

**UNIVERSITÉ PARIS VIII - DESU TOXICOMANIES :
DROGUES, ALCOOL, TABAC ET AUTRES ADDICTIONS**

Année 2006

L'accompagnement à l'injection

Mémoire présenté par Monsieur Renaud Delacroix

L'accompagnement à l'injection

Mémoire présenté par Monsieur Renaud Delacroix
Coordinateur pédagogique : Monsieur Eric Chagnard

Sommaire

| | |
|-----------------------------------------|---|
| Remerciements | 5 |
| Table des abréviations utilisées | 6 |
| Introduction | 7 |

1^{ère} partie :

Présentation du projet d'accompagnement à l'injection au cours d'événements festifs techno mené par la Mission Rave

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| I - Présentation des actions de la Mission Rave en milieu festif techno | 11 |
| L'accueil | 12 |
| Le pôle médical | 12 |
| Le pôle réassurance | 12 |
| Le contrôle des produits | 13 |
| II - Emergence du projet d'accompagnement à l'injection | 13 |
| Des demandes qui préexistent au projet | 14 |
| Les objectifs pédagogiques du projet | 14 |
| III - Fonctionnement de la | |
| Tente d'accompagnement à l'injection (TAI) | 16 |
| Emplacement de la TAI dans le stand de la Mission rave | 16 |
| Aménagement intérieur de la TAI | 16 |
| Mode de recrutement : pas de recrutement | 16 |
| Composition de l'équipe de la TAI | 17 |
| Critères d'inclusion et de non-inclusion | 17 |
| Déroulement type de l'AAI | 18 |
| <u>1° Préparation du produit</u> | 18 |
| <u>2° Bilan pré-injection</u> | 18 |
| <u>3° L'injection</u> | 19 |
| <u>4° Après l'injection...</u> | 19 |

2^{ème} partie : Effets de l'accompagnement à l'injection sur les pratiques des usagers de drogues

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I - Objet de l'étude et méthodologie de travail | 20 |
| Objet | 20 |
| Contexte et méthodologie de travail | 20 |
| II - Exemples d'accompagnements à l'injection | 22 |
| Maria | 22 |
| Deux compères | 23 |
| Rémi | 23 |
| Guillaume | 23 |
| Fred | 24 |
| John | 25 |
| Les 4 punks | 25 |
| III – Analyse | 26 |
| 1/ Sensibilisation aux risques liés à l'injection de drogues et amélioration des pratiques | 27 |
| - Hygiène de base | 27 |
| - Une meilleure appropriation du sterifilt® | 28 |
| - Transmission des savoirs acquis aux proches | 29 |
| - Maintien à l'initiative des usagers du lien créé sous la TAI | 29 |
| - L'AAI et le shoot dans le cou | 29 |
| - Abandon du projet d'injection | 30 |
| 2/ L'AAI et l'émergence de la parole | 31 |
| 3/ La posture de l'intervenant au cours de l'AAI | 32 |
| - L'absence de jugement | 33 |
| - L'acceptation | 34 |
| - L'empathie | 34 |
| - La congruence | 35 |
| - Une posture en cohérence avec le cadre de l'AAI | 36 |
| 4/ L'AAI : un observatoire privilégié | 36 |
| 5/ Les limites de l'AAI | 38 |

3^{ème} partie :
Points de vue de personnes concernées
par l'accompagnement à l'injection

| | |
|--------------------------------------------------------------|----|
| I – Entretiens | 41 |
| Reynald | 41 |
| Julien | 42 |
| Antoine | 43 |
| II - Les points de vue des consommateurs | |
| d'après deux enquêtes menées à Montréal et à Mulhouse | 44 |
| III - Synthèse et observations | 47 |
| | |
| Conclusion | 49 |
| | |
| Bibliographie | 51 |
| | |
| Annexes | 54 |

Annexe 1 : Chronologie RdR en France

Annexe 2 : Questionnaire de rencontre avec l'utilisateur de drogues par voie intraveineuse en milieu festif techno

Annexe 3 : Présentation du sterifilt®

Remerciements

Merci à Jean Marc et Thierry de nous avoir fait découvrir en douceur le monde de la teuf

Merci à toute l'équipe de la Mission Rave pour leur accueil, leur confiance et pour la gentillesse dont ils ont fait preuve tout au long de mon stage

Merci à Pascal, Jimmy et Filipe de m'avoir fait profiter de leur temps et de leurs savoirs

Merci à mes amis et collègues qui m'ont soutenu pendant la réalisation de ce mémoire

Merci au DESU de m'obliger à un travail de réflexion universitaire sur ma pratique professionnelle après huit années dans la réduction des risques

Une pensée toute particulière et des remerciements renouvelés à Catherine sans qui je n'aurais pas franchis le pas.

Ce mémoire est dédié à Eric

Table des abréviations utilisées

AAI : accompagnement à l'injection

ANRS : Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

LIDI : lieux d'injection de drogues illicites

MdM : Médecins du Monde

RdR : réduction des risques

SCMR : salle de consommation à moindre risque

TAI : tente d'accompagnement à l'injection

UD : usager de drogues

UDVI : usager de drogues par voie intraveineuse

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHC : virus de l'hépatite C

Introduction

La réduction des risques (RdR) liés aux usages de drogues a émergé en France au cours des années 80 face à l'ampleur de l'épidémie de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Issue de la rencontre de militants de la lutte contre le sida, d'intervenants en toxicomanies, de médecins et d'usagers de drogues, la RdR se construisait contre l'idée dominante en matière de lutte contre la toxicomanie « fondée sur l'idée qu'il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes »¹.

La réduction des risques ne sera reconnue comme politique officielle qu'en 1995². Mais le décret du 13 mai 1987 levant l'interdiction³ de la vente libre des seringues en pharmacie sera dans les faits le premier « acte » de la RdR dans le pays. Reconduit en 1988, ce décret sera pérennisé le 11 août 1989, année de lancement des trois premiers programmes d'échange de seringues à Marseille, Paris et Saint Denis. En 1990, Médecins du Monde met en place le premier « Bus d'échange de seringues » à Paris. Deux ans plus tard, l'association ASUD (Auto-support des usagers de drogues) est fondée, et en 1993 les premières boutiques d'accueil à « bas-seuil » sont ouvertes. La réduction des risques devient la ligne du Ministère de la Santé.

Depuis, la réduction des risques a continué de s'affirmer comme une approche essentielle, non seulement dans la prévention des risques infectieux (VIH et hépatites virales B et C), mais aussi dans l'accès aux soins des usagers de drogues, particulièrement facilité par l'élargissement de la dispensation des traitements de substitution, et par la mise en place des réseaux ville-hôpital et des ECIMUD (Equipe de coordination pour l'intervention auprès des malades usagers de drogues).

¹ Rapport rendu au gouvernement par la Commission présidée par le Professeur Henrion (1994)

² Circulaire DGS/DS n°37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

³ Décret du 13 mars 1972 : Interdiction de la vente libre de seringues pour « lutter contre l'extension de la toxicomanie ».

Les résultats de l'étude « Coquelicot » menée par l'InVS et l'ANRS depuis 2004 et publiés cette année confirment que la RdR par ses outils « classiques » (mise à disposition du matériel d'injection stérile complétée par une éducation au « shoot propre ») a permis d'enrayer considérablement l'épidémie de sida chez les UDVI : *« la quasi-absence de contamination par le VIH chez les moins de trente ans (0,3 %) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques⁴ ».*

Malgré cela, *« l'importance de la séroprévalence du VHC (28 %) chez les moins de 30 ans est particulièrement préoccupante. Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale beaucoup plus élevée (59,8 %) dans la population UD et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. »* En effet, *« le niveau de partage du petit matériel (eau, filtre, cuillère) reste très élevé (38%). De plus, il ressort que 35 % des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC. »*

Enfin, cette même étude souligne que *« l'initiation (la première injection, NDR) a été réalisée par un tiers dans 83 % des cas. Étant 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. »*

Par ailleurs, des complications somatiques non virales liées à l'injection telles que les abcès, scléroses veineuses, œdèmes des mains et avant-bras (syndrome de « Popeye »), embolies, infections bactériennes ou fongiques, « poussières » voire septicémies sont toujours constatées par les équipes de première ligne comme dans les service de soins.

⁴ Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 *in* Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°33 – 5 septembre 2006

La chute spectaculaire de la prévalence du VIH chez les UDVI a démontré leur capacité à modifier leurs pratiques d'usage afin d'y intégrer les gestes utiles à la préservation de leur santé. Mais les pratiques d'injection nécessaires à la prévention du VHC n'ont pas encore été appropriés par les UDVI. Comment y arriver ? C'est la problématique à laquelle UDVI et intervenants en Rdr doivent ensemble trouver une solution.

Les résultats de l'enquête⁵ menée auprès d'UDVI séronégatifs au VHC ont clairement démontré que « *l'infection à VHC était 16,4 fois plus élevée chez les UDVI qui déclaraient partager le coton* ». L'utilisation d'une seringue propre n'étant pas suffisante pour réduire le risque de transmission du VHC, il s'agit alors d'intervenir au cœur des pratiques de préparation de l'injection. « *Des programmes pilote d'éducation à l'injection dans des lieux sécurisés devraient être expérimentés afin de rechercher un éventuel impact sur la transmission du VHC* » a donc proposé Bruno Spire, médecin chargé de recherche à l'Inserm⁶ lors du colloque « Recherche en santé publique sur les hépatites virales » organisé par l'ANRS le 1^{er} juin 2005. Dans la même logique, la proposition d'action n°10 du Programme national hépatites virales⁷ de juillet 2005 intitulée « *Développer les mesures de prévention chez les usagers de drogues non encore infectés par les virus des hépatites* » propose, entre autres, « *l'individualisation, au sein des structures bas seuil, de salles de consommation de drogues, favorisant les liens entre les professionnels et les usagers de drogues ainsi que l'éducation de ces derniers à des pratiques à moindre risque.* »

Dans une première partie, nous présenterons le projet d'accompagnement à l'injection au cours d'événements festifs techno mené par la Mission Rave de Médecins du Monde. Dans une seconde partie, nous tenterons de voir si le fait de

⁵ « Incidence et facteurs de risques de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'UDVI du Nord-Est de la France », in Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°2/2005 – 11 janvier 2005

⁶ Bruno Spire travaille à l'Unité Inserm U 379 : « Epidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale »

⁷ « Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C » par le Comité stratégique du programme national hépatites virales, consultable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites_081205/rapport.pdf

Voir aussi l'Arrêté du 8 avril 2003 portant création d'un comité stratégique du programme national hépatites virales (NOR : SANP0321340A) publié au Journal officiel du 11 juin 2003

consommer des drogues accompagné par la présence et les conseils d'un intervenant peut modifier les pratiques de l'utilisateur, diminuant ainsi les dommages liés à l'injection. Dans une troisième partie, nous étudierons les opinions et points de vue d'UDVI sur le fait de « shooter » en présence d'intervenants et sur les conditions nécessaires à un tel projet.

Pour conclure, nous soulignerons que si l'AAI est sans doute un outil pertinent pour améliorer les pratiques d'injection et en réduire les dommages, l'intervenant doit avoir à cœur de respecter l'intimité de la personne rencontrée.

1^{ère} partie :

Présentation du projet d'accompagnement à l'injection au cours d'événements festifs techno mené par la Mission Rave

I - Présentation des actions de la Mission Rave en milieu festif

L'intervention de Médecins du Monde dans les raves s'inscrit dans les programmes de réduction des risques liés aux usages de drogues que l'association mène depuis 1989. Elle se propose de limiter, dans la mesure du possible, les risques et les dommages sanitaires liés à l'usage de drogues. En 1997, la Mission Rave est créée pour réduire ces risques dans le milieu festif techno. Il existe actuellement 5 programmes en France : à Bayonne, Nice, Nantes, Paris, Toulouse.

Depuis ces 9 années d'existence, la Mission Rave s'est affirmé comme un acteur sanitaire présent dans le milieu festif techno. Elle intervient aussi bien lors de free-parties qu'à l'occasion des grands teknivals⁸. Sa présence s'y matérialise par un stand animé par une équipe bénévole d'intervenants pluridisciplinaires rassemblant infirmiers, médecins, éducateurs, agents de RdR, militants de l'auto-support et ravers. La taille de cette équipe peut varier de 5 personnes à plus d'une soixantaine, selon la taille de l'événement couvert, qui peut rassembler de 200 à 80 000 personnes, comme lors du Teknival de Marigny en mai 2005.

⁸ Free party : rassemblement musical festif techno organisé de manière officieuse.

Teknival : Rassemblement musical festif techno de grande ampleur, organisé quatre fois par an en accord avec les autorités, pouvant rassembler plusieurs dizaines de milliers de participants.

Différents services sont proposés au stand de Médecins du Monde :

- **L'accueil** : ouvert à tous, du matériel de prévention y est proposé (kits d'injection stérile, « roule ta paille », sérum physiologique, bouchon d'oreille, préservatifs, gels lubrifiants). Y sont distribués des documents d'information sur les risques immédiats et différés des drogues présentes dans le milieu festif : ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD, GHB, DMT, héroïne, alcool, cannabis, tabac, etc., ainsi que sur ceux liés aux pratiques culturelles propres aux raves (tatouages, piercing, accès à l'eau sur les sites, risques auditifs liés au volume de la musique...), enfin, sur la transmission du VIH, du VHB et du VHC à travers l'injection ou le sniff. A l'accueil les intervenants mènent des entretiens avec les participants de la « teuf » offrant un espace de parole et d'écoute neutre et non jugeant, tourné vers l'information objective. C'est aussi l'occasion d'orienter, si nécessaire, des personnes vers les autres pôles du stand de Médecins du Monde.
- **Le pôle médical** : c'est un lieu de consultation séparé, accolé à l'accueil. Il est animé par du personnel médical et infirmier en vue de répondre aux besoins de soins formulés à l'accueil ou repérés lors de maraudes dans la teuf : maux de têtes, de ventre, de dents, vomissements, blessures de types coupures et brûlures, malaises dus à la déshydratation, la fatigue et/ou à la consommation de substances psychoactives et d'alcool. En général, l'intervention se limite à de la « bobologie ». Si nécessaire, les personnes sont réorientées vers un hôpital à proximité.
- **Le pôle réassurance** : animé par des psychologues ou des psychiatres, il est matérialisé par une tente avec des lits de camps. L'objet de ce pôle consiste à accompagner les personnes présentant des troubles

psychiatriques aigus sous produits ou les "bad trip"⁹, ainsi qu'à les rassurer en cas d'angoisses liées aux réactions aux produits.

