

SOUS LE SIGNE DU « MATOS »

**Contextes, trajectoires, risques
et sensations liés à l'injection
de produits psychoactifs**

**Patricia BOUHNİK
Sylviane TOUZÉ
Charles VALLETTE
VIALARD**

RESSCOM

**Recherches et évaluations sociologiques sur le social,
la santé et les actions communautaires**

SOUS LE SIGNE DU « MATOS »

**Contextes, trajectoires, risques et sensations liés
à l'injection de produits psychoactifs**

Patricia BOUHNİK

Sylviane TOUZÉ

Charles VALLETTE VIALARD

AVRIL 2002

SOMMAIRE

INTRODUCTION - UN DISPOSITIF DE RECHERCHE QUALITATIVE SUR L'INJECTION.....	5
1 - ENJEUX D'UN TRAVAIL SUR L'INJECTION EN FRANCE ET PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE REALISEE	6
2- METHODOLOGIE D'ENQUETE – ORIENTATIONS ETHIQUES ET ORGANISATION DES RENCONTRES	8
<i>A - Conditions de la relation avec les usagers injecteurs</i>	<i>9</i>
<i>B - Variation des profils et des lieux de rencontre</i>	<i>10</i>
<i>C - Les thématiques d'entretiens.....</i>	<i>11</i>
3 - ATTENDUS ET PERSPECTIVES.....	13
PREMIERE PARTIE – LE CADRE SOCIO-HISTORIQUE DES PRATIQUES D'INJECTION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS	15
I-1- LES CONTEXTES PLUS DÉTERMINANTS QUE LES PARTICULARISMES RÉGIONAUX	15
I- 2 - LES CONTEXTES AYANT PRÉSIDÉ AU DÉVELOPPEMENT DE L'INJECTION.....	18
<i>A - Exotismes... – « Les années 1970 » (1965/1975).....</i>	<i>20</i>
<i>B - « Démocratisation... », « Les années 1980 » (1975/1985)</i>	<i>31</i>
<i>C – Risques supplémentaires et infections - Les années Sida (1980-1990)</i>	<i>35</i>
<i>D - Substitution et polyintoxications, précarisation et amplification des risques – « Les années cachets » (1995 / ...)</i>	<i>45</i>
<i>E - Contexte de référence et contexte d'appartenance.....</i>	<i>52</i>
DEUXIEME PARTIE - TEMPS FORTS DANS LES PARCOURS ET L'EXPÉRIENCE DE L'INJECTION	53
2-1- RENCONTRES ET CIRCONSTANCES DANS L'ENGAGEMENT DE LA PRATIQUE D'INJECTION	53
<i>A - Trajectoires et conditions d'approche particulières de l'injection</i>	<i>54</i>
<i>B - Circonstances et représentations du passage au shoot</i>	<i>72</i>
2-2- LA GESTION DE L'INJECTION : RITUELS ET ALÉAS	81
<i>A - La programmation du cycle de l'injection - sérénité et sécurité.....</i>	<i>82</i>
<i>B - Conditions de vie et rituels d'usage en milieu précaire - Entre recherche d'équilibres et perturbations</i>	<i>91</i>
<i>C - État d'urgence et perte des régulations en tout genre - Le shoot au jour le jour.</i>	<i>102</i>
CONCLUSIONS	113
TROISIEME PARTIE : INJECTION ET LOGIQUE DES SENSATIONS.....	115
3-1- DU DÉSIR AU PLAISIR RESENTI : LA GAMME DES SENSATIONS.....	116
<i>A - Les sensations dans leur contexte.....</i>	<i>116</i>
<i>B - L'expérience de l'injection</i>	<i>129</i>
<i>C - Efficience de l'injection.....</i>	<i>142</i>

3-2- LE « CORPS INJECTÉ »	165
<i>A - Corps à soi et corps de relation</i>	166
<i>B – Temporalités</i>	167
<i>C - La dialectique de la souffrance</i>	171
3-3 SORTIR DE L’INJECTION – CHANGER DE LOGIQUE DES SENSATIONS..	179
<i>A – Instaurer une autre logique : un autre rapport au corps et à soi</i>	179
<i>B – Déplacer l’un des termes de la consommation</i>	184
CONCLUSIONS	192

CONCLUSION : INJECTION ET SANTÉ PUBLIQUE..... 193

LES DETERMINANTS DE L’INJECTION	193
LES CONDITIONS D’UNE POLITIQUE.....	194

BIBLIOGRAPHIE..... 197

INTRODUCTION - UN DISPOSITIF DE RECHERCHE QUALITATIVE SUR L'INJECTION

Deux rapports publiés en 1997¹ au Canada avaient conclu que le statut juridique de la drogue contribuait fortement aux difficultés rencontrées pour réagir à la diffusion du VIH parmi les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Le Réseau juridique canadien VIH/Sida a alors été mandaté pour examiner de plus près les questions d'ordres juridique et éthique relatives au VIH/Sida et à l'injection de drogues ; travail conduit entre 1997 et 1999² qui a débouché sur toute une série de préconisations. Cette réflexion nous semble intéressante à présenter en introduction de ce travail, car elle est symptomatique des problèmes rencontrés par des sociétés telles que les nôtres. Sans entrer dans le détail, le rapport va dans le sens de la promotion d'une politique de réduction des risques et d'un meilleur respect des usagers, relativement à la prise en compte de leurs besoins de santé et de l'aide au bon déroulement de leurs pratiques d'injection. Ce n'est qu'à ces conditions que les publics les plus en difficulté pratiquant l'injection pourront bénéficier d'actions de santé publique et ne plus faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins. La prescription d'héroïne à titre de traitement pour des personnes considérées comme « dépendantes » est même préconisée par certains médecins.

La situation au Canada est en effet restée préoccupante sur le plan de la persistance de l'épidémie du Sida : chaque année, la moitié des nouveaux cas est attribuée à la pratique de l'injection chez les usagers de drogues ; la contamination pour l'hépatite C atteindrait plus de 70 % ; 40 % continueraient à pratiquer le partage des seringues et l'injection se trouve utilisée de manière très systématique avec la vogue de la cocaïne. La recherche qualitative de E. Roy *et al.*³ menée auprès des jeunes de la rue à Montréal évaluait à 36 % la proportion de ces personnes déclarant s'être déjà injectées des produits.

Cette mobilisation des Canadiens résonne comme un avertissement. On a peut-être un peu vite relégué les risques liés à l'injection sous couvert de la raréfaction de l'héroïne de qualité sur le marché et de la baisse – ou plus souvent, pour les zones sensibles, de la stabilisation – des nouveaux cas de Sida chez les usagers par voie intraveineuse. Les équipes de rue auraient rencontré un peu moins d'injecteurs. Mais la question, d'un point de vue plus stratégique, aurait été de savoir si l'injection pouvait disparaître ou diminuer par le seul effet des variations du marché ou de la mise sous substitution par voie orale. La recherche que nous avons conduite ici nous inciterait à répondre par la négative. Parce que, précisément, l'injection n'est pas seulement un vecteur ou un moyen d'administration.

¹ D. McAmmond, *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, mars 1997 ; Groupe de travail sur le VIH, le Sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le Sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997.

² Réseau juridique canadien VIH/Sida, *L'injection de drogue et le VIH/Sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999.

³ Recherche – toujours au Canada – menée auprès des jeunes de la rue à Montréal ; E. Roy, E. Nonn, N. Haley, « L'injection de drogues chez les jeunes de la rue », dans P. Brisson (dir), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III, Gaëtan Morin Éditeur, 2000.

Comprendre ce qu'elle représente pour différentes catégories d'utilisateurs supposait que l'on prenne le temps d'aborder les personnes sur le terrain de leurs trajectoires et de leur expérience.

La pratique de l'injection a une histoire déjà longue, puisque les historiens⁴ la situent au XVII^e siècle. Cela n'a pas incité pour autant les chercheurs et les pouvoirs publics à conduire des recherches approfondies pour en comprendre les ressorts et la logique, même si les conséquences sanitaires désastreuses révélées par l'épidémie du Sida ont conduit les pouvoirs publics à engager des politiques visant à faciliter l'accès aux seringues dans la plupart des pays concernés. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1990 que des travaux ont commencé à être financés sur le sujet, en lien étroit avec les stratégies visant à freiner le développement du Sida. Pourtant, l'expansion de cette pratique est notée comme constituant un « phénomène sub-régional » en Europe de l'Ouest, dès les années 1960, autrement dit, cela ne concerne plus seulement l'expérience spécifique d'un pays ou de quelques villes⁵.

1 - Enjeux d'un travail sur l'injection en France et problématique de la recherche réalisée

En France, l'OFDT estimait en 1999 à 14 millions le nombre de seringues vendues, y compris celles distribuées par les Programmes d'échanges de seringues et les distributeurs⁶, et à environ 160 000 le nombre d'utilisateurs d'opiacés « à problèmes⁷ ». Même si les données récentes signalent une baisse de la disponibilité d'héroïne sur les marchés illicites⁸, cela n'affecte pas pour autant, comme nous le verrons dans ce rapport, le recours à la seringue.

Les conditions sociales, économiques et individuelles de la persistance en France des consommations de produits psychoactifs par voie intraveineuse restent mal connues, malgré les enjeux majeurs qui en résultent en termes de santé publique. Les circonstances de contraction du Sida et des hépatites, spécifiquement inscrites dans les parcours des utilisateurs de drogues dures par voie intraveineuse, ont marqué les décennies 1980 et 1990. L'importance des contaminations au sein de la population toxicomane par voie IV a été particulièrement soulignée⁹, plaçant ainsi l'injection de drogues au cœur des débats sur la réduction des risques¹⁰. Les conditions d'usage sont toutefois traversées ces dernières années par diverses

4 W.A. Zule, K.N. Vogtsberger, D.P. Desmond, « The Intravenous Injection of Illicit Drugs and Needle Sharing : an Historical Perspective », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 29, 1997, n° 2, p. 199-204, cité par E. Roy et al. op. cit.

5 G. Stimson, Don C. Des Jarlais, A. Ball (eds), *Drug Injecting and HIV Infection*, World Health Organization, UCL Press, 1998, qui signalent que le développement des pratiques d'injection en Europe occidentale devient un phénomène significatif dès la fin des années 1960 dans beaucoup de pays (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Suède...).

6 OFDT, *Drogues et Toxicomanies. Indicateurs et tendances*, 1999, p. 105.

7 Ibid., p. 65

8 OFDT, *Tendances Récentes. Rapport TREND*, mars 2000, p. 37 et suiv.

9 A. Laporte J. Pillonel J.B. Brunet « Les tendances de l'épidémie en France », *Revue française des Affaires sociales*, numéro hors série, octobre 1990. Voir aussi : France Lert, « Épidémiologie de l'infection VIH parmi les toxicomanes », in *Transcriptase*, numéro spécial toxicomanie et Sida, novembre 1993.

10 A. Coppel, « Les intervenants en toxicomanie, le Sida et la réduction des risques en France », *Communications*, 62, 1996.

« perturbations » : l'arrivée de nouveaux produits sur le marché, y compris les produits de substitution¹¹, a pu représenter pour des usagers une occasion de changement. Mais la diffusion massive de ces produits licites (Subutex®, Skenan®) contribue à alimenter les marchés parallèles où ils viennent compléter ou concurrencer la gamme des produits illicites (héroïne, cocaïne, crack...). Leur consommation par voie injectable remet en question l'hypothèse d'un lien direct entre le changement de produit et celui des modes d'administration, même si ces politiques ont posé au centre de leur problématique l'hypothèse de la réversibilité des modes d'administration (passage de la voie injectable à la voie orale). Au contraire, le maintien d'une proportion d'injecteurs¹², de même que l'arrivée de nouvelles personnes sur cette scène de l'injection, avec une gamme de plus en plus vaste de produits injectés, a renforcé le besoin de déplacer le débat et les investigations de la prise de toxiques (élément préalablement perçu comme central) au mode d'administration en tant que tel. L'évolution des produits comme de leurs usages fait apparaître de nouveaux risques sanitaires et sociaux, des manières d'associer, de détourner, de rechercher des sensations, etc., qui viennent complexifier et renforcer les prises de risques.

Cet ensemble de préoccupations nous a conduits à engager cette recherche non pas du côté de l'histoire de l'injection et de ses composantes économiques et politiques (évolution des produits disponibles, des marchés, qualités, coûts...), mais du côté de l'analyse des trajectoires des personnes¹³, de la place et du rôle spécifique de ce mode d'administration (programmation du quotidien, sensations...) dans leurs parcours. Nous faisons l'hypothèse que l'usage de la seringue est contributive du sens et constitutive de l'ancrage dans la pratique de consommation, pour proposer d'explorer plus finement les mécanismes (émotionnels, individuels, culturels, sociaux, environnementaux) qui participent à engager et à maintenir la consommation de produits psychoactifs¹⁴ par cette voie (conditions de rencontre avec les produits, facteurs d'engagement, systèmes de relations, rapports au corps, aux sensations, rituels...).

Ce mode d'administration se trouve inscrit dans un système où le **contexte d'usage** (réseaux de sociabilités, styles de vie) ainsi que le **rapport au corps** (les sensations, les rituels, les émotions) jouent un rôle majeur. Nous avons donc abordé cette question en cherchant à comprendre les facteurs influant sur l'introduction et l'installation dans ce mode de consommation, mais aussi du point de vue de l'exploration des déterminants des conduites à risques au sein de cette pratique, et de leur évolution (passage à d'autres modalités, arrêt, reprises).

¹¹ In D. Touzeau, C. Jacquot, *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Paris, Anette, 1997, p 217-218.

¹² F.-R. Ingold, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP 1996.

¹³ Cf. R. Castel *et al.*, *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions universitaires, 1998, ainsi que A. Neagus *et al.*, « Trends in the Non-Injected Use of Heroin and Factors Associated with the Transition to Injecting », dans J. Inciardi, L.D. Harrison (dir), *Heroin in the age of Crack Cocaine*, Thousand Oaks, Sage, p. 131-159, cité par E. Roy *et al.*, *op. cit.*

¹⁴ D'autres pratiques d'injection seraient intéressantes à étudier, en particulier les usages médicaux ordinaires dans le cadre des maladies chroniques (diabète...). Une recherche dans ce sens permettrait d'apprécier les modèles culturels qui tournent autour de l'acte d'injection et des sensations qui lui sont liées. Mais, dans le cadre de cette étude exploratoire nous nous sommes concentrés sur les modes d'administration intraveineux des produits psychoactifs.

Les éléments de cette problématique ont été abordés sous plusieurs plans complémentaires qui correspondent au découpage du rapport en trois parties :

1- Différents contextes historiques ont été mis à jour selon la manière dont les produits circulent et dont leur mode d'administration fonctionne à des périodes diversifiées socio-historiquement. Sans prétendre constituer une généalogie de l'injection, nous avons croisé plusieurs configurations. Il s'agissait de mettre à jour et d'analyser les repères qualitatifs relatifs au contexte culturel (représentations propres à certains milieux, courants de pensée, positionnement ambiant à l'égard des drogues), tels qu'ils apparaissaient au croisement des différents entretiens effectués. Les liens entre ces contextes et les modalités d'engagement et d'installation de ce mode d'administration (dimensions pratiques et sensorielles) commencent à apparaître dès ce stade et se trouvent développés dans les parties suivantes.

2- La deuxième partie rend compte d'un travail sur les trajectoires de consommation à partir d'une approche biographique de la place de l'injection dans l'histoire des personnes. Elle reconstitue, depuis les années 1960 jusqu'aux années 1990, des conditions qui ont participé à l'engagement puis à la fixation des usagers dans cette pratique : des contextes (sociaux, économiques, culturels, territoriaux, individuels), des conjonctures d'introduction de la seringue (systèmes de relations, émotions, disponibilité des produits...), des modalités de programmation et de gestion du quotidien autour d'un ensemble de référents pragmatiques (habitudes d'usage, rituels, contextes de consommation...).

3- Enfin, nous avons effectué un travail spécifique centré sur la sphère des sensations et des émotions liées à l'injection, au travers de l'analyse des systèmes de référents sensoriels (sensations recherchées, représentation des effets, interaction plaisir/contrainte...) qui contribuent également à engager puis à fixer ce mode d'administration. Cette sphère, qui relève du domaine de l'intime, se trouve, bien sûr, liée aux autres dimensions de la pratique d'injection, mais elle nous a semblé suffisamment centrale dans la problématique de l'injection pour être explorée d'une manière approfondie. On voit se dessiner une « logique de l'injection » qui interagit avec une « logique des sensations », mais dans des contextes fortement déterminés socialement.

Le fait de travailler sur ces trois plans nous a ainsi permis de comprendre la logique d'ensemble qui traversait la vie des injecteurs : au croisement des **contextes d'engagement et des contextes d'usage, des logiques d'injection et des logiques de sensations**, nous voyons apparaître les ressorts de l'injection, mais aussi ses modes de variation sociale et l'impact particulier du processus de précarisation sur cette pratique. Beaucoup des données présentées devraient alimenter la réflexion sur les conditions et les facteurs qui participent (positivement ou négativement) aux processus de changement des comportements (facilitation, résistance, conversion).

2- Méthodologie d'enquête – Orientations éthiques et organisation des rencontres

Le travail proposé est essentiellement de nature qualitative et ne pourra pas être considéré comme représentatif de toutes les tendances existantes au sein de la population des injecteurs. Il s'agit pourtant d'usages qui correspondent à une grande partie des situations de consommation dans lesquelles les usagers de drogues se trouvent impliqués encore aujourd'hui, ou l'ont été à une période de leur vie.

