalence du VIH ou du VHC - et cela peut expliquer pourquoi certains résultats obtenus sont plus élevés que dans l'enquête précédente où il s'agissait de prévalence calculée sur les déclarations des UD. Les résultats montrent que 15 % d'entre eux sont positifs au VIH et 67 % au VHC. Pour ceux qui s'injectent, ces taux passent respectivement à 16,5 et 75 %. Pour le VHC, il est de 56 % pour les moins de 29 ans, 78 % pour ceux qui ont plus de 29 ans, 63 % chez ceux qui ont commencé à s'injecter après 1987⁴, 90 % parmi ceux qui ont commencé avant 1987, 13 % pour ceux qui ne s'injectent pas.

D'après l'étude multi-villes du Groupe Pompidou (1994)⁵, le taux de décès liés à la drogue, pour 100 000 habitants est de 1,8 pour la France (dix fois moins qu'à Copenhague ou à Oslo, moindre également qu'à Lisbonne, Budapest, Athènes, Moscou), bien que demeure la difficulté de définir ce qu'est un décès lié à la drogue. Grøenemeyer (1996)⁴ lie le nombre de décès par overdose à la politique menée par chaque pays. Le rapport 2001 de l'OEDT⁴ (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) lie également la diminution du nombre de toxicomanes et des pratiques d'injection au rôle des politiques de réduction des risques et à l'amélioration de l'assistance médicale en cas de surdose.

Selon les données de l'InVS⁶, les décès dus au sida, au sein de la population des toxicomanes, ont diminué à partir de 1995, avec la baisse de la contamination et l'apparition des multithérapies (Jauffret-Roustide, 2004, p. 41). Au total, le cumul des décès dus au sida dans le groupe des UDVI (usagers de drogues par voie injectable) s'établit en France à plus de 7 000 pour l'année 2001, soit environ 10 000 décès en y ajoutant les surdoses liées à l'héroïne

³ Il s'agit d'une prévalence calculée d'après les déclarations des UD, dont certains ignorent leur infection au VIH ou au VHC. Les tests salivaires, utilisés dans l'enquête de Bello *et al.* permettent d'obtenir des résultats plus proches de la situation réelle.

⁴ Date de la mise en vente libre des seringues.

⁵ Cité par Jauffret-Roustide (2004, pp. 37-45).

⁶ Provenant de l'OCRTIS et l'INSERM.

(ibid., p. 43). Dans les surdoses, la part de l'héroïne est passée de 90 % en 1990, à 40 % en 2002, dont un tiers en association avec au moins un autre produit (p. 40).

Les UD séropositifs au VIH sont très souvent porteurs du VHC : 61 % dans l'étude Coquelicot sur Marseille (Emmanuelli *et al.*, 2002), 73 % dans l'étude Programme d'échange de seringues (Emmanuelli *et al.*, 1999) et 84 % dans l'étude APHP-APPIT-InVS (2002).

Pour les hépatites, on atteignait en France des taux de 63 % pour les injecteurs en 1999, parmi les toxicomanes accueillis, et entre 43 et 73 %, selon les sources. « *Contrairement à ce qui est observé avec le VIH dont la prévalence est passée de 40 à 20 % en dix ans, la politique de réduction des risques semble sans effet sur la prévalence de l'infection par le VHC.* » (Emmanuelli *et al.*, 2003b). L'étude Coquelicot situe la prévalence sur test sanguin du VHC à 72,6 % contre un taux de prévalence déclarée de 51,6 % (Emmanuelli *et al.*, 2002). A ces données, il faut ajouter des taux élevés de co-infection VIH-VHC (près de 30 % des personnes infectées par le VIH, mais près de 84 % chez les toxicomanes) et de comorbidités psychiatriques : 80 % des personnes dépendantes de l'héroïne présenteraient des troubles de la personnalité et 50 % font état de comportements suicidaires dans leur passé (Jauffret-Roustide, 2004).

En France, les résultats de l'étude de l'InVS-ANRS Coquelicot menée en 2004 (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006)⁷ annoncent une séroprévalence du VHC de 59,8 % et de 28 % chez les moins de 30 ans. 27 % des usagers de drogue croyaient être négatifs à tort pour le VHC. En revanche, 98 % connaissent leur statut vis-à-vis du VIH. La co-infection VIH/VHC est de 10,2 %. Durant le dernier mois, 13 % des UD ont partagé leur seringue, 38 % le petit matériel (coton, cuillère, eau), et 25 % la paille du snif. L'injection par voie intraveineuse a été pratiquée par 70 % des usagers de drogues ayant participé à l'enquête (l'âge moyen à la première injection est de 20,4 ans). Les moins de 30 ans consomment plus de stimulants et d'hallucinogènes et ont davantage recours à l'injection que les usagers de drogues plus âgés. Les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les usagers de drogues (dans le dernier mois) sont le crack (30 %) et la cocaïne (27 %).

Les chiffres de cette étude indiquent une séroprévalence du VIH de 10,8%, mais 0,3 % chez les usagers de drogues de moins de 30 ans. D'une façon générale, la séroprévalence du VIH et du VHC augmente avec l'âge. La séroprévalence du VIH varie selon les villes (1% à Lille, 10,9 % à Paris, 31,5 % à Marseille) mais est élevée pour le VHC dans toutes les villes étudiées. 71 % des personnes interrogées ont reçu un traitement de substitution aux opiacés dans les six derniers mois (57 % par Subutex et 36 % par méthadone).

Enfin les données d'une enquête nationale effectuée en 2006 dans les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) auprès de 3329 UD indiquent que 7,3 % des UD déclarent être positifs au VIH et 31,1 % au VHC. Les UDIV sont deux fois plus séropositifs au VIH que les non injecteurs (8,7 % vs 3,7 %) et six fois plus séropositifs au VHC (47,2 vs 7,6 %) (Toufik *et al.*, 2008).

⁷ L'enquête « Coquelicot » a touché 1462 personnes ayant eu recours à des drogues injectables et/ou par inhalation au moins une fois dans leur vie. L'étude s'est déroulée à Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille. Les participants ont accepté de répondre à un questionnaire portant sur des aspects socio-comportementaux et des échantillons biologiques ont été recueillis par auto-prélèvement de sang au niveau du doigt pour 79 % d'entre eux. Les usagers de drogues sont essentiellement masculins (74 %) et leur âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes. Cette population est fortement marquée par la précarité sociale puisque 19 % vivent dans la rue ou dans un squat (55 % n'ont pas de logement stable).

1. LE CONTEXTE DES PRISES DE RISQUE

Pour développer ce thème, deux études seront principalement exploitées :

- l'étude de Fabrice Fernandez (2000), dont l'objectif est de comprendre les modalités des prises de risques sanitaires chez les primo-injecteurs, à partir d'entretiens réalisés en 1999 auprès de 16 usagers de produits par voie intraveineuse, de 23 à 40 ans (dont 4 femmes), rencontrés dans le Bus d'Échange de Seringues d'Aides-Toulouse (B.E.S.T), ou aux alentours. Les parcours de ces usagers, majoritairement sans emploi, considérés dans le cadre du milieu de la drogue et dans les contextes sociaux de leur pratique de consommation (ici l'injection de produits toxiques, héroïne ou autres substances, dont des médicaments) ont débuté au début des années 1980 ou à la fin des années 1970, c'est-à-dire avant la loi Barzac de 1987 autorisant la vente libre de seringues en pharmacie. L'auteur cherche à saisir, à travers le parcours biographique de ces usagers de drogue, quand et comment va se dérouler la première injection et quelles représentations de soi et des risques encourus elle engage, comment ils vont reconceptualiser leurs expériences et reconsidérer leurs propres parcours à travers cette première injection.
- l'étude de Patricia Bouhnik, Sylviane Touzé et Charles Vallette-Viallard (2002), qui ont interrogé une trentaine de personnes (dont 20 % de femmes), à Paris, Lille et Marseille, de 1999 à 2000, avec le soutien d'Asud, Médecins du Monde et Aides. La majorité a entre 25 et 35 ans. Ils sont d'origines sociales diverses et ont également des consommations variées (injections mais aussi neuroleptiques, alcool...). Les thèmes abordés sont les suivants : approche des modalités d'injection, conception et histoire de l'injection dans les trajectoires de consommation, sensations, émotions, représentations. L'objectif est de comprendre ce que représente l'injection pour différentes catégories d'usagers, en faisant l'hypothèse que l'usage de seringues est contributif du sens et constitutif de l'ancrage dans la pratique de consommation. Cette étude tente d'explorer les mécanismes (émotionnels, individuels, culturels, sociaux, environnementaux) qui participent au choix de l'injection : conditions de rencontre avec les produits, facteurs d'engagement dans cette pratique, systèmes de relations, rapports au corps, aux sensations, rituels, émotions, disponibilité des produits...

Ces deux études, avec d'autres travaux, mettent en avant plusieurs types de facteurs pour expliquer l'entrée dans une conduite à risque. Nous avons repéré et dégagé quelques constantes, comme le besoin d'enfreindre des limites imposées, de jouer avec la mort pour vérifier ou justifier le sens de sa vie, d'entrer dans une communauté de pairs et de s'y sentir intégré, de reproduire les comportements de l'entourage ; mais également la précarité, le besoin de fuir des conditions de vie trop difficiles... La perception des risques pris sera plus ou moins consciente et en lien avec des choix rationnels. Des facteurs multiples se conjuguent pour tenter d'éclairer la question des déterminants des pratiques à risques.

1.1. Une dimension collective et transgressive

Pour comprendre l'entrée dans une conduite à risque, il est nécessaire, d'après Fabrice Fernandez (2000), d'observer comment l'identité des jeunes se construit autour d'une quête de sens. Il s'agit d'une socialisation secondaire⁸ selon laquelle les modèles de la société dominante vont servir à justifier une attitude non-conformiste. C'est dans la période de transition à la sortie du monde de l'enfance que les jeunes risquent de se marginaliser : « *En examinant les formes d'entrées dans les carrières d'injecteurs, on peut déterminer un système d'auto-justification qui, d'une part permet au jeune de neutraliser certaines de ses attitudes conformistes et d'autre part de maintenir une certaine ligne de conduite notamment vis-à-vis des risques sanitaires* » (ibid.).

Fernandez précise par ailleurs que « *le calcul du risque doit se comprendre dans sa dimension collective et transgressive. Un mode de calcul du risque peut très bien être articulé, pour les jeunes, à la recherche de reconnaissance de leurs pairs, à la transgression d'une norme sociale voire aux règles de sécurité... Prendre un risque, c'est faire un pari sur l'avenir* ». Ainsi, au moment d'entrer dans le monde de la drogue peut s'effectuer un calcul rationnel, « *calcul de compatibilité, de neutralité et d'incompatibilité* »⁹. F. Fernandez repère différentes logiques qui constituent les facteurs à prendre en compte pour saisir le contexte de la première injection et les modes d'entrée dans l'espace social particulier du milieu de la drogue, « *traversé par des logiques économiques (économie « souterraine », prix de revient, coût), des logiques d'efficacité (logique technique qui mesure l'adéquation des moyens aux fins, du prix du produit aux effets) et des logiques sanitaires (rationalisation de l'acte visant à réduire la prise de risques). Toutes ces logiques [sont à associer] à l'aspect clandestin et transgressif de l'usage de drogue* ».

Bouhnik *et al.* (2002) observent en revanche, pour ceux qui, souvent très jeunes, ont initié leur pratique d'injection dans les années 60, qu'ils « *ne se réfèrent pas principalement aux transgressions de l'adolescence, mais à des tentatives de réinventer une manière de vivre ensemble. Il apparaît surtout que, dans cette conjoncture-là, les produits et les modes d'administration fonctionnent conjointement, au point qu'ils n'ont expérimenté au préalable aucun autre produit psychoactif (ni médicaments, ni cannabis...) et ignorent totalement l'existence d'autres voies d'administration (sniff, chasse au dragon). Même lorsqu'elles sont connues, elles ne sont pas valorisées ni parties prenantes de cette « culture ». Ces personnes ont donc très rapidement et directement engagé leur consommation par injection. Quelques uns ont commencé avec la morphine provenant de laboratoires et de pharmacies. Un produit dilué, délivré en ampoules, qui ne permettait pas non plus d'utiliser d'autres modes d'administration* ».

Les consommations de cette période suivent une logique de distinction, pour une fraction de la jeunesse étudiante « branchée », souvent de très jeunes lycéens (15-17 ans) des grandes villes. Les drogues sont alors moins l'objet d'une stigmatisation sociale dans ce contexte. La conscience d'un risque ne semble pas exister, pas même celui du manque lorsque l'approvisionnement fonctionnait régulièrement. Les prix étaient abordables et la qualité était bonne. La plupart ont pu maintenir un certain niveau d'intégration sociale et un travail

⁸ La socialisation primaire est le premier processus de socialisation d'un enfant par l'intermédiaire de la famille, l'école, les pairs, les média... Une socialisation secondaire se superposera par la suite à la première forme de socialisation et peut se faire par les amis, les pairs, l'entreprise, le syndicat...

⁹ Strauss (1992)

régulier. Ils n'ont pas eu le sentiment de transgresser une loi : « *piquer des ordonnances au vieux médecin du lycée relevait du jeu* ». « *Cette modalité de l'expérience, dans sa dimension festive, contribuait plutôt à faire fonctionner les prises de risques comme des stimulants plutôt que des freins* » (ibid., p. 56), tout en évitant la marginalisation, la confrontation à un ordre social pour lequel ces jeunes ne représentaient pas encore un « problème de société », ni des délinquants ou des malades.

Après les figures de ces consommateurs des années 60, fascinés par l'exotisme, sont décrits ceux des années 70 où la diffusion massive des produits et le développement des pratiques d'injection au sein d'une fraction de la jeunesse vivant dans les zones urbaines périphériques s'est opérée à la faveur d'une intrication étroite entre réseaux de sociabilité, usages et trafics. C'est vers la fin des années 70 qu'on voit apparaître, conjointement à l'aspect branché et festif de la consommation d'héroïne qui fascine alors des jeunes d'un milieu de plus en plus large, la dimension de déviance qui l'accompagne et qui les amène à multiplier les transgressions pour financer l'achat des doses nécessaires à une consommation qui se révèle comme une dépendance. Des trafics s'installent alors, à des échelles variables. C'est alors qu'apparaissent d'autres produits et d'autres modes de consommation. « *Les rapports à la famille sont également marqués d'une volonté d'émancipation hors des contextes de socialisation ordinaire. Ce n'est pas sur des bases de conflits ou d'un malaise ressenti que les usagers se positionnent, mais à partir d'un désir de marquer la distance avec le monde social considéré plus globalement. Les stratégies de dissimulation de la consommation renvoient davantage à une manière de protéger et de continuer à faire fonctionner les bonnes relations intrafamiliales.* » (Ibid. p. 57). L'intégration sociale pourra demeurer, avec un dédoublement croissant lorsque le rapport au produit va devenir une ligne centrale dans leur parcours (Castel, 1994 : nous développerons plus loin la notion de ligne biographique). Bouhnik *et al.*, s'intéressent moins à l'histoire de la mise en place de ce processus ou à ses particularités locales, qu'aux contextes et à la façon dont les usagers s'y positionnent, la place du territoire social dans lequel ils s'inscrivent. Ces auteurs observent que les phénomènes sociaux ont affecté les styles de vie et contribué à l'engagement dans la consommation de drogues. Les récits recueillis dans cette étude montrent les liens entre une génération, un environnement, un milieu (ou des réseaux de sociabilité) et l'injection.

Il s'agit ici d'une autre figure d'adolescents, trouvant dans leur réseau de proches le goût de transgressions vécues en commun. D'autres produits sont d'abord testés (cannabis, amphétamines, acides, cocaïne sniffée, médicaments détournés de leur usage). L'injection représentera une étape supplémentaire à franchir dans la recherche de sensations. Dans les histoires individuelles apparaissent l'interférence entre plusieurs facteurs d'introduction aux drogues et à l'injection, au croisement d'influences générationnelles, culturelles, sociales, conjointement avec des conditions particulières (problématiques familiales, stigmatisation, criminalisation...) qui vont marquer tout particulièrement les jeunes des milieux populaires. « *Le rôle de l'interdit supplante l'idéal de transformation de la société, et ces personnes s'inscrivent de manière plus systématique dans l'apprentissage d'une vie hors la loi. A partir de cette période, la loi de 1970 vient indiquer la manière dont la société réagit face à un phénomène qui commence à prendre une dimension sociale. La plupart des personnes vont connaître alors l'apprentissage de la rue et de la petite délinquance. Ces pratiques, dans les premiers temps, fonctionnent de la même manière que les consommations de drogues, comme une autre voie possible de la transgression envisagée sur le mode ludique. Mais cet objectif ne pourra être tenu que si un minimum de cohésion familiale et de réussite scolaire continuent à constituer des ancrages suffisamment forts* » (ibid., p. 59). De profonds changements apparaissent ici dans la manière dont les usagers vont analyser leur

engagement : la réaction répressive et stigmatisante de la société va contribuer à modeler leurs propres représentations sociales. Ils vont dès lors se percevoir selon les représentations dominantes de l'époque.

1.2. Les risques comme conduites ordaliques

L'ordalie consistait à faire passer à un accusé des épreuves physiques diverses dans le but de démontrer la justesse de sa cause. Il s'agissait d'un appel direct à la divinité instituant et gardant l'ordre suprême, probablement un mode de justice d'origine, le plus ancien et le plus primitif. Ce terme est aujourd'hui repris pour désigner des comportements de groupes d'adolescents où la totalité du groupe ou une partie de ses membres s'en remet au « [hasard](#) » pour décider de sa survie. Il y a là un désir fort de valider son existence en la risquant, comme dans le cas des sports dits "de l'extrême" ou des conduites à risque, se référant au "jugement de Dieu". Un exemple rencontré dans différents lieux consiste à franchir à vive allure une intersection munie d'un feu rouge ou d'un stop.

La prise de substances [toxiques](#) dans des mélanges aux effets inconnus constitue une autre manière de jouer avec la mort. Ce jeu avec la mort ne vise pas l'envie de mourir en tant que telle, mais au contraire une revitalisation de son existence en jouant avec les extrêmes.

Le jeu et la confrontation avec la mort, l'épreuve à réussir, imposée à soi-même, participent à « *la métamorphose de soi et de sa propre gestion de risques... L'acte de la première injection peut être assimilée à une conduite ordalique, soumise au « jugement de Dieu ».* Les prises de risques y sont associées à une recherche de sens et de limites » (Fernandez, 2000).

Pour P. Bouhnik (2005), la prise de drogues renvoie souvent, pour les usagers, à une mise à l'épreuve des liens avec le monde qui les entoure, ainsi qu'une mise à l'épreuve de la signification de leur existence.

Pour l'anthropologue David Le Breton (1991 ; 1998a), que ce soit le flash de l'héroïne ou le retrait du présent et l'absence engendrés par les psychotropes, c'est bien à la fois une relation avec la mort qui est recherchée, et le sens de la vie, à travers un rite personnel de passage. Dans une société qui n'offre plus de repères et de limites, l'individu est amené à les rechercher dans un jeu avec la mort, qui s'exprime par des prises de risque. Si, sur le versant des loisirs, les activités à risque sont socialement valorisées et instaurent même de nouvelles formes d'héroïsme (ce peut être l'engouement pour des sports tels que le saut à l'élastique, les raids, le rafting etc.), sur un autre versant, les conduites à risque nées de la souffrance et du manque à être foisonnent chez les jeunes générations : à côté des toxicomanies (de plus en plus d'adolescents touchent aux produits illicites ou aux médicaments, et de plus en plus jeunes), on peut également placer ici les tentatives de suicide, la délinquance, les jeux de toutes sortes avec la mort, les fugues, les troubles alimentaires, les accidents de la route... Ces deux manières à la fois proches et différentes d'interroger la mort pour donner sens à la vie sont vues par Le Breton comme des détours symboliques empruntés par la jeunesse pour s'assurer de la valeur de son existence et rejeter au plus loin la peur de son insignifiance personnelle. Ce sont des rites sauvages de fabrication du sens. Le jeu avec les limites fait partie d'une recherche du sens de l'existence et de la valeur de sa vie. Les conduites à risque peuvent ainsi être abordées à partir de la souffrance du sujet dans ses rapports au monde (Le Breton, 1998b). En manipulant l'hypothèse de sa mort volontaire, le jeune aiguise le sentiment de sa

liberté (Le Breton, 2002). Si beaucoup se contentent d'un usage récréatif de la drogue, d'autres se laissent happer par le flash et la nécessité intérieure d'en reproduire les conditions. Ce passage d'un rapport occasionnel au risque à la dépendance envers le produit met fréquemment en évidence l'absence réelle ou symbolique du père (Le Breton, 1995). Les conduites à risque consistent en une exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril. L'alcool et les drogues donnent un instant le sentiment de s'appartenir, de conjurer enfin la confusion logée au cœur de la vie. Ils sont une affirmation de soi à travers des comportements associés à la virilité et au courage.

1.3. Créer des liens : importance des variables sociales

Lorsque les liens familiaux font défaut, tout ce qui permet de reconstituer un ancrage affectif et émotionnel avec des personnes qui partagent les mêmes conditions peut faire office de support. « *La prise de produit est envisagée comme un moyen de conjurer ses peurs, constituer un réseau d'appartenance, lutter contre les difficultés à construire des relations sociales, se 'décoincer'* » (Bouhnik et al., 2002, p. 61).

Le passage à l'héroïne n'est pas alors seulement lié à la fascination pour le produit, ni à sa seule disponibilité, mais également à la possibilité de s'intégrer localement aux réseaux économiques et sociaux. La pratique devient plus territorialisée que générationnelle. L'accrochage ne porte pas alors sur un produit d'élection mais va s'opérer sur des bases relationnelles.

Pour Fernandez (2000) également, les liens peuvent être l'enjeu même de la prise de risque. La drogue peut être vécue comme un vecteur de lien social entre les individus, d'autant plus nécessaire que les liens sociaux sont faibles. P. Bouhnik (2005) précise que l'attachement aux drogues passe par l'association d'un espace de relations, de ressources, des facteurs de sociabilité et des contextes propices. Ces éléments s'intègrent progressivement pour devenir une « seconde nature », un style de vie, supposant un travail d'incorporation (attitudes, rôles, dynamiques, stratégies) permettant de communiquer. Les usagers semblent tout autant attachés au système de vie qu'aux produits.

Le passage des drogues « douces » vers les drogues « dures »¹⁰, des drogues dures vers la délinquance, de la petite délinquance vers la grande délinquance, ou le contraire, dépend en fait de la position et des zones de relations au sein desquelles les personnes vont s'inscrire. Chacune de ces zones - associant liens de sociabilité, réseaux économiques informels, plans de deal, filières d'apprentissage des pratiques illicites, techniques de survie... - renvoie à l'histoire des lieux et des réseaux d'activité où elles évoluent (ibid., p. 82). La participation aux réseaux d'activités économiques relatives aux drogues permet de retirer des bénéfices personnels (réputation, capacité à négocier) et relationnels - capital social fonctionnant comme un système de reconnaissance : une manière de se sentir et de s'exprimer sur un plan corporel et linguistique, de s'identifier, de communiquer et de se comporter en public. Socialité, identité, économie et affects sont étroitement mêlés (ibid., p.87).

¹⁰ La distinction entre drogues dures et douces est artificielle dans une certaine mesure car le rapport au produit n'est alors plus pris en compte. Il peut exister un usage doux des drogues dures et inversement (Aquatias et al., 1997).

Grund *et al.* (1996), à partir d'études ethnographiques de terrain faites à Rotterdam et à New York¹¹, observent que l'altération de l'état de conscience provoquée par les drogues, très valorisée dans les milieux des consommateurs de drogue, sert de « lubrifiant social » : l'usage commun de ce qui intoxique est ce qui facilite les interactions et ce qui produit des sentiments communs comme celui de solidarité. Ces auteurs pensent que les drogues ont une valeur symbolique intrinsèque : que ce soit porter un toast de champagne ou partager un sachet d'héroïne, par exemple, la valeur symbolique de la flûte de cristal ou de la seringue est liée à son association avec la drogue, et non le contraire.

Reprenant des recherches qualitatives sur les usagers de drogues illicites à Londres, Rhodes et Quirk (1998) soulignent également l'importance des relations sociales dans les comportements à risque : les discours des usagers montrent que la gestion des risques liés à ces relations est un aspect important de la gestion des risques quotidiens, rendue compliquée par l'usage de drogues. Le risque étant le produit des interactions sociales, il faudrait également étudier, pensent les auteurs, comment l'usage de drogues influence le risque lié aux relations. Gérer ses relations est une façon de gérer les risques. Parmi les risques multiples que prennent les UD, il y a le risque que constitue l'usage de drogue pour les relations, où la confiance est un élément majeur. L'usage de drogue peut également être perçu comme une mise en danger de la relation. Rhodes et Quirk montrent comment la prise de risque résulte de l'interaction entre des facteurs individuels, interpersonnels et sociaux.

La relation interpersonnelle est l'un des multiples enjeux sociaux qui conditionne le sentiment de proximité du risque, sa perception et la réponse qui lui sera faite. La consommation de drogues et la vie quotidienne dans ce contexte influencent l'organisation sociale et la gestion des risques liés aux relations. Si, d'après Rhodes et Quirk, le comportement à risque des UD est le résultat des interactions sociales, celles-ci sont plus précisément déterminées par l'interaction entre les relations sociales et les modes de vie des UD. Les expériences vécues par les UD concernant le risque révèlent d'autres risques importants. Le risque est le produit de perceptions du risque situées socialement, où les UD donnent une priorité au moins égale à des risques autres que ceux dont parlent les épidémiologistes. Les relations interpersonnelles se situent dans des cultures de risque plus larges, dans une gestion des risques commune à des modes de vie, des environnements et des contextes divers (*ibid.*). Nous verrons plus loin que le risque de perdre sa position au sein du groupe des pairs peut être vécu comme plus redoutable que le risque sanitaire pris dans un partage de seringue.

Crisp & Barber (1997) estiment qu'il est nécessaire de prendre en compte les dimensions d'une culture du risque plus globale, de sortir d'une vision limitée à l'impact des relations d'une personne sur son comportement, pour aboutir à une vision plus dynamique du risque, envisagé ici également comme le produit d'une interaction constante entre les relations sociales des UD et leur mode de vie. Il faudrait également tenir compte des normes de la subculture du groupe d'appartenance pour déterminer l'influence de ces facteurs sur la négociation du comportement à risque dans les relations interpersonnelles.

D'après Bouhnik *et al.* (2002), consommer et s'injecter s'inscrivent dans le prolongement de ce que vivent en commun ceux qui ont grandi ensemble. « *Les apprentissages collectifs*

¹¹ L'étude de Rotterdam a observé et analysé les rituels de consommation d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne (Grund, 1993). A New York, il s'agit d'interviews ethnographiques et d'observations de terrain faites auprès d'UDVI entre 1989 et 1992. Ces données sont complétées par des observations datant de la fin des années 70 et du début des années 80, avant la connaissance de l'épidémie du sida.

des pratiques délinquantes ont à voir avec la constitution de métiers dans la sphère des pratiques illicites. Ils permettent de se qualifier, d'acquérir des compétences sur divers plans : l'accès aux produits, à l'argent, la 'maîtrise' des prises de risques... autrement dit un certain nombre de compétences nécessaires pour se maintenir dans la condition d'usager de drogues. Et cela va fonctionner de la même manière pour le mode d'administration : on injecte ou on sniffe en fonction de la sphère de sollicitation et des réseaux dans lesquels on est impliqué » (ibid., p. 71).

Dans les années 80, alors qu'on commence à parler du sida, les UD vont découvrir que certains des leurs deviennent gravement malades et que certains en mourront. Ils prennent progressivement conscience du risque lié à leur mode de vie et devront apprendre à intégrer des gestes les préservant des risques. Ce processus sera long et dépendra de leur degré de connaissance de la maladie, mais également de l'impact des campagnes de prévention, pas toujours bien ciblées. Ils auront à apprendre à se méfier de leur entourage, et même de leurs partenaires sexuels ; ils devront apprendre à refuser le partage des seringues et du matériel d'injection. Ce sont les bases même de leur mode de vie qui sont à modifier. Les risques infectieux liés à la pratique de l'injection apparaissent comme un nouveau paramètre qui modifie le rapport des usagers à l'injection ainsi que les rapports sociaux entre eux. Mais vont également être alors modifiés leurs rapports avec les institutions sociales, sanitaires, répressives, avec la société toute entière qui les regardera désormais moins comme des délinquants à punir que comme des malades à prendre en charge.

Par la suite arriveront les produits de substitution, et avec eux les pratiques de détournements d'usage permettant de prolonger les pratiques d'injection. Ce seront ce que Bouhnik *et al.* (2002) appellent les « années cachets », dont nous parlerons plus loin. Les différents aspects de la consommation de drogue seront également largement développés dans la suite de cette synthèse.

Il s'agit plutôt ici de souligner que les contextes d'initiation et d'apprentissage, les réseaux de sociabilité, la disponibilité des produits et les styles de vie vont jouer un rôle majeur dans les opportunités de passage à la consommation. Si les liens sociaux participent à la prise de risque, les conditions sociales également, et en particulier les modes de vie précaire.

1.4. La précarité des conditions de vie

Elle est l'un des constats du rapport de la commission « Toxicomanies » du Conseil national du sida (2001) qui conclut qu' « *aujourd'hui encore, malgré les progrès réalisés, les usagers de drogues constituent une population en mauvaise santé, massivement précarisée, et qui, pour partie connaît des situations de marginalisation de plus en plus difficiles. Ces aspects contribuent à nourrir des comportements à haut risque de contamination virale par le VIH et les hépatites, du fait du partage du matériel servant à la consommation des drogues, notamment des drogues injectables et d'une protection irrégulière des relations sexuelles* ».

En effet, parmi la population de l'étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006)¹², 65 % sont sans emploi, 8 % ont un niveau d'études inférieur ou égal au primaire,

¹² Enquête transversale multi villes menée chez des UD ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie : 1462 ont été inclus (questionnaire socio comportemental) et 79% ont accepté un prélèvement de sang, pour une recherche d'anticorps anti-VIH et anti-VHC. 74% sont des hommes. L'âge moyen est de 35,2 ans.

55 % vivent seuls. Au moment de l'étude, 55 % sont sans logement stable, dont 19 % vivent en squat ou dans la rue. A 16 ans, 22 % ne vivaient plus chez leurs parents ou dans leur famille. Depuis l'âge de 18 ans, 73 % ont dormi dans la rue au moins une fois en raison d'une absence de domicile personnel.

Les usagers des CAARUD se caractérisent également par leur précarité. Presque la moitié est sans domicile fixe ou habite dans un logement provisoire et la moitié ne vit que des prestations sociales (une forte proportion des UD bénéficient cependant d'une couverture sociale).

Philippe Bourgois (1998), qui a vécu à San Francisco une immersion ethnographique de plusieurs mois auprès d'usagers d'héroïne à la rue, observe que, dans ce contexte, la précarité est en soi un facteur de prise de risques. Le *craving*¹³ constitue l'un des facteurs des injections à risque et Bourgois explique que les malaises ressentis au réveil ou en période de manque sont tels que, dans ces moments-là, aucun des usagers des lieux d'injection qu'il fréquente ne refuserait une seringue infectée. Il décrit en outre à quel point la plupart des lieux de consommation ne permettent pas de respecter toutes les conditions d'hygiène nécessaires. On peut difficilement imaginer, estime-t-il, que les hommes dont il décrit le mode de vie puissent survivre longtemps dans les conditions de partage de matériel qu'ils pratiquent (ibid.).

F. Fernandez (2000) observe de son côté comment des conditions de vie précaires vont amener à tenter de se rapprocher d'autres précaires : « *Le fait de vivre dans les mêmes conditions et de « faire avec » alors même que l'on sait que l'on prend des risques sanitaires participe au maintien de ces liens qui sont l'enjeu même de la prise de risque... Le manque d'hygiène est une prise de risque qui unit* ».

Les résultats de l'enquête d'Anne Lovell à Marseille¹⁴ (2005), ville où la mise à disposition de seringues stériles, de kits d'injection et de services à bas seuil pour les UDVI a fait partie à part entière de la politique urbaine, révèlent que le manque de ressources pour se procurer des drogues augmente de manière importante les risques de s'engager dans des pratiques d'injection à risque.

A. Lovell (ibid.) a fait l'hypothèse que trois formes de ressources sont plus particulièrement liées aux pratiques à risque :

- le *capital culturel et économique acquis*, tout d'abord, qui comprend les savoirs reconnus, les diplômes, les compétences, le statut professionnel, les privilèges, les atouts et autres formes de richesses qu'une personne peut accumuler au cours de sa vie.
- le *capital culturel et économique hérité*, qui comprend les savoirs, les diplômes, le statut professionnel, les revenus et autres privilèges ou atouts de la famille dans laquelle la personne a grandi, entre également en jeu.
- le *capital social* est également lié au risque : il comprend des aspects comme la confiance interpersonnelle et les normes de réciprocité, qui fonctionnent comme des ressources pour les individus et facilitent les rapports humains, les actions et les projets (Coleman, 1990).

¹³ Ce terme désigne un état physique de manque que l'on pourrait traduire par « l'envie irrépressible de consommer ».

¹⁴ Enquête au cours de laquelle des chercheurs de terrain, entre 1997 et 1999, ont observé les « scènes de drogue » dans les rues pendant plusieurs mois et ont interviewé et fait des tests de salive auprès de 111 UDVI d'au moins 18 ans qui ont injecté de l'héroïne dans l'année passée. Les UD identifiés dans la rue ont nommé d'autres UDVI, qui à leur tour en ont nommé d'autres. L'échantillon a ainsi été établi en chaîne, de façon à comporter à la fois des usagers en traitement de la dépendance et d'autres qui ne l'ont jamais été ou qui ne l'étaient pas au moment de l'enquête.

Les résultats, présentés plus en détail dans le chapitre sur les réseaux sociaux (3.2), illustrent l'importance des causes sociales fondamentales et du contexte pour expliquer pourquoi les usagers « risquent le risque ». Des messages de prévention et des seringues stériles ne suffisent pas à changer la répartition des risques. Le contexte social ou les circonstances du risque doivent également être examinés. Lovell montre que la position dans le sous-groupe central d'un réseau sociométrique d'UDI – dans un contexte de proximité – augmente beaucoup les chances de s'engager dans des pratiques d'injection à risque. Un faible niveau de capital acquis a montré une probabilité d'influencer les pratiques d'injection à risque.

Lovell conclut qu'il faut explorer davantage les circonstances sociales des pratiques d'injection à risque (qui comprennent le partage et la ré-utilisation du matériel autre que les seringues). Même le risque du risque semble être une pratique qui se diversifie selon les espaces sociaux. Ce sont les conditions sociales fondamentales qui définissent l'espace social et les circonstances de la prise de risque qu'il faut tenter aujourd'hui d'élucider, avec les caractéristiques individuelles déjà examinées dans les études publiées (ibid.).

P. Bouhnik décrit combien « *l'impossibilité d'accéder à un travail ou un logement amène les usagers de drogue à vivre à la rue où ils errent sur l'espace public au gré des aléas de la répression et des plans d'approvisionnement. [...] Leur état physique dégradé associé aux conditions précaires de consommation et aux menaces répressives conduit certains à négliger les préceptes de protection, pour leur propre compte, pour leurs proches comme pour les résidents où ils se trouvent* » (2005, p.72).

Pour ceux qui vivent dans les conditions de vie les plus difficiles, les soutiens habituels et les ressources du quartier font défaut et la survie nécessite d'autant plus des compensations comme celles que peuvent procurer les produits psychoactifs, qui apportent un mieux-être immédiat – ou du moins « *un moindre mal-être* ». Plus les difficultés sont exacerbées, plus la gestion des consommations sera périlleuse et plus importante sera la prise de risques. Dans un contexte de désaffiliation et d'errance, le produit et son mode d'administration peuvent fonctionner pour certains comme une ressource pour supporter la vie à la rue, un moyen d'apaiser la souffrance, de soulager l'angoisse, de dissiper les sensations de mal-être. L'emprise de la consommation de psychotropes tient en partie dans cette capacité à donner le sentiment aux individus qu'ils pourront mieux supporter les tensions et l'insécurité. « *Pour les UD, la rue associe deux dimensions : un espace de survie quand on n'a plus rien et un espace de prise de risques pour continuer à vivre* » (ibid.).

Toujours dans l'ouvrage de P. Bouhnik paru en 2005, le chapitre intitulé *Peines de corps* (p.193), sur le dénuement matériel et la dégradation de l'état général des UDVI, présente une description saisissante de ces « *corps à la rue, ... corps en public, ... corps obscènes, ... corps shootés, marqués, malades, ... corps prostitués...* ». « *Derrière le sentiment de déni d'humanité que suscite l'état de dénuement extrême, la manifestation excessive, voire obscène, ouvre un espace de manœuvre, une ultime tentative pour être pris en compte : la parole à haute voix, l'interpellation de passants...* ».

Les conditions de vie de ces UD précaires et le manque d'argent ne sont pas propices à des consommations régulées : l'accès à l'héroïne est, de manière cyclique, rendu difficile et les usagers vont alors vers des polyconsommations (crack, produits de substitution détournés et injectés, etc.) dans lesquelles les prises de risques sont amplifiées : retour à la circulation des

seringues, consommations intensives et associations dangereuses des produits utilisés, avec une dégradation manifeste de leur état de santé (ibid.).

Le sida est la cause principale de mortalité parmi la population décrite par P. Bouhnik (2005). La plupart des personnes qu'elle a rencontrées ont connu des expériences de surdoses renvoyant à la précarité de leurs conditions d'injection. Les surdoses surviennent souvent quand les usagers reprennent une consommation après une interruption importante (incarcération, hospitalisation). L'organisme n'est plus habitué à gérer la quantité que l'utilisateur avait antérieurement l'habitude de consommer. Le mélange de cachets et d'héroïne est également risqué de ce point de vue, mais également celui du Subutex® avec des neuroleptiques, les produits coupés, l'association à l'alcool... (ibid.)

Si une part des UD réussit à consommer des psychotropes sans entrer dans ces cycles, c'est l'accumulation des épreuves et des conditions sociales défavorables qui conduit les plus vulnérables (précaires, femmes seules, migrants) à connaître de telles expériences éprouvantes. Bouhnik *et al.* (2002) décrivent à quel point ces populations les plus vulnérables, touchées par une rupture, la maladie, le chômage, la prison ou des séjours psychiatriques, se retrouvant à la rue ou dans des hébergements précaires, regroupées dans certains quartiers des grandes villes, partagent là une relégation, une stigmatisation et une maltraitance communes, menacées par la loi répressive et donc tenues à se cacher et ainsi d'autant plus isolées des possibilités d'aide sociale. Les auteurs observent que « *ce climat durcit les relations dans les circuits d'approvisionnement et entre eux. Les mécanismes de domination et de violences interactionnelles ne sont plus modérés par les solidarités et les interdépendances positives qui liaient des personnes qui avaient grandi ensemble. Il s'opère un glissement : les supports sociaux et culturels qui, dans les époques précédentes, contribuaient à donner du sens à la recherche du plaisir n'existent plus. Il ne reste qu'un sentiment de vide et de désespoir* ».

En milieu précaire, les usagers injecteurs doivent ajouter, au rythme de leurs journées, la recherche d'un lieu tranquille où reproduire le rituel d'injection, « *dans un équilibre éphémère entre la tension de la préparation et le soulagement amené par le shoot* ». Les breaks entre les cycles d'injection sont d'autant plus courts que les conditions sont précaires. Les risques liés à l'injection participent souvent, dans ces contextes de vie, à un système de risques multiples qui font partie intégrante de la condition d'usagers injecteurs précarisés. Les modes de ritualisation du quotidien qui se dégagent pour assurer les conditions de reproduction des pratiques des usagers ne peuvent être reproduits par ceux qui vivent dans un cadre social dégradé ou précaire : une précarité qui, alliée à l'urgence et à la contingence, ne permet souvent pas l'intégration de règles de protection. Prendre son temps, soigner l'ambiance est un plaisir programmé et orchestré au fil des journées, qui demande un minimum d'intimité, voire de dissimulation. Les rituels d'hygiène ne peuvent réellement s'intégrer qu'en dehors des contraintes de la précarité. L'ensemble des gestes rituels remplit une fonction structurante où des perturbations sont toujours redoutées. La recherche d'une maîtrise de l'ensemble du processus va de l'approvisionnement au shoot. Il est nécessaire de s'efforcer de maintenir un contrôle sur la quantité de produit, sa qualité, l'accès aux seringues et à tout le matériel nécessaire. La dégradation des contextes d'approvisionnement des produits va rendre plus difficile et aléatoire le respect des conditions d'une injection sans risque, permettra difficilement d'intégrer des changements dans les pratiques, et va entraîner une dégradation de la situation sociale et sanitaire (ibid.).

Bouhnik et Touzé (1995), lors d'une recherche en milieu carcéral auprès d'usagers de drogues dures touchés par le VIH, ont rencontré des personnes qui ont vécu les conditions

sociales des milieux urbains précarisés, avec des trajectoires scandées par les ruptures, les violences et les manques. Ces personnes estiment qu'elles ont perdu la santé, considérée ici comme les conditions dans lesquelles on réussit à équilibrer sa vie, à se prémunir des risques les plus menaçants, à gérer les difficultés. Les auteurs concluent que « *vivre au quotidien avec les drogues, pouvoir y accéder de manière régulière et sûre, savoir en gérer les effets, suppose que soient réunis tout un ensemble de facteurs écologiques et relationnels* ». Elles constatent que la plupart des usagers avérés d'héroïne avaient fait une ou plusieurs overdoses, souvent à la suite d'une consommation de médicaments associés ou d'alcool, et que cela représentait pour eux un risque quotidien, d'autant plus qu'ils vivent dans des conditions précaires.

Malgré l'accès à des seringues stériles, la pression de la répression et la dégradation de leur style de vie pousse les UDVI à continuer à prendre des risques : le cumul de facteurs de précarisation tend à modifier la relation aux risques et au produit, comme si on détraquait une mécanique délicate maniée par des personnes fragiles. Les UDVI sont ainsi propulsés dans une spirale où ils ne sont plus en mesure de contrôler leur activité. Proies faciles pour la répression, les usagers « piquant du nez » prennent plus de risques que les autres, car ils sont plus visibles. La « traque aux toxicos » n'a fait que croître entre 1995 et 2000. Des brigades VTT de la police intervenaient dans les endroits difficiles et les fouilles en public étaient pratiquées couramment. Les conditions d'injection en sont d'autant plus difficiles et risquées (Bouhnik, 2005).

Bourgeois estime que la politique répressive est un élément qui renforce la précarité et favorise les prises de risques : la nécessité qu'ont les usagers de drogue de dissimuler leurs pratiques de consommation et d'injection contribue à amplifier leurs prises de risques (Bourgeois, 1998).

En conclusion de cette partie sur la précarité des conditions de vie des UD, nous présentons, parce qu'ils parlent d'eux-mêmes, les résultats d'une enquête¹⁵ qui révèle qu'au bout de 33 ans, 48 % des usagers de la population de cette étude étaient morts (pour un démarrage du suivi à l'âge de 25 ans), les overdoses représentant un décès sur cinq. Les données révèlent la longueur de la durée de dépendance, entrecoupée de périodes d'abstinence, et les conditions de vie des usagers de drogue (Hser *et al.*, 2001 ; Lert, 2002).

California civil addict program

Des entretiens tous les 10 ans

En 2001 ont été publiés les résultats de la troisième vague de suivi (1996-97) d'une cohorte revue antérieurement en 1975-76 et 1985-86. Elle a été constituée, de 1962 à 1964, de 581 hommes âgés de 25,4 ans : l'âge moyen de début de l'héroïne était 18 ans, âge auquel 80% des inclus avaient déjà eu des problèmes avec la justice. Ce groupe était composé d'une majorité d'Hispaniques (56%), d'un bon tiers de Blancs (37%) et de 7% d'Afro-Américains. Tous les 10 ans, des entretiens en face-à-face ont été réalisés dans les bureaux de l'université de Californie mais également en prison, à domicile ou dans un lieu au choix du sujet. Les hommes non-incarcérés fournissaient un échantillon d'urine à la fin de chaque entretien. L'entretien portait sur l'ensemble des aspects de la vie personnelle, sociale ou familiale, la

¹⁵ Il s'agit de la troisième vague de suivi d'une cohorte constituée de 1962 à 1964 au sein du "California civil addict program" (voir encadré ci-contre), programme de réhabilitation obligatoire sur décision judiciaire pour des délinquants dépendant de l'héroïne.

délinquance et l'usage de produits. Les données judiciaires et l'information sur le décès étaient collectées par ailleurs.

A partir de ces données, les auteurs ont reconstitué l'histoire de l'addiction sur une période de 40 ans (1956-1996). En 1996-97, 96% des survivants ont été localisés dont 242 ont été interrogés, 31 ont refusé ou étaient dans l'incapacité de répondre, 24 étaient perdus de vue, les 284 autres étant décédés. L'étude évalue donc l'évolution sur le long terme de:

- la mortalité;
- la dépendance définie comme l'usage pendant 30 jours consécutifs au moins d'héroïne, de cocaïne ou d'un autre opiacé;
- l'abstinence définie comme la non-consommation sur 30 jours ou plus;
- la consommation quotidienne d'alcool;
- la santé: autodéclaration des maladies infectieuses (hépatite, infection VIH, MST) et incapacité définie comme "toute incapacité physique empêchant de travailler";
- les symptômes psychiatriques évalués par la Hopkins symptom check-list.

Des résultats pessimistes

Au bout de 33 ans, 48% sont morts, 22% sont abstinents, 7% consomment de l'héroïne quotidiennement, 2% en consomment irrégulièrement, 6% sont en maintenance à la méthadone, 4% incarcérés (la situation n'est pas documentée chez 12%). Parmi les 284 décès, 21,6% sont dus à des overdoses ou des empoisonnements, 15,2% à une hépatite, 11,7% à un cancer, 11,7% à une maladie cardio-vasculaire, 19,5% à des morts violentes (accident, homicide ou suicide). Trois décès sont dus au sida. La mortalité est associée à l'invalidité, à la consommation d'alcool, à l'ancienneté de la consommation d'héroïne et à l'âge.

Dans le groupe survivant en 1996-97, la durée entre la première et la dernière consommation au cours de la vie varie de 0,8 an à 50,4 ans avec une moyenne de 30 ans et un écart-type de 12 ans. La durée d'abstinence continue varie de 0 à 36 ans avec une médiane de 3,4 et une moyenne de 9,5 ans. Entre 50 et 60 ans, la moitié seulement des survivants de la vague de 1996-97 avaient des tests urinaires négatifs pour l'héroïne. Le risque de reprise de la consommation diminue avec la longueur de la période d'abstinence. Ainsi, bien que beaucoup d'usagers aient cessé de prendre de l'héroïne pendant des périodes relativement longues, moins de la moitié (46,7%) ont été, au cours de la période, abstinents pendant plus de 5 ans. Ceux qui ont cessé de consommer pendant au moins 5 ans ont moins d'invalidité, moins de troubles psychologiques, consomment moins d'alcool, de tabac, de marijuana, ont plus souvent un emploi, et sont moins impliqués dans la délinquance.

Dans ce groupe, la maintenance à la méthadone, mise en place en 1970 en Californie, a concerné chaque année moins de 10 % des individus. L'analyse faite sur le suivi à 24 ans avait montré une réduction de l'usage d'héroïne chez les personnes ayant été en traitement.

Une condition chronique à très long terme

Cette étude révèle la gravité et la longue durée de la dépendance à l'héroïne mais également l'alternance de périodes d'abstinence et de reprise de la consommation très tard dans la vie. Les changements importants se produisent dans la première décennie du suivi, après une période de consommation et de délinquance maximum, suivie de mesures de justice fréquentes. Ces résultats très pessimistes, nous dit F. Lert (2002), doivent être resitués dans le contexte d'une cohorte portant sur des personnes sous mesure de justice en Californie, avec une offre thérapeutique et sociale très restrictive. Si on a parfois parlé d'un processus de maturation qui aurait vu les toxicomanes cesser leur consommation au bout d'un certain temps par un processus quasi naturel et spontané, les données rassemblées ici ne montrent aucun phénomène de ce type. Elles montrent également qu'il n'y a pas de transfert vers la

dépendance à l'alcool, comme cela est souvent avancé. Ce sont ceux qui continuent l'héroïne qui en consomment le plus, comme c'est également le cas pour d'autres produits. L'observation de cette cohorte, conclut F. Lert (ibid.) souligne la nécessité de concevoir la prise en charge comme celle d'une condition chronique à très long terme accompagnée d'atteintes somatiques et psychologiques graves.

1.5. D'autres facteurs de risque

Trois des quatre études qui suivent font la synthèse de plusieurs recherches issues de la littérature internationale, pour apporter des éléments de contexte.

Crisp & Barber (1997) présentent une synthèse d'un ensemble d'études cherchant à expliquer pourquoi les UDVI maintiennent des pratiques de partage de matériel en Australie, alors qu'existe l'accès aux seringues, aux traitements substitutifs et aux campagnes d'information et de dépistage du VIH. Les explications proposées incluent des facteurs psychologiques (les représentations, croyances, savoirs et préférences personnelles) ; des déterminants contextuels comme l'ivresse, l'absence de matériel stérile, le contexte légal et politique et les normes sociales. S'ajoutent des causes physiologiques, comme les effets du manque qui est un facteur de la dépendance et le signe d'un état de risque accru.

Pour Rhodes et Quirk (1998)¹⁶, le partage de seringue est lié non seulement aux représentations qu'ont les injecteurs de leur santé et à leur motivation, mais également à la disponibilité et à l'accessibilité du matériel stérile, à la politique locale de drogue, à l'environnement, au réseau social, aux normes de la subculture et à l'influence de ces facteurs sur la négociation du comportement à risque dans les relations interpersonnelles.

Les résultats de l'enquête menée par Baker *et al.* (1994), auprès de 200 UDVI de Sydney (Australie) qui ne sont pas en traitement, amènent ces auteurs à conclure que les variables qui peuvent prédire une prise de risque par injection sont l'importance de la consommation d'héroïne, une relation sexuelle avec un UDVI et une importante polyconsommation. En ce qui concerne la probabilité d'une prise de risque sexuel, cette enquête insiste sur deux variables qui renforcent cette probabilité : une forte consommation d'hallucinogènes et une relation sexuelle avec un UDVI.

Une revue de la littérature sur les nouveaux injecteurs amène Friedman *et al.* (1989) à mettre en avant une relation importante entre la durée de la carrière d'injecteur et la probabilité d'être infecté.

Après avoir tenté de faire le tour des facteurs multiples qui se conjuguent, afin d'éclairer la question des déterminants des pratiques à risques, nous voudrions évoquer le fait que la perception des risques pris est plus ou moins consciente, en lien avec des choix plus ou moins rationnels.

¹⁶ dans un article qui récapitule plusieurs recherches qualitatives sur les usagers de drogues illicites à Londres.

1.6. La perception des risques

Des logiques diverses

La diffusion du savoir ne modifie pas forcément les conduites dites à risques. Peretti-Watel (2001b) souligne la détermination culturelle des perceptions du risque, qui comportent des conceptions contrastées concernant le savoir, le corps et la nature, comme l'illustrent les résultats de l'enquête KABP¹⁷. On peut donc s'attendre à ce que le savoir légitime se heurte à des résistances, des contestations de la part de minorités qui le mettent en doute : "*La diffusion de l'information scientifique n'est ni facile ni rapide ... Le théâtre de cette diffusion ressemble plus à un champ de bataille qu'à une salle de classe*" (Douglas, Calvez, 1990, p. 453, cités par Peretti-Watel, ibid. p. 66).

Douglas et Calvez distinguent quatre conceptions du corps qui permettent d'expliquer l'impact limité des campagnes de prévention : l'idée que le corps est résistant (son système immunitaire le défend contre les virus – il n'a donc pas besoin de protection) ; ou bien au contraire il est "poreux", perméable à toutes les infections (et alors, pourquoi se protéger si le corps peut être si facilement contaminé ? Cette conception amène un fatalisme) ; le corps peut également être ressenti comme vulnérable mais défendu par une, voire deux enveloppes protectrices. Il faut alors en défendre les voies d'entrée, comme le suggèrent les campagnes de prévention. Selon une quatrième conception, la seconde enveloppe, après la peau, serait l'enveloppe sociale : l'individu doit protéger son groupe (62 % des enquêtés de l'enquête KABP sont pour le dépistage obligatoire du sida, pour les étrangers aux frontières).

Mary Douglas croise deux dimensions qui sont le degré de structuration interne d'un groupe (plus ou moins hiérarchisé) et sa façon de délimiter ses frontières, et elle distingue, à partir de ces dimensions, quatre types organisationnels idéal-typiques :

- la structure hiérarchique, définie par une attitude bureaucratique, routinière, rigide, résistante au changement, pouvant rester aveugle au risque, avec une faible capacité d'adaptation ; on y respecte le savoir institutionnel et on fera confiance aux campagnes de prévention qui présentent le sida comme une maladie transmissible mais non contagieuse ; les membres continueront, par exemple, à manger du bœuf tant que les autorités ne l'interdiront pas, en se fiant aux labels officiels.
- le type individualiste considère l'incertitude comme une opportunité d'affirmer ses capacités et sa maîtrise. Il est donc plutôt preneur de risques, ou éventuellement passif. Il cautionne les experts officiels, mais est plus réceptif aux dernières innovations.
- le sectarisme égalitaire renvoie à des petits groupes fermés, qui s'isolent du reste de la société et qui instaurent entre eux des relations égalitaires ; ils se méfient du savoir officiel et ont tendance à mobiliser leurs propres ressources de savoir, qui ne doivent pas dépendre des autorités. L'autorité scientifique ou politique d'un individu est de source charismatique et repose sur son talent personnel, plus que sur sa position hiérarchique ou ses diplômes. Les connaissances dites 'alternatives' seront plus facilement adoptées que celles de la sphère scientifique officielle. Douglas & Calvez (1990) citent l'exemple de certaines communautés homosexuelles de Californie (relativement fermées, égalitaires, méfiantes à l'égard des autorités, proches du type sectaire) qui pensaient, dans les années 80, qu'une nourriture saine

¹⁷ Knowledge, attitudes, beliefs and practices (Grémy, Beltzer & Echevin, 1999). Enquête réalisée en France en 1998, auprès des 18-69 ans (1485 enquêtés) : 39 % des enquêtés sans diplôme pensent que le virus du sida peut être transmis par une piqûre de moustique et 36 % d'entre eux estiment qu'il suffit de se laver après l'acte sexuel pour éviter la contamination (contre respectivement 18 % et 15 % des diplômés de l'échantillon).

et macrobiotique protégeait du virus du sida.

- l'isolement définit la situation de l'exclu, dans laquelle des individus, le plus souvent sans diplômes scolaires, subissent une situation de subordination vis-à-vis du reste de la société. Ils suspectent les 'puissances de l'argent' de comploter contre eux, mais s'y résigneraient plutôt. Leurs opinions s'avèrent souvent fantaisistes et instables.

Ces types organisationnels seraient également culturels, liés à des valeurs différentes, à des conceptions différentes du savoir, du corps, de la nature (capricieuse, robuste, fragile, robuste jusqu'à un certain point...) qui vont induire une perception différente des risques.

Peretti-Watel (2001b) cite également l'étude quantitative de Wildavsky et Dake (1990) sur le rapport entre opinions et perceptions des risques, où ceux qui sont attachés à l'ordre s'avèrent les plus inquiets à l'égard de la délinquance. Ceux qui valorisent le profit privé craignent davantage la guerre. Les partisans de la lutte contre la pauvreté, de la fraternité et du partage sont plus sensibles aux risques technologiques et écologiques. Le type sectaire/égalitaire/ identitaire dénonce tout le système social qui lui est extérieur et redoute les risques majeurs, globaux.

La théorie économique est également évoquée par Peretti-Watel (2000) pour démontrer que l'aversion pour un risque éventuel qui pourrait survenir décroît quand le niveau de richesse augmente : quel que soit le risque ou le danger considéré, les craintes déclarées par les 26-75 ans à l'égard de ce risque sont toujours moindres lorsque le niveau de revenu s'élève. L'auteur se demande si cela révèle la réalité du danger ou plutôt la vulnérabilité ressentie par les enquêtés, la vulnérabilité sociale face aux risques, ou encore la perception des risques. (Peretti-Watel, 2001b)

La prise de risque délibérée peut faire partie intégrante de l'identité culturelle d'un groupe. Les valeurs de référence poussent à craindre certains risques, à en ignorer d'autres ou à les rechercher, par ignorance, inconsciemment ou sciemment, par myopie ou par défi, ajoute Peretti-Watel (2001b) qui illustre ce propos avec l'étude de Pollack (1988) sur les réactions des milieux homosexuels face au sida dans les années 1980, où certains ont intégré voire valorisé ce nouveau risque dans leur vie. Il cite également une enquête de Zonabend (1989), dans laquelle des ouvriers d'une usine de La Hague utilisent les risques de contamination radioactive pour affirmer leur identité professionnelle.

« Nos valeurs cadrent nos expériences, elles influencent notre perception des risques : selon sa culture, chacun privilégie telle ou telle source d'information, se représente son corps et la nature de telle ou telle façon. Ensuite ces valeurs donnent du sens aux risques qui sont à craindre, ceux que l'on peut oublier et ceux qu'il faut prendre » (Peretti-Watel 2001b, p. 77). Risques et valeurs sont indissociables, les premiers se trouvant à la source des secondes. *« Le monde des valeurs se révèle grâce à la capacité qu'a l'homme de se risquer pour elles »* (Ewald, 1998¹⁸, pp. 42-43). C'est ce qui fait la valeur d'une valeur.

Ainsi les adolescents qui se livrent à des conduites à risques mettent leur vie en jeu pour affirmer leur attachement à des valeurs qui ne sont pas reconnues par la société des adultes. Ce faisant, ils peuvent mal évaluer le danger ou bien leur capacité à l'affronter. Les prises de risques se concentrent majoritairement chez les jeunes de moins de 25 ans, observe Peretti-Watel (ibid.). Mais ces comportements ne sont pas l'apanage des jeunes : selon M. Tubiana (1998)¹⁸, près des 2/3 des décès des hommes français avant 65 ans pourraient être évités car

¹⁸ cité(s) par Peretti-Watel, 2001b

ils sont dus au tabac, à l'alcool, à des accidents ou à un mode de vie (obésité, vie sédentaire). Les prises de risque ne sont pas les mêmes selon l'âge : pour les 15-24 ans, les accidents de la route représentent la première cause de mortalité, cette tranche d'âge étant deux fois plus touchée que l'ensemble de la population, et les garçons plus que les filles (OMS). Peretti-Watel observe également que les conduites à risques des adolescents recouvrent une très large gamme de comportements, d'attitudes et d'états psychologiques (ibid., p. 81).

Choquet, Ledoux, Marcelli (1993)¹⁸, cherchant à lister les 'conduites à risque', prennent comme point de départ de leur réflexion une définition "objective" et non subjective : les conduites « *comportant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu* ». Selon cette définition, une conduite serait objectivement à risque quoiqu'en pense celui qui s'y adonne, la prise de risque pouvant être inconsciente. Ces auteurs distinguent les "conduites à problèmes", plus masculines (consommation excessive d'alcool ou de tabac, délits, violences, déscolarisation), des "troubles corporalisés", plus féminins, allant des troubles fonctionnels de l'humeur à la consommation de psychotropes et aux troubles alimentaires.

Peretti-Watel ajoute que les inquiétudes manifestées par la société adulte à l'égard de ses jeunes ne sont pas nouvelles. Il cite l'historienne Françoise Tétard (1993), qui a montré que le mythe d'une jeunesse en perdition qu'il faut sauver d'elle-même est récurrent. « *Ainsi, dans la France des années cinquante et soixante, la jeunesse constituait un "problème social" qui nécessitait un "assainissement moral" (notamment par le renforcement de la censure à l'égard du cinéma, déjà accusé à l'époque de favoriser la délinquance par des images violentes ou moralement répréhensibles)* ».

Moatti, Beltzer, Dab (1993)¹⁸ proposent une synthèse critique des analyses qui modélisent la relation entre les campagnes d'information contre le sida et les comportements individuels : s'il est indéniable que ces campagnes renforcent le niveau d'information et la prise de conscience des risques, ainsi que la solidarité avec les personnes infectées par le virus, il n'est pas sûr qu'elles aient un réel impact sur les comportements sexuels des personnes informées. On constate une persistance des expositions au risque de transmission du VIH, en toute connaissance de cause. Ces conclusions contrastent avec celles du *Health Belief Model* qui postule que les croyances précèdent et déterminent les comportements. Or les unes et les autres peuvent se construire progressivement et s'influencer réciproquement, sans que les premières devancent forcément les seconds. Les croyances peuvent également servir à rationaliser a posteriori les comportements (Festinger, 1957)¹⁸. En outre, le modèle du HBM ne tient pas compte de l'influence sociale.