- **Le contrôle des produits** : Jusqu'à son interdiction récente¹⁰, la reconnaissance présomptive de produit (ou « testing » réalisé avec la réaction colorimétrique de type Marquis) était proposé. Léger et relativement simple d'utilisation, le testing permettait de donner une première indication partielle sur la nature du produit acheté par l'utilisateur. Ces analyses étaient d'abord l'occasion pour les ravers de dialoguer avec des membres de la mission. Aujourd'hui, la Mission propose une analyse par chromatographie sur couche mince (CCM). Il s'agit de réactions colorimétriques réalisées après séparation des produits contenus dans l'échantillon. Cette technique est plus longue que le testing (environ une heure), demande l'installation d'un mini laboratoire et une manipulation par un personnel formé et se pratique sous responsabilité médicale. Elle permet de rendre un résultat qualitatif. Comme avec le testing, il ne s'agit pas de dire si une drogue est bonne ou non, mais d'informer les usagers sur ce qu'ils s'appêtent à consommer.

II - Emergence du projet d'accompagnement à l'injection

C'est en juillet 2005 que deux bénévoles de Médecins du Monde - Pascal Perez (éducateur à Sida Parole) et Eric Aubert (médecin) - présentent pour la Mission Rave

⁹ « *Bad trip* : expérience désagréable lors de la prise d'un psychédélique. Elle dépend pour l'essentiel de la personne qui prend le produit, du contexte et du moment. Attention, certaines expériences peuvent se révéler terrifiantes et laisser d'importantes séquelles psychologiques. » in Petit dico des drogues, L'esprit frappeur, Paris 1997

¹⁰ Décret no 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique *publié au Journal officiel du 15 avril 2005*

un projet d' « *Accompagnement pragmatique à l'injection de produits au cours d'événements festifs techno*¹¹ » au Groupe France de MdM.

Des demandes d'assistance qui préexistent au projet

Les auteurs du projet expliquent que la mise en place d'une tente d'accompagnement à l'injection dans le stand de MdM est d'abord issue des « *demandes d'assistance* » constatées : « *Au cours des teknivals, il y a systématiquement des usagers qui se présentent au stand de MdM avec une demande d'hébergement provisoire pour une injection. On estime ce taux de sollicitations entre 15 et 20 personnes par 24 heures (la plupart une fois la nuit tombée). Les raisons invoquées sont majoritairement liées à la nécessité d'un lieu clos et calme donnant accès à une injection propre et sans risques. Parfois, la demande est implicitement plus proche d'un besoin de "counselling".* »

D'ailleurs, venant corroborer leurs observations, les auteurs notent que d'ores et déjà, « *l'accompagnement à l'injection a bel et bien commencé au cours des teknivals sous les initiatives personnelles et militantes de membres d'associations.* » En effet, des « tentes d'injection » se mettent parfois en place lors de teknivals autour de stands de l'auto-support. Ces lieux discrets, mais rapidement connus des intéressés, proposent aux UDVI présents dans la teuf un lieu où ils peuvent injecter avec la tranquillité qu'offre le fait d'être à l'abri du regard de l'environnement, tout en bénéficiant de la présence d'un militant associatif, utile en cas de surdose. Du matériel d'injection stérile y est disponible, mais ces « shooting-rooms » n'ont pas à proprement parler de visée éducative. Elles permettent cependant de réduire les risques liés à une injection réalisée entre deux camions ou derrière un bosquet.

Les objectifs pédagogiques du projet

L'approche proposée par le projet de MdM, tout en intégrant cette nécessité d'un lieu calme pour l'injection, va au-delà de cette simple demande : « *Ainsi, ajouté à la reconnaissance d'un risque pris en injectant en plein air au cours d'un événement*

¹¹ Accompagnement à l'injection – accompagnement pragmatique à l'injection au cours d'événements festifs techno – Médecins du Monde – Mission Rave – Juillet 2005 – Instigateur, chargé de projet : Pascal Perez – Rédaction : Eric Aubert, médecin.

festif techno, il existe d'autres intérêts importants à l'AAI (accompagnement à l'injection). Nous venons de voir l'intérêt pédagogique : mieux connaître la population d'injecteurs présente au sein de ces teknivals, observer la façon dont est utilisé le matériel distribué et tenter de rattraper les « mauvaises habitudes » prises avec du « bon matériel », sensibiliser une population d'UDVI à la notion de RdR puisque les études montrent que ce sont eux qui, majoritairement, encadreront la première injection d'un consommateur. Nous voudrions en profiter pour que, idéalement, ils soient capables d'insuffler « l'esprit de la réduction des risques » à ce moment là sans pour autant les « noyer de détails ». Il faut garder à l'esprit que leur demande initiale n'est pas de recevoir un cours théorique. Si ils veulent bien l'entendre, c'est qu'ils sont concernés et que nous sommes concis. » [...] « Initialement, l'UDVI ne fait qu'une demande "d'hébergement". Nous lui mettons à disposition un local idéal. La contrepartie est d'accepter nos règles, le regard critique de l'éducateur, et de répondre à un questionnaire rapide. Il s'agit d'un contrat moral et tacite entre nous. Il se sert de nos locaux et de notre expérience, nous nous servons de ce qu'il nous laisse voir pour l'analyser et le mettre au service d'autres usagers. (...) Notre objectif n'est pas de savoir pourquoi il injecte, mais comment il injecte. Pour cette raison, nous ne devrions pas lui prendre tant de temps que cela. »

En résumé, l'objectif du projet d'AAI ne se limite pas à l'offre d'un lieu salubre pour l'injection. Il s'agit de profiter de ce moment d'intimité partagé avec l'injecteur pour échanger avec lui sur ses « habitudes » de consommation, pour mieux repérer les « mauvaises » pratiques d'injections, en vue de les faire évoluer pour limiter, dans la mesure du possible, les risques qui y sont liés.

III -Fonctionnement de la tente d'accompagnement à l'injection (TAI)

Emplacement de la TAI dans le stand de la Mission rave

Une grande tente de type « tipi » dédiée à l'AAI est montée dans l'enceinte du stand. Elle est installée au fond du stand, sans aucun signe extérieur particulier. La TAI est discrète, à l'abri des regards extérieurs et des allées et venues dans l'espace MdM. À côté de la TAI, séparé du reste du stand par une bâche accrochée à un camion, un « sas » est mis en place. L'utilisateur peut y être reçu en entretien afin de lui expliquer les conditions de fonctionnement de l'AAI avant de rentrer dans la TAI. Ce sas peut aussi servir de salle d'attente si la TAI est déjà occupée, ou bien pour faire patienter un proche accompagnant une personne à la TAI.

Aménagement intérieur de la TAI

À l'intérieur de la TAI, sont installés une table tenant lieu de plan de travail propre et dégagé, trois chaises, un lit de camp, un miroir (en cas d'abandon de l'injection pour un sniff), un récupérateur de seringues usagées, un point d'eau avec savon antiseptique, du gel antibactérien, le matériel d'injection stérile (seringues de différents types, tampons alcoolisés, stericups®, sterifilts®, flacons d'eau stérile PPI) des garrots, un pilon, une boîte de gants à usage unique, des compresses stériles et non stériles, et le nécessaire pour désinfecter le plan de travail entre chaque AAI.

Mode de recrutement : pas de recrutement

Il n'y a pas de recrutement pour la TAI : les demandes émanent des UDVI qui viennent à l'accueil se procurer du matériel d'injection stérile et qui cherchent un lieu pour shooter. Cependant, les accueillants, lors de l'entretien accompagnant la remise du matériel, interrogent les UDVI sur la salubrité de l'endroit où ils comptent aller pour réaliser leur injection. Selon leur réponse, les accueillants peuvent les informer de l'existence de la TAI.

Composition de l'équipe de la TAI

Un ou des « éducateurs¹² » référents identifiés au sein de la Mission, compétents et formés sur les risques liés à l'injection. Le projet précise qu'il « *est le pilier de l'action et de son ambition didactique. Il s'agit du poste le plus pourvoyeur de compétence au regard des objectifs fixés* ».

Un infirmier qui peut aider à trouver ses veines et, si besoin, mettre en garde l'utilisateur sur la possibilité de réaliser l'injection en fonction de l'état de son système veineux. Cet infirmier n'est pas forcément présent sous la TAI lors de l'AAI, mais il est disponible rapidement si besoin, à la demande de UDVI ou de l'intervenant.

Enfin, un médecin est toujours disponible à proximité de la TAI en cas de problème (surdose).

Critères d'inclusion et de non-inclusion

En général orienté par l'accueil, l'UDVI est alors reçu par un ou des membres de l'équipe de la TAI dans l'enceinte du stand MdM mais en dehors de la TAI (éventuellement dans le sas). L'équipe présente à l'UDVI le fonctionnement et les principes de la TAI : il est clairement expliqué à la personne qu'il ne s'agit pas uniquement de lui fournir un lieu salubre pour consommer, mais que l'objectif est aussi de profiter de ce moment pour observer ses pratiques et, le cas échéant, lui proposer de les modifier en vue de limiter les dommages liés à l'injection.

Cet entretien est aussi l'occasion de vérifier si la personne correspond aux critères posés par le cadre de fonctionnement de la TAI à savoir :

- Pas de primo-injecteurs : « *Il paraît important qu'un injecteur garde le souvenir de son entière responsabilité et de la suprématie de son choix de consommation* »

¹² Le terme d'éducateur ne signifie pas forcément titulaire d'un diplôme d'état type éducateur spécialisé ou moniteur éducateur mais fait référence à l'objectif éducatif du projet d'accompagnement à l'injection.

- Pas de mineurs, ce qui n'est pas forcément évident à vérifier car il n'est pas dans l'usage de la Mission de demander les papiers des usagers.
- Pas d'injection de kétamine : l'effet dysleptique immédiat de la kétamine injectée ne permet pas de répondre aux objectifs pédagogiques de la TAI.
- Pas d'injection dans la veine jugulaire externe ni dans les artères.
- Pas d'usager dont l'état est tel qu'il ne peut plus se faire une injection dans des conditions correctes.
- Une seule personne à la fois sous la TAI. Comme nous le verrons dans la seconde partie, ce cadre peut être adapté sous certaines conditions, en particulier concernant des couples qui ont l'habitude d'injecter ensemble.

Déroulement type de l'AAI

Une fois l'entretien d'inclusion réalisé et après accord mutuel sur le cadre de l'AAI, l'usager s'installe dans la TAI. Un ou deux éducateurs l'y accompagnent. Tout d'abord, un petit questionnaire centré sur les consommations de l'UDVI est rempli¹³. L'usager est aussi interrogé sur son niveau de connaissance du produit qu'il compte injecter.

Après s'être lavé abondamment les mains et les avant-bras à l'eau et au savon antiseptique, l'usager s'assoit face au plan de travail.

1° Préparation du produit

C'est l'usager qui prépare son produit. L'intervenant observe et peut formuler des critiques au cours de la préparation s'il le juge nécessaire. En général, elles seront développées à la fin de la préparation, sauf en cas de manque total d'asepsie qui rendrait impossible une injection à moindre risque. Dans tous les cas, celles-ci s'accompagnent d'explications simples et d'interactivité. Elles sont hiérarchisées en vue d'obtenir l'adhésion de l'UDVI.

2° Bilan pré-injection

Le produit est maintenant dans la seringue. L'intervenant fait un bref bilan de ce qu'il a observé, en tentant de faire ressortir les « bonnes » et « mauvaises » pratiques

¹³ Questionnaire publié en annexe du présent document.

repérées, en cherchant à faire en sorte que ce soit l'utilisateur lui-même qui souligne ses éventuelles erreurs liées à la préparation.

Comme il est écrit dans le projet, ce bilan pré-injection est aussi l'occasion d'évaluer *« si l'injecteur est en mesure de transmettre ce savoir si quelqu'un lui demande (sous entendu : s'il est amené à lui-même s'occuper d'un primo-injecteur). »*

3° L'injection

Après s'être désinfecté le point d'injection, l'injecteur cherche maintenant une veine. Parfois, cette action est rapide, parfaitement maîtrisée et apparemment indolore. Parfois, trouver une veine « shootable » est laborieux, voire relève d'une quête longue et pénible. L'éducateur peut proposer des méthodes pour dilater les veines, les rendre plus visibles et plus facilement accessibles. L'infirmier peut aussi être mis à contribution pour *« aider à trouver une veine et émettre des critiques sur la faisabilité de l'injection en fonction du capital veineux »*. Mais quoi qu'il en soit, aucun des intervenants ne prend part à l'injection : *« L'accompagnement n'est pas une aide. Nous ne souscrivons pas au geste, nous tentons d'en réduire les méfaits. C'est l'utilisateur qui décide de consommer, c'est encore lui qui décide le mode d'administration : c'est à lui d'assumer l'un et l'autre. »*

4° Après l'injection...

« Une discussion peut-être proposée au terme de l'injection, mais il ne faut pas compter dessus... Par définition, l'utilisateur vient de modifier brutalement ses « niveaux de perception » ! En même temps, il n'a plus vraiment besoin de nous : le temps qui nous était imparti est terminé. »

Néanmoins, nous nous autorisons à relativiser ces propos. En effet, dans certains cas, la période « post-injection » peut être propice à des échanges riches entre l'intervenant et l'utilisateur. Par exemple, si l'UDVI est dépendant aux opiacés et qu'il vient de s'injecter de quoi lui enlever le manque mais pas suffisamment pour le faire « piquer du nez », alors il pourra être plus ouvert à la discussion après l'injection plutôt qu'avant. Cela peut être particulièrement vrai pour les injecteurs réguliers de subutex®.

2^{ème} partie :

Effets de l'accompagnement à l'injection sur les pratiques des usagers de drogues

I - Objet de l'étude et méthodologie de travail

Objet

L'objet de ce travail est de voir si le fait de s'injecter une drogue accompagné par la présence et les conseils d'un intervenant peut améliorer les pratiques des usagers, diminuant ainsi les dommages liés à l'injection, en particulier le risque de contamination par le VHC.