A - Conditions de la relation avec les usagers injecteurs

Sur des sujets particulièrement sensibles, tant ils touchent à l'intimité des personnes et produisent des effets de révélation de pratiques hautement criminalisées et stigmatisées, le volet méthodologique a dû impérativement comporter une dimension éthique. Il fallait en effet veiller en permanence –jusque dans la rédaction du rapport – à ne pas placer les usagers dans une situation de surexposition de leurs pratiques ni dans une position de culpabilisation (désignation comme irresponsables, portant des « risques » pour les autres, des troubles pour l'ordre public, une incapacité à se gérer, etc.). La phase de travail de terrain en particulier aurait pu contribuer elle aussi, d'une manière indirecte et insidieuse à « pointer » une pratique anormale (nous venons « explorer » une zone de votre activité qui interroge la société, les pouvoirs publics, pour laquelle il vous faudrait « rendre compte »). Les recherches – et celle-ci ne peut échapper complètement à cette détermination – participent d'une forme particulière de contrôle sur les personnes (décliner sa pratique, faire attention à soi et aux autres) que l'on ne peut mettre totalement entre parenthèses. Nous connaissons ces paradoxes depuis le début de nos recherches auprès d'usagers de drogues et, pour les contourner, il nous a semblé nécessaire de créer les conditions d'un échange qui ne soit pas trop contraignant ni stéréotypé, et qui ne les place pas dans la situation de devoir « rendre compte ». Cela nous a conduit à chercher, à ouvrir et faire fonctionner avec chacun de nos interlocuteurs un cadre propice à l'échange plus approfondi et significatif sur les pratiques. Un cadre dans lequel ils pouvaient non pas subir un questionnement mais s'engager dans une démarche maîtrisable (temps, lieux, enchaînement des thèmes, degré d'approfondissement des thèmes abordés...). Ils avaient, à tout moment, la possibilité de discuter des modalités de cette investigation, et faire valoir des réflexions personnelles, des revendications, des positions, des droits, etc. Les usagers de drogues ne sont pas des « objets de recherche », mais des personnes avec une histoire, des sentiments, une subjectivité... Enfin, travailler sur la manière dont les personnes donnent du sens à leurs pratiques, sur la « parole dite », sur les postures, les émotions, partir de leur subjectivité impose aussi de travailler dans la durée, en multipliant les rencontres avec chacun, après avoir établi des bases de confiance réciproque. La profondeur des échanges que nous avons eu avec eux est intimement liée à la manière dont se sont engagées et jouées ces interactions. Il n'est pas inutile d'expliquer une fois de plus notre souci de poser nos interlocuteurs en tant qu'acteurs dans un processus de recherche de cette nature. Cela ne réfère pas seulement à une posture éthique, mais à une véritable urgence d'intégrer leur savoir, leurs analyses, leur sensibilité pour qu'ils puissent être des acteurs du changement. Nous avons également accordé une large place à leurs discours dans cette restitution, en prenant soin de dissimuler très ostensiblement toute modalité d'identification, y compris des lieux de nos rencontres.

Nous ne développerons guère plus ici les questions touchant à l'organisation des contacts avec les usagers, pour des questions de confidentialité de leur identité et de certains de leurs propos. Par contre, nous ne voulons évidemment pas, par contrecoup, passer sous silence le soutien et la collaboration des associations qui ont accepté d'accueillir notre travail et nous ont été, par leurs grandes compétences, leur très bonne connaissance des usagers injecteurs, et aussi leur bienveillance à notre égard, d'un très grand secours, non seulement pour faciliter nos rencontres, mais aussi pour nous apporter en permanence des éclairages précieux sur nos problématiques. Se reconnaîtront ici les équipes de ASUD et Médecins du Monde à Marseille, Aides sur l'agglomération lilloise. Ces équipes qui assurent depuis des années un travail de proximité (travail de rue, prévention par les pairs...) en tissant des liens au plus proche des usagers de rue ne devraient pas être sollicitées par les chercheurs comme des associations

relais pour accéder à leur « terrain », mais comme des partenaires avec lesquels la recherche aurait fort à gagner de collaborer plus étroitement et plus souvent.

Sur chacune des villes (Paris, Lille, Marseille), nous nous sommes attachés à ne pas faire fonctionner la méthodologie et l'approche de terrain d'une manière mécanique, mais plutôt à les faire évoluer en fonction de la pertinence de leurs liens avec les objectifs précisés plus haut. Nous ne nous sommes pas seulement situés dans une logique de recueil d'information, mais nous avons cherché au fil du temps à adapter notre grille d'entretien à ce que nous renvoyaient nos interlocuteurs (méthode d'investigation progressive). Notre objectif étant de nature qualitative, et non de représentativité statistique, nous n'avons jamais réalisé des entretiens uniques de premier niveau. Pour autant, les temps d'entretien avec les usagers, l'approfondissement comme les possibilités de multiplier les échanges ne sont pas toujours comparables selon les lieux ou la situation des personnes. Pour les plus précarisées par exemple, les aléas de la vie à la rue rendent le travail de terrain plus long et plus compliqué. La répétition des rencontres a permis de susciter des récits, de reconstituer l'histoire des personnes et leur mode de vie actuel, les différents registres des expériences personnelles et les évolutions de leur rapport à l'injection.

B - Variation des profils et des lieux de rencontre

Le présent rapport rend compte de la façon dont nous nous sommes attachés à faire varier les lieux, les situations socio-économiques et les périodes d'engagement dans la pratique d'injection. Nous avons souligné dans le projet initial l'intérêt de faire varier les circonstances de rencontres avec des usagers ou des ex-usagers, de façon à saisir divers types de trajectoires. Une trentaine de personnes¹⁵, dont 20 % de femmes, entre 23 et 50 ans, avec une dominante entre 25 et 35 ans, ont été contactées par le biais des associations citées (accueil à bas seuil, hébergements d'urgence, associations d'autosupport, programmes d'échange de seringues...), de collaborations nouées avec des équipes effectuant du travail de rue (réduction des risques), de contacts directs... Les personnes rencontrées sont issues de milieux sociaux contrastés, des plus aisés jusqu'aux situations de grande précarité. Cette hétérogénéité nous a permis d'apprécier l'impact fort des différences sociales sur les conditions d'engagement, de gestion et de sortie de l'injection. À partir des premières relations nouées sur nos différents terrains, d'autres contacts ont pu être établis par la méthode dite « boule de neige » (réseaux, remontée des filières d'interconnaissance), et grâce à laquelle nous avons rencontré des personnes qui ont débuté l'injection dans les années 1960-1970. Ces derniers aujourd'hui ont quitté les cercles d'usagers injecteurs.

Ces multiples entrées nous ont permis de faire varier :

- des contextes sociaux, culturels, historiques d'engagement dans la pratique d'injection : depuis les années 1960 jusqu'à la période actuelle (injecteurs récents, anciens : variations dans le contexte d'initiation, rôle du temps depuis les premières injections...);
- des situations socio-économiques : des usagers "intégrés" (logement, travail, famille...), jusqu'aux usagers de rue (précarité accentuée, errance...);

¹⁵ Nous décrivons ici seulement le public avec lequel nous avons eu des contacts longs et répétés dans le temps (permettant de couvrir tous nos axes d'investigation). De nombreux autres usagers rencontrés pendant les mois consacrés au travail de terrain ont également apporté de précieux éclairages.

- des types de rapport aux produits (usagers actuels/ex-usagers, polyconsommateurs, substitués...).

Nous avons ainsi pu rencontrer :

- des personnes ayant cessé toute prise de produit ;
- des personnes ayant cessé toute pratique d'injection depuis plusieurs années, mais qui consomment beaucoup de neuroleptiques et/ou d'alcool ;
- des personnes sous substitution à la méthadone, qui consomment régulièrement ou occasionnellement des substances par voie injectable : cocaïne, amphétamines, héroïne,
- des consommateurs de Subutex® par voie injectable associant des neuroleptiques et/ou de la cocaïne injectée ;
- des consommateurs d'héroïne par voie injectable.

C - Les thématiques d'entretiens

Outre les caractéristiques sociodémographiques ainsi que la situation actuelle des personnes sur le plan de leur pratique d'injecteur, les entretiens ont abordé les entrées suivantes :

1 - Approche pratique de l'ordinaire des injecteurs (présent ou passé pour les ex-injecteurs) :

- modalités de réalisation de l'injection (lieux, jours du mois, fréquence, avec qui, préparation, parties du corps...) – L'objet étant de recueillir des descriptions assez précises quant aux modalités techniques (type de matériel, préparation du shoot, quantités de produits...) ; pour la fréquence, nous sommes remontés sur les trois mois antérieurs et avons interrogé l'évolution de la consommation par voie injectable ;
- produits injectés : nature, combinaisons, variations dans le temps et quantités consommées, types d'association avec d'autres produits non-injectés ;
- modalités de gestion de l'accès aux produits ;
- modalités de gestion de l'accès au matériel d'injection (degré d'intégration des principes de la réduction des risques : dans le passé et aujourd'hui) ;
- modalités de gestion du manque et des difficultés à pratiquer l'injection (quelles substitutions, quelles prises de risques supplémentaires ?) ;
- participation conjointe à des microtrafics ou autres activités illicites ;
- liens aux autres injecteurs (quelle part dans les sociabilités, contours d'un "milieu" ?) ;
- explicitation d'un modèle de consommation intégrant l'injection (poly-consommations, polymodalités).

2 - Conception et histoire de l'injection dans les trajectoires de consommation :

- récits sur la première expérience (contexte personnel et social, personnes ayant contribué à l'initiation et conditions dans lesquelles elle s'est effectuée, induction par les pairs, effets ressentis) ; conditions immédiates de la poursuite (rythmes, accrochage) ;
- antécédents ou expériences parallèles (maladies, rapport à la piquêre) ;

- événements de vie ayant pu contribuer à faciliter l'engagement dans cette pratique ;
- approche comparée par rapport à d'autres modes d'administration (sniffer, fumer) : degrés d'accrochage à la modalité ou souplesse quant à la substitution ;
- évolution personnelle dans le mode de consommation (passages ou glissements vers des polymodalités de consommation – dans les deux sens : injection autres modes) ;
- rôle des incarcérations (initiation, amplification...) et des arrestations ;
- impact du Sida et de l'hépatite dans la manière de vivre ce mode d'administration (dates auxquelles les risques ont été connus, dates auxquelles des changements ont été introduits dans les modalités de l'injection, explicitation des résistances aux changements) ;
- évolution conjointe du rapport à l'insertion et au travail ;
- évolution conjointe du rapport à la famille ;
- participation personnelle à l'initiation d'autres personnes à l'injection.

3 - Sensations, émotions (présentes ou rétrospectives)

(Ce registre vient, bien sûr, traverser les deux axes précédents)

- conditions dans lesquelles les personnes ressentent le besoin d'injecter (images, sensations, contexte) ;
- sensations ressenties avant, pendant et après l'injection (cadre temporel à expliciter) ;
- variations de sensations suivant les produits, les associations et les contextes ;
- explicitation de la place du corps dans l'injection (pénétration, traces, transformations physiques), modification ou non de la perception de soi ;
- relation entre injection, produits, et affects, désir, place de l'injection et ou des produits dans les relations amicales, amoureuses, les sociabilités (fermeture/ouverture...) ;
- protection et injection : peurs ou non, modification du rapport à l'injection depuis la connaissance des risques ;
- sexe et risques (incidence des pratiques d'injection sur la sexualité et la protection à l'égard des risques).

4 - Conceptions, représentations :

- question plus globale sur le sens donné par la personne à la pratique d'injection, dimension sensorielles, symboliques et addictives ;
- position sur la réactivité de la société à l'égard d'une telle pratique ;
- disposition à changer de comportement (à quelles conditions, pour quelles raisons, expliciter les motivations de ne pas changer) : fumer, substituer, sniffer...

3 - Attendus et perspectives

Cette investigation nous a permis de mettre à jour les ressorts et les caractéristiques des pratiques d'injection pour une fraction des usagers de drogues. Elle devrait pouvoir alimenter la réflexion sur le type de politique de santé publique qui pourrait être utile : faire émerger des pistes pour les politiques de prévention (compréhension des contextes sociaux d'expérimentation de la consommation par voie intraveineuse et d'engagement dans des usages répétés) et de réduction des risques (exploration des possibilités d'aménagements et de transition vers d'autres modes d'administration, en vue de minimiser les dommages). Elles nous permettent aussi de comprendre les variations d'utilisation du mode injectable, depuis la structuration de l'utilisateur autour de l'injection en passant par les formes plus aléatoires ou occasionnelles de recours (jeu des facteurs biographiques, environnementaux, culturels) et d'analyser la manière dont les usagers appréhendent l'injection du point de vue des risques pris en conséquence. Enfin, il nous a permis d'évoquer, avec les usagers, le sens de l'acte lui-même (représentation symbolique, sensations...).

Une telle approche n'est qu'un début de collaboration, et tous ces résultats devront donc bien être lus comme l'aboutissement d'un travail effectué en 1999-2000, avec, par conséquent, des effets de contexte et des inductions sociales qu'il faudra relativiser pour d'autres milieux et d'autres périodes de l'histoire.

Première partie – LE CADRE SOCIO-HISTORIQUE DES PRATIQUES D’INJECTION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

Pour entrevoir les conditions qui président aux pratiques d’injection, nous avons jugé utile de reconstituer les principales périodes dans lesquelles les expériences rapportées s’inscrivaient. Il n’était pas question de se lancer dans une approche historique – qui reste à faire – mais de décrire ces contextes et d’y rapporter le positionnement des usagers.

I-1- LES CONTEXTES PLUS DÉTERMINANTS QUE LES PARTICULARISMES RÉGIONAUX

L’approche différenciée par zone géographique est apparue peu appropriée compte tenu des objectifs de ce travail. En effet, nous n’avons pas cherché à évaluer la pertinence de la variable géographique relativement à l’injection puisque nous étions conduits à sélectionner des injecteurs sur chacun des sites. Il aurait fallu une approche comparée de plusieurs modes d’administration, avec des populations significatives, pour faire jouer la variable régionale. De plus, ce genre de découpage est difficile à définir précisément pour ce type de public : lorsque l’on fait allusion à des « usagers qui viennent de tel ou tel endroit », parle-t-on de la zone géographique (ou ville) d’habitation au moment de l’étude ; de la région (ou ville) d’origine de l’usager rencontré ; ou bien encore de son lieu de résidence la plus longue ? La place de cette variable géographique doit donc être précisée, définie et explicitée sur des bases objectivées avant d’être intégrée à une analyse croisée avec les pratiques d’usages de produits psychoactifs. Les localisations (grandes villes et régions) déterminées au départ de cette étude ne présentent de validité que pour l’époque présente, pour laquelle elles permettent d’évaluer partiellement les correspondances ou les différenciations de modèles de consommation.

Le travail n’a pas porté non plus sur une comparaison de l’économie des sites en matière de circulation de produits psychotropes (évolution des qualités, des coûts, des quantités disponibles...), mais visait à rendre compréhensibles les représentations, les expériences personnelles, le positionnement des personnes vis-à-vis de l’injection, en les faisant expliciter la place du territoire social au sein duquel elles s’inscrivaient. De ce point de vue, l’approche des trois régions s’est avérée intéressante. Les phénomènes d’usage de drogues se répartissent de manière inégale sur le territoire français¹⁶, le marché des produits psychotropes s’est considérablement étendu, et présente désormais une forte imbrication entre produits illicites (héroïne, cocaïne, crack) et produits licites détournés de leur usage initial (médicaments psychotropes, produits de substitution). La région parisienne, le Nord-Pas-de-Calais et la région Provence-Alpes-Côte d’Azur constituent les régions françaises¹⁷ les plus touchées par

¹⁶ Cf. P. Bouhnik, S. Touzé, E. Jacob, I. Maillard, *L’amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison, poly-consommations, substitution. Les « années cachets »*, 1999.

¹⁷ Au regard des chiffres émanant des deux grandes filières de données statistiques : SESI et OCRTIS.

les problèmes d'usages de drogues et de toxicomanies¹⁸. En revanche, les conditions dans lesquelles fonctionnent les réseaux de relation et la mobilité socio-géographique des personnes, associées au caractère qualitatif de notre approche excluent là encore la possibilité d'effectuer une analyse de l'évolution par région. La localisation de l'étude sur trois grandes villes (Paris, Lille, Marseille) présente ainsi des limites que l'approche exploratoire avait déjà soulignées. La mobilité et les parcours de vie des personnes nécessitant une approche moins restreinte, il s'est avéré plus judicieux de ne pas limiter les terrains d'étude à trois villes « phares » mais de les étendre à trois zones urbaines : agglomération marseillaise, région lilloise (Lille, Valenciennes, Roubaix, et villes « satellites »), région parisienne.

Des différences géographiquement sont souvent présentées (surtout à partir des chiffres rendant compte de la proportion d'injecteurs dans chaque région) autour des questions d'usages de drogues, mais pourtant leur validité objective devrait être réinterrogée. Il paraît difficile d'établir un lien causal entre des déterminismes macroéconomiques liés aux caractéristiques régionales des marchés des produits psychoactifs illicites, et les parcours d'individus ou de groupes, même si on ne peut à l'inverse nier totalement l'existence de différences d'usages et de niveaux trafics en différents point du territoire national. Des contrastes sont en effet repérés : des observateurs en font état (usagers de drogues, professionnels de terrain, équipes de réduction des risques, etc.), des différences apparaissent dans les recherches multisites¹⁹ et les tableaux d'indicateurs de veille statistique²⁰. Des usagers ont également évoqué ce phénomène au cours des entretiens. Les zones frontalières, notamment, sont réputées abondantes en produits, et donc plus propices à la pratique du sniff pour certains d'entre eux.

L'hypothèse associant disponibilité et prix de l'héroïne aux modalités de consommation est alors proposée. « L'abondance » des produits (héroïne, cocaïne) dans les zones transfrontalières est présentée comme l'un des facteurs expliquant le caractère plus largement répandu du sniff²¹ dans le nord de la France (comparativement à l'injection). Même si cela n'est pas systématique, des parcours individuels ou au sein de microréseaux sociaux montrent que le passage à l'injection a pu être facilité, voire précipité dans une situation de pénurie de produits²² :

¹⁸ Ces informations ne donnent par ailleurs, classiquement, qu'un éclairage partiel de la réalité sociale des usages de drogues puisque seules les personnes ayant été repérées par les services répressifs et/ou sanitaires sont comptabilisées.