Les résistances aux campagnes de prévention manifestent la capacité des récepteurs à s'emparer du message (Fabre, 1993)¹⁸. Les lycéens interrogés par Fabre pensent qu'il suffit de bien choisir son partenaire sexuel, en écartant ceux qu'on estime à risque. Anne Coppel fait les mêmes observations dans les cités de banlieue parisienne. Elle montre que, plutôt que de se résoudre au préservatif, les adolescents préfèrent sélectionner leurs partenaires à partir de critères souvent très subjectifs : « *le "je fais attention", entendu fréquemment, [...] n'implique nullement l'utilisation du préservatif mais plutôt le choix du partenaire fondé sur une évaluation de l'état de santé mais aussi de la bonne moralité du partenaire : "la fille, tu vois tout de suite si elle est malsaine, c'est une question de feeling..." [...] Connaître une fille c'est pour une part connaître son histoire, ses relations, sa réputation dans la cité* » (Coppel, 1993, p. 184-185, citée par Peretti-Watel, 2001b, p. 87).

Y a-t-il défaut d'information ou excès de confiance ? Peretti-Watel estime que la

désinvolture des jeunes n'est pas forcément un excès de confiance coupable : nous sous-estimons naturellement la probabilité d'être victime et surestimons la probabilité de réussir une tâche difficile : c'est le biais d'optimisme et l'illusion du contrôle (Mc Kenna, 1993 ; Assailly, 1997 ; Kouabenan, 1999)¹⁸, qui n'est pas propre aux adolescents mais les concerne particulièrement : ils évaluent différemment les conséquences des risques, vivent avec un sentiment de toute puissance, se sentent invulnérables (Tursz, 1993)¹⁸.

La perception du risque et les pratiques à risque

Comme pour les prises de risques d'une façon générale, Friedman *et al.*, (1989) montrent que les conditions du partage de seringues, que nous examinerons plus en détail dans le chapitre suivant, sont également liées à la manière dont les injecteurs considèrent la santé. Ces auteurs observent en outre qu'avec l'entrée dans un réseau d'UDVI expérimentés s'effectue une augmentation de l'exposition au risque, mais également de la connaissance et de la conscience des risques : si le contact avec des injecteurs plus expérimentés accroît la conscience qu'ils ont du sida et de la nécessité de se protéger, il augmente également leur probabilité de partager du matériel avec une personne infectée.

L'enquête de Carey *et al.* (2005), qui cherche à évaluer quel est le degré de connaissance de l'hépatite, des tests préalables et des vaccinations chez des UDVI utilisateurs d'un programme d'échange de seringues (PES) à New York, montre que les UDVI ont en général une faible compréhension des modes de prévention et de transmission de l'hépatite virale : seuls 8 % ont déclaré être vaccinés contre l'hépatite A et 11 % contre l'hépatite B. Ces conclusions révèlent l'urgence d'informer les UDVI sur les pratiques à risque et les moyens médicaux de prévention, tels que les vaccins contre les hépatites A et B et le traitement de l'hépatite C, pour prévenir cette maladie et en réduire la transmission. Les auteurs souhaitent une plus grande coordination entre les centres de soins, les PES, les programmes de prise en charge de la toxicomanie et les autres services disponibles fréquentés par les UDVI, pour permettre de développer l'information sur l'hépatite et la vaccination.

Pour P. Bouhnik et S. Touzé (1996), la probabilité d'une infection devient une composante d'un mode de vie où l'ensemble des risques (sociaux, répressifs, sanitaires) interagissent. La plupart des usagers vont vivre dès lors dans un système qui va intégrer cette donnée comme inhérente à leur condition, compte tenu des contraintes multiples dans lesquelles ils se trouvent pris. Une des modalités de cette intégration consiste à considérer qu'à partir du moment où les conditions d'une bonne protection ne sont pas réunies (surveillance intense, ruptures dans l'accès au matériel certains jours, pression du manque, partage et confiance de l'autre, etc.), le risque de contamination participe de leur système de vie avec les drogues.

P. Bouhnik et S. Touzé (1995) insistent sur « *le rôle joué par les conditions de vie propres aux cités et aux réseaux de came, où les conditions dans lesquelles s'effectuent les échanges de produits, d'argent, d'affects et de sensations se trouvent mêlées de manière inextricable. Pour bien faire, il leur aurait fallu revoir de fond en comble toutes les composantes de leur système de vie, presque du jour au lendemain. C'est pour cela que certains qui pensaient n'être que faiblement concernés par les risques de transmission du virus ont été quand même contaminés alors qu'ils ne se shootaient qu'avec des 'personnes connues et sûres', avec des conditions relativement protégées. C'est pour les mêmes raisons que d'autres ont cru que si l'on prenait des précautions avec les seringues, la sexualité portait moins de risques, surtout quand on était en pays de connaissance, et qu'ils se sont contaminés (ou ont contaminé leurs*

partenaires). *C'est encore pour les mêmes raisons que des personnes contaminées, et le sachant, se sont surcontaminées avec des partenaires de seringue ou de sexe, eux-mêmes séropositifs ou malades* ».

Pour les risques du VHC, la situation est différente : les chiffres présentés par le rapport de Bouhnik et Touzé en 1996 montraient que les populations atteintes de l'hépatite C et du VIH ne se recoupaient pas, *« les contaminations au VHC touchant surtout des personnes qui avaient démarré l'injection plus tardivement et connaissaient les risques de contamination par le VIH* ». Elles se sont retrouvées séropositives au VHC mais pas au VIH, en étant convaincues d'appliquer les règles de protection préconisées depuis le début des années 90 : pas de partage du matériel d'injection. En revanche, elles ont pu continuer à partager du matériel de préparation. *« Un flou très important persiste aujourd'hui dans la compréhension des modes de contamination et de ses incidences. Cette mise à distance par les usagers se trouve tout à fait à la hauteur de ce silence pesant des pouvoirs publics sur une question qui, depuis le milieu des années 80, devrait être placée au devant de la scène politique en matière de santé publique. Des failles persistent dans le système de protection des usagers, malgré les certitudes dont certains font état. Ils considèrent bien souvent avoir échappé au pire, le sida, tandis que l'hépatite suscite aujourd'hui très peu d'inquiétudes, alors qu'elle provoque de nombreux décès. Et même dans un contexte de nette amélioration des soutiens psychologiques, sociaux et médicaux, la lutte contre la maladie reste profondément individuelle* » (Bouhnik *et al.*, 2002).

Les conclusions de l'étude InVS-ANRS Coquelicot 2004¹⁹ (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006) montrent que, si les pratiques à risque persistent, tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation, malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, elles ne concernent pas les différentes classes d'âge de la même façon. Les plus jeunes UD se caractérisent par une consommation plus importante de produits illicites et en particulier de stimulants et d'hallucinogènes et ils ont également plus souvent recours à l'injection. Une analyse par année de naissance montre clairement l'impact différentiel de la politique de réduction des risques sur le VIH et le VHC entre les UD âgés de moins de 30 ans (qui ont pu bénéficier de l'ensemble des mesures de réduction des risques) et les UD plus âgés.

Dans cette étude, *« la quasi-absence de contamination par le VIH chez les moins de 30 ans (0,3 %) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques qui ont pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les UD. Le discours de la réduction des risques a certainement été progressivement intériorisé et les comportements ont pu se normaliser au moins sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent les 13 % de partage dans le dernier mois et le bon niveau de connaissance des UD concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique (plus de 90 % des UD en sont conscients).* » (ibid.)

Si, dans cette étude, le niveau de partage du petit matériel (eau, filtre, cuiller, coton) reste très élevé (38 %), il ressort que 35 % des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC, alors qu'il est confirmé que cette pratique est un vecteur de contamination du VHC (Hagan *et al.*, 2001). L'étude Coquelicot révèle que l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83 % des cas. *« Etant donné la prévalence très élevée du VHC (59,8 %) dans la population UD, l'initiateur peut potentiellement être contaminé par le VHC, ne pas être conscient de sa contamination (27 % pensent être négatifs pour le VHC à tort) et constituer un vecteur de transmission par le VHC pour l'initié* »

¹⁹ présentée page 8 de cette synthèse, en note de bas de page.

(Jauffret-Roustide *et al.*, 2006).

Les personnes interrogées par Reynaud-Maurupt & Verchère (2003)²⁰ exprimaient également combien elles ont peu conscience des risques encourus lors des premières expérimentations. En observant de plus près les logiques individuelles, ces auteurs distinguent ceux qui nient totalement la question des risques, ceux qui en ont conscience et le disent clairement et ceux qui les perçoivent et les traduisent par de la peur ou de la méfiance. Ces trois attitudes peuvent se succéder et correspondre à une phase d'expérimentation, une phase de questionnement puis une phase de remise en question. Chez les personnes que ces auteurs ont interrogées, la perception du risque est nuancée par leur perception de la dangerosité de l'héroïne et de la voie d'administration utilisée.

1.7. La rationalité de l'acteur face à la prise de risque

Ce ne sera qu'au milieu des années 1980 qu'émergera la découverte des risques infectieux liés à l'injection, pour les toxicomanes. « *Dans les années 90, l'entrée dans la consommation se fait en connaissance de cause quant aux risques, aux modes de transmission, dans un contexte où l'accès au matériel s'est amélioré : les trajectoires seront différentes par la prise en compte des risques, l'application des consignes de prévention et la fréquentation des associations impliquées dans la réduction des risques* » Bouhnik *et al.* (2002).

La prise de risque n'en demeurera pas moins un enjeu pour certains jeunes qui auront su s'informer sur les produits, leurs modes de consommation et leurs effets, mais pas sur les risques de contamination et les moyens de les éviter : « *prendre un risque constitue l'enjeu de la première injection : se risquer, c'est aussi agir dans l'incertitude* », écrit F. Fernandez (2000). Prendre un risque peut être intentionnel, même lors de la première injection. Il peut se mêler là du défi, de la provocation, un sentiment d'exaltation partagée par le groupe, à vivre ensemble un moment rare, exceptionnel, unique... « *Le risque sanitaire est une donnée consciente... Il semble que les UDVI ont tout à fait conscience de la transgression morale qu'ils opèrent et pour beaucoup, cette transgression-même procure un plaisir qu'ils tentent d'imposer comme une norme dans leur entourage proche* », même si la majorité affirme n'avoir jamais initié quiconque à l'injection (*ibid.*)²¹. Au moment de l'initiation, la conscience du risque d'overdose semble majoritaire, puis celui du VIH, le risque de dépendance étant moins évoqué. « *Plus on est jeune, moins on a la notion du risque... ils ont la plupart du temps conscience d'un rapport entre les cadres de l'injection (squat, cave, injection dans la rue) et les risques sanitaires* » (*ibid.*). Fernandez évoque ici l'importance du lieu d'injection, lié à la précarité des modes de vie des UD - précarité qui réduit, nous l'avons vu, les possibilités de prendre en compte la prévention des risques liés à l'injection.

²⁰ A partir d'une approche qualitative et biographique, cette étude décrit et analyse les nouveaux usages actuels de l'héroïne, les processus sociaux et représentations qui conduisent à sa consommation et la font perdurer, ainsi que les nouvelles formes de consommation, à partir de 40 entretiens semi-directifs recueillis en France en 2001 et 2002, auprès d'UD ayant consommé de l'héroïne pour la 1ère fois après 1996, ayant alors moins de 30 ans. 23 personnes ont été rencontrées dans divers centres d'accueil ou de soins de 6 grandes villes françaises, et 14 dans l'espace festif techno.

²¹ alors que l'étude Coquelicot révélera que l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83 % des cas (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006)

« Les prises de risques relèvent en partie de la capacité réflexive des individus qui décident quels sont les risques qu'ils sont prêts à courir, selon quelles modalités et en vue de quelle fin. Autrement dit, avec la notion de risque nous retrouvons le modèle de l'acteur rationnel puisque le risque relève du calcul de l'acteur et donc des stratégies possibles. La dépendance modifie alors profondément les règles du jeu. Il ne s'agit plus tant de se procurer du plaisir que « d'enrayer la souffrance » et à ce jeu chacun a conscience de l'imprévisibilité de l'autre tout en amplifiant sa propre imprévisibilité. Chacun lutte pour soi, même si on peut se donner des coups de mains, pour réduire la souffrance physique due au manque. » (ibid.). Selon ce modèle de l'acteur rationnel, le toxicomane est celui qui peut choisir les risques qu'il prend, excepté quand il est en manque.

« La nécessité de « ruser » avec l'environnement et la répression ainsi que les risques associés à l'usage de produits (overdose, dépendance, sida, hépatite C, etc.) participent de ce sentiment partagé que le risque fait partie du lien social qui fonde une communauté » (ibid.). Un environnement hostile scelle un sentiment d'appartenance à une communauté. Affronter l'adversité peut renforcer un sentiment de cohésion.

« Ce sont les premiers incidents de parcours qui vont changer le mode de calcul des risques (la prison, un sevrage, la découverte d'une hépatite, etc.), soit en amplifiant les prises de risque, manière de passer outre les jugements extérieurs, soit en les modérant lorsqu'il reste encore quelques repères auxquels se raccrocher » (ibid.).

Les économistes apportent une autre approche du risque en mettant en scène un joueur rationnel, expert, qui répartit ses ressources de façon optimale, dans un univers soit risqué (l'agent connaît la probabilité d'occurrence des diverses possibilités), soit incertain (l'agent connaît les événements futurs à envisager mais ignore la probabilité de leur occurrence), soit indéterminé (l'agent ne connaît ni les événements possibles, ni leurs probabilités). L'agent économique calculera une décision mathématique, somme des résultats possibles pondérés par leur probabilité. Il recherche des résultats certains, ayant le risque en aversion. Ce modèle reste théorique et occulte toute motivation extérieure au calcul. Il ne permet pas de comprendre pourquoi les gens jouent au loto alors que leur probabilité de gagner est quasiment nulle, ni pourquoi ce jeu attire surtout les classes populaires. Les psychologues et écrivains décrivent mieux la psychologie irrationnelle du joueur, chez qui le risque est une source de plaisir, ou de prestige parmi ses pairs. (Peretti-Watel, 2001b, pp. 20-21).

Boudon (1989, 1999), cité par Peretti-Watel, soutient que l'on peut justifier ses choix en les appuyant sur des arguments convaincants (rationalité cognitive). Les effets secondaires de l'amplification ou de l'atténuation sociale du risque restent à mesurer. Nous surestimons la fréquence des événements spectaculaires ou médiatisés (accidents d'avions, homicides) et sous-estimons les menaces plus discrètes (accidents de la route, maladies). Nous savons mal évaluer le risque (Peretti-Watel, 2001b, p. 26). L'expert et le profane peuvent avoir 2 postures cohérentes, mais différentes, concernant la manière de prévenir et de réagir.

Si le point de vue expert tendrait à réduire le risque à deux mesures (sa probabilité d'occurrence et la gravité de ses conséquences), le profane aurait une approche du risque moins strictement quantitative, moins réductrice : Slovic (1987, 1998, cité par Peretti-Watel, p. 29) propose un « paradigme psychométrique », « qui consiste en une liste des principaux aspects que prend en compte le profane pour évaluer un risque, et juger s'il est acceptable ou non : le risque est-il individuellement contrôlable ? Volontaire ou subi ? Juste ou injuste (est-il produit par certains, mais supporté par d'autres) ? S'agit-il d'une menace bien connue ou

mystérieuse (une nouvelle maladie par exemple) ? Ses conséquences sont-elles immédiates ou différées à long terme (voire aux générations futures) ? A-t-il un fort « potentiel catastrophique » (combien de personnes peut-il concerner) ? Peut-on faire confiance aux autorités et aux évaluations de leurs experts ? ».

Les opinions et les attitudes à l'égard des risques dépendent également des valeurs auxquelles nous croyons, de la culture à laquelle nous adhérons, situant le débat à un autre niveau que les arguments scientifiques. Le raisonnement suivant, de Becker (1985) en est un exemple : " si des études médicales sérieuses et des enquêtes épidémiologiques suggèrent que l'usage du cannabis ne crée pas de dépendance et n'est que très rarement la cause d'une "escalade" vers des produits plus dangereux, ces résultats ne rassurent pas ceux qui adhèrent à une éthique condamnant toute substance dont l'absorption altère la maîtrise de soi et procure un plaisir jugé artificiel, c'est-à-dire une exaltation sans effort ". Nos valeurs donnent un sens aux risques qui nous entourent, elles les chargent d'une signification particulière : chaque culture définit différemment les risques à courir et ceux à éviter (Peretti-Watel, 2001b).

Pour compléter et conclure ce chapitre sur les contextes des prises de risques, citons P. Bouhnik qui, dans une optique plus globale, observe que « *les drogues (licites et illicites), leurs modes de consommation et leurs contextes d'usage ont suivi et contribué aux recompositions sociales ayant marqué les grandes villes ces trente dernières années.* » (Bouhnik, 2005, p. 247). Elle rappelle qu'« *à côté des intérêts criminels, le marché des produits illicites a constitué pour les adolescents et jeunes adultes vulnérables une base d'accès aux ressources et aux relations leur permettant de déplacer la fragilité relationnelle et de supporter les effets stigmatisants de la relégation. Il a permis aux personnes de trouver une inscription sur l'espace social et de se constituer des identités transversales, quand l'avenir objectif dans les circuits de droit commun leur apparaissait inconsistent.* »

En citant les ouvrages de Michel Messu (1997), Ulrich Beck (2001) et Robert Castel (2003), elle précise que « *cela s'est opéré sur fond de passage d'une société de protection à une société de flexibilité et de précarisation, réintroduisant l'assistance et développant la culture du risque. L'importance prise, à cette échelle, par les psychotropes inaugure un déplacement plus général des logiques sociales de la scène publique vers la sphère des intimités*²² » (ibid.).

²² Cf Anthony Giddens (2004)

2. LES MODES DE CONSOMMATION

Pour introduire et cadrer ce thème, nous citons à nouveau P. Bouhnik, qui précise que « *les paramètres de la précarité, de la répression et du rejet social se conjuguent pour dessiner une scène extrêmement changeante où le style et la position jouent un grand rôle. Le style vient signer une posture, des habitudes, une manière de faire, de singulariser les formes et les valeurs. La position renvoie à l'hétérogénéité sociale des espaces de consommation et au jeu des relations entre les acteurs concernés. Il n'existe pas de position typique de consommation mais des luttes de positions où l'on peut distinguer les années 1980-1990 dans les villes, avec une polarisation sur la consommation d'héroïne, et une période marquée par la précarisation et l'errance, qui a été le terrain du développement des polytoxicomanies, du crack et des usages détournés des produits de substitution* » (2005, p.112).

2.1. Les produits

Nous avons fait ici le choix de présenter les produits principalement consommés, même s'ils n'impliquent pas le même rapport au risque et ne concernent pas toujours les mêmes populations ; nous commencerons par des définitions des notions clés, présentons les estimations des consommations, les sources de ces données, les effets des différents produits, les profils des consommateurs. Nous évoquerons également les polyconsommations et le débat sur la dangerosité des produits.

L'injection étant au cœur de notre sujet, les études qui la concernent occupent la moitié de ce chapitre sur les modes de consommation, avec une place particulière accordée au moment de l'initiation.

Quelques définitions

Perçues par le sens commun comme des produits, en général interdits, qui perturbent le comportement et la santé et rendent dépendants, les drogues sont définies par l'OFDT comme "*produit psychoactif²³ naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non*" (site de l'OFDT²⁴). L'Académie Nationale de Médecine a adopté en 2006 la définition suivante : "*substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. A un certain degré de ce besoin correspond un asservissement (une addiction) à la substance ; le drogué ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active.*" (ibid.)

²³ parce qu'elles provoquent des troubles physiques et psychiques, les drogues modifient la perception de la réalité et la façon de réagir face à cette réalité.

²⁴ www.ofdt.fr

Les drogues peuvent être classées suivant différents critères, selon qu'elles sont licites ou pas, selon le nombre de consommateurs, selon leur dangerosité ou selon leurs effets sur le cerveau (les dépresseurs²⁵, les stimulants²⁶ et les perturbateurs ou hallucinogènes²⁷ qui, respectivement, ralentissent, stimulent ou perturbent le fonctionnement du système nerveux). Par un article du Code de la Santé Publique, la réglementation française classe les "substances vénéneuses" en 4 catégories en fonction de leur toxicité et de leur dangerosité : les substances stupéfiantes (morphine, cocaïne, héroïne, cannabis, etc.), les substances psychotropes (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.), les médicaments inscrits sur les listes I et II²⁸ et les substances dangereuses (éther, acides, etc.). Les produits dopants relèvent d'une liste spécifique, fixée par un arrêté des ministres des Sports et de la Santé (ibid.).

Par ailleurs, la notion de dépendance ou d'addiction tend actuellement à s'appliquer non plus exclusivement à l'usage de drogues, mais à tout un ensemble de comportements pathologiques de la vie quotidienne (comportements alimentaires, de jeu, du travail, du sport, achats pathologiques), amenant l'individu à organiser sa vie autour, de façon compulsive. On a ainsi glissé du produit au comportement (Jauffret-Roustide, 2004).

Glossaire des principaux produits psychoactifs²⁹

Cannabis

Plante existant sous formes d'herbe, de résine et d'huile.

- l'herbe ou marijuana, simplement séchée, se fume généralement mélangée à du tabac, roulée en cigarette souvent de forme conique ("joint", "pétard"...).
- la résine (haschisch, hasch, shit, etc.) est obtenue à partir des fleurs et se présente sous la forme de plaques compressées, en barrettes vertes, brunes ou jaunes selon les régions de production. Elle se fume également mélangée à du tabac. Le haschich est parfois coupé avec du henné, du cirage, de la paraffine ou d'autres substances plus ou moins toxiques.
- l'huile est une préparation plus concentrée en principe actif, consommée généralement au moyen d'une pipe. Son usage est peu répandu en France.

Le cannabis, par l'intermédiaire de son composé actif, le tétrahydrocannabinol (THC), entraîne une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore mal compris. Les récepteurs au THC (cannabinoïdes) sont présents en forte densité dans le système limbique.

Cocaïne

La cocaïne est un psycho-stimulant, qui peut provoquer une forte dépendance. Le crack (ou free base) est l'un de ses dérivés. C'est une fine poudre blanche qu'on peut

²⁵ alcool, médicaments tranquillisants et somnifères (barbituriques, benzodiazépines...), opiacés (héroïne, méthadone, codéine, morphine...)

²⁶ tabac, cocaïne, crack, médicaments stimulants (amphétamines et autres dopants), ecstasy, GHB, etc.

²⁷ cannabis et produits dérivés, L.S.D., produits volatils (colles et solvants, anesthésiques volatils, kétamine, etc.), PCP, champignons.

²⁸ définis par le Code de la Santé Publique. Ce sont des médicaments délivrables seulement sur ordonnance et dont l'ordonnance est non renouvelable (liste I) ou renouvelable (liste II).

²⁹ <http://www.drogues-dependance.fr>, site de l'INPES et de la MILDT.

‘sniffer’, fumer ou injecter. Elle agit en empêchant la recapture de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine au niveau des synapses. Ce faisant, elle augmente la présence et donc l'effet de la dopamine, notamment au niveau du cerveau des émotions (système limbique).

Héroïne

L'héroïne est transformée dans le cerveau en morphine. C'est en se liant sur des récepteurs situés sur des neurones à GABA (un neuromédiateur inhibiteur) que la morphine augmente la libération de dopamine. Lorsqu'ils sont stimulés par la morphine, ces récepteurs, dont le rôle naturel est de recevoir des endorphines, bloquent la libération de GABA et activent donc les neurones à dopamine.

Amphétamines

Les amphétamines et l'ecstasy augmentent brutalement la libération de dopamine, de noradrénaline et de sérotonine. Ces fortes libérations sont suivies d'un épuisement des stocks de ces neuromédiateurs et d'une période de récupération plus ou moins longue. L'ecstasy (ou MDMA) est une molécule synthétique appartenant à la famille des amphétamines, qui se présente généralement sous forme de cachet. Les effets sont plus ou moins longs suivant les dosages (de 3 à 10 h). Les compositions diverses et les produits de coupe (kétamine, antidépresseur, caféine, morphine, sédatifs, hormones, aspirine, sucre...) peuvent modifier ces effets et leur intensité, provoquer des tensions musculaires et comporter des risques d'overdose.

Les amphétamines (speed) se présentent généralement sous forme de poudre, de cristaux ou de gélules. Ce sont des psychostimulants dont les effets sont différents selon le mode de consommation (avalés, sniffés, fumés, injectés), utilisés pour lutter contre la fatigue et le sommeil, ou en tant que coupe-faim. Ils peuvent provoquer une euphorie et un état de bien-être, mais aussi augmenter le rythme cardiaque, la pression artérielle, la température du corps et le rythme de la respiration. Les effets peuvent durer de 3 à 6 heures (jusqu'à 24 heures pour une nouvelle amphétamine apparue sur le marché).

Alcool

L'alcool se lie à de nombreux récepteurs biologiques comme les récepteurs au glutamate ou au GABA. Il intervient aussi, comme certains composés de la fumée du tabac, en bloquant la dégradation de dopamine, de noradrénaline et de sérotonine.

Nicotine

La nicotine a longtemps été considérée comme le seul composé responsable de la dépendance au tabac. Des recherches récentes ont en fait montré que la fumée du tabac contient aussi des produits qui bloquent la dégradation de neuromédiateurs comme la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. La dépendance au tabac serait donc due à un effet synergique entre le blocage de la dégradation de ces neuromédiateurs et l'action de la nicotine qui agit en imitant l'action d'un neuromédiateur naturel, l'acétylcholine qui se lie aux récepteurs nicotiniques.

Chiffrer les consommations

Les enquêtes à la source des données que nous rapportons portent le plus souvent sur l'expérimentation d'un produit au cours de la vie ou au cours du dernier mois, sur sa consommation occasionnelle, répétée ou quotidienne. Les populations de ces enquêtes peuvent concerner l'ensemble des adultes ou bien des publics spécifiques, comme les jeunes, des tranches d'âge précises ou encore la population fréquentant les services spécialisés. M. Jauffret-Roustide (2004, p. 19) décrit ces sources diverses en pointant leurs limites.

LES SOURCES

Pour évaluer et comparer la consommation des différents produits en France, plusieurs sources sont disponibles :

* L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) suit l'évolution de divers indicateurs significatifs. Cet organisme met à jour depuis 1994 un répertoire des sources de données statistiques relatives aux drogues illicites. En 2005, à la demande de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et la toxicomanie), cet outil a été élargi aux sources relatives au tabac et travaille sur une version intégrant les sources sur l'alcool.

* l'étude de l'InVS-ANRS Coquelicot menée en 2004 (Jauffret-Roustide *et al*, 2006)³⁰ ;

* l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

* l'INSEE effectue des enquêtes plus généralistes sur les modes de vie, concernant le tabac, l'alcool et les médicaments.

* les baromètres Santé du CFES (Comité français d'éducation à la santé) ;

* l'enquête nationale des CAARUD³¹ (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) ;

* des sites moins officiels comme celui de la Fédération Française de Psychiatrie (psydoc) ou celui de CAAT (Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie, documenté par J.P. Carcel, intervenant en toxicomanie) proposent des dossiers d'informations à destination de publics divers.

Des estimations françaises, faites à partir des clientèles des systèmes sanitaire ou pénal, proposaient en 1999 une fourchette se situant entre 150 000 et 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problème, âgés en moyenne de 30 ans, puis en 2002 entre 170 000 et 190 000, dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs, occasionnels ou réguliers (OFDT, 2002). Le nombre de personnes recevant un traitement de substitution était en 1999 estimé à moins de 70 000 et à 90 000 en 2002. Il est passé en 2006 à près de 105 000 (site de l'OFDT). On estimait à 18 millions le nombre de seringues vendues ou distribuées en 1999 (Emmanuelli, 2001), ce chiffre ayant baissé de 33 % en 2001 (Emmanuelli, 2002).

³⁰ L'enquête « Coquelicot » est présentée plus haut en note de bas de page (p. 8).

³¹ Menée fin 2006 auprès de 3329 usagers venus consulter dans 114 structures (Toufik *et al.*, 2008).

Les estimations françaises actuelles rapportent les chiffres suivants, pour l'expérimentation chez les 12-75 ans³² (Beck *et al.*, 2007) :

	<i>Alcool</i>	<i>Tabac</i>	<i>Médicaments psychotropes</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Héroïne</i>	<i>Cocaïne</i>	<i>Ecstasy</i>
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	15,1 M	12,4 M	350 000	1,1 M	900 000
dont actuels	39,4 M	14,9 M	8,7 M	3,9 M	-	0,25 M	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	-	1,2 M	-	-	-
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	-	0,55 M	-	-	-

La variété des produits psychoactifs consommés s'est aujourd'hui multipliée (Reynaud-Maurupt & Verchère, 2003). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les produits d'usage légal en occident, comme le tabac et l'alcool, sont des drogues et répondent aux définitions proposées plus haut. Ce sont les produits les plus consommés en France, les médicaments psychotropes occupant la 3^{ème} place en fréquence d'usage. Une tendance à la baisse se dessine pour l'alcool et le tabac, mais les médicaments psychotropes (et notamment les antidépresseurs) et le cannabis sont à la hausse.

Si les usages des produits illicites autres que le cannabis restent marginaux en France, certaines substances ont néanmoins connu une diffusion croissante au cours des années 1990 et depuis le début des années 2000, comme la cocaïne et les hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes). Le tableau ci-dessus montre qu'en 2005, le nombre d'expérimentateurs de cocaïne est estimé à plus d'un million en France, et celui des usagers occasionnels (au moins un usage dans l'année) à 250 000 (OFDT, 2007). Il en va de même de substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines, dont l'expérimentation a fait plus que tripler entre 1995 et 2005. Les niveaux d'expérimentation d'héroïne sont pour leur part restés relativement stables sur l'ensemble de la période, concernant environ 1 % des 18-44 ans (site de l'OFDT). On relève une diffusion croissante d'hallucinogènes et de stimulants, notamment de l'ecstasy et surtout de la cocaïne dont le nombre de consommateurs a doublé entre 2002 et 2005.

Chez les jeunes cependant, la consommation de cannabis et d'alcool se stabilise, voire amorce une baisse. Les estimations de la prévalence au dernier mois sont de 4,8 % pour le cannabis en France, soit au 4^{ème} rang des pays européens (OEDT, 2007). La tendance à l'expérimentation ou l'usage des autres drogues illicites est à la hausse, tout en demeurant inférieure à la moyenne européenne. La France est un des trois pays européens où l'on consomme le moins d'amphétamine, et l'un des plus bas aussi pour l'ecstasy (*ibid.*).

L'expérimentation de drogues illicites décroît avec l'âge selon un calendrier qui diffère selon les produits : la baisse de la proportion d'usagers s'amorce entre 25 et 30 ans pour le cannabis et l'ecstasy, et plutôt vers 40 ans pour la cocaïne et les hallucinogènes (*ibid.*). Les caractéristiques associées aux usagers semblent moins spécifiques à chaque produit, montrant la poursuite de la diffusion de leur usage, observée depuis plusieurs années (Halfen *et al.*, 2008).

L'enquête nationale des CAARUD en 2006 (Toufik *et al.*, 2008) donne des indications sur le type de produits consommés par ceux qui fréquentent les structures chargées de la prise en

³² M = millions de consommateurs. Ces données proviennent d'enquête menées en 2005.

charge et de l'accès aux soins. En moyenne, abstraction faite du tabac, chaque usager dit avoir consommé 2,5 produits au cours du dernier mois. Les opiacés sont les plus consommés (56,7 % des UD, dont BHD³³ 28,6 % et héroïne 25,7 %). Viennent ensuite le cannabis (49,7 %), les stimulants (46,7 % dont cocaïne 28,4 %, crack 14 %, ecstasy 9,3 %), l'alcool (36,8 %), les médicaments non opiacés (13,8 %) et les hallucinogènes (8,6 %).

Le débat sur la dangerosité des produits

Au-delà d'une certaine fréquence, qui varie selon les produits et les personnes, le besoin de consommer ne peut plus être freiné et ne connaît plus aucune limite (Burroughs, 1984, p. 3). C'est la définition même de la notion de *craving* : l'envie irrésistible de consommer. La maîtrise des risques est alors compromise.

En 2002, l'enquête ERROPP de l'OFDT montre que la cocaïne arrive en troisième position parmi les produits jugés les plus dangereux par les Français, après l'ecstasy et l'héroïne.

Le rapport Roques (1999) classe les drogues ou produits psychoactifs selon une approche globale considérant à la fois leurs propriétés pharmacologiques et leur potentiel addictif, en tenant compte également de l'ensemble des problèmes et risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces produits. Ce rapport inclut les produits psychoactifs licites pour lesquels la dépendance touche un nombre de personnes bien plus important que les drogues illicites. Il propose le tableau suivant et conclut que le tabac ou l'alcool sont susceptibles de mener à des états de dépendance plus facilement que des produits illicites comme le cannabis :

Facteurs de dangerosité des drogues

	Héroïne (opioïdes)	Alcool	Tabac	Cocaïne	MDMA	Psychostimulants	Benzodiazépines	Cannabis
Dépendance physique	très forte	très forte	forte	faible	très faible	faible	moyenne	faible
Dépendance psychique	très forte	très forte	très forte	forte mais intermittente	mal connue	moyenne	forte	faible
Neurotoxicité	faible	forte	nulle	forte	très forte (?)	forte	nulle	nulle
Toxicité générale	forte (nulle pour méthadone et morphine en usage thérapeutique)	forte	très forte	forte	éventuellement forte	forte	très faible	très faible
Dangerosité sociale	très forte	forte	(cancer)	très forte	faible (?)	faible (exceptions possible)	faible (sauf conduite automobile)	faible

Par ailleurs, l'évolution des produits et de leurs usages fait apparaître de nouveaux risques sanitaires et sociaux, des manières d'associer, de détourner, de rechercher des sensations, qui viennent complexifier et renforcer les prises de risques. L'arrivée sur le marché de nouveaux produits, dont les médicaments de substitution (Subutex®, Skenan®), a modifié les usages (Ingold, 1996). La diffusion massive de produits licites alimente les marchés parallèles,

³³ Buprénorphine haut dosage (Subutex®).

complète et concurrence la gamme des produits illicites et n'amène pas toujours un changement dans le mode d'administration. « *Au contraire, le maintien d'une proportion d'injecteurs, de même que l'arrivée de nouvelles personnes sur cette scène de l'injection, avec une gamme de plus en plus vaste de produits injectés, a renforcé le besoin de déplacer le débat et les investigations de la prise de toxiques (élément préalablement perçu comme central) au mode d'administration en tant que tel* » (Bouhnik *et al.*, 2002).

Les UD qui ont répondu à l'enquête nationale des CAARUD en 2006 (N=3329) ont déclaré les produits suivants comme leur posant le plus de problèmes : BHD (19,2 %), alcool (16,5 %), héroïne (14,8 %) puis cannabis 14,5 %. La cocaïne et le crack ne représentent que moins de 10 % et l'ecstasy 1 %. Sept usagers sur dix se sont injecté au moins une fois au cours de leur vie (dont 73 % au cours du dernier mois, sans différence significative entre hommes et femmes).

Après ces quelques points de repère sur les produits les plus consommés, nous présentons chacun d'eux plus en détail, en rappelant les données et les profils des consommateurs concernés.

L'alcool

Un quart de la population française boit régulièrement de l'alcool. Au début des années 1960, la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'établissait à 26 litres d'alcool pur par an. Depuis, la consommation d'alcool en France a fortement diminué : quarante ans plus tard, cette consommation a été divisée par deux. Cette baisse est imputable à la diminution de la consommation de vin. La tendance à la baisse a été moins forte dans les années 1990 que dans les années 1980. Ce mouvement se poursuit, voire s'amplifie au début des années 2000. Entre 1990 et 2005, la consommation d'alcool sur le territoire français a baissé de 18 %. Les niveaux de consommation d'alcool étaient au début des années 1960 très largement au-dessus de ceux observés dans les autres pays européens. D'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, la consommation d'alcool en France est dépassée par celle de pays comme l'Irlande ou la Tchécoslovaquie (Beck *et al.*, 2007).

Si on observe la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool (au cours des 7 derniers jours parmi les 18-75 ans), la diminution ne concerne que les hommes (majoritaires pour cet usage) entre 1995 et 2002 mais apparaît également chez les femmes entre 2002 et 2005. L'écart de comportement de consommation entre hommes et femmes s'est réduit sur la décennie 1995-2005, même s'il reste encore très important (*ibid.*).

La proportion de consommateurs réguliers d'alcool (au moins 10 fois au cours du mois) a augmenté chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2003. En termes relatifs, cet accroissement a touché de la même façon les garçons et les filles. Cependant, en 2000 comme en 2003, ce taux est près de trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Cette différence entre les sexes est plus marquée chez les plus jeunes que chez les adultes (*ibid.*). Évaluée à 29 % en 2003, la proportion des jeunes de 17 ans qui consomment régulièrement de l'alcool redescend à 24 % en 2005.

Le pourcentage de personnes à risque d'alcoolisation excessive parmi les patients hospitalisés est d'environ 20 %. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France

est évalué à 45 000. En 2004 le nombre annuel de décès imputés à l'alcool était de plus de 20 000 par an (il était de 33 400 en 1980). Ces données concernent surtout les hommes dont la mortalité liée à l'alcool est environ 4 fois plus importante que celle des femmes.

Le tabac

Le tabac est le produit le plus consommé en France : 3 Français sur 10 fument tous les jours, et 4 jeunes sur 10 à 17-18 ans. Les hommes sont plus nombreux à fumer (40 %) que les femmes (31,7 %) et un tiers des fumeurs quotidiens de 26 à 75 ans présentent des signes de dépendance, tandis que 12 % des jeunes de 17-18 ans montrent déjà une dépendance forte au tabac. C'est, avec l'alcool, le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif en France (OFDT, 2005).

Toujours en France, et d'après les données de l'OFDT (ibid.), le tabagisme est considéré comme responsable d'environ 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Cette mortalité touche les hommes à 90 % mais progresse rapidement chez les femmes. Dans le monde, le tabac tue près de 4 millions de personnes par an, soit la moitié de ses utilisateurs réguliers (Peretti-Watel, 2001b).

La baisse des ventes de cigarettes a été continue en France jusqu'en 1997 mais les ventes ont eu tendance à stagner entre 1997 et 2001, sous le coup d'une politique de hausse des prix moins soutenue durant cette période. Les hausses successives de prix décidées depuis 2000 et accentuées fin 2003-début 2004, accompagnées d'autres mesures de lutte contre le tabagisme, ont entraîné une baisse particulièrement forte des ventes de tabac et de cigarettes en 2003 et 2004 : respectivement 14 et 21 % de cigarettes vendues. La baisse a été stoppée depuis 2005 et les ventes de cigarettes ont augmenté de 2 % en 2006 (www.ofdt.fr, janvier 2008). On peut supposer que les décrets mis en vigueur en janvier 2008 ont inversé ce mouvement, bien qu'aucune donnée sur ce point ne soit encore disponible.

La proportion d'usagers actuels de tabac chez les 18-75 ans diminue fortement avec l'âge, en particulier après 45 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente. Ainsi, l'écart hommes/femmes, qui augmente avec le niveau de consommation, croît également avec l'âge et devient plus important au-delà de 45 ans. Bien que le tabagisme masculin soit en léger recul depuis les années 1970, les hommes restent encore en 2005 plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35,5 % vs 27,6 %).

Le tabagisme à l'âge de 17 ans est en forte baisse depuis 2000, aussi bien pour les filles que pour les garçons. La baisse s'est encore accentuée entre 2003 et 2005. En 5 ans, le niveau d'usage quotidien a connu une diminution de 20 %. En 2005, il concerne 33,6 % des garçons et 32,3 % des filles. Le tabac est le produits psychoactif dont les consommations sont les plus partagées par les deux sexes (ibid.).

Les médicaments psychotropes

Prescrits ou détournés, les médicaments psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs) sont en général, dans les populations qui nous concernent, consommés en association à d'autres substances, afin d'en augmenter les effets ou de les

amortir. Consommés par 12 % des femmes et 6 % des hommes, ils ont en France la troisième place en ce qui concerne la fréquence de l'usage régulier de substances psychoactives, après l'alcool et le tabac (OFDT, 2005). La distinction entre usage thérapeutique (c'est le cas de la grande majorité des cas) et non thérapeutique (pour la 'défonce') est difficile à cerner. Ces produits peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques. Chez les 17-18 ans, la prise de « médicament pour les nerfs » ne se fait à l'initiative d'un médecin que dans la moitié des cas. 8% des garçons et 22% des filles de 17 ans ont consommé un médicament psychotrope au cours de l'année (Beck, Legleye, Spilka, 2004).

Parmi les personnes prises en charge dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) en 2002, les médicaments psychotropes sont à l'origine de 3,3 % des nouvelles demandes de soins (Beck, Legleye, Peretti-Wattel, 2003), et 4 % déclarent être devenus dépendants pour la première fois avec les benzodiazépines (tranquillisants ou hypnotiques) (Hibell, *et al.*, 2004). Sur les dix dernières années, les indicateurs de consommation (ventes et consommation) sont stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques. Ils augmentent pour les antidépresseurs. La consommation de psychotropes semble être en augmentation chez les jeunes.

Les benzodiazépines, anxiolytiques ou hypnotiques, sont les médicaments psychotropes les plus souvent prescrits dans le traitement de l'anxiété et des troubles du sommeil, pour leurs qualités sédatives et pour faciliter la relaxation musculaire. Elles peuvent entraîner une perte de mémoire des faits récents, une baisse de la vigilance, somnolence, diminution des réflexes. Ces troubles rendent dangereuse la conduite d'un véhicule. Certaines benzodiazépines ont des effets désinhibants pouvant mener à des actes incontrôlés. La prise d'alcool au cours d'un traitement est nocive, celui-ci augmentant l'effet sédatif des produits. L'association des benzodiazépines à des médicaments de substitution de l'héroïne à base de buprénorphine ou de méthadone expose au risque de dépression respiratoire pouvant provoquer la mort. Les benzodiazépines entraînent une dépendance physique et psychique, favorisée par la durée du traitement, la dose administrée, les antécédents d'autres dépendances et l'association à l'alcool. La dépendance physique et psychique se traduit, à l'arrêt brutal du traitement, par un phénomène de sevrage dont les principaux symptômes de manque sont l'insomnie, les douleurs musculaires, l'anxiété, l'irritabilité et l'agitation³⁴.

Les benzodiazépines ne constituent une voie d'entrée dans la toxicomanie que pour 5 % des usagers de drogues en contact avec le système sanitaire et social en 2003. Cependant 25 % d'entre eux déclarent en avoir pris au cours de la semaine passée (OFDT, 2005), surtout des personnes en situation de grande précarité. Ces produits représentent 4 % des substances ayant provoqué la première dépendance, et 12 % des surdoses en 2003. Parmi les décès en relation avec l'abus de médicaments ou de substances, on retrouve l'association de médicaments psychotropes dans près de la moitié des cas.

Darke *et al.* (1993) ont mené en 1992 une enquête épidémiologique auprès de 222 clients (volontaires et rétribués pour leur participation à l'étude) de cliniques de substitution à la méthadone, dans la banlieue de Sydney. Leur âge moyen est de 30,8 ans (entre 18 et 45 ans) ; 60 % sont des hommes ; leur scolarité a duré en moyenne 9,6 ans ; 3,6 % travaillent à temps plein ; l'âge moyen de la première injection est 18 ans (entre 12 et 41 ans) et 10 d'entre eux déclarent être séropositifs. Cette population est semblable aux populations des cliniques de méthadone d'autres études australiennes. Les résultats permettent de conclure que les consommateurs de benzodiazépines sont davantage susceptibles que les autres usagers de

³⁴ <http://www.drogues-dependance.fr>, site de l'INPES et de la MILDT.

drogues de s'être injectés récemment (dans le mois précédent), d'avoir consommé de la cocaïne, des amphétamines et des drogues autres que des benzodiazépines, d'avoir emprunté ou prêté des aiguilles et des seringues et d'avoir eu des pratiques de polyconsommation. Parmi ceux qui se sont injectés dans le mois précédant l'enquête, les consommateurs de benzodiazépines prennent davantage de risques lors de l'injection. Ils ont des scores plus élevés sur diverses échelles d'évaluation de la psychopathologie³⁵ d'après lesquelles ils ont des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de psychopathologies diverses. D'autres échelles sur le mode de vie social et la santé leur accordent également des taux plus bas que les autres sujets. Ces résultats montrent que les consommateurs de benzodiazépines sont un sous-groupe plus « dysfonctionnel » parmi les clients sous substitution.

Bouhnik et Touzé (1995) précisent que les médicaments, tout comme l'alcool, peuvent également permettre de tenir dans l'attente d'accéder à la *came*, donc comme substitution, en ajoutant qu'ils peuvent être la cause d'overdoses ou d'actes délinquants.

Le cannabis

C'est le produit psychoactif le plus couramment utilisé en France après le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes. Il est particulièrement consommé par les plus jeunes, de manière occasionnelle pour la majorité d'entre eux. Une minorité consomme du cannabis régulièrement, mais près de 40 % des 18-44 ans l'ont expérimenté (OFDT, 2005 ; Beck *et al.*, 2007). En 2002, l'enquête ESCAPAD auprès des jeunes de 18 ans conclut à des taux d'expérimentation du cannabis assez proches chez les garçons (54,6 %) et chez les filles (45,7 %). Mais les garçons sont deux fois plus nombreux à déclarer un usage répété (31,6 % contre 16 %), et trois fois plus nombreux à déclarer un usage régulier ou quotidien. Sur la dernière décennie (1993-2002), les enquêtes françaises ont montré que l'expérimentation du cannabis a doublé tandis que l'usage répété progressait encore plus vite, pour tripler chez les garçons comme chez les filles (Jauffret-Roustide, 2004). Selon les données de l'OFDT (2005), la France compte 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours), dont 550 000 consommateurs quotidiens parmi les 12-75 ans.

D'après le site de l'INPES et de la MILDT³⁶, le cannabis provoque une légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement, de légère somnolence, mais il peut entraîner également parfois un malaise, une intoxication aigüe ("bad trip") qui peut se traduire par des tremblements, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement, une anxiété très forte. Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration. Considéré comme stupéfiant hallucinogène, les risques encourus sont associés à ceux du tabac.

D'après le rapport Roques (1999) sur la dangerosité des produits, le cannabis peut entraîner une dépendance physique, mais qui serait extrêmement faible (Jauffret-Roustide, 2004) : aucun syndrome de sevrage n'a été observé. La dépendance psychique a le plus souvent été observée chez les utilisateurs réguliers : troubles de l'humeur, anxiété, pouvant aller jusqu'à des troubles du caractère et la diminution des facultés intellectuelles (amnésie). Parmi les

³⁵ BDI (Beck Depression Inventory, Beck *et al.*, 1961), STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983), GHQ (General Health Questionnaire-28, Goldberg, Hillier, 1979) et le *module de désordre de la personnalité antisociale* du *Diagnostic Interview Schedule* (Robins *et al.*, 1981)

³⁶ <http://www.drogues-dependance.fr>

personnes accueillies dans les centres spécialisés en 2003, le cannabis est à l'origine de 27 à 29 % des demandes de soins en centres spécialisés.

Le débat actuel, très controversé, est centré sur la question de savoir si la consommation de cannabis peut être la cause d'une schizophrénie ou si, inversement, ce serait la schizophrénie qui amènerait une consommation régulière de cannabis. L. Ametepe (2003) constate que l'abus de cannabis chez les psychotiques est 2 à 5 fois supérieur à la population générale et qu'une surconsommation est souvent retrouvée dans les semaines précédant l'épisode aigu. Les gros consommateurs de cannabis auraient 4 fois plus de risque de développer une schizophrénie que les non usagers.

A partir d'une revue de la littérature jusqu'en septembre 2006, et après avoir contacté les experts sur le sujet, Moore *et al.* (2007) ont choisi 35 études longitudinales portant sur une population donnée, sur plus de 4800 références. Ils établissent en conclusion les constats suivants : l'usage régulier du cannabis augmenterait de 40 % les risques de développer ultérieurement une affection psychiatrique de nature psychotique. Ce risque augmenterait en outre avec l'intensité et la durée de la consommation : de 50 % à 200 % pour les gros utilisateurs. Les liens avec des épisodes anxieux ou dépressifs ou avec les tendances suicidaires apparaissent moins marqués. Il faudrait davantage d'études pour vérifier l'hypothèse concernant les sujets les plus jeunes ainsi que l'influence d'autres facteurs, génétiques notamment. Selon les auteurs de ces corrélations, on ne peut déduire une relation causale directe entre consommation de cannabis et psychoses et il est peu probable que l'on puisse le faire dans un avenir proche. La question de la causalité est très complexe à démontrer en épidémiologie, mais des faisceaux d'hypothèses peuvent alimenter le débat sur cette question des risques liés au cannabis.

La cocaïne

Dans les années 1990, la cocaïne s'est diffusée à des publics divers, moins socialement favorisés qu'auparavant, en particulier auprès des jeunes des milieux festifs et des anciens héroïnomanes en traitement de substitution³². Les jeunes, et plus particulièrement les hommes, sont les usagers majoritaires. La tendance à l'augmentation se reflète dans tous les pays européens, de plus en plus en association avec d'autres substances (Costes, 2006), mais les niveaux de consommation atteints en France restent inférieurs à ceux des autres pays de l'Union européenne. C'est cependant la substance illicite la plus expérimentée en France, après le cannabis (par 1,1 million de personnes au moins une fois au cours de la vie).

Si en 1998, le rapport Roques propose un classement qui inclut les produits psychoactifs licites comme le tabac et l'alcool pour lesquels la dépendance touche un nombre de personnes bien plus important, en 2002, l'enquête ERROPP de l'OFDT montre que la cocaïne arrive cependant en troisième position parmi les produits jugés les plus dangereux par les Français, après l'ecstasy et l'héroïne. Comme l'ecstasy, la cocaïne est perçue comme une drogue moins dangereuse que l'héroïne. Devenue moins chère, elle est plus accessible et est associée à des ambiances de fête et de convivialité (Jauffret-Roustide, 2004, p. 15).

D'après le site de la Fédération Française de Psychiatrie³⁷, le cocaïnomanes est dans une période d'euphorie et de bien-être pendant la montée. Pendant la descente, il reste assez sûr de lui et ne ressent pas d'état de déprime comme dans les consommations d'héroïne ou de L.S.D.

³⁷ <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/>

A l'issue des effets qui peuvent durer jusqu'à 2 heures suivant les doses, le cocaïnomanne retrouve une capacité physique relativement normale.

Le produit cause une vasodilatation (produisant une sensation de chaleur) et une bronchodilatation, et à fortes doses : hyperthermie, augmentation du pouls et de la pression sanguine, diminution de l'appétit et de la fatigue, augmentation de la nervosité et de l'anxiété, insomnie. La cocaïne inhalée peut causer des dommages à la paroi nasale (irritations, inflammations et perforations). L'usage de la voie pulmonaire est associée à des problèmes respiratoires (bronchites, asthme, cancer)³⁵. Les matériels utilisés pour "sniffer", s'ils sont partagés, peuvent cependant transmettre les virus des hépatites B et C. L'usage par injection est associé, comme avec l'héroïne, à diverses pathologies qui ne sont qu'indirectement liées à la substance : l'injection provoque la détérioration rapide du capital veineux (Bourgois, 1998).

La tolérance et la dépendance s'installent progressivement mais une cure peut résoudre la dépendance physique plus rapidement qu'avec des consommations d'héroïne. Suivant le régime des prises, c'est après plusieurs mois de consommations (4, 6 ou plus) que la dépendance physique s'installe. Cependant, la cocaïne est un des psychotropes, avec la nicotine, produisant les plus fortes dépendances psychologiques. Les cas de surdose sont moins fréquents qu'avec l'héroïne mais peuvent se produire. Les données de l'OCRIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants) montrent que la part de la cocaïne dans le nombre des surdoses a augmenté de 1998 à 2002, jusqu'à atteindre plus de 10 %.

La tolérance survient très rapidement, au cours d'une même consommation. Après une dizaine d'heures d'utilisation, l'utilisateur ressent beaucoup moins les effets de nouvelles doses. Cette tolérance ne persiste pas au-delà de quelques heures : après 24 heures d'abstinence, l'utilisateur retrouve sa sensibilité initiale au produit. On a également observé chez l'habitué l'apparition d'une tolérance aux doses qui lui permet de consommer des quantités de cocaïne qui seraient mortelles chez des utilisateurs novices (ibid.).

Les consommateurs de cocaïne sont-ils davantage enclins que les non-consommateurs de cocaïne à consommer de l'héroïne, et par conséquent à s'injecter et prendre des risques d'infection ? Les deux enquêtes présentées ci-dessous aboutissent à des conclusions contradictoires sur cette question. L'enquête de Hartel *et al.* (1995) dans le Bronx montre (au moyen d'analyses multivariées) qu'une consommation d'héroïne, dans les 3 mois qui ont précédé l'interview de 652 patients sous méthadone, se produit davantage chez des patients qui consomment de la cocaïne pendant le traitement, ces résultats étant indépendants de la durée du traitement, de la compliance, de la consommation d'alcool ou d'autres facteurs socio-économiques. Avec les mêmes méthodes, une enquête menée par Gogineni *et al.* (2001)³⁸ montre le contraire six ans plus tard et conclut qu'une consommation prolongée de

³⁸ Enquête menée à Rhode Island, auprès des 252 clients d'un programme de substitution à la méthadone. 56% sont des hommes, 64% des Blancs, 22% d'Afro-Américains, 9% de Latino-Hispaniques. D'un âge moyen de 40 ans, ces clients participent au programme depuis au moins 6 mois et ont été injecteurs. Au cours d'un entretien de 45 mn, ils ont répondu à un questionnaire incluant des données démographiques, sur la consommation de drogues et sur les réseaux sociaux. Les variables dépendantes sont l'injection de drogue et le partage de seringue. Les co-variables sont le genre et la race. Les autres données concernent la consommation du conjoint, celle de cocaïne/crack, d'alcool, les relations avec des UD, les supports émotionnels (se sentir aimé, pouvoir se confier...), le nombre de personnes présentes lors des injections. Ces données ont été traitées par des analyses univariées, avec le logiciel SAS.

crack/cocaïne non injectée ne semble pas associée avec une pratique d'injection ou de partage de seringues, par ailleurs³⁹.

Le crack

Forme basique dérivée de la cocaïne, le crack est apparu dans les années 1990 aux Antilles et dans le nord-est parisien, où se concentrent la majorité des consommateurs. On le retrouve également plus tardivement dans les espaces festifs, d'après Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), avec le free-base qui en est une nouvelle forme. Le crack est directement vendu sous forme de caillou à fumer, moins cher que le free-base qui est considéré comme "le crack du riche" et préparé artisanalement au moment de sa consommation, à partir de résidus de la cocaïne en poudre. D'abord consommé dans l'espace urbain par des consommateurs qui sont le plus souvent en situation de précarité, cette substance a par la suite trouvé une nouvelle place dans l'espace festif. « *Les effets puissants de la cocaïne basée, associés au caractère anxiogène des descentes de ce produit, créent un terrain d'autant plus propice à la diffusion des consommations d'héroïne, appréciée pour ses vertus calmantes* » (ibid.).

Le freebase provoque les mêmes effets que la cocaïne, mais avec plus d'intensité. Des flashes visuels apparaissent et une excitation intense peut être ressentie. Les effets sont moins longs que ceux de la cocaïne sniffée. Les risques les plus importants sont l'overdose et la dépendance rapide. Le freebase peut rendre encore plus violent que la cocaïne et entraîner à long terme un véritable état psychotique.

L'enquête de Buchanan *et al.* (2006) - par questionnaire auprès de 989 UDVI de trois villes de Nouvelle-Angleterre (USA), en 2000/2002 - montre que 9 % d'entre eux (89) ont déclaré avoir déjà consommé du crack, dont 4,2 % (42) l'ont fait dans les 30 derniers jours. Des différences significatives apparaissent pour la race, le niveau d'instruction, l'emploi et le logement : les injecteurs de crack sont plus souvent blancs, avec un emploi et un niveau d'instruction plus élevé que ceux qui n'en ont jamais injecté. En les comparant aux injecteurs de speedball ou de cocaïne en poudre dans les 30 derniers jours, ces auteurs notent que les injecteurs de crack déclarent un taux supérieur de pratiques à risques dans leur consommation de drogue et les femmes qui injectent du crack déclarent un taux supérieur de pratiques sexuelles à risques. Les injecteurs de crack déclarent également un taux supérieur d'abcès, de maladie mentale, de VHC (mais pas d'hépatite B ni de VIH).

L'appauvrissement associé à la dégradation des produits accessibles a participé au développement de la consommation du crack sur la région parisienne. Les risques augmentent, les contextes de consommation sont plus précaires, traversés par la peur : peur des autres, de la répression, de ne pas ressentir l'effet escompté, de la descente, de ne pas retrouver les moyens d'accès au produit... « *On a assisté avec le crack à une radicalisation des styles de consommation et des manières d'être : les rapports entre les personnes sont devenus plus durs* » (Bouhnik, 2005, p. 124).

En France, la population des consommateurs de crack est estimée en 2006 entre 6000 et 10 000. L'enquête Coquelicot a rencontré 167 consommateurs, via les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes du nord-est parisien. Leur âge moyen est de 36,7 ans pour les

³⁹ Les auteurs ne sont cependant pas certains de la validité de ces derniers résultats, compte tenu que cette donnée est issue des réponses à une seule question, sans être confirmée par un test d'urine, et qu'elle ne concernait que les consommations non-injectées.

hommes et 33,5 pour les femmes qui représentent 40 % de l'échantillon. Un tiers vit dans la rue ou en squat et seuls 15 % ont un logement stable. 8 sur 10 ne travaillent plus et 81 % ont connu la prison. 54 % ont des problèmes dentaires, 49 % des troubles psychologiques, 47 % des troubles oculaires, 28 % des gonflements des mains ou des pieds, 17 % des abcès. 72,5 % sont séropositifs pour le VHC, 11,9 % pour le VIH. 72 % suivent un traitement de substitution aux opiacés (Jauffret-Roustide, 2006).

De nouveaux groupes, plutôt insérés sont signalés récemment par le dispositif TREND⁴⁰. Il s'agit notamment de consommateurs de cocaïne sniffée, qui viendraient s'approvisionner en crack lors de périodes de moindre disponibilité de cocaïne (Halfen *et al.*, 2008).

Les drogues de synthèse

De 1990 à 1995, les fêtes techno amènent le renouveau de l'usage de stimulants et d'hallucinogènes et la multiplication des drogues de synthèse. Ces drogues sont particulièrement associées au milieu festif et à la convivialité, comme c'est le cas pour la cocaïne. Leur dangerosité est encore mal connue et contestée par certains. L'ecstasy est la drogue de synthèse la plus connue, bien que sa consommation demeure très marginale (Jauffret-Roustide, 2004), surtout circonscrite aux jeunes adultes et au milieu festif. Estimé en France en 1995 à 1,2 % de la population des 18-44 ans, le nombre des personnes qui l'ont expérimenté est passé à 2,1 % en 1999, 2,5 % en 2000 et 3,9 % en 2005. Les niveaux d'expérimentation de ces drogues ont ainsi triplé entre 1995 et 2005, passant, pour cette tranche d'âge, de 0,7 % à 2,1 % chez les femmes et de 1,8 % à 5,7 % chez les hommes (Beck *et al.*, 2007).