Contexte et méthodologie de travail

Afin de tester l'hypothèse présentée ci-dessus, notre premier projet était de participer à la TAI sur plusieurs teknivals et ainsi pouvoir retrouver à quelques mois d'intervalle des UDVI étant passés par la TAI pour évaluer directement avec eux d'éventuelles améliorations de leur pratique d'injection et solliciter leur avis a posteriori sur l'AAI. Cela n'a pas été possible. En effet, la TAI n'est mise en place dans le stand de la Mission rave qu'à l'occasion de trois grands teknivals annuels : celui du 1^{er} mai, celui de début juillet, et celui de la fin août.

Ayant découvert l'existence de la TAI à la fin mai 2006, le teknival du 1^{er} mai était déjà passé quand j'ai décidé d'en faire mon sujet de mémoire. J'ai donc participé comme stagiaire aux actions de la Mission Rave sur les teknivals de Vannes en juillet 2006, et d'Angoulême en septembre 2006. Du fait de l'absence de personnel qualifié disponible en juillet, la TAI n'a finalement pas été mise en place à Vannes. Puis, lors du teknival d'Angoulême, la TAI a fonctionné la nuit du vendredi au samedi, mais, suite à un incendie sur le stand de la Mission le samedi soir vers minuit, les

coordinateurs ont décidé de suspendre le fonctionnement de la TAI, et ce au plus fort de la fréquentation du teknival. De ce fait, mon travail d'observation et d'étude sur l'AAI a été rendu plus difficile. J'ai pu néanmoins observer et participer à la mise en place de la TAI où ont été réalisés dix accompagnements (un onzième était en cours quand l'incendie a éclaté...). Par ailleurs, j'espérais pouvoir interroger les UDVI dès leur sortie de la TAI pour recueillir leurs impressions. Mais en réalité, à la sortie de la TAI, les usagers ne sont plus disponibles pour subir un entretien pour un mémoire universitaire. Et l'ambiance quelque peu survoltée d'une nuit de teknival renforcée par l'incendie du samedi soir n'ont fait que confirmer ce constat.

Nous avons alors orienté comme suit notre méthode de travail.

Au vu de l'impossibilité de suivre directement et sur une période significative un nombre représentatif d'UDVI étant passés par la TAI afin de voir si effectivement leurs pratiques d'injection s'améliorent et si les cas de séroconversions au VHC sont moindres que dans une groupe d'UDVI n'étant pas passés par la TAI ; nous avons choisi de nous pencher sur des cas particuliers d'AAI. Nous avons sélectionné des AAI qui nous ont semblé intéressants soit par leur déroulement inattendu (accompagnement à la non-injection), soit parce que les UDVI concernés ont été revus par l'éducateur référent du projet jusque plusieurs mois après l'AAI, permettant ainsi d'en suivre l'impact.

Ainsi, sur les dix accompagnements réalisés lors du teknival de septembre, nous présenterons les trois d'entre eux qui se sont conclus sans injection. Nous relaterons ensuite l'histoire d'un usager qui, au cours de ce même teknival, souhaitait passer par la TAI, et dont la demande n'a finalement pas abouti. Nous nous appuierons ensuite sur des entretiens menés avec Pascal Perez, référent du projet TAI dans la Mission Rave, relatant des AAI réalisés lors d'autres teknivals, et qui ont abouti à des liens maintenus dans le temps entre les usagers et l'intervenant¹⁴.

¹⁴ Nous tenons à préciser ici que le fait d'étudier des AAI ne concernant que des injecteurs du milieu festif techno n'est pas un choix de recherche, mais s'explique par le fait qu'à notre connaissance, la Mission Rave est le seul dispositif où un projet d'AAI est « officiellement » mené.

Afin de compléter ce travail, nous rendrons compte dans la troisième partie d'entretiens réalisés avec des UDVI déjà connus par l'enquêteur hors du cadre festif techno afin de recueillir leur opinion sur le fait de shooter en présence d'un intervenant. Nous compléterons ce travail sur le point de vue des usagers en nous appuyant sur l'étude « *Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs* » de Nicolas Carrier et Pierre Lauzon, et sur l'enquête de Bernard Bertrand « *On peut franchir le pas, faire un essai... Structure d'accueil avec possibilité de consommer des drogues à moindre risques* ».

II - Exemples d'accompagnements à l'injection

Les 4 premières situations évoquées ci après se sont toutes déroulées au teknival de septembre 2006.

Maria

Maria se présente à la TAI en vue de s'y injecter de l'héroïne marron. Elle est accompagnée d'une amie, Julie, elle-même ancienne injectrice qui l'aide parfois à faire ses injections. Julie attend à l'extérieur de la TAI. Après de nombreuses tentatives, Maria échoue à trouver une veine. Elle demande à l'intervenant de lui faire son injection, ce qu'il refuse. Maria appelle alors Julie et lui demande de lui faire son shoot. Après avoir accepté à contre cœur, elle tente une fois d'injecter son amie, mais n'y parvient pas. Julie pose alors la seringue sur la table, déclarant qu'elle en a marre, et qu'elles feraient mieux de se faire un rail (sniff). Maria reprend alors la seringue et tente à nouveau de s'injecter, toujours sans succès. L'intervenant fait remarquer que ça commence à devenir pénible, vraiment dangereux et vain. Il réitère la proposition d'abandonner l'injection, et de sniffer l'héroïne. Après une longue discussion, Maria se rallie à la proposition commune de Julie et de l'intervenant. La seringue pleine d'héroïne finit dans récupérateur de seringues, Maria et Julie se font leur rail, et quittent la TAI sans avoir shooté, mais avec le sourire.

Le lendemain, Maria se présente à nouveau au stand de MdM accompagnée cette fois de Léa, sa conjointe, elle aussi injectrice. Elle souhaite revoir l'intervenant de la TAI pour avoir un entretien sur le fait qu'elles partagent leur matériel d'injection (le sujet avait été abordé la veille sous la TAI). Elles n'avaient jusqu'alors jamais réalisé le danger de cette pratique. L'entretien se conclue par un accord commun pour l'arrêt du partage de matériel et une orientation vers un dépistage VIH, VHB, VHC.

Deux compères

Deux hommes se présentent à la TAI pour s'y injecter de la cocaïne qu'ils viennent de se procurer dans le teknival. La préparation de l'injection se déroule comme prévu jusqu'à l'ouverture du paquet de cocaïne. Lorsqu'ils goûtent un échantillon de la poudre du bout de la langue, elle n'a ni le goût, ni l'effet anesthésiant attendu. Enfin, lorsqu'ils mélangent l'eau avec la poudre, celle-ci ne réagit pas du tout comme la cocaïne qu'il leur arrive d'injecter. Les deux usagers hésitent à consommer une telle « cocaïne » mais ont du mal à se résoudre à abandonner leur projet d'injection. L'intervenant engage la discussion sur les risques d'injecter une substance inconnue d'une telle apparence. A l'issue de l'entretien, les deux usagers décident de ne pas consommer, et quittent la TAI sans s'être injectés et en laissant leur « cocaïne » aux pharmaciens de MdM pour analyse par CCM (Chromatographie sur couche mince).

Rémi

Lors du même teknival, Rémi est venu à la TAI pour s'y injecter de la cocaïne apparemment vendue par le même fournisseur. Là encore, suite aux mises en garde de l'intervenant, la personne est finalement repartie sans s'injecter le produit.

Guillaume

Guillaume ne cesse d'aller et venir autour du stand de MdM. Il est très théâtral, ne cesse de se vanter de ses consommations de produits depuis le début du teknival : ecstasy, alcool, mais surtout du speed (amphétamine) en grande quantité. Son état vient confirmer ses propos. Il explique à l'intervenant qui vient entamer un entretien avec lui qu'il a « encore du business » à faire, mais qu'ensuite il compte « shooter du speed ». L'entretien et l'état de Guillaume montrent avec certitude qu'il a déjà énormément consommé et qu'il n'est pas en état de s'injecter quoi que ce soit. De plus, ses avant-bras sont très abîmés : traces d'injections, cicatrices d'abcès, scarifications. La psychiatre prend alors le relais. A l'issue de l'entretien, Guillaume abandonnera son projet d'injection pour aller, accompagné de la psychiatre, se poser au chill out du Tipi.

Les trois exemples d'AAI qui suivent se sont déroulés lors de teknivals antérieurs. Ils m'ont été relatés par Parcal Perez durant un entretien.

Fred

Fred est un jeune homme qui se présente à la TAI pour une injection d'héroïne. Lors de la discussion préalable à l'injection, il apprend à l'intervenant que sa mère est décédée du VIH. Plus tard, il annonce qu'il ne s'injecte plus que dans le cou (en général couché dans son duvet, éclairé par une lampe de poche). L'intervenant veut éviter cette zone d'injection particulièrement dangereuse et essaie de négocier un autre lieu d'injection mais les tentatives d'injection dans l'avant bras n'aboutissent pas. L'intervenant propose d'opter pour le sniff voire de « chasser le dragon¹⁵ ». La discussion dure, mais il n'en est pas question, Fred veut un shoot, et pour lui, le seul endroit où c'est possible, c'est le cou, il en a l'habitude, il le fait tous les jours, ça prend trente secondes et c'est réglé. L'intervenant refuse et fait venir l'infirmière pour aider Fred à trouver un autre lieu d'injection, mais sans succès. Fred n'en démord pas, il n'y a que le cou. La tension monte. Finalement Fred lance : « c'est bon, passe moi ta lampe, je vais me shooter dehors ». L'intervenant le fait rasseoir et accepte finalement l'injection dans le cou. A peine avait-il fini sa phrase que Fred

¹⁵ Chasser le dragon : fumer l'héroïne sur une feuille de papier aluminium

avait trouvé sa veine du premier coup et terminait son injection dans le cou d'une main sûre et rapide : « Tu vois, je te l'avais dit. Tu m'as cassé les couilles pour rien ! »

Puis, la discussion reprend et Fred revient sur son parcours de vie. Il explique qu'il a toujours vu sa mère shooter et que c'est elle qui l'a initié quand il avait 13 ans. Au cours de l'entretien post-injection (qui durera près d'une heure), Fred reconnaît volontiers qu'injecter dans le cou est une pratique très risquée.

Deux mois plus tard, lors du teknival suivant, Fred s'est à nouveau présenté au stand de MdM pour annoncer à l'intervenant (qui n'était pas là) qu'il ne « *tapait plus dans le cou* ».

John

John a 18 ans quand il se présente au stand de MdM. Il cherche un lieu pour shooter. Accueilli dans la TAI, l'entretien nous apprend que John a débuté l'injection à 16 ans avec du Subutex®. Depuis, il injecte tout ce qu'il peut : cocaïne, speed, kétamine, héroïne, MDMA, LSD (il met le buvard dans le corps de la pompe)... John est un « enfant de la DASS », qui a grandi de foyers en familles d'accueil. Son « père d'adoption » est au courant qu'il injecte, mais John regrette qu'ils n'arrivent pas à en parler.

Dans les huit mois qui ont suivi le teknival, des entretiens téléphoniques ont eu lieu tous les mois entre l'intervenant, John et son père. Durant ces entretiens, John a pu parler avec son père de ses pratiques d'injection, comme il le souhaitait. Deux ans plus tard, John est revenu voir l'intervenant, et lui a annoncé qu'il avait cessé l'injection depuis six mois.

Les quatre punks

Quatre punks accompagnés de leurs trois chiens se présentent au stand de MdM pour bénéficier de la TAI. La tente étant déjà occupée, il leur est demandé de patienter. Cela ne leur convient pas du tout, ils veulent absolument passer en

premier et le font savoir très bruyamment. Face au refus de l'intervenant, ils sortent de l'enceinte du stand, s'assoient en rond par terre et commencent à préparer leur injection juste devant l'accueil très fréquenté de MdM. L'intervenant sort les voir et, après une longue discussion enlevée et contradictoire, ils rangent finalement leur matériel, retournent dans le stand de MdM, attendent leur tour pour la TAI et acceptent d'y aller l'un après l'autre et non tous ensemble comme ils le désiraient au départ. Seule une jeune femme du groupe ne se calme pas du tout, crie et injurie tout le monde. Cela n'empêche pas les trois autres de se plier au cadre de la TAI, où l'accent sera mis sur la nécessité de l'hygiène (nettoyage des mains et du point d'injection à l'eau et au savon) et sur la promotion de l'usage du sterifilt®¹⁶. En effet, avant leur passage à la TAI, tous utilisaient des bouts coton roulés dans les doigts (sales) pour filtrer le skenan®, considérant à tort que celui-ci n'était pas compatible avec le sterifilt®.

Le lendemain, une jeune femme souriante habillée en robe à fleurs et ballerine vient voir l'intervenant de la TAI pour lui présenter ses excuses. Celui-ci ne la reconnaît pas. Il s'avère que c'est la punk agressive de la veille, qui veut le remercier car « *j'ai entendu ce que m'ont dit mes potes, ils ont appris deux ou trois choses* ».

Dans les trois mois qui ont suivi, ce groupe est revenu à plusieurs reprises dans les locaux de Mission Rave, à Sida Parole (lieu de travail de Pascal Perez) et à la Petite Roquette (un squat parisien où la Mission Rave tient des permanences). Les entretiens menés avec eux autour de leurs pratiques ont démontré qu'elles s'étaient améliorées : meilleure hygiène, remplacement du coton par le sterifilt®, réduction du partage du « petit matériel » (eau, cuillère).

III -Analyse

¹⁶ Voir la plaquette de présentation du sterifilt® reproduite en annexe.

Cette sélection de présentations d'accompagnement n'a pas pour objectif d'être représentatif de l'ensemble des AAI réalisés à la Mission rave, mais de permettre un travail d'analyse sur les effets de l'accompagnement à l'injection.

Ces récits de la TAI nous permettent d'entrevoir quelques uns des effets que peut induire pour un UDVI le fait de se faire une injection dans un lieu calme et salubre, et ce en présence d'un intervenant non jugeant sur ses consommations de drogues, mais qualifié sur les techniques d'injection. Rappelons que l'objectif pédagogique de cet intervenant n'est pas de convaincre des bienfaits ou des méfaits de l'injection, mais d'aider la personne qui a choisi de s'injecter une drogue à le faire de la manière la moins nocive possible.