¹⁹ Cf. F.-R. Ingold *et al.*, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP, octobre 1996.

²⁰ Données DDASS, données OCTRIS.

²¹ L'usage par voie intraveineuse est fréquemment présenté comme plus « économique » par rapport au sniff, considéré par des usagers comme du gaspillage (c'est-à-dire un mode d'usage nécessitant de consommer beaucoup de produits pour un effet moindre par rapport à l'injection).

²² Ponctuelle (restes réutilisés, fin de réserve ou partage de quantités prévues pour moins de personnes au départ, etc.) ou durable en raison d'une diminution de la disponibilité d'un ou des produits (modification profonde du marché local ou de l'accès des personnes à ce marché, ou encore des ressources financières leur permettant d'acheter, etc.)

« ... Les gens qui ont peur et qui ne commence pas (l'injection) à cause de ça, fatalement, ils le font malgré tout... Quand ils voient que l'héroïne coûte 100 F., qu'avec une ligne ils restent exposé 6 h, ils préfèrent se le faire en shoot... parce que le flash est plus vite, ils savent qu'à force, il leur faut 2 ou 3 kepa donc finalement, ils n'ont plus d'argent, et ils le font... » (Tonio, 23 ans, 2/3 ans d'héroïne sniffée, puis Subutex® injecté depuis 3 ans).

Cette possibilité de passer sniff au shoot en fonction des quantités et de l'argent disponible existe. Pour certains, le shoot devient inévitable lorsqu'on ne peut disposer de gros moyens pour poursuivre en sniff. Le sniff est une pratique que l'on suppose alors plus répandue dans les milieux d'usagers privilégiés, tandis que le shoot se trouverait plus souvent associé à la galère :

« Les quantités d'héroïne qu'on avait étaient faibles, et même, on ne savait même pas que ça se sniffait l'héroïne ! On savait que ça se sniffait, mais le discours [moi j'étais pris comme les autres dans ce qui se racontait], c'était : si tu as plein d'héroïne OK, mais les gens qui n'ont pas beaucoup de fric... tu la perds... les gens qui n'ont pas beaucoup de fric ils la shootent. Et donc c'était utilitaire... » (Nathan, 50 ans, Paris, 5 ans héroïne et opium).

On peut trouver des exemples permettant d'étayer cette hypothèse, et faire de la disponibilité des produits le facteur déterminant de l'engagement dans des pratiques d'injection ou de sniff. Cependant, cette explication mécaniste reste insuffisante. Elle repose sur une représentation uniformisée des usagers de drogues qui conduit à construire artificiellement un groupe homogène sur la base de critères géographiques²³.

Ensuite, cette analyse se fonde sur l'hypothèse que tous les usagers d'un même espace géographique accèdent à un marché doté des caractéristiques macroéconomiques propres à la région observée. Les usagers profiteraient d'un seul et même marché en quelque sorte, sans que le caractère relatif des conditions d'accès ne soit pris en compte. On imagine alors que dans une zone géographique caractérisée par un trafic très important, les usagers auraient accès à une quantité et variété de produits conséquentes et, qu'à l'inverse, dans les régions où le trafic paraît moins dense, tous les usagers seraient soumis à une pénurie relative permanente.

Or, les caractéristiques locales du marché des produits psychoactifs illicites, si tant est que l'on ait les moyens de les connaître finement, ne sont pas les seules variables qui déterminent la disponibilité et l'accessibilité des produits. En fait, chaque usager, chaque groupe d'usagers n'a accès à ce marché que de manière partielle, au gré d'une inscription souvent fluctuante dans les « bons » réseaux, et au gré de ses possibilités financières. Ceux qui ne disposent pas de ressources sociales et/ou financières mobilisables n'auront que très peu ou très mal accès au(x) produit(s), et ce même s'ils se trouvent dans une zone de trafics importants. À l'inverse, une personne disposant des ressources nécessaires (moyens financiers et/ou bonnes connections aux « bons plans ») pourra se débrouiller pour ne pas trop subir les conséquences de fluctuations des approvisionnements locaux.

Dans le prolongement des réserves évoquées, nous proposons ici une approche différente, au vu de situations observées et d'éléments récurrents qui nous ont parus pertinents. L'approche compréhensive des phénomènes d'usages de drogues par voie intraveineuse

²³ Par ailleurs peu clairs et mal explicités comme on l'a vu plus haut.

permet de mettre à jour et d'appréhender différentes périodes, des contextes différenciés d'expérimentation, et/ou d'engagement dans la pratique de l'injection. Cette entrée par les contextes socio-historiques semble plus judicieuse que l'entrée « géographique », et assez éclairante pour comprendre des parcours, des modes de vie et des pratiques liés à ce mode d'administration. L'incidence des contextes sur les trajectoires d'injecteurs nous apparaît d'autant plus essentielle qu'elle ouvre sur la possibilité d'appréhender ces injecteurs de manière différenciée, sans effet d'amalgame écrasant la multiplicité de leurs rapports à l'injection.

I- 2 - LES CONTEXTES AYANT PRÉSIDÉ AU DÉVELOPPEMENT DE L'INJECTION

La rencontre avec des usagers de drogues par voie intraveineuse aux profils variés nous a amené à interroger le caractère uniformisant des représentations parfois véhiculées par le sens commun ou les médias. Elles sont souvent fortement influencées par les situations extrêmes qui apparaissent de manière aiguë dans des zones urbaines stigmatisées et alimentent les débats sur la question dite de « l'insécurité²⁴ ». Pour la question des toxicomanies, cette image s'est construite en amalgamant progressivement des représentations caricaturales. Depuis la figure du "junkie" des années 1970 jusqu'à celle du "toxico" de la fin des années 1980, l'image sociale de l'usager par voie intraveineuse a peu évolué, presque toujours étroitement associée à celle d'un délinquant en pleine déchéance physique et morale, dangereux et prêt à tout pour assouvir un besoin compulsif de produit. Cette manière de se représenter cette population a certainement contribué à diffuser une appréhension uniformisée des problématiques de l'usage intraveineux et, par-là même des réponses à y apporter, qu'elles soient privées ou publiques. En revanche, les faits constatés et les parcours relatés par les usagers nous ont permis de percevoir une situation aux contours plus flous, des usagers aux profils très diversifiés, avec leurs propres modes d'usages liés à leurs problématiques personnelles, à leurs parcours. Leurs récits détaillés réfèrent également aux phénomènes sociaux qui ont, à leur tour, affecté leur style de vie et contribué à leur engagement dans la consommation de drogues illicites.

Cette prise en compte de différents contextes socio-historiques nous a permis de comprendre comment, pour chacun d'entre eux, s'était opérée la rencontre, puis l'engagement (avec un (des) produit(s)²⁵) dans ce mode d'administration particulier. Les éléments exposés dans cette partie sont des éléments de références culturelles revendiqués et qui font sens dans les expériences de chacun des usagers. Il est à noter qu'il s'agit bien de l'expérience subjective vécue par les individus, dans une approche qui relève plutôt de l'anthropologie culturelle²⁶ que de l'histoire.

²⁴ Laurent Mucchielli. "violences et insécurité - Fantômes et réalités dans le débat français. Ed. La découverte. 2001.

²⁵ L'arrivée de nouveaux produits injectables, ou l'évolution de leur prévalence d'utilisation sont des facteurs constitutifs de contextes socio-historiques de l'injection.

²⁶ Ou des travaux universitaires en sciences humaines désignés sous le terme de *Popular Culture* dans les pays anglo-saxons.

L'importance de ces dimensions subjectives est souvent négligée. Ici au contraire nous prenons en compte cette analyse « profane » et considérons ces contextes socio-historiques comme des éléments constitutifs de l'expérience²⁷ des usagers. Ceci doit nous permettre de mieux saisir des modèles sous-jacents aux pratiques²⁸.

Nous présenterons les contextes socio-historiques les plus marquants du rapport à l'injection autour de quatre grandes périodes temporelles. Leurs limites sont diffuses, mais le découpage schématique par décennies est un modèle de compréhension de leur évolution au cours de ces trente dernières années. Nous nuancerons cet exposé de façon à ne pas figer l'analyse dans une approche « générationnelle » de l'injection qui uniformiserait les expériences vécues autour d'un découpage par tranches d'âges.

Plusieurs personnes rencontrées ont pratiqué le shoot dans les années 1970. Depuis, certaines d'entre elles continuent à consommer sur le même mode, d'autres ont intégré un protocole de substitution. D'autres encore ont cessé toute consommation de produits psychoactifs. Cette période d'initiation nous a été présentée comme un contexte socio-historique et culturel extrêmement spécifique, marqué par une fascination pour les « Exotismes ».

Des usagers sont entrés en contact avec les produits et l'injection plus tardivement, dans un contexte de diffusion de l'usage d'héroïne dans les quartiers populaires²⁹. A la même époque, la pratique d'injection s'est également diffusée dans ces zones urbaines périphériques. Le rapport à l'injection paraît diverger notablement de ce que l'on avait décrit depuis les années 1970 comme une pratique réservée à une élite culturelle. Dans ce contexte de « démocratisation », la diffusion massive des produits et le développement des pratiques d'injection au sein d'une fraction de la jeunesse vivant sur ces territoires s'est opérée à la faveur d'une intrication étroite entre réseaux de sociabilité, usages et trafic. Les récits montrent les liens entre une génération, un environnement, un milieu (ou des réseaux de sociabilité) et l'injection.

Ce contexte a été ensuite brutalement et dramatiquement perturbé par l'apparition de « nouveaux » risques. Il s'agit plus en réalité de la mise à jour des risques infectieux liés à la pratique de l'injection. Puisque nous partons des récits des usagers et de la façon dont ils ont vécu ces périodes, ce n'est qu'au moment où ces risques ont été connus et médiatisés qu'ils ont eu un effet sur le contexte socio-historique. Ce n'est pas une « nouvelle période » à proprement parler, mais plutôt l'introduction d'un nouveau paramètre « perturbant ». L'apparition de ces risques infectieux, leur médiatisation et la prise de conscience de leur existence ont profondément transformé le contexte socio-historique dans lequel les pratiques d'injection se sont développées. Des transformations dans le rapport des usagers à l'injection, dans les rapports sociaux entre usagers et institutions sanitaires, sociales, répressives, et aussi

²⁷ Il n'y a pas ici de causalité directe simple. Néanmoins, l'influence des contextes socio-historiques sur les personnes produit des effets objectifs sur les pratiques des personnes. On le voit plus loin dans le cas des individus qui ont démarré l'injection dans les années 1970. À cette époque, la question du choix du mode d'usage ne se posait même pas.

²⁸ Sans proposer bien sûr une typologie, les modèles rappellent la méthode des *idéaltypes*. Cf. M. Weber *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964 et *Économie et Société*, Paris, Plon, 1971.

²⁹ P. Bouhnik. "Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé". *Communication* n°62. 1996.

dans les interactions³⁰ avec la société dans son ensemble. L'évolution a généré des formes d'opposition conflictuelles et excluantes entre les usagers utilisant ce mode de consommation et leur environnement.

Par la suite, de nouveaux produits de substitution³¹ ont également contribué à l'apparition et au développement de détournements d'usage permettant de prolonger les pratiques d'injection. L'accroissement massif de l'injection de Subutex parmi les usagers à la rue, conjugué à des situations de très grandes difficultés sanitaires et sociales, et à l'extension de la gamme de produits³² disponibles conduisent à de nouveaux contextes de consommation par voie injectable, rassemblés ici sous l'appellation des « années cachets³³ ».

A - Exotismes... – « Les années 1970 » (1965/1975)

La rencontre avec les usagers ayant expérimenté l'injection durant les « fameuses années 1960-1970 » nous a permis de saisir l'importance de ce contexte spécifique dans leurs parcours et leurs modes de vie. La référence récurrente à une culture contestataire et à un mode de vie déviant énoncée par les usagers constitue un des particularismes de cette période. Ce renvoi continu aux revendications d'ordre métapolitique ou philosophique attachées à un mode de vie constitue un système de repères culturels basé sur une vision romancée, voire fantasmée, de cette période par les usagers. Dans cette perspective, l'engagement dans des pratiques d'injection durant ces années est présenté comme le résultat d'un choix explicite et revendiqué d'un mode de vie (et d'une pensée plus globale) : une démarche d'identification à un modèle reconstitué à partir de leur perception de cette période. Qu'ils aient participé de manière active à des mouvements culturels de contestation radicale³⁴ ou qu'ils s'identifient aux messages portés, les usagers concernés³⁵, quand ils « replacent » leur parcours dans cette période, décrivent, parfois de manière idéalisée, ce contexte socio-historique pour expliciter les conditions de leur engagement.

³⁰ On se place ici dans le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique développé par Becker, *Outsiders*, A.-M. Metailié, Paris, 1985, première édition, *The free press of Glencoe*, 1963.

³¹ Subutex® et méthadone, accompagnés de protocoles de prescription spécifiques. Il existait bien entendu déjà des produits pouvant faire office de substituts aux opiacés, employés pour le soin par les médecins ou détournés de leur usage légal par les UD afin de compenser l'absence d'héroïne et de soulager le manque physique.

³² Médicaments benzodiazépines détournés de leur usage (Rohypnol, Moscontin, Skenan, etc.), alcool, produits synthétiques divers (ecstasy, LSD), et aussi le « retour » important de la cocaïne, profitant des conditions favorables créées par le développement du Subutex.

³³ Cf. P. Bouhnik, S. Touzé, E. Jacob, I. Maillard, *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison, polyconsommations, substitution. Les « années cachets »*, 1999, *op. cit.*

³⁴ Idéologie d'opposition radicale et systématique à l'autoritarisme, aux courants réactionnaires et rétrogrades, à toute forme de conservatisme, et au modèle dit de la *société de consommation* dans les domaines politiques, économiques, ainsi que pour les *questions de société* (sexualité et procréation, condition féminine, usages de drogues, etc.).

³⁵ Les personnes se référant spontanément à ce *contexte socio-historique* pour donner à comprendre comment cela s'est passé pour eux. Qu'ils soient de cette génération (« vieux » usagers comme François, Nathan, Sébastien) ou qu'ils se reconnaissent dans ce modèle (comme Florian ou Christiane).

1- Imaginaire hippie et exotisme routard

La reconstitution de leur passion pour les idéaux de cette époque et de l'admiration pour des personnages ou des parcours extraordinaires permet de saisir ce qui faisait alors sens pour eux. Parmi les modèles de référence de l'époque, la figure mythique du poète routard apparaît comme l'une des plus influentes. Faire la route, partir à l'aventure, vers l'Inde et/ou l'Orient, était l'un des passages obligés de toute personne influencée par la *beat generation* ou plus tard par la culture hippie.

L'influence prégnante de la « beat culture » et le mythe du voyage

L'appel de l'aventure, une soif mêlée d'authenticité, de découverte de cultures traditionnelles et une envie diffuse de mysticisme ont conduit des jeunes sensibles à ces mouvances à partir pendant de longues périodes découvrir des mondes aux antipodes des sociétés de consommation occidentales. Nathan appartient à la génération pré-hippie, comme le montrent son parcours et surtout ses voyages en Inde, au Pakistan et en Afghanistan avant 1970, un parcours lié à une activité d'écriture, une démarche qui se rapproche beaucoup du mouvement Beat³⁶. En pleine effervescence beatnik, il fait la route et semble être passé dans tous les lieux clefs de ce mouvement culturel naissant à l'époque :

« On a rencontré des mecs, on a fait une semaine à cheval en Afghanistan... Je vivais dans une ville, un petit hôtel, minable, recherche d'opium ou d'héro... Après bistrot avec les babas cool... Petite cuisine, petite vaisselle, pas de femmes... Ce à quoi on pensait, c'était comment se connecter avec la philosophie hindoue, comment vivre de plain-pied avec les gens qui croient, comment se défoncer avec eux, est-ce que l'on ressent les mêmes vibrations... C'était la recherche d'une... métaphysique, enfin... Pas spirituelle, puisqu'on n'a jamais été... aucun d'entre nous n'était... justement le problème du copain si tu veux, c'est que lui, il a fait un truc mystique... C'est là si tu veux où c'est très ambigu, parce que les drogues... tous les opiacés jouaient le rôle de... on se retient du mysticisme quoi. En même temps, l'héroïne, l'opium et la morphine, surtout l'opium, c'était la fumerie possible, nous retenait de la métaphysique... de la métaphysique et du mysticisme. Enfin le mysticisme si tu veux était là comme une plantation à laquelle on résistait par l'usage des drogues dures. On a continué. On est allé au Népal. Après du Népal on est redescendu à Goa. C'était quand même des territoires... Mais ils sont devenus balisés depuis, à l'époque on disait... Le Népal, Goa... » (Nathan, 50 ans, 5 ans d'héroïne injectée).

Ici, l'envie de découvrir et de partager un rituel autour de la consommation d'opium participe de cette volonté de vivre des expériences de consommation de produits psychotropes dans un cadre traditionnel. Dans le contexte socio-historique des « années 1970 », les expériences de voyage intérieur ou de quête spirituelle assistée par l'usage de produits psychotropes étaient très valorisées. On retrouve d'ailleurs souvent les expériences mystiques des chamans des Amériques ou des sâdhus de l'Inde dans l'imaginaire, couramment associées aux usages de produits psychotropes.

³⁶ Avec ses fers de lance : les écrivains bohèmes de la fin des années 1960 (Kerouac, Ginsburg...).

La distinction est faite fréquemment entre des usages dits traditionnels, « contrôlés et bornés » dans le cadre de rituels ancestraux, et les usages dits modernes, désignant des consommations de produits traditionnels ou de synthèse sans cadre traditionnel d'usage rattaché³⁷.