TechnoPlus⁴¹ présente ainsi l'ecstasy : « *drogue prohibée qui se présente sous forme d'un cachet de couleur et de taille variables (souvent orné d'un motif) ou d'une gélule. "Normalement" le produit actif de l'ecstasy est le MDMA (Méthyldioxy-métamphétamine), molécule de synthèse appartenant à la famille des phényléthylamines (famille dont font aussi partie les amphétamines). Selon des analyses effectuées en France, on peut trouver dans un cachet vendu sous le nom d'ecstasy :*

- *Les sœurs de la MDMA : MDA, MDEA, MBDB... Leurs effets psychotropes en sont proches (empathogènes et entactogènes) mais la MDA, par exemple, provoque plus facilement de pénibles tensions musculaires, généralement au visage et plus particulièrement aux mâchoires.*
- *Les demi-sœurs proches de la mescaline et plutôt hallucinogènes : 2CB, DOM, DOB... Ces produits libèrent la sérotonine dans le cerveau (effets empathogènes).*
- *Les cousines : Les amphétamines ou speed, qui sont des stimulants sans effets empathogènes. Le speed présente d'autres styles de risques. Les amphétamines sont des stimulants et agissent en libérant la dopamine dans le cerveau. Pire encore, il est très souvent coupé avec tout un tas de produits plus ou moins dangereux : caféine, morphine, sédatifs (tranquillisants, opiacées), hormones, atropine... Pour finir, on peut vendre des médicaments qui présentent leur propre danger : tranquillisants, stimulants cardiaques, antipaludéens, anti-parkinsoniens, corticoïdes... »*

⁴⁰ Tendances récentes et nouvelles drogues : ce dispositif d'observation a été mis en place par l'OFDT depuis 1999.

⁴¹ Association de santé communautaire qui s'est donné pour objectif à la fois de « *promouvoir les stratégies individuelles ou collectives de réduction des risques liées aux pratiques festives et de favoriser l'épanouissement de la culture techno* » (<http://www.technoplus.org/>).

Peu après l'absorption commence une période de flottement de quelques minutes. Puis s'installe un sentiment d'euphorie, de bien-être, d'amour universel, une profonde envie de partager, qui peut durer plus d'une heure après l'absorption. Communiquer semble plus facile. Ce sont les effets empathogènes (qui suscitent l'empathie). Les sens sont exacerbés, en particulier le toucher (effets entactogènes : une sensation ordinaire peut devenir exceptionnelle). Contrairement au LSD, la MDMA ne procure pas d'hallucinations visuelles. Elle a la réputation d'intensifier l'activité sexuelle (pilule de l'amour). La durée des effets est variable (de 6 à 8 heures) et dépend du contexte. La fin de l'ivresse (la descente), si le contexte ou l'environnement ne sont pas favorables, peut amener un moment dépressif plus ou moins durable (ibid.).

La consommation de MDMA peut dans de rares cas, provoquer des complications médicales graves. L'une des principales causes d'accidents est liée à l'augmentation de la température du corps et à la déshydratation (convulsions, hyperthermie parfois mortelle, troubles du rythme cardiaque, hépatites, dépression), d'autant plus que la température ambiante est élevée, que l'effort physique est important, que les pertes d'eau sont mal compensées.

Même si les données scientifiques ne sont pas certaines, il semble exister un risque neurotoxique (dégradation de certaines extrémités de certains neurones du cerveau) dont on ne connaît pas encore les conséquences réelles à long terme. Par contre, il semble probable que ce danger augmente avec la dose, la fréquence rapprochée des prises et les mélanges (surtout le mélange ecstasy + speed, car la libération simultanée de la dopamine et de la sérotonine accroît la neurotoxicité) (ibid.).

D'après les dernières observations du dispositif TREND, les usages d'ecstasy (en comprimé ou en poudre) sont toujours essentiellement décrits dans les espaces festifs, avec une hausse des consommations associées d'alcool. Les comprimés, dans un climat de suspicion importante sur les produits de coupe qu'ils contiennent, auraient une image qui continuerait à se dégrader, alors que la poudre de MDMA garderait une réputation de « produit de qualité » (Halfen *et al.*, 2008).

L'héroïne

L'administration par voie injectable étant au centre de cette synthèse, et l'héroïne étant le produit probablement le plus injecté ces trente dernières années, les problèmes liés à sa consommation seront ici plus développés que ceux qui concernent les autres produits psychotropes. Nous présenterons de façon plus approfondie à la fin de ce chapitre et dans le chapitre suivant ce qui concerne les modes de vie des consommateurs, les conditions de l'usage d'héroïne et les différents modes de consommation.

Les témoignages recueillis par Bouhnik *et al.* (2002) retracent l'ambiance des années 70, autour de l'héroïne injectée, et « le cadre récréatif de cette époque bénie pour ces plaisirs sublimes et défendus, réservés à une élite intellectuelle », en totale méconnaissance des risques d'infection. Puis les années 80 ont été le temps de la diffusion des usages dans les quartiers sensibles et populaires et dans les zones urbaines périphériques. Le risque de contamination et de mort par le virus du sida, apparu alors, a entraîné une modification du

rapport des usagers à l'injection, des rapports sociaux entre usagers et institutions sanitaires, sociales, répressives, et des interactions avec la société dans son ensemble.

Reynaud-Maurupt & Verchère (2003)⁴² présentent l'héroïne comme un produit jugé à part par les usagers qu'elles ont rencontrés, et dont l'expérimentation tend actuellement à se banaliser. La méfiance et la peur de cette substance semblent avoir été atténuées par une image de produit 'soft', ressentie lors des premiers essais, parce que c'est un produit qui calme et détend. L'héroïne est particulièrement utilisée pour cette raison, notamment après des prises de psychostimulants, d'après cette population d'usagers, qui n'est représentative que d'elle-même, précisent les auteurs. La conscience des risques peut être faible au début, voire niée, puis suivie d'une phase de questionnement face à l'observation d'usages abusifs, et enfin une phase de remise en question pour ceux qui ont perdu le contrôle de leur pratique. « *La banalisation des pratiques de consommation et des voies d'administration telles que le sniff ou le fait de fumer, les expériences passées avec des produits considérés comme 'puissants' (kétamine, LSD, free-base) jouent en faveur d'une dédramatisation de l'héroïne* » (ibid.). L'image de 'produit soft' pourra perdurer chez les consommateurs occasionnels, mais ceux qui ne contrôlent plus leur usage ont pris conscience des effets dangereux de l'héroïne.

Alors que l'héroïne était associée à des usagers désinsérés, des consommations d'héroïne chez des usagers socialement insérés sont signalées par le dispositif TREND⁴³ en 2006 et en 2007. Ces usagers consommeraient l'héroïne ponctuellement, essentiellement par voie nasale ou fumable. Par ailleurs, une partie des usagers ayant initié leur consommation pour « gérer la descente » de stimulants auraient désormais des consommations régulières d'héroïne (Halfen *et al.*, 2008).

Au début des années 90, des chiffres qui vont de 30 à 43 % d'usagers contaminés concernent les personnes qui ont consommé de l'héroïne par voie injectable (Facy, 1992). A cela, les pouvoirs publics français ne vont répondre que très tardivement. C'est en 1987 que la mise en vente libre des seringues est mise en place, les autres mesures ne suivront que cinq ans plus tard et c'est seulement en 1993 que la réduction des risques est affirmée en tant que priorité dans le programme d'action gouvernemental en matière de toxicomanie. Dans des pays européens comme l'Angleterre, les Pays-Bas ou la Suisse, elle avait été adoptée depuis plusieurs années, dans les années 70 et 80 (Jauffret-Roustide, 2004 ; Emmanuelli & Jauffret-Roustide, 2003b).

La probabilité d'une contamination va alors devenir une composante d'un mode de vie où des risques cumulés (sociaux, répressifs, sanitaires) interagissent (Bouhnik, Touzé, 1996). « *La plupart des usagers-injecteurs vont vivre dès lors dans un système qui va intégrer cette donnée comme inhérente à leur condition, compte tenu des contraintes multiples dans lesquelles ils se trouvent pris. Une des modalités de cette intégration consiste à considérer qu'à partir du moment où les conditions d'une bonne protection ne sont pas réunies, le risque de contamination participe de leur système de vie avec les drogues* » (Bouhnik *et al.*, 2002).

La mise en place d'une politique de prévention et de diffusion de l'information sur les risques et les moyens de s'en protéger n'a pas été automatiquement suivie d'un changement des pratiques des usagers de drogue. Un contexte de réprobation, chez les professionnels de la santé et les pharmaciens par exemple, va limiter l'impact de cette politique : « *introduire la*

⁴² Cf la présentation de cette étude dans la note 20, p. 27.

⁴³ Tendances récentes et nouvelles drogues : ce dispositif d'observation a été mis en place par l'OFDT depuis 1999.

recherche de matériel stérile dans le quotidien restera une démarche éprouvante pendant bien des années, signifiant que les personnes sont très inégalement parvenues à prendre sur elles pour dépasser l'humiliation et préserver leur santé » (ibid., p. 39).

Les données de l'OCRTIS montrent que l'héroïne a représenté jusqu'à 90 % des surdoses, de 1989 à 1996. Puis ce pourcentage n'a cessé de baisser, l'héroïne représentant actuellement moins de 40 % des surdoses, et les médicaments psychotropes plus de 15 %.

Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) évoquent une littérature qui dépeint les consommateurs qui ont débuté l'héroïne entre 1970 et 1995 en France : injecteurs le plus souvent, ils consomment l'héroïne comme produit principal. La plupart vit de façon précaire et est vulnérable sur le plan personnel et relationnel comme en terme d'insertion sociale. Leur vie est marquée de tentatives de sevrage et de rechutes. Ils vivent l'héroïne comme une contrainte, comme une 'ligne biographique dominante', telle que Castel *et al.* (1992) la définissent : un mode de vie qui guide les activités quotidiennes : « *Le toxicomane avéré est celui qui organise une part essentielle de sa vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou plusieurs produits psychotropes* ». Cette définition, fondée sur le modèle d'expérience totale de Goffman (1968), veut désigner ceux pour qui la recherche et la consommation du produit parasitent l'ensemble des relations au monde, ceux qui mettent toute leur vie au service de leur passion, la toxicomanie étant vue comme une passion qui 'ravit' l'existence. A la notion d'expérience totale, Castel (1998) a substitué celle de ligne biographique dominante, empruntée à Ogien (1989).

Bouhnik *et al.* (2002) considèrent que l'hécatombe de la fin des années 1980 et du début des années 1990 a accéléré la prise de conscience des risques. Les injecteurs entrés par la suite sur la scène de drogue estiment en général avoir pu gérer les risques en connaissance de cause. Ils ont évité le partage du matériel d'injection, suivant en cela les consignes, mais ils ont continué à partager le matériel de préparation et se sont retrouvés séropositifs à l'hépatite C, pour près de 45 % d'entre eux. Dix ans plus tard, 17 % des personnes rencontrées par ces auteurs sont contaminées par le VIH, tandis que 66 % ont contracté l'hépatite C.

Le sida, la stigmatisation des consommateurs et la substitution vont amener un retrait de l'héroïne au cours des années 90. La nouveauté en 2002, d'après Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), vient du retour de l'héroïne dans les espaces underground que sont actuellement l'espace festif techno, mais également ragga, rock, ... où elle représente une drogue comme une autre, au sein de l'ensemble croissant des substances psychoactives disponibles. Ces espaces semblent être actuellement le contexte de l'initiation à l'héroïne pour de jeunes usagers, tout comme les festivals hippies ont également été en leur temps le contexte de consommation de substances diverses (LSD, amphétamines). Ce constat pourrait amener à conclure à une continuité des usages dans les contextes festifs de la contre-culture, les pratiques de drogues festives constituant un terreau idéal pour le développement des consommations, depuis la culture hippie dans les années 1965-1975, en passant par la culture punk (1976-1982).

Les consommateurs d'héroïne interviewés par Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) témoignent d'expériences similaires à celles qu'ont décrites les consommateurs des années 70 et 80 : successivement extase, escalade et dépendance du produit, manque, souffrance, marginalisation sociale et recherche incessante du produit. Une autorégulation des pratiques semble cependant vouloir les contenir : « *Les espaces underground se constituent comme un vecteur de la consommation, mais ont la spécificité de s'inscrire dans une culture alternative*

qui tend à encadrer ces consommations par des normes émergées de l'accord tacite et/ou explicite entre participants de la fête ou du lieu, qui favorisent le contrôle de l'usage » (ibid.). Cela n'exclut pas les situations de perte de maîtrise des fréquences d'usage et les conduites à risques, « mais ce caractère d'autorégulation des cultures alternatives est néanmoins primordial à prendre en compte dans la volonté de contenir les pratiques de la drogue » (ibid.). Si les grands rassemblements n'existaient plus, on pourrait craindre, d'après ces auteurs, que les consommations investissent davantage d'espaces privés moins régulés et moins ouverts aux messages de prévention. Des récits d'usage modéré sont également rapportés, comme cela avait pu l'être aux Etats-Unis dès les années 70 (Zinberg, 1974). Par ailleurs, la littérature aborde rarement les populations d'UD moins visibles, dits cachés, ceux qui maîtrisent leur usage. En tout état de cause, les données de l'OFDT (2005) indiquent que l'injection d'héroïne est aujourd'hui en régression en France.

Les modalités d'acquisition et d'usage

La présence policière en centre-ville a participé à déplacer les réseaux de distribution vers les banlieues. De quelques grammes par mois ou par an, à plusieurs grammes par jour (4-5), le plus souvent par voie nasale ou intraveineuse, c'est l'héroïne brune qui est la plus consommée au moment de l'étude de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003). Elle est alors vendue entre 30 et 80 euros le gramme et il est relativement facile de se la procurer, les manœuvres pour y arriver restant très diversifiées : dans la rue ou en appartements, avec parfois un très faible degré de connaissance du vendeur. Si la consommation est régulière, on trouve des moyens pour réduire les coûts (troc, revente...). De nombreux individus interrogés sont des usagers-revendeurs de petite envergure.

La consommation d'une forte quantité de cocaïne (par voie nasale, mais surtout en free-base) incite à augmenter les doses d'héroïne, pour mieux soulager les descentes nerveuses typiques des stimulants. Les consommateurs occasionnels indiquent leur préférence pour consommer en groupe à l'occasion d'une fête ; mais il semble que ceux qui ont perdu le contrôle de leur fréquence d'usage cherchent plutôt à consommer seuls. Les voies d'administration semblent varier selon les contextes de consommation, en s'influençant réciproquement. L'injection est mal perçue et souvent associée à l'image de la déchéance. A une époque où les campagnes d'information et de prévention diffusent l'idée de la nocivité et de la dangerosité de l'injection, certains usagers risquent d'en déduire que les autres voies d'administration sont sans danger. L'injection est aujourd'hui moins pratiquée : elle reste pour certains groupes d'usagers la dernière limite à ne pas franchir. Dans le contexte festif techno, la consommation d'héroïne est majoritairement 'mal vue' et tend à marginaliser ceux qui la pratiquent. Néanmoins, certains récits indiquent que son usage tend à se banaliser. Les usagers pour lesquels les consommations s'inscrivent dans l'espace urbain se caractérisent souvent par une grande pauvreté et une situation de marginalité importante.

L'insertion de l'usage de l'héroïne chez une partie des consommateurs abusifs de stimulants et d'hallucinogènes issus du milieu "technophile" semble être une raison majeure du développement de nouvelles pratiques, fonctions et perceptions de ce produit en 2002, d'après Reynaud-Maurupt & Verchère (2003). L'héroïne, écrivent-elles, semble en contraste plus acceptable que d'autres substances. La banalisation de l'usage de stimulants et d'hallucinogènes favorise la découverte d'effets « puissants ». La kétamine par exemple, nouvellement accessible, vient détrôner l'héroïne en tant que produit perçu comme étant le plus nocif (ibid.). Le fait que l'héroïne soit moins souvent injectée mais plutôt sniffée ou

fumée contribue également à ‘adoucir’ sa représentation. Et la tendance à la polyconsommation favorise également son retour, notamment comme produit de régulation (ibid.). Un accroissement de la disponibilité de l’héroïne est signalé dans le dispositif TREND depuis 2004, à Paris notamment, avec une image qui tendrait à s’améliorer (Halfen *et al.*, 2008)..

Profils des consommateurs

Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) estiment que le sens investi dans les pratiques est une voie d’entrée importante pour appréhender l’usage d’héroïne du point de vue des consommateurs. Ce sens est parfois ajusté aux risques perçus, psychologiques, sociaux (modification de l’insertion sociale, désaffiliation sociale progressive) ou sanitaires (santé psychologique et conséquences somatiques directes de l’usage d’héroïne : injections non aseptisées, transmission du VIH ou du VHC, abcès, overdose, hospitalisation, détournements de la substitution, ...). Ces risques varient en retour selon la fréquence d’usage et selon le sens investi. Il apparaît que certains profils sont plus vulnérables que d’autres. Si les conséquences sociales de l’usage, notamment chez ceux qui ont perdu le contrôle de leurs pratiques, semblent moins directement visibles que chez les héroïnomanes des années 80, il faut préciser que les usagers de drogues de cette enquête sont plus jeunes et ont consommé moins longtemps, ayant assez vite recours aux traitements de substitution. Ainsi les carrières dans l’usage d’héroïne sont plus courtes, mais avec de nouveaux risques liés aux injections de traitements détournés de substitution : abcès, nécrose, ‘poussières’ sont les risques propres à l’injection de ces substances qui n’ont pas été conçues pour être injectées.

Reynaud-Maurupt & Verchère ont identifié différents groupes de consommateurs d’héroïne, à partir des données de leur étude⁴⁴. Ces groupes ont été définis de façon à restituer les différentes manières d’appréhender l’héroïne, en fonction de la gestion des risques sanitaires et sociaux et surtout du sens que les consommateurs investissent dans leur usage de ce produit : que ce soit un temps de rupture dans lequel l’héroïne est une voie d’entrée dans le jeu festif, pour les deux premiers groupes, ou bien un temps de continuité dans lequel l’héroïne est une voie de sortie du jeu social, un mode de vie, pour les quatre autres groupes.

Ainsi les auteurs ont-ils dessiné six profils-type de consommateurs d’héroïne, chacun entretenant avec l’héroïne une activité spécifique de consommation. Cette classification permet de rendre compte des façons de consommer l’héroïne ainsi que de la dynamique des carrières d’usagers de drogues. Ont ainsi été distingués :

- ceux qui essayent le produit par voie nasale pour tester, vérifier, porter un jugement éclairé, se faire une idée... ces consommateurs sont un peu plus âgés, ont un emploi stable et des ressources relationnelles. Ils s’en tiennent à cette première phase, effectuée dans des circonstances festives où les effets opiacés font percevoir l’usage de l’héroïne comme peu adapté : ils expriment ne pas ressentir le besoin de consommer à nouveau. D’autres substances sont aussi occasionnellement consommées, toujours avec un sentiment de maîtrise des consommations. Le risque de devenir dépendant semble très faible. Demeure celui de contracter l’hépatite C par le partage des pailles à sniffer.

- ceux qui déclarent une pratique hédoniste, contrôlée mais régulière : ils prennent de l’héroïne pour gérer la descente de psychostimulants (cocaïne, free-base, LSD ou autres

⁴⁴ obtenues, nous le rappelons, à partir de 40 entretiens semi-directifs recueillis en France en 2001 et 2002.

hallucinogènes, ...) ou parce qu'ils aiment ses effets psychoactifs propres, tout en se méfiant de ses capacités addictives, donc en espaçant les prises et en les limitant à des temps particulièrement festifs, pour augmenter le plaisir sexuel par exemple, ou pour favoriser la réflexion et prendre du recul. Ceux-là rapportent aussi un usage régulier et abusif d'autres substances et sont également un peu plus âgés que les autres consommateurs rencontrés dans cette enquête. Ils ne sont pas inscrits dans une dynamique professionnelle, mais plutôt festive.

- les consommateurs de l'espace urbain, dans l'errance et la précarité, pour qui l'héroïne s'ajoute, comme n'importe quelle autre substance psychoactive, à tout ce qui peut altérer la conscience. Pour eux comme pour les consommateurs définis précédemment, on peut parler de polydépendance à diverses substances consommées simultanément ou successivement de façon quotidienne, principalement de l'alcool et des médicaments psychotropes, parfois du crack ou free-base. Le choix se fera en fonction des disponibilités des produits. Des dommages somatiques peuvent se produire (crises de convulsion). Les consommations sont encore contrôlées mais une escalade peut survenir pour l'héroïne. Ces consommateurs sont plus jeunes (moins de 22 ans en moyenne), sans diplômes, ayant fréquenté les espaces festifs techno. Leur grande précarité « *constitue un risque en soi de désintérêt vis-à-vis des risques encourus* » (ibid.). La majorité pratique l'injection, à l'occasion ou régulièrement et risquent une infection au VIH, au VHC, des abcès...

- ceux qui sont attirés, fascinés par l'héroïne en ignorant ou sous-estimant le risque de dépendance. Les auteurs de cette enquête parlent d'envoûtement : « *la succession des consommations s'accélère sans qu'ils n'y prennent garde, car ils sont rapidement obnubilés par la recherche des effets* » (ibid.). Leurs récits sont proches de ceux des héroïnomanes des années 80, par le sens investi dans la consommation. Ils n'ont pas perçu, ou pas adhéré à l'idée d'un risque de dépendance et disent avoir été pris 'par surprise'. Les pratiques d'injection étant ici minoritaires, c'est ce qui leur a fait croire qu'ils couraient moins de risques. L'héroïne est aussi appréciée pour ses effets propres et parce qu'elle calme les descentes des psychostimulants. Puis son usage devient quotidien et elle prend la place des substances qui l'ont précédée, souvent le cannabis qui n'a pas amené ces consommateurs à se méfier. Ils ont en moyenne près de 25 ans. Avec la substitution, ils ont plus de chance d'en sortir plus vite. Ils ont en général plus de ressources d'insertion sociale (diplômes, logement, ...) et sont moins rattachés à un courant culturel et festif. Ils ont un sentiment de marginalisation et donnent, au moment de l'enquête, l'impression de 'reprenre leur vie en main'. Ils ont pour la plupart été confrontés à une contamination au VIH ou au VHC.

- ceux qui consomment de l'héroïne comme thérapie de régulation des produits stimulants ou hallucinogènes (cocaïne base, amphétamines, LSD, ecstasy) et n'y sont pas encore dépendants. Les prises semblent contrôlées, hebdomadaires en général, mais certains en arrivent à une consommation quotidienne. La plupart ont commencé un traitement de substitution, ils ont en moyenne près de 24 ans et un faible degré d'insertion sociale. Ils tentent une réinsertion progressive et ont eux aussi pris des risques somatiques (VIH, VHC, abcès, ...).

- ceux qui se savent fortement dépendants d'une autre drogue (crack et free-base surtout) et pour qui l'héroïne est un produit de substitution à leur dépendance initiale et permet de « *réduire la souffrance générée par le sentiment d'une dépendance à un autre produit* » (ibid.). Eux aussi sont des polydépendants, jusqu'à ce que l'héroïne devienne la principale substance consommée. Les traitements de substitution leur sont bénéfiques, leur marginalité sociale est importante - surtout quand ils sont passés à l'héroïne (qui fait 'piquer du nez') - et

leur réseau relationnel très faible. Ils ont autour de 24 ans en moyenne et, dans leur parcours, « *l'héroïne a constitué une parenthèse après laquelle une dynamique d'insertion professionnelle peut se remettre en place* » (ibid.), pour ceux qui ont le plus de ressources sociales. Les risques somatiques demeurent également pour cette catégorie de consommateurs.

Duprez & Kokoreff (2000) ont mené une recherche sociologique et anthropologique sur les usages et trafics de drogues en France. Ils ont enquêté pendant deux ans dans les Hauts-de-Seine (Asnières et Nanterre surtout) et dans l'agglomération lilloise. En privilégiant une entrée par le processus pénal, l'enquête de terrain a porté non seulement sur les usagers-revendeurs mais également sur des individus dont la carrière – ou un moment durable de celle-ci – a été consacrée uniquement au trafic. Ils ont étudié une cinquantaine d'affaires qui représentaient environ 300 inculpés relevant des tribunaux de grande instance de Lille et Nanterre. Ils ont également procédé à des entretiens avec les différents acteurs en jeu et réalisé une observation des pratiques policières.

Ces auteurs ont tenté une classification selon les carrières des usagers de drogues, en distinguant : 1) la forme-rupture, liée à un événement biographique majeur qui symbolise un tournant de l'existence, une crise qui a amené à s'éloigner de la situation d'origine et à rencontrer le monde de la drogue ; 2) la forme-engrenage, qui correspond à une entrée progressive dans la carrière de consommateur d'héroïne, ponctuée par une série de circonstances et de micro-événements plus ou moins espacés dans le temps. Leur accumulation est synonyme d'emprise, qui indique le fait d'être 'pris' dans un processus perçu comme inéluctable ; 3) la forme-socialisation traduit l'influence du quartier sur les apprentissages de la drogue, tout en tenant compte du jeu des circonstances, des rencontres et des opportunités. Plus qu'un apprentissage, il y a là un processus de socialisation à travers la vie de quartiers ou de cités. Duprez et Kokoreff précisent que « *ces trois formes n'épuisent pas la multiplicité des situations empiriquement observables. Elles peuvent de plus très bien se superposer ou correspondre à des séquences différentes. Ainsi l'engrenage peut se concevoir et être mis en récit comme l'accumulation de ruptures. Ces trois formes n'interviennent pas comme des 'causes' mais bien davantage comme les 'modalités' que prennent les carrières, voire leur tonalité dominante* » (ibid.).

Les polyconsommations

Les usagers de drogues consomment de plus en plus fréquemment des associations de produits divers, en fonction de ce qui est à leur portée, mais également des effets qu'ils souhaitent ressentir. Cette polyconsommation est devenue courante, notamment dans les espaces festifs (mais ailleurs également) où sont consommés des produits licites (alcool, tabac) et illicites (hallucinogènes, stimulants, opiacés, etc.), notent Reynaud-Maurupt & Verchère (2003). Les associations de produits sont simultanées ou successives au cours d'une même soirée, et l'héroïne semble y avoir une place privilégiée par ses capacités de régulation : « *cocaïne préparée en free-base et héroïne, ou LSD et héroïne. Les autres associations effectuées prennent la forme de triptyque : héroïne, alcool et cannabis ; ecstasy, cocaïne/free-base et héroïne ; LSD, cocaïne/free-base et héroïne* » (ibid.). L'alcool et les médicaments psychotropes sont courants également. D'autres consommations de substances

de régulation sont rapportées (LSD/kétamine, ecstasy/cannabis, cocaïne/cannabis ou rachacha⁴⁵, ...) par les usagers de l'enquête de Reynaud-Maurupt & Verchère.

Ces polyconsommations ont précédé les carrières de consommation d'héroïne chez la grande majorité des jeunes nouveaux usagers, soit 35 des 40 personnes rencontrées par Reynaud-Maurupt & Verchère, avant leur initiation à l'héroïne, en général dans un contexte festif. Tabac, cannabis et alcool semblent être les produits les plus consommés, dès 14 ans en moyenne ; 20/40 ont pris au moins une fois de la kétamine, 19/40 ont consommé des médicaments psychotropes, testant le plus souvent leur usage détourné pour les uns ou les recevant par prescription d'un médecin pour d'autres⁴⁶.

La polyconsommation a pour Reynaud-Maurupt & Verchère plusieurs fonctions : une fonction festive (dans la majorité des cas) avec des effets spécifiques ciblés et une fonction de 'défonce' où l'addition de substances variées n'a pour but que de permettre à l'utilisateur d'atteindre une altération de la perception qu'il juge suffisante, une amplification des effets. Cette fonction est déterminée davantage par les produits disponibles que par les effets recherchés.

La consommation d'opiacés (rachacha pour 18/40) est rarement associée directement à la consommation d'héroïne. Le fait de passer à l'héroïne pour gérer une descente de free-base ou d'autres stimulants est souvent mentionné. Pour la majorité, la polyconsommation finit par s'estomper lorsque s'instaure la dépendance à l'héroïne.

Les effets recherchés vont donc déterminer le plus souvent le choix des produits associés à l'héroïne. Ce choix peut être intentionnel, et Reynaud-Maurupt et Verchère désignent par là des situations où l'épisode de consommation d'héroïne est prémédité : pour moduler les effets d'un produit (héroïne après cocaïne nasale par exemple, peu de crack, speed-ball plus fréquent), pour se calmer et masquer les usages abusifs. A côté de cela, joue également le hasard des rencontres ou de la disponibilité des produits, et enfin les alternatives ou pratiques de substitution sauvage, avec de la buprénorphine haut dosage, souvent avec de la rachacha. L'expérience de la dépendance à l'héroïne peut d'ailleurs parfois se découvrir lors de ces occasions.

2.2. L'injection

L'image du toxicomane a longtemps été associée à l'injection, qui était à l'origine une injection d'héroïne. Par la suite, en l'absence de ce produit, les consommateurs ont tenté de le remplacer par tout ce qu'il était possible d'injecter. En 2006, 68,7 % des UD fréquentant les CAARUD se sont injecté au moins une fois au cours de leur vie, sans différence significative entre hommes et femmes (Toufik *et al.*, 2008). 50,2 % des UD se sont injecté au cours du dernier mois. Leur âge moyen est de 33,6 ans, avec en moyenne 13 années d'injection.

⁴⁵ Opiacé souvent confondu avec ou présenté comme de l'[opium](#) (produit artisanalement avec le suc des têtes de [pavots](#) incisées). C'est un concentré de [décoction](#) de têtes de pavots, ce qui en fait un produit saisonnier (surtout présent en été) et ayant une diffusion marginale.

⁴⁶ Cf. la note 20, page 27, qui décrit le cadre de cette recherche qualitative, portant sur 40 personnes : les auteurs précisent que ces données ne peuvent être considérées comme étant représentatives de la population des UD.

Penser l'injection nécessite de commencer par la situer dans son contexte, constitué par l'ensemble des éléments qui peuvent avoir une influence sur cette pratique : contexte économique (être à la rue ou pas), social (seul ou en groupe), temporel (impact du temps dont on dispose), légal... L'importance du lieu d'injection, par exemple dans la perception des risques sanitaires, a été évoquée plus haut.

Le besoin de cadre et d'ordre dans le protocole d'injection qui s'instaure renvoie à trois impératifs : s'assurer d'un minimum de sécurité dans des opérations qui peuvent être dangereuses, se construire une routine conforme au processus de recherche de plaisir et inscrire l'acte dans un cadre susceptible d'être partagé avec d'autres. L'ensemble des rituels d'injection participe au plaisir et aux sensations recherchées, au point que certains reproduisent parfois l'injection, même sans produit... Ces gestes sont producteurs d'effets d'apaisement. La tension due au manque se relâcherait bien avant l'injection, dès le début des préparatifs, ce que les neurobiologistes peuvent expliquer (Tassin, 1998). Les lieux et conditions d'injection interfèrent dans les sensations. La peur et l'urgence peuvent les affecter et dominer (Bouhnik, 2005).

Le processus de consommation varie considérablement d'une position sociale à l'autre : l'injection pratiquée par des personnes précarisées, vivant à la rue dans un contexte répressif, ne se déroule pas dans les mêmes conditions que celle d'une personne socialement intégrée, s'injectant à domicile dans des conditions de sécurité optimales, et n'aura pas toujours les mêmes conséquences. Les prises de risque ne seront pas les mêmes. Entre ces deux conditions, « *beaucoup d'UD naviguent à vue en jouant sur les interstices du logement et sur des ressources variables et souvent irrégulières* » (ibid.). Leurs modes de vie seront décrits plus précisément par la suite.

Le choix de l'injection, malgré les risques

Depuis quelques années, il semblerait que les pratiques d'injection soient en diminution. La majorité des jeunes usagers démarrent leur consommation par la voie nasale, mais une partie d'entre eux passe cependant rapidement à l'injection, en partie pour des raisons économiques, l'utilisation de la voie injectable nécessitant moins de produit que les autres voies d'administration (Jauffret-Roustide, 2004).

Les observations de P. Bouhnik *et al.* (2002) suggèrent que, dans les contextes des pratiques d'injection, les zones d'abondance de produits sont propices au sniff, alors qu'en période de faible disponibilité, les usagers peuvent préférer l'injection pour maximiser les effets. Le sniff serait pour cette raison plus répandu chez les usagers plus privilégiés, et le shoot est souvent associé à la galère. Mais cette explication reste insuffisante, estiment ces auteurs : celle qui s'appuie sur les contextes socio-historiques leur semble plus judicieuse. Les récits des personnes qu'ils ont rencontrées, très diversifiés selon les expériences de chacun des usagers, font ressortir, nous l'avons vu plus haut, les liens entre une génération, un environnement, un milieu (ou des réseaux de sociabilité) et l'injection.

En 1989, une étude de Des Jarlais *et al.* (1989), portant sur une population de 83 'sniffeurs' d'héroïne à New York, concluait que plus de 20 % d'entre eux continuaient à s'injecter de l'héroïne huit mois après leur participation à un programme de prévention. Les mêmes constatations ont été observées à Londres (Dawe *et al.*, 1991) et à Amsterdam (Buning *et al.*,

1988). D'autres études ont vérifié que les usagers injecteurs de ces deux villes sont bien informés du développement du sida et des moyens de réduire les risques d'infection (Alldritt *et al.*, 1988 ; van den Hoek *et al.*, 1988). En ce qui concerne ceux qui commencent à s'injecter en sachant que le partage de matériel d'injection peut amener la transmission du sida, on aurait pu espérer qu'ils auraient logiquement suivi les consignes de sécurité sur les modes d'injection. Or une étude de Kleinman *et al.* (1990), auprès d'usagers injecteurs à la rue à New York⁴⁷, révèle que les usagers qui pratiquent l'injection depuis longtemps sont plus enclins à commencer une démarche délibérée de réduction des risques du sida : seulement 16 % des usagers qui s'injectent depuis 2 ans ou moins ont modifié leurs pratiques d'injection pour réduire les risques d'infection, mais 29 % de ceux qui s'injectaient depuis 3 à 5 ans, 33 % de ceux qui s'injectaient depuis 6-10 ans et 66 % de ceux qui s'injectent depuis plus de 10 ans l'ont fait.

Plus de dix ans plus tard, dans les discours des personnes interrogées par Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), l'injection est présentée comme la dernière limite à ne pas franchir. C'est du moins ce qu'elle demeure pour beaucoup, la plupart des consommateurs de cette étude déclarant préférer sniffer ou fumer.

D'après l'enquête d'Anne Lovell (2005)⁴⁸ à Marseille où des programmes de réduction des dommages sont accessibles, il apparaît que se trouver au centre d'un important réseau d'UDVI accroît nettement la probabilité de pratiques d'injections à risque.

Une logique de l'injection

L'étude de P. Bouhnik *et al.* (2002) permet de comprendre de façon plus approfondie les facteurs qui ont une influence sur l'introduction et l'installation dans la pratique de l'injection, en explorant les déterminants des conduites à risques au sein de cette pratique et leur évolution (passage à d'autres modalités, arrêt, reprises). Ces auteurs analysent comment les différents contextes historiques entrent en jeu dans les modalités d'engagement et d'installation dans un mode d'administration, selon la manière dont les produits circulent et selon la signification attribuée à un mode d'administration à une période donnée. Sont mis à jour des repères qualitatifs relatifs au contexte culturel : représentations propres à certains milieux, courants de pensée, positionnement de l'opinion publique à l'égard des drogues...

A partir d'une approche biographique de la place de l'injection dans l'histoire des personnes, un travail sur les trajectoires de consommation permet de reconstituer, depuis les années 1960 jusqu'aux années 1990, les conditions qui ont participé à l'engagement puis à la "fixation" des usagers dans la pratique de l'injection : contextes (sociaux, économiques, culturels, territoriaux, individuels), conjonctures d'introduction de la seringue (systèmes de relations, émotions, disponibilité des produits...), modalités de programmation et de gestion du quotidien autour d'un ensemble de référents (habitudes d'usage, rituels, contextes de consommation...). Nous avons déjà évoqué les grandes étapes de cette histoire. Il s'agit d'une exploration approfondie de la sphère des sensations et des émotions liées à l'injection, au travers de l'analyse des systèmes de référents sensoriels (sensations recherchées, représentation des effets, interaction plaisir/contrainte...) qui contribuent à engager puis à fixer ce mode d'administration. Une « logique de l'injection » est ainsi mise en évidence, qui

⁴⁷ N = 204, dont 60 % d'UDVI.

⁴⁸ Cf note 14, p. 16.

interagit avec une « logique des sensations », dans des contextes fortement déterminés socialement. Cette analyse permet de comprendre les ressorts de l'injection, mais également ses modes de variation sociale et l'impact particulier du processus de précarisation sur cette pratique (ibid.).

Deux grands types déterminants de la condition d'injecteur sont distingués :

1. l'injection se nourrit à la fois de conditions individuelles (expérience, trajectoire) et sociales (système de vie et de relations). Les usagers se déplacent de leurs cadres traditionnels d'insertion sociale vers une logique centrée sur la recherche de sensations qui structurent l'organisation de l'espace et du temps et la gestion du corps autour du « matos » (seringue, produits et autres objets nécessaires). C'est ce que les auteurs appellent 'la logique de l'injection'.
2. Les injecteurs sont victimes d'une double stigmatisation, d'un double rejet : d'une part ils sont dans la déviance sociale, vivant le stigmate du « toxico » engagé dans des activités illicites à hauts risques qui participent à leur rejet comme auteurs de troubles ; d'autre part, le stigmate corporel est dans le fait de se livrer à une pratique qui nie et perturbe le schéma corporel dominant : le fait de se « charcuter » et d'introduire des produits par voie intraveineuse viendrait enfreindre un tabou (ibid.).

Les auteurs font l'hypothèse que l'usage de la seringue participe au sens de cette pratique et à son ancrage dans la pratique de consommation. L'injection se trouve inscrite dans un système où le contexte d'usage (réseaux de sociabilités, styles de vie) ainsi que le rapport au corps (les sensations, les rituels, les émotions) jouent un rôle majeur.

Les logiques d'injection nous montrent qu'il ne s'agit pas seulement d'une affaire de produits mais que l'ensemble des actes qui la rendent possible s'intègre dans l'expérience des personnes et dans le processus de l'injection. Pour réussir à faire la coupure, il faudra rompre toutes ces « attaches » qui soutiennent la relation au produit et à la seringue. Nous verrons plus bas (au chapitre 5.3) que les produits de substitution constituent rarement une alternative suffisante pour réorganiser cette logique dans laquelle sont construits l'emploi du temps mais également l'identité individuelle et sociale (Bouhnik *et al.*, 2002).

Reproduire le rituel d'injection est un acte qui se joue au cœur d'un équilibre éphémère entre la tension de la préparation et le soulagement amené par le shoot. C'est l'ensemble des étapes de ce trajet qui constitue la logique de l'injection. Le cycle d'injection démarre dès la fin du shoot où s'enclenche immédiatement la remise en marche de l'organisation du shoot suivant (ibid.).

McBride *et al.* (2001) ont mené une étude qualitative sur le point de vue des usagers de drogue en ce qui concerne la fixation à la seringue, auprès de 24 participants dont certains se déclarent « accros » à la seringue, dans 4 services pour toxicomanes au sud du pays de Galles. Les participants décrivent une série d'expériences et de pratiques qui comprennent la ritualisation, la substitution d'autres drogues, l'injection d'eau et des associations avec des relations sexuelles et des prises de risque personnel délibérées. Ils déclarent paradoxalement des taux élevés d'aversion à la seringue et décrivent ce qui peut expliquer l'incapacité de certains UD à abandonner malgré tout l'injection.

Un support de liens

« *Pour ceux qui ont grandi ou se sont intégrés très jeunes dans un univers fortement orienté par des activités illicites, le passage à l'acte n'est pas vécu comme une rupture ni une extravagance mais comme une continuité* » (Bouhnik et al., 2002). L'injection est perçue comme une 'pratique ordinaire'. C'est « *un cran supplémentaire dans un processus de prises de risques qui était déjà bien entamé et faisait partie du cadre de vie* » (ibid.). Il y a nécessité de se former, d'acquérir des compétences auprès des proches. L'attachement et la rapidité d'installation dans le mode d'administration par la seringue seront liés à l'évolution des cercles de relations. Le lien à la seringue et aux produits participe à tout un ensemble d'autres relations : dans toutes les trajectoires, on retrouve ce travail de construction de relations qui permet de s'intégrer dans des systèmes d'échanges susceptibles de supporter la pratique d'injection. Cette dimension « *devra être envisagée dans ses articulations avec le rôle des sensations attendues, pour comprendre la constitution de l'ensemble des forces d'attachement à l'injection* » (ibid.). Les uns se fixent davantage sur le produit, d'autres sur le mode d'administration.

L'injection va devenir un support de liens, une manière d'être avec les autres. La seringue apporte une dimension supplémentaire « *en tant que vecteur de liens et non simple instrument visant à produire des sensations* » (ibid.). Elle est constitutive de la relation. C'est seulement dans un second temps que les UDVI vont devoir mettre en place des conditions de poursuite de l'injection. Certains ne s'injecteront jamais seuls, quel que soit le produit. Mais l'activité de consommation comme activité socialisée ne doit pas masquer les liens indissolubles qui unissent l'acte avec les sensations attendues et obtenues (Bouhnik, 2005, p. 174).

« *'Galérer' seul est un risque plus important que de faire attention à sa santé. Et abandonner l'injection c'est sortir du système, sortir des échanges dominants sur un territoire où ce mode d'administration est lui aussi dominant. De plus, lorsque la shooteuse occupe cette fonction, cela se traduit par un déni des risques encourus. Le partage des seringues peut alors se faire en l'absence de considération pour les conséquences, avec un appui essentiel portant sur la confiance. Cela indique que ce n'est pas dans le repli sur soi que peuvent se nouer des circonstances de passage à l'injection mais au contraire dans ces interactions. ... Cette voie de passage à la seringue, apparemment subie reste toujours couplée aux forces d'interdépendance relationnelle préalablement constituées* » (ibid.).

L'adhésion à un groupe représente une force d'attraction qui lève les barrières. Il en sera de même pour le changement de pratiques : l'exemple donné par les personnes les plus influentes des réseaux pourra être déterminant pour entraîner une modification des façons de faire et intégrer les pratiques de l'injection 'propre'. « *Ils sont encore nombreux à fonctionner sur le mode de l'auto-évaluation des risques, en particulier en appréciant le degré de crédibilité de ceux auxquels ils accordent leur confiance. ... Nous avons remarqué bien souvent dans l'emploi du temps des usagers cette dualité dans les activités. La logique d'injection intègre deux dimensions contradictoires qui font système dans l'expérience de ces usagers, avec d'un côté des rituels de régulation de la pratique du shoot, qui assurent un certain niveau de protection sur le plan de la santé, et de l'autre la persistance de multiples risques de renversement de ces équilibres. Cet ensemble reste très aléatoire et ne protège que très faiblement des risques de contamination* » (Bouhnik et al., 2002).

Smyth *et al.* (2005) ont mené une enquête transversale auprès d'UDVI⁴⁹ rencontrés dans des lieux de traitement à Dublin, ville où l'incidence de l'infection au VHC chez les UDVI est particulièrement élevée par rapport aux données internationales. Près de 70 % de ces UDVI ont rapporté avoir récemment partagé une seringue réceptive⁵⁰, et 87 % le partage du matériel d'injection (cuiller, filtres). 61 % sont séropositifs pour le VHC. Les trois facteurs associés au fait d'être séropositif pour le VHC sont les suivants : le total cumulé des périodes d'injection dans la vie, des relations sociales plus proches d'autres UDVI, et le fait de s'injecter au domicile d'autres UDVI, mais pas la fréquence du partage des seringues ni du matériel d'injection. Les auteurs en concluent une augmentation des pratiques d'injection sans précautions, le caractère social de l'injection d'héroïne à Dublin contribuant à l'épidémie du VHC dans cette population. Ils suggèrent que le partage accidentel et involontaire du matériel d'injection peut être un facteur important d'un risque croissant d'infection des UDVI à l'avenir. Ces auteurs présentent d'autres études qui examinent la prévalence du VHC parmi des populations d'UDVI, et où la durée des périodes d'injection et la fréquence quotidienne sont également les facteurs associés les plus importants, le risque d'exposition des UDVI au VHC augmentant avec la durée des périodes d'injection. Il est démontré que les UDVI qui s'injectent avec d'autres et ceux qui se font injecter par un autre ont un risque supérieur de contamination par le VHC. Et les UDVI qui ont une relation sexuelle avec un autre UDVI sont plus enclins à s'engager dans des pratiques d'injection à risque et ont plus de risque d'infection au VHC (*ibid.*).

Le passage à l'acte, signe de la dégradation du rapport à soi et au monde

Pour Bouhnik *et al* (2002), l'injection de drogues sert également de support dans la dégradation, lorsque la gestion d'un contexte débouche sur la recherche de moyens pour ne plus souffrir. « *Elle peut ainsi être à un moment donné le pivot d'un mode de vie et devenir partie prenante dans la restructuration d'une identité en soulageant des souffrances sociales ou psychologiques. C'est parfois une façon de se faire mal physiquement pour penser à autre chose, limiter la douleur morale, oublier la détresse [...] La place qu'occupe l'injection de produits psychoactifs dans les trajectoires apparaît comme une des zones actuelles d'engagement de personnes très déstructurées pour lesquelles le changement de mode de consommation ne fait pas sens, ni l'entrée dans un protocole de substitution, tant que la détresse sociale les arrime à cette pratique et au milieu des injecteurs.* » (*ibid.*).

Patricia Bouhnik et Sylviane Touzé (1995) ont décrit plus précisément les conditions du *shoot* : une vie faite d'une alternance de moments de plaisir, de tensions, d'insécurité et de prises de risques. Elles montrent comment la prise de produit est ritualisée, centrée sur la recherche de sensations. Plus les conditions de vie sont précaires, plus les usagers sont amenés à prendre des risques. La confrontation à l'urgence du manque va entraîner des risques supplémentaires. Les faibles dosages induisent le besoin de renouveler l'injection et donc les prises de risques. Le risque sera également de passer pour un « shooté » auprès de l'entourage et d'en être rejeté : c'est un équilibre de vie difficile à maintenir.

⁴⁹ Le test VHC a été fait à 159 UDVI qui s'étaient injectés dans les six derniers mois et n'avaient pas subi de test du VHC au préalable.

⁵⁰ Il s'agit d'une seringue qui reçoit, soit par le piston (*backloading*), par l'embout de l'aiguille (*frontloading*) ou par l'aiguille (*reversed frontloading*), le produit d'une autre seringue dite donneuse, commune à plusieurs participants. Ces pratiques (décrites plus en détail page 79) peuvent être sources de transmission d'un virus : le partage d'une seringue réceptive signifie s'injecter avec une seringue dont on sait qu'elle a servi pour l'injection de quelqu'un d'autre.

Fernandez parle aussi d'un décalage entre la temporalité de la trajectoire individuelle et celle du parcours institutionnel. La prise de risque est souvent liée à un rapport au temps spécifique, celui de l'urgence. La vie du toxicomane est organisée autour du produit et c'est le produit qui la guide. Dans la mesure où la toxicomanie se vit dans un rapport intense au présent, « *penser la toxicomanie par voie intraveineuse c'est penser l'articulation des temporalités individuelles, institutionnelles et sociales afin de saisir les modes de régulation des calendriers biographiques* » (ibid.).

Ce contexte illustre l'expression d'expérience totale (Goffman, 1968) et celle de 'ligne biographique dominante' (Ogien, 1989 ; Castel *et al.*, 1992), quand le mode de vie guide les activités quotidiennes, que l'ensemble de la vie personnelle et sociale et des relations au monde est organisé autour de la recherche et de la consommation du produit.

Une morale de l'injecteur

Si le passage à l'injection signifie pour certains « devenir réellement un toxicomane », devenir un 'toxico' n'est pas pour autant être dénué de toute morale. Observer les modes de vie des usagers de drogue amène à repérer une morale de l'injecteur, des codes qui leur sont propres et qu'ils sont tenus de respecter pour être acceptés par leurs pairs : « *Le « bon shooteur » apparaît comme celui qui se respecte, c'est-à-dire se préserve des lieux de shoot où les conditions d'hygiène sont déplorable, protège son corps.* » (Fernandez, 2000).

Il y a des bonnes et des mauvaises pratiques, une certaine représentation commune du propre et du sale. La visibilité du sang est attachée à une représentation du sale, et inversement, « *le propre et le "sans risque" sont associés à l'invisibilité du sang. La figure de l'"errant" qui, souvent dans l'urgence, s'injecte n'importe comment, est parfois associée à celui qui n'a plus rien à perdre et devient "gore"* ». Fernandez cite ici C. Lanzarini (1998) qui explique cependant que les blessures et marques physiques de l'injection (cicatrices, hématomes) représentent également comme « *une porte d'entrée pour parler de la souffrance sociale* », un langage, un moyen de donner à voir, de montrer ce qui a été vécu, traversé, avec tout ce qui est par là sous-entendu de souffrance indicible. Ces marques seront cachées ou exhibées, selon le contexte et les circonstances, selon ce que l'on désire dire ou ne pas dire à la personne avec qui on se trouve.

En organisant à Montréal des groupes de discussion entre jeunes de la rue, s'injectant ou pas, mineurs et majeurs (les discours des mineurs et des majeurs se sont avérés très semblables), Roy *et al.* (2006) ont observé à Montréal un discours de désapprobation de l'injection dans l'ensemble des groupes. Chez les jeunes non UDVI, cette désapprobation s'exprime notamment par l'association qu'ils font entre l'injection et la saleté et par leur description péjorative de l'apparence des UDVI. Bon nombre des UDVI désapprouvent également l'injection, se sentent sales. Certains expriment en revanche la grande satisfaction apportée par l'injection. Le danger de la dépendance est également évoqué, les risques pour la santé, les cicatrices, la perte des amis (par surdose parfois), des liens familiaux, de certaines valeurs (devoir mentir, voler), la prostitution, l'entrée dans un cercle vicieux dont il est très difficile de se libérer.

Les usagers de drogue interviewés par Fernandez (2000) vivent dans un paradoxe où d'un côté, la loi est tenue pour responsable des risques pris, mais où d'un autre, les institutions de

santé et de prévention permettent à la fois de préserver l'image de soi et participent, par la diffusion de messages de prévention, à stigmatiser les « mauvais injecteurs », ceux qui ont des « mauvaises pratiques » d'injection. Ces images circulent entre les pairs, chez qui on peut repérer une hiérarchisation des pratiques entre elles et donc une hiérarchisation des toxicomanes. A travers ces images véhiculées dans leurs discours s'opère une forme d'éducation par les pairs. Les usagers de drogue contribuent eux aussi à se stigmatiser entre eux et la *morale du drogué* fonctionne également à travers ces processus (Becker, 1985 ; Ogien, 1996). Le processus de stigmatisation circule au sein même du monde des toxicomanes à l'intérieur duquel des règles spécifiques sont partagées. Cet étiquetage participe également à l'isolement social des personnes les plus dépendantes du produit et de l'acte d'injection. « *Les usagers de drogue par voie intraveineuse vivent dans des réseaux d'interdépendance et c'est à travers ces dépendances relationnelles qu'ils jouent à la fois leur statut et leur identité* » (Fernandez, 2000). L'interdépendance entre les usagers de drogue est un processus où se définissent les places et les identités selon les diverses pratiques.

La dépendance des UDVI errants et fortement précarisés, en tant que « ligne biographique dominante » (Castel, 1998 ; Ogien, 1989), telle qu'elle a été définie plus haut, est « incompatible avec cette structure de base pour notre société qu'est le rapport travail-salaire » ainsi qu'avec « une autre structure fondamentale : la famille. » (Goffman, 1968). Le choix de l'entrée dans le monde de la drogue peut signifier l'abandon d'autres mondes sociaux. Si la dépendance est une expérience totale, le monde de la drogue est pour cette raison un monde social en soi. Fernandez (2000) observe que « *l'étiquetage dont [les UDVI] sont l'objet les incite à réduire leur degré de visibilité en "s'enfermant dans le milieu"* » dans lequel ils devront mettre en œuvre des modes d'adaptation qui constituent « *un véritable nouveau jeu avec les risques ... L'incorporation de normes, de valeurs et de règles propres à la structure et au monde social que l'individu a intégré et l'éloignement de ce même individu vis-à-vis des autres mondes sociaux, participent d'un même mécanisme qui produit une forme spécifique d'enfermement.* » (ibid.).

Albert Ogien (1994), en observant les sorties de la toxicomanie, accorde a priori au toxicomane la faculté du jugement, laquelle peut avoir été altérée de façon passagère, mais peut également l'amener un jour à regretter les conséquences subies dans son corps, dans son affectivité et dans son inscription sociale. Cette faculté lui permettra de se réintroduire dans l'ordre de l'humain, d'être envisagé comme un *être moral*. Ogien définit celui qui organise son existence autour des activités liées à la consommation de stupéfiants comme un individu qui doit constamment demeurer vigilant à se conduire de façon adéquate. « *On apprend à connaître les formes acceptables de consommation, les réactions au produit jugées adéquates, les bons usages et les maximes permettant de consommer sans danger. On se forge un savoir expert à propos des lieux à fréquenter, des manières de s'y conduire, des types de contact à entretenir, des modalités de gestion de ses relations avec le monde extérieur* ».

Gérer l'image

L'accrochage à la pratique d'injection ou au produit ne s'installe pas seulement par la transmission d'un savoir, il y a également pour certains, dans l'acte d'injection et dans son renouvellement, une nouvelle image de soi qui est recherchée, mais également une nouvelle

étape dans le regard qu'on se porte à soi-même. Le passage à l'injection modifie à la fois « *la perception qu'ont les autres de soi et par là même la manière dont [le jeune] se perçoit lui-même.* » (Fernandez, 2000). « *Passer du sniff au shoot, c'était franchir une étape dans l'interdit, franchir une étape dans le regard des autres ... ils te considèrent plus comme un caïd qu'avant* » (Bouhnik et al., 2002).

L'attribution de l'étiquette « toxico » va de pair avec l'assignation de « rôles sociaux » permettant aux personnes de se repérer et d'être reconnues au sein de leur milieu. En revanche, le statut de malade, vécu comme plus stigmatisant, a été très largement rejeté, tant que cela était possible (Bouhnik, 2005, p. 247).

Si entre eux, les usagers de drogues peuvent échanger un discours qui révèle des représentations d'eux-mêmes où ils se considèrent responsables et rationnels, tant à leurs propres yeux qu'aux yeux de leurs pairs, face à l'extérieur par contre, les médecins ou pharmaciens notamment, ils refusent d'être étiquetés et stigmatisés comme toxicomanes, d'être identifiés à un groupe stigmatisé et donc de fréquenter le même type de lieux spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie. « *Ainsi, on peut comprendre la réticence de certains usagers de drogues à fréquenter des structures de soins... L'usager ne se perçoit pas comme un malade et chaque demande de seringue stérile lui renvoie une image difficile à assumer dans un lieu public, celle du toxicomane. Dans ce cadre, l'usager déploie un ensemble d'arguments afin de justifier ses prises de risques* » (Fernandez, 2000).

Cette justification des prises de risques peut aller jusqu'au rejet de la responsabilité sur l'extérieur, l'attribution à des agents extérieurs (la loi, la fermeture des pharmacies...) de la responsabilité des prises de risques, dans un souci de préserver une image de soi valorisée. Les justifications énoncées pourront être l'absence de bus d'échange de seringues, la fermeture de la pharmacie ou le refus du pharmacien de les servir, une rupture du stock de seringues dans la pharmacie, le manque d'argent pour en acheter... Fernandez juge que ces justifications semblent devoir être rapportées à cet "affichage" qui contrarie l'usage clandestin de drogues par une visibilité de soi en tant que toxicomane. L'équipe du bus d'échange de seringues, en même temps qu'elle crée un espace de convivialité et de proximité où l'on peut parler de soi, atténue le problème de l'étiquetage en permettant à l'usager de drogue de maintenir une image de lui plus conforme à celle qu'il souhaite donner (ibid.).

« *L'usager de drogues par voie intraveineuse limite, contrôle ou dissimule sa pratique en fonction de l'importance qu'il accorde à ses relations affectives et sexuelles, familiales, amicales ou professionnelles. La possibilité même de gérer des formes de « double vie » est parfois un véritable enjeu pratique et affectif qu'il est difficile de mener* » (Fernandez, 2000). On retrouve ici la difficulté des usagers de drogue à rester ancrés dans deux mondes sociaux différents, la nécessité qu'ils ont de dissimuler leurs pratiques d'usage ou d'injection. Ces difficultés, nous l'avons vu, contribuent à amplifier les prises de risques.

Depuis les consommations cachées des usagers intégrés (décrits plus loin au chapitre 4), qui parviennent à ne présenter aucune trace de leurs usages de drogue, jusqu'aux corps dégradés exposés à la rue, dont parle P. Bouhnik (2007, 193), l'image que donnent les UD reste une préoccupation pour eux. Et si elle ne l'est pas, leurs pairs se chargent de le leur rappeler : parvenir à "se tenir" n'est pas seulement une garantie de la survie individuelle mais également de celle du groupe ou du réseau auquel appartiennent les UD. Ainsi l'image de déchéance que certains présentent servira à rappeler ce qu'il faut éviter à tout prix. Contrôler, maîtriser, se tenir... est un impératif contradictoire avec l'effet des drogues, qui incitent à se laisser aller,

"s'éclater"... Maintenir conjointement l'usage de drogues et une apparence qui ne permet pas de le soupçonner sera un travail d'équilibre périlleux. Les temps de consommation, et donc de relâchement, seront soigneusement réservés pour des lieux particuliers, seul ou avec une compagnie choisie, au risque de "se laisser entraîner", comme par une force inéluctable qui pousse à lâcher prise et entraîne vers le pire – pire que chacun peut observer dans la rue. Une énergie constante est requise pour résister, feindre qu'il ne s'est rien passé, qu'on reste dans la maîtrise de sa vie, de son corps, alors que ce dernier trahit cette maîtrise par des signes multiples, infimes tout d'abord, puis de plus en plus envahissants : « *Les récits des carrières des UD ne ressemblent pas à cette image de fleuve qui les entraînerait inexorablement. Leurs vies sont faites d'alternances de résistance et de relâchement. Avec du recul, certains constatent que l'ensemble glisse, remonte ou se maintient, selon les moments. Des signes multiples leur permettent d'évaluer où ils en sont, et l'image donnée sera l'un de ces signes, tout comme le passage d'un produit à un autre, l'augmentation des doses, la difficulté à maîtriser sa vie,...* » (ibid.).

Pour l'extérieur, les signes permettant de désigner les UD seront « *leur présence dans des endroits précis de la cité, les allées et venues incessantes de voitures, les rendez-vous dans les cafés, leur démarche quelquefois confuse, leur regard évasif, happé par la nécessité de trouver le produit* », malgré les efforts faits pour cacher la consommation, le trafic ou la maladie. « *Tous n'y arrivent pas et il y a des moments où certains disent ne plus avoir la force de dissimuler [...] Voisins, copains, famille et même commerçants doivent ici jongler en permanence avec une multitude de contradictions et d'interrogations : jusqu'où dénoncer, désapprouver, participer, fermer les yeux...* » (ibid., 197).

P. Bouhnik (2005, 194) précise que « *les usagers de drogues vivent une double stigmatisation : un stigmatisme visible (problème de contrôle, surexposition aux risques) et un stigmatisme moral invalidant le sens de leur activité et de leur expérience. Les activités délictueuses pour trouver l'argent des produits viennent sceller ce discrédit* ». Elle ajoute que les UD ne peuvent pas ignorer cette double charge car elle les imprègne, eux et les personnes avec lesquelles ils vont interagir (famille, pairs, environnement, institution). L'auteure décrit les étapes de la descente progressive dans l'inscription sociale, accompagnée d'une dégradation de l'hygiène et de l'alimentation, jusqu'à un stade de renoncement à toute tentative d'invisibilité. « *La parole à haute voix, l'interpellation du monde à la cantonade constituent un mode de présence actif : parler, interpellé, crier, c'est encore s'exposer, exister sur l'espace public, prendre les devants pour aller plus loin* » (ibid., 197).

2.3. L'initiation

D'après les données de l'enquête nationale des CAARUD en 2006, l'âge moyen de la première injection est autour de 20 ans. A 15 ans, 8,8 % des UDIV ont déjà été initiés à l'injection et 40,6 % à 18 ans (Toufik *et al.*, 2008).

Entrer dans le monde de la drogue

Commencer à s'injecter ne va jamais de soi et nécessite de dépasser les réticences face à la piqûre. La présence des pairs sera un encouragement. Même quand le premier shoot a été décevant ou a rendu malade, les proches expliqueront que c'est 'normal' et courant la première fois, qu'il faut recommencer : les effets négatifs vont finir par disparaître et on pourra accéder au plaisir promis.

La plupart des usagers gardent un souvenir très précis du déroulement et des effets de la première injection. Elle peut être vécue comme une rupture, un moment de passage vers l'âge adulte. Pour saisir le contexte du mode d'entrée dans cet espace social particulier, Fernandez rappelle les différentes logiques à l'œuvre (cf. chapitre 1). Le moment de la première injection et la façon dont elle va se dérouler s'inscrivent dans le contexte biographique des personnes, dans leurs représentations à la fois de soi et des risques. Les motivations sont diverses : curiosité envers le produit et le geste d'injection, recherche d'un soulagement à ses tensions intérieures, désir de donner un sens à sa vie, de sortir de la routine, de fréquenter des aînés, d'intégrer un groupe de pairs pour échapper à la solitude, trouver une nouvelle famille, partager une expérience...