Pour synthétiser, nous pouvons dire que la TAI apporte à l'UDVI :

- Un lieu salubre et sécurisé dédié à l'injection, à l'abri des interférences extérieures qui peuvent pousser l'UDVI à aller plus vite pour réaliser son injection, augmentant de ce fait les prises de risques.
- Un intervenant qualifié sur les aspects techniques de l'injection et des risques qui y sont liés, ayant une bonne connaissance des produits consommés, à même de lui apporter des conseils et remarques centrés sur les aspects techniques et somatiques des différentes phases de l'injection en vue d'en réduire les dommages et de préserver la santé de l'UDVI. C'est cet objectif d'éducation pragmatique à la santé qui fonde la légitimité de l'AAI.
- L'attitude non-jugeante d'un intervenant auprès de qui l'UDVI n'a pas besoin de cacher ses consommations de drogues ou de lui déclarer qu'il « cherche à arrêter » pour obtenir son attention.

1/ Sensibilisation aux risques liés à l'injection de drogues et amélioration des pratiques

De l'exemple de l'AAI intitulé « Les quatre punks », nous pouvons tirer les remarques suivantes :

- Hygiène de base

Posé comme un préalable non négociable à l'injection, le simple nettoyage des mains et avant bras à grande eau et au savon est une étape importante de l'AAI. En voyant directement l'eau noire emportée par le savon couler de leurs mains très sales, les trois punks ont pu se rendre compte par eux même qu'en « shootant à l'arrache » sans un minimum d'hygiène comme ils s'apprêtaient à le faire, ils auraient manipulé le matériel stérile d'injection sans la moindre condition d'asepsie nécessaire à une injection à moindre risque.

- Une meilleure appropriation du sterifilt®

Suite à une croyance largement répandue sur l'incompatibilité du sterifilt® avec la préparation de l'injection de skenan®, cet outil n'est pas facilement approprié par les injecteurs de ce produit. Bien souvent, pour eux, « *le sterifilt, c'est bon pour ceux qui shootent le sub* ». Dans ma pratique professionnelle, j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de constater combien les injecteurs de skenan® sont réticents à l'utilisation du sterifilt. Pourtant, bien utilisé, il ne modifie pas les effets « morphiniques » recherché par les injecteurs de skenan®. Mais il est vrai que la préparation de l'injection de skenan® avec le sterifilt® nécessite de modifier certains aspects de cette préparation, en particulier concernant la manière de chauffer le produit, ou la nécessité d'utiliser deux sterifilt® pour filtrer une seule gélule de skenan®. Cela explique sans doute pourquoi la promotion de l'utilisation du sterifilt argumenté uniquement par les paroles des intervenants de RdR ne parvient en général pas à rentrer dans la pratique des UDVI si ceux-ci sont intimement persuadés que leur manière habituelle de faire est la seule à même d'obtenir l'effet recherché.

Ce sont en tout cas ces raisons qui étaient invoquées par « les quatre punks » pour expliquer leur non utilisation du sterifilt®. Mais, sous la TAI, les conseils de l'intervenant ont pu directement être vérifiés tout au long des différentes étapes de

la préparation de l'injection. Cela leur a permis de vérifier concrètement, accompagné par les conseils précis d'un intervenant qualifié, l'intérêt et les avantages de l'utilisation du sterifilt® par rapport à l'utilisation de leur traditionnel morceau de coton roulé en boule dans des doigts douteux. C'est depuis ce passage à la TAI qu'ils ont adopté cet outil qu'ils refusaient jusqu'alors, modifiant ainsi leur pratique d'injection dans le sens d'une réduction des risques et des dommages.

- Transmission des savoirs acquis aux proches

Le fait que la quatrième punk qui avait refusé de passer sous la TAI soit revenue le lendemain au stand de la Mission Rave pour remercier l'intervenant des « *deux ou trois choses* » que ses amis lui « *ont appris* » démontre que les savoirs que les UDVI peuvent acquérir sous la TAI afin d'améliorer leurs pratiques d'injection sont susceptibles d'être transmis à leurs pairs. Cette éducation par les pairs est une des clefs de la réussite de la démarche de la réduction des risques.

- Maintien à l'initiative des usagers du lien créé sous la TAI

Dans les mois qui ont suivi cet AAI, les quatre punks ont profité de leurs passages en région parisienne pour rencontrer à nouveau l'intervenant qui leur avait laissé ses coordonnées. Ce sont les usagers eux-mêmes qui prirent l'initiative de ces retrouvailles. Ces rencontres furent l'occasion pour eux de retravailler sur leurs techniques de consommation avec l'appui de l'intervenant qui, par son attitude et ses conseils lors de l'AAI, a su leur donner l'envie de continuer le travail entamé sous la TAI.

L'accompagnement à l'injection de Fred met l'intervenant face à une pratique d'injection à haut risque. Que pouvons nous apprendre d'une telle situation ?

- L'AAI et le shoot dans le cou

Durant son accompagnement à l'injection, l'intervenant et l'infirmière ont tenté de dissuader Fred de shooter dans le cou. Mais, vues sa détermination et l'impossibilité

de trouver un autre point d'injection, et plutôt que de rompre le lien créé sous la TAI, l'intervenant a finalement autorisé Fred à shooter dans le cou, bien que cela soit normalement proscrit sous la TAI. Ce faisant, Fred a montré à l'intervenant qu'il était effectivement capable de shooter dans le cou avec « maîtrise », et l'intervenant a montré à Fred qu'il était capable de reconnaître ce « savoir faire » de l'utilisateur. Nous pouvons supposer que c'est parce que l'intervenant a reconnu ce « savoir faire » de Fred que celui-ci a pu reconnaître qu'une telle pratique était risquée, ce qu'il s'était refusé à faire jusqu'à avant l'injection. Et le fait qu'il révèle à l'intervenant qu'il tenait ce « savoir-faire » de sa mère confirme le lien profondément intime de Fred avec l'injection.

L'intervenant étant absent lorsque Fred a cherché à le revoir deux mois après, pour lui annoncer qu'il « ne tapait plus dans le cou », nous ne sommes pas en mesure de pouvoir proposer une analyse de cette information trop succincte. Elle renforce néanmoins l'hypothèse que l'AAI n'a pas banalisé la pratique accompagnée, et confirme l'intervenant dans son attitude qui n'a jamais souscrit à un geste aussi risqué mais a tenté d'en réduire les méfaits, préservant ainsi la vocation d'éducation à la santé de la TAI.

Quoi qu'il en soit, ce type d'accompagnement met l'intervenant face aux limites de l'AAI, pris en tenaille entre la pratique extrême de l'utilisateur et l'objectif de réduction des risques du projet, qui ne peut aboutir qu'avec l'adhésion de la personne concernée.

- Abandon du projet d'injection

Lors du teknival d'Angoulême, dix AAI ont eu lieu sous la TAI de la Mission Rave. Trois d'entre eux (concernant quatre injecteurs) se sont conclus par l'abandon du projet d'injection de l'UDVI. Maria, après plus d'une dizaine de tentatives d'injection infructueuses dues à son piètre état veineux, décide de « lâcher la seringue ». Concernant les « deux compères » et Rémi, l'abandon du projet d'injection n'est pas lié à la difficulté de trouver un point d'injection disponible, mais au produit qu'ils comptaient consommer. Pourtant ces injecteurs se trouvaient (sans doute par la

première fois) dans un lieu « officiellement » dédié à l'injection de drogues, soutenus par un intervenant qualifié accompagnant leur injection, le tout au milieu d'un teknival où les consommations de drogues sont largement admises... Et non seulement ils n'injecteront pas, mais en plus, ils abandonneront sur place le produit qu'ils comptaient consommer.

Nous pouvons imaginer que, comme tous les consommateurs de drogues, ces UDVI avaient déjà entendu des discours généraux sur les dangers liés à l'injection de drogues, que ce soit par rapport au capital veineux (Maria), ou par rapport au danger de s'injecter une substance dont la composition réelle est inconnue (les deux compères et Rémi). En ce qui concerne Maria, vu l'état très détérioré de ses veines et la réaction désabusée de Julie quand elle fût mise à contribution pour la « shooter », nous pouvons en déduire que ce n'était pas la première fois qu'elle devait se faire de nombreux « trous » pour réussir son injection. De même, dans ma pratique professionnelle, j'ai souvent échangé avec des injecteurs qui disent devoir se « charcuter » parfois plus d'une heure avant de trouver une veine encore susceptible de recevoir l'injection. Plus globalement, il est extrêmement rare qu'une personne qui a commencé à préparer son injection abandonne son projet en cours de réalisation, même si cela doit se terminer par un abcès car elle aura finalement envoyé le produit à côté de la veine. Mais, durant le teknival d'Angoulême, sur onze injecteurs qui sont passés par la TAI, quatre en sont ressortis sans avoir shooté.

Même si un tel échantillon ne peut prétendre avoir une valeur représentative, nous émettons l'hypothèse que cela illustre la capacité de l'AAI à sensibiliser l'utilisateur aux risques liés à l'injection jusqu'au point de lui permettre de renoncer à son projet d'injection si celui-ci lui paraît trop risqué. Cela est d'abord rendu possible par les apports techniques concrets et vérifiables de l'intervenant qui vont accompagner les différentes étapes de la réalisation de l'injection en s'intéressant aux aspects hygiéniques de celle-ci. Mais cela l'est aussi par la suspension du jugement moral que rend réelle la tente d'accompagnement à l'injection. En « autorisant » l'injection de drogues, la TAI permet à Maria d'abandonner dignement son projet d'injection.

2/ L'AAI et l'émergence de la parole

Cela fait deux ans que John injecte quand il se présente à la TAI. Ce n'est donc pas un injecteur de longue date, mais c'est déjà un "grand injecteur". Il ne réussit cependant pas à en parler avec son père d'adoption comme il le souhaite alors que celui-ci est au courant de sa pratique. Si nous ne savons pas pourquoi John souhaite en parler avec lui, ni ce qui les en empêche, nous constatons que cette discussion a pu se mettre en place après l'AAI, avec le soutien de l'intervenant (bien que la réalisation de tels entretiens téléphoniques ne fasse pas partie des objectifs de l'AAI). Durant l'AAI, la posture non jugeante et éducative de l'intervenant a permis à John de bénéficier d'une acceptation de sa pratique d'injection autour de laquelle se cristallisait un défaut de communication avec son père d'adoption. Or, « *l'acceptation est quelque fois plus importante que la compréhension. La personne a avant tout besoin d'être acceptée comme elle est (...) avant de pouvoir explorer le changement.*¹⁷ » En ce sens, nous pouvons supposer que c'est cette « *acceptation* » qui a permis à John « *d'explorer le changement* » que représente pour son père et lui le fait de parler de sa pratique d'injection. L'intervenant, en acceptant d'accompagner l'injection, ne banalise pas cette pratique, mais aide à la parler. Cette parole peut aider au changement.

Nous n'avons pas suffisamment d'éléments concernant l'arrêt de l'injection annoncée par John deux ans après son passage à la TAI pour tenter d'en déduire une analyse. Nous nous autoriserons néanmoins à supposer que le fait d'avoir noué un dialogue avec son père d'adoption autour de ses pratiques d'injection a pu être un facteur facilitant l'arrêt de l'injection.

3/ La posture de l'intervenant au cours de l'AAI

Avant de pouvoir travailler sur la posture de l'intervenant au cours de l'AAI, il est nécessaire de revenir sur les objectifs de ce dispositif.

¹⁷ Catherine Tourette-Turgis in *Les bases du counseling*, consultable sur <http://www.counselingvih.org>

L'objectif premier de l'AAI est de faire en sorte que l'utilisateur intègre dans sa manière d'injecter les pratiques nécessaires à une réduction des risques infectieux (VIH, VHB et VHC) et plus largement à une diminution de l'ensemble des complications somatiques liées à l'injection (détérioration du capital veineux, infections bactériennes ou fongiques, poussières, œdèmes des mains...).

Constatant que bien souvent, la seule délivrance de messages « théoriques » de prévention (parlés ou écrits) ne suffit pas pour franchir la barrière du « rituel du shoot », l'AAI va permettre à l'intervenant de décortiquer avec l'utilisateur le détail des différentes étapes de l'injection. Ce faisant, l'utilisateur pourra constater et admettre par lui-même les risques liés à son usage en vue d'en modifier ses petites manies et habitudes, qui peuvent être autant de portes d'entrée pour les virus.

Le propos de l'intervenant va donc être, en écoutant, en observant et en échangeant, d'aider l'UDVI à modifier ses pratiques d'injection en vue d'en réduire les dommages. Nous mettrons ici l'accent sur les attitudes de l'intervenant au cours de l'AAI. Ces attitudes sont celles préconisées dans la pratique du counseling, qui se fonde sur « *la croyance en la dignité et en la valeur de l'individu dans la reconnaissance de sa liberté à déterminer ses propres valeurs et objectifs et dans son droit à poursuivre son style de vie.* » Ainsi, « *les grands textes du counseling font tous référence à la responsabilité de la personne vis-à-vis d'elle-même, d'autrui et de son environnement.*¹⁸ »

Par attitudes, nous entendons les dispositions physiques et psychologiques qui préparent l'intervenant à agir d'une manière particulière face à des personnes ou des événements. Les attitudes sont des prédispositions à agir. Elles s'expriment plus ou moins ouvertement à travers divers indicateurs : les paroles, le ton de la voix, les postures et les gestes ou l'absence de geste¹⁹.

¹⁸ Catherine Tourette-Turgis op.cit.

¹⁹ D'après Jean Claude Aubric in Psychologie de la communication Flammarion Paris 1999

Pour écouter et pouvoir échanger en vue d'aider à une modification de la pratique de l'injecteur, il faut tout d'abord créer le climat facilitant. Celui-ci se compose de quatre attitudes fondamentales : l'absence de jugement, l'acceptation, l'empathie et la congruence.

- L'absence de jugement

« *Le jugement est un obstacle à la relation d'aide [qui] bloque les capacités de l'autre à se responsabiliser puisqu'il le maintient dans la dépendance* »²⁰. L'absence de jugement quant aux choix des personnes de consommer des drogues est une condition intrinsèque à l'existence de la stratégie de réduction des risques. Elle est aussi un élément clef de la visée éducative de la relation que l'intervenant tente de nouer avec l'UDVI au cours de l'AAI. Elle permet à l'intervenant de centrer son intervention sur ce qui légitime sa présence lors de l'injection : aider la personne à prendre soin de sa santé sans mettre en accusation ses choix de vie.