Branchés sur le monde

Les modes d'utilisation de produits dans ce contexte sont presque toujours présentées comme des supports d'expériences d'enrichissement personnel ou collectif, des actions ayant une dimension philosophique, politique ou une volonté de partage empathique dans un cadre festif relativement idéalisé. En lien direct avec l'expérience de la découverte des civilisations ancestrales au travers des usages traditionnels des psychotropes, la consommation de drogues participerait d'une démarche d'ouverture au monde et aux autres :

« Le truc qui nous excitait un peu quoi, c'était d'être branché sur le monde, c'était les vibrations extérieures, c'était la musique anglo-saxonne, c'était d'avoir écouté le dernier disque des Rolling Stones, c'était de connaître Lou Reed, c'était d'être branché sur les vibrations du monde, c'était de... on n'était quand même pas... entre beatnik, et hipies, c'était ça le problème, c'était un problème identitaire plus général par rapport à qui on est en Europe ! Je me déguisais un peu pour les week-end, pour partir à Amsterdam, parce que j'y allais quasiment toutes les semaines... Si tu veux à Amsterdam on savait qu'il y avait des squats. On partait tout le temps : Toussaint, Noël, vacances de février, Pâques, on partait et on allait dans les squats. Là on avait Parkas, bonnets de laine comme les émigrés, et on shootait dans les squats et on dealait un peu... Et quand on avait bien dealé, shooté, normalement il nous restait un peu d'argent, donc on allait finir la soirée avec notre paquet de tabac à rouler les cigarettes dans un bar à cannabis quoi ! et puis on discutait avec des mecs, on apprenait à parler anglais, c'est comme ça que j'ai appris à parler anglais, et puis... mais on causait quand même politique si tu veux... on causait politique et on y connaissait rien, mais quand même... moi après, à Amsterdam, Stockholm, on a rencontré tous les déserteurs américains qui refusaient de partir au Vietnam, qui étaient soit à Amsterdam, soit à Stockholm, et on était quand même... on était nuls, on n'était pas militants, mais on s'intéressait au monde quand même qui était autour de nous quoi ! Et puis on échangeait des plans quoi : Bon ben si tu vas à Kaboul, tu vas aller à tel endroit, tu vas aller à tel hôtel, tu rencontreras machin, il te donnera la route pour aller à tel endroit... Voilà, jusqu'en 68 » (Nathan, classe sup., 50 ans, 5 ans d'héroïne injectée).

³⁷ À ce sujet, cf. : C. Bachmann, A. Coppel, *Le dragon domestique*, M. Xiberras *La société intoxiquée*, Klincsieck. On se reportera aussi aux travaux de Carlos Castaneda : *L'herbe du diable et la petite fumée*, édition du Soleil Noir, Paris, 1972, première édition, «The Teachings of Don Juan», Régents of University of California, US, 1968.

Plus tard, d'autres ont suivi les mêmes traces³⁸. François shootait déjà avant son voyage en Inde. Mais dans un contexte festif et un milieu occidental de jeunes gens privilégiés, « des fils de bonne famille ». Aussi le départ vers l'Inde, influencé par l'histoire de l'auteur d'un ouvrage culte, prend une signification toute particulière. Le voyage, l'usage de toutes les drogues, et particulièrement les opiacés en injection, sont des éléments d'un style de vie rebelle et contestataire, pour lequel il éprouve une fascination non dissimulée. Sans qu'il le revendique nécessairement comme le sien, il dit avoir ressenti à ce moment-là et dans ce contexte, le besoin de vivre une expérience de ce type. On comprend mieux ici l'importance de l'influence de ces modèles dans un contexte socio-historique où ils étaient puissamment valorisés, par opposition à l'image négative du mode de vie répandu dans les pays occidentaux industrialisés :

« Et je suis parti en Inde, ah oui voilà... Ça aussi. À 19 ans je lisais *Le Flash*... tu connais *The Flash* ? ... c'est un titre d'un bouquin écrit par un type qui était parti en Inde et au Népal, et c'était un espèce de beat... un gars qui taillait la route et qui a essayé d'utiliser, d'user et ré-user toutes les drogues imaginables, et qui a eu comme délire d'aller mourir sur les neiges éternelles au Népal, sur l'Himalaya en se faisant un dernier shoot...et c'est sa vie, c'est véridique, c'est son parcours. ... c'était notre lecture, à nous à l'époque, quoi, on lisait ça. Et moi, j'ai eu envie de faire pareil quoi, l'Inde...une espèce de...Ça m'avait marqué ce bouquin, je me disais : je vais partir en Inde, je vais partir au Népal, et je suis parti en Inde, avec deux copains et une copine... [...] Enfin... c'est l'Inde, je sais pas comment t'expliquer... avec les croyances, la culture... enfin... et puis les images fortes quand même, qui arrivent... Je veux dire... quand t'arrives au Népal... aller à Katmandou ! Enfin moi, c'est cette époque-là, il faut quand même remettre ça dans le temps. Katmandou, c'était les hippies... moi, je suis né en 63, je suis un enfant de 68, quasiment, presque quoi. Donc, y a quand même tout ça qui a joué quoi... » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

2- Sex, Drugs & Rock'n'Roll

Les années Woodstock

L'influence des productions culturelles associée au mouvement de rébellion face au modèle social proposé à l'époque par les sociétés occidentales a aussi joué un rôle structurant dans la construction d'un nouveau contexte socio-historique particulier. Le rock'n'roll et ses idoles populaires ont alors constitué des éléments fédérateurs de cette mouvance culturelle diffuse et hétéroclite associant une conscience politique révolutionnaire et contestataire, une volonté d'un modèle social humaniste et progressiste et l'aspiration dans le domaine individuel privé à une forme d'hédonisme libertaire. La musique populaire contemporaine de l'époque « colle » à ces valeurs et relaie les mots d'ordre de ce mouvement. L'événement fédérateur symbole, le

³⁸ On peut noter d'ailleurs que cette influence perdure jusqu'à présent. Le Népal et Kathmandou, l'Inde et Goa sont toujours des destinations prisées de jeunes gens friands de mysticisme orientaliste et avides de quête initiatique et d'expériences psychédélics. Voir Lapassade Georges, *Les États modifiés de la conscience*, PUF, Paris, 1987 ; ou encore, se reporter au succès toujours vif des ouvrages suivants : A. Huxley, *The doors to perceptions*, Harper, New York, 1954, Leary Timothy, *La politique de l'extase*, Fayard, Paris, 1979. On a d'ailleurs assisté durant les années 1990 à un *revival*, nombre de *travellers* contemporains, issus des mouvements techno *underground* se référant à ce modèle. Pour plus d'approfondissements sur ces mouvances, voir Quedrus Sandy, *Un Maquis techno*, coll. Musique et Société, IRMA Éd., Paris, 2000 et N. Saunders, *E comme Ecstasy*, Les éditions du Léopard, Paris, 1996, première édition, « Ecstasy and the dance culture ».

festival de Woodstock, matérialisera à travers le monde entier cette association naturelle entre des productions culturelles populaires, désignées sous le terme générique de rock'n'roll³⁹, et une période de contestation sociale et politique radicale, le mouvement hippie. Les images fortes de ce festival rassemblant près de 300 000 « militants peace and love », dansant trois jours et trois nuits feront le tour du monde... et Woodstock restera le symbole de cette représentation idéalisée du contexte socio-historique des années 1970. La force symbolique de cet événement était et reste telle que nombreux sont ceux qui s'y réfèrent encore parmi les usagers, lorsqu'il s'agit de donner une synthèse de cette mouvance :

« À l'époque où on a commencé, j'avais à peu près 14-15 ans, j'étais au lycée, vers la fin des années 1960, début des années 1970. On avait des images de Woodstock quand même. Il y avait comme une nouvelle vague chez les jeunes par rapport à ça : les pattes d'ef, les cheveux longs, et aussi la drogue. Une partie des jeunes participait à ce qu'on disait à l'époque, une sub-culture. Il y avait vraiment l'idée d'un changement de mœurs par rapport aux générations précédentes. Et pour les drogues, il y avait seulement encore la morphine en ampoule, elle était quasiment en vente libre, juste avec des ordonnances normales... On ne cachait même pas les traces, ce n'était pas vraiment réprouvé, au contraire, on trouvait ça plutôt bien, on affichait même un peu des fois dans la rue. Mais sauf à l'école, et avec les parents, on faisait attention, mais entre copain c'était autre chose. C'est resté quand même un milieu assez fermé, dans les grandes villes, plutôt le milieu étudiant, intellectuel, les architectes, les beaux-arts » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

La séduisante déviance du dandysme rock

Pour beaucoup, c'est une période de contestation. L'ordre établi, ses valeurs, les pratiques culturelles et les comportements de consommation sont remis violemment en cause par de nombreux courants radicaux. Être pionnier, faire partie d'une avant-garde, sont des éléments très valorisés. C'est le cas de Sébastien, pour lequel la sensation d'appartenance à un milieu culturel *underground* est un motif de fierté. La musique, le look, l'usage de produits et le shoot font alors partie intégrante de ce mode de vie, et participent d'une stratégie de distinction culturelle⁴⁰ importante à ses yeux :

« Je me suis mis à consommer de l'héro vers 17, 18 ans en sniff, puis très vite en injection. Au début, c'était surtout par plaisir, mais aussi par provocation... contre la famille, la société en général. De toute façon, je savais dès le départ que je voulais goûter à tout. Et puis, j'étais passionné de lecture, et il y avait plein d'allusion dans la littérature, surtout le haschich... J'avais envie d'expérimenter toutes les sensations. T'as une période où tu veux te trouver un style, un look, tout ça... T'es punk, t'es ceci, cela... ou t'es autre chose... Donc y'a eu un peu cet effet de mode pour moi. C'est là où j'ai goûté au produit... Mais ça a pas duré longtemps.

³⁹ En fait un spectre bien plus large allant des tendances *revival 60's* comme le Rythm'n'Blues des Rolling Stones...), le Rock Garage des MC5's préfigurant le mouvement punk, ou les tendances plus psychédélicques des Stooges..., et des formes mutées apparues au début des années 1970 comme le Glam Rock (Bowie...) ou plus tard ces avatars Prog Rock (Pink Floyd...).

⁴⁰ À la différence du concept développé par Bourdieu, plutôt que de goûts *hérités* il s'agit ici de références culturelles dites « déviantes » *choisies* qui induisent une distinction par rapport au conformisme de la norme. Il reste que ces choix affirmés comme autodéterminés le sont par des personnes qui restent soumises à la force des déterminismes de classe mis à jour dans son ouvrage : *La Distinction, critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris, 1979.

À l'époque, on était branché, il y avait des mecs qui étaient aux beaux arts, on parlait cinéma, bouquins et tout... C'était un milieu culturel... beaucoup de musique, tout ça... Bowie, Lou Reed, etc. Et puis on voulait refaire le monde, on était les meilleurs, etc. Chose que maintenant... C'est plus le même sujet maintenant, c'est plus pareil... C'est des jeunes confrontés à de gros problèmes, qu'ont rien d'autre à faire... Avant, on voulait se marginaliser... C'était un milieu, donc automatiquement après, même si tu changeais de comportement, si tu ne voulais plus avoir de rapports avec l'héro... On avait un café quasiment pour nous... Le patron était sympa, il avait dû passer sa jeunesse à fumer des pétards et tout ça... donc au début, c'était beaucoup des rencontres "pétards", mais après y'a eu la dope... Mais c'était vers 75, période babacool, tous branchés soit baba, soit looké maquillé genre Bowie tout ça » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Le sentiment d'appartenir à une subculture, à un courant jeune et en rupture, est vécu comme extrêmement exaltant. Tous se (re)présentent comme des acteurs de ce que l'on annonçait à l'époque comme une révolution globale du monde occidental capitaliste, dépassant largement le simple cadre de la contestation hippie. Ces codes d'identification à des mouvements culturels, la force symbolique de ces personnages, mythifiés et cités de manière récurrente, montrent combien ces références survivent à l'évolution d'un contexte socioculturel spécifique. L'influence des stars junkies des années 1970 (Lou Reed, Nico & The Velvet Underground, David Bowie, The Rolling Stones, MC 5's, Iggy Pop & The Stooges...), a débordé depuis longtemps la seule période de leur activité. Leur image *destroy* et contestataire s'accompagnait de la revendication de la consommation d'héroïne, considérée comme partie prenante d'un mode de vie, et d'un processus de création esthétique. Cette référence agit du même coup comme un modèle de référence pour les personnes refusant les modèles institués et le système, quelle que soit la période à laquelle ils ont vécu cette rébellion. On shoote alors un peu pour faire comme Iggy (ou d'autres...) et beaucoup pour affirmer son adhésion à des valeurs et à un mode de vie alternatif, dont l'héroïne et la seringue font partie.

Le besoin de se trouver un groupe de référence, la volonté de s'affirmer jusqu'à employer des moyens radicaux et provocateurs sont des processus répandus chez les adolescents et les jeunes adultes. Néanmoins, à cette période, la puissance d'attraction de ce courant contestataire dépasse largement l'explication individualisante classique de la crise adolescente. C'est le cas de Christiane, qui a commencé à consommer pendant les années 1980, mais dans un milieu « bohème », à dominante artistique. Les références culturelles qu'elle associe à sa consommation sont celles de la décennie précédente, citant çà et là des icônes du rock et des années 1970 :

« J'ai démarré par sniffer de la colle et de l'éther vers 14 ans. Je me souviens que j'avais vu le film *Christiane F.* très jeune, et que j'avais été très marquée. Je crois que depuis cette période, j'éprouvais une fascination pour la marginalité, les tox... Je me souviens presque de m'être dit "un jour, quand je serais grande, je serais tox"... En fait, je n'ai jamais eu vraiment peur de l'injection [ndr : Elle n'a pas eu réellement de contact avec ça en milieu hospitalier, ni d'hospitalisation prolongée quand elle était jeune par exemple]. Mais par contre, j'étais plutôt fascinée et carrément attirée vers 15, 17 ans... Il y avait ce film qui m'avait marqué, et puis une attirance pour la marginalité. Par exemple, vers 17 ans, j'étais partie en vacances à Barcelone, et dans une rue, j'ai vu une junkie qui galérait pour faire son shoot. Elle m'a demandé de l'aider à faire son garrot, je lui ai fait sans problème, ça m'a pas choquée, comme la plupart des gens... Et puis mon premier grand amour était un artiste qui avait été tox. Il était photographe, très charismatique, et puis il avait gardé son matériel d'injection. Un coffret

luxueux, avec une seringue personnelle en verre, genre *Pulp Fiction*. Du coup, il y avait une idéalisation, une romantisation du shoot et de l'héro. C'était un milieu très privilégié, artistique et branché à l'époque » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Cette fascination pour la marginalité et la déviance vient trouver son expression dans un attrait encore très fort, chez de plus jeunes usagers, pour l'*underground* et le mode de vie qui y est associé. L'usage de drogues, et particulièrement l'injection, ne sont alors pas des stigmates de l'a-normalité (la normalité étant une catégorie sans signification objective, et sans intérêt pour des personnes attirées par la déviance), mais bien un label d'extra-ordinarité, une différence séduisante et trouble par rapport à une normalité banale, donc ennuyeuse et sans intérêt :

« C'est un peu lié aussi, pour Bowie, Iggy Pop, etc. je trouve que tous ces artistes-là, les Stones, Hendrix, etc. Ils ont jamais été aussi bons que quand ils se dopaient en fait... C'est mon avis... Mais ils étaient géniaux, et des mecs comme Bowie, il a perdu beaucoup de son génie maintenant qu'il est clean. Un mec comme Morisson, tout le monde est d'accord pour dire que c'était un génie, et plus défoncé que lui il n'y avait pas. J'ai toujours bien aimé, en fait, les gens hors du commun, les marginaux. Quand je vais dans une ville, ce que je veux voir, qui m'attire, c'est toujours les quartiers les plus craignos, aller à la rencontre des toxicos, des gens qu'en général on veut pas fréquenter, on veut pas voir. J'aime bien tout ce monde-là. J'aime bien ces milieux-là, avec des gens qui ont vécu, qui ont quelque chose à raconter, à dire. Tandis que quand c'est des gens qui vivent normalement, ils bossent, ils rentrent chez eux, ils feront jamais rien d'exceptionnel dans leur vie... Enfin, c'est moi qui voit ça comme ça. J'ai toujours voulu me marginaliser un peu... » (Florian, homme, 32 ans, classe pop, 7 ans d'héroïne sniffée puis injectée, consommation « d'appoint » de méthadone, en complémentarité avec l'héroïne).

3- Éléments contextuels de l'injection

Le contexte socio-historique, décrit très brièvement, n'est pas uniquement constitué de références subjectives à des modèles culturels aux contours diffus. Cette période correspond aussi à des éléments objectifs fonctionnant comme autant d'éléments du décor de l'époque. Comme l'indiquent en effet les usagers, les dimensions pratiques de l'injection ont considérablement évolué depuis les années 1970 jusqu'à présent. Apparition, disparition, détournement de produits potentiellement présents sur le marché ; évolution des produits disponibles et de leur prix ; modification des conditions d'accès au matériel... Autant de paramètres dont les modifications successives ont eu un impact déterminant sur la réalité des contextes.

Shooter malgré les difficultés (interdiction seringues, pénurie d'héroïne...)