Dans cette période de déstructuration que traverse l'adolescent, où il doit reconstruire son identité⁵¹, il va chercher à s'intégrer, se réaffilier à un groupe, à partager entre pairs une expérience commune qui renforcera un sentiment fait d'invulnérabilité, de maîtrise des risques, de valorisation de soi, de « *dépassement de soi dans la prise de risques* ». Il s'agit ici de « *partager une expérience «extrême» et «risquée» qui justement parce qu'elle est «risquée» peut procurer un sentiment d'invulnérabilité et souder un groupe autour de cette valeur. (...) L'injection dans ce cadre marque l'entrée dans un groupe et un processus de différenciation par rapport aux autres individus de la même classe d'âge voire des autres toxicomanes injecteurs dépendants. En outre, il s'agit d'acquérir un statut, d'être quelqu'un, ce qui renvoie à une construction identitaire à travers l'usage de drogue par voie intraveineuse* » (Fernandez, 2000).

Fernandez suggère également, nous l'avons vu, l'idée d'un don de soi dans un jeu risqué avec la mort⁵², ou parfois celle de vouloir partager l'expérience d'un proche qui s'injecte, ou encore d'effacer par l'injection une expérience douloureuse passée, comme pour conjurer un mauvais sort, soigner le mal par le mal... « *l'usage des substances permettant de mieux résister psychologiquement et physiquement à des contraintes sociales lourdes.* » (Ehrenberg, 1991).

⁵¹ L'adolescent vit une période qui est décrite par Dolto *et al.* (1999) comme étant comparable au moment où le homard mue et perd sa carapace. Il perd le sentiment de sécurité de l'enfance et entre dans une période de grande fragilité, avant de fabriquer une nouvelle identité.

⁵² Cf. chapitre 1.2. Les risques comme conduites ordaliques

L'initiation est un moment crucial car c'est à partir de là que l'usager de drogue va constituer son savoir et sa pratique d'injection future, emmagasiner un stock de connaissances qui va marquer profondément ses habitudes futures, intégrer éventuellement ou pas des pratiques de prévention des risques sanitaires.

Fernandez note que l'initiation se fait la plupart du temps à la demande de celui qui veut être initié. D'après les informations issues de ses entretiens, c'est l'initié qui a le rôle actif, l'initiateur servant de guide plus ou moins passif dans la mesure où, contrairement aux idées qui circulent à ce sujet, ce n'est pas lui qui décide l'initiation. Il est celui qui, en réponse à une demande, va montrer les gestes à effectuer, mais souvent n'injectera pas lui-même. La confiance qu'il inspire et qui lui est accordée tient une place essentielle, à ce moment où la conscience du risque d'overdose est exprimée par la très grande majorité des personnes rencontrées. Cet initiateur est reconnu pour ses compétences à « *prévoir, montrer, expliquer et réagir* ». Un phénomène d'identification à une personne plus âgée et expérimentée accompagne le choix de cet initiateur, avec l'idéalisation d'un mode de vie, la recherche de sensations nouvelles qui pourraient adoucir une période de crise personnelle ou familiale (perte du travail, du logement, d'une compagne, peur d'un avenir incertain). « *Le passage à l'injection apparaît comme une nouvelle mise à l'épreuve de soi permettant un certain renouveau, "quelque chose de plus" qui donne un nouveau sens de la vie à celui pour qui les autres modes de consommation ne procurent plus satisfaction aussi bien au niveau des effets qu'au niveau de la signification qu'il leur attribue* » (Fernandez, 2000).

Au moment de l'initiation, il est courant que l'initié ne dise pas que c'est la première fois qu'il s'injecte, par désir de se sentir intégré dans le groupe présent, reconnu comme un pair. Là aussi, Fernandez parle d'une forme de don de soi au groupe, dans un acte de confiance. Comme tout ce qui est inconnu, ce groupe intimide. « *La question des risques sanitaires n'est pas soulevée, trop contradictoire avec l'instant de complicité entre l'initiateur et l'initié* » (ibid.). Parler des risques avec l'initiateur laisserait supposer qu'on ne lui fait pas confiance, qu'on met en doute une pratique qui fonde le groupe dans lequel on souhaite être intégré. Cela peut donc être ressenti comme totalement contradictoire avec ce qui est souhaité à cet instant présent, instant particulièrement important comme le sont souvent les premiers moments de vie dans un groupe. « *On se fait discret, on calque autant que possible son comportement sur ce que l'on observe chez les autres membres, les habitués qu'on espère devenir au plus vite à son tour* » (ibid.).

Une première qualification requise concerne l'évaluation de la pureté du produit qu'il faudra éventuellement couper pour éviter une surdose. Il faudra également le répartir dans la journée, éviter la création de dépôts dans la seringue, qui sont sources de risques. La recherche de la veine peut constituer une épreuve (Bouhnik, 2005).

Le jeune usager observe et mémorise les façons de faire, les rituels. Il « *incorpore des sensations nouvelles à travers lesquelles la manière dont il est perçu par les autres et la façon qu'il avait de se percevoir vont se modifier* ». « *L'initiation aux produits toxiques constitue un acte qui vise à démontrer son attachement au groupe... à normaliser son comportement vis-à-vis du groupe et correspondre à ce que le groupe attend de chacun de ses membres* », aux normes du groupe, c'est-à-dire à l'application de normes sociales que le groupe a instituées. « *Se rendre conforme aux normes, règles et exigences de ce nouvel univers constitue un véritable nouveau jeu avec les risques et notamment les risques sanitaires* » (ibid.). C'est en dehors de ce moment d'initiation que le jeune aura parfois été rechercher préalablement des informations sur les produits injectés et leurs effets. Plus ou

moins consciemment ou délibérément s'effectue aussi alors le choix de tourner le dos au monde social d'origine et à ses normes, ce qui implique également le risque d'y être étiqueté et d'en être rejeté.

« *Ce sentiment d'appartenir à un groupe mêle à la fois un sentiment de fierté et de dépassement de soi. En ce sens, le nouvel initié entre dans un processus de modification de son identité* » (ibid.). Si la perception de soi et des autres, dans ce contexte nouveau de l'injection, peut se modifier pour renforcer l'identification, ce sera parfois au contraire un sentiment d'étrangeté qui sera perçu au contact du nouveau groupe. Ou bien le sentiment d'adopter une conduite agressive à l'égard de son propre corps. Tout se passe comme si s'injecter des produits toxiques consistait à modifier la perception de soi en faisant violence à son corps, en ne « *le respectant plus* » commente Fernandez : « *un investissement massif dans la toxicomanie par injection peut conduire l'individu à opérer un certain nombre de transformations dans son rapport à soi et aux autres* ».

L'initiation est vécue comme un rite de passage, elle est présentée comme une épreuve existentielle qui peut parfois être vécue dans l'insouciance, « *dans un état second permettant d'affronter à la fois sa peur de l'injection et ses dangers* » (ibid.). Cette modification de l'état de conscience peut s'expliquer par une consommation de produits, préalable à l'injection, qui vont endormir la conscience des risques pris. Cet état second « *rend d'autant plus nécessaire l'intervention d'un tiers pour s'injecter que le jeune n'est plus totalement capable de le faire lui-même* » (ibid.).

Même si la pratique de l'injection peut évoluer par la suite, « *ce qui est appris lors de l'initiation constitue la matrice des pratiques d'injection à venir... Ce qui est su est appris "sur le tas". Et il faut de "bonnes raisons" pour changer de pratiques... Les personnes interrogées soulignent l'importance des connaissances et des savoirs acquis durant la socialisation primaire* » (Fernandez, 2000).

Au cours de groupes de discussion (*focus groups*) entre jeunes de la rue à Montréal (Roy *et al.*, 2006), certains UDVI expriment se sentir invulnérables, un désir de défi. Les auteurs soulignent que les jeunes parlent ici souvent des conséquences d'une consommation abusive et non de l'injection proprement dite, comme s'ils associaient injection et consommation intensive. L'injection est pour eux un sujet tabou qu'ils n'abordent pas. C'est la recherche de l'intensité et la curiosité de la nouveauté qui les a poussés à commencer : curiosité de l'héroïne aussi, associée à l'injection, que seuls quelques uns osent expérimenter, alors que pour d'autres « *elle représente le niveau le plus bas de l'estime de soi, la dépression et la maladie* ». Certains évoquent la détresse psychologique qui les a poussés à l'injection, la dépression, le désœuvrement, l'omniprésence de la drogue autour d'eux, qui tend à la banaliser, le besoin d'une reconnaissance sociale dans le milieu... Ils désapprouvent le fait d'initier des jeunes, même si certains l'ont fait (ibid.).

Dans une partie consacrée aux usagers à la rue (chapitre 4.3), nous présentons les conclusions des études de Roy *et al.* (2003, 2004) qui montrent que les jeunes à la rue présentent un risque accru de s'initier à l'injection.

L'enquête de Reynaud-Maurupt et Verchère (2003) auprès d'usagers de drogue plus jeunes précise que l'initiation s'est faite en moyenne à 20 ans (entre 14 et 30 ans). Les consommations par voie nasale (le "sniff") sont devenues très majoritaires dans cette population et se déroulent généralement dans un cadre festif, souvent en appartement. Il est

souvent fait référence à 'l'ambiance', l'atmosphère de fête qui change de l'ordinaire et de la vie quotidienne et donne envie de faire des choses 'extraordinaires', de se sentir différent. Au moment de l'enquête ou par le passé, ces jeunes ont déjà consommé (et souvent viennent de consommer) alcool, tabac, cannabis, ecstasy, LSD et/ou cocaïne. Cette enquête regroupe de nombreux témoignages de premières consommations d'héroïne, dont certaines se sont faites en mélange avec de la cocaïne (speed-ball), dans la croyance que le danger est moindre dans ce cas.

D'après Friedman *et al.* (1989) qui font une revue de la littérature sur les nouveaux injecteurs, il existe peu de données sur le type de personnes qui initient des nouveaux usagers, mais les données disponibles suggèrent que les initiateurs n'ont pas connu de difficultés dans leur consommation parce qu'ils sont eux-mêmes relativement nouveaux dans cette pratique. Ils citent Zinberg (1974) qui observe que cette initiation se fait en général par un ami ou un familial. La première injection n'est habituellement pas prévue, pas plus que ne l'est l'idée de continuer à s'injecter. Les nouveaux injecteurs n'ont donc presque jamais de matériel d'injection sur eux et doivent l'emprunter à un ami ou à un parent.

Les motivations invoquées

Pour justifier un début de consommation, les personnes rencontrées par Reynaud-Maurupt et Verchère (2003) évoquent des motivations diverses : l'influence d'amis proches ou de dealers ou encore l'exemple donné par l'entourage : il s'agit parfois de personnes dont le mode de vie attire, des personnes qui fascinent et inspirent un sentiment de confiance... Pour certains, goûter à l'héroïne a été ressenti comme un droit ou une curiosité. Faire comme les autres est important. Quelques uns ont fait semblant d'avoir déjà consommé, d'autres parlent de hasard, ou encore d'absence de distance critique, à cause de consommations préalables. L'initiation peut également se produire, nous l'avons vu précédemment, dans un moment de fragilité particulière : à la suite d'une rupture, après un déménagement ou un changement de travail... (ibid.)

« Quand le manque se fait sentir et que le produit est déjà dilué par l'un des consommateurs, le passage au shoot est quasi incontournable. La seringue devient un moyen de mieux sentir le produit, d'accéder à des effets que ne procurent pas d'autres modes d'administration, et n'est pas forcément susceptible de générer des précautions particulières à l'égard des prises de risques sanitaires. Le « faire ensemble » est au contraire l'occasion de partager la confiance de l'autre. » Bouhnik *et al.* (2002).

Un moment de prise de risque ?

L'initiation aux drogues est-elle un moment particulier de prises de risques ? Plusieurs études s'efforcent de repérer ce qui se passe lors de la première injection, pour voir dans quelle mesure ce moment va être déterminant des modes de vie et de consommation qui vont suivre, dans quelle mesure la façon dont un UD été initié par un tiers ou dont il a partagé son matériel lors de la première injection peut influencer sur la suite de sa trajectoire.

Les groupes d'amis ou de proches qui commencent à s'injecter - et qui ne sont pas infectés par le VIH ou le VHC - s'injectent d'abord entre eux pendant quelques mois, puis certains

d'entre eux vont progressivement entrer en interaction avec la subculture plus large des usagers injecteurs. Les données de Kleinman *et al.* (1990), issues d'une étude auprès d'usagers injecteurs à la rue à New York⁵³, proposent le scénario suivant : l'absence de contacts avec des usagers ayant plus d'expérience dans l'injection, qui auraient pu transmettre les pratiques de sécurité, pourrait bien être la raison qui explique pourquoi des injecteurs récents ne mettent pas en pratique les techniques de prévention des risques. Mais c'est aussi paradoxalement la raison qui expliquerait pourquoi les usagers plus récents sont protégés de l'infection. Demeurer à l'écart du milieu des UD serait ainsi à la fois à risque et protecteur.

Pour F. Fernandez (2000), les modes de préservation de soi évoluent au cours de la trajectoire d'un UDVI, tout comme évoluent la perception des risques et la pratique d'injection : « *Au début de son parcours d'injecteur, l'individu cherche dans le meilleur des cas un initiateur digne de confiance mais il est bien souvent contraint de faire confiance à celui qui se présente et qui accepte de l'initier. Un mode privilégié de préservation est la limitation des contacts directs avec d'autres toxicomanes (...) On veut avant tout risquer pour soi et à cause de soi plutôt qu'à cause des autres. Le risque collectif est plus difficile à accepter. L'injection est alors renvoyée dans la sphère de l'intime* ».

Il est intéressant de compléter ces observations par les résultats de l'enquête épidémiologique menée en 1997 par Vidal-Trécan *et al.* (2002a & b). Se posant la question d'une association entre les comportements à risques pendant la première injection et le statut VHC par la suite, ils ont mené en 1997 une enquête auprès de 143 UDIV recrutés dans 4 centres de soins et une prison de Paris⁵⁴. Il s'agit de décrire les circonstances de la première injection et d'évaluer les changements, chez les mêmes UDVI, entre les pratiques à risque vécues dans les premières injections et celles des injections ultérieures, et plus particulièrement les dernières.

Dans la population de cette enquête, l'âge moyen lors de la dernière injection est de 30,5 ans et la durée moyenne de pratique de l'injection, de 10,5 ans. 125 sujets n'étaient pas seuls pour la première injection (91%) qui s'est faite en moyenne à l'âge de 23,4 ans. L'initiateur a été un homme UDVI (94%), de 3 ans plus âgé que le sujet en moyenne, qui n'a pas seulement poussé le sujet à désirer s'injecter mais a également préparé l'injection pour 105 sujets (76 %) et l'a effectuée pour 106 (79 %).

A la première injection, 55% ont partagé le matériel de préparation ; 22% ont emprunté et 26% ont prêté leur matériel d'injection. Au moment de l'étude, 46% rapportent une séropositivité VHC. A la première injection, le partage du matériel de préparation et le prêt du matériel d'injection sont indépendamment associés avec la séropositivité VHC rapportée. Les auteurs évaluent entre 5 et 15 % les risques de contracter le VHC après une exposition fortuite à des risques. L'infection s'effectue donc rapidement après leur première injection.

⁵³ N = 204 dont 60 % d'UDVI.

⁵⁴ Un questionnaire fermé a été passé pendant une interview face à face, à des UDVI de plus de 18 ans qui ont visité le centre au moins 2 fois et se sont injecté une drogue au moins une fois. Il concerne les caractéristiques socio-démographiques durant la 1ère injection et au moment de l'enquête, les dates de la 1ère injection et de la plus récente, les risques pris, et le statut sérologique autodéclaré pour le VHC et le VIH. Les marqueurs de risque de séroconversion VHC auto-déclarée ont été explorés avec des modèles univariés. Les UDVI ont été répartis en 3 groupes selon que la première injection a eu lieu avant 1987 (groupe 1) ; entre 1987 (date à laquelle les pharmacies ont été autorisées à vendre des seringues sans ordonnances) et 1991 (groupe 2) ; après 1992, quand ont commencé les premiers programmes d'échange de seringues (groupe 3).

Dans les groupes 3, 2 et 1 (décrits en note ci-dessous), respectivement, 10 (33 %), 13 (50 %) et 44 (73 %) UDVI ont une fois au moins partagé le matériel de préparation ; 2 (7 %), 4 (15 %) et 22 (34 %) ont emprunté le matériel d'injection, et 1 (3 %), 3 (12 %) et 30 (44 %) ont prêté leur matériel d'injection (Vidal-Trécan *et al.*, 2002a).

La plupart des sujets de cette enquête qui avaient emprunté ou prêté du matériel d'injection lors de la première injection ne l'ont pas fait lors de leur dernière injection, la plus récente : entre la première injection et la dernière, le nombre d'UDVI qui partagent le matériel de préparation de l'injection a fortement diminué (de 58 à 14 %) ; il en va de même pour le nombre de ceux qui empruntent (de 23 à 2 %) ou prêtent du matériel d'injection (de 26 à 4 %). Lors de l'injection la plus récente, le matériel de préparation était cependant encore partagé par 14 % des UDVI. D'après les auteurs, ces chiffres confirment les résultats de l'étude de Kleinman *et al.* (1990)⁵⁵ et ce qui a été constaté dans d'autres pays. Les comportements à risques à la première injection de drogue justifient à leurs yeux des mesures préventives spécifiques destinées aux jeunes UD non encore injecteurs.

Vidal-Trécan *et al.* (2002a) reconnaissent toutefois plusieurs limites à leur étude, dont le fait que l'interview a eu lieu plus de 10 ans après la première injection et que les souvenirs qui en restent ont pu s'estomper ou se modifier avec le temps. Ils rappellent cependant que l'initiation est un moment qui reste fortement gravé dans les mémoires puisqu'elle représente une étape-clé du processus d'addiction. A la question de savoir si la population enquêtée est représentative de l'ensemble de la population des UDVI, en particulier les plus jeunes dont les auteurs estiment qu'ils prennent davantage de risques, ils répondent que les caractéristiques de cette étude sont à peu près semblables aux caractéristiques qui sont celles des populations d'UDVI recrutés dans d'autres institutions socio-sanitaires françaises, à part les données provenant d'une prison pour hommes.

Ainsi ces auteurs concluent que le taux de partage a diminué au cours du temps, qu'avoir été initié par un tiers ou avoir partagé son matériel lors de la première injection peut influencer sur la suite de la trajectoire d'un usager de drogue, que c'est une étape déterminante dans les comportements en matière de prévention. Comme les initiateurs sont souvent plus âgés, ils devraient pouvoir diffuser des informations de prévention et transmettre aux plus jeunes un savoir sur les pratiques de réduction des risques. L'éducation par les pairs est probablement le moyen le plus efficace de transmettre les informations de prévention. Les auteurs soulignent en outre que les programmes de prévention insistent particulièrement sur les risques liés au partage des seringues, mais pas sur les risques qui subsistent du partage du matériel de préparation.

Novelli *et al.* (2005) ont également examiné les relations entre les facteurs associés à la première injection des jeunes UDVI et les pratiques ultérieures de partage de seringue chez 420 injecteurs récents (depuis moins de 5 ans), âgés de 15-30 ans à Baltimore (Maryland)⁵⁶. Les données ont permis de déterminer l'association entre les circonstances de la première injection et le partage récent d'une seringue réceptive⁵⁷. Les résultats suggèrent que les pratiques à risque liées à l'injection peuvent s'ancrer dès la première injection. Ici aussi est

⁵⁵ Présentée pp. 52 et 63.

⁵⁶ Les participants étaient surtout des hommes (58.8%), blancs (71.2%), et d'un âge moyen de 24 ans. Croisées avec la race, le genre et la précarité du logement, les variables suivantes étaient indépendamment associées avec le partage récent de la seringue réceptive : l'âge à la première injection, l'injection par soi-même la première fois et l'utilisation d'une seringue qui avait déjà servi à quelqu'un d'autre lors de la première injection.

⁵⁷ Cf p. 79 et note 45, p. 55.

soulignée la nécessité d'une information auprès des non-injecteurs sur les risques associés aux pratiques d'injection sans précautions.

Une des difficultés à présenter successivement des études diverses, comme nous le faisons ici, est d'évaluer dans quelle mesure ces études sont réellement comparables. Les recherches citées montrent toutes cependant que le taux de partage a diminué au cours du temps.

3. LES MODES DE VIE

Les conditions de la rencontre entre les produits et les personnes contribuent à donner une tonalité particulière aux modes d'usage dont la diversité ne permet pas de parler des usagers-injecteurs comme d'une catégorie homogène. Les différentes configurations divergent sur le plan de l'organisation du temps et de la gestion de l'injection (Bouhnik *et al.*, 2002). C'est le degré de contrôle de leur consommation qui va déterminer le mode de vie des usagers de drogue par voie injectable. A côté des usagers intégrés qui ont su maintenir le contrôle de leur consommation, une part des usagers de drogue vit en rupture avec la famille et il semble même que ce soit pour certains cette rupture familiale qui soit à l'origine de leur parcours d'injecteur. En compensation, les liens entre eux peuvent être très forts (Granovetter, 1973) et leur réseau de pairs peut fonctionner comme une nouvelle famille. Entre ces deux formes opposées de modes de vie des UDVI, une majorité d'entre eux mène une vie tissée de liens sociaux complexes. Nous allons présenter ci-dessous des enquêtes qui révèlent l'impact de leurs relations sociales, du soutien social et de leurs réseaux d'appartenance, ces trois notions ne se recoupant pas forcément : la notion de soutien social met l'accent sur les ressources apportées par les relations ; celle de réseau désigne plus précisément les relations sociales observées dans l'ensemble de leurs connections.

J'ai enlevé ici un paragraphe qui est parti en « 3.6. Le sida »... ça me semble plus cohérent

Bouhnik *et al.* (2002) décrivent comment des usagers de drogue, vivant quotidiennement dans le sentiment d'être rejetés, mal venus et mal perçus où qu'ils aillent, sont confrontés à des injonctions paradoxales qui sont, d'un côté le désir d'être réintégrés dans le corps social et d'un autre, le besoin de se rapprocher d'une communauté de pairs qui les maintient dans la logique de l'injection et resserre cette logique, en en faisant un carcan toujours plus contraignant. *« Leur rapport au corps, leurs pratiques illicites et le danger potentiel des maladies supposées conduisent le « corps social » à maintenir à distance les « corps injectés » comme s'ils pouvaient menacer son intégrité. Ce rejet, les injecteurs l'expérimentent quotidiennement, d'une façon ou d'une autre. Il les pousse à se refermer dans leur petit cercle d'intimes, dans la culpabilité et la honte, s'enracinant dans l'exclusion des circuits de droit commun. Ils accentuent ainsi leur dégradation et leur précarisation, ce qui entraîne presque automatiquement une augmentation de l'exposition aux risques »* (ibid.).

Le toxicomane qui ne maîtrise pas sa consommation organise sa vie autour d'une seule ligne biographique, nous l'avons dit précédemment : il n'y a plus de séparation entre les différentes sphères sociales de son existence : vie privée, professionnelle, familiale.

Les enquêtes présentées dans cette partie éclairent de quoi sont faits les rapports des usagers de drogue avec leur entourage, avec leurs divers réseaux de relations, avec leur partenaire sexuel. Elles mettent en avant les incidences des diverses formes de relations sociales sur les modes de vie et de consommation.

Puis nous nous intéresserons plus particulièrement au partage de seringues ou d'autre matériel, à tout ce qui participe à la décision de l'accepter ou de le refuser, et surtout aux prises de risque VIH et VHC que ce partage implique.

3.1. Les relations sociales

Avant d'exposer comment les UD construisent leurs relations sociales, observons le contexte préalable de ces relations, défini en partie par les préjugés dont ils font l'objet. Le rapport de la commission « Toxicomanies » du Conseil national du sida (Les risques liés aux usages de drogues..., 2001) évoque la persistance des préjugés et stéréotypes sur les UD et de la méconnaissance de leurs problématiques. Cela est profondément ancré dans les représentations et les attitudes d'une partie de la société française et laisse entrevoir le contexte dans lequel les UD peuvent tisser des relations.

Toutes les personnes ayant affaire aux drogues illicites n'évoluent pas cependant dans un ghetto et ne sont pas toutes repliées autour de leur « dépendance ». Seule une petite fraction des personnes ayant perdu toute attache et ne tenant plus qu'aux produits évoluent dans un monde fermé. Les images tirées des cas extrêmes de désaffiliation masquent la partie la plus importante du système, un réseau de pratiques et d'échanges où des personnes-UDVI effectuent constamment des transactions avec le monde ordinaire, au travers de leur famille, des institutions ou de leur participation aux manifestations de vie locale. (Bouhnik, 2005). Ce sera ici de ces relations et réseaux dont il va être question.

L'enquête de Gogineni *et al.* (2001) porte sur une population sous substitution⁵⁸ dont 29 % déclarent partager encore des seringues⁵⁹. Une part importante des personnes de cette enquête court donc un risque élevé d'infection ou de transmission du VIH. Les résultats de cette étude révèlent que des circonstances sociales, comme le nombre de personnes présentes lors de l'injection, sont associées avec le partage de seringues. Ils indiquent par ailleurs que la consommation de drogues est supérieure chez ceux qui ont plus d'UD dans leurs relations et confirment ainsi que les relations sociales sont associées à une consommation durable de drogues injectables et au partage de seringues, qu'il existe un lien entre réseau social d'UD, injection et pratiques à risque.

Friedman *et al.* (1992) avaient également montré qu'avoir des amis qui ont des pratiques à risque est associé avec des déclarations de pratiques à risque de la part des sujets. Parmi les patients de leur enquête, effectuée également dans le public d'un programme de substitution, ceux qui ont déclaré avoir davantage de soutien social dans leur vie sont moins enclins au partage de seringues que ceux qui déclarent moins de soutien. La notion de soutien social prend ici un sens différent de celui de relations sociales ou réseau d'appartenance sociale. Il s'agit davantage ici de relations ressources. Les résultats montrent que la présence, parmi les relations des UDVI, de personnes qui prennent soin d'eux et à qui ils peuvent se confier peut leur donner un sentiment de lien social qui va affecter le degré avec lequel ils s'engagent dans des pratiques à risque. Avoir plus de soutien n'empêche pas les patients du programme de substitution de commencer à s'injecter (ce qui suggère le pouvoir des réseaux sociaux, faits de partenaires et de relations avec d'autres UD), mais une fois qu'ils le font, cela semble affecter le degré d'engagement dans le partage de seringues.

⁵⁸ Cette enquête s'appuie sur un échantillon de 252 patients dont 83% participent depuis plus d'un an à un programme de substitution à la méthadone (le plus important de Rhode Island, USA), avec une dose moyenne de méthadone de 76,1 mg par jour. Cf présentation plus détaillée p. 35.

⁵⁹ 66% ont un partenaire sexuel ; 18% vivent avec un partenaire qui boit abusivement ou est UD ; 32% continuent à s'injecter, malgré le programme, et 37% de ceux qui s'injectent déclarent fumer du crack ou sniffer de la cocaïne.

Dans cette étude, les auteurs constatent également des différences ethniques et raciales dans le partage de seringues : ils observent que les patients blancs des programmes de substitution partagent davantage leurs seringues que les non-blancs. Mais ils n'identifient pas clairement les causes du lien entre race et pratiques à risque de VIH. Ils postulent que le racisme et ses effets, y compris l'aspect légal de la lutte contre les drogues, peuvent avoir pour conséquence que les UD non-blancs développent des réseaux de survie dans lesquels ils sont plus actifs à se protéger et à réduire délibérément les risques que les UD blancs. Une autre explication possible serait que les non-blancs, à cause des taux plus élevés de contamination par infections virales dans leurs réseaux sociaux, s'engagent davantage que les blancs dans la réduction des risques VIH. Les auteurs concluent que la réduction des risques pourrait, en partie, consister à modifier ses relations sociales.

L'enquête de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) les amène à constater que la prise collective de drogues constitue une dimension caractéristique et transversale des usages de drogues. Les premiers partages permettent la mise en place d'une dynamique de consommation où les personnes ne réagissent pas de la même manière à des sollicitations identiques. La plupart des témoignages mettent en avant la complexité du rapport au groupe de pairs. Du point de vue des relations interpersonnelles, les personnes interrogées ne cachent pas la double nature de leur relation avec les autres consommateurs d'héroïne, qui sont à la fois soutiens et méprisés. Les auteurs constatent que le maintien des relations avec l'entourage familial semble peu développé, mais que les relations avec les frères et sœurs sont par contre plus fréquentes que les relations avec les autres membres de la famille, sans toutefois être comparables en intensité avec la dynamique des groupes de pairs.

Duprez & Kokoreff (2000) montrent comment ce sont les interactions entre les différents acteurs et les conditions de vie qui les façonnent qui permettent de rendre compte de l'emprise des drogues. La place des produits est le support privilégié de l'échange social, des pratiques liées à l'usage (approvisionnement, trafics, consommation) comme des préoccupations et des discussions. Les échanges sont pauvres - des contacts plutôt que des relations - dominés par la méfiance, le manque de respect de soi et des autres. *« Au fur et à mesure de l'implication dans la consommation et/ou le trafic, les relations se restreignent aux seuls toxicomanes. Si certains relativisent ce qui fut « une expérience quand même », ils concèdent avoir perdu beaucoup de leur fierté. D'un autre côté, ils soulignent l'interconnaissance (« c'est un milieu où tout le monde se connaît »), l'interdépendance (« tout le monde dépend de l'un ou de l'autre ») au-delà des différences culturelles (« un drogué, c'est un drogué. Question de nationalité, y'a pas de différence ») (ibid.).*

Les mères et sœurs sont le soutien qui demeure dans les périodes les plus critiques (maladie, incarcération). Les frères sont souvent dans la même galère. Ou sinon ils tendent à s'éloigner. (Bouhnik, 2005, p. 170)

Le paragraphe qui était là m'a semblé devoir être resitué dans la partie « des représentations paradoxales », 10 pages plus haut. L'attribution de l'étiquette « toxico » va de pair avec l'assignation de « rôles sociaux » permettant aux personnes de se repérer et d'être reconnues au sein de leur milieu. En revanche, le statut de malade, vécu comme plus stigmatisant, a été très largement rejeté, tant que cela était vécu comme possible. (ibid., p. 247)

3.2. Les réseaux, leur place

Bouhnik & Touzé (1995) observent que, pour vivre au quotidien avec les drogues, les personnes sont conduites à adopter « *un système de vie qui intègre des règles et rites d'apprentissage, d'organisation des échanges et des liens. L'ancrage de leurs pratiques dans un système commun rend plus facile l'accès aux produits et à la pratique de l'injection intraveineuse. Cette organisation nécessaire – compte tenu du caractère illicite de leurs pratiques addictives – les fixe dans un réseau de relations et d'inter-dépendances dont ils ont par la suite (quand ils veulent 'en sortir') beaucoup de mal à se débarrasser* ».

Pour ces auteurs, l'interdépendance précède souvent la dépendance aux produits, surtout dans le cadre urbain et social qui est celui de familles fortement précarisées, avec de très faibles ressources légales et un passé de relégation. En trouvant appui au sein du réseau des dealers et des groupes d'usagers, il se met en place un semblant de vie collective qui va lier très étroitement les usagers entre eux, dans une dépendance à l'argent, aux réseaux d'approvisionnement, aux relations de sociabilité...

Dix ans plus tard, P. Bouhnik écrit que les réseaux d'interconnaissance se sont convertis en réseaux d'interdépendance au sein d'un milieu décalé, enraciné dans les styles de vie liés aux drogues. Ce cadre social assume pour les personnes des fonctions de socialisation, de soutien et de contrôle social. Ce microsystème possède ses logiques propres d'affiliation, de régulation et d'échange avec le monde social ordinaire pour obtenir un peu d'argent, une recherche d'emploi, négocier une médiation, accéder aux soins. Les plus âgés ont appris à jouer sur le RMI en investissant le marché de rue. (2005, p.90)

A. Lovell (2002 ; 2005) travaille à partir de la notion de réseau sociométrique qu'elle définit comme une constellation de réseaux personnels reliés entre eux, c'est-à-dire l'ensemble des personnes avec lesquelles un individu est en relations : « *Les réseaux sociométriques permettent la circulation des influences sociales et des modèles de savoirs, aussi bien que la transmission de virus. Des incitations à des pratiques d'hygiène peuvent circuler à travers des individus reliés entre eux, tout autant qu'une information sur une nouvelle drogue de rue ou un apprentissage sur la façon de la préparer pour l'injecter peuvent se transmettre, oralement ou par l'exemple, le long d'une chaîne d'UDVI reliés directement ou indirectement. Les réseaux sociométriques peuvent renforcer des pratiques par des effets de retour en boucle et accélérer la vitesse des influences et de la communication.* ». Prendre en compte l'environnement social d'un groupe autant que celui d'un individu pourrait permettre de mieux comprendre la transmission du VIH et de mettre en place des programmes de prévention plus efficaces.

Les résultats de l'étude exploratoire d'Anne Lovell à Marseille⁶⁰ (2005), illustrent l'importance des ressources sociales de base et du contexte social pour comprendre ce qui pousse les personnes à prendre des risques pour le risque. Les résultats montrent que les contextes lointains et proches peuvent tous deux influencer la probabilité que des UDVI s'engagent dans des pratiques à risque. La position dans le groupe central d'un réseau sociométrique d'UDVI – dans un contexte de proximité – augmente beaucoup les chances de s'engager dans des pratiques d'injection à risque. [Avec des méthodes d'enquête différentes, ces résultats sont cohérents avec ceux de Gogineni et al. \(2001\) et Friedman et al. \(1992\)](#)

⁶⁰ Cette enquête est présentée en note de bas de page, p. 16.

| [présentés précédemment](#) (pp 35 & 63). Le risque du risque semble être une pratique qui se diversifie selon les espaces sociaux. Ce sont les conditions sociales de base qui définissent l'espace social et les circonstances de la prise de risque.

Pour Neaigus *et al.* (1994) également, les réseaux représentent une part importante de l'environnement social des injecteurs de drogue. Ces auteurs établissent une distinction entre les réseaux sociaux où des personnes sont en interactions sociales, orientées les unes vers les autres et pouvant s'influencer, et les réseaux à risque, constitués de personnes qui reproduisent des comportements à risque de VIH. Ces deux formes de réseaux peuvent se recouper plus ou moins, voire converger. Les relations sociales entre les injecteurs de drogue et les membres d'un réseau à risque sont souvent basées sur des relations multiples et durables, comme des liens de parenté, d'amitié, de couple ou de sexe, et des activités économiques.

L'enquête faite par ces auteurs porte sur les liens sociaux entre UDVI et usagers de drogue non-injecteurs⁶¹. Il ressort que 93 % des UDVI interviewés sont en contact avec des non-injecteurs et que plus il y a de non-injecteurs dans leurs proches, moins ils ont de pratiques à risque. Les auteurs de cette étude constatent que les lieux d'injection se révèlent être des lieux de prise de risques où les UDVI partagent des seringues avec des personnes qui ne font pas forcément partie de leur réseau habituel. Mais 70 % des UDVI interviewés s'injectent ou partagent leur seringue avec un conjoint, un partenaire sexuel, des amis ou des connaissances.

Dans ces réseaux, deux types de changement peuvent modifier la transmission du VIH chez les UDVI : le changement biographique, c'est-à-dire un changement au niveau individuel, en lien avec la carrière de vie ou d'injection, et le changement historique qui concerne plus largement les institutions, les milieux sociaux et les sociétés. Neaigus *et al.* pensent qu'il serait utile de se demander comment utiliser les réseaux sociaux des injecteurs de drogue pour diminuer les risques causés par la pression des pairs, comment développer la réduction des risques en encourageant les liens entre injecteurs et non injecteurs et comment intégrer ces deux types de changement dans la compréhension des modes de réseaux. Il faudrait au préalable développer les méthodes d'analyse des réseaux, afin de pouvoir utiliser, pour l'éducation à la prévention, des réseaux permettant de faire jouer la pression des pairs et les relations entre UDVI et non-injecteurs.

La description par Fernandez (2000) des conditions dans lesquelles se produit l'initiation à la première injection l'amène également à constater l'importance du réseau social dans lequel le « débutant » est intégré. Il considère que la présence ou non d'usagers de drogue par injection sera déterminante *« pour le futur initié, la volonté de mettre à l'épreuve sa propre représentation du risque augmente proportionnellement avec son degré de familiarité avec des injecteurs expérimentés. La perception du risque apparaît essentiellement liée à la familiarité que certains jeunes vont avoir avec des usagers de drogue par voie intraveineuse »*.

Des groupes non infectés d'amis ou de connaissances commencent en général à s'injecter pendant quelques mois, continuant à s'injecter surtout entre eux, puis certains d'entre eux, nous l'avons vu plus haut, vont commencer à entrer progressivement en contact avec la sous-

⁶¹ 1100 UDVI recrutés dans la rue à New York ont été interviewés dans cette étude. Il leur a été demandé avec quelle fréquence ils étaient en contact avec les trois personnes qui leur sont les plus proches et quelles avaient été leurs pratiques à risque depuis 6 mois.

culture plus large des injecteurs de drogue. Les données de Kleinman *et al.*, (1990)⁶² reflètent probablement ce processus social : nous avons vu que l'absence de contact avec des injecteurs plus expérimentés peut expliquer pourquoi les injecteurs les plus récents ne suivent pas délibérément les consignes de sécurité pour l'injection. Mais cette absence même de contact sert à les protéger de l'infection au VIH : les données épidémiologiques de Friedman *et al.* (1989) montrent une forte corrélation entre le nombre d'années de pratique de l'injection et la probabilité d'être infecté par le VIH. Au début, le partage s'effectue dans un sous-groupe et ce n'est que progressivement que les usagers de drogue élargissent leur réseau social et vont ainsi s'exposer à des risques de contamination plus élevés. Avec l'entrée dans un réseau d'UDVI expérimentés s'effectue donc une augmentation de l'exposition au risque, mais aussi de la connaissance et de la conscience des risques. Ainsi peut s'expliquer le faible taux d'infection des récents injecteurs : soit ils partagent moins souvent leur matériel d'injection, soit ils le partagent avec d'autres injecteurs récents, donc moins infectés par le VIH.

Dans une étude sociométrique sur le risque d'infection au VIH dans les réseaux⁶³, Friedman *et al.* (1997) examinent si, dans les réseaux d'usagers injecteurs qui partagent du matériel d'injection ou des échanges sexuels, il existe une association avec le statut VIH ou la probabilité d'une future infection. Les résultats confirment que les injecteurs de drogue placés au centre des réseaux ont davantage de probabilité d'être infectés par le VIH. Les membres séronégatifs de ce noyau sont engagés dans des pratiques à haut risque avec des injecteurs infectés. Ainsi, d'après ces résultats, les réseaux à risque sont des passerelles pour le VIH, au cœur des groupes de pairs des injecteurs de drogue. Les groupes qui se trouvent au cœur des réseaux sont des foyers de pratiques à haut risque et peuvent devenir des poches d'infection au VIH.

Pour A. Lovell (2005), la prise de risque est liée à la précarité des UD pour se procurer des drogues et les UD les plus précaires sont les plus dépendants des autres pour consommer des drogues. Ils vont jusqu'à récupérer les résidus au fond des seringues et sont également plus dépendants de la consommation en groupe et donc plus exposés au risque de partage de seringues.

Le nombre de personnes présentes lors d'une injection de drogue a également été associé avec le partage de seringue. Latkin *et al.* (1996) avaient énoncé qu'injecter avec d'autres peut indiquer un réseau de drogue plus important et un plus grand investissement dans le mode de vie de la drogue. Des réseaux plus développés peuvent comprendre des personnes qui exercent une pression sociale sur les autres membres du réseau pour accepter le partage de seringues.

D'autres résultats montrent cependant qu'avoir peu de contacts avec d'autres UD ne semble pas une condition suffisante pour amener à l'abstinence, donc à la réduction des risques : Havassy *et al.* (1995) concluent, d'après un échantillon de consommateurs de cocaïne en

⁶² Enquête présentée pp. 52 et 63.

⁶³ Une enquête croisée auprès de 767 usagers injecteurs à New York a été menée parmi un réseau de personnes qui se sont désignées en chaîne, afin d'établir des mesures sociométriques des réseaux à risques. Des techniques algébriques et graphiques ont permis de repérer 92 connections entre des injecteurs de drogue - soit des liens directs entre eux, soit par personne interposée - et un noyau de 105 double-membres (reliés deux fois à un autre membre du réseau) au cœur d'un ensemble plus large de 230 membres reliés entre eux. Différentes configurations de liens entre les personnes ont ainsi pu être repérées, permettant d'identifier : 1) des membres au cœur du réseau, qui sont les personnes en lien avec au moins deux personnes du réseau, lesquelles sont elles-mêmes liées à un minimum de deux personnes du réseau ; 2) des ensembles de personnes qui ont toutes des liens directs ou indirects entre elles.

traitement « post-drogue », qu'avoir peu d'UD dans son réseau social proche ne prédit pas une plus faible consommation et par conséquent une moindre exposition aux risques. ~~Par~~ ~~contre~~ Wasserman *et al.* (1999) ~~ont trouvé~~ mettent en évidence qu'avoir des consommateurs de cocaïne dans son réseau social prédit moins d'abstinence de cocaïne dans les 3 mois qui suivent, chez des patients en programmes de substitution, et donc une plus grande exposition aux risques.

3.3. Risque, genre et comportements sexuels

L'engagement dans un style de vie qui inclut une consommation régulière et intensive de drogues ne fait généralement pas bon ménage avec les relations amoureuses et la sexualité, d'après les observations de P. Bouhnik (2005). L'ancrage sur le produit apparaît plus fort et plus durable que la relation affective que les UD ont tendance à désinvestir. Il acquiert de ce fait, écrit-elle, un statut mythique, hyper valorisé et paradoxal à la fois. Dans les discours, la drogue joue le rôle d'une femme possédant un corps, une âme. Elle serait une rivale exigeante et puissante. On vit au début une lune de miel. La drogue produirait alors un plaisir plus puissant que la sexualité. Les récits traduisent un désir profond de vivre l'amour en même temps que le rejet affiché de tout attachement. Le fait de 's'accrocher' à quelqu'un est considéré par les pairs comme contraire au bon sens. Chacun se vit à la dérive et les solidarités sont éphémères. Beaucoup se sont fixés sur l'image d'une personne dont on serait amoureux et qui pourrait vous faire décrocher, qui 'va vous sortir de là' pour mener 'une vraie vie'. La naissance d'un enfant peut donner envie de changer sa vie. Mais il est difficile d'être parent dans le monde des 'toxicos' précaires. Retrouver un équilibre, reconstituer un agencement de vie et de ressources pour engager une vie familiale sont des objectifs difficiles à atteindre quand on évolue au jour le jour dans un environnement marqué par la précarité, les prises de risques et la répression. (Bouhnik, 2005, p. 160)

Toujours pour P. Bouhnik (ibid., p. 229), l'aversion pour le 'plastique' (préservatifs) et la préférence affirmée pour le 'naturel' vont de pair avec des conditions de vie sexuelle ne laissant pas toujours de choix en matière de protection, alors même que la capacité à reconnaître chez la ou le partenaire la présence ou l'absence d'une maladie est avancée comme une bonne méthode de prévention des risques. P. Bouhnik considère que c'est là le second vecteur de développement du sida. L'usage d'une protection dépend largement des opportunités, observe-t-elle dans les populations qu'elle a rencontrées. Elle voit dans la croyance au *feeling* (reconnaître le risque) l'effet de la précarité d'une vie gérée au jour le jour et la force des pressions des autres risques (injection, répression) qui contribuent à sous-estimer les risques sexuels.

Plusieurs des personnes qu'elle a rencontrées ont affirmé que lorsqu'on était amoureux, on pouvait faire l'amour sans risque avec une femme séropositive sans prendre de précautions. Utiliser un préservatif était compris comme un renoncement à la possibilité de rencontrer l'autre en toute confiance. Là aussi, l'urgence de la sensation vécue prime. La précarité du quotidien et des sentiments conduit à jouer les rares chances de rencontre en donnant en partage ses dernières valeurs : son corps et sa vie. En oubliant la prévention, le couple a la sensation de vivre autre chose, de quitter l'espace des risques et de l'ombre, d'être protégé. (ibid.)

L'étude d'A. Lovell (2005) permet de constater que les relations sexuelles non protégées font partie des principales caractéristiques individuelles qui prédisent des pratiques d'injection à risque. Celle de Gogineni *et al.* (2001) conclut aussi que le fait d'avoir une relation intime avec un partenaire UD a une influence sur la décision de consommer ou non. Les usagers injecteurs expriment ne pas pouvoir éviter les situations sociales où ils sont exposés aux drogues si leurs partenaires ou leurs amis s'injectent. Si tous les UD d'un cercle de proches ne poussent pas à la consommation ni ne cherchent à exercer une influence négative, les résultats de cette enquête montrent que les participants dont le partenaire ou au moins un ami consomme ont moins de chance de devenir abstinents et sont donc plus exposés aux risques.

Ces résultats indiquent également que la consommation de drogues est supérieure chez les personnes qui vivent avec un partenaire UD.

L'enquête de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) les amène à conclure que la relation qui lie conjoints et partenaires sexuels est ambivalente, en ce sens qu'elle est à la fois une ressource sociale puissante et pourrait à ce titre servir éventuellement de levier pour aider une tentative de se réinsérer dans un monde sans drogue. Mais ces auteurs constatent le plus souvent que l'effet d'entraînement agit dans le sens inverse et pousse à maintenir les partenaires dans la dépendance, s'il n'a pas été le mobile de l'entrée dans l'injection de drogue.

Fernandez (2000) note également que le couple peut aussi bien fonctionner comme un stimulant pour sortir de la toxicomanie que comme un risque de s'y enfoncer à la suite d'un conjoint dépendant dont on cherche à se rapprocher. C'est une des raisons pour lesquelles certains toxicomanes cherchent à éviter de vivre des relations affectives et sexuelles prolongées, par un souci de « *préservation de soi contre une nouvelle dégradation de son identité et de l'estime de soi* ».

En travaillant sur des ~~échantillons de personnes~~ populations d'UD qui ne sont pas en traitement, Anglin (1987) conclut que, plus souvent que les hommes UD, les femmes UD vivent avec des partenaires qui sont également UD et dont elles dépendent souvent économiquement. Cette dépendance à l'égard de leur conjoint UD les expose à davantage de prises de risques que les femmes qui sont sans partenaire.

Dans les relations affectives, les usagers redoutent d'être 'lâchés' en cas d'incarcération, d'en souffrir ou de faire souffrir : ils anticipent les tensions et les séparations. Les hommes rencontrés en prison par P. Bouhnik et S. Touzé (1995) ont eu très peu de femmes dans leur entourage. Etre repéré comme toxico n'arrange rien ; à cela s'ajoute l'absence de lieux de rencontre, de possibilités matérielles de communication, le durcissement des sociabilités en contexte de déviance... Les relations sont aléatoires et n'intègrent la prévention que de manière marginale. Les aléas de la répression amènent des ruptures que sont, entre autres, les temps d'incarcération. Ceux qui ont engagé une vie de couple se trouvent généralement dans des situations inextricables. L'accélération des prises de drogues ou de risques est accompagnée de crises et de remise en cause des liens affectifs. « *S'ils sont unanimes à reconnaître l'importance de la protection sexuelle, ils restent étonnamment imprudents sur les conditions d'appréciation d'une « relation sûre ». Il faut aussi rappeler qu'entre la date de l'annonce de leur séropositivité et celle de l'idée de protection, plusieurs années ont pu s'écouler. Il a fallu du temps et des circonstances pour comprendre concrètement la nature du risque, du temps pour intégrer ce que supposait – quand on était contaminé – le devenir de cette maladie, du temps pour accepter sa propre condition* ». Pour beaucoup, menacés par la maladie, il n'est plus question de s'investir dans une relation amoureuse. La priorité devient la survie (ibid.).

L'étude de Vidal-Trécan *et al.* (1998), ~~comme celle de Gogineni *et al.* (2001)~~, montre que les femmes prennent plus de risques que les hommes : elles utilisent moins systématiquement des préservatifs (46 % vs. 55 %) et du matériel d'injection propre (65 % vs. 73 %). Le risque dans les relations sexuelles est la plupart du temps celui du partage de seringues en couple. Les hommes entrent dans l'usage de drogue par « *une conduite d'imitation au groupe des pairs* »⁶⁴. Pour les femmes, cette entrée est en général liée à un partenaire, et donc à leur vie

⁶⁴ Saint-Dizier (1999), cité par Fernandez (2000).

sexuelle, d'où l'impérative nécessité de prendre en compte la sexualité dans l'analyse des prises de risques chez les femmes, le plus souvent liées au partage de la seringue avec le conjoint, ou à la prostitution.

Chez les 200 UDVI de l'enquête de Baker *et al.* (1994) à Sydney⁶⁵, l'usage d'un préservatif est rare et moins fréquent avec des partenaires habituels qu'occasionnels, ce qui n'est pas surprenant. Près de la moitié de ceux qui ont eu des relations sexuelles dans le mois précédent ont eu un partenaire non UDVI. Les résultats de cette enquête sont présentés en termes de besoins d'interventions ciblées sur la réduction des risques sexuels chez les consommateurs d'hallucinogènes. A la suite de Des Jarlais *et al.* (1990), ces auteurs sont amenés à penser que les relations durables sont les plus risquées pour la transmission hétérosexuelle. Une relation sexuelle avec un UDVI est l'un des facteurs qui renforce la probabilité de prise de risque par injection, et le fait que plus de femmes que d'hommes déclarent avoir un partenaire sexuel UDVI montre le risque de transmission hétérosexuelle et périnatale, pour le VIH, à l'intérieur de cette population et à partir d'elle.

Tout comme Klee *et al.* (1991), ces auteurs observent que le partage de matériel d'injection entre partenaires sexuels est fréquent, que les couples d'injecteurs ont davantage de rapports sexuels non protégés que les couples où il n'y a qu'un UDVI. Ils estiment que les efforts tentés pour changer les habitudes des UDVI doivent renforcer les valeurs prédominantes de cette population, qui concernent les relations interpersonnelles entre amis et partenaires sexuels. Il vaut mieux viser à réduire plutôt qu'à éliminer les comportements à risque, 30 % de ce groupe des sujets enquêtés estimant déclarant qu'abandonner l'injection n'est pas important leur objectif premier : mettre en danger leurs relations et leur couple semble être pour eux le risque majeur.

Reprenant des recherches qualitatives sur les usagers de drogues illicites à Londres, Rhodes et Quirk (1998) insistent sur le fait que le risque est le produit desfortement lié aux interactions sociales et que les relations sexuelles en particulier sont un aspect important de la gestion des risques, des relations sexuelles dans la gestion des risques dans l'ensemble de ce processus. Deux types de relations – celles où les deux partenaires sont des UD et celles où seul l'un d'entre eux l'est – leur ont semblé particulièrement importantes. Maintenir des relations sexuelles est aussi pour les usagers de drogue, paradoxalement, une façon de gérer le risque, de conserver une partie de sa vie qui reste « normale », autant que possible, et ce n'est pas toujours simple à concilier, que le partenaire soit ou non un usager de drogue. Ces auteurs souhaitent que les recherches ultérieures prennent en compte les relations sexuelles des usagers de drogue puisqu'elles peuvent être l'un des agents de la gestion des risques et du changement de comportement.

L'ambivalence et le paradoxe du rapport entre vie sexuelle et prises de risque VIH sont mis en évidence par plusieurs des auteurs que nous venons de citer. La vie en couple semble en effet être à la fois un recours, un espace protégé où l'on pourrait croire être à l'abri du monde de la drogue, être plus fort à deux pour lutter contre la dépendance et ses risques, un lieu qui permette de rêver que la sortie va être possible... Les résultats des diverses recherches mettent pourtant en avant l'effet inverse : les partenaires sexuels s'autorisent mutuellement à céder à

⁶⁵ Les sujets s'étaient injecté depuis 6 mois et n'étaient pas en traitement. Ils ont été estimés selon l'OTI, Opiate Treatment Index, qui évalue le degré de consommation de drogue, et le HRBS, HIV Risk-taking Behaviour Scale, qui ont chacun 11 items - sur les catégories de drogues consommées depuis un mois, sur les comportements à risque depuis un mois, ainsi que des informations sur les injections et les pratiques sexuelles. L'analyse statistique des données s'est faite à partir d'analyses multivariées de régression standard multiples.

l'envie de continuer ou reprendre leur consommation de drogue et se transmettent parfois les virus. Les UD sont plus enclins à partager leur seringue avec un partenaire sexuel qu'avec toute autre personne. C'est ici encore, et plus que jamais, la nature des relations sociales des UD qui conditionne le sens attribué au partage. Ce type de relations sociales implique un sens spécifique du partage. Dans le cadre d'une relation sexuelle, il n'y a pas de notion de risque, mais on fonctionne plutôt sur des valeurs de confiance et de réciprocité. Il en va de même pour l'utilisation du préservatif, considéré comme nécessaire uniquement dans les relations occasionnelles, pour la première fois. Ainsi sa non utilisation est une façon de signifier à son partenaire l'importance qu'on lui accorde. L'utilisation du préservatif n'a pas le même sens suivant que le partenaire est stable ou occasionnel.

[Rhodes & Quirk \(1998\)](#), dans un article qui récapitule plusieurs recherches qualitatives sur les usagers de drogues illicites à Londres, expliquent que maintenir les relations existantes demande de gérer les risques à l'intérieur même de ces relations, y compris protéger la relation des risques extérieurs, accentués par l'usage de drogue. Les UD savent qu'ils courent aussi le risque de perdre leurs relations, qui sont différentes selon que le partenaire est aussi UD ou pas, mais qui restent incertaines du fait de la drogue.

Lorsque les deux partenaires sont UD, les risques exprimés sont les risques sexuels et la difficulté d'harmoniser, de réduire ou d'arrêter les consommations. Si un seul des partenaires est UD, le risque identifié est d'avouer sa consommation et d'initier ou réintroduire l'autre dans la drogue.

[Ces auteurs expliquent encore que si](#) les discours de santé publique proposent aux individus une gamme de comportements à avoir pour mener une vie à moindre risque, les personnes n'en ont pas moins un grand nombre de risques à gérer dans le cadre de leur vie quotidienne et de leurs relations. Quand les deux partenaires sont UD, il ne leur semble pas réaliste d'envisager de réduire ou arrêter leur consommation qui fait partie de leur couple et de leur vie privée. Il leur semble même important de protéger leur couple de toute menace ou danger extérieurs. Ils peuvent se trouver dans la position d'avoir à choisir entre le couple ou la drogue. L'idéal d'une vie saine, proposée par les campagnes de réduction des risques, est pour eux problématique et inatteignable. Les couples d'UD, qui sont pratiquement et émotionnellement définis par la consommation de drogue, seront d'autant plus fragilisés si les aspects qui sont à la base de leur organisation interne doivent être modifiés. Essayer de réduire les risques liés aux drogues peut comporter un autre risque bien plus important à leurs yeux pour leur vie privée, qui pourrait être celui de l'échec du couple. Il est donc essentiel de tenir compte de ces relations pour tenter d'en faire des agents du changement. Certaines études ont montré que l'éducation par les pairs et les stratégies de diffusion sociale ne sont efficaces qu'en partie, lorsqu'elles concernent le changement du comportement sexuel. Il ne faut pas seulement cibler largement les réseaux sociaux des UD, en tant qu'agents médiatisant le changement dans le groupe, mais il faut simultanément chercher à obtenir des changements dans les règles et les normes des relations privées. Pour commencer, cela demande davantage de compréhension de ce que représentent pour les UD le risque et la gestion des risques, et notamment comment la gestion du risque est vécue dans le contexte de leur vie privée et de leurs relations ([Rhodes, Quirk, 1998](#))[ibid.](#)).

Les effets des produits sur les pratiques sexuelles

Dans un article paru en 1996, T. Rhodes définit la pharmacologie sociale comme l'étude de la façon dont le savoir sur les effets pharmacologiques des drogues s'organise socialement et

culturellement, en particulier en ce qui concerne leurs effets sur les pratiques sexuelles. Il estime qu'il est nécessaire, aussi difficile que ce soit, d'explorer les interactions entre les croyances individuelles, les comportements et la façon dont ces croyances et comportements sont enracinés ou influencés par des cultures et des modes de pensée. D'après lui, l'absence d'études de pharmacologie sociale dans la recherche contemporaine entretient la confusion dans le rapport qu'on établit couramment entre alcool, drogues et relations sexuelles non protégées. On continue à ignorer l'influence des cultures et des modes de pensée dans ce domaine. De même que les gens 'savent' que l'ecstasy est une pilule de l'amour, qu'ils en aient pris ou non, les gens 'savent' et s'attendent à ce que les stimulants et l'alcool aient des effets désinhibiteurs, en particulier sur le comportement sexuel. Les études épidémiologiques se fondent elles aussi sur cette évidence, et cela ressort par conséquent dans leurs données induites par un regard non suffisamment distancié. Il existe une littérature de recherche croissante qui associe la consommation de stimulants, en particulier la cocaïne et le crack, avec une augmentation de la probabilité de rapports sexuels non protégés. Mais la confusion demeure en ce qui concerne les causes : il ne s'agit pas de nier que des consommations de drogues sont associées à des pratiques sexuelles non protégées, et c'est le cas pour le crack et la cocaïne, mais il s'agit de montrer la possibilité que ces effets, et la façon précise dont ils sont ressentis, sont déterminés socialement tout comme ils le sont pharmacologiquement. Il est probable que les enquêtes épidémiologiques – qu'elles soient rétrospectives ou projectives, transversales ou longitudinales – sont incapables de porter un regard critique pour discerner à dans quelle mesure les perceptions individuelles ou sociales de l'effet de la drogue sont déterminées culturellement ou chimiquement. Des recherches transversales seraient nécessaires pour montrer pourquoi on associe désinhibition et 'danger' ou pratiques à risque.

Les analyses des réponses à des enquêtes qualitatives sur la prévention sexuelle chez les consommateurs de stimulants et d'opiacés à Londres indiquent que, dans certains milieux sociaux, les drogues peuvent avoir la fonction quotidienne de servir d'excuses ou de justifications, plutôt que d'explications, pour avoir eu des pratiques considérées comme 'mauvaises', inacceptables ou du moins indésirables (par ex. : 'je suis désolé, j'ai seulement fait ça parce que j'avais bu'). Les explications courantes servent aussi à excuser ou à justifier. Si l'alcool peut jouer le rôle de permettre une 'pause' acceptable dans les normes et les règles quotidiennes, on peut poser le principe que l'alcool et d'autres drogues peuvent avoir pour fonction de permettre aussi une 'pause' pour toute pratique sexuelle normativement sanctionnée comme 'acceptable' ou 'appropriée'. Autrement dit, les drogues peuvent rendre acceptables certaines pratiques inacceptables. L'alcool et les drogues stimulantes, parce qu'on croit couramment qu'ils sont 'désinhibiteurs', peuvent fournir des 'excuses' socialement acceptables pour des pratiques sexuelles que des personnes *veulent* avoir mais qu'elles savent peut-être qu'elles ne *devraient pas* avoir. Des relations sexuelles non protégées peuvent être l'une de ces pratiques. Ce qui amène T. Rhodes à suggérer la forte probabilité que ce que les gens *disent* sur ce qu'ils font n'explique pas toujours pourquoi ils l'ont fait (Rhodes, 1996).

Il existe un besoin social d'une certaine abdication du contrôle individuel dans des situations telles que des changements dans nos 'comportements sociaux', et cela peut fonctionner pour les pratiques sexuelles. Cependant le pouvoir de la certitude 'auto-évidente', que les drogues ont ces effets et provoquent vraiment de la désinhibition, est tel que l'on peut néanmoins comprendre que les effets des drogues fournissent des *raisons pour tenter de qui expliquent justifier* les rapports sexuels non protégés.

Le cadre de l'interview de recherche renforce aussi ces explications : même si les interviewés savent que la prise d'alcool ou de drogue n'est pas la raison de leur comportement, c'est une

réponse plus facile à donner, qui pourra éviter d'autres questions ultérieures (pourquoi ?) auxquelles il sera difficile de répondre : '- parce que je le voulais' ; ce sera en tout cas jugé inacceptable et l'interviewé le sait (ou le croit) (ibid.). C'est le biais de désirabilité sociale, par lequel les interviewés sont tentés de donner, aux questions délicates qu'on leur pose, les réponses qu'ils espèrent pouvoir contribuer à une image plus valorisée d'eux-mêmes.