- L'acceptation

« *L'acceptation est une attitude fondamentale dans le counseling. Communiquer son acceptation implique que toutes les attitudes et les comportements verbaux et non verbaux du praticien indiquent à la personne que quelqu'un est en train d'essayer de la comprendre, de l'accepter dans sa totalité. L'acceptation est quelquefois plus importante que la compréhension. La personne a avant tout besoin d'être acceptée comme elle est, comme elle se sent, comme elle dit qu'elle se sent avant de pouvoir explorer le changement.* »²¹

Il s'agit, le temps de l'accompagnement, de "mettre au repos" son système de valeurs et de références afin d'éviter les préjugés et les jugements de valeur qui nuisent à une écoute. En lui mettant à disposition un abri et des conseils éducatifs, l'intervenant indique à l'utilisateur qu'il est en train d'essayer de le comprendre, de « *l'accepter dans sa totalité* », y compris dans sa pratique de l'injection. Cette acceptation peut aider l'utilisateur à « *pouvoir explorer le changement* » que représente

²⁰ Catherine Tourette-Turgis op.cit.

²¹ *ibid.*

pour lui le fait de modifier substantiellement sa manière d'injecter afin d'en réduire les dommages.

- L'empathie

« L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. A la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien tente de faire abstraction de son propre univers de référence mais sans perdre contact avec lui, pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. (...) L'adoption de cette attitude est difficile dans certaines situations graves qui nous poussent naturellement à nous sentir à la fois affecté, impuissant et mobilise en nous des sentiments comme l'injustice et l'inquiétude. Et pourtant, une personne confrontée à une situation difficile a d'abord besoin de quelqu'un présent à ses côtés qui l'aide à faire face à ce qui lui arrive et non d'une personne qui réagit à sa place. »²²

L'empathie développe une proximité à l'autre sans pour autant que l'on s'identifie à lui. L'intervenant garde sa place sans jamais se confondre avec l'utilisateur. Cette attitude permet de comprendre les idées de ce dernier sans y adhérer pour autant, de saisir le sens de ses comportements et de ses pratiques sans les justifier.

Ainsi, comme nous avons pu le vérifier avec les AAI de Maria et de Fred, à aucun moment l'intervenant ne prendra la place de l'utilisateur en lui faisant son injection, et ce quelle que soit la difficulté de ce dernier à s'injecter. Cela est clairement posé dans le projet : *« Seul l'utilisateur injecte. L'accompagnement n'est pas une aide. Nous ne souscrivons pas au geste, nous tentons d'en réduire les méfaits. C'est l'utilisateur qui décide de consommer, c'est encore lui qui décide le mode d'administration : c'est à lui d'en assumer l'un et l'autre. »*

- La congruence

²² Catherine Tourette-Turgis *op cit.*

« La congruence peut être définie comme "l'état d'être" du praticien du counseling quand ses interventions au cours de l'entretien sont en accord avec les émotions et les réflexions suscitées en lui par le client. (...) Cela favorise souvent en retour la possibilité pour le client d'entrer en contact avec ses propres sentiments. »²³

Il s'agit pour l'intervenant d'être en contact avec ce qu'il éprouve et ressent durant l'AAI et de l'exprimer verbalement s'il juge le moment opportun. C'est ce qu'a fait l'intervenant au cours de l'AAI de Maria quand il lui dit, suite à ses infructueuses tentatives d'injection, que « *ça commence à devenir pénible, vraiment dangereux et vain* », ou lorsqu'il montre à Fred son inquiétude de le voir se shooter dans le cou.

Une posture en cohérence avec le cadre de l'AAI

Le contrat tacite qui lie l'utilisateur et l'intervenant au cours de l'AAI est de travailler sur les aspects techniques de l'injection, dans un objectif sanitaire centré sur les conséquences somatiques de cette pratique. Cela autorise l'intervenant à donner son avis sur le comment de l'injection, éventuellement à être directif, voire carrément insistant s'il le juge nécessaire. Pour autant, l'intervenant ne cherche pas à dévaloriser la pratique de l'utilisateur mais à la faire évoluer. Il n'a pas le droit de profiter de l'ascendant qu'il peut avoir sur l'utilisateur lors de l'AAI pour être intrusif vis-à-vis de l'intimité de la personne. « *Notre objectif n'est pas de savoir pourquoi il injecte, mais comment il injecte.* » C'est en respectant ce cadre éthique posé par le projet d'accompagnement à l'injection que l'intervenant saura être respectueux de l'intimité de la personne qui lui fait confiance en acceptant de « shooter » devant lui.

4/ L'AAI : un observatoire privilégié

Lors d'un accompagnement à l'injection, le premier travail de l'intervenant – avant de tenter de faire passer auprès de l'utilisateur ses conseils de réduction des risques – consiste à observer dans le détail les pratiques d'usage des UDVI. Les échanges interactifs avec l'utilisateur pourront permettre de saisir le sens de ses prises de risques. De ce point de vue, l'AAI offre aux intervenants un poste privilégié d'observation des réalités de l'usage de drogues injectées. Les informations ainsi collectées seront

²³ *ibid.*

d'une aide précieuse à l'élaboration de stratégies de réduction des risques adaptées aux réalités de terrain, c'est-à-dire aux pratiques réelles des consommateurs.

Nous allons détailler ci-après quelques unes des pratiques contraires à une injection à moindre risque souvent constatées, que ce soit sous la TAI de la Mission Rave ou lors d'accompagnements à l'injection réalisés de manière « officieuse » par des équipes de première ligne en milieu urbain.

- Non nettoyage des mains préalablement à l'injection
- Absence totale de filtration du subutex® qui est directement dissous avec de l'eau dans le corps de la pompe
- Utilisation d'un « plan de travail » particulièrement sale et encombré
- Ignorance de l'existence du sterifilt®
- Manipulation du bout de coton qui servira de filtre en le roulant entre des doigts pas toujours très propres, voire couverts de petites plaies
- Mise du filtre-coton entre les dents de l'utilisateur afin d'avoir les mains libres pour préparer le produit : le filtre, même s'il n'avait pas été roulé entre les doigts, est maintenant imprégné de salive pleine d'agents infectieux
- Pose des doigts au fond du stericup® lui faisant perdre ainsi sa stérilité
- Non connaissance du volume toujours identique des gouttes tombant de la fiole d'eau stérile amenant à des manipulations inutiles de la seringue
- Détérioration du biseau de l'aiguille lors de manipulations inutiles de la seringue avant l'injection
- Pose des doigts sur la membrane filtrante du sterifilt®, lui faisant perdre ainsi sa stérilité
- Pose des doigts sur le bout du piston utilisé pour mélanger le produit, lui faisant perdre ainsi sa stérilité
- Absence d'utilisation du tampon alcoolisé pour désinfecter le point d'injection avant l'injection
- Coup de langue passé sur l'aiguille avant l'injection, lui faisant perdre ainsi sa stérilité et l'enduisant d'agents infectieux
- Méconnaissance du réseau veineux

- Méconnaissance des techniques nécessaires à un meilleur repérage de la veine « disponible » pour l'injection
- Piquage de l'aiguille « au jugé », sans aucun repérage préalable d'un point d'injection
- Injection du produit dans la veine à contre sens du flux sanguin, aggravant la détérioration des valvules veineuses
- "Tirettes" (aspiration du sang dans le corps de la seringue) à répétition tout au long de l'injection, aggravant la détérioration des valvules veineuses
- Après l'injection, aspiration du sang par la bouche sur le point d'injection
- Non utilisation du coton sec stérile pour stopper l'écoulement de sang après l'injection
- Utilisation inutile du tampon alcoolisé après l'injection pour « nettoyer » le point d'injection, tendant à prolonger l'écoulement du sang
- Lors d'une seconde injection, réutilisation de la fiole d'eau qui vient de servir à nettoyer la seringue usagée
- Réutilisation de la seringue usagée et/ou du filtre coton usagé et/ou du tampon alcoolisé usagé lors d'une seconde injection
- Réutilisation du même point d'injection lors de plusieurs injections successives

Ces « mauvaises pratiques » peuvent être constatées autant par des intervenants que par des usagers ou des proches. Sans prétendre à l'exhaustivité, cette liste permet cependant d'envisager l'ensemble des manipulations que doit prendre en compte la réduction des risques pour répondre à ses missions d'éducation à la santé auprès des usagers de drogues.

Enfin, il nous semble nécessaire de contrebalancer l'impression que cette liste pourrait laisser au lecteur en soulignant combien les intervenants sont parfois frappés par la dextérité et le savoir faire de certains usagers pour réaliser leur injection.

5/ Les limites de l'AAI

Lors du teknival de Vannes de juillet 2006 (où il n'y avait pas de TAI), j'ai accueilli une injectrice de skenan qui venait chercher du matériel d'injection stérile. Lorsque je lui demandai si elle voulait des sterifilt®, elle me répondit : « *arrêtez de me faire chier avec votre sterifilt® ! je vous l'ai déjà dit la dernière fois, ça marche pas avec le skenan® votre truc !* » Dans le courant de l'entretien qui s'ensuivit, elle m'expliqua qu'elle était passée par la TAI lors du teknival du 1^{er} mai, que l'intervenant avait essayé de la « *convertir* » au sterifilt®, mais que ça ne l'avait pas plus convaincue qu'avant : elle trouvait que l'utilisation du stérifilt® faisait disparaître la « chaleur » typique de la montée du skenan® injecté. Elle me raconta ensuite des éléments de son histoire avec les produits et plus particulièrement avec l'injection. Je fus frappé de voir comme elle maudissait le jour de son premier shoot, et combien sa dépendance à l'injection quotidienne lui renvoyait une image négative d'elle-même.

Ce point de vue d'une personne étant passée par la TAI, recueillie au détour d'un entretien accompagnant la remise de matériel de prévention, vient nous rappeler que l'AAI n'est pas la solution miracle à même de répondre à l'ensemble des enjeux de la réduction des risques. La modification d'une pratique aussi intime et ritualisée que l'injection de drogues reste un chemin tortueux, où le simple exposé rationnel du rapport coût/bénéfice de telle ou telle pratique, même démontré en direct au cours de l'AAI, ne suffit pas toujours à passer la barrière des "intimes convictions" de l'utilisateur.

3^{ème} partie :

Points de vue de personnes concernées par l'accompagnement à l'injection

Dans cette troisième partie, nous allons tenter de rendre compte de ce que peut signifier pour des usagers de drogues, le fait de consommer en présence d'intervenants. Comme nous l'avons exposé dans la deuxième partie, il ne nous a pas été possible d'interroger des UDVI au sortir de la TAI afin de recueillir leurs impressions sur cette expérience singulière. Nous avons alors décidé d'interroger des consommateurs de drogues rencontrés hors du cadre festif techno. Nous avons mené auprès de trois d'entre eux des entretiens semi-directifs (sans questionnaire), afin de recueillir leur opinion sur l'éventualité de consommer en présence d'intervenants ; sur la possibilité qu'un accompagnement à l'injection puisse aider à améliorer les pratiques mieux qu'un simple discours ; et sur le déroulement "idéal" d'un AAI.

Nous compléterons ce travail sur le point de vue des usagers en nous appuyant sur l'étude « *Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs* » menée par Nicolas Carrier et Pierre Lauzon à Montréal, et sur l'étude de Bernard Bertrand « *On peut franchir le pas, faire un essai... Structure d'accueil avec possibilité de consommer des drogues à moindre risques* ».

I - Entretiens

Reynald

Reynald, aujourd'hui âgé de plus de 40 ans, a un long parcours avec les produits psychotropes. Ancien consommateur, il n'a pas perdu son intérêt pour les drogues, leur histoire, leur culture (aux deux sens du terme) et les représentations qu'elles peuvent induire, aussi bien chez les consommateurs que dans la société en général. Voyageur et observateur avisé, il a déjà eu l'occasion de réfléchir sur l'éducation au shoot à moindre risque, mais préfère parler de « *sensibilisation aux risques liés à l'injection* ».

Pour Reynald, l'AAI, « *c'est aussi un spectacle. L'intervenant est un spectateur. L'utilisateur va avoir tendance à interpréter le rôle de l'injecteur. (...) Il va chercher à faire plaisir à l'intervenant, ou à le choquer, bref à répondre à ce que l'utilisateur pense être la volonté de l'intervenant. Comme le tox qui fait plaisir au psy pour éviter la prison. (...) En plus, la teuf c'est un espace de permissivité, où les drogues sont banalisées, parfois vendues à la criée. (...) L'utilisateur est en état de conscience modifié avant de shooter : il a déjà pris cannabis, alcool, son... S'il est sédaté, il peut s'en foutre d'être observé, s'il est sous stimulant, il peut vouloir épater.* »

Ceci dit, Reynald est favorable à l'AAI comme moyen d'aider les consommateurs à limiter les risques et les dommages liés à l'injection. Il y a plus de 10 ans, il a lui-même bénéficié du regard critique sur sa pratique de l'injection d'un médecin engagé dans la réduction des risques. Ce médecin l'a invité à faire son shoot devant lui afin de « voir ensemble » où étaient les prises de risques. Il n'a rien dit tout au long de l'injection. Une fois celle-ci terminée, il a demandé à Reynald « Où penses-tu avoir pris un risque ? » Ils ont ensuite décortiqué ensemble les différentes étapes du shoot. « *C'était intéressant de voir sa vision médicale, j'ai appris des choses de ce qu'il m'a dit. (...) Mais il avait du mal à sortir de sa vision « le shoot est un acte septique ».* (...) *Pour l'injecteur, le shoot c'est un acte subversif, la transgression d'un tabou, la recherche d'une intensité maximalisée par le mode de consommation.*

(...) Un shoot trop médicalisé, c'est plus vraiment intéressant. (...) Tu sais, dans les salles de shoot, en Suisse, en Allemagne, à Vancouver, ce que les gens viennent chercher, c'est pas l'intervenant ni ses conseils, mais juste un coin propre et tranquille pour shooter, pour ne pas faire ça dehors et «disturber» l'environnement comme c'est bien évalué à Vancouver. »

Il m'explique que s'il faut élaborer une méthodologie d'intervention, il vaudrait mieux attendre que la personne ait fini son shoot avant d'entamer la discussion : « *Le mec, quand il a son paquet, il anticipe déjà l'effet. Si tu lui prends la tête maintenant sur les pratiques de shoot, il y aura plein de choses qui rentreront pas.* » Il faut « *permettre que ça se fasse naturellement, tranquille, dans une ambiance détendue. Ne pas agir dans la précipitation. D'abord observer, discuter après. Et surtout que les intervenants soient calmes, dégagés. Surtout, pas de fébrilité.* »

« Pour l'injecteur le shoot est généralement un acte banal, une forme de « loisir » qu'il a répété des centaines, des milliers de fois mais c'est aussi une vie de misère, une quête éperdue, perpétuelle, pour échapper au « déplaisir ». Pour « l'accompagnateur » j'ai perçu cela comme une « effraction transgressive inouïe » dans l'intimité, que l'intervenant, fasciné, vit par personne interposée. L'intervenant semble trop souvent fasciné par sa propre représentation du « flash », des sensations extrêmes que son imaginaire a associé à l'injection intraveineuse. »

Julien

Après une dizaine d'années d'usage quotidien d'héroïne et autant d'abstinence, Julien est aujourd'hui un consommateur occasionnel de drogues. Après de nombreuses expériences associatives, il travaille maintenant dans le domaine de l'animation sociale.