Parmi les évolutions survenues depuis, la modification du statut légal de l'accès au matériel d'injection⁴¹ est certainement la plus marquante. Il faudra par exemple attendre la deuxième moitié des années 1980 pour que les seringues soient en vente libre dans les pharmacies. La situation était donc particulière pour un usager intraveineux durant les années 1960 et 1970. Pour ceux qui ne disposaient pas d'une seringue « personnelle » en verre, et donc réutilisable,

⁴¹ Voir chronologie dans la partie « Nouveaux risques ».

il fallait trouver des stratagèmes pour accéder au matériel d'injection. Les usagers se souviennent des ruses employées pour obtenir les précieuses seringues. Celles-ci étaient d'ailleurs le plus souvent mal adaptées à l'injection intraveineuse, parce que destinées aux vaccins. De plus, les pratiques de partage des seringues n'avaient pas la même ampleur ni surtout le même statut qu'aujourd'hui. Longtemps avant la reconnaissance de « nouveaux risques », les rares seringues disponibles étaient rentabilisées au maximum afin d'éviter de devoir trop souvent aller rechercher des neuves (opération risquée dans un contexte d'interdiction). Chacun semble avoir eu sa petite recette. Pour François, l'opération n'était pas trop difficile, dans la mesure où il pouvait jouer de son physique « clean » inspirant la confiance des pharmaciens qui ne le percevaient pas comme toxicomane :

« C'était galère à l'époque d'avoir des seringues... On achetait un Ribomunil injectable... c'était un médicament je ne sais plus pourquoi... mais toujours est-il que dans le kit qui était sans ordonnance, dans le kit qu'on te donnait, y avait une seringue... voilà... et donc tu vidais la seringue... Et puis voilà... ça s'est fait... tu vois t'allais à la pharmacie, tu demandais un Ribomunil injectable, on te le donnait. Ou bien t'avais une autre solution pour une seringue : tu disais, bon après, après pour les seringues, y avait des trucs qui se disaient tout le temps avec... J'allais voir un pharmacien et je lui disais [qu'il faisait du modélisme, et qu'il utilisait les seringues comme goutte à goutte, ndr]... ça marchait à tous les coups... Et le mec y donnait la seringue... La seringue n'était pas en vente libre. C'était ça le problème à l'époque. Il y avait les vaccins aussi, mais... Le problème des vaccins... les vaccins, c'est en intramusculaire, alors tu t'injectes une aiguille qui fait trois centimètres de long, et ultralarge. Quand t'es jeune, à la limite, tu sais le faire avec une intramusculaire mais je peux te dire que 1- ça fait mal, et 2- que tu te fais un sacré trou... » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

En revanche, l'approvisionnement en héroïne ne lui posait pas de problèmes en raison de ses moyens financiers importants et de son inscription dans les « bons » réseaux. Pour Pascal, par contre, l'accès difficile au matériel d'injection s'ajoutait à la nécessité de trouver des moyens pour pallier le manque d'héroïne :

« Dans chaque école il y avait un vieux médecin en retraite à qui on pouvait piquer des ordonnances. Au début, je ne faisais pas régulièrement, c'était de temps en temps, pour passer une soirée avec des copains. Et dès la première fois c'était la piqûre, c'était la seule façon connue, et donc on ne cherchait pas à connaître autre chose. En plus c'était pas de la poudre, c'était les ampoules et personne ne faisait en sniff, on ne connaissait pas ça du tout. C'est seulement trois ans plus tard qu'il y a eu la marijuana sur le marché. C'était un petit milieu au début, mais je connaissais tout ça, ces gens-là, on se fréquentait, et en quatre heures on faisait de l'héroïne liquide, sans cristallisation. Mais il fallait toujours l'avoir fraîche, parce que ça tient à peu près quatre jours, après c'est foutu, il faut recommencer la préparation » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Le détournement de produits pharmaceutiques, le vol de matériel médical, la fabrication artisanale... étaient autant de stratégies de résolution des problèmes qui pouvaient se poser. L'irrégularité des approvisionnements a été également souvent mentionnée. Les arrivées en dents de scie donnaient lieu à des périodes de pénurie auxquelles il fallait bien faire face, sans pour autant disposer alors des produits apparus depuis comme la méthadone ou le Subutex®.

« À la dure » : la gestion du manque avant la substitution

La mise sur le marché relativement récente de nouveaux moyens de substitution pourrait faire oublier la manière dont les usagers subissaient des périodes contraintes de manque. Une connaissance profane de la pharmacopée disponible permettait à certains de gérer ces épisodes en détournant des médicaments de leur usage premier, principalement des dérivés morphiniques⁴². Néanmoins, la difficulté à se procurer ces produits, et les situations de pénurie répétées les amenaient parfois à devoir prendre leur mal en patience, et à supporter le manque et la douleur sans aucune aide. Il en était de même pour ceux qui souhaitaient arrêter, et pour lesquels la seule alternative était de décrocher « à la dure » ou à l'aide de médicaments réputés peu efficaces :

« Je prenais du Néocodion® pour décrocher, des trucs comme ça, tu vois. À l'époque y avait pas tout ce qui y a maintenant donc on décrochait à la dure... On se tapait trois jours de décroche, mais en manque total, quoi, pas un manque qu'on a maintenant : maintenant le manque n'est pas aussi fort, parce que la came est moins forte. Par rapport à la came... et on décrochait à la dure à l'époque : on prenait rien, tu passais trois nuits blanches... » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans Héroïne + Cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Comme François le souligne, la qualité des produits n'était pas la même, du moins dans le souvenir que les usagers en ont à présent. De manière plus générale, on a le sentiment, au travers des récits, que le contexte socio-historique de l'injection dans les années 1970 était une époque privilégiée, perçue comme idyllique. Tous évoquent ce temps « béni » où les rapports entre usagers leur semblaient moins tendus et où l'héroïne était plus pure et de meilleure qualité.

4- « C'était mieux avant » : une période d'insouciance révolue

Même si le souvenir a certainement été embelli, cette période est celle de la coïncidence entre une maîtrise personnelle de l'usage des produits (dans un cadre festif pendant un temps, la « lune de miel ») et un contexte socio-historique « privilégié » où l'injection n'avait pas le même statut social. Cette pratique était alors mieux intégrée, voire valorisée, dans les milieux *underground* qu'elle ne l'est aujourd'hui. De l'avis des usagers, et même si cela comportait des difficultés, consommer l'héroïne sur le mode injectable n'était pas aussi risqué que durant les périodes suivantes que ce soit sur le plan social, sanitaire ou répressif.

Qualité et accès aux produits

Ces mêmes personnes décrivent l'approvisionnement en produits comme plus facile et plus sûr. L'accès n'aurait pas été durant cette période totalement subordonné aux grands réseaux de trafics criminels. Les circuits étaient plutôt centrés sur l'usage-revente : un milieu de « gourmets éclairés » soucieux de la qualité de leurs produits plutôt que du profit, et qui donnait la possibilité d'accéder sans trop de dangers à des produits d'une qualité qualifiée d'« exceptionnelle ». Le parcours de François est indicateur des changements survenus : la blanche (marseillaise) se trouvait plutôt dans les années 1970. Ensuite c'est la marron (brown sugar) qui fait son apparition, au début années 1980 qu'on doit diluer à l'acide citrique et

⁴² Il s'agit de la longue liste des médicaments connus des usagers pour leurs propriétés « intéressantes », dont le plus souvent cité est le Néocodion®.

chauffer pour injecter. Puis la rose (héroïne base, pakistanaise ou iranienne), qu'il faut aussi diluer et chauffer :

« C'était de la blanche... et la blanche c'est propre : quand tu shootes la blanche, tu chauffes pas. La blanche, tu la mets dans la cuillère, tu vois. Dans la cuillère tu mets de l'eau, tu remues, Ça se dissout. Ça se dissout tout de suite. T'as pas le citron, tu sais... t'as pas le briquet, tu vois, Ça ne bout pas... Tu vois, c'est pas crade, t'as pas de noir sur les doigts, etc. tu sais. C'est propre. Tu mets ta cuillère, tu mets ta came dedans, tu mets de l'eau, tu remue, tu mets un coton, tu tires, c'est transparent hein dans ta pompe. Et l'effet, il est... [ndr : long temps suspendu dans un silence lourd d'extase rétrospective] Et là, à l'époque, j'étais en plein dedans, j'avais... je me shootais à fond, mais je disais : "un jour faudrait que t'arrêtes de shooter", mais c'était trop bon... »

Un peu plus tard :

« Donc là j'allais chercher de la "rose", ça n'existe plus d'ailleurs. La "rose" c'est fini, la chinoise... j'ai tout connu au niveau de la came... même le palfium, je connais même le palfium... Burroughs, Le Festin Nu, etc. pffiuwww... bon, et ben voilà, donc... euh... donc le palfium je me le shootais aussi...Je faisais les...je faisais les toubibs. C'est-à-dire que je leur disais que je décrochais, ils me prescrivait du palfium, mais à avaler normalement, on l'écrasait et tu te le shootais, ça te faisait un flash !... puissant, très très puissant... [...] Beaucoup plus court... l'effet est beaucoup plus court [que l'héroïne, ndr] mais beaucoup plus violent. Mais en fait, le shoot est la recherche du flash, donc... euh... mais maintenant pour avoir un flash avec de l'héro de maintenant, tu peux t'accrocher » (François⁴³, 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

La « marron » est plutôt destinée à être fumée, ce qui dénote encore que le contexte d'engagement ne correspond pas aux évolutions des marchés, mais davantage au contexte dominé par la tradition locale et aux pratiques dominantes aux sein des réseaux de sociabilité fréquentés par chacun.

La baisse progressive de la qualité des produits consommés est un élément récurrent dans le discours des usagers de drogues. Cette dimension n'est d'ailleurs pas propre aux usages de produits psychoactifs par voie intraveineuse, mais traverse les milieux et les types de produits consommés⁴⁴. Il est difficile de déterminer s'il s'agit de jugements subjectifs dus à l'effet de tolérance développé au fil de la consommation, à la transformation de leurs réseaux d'accès aux produits, ou à une modification de la composition des produits disponibles. À ce propos, un usager soulignait qu'avec le Subutex®, il était certain du produit et du dosage, puisque seuls les produits psychoactifs dont la distribution est contrôlée peuvent faire l'objet d'un examen rigoureux des dosages. Il en est tout autrement, bien sûr, des produits illicites qui circulent par des voies excluant tout contrôle. Le développement massif des trafics de drogues

⁴³ Bien qu'ayant commencé à injecter au début des années 1980, François – comme d'autres usagers inscrits dans les mouvances musicales de cette période – se considère comme héritier de la période 1970. En ce sens, son témoignage peut être considéré comme pertinent du modèle de référence qu'elle a inspiré.

⁴⁴ Le même sujet est souvent abordé par des usagers de LSD qui déplorent la diminution des dosages et la baisse de qualité des effets des acides depuis les années 1970 à nos jours. Il en est de même pour les usagers d'ecstasy qui ont connu l'apparition des pilules fin 1980/début 1990, et pour qui la massification de l'usage a entraîné le développement de trafic crapuleux autour de la substance, occasionnant du même coup une dégradation de la qualité des ecstasys disponibles sur le marché.

durant les trente dernières années⁴⁵ a profondément transformé la nature de ces marchés, et de leurs acteurs. Les objectifs de rentabilité et de profit maximal des organisations criminelles et des petits trafiquants, la multiplication des échelons intermédiaires et les pratiques de coupe qui y sont liées, ont peu à peu entraîné une dégradation de la qualité des produits.

Des « lunes de miel » pendant l'âge d'or

Parallèlement aux dégradations survenues dans le domaine de la qualité des produits et de leur disponibilité, les usagers rencontrés ont souvent fait état de la détérioration de « l'ambiance » autour de l'usage d'héroïne par voie intraveineuse. Tous regrettent le temps où ces pratiques s'inscrivaient dans un cadre récréatif, et concernaient, disent-ils, des personnes en quête de plaisirs sublimes défendus. Ils y opposent fréquemment, en symétrie, les figures récentes des usages dits de « défonce » dans des zones urbaines reléguées et des milieux sociaux défavorisés, telles qu'elles sont apparues au début des années 1980, avec le phénomène de dégradation des contextes de l'injection qui s'est encore amplifié durant les années 1990.

« À l'époque, c'était un milieu très fermé, pas comme maintenant où il y a beaucoup de connaissances dans le réseau. C'était très fermé, on se connaissait tous. ... Y avait une parole, on se faisait parfois arnaquer, Ça arrivait, mais très rare... C'était, c'était pas la même ambiance, quoi. Les gens se shootaient pas par désespoir, en fait, je-te-jure. Ils shootaient parce qu'ils aimaient ça, les gens étaient heureux de vivre. On shootait, on était content, on rigolait, on sortait en boîte, on se posait pas de question...on se shootait pas parce que... on n'était pas là, "no future"... euh... on prenait pas, on prenait pas de médicaments, les benzos on connaissait pas, c'était pas notre truc. L'oubli, tout ça... c'était pas ça, on avait la pêche. C'était... on sortait en boîte... donc on se prenait des rails héro et puis on sortait en boîte... euh... on s'éclatait... on... c'était festif !... Attention, moi j'insiste là-dessus, moi, la came... je l'ai longtemps associé à du plaisir, moi j'ai pris de la came par... euh... par souci de rock&roll, c'était rock&roll, c'étaient... les Rolling Stones, c'était Jimmy Hendrix... [...] Et on se retrouvait, c'était la défonce, quoi... c'était l'ivresse... certainement l'oubli, mais il y avait une espèce de..., on se posait pas de questions, c'était... c'était pour le fun, quoi. [...] Mais si tu veux, si je te parle de la prise de produit pur, moi je fais partie de cette génération, qui a pris de l'héro... euh..., pas parce que on était malheureux dans des HLM, parce que c'était la merde, parce que y avait pas d'avenir, au contraire, on avait des avensirs, on avait tous de l'avenir, on avait tous derrière nous ou autour de nous des... de l'éducation qu'on nous donnait. On a pris de héro par... euh..., je te dis, par... euh... comme d'autres auraient pris de la bière, d'autres auraient fait, je sais pas, c'était du fun. C'était du fun... tout simplement, et ça, ça a duré 2 ans » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

En opposition à la représentation idéalisée des usages de produits durant les années 1970, on trouve souvent une caricature schématique et simpliste des usages de produits pendant les années 1980. À la période des années 1970 aurait succédé une dérive sordide durant les années 1980. Les usages injectés de produits, jusque là réservés à des élites intellectuelles, culturelles ou sociales auraient progressivement touché les classes populaires des quartiers d'habitat social, un mouvement identifié dès lors un fléau social. Si l'opposition de ces deux contextes socio-historiques est trop manichéenne pour en être un reflet exact, il est vrai que

⁴⁵ Cf. données OCTRIS, rapports successifs de l'OGD.

l'on retrouve dans tous les récits cette sensation d'un « changement de tableau » en entrant dans les années 1980. De plus, les formes d'usages de produits psychoactifs se sont considérablement modifiées, tout en se diffusant massivement dans des milieux jusque-là encore peu concernés par ces pratiques.

B - « Démocratisation... », « Les années 1980 » (1975/1985)

Après l'exotisme des années 1970, la démocratisation de l'usage d'héroïne et du shoot serait venue modifier le contexte et les manifestations de ce phénomène. Les récits recueillis auprès des usagers ayant amorcé leur consommation durant les années 1980 montrent très nettement cette modification du contexte socio-historique de l'injection se déroulant dans un environnement géographique et social différent.

1- « Quartier sensibles » et développement des réseaux de trafic

Première caractéristique frappante, l'apparition massive de l'héroïne dans les quartiers périphériques défavorisés, habités majoritairement par des personnes issues des classes populaires. Jusque-là, la figure classique de l'usage d'héroïne était associée à des milieux relativement privilégiés, qualifiés de « petit bourgeois ». Progressivement, un déplacement va s'opérer dans les représentations communément admises de l'héroïnomanie injecteur. Le développement massif et rapide de l'usage intraveineux d'héroïne dans ces quartiers relève de la conjonction⁴⁶ de plusieurs « facteurs » parmi lesquels la disponibilité du produit. Le développement des usages a d'abord été rendu possible, pratiquement s'entend, par un accès bien plus facile à ce produit pour les habitants de ces quartiers, et particulièrement les jeunes⁴⁷. La disponibilité de produits, avec la possibilité de s'approvisionner régulièrement dans les quartiers est relatée comme brusque et subite, comme si les produits y étaient arrivés « du jour au lendemain ». C'est dans ce contexte que Zinedine amorce sa consommation.. Il a un frère injecteur, et la présence de matériel d'injection et de drogues dans son foyer devient peu à peu habituelle :

« La première fois, je m'en souviens à peu près... Dans la mesure où du jour au lendemain mon quartier était inondé de came... Ben, tout le monde en avait quoi... on fumait déjà du shit. J'ai voulu essayer la came, dès que j'ai pu en avoir, j'en ai pris, et depuis... j'en prends depuis. Au début je la sniffais... Ça s'est passé qu'en fait avant, y'avait pas de came, y'avait que du shit, je connaissais que le shit, et quand j'ai su qu'il y avait de l'héroïne... parce que il y avait des copains à moi qu'en prenaient... C'est du jour au lendemain que l'héroïne est arrivée dans les quartiers. On l'a même pas vu arriver... Je me suis pas posé plus de questions que ça... C'est difficile de t'expliquer maintenant... Le produit était à disposition, moi j'aimais bien essayer, alors j'ai essayé quoi... pour goûter, par curiosité, je sais pas... Mais bon, faut pas chercher non plus un facteur déclencheur, il n'y en a pas, ça s'est fait comme ça, voilà. Très sincèrement, je pense pas qu'y en ai. Je sais pas si y'a une raison quand tu bois ton premier verre d'alcool par exemple... Mais... j'aimerais que tu me donnes ton explication si t'en as une ! Après le teush, j'ai essayé l'héro en sniff... J'ai commencé par la sniffer pendant

⁴⁶ Bouhnik. P. "Systèmes de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé". In Communication n° 62, 1996.