3.4. Le partage du matériel d'injection de drogue

DEVELOPPER ET REORGANISER CETTE PARTIE : que souhaites-tu ici plus précisément ?

D'après les données de l'enquête nationale des CAARUD en 2006, un usager injecteur sur deux (52,6 %) déclare n'avoir jamais partagé de seringues au cours de la vie tandis que 23 % des injecteurs n'ont « presque jamais » eu recours au partage. Les autres (22,3 %) ont partagé leur seringue « occasionnellement » (16,9 %) ou « régulièrement » (5,4 %) (Toufik *et al.*, 2008).

Parmi les injecteurs récents, 20,4 % reconnaissent avoir partagé un ou plusieurs éléments du matériel : 8,3 % les seringues, 13,3 % l'eau de préparation, 8,5 % l'eau de rinçage, 13,9 % le récipient ou la cuiller, et 10,9 % le filtre ou le coton. A l'exception de la seringue, la prévalence du partage du matériel au cours du dernier mois est essentiellement liée à l'âge des injecteurs, ceux-ci partageant d'autant plus qu'ils sont plus jeunes. Ces pratiques de partage concernent, selon le matériel considéré, entre un quart et la moitié de la population des moins de 20 ans qui fréquente les CAARUD (ibid.).

Autour de la Rapport à « l'objet » seringue

La seringue est un objet qui tient une place centrale dans la vie des UDVI et fait partie de leur quotidien : « *L'UDVI semble entretenir un rapport intime avec la seringue, tendant parfois à la personnifier. C'est grâce à la seringue que le plaisir passe, pénètre le corps. Ce rapport particulier à la seringue induit des formes spécifiques de partage* » (Fernandez, 2000). A part les moments où l'intensité du manque, le craving, crée l'urgence de consommer et d'utiliser la première seringue qui se présente, quelle qu'en soit l'origine, partager sa seringue peut impliquer une certaine reconnaissance de l'autre, une forme d'intimité qui lui est-serait alors offerte. Fernandez souligne que cela ne peut pas s'effectuer dans n'importe quelle condition et avec n'importe qui. Il se joue également autre chose dans ce partage, dans le rapport à l'objet et au produit : c'est « *un moyen pour le toxicomane de se confronter à quelque chose qui le dépasse, à travers quoi il défie la mort et se défie lui-même. 'Apprivoiser' l'objet, qui doit être le médiateur de cette confrontation, semble le moyen symbolique d'avoir une 'mainmise' sur une expérience dont les effets dépassent l'acteur* » (ibid.). Les-D'après Fernandez, les discours des usagers injecteurs laissent parfois entrevoir qu'il se passe autour de la seringue quelque chose qui est de l'ordre du sacré, de l'indicible, vécu en communion avec ceux qui sont là, quelque chose dont ils se sentent prêts à payer le prix, au moment où ils reproduisent avec d'autres « les gestes qui les feront passer de la souffrance au plaisir intense espéré, au risque d'y perdre la vie ».

FAUT-IL AJOUTER CECI :

Bourgois (1998) explique que les messages de protection sexuelle, lorsqu'il s'adressent à des UD vivant sans relations sexuelles - ce qui est le cas de la plupart des personnes vivant dans la précarité - amènent certains à en déduire qu'ils ne courent aucun risque, en ignorant les risques pris dans leurs pratiques de consommation.

Facteurs de transmission des agents viraux

D'autres études ont démontré que l'utilisation collective du matériel, autre que celui qui sert à l'injection par partage de drogue au moyen d'une même seringue, est également cause de la transmission de l'hépatite C (VHC). Le matériel de préparation, y compris les cotons et les cuillers, peut également transmettre le VHC (Lucidarme *et al.*, 2004 ; Crofts & Aitken, 1997 ; Grund *et al.*, 1996 ; Stark *et al.*, 1996).

S'il faut tenir compte du contexte social de l'injection pour comprendre les mécanismes de transmission de l'infection, il faut également, d'après Philippe Bourgois (1998), se centrer sur le matériel de préparation—~~compte du contexte social de l'injection, dont nous parlerons ensuite.~~

L'étude de Grund *et al.* (1996) observe et décrit quels sont les différents modes de partage de seringues, dans quel contexte social ils se pratiquent et quelles en sont les implications pour la transmission de maladies. Ces auteurs décrivent diverses pratiques d'échange de drogue et d'injection, relevées à partir d'enquêtes de terrain faites à Rotterdam et à New York, auprès d'usagers de drogues chez qui les pratiques de consommation leur font courir le risque d'une infection au VIH. Ils ont observé différentes techniques de partage de drogue et les décrivent très précisément. Elles concernent l'injection d'héroïne, de cocaïne, de speedball, d'amphétamines ou de tout autre produit vendu en poudre et qu'on peut dissoudre :

- on peut remplir la seringue de chacun des utilisateurs par l'avant ou l'entrée de la seringue (*frontloading*), c'est-à-dire par le support de l'aiguille de cette seringue, que l'on a préalablement retirée. Cette méthode est utilisée lorsqu'il faut partager une dose qui a été préparée dans un seul récipient, puis aspirée dans une seule seringue, dite seringue donneuse, graduée pour pouvoir repérer quelle part reviendra à chacun des participants. Les usagers ont chacun leur propre seringue (réceptive), dont le piston est tiré-remonté et l'aiguille enlevée pour qu'y soit injectée, par l'avant qui est le support de l'aiguille, leur dose individuelle, correspondant à la part qui leur revient. Cela ne peut se faire que si la seringue réceptive a une aiguille détachable.
- *Reversed frontloading* est une variante de la méthode précédente, dans laquelle c'est l'aiguille de la seringue donneuse qui est retirée. Les aiguilles des seringues réceptives individuelles peuvent ainsi pénétrer dans le piston de la seringue donneuse pour prélever une dose. Cette technique implique que la seringue donneuse soit en deux parties (aiguille détachable), comme c'est courant à Rotterdam et dans la plupart des villes hollandaises.
- *Backloading* est une méthode employée quand on ne trouve pas de seringue à aiguille démontable : dans beaucoup de régions, comme à New York et beaucoup de villes nord-américaines et européennes, les injecteurs utilisent surtout des seringues d'une seule pièce, faites pour le diabète (souvent de 1cc). La seringue donneuse injecte les doses individuelles par l'arrière des seringues réceptives des participants, dont le piston a été retiré. Ceci est plus délicat et demande des gestes adroits et précis, comme peut en témoigner une observation faite à Rotterdam : « j'ai vu plusieurs fois la dose.

se perdre en l'air, en général parce que la personne était malade et tremblait ». Cette pratique est particulièrement fréquente chez les injecteurs qui sont au cœur de grands réseaux à risque, moins pratiquée par des membres périphériques de ces réseaux, et encore moins par des membres de petits réseaux à risque.

- La seringue de réserve est une variante des trois techniques précédentes, observée à Rotterdam et à New York, qui consiste à garder une seringue comme récipient de réserve, en laissant dans la seringue donneuse (de 2 ou 3 ml, en 2 pièces, avec laquelle on ne s'injecte pas) du produit qui servira à plusieurs injections espacées dans le temps et pratiquées selon l'une des trois méthodes précédentes, seul ou à plusieurs. La solution est versée dans la seringue réceptive, par l'avant ou par le fond de la seringue.
- Le partage à partir du récipient : quand la formule précédente semble trop risquée, les participants au partage aspirent directement leur dose dans le récipient commun où elle a été préparée. Il est courant, dans ce cas, de pré-mesurer le volume à partager dans une seule seringue, pour obtenir l'accord de chacun sur la dose individuelle. Dans la préparation du mélange de cocaïne et d'héroïne appelé le speedball, on se sert parfois de 2 récipients et 2 seringues. La solution de cocaïne est versée dans la seringue contenant l'héroïne, et la moitié de la solution ainsi obtenue est alors transférée de la seconde seringue à la première.
- Le partage d'une dose : observé au début des années 80 à New York. La drogue dissoute est mise dans une seringue qui servira à injecter successivement plusieurs utilisateurs. Le 1^{er} usager s'injecte la moitié de son contenu, puis le second s'injecte le reste, y compris la part de sang aspirée par le 1^{er} pour vérifier que l'aiguille est bien dans la veine. Cette technique est une combinaison du partage de drogue et du partage de seringue. De Loor rapporte que cet usage n'est pas rare pour initier des novices, et assez répandu en Australie, avant qu'on constate les effets du VIH. Il a par la suite été rapporté en Thaïlande.

Les facteurs de transmission des agents viraux sont repérables tout au long de ces différentes étapes du processus de consommation de drogue à plusieurs (ibid.). Le partage de drogue en se servant à l'avant ou l'arrière de la seringue est en principe sans risque de transmission si l'on utilise des seringues neuves ou stérilisées. Mais ces manipulations ne sont presque toujours qu'une partie de l'ensemble de la procédure qui consiste à préparer des drogues en poudre pour l'injection par plusieurs personnes rassemblées dans ce but, et il faut les replacer dans un contexte où des seringues stériles peuvent avoir été contaminées à d'autres étapes du processus. L'infection peut se produire par le récipient commun qui sert à la préparation, ou bien par l'outil avec lequel on mélange et tourne la solution pour la rendre homogène (par exemple le bout du piston d'une seringue contaminée). Réutiliser une seringue, même désinfectée au préalable, comporte toujours un risque car la désinfection à l'eau de javel n'est que partiellement efficace. Le rinçage à l'eau l'est encore moins : les restes visibles de sang sont enlevés, mais pas les virus pathogènes du sida ou d'autres maladies. Le sentiment de protection est illusoire, qui fait supposer que s'il n'y a pas de trace de sang, il n'y a plus de risque de contamination. Il est donc essentiel que les messages de prévention tiennent compte de ces croyances profanes, pour faire mieux connaître les conditions exactes et précises d'une désinfection réussie, si cela peut l'être, et les pratiques qui demeurent à risque.

Les moments et les voies possibles de transmission sont multiples. Le type de seringue utilisée induit des facteurs de prise de risque particuliers. Selon les habitudes de consommation des usagers de drogue, ils préfèrent certaines seringues en fonction de la taille de l'aiguille, ou du fait qu'elle est démontable. La disponibilité des modèles entre en jeu : à

New York, on trouve surtout à acheter dans la rue des seringues à aiguille non démontable, prévues pour les diabétiques. Aux Pays-Bas, le modèle de 2 ml à aiguille détachable est largement disponible. Le type de drogue consommée n'est pas non plus sans conséquences. L'injection de cocaïne accroît les prises de risque car elle implique des injections plus fréquentes. De plus, l'ambiance agitée qui accompagne les injections de cocaïne rend plus difficile une hygiène méticuleuse de la seringue, et plus probables des erreurs de manipulations ou de jugement et une diminution de la vigilance à se protéger. Enfin la cocaïne se dissout à température ambiante, alors que l'héroïne doit être chauffée et est ainsi en partie désinfectée.

Partager une dose semble être la technique la plus risquée – plus dangereuse que le partage d'une seringue usagée ou que toutes les autres techniques de partage présentées – car, au cours des manipulations que nous venons de décrire, des résidus de sang peuvent être transférés d'une seringue à l'autre. De même, le matériel qui entoure la seringue réceptive peut infecter la solution de la seringue donneuse. Il est cependant difficile de déterminer si la quantité d'agent infectieux transmis à chacun des gestes est suffisante pour entraîner l'infection (ibid.).

Fernandez (2000) note que « *dès la première injection, le partage de coton et l'utilisation de la même petite cuillère sont fréquents* ». Un tiers des 200 UDVI de l'enquête de Baker *et al.* (1994) à Sydney a partagé des seringues dans les six derniers mois. Dans l'enquête de Friedman *et al.* (1989) dans le Bronx, Brooklyn et le Queens, 35 parmi les 260 injecteurs plus anciens - mais aucun des 18 nouveaux injecteurs - ont dit avoir partagé le matériel d'injection avec quelqu'un qui a le sida. Ces usagers reconnaissent cependant ne pas chercher à adopter les moyens sûrs de s'injecter et les nouveaux injecteurs prétendent suivre très peu les consignes de sécurité, alors que peu d'entre eux sont infectés. La raison évoquée serait que, comme nous l'avons dit plus haut, ils partagent moins souvent leur matériel d'injection que les anciens usagers, ou bien parce qu'ils ne le partagent qu'avec de nouveaux usagers. Le contact avec des injecteurs plus expérimentés accroît la conscience qu'ils ont du sida et de la nécessité de se protéger, mais augmente aussi leur probabilité de partager du matériel avec une personne infectée.

Si les nouveaux injecteurs empruntent moins souvent du matériel déjà utilisé, cela constitue cependant à New York une pratique fortement associée à l'exposition au VIH, et cela ne permet pas d'expliquer la diminution de la prévalence de l'infection au VIH parmi cette population, à la fin des années 80. Il est donc, pour Friedman *et al.* (1989), de plus en plus nécessaire d'étudier les dynamiques sociales des nouveaux groupes d'injecteurs.

Koester *et al.* (2003) rapportent, dans leur étude⁶⁶, que le partage de seringues par les UDVI n'est pas fortement associé à la transmission de l'hépatite C, mais qu'il existe par contre une forte association entre la transmission du VHC et le partage du matériel d'injection autre que la seringue : le récipient dans lequel la drogue est mélangée et qui sert à la dissoudre, ainsi que le coton qui sert à filtrer la solution. Cependant, à aucun moment, pendant le processus de préparation de la drogue ou pendant l'injection, le sang est directement introduit dans les récipients ou les cotons. Le partage des récipients et des cotons se produit le plus souvent en préparant des drogues à se partager pour être injectées. En faisant cela, un injecteur prend sa seringue pour mélanger la drogue en une solution qui sera partagée avec les autres participants à l'injection. Un seul récipient et coton-filtre est employé. Le risque de contamination n'est pas là mais dans le fait que la seringue a déjà servi. Pendant

⁶⁶ en analyse multivariée

la procédure où l'on pompe de l'eau, le contenu de la seringue sale entre dans l'eau qui va ensuite aller dans le récipient. Quand la drogue a été dissoute, la seringue sert encore à pomper à travers le coton puis à mesurer la solution de drogue. Celui qui prépare rejette ensuite la part des autres participants dans le récipient. Même si la seringue contaminée n'est pas partagée, son contenu l'est.

Ces auteurs ont enquêté à Denver et au sud de la Nouvelle Angleterre, auprès d'injecteurs d'héroïne et de cocaïne. Ils ont rapporté des taux élevés de partage de drogues lors de la dernière injection : 64 % (394/611) à Denver et 38,5 % (380/988) en Nouvelle Angleterre. Cette pratique est courante car les UDVI mettent leur argent en commun pour acheter des drogues ; le moyen le plus efficace et commode de partager les drogues est de passer par une solution qu'on peut mesurer précisément grâce à une seringue graduée. Ce processus se produit particulièrement chez les injecteurs en manque ou ceux qui s'injectent dans des lieux sans intimité.

Ces mêmes auteurs estiment, pour des raisons de plausibilité biologique et par les comportements qu'ils ont observés, que chercher à diminuer le partage des récipients et des cotons a peu de probabilité d'avoir un effet notable sur la transmission du VHC. Et pourtant, dans la réalité, c'est le cas. Les mesures de prévention, préconisent-ils, doivent-ils, devraient par contre plutôt porter sur la réduction des risques associés au partage, et en particulier les pratiques qui consistent à utiliser des seringues contaminées pour mettre de l'eau et pour répartir les drogues, et à réutiliser l'eau potentiellement contaminée pour dissoudre les drogues. Il serait utile d'augmenter l'accès aux seringues stériles, à la fois pour la préparation de drogue et pour l'injection, et de travailler avec les injecteurs pour trouver des moyens alternatifs de préparer et partager les drogues.

D'après Smyth *et al.* (2005), le partage de la seringue réceptive est associé de façon significative avec un niveau d'instruction plus bas, le chômage des parents, la polyconsommation de drogues, l'injection avec d'autres, percevoir moins de danger dans le partage, et avoir des relations plus intimes avec d'autres UDVI.

Le contexte social du partage de drogue

Alors que les recherches et les débats publics se sont principalement centrés sur le partage de seringues et que cela a suscité de nombreuses réactions (distribution d'eau de javel, échange de seringues), Grund *et al.* (1996) estiment que la part que jouent les relations sociales dans le partage du matériel d'injection a été occultée. Selon eux, l'organisation sociale des usagers de drogue joue un rôle central dans le mode de partage des drogues et donc dans les modes de contamination.

Il est essentiel de prendre en compte le fait que les usagers de drogue par injection vivent dans une sous-culture de la drogue qui induit des modes particuliers d'interactions entre les individus, comme nous l'avons déjà largement évoqué. La dimension sociale des interactions quotidiennes qui se produisent autour du partage des drogues définit un univers profondément en décalage avec les normes de la société dominante. Les injecteurs qui sont fortement impliqués dans le monde de la drogue, par désir ou par nécessité, ont une vie qui se déroule quotidiennement dans cette sous-culture où ils se trouvent à l'écart du reste de la société qui condamne l'usage et le trafic du produit autour duquel tourne leur vie. Ils deviennent

vulnérables aux poursuites pénales et au stigmatisme social, vivent dans un environnement hostile face auquel ils développent leurs propres réseaux, comme nous l'avons décrit. La sous-culture des UDVI est ainsi en grande partie 'socialement construite' par les pressions externes de la société dominante. Les usagers de drogue développent leurs réseaux de sociabilité en opposition à la société dominante et à ses valeurs, car la législation les place hors société (ibid.).

Crisp et Barber (1997) ont fait la synthèse d'un ensemble d'études cherchant à expliquer pourquoi les UDVI maintiennent les pratiques de partage de matériel en Australie, bien qu'on leur propose des seringues, des traitements substitutifs, des campagnes d'information et de dépistage du VIH. Ils citent Darke *et al.* (1993) qui ont trouvé que chez les UDVI qui fréquentent les programmes d'échange de seringues et les centres de traitement de Sydney, 40 % ont utilisé une seringue qui a servi à quelqu'un d'autre, ou prêté leur seringue dans le mois précédent l'interview. Caplehorn et Saunders (1993) ont montré que près de la moitié des UDVI de Sydney partageaient leurs seringues. Même en tenant compte des conseils de précautions et de désinfection, un tiers des UDVI de Sydney se sont trouvés en situation de risque d'infection au VIH.

Crisp et Barber établissent un rapport entre la perception des risques et le comportement et montrent que le partage de seringues est rarement, sinon jamais, le choix préféré par les usagers injecteurs. Le partage s'impose à l'utilisateur à cause d'un ensemble de facteurs qui sont contextuels et psychologiques.

Des facteurs contextuels :

- Lorsqu'ils évoquent des situations de partage de seringues, un événement non prévu s'est invariablement produit, amenant à ce que le nombre de seringues soit inférieur au nombre de personnes qui veulent s'injecter. Si cela peut se produire lorsqu'on découvre au dernier moment qu'une seringue est abîmée, beaucoup ont décrit une occasion de s'injecter imprévue, à un moment où l'on n'a pas de seringue. Ces événements imprévus sont particulièrement problématiques la nuit ou le week-end, quand la plupart des centres qui distribuent des seringues stériles sont fermés. Mais même lorsque les lieux d'approvisionnement sont ouverts, se procurer une seringue stérile peut encore sembler hors d'atteinte, par exemple si c'est la nuit et qu'on n'a pas de voiture ou de moyen de transport en commun, une pharmacie ouverte dans une autre banlieue n'est alors d'aucune aide. De même, il peut sembler inutile d'aller chercher du matériel stérile lorsqu'on vous offre des drogues : le temps d'aller chercher le matériel ne garantit pas que l'offre sera encore disponible.

- Le partage est plus fréquent quand l'injection devient urgente parce que les UDVI sont en état de manque ou d'ébriété. La capacité d'une personne à refuser l'injection avec une seringue déjà utilisée varie selon les personnes et aussi selon l'humeur du moment. Nous avons vu plus haut avec Bourgois (1998) qu'un certain degré de précarité déterminait des conditions de vie qui ne rendent pas plausible ni envisageable le refus du partage.

- S'il n'est pas évident que le partage de seringues soit considéré comme « normal » pour les UDVI, comme un moyen d'exprimer des liens avec des amis et/ou des partenaires sexuels, la nature de la relation avec ceux qui se sont déjà servis de la seringue peut être déterminante. Des amis, des partenaires sexuels ou des familiers sont nommés comme étant des personnes avec lesquelles on peut accepter de partager une seringue, si besoin est, ainsi que des personnes dont on croit savoir qu'elles ne sont pas exposées au sida ou aux hépatites. La

sélection des partenaires et le partage se décident ainsi selon le degré de proximité des partenaires et l'évaluation de leur statut VIH ou VHC.

Des facteurs psychologiques :

- Nous l'avons dit précédemment, les croyances, préférences et perceptions à propos du risque encouru jouent un rôle sur le déroulement de l'injection (Crisp et Barber, 1997). Si le propriétaire de la seringue peut être assuré du droit de s'injecter en premier, les UDVI qui sont considérés par leurs pairs comme étant les moins susceptibles d'être infectés peuvent aussi être reconnus comme pouvant s'injecter en premier, et ceux dont on sait qu'ils ont le sida ou une hépatite sont relégués à la dernière place, quel que soit leur rôle pour fournir le matériel. Une hiérarchie des individus s'opère en fonction du déroulement de l'injection. Celui qui s'injecte en premier est celui qui est considéré comme le moins à risque, mais cette évaluation est subjective. Malgré l'importance accordée à l'évaluation du risque, certains sont tout à fait incapables de dire objectivement s'ils ont pris ou non des risques et quand. Ces personnes qui sous-estiment leurs prises de risque se trouvent plus souvent que les autres en manque avant l'injection, et elles estiment que la séroprévalence au sida chez les UDVI est moins élevée que ne le pensent ceux qui surestiment leurs risques d'infection. Les personnes qui prennent des risques trouvent des arguments et des justifications de leurs pratiques et sous-estiment la prévalence VIH dans la population des UD.

- Les croyances sur la facilité avec laquelle on peut obtenir du matériel d'injection dépendent également de l'âge, les UDVI âgés de 21 ans ou moins estimant que c'est plus difficile.

- Un contact négatif avec un centre de distribution de matériel stérile, des malentendus sur les services proposés peuvent contribuer à ce qu'on s'attende à être mal traité par la suite, et amener à y renoncer. Cela souligne l'importance de la dimension affective des relations avec les programmes d'échange de seringues et le rôle de la perception de l'accessibilité de ces services.

- Citons enfin le rôle des croyances sur l'efficacité des méthodes de stérilisation du matériel d'injection, et sur la manière de stériliser le matériel.

La décision du partage

Evaluer le risque

Un difficile conflit intérieur se joue dans la décision du partage. Les prises de décision comprennent toujours une part de stress quand celui qui décide réalise que, quoi qu'il choisisse, il perd ou gagne un enjeu important. Il peut paniquer et adopter une stratégie d'adaptation ou un évitement défensif : l'inattention ou l'oubli sélectifs, une distorsion du sens des messages de prévention et une construction de rationalisations en fonction des souhaits, pour minimiser les conséquences négatives, dans l'attente qu'une issue acceptable soit possible. L'UD va construire a posteriori une logique de rationalisation du risque, ce qui présuppose qu'il s'est engagé, avant d'avoir peur, dans le déroulement d'une action. Est-il réaliste d'espérer trouver une meilleure solution, se demande-t-il ? S'il estime que non, il reviendra alors au déroulement initialement prévu et cherchera à se protéger du stress par un « évitement défensif » de tout signe de danger ultérieur.

Avant de prendre la décision de partager, l'UD doit évaluer l'ensemble des dimensions de la situation : les personnes impliquées, la capacité à se procurer une seringue neuve et leur

accessibilité. S'il estime qu'il n'y a pas assez de temps pour chercher et délibérer, le décideur peut devenir hyper vigilant ou paniquer et adopter ce qui, à ce moment-là, est la solution la plus évidente. Chaque étape de ce processus cognitif dépend d'un ensemble de conditions préalables.

Bien que les UDVI préfèrent s'injecter avec leur propre seringue, l'éventualité d'un partage se produit s'il y a plus d'une personne et une quantité limitée de drogue injectable. Si certains se trouvent devoir choisir entre s'injecter avec une seringue partagée ou bien renoncer à l'injection, ils vont tenter d'évaluer s'il y a un risque important à partager. Les conditions préalables à la réponse à cette question comprennent des facteurs personnels comme les croyances, la dépendance aux drogues ou l'humeur du moment, tout comme les caractéristiques des injecteurs précédents. Les croyances personnelles qui feront que les UDVI considèrent que le risque d'infection est plus ou moins important comprennent ce qu'ils considèrent comme le degré d'infection au VIH de leur communauté, en général. Cela dépend à la fois de l'âge, du genre et de leur expérience dans la culture des UDVI. L'ivresse, le manque et l'humeur du moment vont également affecter la façon dont le risque d'infection sera perçu comme plus ou moins important ; les caractéristiques de la ou les personnes qui s'injectent préalablement seront aussi prises en compte, le statut VIH des usagers précédents et leurs pratiques d'injection, ainsi que la proximité de la relation interpersonnelle avec ces usagers précédents, les croyances sur les méthodes de stérilisation du matériel... Si, après avoir considéré et évalué tous ces facteurs, les UDVI décident que le risque de s'injecter avec une seringue partagée est acceptable, alors le partage se fera.

Les facteurs qui entrent en compte dans cette évaluation incluent les points suivants :

- qui a fourni le matériel d'injection et/ou les drogues ;
- la probabilité d'infection des personnes en question ;
- s'il est possible ou non de se procurer d'autres seringues. Si c'est possible, les UDVI peuvent attendre le matériel pour s'injecter. Les plus jeunes vont prendre plus de risques car ils connaissent mal les dispositifs d'accessibilité aux seringues.
- s'il y a des alternatives convenables à l'injection : dans cette question va jouer le niveau d'expérience des UDVI en matière de manque ou craving, pour déterminer s'il est ou non impératif de consommer ;
- si la drogue doit être prise à ce moment-là : il peut arriver qu'on offre une dose à toutes les personnes présentes, mais que cette invitation ne permette pas de refuser de partager la seringue ni de s'injecter plus tard. Même si les UDVI pensent qu'il faut prendre la drogue, soit parce qu'ils sont en manque, soit parce qu'il est probable que l'occasion ne se reproduira pas, il est encore possible de consommer la drogue par un moyen autre que l'injection. L'UD doit donc évaluer s'il peut différer la prise de produit.

Prendre ou pas le risque du partage : des facteurs multiples

Donoghoe, Dolan & Stimson (1992), dont nous présenterons plus bas l'enquête, ont effectué une revue de la littérature sur le rôle des conditions de vie et des facteurs sociaux du partage de seringues chez les UDVI. Ils les résumant ainsi : Nous avons choisi une dizaine d'enquêtes traitant ce sujet. Si les présentées ici ne sont pas toutes comparables, ni par leur objet, ni dans leurs méthodes, leurs résultats respectifs s'éclairent mutuellement. Ils sont présentés chronologiquement, en rapprochant toutefois les enquêtes qui portent sur des thèmes similaires.

Je n'ai pas l'article de Donoghoe et al. qui présente ces auteurs. Par ailleurs, je ne suis pas sûre qu'il y soit précisé leurs méthodes ou les pays où ils ont travaillé. Voici mes notes :

- 7 références d'articles montrent la diminution des pratiques d'injection à risque aux USA, en UK et ailleurs en Europe ;
- 3 références d'articles montrent qu'une minorité d'injecteurs maintient des pratiques d'injection à risque ;
- aux USA, Woods et al. (1989) suggèrent que la consommation de cocaïne prédit de façon significative des pratiques de partage de seringues et montrent des différences significatives entre ceux qui partagent ou pas leur seringue, en ce qui concerne l'âge, le niveau d'instruction, la race, le sexe et l'emploi ;
- Schoenbaum et al. (1989) ont trouvé des associations entre la race, la fréquentation des lieux d'injection, le partage et le VIH ;
- Wallace et al. (1989) trouvent au contraire que le partage de seringues n'est pas associé à la race, au sexe ni à l'âge, mais au fait d'être sans domicile, d'être arrêté et de bénéficier de l'aide sociale ;
- Clarks et al. (1990) associent, parmi ceux qui partagent leur seringue, la consommation de cocaïne avec une consommation plus fréquente de drogues et de multiples partenaires de partage de seringues ;
- Coleman et al. (1988) disent que les sujets qui estimaient qu'ils pouvaient avoir été exposés au VIH ont un taux plus élevé que les autres de pratiques à risque, à la fois sexuelles et par le partage de matériel. Ils trouvent également que les injecteurs qui ont de multiples contacts sexuels ont une plus grande probabilité d'avoir de multiples contacts de partage de seringues ;
- En les comparant aux autres injecteurs, Dolan et al. (1989) trouvent que ceux qui partagent leurs seringues ont tendance à être des polyconsommateurs, à fréquenter les lieux d'injection et à avoir plus de problèmes liés à la consommation de drogues. Mais ils n'ont pas trouvé de variables démographiques ou de personnalité différente entre ceux qui partagent leurs seringues et ceux qui ne les partagent pas ;
- Klee et al. (1990) ont montré que la consommation de temazepam et la polyconsommation chez les injecteurs du nord-ouest de l'Angleterre étaient associées avec le partage du matériel d'injection et des pratiques sexuelles à risque ;
- Dans une étude ethnographique sur les injecteurs, Burt & Stimson (1990) tentent d'identifier les obstacles à la réduction des risques. Les occasions où se produit un partage de matériel sont décrites comme exceptionnelles, bien que le partage de seringue avec des partenaires sexuels soit considéré comme « relativement sans risque » ;
- Power (1988) rapporte que le partage des aiguilles et des seringues est le plus souvent lié à la situation et qu'avoir des amis qui ont le sida a amené une diminution du partage de seringue.

Il est peut-être plus clair de les présenter ainsi, en totalité, plutôt que comme je l'avais fait ci-dessous (d'après ce que tu avais surligné) :

Stimson & Oppenheimer (1982) ont montré que les consommateurs d'héroïne de longue date étaient stables à la fois dans leur consommation de drogue et dans leur situation sociale, et qu'ils évitaient une grande part des « hasards » de l'addiction.

Si Power (1988) constate qu'avoir des amis qui ont le sida amène une diminution du partage de seringue et que la connaissance ou proximité avec des malades du sida est associée avec la

baisse des pratiques à risque, Dolan et al. (1989) n'ont pas trouvé de variables démographiques ou psychologiques différentes entre ceux qui partagent les seringues et ceux qui ne les partagent pas.

Les occasions où se produit un partage de matériel sont décrites par Burt & Stimson (1990) comme exceptionnelles, bien que le partage de seringue avec des partenaires sexuels soit considéré comme «relativement sans risque». Les UD, nous l'avons vu, perçoivent différemment le risque selon le degré d'intimité qu'ils ont avec leur partenaire de partage. Les injecteurs qui ont de multiples contacts sexuels ont une plus grande probabilité d'avoir de multiples contacts de partage de seringues (Coleman et al., 1988). Le rapport au risque est en lien avec l'ensemble des sphères de la vie car ceux qui ont une multitude de partenaires sexuels ont également une multitude de contacts et de partage de seringue. C'est la question de l'exposition au risque en général qui est ici posée.

Les résultats de l'enquête de Woods et al. (1989) aux USA montrent que la consommation de cocaïne prédit de façon significative des pratiques de partage de seringue. Elle est également associée à de multiples partenaires de partage des doses (Clark et al., 1990). Ceux qui partagent les seringues ont tendance à être des polyconsommateurs. L'enquête de Klee et al. (1990) montre en outre que la polyconsommation et la consommation de temazepam sont associées avec le partage du matériel d'injection et des pratiques sexuelles à risque.

Le fait que la consommation de cocaïne soit un facteur ~~de partages et~~ de pratiques à risque demande cependant à être étudié de plus près. D'autres facteurs liés au mode de vie sont associés au partage de seringue, comme celui d'avoir un mode d'habitat instable. Ceux qui partagent sont davantage sans emploi, plus enclins à voler ou commettre d'autres délits pour survivre. Le lien entre le manque de logement et le partage peut s'aggraver si les injecteurs, par nécessité, partagent leur logement avec des amis. Les injecteurs qui vivent avec d'autres, et en particulier d'autres injecteurs, sont plus enclins au partage. On note l'influence de la pression des pairs. Ces résultats sont cohérents avec l'argument de Burt & Stimson (1990) : adopter des pratiques sans risque ne demande pas seulement d'être informé des moyens (programmes d'échange de seringues) mais dépend aussi des ressources sociales qui permettront de résister à la pression des pairs et d'adopter ces pratiques. ~~La pression des pairs joue un rôle important sur le risque de partage, la norme étant de ne pas partager.~~

Ces résultats confirment l'importance des facteurs liés au mode de vie des injecteurs et aux circonstances sociales dans lesquelles les drogues sont injectées avec des pratiques à risque. Si pour réduire les risques, il est important de diffuser du matériel de prévention et des informations, il faut également pouvoir modifier les conditions de vie des UD et leur permettre l'accès à un logement. Les interventions qui ciblent des sujets à risque doivent être renforcées par des interventions plus larges de santé publique et de soutien social. Il s'agit de surmonter des barrières sociales qui empêchent le changement. La réduction des risques et la promotion du changement des pratiques ne sont pas tant une question de choix individuel et de motivation, elles sont également liées à une volonté politique d'améliorer les conditions de vie des UD. Un objectif essentiel des politiques de prévention du sida a été d'attirer les injecteurs dans les services en adoptant une approche bienveillante.

Alors que des mesures pour réduire le risque VIH des UDVI ont été prises en Grande Bretagne, comme dans beaucoup d'autres pays, Donoghoe et al. (1992a)⁶⁷ constatent qu'une

⁶⁷ Une cohorte de 207 UDVI ~~a été interviewée dans~~ 4 programmes d'échange de seringues et parmi les réseaux de rue de 2 villes anglaises, en 1989 a répondu à un questionnaire fermé. Ils ont subi un test anonyme

minorité d'injecteurs continuent à s'engager dans des pratiques à risque. Ils ont examiné les circonstances des dernières injections, avec ou sans partage. Les injecteurs qui ont rapporté des pratiques récentes de partage de seringues ont été comparés à ceux qui ne l'avaient pas fait récemment. Les premiers Ceux qui partagent diffèrent sont, de façon significative, davantage susceptibles d'avoir des seconds en plusieurs points dont : la consommation consommé de l'héroïne injectée, du dihydrocodéine (DF118) et du temazepam (50%) que ceux qui n'ont pas partagé (37%) ; l'injection d'héroïne, de temazepam et ces derniers ont plutôt consommé de la méthadone prescrite ou achetée dans la rue.

Les résultats ne montrent pas de différence significative pour l'injection de cocaïne et d'amphétamine, contrairement aux données sur la montée des pratiques à risque associées à l'injection de ces drogues aux Etats-Unis. On n'a pas trouvé non plus de différences significatives entre ceux qui partagent et les autres, concernant l'injection de Temgesic (buprenorphine), Palfium (dextromoramide), d'autres opiacés, d'autres tranquillisants ou de barbituriques.

De façon significative, ceux qui ont partagé ont déclaré, plus que les autres, l'héroïne comme drogue injectée le plus souvent. Pour ceux qui n'ont pas partagé, c'est la méthadone. Ceux qui ont partagé ont en moyenne plus d'injections (57) que ceux qui n'ont pas partagé (38) dans les 4 dernières semaines avant l'interview.

Les résultats de cette enquête montrent encore des différence significatives pour ce qui est de la fréquentation d'autres injecteurs ; les modes de ressources financières ; l'implication récente dans des délits ; l'utilisation de matériel d'injection emprunté ou non désinfecté ; les stratégies de protection contre le VIH ; le contact avec un médecin généraliste pour un traitement ; le nombre de partenaires sexuels, selon que -et si- ces derniers soient injecteurs ou pas. Les deux groupes n'étaient pas différents de façon significative en ce qui concerne la participation à des programmes d'échange de seringues et la présence auto-déclarée d'anticorps VIH. Dans cette enquête, 62 % des ~~occurrences~~ d'injections sans partage se sont passées au domicile des UD, contre 45 % ~~des occurrences~~ de avec partage. 44 % des ~~occurrences~~ situations de partage se passent chez des amis, contre 24 % des ~~occurrences~~ situations de non-partage. Injecter en dehors de chez soi avec des amis est associé à une pratique de partage et augmente dans ce cas l'exposition au risque. Les injecteurs partagent moins les seringues quand ils injectent de la méthadone plutôt que de l'héroïne. Ceux qui partagent ont moins de probabilité d'avoir une ordonnance pour une drogue injectée. Les auteurs en déduisent que l'amélioration de l'accès à ces drogues peut contribuer à diminuer les partages chez les injecteurs.

Là encore, les résultats amènent à conclure que l'échange de seringues semble lié aux circonstances sociales de l'injection et aux conditions de vie plutôt qu'à des choix personnels ou à une différence de motivation. Là où il y a du matériel stérile facilement accessible et où les taux de partage et la prévalence VIH sont bas, comme en Angleterre au moment de cette enquête, les programmes d'échange de seringues ne peuvent avoir dans l'ensemble qu'un effet limité sur la réduction future du partage de seringues. Ils ont joué un rôle vital pour réduire les taux de partage et ont encore un rôle important pour diminuer les pratiques à risque pour le VIH.

des anticorps VIH dans la salive. Les critères d'inclusion étaient d'avoir injecté une drogue dans les 4 semaines précédentes. Les sujets ont été suivis, ré-interviewés et re-testés fin 1990. Les 2 groupes (ceux qui ont partagé à la 1^{ère} injection et ceux qui ne l'ont pas fait) sont démographiquement similaires. Le taux de refus est de 8% des injecteurs contactés. 5% ont refusé le test de salive.

Il semble néanmoins qu'il se développe un climat où le partage de seringues n'est plus la norme. Les stratégies pour se protéger du risque d'infection ou de transmission du VIH n'ont pas toujours été réussies mais peu d'injecteurs partagent sans réfléchir. Cependant, comme le notent Friedman *et al.* (1992), « la réduction du risque n'est pas l'élimination du risque ». Beaucoup, parmi ceux qui partagent, continuent à déclarer que les difficultés à obtenir du matériel les empêchent de se protéger du sida. Les raisons qui font que le partage est davantage susceptible d'avoir lieu la nuit demandent une étude plus approfondie. On sait cependant que peu de programmes d'échange de seringues ou de pharmacies sont ouverts le soir ou la nuit. La disponibilité du matériel stérile peut donc être retenue comme un facteur. Le partage des seringues est encore souvent présenté comme un acte de nécessité, non seulement parce qu'il existe des ruptures d'accès (le soir, le dimanche) mais aussi parce que les relations avec certains pharmaciens sont une épreuve et peuvent les dissuader d'y avoir recours.

Bouhnik *et al.* (2002) observent que toute perturbation dans le plan prévu vient contrecarrer les possibilités de se protéger convenablement des risques sanitaires. La plupart des usagers continuent, pour éviter d'être arrêtés ou inquiétés par la police, ou bien pour dissimuler leur pratique à leur famille, de cacher leurs seringues dans divers recoins de l'espace public, avec le risque de se les faire voler, détériorer ou même utiliser.

En dehors de quelques personnes qui ont développé une attention marquée et des habitudes d'hygiène étendues à la gestion du matériel d'injection, nombreux sont encore les usagers qui continuent à fonctionner sur le mode de l'auto-évaluation des risques, en particulier en appréciant le degré de crédibilité de ceux auxquels ils accordent leur confiance :

« Nous avons remarqué bien souvent dans l'emploi du temps des usagers cette dualité dans les activités. La logique d'injection intègre deux dimensions contradictoires qui font système dans l'expérience de ces usagers, avec d'un côté des rituels de régulation de la pratique du shoot, qui assurent un certain niveau de protection sur le plan de la santé, et de l'autre la persistance de multiples risques de renversement de ces équilibres. Cet ensemble reste très aléatoire et ne protège que très faiblement des risques de contamination. » (ibid.)

Il y a aussi La présence de la police à la sortie des pharmacies est également un facteur dissuasif pour l'achat de seringues stériles, et joue donc comme un facteur de risque supplémentaire, même si la vente libre d- Depuis que les seringues et des kits d'injection sont contribué à réduire les en vente libre, il y a moins de drames prises de risque. Certains risques ont été longtemps sous-évalués, comme le partage du coton, source de diffusion de l'hépatite. Les personnes n'ont commencé à prendre des précautions que quand les associations d'autosupport et de réduction des risques et d'autosupport ont fait passer leurs messages dans les réseaux d'usagers. L'absence de symptômes visibles, pour l'hépatite, a permis d'accréditer l'idée que c'était un virus discret qui pourrait s'estomper, qu'on pouvait l'oublier... L'instrumentation du corps et des sensations liées à la prise de psychotropes tend à déréaliser tout ce qui relève de la santé ordinaire et de la maladie. (Bouhnik, 2005)

Les imprévus de toutes sortes amènent à réduire la capacité à vérifier la stérilité des seringues. L'occultation du risque et de la maladie renvoie chez certains au sentiment que l'injection et le plaisir ressenti projettent dans une dimension incomparable quelque chose de supérieur, rendant dérisoire la « petite cuisine préventive » (ibid.).

La plupart des usagers rencontrés par P. Bouhnik contractent l'hépatite C, beaucoup le VIH, souvent dans des moments où l'urgence liée au manque a dominé les préoccupations sanitaires. Ils ont intégré ces risques-là comme inhérents à leur condition. Ceux qui vont choisir de sniffer pour ne pas prendre de risques sont rares, plus rares que ceux qui vont tout mettre en œuvre, quoiqu'il en coûte, pour ne pas renoncer au shoot.

Le partage de seringue ou de matériel participe aussi à la nécessité de fabriquer ou maintenir des supports sociaux qui contribuent à orienter la logique de l'injection. La seringue, nous l'avons vu, peut être un support de lien plutôt qu'un support de sensations. Le partage peut fonctionner comme un élément de réaffiliation. Sortir de ce système est un risque plus angoissant que le sida ou l'hépatite (ibid.).

La plupart des consommateurs d'héroïne interrogés par Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) ont adopté un comportement à risques réduits, surtout quand ils s'injectent, mais aussi lorsqu'ils sniffent. Par contre, une partie de ces personnes dit avoir conscience que le partage des pailles peut être un moyen de transmission virale, mais n'ont pas modifié leurs pratiques de partage pour autant : ils ont d'autres priorités au moment où ils consomment : être bien avec les autres, éviter d'être repéré par la police ou la famille...

Modifier les pratiques de partage du matériel d'injection

Huo *et al.* (2005) ont interviewé, 3 fois en un an, 794 UDVI recrutés dans les rues de Chicago à partir de 1994, quand s'est développée la sensibilisation aux risques de transmission du VIH et que des programmes de prévention se sont mis en place. 45,7 % des participants ont au départ déclaré avoir partagé une seringue réceptive dans les six derniers mois. Le partage à l'aide d'une seringue donneuse a été déclaré par 28,7 % et le partage des récipients (65,1 %), des cotons-filtres (55,7 %) et de l'eau de rinçage (46,9 %) était courant. Au cours du suivi de cette enquête, les proportions de l'ensemble de ces pratiques de partage ont diminué de façon significative, en particulier le partage de la seringue réceptive⁶⁸ (~~le partage d'une seringue réceptive signifie s'injecter avec une seringue dont on sait qu'elle a servi pour l'injection de quelqu'un d'autre~~). Ces auteurs concluent que la participation à un programme d'échange de seringues est associée de façon significative avec une diminution du partage de la seringue réceptive et de la seringue donneuse, mais pas des récipients de préparation et de réchauffage.

3.5. Le sida

P. Bouhnik et S. Touzé (1995) estiment que la probabilité d'une mort liée à l'infection par le VIH ou à une overdose est devenue une composante du mode de vie des UDVI. Leur propre mort a fini par faire partie de leur vie, mais aussi de celle des autres, de ceux qu'ils côtoient quotidiennement. Et même si les campagnes de prévention ont entraîné de réels changements de comportements, essentiellement au niveau des seringues, les risques demeurent toujours présents dans ces années-là, principalement dans les situations d'urgence ou de défaillances liées à leur vie dans l'interdépendance, et pour certains dans la précarité.

⁶⁸ Rappelons que le partage d'une seringue réceptive signifie s'injecter avec une seringue dont on sait qu'elle a servi pour l'injection de quelqu'un d'autre.

Le sida a donné le sentiment d'une fatalité s'inscrivant dans le prolongement du destin des habitants des cités : une galère de plus, une raison de plus de se replier sur un système de vie décalé. Quand il est déclaré, il ne peut plus y avoir de risque supérieur, on est dans un programme de mort et certains multiplient alors les occasions de confrontation à des risques, souhaitant une overdose-suicide. Cette résignation renvoie à l'idée dominante qu'il n'y a aucun espoir de s'en sortir. (Bouhnik, 2005, p. 233)

« Les annonces de séropositivité sont d'autant plus difficiles à vivre qu'elles ont lieu en prison ou à l'hôpital, suite à une surdose. Les usagers éprouvent alors un sentiment d'acharnement, l'impression de subir des peines cumulées » (ibid.). Le sida a accentué leur marginalisation. Certains « ont fait des tentatives de suicide, d'autres encore sont entrés dans des états deont vécu des dépressions sévères. Le Certains ont eu tendance à accentuer le relâchement de leur sens moral peut être une conséquence (transmission volontaire du virus, négligences, prises de risques exacerbées, transmission volontaire du virus) ... D'autres ont cherché à se restructurer autour d'une 'identité de malade'. Certains encore Quelques uns ont changé de vie » (ibid., p. 234).

Ceux qui sont touchés le cachent, se taisent. Beaucoup évitent les tests. Une attitude de rejet à l'égard des 'présomés malades' s'est diffusée. Mais le paradoxe est aussi d'escompter une aggravation de sa santé pour améliorer sa condition sociale, passer du délinquant au gravement malade, du condamné pénal au condamné physique.

La mise sur la marché des trithérapies à partir de 1996 a déplacé, pour les UD touchés par la maladie, le problème vers la question de l'accès aux soins qui supposent un style de vie différent, savoir supporter et gérer le traitement, une disponibilité qui est impossible à beaucoup d'entre eux. La survie quotidienne et les passages réguliers en prison cassent les rares velléités d'engager un suivi médical.

En ce qui concerne les personnes séropositives ou malades du sida rencontrées par P. Bouhnik et S. Touzé (1995) en prison, elles ont pris depuis longtemps « leurs distances à l'égard des normes institutionnelles et des professionnels de santé, placés du côté de ceux qu'ils rejettent, à savoir un ordre social dans lequel aucune place ne leur a été concédée. A fortiori, ils ne se sentent pas prêts à entrer dans le jeu d'institutions spécialisées pour usagers de drogues les désignant comme des 'malades' ». Ce qui veut dire que ces personnes ne vont pas ou peu aller se faire soigner, et ne considèrent d'ailleurs pas qu'elles devraient plus particulièrement porter attention à leur santé, et qu'elles continuent à prendre les mêmes risques qu'auparavant. Il est probable que ce raisonnement est également celui des personnes dont les conditions de vie sont les plus précaires.

4. DES POPULATIONS DIVERSES

4.1. Les jeunes

Rassembler ici et résumer le plus caractéristique de ce qui a été noté, tout au long de cette synthèse, concernant particulièrement les jeunes, aidera à mieux cerner cette population que certains définissent en dessous de 24-25 ans. Les tableaux qui présentent les consommations isolent plus souvent les moins de 17 ans.

Avec Giddens (1999), nous avons vu que les jeunes grandissent aujourd'hui dans un monde qui permet une émancipation croissante à l'égard des institutions et des traditions. Les jeunes ont de plus en plus de choix à faire et cette liberté accroît l'incertitude et l'angoisse. Fernandez (2000) observe que leur identité se construit autour d'une quête de sens et que ceux qui entrent dans les carrières d'injecteurs tendent à se marginaliser, à la recherche de reconnaissance de leurs pairs, en transgressant normes sociales et règles de sécurité. La prise de risque sera pour certains jeunes un enjeu. David Le Breton (1991 ; 1998a) a davantage mis l'accent sur la recherche d'une relation avec la mort, et en fin de compte aussi du sens de la vie. Les prises de risque seraient un rite personnel de passage, un détour symbolique emprunté par la jeunesse pour s'assurer de la valeur de son existence.

Bouhnik *et al.* (2002), parlant d'une fraction de la jeunesse étudiante et de très jeunes lycéens (15-17 ans) des grandes villes, observent que ceux qui ont initié leur pratique d'injection dans les années 60 « ne se réfèrent pas principalement aux transgressions de l'adolescence, mais à des tentatives de réinventer une manière de vivre ensemble », en suivant une logique de distinction. La conscience d'un risque ne semblait pas exister. La plupart ont pu maintenir un certain niveau d'intégration sociale et un travail régulier. Ils n'ont pas eu le sentiment de transgresser une loi et ne se sont pas sentis marginalisés. Plus tard apparaîtra la dimension de déviance qui amène les jeunes à multiplier les transgressions pour financer l'achat des doses nécessaires à une consommation qui se révèle comme une dépendance. Des trafics s'installent chez certains, pendant que l'intégration sociale pourra demeurer pour d'autres. Cette nouvelle figure d'adolescents trouve dans le réseau des proches le goût de transgressions vécues en commun. L'injection représentera une étape supplémentaire à franchir, tout particulièrement chez les jeunes des milieux populaires. La réaction répressive et stigmatisante de la société va, selon ces auteurs, contribuer à formater les propres représentations sociales des jeunes qui vont se percevoir selon les représentations dominantes de l'époque.

Les prises de risques se concentrent majoritairement chez les jeunes de moins de 25 ans, observe Peretti-Watel (2001b), qui note que, pour les 15-24 ans, les accidents de la route représentent la première cause de mortalité, cette tranche d'âge étant deux fois plus touchée que l'ensemble de la population, et les garçons plus que les filles (OMS). Peretti-Watel précise que les conduites à risques des adolescents recouvrent une très large gamme de comportements, d'attitudes et d'états psychologiques (ibid., p. 81), que la désinvolture des jeunes n'est pas forcément un excès de confiance coupable mais qu'ils sous-estiment naturellement la probabilité d'être victime, par un biais d'optimisme et l'illusion du contrôle qui concerne particulièrement les adolescents : ils évaluent différemment les conséquences des risques, vivent avec un sentiment de toute puissance, se sentent invulnérables.

24 % des jeunes de 17 ans sont consommateurs réguliers d'alcool en 2005 et 4 jeunes sur 10 à 17-18 ans fument tous les jours, 12 % montrant déjà une dépendance forte au tabac (OFDT, 2005). Rappelons aussi les taux d'expérimentation du cannabis chez les garçons (54,6 %) et chez les filles (45,7 %) (Jauffret-Roustide, 2004). Nous avons vu avec Costes (2006) que les jeunes sont les usagers majoritaires de cocaïne. Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) constatent le retour de l'héroïne dans les espaces underground où elle représente une drogue comme une autre. Ces espaces semblent être le contexte majoritaire des débuts de l'héroïne pour de jeunes usagers.

Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), observant une population de consommateurs de l'espace urbain, sans diplômes, ayant fréquenté les espaces festifs techno, en grande précarité, notent qu'une majorité d'entre eux, de plus en plus jeunes (moins de 22 ans en moyenne), pratiquent l'injection de produits divers, à l'occasion ou régulièrement. Il semblerait cependant que depuis quelques années, les pratiques d'injection soient en diminution. La majorité des jeunes usagers démarrent leur consommation par la voie nasale, une partie d'entre eux passe rapidement à l'injection, le plus souvent pour des raisons économiques, l'utilisation de la voie injectable nécessitant moins de produit que les autres voies d'administration (Jauffret-Roustide, 2004). Les données de l'INPES et de la MILDT signalent par ailleurs que la consommation de psychotropes semble être en augmentation chez les jeunes. Bouhnik et al. (2002) précisent que certains ont grandi et se sont intégrés très jeunes dans un univers fortement orienté par des activités illicites. Pour ceux-là, l'injection est perçue comme une 'pratique ordinaire', cohérente avec l'image de soi qui recherchée et le regard qu'on se porte à soi-même (Fernandez, 2000). Cela passe par un apprentissage des façons de faire et des rituels, de ce qui est considéré dans le groupe comme normal. Les initiateurs sont souvent plus âgés et peuvent transmettre aux plus jeunes des informations de prévention et un savoir sur les pratiques de réduction des risques. Reynaud-Maurupt et Verchère (2003) notent que l'initiation s'est faite en moyenne à 20 ans (entre 14 et 30 ans).

Observant une population d'UDVI, Vidal-Trécan *et al.* (2002a) constatent que les plus jeunes prennent davantage de risques. Et les résultats de l'enquête de Novelli *et al.* (2005) suggèrent que les pratiques à risque liées à l'injection peuvent s'ancrer dès la première injection.

Les plus jeunes vont prendre plus de risques car ils connaissent mal les dispositifs d'accessibilité aux seringues Crisp & Barber, 1997

L'enquête de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) révèle qu'à partir de 2002 on note un retour de l'héroïne dans les espaces underground, via l'espace festif techno (mais aussi ragga, rock, ...) qui est le contexte majoritaire des débuts de l'héroïne des jeunes usagers.

A propos des trafics Bouhnik 2005 Les transactions se déroulent sous la protection de la surveillance des plus jeunes, payés pour ça.

des stratégies de prévention spécifique en direction des usagers de drogue incarcérés et des usagers de drogue les plus jeunes sont nécessaires.

D'après Vidal-Treca *et al.* (2002a), les mesures de prévention devraient cibler tout particulièrement les jeunes usagers de drogues qui n'ont pas commencé à s'injecter. Comme ces derniers ne fréquentent pas les centres de soins, les mesures de prévention devraient cibler les adolescents d'une façon plus générale, et pourraient faire partie des programmes d'enseignement sur les modes de transmission virale.

L'enquête de Bailey *et al.* (2003) conclut que si les jeunes UDVI ne se servent pas souvent du PES, voire pas du tout, l'utilisation fréquente du PES est associée à des pratiques à moindre risque.

La voie classique passe par une cure en milieu hospitalier suivie d'une postcure avec psychothérapie. « Pour les jeunes adultes issus de milieux populaires en particulier, cette voie est loin d'aller de soi traduisant une culture du corps et un rapport à soi fondamentalement opposés au sein de cette population par rapport à la culture psychologique des personnels soignants » (Duprez, Kokoreff, 2000). Ces auteurs notent que, dès les modes
Cependant, leur enquête auprès de jeunes de quartiers défavorisés en a rencontré peu qui n'aient rechuté : les ressources sur lesquelles prendre appui pour s'en sortir seront plus facilement à la portée de jeunes de classes moyennes ou supérieures, concluent les auteurs, en ajoutant que l'image repoussoir de l'héroïnomane dans les cités constitue cependant une façon de diriger les plus jeunes vers le cannabis, moins dangereux (ibid.).

4.2. Les femmes

En premier lieu, nous regroupons les données qui concernent les consommations des femmes.

La mortalité due au tabac progresse rapidement chez les femmes (mais elle touche les hommes à 90 %) (Peretti-Watel, 2001b). Une diminution avec l'âge, de la proportion d'usagers actuels de tabac, en particulier après 45 ans, s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente. L'écart hommes/femmes, qui augmente avec le niveau de consommation, croît également avec l'âge et devient plus important au-delà de 45 ans. Les hommes restent encore en 2005 plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35,5 % vs 27,6 %) (Données du site de l'OFDT, janvier 2008). Le tabagisme à l'âge de 17 ans est en forte baisse depuis 2000, aussi bien pour les filles que pour les garçons. La baisse s'est même accentuée entre 2003 et 2005. En 2005, le niveau d'usage quotidien concerne 32,3 % des filles (vs 33,6 % des garçons). Le tabac est le produits psychoactifs dont les consommations sont les plus partagées par les deux sexes (ibid.).

Si on observe la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool, une diminution apparaît chez les femmes entre 2002 et 2005 (entre 1995 et 2002 chez les hommes). L'écart de comportement de consommation entre hommes et femmes s'est réduit sur la décennie 1995-2005, même s'il reste encore très important (Beck *et al.*, 2007). L'accroissement de la proportion de consommateurs réguliers d'alcool chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2003 a touché de la même façon les garçons et les filles, en termes relatifs. Cependant, en 2000 comme en 2003, la proportion de consommateurs réguliers d'alcool est près de trois fois plus élevées chez les garçons que chez les filles. Cette différence entre les sexes est plus marquée chez les plus jeunes que chez les adultes. Enfin la mortalité liée à l'alcool est environ 4 fois moins importante chez les femmes que chez les hommes (ibid.).

Les médicaments psychotropes sont consommés par 12 % des femmes (6 % des hommes) (OFDT, 2005). 22% des filles de 17 ans (vs 8% des garçons) ont consommé un médicament psychotrope au cours de l'année (Beck, Legleye, Spilka, 2004).

Bouhnik *et al.* (2002) observent que, si une part des UD réussit à consommer des psychotropes sans entrer dans les cycles de la dépendance, c'est l'accumulation des épreuves et des conditions sociales défavorables qui conduit les plus vulnérables à la rue ou dans des hébergements précaires, regroupés dans certains quartiers. Ces auteurs comptent les femmes parmi ces populations les plus vulnérables, quand elles sont touchées par une rupture, la maladie, le chômage, la prison ou des séjours psychiatriques.

Anglin (1987) note que, plus souvent que les hommes UD, les femmes UD vivent avec des partenaires qui sont également UD et dont elles dépendent souvent économiquement. Cette dépendance à l'égard de leur conjoint UD les expose à davantage de prises de risques que les femmes qui sont sans partenaire. L'enquête de Buchanan *et al.* (2006) révèle que les femmes qui injectent du crack déclarent un taux supérieur de pratiques sexuelles à risques. L'étude de Vidal-Trécan *et al.* (1998), comme celle de Gogineni *et al.* (2001), montrent comment les femmes prennent plus de risques que les hommes : elles utilisent moins systématiquement des préservatifs (46 % vs. 55 %) et du matériel d'injection propre (65 % vs. 73 %). Le risque dans les relations sexuelles est la plupart du temps celui du partage de seringues en couple. Si les hommes entrent dans l'usage de drogue par imitation du groupe des pairs, pour les femmes, cette entrée est en général liée à un partenaire, et donc à leur vie sexuelle, d'où l'impérative nécessité de prendre en compte la sexualité dans l'analyse des prises de risques chez les femmes, le plus souvent liées au partage de la seringue avec le conjoint, ou à la prostitution.

Pour Baker *et al.* (1994), le fait que plus de femmes que d'hommes déclarent avoir un partenaire sexuel UDVI montre le risque de transmission hétérosexuelle et périnatale, pour le VIH, à l'intérieur de cette population et à partir d'elle.

D'après Fernandez (2000), pour associer les pairs à la prévention, il semble possible de pouvoir compter sur une mobilisation particulièrement importante des femmes UDVI. La prévention par les pairs se constitue surtout à partir de modèles d'identification.

Les entretiens de l'enquête InVS-ANRS Coquelicot⁶⁹ montrent que si les trajectoires des UD sont souvent chaotiques, marquées par des ruptures de vie, les femmes ont des trajectoires encore moins linéaires que celles des hommes puisque, dès l'âge de 16 ans, elles sont proportionnellement plus nombreuses à ne plus vivre dans leur famille (28 % vs 17 %). Au moment de l'adolescence, un tiers d'entre elles étaient livrées à elles-mêmes, en fugue ou placées dans des foyers de la Ddass ou des familles d'accueil. Cette autonomisation précoce est en lien avec des événements marquants durant l'enfance et l'adolescence (violences) plus fréquents (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008).

A l'âge adulte, les femmes se distinguent par l'origine de leurs ressources qui sont plus souvent issues d'allocations familiales (15 % vs 2 %) ou de pension alimentaire (1 % vs 0 %), ce qui rend leur situation sociale plus fragile, plus dépendante de l'extérieur.. Elles vivent plus souvent en couple (47 % vs 23 %), ont plus souvent des enfants, vivant ou non avec elles (60 % vs 47 %) et vivent moins seules que les hommes (38 % vs 60 %) (ibid.).