Julien considère que l'AAI est un outil utile pour « *mieux connaître les petits détails des pratiques des usagers.* (...) *C'est comme ça, en observant, qu'on peut vraiment repérer les risques et agir dessus. Le premier rôle de l'intervenant, c'est d'observer.* (...) *Ce qui est très important, c'est que l'intervenant fasse un avant propos avant de*

commencer. Il faut être clair dès le départ sur les conditions. L'intervenant doit bien connaître son sujet. Il faut qu'il explique le pourquoi de sa présence, pourquoi il va se permettre de lui dire des choses sur comment il shoote. Il faut que l'intervenant gagne la confiance de l'utilisateur, qu'il comprenne que c'est dans son intérêt. (...) Il faut que ça soit calme, qu'on ait le temps, que l'intervenant explique qu'il n'est pas tout seul mais qu'ils ont travaillé le sujet avec des experts, des usagers, des médecins... »

(...)

« Dans l'avant propos, il faut que l'intervenant propose à l'utilisateur ces deux modalités : soit je te laisse faire ton shoot, je ne dis rien –sauf si vraiment c'est trop grave- et après on en discute et on revoit tout. Soit tu m'expliques ce que tu fais au fur et à mesure de la préparation, et j'interviens dès que nécessaire pour te dire ce que j'en pense. C'est l'utilisateur qui décide, ça l'aiderait peut-être à se sentir plus à l'aise, plus responsable, moins jugé. Mais l'intervenant peut lui dire qu'il préférerait la deuxième option. »

(...)

« Peut-être que ça peut être plus facile s'il n'y a qu'un seul intervenant. Mais deux c'est mieux. Et le mieux, c'est que ce soit une équipe mixte : un homme et une femme. Ça attendrit l'atmosphère s'il y a une femme. »

(...)

« Je ne crois pas que l'intervenant devrait aider directement l'utilisateur à se faire son shoot. Pas plus pour le médecin ou l'infirmière. »

(...)

« Je crois pas que ça soit possible avec de la coke. Quand tu shootes la coke, c'est tellement fort, tellement speed que t'anticipes la claque que tu vas te prendre avant même de la prendre. (...) Après un shoot de coke, il faut que tu bouges, que tu te lèves, que tu marches. Ou alors, j'ai déjà rencontré des gens qui s'allongent et sont perdus dans un délire intérieur... Bref, ça collerait pas trop avec l'AAI... »

Antoine

Cet entretien n'a pas pu être aussi long que nécessaire du fait d'un rendez-vous administratif important d'Antoine.

Antoine a une trentaine d'années. Actuellement sans domicile, il consomme des drogues par injection depuis l'âge de 17 ans. Après avoir « *vraiment beaucoup shooté pendant des années* », il est aujourd'hui sous traitement de substitution au subutex®, qu'il injecte « *environ une fois par semaine* ». Alors qu'il était à un bus d'échange de seringues pour récupérer du matériel d'injection, l'intervenant lui a présenté le sterifilt®, qu'il ne connaissait pas encore. A la fin de l'entretien, Antoine lui a demandé « *s'il connaissait un endroit dans le coin pour shooter tranquille* ». Après qu'ils aient constaté qu'il n'y en avait pas, ce dernier lui alors a « *proposé de le faire dans le bus.* » Au cours de cet AAI, l'intervenant a mis l'accent sur le mode d'utilisation du sterifilt®.

« Tu sais, pour moi, shooter le sub, c'est plus qu'une habitude, c'est la routine. En plus, le mec du bus, je le connais depuis plusieurs années, ça s'est toujours bien passé entre nous, tranquille, il a toujours été cool avec moi, et moi pareil avec lui. Et puis j'ai pas de problème pour trouver une veine, c'est rapide. Donc y avait pas de souci pour me faire un taquet devant lui. Il m'a bien montré le sterifilt®, et c'est vrai que c'est plus rapide, plus propre. (...) Et puis tu sais, le sub, même si je le shoote, ça me fait quasiment plus d'effet... »

II - Les points de vue des consommateurs d'après deux enquêtes menées à Montréal et à Mulhouse.

Ces deux enquêtes, publiées respectivement en 2003 et 2005, centrent leurs recherches sur la possibilité de mettre à disposition des UDVI des salles de consommation à moindre risque (SCMR), et non sur le projet d'accompagner l'injection en vue d'améliorer leurs pratiques dans le sens d'une réduction des dommages. Ceci dit, la question du rôle des intervenants dans ces SCMR est largement abordée. Nous présenterons ici les principales conclusions de ces enquêtes

sur les points de vue des UDVI quant à « *shooter en présence d'intervenants* » et sur le rôle envisagé pour ces derniers dans une SCMR.

Tout d'abord, nous tenons à souligner que ces deux enquêtes arrivent à des observations similaires quant à l'intérêt des UDVI pour la mise en place de SCMR : Bernard Bertrand explique que « *chez les consommateurs de drogues, la légitimation des SCMR s'appuie sur des arguments de « paix sociale » et « d'ordre public » dans lesquels prend place leur pratique de consommation, et non sur l'aspect sanitaire* »²⁴. Nicolas Carrier et Pierre Lauzon confirment ce point de vue : « *La réduction de la visibilité de la consommation, du nombre de seringues laissées dans l'environnement (...), l'accès à un lieu salubre, à l'abri du regard des citoyens et des policiers, où l'on puisse trouver du matériel d'injection gratuit et stérile ; voilà les principales raisons qu'évoquent spontanément les consommateurs qui veulent justifier de la mise en place de LIDI (lieux d'injection de drogues illicites) à Montréal. D'autres motifs émergent également en cours d'entrevue tout en demeurant plus secondaire : réduire la propagation du VIH/sida, faire en sorte que les nouveaux consommateurs apprennent les rudiments d'une injection hygiénique, et s'assurer de la présence d'une personne pour appeler les services ambulanciers en cas de surdoses potentiellement fatale.* »²⁵

Concernant la place, le rôle et l'attitude des intervenants souhaités par les consommateurs, là encore, les deux enquêtes relatent des attentes proches :

« *Lorsqu'on leur demande d'envisager la possibilité de s'injecter la drogue sous le regard des employés, certains consommateurs s'y montrent disposés si la formation et l'attitude des employés conviennent à leurs souhaits. (...) Pour les consommateurs, les employés ne devraient pas être des « psychologues de bureau », mais davantage des personnes intervenant dans l'esprit de travailleurs de rue. Les consommateurs ne voudraient « surtout pas » y voir des « prêtres », des*

²⁴ Bertrand B. ... on peut franchir le pas, faire un essai. Structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque. Mulhouse, 2005. p. 87

²⁵ Carrier N., Lauzon P. Se shooter en présence d'intervenants !? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal. Montréal : Drogues, santé et société 2003 Page 7

« sauveurs », du « monde qui font juste te dire quoi faire », « qu’y faudrait que tu changes », etc. Ainsi, les interviewés ne veulent absolument pas que les LIDI soient des lieux de sollicitation thérapeutique. Toutefois, pour des consommateurs, cela n’exclut pas la possibilité que des rencontres de counselling ponctuelles puissent y prendre place, voire qu’ils soient des lieux de référence pour les ressources existantes (...). »²⁶

« (...) les interviewés estiment que les intervenants de LIDI éventuels devraient s’occuper de « l’éducation sur le shoot », particulièrement à l’égard des nouveaux consommateurs. (...) Quelques consommateurs ont demandé à ce que soit interdite la possibilité de s’injecter dans certaines parties du corps, notamment dans le cou, en raison de la dangerosité de cette pratique. Toutefois, d’autres s’opposent à ce type de réglementation en affirmant ne plus être capables de s’injecter dans les bras. Un autre élément des règlements souhaités a trait au droit ou à l’interdiction d’injecter un pair. Certains consommateurs estiment important que cela soit permis en affirmant qu’ils injectent eux-mêmes certains consommateurs qui ont de la difficulté à le faire seul. A l’opposé, d’autres estiment qu’il est préférable que cette pratique soit interdite : "Faut pas que ça soit permis d’injecter les autres. Ca, ça fait juste du chiard. (...) Sauf que peut-être que pour le monde qui sont habitués, qui se font toujours shooter par leur chum (compagnon, NDR), ben peut-être que là faudrait que ça soit permis. Mais d’abord faudrait qu’y aille comme une tierce personne qui soit là pis qui watch, pour être sûr que tout est correct pis que y a pas de switchage de seringues. (...) Fait que le mieux, c’est qu’on aille pas le droit." »²⁷

Ces observations sont largement cohérentes avec celles issues de l’enquête menée par Bernard Bertrand à Mulhouse :

« Les consommateurs de drogues rencontrés considèrent le geste de l’injection du registre du privé et désireraient que la salle consommation soit dotée de compartiments semi-privés pour respecter leur intimité. (...) "Quand tu fais ton truc, t’aimes bien être tout seul... Tout en sachant que quelqu’un puisse t’aider quoi." (...)

²⁶ op. cit. page 11

²⁷ op. cit. page 12

[Ils] considèrent que l'acte de consommer est un acte individuel qui ne doit en aucun cas passer par l'aide d'une autre personne. Pour ceux qui trouveraient des difficultés, ils suggèrent que les intervenants puissent former les personnes à une consommation à moindre risque. (...) "A la rigueur, que les intervenants forment les mecs, qui sachent le faire correctement et proprement. (...) Déjà, ceux qui ne savent pas trop comment shooter, leur expliquer déjà bien comme il faut, avec le bon matériel qu'il faut quoi. L'intervenant serait là... Ce serait bien que ce soit un mec d'une association, tu sais ? (...) Il sera là pour que tout se passe bien et pour informer les gens aussi par exemple, t'arrives avec un vieux citron, qu'il te dise non laisse ça, je vais te donner autre chose. Ouhaï, le former, informer sur les pratiques quoi." »

III -Synthèse et observations

La première des conditions pour qu'un projet d'accompagnement à l'injection puisse exister, c'est que des UDVI acceptent d'y participer. L'existence et la fréquentation de la TAI de la Mission Rave depuis plusieurs teknivals ont d'ores et déjà montré sa capacité à intéresser des injecteurs. Les points de vue de personnes concernées dont nous avons rendu compte dans cette troisième partie nous permettent de mieux envisager les attentes des usagers pour s'imaginer « shooter » en présence d'intervenants.

Les trois premiers entretiens insistent tous sur la nécessité d'un contexte calme et détendu, pour aider l'utilisateur à se sentir à l'aise, en confiance. Ils reviennent sur le besoin de bien réfléchir aux moments les plus adaptés pour que les propos de l'intervenant soient perçus par l'utilisateur. Enfin, ils interrogent la capacité de l'AAI à prendre en compte les modifications de l'état de conscience induites par la prise de produit, voire par la simple anticipation de l'effet de celui-ci, en particulier avec l'injection de stimulant.

En nous appuyant sur les observations issues des trois entretiens et des deux enquêtes sus-citées, nous pouvons synthétiser comme suit les attentes communes des usagers interrogés :

- Mettre à disposition un lieu calme, salubre, protégé de l'extérieur, de la répression et des regards hostiles
- Mettre à disposition gratuitement du matériel d'injection stérile
- L'injection est un acte qui relève de l'intime, « shooter » devant un intervenant ne va pas de soi
- Respecter l'intimité et le caractère privé de l'injection de drogues
- Des intervenants non jugeant, calmes, à l'aise avec les usagers de drogues
- Pas de sollicitations thérapeutiques, mais disponibilité des intervenants à la demande de l'utilisateur
- Des intervenants qui ne sont pas choqués par l'injection de drogues, mais qui connaissent bien cette pratique, et sont capables de former à l'injection à moindre risque
- Consommer est un acte individuel : pas d'aide directe au shoot ni de la part de l'intervenant, ni de la part d'un autre usager (sauf peut-être si c'est déjà une habitude entre deux consommateurs proches ou intimes)
- Limiter voire interdire l'injection dans des parties du corps trop dangereuses, comme le cou

Enfin, dans les deux enquêtes que nous avons présentées, les auteurs soulignent que les motivations des intervenants sont centrées sur l'éducation sanitaire à une injection à moindre risque, tandis que les consommateurs sont d'abord intéressés par la tranquillité que peut apporter un abri mis à leur disposition. Certes différentes, ces motivations n'en sont pas pour autant contradictoires : elles peuvent se rencontrer pour devenir complémentaires. Une alliance est alors possible entre usagers et intervenants.

Conclusion

L'accompagnement à l'injection est une pratique d'ores et déjà largement appliquée, que ce soit à travers les 77 SCMR répertoriées dans 44 villes du monde (dont trois à Kaboul)²⁸, ou plus ou moins officieusement comme cela peut être fait de manière isolée en France ; aussi bien par des équipes de première ligne en milieu urbain que par la Mission Rave de Médecins du Monde en milieu festif. Une reconnaissance officielle de la pertinence de l'AAI est en train d'émerger en vue de répondre aux enjeux que pose la persistance de l'épidémie de VHC chez les injecteurs de drogues.

Il s'agit maintenant d'assurer à l'accompagnement à l'injection l'élaboration concertée d'un « protocole » des bonnes pratiques et d'outils d'évaluation, qui devront, les uns comme les autres, être aussi souples qu'adaptés aux réalités d'une approche si singulière.