⁴⁷ Moins de 30 ans à l'époque.

pas très longtemps, et après je l'ai shootée. Pas longtemps après. C'était de façon très épisodique. J'en prenais pas souvent. J'avais pas beaucoup d'argent à cette époque. J'en prenais, et puis j'arrivais à en avoir plus facilement ensuite. En fait assez rapidement, dès que j'ai su comment on pouvait acheter, et j'ai commencé à acheter » (Zinedine, 31 ans, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Le produit « à portée de la main »

La possibilité d'obtenir de l'héroïne facilement n'est pas l'apanage des années 1980, la diffusion massive des produits dans les quartiers d'habitat populaire et le développement des réseaux de trafic se sont poursuivis par la suite⁴⁸. Il est devenu habituel, pour les usagers issus de ces milieux, d'évoluer dans l'environnement de ces pratiques, avec parfois l'exemple d'un membre de la famille engagé dans le trafic d'héroïne. Pour ceux-là, l'expérimentation du produit et l'injection sont survenus après tout un temps de voisinage avec l'héroïne :

« C'est-à-dire qu'y a eu une époque où je trouvais beaucoup de came chez moi... je trouvais des sachets donc j'en prenais plus souvent... c'était à mon frère... je lui en prenais un petit peu à chaque fois. Et à force d'en trouver, petit à petit, j'en ai pris de plus en plus... et après, ben, j'en prenais, j'allais en acheter » (Zinedine, 31 ans, classe pop, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Pour ces usagers, la facilité avec laquelle il était possible de se procurer le produit a joué un rôle. Ainsi, l'accès au produit et son coût ne se posent plus comme un obstacle et l'engagement, dans un contexte de prohibition, s'en trouve facilité. Les jeunes de ces quartiers ne vont pas tous, bien sûr, s'engager dans l'expérimentation comme l'ont fait Zinedine ou Joao, il est rare, en revanche, de trouver des personnes qui n'auraient pas été du tout en contact avec le produit, que ce soit par le biais des trafics, ou de l'usage d'un frère, d'un ami, d'un proche, d'un voisin, etc. L'héroïne est devenue progressivement partie intégrante de l'univers de certains quartiers. La présence du trafic et la banalisation qui en résulte font de la vente d'héroïne une opportunité d'inscription et de reconnaissance sociale forte, en même temps qu'elle représente une source de revenus :

« Dans le quartier, l'époque ça a commencé en... euh... les personnes que je connais... Les premiers à commencer à s'injecter, ça a commencé dans les années 1980. À l'époque, les seringues commençaient à être en vente libre, mais bon... ça était une galère quand même, parce que toutes les pharmacies le faisaient pas... Pour moi, ça a été vite mais bon... Il y a peut-être eu deux ans d'intervalle, et après sur le quartier, ça a commencé vraiment à dealer comme y faut... Tu te croyais vraiment à Rotterdam quoi... Les files de voiture, l'argent rapide... Tu te dis pourquoi pas moi quoi... Le gars il te file... euh... je ne sais pas 10 g et puis tu dois lui ramener tant... » (Joao, classe pop, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

⁴⁸ Cf. P. Bouhnik, M. Joubert, « Économie des pratiques toxicomaniaques et lien social, *Dépendances*, n° 3, Vol. 4, 1992 et D. Duprez, M. Kokoreff, *Les mondes de la drogue*, éditions Odile Jacob, 2000.

2- Omniprésence et banalisation des usages dans l'entourage

Pour Joao, comme pour d'autres usagers, l'engagement dans la consommation d'héroïne va le lier au trafic. La participation aux petits trafics s'accompagne souvent d'une inscription dans les réseaux d'usagers, propice au démarrage d'une consommation, soit d'abord par le sniff, soit directement par injection. Kamel a évolué dans un quartier où la présence d'héroïne était importante et où la pratique d'injection était dominante. Son frère était un dealer bien introduit dans le « milieu » qui traitait de grosses quantités d'héroïne depuis les années 1970. Il se rappelle avoir toujours vu son grand frère préparer les « képas » à la maison, et lui a souvent donné un coup de main, dans la préparation, comme vendeur ou rabatteur. Kamel apprend très vite et détourne un peu de came pour faire son propre business. Ses relations, tout son entourage étaient impliqués dans le trafic ou engagés dans l'usage. C'est cette omniprésence de la came et de la consommation sur certaines zones urbaines qu'il faut saisir comme un élément essentiel de cette démocratisation. Il permet de comprendre la différence d'appréhension de l'injection par des personnes qui ont grandi dans un contexte où cette pratique n'avait pas la connotation négative et infamante qu'elle a prise par la suite. L'engagement de Kamel, par exemple, s'est effectué à un moment transitoire entre les deux périodes exposées. Ainsi peut-on mieux comprendre la coïncidence dans le temps des deux aspects caractéristiques de chacune d'entre elles : massification des usages, disponibilités des produits (démocratisation des années 1980) et image positive de l'injection comme une pratique socialement distinctive (exotisme des années 1970) :

« Mon grand frère était là-dedans, il venait chez moi (chez ses parents) avec ses copains, ils montaient dans sa chambre, et ils faisaient leur truc. Ils vendaient beaucoup, ils préparaient leurs paquets à la maison, ils mettaient la poudre dans un mixer, c'était des gros cailloux qui servaient à faire la poudre, et moi j'ai commencé à gratter le mixer où ils râpaient leur truc, je récupérais les restes et j'allais les revendre. Un jour, j'allais chez un couple à qui je vendais, eux m'ont dit que je devrais essayer. J'ai essayé direct avec la seringue, et en 82 j'ai appris que j'étais séro... C'était une époque où on voulait tous être des junkies, c'était des junkies les mecs à qui je vendais, c'était les Kickers, les foulards, les grosses vestes. Je les connaissais depuis longtemps, je les voyais bien, ils avaient l'air cool et tout. Et moi ça me faisait envie d'essayer, j'avais déjà plein de copains qui faisaient, mes frères » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

C'est plus tard, avec en particulier les ravages causés par le Sida, les hépatites, les surdoses et les décès en nombre, que l'image de l'injection et des usagers sera radicalement transformée.

3- La forme microlocale d'un contexte socio-historique : l'intrication étroite des sociabilités, des usages et des trafics dans les quartiers

La démocratisation de l'injection d'héroïne dans les quartiers s'est donc appuyée sur un certain nombre de paramètres « favorisants ». Les deux phénomènes conjugués d'augmentation de la disponibilité des produits et du développement des usages ont permis l'installation de l'injection et du trafic comme des éléments constitutifs de la réalité de ces quartiers. Ce phénomène permet de comprendre la dimension opérationnelle d'un contexte socio-historique dans lequel une partie de la population appartenant à une même génération et partageant un environnement restreint et homogène, a pu expérimenter et s'engager dans les pratiques d'injection et de deal. Même si cela n'occulte pas la possibilité d'autodétermination des individus à tout moment, le fait de s'engager dans ces pratiques supposait qu'un certain

nombre de conditions soient réunies. Et le contexte socio-historique de l'héroïne dans les quartiers défavorisés rassemblait une partie de ces conditions de possibilités.

Facilité d'accès au trafic, disponibilité des produits et sociabilités

La conjonction de ces trois « paramètres » (proximité des trafics, disponibilité des produits, banalisation et intégration dans les relations de sociabilité) éclaire les parcours de personnes engagées dans cette période. Ces trois dimensions s'alimentent mutuellement au fur et à mesure que la personne s'engage par un biais ou un autre. Il ne s'agit pas d'un basculement, qui ne correspond à aucun moment clef où la personne aurait passé le pas, mais plutôt d'une inscription conjointe du trafic et de l'usage intraveineux de produits psychoactifs dans ces parcours :

« C'est un ami qui m'a proposé de faire avec lui, il achetait, et après on revendait, moi j'en revendais pour lui, et je gardais mon bénéfice. Dans ce quartier chez ma sœur, quand je suis arrivé, je me suis mis vite avec des gars qui faisaient ça. Je ne connaissais pas, mais il y en avait plein qui faisaient, c'était facile de se mettre là-dedans, ça s'est fait tout seul, j'ai pas l'impression d'avoir galéré quand je suis arrivé à Marseille. C'était en 85 que j'ai commencé à vendre, et j'ai calé la même année, en 85. Je n'avais pas de problème pour le produit, et cet ami prenait déjà lui aussi. J'avais des connaissances (des collègues) dans ce milieu, et quand tu as ça, ça va vite après » (Thomas, classe pop, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Cet engagement progressif ne résulte pas d'un « choix de carrière ». En faisant partie intégrante du quotidien d'un quartier, le trafic et/ou l'usage participent à la construction d'une appartenance, parmi tous les éléments constitutifs d'un environnement commun. La participation à des activités liées à la « came » devient alors une possibilité pour celui (ou celle) qui s'engage dans les réseaux d'échanges économiques et relationnels locaux.

4- Valorisation et intégration aux réseaux d'échange

À l'inverse, ne pas participer à ces activités signifierait, dans ce contexte, se distinguer négativement de ceux qui y sont impliqués. Rester en dehors de ce qui constitue leur quotidien reviendrait donc à se placer en dehors des réseaux de sociabilité. Les usagers envisagent bien souvent leur engagement de manière tranchée, sans demi-mesure : pas d'inscription partielle mais une appartenance entière et totale, on est dedans ou dehors. De fait, participer aux trafics ou se shooter devient un puissant vecteur de valorisation, mais aussi et surtout d'intégration aux sociabilités de quartier :

[Je dealais, ndr] « autrement je n'aurais pas autant tapé. J'avais vendu un peu de hasch avant, au lycée. Après, vers 20 ans, je me suis mis à vendre un petit peu d'héroïne... En fait un petit peu comme tout le monde, j'ai suivi le troupeau comme un âne...au départ, dans le quartier, on trouvait ça un peu valorisant d'en prendre, d'en dealer... un peu comme de descendre une bouteille de whisky au café... J'étais encore jeune, pas encore adulte...conscient. Il y avait beaucoup de frime, plus que l'intérêt réel » (Zinedine, 31 ans, classe pop, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

En dehors d'alternatives crédibles et accessibles sur le plan de l'inscription sociale et économique de ces jeunes, les activités présentes sur certains quartiers populaires des grandes villes peuvent représenter une opportunité, voire la seule possibilité de valorisation et de

reconnaissance. Il devient alors important d'y être bien intégré. Dans ces circonstances, ce qui n'apparaissait que la tendance d'un effet induit par le contexte devient une contrainte forte qu'ils considèrent parfois avoir subie.

Pression de l'entourage et de l'environnement

Les interdépendances économiques et relationnelles lient les personnes au milieu et deviennent des attaches d'environnement aussi puissantes que la dépendance au produit. Le fait qu'elles fassent alors « système » dans l'expérience des usagers (système de vie) constitue une caractéristique de cette époque, que l'on ne retrouve pas forcément dans d'autres mondes sociaux ni dans les époques antérieures. Elles sont devenues des formes de « captivité » qui attachent les personnes à leur territoire de pratiques. Pour renvoyer à cette période et à ces interdépendances, Thomas et Kamel disent toujours « nous » et rarement « je ». Cela est révélateur d'une dynamique d'engagement collectif plutôt qu'individuelle et aussi de leurs difficultés à sortir du système. Pour couper le fil, il faut rompre avec toutes ces attaches, donc réaménager tout le système. La prison, par exemple, ne permet pas cette rupture. À la sortie, et en l'absence d'alternatives, ils sont en situation de réouvrir immédiatement leurs réseaux de relations pour reprendre une place dans le système :

« En sortant, je suis resté une semaine tranquille, et après, je voyais les copains faire, j'ai recommencé aussi. Même après un sevrage en prison, dès que tu sors ça recommence, tu retrouves tout en sortant, les copains, la came, c'est tout pareil dehors. J'étais trop entouré de junkies, je connaissais tout le monde, je connaissais les dealers qui dealaient de 10 h à 22 h. Et même après 22 h on ne s'arrêtait pas, on allait les réveiller dès qu'on trouvait 100 F. À chaque fois en sortant j'ai fait pareil. Tu sors, tu reviens au quartier, tu as la haine, tu te remets dedans tout de suite » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Il devient très difficile de se séparer du milieu, du mode de vie et des pratiques qui y sont associées. Le quartier fonctionne alors comme un aimant dont on ne peut se détacher partiellement, et qu'il faut quitter définitivement pour en finir, sans autre alternative.

Cette dimension supplémentaire des années 1980 indique aussi qu'on ne peut probablement plus penser à cette période la sortie de toxicomanie comme la sortie de l'emprise d'un produit. Pour ces personnes, il s'agira surtout de sortir de l'emprise d'un style de vie où l'ensemble des dimensions font système⁴⁹ dans le sens où toutes les bases de la vie matérielle, sociale, économique et affective deviennent inter-dépendantes

C – Risques supplémentaires et infections - Les années Sida (1980-1990)

Les années 1980-1990, contrairement aux années précédentes, ont introduit, en plus des risques inhérents à la consommation de produits psychoactifs (OD, infections, abcès...) la possibilité de contamination et de mort par le virus du Sida. Cette problématique va entrer en « collusion » avec des contextes socio-historiques dominés par la tradition d'injection, et l'absence d'alternatives connues, reconnues ou adoptées par les consommateurs. Au début des

⁴⁹ P. Bouhnik, *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, Thèse de doctorat de sociologie, décembre 1994. R. Castel, A. Ogien, et al, *Les sorties de la toxicomanie*, GRASS, 1992.

années 1990, les extrapolations effectuées auprès des personnes qui consomment ou qui ont consommé de l'héroïne par voie injectable donnent des proportions qui vont de 30 à 43 % d'usagers contaminés⁵⁰. Ces derniers constituent une population à haut risque, en particulier dans la région parisienne et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui sont parmi les plus touchées en France. Des projections à court terme montraient un développement exponentiel des contaminations pour ce public depuis le milieu des années 1980⁵¹. La situation créée par l'épidémie a donc contribué à placer ce mode d'administration sous le regard des pouvoirs publics et au cœur des débats sur la réduction des risques⁵². Un risque majeur à l'égard duquel les pouvoirs publics ne se sont toutefois guère mobilisés concrètement ou seulement très tardivement : retard pour la vente libre des seringues, résistance des pharmaciens⁵³, absence d'information ciblée en direction des usagers-injecteurs, poursuite d'une politique répressive sans concession : l'interdit de consommation persiste, ce qui relativise et perturbe grandement pendant de nombreuses années encore l'accès au matériel stérile⁵⁴... Cette chronologie partielle rend compte des modifications du statut légal du matériel d'injection et des modalités de sa distribution :

1987	mai, Décret conditions d'accès au matériel d'injection stérile/juillet, Décret mise en vente libre des seringues en pharmacie (expérimental)
1989	Dispositions incitatives de la MILT (aux municipalités) et de la DGS (aux DDASS) autour des dispositifs de distribution et de collecte des seringues
1989	août, Décret 89-560 du 11/08, pérennisation de la délivrance de seringues en pharmacies
1990/1993	Ouverture de dispositifs mobiles (MDM) et des premiers « bas seuils »
1992	avril, création d'ASUD

⁵⁰ F. Facy, *Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec échange de seringues*, DGS, 1992.

⁵¹ A. Laporte J. Pillonel J.-B. Brunet « Les tendances de l'épidémie en France », *Revue française des Affaires sociales*, numéro hors série, octobre 1990. Voir aussi : F. Lert, « Épidémiologie de l'infection VIH parmi les toxicomanes », in *Transcriptase*, numéro spécial toxicomanie et Sida, novembre 1993.

⁵² A. Coppel, « Les intervenants en toxicomanie, le Sida et la réduction des risques en France », *Communications*, 62, 1996.

⁵³ Cf. F.-R. et S. Ingold, « Les effets de la libéralisation de la vente des seringues, données ethnographiques », *Rétrovirus*, T. II, n° 3, mars 1989 et N. Boullenger, M. Weinberger, *Évaluation de la vente libre des seringues aux toxicomanes dans les officines de Seine-Saint-Denis. Approche qualitative*, ANRS-GRASS-ARCADES, octobre 1992.

⁵⁴ Surveillance des points de distribution, fouilles avec présomption d'usage, confiscation... Autant de contradictions dans une politique publique dont un des axes reste éminemment dissuasif et limite l'application de l'autre.

1993	juin, Premier distributeur de seringues/septembre, Rapport du Conseil national du Sida « Toxicomanie et Sida » qui préconise le développement de la politique de RDR en France
1994	septembre, généralisation à tout le territoire des Stéribox®
1995	mars, Autorisation de distribution des seringues par des associations
	avril, Circulaire relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et l'accessibilité du matériel d'injection stérile.
	Lettre DGS-DIV-SIDA prévention du Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et récupération de seringues usagées

Malgré cet accent mis sur les risques inhérents à l'injection et les actions engagées pour protéger les usagers et faciliter la transition vers d'autres voies d'administration, les données et les recherches relatives à ce mode d'administration soulignent la persistance du caractère dominant de cette voie⁵⁵ chez les usagers. Nous avons montré, il y a quelques années, combien la probabilité d'une contamination par le virus du Sida est devenue, au fil de ces années-là, une composante à part entière d'un mode de vie où l'ensemble des risques (sociaux, répressifs, sanitaires) interagissent⁵⁶. La plupart des usagers-injecteurs vont vivre dès lors dans un système qui va intégrer cette donnée comme inhérente à leur condition, compte tenu des contraintes multiples dans lesquelles ils se trouvent pris. Une des modalités de cette intégration consiste à considérer qu'à partir du moment où les conditions d'une bonne protection ne sont pas réunies (surveillance intense, ruptures dans l'accès au matériel certains jours, pression du manque, partage à la confiance dans l'autre, etc.), le risque de contamination participe de leur système de vie⁵⁷ avec les drogues. La mise en place de politiques plus adaptées ne présume pas automatiquement de la transformation de leurs pratiques, même en période de diffusion d'une information plus conséquente et lisible sur les risques. Sur le plan de l'évolution de la conjoncture historique, qui doit nous permettre de comprendre la manière dont des personnes ont été et sont encore très exposées à la contamination par le virus du Sida et celui de l'hépatite C, plusieurs étapes peuvent être retracées⁵⁸ parce qu'elles montrent le décalage entre l'entrée de cette problématique dans le débat public, la diffusion d'information, la sensibilisation des personnes exposées, la prise de

⁵⁵ F.-R. Ingold, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP 1996. Les chiffres, même si ce type de recueil ne peut être exhaustif, indiquent 83 % d'injecteurs à Paris, 66 % à Lille, 97 % à Marseille.

⁵⁶ P. Bouhnik, S. Touzé, *Héroïne, Sida, prison - Trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*, RESSCOM, ANRS, 1995. En particulier chapitre V : « gérer les risques Sida et vivre avec la maladie ».