Elles sont plus nombreuses à déclarer une consommation de crack dans le dernier mois (42 % vs 25 %) et à s'engager dans des prises de risques liées à l'injection (42 % des UDVI vs

⁶⁹ Enquête transversale multivilles, menée en France depuis 2004, chez des UD recrutés dans des dispositifs spécialisés et chez des médecins généralistes. Cette enquête a été complétée par une recherche socio-anthropologique menée auprès d'un échantillon de 87 UD, avec des entretiens semi-directifs et des observations ethnographiques.

25 %) : 25 % des femmes UDVI déclarent avoir partagé leurs seringues dans le dernier mois (vs 11 % des hommes UDVI), ainsi que le récipient du produit (22 % vs 5 %) ou le filtre (26 % vs 4 %). Si elles sont également plus nombreuses à déclarer donner une seringue usagée à un ami, très rares sont en revanche celles qui déclarent s'être injectées avec la seringue usagée d'un ami (1 % vs 3 %). Ces pratiques de partage se déroulent le plus souvent au sein du couple (ibid.).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu des relations sexuelles dans les 6 derniers mois (89 % vs 75 %), avec un partenaire qui est plus souvent un UD (81 % vs 58 %). Elles déclarent plus souvent avoir eu des relations sexuelles en échange de drogues (32 % des UD déclarant avoir eu des partenaires occasionnels, vs 2 %) ou d'argent (72 % vs 3 %). Les auteurs concluent que la vulnérabilité des femmes est principalement liée à leur dépendance financière vis-à-vis des hommes pour se procurer des drogues. Leur conjoint est souvent le détenteur du produit, l'initiateur aux drogues et à l'injection. Cette dépendance au conjoint expose les femmes au risque du partage du matériel lié à l'injection.

Les femmes représentent 40 % des consommateurs de crack qui ont participé à l'enquête Coquelicot (ce qui est le double de leur représentation habituelle dans les structures de soins, autour de 20 %). Elles sont ici aussi particulièrement plus vulnérables face aux risques sexuels, leur corps étant plus fréquemment une monnaie d'échange contre de la drogue ou de l'argent (Jauffret-Roustide, 2006).

Les femmes apparaissent enfin beaucoup plus présentes parmi les jeunes générations des UD fréquentant les CAARUD, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Toufik *et al.*, 2008). Elles représentent plus de la moitié des usagers de moins de 20 ans, alors que l'ensemble de la population qui fréquente ces centres est constituée d'une femme pour 4 hommes. Ici aussi, elles se caractérisent par la fréquence d'un niveau élevé de précarité par rapport aux hommes (43 % vs 33 %). Si elles pratiquent moins l'injection, elles n'en apparaissent pas moins vulnérables que les hommes vis-à-vis de l'infection au VIH puisqu'elles ont, à âge, statut vis-à-vis de l'injection et degré de précarité égaux, 41 % de risques en plus d'être contaminées. Essentiellement marquée chez les non-injecteurs, la différence pourrait être liée à la contamination par voie sexuelle, y compris la prostitution qui est l'origine fréquente des ressources des jeunes usagères de drogues.

4.3. Les usagers à la rue

Au chapitre 1.4, nous avons parlé de la précarité comme facteur associé aux pratiques à risques pour les usagers. Rappelons que, pour ces derniers, la recherche d'un lieu de shoot est périlleuse et jalonnée d'incertitudes, d'après Bouhnik *et al.* (2002). Plus que les autres, ils courent le risque d'être interpellés, ce qui accentue la dégradation des conditions de sécurité de l'injection, en la reléguant dans des lieux exposés et sales. Dans les shoots à organiser au jour le jour, toutes les étapes sont dérégulées et l'état d'urgence tend à devenir permanent. La consommation de drogues sert à limiter les tensions de la vie à la rue, à supporter la souffrance sociale et la honte. Ce cercle incessamment répété contribue à fixer les usagers à la rue dans la pratique de l'injection qui devient le pivot d'un mode de vie très déstructuré.

La perte des divers équilibres de la vie quotidienne conduit à une accentuation des prises de risques qui vont participer à la production de cet état d'urgence. Le manque est une condition très propice à l'absence de précautions. Les cycles de l'injection s'accroissent et la

préservation de la santé passe au second plan des préoccupations. Etre repéré et traqué par l'environnement peut avoir des incidences sanitaires sérieuses. La pauvreté des ressources financières ne permet pas d'acheter du matériel et incite au partage. A cela il faut ajouter l'extrême fatigue, le sommeil perturbé, la malnutrition, les problèmes dentaires ou sanitaires divers, les abcès, le manque, le risque accru de se faire interpellé... ces conditions de survie contribuent à déstabiliser les personnes et ne permettent pas de maîtriser les risques de contamination (ibid.).

La baisse du prix de certains produits (comme la cocaïne) ces dernières années a multiplié les possibilités de consommer des substances psychoactives. Les consommations finissent par être uniquement réglées par les circonstances d'accès qui se multiplient. Il s'agit surtout de rechercher des effets à moindre prix et cela concerne plus souvent les usagers les plus précarisés, qui n'ont pas le choix et composent avec la disponibilité des produits. Certains mélanges rendent malade, ou bien induisent le besoin de renouveler l'injection, de consommer d'autres produits et donc de multiplier les prises de risques (ibid.).

Wright *et al.* (2005) ont interrogé 17 UDVI vivant à la rue et positifs au VHC, sur leurs pratiques d'injection, pour explorer le rôle du diagnostic positif du VHC sur leur injection, et identifier leurs pratiques à risque et leur perception des risques. Ils observent que les UDVI sans domicile s'engagent dans des pratiques à haut risque, comme la consommation de drogues à l'extérieur et dans des lieux publics, le partage du matériel d'injection et la réutilisation de seringues lavées. Une réutilisation excessive de seringues a également été identifiée en prison. Mais un diagnostic positif de VHC amène certains changements des pratiques en faveur de précautions lors de l'injection, et certains ont adopté d'autres changements dans leur mode de vie. Il est courant que les SDF reportent la responsabilité de la prévention de la transmission de l'hépatite C sur leurs pairs, surtout quand ils s'injectent avec d'autres. Les connaissances qui concernent la transmission possible par le matériel d'injection semblent rendre les consommateurs plus attentifs à réduire les risques dus à ce matériel.

Roy *et al.* (2003), dans une étude épistémologique de cohorte prospective, menée au Canada entre 1995 et 2000, ont observé que les jeunes présentant un risque accru de s'initier à l'injection avaient été récemment sans-abri, étaient mineurs, rapportaient une consommation récente d'hallucinogènes, de cocaïne ou d'héroïne, avaient un ou plusieurs tatouages, avaient vécu une histoire de viol et, chez les filles seulement, avaient un(e) ami(e) s'injectant des drogues. Dans une autre étude reposant sur une approche qualitative, Roy *et al.* (2004), montrent que plusieurs éléments interagissent pour accroître la probabilité de passer à l'injection chez les jeunes de la rue, notamment de pauvres acquis personnels, des problèmes familiaux importants, une histoire de consommation problématique familiale et personnelle, une rupture précoce des institutions de socialisation primaire comme l'école et la famille, les préférences et les attentes personnelles par rapport à certaines drogues, l'affiliation à une sous-culture valorisant un style de vie lié à la rue et à la drogue et le marché local de la drogue.

4.4. Les trafics

La prison étant l'un des risques de la vie des usagers de drogue, nous présentons rapidement ce que représentent les trafics dans leur quotidien, en reprenant les termes de P. Bouhnik

(2005). Ce qu'elle décrit nous montre que les conditions dans lesquelles se passent les trafics constituent un risque en soi, par la violence qui s'installe dans les relations autour du deal. Cette violence est une menace pour l'équilibre des relations tissées entre eux et avec l'extérieur. P. Bouhnik, qui a débuté au début des années 90 ses observations ethnographiques dans le milieu des consommateurs de drogues dures, note en 2005 qu'« avec le temps, on peut parler d'une dégradation de la conscience morale des groupes d'usagers de drogue, avec un rétrécissement des raisons d'être ensemble, un sentiment d'appauvrissement et de dévalorisation. La communication tend à se cantonner à la recherche de produits. La gestion d'un équilibre précaire, où les risques d'interpellation par la police sont omniprésents, et la négociation aléatoire avec l'environnement accaparent fortement les consommateurs. Les usagers sans ressources cumulent les difficultés : se faire arrêter, se découvrir séropositifs... » (ibid., p. 98). Ils sont pris dans un double lien fait d'attachement à la communauté déviante et de lutte acharnée pour se maintenir en état d'approvisionnement. Le risque fait partie du lien : il faut se faire respecter, ménager ses arrières, ne s'aventurer qu'avec l'assurance d'un minimum de soutien. A tout moment, le rapport peut s'inverser : une amitié qui va trop loin, c'est un risque supplémentaire de se voir dévoilé aux yeux de tous. Chacun se trouve, de ce fait, dans une très grande solitude, avec, en même temps, une solidarité autour du risque partagé (p. 101). C'est à celui qui sera le plus malin pour arnaquer les dealers (couper les produits, disparaître sans payer...), et saura gérer au mieux les risques. Les plus précaires prennent plus de risques et se font arrêter. Les transactions se déroulent sous la protection de la surveillance des plus jeunes, payés pour ça. La sécurité principale relève des liens unissant revendeurs et consommateurs

P. Bouhnik estime que « le deal, au-delà de la transaction argent-produit, serait aussi un deal de sens, un deal de vie et de mort pouvant être renvoyé à une forme particulière de scénographie sociale. La prise de drogue correspond, pour certaines personnes, à un mouvement de « révolte furieuse » - pour reprendre une expression d'Arthaud – à même le corps ». (ibid.)

Les échanges sont intéressés, souvent destructeurs, mortifères. Ils sont traversés de rapports de domination et d'exploitation. Cette communauté a son langage propre. Les rapports sociaux y sont structurés selon des modalités décalées des normes en vigueur, mais qui possèdent néanmoins leur cohérence et leurs règles propres. La reconnaissance d'une communauté déviante constitue un enjeu sur le plan de la compréhension comme sur celui des politiques publiques. (ibid.)

Parlant plus largement de la répression, P. Bouhnik note que le sentiment, à un moment donné, de ne plus pouvoir reculer dans la participation aux trafics est largement partagé. Le cycle répressif, dit-elle, a contribué à ancrer les effets déstabilisants des trajectoires d'usagers, la charge de la peine venant ajouter à la charge des pratiques déviantes une valeur négative supplémentaire avec un effet d'ancrage (récidives, installation dans les microtrafics).

Les dernières données du dispositif TREND signalent l'introduction du Subutex® sur le marché parallèle, ainsi qu'un trafic de rue de méthadone (Halfen *et al.*, 2008).

4.5. En prison

Bouhnik et al. (2002) constatent, d'après leurs entretiens, que l'expérience de la prison renforce la consommation de drogues. Le retour répété en détention imprime la sensation d'une routine rituelle, d'un retour immuable. C'est un temps qui fonctionne comme un break provisoire, un temps de pause, mais qui ne modifie en rien l'économie de la pratique. La circulation des produits en prison permet d'y poursuivre la consommation.

Les risques d'incarcération contribuent à criminaliser progressivement les activités de consommation, tout en durcissant et en ancrant leur système de vie dans une logique déviante. Les usagers incarcérés perdent leurs ressources et leurs soutiens et sortent précarisés. (Bouhnik, 2005, p. 133). La prison tend à cristalliser le système de vie que les UD avaient engagé à l'extérieur avec les drogues illicites. On y apprend les régulations propres au monde pénitentiaire (rapports de domination, trafics, violence) et de nouvelles conditions de consommation (produits, modes d'administration). La violence des rapports ne fait qu'attiser le besoin de consommer. En sortant, « tu es marqué au fer rouge... j'ai vu des agneaux devenir loups » (ibid., p. 141).

Les incarcérations, en se multipliant, deviennent un élément à part entière de la condition d'usager de drogues illicites en milieu populaire. La fiole tend à être remplacée par des cachets prescrits par un psychiatre. Les détenus sont mieux nourris, se font soigner. Mais la prison ne permet pas de devenir abstinent à la sortie. (ibid.)

Par contre, Duprez & Kokoreff (2000), à travers leurs entretiens, constatent que le temps d'incarcération peut représenter dans certains cas une première phase dans le processus de sortie, permettant parfois d'éviter le pire que serait l'overdose mais aussi une plus grande dégradation. Ce temps peut être vu comme l'occasion de 'se refaire une santé'. La consommation d'héroïne en prison semble, d'après eux, peu courante et difficile à maintenir, mais pas inexistante.

Le temps passé en prison peut aussi être le moyen de faire une formation, prévoir un stage pour la sortie... Mais le soutien des travailleurs sociaux pendant l'incarcération ne semble pas se poursuivre au-delà et un bon nombre rechutent après quelques semaines ou quelques mois.

En ce qui concerne les personnes séropositives ou malades du sida rencontrées par P. Bouhnik et S. Touzé (1995) en prison, nous avons vu plus haut que ces personnes ne vont pas ou peu aller se faire soigner, qu'elles ne considèrent d'ailleurs pas qu'elles devraient plus particulièrement porter attention à leur santé, et qu'elles continuent à prendre les mêmes risques qu'auparavant.

Découvrir sa séropositivité en prison est vécu comme l'équivalent d'une condamnation à mort. Les temps vides d'incarcération s'emplissent d'angoisse et de silence : c'est un sujet tabou. Le sida symbolise le couronnement d'une vie de galère et de prises de risques. En outre, une discrimination forte traverse le monde carcéral et plus particulièrement le cercle des UD, à l'égard des séropositifs. (Bouhnik, 2005, p. 242)

4.6. Le milieu festif

Les informations que nous avons rassemblées concernant le milieu festif ont en partie figuré dans nos chapitres qui traitent des modes de consommation et des modes de vie. Nous les reprenons ici pour donner à voir plus précisément ce qu'elles signifient.

L'enquête de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) révèle qu'à partir de 2002 on note un retour de l'héroïne dans les espaces underground, via l'espace festif techno (mais aussi ragga, rock, ...) qui est le contexte majoritaire des débuts de l'héroïne des jeunes usagers. Les festivals hippies avaient aussi été, trente ans plus tôt, le contexte de consommations de substances diverses (LSD, amphétamines), ce qui pourrait amener à conclure à une continuité des usages dans les contextes festifs de la contre-culture. Ces pratiques de drogues festives semblent constituer un terreau idéal à l'accroissement des pratiques. Ces auteurs rappellent qu'il y a eu la culture hippie de 1965 à 1975, puis punk de 1976 à 1982. De 1990 à 1995, les fêtes techno amènent le renouveau de l'usage de stimulants et d'hallucinogènes et la multiplication des drogues de synthèse.

Une auto-régulation des pratiques semble vouloir les contenir. Si les grands rassemblements n'existaient plus, on pourrait craindre, d'après ces auteurs, que les consommations investissent davantage d'espaces privés moins régulés ni ouverts aux messages de prévention d'organismes qui s'efforcent d'y être présents pour diffuser des messages et des moyens de prévention.

C. Reynaud-Maurupt et al. (2007), dans le cadre du dispositif TREND⁷⁰, ont mené entre 2003 et 2005 une étude visant à obtenir des estimations de prévalence de l'usage des substances psychoactives chez les personnes qui fréquentent l'espace festif Electro en France⁷¹. Celui-ci regroupe les espaces festifs dits alternatifs (rave et free parties) et conventionnels (boîtes de nuit, bars musicaux). Le cannabis a été expérimenté par presque toutes les personnes rencontrées (95%), la cocaïne par 65% d'entre elles, l'ecstasy par 70%. Les champignons hallucinogènes, le LSD, les amphétamines et le poppers ont été expérimentés par au moins une personne sur deux, l'opium (et/ou rachacha de pavot) par 33%, l'héroïne par 26%, le crack ou free base par 24%, la kétamine par 19% et les benzodiazépines par 9%. Dans le dernier mois, 96% ont consommé de l'alcool (dont 61% ont été en état d'ivresse), 87% ont fumé du tabac, 57% ont consommé au moins un produit psychoactif hors tabac, alcool et cannabis, et 43% ont mélangé 3 produits différents au cours de la même soirée (tabac exclu). Ces taux évoluent selon les sous-populations rencontrées, qui sont le groupe Alternatif (amateurs de rave et de free parties), le groupe Soirées Urbaines (qui se retrouve surtout dans des bars musicaux), le groupe Clubbing (amateur de boîtes Electro) et le groupe Select (accessible par cooptation, cultivant l'entre soi et une image chic et branchée). C'est toujours le groupe Alternatif qui affiche les prévalences les plus élevées. L'usage récent de cocaïne et/ou d'ecstasy y concerne 7 personnes sur 10.

Toujours dans le cadre du dispositif TREND, les observations réalisées en 2007 par Halfen *et al.* (2008) montrent que dans les espaces festifs commerciaux (clubs ou discothèques) de Paris, les consommations se tourneraient principalement vers l'alcool, l'ecstasy et la cocaïne. Ces consommations seraient plus visibles dans les soirées « after »⁷². Dans les événements

⁷⁰ Tendances récentes et nouvelles drogues : ce dispositif a été mis en place par l'OFDT depuis 1999.

⁷¹ Cette étude (présentée p. 25, note 14) comprend une phase qualitative visant à construire un plan de sondage à partir de données ethnographiques et une phase quantitative correspondant au recueil et traitement des questionnaires, dans cinq grandes villes françaises (300 questionnaires par ville). La population est âgée de 24 ans en moyenne, masculine pour les deux tiers.

⁷² Soirées organisées dès 19h, appelées également soirées « before ».

festifs « alternatifs » comme les free parties, l'alcool et le cannabis seraient très présents, avec parfois des stimulants (ecstasy, cocaïne) ou des hallucinogènes (champignons, LSD) selon les soirées. Certains produits moins courants (poppers, kétamine, GHB) sont propres aux espaces festifs gays.

4.7. Les usages et les usagers intégrés

L'usager intégré est celui qui parvient à maintenir un mode de vie "normal", à la différence de l'UD que nous avons décrit plus haut : il a un logement, une occupation professionnelle ou scolaire stable et gère sa dépendance en essayant de limiter les risques au maximum, de réduire les problèmes physiques, de se procurer les moyens financiers nécessaires et de présenter une image conventionnelle. Après une étude de onze usagers de drogues intégrés (dont neuf personnes physiquement dépendantes), Maria Caiata (1996) tente d'expliquer comment on peut faire partie de deux univers différents : celui de la drogue et celui de la conformité et pourquoi on peut alors parler de toxicodépendance d'intégration.

Ces usagers dits intégrés essaient de contrôler la qualité du produit, de respecter les mesures d'hygiène, d'éviter l'injection. Ils utilisent parfois des substances légales alternatives comme l'alcool ou les médicaments et s'efforcent de surveiller leurs dépenses. « L'usager doit être à la fois assez proche du monde de la drogue pour pouvoir acheter le produit et suffisamment éloigné pour ne pas y être assimilé » (Caiata, 2002). Il essaie d'acheter hors de sa ville. « Surveiller la quantité du produit utilisé est une des préoccupations les plus importantes : on ne consomme pas pour "se défoncer", au contraire, on absorbe juste la quantité nécessaire pour "déstresser" un petit peu, pour être "bien dans sa peau", pour "s'amuser ce qu'il faut" » (ibid.).

Ce mode de vie exige prudence, discrétion, vigilance, pour gérer les menaces potentielles. C'est un équilibre précaire qui demande un apprentissage des compétences nécessaires pour planifier les temps de consommation, anticiper les risques et s'adapter aux imprévus inévitables. Maria Caiata a identifié deux scénarios représentant des modèles de vie de ces usages intégrés. Il y a ceux chez qui la substance occupe une place très importante, voire constitue un allié indispensable pour pouvoir continuer à accomplir les occupations quotidiennes, à résister à des contraintes sociales lourdes. Ici, la drogue n'est plus une fuite mais une porte d'accès à l'univers de la conformité dont elle garantit la continuité. Repli sur soi et isolement peuvent accompagner ce mode de vie. A côté de ce « toxico-dépendant intégré », M. Caiata décrit un « consommateur intégrant » la drogue dans son mode de vie de façon apparemment harmonieuse, sans culpabilité, en lui donnant une signification positive. Il considère sa pratique comme sensée et même tout à fait normale. « Ce rapport paisible avec le produit est rendu possible grâce à un travail de production symbolique autour de la consommation », un travail continu de production de sens. « Il s'agit d'une conduite continuellement réfléchie et questionnée qui exige un monitoring constant » (ibid.).

Ces deux profils ne renvoient pas à deux populations distinctes. Les périodes de soumission au produit ou de distanciation alternent le plus souvent. « Le consommateur intégré est souvent une figure ambiguë qui oscille entre l'aliénation et l'appropriation », probablement selon les contextes et les ressources des personnes (ibid.). La précarité et les risques d'échecs sont inscrits dans ce mode de vie.

De 1996 à 1998, T. Decorte (2002) a mené une étude qualitative sur 111 consommateurs de crack et de cocaïne à Anvers, cherchant à identifier, entre autres, les mécanismes informels de contrôle et de régulation de leur consommation⁷³. Ces usagers font « *mentir les stéréotypes du manque, de la maladie et de la criminalité* » (p. 45). Ils reconnaissent que la consommation de cocaïne comporte de nombreux risques et de nombreux pièges : risque d'escalade, effets physiques et psychologiques négatifs, difficulté à décrocher, manque, conflits avec les proches, le partenaire, les collègues de travail... Ces difficultés sont associées au mode d'ingestion (notamment l'injection) et au taux de consommation élevé (plus de 2,5 gr par semaine). Cependant parmi ces usagers, ceux qui ont « *des problèmes ne sont pas représentatifs, mais exceptionnels* ».

Si la moitié de ce corpus a atteint un haut niveau de consommation (plus de 2,5 gr par semaine), seuls 5 % étaient restés à ce niveau pendant les 3 mois précédant l'enquête et 20% n'ont rien consommé dans les 3 derniers mois. 18% n'ont jamais quitté un bas niveau, et des pics de haut niveau n'excluent pas un retour à l'abstinence ou la modération. Les consommations sont irrégulières pour 90% d'entre eux, souvent le week-end seulement. 86,5% ont arrêté la cocaïne un mois ou plus, et 60% l'ont fait au moins 5 fois. 64% disent avoir diminué leur consommation, sans difficulté pour la moitié d'entre eux, ou avec des problèmes mineurs. La plupart évoquent une maîtrise croissante et 30% ont arrêté. Mais nombreux sont ceux qui ont connu auparavant une période de perte de contrôle. Les 3/4 n'ont jamais eu d'activités criminelles, sinon accidentellement, à part acheter de la cocaïne ou en vendre (à des amis en général) (ibid., 47-48).

A la suite de Norman Zinberg, Decorte estime que, hors de la pharmacologie, de nombreux facteurs interagissent sur la réponse à la prise de drogue, relevant de l'individu (son caractère) et de son environnement socioculturel. Des mécanismes de contrôle informel dictent les règles de conduite qui définissent quand et comment consommer, selon l'environnement et les situations : limiter les achats de cocaïne, éviter d'en prendre au travail, en famille, quand on se sent mal ou déprimé. Les situations jugées les plus appropriées pour la consommation sont les sorties, les fêtes, avec des amis (50). Decorte parle ici de frontières à protéger, de sentiments de honte et de regrets quand les règles définies ne sont pas respectées. « *Les signes d'une consommation contrôlée [...] sont : être capable d'abstinence périodique, refuser de la cocaïne quand on vous en offre (en d'autres termes résister au manque), pratiquer une consommation par petites doses ou à faible fréquence...* ». A ces signes correspondent les signes inverses d'une consommation incontrôlée où s'ajoute : avoir des problèmes financiers, mentir (la plupart mentent à leurs parents à propos de leur consommation). Ces idées servent de mécanisme de protection des frontières entre l'usage et l'abus, de protection du reste de la vie (travail, famille, ...) (ibid, 52). Les usagers voient ces mécanismes comme faisant partie de leur personnalité et non comme des prescriptions et rituels d'origine sociale.

Entre consommateurs, des conversations sur la question de savoir si on est « accro » ou pas permettent d'échanger des conseils. Decorte parle à ce propos de socialisation des mécanismes de contrôle informel. « *Les occasions d'apprendre à contrôler la consommation de drogue illégale restent très peu nombreuses [...] Ni la famille, ni l'école, ni la culture en*

⁷³ Les critères d'inclusion dans cette enquête ont été le choix de la cocaïne comme drogue principale, avoir plus de 18 ans, ne pas avoir été reconnu coupable d'un délit ni avoir participé à aucun programme de traitement de la drogue, ceci pour obtenir des données différentes des enquêtes habituelles et décrire une population d'usagers moins visibles. Le corpus s'est constitué par effet boule de neige. Les personnes ont répondu à un questionnaire semi-structuré et un entretien biographique libre.

général ne donnent les clés d'une consommation contrôlée », leurs avertissements sont perçus comme exagérés (54). Les groupes auxquels appartiennent les consommateurs semblent plus fiables. Seules les remarques d'amis proches peuvent aider à modifier la consommation.

A la suite de Becker (1963), Decorte décompose l'apprentissage en 3 étapes : apprendre la technique appropriée (par l'observation et l'imitation), à discerner les effets, à bien les apprécier. C'est une sorte de formation continue appuyée sur sa propre expérience et les discours du groupe, qui concerne le produit, ses effets, les sources d'achat, la qualité, ... Le savoir transmis est complété ou corrigé par l'expérience personnelle. De fausses croyances circulent : « les deux tiers des personnes interrogées omettent la phase de rinçage à l'eau du bloc de cocaïne freebase, rinçage destiné à faire disparaître l'ammoniac. Pourtant les fumées d'ammoniac peuvent nuire gravement à la santé des consommateurs » (ibid., 58). Dans le climat de répression sociale, « les consommateurs sont voués à méconnaître ou à manquer une partie du savoir sur les dangers de la drogue et sur les moyens de les éviter ou de les réduire. Ce qu'apprend une génération de consommateurs, elle a du mal à le transmettre à la suivante. Quand la transmission sociale est ainsi entravée, les tragédies ont tendance à se répéter. La consommation de drogues illégales est ainsi prisonnière de sous-cultures fermées et cachées, où les possibilités d'un contrôle social officieux sont limitées. » (ibid.).

En 2003, une recherche d'A. Fontaine et C. Fontana s'est centrée sur ces usagers de substances psychoactives (licites et illicites) qui, en dépit de, ou grâce à leur consommation, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle. Faisant suite à une première recherche exploratoire publiée en 2002, ce travail s'appuie sur le recueil et l'analyse des discours d'usagers. Au total, 63 interviews ont été menées (26 entretiens en 2002), le second volet portant une attention particulière aux usages de médicaments prescrits ou détournés, seuls ou en association avec des produits illicites. Ce rapport éclaire particulièrement les modalités de consommations et les effets recherchés, l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle, et la dimension sociale de la consommation.

Dans un numéro de revue consacré aux drogues dans le monde du travail (2004), A. Fontaine s'interroge sur ces « usagers de drogues qui travaillent ou salariés qui se droguent », et plus largement sur le rôle des psychotropes dans la vie des usagers intégrés. « L'usage de drogues, potentiellement source d'exclusion, peut dans le même temps être un outil -voire une condition- de l'adaptation sociale et professionnelle. Les médicaments peuvent aider des personnes à tenir le coup ». L'auteure distingue trois figures apparaissant dans les représentations des usagers intégrés : le Français moyen - qui incarne la norme -, le Junky - qui incarne la déchéance - et le Super Héros - qui incarne la réussite. D'après elle, c'est « en s'appuyant sur ces productions symboliques que l'usager, quel que soit son rapport au(x) produit(s) construit ses propres stratégies de gestion et qualifie sa consommation, en se mentant parfois à lui-même. S'identifier à la figure du toxicomane, sous l'angle du raté qu'on méprise ou du marginal qui conteste, c'est se préparer à le devenir. Cultiver l'image du Super Héros, c'est tenter de s'en rapprocher, intégrer et appliquer au moins en partie, le comportement qui définit ce personnage, même s'il reste fictif, rêvé ». Et l'usager qui travaille peut à la fois cultiver sa vie professionnelle pour s'éloigner de l'identité du drogué et se droguer pour s'éloigner de la norme, ne pas se sentir réduit à son identité professionnelle, cultiver une pratique secrète pour élargir sa vie. « De toute évidence, au-delà même du plaisir immédiat qu'il procure, l'usage de psychotropes vise à supporter, à accepter le compromis

nécessaire, parfois même à permettre l'intégration. Certaines personnes, qui recherchent la stabilité et la sécurité à travers leur statut social, entretiennent ainsi parallèlement un rapport marqué avec la transgression. Les drogues peuvent représenter dans ce sens une échappatoire, un moyen de se plier à la contrainte que représente le travail tout en entretenant une double identité. L'usage de drogues illicites, comme la fréquentation des milieux de la nuit, offre une possibilité, même symbolique, de dépassement des obligations créées par la condition sociale. Pour certaines personnes enfin, le caractère illégal des drogues a pu jouer un rôle important à l'adolescence mais a été supplanté par une nécessité d'un autre ordre : la drogue représente pour eux, comme pour les usagers de médicaments psychotropes, la condition de leur intégration, la béquille chimique⁷⁴ nécessaire à leur adaptation » (ibid.).

4.8. Les sportifs

Ayant participé à une étude sur les pratiques à risque des sportifs de haut niveau⁷⁵, Monique Leroux (2002) remarque que « les sportifs issus de milieux favorisés sont entrés dans une consommation régulière d'héroïne avant ou pendant leur parcours sportif et ont pu la gérer plus ou moins longtemps en l'articulant à leur autres activités sociales. Les sportifs issus de milieux plus populaires ont commencé vers la fin ou après leur parcours sportif une consommation elle aussi centrée autour de l'héroïne mais à tendance polytoxicomane, et ils ont rapidement été marginalisés par leur addiction ». Les ressources familiales peuvent aider à se fournir des produits de qualité, discrètement (livraisons à domicile), sans avoir à prendre le risque du deal ni à traverser des périodes de manque, avec l'aide, pour "décrocher" « des cabinets feutrés des "pys" plutôt que des espaces collectifs plus visibles que sont les centres de postcure » (ibid.). On peut se demander si ce que M. Leroux constate ici ne s'applique pas à l'ensemble des UD.

Les contraintes financières, en revanche, influencent le parcours de consommation en le fragilisant. Les périodes de pénurie poussent à se retourner vers d'autres produits, « des drogues de pauvres », au partage de seringues, au deal, à la multiplication de pratiques déviantes. La visibilisation de la consommation de drogue ne facilite pas la gestion de cette consommation. Le niveau de tolérance des familles sera également différent, la discrétion des pratiques moins efficace.

Beck et al. (2002) ont participé à une enquête européenne⁷⁶ et rassemblé un échantillon de 11 870 élèves de la quatrième à la terminale à qui un questionnaire de près d'une heure a été passé. Les résultats de cette enquête ne révèlent pas de liens très importants entre pratique sportive et usages de substances psychoactives, parmi cette population. Les auteurs ont cependant observé que, à sexe et âge contrôlés, l'expérimentation de cannabis, l'ivresse et le binge drinking⁷⁷ au cours du mois sont plus fréquents parmi les plus sportifs ; seul le tabagisme quotidien concerne davantage les moins sportifs. Ils notent également que, dans

⁷⁴ Expression employée par Ehrenberg et Mignon (1992)

⁷⁵ 60 entretiens ont été menés, privilégiant les personnes en situation d'échec par rapport à leur carrière sportive, ou consommant des produits psychoactifs.

⁷⁶ ESPAD

⁷⁷ Boire 5 verres ou plus d'affilée

l'enquête ESPAD, les plus grands consommateurs de produits psychoactifs (et d'alcool en particulier) sont adeptes de sports collectifs ou de sports de combat, associés à une sociabilité plutôt virile et alcoolisée. En revanche, les sports de glisse vont souvent de pair avec des usages de drogue festifs ou récréatifs. « Ces "affinités" entre substances et disciplines sportives peuvent traduire la recherche des mêmes effets, en particulier d'une sensation de vertige par laquelle l'individu mimerait la perte puis la reprise de contrôle, reconquérant la maîtrise de son corps pour exorciser le sentiment qu'il a de ne pas maîtriser son existence » (ibid.).

Si l'usage de substances psychoactives est traditionnellement considéré comme un moyen de s'évader du quotidien et de fuir le réel (se désocialiser), certains usages observés dans cette enquête sont le signe d'une « suradaptation, d'une volonté de s'intégrer et de réussir à tout prix » (ibid.), comme cela émerge également dans les usages intégrés. Dans ce cas, cet usage est le contraire d'un rejet de la société adulte et de ses valeurs de performance (Ehrenberg, 1991).

Beck et al. (2002) concluent en précisant que l'enquête ESCAPAD permet d'affiner ces résultats, montrant que la relation entre sport et usages de substances psychoactives diffère selon que l'adolescent est inscrit ou non en club (où il est encadré par des adultes).

5. LIMITER LA CASSE

5.1. La prévention

Présenter toutes les études sur ce sujet n'est pas l'objet de cette synthèse, et les évaluations des programmes mis en oeuvre sont nombreuses, mais un bon nombre des études évoquées dans ce rapport, quelles que soient leurs approches, expriment d'une manière ou d'une autre, ou concluent, à partir des résultats trouvés, à la nécessité d'une politique d'information et de prévention qui tienne compte des résultats de la recherche.

Avant d'informer et de prévenir, les auteurs insistent sur le fait qu'il faut, dans un premier temps, connaître, observer, enquêter...

Il faut d'abord connaître...

Friedman *et al.* (1989), présentant une revue de la littérature sur le sida et les nouveaux injecteurs, et évoquant leur enquête⁷⁸ dans le Bronx, Brooklyn et le Queens, estiment que les programmes de prévention doivent se baser sur une connaissance plus précise des changements que l'épidémie du sida pourrait amener dans les milieux de la drogue. (Friedman *et al.*, 1989)

Etant donné les difficultés de développer des programmes pour réduire le risque VIH chez les nouveaux injecteurs, Friedman *et al.* (1989) pensent qu'il faudrait connaître pourquoi les usagers de drogue commencent à s'injecter, même quand ils savent qu'ils risquent le sida, quelles sont leurs motivations à s'initier à l'injection. Il faut aussi d'après eux davantage d'information sur la façon dont les nouveaux usagers considèrent le risque et la prise de drogue.

Friedman *et al.* (1989) concluaient que l'urgence des besoins de prévention est forte : il leur semble évident, disaient-ils, qu'on peut s'attendre chaque année à une augmentation du nombre des usagers de drogue qui commencent à s'injecter, étant donné le grand nombre de fumeurs de crack qui passent à l'héroïne pour ralentir la descente qui suit l'euphorie procurée par la cocaïne. Le site actuel de l'INPES et de la MILDT annonce cependant le recul en France de la consommation d'héroïne par les toxicomanes dès les années 1990, avec une consommation qui semble se stabiliser à un niveau assez faible depuis le début des années 2000. Cette évolution est imputée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés dans le cadre de la politique de réduction des risques.

L'argument selon lequel les programmes de prévention du sida pourraient favoriser de nouveaux injecteurs ou leur servir d'alibi a conduit à s'opposer à la distribution légale de matériel d'injection stérile aux Etats-Unis et en Suède, et au traitement des héroïnomanes par la méthadone dans beaucoup de pays européens. Mais les résultats des enquêtes prouvent que la participation à des programmes est associée à une réduction de la consommation de drogue par voie intraveineuse (*ibid.*). Les données disponibles ne montrent pas d'augmentation de l'injection associée aux programmes de prévention du sida. Les données épidémiologiques

⁷⁸ présentée p. 76.

indiquent que si la proportion des nouveaux injecteurs qui ont délibérément adopté des pratiques sûres est faible à New York, cela ne se traduit pas par une prévalence supérieure de l'infection au VIH.

Bello *et al.* (1998) estiment que, même si des facteurs de confusion peuvent rentrer en compte, il est probable que la facilitation de l'accès au matériel d'injection, à partir de 1987, a permis une diminution de la contamination par le VIH et le VHC des UDVI.

Les données montrent en revanche une forte relation entre le laps de temps vécu comme injecteur et la probabilité d'être infecté. (Friedman *et al.*, 1989)

Les messages sanitaires qui s'appuient sur la peur ont un effet limité, surtout chez les adolescents ou les jeunes adultes, et d'autant moins qu'il n'y a de temps écoulé entre la première injection et l'infection au VIH, ou que l'intervalle entre l'infection et le début du sida est long. (Friedman *et al.*, 1989)

Les résultats de l'enquête menée par Baker *et al.* (1994) sont présentés en termes de besoins d'interventions ciblées sur la réduction des risques sexuels chez les consommateurs d'hallucinogènes. La conclusion de cette étude insiste sur la difficulté de produire un changement de comportement chez les usagers polyconsommateurs.

Les observations de Bello *et al.* (1998) montrent cependant l'aptitude des usagers de drogue à adopter des stratégies de prévention. Une utilisation plus fréquente du préservatif chez les personnes séropositives au VIH ou au VHC traduit leur souci, connaissant leur séropositivité, de ne pas contaminer leurs partenaires sexuels. À l'inverse, une faible utilisation du préservatif parmi les personnes séronégatives ou ignorant leur statut souligne la nécessité de renforcer les efforts de prévention du risque de transmission sexuelle du VIH en direction des usagers de drogue. Les données de cette enquête amènent les auteurs à conclure que, pour le VIH comme pour le VHC, des stratégies de prévention spécifique en direction des usagers de drogue incarcérés et des usagers de drogue les plus jeunes sont nécessaires.

Il est également nécessaire d'observer comment les UD interagissent socialement entre eux, comment ils s'insèrent dans des réseaux d'usagers de drogue plus expérimentés. Les programmes de prévention doivent s'appuyer sur une meilleure compréhension des modes d'interaction sociale entre les groupes d'UDVI (Friedman *et al.* (1989),

Les résultats d'une autre enquête de Friedman *et al.* (1997) montrent que les injecteurs de drogue placés au cœur des réseaux sociométriques ont davantage de probabilité d'être infectés par le VIH. Les réseaux à risque semblent être des passerelles pour le VIH, parmi les groupes de pairs des injecteurs de drogue. Les auteurs estiment que la prévention du VIH au cœur de ces groupes est essentielle pour éradiquer le développement de l'épidémie du VIH, les groupes se trouvant au cœur des réseaux étant des foyers de comportements à haut risque et pouvant devenir des poches d'infection au VIH.

Si des interventions ciblées sur les individus amènent des changements individuels, des interventions sociales peuvent apporter un changement des réseaux sociaux, de leurs normes, règles et rituels. Les deux formes d'interventions sont nécessaires, celles qui proposent aux personnes les moyens et les informations qui vont amorcer un changement de comportement, mais la réduction des risques doit également chercher à produire des changements dans les relations sociales et dans les contextes des comportements à risque (Rhodes & Quirk, 1998).

L'étude de Grund *et al.* (1996)⁷⁹ conclut à la nécessité d'enquêtes scientifiques sur l'observation des comportements de partage de seringues et sur les contextes sociaux où ils se développent. Ces auteurs proposent des recommandations pour une formation et une éducation à l'injection propre, ainsi que des recherches éventuelles.

C'est aussi ce qu'affirme Bourgois (1998), en insistant sur le fait qu'il faut d'abord se centrer sur le matériel de préparation pour comprendre les mécanismes de transmission de l'infection, et également prendre en compte le contexte social dans lequel vivent les usagers de drogue, afin d'adapter en conséquence les campagnes d'information.

Pour P. Bouhnik et S. Touzé (1995), « *la prévention suppose une réflexion qui dépasse le raisonnement individualisé et prenne en compte les systèmes de vie, dans le cadre de milieux de vie particuliers qui ancrent les personnes dans des pratiques spécifiques : à partir de là, et en engageant des moyens fondés sur une reconnaissance et une prise en compte respectueuse des personnes, des interventions efficaces seront possibles* ».

Si les discours de santé publique proposent une gamme de comportements à avoir pour mener une vie à moindre risque, il faudrait aussi, d'après Rhodes & Quirk (1998), tenir compte du fait que les personnes ont un grand nombre de risques à gérer dans le cadre de leur vie quotidienne et de leurs relations. Nous avons vu plus haut que des couples d'usagers de drogue peuvent se trouver dans la position d'avoir à choisir entre le couple ou la drogue. L'idéal d'une vie saine, proposée par les campagnes de réduction des risques est souvent pour eux problématique et inatteignable. Ils sont affectivement et concrètement fondés sur leur consommation de drogue, et donc encore plus fragilisés si les aspects qui sont à la base de leur organisation interne doivent être modifiés. Les discours de santé publique prônent un comportement hors d'atteinte pour des personnes qui ont plusieurs risques à gérer dans leur vie personnelle. Tenter de réduire les risques liés aux drogues peut comporter à leurs yeux un autre risque bien plus important pour leur vie privée. Il faut donc cibler ces relations en tant qu'agents du changement, chercher à obtenir des changements dans les règles et les normes des relations privées, comprendre comment la gestion du risque est vécue dans le contexte de leur vie privée et de leurs relations.

Du fait de l'évolution des espaces festifs, des modes de consommation et des produits consommés, certaines populations semblent aujourd'hui peu touchées par les messages de prévention : si les free parties, par exemple, se sont développées ces dernières années, les associations de réduction des risques y interviennent peu. Une méconnaissance des risques liés notamment à la consommation de cocaïne y est notée. Dans les espaces festifs gays, l'usage de drogues semble parfois associé chez certains à une sous-culture gay de l'excès, très rétive aux discours de prévention perçus comme empreints de moralité (Halfen *et al.*, 2008).

Puis, il faut informer

Friedman *et al.* estiment (en 1989, rappelons-le) que la réduction de l'incidence du sida chez les usagers injecteurs va se produire à long terme dans la mesure où les nouveaux injecteurs connaissent et pratiquent les consignes de sécurité, ce qui ne sera pas facile à obtenir : ils sont très difficiles à localiser, justement à cause du peu de liens qu'ils ont avec la majorité plus connue des usagers de drogue et parce qu'ils n'appartiennent pas aux réseaux identifiés d'usagers de drogue.

⁷⁹ présentée p. 14 en note de bas de page.

Si la prévention doit s'adresser à tous les usagers injecteurs, ces auteurs pensent qu'il faut tenir compte des différences épidémiologiques qui existent entre les injecteurs de drogue plus ou moins expérimentés et s'efforcer d'encourager plus particulièrement les injecteurs expérimentés qui ne sont pas infectés à changer leurs habitudes. Ces derniers étant beaucoup plus nombreux que les nouveaux injecteurs, il était urgent, écrivaient-ils à l'époque, de cibler avant tout cette population. Ce choix se justifiait par la constatation qu'aucun des nouveaux injecteurs de cette enquête n'était infecté alors que très peu ont délibérément adopté des pratiques sûres. Il semble que cette population soit plus protégée des risques infectieux que les injecteurs de longue date, parce que moins impliquée dans des réseaux d'injecteurs.

Friedman *et al.* suggèrent de développer des programmes qui rendent réelle et légitime, pour les nouveaux usagers de drogue, la nécessité d'éviter le partage d'un matériel douteux. (ibid.)

Fernandez (2000) distingue trois types d'attitudes chez les usagers injecteurs qu'il a interrogés, en réponse à la diffusion des messages de prévention : ceux qui sont prêts à faire passer un message de prévention, ceux qui ne désirent pas se retrouver entre toxicomanes et ceux qui ne voient pas comment faire de la prévention sans inciter à la consommation. Préserver les autres, c'est aussi refuser d'initier. Pour associer les pairs à la prévention, il semble possible de pouvoir compter sur une mobilisation particulièrement importante des femmes UDVI. La prévention par les pairs se constitue surtout à partir de modèles d'identification.

A la fin du chapitre 2, nous avons présenté des recherches de Vidal-Trecan *et al.* (2002a & b) qui montrent que le taux de partage a diminué au cours du temps, qu'avoir été initié par un tiers ou avoir partagé son matériel lors de la première injection peut influencer sur la suite de la trajectoire d'un usager de drogue, que c'est une étape-clé et marquante qui doit être déterminante dans les comportements en matière de prévention. Comme les initiateurs sont souvent plus âgés, ils devraient pouvoir diffuser des informations de prévention et transmettre aux plus jeunes un savoir sur les pratiques de réduction des risques. Ici aussi, il est exprimé que l'éducation par les pairs est probablement le moyen le plus efficace de transmettre les informations de prévention.

De plus, comme nous l'avons déjà signalé, les programmes de prévention insistent particulièrement sur les risques liés au partage des seringues, mais pas sur les risques qui subsistent du partage du matériel de préparation. Vidal-Trecan *et al.* estiment que les mesures de prévention devraient inclure des recommandations aux UDVI pour qu'ils utilisent leur propre matériel de préparation et leur propre préparation. Elles devraient cibler tout particulièrement les jeunes usagers de drogues qui n'ont pas commencé à s'injecter. Comme ces derniers ne fréquentent pas les centres de soins, les mesures de prévention devraient cibler les adolescents d'une façon plus générale, et pourraient faire partie des programmes d'enseignement sur les modes de transmission virale.

Gogineni *et al.* (2001), après avoir établi le lien existant entre réseau social d'usagers de drogue, injection et pratiques à risque, concluent que les programmes de méthadone devraient aider les patients à développer des réseaux sociaux de non-usagers. Il s'agirait de permettre aux UD de fréquenter d'autres personnes que des UD, puisque les résultats d'enquête montrent que leurs pratiques à risque augmentent avec le nombre d'usagers présents dans leurs réseaux sociaux.

Une enquête de Maher *et al.* (2004) auprès d'UDVI des quartiers sud-ouest de Sydney (Australie) cherche à déterminer la prévalence de l'infection du VHC et du VHB et les pratiques à risque associées⁸⁰. Les résultats amènent à conclure à un besoin urgent d'interventions visant à réduire l'exposition des UDVI, en particulier les injecteurs indigènes australiens et les Asiatiques, qui vivent plus particulièrement dans des environnements à risque.

Plus d'un tiers (36.6%) ont eu une réaction positive aux tests d'anticorps du VHC, et ¼ (28%) ont été exposés au VHB. Les facteurs indépendants de prédiction de la séropositivité du VHC ont été un score positif aux anticorps VHB, l'incarcération dans les années passées, l'injection en public, l'ethnicité asiatique et la durée du temps d'injection. Les pratiques à risque individuelles, y compris le partage de seringues et d'autres matériels d'injection, le fait de se faire injecter par un autre, n'ont pas été significatifs dans les modèles bi-variés ou multivariés.

Les résultats indiquent un besoin urgent d'interventions structurées comprenant l'immunisation de cette population contre l'hépatite B, un accès plus large aux programmes d'échange de seringues et aux traitements de la dépendance aux drogues, des programmes de substitution en prison et des services de surveillance médicale de l'injection devraient être intégrés aux efforts actuels de prévention des maladies infectieuses transmises par le sang chez les UD.

P. Bouhnik *et al.* (2002) regrettent le décalage entre l'entrée de la problématique de la prévention dans le débat public, la diffusion d'informations, la sensibilisation des personnes exposées, la prise de conscience, l'intégration de la maladie (pour les personnes atteintes) et la mise en pratique de mesures de protection.

Bouhnik *et al.* (2002) estiment que, pour les personnes les plus fragilisées, un développement conjoint des politiques sociales et économiques s'avère indispensable pour assurer une reprise de la maîtrise à partir de laquelle un déplacement pourra éventuellement être imaginé. Les données de ces auteurs pourraient alimenter la réflexion des politiques de santé publique, de prévention et de réduction des risques, sur les conditions et les facteurs qui participent (positivement ou négativement) aux processus de changement des comportements (facilitation, résistances, conversion). *« Une véritable politique de santé publique serait nécessaire pour aider ces personnes à réduire les risques attendant à leur condition. La politique dite de 'réduction des risques' a abordé un volet de cette politique (accessibilité du matériel stérile) ; celle centrée sur la substitution (méthadone, Subutex®) a abordé un autre des facteurs en permettant à des usagers de limiter l'emprise des produits illicites (déplacement vers un produit licite). Or une politique de santé publique, pour être efficace, est censée appréhender l'ensemble des déterminants d'un risque ou d'une pratique, qu'ils soient sociaux ou sanitaires, individuels ou collectifs. »*

5.2. La réduction des risques

⁸⁰ Etude prospective multisites par cohorte, utilisant une combinaison d'échantillonnage par boule de neige et des stratégies de recrutement de bouche à oreille. 377 UDVI ont été interviewés avec un questionnaire structuré et ont subi des tests de l'exposition au VHC et VHB. Les critères d'inclusion ont été l'injection d'une drogue dans les six derniers mois et le fait que la séropositivité aux anticorps du VHC ne soit pas connue.

C'est par le vecteur du partage de seringues que des dizaines de milliers d'utilisateurs de drogues ont été contaminés par le virus du sida⁸¹. A cela, les pouvoirs publics français ne vont répondre que très tardivement. C'est en 1987 que la mise en vente libre des seringues est mise en place, les autres mesures ne suivront que cinq ans plus tard et c'est seulement en 1993 que la réduction des risques est affirmée en tant que priorité dans le programme d'action gouvernemental en matière de toxicomanie. Dans des pays européens comme l'Angleterre, les Pays-Bas ou la Suisse, la RDR avait été adoptée depuis plusieurs années, dans les années 70 et 80, et ces expériences étrangères laissaient présager les résultats des mesures de réduction des risques sur le taux de contamination des toxicomanes par le VIH et les hépatites. L'expérience anglaise est la plus significative, en 1986 la ville d'Edimbourg, où la vente des seringues est restreinte, comptait 51% de toxicomanes séropositifs alors qu'à Glasgow où le matériel était accessible depuis plusieurs années, le taux de contamination était réduit à 4,5% (Jauffret-Roustide, 2004 ; Emmanuelli & Jauffret-Roustide, 2003b).

Les programmes d'échange de seringues vont se mettre en place à partir de 1989 sous l'impulsion de Médecins Du Monde. En 1995, la méthadone devient un traitement de substitution et en 1996, le Subutex acquiert aussi ce statut. La substitution est une mesure sanitaire car elle peut permettre à l'utilisateur de drogues d'avoir un contact quotidien avec une équipe soignante et de prendre soin de sa santé. Et, son objectif le plus connu est de réduire les risques de contamination des toxicomanes par le VIH, son caractère de prévention la présente avant tout comme une mesure de santé publique. Mais, la substitution peut être vue comme un moyen de réduire la criminalité liée à l'achat d'héroïne, en cela, elle est une mesure de sécurité publique. Et enfin, elle peut permettre également aux toxicomanes de franchir le premier pas vers l'insertion, ce qui est en fait une mesure sociale (ibid.).

La politique de réduction des risques a imposé une vision sanitaire de l'usage de drogues, comme alternative à la vision répressive qui a dominé en France. Avec un regard plus pragmatique sur la réalité évidente de l'existence des toxicomanies, il ne s'agit plus d'« éradiquer » l'usage de drogues mais de dire aux UD : « si vous devez vous droguer, faites-le sans risque ».

Une meilleure prise en charge des consommateurs d'héroïne, par une information pertinente sur les risques pris, auprès des UD, a permis que l'issue fatale des surdoses devienne plus rare. Une désaffection vis-à-vis de l'héroïne, associée à la baisse des pratiques d'injection en liaison avec l'épidémie de sida est reconnue par certains auteurs comme le fruit de la politique de réduction des risques et des programmes diffusant des informations sur les bonnes pratiques de l'injection (Lepère *et al.*, 2001). Les programmes de réduction des risques sanitaires et sociaux visent également, par des programmes de substitution, « à favoriser la stabilisation des patients confrontés à des conditions de vie marginales et à la dégradation de leur santé » (Duprez et Kokoreff, 2000).

La population des toxicomanes est aujourd'hui considérée comme l'un des groupes qui sont les plus pris en charge (Jauffret-Roustide, 2004). La population des moins de 30 ans s'expose ~~donc~~ davantage aux risques infectieux et ~~e'est pourquoi,~~ la séroprévalence du VHC (28 %) y est particulièrement préoccupante. La persistance de ~~telles~~ pratiques à risque s'inscrit dans un contexte d'expériences de différentes politiques de réduction des risques qui ont eu un impact

⁸¹ L'ensemble des chiffres-données sur les prévalences sont présentés plus en détail dans un encart dans l'introduction, pp. 7-8.

sur le VIH, mais dont l'effet reste aujourd'hui encore limité vis-à-vis de la transmission du VHC.

Voulant dresser un bilan de la politique de réduction des risques en France, le site du CRIPS⁸² (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) note que « *la réduction des risques a obtenu des succès indiscutables : 1) sur le plan sanitaire : en empêchant la contamination des nouveaux usagers, en leur permettant d'avoir accès aux soins, et en particulier aux traitements antirétroviraux dans le sida et au traitement de l'hépatite C, en permettant une diminution de ¾ du nombre d'overdoses mortelles de 1994 à 1997 grâce aux traitements de substitution ; 2) sur le plan social en allant au devant des toxicomanes les plus marginalisés sur leur lieu de vie ou en leur ouvrant des lieux à bas seuil d'exigence, tels les " Boutiques " (accueil de jour) ou les " Sleep-in " (accueil de nuit) ».*

Les chiffres qui étaient présentés ici ont été complétés et présentés dans un encart à la fin de l'introduction.

L'échange de seringues

En 1992 est officialisée en France la volonté du gouvernement de poursuivre les programmes d'échange de seringues, après qu'une évaluation des expériences tentées dans plusieurs villes ait été jugée positive (Jauffret-Roustide, 2004, p. 121). Le nombre de seringues vendues ou distribuées atteint 18 millions en 1999 (Emmanuelli, 2000) puis diminue de 33 % en deux ans (Emmanuelli, 2002).

L'enquête de Bailey *et al.* (2003) auprès de 700 jeunes UDVI de 18-30 ans, entre 1997 et 1999 à Chicago, révèle que 65 % d'entre eux n'ont pas utilisé le programme d'échange de seringues (PES) dans les six derniers mois. Ceux qui l'ont souvent utilisé sont ~~par contre~~ par contre ~~en~~ revanche moins enclins à partager les seringues ou le matériel d'injection, ou à réutiliser leurs propres seringues, et plus enclins à utiliser un préservatif avec des partenaires sexuel stables. Si les jeunes UDVI ne se servent pas souvent du PES, voire pas du tout, cette enquête montre que l'utilisation fréquente du PES est associée à des pratiques à moindre risque.

Kerr *et al.* (2005) ont cherché à examiner les facteurs associés au partage de seringues dans une cohorte d'UDVI recrutés à Vancouver, dans un quartier où s'étaient récemment ouverts des services visant une injection à moindre risque et proposant une surveillance médicale des UDVI. Entre décembre 2003 et juin 2004, parmi 430 UDVI actifs, 49 ont déclaré avoir partagé une seringue depuis 6 mois (c'est à dire avoir emprunté ou prêté une seringue ayant déjà servi). Les analyses ~~de régression logistique~~ de régression logistique multivariées n'ont pas démontré d'association significative entre l'utilisation de ces services et la diminution du partage de seringues.

Les conditions d'une politique

⁸² <http://www.lecrrips.net/webpaca/Publications/reductiondesrisques>

Le rapport de la commission « Toxicomanies » du Conseil national du sidaMolla (Les risques liés aux usages de drogues..., 2001) adressé au Conseil national du sida adresse un bilan de la politique française à l'égard des questions de drogues et présente des propositions et des recommandations pour une reformulation du cadre législatif.

C'est sur l'évidence qu'il n'existe pas de société sans drogue que « se sont bâtis des dispositifs d'accueil, de prise en charge et de suivi d'une partie des usagers, qui visent à amoindrir par tous les moyens les risques de dégradation sanitaire et sociale des usagers les plus précaires, notamment par une action résolue visant à modifier les pratiques à risque des usagers de drogues » (ibid.).

En préalable, ce rapport- précisrappelle les freins et obstacles à la prise en compte des risques liés aux usages de drogues en France : la persistance des préjugés et stéréotypes sur les UD (« entraves déterminantes à une politique résolue de réduction des risques ») ne tient pas compte des expériences diversifiées qui sont les leurs ni de l'hétérogénéité de cette population, que ce soit dans ses caractéristiques socio-économiques, dans son rapport à la délinquance ou dans ses prises de risques. Ces préjugés « contribuent à disqualifier les stratégies de réduction des risques qui, dans de nombreux domaines, ont permis de soutenir le développement de prises en charge efficaces, et ont contribué à renouveler les connaissances des toxiques et de leurs consommateurs. Mais surtout, ils masquent le fait qu'aujourd'hui encore, malgré les progrès réalisés, les usagers de drogues constituent une population en mauvaise santé, massivement précarisée, et qui, pour partie connaît des situations de marginalisation de plus en plus difficiles » (ibid.).

La politique sanitaire s'est appuyée, selon ce rapport, sur des représentations partielles des risques (OD, VIH, VHC, ...). Elle peine à tenir compte des comportements à risque qui perdurent aux campagnes de sensibilisation, et de l'évolution des modes de consommation, particulièrement dans le contexte actuel de précarisation accrue. De plus, eLe rapport souligne en outre l'ambiguïté des orientations politiques qui s'expriment sur le double registre de la santé publique et de l'ordre public.

Ce rapportIl faitprésente également un état des lieux de la prise en charge des risques liés aux usages de drogues, rappelant que l'approche répressive qui a dominé en France a été largement remise en cause, que les interpellations d'usagers étaient alorsen 2001 toujours plus nombreuses; et sans visée sanitaire, que les filières de traitement pénal, de poursuite et de sélection judiciaire s'avèrent très imparfaites, et que l'incarcération des UD les conduit dans un contexte où les risques sont amplifiés. Ce rapport ajoute que les tentatives d'amendement de la loi de 1970 l'ont vidée de son sens et ont accentué le caractère hétérogène de sa mise en œuvre.

Si le dispositif sanitaire est marqué par d'importants progrès, toujours selon ce rapport, il souffre de cloisonnements et de contradictions. Un bilan des injonctions thérapeutiques et des obligations de soins en soulignmontre les limites. Si l'accès aux soins s'est en effet nettement amélioré, reconnaît ce rapport, tant par la construction de nouvelles pratiques de réduction des risques; que par l'organisation du système de soins et la formation des professionnels, mais le dispositif sanitaire est jugé trop souvent cloisonné et incohérent, contribuant aux lacunes de la prise en charge, continue ce rapport -: les choix en matière de substitution ont des limites que soulignent les dysfonctionnements des programmes méthadone, les inégalités géographiques, les nouveaux risques de la substitution et la relation

ambiguë entre les prescripteurs et la loi. A cela s'ajoute les difficultés de la prise en charge en médecine de ville et des soins en prison.

Le rapport évoque en outre ensuite les lacunes de l'accompagnement psychosocial et des actions de « première ligne ». De nombreuses initiatives et des formes de réponse diversifiées ont vu le jour, mais les collectivités locales et territoriales ne se sont pas toutes engagées sur ce terrain avec la même intensité. Le dispositif reste incomplet et partiellement inadapté aux nouveaux risques (ibid.).

En matière de prévention primaire et secondaire, les objectifs visés sont divers et manifestent des « décalages insurmontables ». Pour amortir les contradictions existantes entre les principes légaux et les logiques de prévention, le rapport préconise de renouveler les méthodes d'intervention, recadrer le cadre réglementaire de la prévention et accentuer les moyens mis en oeuvre.

Plus précisément est souligné ici le décalage de l'action menée, notamment par les pouvoirs publics, avec les préoccupations de protection de la santé publique qui n'occupent qu'une place secondaire tandis que les moyens sont globalement orientés en faveur de l'action répressive. Les soins aux UD et la réduction des risques « continuent de souffrir du caractère prioritaire de l'objectif d'éradication des usages de drogues ». Des nuances accompagnent ces jugements, soulignant les progrès accomplis, le soutien de nombreuses institutions, en particulier celui de la MILDT. Le rapport recommande une politique appuyée sur « quatre piliers clairement hiérarchisés : prévention, réduction des dommages, accès aux soins et répression guidée par la reconnaissance des risques les plus problématiques en termes de santé et de sécurité publique ». Une priorité devrait être accordée à la prévention primaire et secondaire des conduites à risque, une prévention clairement formulée, bien coordonnée, accompagnée de moyens efficaces de protection de l'environnement familial, soutenue par une loi qui inclut la réduction des dommages liés aux usages illégaux et autorise des dispositifs souples de prise en charge. Sont également soulignés les risques de contamination des UDVI par voie sexuelle, la nécessité de renforcer l'information sur les hépatites, de soutenir de nouveaux dispositifs et d'évaluer les programmes en cours.