Ce travail nous a appris que l'AAI pouvait provoquer des effets non prévus mais qui font néanmoins partie de la réussite du projet. L'émergence de la parole, l'abandon de l'injection, les liens noués entre l'utilisateur et l'intervenant au cours de l'AAI sont autant d'aspects qui méritent d'être pris en compte.

²⁸ B. Bertrand, Mulhouse 2005 pages 25-26

Enfin, l'équilibre subtil que les intervenants doivent tenir au cours d'un AAI nécessitent que ceux-ci prennent le temps de réfléchir et de travailler sur l'effet qu'a sur eux le fait d'assister à un moment aussi particulier que l'injection. Si nous sommes convaincus que shooter en présence d'intervenants peut être un outil efficace de réduction des risques, il est certain que ce n'est pas un acte anodin, et ce autant pour les usagers que pour les intervenants.

Quoi qu'il en soit, nous tenons à souligner qu'il nous semble fondamental que l'intervenant soit aussi humble et respectueux face à l'intimité de la personne rencontrée qu'efficace et concis sur les conseils techniques qu'il peut apporter.

Bibliographie

Livres :

Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E. *Abrégé Toxicomanies 2^e édition*. Paris : Masson, 2005

Bachmann C., Coppel A. *La drogue dans le monde hier et aujourd'hui*. Paris : Abin Michel, 1991

Bertrand B. *Le « tourisme d'assistance des usagers de drogues ». Vers l'ouverture d'une salle d'injection à moindre risque*. Paris : L'Harmattan, 2003

Colle F-X. *Les drogues en vente libre. Pour ou contre la dépénalisation ?* Issy les Moulineaux : Prat Editions, 2000

Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La Découverte, 2002

Courty P. *Intervenir en toxicomanie*. Paris : La Découverte, 2005

Escohotado A. *Histoire élémentaire des drogues. Des origines à nos jours*. Paris : Editions du Léopard, 1995

Grund J-P. *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1993.

Jacques J-P. *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*. Bruxelles : De Boeck Université, 1999

Mino A. (Dr) et Arsever S. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. Paris : Calmann Levy, 1996

Richard D., Senon J-L. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999

Traverson M. *Pour en finir avec la prohibition des stupéfiants*. Paris : Albin Michel, 1995

Articles, enquêtes, recherches :

AIDES *Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : Expériences, satisfactions, effets recherchés, effets redoutés.* Paris 2001

Bertrand B. ... *on peut franchir le pas, faire un essai. Structures d'accueil avec possibilité d consommer à moindre risque,* Mulhouse, 2005.

Carrier N., Lauzon P. *Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal.* Montréal : Drogues, santé et société 2003

Carrier N. *Une dépolitisation hygiénique : Les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits* in *Déviance et société* 27, Montréal, 2003

Delacroix R. *Chronologie concernant les drogues et la réduction des risques en France – document de formation.* AIDES Ile de France, 2005

Emmanuelli J., Jauffret Roustide M. et Berin F. *Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France 1993-2002* in *InVS*, numéro thématique *Epidémiologie de l'Hépatite C : Etat des lieux BEH*, n°16-17/2003, p. 97-99

Jauffret-Roustide M. et coll. *Incidence et facteurs de risques de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'UDVI du Nord-Est de la France* - *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°2/2005 – 11 janvier 2005

Jauffret-Roustide M. et coll. *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004* - *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°33 – 5 septembre 2006

Kempfer J. *Les problèmes liés à l'injection au Royaume-Uni* in *Swaps* n°40/41 février 2006 Paris : CRIPS 2006

Kempfer J. *Franfort : services en tout genre à l'East Side* in *Swaps* n° 16 Paris 199X
Sousa A. *Salles de shoot : peur sur la ville* in *Swaps* n° XX Paris 200X

Spire B. *Les salles d'injection à visée éducative : une intervention à envisager pour réduire la transmission du VHC parmi les injecteurs de drogue* in *ANRS Journée d'animation de la recherche. « Recherches en santé publique sur les hépatites virales »*, Paris 1^{er} juin 2005, Programmes et résumés, p.31-32

OEDT *Rapport européen sur les salles de consommation en Europe* Bruxelles février 2004

Sites internet

<http://www.drugtext.org>

<http://www.ludic-mulhouse.org>

<http://www.aides.org>

<http://www.premiereligne.ch/>

<http://www.a-f-r.org>

<http://www.anypositivechange.org>

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.medecinsdumonde.org>

<http://www.counselingvih.org>

Annexes

Annexe 1 : Chronologie concernant les drogues et la réduction des risques en France – Document de formation

Annexe 2 : Questionnaire de rencontre avec l'utilisateur de drogues par voie intraveineuse en milieu festif techno (Médecins du Monde)

Annexe 3 : Présentation du sterifilt®

Chronologie concernant les drogues et la réduction des risques (RdR) en France

Avant l'épidémie : construction du cadre légal français de « lutte contre la toxicomanie »

- 1845 :** Ediction des premières lois qui réglementent la vente, l'usage et l'emploi des « substance vénéneuses » (72 produits parmi lesquels la l'opium, la morphine, la cocaïne) en France. Pas d'objectif de répression de l'usage : seul est visé le détournement de l'usage pharmaceutique à des fins criminelles.
- 1915 :** Interdiction de l'absinthe.
Le haschisch est ajouté à la liste des substances vénéneuses (bien que la France garde le monopole de la distribution de cannabis en Algérie et au Maroc par l'intermédiaire de ses régies de *kifs et tabac* jusqu'en 1954).
- 1916 :** Alors qu'apparaissent les premières fumeries d'opium en France, la Loi votée le 12 juillet 1916 crée le délit d'usage en société mais ne considère pas encore comme une infraction l'usage solitaire. C'est la première fois que la condamnation de l'usage à des fins récréatives est introduite dans le droit. Antonin Artaud reproche au législateur de ne pas faire de différence entre les catégories d'usagers en introduisant la confusion entre l'usage récréatif et l'abus.
- 1953 :** La loi du 24 décembre 1953 voit naître en France pour la première fois en droit positif la notion d'usager malade : les personnes faisant usage de stupéfiants et inculpées par un juge d'instruction pourront être astreintes à subir une cure de désintoxication. L'usager de drogue devient un malade qu'il faut soigner et punir.
- 1970 :** Vote de la Loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses », toujours en vigueur aujourd'hui. C'est une loi de prohibition¹, qui se fixe l'objectif d'une France sans drogue et sans drogués. La guerre à la drogue passe avant toute autre priorité. La loi condamne et punit le trafic, la vente, la production, la possession, la cession, l'incitation, la provocation, la facilitation à l'usage, et l'usage simple. La loi ne fait pas de différence entre les différents produits interdits (héroïne, cannabis, cocaïne...) et les différents types d'usage (privé ou en groupe, occasionnel, récréatif, abusif, dépendant...). L'usager est considéré comme un délinquant et un malade qu'il faut punir et soigner. Le choix laissé à l'usager est simple : la prison ou la cure. Comme le dit le juriste Francis Caballero, « la désintoxication est la carotte et l'emprisonnement est le bâton ». Tout usage devient un délit, mais l'usager est toujours considéré comme un malade devant bénéficier de mesures sanitaires.
- Cette loi s'accompagne donc de la mise en place d'un dispositif de soin spécialisé aux toxicomanes : c'est un soin anonyme et gratuit avec une prise en charge globale : cure, post-cure, aide sociale (insertion, hébergement...), soutien psychologique, soins médicaux... Mais attention : l'unique objectif de ce dispositif de soin est la désintoxication et l'abstinence. Proposer un dispositif de soutien aux toxicomanes qui ne poserait pas comme préalable que l'usager soit dans une démarche d'abstinence serait considéré comme une abdication face à l'ennemi à abattre : la drogue.
- 1972 :** Décret du 13 mars 1972 : Interdiction de la vente libre de seringues destinées aux injections parentérales pour « lutter contre l'extension de la toxicomanie ». Les seringues ne peuvent être cédés qu'à des majeurs justifiant de leur identité, contre une commande écrite mentionnant le nom et l'adresse de l'acheteur. La plupart des UDVI partagent leurs seringues... Certains contournent la législation en vigueur par l'achat de produits en vente libre comportant une seringue dans leur conditionnement (vaccin, trousse d'urgence...) : ces ventes représentent une manne inespérée pour les laboratoires pharmaceutiques et les officines.
- 1978 :** Une circulaire concernant la consommation de cannabis est édictée qui recommande de faire la distinction entre « l'usager occasionnel » socialement bien intégré et « l'usager d'habitude » qui présente des signes d'intoxication ou a déjà été arrêté.

¹ **Prohibition** : Principe d'interdiction générale et absolue de la production, du commerce et de l'usage de certains psychotropes, naturels ou synthétiques, inscrits sur une liste établie par des instances internationales.

Les débuts de l'épidémie

- 1981 :** Premier cas de sida diagnostiqué à Los Angeles
- 1983 :** Le virus est isolé par l'équipe du Prof Montagné de l'Institut Pasteur à Paris
- 1984 :** Création de AIDES
- 1985 :** Daniel Defert, président fondateur de AIDES, réclame la mise en vente libre des seringues.
7 février : édicton d'une circulaire gouvernementale relative à l'application du décret du 13 mars 1972 interdisant la vente libre des seringues. Cette nouvelle circulaire attire notamment l'attention des autorités sanitaires « *sur la nécessité, dans l'intérêt de la santé publique, de veiller à l'application de ces dispositions non seulement aux aiguilles et seringues présentées et vendues seules, mais également à celles qui sont jointes aux conditionnement de spécialités pharmaceutiques* ».
1^{er} avril : Le Docteur Olivenstein (fondateur de la Clinique Marmottan) interpelle la Commission des stupéfiants et la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie : il demande la modification des règles édictées en 1972 afin d'éviter la propagation des « hépatites et des pré-sida ».
Laurent Fabius, Premier ministre, commande un sondage secret : faut-il permettre aux toxicomanes d'avoir accès à des seringues propres ? Les premières réponses, hostiles, lui font craindre pour sa carrière politique : les seringues restent interdites.
- 1986 :** Edition par AIDES de la première brochure de prévention à destination des UDVI (« le shoot propre »)
Le Dr Francis Curtet de la Commission nationale des stupéfiants déclare : « *quand on prêt à jouer avec la folie, la prison, la mort, on peut tout autant jouer avec le sida* ».
Charles Pasqua, Ministre de l'Intérieur, déclare : « *Croire que les usagers de drogues se protégeront, même si on leur en donne les moyens, est une ineptie !* »
Le sida devient maladie à déclaration obligatoire : les UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) sont le second groupe de transmission du VIH (12% des cas de sida déclarés) après les homo/bisexuels

*La période 1983-1985 est la phase de contamination la plus massive des UDVI
A la fin années 80, on estime que 30 à 40% des UDVI sont contaminés par le VIH*

Entre 5 et 10 ans d'épidémie

- 1987 :** Décret n° 87-326 du 13 mai 1987 (dit Décret Barzach) portant suspension pour un an du décret de 1972. Les seringues sont en vente libre dans les pharmacies.
- 1988 :** Reconduction des effets du Décret du 13 mai 1987.
- 1989 :** La mise en vente libre des seringues est pérennisée par le décret du 11 août 1989.
Décembre : annonce de trois programmes d'échange de seringues (PES) à Paris, Marseille et Saint Denis.
- 1990 :** Premier Bus d'échange de seringues à Paris, mis en place par Médecins du Monde (Mdm), hors cadre légal.
- 1992 :** Plan Quilès-Broussard de lutte contre la drogue : les policiers piétinent les seringues distribuées par Mdm et interpellent les UDVI à la sortie du Bus.
Création d'ASUD à Paris (Auto-support des usagers de drogues).
Les UDVI représentent 25,8% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.

Entre 10 et 15 ans d'épidémie

- 1993 :** Ouvertures de *Transit* par l'AMPT à Marseille et de la *Boutik* à Paris par l'association Charonne, premiers lieux d'accueil « à bas seuil » pour usagers de drogues.
Ouverture par AIDES de 6 PES à travers la France
La Méthadone sort de son cadre expérimental (52 places en France) : 217 places Méthadone sont financées.
Création du Collectif « Limiter La Casse », qui organise le 30 novembre 1993 la première manifestation des Bus d'échange de seringues à Paris.
La réduction des risques devient la ligne officielle du Ministère de la Santé.
Fondation à AIDES Ile de France du groupe HIV TOX qui veut sensibiliser l'association à la problématique VIH et toxicomanie. A la fin de l'année, le groupe sera rebaptisé AUDVIH (Aide aux usagers de drogues confrontés au VIH).
Pic épidémiologique des cas de SIDA parmi les UDVI : 27% des nouveaux cas de SIDA déclarés au long de l'année.

- 1994 :** 1^{er} mars : Premier bilan du plan gouvernemental du 23/09/1993 : financement de 6 boutiques, 16 PES, 525 places méthadone, 10 réseaux ville-hôpital, 447 places de post-cures et 1000 lits de sevrage.
7 mars Circulaire autorisant les centres spécialisés à prescrire de la méthadone.
4 et 5 juin : Etats généraux de Limiter la casse
21 juillet : Conférence de presse de Simone Veil (ministre de la santé) présentant 10 mesures de RdR dont la trousse de prévention (seringues), 25 PES, 1647 places méthadone, 12 réseaux ville hôpital toxicomanie.
Septembre : le stéribox® (qui contient 2 seringues, 2 fioles d'eau, deux tampons alcool, un préservatif) est vendu 5 francs en pharmacie.
Ouverture à Montpellier d'une salle d'injection le 7 octobre qui fermera en juillet 1995.
- 1995 :** Premières actions de prévention et de RdR dans les raves par le TIPI à Marseille et par Techno-Plus à Paris.
Extrait du Rapport rendu au gouvernement par la Commission Henrion le 4 février : « *la politique de lutte contre la toxicomanie fondée sur l'idée selon laquelle « il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes » a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales. Il est nécessaire de rompre avec cette logique de l'exclusion tant pour améliorer la santé des toxicomanes que pour les aider à sortir de la toxicomanie* ».
Décret du 17 mars : dispositif officiel de soutien à la politique de réduction des risques, soutenant la mise à disposition gratuite de seringues auprès des usagers de drogues.
Mise sur le marché de la méthadone le 31 mars : tout CSST peut en entamer la prescription.
Les UDVI représentent 24,9% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année 1995.
- 1996 :** 28 janvier : Première sortie du Bus d'échange de seringues de AIDES Ile de France (groupe AUDVIH) à Beaubourg.
12 février : Mise sur le marché du Subutex® (buprénorphine haut dosage) : tout médecin généraliste peut en prescrire. Environ 30 000 patients sous Subutex® à la fin de l'année.
Mise sur le marché des antiprotéases.
Diminution de 36% des cas de sida parmi les UDVI entre le premier et le second semestre.
Les UDVI représentent 24,1% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.