⁵⁷ Bouhnik (P). Op. cit.

⁵⁸ Nous n'exposerons ici que les grandes tendances. Le but de cette partie étant seulement de dessiner le cadre contextuel qui vient supporter les pratiques développées plus loin. Pour plus de détails sur ces processus, voir *op.cit.* Bouhnik, Touzé, 1995.

conscience, l'intégration de la maladie (pour les personnes atteintes) et la mise en pratique de mesures de protection : tout un trajet qui s'avère pour tous très complexe et semé de perturbations liées aux décalages d'impact individuel mais aussi collectif de ce contexte.

1- De l'ignorance à la découverte du virus et de la séropositivité – Les années 1980

Les personnes qui ont commencé à consommer de l'héroïne par voie intraveineuse dans les années 1960-1970 et jusqu'au milieu des années 1980 l'ont fait en totale méconnaissance des risques de contamination. Les informations n'existant pas ou n'étant guère accessibles à ces usagers, les seringues non plus, le partage correspondait à une norme d'usage totalement inscrite dans un contexte de prohibition. Une question qui ne se posait pas en terme de santé publique ne se posait pas davantage aux usagers, comme le souligne Nathan avec humour :

« C'est pas que j'échangeais, une seringue servait à plusieurs personnes, ça c'est évident ! c'était pas un échange ! Une seringue servait à plusieurs personnes, ça c'est clair, et tout le temps ! Pourquoi gaspiller du matériel qui coûtait de l'argent qui n'était pas très simple à obtenir... » (Nathan, injection en 1967, HIV-, HC+).

La plupart de ceux qui ne sont pas touchés s'estiment être des survivants qui ont eu une chance inouïe d'échapper à ce qu'ils considèrent rétrospectivement comme une fatalité inscrite dans une époque particulière d'ignorance et de non-dits :

« Et puis ce qui s'est passé aussi, c'est qu'on ne connaissait pas le problème du Sida... Ce qui fait que sur toute la bande, il ne reste plus grand monde. Moi je suis passé à côté, une chance. On est quelques-uns à être passé à côté, quelques-uns qui sont encore là... Mais... ça a fait vachement de dégâts... Des fois quand je retombe sur un vieux, enfin, quelqu'un de l'époque, des fois on discute, et on se remémore... "tu te rappelles d'untel... etc." et puis des fois y'a un nom qu'on dit, et puis t'apprends qu'il vient de mourir, et tu le savais même pas qu'il était malade. C'est incroyable, c'est une vraie hécatombe. Maintenant, ça a l'air de se stabiliser... enfin les gens sont plus au courant... Mais à l'époque, on savait pas, donc on pensait pas à ça, forcément... » (Sébastien, héroïne, 1980, VIH-, HC+).

Une génération effectivement sinistrée pour laquelle, bien que la catastrophe reste individuelle, la maladie et la mort sont intégrées et considérées comme un risque collectif. L'arrivée de l'information et plus encore sa compréhension et la sensibilisation à cette problématique se trouvent même très sensiblement décalées par rapport au rythme de connaissance/reconnaissance du virus (début 1980), et à celui, tardif, de mise en œuvre de mesures par les pouvoirs publics⁵⁹ :

« À l'époque, quand j'ai démarré il y a 15 ans, il n'y avait pas cette peur, le Sida, tout ça... autrement, je me serais pas amusé à en prendre. Il n'y avait pas de campagne d'information, rien de tout ça... Et puis le Sida, les hépatites, je savais même pas que ça existait... les hépatites, je sais même pas s'il y en avait à cette époque... s'il y en avait, on n'était pas prévenus... Et le Sida... euh... c'était très vague à l'époque. Donc, tu vois, le risque... on ne le connaissait pas, tout simplement » (Zinedine, injection en 1986, HIV-, HC-).

⁵⁹ Cf. M. Setbon, *Pouvoirs contre le Sida*, éditions du Seuil, 1993.

Certains ont pu se préserver du pire en respectant des bases d'hygiène corporelle personnelles apprises dès l'enfance et ont ainsi limité le partage des seringues. D'autres ont démarré l'injection à une période, ou sur des territoires, où le matériel injectable en verre était encore disponible. Cet objet nécessitait un nettoyage scrupuleux, limitait la nécessité de remplacement systématique et pouvait aussi réduire le partage :

« J'ai toujours eu l'habitude de ma seringue en verre, on avait l'habitude de faire bouillir pour la nettoyer, et c'était un objet personnel. Après, je n'ai jamais partagé, sauf avec mon ami, là ce n'est pas pareil. Après qu'on ait repris, en 87, on a fait les tests pour le HIV et l'hépatite. Déjà à ce moment-là, on parlait du Sida, on avait conscience de ça. Avant on n'avait pas conscience de tout, mais on savait qu'il y avait des risques pour l'hépatite B par rapport aux seringues. Moi j'ai toujours fait propre, pour les seringues, pour l'eau et tout. Et en 87, c'était juste le moment où on en parlait et où il y a eu la vente libre des seringues. On a eu seulement des problèmes tout au début, même des fois avec les pharmacies, on n'osait pas demander » (Francine, injection en 1973, VIH-, HC+).

Des dispositions qui ont facilité l'intégration des consignes de prévention dès l'ajustement de la législation mais dont la mise en pratique sera limitée par tout un contexte de réprobation qui persiste parmi des professionnels de santé comme certains pharmaciens. Ils mettront bien des années à lever la discrimination sociale vis-à-vis des usagers-injecteurs. Cela nous indique combien l'évolution des rapports sociaux, malgré les événements, ne va pas de soi. Depuis la vente forcée par carton de cents seringues, jusqu'aux refus de vente (donc d'appliquer la loi), en passant par diverses mesures dissuasives, les politiques publiques ont elles-mêmes été diversement appliquées et par conséquent diversement intégrées par les usagers comme un droit. Introduire la recherche de matériel stérile dans le quotidien⁶⁰ restera une démarche éprouvante pendant bien des années, signifiant que les personnes sont très inégalement parvenues à prendre sur elles pour dépasser l'humiliation et préserver leur santé :

« C'est toujours resté difficile d'aller acheter les seringues en pharmacie, on appréhende toujours, malheureusement. Il y a les pharmacies où on connaît, on va là. Mais je n'ai jamais vu un discours, un contact sympathique, jamais. Une fois, à Toulouse, un pharmacien très sympa, mais sinon, ça ne m'est jamais arrivé. Je trouve... Ce n'est pas qu'ils devraient faire la morale, ça ce serait insupportable, mais je ne sais pas, même un mot gentil, même un contact, quelqu'un qui vous dit "faites attention à vous" par exemple... Jamais... » (Francine, injection en 1973, HIV-, HC+).

Les associations ne viendront que bien plus tard jouer un rôle de support dans la revendication et l'application de ces droits fondamentaux ; ASUD, MDM, AIDES furent les premières à se mobiliser au début des années 1990⁶¹. Lentement, des avancées vont contribuer à sortir ce mode d'administration de la polarité sécurité sanitaire/répression pour faire entrer les usagers dans le débat et réorienter la problématique en prenant en compte leur expérience⁶². Mais avant que ces évolutions ne fassent leur chemin, nombreux usagers ont

⁶⁰ Cet aspect est développé au chapitre II.

⁶¹ Jimmy KEMPFER. "ASUD story. Le Courrier des Addictions N° 1 Janvier 1999

⁶² L'expérience des usagers-injecteurs apparaît dès lors comme un maillon incontournable d'une politique publique de prévention et de réduction des risques : expérimentation de la prévention par les pairs, développement de structures à « bas seuil », intégration d'usagers ou d'ex-usagers en tant que « professionnels d'expérience », etc.

découvert le virus du Sida en apprenant leur propre contamination. Kamel a été testé en prison en 1982, et n'a entamé un suivi que depuis deux ans seulement, tant le « combat » pour accepter, intégrer et gérer la maladie n'a pu se dérouler que sur le long terme. Pourtant, les données scientifiques avaient fait de leur côté de grands bonds (suivi des paramètres biologiques, conditions et évolutions des mises sous traitement, accueil des patients...) :

« En 82, je suis rentré en prison, ils m'ont testé, c'est là que j'ai su que j'étais séro. Mais ils nous ont rien dit et nous on croyait qu'on n'avait rien, on ne savait pas ce que ça voulait dire séro, on allait bien, on ne se voyait pas malade. C'est beaucoup plus tard qu'on m'a expliqué, la deuxième fois que je suis rentré aux Baumettes, en 89... » (Kamel, injection en 1980, HIV+ en 82, HC+ en 1995).

L'ignorance d'abord, les incertitudes, puis la peur, enfin le déni pour conjurer le tout. Les témoignages rendent très bien compte du choc violent entre une société encore mal armée pour prendre en compte et en charge ces personnes tant sur le plan humain que sur le plan psychologique et médical, et des usagers confrontés brutalement à une situation dont ils n'ignorent plus l'issue fatale. Ils sont nombreux à blâmer l'absence de prise en considération des personnes séropositives qui les ont condamnés non seulement à mourir du Sida, mais à gérer seuls cette épreuve. Une période où on ne se souciait guère de l'impact de l'annonce d'une telle nouvelle et où la donnée biologique restait trop souvent le seul mode de communication entre soignants et personnes atteintes :

« J'ai mis une semaine à m'en remettre, et je ne l'ai pas dit aux deux autres de ma cellule. On était trois en cellule. Un coup de fusil je crois que ça m'aurait fait moins mal. Ils nous ont annoncés ça à la chaîne, chacun son tour dans le bureau, un tel, séro, un tel, pas séro, tout le monde l'un après l'autre, simplement comme ça, rien de plus, on nous a annoncé ça comme du bétail. Il y avait une queue pas possible, ils avaient convoqué tous les arrivants en même temps, ils avaient testé tous ceux qui rentraient, et le même jour, on était tous à attendre. Pas de rien du tout, pas une parole, juste le résultat, même pas une parole pour dire on va vous suivre, pour dire ça va aller, rien. Je suis sorti du bureau comme ça, c'était comme si on m'avait mis un coup de hache, je suis remonté en cellule, et là j'ai bloqué. Je suis resté une semaine sans manger, sans sortir » (Marc, injection en 1978, HIV+ testé en 1988, HC-).

Durant cette première période des années Sida, la forte discrimination sociale faisait porter le discrédit et la honte sur les personnes contaminées. C'est aussi une période de développement de diverses formes de violences institutionnelles face à la brutalité de l'annonce. Cette accumulation aura des conséquences terribles pour les usagers qui vont garder leur distance au système de soins. Les équipes soignantes auront d'autant plus de mal à établir un lien avec eux. Si Kamel a été informé de sa séropositivité, il ne se souvient pas d'avoir été averti à ce moment là des risques de transmission par les seringues et la voie sexuelle. De telles négligences en matière de prévention et de réduction des risques ont donc joué un grand rôle dans le déni persistant de la maladie, dans la fuite du monde du soin, dans l'incapacité devant laquelle les usagers se sont retrouvés pour s'approprier une part de leur histoire. Une histoire individuelle qui participe totalement de l'histoire collective :

« Après, j'ai pris le dessus, au bout d'une semaine. J'ai voulu commencer à enquêter sur ce que c'est que la séropositivité. De moi-même, je voulais m'informer, j'avais besoin de savoir pour m'identifier comme séropositif. Ce n'est pas beaucoup une semaine, mais au bout d'une semaine, je crois que j'ai réussi à accepter ça. Mais d'autres, ils mettent toute leur vie à se remettre. Moi je ne me voyais pas rentrer dans un tourbillon, où me lamenter sur mon sort, je voulais dépasser ça. En fait, je ne me suis pas informé par l'infirmerie, je leur ai écrit, j'avais

l'idée, mais après j'ai fait machine arrière, parce que j'étais braqué contre l'infirmier après ce qu'ils avaient fait, je ne voulais plus aller les voir. J'avais une peine de six mois, j'ai attendu et je n'ai rien fait » (Marc, injection en 1978, HIV+, HC-, testé en 1988).

Le suivi de Marc est très récent. Cela nous montre aussi les décalages très importants entre la prise de conscience des risques et l'intégration de la maladie. Des conditions propices à la transmission du virus d'une personne séropositive à une personne séronégative se développent dans ce genre de situation. Là où Marc a intégré ce « statut » de séropositif et a pu mettre en place des mesures pour préserver son entourage (sur le plan des seringues comme de la sexualité), d'autres, au contraire, ont résisté pendant des années et ont eu plus de difficultés à faire face et à protéger leurs partenaires.

2- L'hécatombe de la fin des années 1980 – début des années 1990 comme accélérateur de la prise de conscience

La fin des années 1980 va transformer profondément les représentations du Sida dans le sens où les malades et les morts font leur apparition sur la scène publique. Auparavant, le Sida restait relativement ignoré y compris des usagers contaminés, parce qu'il n'entraînait pas encore de conséquences visibles et concrètes sur l'état de santé. Ainsi « dissimulé », la plupart des personnes n'ont pas compris que l'échéance était fatale. Mais après le temps de l'ignorance et des doutes, la période qui marque typiquement une inflexion de contexte est bien l'accumulation des personnes malades et des morts dans l'entourage des usagers-injecteurs :

« J'arrivais à gérer. Et aussi, d'année en année, je voyais les gens que je connaissais de plus en plus se dégrader, beaucoup de gens malades, beaucoup qui étaient morts aussi... » (Francine, injection en 1973, HIV-, HC+).

De même, Kamel a résisté à toute idée de suivi pendant près de 10 ans :

« Avant (d'entamer un suivi) j'avais peur, j'ai vu des gens mourir, j'en ai vu qui voulaient mourir aussi, dans leur chambre, en souffrant, des copains hospitalisés, des gens qui se laissaient mourir aussi » (Kamel, injection en 1980, HIV+ en 1982, HC+ en 1995).

Le début de l'hécatombe va jouer un rôle déterminant dans la diffusion de l'information et la prise de conscience des risques liés au Sida. Pour les personnes séropositives, mais aussi pour celles qui étaient séronégatives, la présence des morts dans le monde social qui tourne autour de l'injection touche des générations et des milieux différents et contribue à structurer l'imaginaire du rapport aux risques d'une manière très différente selon les personnes. Cette période en effet est un tournant où s'amorce pour certains un changement d'évaluation des risques et des rapports à leur statut sérologique :

« Dès qu'on a appris, on s'est tous plus ou moins vus, avec les copains et tout, et on a presque tous fait des tests, et puis... il y a des copains qui sont revenus en disant qui l'avait... Alors des copains qui l'avaient pas fait, il y en a qui ne voulaient pas savoir, il y en a qui avaient peur... C'était la grande peur. En plus comme il y en avait pas mal qui avait partagé, comme c'était toute une bande, et beaucoup s'étaient contaminés entre eux. Moi quand j'y suis allé, j'étais pas fier ! Je ne savais pas du tout... » (Sébastien, injection 1980, HIV-, HC+).

La mort frappe, quels que soient les milieux sociaux, et certains vont la côtoyer (disparition d'amis, de conjoints, de frères...). Pendant les années 1970 les usagers restaient, malgré les

risques de surdose, peu soucieux de l'avenir, mais les années 1990 ouvrent à une « nouvelle réalité » : une nouvelle conscience de la maladie liée à cette terrible donnée plutôt qu'à la diffusion d'information adaptée aux injecteurs. Vivre la mort de proches amène parfois à de douloureuses interrogations :

« Dans tous les coins, je peux t'en citer des dizaines mais je ne vais pas te faire ça. Les survivants c'est des salauds, c'est ceux qui justement ne sont pas du tout dans la prise de risque etc., sont éventuellement dans le jugement : je flirte un peu avec le risque etc., mais je sais toujours très très bien où m'arrêter » (Nathan, injection 1967, HIV-, HC+).

Si la découverte de sa séropositivité et des risques encourus a parfois entraîné une meilleure préservation, d'autres au contraire ont préféré occulter la maladie :

« Mais j'ai négligé ça pendant 10 ans, plus même, je n'avais pas de suivi, rien. Ça ne fait pas longtemps que je vais à l'hôpital... Je ne m'en occupais pas, j'avais un peu peur aussi... quand je perdais un copain... J'ai eu une époque où j'ai pris beaucoup de rup aussi, quand j'ai arrêté l'héroïne, je prenais beaucoup de rup en plus du Subutex®, parce que j'avais peur, par rapport à ce que j'apprenais sur la sérologie, et je voyais des gens vraiment malades, même en prison. Ça me calmait » (Kamel, injection 1980, HIV+, HC+).

Cette période d'évolution des prises en compte maintient toutefois un certain nombre de contradictions : la criminalisation des pratiques, la stigmatisation des usagers, etc. Une génération d'usagers qui apparaît bien sacrifiée à tous les niveaux, qui vit avec cette perspective de mort, mais en même temps avec cette idée forte de pouvoir encore « choisir » dans quelles conditions. L'idée de « se mettre une balle » lorsque la dégradation annoncera la fin proche est courante, quelle que soit la pathologie :

« Mais là j'en ai marre de tout ça, je vois des gens malades ici, il y en a beaucoup qui sont malades, et qui ne veulent pas mourir en prison. Moi j'ai peur maintenant de retourner, parce que je sais que si je retourne, je peux mourir en prison. J'ai peur, même dans la rue, tu ne sais jamais ce qui peut t'arriver. J'en connais plein qui disent qu'ils vont avoir une arme (ou qui ont, je n'ai pas bien compris), et qui sont prêts à tirer dans le tas si les flics viennent les arrêter, juste pour se faire descendre et ne pas mourir en prison » (Kamel, injection en 1980, HIV+ en 82, HC+ en 1995).