La protection du droit des UD aux soins est également soulignée dans ce rapport, le soin des usagers et de leurs souffrances, pour demande qu'on offre une réponse répondre avec coordinationnée à leurs besoins spécifiques et à leurs souffrances. L'action répressive devrait être plutôt orientée sur les risques liés à certains usages plutôt que sur le contrôle des usagers de stupéfiants UD, pour ne pas renforcer leur marginalisation et leur précarisation. Il est nécessaire d'inscrire dans la loi le rôle des autorités de sécurité publique et de Justice dans la réduction des risques. Notamment devraient être distingués le dommage fait à autrui du dommage fait à soi-même, l'usage en public et en privé, individuel et collectif, l'usage et le trafic, l'offre et la demande. Les consommateurs mineurs doivent bénéficier d'une prise en charge et d'une protection renforcées. En bref, ce rapport demande d'adapter les réponses pénales en fonction des risques sanitaires et sociaux (ibid.).

Bouhnik *et al.* (2002) posent en ces termes la question des enjeux de la politique à mettre en œuvre : « souhaite-t-on aider les usagers à réduire les risques liés à leur pratique, à les

rétablir dans la situation de personnes pouvant être « prises en compte », des personnes dignes d'intérêt, tant pour leur santé que pour leur réhabilitation sociale (citoyenneté) ? Souhaite-t-on au contraire « neutraliser » ces personnes, les cantonner dans un cercle dont elles ne débordent plus, en un mot les contrôler médicalement et socialement ? L'alternative est loin d'avoir été dépassée, y compris par les programmes à bas seuil qui permettent certes de contacter des usagers très éloignés des structures classiques, mais ne peuvent pas travailler davantage les conditions sociales de la logique d'injection ou celle des sensations ».

Ces auteurs proposent quelques pistes :

- Assurer à ceux qui s'injectent des conditions qui présentent un minimum de dommages pour leur santé : l'accès aux seringues stériles a été un premier pas ; l'accès à des produits de qualité réellement adaptés à l'injection en serait un second.
- Limiter les conditions de passage à l'injection est plus complexe et passe par 2 sortes de logiques : la logique économique et sociale (ne pas avoir les moyens d'utiliser un autre mode pour accéder aux sensations que celui de l'injection) et la logique d'entraînement (fréquenter un cercle de personnes engagées dans ce rituel de consommation). Une politique globale en direction des « milieux » de ces pratiques pourrait permettre d'introduire des régulations acceptables, avec des acteurs insérés dans ces milieux pour la promotion de pratiques moins nocives.

Isolement, ennui, rejet, précarisation, etc. sont les facteurs qui ont conduit à l'injection, et qu'il faut changer pour que les injecteurs qui souhaitent arrêter (la plupart) ne se retrouvent pas dans les mêmes conditions qui ont déterminé leur pratique (ibid.).

Enfin, ajoutent ces auteurs, « *la réflexion à l'échelle européenne pointe depuis près de 10 ans l'impératif de redonner une place à ces publics, et pas seulement leur adresser des politiques spécifiques médicales ou répressives. Tant qu'ils seront indésirables dans les hôpitaux, dans l'action sociale ou dans les circuits d'insertion, tant qu'ils subiront les effets du processus conjoint de précarisation et de criminalisation, en oscillant entre la rue et la prison, l'effet des actions dans leur direction restera éphémère. La prise en considération des styles de vie des injecteurs change beaucoup de choses sur le plan des relations sociales, de la considération de soi et du rapport aux risques : c'est la principale leçon qu'on puisse tirer des actions de proximité* ».

Tu veux ici quelque chose sur le travail de proximité ? J'ai travaillé sur ce thème en Europe.

Pour Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), les usagers de drogue parlent aujourd'hui de maîtrise ou de gestion de leur consommation, reprenant ainsi le vocabulaire de la réduction des risques dont ils ont intégré le message. La distinction entre drogues dures et drogues douces est moins sensible, les préoccupations concernant davantage les effets des produits, évalués techniquement. Les traitements de substitution font partie des pratiques actuelles, sans remise en cause, réduisant la durée des usages compulsifs permettant de régler la question du manque d'héroïne et les dommages associés. Si la plus grande partie des usagers de drogue a intégré les messages de la réduction des risques, en particulier ceux qui concernent le partage des seringues, d'autres y sont moins réceptifs et le risque de maladie ne semble pas les atteindre : ils vivent dans le présent. Le spectre de la déchéance qui est brandi à propos de l'héroïne ne coïncide pas avec leur représentation d'un « produit doux ». Les discours et brochures de prévention doivent s'adapter à cette évolution pour être crédibles, estiment ces auteurs.

G. Paicheler (2007), observant en France les controverses provenant de conceptions opposées du risque ou d'intérêts contradictoires, montre comment la complexité du sida a favorisé l'entrée en scène d'une grande variété d'experts et d'acteurs, avec des revendications concurrentes de légitimité. Des points de vue profanes sont devenus expertise légitime par le biais de l'action des associations qui les représentent. La mise en place de la prophylaxie des accidents d'exposition sexuelle au VIH illustre ce constat : elle éclaire les questions de la définition du risque et de la pertinence des indicateurs pour les différents acteurs sociaux et montre comment symboles et valeurs président aux décisions et influent sur la légitimité des expertises. Elle permet de mettre en évidence la distance entre une définition abstraite du risque et les situations concrètes d'exposition individuelle.

5.3. La substitution

La substitution représente un des aspects de la politique de réduction des risques mise en place par les pouvoirs publics pour répondre au problème sanitaire que représente la toxicomanie. Les traitements de substitution les plus couramment utilisés en France sont la méthadone et le Subutex® ou buprénorphine haut dosage (BHD).

La méthadone a été réservée de 1971 à 1995 à une prescription hospitalière, dans deux centres parisiens jusqu'en 1990, puis étendue progressivement à des centres spécialisés, avec un net développement à partir de 1995 seulement. Depuis janvier 2002, tout médecin exerçant en établissement de santé publique peut initialiser un traitement de méthadone.

C'est un agoniste morphinique (chlorhydrate de méthadone) dont les propriétés pharmacologiques en font un médicament de substitution efficace, avec une administration orale, une prise quotidienne unique, sans syndrome de sevrage aux opiacés dans l'intervalle d'une dose d'un jour. Mais la méthadone comporte des risques de surdosage, la dose toxique étant assez proche de la dose thérapeutique. Chez une personne qui n'est pas ou plus dépendante, une dose faible peut être mortelle (Auge Caumon *et al.*, 2002).

A l'instar d'un certain nombre de personnes, dont le Dr Olievenstein, Courtwright (1998) doute du bien-fondé de cette réponse, censée soigner la "maladie de la drogue", réponse donnée à l'époque à plus de 15000 patients qui suivent des programmes de méthadone en Californie. Pour lui, ces hommes s'enfoncent délibérément dans un abîme social qui conduit à la mort. Et la méthadone ne saurait les en empêcher.

Le Subutex® (chlorhydrate de buprénorphine) est également un morphinique agoniste qui a été mis sur le marché en France en juillet 1995. Son « effet plafond » (au-delà d'un seuil estimé entre 22 et 24 mg, des doses plus élevées n'apportent pas davantage d'effet agoniste) lui confère une plus grande sécurité d'usage, sauf en cas d'association avec des benzodiazépines et d'administration intraveineuse (ibid.).

La BHD est en général prescrite en première intention en ville pour tous les patients. Lorsque la méthadone est prescrite, elle ne l'est qu'en seconde intention, après une longue période de réponse insatisfaisante au traitement par BHD (ibid.).

Le Moscontin® et le Skénan® sont des sulfates de morphine prescrits depuis la fin des années 80 et bien acceptés par les patients. Des dérivés codéinés comme le Néocodion® sont aussi utilisés pour réduire l'effet de manque et sont en vente libre en France. On constate que les ventes de ces produits ont baissé depuis l'arrivée de la méthadone et la BHD (ibid.).

L'utilisation des produits de substitution par les médecins généralistes restait encore limitée au début de cette décennie (Vidal-Trecan, Boissonnas, 2001). En 2003, 85 000 usagers de drogues sont en traitement sous Subutex® et 15 000 sous méthadone (Jauffret-Roustide, 2004, p. 16). Ces chiffres n'ont cessé de croître ces dernières années, atteignant plus de 120 000 personnes aujourd'hui (100 000 pour le Subutex®, 20 000 pour la méthadone)⁸³. Ces traitements réduisent les effets liés au manque d'héroïne. Ils permettent à la plupart d'éviter la marginalisation sociale et certains risques sanitaires, par un sevrage progressif et une réinsertion sociale et professionnelle. Ils ont amené une baisse de la consommation d'héroïne en France, mais n'ont pas pu empêcher une augmentation de la consommation de cocaïne, pour les consommateurs qui restent malgré tout en recherche de sensations.

En quelques années De 1994 à 2000, les overdoses mortelles ont chuté en France de plus de 80% (Auge Caumon et al., 2002), et les contaminations par le virus du sida chez les usagers de drogue ont diminué de plus de 70%. La progression de l'hépatite C a été stabilisée et la délinquance liée aux problèmes de dépendance a également baissé significativement. Au moyen d'une analyse de corrélation portant sur des données recueillies à Genève de 1983 à 1997, Aebi (2001) démontre que l'augmentation du nombre de cures de substitution y a été accompagnée d'une diminution du nombre de toxicomanes incarcérés.

Toutefois, comme c'est le cas pour d'autres médicaments, une petite partie des produits prescrits fait l'objet d'un trafic, le plus souvent revendu dans la rue, mais aussi exportés dans d'autres pays où aucun traitement de substitution n'est disponible (notamment les pays de l'est)⁴⁸.

Les données françaises montrent que le nombre de toxicomanes accueillis dans des établissements socio-sanitaires est passé de près de 10 000 en 1987 à 30 000 en 1999. On compte 143 centres en 2001. Cette évolution traduit avant tout l'extension de l'offre de soins pour les toxicomanes, mais aussi l'impact des épidémies de sida et d'hépatites qui ont amené à les identifier comme un « groupe à risque » pour ces pathologies et donc à les prendre en charge.

Auge Caumon et al. (2002) attribuent l'écart entre le succès de la méthadone et celui, bien plus important, de la BHD à la présentation plus discrète de cette dernière : « La voie sublinguale est un mode d'administration adaptée à la vie moderne et à ses exigences d'efficacité, de discrétion des stockage et d'absorption, de déplacement avec un encombrement réduit et un poids léger. Le comprimé est aisément accessible dans sa plaquette, peut être gardé dans une poche et glissé sous la langue rapidement et discrètement. Un traitement pour 28 jours correspond à 4 plaquettes de quelques centimètres d'épaisseur et de quelques dizaines de grammes. »

Hartel et al. (1995) ont recherché les facteurs associés à la consommation d'héroïne lors de traitements de substitution à la méthadone, avec des modèles statistiques de régression logistique multivariés, appliqués à des données obtenues à partir d'un échantillon transversal de 652 patients sous méthadone dans le Bronx. Les données révèlent qu'une consommation

⁸³ *Alter Ego*, n° 53, 2007, p.8

d'héroïne dans les 3 mois qui ont précédé l'interview se produit davantage chez des patients qui sont substitués à la méthadone avec des dosages inférieurs à 70 mg/jour et chez les patients qui consomment de la cocaïne pendant le traitement. Ces résultats sont indépendants de la durée du traitement, de la compliance, de la consommation d'alcool ou d'autres facteurs socio-économiques. Les consommateurs de cocaïne sont plus enclins que les autres à consommer de l'héroïne, quel que soit le dosage de méthadone. Cette étude confirme et développe les recherches précédentes qui montrent que la substitution à des doses élevées de méthadone contribue à l'abstinence d'héroïne.

Ces résultats contrastent avec ceux de l'étude de Gogineni *et al.* (2001 - six ans plus tard) qui utilisent les mêmes méthodes (analyses ~~multivariées de régression logistique~~ auprès de patients d'un programme de substitution à la méthadone), et où la poursuite de la consommation de crack/cocaïne non injectée ne semble pas associée avec la consommation de drogue par injection ou avec le partage de seringues.

A l'égard de la substitution et plus particulièrement de la méthadone, les réactions enregistrées en prison par P. Bouhnik et S. Touzé (1995) « *oscillent entre l'indifférence et la contestation. Si arrêter de consommer les drogues dures continue à avoir du sens pour la plupart, échanger l'héroïne contre un produit prétendument équivalent, mais n'en reproduisant pas les effets recherchés (flash) leur paraît inepte* ».

~~Par contre~~ En revanche, pour certaines personnes interrogées par Duprez & Kokoreff (2000), la méthadone représente une dernière solution, après plusieurs tentatives de désintoxication : l'inscription dans un programme aide à accomplir la coupure nécessaire avec le mode de vie qui accompagnait la consommation. Il ne s'agit pas ici d'une 'sortie' de la dépendance puisque l'héroïne est remplacée par un autre produit. Il s'agit d'une sortie de l'héroïne. Certains la considèrent comme un moyen pour arriver à décrocher. Si la méthadone implique un passage quotidien dans le centre qui la diffuse, le Subutex® prescrit par des médecins de ville permet plus d'autonomie. Il n'en demeure pas moins une dépendance qui en remplace une autre... Duprez et Kokoreff considèrent que « *si le Subutex® semble être un produit bien adapté à des personnes intégrées socialement ou à des personnes qui ont déjà suivi d'autres traitements de substitution, il est probablement illusoire de croire que ce produit permette des sorties durables de l'héroïne pour des individus désocialisés et qui restent confrontés dans leur lieu de vie à l'économie de la drogue* ». La peur de l'extension du VIH a été le moteur de cette politique de médicalisation des sorties de la toxicomanie que M. Joubert (1999) considère comme une manière de contrôler des populations qui échappent aux structures de soin, « *une gestion médicale de la délinquance, le remplacement d'une drogue par une autre* », sans permettre de sortir de la précarité.

Les observations de Bouhnik *et al.* (2002) portent sur un public de consommateurs de longue date, qui s'inscrivent encore dans une logique d'injection en passant de l'héroïne au Subutex®. Pour ces usagers, la prescription du Subutex® par les médecins généralistes a eu des effets ambivalents et opposés. On ne se trouve plus dans le paradigme de la substitution mais dans une logique de précarisation.

Sur le plan répressif et social, c'est à moindre risque : le Subutex® n'étant pas une drogue illégale, les usagers ne risquent plus les arrestations ni la prison. Ce produit représente un succès sur le plan de la réduction de la délinquance puisqu'il n'est plus nécessaire de trouver de l'argent pour les doses d'héroïne : il suffit d'en demander une prescription à un médecin.

Les usagers échappent également en partie à la réprobation sociale qui entoure l'héroïne et plus généralement toutes les drogues illégales.

Mais le Subutex® n'étant pas un produit conçu pour être injecté, les risques sanitaires sont amplifiés, avec une multiplication des accidents dus à l'injection, un système veineux très endommagé par cette poudre qui se dilue mal : avec l'héroïne, les usagers n'ont pas eu à intégrer le filtrage dans leurs pratiques. Le Subutex® provoque à la fois des problèmes veineux et cardio-vasculaires, des abcès graves et répétés, des traces et des marques d'injection plus importantes et visibles.

Si le Subutex® est légal et plus facile à trouver que l'héroïne, moins cher et plus sûr, il vaudrait mieux, d'après les auteurs, une héroïne de bonne qualité ou une substitution injectable, pour des personnes qui n'ont pas fait le deuil de l'injection. Car, ayant moins d'effets, le Subutex® amène à davantage d'injections et d'associations avec d'autres produits (alcool, cocaïne). Bouhnik *et al.* (2002) observent que ce produit fonctionne comme un accélérateur de la dégradation et que les usagers de Subutex® se retrouvent dans des situations de précarité accentuée. Si sa mise sur le marché a contribué à réduire l'incidence des pratiques illicites, elle contribue aussi à la dégradation de l'équilibre, de l'état de santé et du rapport aux risques des injecteurs en situation précaire, non pas qu'un tel produit ne soit pas nécessaire, mais à cause du caractère ambigu de la manière dont il a été conçu (en principe non injectable, mais injectable tout de même, avec des effets nocifs) et intégré dans une politique libérale de prescription ou de diffusion, sans accompagnement suffisant ni politique sociale adaptée à destination des usagers (*ibid.*).

Toujours d'après Bouhnik *et al.*, en élargissant la gamme des produits accessibles dans la rue, sans contrepartie quant aux moyens consacrés à l'injection et au soutien social, on élargit aussi du même coup la gamme des risques (associations de produits, nouvelles possibilités de pratiques d'injection, avec des conditions toujours plus précaires...) : *« l'héroïne étant devenue chère et de mauvaise qualité, les usages détournés du Subutex® conduisent à effacer la logique de substitution au profit d'une amplification des prises de risques. Ceux qui consommaient autrement (fumer, sniffer) vont passer à l'injection pour accéder à des effets en contexte de précarité, en prison par exemple. Polyconsommations, crack et Subutex® détourné marquent une nouvelle époque et de nouvelles pratiques, associées à la cocaïne, les neuroleptiques et anxiolytiques, l'alcool et le cannabis. La montée du prix de l'héro et la baisse de qualité amènent à l'injection pour avoir plus d'effets, avec l'arrivée massive à bas prix du Subutex® et de beaucoup d'autres produits qui forment « le monde des cachets » dont la plupart sont dilués pour être injectés, avec les risques préservés mais moins de plaisir. Tous vivent d'une manière assez douloureuse l'effet d'écrasement qu'aurait causé la substitution détournée : comme si elle renvoyait à un cadre commun, à une assignation. Ils ont le sentiment de ne pas avoir le choix, d'être orientés, du fait de leur dégradation, vers ce type de consommation qui occasionne à son tour d'autres dégradations, notamment sanitaires »* (Bouhnik *et al.*, 2002).

Dans un contexte de désaffiliation et d'errance, le Subutex® et son mode d'administration peuvent fonctionner pour certains comme une ressource pour supporter la vie à la rue, comme cela a été le cas pour l'héroïne. C'est un moyen d'apaiser la souffrance, de soulager l'angoisse, de dissiper les sensations de mal-être (*ibid.*). L'emprise de la consommation de psychotropes tient en partie dans cette capacité à donner le sentiment aux individus qu'ils pourront mieux supporter les tensions et l'insécurité. (Bouhnik, 2005).

D'après Reynaud-Maurupt & Verchère (2003), l'expérience de la dépendance conduit aujourd'hui assez rapidement à des prescriptions de traitements de substitution pour ceux qui les demandent (dès quelques mois après la première prise d'héroïne, pour certains). Une minorité des personnes substituées semble s'écarter de l'indication du traitement par de la polyconsommation ou par un usage détourné. Nombreux sont ceux qui présentent un profil d'usager d'héroïne 'en fin de parcours', en phase de sortie de la toxicomanie : cessation de l'usage, substitution, coupures volontaires avec l'environnement des usagers... Les auteurs ont observé que « *les traitements de substitution semblent particulièrement atteindre leur objectif de soins avec des personnes qui n'ont pas connu d'autres usages compulsifs avant l'héroïne et/ou sont caractérisées par un entourage familial et relationnel dense* » (ibid.).

P. Bouhnik rappelle que si l'arrivée du Subutex® a permis à certains d'alléger l'emprise des cercles d'activités illicites, c'est malgré tout toujours une « *came de substitution* » injectée ou sniffée, occasionnant des problèmes de santé évoqués plus haut : risques d'abcès, œdèmes, infections graves. Associé à d'autres produits, il peut entraîner des surdoses. La substitution est devenue, d'après elle, une entrée à part entière dans les consommations de rue pour ceux qui n'avaient pas les moyens d'acheter de l'héroïne ou pour freiner la descente du crack. Son détournement, estime l'auteure, révèle l'absence de politique cohérente à l'égard des usagers en situation précaire. Le succès de sa prescription par les médecins généralistes a été à la mesure de la clandestinité qui régnait et de la rareté des programmes méthadone. Le Subutex® permet aux usagers qui ont arrêté de supporter le manque. Mais il permet aussi, injecté et associé à d'autres produits, d'atteindre les effets recherchés. Il constitue pour les plus précaires un produit de base pour accéder aux consommations et alléger la pression occasionnée par la quête de produits. De plus, en se faisant prescrire par des médecins différents, ils peuvent accumuler les boîtes et revendre les cachets dans la rue. (Bouhnik, 2005)

5.4. S'en sortir

Duprez et Kokoreff (2000) abordent la question des sorties de la toxicomanie en précisant que les travaux sociologiques ont plus souvent porté sur les entrées que les sorties dont l'observation demande une durée plus longue et l'étude de cohortes. Ils ajoutent que l'évolution de la prise en charge des toxicomanies en France a modifié les repères de la sortie, notamment avec la mise en place des programmes de substitution. Envisager la sortie de la toxicomanie comme une abstinence totale de consommation est l'idéal normatif visé par le modèle prohibitionniste. L'expérience montre combien est inefficace la volonté de guérir et soigner des sujets contre leur gré. Les programmes de réduction des risques sanitaires et sociaux sont considérés comme plus pragmatiques, visant à faire face à des situations de survie, « *à favoriser la stabilisation des patients confrontés à des conditions de vie marginales et à la dégradation de leur santé* » (ibid.), bien que des critiques se soient élevées pour voir dans les traitements de substitution « *une gestion médicale de la délinquance, le remplacement d'une drogue par une autre* », sans permettre de sortir de la précarité...

Pour ce qui concerne l'objet de cette synthèse – les pratiques à risques des usagers de drogue par voie injectable – on peut se demander si sortir de ces pratiques à risque implique forcément d'arrêter toute consommation, ou même arrêter toute pratique d'injection, en imaginant qu'elle pourrait se dérouler dans des conditions d'hygiène parfaites, sans courir aucun risque sanitaire. C'est l'objectif que les usagers intégrés tentent d'atteindre et que certains arrivent à maintenir un temps plus ou moins long.

L'analyse des trajectoires de personnes qui ont pu parvenir à maintenir un style de vie relativement intégré montre que certains sont devenus aujourd'hui des consommateurs d'héroïne occasionnels (quelques injections par mois), d'autres ont entamé des protocoles méthadone (s'ils ont réussi à surmonter la difficulté d'y entrer) tandis que d'autres encore ont pu abandonner totalement l'héroïne et la seringue (Bouhnik *et al.*, 2002).

P. Bouhnik et S. Touzé (1995) décrivent précisément en quoi l'arrêt de la consommation de drogues est différent selon qu'il s'agit d'auto-sevrage, d'une injonction thérapeutique, ou bien d'un sevrage en institutions ou en prison.

Pour R. Castel (1994), la majorité des toxicomanes s'en sortent. La mort ou la déchéance ne sont pas leur destin obligé. Il lui paraît raisonnable, compte tenu de l'analyse des chiffres produits à l'époque, d'évaluer à 10 % la surmortalité due à la consommation de drogues. Des études de cohorte américaines annoncent une surmortalité bien plus élevée.

Pour R. Castel, la toxicomanie est largement un phénomène de génération et l'on voit assez rarement des toxicomanes âgés de plus de 35 ans, dit-il. F. Vedelago (1994) note que la fréquence de la consommation est la plus élevée dans la tranche d'âge de vingt à vingt-neuf ans, puis qu'elle diminue au-delà de trente ans, dans la population observée par son enquête.

Marie, tu signales ici qu'il s'agit de la moyenne d'âge des UD, qu'ils vieillissent de plus en plus, vu la population prise en charge dans les dispositifs. Je te laisse l'exprimer puisque je n'ai pas de données plus précises là-dessus.

« Cela signifie que la majorité de ceux qui ont consommé sont alors ailleurs que dans le trip de la drogue. Ils ont réorganisé leur vie autrement que sur le centrément de la drogue qui parasite tous les secteurs de l'existence et en fait une sorte d' « expérience totale » mobilisant quasi toutes les énergies du sujet. Cela ne signifie pas que tous soient complètement abstinents... il peut y avoir des formes de consommation intermittentes, contrôlées, ou des déplacements vers la consommation d'autres produits, qui représentent des « sorties », si on entend par là avoir abandonné un mode de vie entièrement parasité par la drogue, sous la dépendance du produit ou des produits avec toutes les conséquences que l'on sait. » (Castel, 1994).

C'est donc de la dépendance comme ligne biographique dominante, dans laquelle des consommateurs ont plongé pendant plusieurs années, qu'ils sortent pour organiser leur vie autrement que sous l'emprise du produit. Il arrive un jour où il devient évident que le plaisir procuré par la consommation de drogue est trop cher payé. La décision d'en sortir sera en général suivie de nombreuses rechutes que R. Castel n'interprète pas en termes d'échec, mais plutôt des ratés dans une trajectoire, montrant la fragilité des situations, même une fois reprise 'une vie normale'. Les produits ne sont qu'un aspect de l'ensemble des facteurs qui produisent l'emprise. Il s'agit davantage de repérer les ressources sur lesquelles on pourra s'appuyer que de choisir, parmi les multiples possibilités, la forme de sortie adaptée. Il s'agit aussi d'éviter les réseaux fréquentés du temps de la consommation, de trouver un logement, un travail, de renouer avec la famille... C'est l'aspiration de tous ceux qui 'galèrent' en approchant la trentaine : *« cette aspiration confirme l'hypothèse selon laquelle l'usage de drogues est un moment au sein d'un processus plus large »* (Duprez, Kokoreff, 2000).

F. Lert et E. Fombonne (1989) décrivent ainsi les différentes étapes du déroulement d'une carrière de toxicomane :

- cette carrière commence par l'initiation ou l'expérimentation qui se fait en groupe. On peut supposer que la plupart ne dépassent pas ce stade ;
- ceux qui poursuivent entrent dans une période de maintenance, définie par une consommation régulière, sans les inconvénients majeurs que sont l'endettement, le manque, la répression policière, l'éloignement des réseaux habituels...
- puis les aspects négatifs de la toxicomanie émergent, deviennent de plus en plus présents et préoccupants, jusqu'à envahir le quotidien qui se trouve être en rupture totale avec la vie menée antérieurement ;
- la sortie de la toxicomanie s'envisage enfin en même temps que des intérêts nouveaux, le désir de changer de réseaux de fréquentation, de se construire autrement.

Ces auteurs évoquent ensuite une étape ultérieure éventuelle, lorsque le statut d'« ancien toxicomane » sert de support à des activités préventives ou thérapeutiques.

R. Castel note que les modalités de sortie sont très différentes et les aides à la sortie diverses. Il y a ceux qui s'en sortent seuls, et parmi eux, nombreux sont ceux qui ont échappé aux systèmes de soins spécialisés ou à la répression. Il y a également ceux qui ont mobilisé des supports « sociétaux » : famille, entourage, voisinage... et ceux qui se sont appuyés sur le soutien d'organismes institutionnels spécifiques (institutions médicales, psychologiques, associatives, pénitentiaires...). « *Nous sommes en présence d'un éventail de propositions plus ou moins satisfaisantes ou insatisfaisantes, de la psychothérapie à la méthadone, d'institutions du type Marmottan à Narcotiques Anonymes, en passant par les généralistes de quartier et des actions dans les quartiers qui ne sont pas nécessairement de nature médicale ou thérapeutique classique.* » (Castel, 1994).

La voie classique passe par une cure en milieu hospitalier suivie d'une postcure avec psychothérapie. « *Pour les jeunes adultes issus de milieux populaires en particulier, cette voie est loin d'aller de soi [...] traduisant une culture du corps et un rapport à soi fondamentalement opposés au sein de cette population par rapport à la culture psychologique des personnels soignants* » (Duprez, Kokoreff, 2000). Ces auteurs notent que, dès les modes d'inscription, émerge l'incompatibilité entre « *une tradition à dominante orale et une culture administrative de l'écrit* ». Si une prise en charge est accordée, parfois au prix de l'insistance de travailleurs sociaux qui imposeront leurs 'protégés', les conflits sur place vont se multiplier, aboutissant le plus souvent à une exclusion, si ce n'est un départ volontaire (ibid.). Obtenir seulement une place en cure ou postcure est hautement improbable. Les délais d'attente favorisent les rechutes et les aides possibles suffisent rarement à aider un ancien héroïnomane dans la durée.

Dans les quartiers où ont travaillé Duprez et Kokoreff (2000), les formes de sorties les plus courantes peuvent passer par une prise en charge de la famille, plus ou moins coercitive, parfois le 'retour au bled' ou l'investissement dans des pratiques religieuses... « *L'islam apparaît pour beaucoup comme un moyen de retrouver 'le bon chemin'* ». Ces auteurs évoquent également les possibilités de s'en sortir par soi-même, sans passer par la voie institutionnelle que représentent la détention, les cures ou les traitements de substitution, ni par les supports communautaires que sont les familles ou la religion. Ils précisent qu'en un certain sens, toute sortie est individuelle dans la mesure où elle nécessite la détermination de la personne, mais que toute sortie est également sociale « *dans le sens où elle est rendue possible par l'investissement dans des pratiques professionnelles, sportives ou amoureuses, par exemple, qui instaurent d'autres types de liens sociaux et suscitent des passions moins*

dangereuses ». Cependant, leur enquête auprès de jeunes de quartiers défavorisés en a rencontré peu qui n'aient rechuté : les ressources sur lesquelles prendre appui pour s'en sortir seront plus facilement à la portée de jeunes de classes moyennes ou supérieures, concluent les auteurs, en ajoutant que l'image repoussoir de l'héroïnomanie dans les cités constitue cependant une façon de diriger les plus jeunes vers le cannabis, moins dangereux (ibid.).

P. Bouhnik note de son côté que la peur de se retrouver à la rue peut être l'une des raisons d'envisager de s'arrêter, d'engager une tentative de sevrage. Elle confirme que les relations familiales réinvesties seront un support, la religion aussi parfois, l'alcool... Mais elle ajoute que les centres de postcure ont l'inconvénient de regrouper les 'toxicos' qui supportent difficilement alors de se retrouver entre eux. La prise en charge demande au préalable de se reconnaître malade, et les récits d'expériences de postcure parlent surtout d'échecs. (Bouhnik, 2005, p. 184)

Dans un ouvrage paru en 2006, M. Caiata Zufferey s'interroge sur ce que signifie sortir de la toxicomanie, quand la manière appropriée de se conduire à l'égard des drogues n'est plus si évidente. Elle part du présupposé selon lequel la frontière séparant la toxicodépendance de la non toxicodépendance est devenue ambiguë. Dans un contexte de réduction des risques, comme c'est aujourd'hui le cas en Suisse, l'abstinence n'est plus le seul type de rapport à la drogue socialement accepté : désormais, l'usage occasionnel et l'utilisation de produits de substitution constituent des formes admises d'éloignement de la pratique compulsive, voire encouragées par les politiques et les programmes concrets d'intervention. Dès lors, qu'est-ce que s'en sortir, quand on n'est plus obligé d'arrêter de consommer ? Et, plus généralement, que signifie se conduire de manière conforme à la norme, quand la norme se dilue ? Pour répondre à ces questions, l'auteure a mené une recherche qualitative auprès d'une trentaine d'anciens toxicodépendants. Le résultat est une analyse approfondie des parcours d'affranchissement à travers la mobilisation d'un outil conceptuel apte à expliquer la diversification des trajectoires et l'uniformisation de leur signification sociale : l'action individualisée.

Je sais que je passe très souvent d'une manière très abrupte d'une recherche à une autre, sans savoir trouver de transition... Je suppose qu'une conclusion s'impose : tu as une idée de ce que je pourrais y mettre ?

Je suggère de mettre en annexe le chapitre suivant, avec la bibliographie.

6. MÉTHODOLOGIES

Peut-être que cette partie serait mieux située après l'introduction ? Où la mettrais-tu ?

Les études présentées tout au long de cette synthèse de la littérature s'appuient sur des méthodologies diverses, qualitatives ou quantitatives, pas forcément comparables. Nous les rappelons ici, afin de faire ressortir leurs particularités et leur diversité, sans nous étendre sur ce qui les constitue, qui n'est pas l'objet de cette synthèse. Nous ne ferons ici qu'évoquer les étapes qui ont permis d'aboutir aux conclusions développées tout au long de cette synthèse, à partir de quelques enquêtes qui nous serviront d'exemple.

6.1. Les méthodes quantitatives

Les recherches qui relèvent des méthodes quantitatives s'appuient pour la plupart sur des questionnaires adressés à un échantillon de la population ciblée. Ces questionnaires comportent essentiellement des questions fermées et sont adressés à une population plus importante que celle des recherches qualitatives, parfois plusieurs centaines de personnes. Elles font appel à des logiques mathématiques pour dénombrer ce qui se rapporte à des indicateurs ou variables pré-définis, qui seront parfois croisés ou traités selon des analyses diverses : les auteurs cités parlent ici d'analyses univariées ou multivariées.

L'enquête menée par Baker *et al.* (1994), par exemple, a porté sur 200 UDVI qui ne sont pas en traitement, à Sydney. Entre autres résultats, elle permet aux auteurs de cerner les diverses variables qui peuvent prédire une prise de risque par injection et une prise de risque sexuel.

Celle de Gogineni *et al.* (2001) à Rhode Island, a été menée auprès des 252 clients injecteurs d'un programme de substitution à la méthadone. Au cours d'un entretien de 45 mn, ces clients ont répondu à un questionnaire incluant des données démographiques, sur la consommation de drogues et sur les réseaux sociaux. Les variables dépendantes sont l'injection de drogue et le partage de seringue. Les co-variables sont le genre et la race. Les données ont été traitées par des analyses univariées, avec le logiciel SAS.

Hartel *et al.* (1995) ont utilisé dans le Bronx les mêmes méthodes, auprès de 652 patients sous méthadone interviewés, avec des analyses multivariées.

Certaines de ces enquêtes complètent les questionnaires par des analyses de salive ou d'urine. Les auteurs peuvent alors, par exemple, comparer ce que disent les UD de leur santé avec des données médicales.

L'enquête de Buchanan *et al.* (2006) a été faite par questionnaire auprès de 989 UDVI de trois villes de Nouvelle-Angleterre (USA), en 2000/2002. Elle montre des différences significatives de consommation selon la race, le niveau d'instruction, l'emploi et le logement. Les résultats permettent de comparer les consommateurs des différentes drogues et leur taux de prise de risques.

Vidal-Trécan *et al.* (2002a & b), se posant la question d'une association entre les comportements à risques pendant la première injection et le statut VHC par la suite, ont mené

en 1997 une enquête auprès de 143 UDIV recrutés dans 4 centres de soins et une prison de Paris, avec un questionnaire fermé, passé pendant une interview face à face. Nous pouvons constater que les centres de soins sont, pour la plupart des enquêtes, le lieu de recrutement de la population des UD. Ainsi les populations qui ne fréquentent pas ces centres, probablement celles des usagers intégrés et des usagers les plus précaires, sont exclues de ces enquêtes. Leurs résultats ne tiennent pas compte de ces populations.

Novelli *et al.* (2005) ont également voulu examiner les relations entre les facteurs associés à la première injection des jeunes UDVI et les pratiques ultérieures de partage de seringue chez 420 injecteurs à Baltimore (Maryland). Croisées avec la race, le genre et la précarité du logement, des variables diverses ont été indépendamment associées avec le partage récent de seringue.

Crisp et Barber (1997) ont procédé, en Australie, à une analyse statistique de données recueillies auprès de 1 245 UDIV interviewés. Ces données ont été soumises à des analyses de régression multiples, afin d'identifier les facteurs prédisant des pratiques à risque et la perception du risque, ainsi que le rapport entre la perception du risque et le comportement. Diverses variables ont été croisées avec l'âge et le genre, pour des analyses factorielles de variance. Un questionnaire passé auprès de 40 UDIV incarcérés dans des centres de formation de la jeunesse a permis d'approfondir ces questions. Les auteurs notent qu'une difficulté possible de ces questionnaires est que les réponses soient rendues succinctes par les catégories prédéterminées du questionnaire. Pour cette raison, des interviews semiestructurés ont aussi été conduits auprès de 42 UDIV (dont 26 hommes) entre 1990 et 92, afin que les personnes puissent répondre avec leur propre cadre de référence.

Beck *et al.* (2002) ont participé à une enquête européenne (ESPAD) et rassemblé un échantillon de 11 870 élèves de la quatrième à la terminale à qui un questionnaire de près d'une heure a été passé.

Les cohortes

Il a également été fait allusion à des cohortes : populations observées plusieurs fois avec un intervalle de temps défini, afin de repérer l'évolution sur des points précis. Nous avons cité la troisième vague (1996-97) de suivi de la cohorte du "California civil addict program", programme de réhabilitation obligatoire sur décision judiciaire pour des délinquants dépendant de l'héroïne. Les données révèlent la longueur de la durée de dépendance, entrecoupée de périodes d'abstinence. F. Lert (2002) y observe, par exemple, qu'au bout de 33 ans, 48 % des usagers étaient morts (pour un démarrage du suivi à l'âge de 25 ans), les OD représentant un décès sur cinq. Cette cohorte avait été vue antérieurement en 1975-76 et 1985-86. Elle a été constituée, de 1962 à 1964, de 581 hommes âgés au recrutement de 25,4 ans : l'âge moyen de début de l'héroïne était 18 ans. Tous les 10 ans, des entretiens en face-à-face ont été réalisés dans les bureaux de l'université de Californie mais aussi en prison, à domicile ou dans un lieu au choix du sujet. Les hommes non-incarcérés fournissaient un échantillon d'urine à la fin de chaque entretien. Cet entretien biographique portait sur l'ensemble des aspects de la vie personnelle, sociale ou familiale, la délinquance et l'usage de produits. Les données judiciaires et l'information sur le décès étaient collectées par ailleurs. A partir de ces données, les auteurs reconstituent l'histoire de l'addiction sur une période de 40 ans (1956-1996). En 1996-97, 96% des survivants ont été localisés dont 242 ont été interrogés. Très peu ont refusé, étaient dans l'incapacité de répondre ou étaient perdus de vue. 284 étaient décédés.

Donoghoe et al. (1992a) ont suivi une cohorte de 207 UDVI de 4 programmes d'échange de seringues, parmi les réseaux de rue de 2 villes anglaises. Un questionnaire fermé a été passé à des UD qui ont subi un test anonyme des anticorps VIH dans la salive. Les sujets ont été suivis, ré-interviewés et re-testés fin 1990. Les 2 groupes sont démographiquement similaires : ceux qui ont partagé à la première injection et ceux qui ne l'ont pas fait.

Huo *et al.* (2005) ont interviewé, 3 fois en un an, 794 UDVI recrutés dans les rues de Chicago à partir de 1994, quand s'est développée la sensibilisation aux risques de transmission du VIH et que des programmes de prévention se sont mis en place. Leur analyse permet de conclure que la participation à un programme d'échange de seringues est associée de façon significative avec une diminution du partage de seringue, mais pas des récipients de préparation et de réchauffage.

Une enquête de Maher *et al.* (2004) auprès d'UDVI des quartiers sud-ouest de Sydney (Australie) cherche déterminer la prévalence de l'infection du VHC et du VHB et les pratiques à risque associées. C'est une étude prospective multisites par cohorte, utilisant une combinaison d'échantillonnage par boule de neige et des stratégies de recrutement de bouche à oreille. 377 UDVI ont été interviewés avec un questionnaire structuré et ont subi des tests de l'exposition au VHC et VHB.

L'épidémiologie

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur la [santé](#) et les [maladies](#). Elle est la part de la médecine qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques, étudie les déterminants des événements de santé et sert de fondement à la logique des interventions faites dans l'intérêt de la [santé publique](#) et la médecine préventive. Elle cherche à observer l'évolution des pathologies et si elle utilise surtout des méthodes quantitatives, elle peut utiliser également des méthodes qualitatives. Elle considère la consommation de drogues comme une pathologie, en prenant en compte les risques sanitaires qu'elle comporte.

Darke *et al.* (1993) ont mené en 1992 une enquête épidémiologique auprès de 222 clients (volontaires et rétribués pour leur participation à l'étude) de cliniques de substitution à la méthadone, dans la banlieue de Sydney. Les auteurs observent, par exemple, que, parmi les UD qui se sont injectés dans le mois précédant l'enquête, les consommateurs de benzodiazépines prennent davantage de risques lors de l'injection. Ils ont des scores plus élevés sur diverses échelles d'évaluation de la psychopathologie d'après lesquelles ils ont des taux plus élevés d'angoisse, de dépression et de psychopathologies diverses. D'autres échelles sur le mode de vie social et la santé leur accordent aussi des taux plus bas que les autres sujets. Ces résultats montrent que les consommateurs de benzodiazépines sont un sous-groupe plus « dysfonctionnel » parmi les clients sous substitution.

P. Bourgois, dont nous présentons le travail ethnographique un peu plus bas, exprime avec véhémence combien il lui semble important de compléter les données épidémiologiques par des données issues de l'observation de terrain. Rhodes et Quirk (1998) expriment également

que les mesures épidémiologiques de santé publique ne décrivent pas le rôle des relations et des interactions sociales dans la perception du risque et dans les prises de risques.

Préciser à partir de ces 2 autres articles, demandes-tu : regarde si ce que j'ai mis dans la partie sur l'ethnographie, ci-dessous, correspond à ce que tu attends.

Autre chose est la **pharmacologie sociale**, qui étudie les interrelations entre la société et le médicament. Dans un article paru en 1996, T. Rhodes définit la pharmacologie sociale comme l'étude de la façon dont le savoir sur les effets pharmacologiques des drogues s'organise socialement et culturellement, en particulier en ce qui concerne leurs effets sur les pratiques sexuelles. Il estime qu'il est nécessaire, aussi difficile que ce soit, d'explorer les interactions entre les croyances individuelles, les comportements et la façon dont ces croyances et comportements sont enracinés ou influencés par des cultures et des modes de pensée. D'après lui, l'absence d'études de pharmacologie sociale dans la recherche contemporaine entretient la confusion dans le rapport qu'on établit couramment entre alcool, drogues et relations sexuelles non protégées. On continue à ignorer l'influence des cultures et des modes de pensée dans ce domaine.

6.2. Les méthodes qualitatives

Parfois opposées aux méthodes quantitatives, mais le plus souvent utilisées de manière complémentaire, les méthodes qualitatives s'appuient sur des entretiens souvent enregistrés, d'une heure ou deux parfois, pour atteindre et creuser plus profondément ce que ressent ou exprime la personne interviewée. Le temps nécessaire à l'entretien, à son décryptage et au traitement des données réduit le nombre d'entretiens possibles. Le nombre de personnes contactées pour étayer ces recherches est donc beaucoup plus faible. C'est en cela qu'il est utile de compléter le recueil de ces données par des enquêtes dites quantitatives, qui touchent une population plus importante mais recueillent moins d'informations.

Nous avons vu que dans certaines des enquêtes quantitatives mentionnées plus haut, des questionnaires semi-structurés permettent de compléter les données statistiques et représentent un stade intermédiaire de collecte de données.

Lilja *et al.* (1998) estiment que les programmes de prévention du VIH s'appuient souvent sur de fausses croyances concernant les systèmes sociaux et cognitifs dans lesquels on se drogue, c'est-à-dire le contexte social et les modes de pensée qui accompagnent ou conduisent à ces pratiques. Ces auteurs estiment qu'il serait nécessaire d'observer au préalable les modes de partage entre les usagers, par exemple, et d'aller au-delà des croyances sur les comportements et les systèmes sociaux dans lesquels vivent les usagers de drogue. Cela implique de faire un travail de terrain - avec observations et entretiens - pour avoir réellement accès à leur mode de vie.

Les méthodes quantitatives et qualitatives sont parfois utilisées conjointement lors d'une même enquête : C. Reynaud-Maurupt *et al.* (2007), dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, ont mené entre 2003 et 2005 une étude visant à obtenir des estimations de

prévalence de l'usage des substances psychoactives chez les personnes qui fréquentent l'espace festif Electro en France. Cette étude comprend une phase qualitative visant à construire un plan de sondage à partir de données ethnographiques et une phase quantitative correspondant au recueil et traitement des questionnaires, dans cinq grandes villes françaises (300 questionnaires par ville).

Au cours de l'enquête d'Anne Lovell à Marseille (2005), des chercheurs de terrain ont observé les « scènes de drogue » dans les rues pendant plusieurs mois et ont interviewé et fait des tests de salive auprès de 111 UDVI. Ici, observation de terrain et données quantitatives se complètent⁸⁴.

Nous rappelons ici les principales recherches qualitatives de cette synthèse :

L'étude de Fabrice Fernandez (2000), dont l'objectif est de comprendre les modalités des prises de risques sanitaires chez les primo-injecteurs. Ses entretiens ont été réalisés en 1999 auprès de 16 usagers de produits par voie intraveineuse rencontrés dans le Bus d'Échange de Seringues d'Aides-Toulouse, ou aux alentours. Les parcours de ces usagers ont été considérés dans le cadre du milieu de la drogue et dans les contextes sociaux de leur pratique de consommation (ici l'injection de produits toxiques, héroïne ou autres substances, dont des médicaments). L'auteur cherche à saisir, à travers le parcours biographique de ces usagers de drogue, quand et comment va se dérouler la première injection et quelles représentations de soi et des risques encourus elle engage, comment ils vont reconceptualiser leurs expériences et reconsidérer leurs propres parcours à travers cette première injection.

Bouhnik, Touzé et Vallette-Viallard (2002) ont interrogé une trentaine de personnes de 1999 à 2000, ici aussi avec le soutien de services spécialisés travaillant auprès des UD. Ils soulignent la diversité des origines sociales des UD et de leurs consommations (injections mais aussi neuroleptiques, alcool...). Les thèmes abordés sont les modalités d'injection, la façon dont l'injection entre dans les trajectoires de consommation, les sensations, émotions, représentations autour de l'injection. L'objectif est de comprendre ce qu'elle représente pour différentes catégories d'usagers, en faisant l'hypothèse que l'usage de seringues est contributif du sens et constitutif de l'ancrage dans la pratique de consommation. Cette étude permet d'explorer les mécanismes (émotionnels, individuels, culturels, sociaux, environnementaux) qui participent au choix de l'injection, les conditions de rencontre avec les produits, les facteurs d'engagement dans cette pratique, les systèmes de relations, le rapport au corps, aux sensations, les rituels...

Rhodes et Quirk (1998), dans un article qui récapitule plusieurs recherches qualitatives sur les usagers de drogues illicites à Londres, permettent de repérer des liens multiples entre les pratiques et les contextes. Ils précisent que le partage de seringue est lié non seulement aux représentations qu'ont les injecteurs de leur santé et à leur motivation, mais aussi à la disponibilité et à l'accessibilité du matériel stérile, à la politique locale de drogue, à l'environnement, au réseau social, aux normes de la subculture et à l'influence de ces facteurs sur la négociation du comportement à risque dans les relations interpersonnelles. Ils soulignent l'importance des relations sociales dans les comportements à risque, évoquant que le risque de perdre ces relations n'est pas le moindre et est aussi à prendre en compte pour ces populations. Les personnes qu'ils ont interrogées expriment combien elles ont peu conscience des risques encourus lors des premières expérimentations. En observant de plus près les logiques individuelles, ces auteurs distinguent ceux qui nient totalement la question des

⁸⁴ Cf note de bas de page p. 16.

risques, ceux qui en ont conscience et le disent clairement et ceux qui les perçoivent et les traduisent par de la peur ou de la méfiance.

A partir d'une approche qualitative et biographique, l'étude de Reynaud-Maurupt & Verchère (2003) part de 40 entretiens semi-directifs recueillis en France en 2001 et 2002, auprès d'UD rencontrées dans divers centres d'accueil ou de soins de 6 grandes villes françaises, et 14 dans l'espace festif techno. Les auteurs décrivent et analysent les nouveaux usages actuels de l'héroïne, les processus sociaux et représentations subjectives qui conduisent à sa consommation et la font perdurer, ainsi que les nouvelles formes de consommation.

Citons également l'étude qualitative de McBride *et al.* (2001), sur le point de vue des usagers de drogue en ce qui concerne la fixation à la seringue, menée auprès de 24 participants dans 4 services pour toxicomanes au sud du pays de Galles. Les participants décrivent une série d'expériences et de pratiques qui comprennent la ritualisation, la substitution par d'autres drogues, l'injection d'eau et des associations avec des relations sexuelles et des prises de risque personnel délibérées. Ils déclarent des taux élevés d'aversion à la seringue et décrivent ce qui peut cependant expliquer l'incapacité de certains UD à abandonner l'injection.

Roy *et al.* (2003), après avoir mené une étude épistémologique de cohorte prospective, au Canada entre 1995 et 2000, ont effectué une autre étude (2004), reposant sur une approche qualitative, montrant que plusieurs éléments interagissent pour accroître la probabilité de passer à l'injection chez les jeunes de la rue. Puis ils ont procédé à une autre forme d'enquête (2006), en organisant à Montréal des groupes de discussion (focus groups) entre jeunes de la rue, s'injectant ou pas. Ils rapportent, entre autres résultats, avoir également observé un discours de désapprobation de l'injection dans l'ensemble des groupes.

De 1996 à 1998, T. Decorte (2002) a mené une étude qualitative sur 111 consommateurs de crack et de cocaïne à Anvers, cherchant à identifier, entre autres, les mécanismes informels de contrôle et de régulation de leur consommation. Les critères d'inclusion dans cette enquête ont été le choix de la cocaïne comme drogue principale, avoir plus de 18 ans, ne pas avoir été reconnu coupable d'un délit ni avoir participé à aucun programme de traitement de la drogue, ceci pour obtenir des données différentes des enquêtes habituelles et décrire une population d'usagers moins visibles. Le corpus s'est constitué par effet boule de neige. Les personnes ont répondu à un questionnaire semi-structuré et un entretien biographique libre. Ici aussi, méthodes quantitatives et qualitatives se complètent.

En 2003, une recherche d'A. Fontaine et C. Fontana s'est centrée sur ces usagers de substances psychoactives (licites et illicites) qui, en dépit de, ou grâce à leur consommation, maintiennent durablement leur statut social et leur activité professionnelle. Faisant suite à une première recherche exploratoire publiée en 2002, ce travail s'appuie sur le recueil et l'analyse des discours d'usagers. Au total, 63 interviews ont été menées (26 entretiens en 2002), le second volet portant une attention particulière aux usages de médicaments prescrits ou détournés, seuls ou en association avec des produits illicites. Ce rapport éclaire particulièrement les modalités de consommations et les effets recherchés, l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle, et la dimension sociale de la consommation.

6.3. L'ethnographie

D'après Castelain (1994), l'analyse ethnographique se donne comme objet de ne pas isoler une conduite, un produit et sa consommation, mais de les considérer dans leur contexte et dans leur signification historique, sociale et culturelle pour le groupe singulier étudié. Une telle recherche, appliquée aux UD, n'est pertinente et heuristique que si l'ethnographe s'émancipe du modèle médical ou déviant, des critères cliniques (qu'on ne peut nier) et des présupposés idéologiques et moraux. Ce déplacement du regard évitera l'échec des campagnes de prévention et des prises en charge thérapeutiques. « *Le fait ethnographique invite à saisir ce qu'il en est des comportements, attitudes ou représentations propres à un groupe social, ceci sans critères a priori, ce qui implique d'observer sur une longue durée, de se laisser guider, porter par les informateurs et d'accepter leur façon, leur moment de dire les choses, de les faire partager* » (ibid.), tout en sachant prendre la distance nécessaire avec ce qui est observé.

Grund *et al.* (1996) sont partis d'études ethnographiques de terrain faites à Rotterdam et à New York, pour observer les rituels de consommation d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne : ils montrent par exemple que l'usage commun de ce qui intoxique est ce qui facilite les interactions et ce qui produit des sentiments communs comme celui de solidarité. Ces auteurs en concluent que les drogues ont une valeur symbolique intrinsèque pour ceux qui les consomment.

Des chercheurs comme Philippe Bourgois ou Patricia Bouhnik ont pratiqué un travail de terrain dans lequel c'est autant le temps passé auprès des UDIV et l'observation que l'écoute de ce qu'ils disent qui leur ont permis de saisir au plus près ce qui constitue l'expérience et les motivations des UD. Un temps préalable relativement long a été nécessaire pour obtenir la confiance des personnes qu'ils veulent entendre, leur prouver qu'ils ne risquent pas de leur nuire, les assurer de l'intérêt qu'ils leur portent... La compréhension des pratiques et des logiques est d'autant plus profonde que le temps passé auprès des personnes a été investi d'empathie et d'absence de jugement.

Consommer des drogues au point d'entrer dans des pratiques à risque, si cela ne fait pas partie de la vie d'un chercheur, sera difficilement compréhensible. Le risque de projeter les raisons de ces pratiques et de passer à côté des motivations réelles des personnes est d'autant plus grand. P. Bouhnik explique pour sa part comment elle a travaillé : « *Les rencontres effectuées en prison, sur les cités de banlieue ou dans les rues parisiennes m'ont permis de découvrir des personnes qui, malgré des parcours parfois chaotiques, restaient acteurs d'un véritable monde social, ancré au cœur des grandes villes, marqué par l'économie parallèle, la répression et la criminalisation. L'approche anthropologique de l'histoire et de l'expérience des consommateurs d'héroïne et autres produits associés introduit à la compréhension de ces mondes sociaux. [...] J'ai essayé de comprendre comment les drogues faisaient irruption dans leur vie – au travers de l'analyse des trajectoires et des contextes sociaux – ainsi que le sens attribué à cette expérience. Cela supposait de se départir d'une appréhension naturaliste revenant à considérer les 'toxicos' comme un ensemble homogène pouvant faire l'objet d'une appréhension spécifique* » (Bouhnik, 2005, p. 8-9). L'auteure précise ici que ce travail s'est déroulé sur une quinzaine d'années, et elle ajoute : « *sans la force des rencontres établies avec les personnes, je n'aurais pu saisir que la forme déjà inscrite dans la mise en scène sociale d'exclusion et de violence qui marque leur condition* ». Pour entendre et comprendre l'expérience particulière des personnes, « *il faut d'abord saisir le sens qu'elles donnent à leur*

existence. Pour que ces paroles émergent, il a fallu construire un espace commun d'échange » (p. 14). « En partageant leur vie, j'ai suivi leurs variations de rythme, arrêté de courir après l'évènement, me suis laissée couler dans leur temporalité. Je ne devais pas introduire de temps décalés en posant des questions sur les coulisses de leurs activités, même s'ils m'ont livré beaucoup d'informations à l'occasion d'échanges informels. J'ai rarement adopté la posture consistant à questionner » (p. 15).

Ce mode d'approche, tel qu'il est décrit ici, demande un temps de présence et un investissement personnel considérables. En relisant l'ensemble de cette synthèse, il semble perceptible que les commentaires des auteurs qui ont adopté une démarche appuyée sur une observation ethnographique atteignent une profondeur dans la compréhension des conduites et de leurs motivations qui enrichit considérablement l'analyse.

Philippe Bourgois (1992) définit son travail de terrain comme une immersion ethnographique par observation participante : *« Depuis 1985, je mène une recherche ethnographique sur l'économie de la rue dans East Harlem, à New York, où j'habite avec ma famille dans un immeuble infesté de rats, juste en face d'une vaste cité HLM. Ma méthode de travail est classique : il s'agit d'observation participante sur le terrain, pratiquée au sein d'un réseau de jeunes et d'adultes qui prennent une part active à l'économie souterraine (essentiellement la revente de cocaïne dans la rue). J'ai passé des centaines de nuits dans la rue et dans des crack houses à observer des revendeurs-consommateurs et à enregistrer le récit de leur vie. Je leur ai également rendu visite à leur domicile, j'ai participé à des soirées et à des réunions plus intimes [...] J'ai interviewé l'épouse, l'amie, les frères et sœurs, la mère, la grand-mère des dealers, et quand c'était possible, leur père ou leur beau-père afin de les situer dans leur cadre familial et communautaire ».*

Bourgois rapporte une part de ses notes de terrain : *« Je suis enfin allé dans une shooting gallery la nuit dernière. C'est une usine folle qui fabrique à la chaîne des séropositifs tout neufs. ».* Puis il décrit longuement comment vont se passer les achats d'héroïne et de cocaïne, les consommations, les rapports entre les hommes, le partage de matériel... Le lecteur entre avec lui dans un autre monde et d'autres logiques. L'auteur explique qu'il a ici pu approcher une autre population que celle des *crack houses*, une population plus dégradée, plus âgée aussi, *« le plus bas des hiérarchies complexes qui structurent l'économie souterraine ».*

Il a également longuement suivi dans leurs parcours quotidiens des usagers d'héroïne vivant à la rue dans San Francisco (Bourgois 1998) et estime que cette immersion ethnographique révèle bien plus de pratiques à risques que ne le rapporte la littérature habituelle de la santé publique. Il ajoute que les chercheurs en santé publique doivent revoir leur paradigme psychologique et behavioriste du comportement à risque. *« Ce que les approches anthropologiques par l'observation participante peuvent apporter à la recherche épidémiologique en santé mentale doit aussi s'appliquer au champ de la prévention du VIH et de l'usage de drogues. La précision des données quantitatives de la santé mentale et la compréhension de l'infection au VIH pourraient gagner à un dialogue d'ordre méthodologique avec les chercheurs de terrain qui font de l'observation participante, en affinant davantage les théories sur le pouvoir et en tenant compte de la violence et de l'extrême marginalisation sociale ».*

Il précise que l'ethnographie par observation participante pourrait augmenter la fiabilité des informations obtenues par les enquêtes à grande échelle sur les conduites à risque, qui s'appuient sur des auto-déclarations. L'observation participante peut permettre de développer

des protocoles épidémiologiques plus efficaces en tenant compte de points plus pertinents qui visent à informer les usagers. Ses observations l'amènent à penser qu'il serait par exemple plus réaliste d'inviter les usagers à rincer plusieurs fois leur matériel à l'eau plutôt qu'à l'eau de javel.

L'observation participante peut aussi aider à un échantillonnage plus adapté. Bourgois estime que les enquêtes ne posent en général pas les bonnes questions et que la dynamique centrale du risque VIH leur échappe. Il en donne un exemple : « *L'un des principaux dealers de notre réseau a été interviewé plusieurs fois dans le cadre de projets de recherche épidémiologiques locaux qui tentent de mesurer la corrélation entre l'infection VIH et les pratiques à risques. Le fait qu'il soit dealer n'a jamais été abordé au cours de l'entretien. Mal à l'aise devant les questions qui concernent le partage de seringues, le dealer relativise ses prises de risques quotidiens auprès des intervieweurs qualitatifs, dans le cadre confortable de leur lieu de terrain.* » (ibid.).

Bourgois explique que les usagers à la rue essaient de préserver la dignité de leur identité de drogué malgré le contexte humiliant du protocole d'auto-déclaration, quand ils savent que les réponses exactes les feraient apparaître auto-destructeurs et irresponsables aux yeux de l'intervieweur. « *Il est naïf de s'attendre à des données fiables sur les pratiques intimes de personnes vulnérables, en leur administrant des questionnaires qui rémunèrent les usagers qui y répondent par auto-déclaration concernant des comportements stigmatisés* ».

Les données de l'observation participante peuvent permettre de développer des questions efficaces pour vérifier les enquêtes épidémiologiques de façons croisées, multiples et triangulaires. « *Une simple question concernant les injections à partir de vieux cotons pose un problème puisque ceux qui le pratiquent ont probablement honte d'avoir des moyens si pauvres et dérisoires* ». Le déni et l'ambivalence sont « *une stratégie désespérée de survie, ajoutée à une définition complexe du respect de soi* » (ibid.).

« *Les questions de race, classe et les espaces publics où s'expriment des sexualités alternatives, tout comme les adaptations à la répression dans l'économie souterraine, tout cela n'entre pas dans les réflexions des épidémiologistes. Plus dramatique est leur incapacité à expliquer pourquoi près de 85% des victimes du sida sont identifiés comme hétérosexuels dans le Tiers-Monde, alors que dans les pays développés le sida reste une maladie avant tout 'gay' malgré les taux croissants de séroincidence chez les femmes partenaires des injecteurs hétéro et des hommes bisexuels* » (ibid.).

Bourgois estime que le problème majeur des données concernant le risque VIH est méthodologique. « *Dans la recherche sur l'usage de drogues, il y a eu peu de vrai dialogue entre les chercheurs quantitatifs et qualitatifs, même chez les anthropologues. [...] En se centrant seulement sur le changement des comportements individuels, les chercheurs de santé publique cachent et finalement renforcent la dynamique du pouvoir qui modèle le risque* » par la justice pénale, les lois et la marginalisation sociale que produisent les institutions et les discours dominants, pense Bourgois. « *Les relations de pouvoir n'entrent pas dans les corrélations statistiques des chercheurs de santé publique ou dans les procédures moralisantes de proximité de la plupart des organismes de prévention du VIH modelés sur le changement du comportement individuel* ». Le pouvoir opère, d'après lui, à des niveaux macrostructurels multiples qui forment des micro modèles quotidiens de l'infection VIH.