Plus de 15 ans d'épidémie

- 1997 :** Huitième Conférence internationale sur la réduction des risques à la Mutualité à Paris : AIDES, Médecins du Monde et la Mutualité Française publient un engagement commun pour la RdR en France.
Création de la Mission Rave de MdM, et testing (contrôle rapide des produits) dans les raves et free parties.
Les UDVI représentent 18,8% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.
- 1998 :** Publication du Rapport Roques commandé par le gouvernement sur la dangerosité des drogues.
Les UDVI représentent 18,1% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.
- 1999 :** Publication par la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) présidée par Nicole Mastracci du *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances 1999-2001*. Pour la première fois, sont intégrées dans « *les compétences de la MILDT aussi bien les consommations de drogues illicites que l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs* ». La Réduction des risques est officialisée dans un Plan gouvernemental.
Publication le 17 juin d'une Circulaire du Ministère de la Justice indiquant que : « *sont à proscrire les interpellations du seul chef d'usage de stupéfiants, à proximité immédiate des structures à « bas seuil » ou des lieux d'échange de seringues (...) en tous lieux, le seul port d'une seringue ne peut être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation.* »
Les UDVI représentent 16,2% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.
- De 1994 à 1999, les overdoses mortelles ont baissé de 80% et les interpellations pour usage d'héroïne de 68%. Les résultats sont nets en matière de lutte contre le VIH, ils sont en revanche incertains en matière de lutte contre le VHC dont la prévalence est estimée à 60% des injecteurs en 2000.*
- 2000 :** Dans le cadre du plan 1999-2001, publication par la MILDT du Livret « *Drogues et dépendances : savoir plus, risquer moins – Ce qu'il faut savoir : le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne, l'alcool, le tabac, les conduites dopantes, les médicaments psycho-actifs* ». Dans la préface, Mastracci écrit : « *Une société sans drogues, ça n'existe pas* ». L'accent est mis sur l'existence de différents types d'usages, et reconnaît qu'il existe « *un usage de substances psycho-actives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni trouble du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres* ».
Les UDVI représentent 14,6% des nouveaux cas de sida déclarés au cours de l'année.
- 2001 :** Publication par AIDES de l'enquête « *Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution* » réalisée auprès de 506 patients sous substitution (méthadone, subutex, sulfate de morphine). Les deux tiers des usagers considèrent que la substitution a été bénéfique pour eux. Néanmoins 74% des patients jugent les effets secondaires pénibles.

- 2002 :** 18 décembre : Le Parquet de Paris dépose plainte contre Jean Marc Priez, président de Techno Plus, pour provocation et facilitation à l'usage des stupéfiants, en raison de deux flyers de réduction de risques liés au sniff et au mélange de drogues.
- 2003 :** Nicolas Sarkozy, Ministre de l'Intérieur du gouvernement Raffarin, déclare devant le Sénat en avril 2003 : « *Je réclame la sévérité à l'égard des consommateurs. Rien ne sera toléré. [...] Il n'y a pas de petite consommation personnelle, il n'y a pas d'expérience individuelle, il n'y a pas de jeunes "libres et branchés", il n'y a que des drogues interdites.* »
- 2004 :** 9 août : Vote de la loi de santé publique qui déclare dans son Article 12 : « *La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues relève de l'Etat* »
Les UDVI représentent 2% des découvertes de séropositivité
- 2005 :** 14 avril : Adoption du Décret no 2005-347 « *approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique* ». Ce décret pérennise la RdR en lui donnant une reconnaissance légale et fixe les principaux objectifs . Néanmoins, il prive la RdR d'un outil utile en interdisant le « testing » (contrôle rapide des produits sur site) qui était utilisé lors des teknivals et des free-parties techno.
18 avril : Jean Marc Priez est reconnu non coupable des faits de provocation et de facilitation à l'usage de stupéfiants qui lui étaient reprochés par la 10ème cour d'appel de Paris. Toute la RdR aura été mobilisée pour soutenir l'ancien président de Techno Plus.
Juillet : Remise au Ministre de la Santé des propositions d'action du Programme national hépatites virales. La fiche action n°10 promeut « *l'individualisation, au sein des structures bas seuil, de salles de consommation de drogues, favorisant les liens entre professionnels et les usagers de drogues ainsi que l'éducation de ces derniers à des pratiques à moindre risque.* »
19 décembre : Adoption du Décret n° 2005-1606 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).
- 2006 :** 2 janvier : publication de la circulaire n° DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 « *relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des CAARUD et à leur financement par l'assurance maladie.* »
Septembre : Publication des résultats de l'enquête Coquelicot : 10,8% des UD sont séropositifs au VIH. Ce chiffre descend à 0,3% chez les UD de moins de 30 ans. 59,8% des UD sont touchés par VHC (virus de l'hépatite C). Ce chiffre est de 28% chez les UD de moins de 30 ans. La lutte contre le VHC reste un enjeu majeur de la RdR.
12 et 13 octobre : Tenue des Premières journées de l'Association française de réduction des risques (AFR) : 450 acteurs de la RdR de toute la France se retrouvent à Bobigny. La mise en place de salles de consommation à moindre risques et l'accompagnement à l'injection sont au cœur des débats.

Décès par surdose constatés en France par les services de police de 1990 à 2000

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Liés à l'héroïne | 302 | 368 | 460 | 408 | 505 | 388 | 336 | 164 | 92 | 69 | 71 |
| Total | 350 | 411 | 499 | 454 | 564 | 465 | 393 | 228 | 143 | 118 | 120 |

Source : FNAIL OCRTIS

Quelques ouvrages :

Antonio Escotado : Histoire élémentaire des drogues des origines à nos jours
Editions du Lézard, Paris, 1995

Anne Coppel : Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques
Editions La Découverte & Syros, Paris, 2002

François-Xavier Colle : Les drogues en vente libre : pour ou contre la dépénalisation ?
Prat Edition, Collection Droit de regard, Issy Les Moulineaux, 2000

Annie Mino : J'accuse les mensonges qui tuent les drogués
Calmann Levy, Paris, 1996

Denis Richard, Jean-Louis Senon : Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances
Larousse, Paris, 1999

Andrew WEIL., William ROSEN : Du chocolat à la morphine : tout ce que vous avez besoin de savoir sur les drogues et qu'on a jamais osé vous dire, Editions du Lézard, Paris, 1994

Quelques références internet :

www.a-f-r.org ; www.aides.org ; www.asud.org ; www.ruptures.asso.fr ; www.technoplus.org ;
www.ludic-mulhouse.org ; www.circ-asso.net ; www.keep-smiling.com ; www.eolia.org ; www.erowid.org

*Questionnaire de rencontre avec l'utilisateur de drogues par voie intraveineuse
en milieu festif techno*

Age

Sexe

Depuis combien de temps injectes-tu ?

Quel(s) produit(s) vas-tu injecter ?

L'injectes-tu

Exceptionnellement

Occasionnellement

Systématiquement

Quel(s) produit(s) as-tu consommé ces trois derniers jours, alcool inclus ?

As-tu injecté ces trois derniers jours ?

Il y a combien de temps ?

Es-tu substitué (avec quel produit) ?

Es-tu suivi :

- par un médecin traitant
- par un centre de soins

Utilises-tu plusieurs fois ton matériel ?

- seringue
- stericup
- eau
- coton

Partages-tu ton matériel ?

Avec ton/ta conjoint(e)

- seringue
- stericup
- eau
- coton

Avec d'autres personnes

- seringue
- stericup
- eau
- coton

Que fais-tu du matériel après injection ?

Rencontres-tu des difficultés à injecter ?

Si oui, lesquelles ?

As-tu des remarques particulières ?

Les dangers d'une mauvaise filtration

Les particules et les "poussières"

L'injection d'impuretés peut avoir de graves conséquences : abcès, phlébites, "poussières", gonflements des mains. Les usagers tentent de limiter ces problèmes en filtrant leur mélange. Mais les filtres de cigarettes ou les filtres en coton sont peu efficaces.

Les microbes et les virus

Les filtres en coton ou de cigarettes roulés entre les doigts se contaminent avec des microbes qui risquent d'être injectés. Après utilisation, les filtres habituellement utilisés retiennent environ 10 % de produit actif et sont à nouveau pressés, manipulés ou donnés pour récupérer ce produit. Le virus de l'hépatite C contamine les filtres.

Il peut être transmis par un filtre utilisé à plusieurs ou réutilisé.



Un filtre pour réduire les risques

Sterifilt est un filtre conçu pour éliminer les impuretés, autres que les microbes. Le liquide filtré devient transparent.

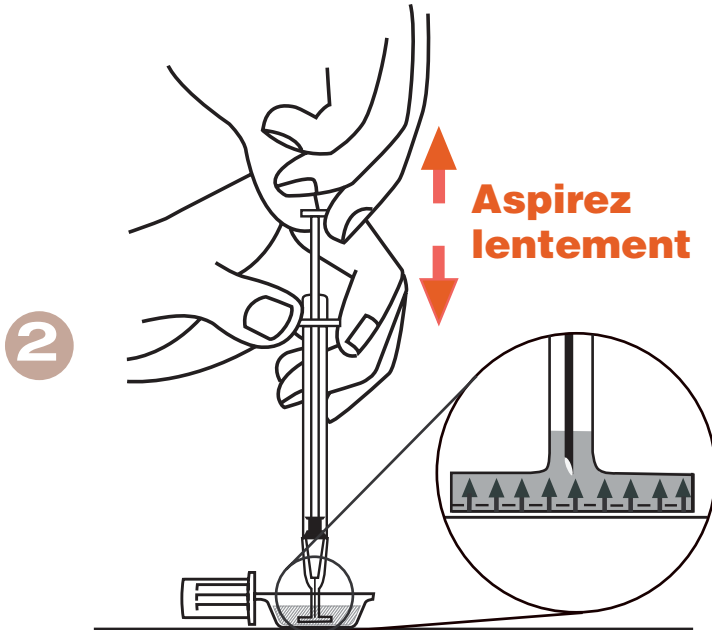
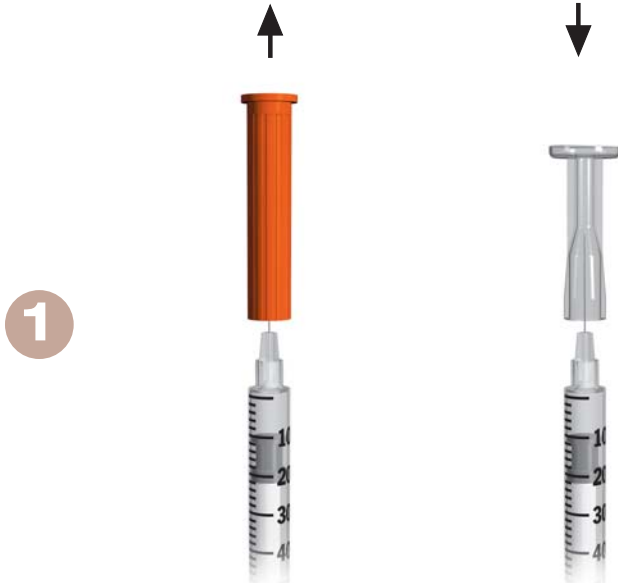
La membrane filtrante du **Sterifilt** ne retient pas de produit car elle n'est pas absorbante : il n'y a pas de perte de produit.

Sterifilt est à usage unique. Il ne peut être utilisé à plusieurs.

La membrane se colmate après utilisation. Une deuxième utilisation serait plus difficile, plus lente et moins efficace.

L'utilisation du **Sterifilt** est hygiénique : les doigts n'ont pas à toucher la membrane lors de sa manipulation.

Mode d'emploi



Sterifilt

Renaud Delacroix est intervenant en réduction des risques liés aux usages de drogues depuis 1998. Après avoir travaillé cinq ans pour le Bus d'échange de seringues de AIDES PARIS, il est actuellement employé au sein de l'équipe mobile de réduction des risques de AIDES en Seine Saint Denis.

contact : reno.delacroix@laposte.net

L'accompagnement à l'injection

Mémoire présenté par Monsieur Renaud Delacroix
Coordinateur pédagogique : Monsieur Eric Chagnard

Mots clefs

Accompagnement ; injection ; prévention ; réduction des risques ; seringue ; VHC ; VIH

Résumé

Depuis 1995, la chute spectaculaire de la prévalence du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) a démontré leur capacité à modifier leurs pratiques d'usage en vue de préserver leur santé. Mais le maintien d'un fort taux de contamination au VHC reste très préoccupant : alors que 0,3% des UDVI de moins de 30 ans sont touchés par le VIH, 28% le sont par l'hépatite C. L'utilisation d'une seringue neuve n'étant pas suffisante contre la transmission du VHC, il s'agit d'intervenir au cœur des différentes étapes de l'injection, de sa préparation à sa réalisation.

En s'appuyant principalement sur le projet d'accompagnement à l'injection mené par la Mission Rave de Médecins du Monde, l'objet de ce mémoire est de voir si le fait de s'injecter une drogue accompagné par la présence et les conseils d'un intervenant non jugeant et qualifié sur les aspects techniques de l'injection peut aider les UDVI à améliorer leurs pratiques d'injection en vue d'en réduire les dommages somatiques, en particulier le risque de contamination par le VHC.

Enfin, en s'intéressant aux différents effets induits par l'accompagnement à l'injection et aux points de vue de consommateurs, nous soulignerons que, si l'accompagnement à l'injection peut être un outil pertinent de réduction des risques, il nécessite que « l'accompagnant » soit aussi humble face à l'intimité de la personne rencontrée qu'efficace et concis sur les conseils techniques qu'il peut apporter.