Les données issues de questionnaires ou des discours des personnes interrogées ne sont pas toujours fiables et demandent à être vérifiées : les usagers de drogue ont tendance à adapter leurs réponses en fonction de ce qu'ils perçoivent de l'attente de la société à leur égard, estime Philippe Bourgois qui a longuement vécu avec eux. Ils ont le souci de la façon dont ils seront présentés, celui de conserver leur dignité, de limiter la « violence » de la relation d'entretien. Ils ont parfois honte de s'avouer à eux-mêmes leurs pratiques. De plus, garder le silence sur leurs pratiques correspond à une stratégie de survie et de respect de soi, de préservation de son identité (Bourgois, 1998).

Bourgois observe que des anomalies profondes abondent dans les données et que les épidémiologistes ne se questionnent pas toujours à ce propos. Ils ne prennent pas en compte les modes de vie alternatifs ou les stratégies d'adaptation. Les facteurs de risque ne suffisent pas, d'après lui, à expliquer la dynamique de l'épidémie du VIH chez les usagers de drogue. Les épidémiologistes devraient être informés et éclairés par un travail ethnographique de terrain préalable, approfondi, pour pouvoir poser les questions adéquates, identifier les vrais facteurs de risque et suggérer des stratégies efficaces de prévention et de réduction des risques.

6.4. L'analyse des réseaux

Les réseaux sont définis ici par les liens existant entre les relations diverses d'un usager de drogue. Leur observation permet d'approcher les échanges tissés entre les UDIV, les relations de dépendance éventuelles etc. Cet aspect est constitutif de leur vie et plusieurs chercheurs ont souhaité analyser de plus près de quoi sont faites ces relations, comment elles sont tissées et se développent. Au travers de ces liens circule la transmission du désir de consommer, mais aussi la transmission des pratiques (y compris des pratiques de prévention) et de l'infection.

Les méthodes d'observation des réseaux sont diverses, recouvrant à la fois des techniques quantitatives et qualitatives, utilisant souvent la méthode dite boule de neige qui consiste à demander à chaque personne rencontrée quelles sont ses relations quotidiennes ou épisodiques avec d'autres usagers de drogue. En remontant le long des liens, ceux-ci se recourent et des tableaux peuvent se dessiner, permettant parfois d'associer des modes de vie à des places particulières au cœur ou à la périphérie des réseaux.

La sociométrie est l'étude des relations interindividuelles des membres d'un même groupe, recourant à des méthodes permettant de mesurer leurs rapports à l'aide d'indices numériques. A. Lovell (2002 ; 2005) travaille à partir de la notion de réseau sociométrique qu'elle définit comme une constellation de réseaux personnels reliés entre eux, c'est-à-dire l'ensemble des personnes avec lesquelles un individu est en relations : « *Les réseaux sociométriques permettent la circulation des influences sociales et des modèles de savoirs, aussi bien que la transmission de virus. Des incitations à des pratiques d'hygiène peuvent circuler à travers des individus reliés entre eux, tout autant qu'une information sur une nouvelle drogue de rue ou un apprentissage sur la façon de la préparer pour l'injecter peuvent se transmettre, oralement ou par l'exemple, le long d'une chaîne d'UDVI reliés directement ou indirectement. Les réseaux sociométriques peuvent renforcer des pratiques par des effets de retour en boucle et accélérer la vitesse des influences et de la communication.* » (ibid.).

Prendre en compte l'environnement social d'un groupe autant que celui d'un individu pourrait permettre de mieux comprendre la transmission du VIH et de mettre en place des programmes de prévention plus efficaces. Les résultats de cette étude montrent que les contextes lointains et proches peuvent tous deux influencer la probabilité que des UDVI s'engagent dans des pratiques à risque. La position dans le groupe central d'un réseau sociométrique d'UDVI – dans un contexte de proximité – augmente beaucoup les chances de s'engager dans des pratiques d'injection à risque.

Dans une étude sociométrique sur le risque d'infection au VIH dans les réseaux, Friedman *et al.* (1997) examinent si, dans les réseaux d'usagers injecteurs qui partagent du matériel d'injection ou des échanges sexuels, il existe une association avec le statut VIH ou la probabilité d'une future infection. Une enquête croisée auprès de 767 usagers injecteurs à New York a été menée parmi un réseau de personnes qui se sont désignées en chaîne, afin d'établir des mesures sociométriques des réseaux à risques. Des techniques algébriques et graphiques ont permis de repérer 92 connections entre des injecteurs de drogue - soit des liens directs entre eux, soit par personne interposée - et un noyau de 105 double-membres (reliés deux fois à un autre membre du réseau) au cœur d'un ensemble plus large de 230 membres reliés entre eux. Différentes configurations de liens entre les personnes ont ainsi pu être repérées, permettant d'identifier : 1) des membres au cœur du réseau, qui sont les personnes en lien avec au moins deux personnes du réseau, lesquelles sont elles-mêmes liées à un minimum de deux personnes du réseau ; 2) des ensembles de personnes qui ont toutes des liens directs ou indirects entre elles.

Les résultats confirment que les injecteurs de drogue placés au centre des réseaux ont davantage de probabilité d'être infectés par le VIH. Les membres séronégatifs de ce noyau sont engagés dans des pratiques à haut risque avec des injecteurs infectés. Ainsi, d'après ces résultats, les réseaux à risque sont des passerelles pour le VIH, au cœur des groupes de pairs des injecteurs de drogue. Les groupes qui se trouvent au cœur des réseaux sont des foyers de pratiques à haut risque et peuvent devenir des poches d'infection au VIH.

Neaigus *et al.* (1994) ont recruté 1100 UDVI dans la rue à New York et les ont interviewés. Il leur a été demandé avec quelle fréquence ils étaient en contact avec les trois personnes qui leur sont les plus proches et quelles avaient été leurs pratiques à risque depuis 6 mois. L'enquête porte plus particulièrement sur les liens sociaux entre UDVI et usagers de drogue non-injecteurs, en distinguant les réseaux sociaux où des personnes sont en interactions sociales, orientées les unes vers les autres et pouvant s'influencer, et les réseaux à risque, constitués de personnes qui reproduisent des comportements à risque de VIH. Ces deux formes de réseaux peuvent se recouper plus ou moins, voire converger.

Il ressort de cette étude que 93 % des UDVI interviewés sont en contact avec des non-injecteurs et que plus il y a de non-injecteurs dans leurs proches, moins ils ont de pratiques à risque. Les auteurs constatent que les lieux d'injection se révèlent être des lieux de prise de risques où les UDVI partagent des seringues avec des personnes qui ne font pas forcément partie de leur réseau habituel. Mais 70 % des UDVI interviewés s'injectent ou partagent leur seringue avec un conjoint, un partenaire sexuel, des amis ou des connaissances. Les relations sociales entre les injecteurs de drogue et les membres d'un réseau à risque sont souvent basées sur des relations multiples et durables, comme des liens de parenté, d'amitié, de couple ou de sexe, et des activités économiques, qui représentent une part importante de l'environnement social des injecteurs de drogue.

Dans ces réseaux, deux types de changement peuvent modifier la transmission du VIH chez les UDVI : le changement biographique, c'est-à-dire un changement au niveau individuel, en lien avec la carrière de vie ou d'injection, et le changement historique qui concerne plus largement les institutions, les milieux sociaux et les sociétés. Neaigus *et al.* pensent qu'il serait utile de se demander comment utiliser les réseaux sociaux des injecteurs de drogue pour diminuer les risques causés par la pression des pairs, comment développer la réduction des risques en encourageant les liens entre injecteurs et non injecteurs et comment intégrer ces deux types de changement dans la compréhension des modes de réseaux. Il faudrait au préalable développer les méthodes d'analyse des réseaux, afin de pouvoir utiliser, pour l'éducation à la prévention, des réseaux permettant de faire jouer la pression des pairs et les relations entre UDVI et non-injecteurs.

Kleinman *et al.*, (1990) observe que des groupes non infectés d'amis ou de connaissances commencent en général à s'injecter pendant quelques mois, continuent à s'injecter surtout entre eux, puis certains d'entre eux, nous l'avons vu plus haut, vont commencer à entrer progressivement en contact avec la sous-culture plus large des injecteurs de drogue. Il suggère que l'absence de contact avec des injecteurs plus expérimentés peut expliquer pourquoi les injecteurs les plus récents ne suivent pas délibérément les consignes de sécurité pour l'injection.

Neaigus *et al.* (1994) estiment qu'il serait utile d'intégrer l'évolution biographique et historique des personnes à la compréhension des processus de réseaux. Il faudrait, d'après lui, développer les méthodes d'analyse des réseaux, afin de pouvoir utiliser, pour l'éducation à la prévention, des réseaux permettant de faire jouer la pression des pairs et les relations entre UDVI et non-injecteurs.

D'après A. Lovell (2005), une recherche incluant des modèles écologiques serait nécessaire pour mieux comprendre comment les conditions sociales de base sont liées à la prise du « risque pour le risque ».

6.5. L'économie expérimentale

Youenn Lohéac (1999) explique que le but de cette méthode est de tester, à travers des expériences (protocoles expérimentaux), des hypothèses théoriques ou des intuitions en économie. De nombreuses expériences auprès de toxicomanes ont ainsi été menées en psychologie. Comme en physique ou en biologie, l'expérience permet de répéter à l'infini plusieurs fois le même protocole (contrairement à une enquête par exemple) et de cibler le seul objet qui intéresse le chercheur, en neutralisant tous les autres effets. En bref, il s'agit d'une expérience en laboratoire dont l'objectif est de tester des théories.

Dans l'étude présentée ici, Lohéac teste quatre hypothèses :

- 1/ les décisions des usagers de drogues, vues dans le temps, ne sont pas moins cohérentes que les autres (hypothèse de rationalité dans le temps) ;
- 2/ les usagers de drogues ne maximisent pas moins l'espérance d'utilité que les autres (hypothèse de rationalité dans le risque) ;
- 3/ les usagers de drogues ont une plus forte préférence pour le présent que les autres - et les résultats de cette étude ont montré que ce n'est pas le cas ;

4/ les usagers de drogues ont une plus forte préférence pour le risque.

Ces hypothèses relatives au temps sont issues de la **Théorie de l'Addiction Rationnelle** de Becker et Murphy (1988). Derrière cette théorie pointe le fait que les individus se comportent de manière cohérente dans leur décisions, quelles qu'elles soient (dans le temps ou dans le risque). L'hypothèse 4 est purement intuitive puisque la théorie ne dit rien à ce sujet.

Lohéac teste donc ses hypothèses en appliquant à deux populations (usagers de drogues et non-usagers) le même protocole expérimental : il s'agit de jeux de choix -décisions- entre des gains ; les sujets ont une incitation financière réelle, ils gagnent de l'argent en donnant leurs préférences. Voici succinctement les résultats :

1/ et 2/ Que ce soit dans le temps ou dans le risque, les décisions des usagers de drogues ne sont pas moins rationnelles (cohérentes) que celles des non-usagers. En ce sens, la théorie de Becker et Murphy semble plutôt juste.

3/ Les usagers de drogues n'ont pas une plus forte préférence pour le présent que les autres, ce qui n'est pas le postulat de la théorie de l'addiction rationnelle.

4/ Les usagers du drogues ont un goût pour le risque plus prononcé que les autres. Le goût du risque n'est pas pris en compte dans les théories sur les comportements d'addiction, contrairement à la préférence pour le présent, alors qu'il semblerait qu'il joue un rôle plus important. Il apparaît une différence de comportement vis-à-vis du risque.

La théorie de l'espérance d'utilité concerne les comportements de décision en économie. L'utilité d'un individu est la satisfaction qu'il retire de la consommation de biens. Un individu retire d'autant plus d'utilité qu'il consomme ou que, par exemple, ses gains sont élevés. Dans le jeu de la TEU, des expériences peuvent mettre en jeu des choix entre des loteries. Par exemple :

Jeu 1:

- option A : gagner 10 euros avec 100% de chances

- option B : gagner 100 euros avec 10% de chances

Ici seul le goût de l'individu lui permet de choisir entre les deux options, car l'espérance de gain est la même pour les deux ($0,1 \times 100 = 10$ euros).

Dans le Jeu 2, l'espérance de gain n'est pas la même :

- option A : gagner 10 euros avec 100% de chances (espérance de gain = 10 euros)

- option B : gagner 150 euros avec 10% de chances (espérance de gain = 15 euros)

Ici l'option certaine ne permet pas d'espérer gagner autant que l'option B, ce qui ne veut pas dire qu'un individu est plus ou moins rationnel.

Jeu 3:

- option A : gagner 10 euros avec 50% de chances

- option B : gagner 100 euros avec 5% de chances

Il s'agit du Jeu 1 dans lequel les probabilités de gain ont été divisées par deux.

La TEU dit qu'un individu est rationnel s'il choisi toujours l'option A dans les Jeux 1 et 3 ou s'il choisi toujours l'option B dans les Jeux 1 et 3, c'est-à-dire qu'il préférera soit toujours l'option la moins risquée (aversion pour le risque), soit toujours l'option la plus risquée (goût pour le risque). Dans le cas où il choisit l'option A dans le Jeu 1 et l'option B dans le Jeu 3, on considère qu'il viole la TEU et qu'au sens de cette théorie il est irrationnel (de nombreuses théories cherchent à expliquer ces violations).

Ont été également plusieurs fois citées dans cette synthèse des **revues de la littérature**, comme l'ont fait Friedman *et al.* (1989) à propos des nouveaux injecteurs, afin de mettre en avant la relation importante existant entre la durée de la carrière d'injecteur et la probabilité d'être infecté. Donoghoe, Dolan & Stimson (1992) ont également effectué une revue de la littérature sur le rôle des conditions de vie et des facteurs sociaux du partage de seringues chez les UDVI. Cette synthèse participe à ce mode de travail qui s'appuie sur les enquêtes et recherches existantes pour comparer les résultats et permettre un regard plus large.

7. BIBLIOGRAPHIE

Les références en caractères gras concernent les documents dont il est fait référence dans la synthèse ci-dessus (près de 150 au total).

- Aebi M.F. (2001), La relation entre cures de substitution à la méthadone et prévention de la délinquance : une réponse critique à Niveau et Laureau, *Déviance et Société*, 25 n°2, 187-203.**
- Alldrift L., Dolan K., Donoghoe M., Stimson G.V. (1988), *Fourth International Conference on AIDS*, Abstr. N° 8511, Stockholm, Suède, 12-16 juin 1988.**
- Aloisi M-S, Serraino D, Girardi E, *et al.* (2000), "Sexual behaviour of women living with HIV/AIDS naive for antiretroviral therapy. The Icona-Behepi study" *AIDS Care*. Dec;12(6):789-95.
- Ametepe L. (2003), « Liens entre usage de cannabis et schizophrénie », *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, 7 (70), 25-35.**
- Anglin M.D., Hser Y.L., McGlothlin W.H. (1987), Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 13 (1-2), 59-71.**
- APHP-APPIT-InVS (2002), *Co-infection VIH-VHC à l'hôpital, enquête nationale juin 2001. Rapport InVS-Inserm, juin 2002.***
- Aquatias, Sylvain, Genfoud, Karima, Khedim, Hamed, Murard, Numa, (1997), *L'usage dur des drogues douces - Recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne*. Paris, GRASS.
- Aubusson de Cavarlay B. (1997), L'usage de stupéfiants dans les carrières pénales, *Psychotropes*, 4, pp. 7-24.
- Auge Caumon M.-J., Bloch Laine J.-F., Lowenstein W., Morel A. (2002), L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre de la santé; Paris, Ministère de la santé, 92 p.**
- Bailey S.L., DeZheng H., Garfein R.S., Ouellet L.J. (2003) The use of needle exchange by young injection drug users, *Acquir Immun Defic Syndr*, 34, 1, sept.**
- Baker A. ; Kochan N. ; Dixon J. ; Wodak A. ; Heather N. (1994), Drug use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users not currently in treatment in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 155-160.**
- Battjes R. J., Sloboda Z., Grace W. C. (1994), The context of HIV risk among drug users and their sexual partners. *NIDA Res. Monogr.*, (143), 255 p.
- Beck François, Guilbert P., Gautier A. (dir.) (2007), *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé : 608 p.**
- Beck, F., Legleye S., Peretti-Wattel P. (2002), Sport et usages de produits psychoactifs, pp. 99-125, in Faugeron C., Kokoreff M. (Eds) *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Erès.**

- Beck, F., Legleye S., Peretti-Wattel P. (2003), **Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002.** Paris: OFDT, 227.
- Beck, F., Legleye S., Spilka S. (2004), **Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003.** Saint-Denis: OFDT, 251
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961), An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* 4, 561-571.
- Beck Ulrich (2001), *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité.* Paris, Aubier.
- Becker H.S. (1963, 1985), *Outsiders . Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié (1^{ère} Éd. Am, The Free Press of Glencoe).
- Becker, Gary S, Murphy, Kewin M, (1988), "A Theory of Rational Addiction" *Journal of Political Economy*, August, 96, 675-700.
- Bellis M. A., Hale G., Bennett A., Chaudry M., Kilfoyle M. (2000), Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort. *International Journal of Drug Policy*, 11, (3), 235-244.
- Bello P.-Y., Pasquier C., Gourney P. (1998), **Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification de facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse**, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH*, n° 20, 19 mai.
- Bergeron J. (2001), Recherche, évaluation et intervention en alcoolisme et toxicomanie : quelques préoccupations en prévention et en traitement. *Science et comportement*, 28, (3), 105-108.
- Bergeron H. (1999), *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- Beuker R, Berns M, Houweling H, Van De Laar M. (1996), "HIV infection and risk behaviour among drug users in Amsterdam". National Institute of Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven, The Netherlands , Municipal Health Service, Division of Public Health and Environment, Amsterdam.
- Booth R. E., Koester S. K., Pinto F. (1995), Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. *American Journal on Addictions*, 4, (4), 313-322.
- Boudon R. (1989), "La théorie de l'action sociale de Parsons: la conserver, mais la dépasser", *Sociologie et sociétés*, vol. XXI, n°1.
- Boudon R. (1999), *Le sens des valeurs*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- Bouhnik Patricia (1994), *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, Doctorat de sociologie, Paris VIII.
- Bouhnik Patricia (2005) *Toxicos. Le goût et la peine.* Paris, La Découverte, 261 p. (Alternatives sociales).
- Bouhnik Patricia, Touzé Sylviane (1995), **Du plaisir à l'urgence : la part de la santé et des prises de risques chez les usagers de drogues dures concernés par le VIH.** *Prévenir*, (28), 117-128.

- Bouhnik Patricia, Touzé, Sylviane (1996), *Héroïne, sida, prison - Trajectoires, système de vie et rapports aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. Marseille, Seine-Saint-Denis, RESSCOM, ANRS.
- Bouhnik Patricia, Touzé Sylviane, Valette-Viallard Charles (2002), *Sous le signe du Matos : contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*. Paris, RESSCOM, 200 p.
- Bourgois Philippe (1998), The moral economies of homeless heroin addicts : confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance use & misuse*, 33, (11), 2323-2351.
- Bourgois, Philippe (1992), " Une nuit dans une shooting gallery. Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem ". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 94.
- Bourgois Philippe (2001), *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris Seuil (1èr éd. am : 1995).
- Bourgois P., Lettiere M., Quesada J. (1997), " Social misery and the sanctions of substance abuse : confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco ". *Social Problems*, 44, 2, p. 155-173.
- Bruneau J., Lamothe F., Franco E. *et al.* (1997), " High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study ". *American Journal of Epidemiology*, 146, p. 994-1002.
- Buchanan D., Tooze J.A., Shaw S., Kinzly M., Heimer R., Singer M. (2006) Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of "crack" cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities, *Drug and Alcohol Dependence* 81, 221-229.
- Buning E.C., van Brussel G.H.A., van Santen G. (1988) in *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Drug Perspectives*. Battjes R.J., Pickens R.W. eds, 59-74. Government Printing Office, Washington DC.
- Burroughs W. (1984), *Le Festin nu*, Paris, Gallimard.
- Burt, J., Stimson, G.V., (1990) *Strategies for Protection*. London, Health Education Authority.
- Caiata Maria (1996), La consommation contrôlée de drogues dures : une toxicodépendance d'intégration paradoxale, *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, 2 (2) : 7-24.
- Caiata Maria (2002), Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité, pp. 63-77 in Faugeron C., Kokoreff M. (Eds) *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Caiata Zufferey, M. (2006). *De la toxicomanie à la conventionalité. Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*. Zürich : Seismo Verlag, 320 pages
- Calafat A., Fernandez C., Juan M., Mark, Bellis A., Bohrn K., Hakkarainen P., Kilfoyle-Carrington M., Kokkevi A., Maalste N., Mendes F., Siamou I., Simon J., Stocco P., Zavatti P. (2001), *Risk and control in the recreational drug culture : sonar project*. Palma de Mallorca, IREFREA, 347 p.
- Caplehorn J. R. M., Saunders J. B. (1993), A comparison of residential heroin detoxification patients and methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Rev.*, 1993, 12, 259-263.

- Carey J., Perlman D.C., Friedmann P., Kaplan W.M., Nugent A., Deutscher M., Masson C.L., Des Jarlais D.C. (2005), Knowledge of hepatitis among active drug injectors at a syringe exchange program, *Journal of Substance Abuse Treatment* 29, 47-53.
- Cassubie L., Longé E., Giraux P., Jammoule P., RESSCOM, (2001), Séminaire *Ville, violence et santé mentale : séquence santé mentale et conduites addictives*. Première séance. 24/10/2001, Paris, Saint-Denis, RESSCOM, DIV, 25 p.
- Castel Robert (1994), « Les sorties de la toxicomanie », in *La demande sociale de drogues*, A. Ogien & P. Mignon, La Documentation française.
- Castel Robert (1998), *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Editions universitaires de Fribourg.
- Castel Robert (2003), *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Seuil.
- Castelain J.P. (1994), « Pour une ethnographie de consommations de produits psychoactifs », in *La demande sociale de drogues*, A. Ogien & P. Mignon, La Documentation française.
- Claire M. (1996), Rituels de prise de risque : expérience et interprétation des types d'usage de drogue par injection et de leurs implications en matière de prévention du VIH/Sida. In : *7th international conference on the reduction of drug related harm : from science to policy to practice : proceedings*, Australian Drug Foundation, Hobart, 3-7 mars 1996, Melbourne, Australian Drug Foundation, p. 265-291.
- Claret, J. (1993), *Errance et sida : recherche action sur les questions posées par le sida dans le travail quotidien d'un centre de prévention à Pigalle*, AFLS.
- Clark W., Gudyish J., Abramowitz A., Woods W., Sorenson J. (1990), Cocaine use associated with increased risk behaviour for IVDUs who share needles, *Sixth International Conference on AIDS*, San Francisco (abstract FC 764).
- Coleman J.S. (1990), *Foundations of Social Theory*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Coleman R., Curtis D., Feinmann C. (1988), Perception of risk of HIV infection by injecting drug users and effects on medical clinic attendance. *British Journal of Addictions*, 83, 1325-1330.
- Colombié T, Lalam N, Schiray M, (2000) *Drogue et techno. Les trafiquants de rave*, Paris, Stock.
- Conseil national du sida (2001), *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique : propositions pour une reformulation du cadre législatif*. Paris, 163 p.
- Coppel Anne (1993), Les réseaux d'échanges sexuels et de circulation d'information en matière de sexualité dans les quartiers à risque In: Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R., *Adolescence et risque*, p. 177-187, Paris, Syros.
- Costes J.M. (2006) La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années, *Revue Toxibase*, n° 21, 1^{er} trimestre.
- Courtwright D. T. (1998), Comments on The moral economies of homeless heroin addicts : confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments by Phillippe Bourgois. *Substance use & misuse*, 33, (11), 2353-2355.
- Crisp B. R., Barber J. G. (1997), Deciding to risk it : toward a multivariate model of unsafe injecting behavior. *Substance use & misuse*, 32, (14), 2047-206.

- Crisp B. R., Barber J. G., Gilbertson R. (1997), The etiquette of needlesharing. *Contemporary Drug Problems*, 24, (2), 273-291.
- Crofts, N., Aitken, C.K. (1997), Incidence of bloodborne virus infection and risk behaviours in a cohort of injecting drug users in Victoria, 1990-1995. *Med. J. Aust.* 167, 17-20.
- Darke S., Swift W., Hall W., Ross M. (1993), Drug use, HIV risk-taking and psychosocial correlates of benzodiazepine use among methadone maintenance clients, *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 67-70.
- Dawe S., Griffiths P., Gossop M. and Strang J. (1991) Should opiate addicts be involved in controlling their own detoxification? A comparison of fixed vs. negotiable schedules. *British Journal of Addiction*, 86: 977-82.
- Decorte T. (2002), Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales. Etude ethnographique sur des consommateurs de cocaïne et de crack à Anvers (Belgique), pp. 35-62 in Faugeron C., Kokoreff M. (Eds) *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Dembo R., Wothke W., Shemwell M., Pacheco K., Seeberger W., Rollie M., Schmeidler J., Klein L., Hartsfield A., Livingston S. (2000), Testing a longitudinal model of the influence of family problem factors on high risk youths' troubled behavior : a replication and update. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10, (2), 9-22.
- Des Jarlais D.C., Casriel C., Friedman S.R. (1989), *Fifth International AIDS Conference*, Montreal, Canada, 58 juin 1989.
- Des Jarlais D.C., Friedman S.R., Goldsmith D., Hopkins W. (1990), Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus from intravenous drug users : regular partnerships and prostitution. In: *AIDS and Sex: An Integrated Biomedical and Biobehavioral Approach* (Voeller B., Reinish J.M., Gotlieb B. eds) pp. 245-256, Oxford University Press, New York.
- Descamps M.A. (1993), Ordalies et prises de risque. *GRECO*, (4-5), 65-69.
- Desplanques A. (1995), *La prise en compte des risques de contamination par le VIH et de la mort chez les sujets toxicomanes*. Mémoire de maîtrise de psychopathologie et psychologie clinique, Dept. Psychol., UFR Lettres et Sci. Humaines, Univ. Reims Champagne-Ardenne, 89 p.
- Dolan M.P., Black J.L., Deford H.A., Skinner J.R., Robinwitz R. (1989), *Public Health Reports*, 102, n° 4, 395-398.
- Dolan, K. A., Donoghoe, M. C., Jones, S., Stimson, G.V., (1990) A cohort study of clients at four syringe-exchange schemes and comparison groups of drug injectors (London, Monitoring Research Group, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Charing Cross and Westminster Medical School).
- Dolto F., Dolto-Tolitch C., Percheminier C. (1999), *Paroles pour adolescents. Le complexe du homard*, Gallimard.
- Donoghoe M.C., Dolan K.A., Stimson G.V. (1992a), Life-style factors and social circumstances of syringe sharing in injecting drug users, *British Journal of Addiction*, 87, 993-1003.
- Donoghoe, MC, Stimson, GV, Dolan, KA. (1992b), *Syringe exchange in England: An overview*. London: The Tufnell Press.

- Donoghoe M.C., Wodak A. (1998), Health and social consequences of injecting drug use. In : WHO, Stimson G., Des Jarlais D.C., Ball A., *Drug injecting and HIV infection*, p.42-57, London, UCL Press.
- Douglas M., Calvez M. (1990), “the self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS”, *The Sociological Review*, vol. 38, n°3.**
- Dubet François (1992), Les deux drogues In : Ehrenberg A., Mignon P., *Drogues politique et société*. P: 99-111, Paris, le Monde Editions, Editions Descartes.
- Duprez Dominique, Kokoreff Michel (2000), *Les mondes de la drogue. Usages et trafics dans les quartiers*, Paris, Odile Jacob.**
- Duprez D., Kokoreff M., Weinberger M. (2001), *Carrières, territoires et filières pénales. Pour une sociologie comparée des trafics de drogues (Hauts-de-Seine, Nord, Seine-Saint-Denis)*, IFRESI-GRASS-OFDT.
- Ehrenberg Alain, dir. (1991), *Individus sous influence, drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, éditions Esprit.**
- Ehrenberg A., Mignon P. (1992). *Drogues, politique et société*, Paris, Le Monde Edition ; Paris, Editions Descartes, 368 p.**
- Elwood W. N., Ataabadi A. N. (1997), Influence of interpersonal and mass-mediated interventions on injection drug and crack users : diffusion of innovations and HIV risk behaviors. *Substance use & misuse*, 32, (5), 635-651.
- EMCDDA (1998), *Inventory, bibliography, and synthesis of qualitative research in the European Union*. Vol.1/4 : overview and synthesis. Rapport préparé par le National Addiction Center de Londres, Lisbonne, EMCDDA, 118p.
- Emmanuelli Julien, (2000), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection Stérile*, novembre, rapport Institut de Veille Sanitaire (2 tomes).**
- Emmanuelli J. (2001), Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le Système d'information sur l'accessibilité au matériel Officiel d'Injection Stérile (Siamois), *BEH*, n°5.**
- Emmanuelli J., (2002), *Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie IV au 30/12/2001, phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*. Rapport Trend, juin.**
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., Laporte A. (2002), *Comportements face aux risques et prévalence VIH-VHB-VHC chez les usagers de drogues*, Marseille, Journées scientifiques due l'InVS, 3 et 4 décembre 2002.**
- Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M., (1999), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, rapport d'étude conjointe Institut de Veille Sanitaire et INSERM U88.**
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M. (2003a) *Etude multicentrique multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)*, InVS-ANRS.**
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., Barin F. (2003b) Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Invs)*, n° 16-17, 97-99.**

- Erickson P. G., Butters J., McGillicuddy P., Hallgren A. (2000), Crack and prostitution: gender, myths and experiences. *Journal of Drug Issues*, 30, (4), 767-788.
- Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (Coquelicot) (2004). Paris, OFDT.
- Ewald F. (1998), « Le risque dans la société contemporaine », *in* Tubiana, Vrousos, Carde, Pagès, *Risque et Société*, Gif-sur-Yvette, éd. Nucléon.
- Fabre G. (1993), « Les résistances aux messages préventifs : l'équivoque et le détournement des sens », *in* Tursz, Souteyrand, Salmi, *Adolescence et risque*, Paris, Syros.
- Facy F. (1992) *Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec échange de seringues, DGS.*
- Fagan J. (1995) *Women's careers in drug use and drug selling. Current Perspectives on Aging and the Life Cycle*, Greenwich, Connecticut, JAI Press Inc, 4.
- Fassin Didier (dir.), (1998), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, Paris, La Découverte.
- Faugeron Claude, Kokoreff Michel (2002), « "Il n'y a pas de société sans drogue" : un processus de normalisation ? ». Introduction à *Société avec drogues. Enjeux et limites*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 7-31
- Fernandez Fabrice (2000), *Les modalités de la prise de risques sanitaires chez les primo-injecteurs*. Université de Toulouse le Mirail, Département de sociologie, 58 p.**
- Fernandez Fabrice (2007), *Parcours de vie dans les mondes de la drogue et de la prison : expérience "totale" et sens endogène des pratiques à risques*, thèse de Sociologie sous la direction de Marcel Drulhe et Marie-Christine Zelem, Université de Toulouse II Le Mirail.
- Festinger L. (1957), *A Theory of cognitive dissonance*, Evanston, Row & Peterson.**
- Fise M. (1994), Les adolescents au plaisir du risque In: *Adolescence et conduites à risques*, actes de l'Université d'été, Lille, 31 août - 5 septembre 1993, 6 p., Paris, Min. Educ. Natle.
- Fitzgerald J. L., Louie R., Rosenthal D., Crofts N. (1999), The meaning of the rush for initiates to injecting drug use. *Contemporary Drug Problems*, 26, (3), 481-504.
- Fontaine Astrid (2004), *Drogues et travail, des enjeux politiques, économiques et personnels*, *Revue Toxibase*, n° 15, 3^{ème} trimestre : *Drogues et travail : le new deal ?***
- Fontaine Astrid, Fontana C. (2003), *Drogue, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, OFDT, 166 p.**
- Fontaine Astrid, Fontana C., Verchere C., Vishi (2001) *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT.
- Forney M. A., Inciardi J. A., Lockwood D. (1992), Exchanging sex for crack-cocaine : a comparison of women from rural and urban communities *J. Community Hlth*, 17, (2), 73-85.
- Freeman R.C., Rodriguez G.M., French J.F. (1994). "A comparison of male and female intravenous drug users risk behaviors for HIV infection", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, p. 129-157.

- Friedman S. R., Curtis R., Neaigus A., Jose B., Des Jarlais D. C. (1999), *Social networks, drug injectors' lives, and HIV/AIDS*. New York, Kluwer Academic, Plenum Publishers, 277 p., tabl., fig., index.
- Friedman S.R., Des Jarlais D.C., Neaigus A., Abdul Quader A., Sotheran J.L., Sufian M., Tross S., Goldsmith D. (1989), " AIDS and the new drug injector ". *Nature*, 339, 1 juin, p. 333-334.**
- Friedman S.R., Neaigus A., Des Jarlais D. C., Sotheran J.L., Woods, J., Sufian M., Stepherson B., Sterk, C. (1992), Social intervention against AIDS among injecting drug users. *British Journal of Addiction*, 87, p. 393-404.**
- Friedman S.R., Neaigus A., Jose B., Curtis R., Goldstein M., Idefonso G., Rothenberg R.B., Des Jarlais D.C. (1997), " Sociometric Risk Networks and HIV Risk ". *American Journal of Public Health*, 87, 8, p. 1289-1296.**
- Frischer M. (1998), Mobility and the diffusion of drug injecting and HIV infection. In : WHO, Stimson G., Des Jarlais D.C., Ball A., *Drug injecting and HIV infection*, p.101-114, London, UCL Press.
- Gabe J, (1995), Health medicine and risk : the need for a sociological approach, in: Health, Medicine and risk : *Sociological Approaches*, ed J. Gabe, Blackwel, Oxford.
- Gence M.J. (1998), Conduites à risque. Bibliographie. Des généralités aux particularités plurielles. *Empan*, (30), 104-111.
- Giddens Anthony (1999), Les conséquences de la modernité, Paris, L'Harmattan.**
- Giddens Anthony (2004), *La Transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Rodez/Paris, Le Rouergue/Chambon**
- Godeau H. (2000), *Enquête sur le comportement sexuel à risque sous l'effet de l'alcool ou de la drogue*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université Alcoolisme Toxicomanie, Univ. Reims, UFR Médecine, 62 p., ann.
- Goffman, E. (1968), *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit.**
- Gogineni A., Stein M.D., Friedmann P.D. (2001), Social relationships and intravenous drug use among methadone maintenance patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 47-53.**
- Goldberg D.P., Hillier V.F. (1979), A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol. Med.* 9, 139-145.
- Granovetter M. (1973), « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, n°76 (6).**
- Grémy I., Beltzer N., Échevin D. (1999), *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Evolutions 1992-1994-1998*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.**
- Grøenemeyer, Axel (1996), Politiques en matière de drogues et mortalité des toxicomanes en Europe, *Questions pénales*, CESDIP, IX, n° 4, septembre.**
- Groupe Pompidou. *Étude multi-villes : tendances de l'abus de drogue dans treize villes européennes*, Éditions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994**
- Grund J. P. C. (1993), *Drug use as a social ritual : functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam, Inst. voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Univ., 321p.

- Grund J. P., Friedman S. R., Stern L. S., Jose B., Neaigus A., Curtis R., Des Jarlais D. C. (1996), Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users : patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science and Medicine*, 42, (5), 691-703.
- Guggenbuhl L. (2002), Perception subjective des risques et stratégies de protection chez des consommatrices de drogues. *Infothèque Sida*, 1, 46-47.
- Hachet P. (2002), Les adolescents et le risque. Caractéristiques et représentations. *Interventions*, 19, (3), 135-141.
- Hagan H. et al. (2001), Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health*, 91, 42-6.
- Halfen S., Gremy I., Vallauri C. (2000), Usages de produits psychoactifs et conduites associées chez les jeunes d'Ile-de-France. *Bulletin de Santé ORS-CRIPS*, (2), 1-4.
- Halfen S., Vincelet C., Gremy I., (2008), *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions*. ORS IdF, OFDT, juin.
- Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA, Kline J, Davenny K, Klein RS, Friedland GH. (1995) Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, Vol 85, Issue 1 83-88.
- Havassy, B. E., Wasserman, D. and Hall, S. M. (1995) Social relationships and cocaine use in an American treatment sample. *Addiction* 90, 699-710.
- Hefez S. (1996), Seringues : échanges avec ou sans partage. Vancouver, n° spécial ANRS - *Le Journal du Sida - Transcriptase*, Automne, 20-21.
- Hibell, B., et al. (2004), **The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries.** Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 450
- Holland J, Ramazanoglu C., Thompson R. (1992), Pressured pleasure : young women and the negotiation of sexual boundaries, *Sociological Review* 40, 645-674.
- Houdayer H. (1998), Les portes du risque. *Sociétés. Revue des Sciences Humaines et Sociales*, (60), 99-105.
- Huo D., Bailey S.L., Garfein R.S., Ouellet L.J. (2005) Changes in the sharing of drug injection equipment among street-recruited injection drug users in Chicago, Illinois, 1994-1996. *Substance Use & Misuse*, 40, 63-76.
- Hser Y.-I., Hoffman V., Grella C.E., Anglin M.D. (2001) "A 33-year follow-up of narcotics addicts", *Archives of general psychiatry*, 58, 503-508
- Ingold F.R., *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP, 1996.
- Ingold F.-R., Toussirt M. (1996) *Les attitudes et les pratiques des usagers de drogue confrontés aux risques de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les virus des hépatites B et C*. Paris : I.R.E.P.
- IREP (1997), *La consommation de crack à Paris : état des lieux, tendances en cours*. Paris, IREP, 88 p.
- IREP (1997), *L'ecstasy : recherche pilote*. Paris, OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Convention de recherche n°96-04, IREP, 96 p.

- Jacob Elisabeth (1997), Les structures à 'bas seuil' : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des " populations à risques ? *Prévenir*, n° 32.
- Jamoulle Pascale (2001), Enquête sur le site belge (Hainaut). *Psychotropes*, 7, (3-4), 73-99.
- Jamoulle Pascale (2002), Familles, quartiers et conduites à risques des jeunes. *Revue Toxibase*, (6), 27-32.
- Jamoulle Pascale (2002), Dossier : Familles en questions ... Questions de familles. La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, 7, (1), 28-39.
- Jamoulle Pascale (2001), Enquête de terrain auprès des professionnels. *Psychotropes*, 7, (3-4), 11-29.
- Jamoulle Pascale, Panunzi-Roger N. (2001), Enquête de terrain auprès d'usagers de drogues. *Psychotropes*, 7, (3-4), 31-48.
- Jauffret Marie (2000), *L'auto-support des usagers de drogues en France : groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Paris, Documents du Césames, Césames CNRS-ParisV.
- Jauffret, Marie (2000), Usages de drogues et VIH. Quand les Études quantitatives dominent. *Transcriptase*, n° 83, p. 16-18.
- Jauffret Marie (2002), Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues : mise en oeuvre de nouvelles formes d'expertise, in C. Faugeron, M. Kokoreff (eds), *Société avec drogues : enjeux et limites*, Erès.
- Jauffret-Roustide Marie, dir. (2004), *Les Drogues: approche sociologique, économique et politique*. Paris, La Documentation Française (études).**
- Jauffret-Roustide Marie (2006), Le crack selon l'enquête Coquelicot, *SWAPS*, n° 44.**
- Jauffret-Roustide Marie et al. (2006), Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Etude InVS-ANRS Coquelicot 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, BEH*, n°33/5 septembre, 244-247 ; *Le Flyer*, n°27, pp. 16-24.**
- Jauffret-Roustide Marie, Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., Couturier E., Emmanuelli J., Desenclos J.-C., (2008), Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues, *Médecine Sciences*, vol. 24, n° 2 (mars) p. 111-121.**
- Joubert, Michel (1999) « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, 2.**
- Joubert Michel, Weinberger, M. Alfonsi, G. (1998), *Villes et toxicomanies. Les réseaux de politique publique dans l'action locale sur les problèmes liés aux drogues*, Paris, GRASS.
- Joubert Michel, Chauvin P., Facy F., Ringa V., collab. : Siwek P., Deschamps J. P., Terra J. L. (2001), *Précarisation, risque et santé*. Paris, INSERM, (Questions en santé publique), 474 p., tabl.
- Kerr T., Tyndall M., Montaner J., Wood E. (2005), Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users, <http://image.thelancet.com/extras/04let9110web.pdf>. 18 mars.**
- Klee H., Faugier J., Hayes C., Boulton T., Morris J. (1990), AIDS related risk behaviour, polydrug use ant temazepam, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1125-1132.**

- Klee H., Faugier J., Hayes C., Morris J. (1991), Risk reduction among injecting drug users : changes in the sharing of injecting equipment and in condom use, *AIDS Care* 3, 63-73.**
- Klee H., Morris J. (1995), Factors that characterize street injectors, *Addiction*, 90, (6), 837-841.
- Klee H., Morris J. (1997), Amphetamine misuse : the effects of social context on injection related risk behaviour. *Addiction Research*, 4, (4), 329-342.
- Kleinman, P.H., Goldsmith, D.S., Friedman, S.R., Hopkins, W., & Des Jarlais, D.C. (1990). Knowledge about and behaviors affecting the spread of AIDS: A street survey of intravenous drug users and their associates in New York City. *International Journal of the Addictions*, 25, (4), 345-362.**
- Koester S., Heimer R., Baron A.E., Glanz J., Teng W. (2003). Risk of hepatitis C virus among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology*, 157, 4, p. 376.**
- Kokoreff Michel (1997), *De la défoncée à l'économie informelle - Processus pénal, carrières déviantes et actions de prévention liés à l'usage de drogues dans les quartiers réputés "sensibles"*. Lille : IFRESI.
- Kokoreff Michel, Bastianelli M., Hedibel M., Hamard L., Ferreol G., Simmat-Durand L., Godefroy T., Valleur M., Duquesne D., Ballion R. (2002), *Dépendances et conduites à risque à l'adolescence*. Actes de l'université d'automne, Direction de l'Enseignement Scolaire, Arras, 28 au 31 octobre 2001, Versailles, CRDP, 111 p., tabl.
- Lanzarini Corinne (1998), Sans domicile fixe. Corps et institutions. In *Rupture, errance, usages intraveineux, sociologie et clinique de parcours de jeunes en temps de crise*, Actes de la Journée du 4 juin 1998 organisée par Graphiti.**
- Latkin, C., Mandel, W., Vlahov, D., Oziemkoska, M., Celentano, D. (1996) People and places: behavioral settings and personal network characteristics as correlates of needle sharing. *J. Acquir. Immun. Defic. Syndr. Hum. Retrovirol*, 13, 273-280.**
- Latkin C. A., Vlahov D., Anthony J. C. (1993) Socially desirable responding and self-reported HIV infection risk behaviors among intravenous drug users. *Addiction*, 88, 517-526.
- Le Breton David (1991), Entrée dans la vie et prises de risque. In: Le Breton D., *Passions du risque*, p. 92-128, Paris, Métailié**
- Le Breton David (1995), *La sociologie du risque*. Paris, PUF, 128 p.**
- Le Breton David (1998a), Approche anthropologique des prises de risque. *Information Psychiatrique*, 74, (6), 579-585.**
- Le Breton David (1998b), Les conduites à risque des jeunes. *Empan*, (30), 9-12.**
- Le Breton David (2002), *Conduites à risques*. PUF.
- Le Breton David (2007), *En Souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, [Éditions Métailié](#).
- Lepère B., Gourarier, L. et al. (2001) « Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne, en France depuis 1994 », *Annales de médecine interne*, 5-12**
- Leroux Monique (2002), « Consommations intégrées et sport de haut niveau », pp. 79-97 in : *Société avec drogues. Enjeux et limites*. Ramonville Saint-Agne, Erès.**

- Lert France (2000), *Situation des traitements de substitution en France en 1999*, Document préparé pour le rapport 2000 de l'OFDT à l'EMCDDA, non publié.
- Lert France (2002), « Californie : 33 ans d'addiction reconstituée », *Swaps*, n°24**
- Lert France, Fombonne E., (1989), *La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements*, La Documentation Française.
- Leukefeld C. G., Godlaski T. (1997), Perceptions of rural addictions and related HIV. *Substance use & misuse*, 32, (1), 83-88.
- Lilja J., Hamilton D., Larsson S. (1998), Commentaires sur « Les stratégies des usagers d'héroïne à la rue : une confrontation de l'ethnographie, du risque VIH et de la violence quotidienne dans les lieux d'injection de San Francisco » de Philippe Bourgois, *Substance Use & Misuse*, 33 (11), 2357-2359.**
- Loheac Y. (1999), *Etude expérimentale de l'attitude des usagers de drogues vis-à-vis du risque*. DEA de Microéconomie Appliquée, Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne, UFR Economie 02, 97 p., tabl., graph.**
- Longshore D., Anglin M.D. (1995), Intentions to share injection paraphernalia : an empirical test of the AIDS risk reduction model among injection drug users. *International Journal of the Addictions*, 30, (3), 305-321.
- Lovell Anne (2000), Les fictions de soi-même ou les délires identificatoires dans la rue, in A. Ehrenberg, A. Lovell (Eds), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob..
- Lovell Anne (2002), Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users, *Social Science & Medicine* 55: 803–821.**
- Lovell Anne (2005), Les sources sociales du risque. Rôle des réseaux sociaux et du capital social sur les pratiques des injecteurs de drogues. In : Joubert, Giroux, Mougin (Eds), *Villes et « toxicomanie »*, Paris, Erès.**
- Lovell Anne, Feroni Isabelle, (1998), Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille, pp. 203-234, in : *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, FASSIN D. (dir.), Paris, La Découverte.
- Lovell Anne (1999), Ruptures biographiques, réseaux et risques des usagers de drogues par voie intraveineuse. Rapport ORS PACA – INSERM U379.
- Lucchini R. (2001) Carrière, identité et sortie de la rue : le cas de l'enfant de la rue, *Déviance et société*, mars, Vol 25, n°1.
- Lucidarme D, Bruandet A, Ilef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A et al. (2004), Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol. Infect.*, Aug; 132 (4) : 699-708.**
- Maher L., Chant K., Jalaludin B., Sargent P. (2004) Risk behaviors and antibody hepatitis B and C prevalence among injecting drug users in south-western Sydney, Australia, *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 19, 1114-1120.**
- McBride A.J., Pates R.M., Arnold K., Ball N. (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study, *Addiction*, 96, 1049-1058.**
- McKeganey N. (1998) The social context of injectors risk behaviour. In : *Le sida en Europe*, p. 81-98, Paris, ANRS.

- McKeganey N., Barnard M. (1992), *Aids, drugs and sexual risk : lives in the balance*. Buckingham, Open University Press, 133 p.
- McKeganey N., Friedman S.R., Mesquita F. (1998) The social context of injectors' risk behaviour In : WHO, Stimson G., Des Jarlais D.C., Ball A., *Drug injecting and HIV infection*, p.22-41, London, UCL Press.
- Messu Michel (1997), *La société protectrice. Le cas des banlieues sensibles*. Paris, Éd. du CNRS.
- Moatti J.-P., Beltzer N., Dab W. (1993), “Les modèles d’analyse des comportements à risque face à l’infection à VIH: une conception trop étroite de la rationalité”, *Population*, n° 5.
- Moore T.H.M., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R.E., Jones P.B. Burke M., Lewis G. (2007), **Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review**, *Lancet*, 370: 319-28
- Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni J-P (2000), Prevention of sexual HIV transmission for IDUs in Switzerland : Current situation and challenges for the future, *3rd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioral Research on AIDS*, Amsterdam, 13-16.2. (poster).
- Morel A. (2000), *Traitements de substitution à la buprénorphine : l’expérience française*, MILDT, site de la MILDT.
- Mulia N. (2000), Questioning sex: drug-using women and heterosexual relations. *Journal of Drug Issues*, 30, (4), 741-765.
- Nadeau L., Truchon M., Biron C. (2000), High-risk sexual behaviors in a context of substance abuse: a focus group approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 319-328.
- Neaigus A., Friedman S. R., Curtis R., Des Jarlais D. C., Furst R. T., Jose B., Mota P., Stepherson B., Sufian M., Ward T., Wright J. W. (1994), **The relevance of drug injectors social and risk networks for understanding and preventing HIV infection**. *Social Science and Medicine*, 38, (1), 67-78.
- Novelli L.A., Sherman S.G., Havens J.R., Strathdee S.A., Sapun M. (2005), **Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users**, *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 303-309.
- Nyamathi A., Stein J. A., Brecht M. L. (1998), Psychosocial predictors of aids risk behavior and drug use behavior in homeless and drug addicted women of color. In : Wetherington C. L., Roman A. B., *Drug addiction research and the health of women*, p. 365-388, Rockville, MD, NIDA.
- OEDT (2001), *Rapport annuel sur l’état du phénomène de la drogue dans l’Union européenne 2001*. Lisbonne.
- OEDT (2007), *Etat du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel*.
- OFDT (1999), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT.
- OFDT (2000 a), *Tendances récentes : Rapport TREND*, Paris, OFDT.
- OFDT (2000 b), *Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l’enquête ESPAD 1999. Évolution 1993-1999, Tendances*, n° 6.
- OFDT (2002) *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, juin 2002.

- OFDT (2005), *Drogues et dépendances, données essentielles*, La Découverte.**
- OFDT (2007), *Tendances*, avril.**
- Ogien Albert (1989), *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens Klincksieck.**
- Ogien Albert (1994), *La morale du drogué*, *Revue française des affaires sociales*, avril 1994.**
- Ogien Albert, (1996) *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin.**
- Ogien Albert, Mignon Patrick (1994), *La demande sociale de drogues*, Paris, DGLDT, La Documentation française.
- Paicheler Geneviève (2007), *La gestion d'un risque insaisissable entre expertise scientifique et vécu intime : la prophylaxie des accidents d'exposition sexuelle au VIH. Sociologie et Sociétés. Volume 39, n° 1, p. 197-216.***
- Pearson M., Michell L. (2000), Smoke rings: social network analysis of friendship groups, smoking and drug-taking. *Drugs Education, Prevention and Policy*, 7, (1), 21-37.
- Peretti-Watel Patrick (2000), *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, coll. U-Sociologie.**
- Peretti-Watel Patrick (2001a), *Comment devient-on fumeur de cannabis ? Revue Française de sociologie*, janvier-mars, 42-1, pp.3-30.**
- Peretti-Watel Patrick (2001b), *La société du risque*, Paris, La Découverte (Repères).**
- Perlwitz A. (1999), *Les conduites ordaliques ou une recherche de nouveaux référents*. Mémoire de Maîtrise de Psychologie, Univ. Rennes 2, 51 p.
- Pierce T. G. (1999), Gen-X junkie : ethnographic research with young white heroin users in Washington, DC. *Substance Use and Misuse*, 34, (14), 2095-2114.
- Plumb M. J., Rankow E. J., Young R. M. (1998), Drug use and increased risk of HIV among lesbians and other women who have sex with women. In : Wetherrington C. L., Roman A. B., *Drug addiction research and the health of women*, p. 517-528., Rockville, MD, NIDA.
- Pollack Michael (1988), *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.**
- Power R. (1988). The influence of AIDS upon patterns of intravenous use-syringe and needle sharing-among illicit drug users in Britain, In: Baatjes E.J., Pickens R.W. (eds) *NIDA Research Monograph Series 80*.
- Pryen Stéphanie, (1999) *Stigmate et le métier - Une approche sociologique de la prostitution de rue à Lille*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Racine E. (1999), *Pratiques culturelles et prises de risques chez les jeunes en milieux techno*. Paris, Ministère de la Jeunesse et des Sports, CRIPS Ile de France, 191 p.
- Reynaud-Maurupt Catherine, Cadet-Taïrou A. (2007), *Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro*. OFDT, *Tendances*, 56, oct.**
- Reynaud-Maurupt Catherine, Verchère Céline (2003), *Les nouveaux usages de l'héroïne. France 2002*. TREND – OFDT, janvier 2003, 117 p.**
- Rhodes Tim (1996), *Culture, drugs and unsafe sex : confusion about causation*. *Addiction*, 91, (6), 753-758.**

- Rhodes Tim (1997), Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 19, (2), 208-227.
- Rhodes Tim, Quirk Alan (1998), Drug users sexual relationship and the social organisation of risk : the sexual relationship as a site of risk management, *Social Science and Medicine*, 46, 161-183.**
- Rhodes Tim, Quirk Alan (1999), *Sexual safety and drug use* : executive summary pack. Sexual behaviour of injecting drug users. Drugs as reason and excuse for unsafe sex. Condom use by drug users : whether, why not and how ? London, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, 19 p., fig., tabl.
- Robaey G., Matheï C., Buntinx F., Vanranst M. (2002), Management of hepatitis C virus infections in intravenous drug users. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, vol. LXV, april-june, 99-100.
- Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J. et al. (1981), National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch. Gen. Psychiatr.* 38, 381- 389.**
- Roques Bernard (1999) *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*, Paris, La Documentation Française – Odile Jacob**
- Roy E., Haley N., Leclerc P., Cédras L., Blais L., Boivin J-F. (2003). Drug injection among street youths in Montral : predictors of initiation. *Journal of Urban Health*, 80, PP. 92-105.**
- Roy E., Nonn E., Haley N., Brochu S. (2004). The combined trajectories of life in the street and drug use can explain adoption of drug injection among street youth – Preliminary findings. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 15, 87A.**
- Roy E., Morissette C., Haley N., Gutiérrez N. Rousseau L., Denis, V., (2006), Pourquoi commencer ? L'initiation à l'injection de drogues selon les jeunes de la rue, *Drogues, santé et société*, 5, n°1, pp. 45-76**
- Saint-Dizier F. (1999), « Quelques éléments pour une anthropologie des usages de drogues », *Empan*, n°33, mars, pp. 16-17.
- Serre, A. (1998), *Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France*. Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux 2, 287 p.
- Serre A., De Vincenzi I. (1996), Conditions de vie de personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, (44), 407-416.
- Shewan D., Dalgarno P., Reith G. (2000), Perceived risk and risk reduction among ecstasy users : the role of drug, set, and setting. *International Journal of Drug Policy*, 10, (6), 431-453.
- Slovic P. (1987), “Perception of Risk”, *Science*, n°236.**
- Slovic P. (1998), “Trust, emotion, sex, politics, and science: surveying the risk assessment battlefield”, in Tubiana, Vrousos, Carde, Pagès, *Risque et société*, Gif-sur-Yvette, éd. Nucléon.**
- Smyth B.P., Barry J., Keenan E. (2005), Irish injecting drug users and hepatitis C : the importance of the social context of injecting. *International Journal of Epidemiology*, 34, 166-172.**

- Spielberger C.D., (1983), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press, California.**
- Stark, K., Muller, R., Bienzle, U., Guggenmoos-Holzmann, I. (1996), Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS*, 10, 311-317.**
- Stimson, G. V., Oppenheimer, E., (1982) *Heroin Addiction: treatment and control in Britain*. London, Routledge.
- Strauss L. (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative*, Paris, L'Harmattan.
- Sueur Christian (1996), Sur la route : voyage et conduites de risque. *Evolution Psychiatrique*, 61(3), 635-647.
- Tardiff K., Marzuk P. (1995), Cocaine and injuries In: Watson R. R., *Alcohol cocaine and accidents*, 163-174, Totowa, New Jersey, Humana Press.
- Tassin J.P. (1998), *Drogue, dépendance et dopamine, La Recherche*, n° 306, février.**
- Tassin J. P., Doray B., Fuhrer R., Mormede P. (2000), *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*. Paris, INSERM, Questions en santé publique, 115 p.
- Taylor J., Fulop N., Green J. (1999), Drink, illicit drugs and unsafe sex in women, *Addiction*, 94, (8), 1209-1218.
- Tétard Françoise (1993), «“Sauver notre jeunesse, soigner nos adolescents...”», Développement des politiques de moralisation et de pédagogie curative dans les années cinquante », in Tursz, Souteyrand, Salmi, *Adolescence et risque*, Paris, Syros.**
- Toufik Abdalla (1996), Les liens entre réseaux de risque et réseaux de sociabilité, *Transcriptase*, (48), 14-18.
- Toufik Abdalla, Cadet-Taïrou Agnès, Janssen Eric, Gandilhon Michel (2008), Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD, *Tendances (OFDT)* n° 61.**
- Tubiana Maurice (1998), « Le risque et la santé », in Tubiana, Vrousos, Carde, Pagès, *Risque et Société*, Gif-sur-Yvette, éd. Nucléon.**
- Tursz Anne, Souteyrand Yves, Salmi Rachid (1993), *Adolescence et risque*, Paris, Ed. Syros, 266 p.
- Uusküla A., Heimer R., DeHovitz J., Fischer K., McNutt L-A. (2006) Surveillance of HIV, hepatitis B virus and hepatitis C virus in an Estonian injection drug-using population: sensitivity and specificity of testing syringes for public health surveillance. *Brief Report. JID* 193 (1 february) p. 455-458.
- Valera Gabriela (2003), *Pratiques et discours autour d'un espace « bas seuil ». Analyse de la participation des usagers de drogues dans la construction de la réduction des risques*. Université Paris VIII – Saint Denis, Département de Sociologie, Mémoire de D.E.A., 2003, 79 p.
- Valleur Marc (1994), Toxicomanie : l'Agir, la Sexualité et le Risque In : *Consommation de drogues et conduites ordaliques*, Actes de la journée de réflexion du 30 nov. 93, GRAPHITI, Toulouse, 30 novembre 1993, p.16-29, Toulouse, GRAPHITI.
- Valleur Marc (1997), Toxicomanies : réduction des risques ou négation du risque ? *Revue GRECO*, (8), 6-10.

- van den Hoek J.A.R., Coutinho R.A., van Haastrecht H.J.A., van Zadelhoff A.W., Goudsmit J. (1988), *AIDS* 2, 56-60.**
- Van Empelen P, Kok G, Jansen M.W.J., & Hoebe C. J.P.A. (2001), The additional value of anticipated regret and psychopathology in explaining condom use among drug users, *AIDS Care*, 13, 309-318.
- Vedelago F. (1994), *La carrière sociale du toxicomane*, in Ogien A., Mignon P., (eds) *La demande sociale de drogues*, Paris, La Documentation Française.**
- Venisse J. L. (2001), Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ? *Le Courrier des Addictions*, 3, (1), 4-9.
- Verchère Céline, (2002), Sens des consommations de substances psychoactives en milieu festif. *Courrier des Addictions (Le)*, 4, (1), 34-36.
- Vidal-Trécan G., Boissonnas A., (2001), *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation*. Varescon I., Nabet N., Couzigou C., Blanchon T. coll., OFDT, décembre, 75 p.
- Vidal-Trécan G., Coste J., Delamare N., Varescon-Pousson I., Boissonnas A. (1998), Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 46, 193-204.**
- Vidal-Trécan G., Coste J., Varescon-Pousson I., Christoforov B., Boissonnas A. (2000), HCV status knowledge and risk behaviours amongst intravenous drug users, *European Journal of Epidemiology*, 16 : 439-445.
- Vidal-Trécan G. M., Varescon-Pousson I., Boissonnas A. (2002a), Injection risk behaviors at the first and at the most recent injections among drug users, *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 107-109.**
- Vidal-Trécan M., Varescon-Pousson I., Gagnière B., Tcherny-Lessenot S., Madariaga E., Boissonnas A. (2002b), Association between first injection risk behaviors and hepatitis C seropositivity among injecting drug users, *Ann. Med. Interne*, 153, n°4, pp. 219-225.
- Wasserman D.A., Duva C.A., Stewart A.L., (1999), *Social relationships, gender and abstinence in opioid maintenance patients*. Presented at the College on Problems of Drug Dependence Conference. Acapulco, Mexico.**
- Wildavsky A., Dake K. (1990), "Theories of Risk Perception: Who Fears What and Why?", *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 119, n°4.**
- Willems J. C. E. W., Iguchi M. Y., Lidz V., Bux D. A. (1997), Change in drug-using networks of injecting drug users during methadone treatment : a pilot study using snowball recruitment and intensive interviews. *Substance use & misuse*, 32, (11), 1539-1554.
- Woods, W.J., Abramowitz A., Guydish J., Clark W., Hearst N., Kiefer R. (1989), *Fifth International Conference on AIDS*, Montreal, Canada (abstract WDP 74).
- Wright N.M.J., Tomkins C.N.E., Jones L. (2005), Exploring risk perception and behaviour of homeless injecting drug users diagnosed with hepatitis C, *Health and Social Care in the Community*, 13, 1, 75-83.**
- Zinberg, N.E. (1974), *Drug, set and setting*, Yale University Press.**
- Zonabend F. (1989), *La presque île au nucléaire*, Paris, Odile Jacob.**