Une détermination dont on ne peut bien entendu mesurer les effets effectifs, mais qui est bien là, et typique aussi de ce moment d'inflexion des parcours liés à un contexte spécifique. Des gens qui espèrent avoir la force d'en finir, d'avoir ce dernier choix, et qui, comme Kamel, espèrent que la mort ne les surprendra pas dans des conditions de déchéance ultime, c'est-à-dire en détention. Une manière certes radicale d'envisager l'avenir, mais qui en dit long sur les interférences entre contexte socio-historique (ici particulièrement le volet pénal), et la place réservée aux usagers-injecteurs dans ce contexte-là. Ils ont traversé ces étapes avec des temporalités différentes qui sont bien loin d'être calquées sur les progrès scientifiques. Le contexte, sur ce plan-là, ne joue qu'un rôle partiel : tant que les conditions de vie ne changent pas, il y a peu de chances que les usagers-injecteurs soient en situation de gérer convenablement les risques sanitaires.

Ces inflexions des années 1990 ont toutefois permis aux plus récents injecteurs d'entrer sur cette scène en connaissance de cause. Ils estiment avoir été informés des risques « à temps » ; ils connaissaient les modes de transmission, tandis que dans le même temps, la distribution de matériel s'était elle aussi beaucoup améliorée. Cela ne présume pas totalement d'une

traduction systématique dans les pratiques, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, mais leurs trajectoires se différencient sensiblement par la prise en compte des risques, l'application des consignes de prévention et la fréquentation des associations impliquées dans la réduction des risques :

« En fait, on a commencé à injecter au moment où on a connu l'association AIDES. Ils avaient des seringues, ils faisaient l'échange, au début on était pas venu pour ça... On connaissait AIDES, leur programme... Et puis on a su qu'ils faisaient de l'échange de seringues, de préservatifs... On a sympathisé, et puis on est venu régulièrement, on a commencé à en prendre » (Tonio, injection 1997, HIV-, HC-).

3- L'hépatite C – Les signes et les chiffres d'une catastrophe imminente

En 1996, nous avons titré une partie de notre rapport⁶³ : « Les signes et les chiffres d'une catastrophe imminente » et montré que les populations atteintes du HC et du HIV ne se recoupaient pas ; les contaminations à l'hépatite C touchant surtout des personnes qui avaient démarré l'injection plus tardivement et connaissaient les risques de contamination par le VIH. Elles s'étaient pourtant retrouvées séropositives à l'hépatite C mais pas au VIH, en étant convaincues d'appliquer les règles de protection préconisées depuis le début des années 1990 : pas de partage du matériel d'injection. Par contre, elles ont pu continuer à partager le matériel de préparation. Sans être dans la représentativité statistique, les chiffres indiquaient une séroprévalence comparable entre VIH et VHC, autour de 45 %. Aujourd'hui, parmi les personnes rencontrées, 17 % étaient contaminées par le Sida (on peut imaginer cette baisse en rapport avec la disparition d'une bonne partie de cette "génération des années Sida"), tandis que 66 % avaient contracté l'hépatite C :

« On avait l'idée déjà du Sida, on a repris à un moment où on en parlait déjà, pas trop mais quand même, nous on était informé de ça. Par contre, on ne faisait pas attention aux cuillères, aux cotons tout ça, et on a choppé tous les deux l'hépatite C. On faisait attention par rapport aux autres à cette époque pour les seringues, mais entre nous non, et surtout, on ne savait pas que le virus de l'hépatite C résiste à la température. On ne partageait pas les seringues, mais le reste oui, on ne faisait pas attention, les cotons, les cuillères. Maintenant, je fais un bilan tous les six mois, pour le moment je n'ai pas de problèmes, mais... Tant que je n'ai pas de problème, je n'y pense pas trop, enfin j'essaye de ne pas trop penser à ça. On dit des tas de choses là-dessus, les traitements, tout ça, mais je crois que c'est vraiment une bombe à retardement, c'est seulement qu'il y a un temps de déclenchement qui est plus long, mais j'ai déjà pas mal d'amis qui sont morts de l'hépatite C, qui s'est déclenchée d'un coup, et en quelques jours ils sont partis. Moi je crois que ça va pour le moment, tant que je n'ai pas de problème, je ne pense pas trop... » (Pascal, injection 1973, HIV-, HC+).

Comme pour le Sida jusqu'au milieu des années 1980, l'hépatite C n'est toujours pas véritablement au cœur des débats quant à la protection ou les modes de contamination. Un flou très important persiste aujourd'hui dans la compréhension des modes de contamination et de ses incidences. Florian, comme d'autres, ne savait pas grand-chose de cette infection ; il a partagé sciemment sa pompe avec une personne qu'il savait séropositive, à une époque où l'accès au matériel d'injection n'était théoriquement plus un problème puisqu'il a commencé à injecter en 1997 :

⁶³ P. Bouhnik, S. Touzé, *op. cit.*, 1996.

« Depuis que je connais le Bus, je me dis que j'ai tout pour le faire bien et proprement. Maintenant, je ne reprends jamais la même seringue, jamais j'échangerais avec un autre, etc. Y'a tout pour le faire bien, alors... Les tampons, etc.... Une fois qu'y a ça, autant le faire proprement... Ça serait con... Regarde mon hépa, par exemple, j'étais chez quelqu'un qui en avait pas d'autres, j'ai pris la sienne, alors que j'avais plein de matériel chez moi, c'est con ! » (Florian, injection 1997, HIV-, HC+).

Cette mise à distance par les usagers se trouve tout à fait à la hauteur de ce silence pesant des pouvoirs publics sur une question qui, depuis le milieu des années 1980, devrait être placée au devant de la scène politique en matière de santé publique. Très peu, même parmi les personnes séropositives au VIH qui ont adopté des modes de protection minimales pour ce virus (abandon du partage des seringues), ont alors perçu les dangers inhérents aux modes de transmission du VHC. Le caractère d'urgence qui se « révèle » encore une fois très tardivement face à une épidémie dramatique a certainement contribué à accélérer les évolutions au gré de nouveaux risques⁶⁴. Mais, en l'absence de maîtrise de l'information de base, les usagers de drogues par voie intraveineuse restent largement exposés et ne sont pas tous en situation d'appliquer des consignes. Ainsi des failles persistent dans leur système de protection, malgré les certitudes dont certains font état. Ils considèrent bien souvent avoir échappé au pire, le Sida, tandis que l'hépatite suscite aujourd'hui très peu d'inquiétudes :

« Aux examens, ça ne va pas, elle est active, je vais avoir un traitement d'interféron. Pendant des années on n'a fait attention à rien, même quand on ne se passait pas les pompes, on tirait sur le même coton, personne ne parlait de ça. L'hépatite je ne m'en suis pas occupé, et là, ils m'ont dit que mes analyses ça n'allait pas, ça a monté je ne sais pas quoi, elle est active, je dois faire une ponction du foie, mais ça j'ai peur, à chaque fois au docteur je lui dis "oui, oui" et le rendez-vous je ne le prends pas. Il faut que je le fasse pour qu'ils voient si je dois avoir un traitement. En fait c'est la biopsie qui me fait peur, ils te mettent une grosse aiguille. Mais sinon l'hépatite C ça ne m'inquiète pas, c'est moins inquiétant je trouve que le HIV, parce que maintenant il y a des traitements, il faut que je prenne ça à temps, ils m'ont dit qu'il fallait voir si j'avais besoin d'un traitement. Je me sens fatigué en ce moment, peut être à cause de mon foie » (Kamel, injection 1980, HIV+, HC+).

Comprendre et sortir des contraintes pour assumer la (les) maladie(s), "assumer l'identité du séropositif" comme dit Marc, sont autant d'épreuves qui montrent que les années Sida ont durablement marqué les trajectoires des injecteurs. Même dans un contexte de nette amélioration des soutiens psychologiques, sociaux et médicaux, la lutte reste profondément individuelle :

« Pour ne pas sombrer dans la dépression à ce moment-là, c'est là que tu dois positiver sur tout, avoir une philosophie de combat : positiver sur la maladie, les handicaps dans ta relation avec les personnes ; tu te rends compte que tu as quitté un monde artificiel pour te retrouver dans un autre qui l'est autant... tu tombes sur des gens qui ne prennent pas le temps de faire le point sur eux-mêmes, qui ne se connaissent pas ; alors que toi, t'es dans des recherches profondes, vraies... Aujourd'hui, le respect que j'ai pour la vie et pour l'autre, donc que j'essaie d'avoir pour moi... se respecter moi, ça a été d'abord une recherche d'esthétique ; aujourd'hui j'ai l'impression d'avoir une richesse intérieure, une sérénité, même si

⁶⁴ Rappelons le protocole de désinfection à la Javel, vite abandonné parce que mal adapté aux conditions dans lesquelles l'injection pouvait être pratiquée (rue), ou l'incorporation du « petit matériel » (coton, filtre, cuillère) dans les kits disponibles, notamment après la révélation de l'ampleur de l'épidémie d'hépatite.

financièrement c'est pas ça, même si c'est un combat perpétuel pour les affects et les émotions... je me sens encore fragile par rapport à ça... » (Caty, injection 1971, HIV+, HC+).

D - Substitution et polyintoxications, précarisation et amplification des risques⁶⁵ – « Les années cachets » (1995 / ...)

À partir du milieu des années 1990, les processus de précarisation déjà actifs au sein du monde social des usagers de drogues vont s'exacerber en produisant tout un ensemble de fractures dans les styles de vie et d'activités liés aux drogues.

Dans la période antérieure, les problèmes socio-économiques, comme la confrontation quotidienne aux risques sanitaires et sociaux, étaient encore intégrés à une logique de vie inscrite au cœur des quartiers et des cités des grandes villes, avec de nombreuses ramifications et de nombreux échanges sociaux avec leur environnement social, familial et communautaire.

Plusieurs zones et différents processus de précarisation vont progressivement se développer au sein de cette population et venir exacerber les difficultés et les conditions de gestion des consommations⁶⁶ :

– certains usagers vivant dans les quartiers « marqués » des grandes villes vont perdre leurs attaches, ne plus bénéficier des protections et des solidarités de leurs pairs et de leur famille pour se retrouver stigmatisés et rejetés comme « camés », « toxicos », quand bien même ils consommaient depuis des années,

– d'autres, éloignés ou écartés de leurs bases territoriales (« interdictions de séjour », rejets familiaux, expulsions, suites d'incarcération...) vont également connaître des situations de grande précarité, avec les mêmes phénomènes de rejet.

La perte des soutiens et des réseaux d'accès aux ressources de quartier (business divers incluant le petit deal de « shit », les petits vols de survie) renforce souvent l'engagement dans des activités illicites plus précaires, avec plus de prises de risques et un besoin plus marqué d'accéder coûte que coûte à des produits psychoactifs permettant de supporter de telles conditions. Les situations d'errance dans le centre des grandes villes (Marseille, Paris...) conduisent à faire de certains quartiers de véritables « pôles d'accueil » pour cette catégorie d'usagers. La précarisation est poussée à l'extrême et le style de vie est de plus en plus conditionné par l'errance et la vulnérabilité, les usagers oscillant entre la rue et les hébergements d'urgence, les foyers, les hôtels meublés et les squats.

Une dernière catégorie est venue renforcer ce monde de l'errance : des usagers issus de milieux sociaux plus « élevés », et qui conservaient, jusqu'à une période récente, un logement et des ressources régulières. Souvent confrontés à de graves ruptures (séparations, décès,

⁶⁵ *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison, poly-consommations, substitution. Les « années cachets »*, P. Bouhnik, S. Touzé, E. Jacob, I. Maillard, 1999).

⁶⁶ Cf. P. Bouhnik, S. Touzé, « Précarisation et consommation de drogues illicites : amplification des prises de risques à l'ère de la substitution », in M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa, *Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001.

maladies, séjour en hôpital psychiatrique...) ayant fragilisé leurs bases sociales, ils ont également dû faire face à une gestion plus tendue et aléatoire de leur consommation.

Ces trois catégories d'usagers se sont retrouvées dans la rue et sur les lieux de deal et de consommation avec le sentiment de vivre une même condition de relégation et de maltraitance « sociétale ». Pourtant considérés comme des « malades » ou des « personnes à risques » devant être protégés (en lien avec la propagation du Sida et des hépatites), l'attitude dominante face aux usagers reste marquée par le rejet et la stigmatisation. Les moyens engagés dans leur direction leur semblent réduits et toujours soumis à condition, ce qui, ajouté à l'ambivalence structurelle de la loi relativement à la répression des usages simples, a conduit une grande partie d'entre eux à maintenir des distances à l'égard des dispositifs institutionnels spécialisés ou non. Ce contexte va affecter profondément les conditions et le vécu de l'injection.

La disparition d'un « milieu » régulateur des échanges et des pratiques bouleverse doublement le rapport aux psychotropes :

1) Les circuits d'approvisionnement et les interactions entre usagers deviennent plus « durs ». Les mécanismes de domination et les violences interactionnelles ne sont plus modérées par les solidarités et les interdépendances positives qui liaient des personnes qui avaient grandi ensemble.

« Ça n'a plus rien à voir avec les années 1970 non plus !! Là le revendeur il a le pouvoir sur les gens, il avance ou il n'avance pas, et quand tu es demandeur, tu te rends compte que tu ferais tout pour une dose. À ce moment, on n'était plus dans le rêve » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

2) Les sensations elles-mêmes n'ont plus le même statut dans la logique de l'injection. Nous insistons sur ce point dans la troisième partie : les supports sociaux et culturels qui, dans les époques précédentes, contribuaient à donner du sens à la recherche du plaisir n'existent plus. Il ne reste qu'un sentiment de vide et de désespoir. François évoque ce glissement qui va contribuer à donner aux médicaments, vécus comme un abaissement des exigences et de la qualité dans le mouvement des sensations, un rôle grandissant :

« C'était, c'était pas la même ambiance, quoi. Les gens se shootaient pas par désespoir, en fait, je- te-jure On prenait pas de médicaments, les benzos on connaissait pas, c'était pas notre truc. L'oubli, tout ça... c'était pas ça, on avait la pêche » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

3) Les produits de substitution, et plus particulièrement le Subutex®, incarnent ce glissement pour ceux qui se trouvent dans ces situations de précarisation. Sans nous prononcer sur les fonctions jouées par ce produit dans d'autres contextes et d'autres milieux, les usages détournés de la substitution en ville (dilution et injection des cachets pratiqués dans la logique de départ, mais avec des conditions plus précaires et des risques sanitaires accentués) conduisent à effacer la logique de substitution au profit d'une amplification des prises de risques. Les « cachets » faciles d'accès, monnaie d'échange dans les transactions de rue dans les réseaux les plus précaires, deviennent la nouvelle « drogue du pauvre ». Des personnes qui ne consommaient pas au départ, confrontées à des logiques de précarisation, vont pouvoir recourir à l'injection grâce à ces produits. Ceux qui consommaient autrement (fumer, sniffer) vont passer à l'injection pour accéder à des effets en contexte de précarité.

Tonio a connu l'héroïne dans les années 1990, par l'intermédiaire de son frère qui dealait et en consommait de manière régulière, toutefois sans injecter. Tonio n'avait jamais injecté non plus l'héroïne. Il a expérimenté et « adopté » ce mode de consommation à sa sortie de prison, il y a trois ans, avec le Subutex® utilisé dans la perspective de se défaire de l'héroïne. Il s'est engagé dans l'injection intensive de Subutex assez rapidement, après une longue période d'inactivité. La consommation de ce produit, sniffé ou injecté, paraît assez répandue dans son entourage, comme dans cette région, touchant beaucoup les jeunes de classes populaires (inactivité, ennui et recherche de l'état de défonce). Pas de contre culture romantique ici, mais la diffusion progressive dans certains milieux sociaux en difficulté du Subutex®, comme l'héroïne auparavant. L'héroïne étant devenue chère et de mauvaise qualité, le Subutex® s'y est « substitué ».

« Au début, la première fois [ndr : injection] c'était y'a deux ans, c'était avec un copain il avait eu son traitement, on a voulu essayer, on a mis chacun son cachet dans la cuillère, on a fait la préparation, et on a essayé ! C'était pour voir l'effet que tout le monde recherchait... » (Tonio, 23 ans, Valenciennes, classe pop, 2/3 ans d'héroïne sniffée, puis Subutex® injecté depuis 3 ans).

4) La vie à la rue et la précarisation des conditions de consommation se trouvent alimentées par le système de pénalisation et d'incarcération des usagers. Ce système n'est pas nouveau, mais la prison n'avait pas le même statut dans les années 1970-1980 que dans les années 1990. Nous avons montré comment la prison était alors devenue un moment constitutif du cursus et du style de vie des usagers issus des milieux populaires⁶⁷. Si les incarcérations successives participaient bien à l'ancrage dans des consommations problématiques, les usagers restaient qualifiés dans leur milieu et étaient conduits à s'installer dans une logique de gestion de l'injection rythmée par ces passages en prison, avec des fonctions de régulation manifeste utilisées plus ou moins consciemment par les usagers. Cela a tenu un temps, mais l'emprise du Sida et la marginalisation socio-économique de certains usagers a conduit l'incarcération à jouer de toutes autres fonctions. Tonio et Malik rencontrent le Subutex® en prison et s'initient à cette possibilité de compenser la difficulté d'accès à l'héroïne : dès leur sortie ils passeront à l'injection dans la période 1996-1997.

« Le Subu en prison quand j'ai commencé, il y en avait encore plus que dehors. Dehors, je ne connaissais même pas. Ça tourne beaucoup là-dedans, parce qu'il y a de l'argent aussi, beaucoup d'argent. Un Subu, c'était 200 en liquide ou en cantine. Même les gardiens, ils font trafiquants. La première fois que j'ai injecté, c'était dehors, deux, trois mois après. J'étais faible je crois, c'est pour ça que j'ai accepté. On m'a proposé la première fois, j'ai dit oui. C'était un peu pour voir, elle m'a dit c'est bien, tu vas voir. J'étais faible, je ne me rendais pas compte... en prison, tu as des gars qui sont complètement emboucannés toute la journée. Après, tu sors, tu te retrouves en manque, à la rue, tu prends la seringue. Tous ceux qui sont dans la rue, j'ai jamais vu qu'ils allaient au docteur pour se faire soigner ! Ceux qui vont, c'est juste pour avoir des boîtes » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne, 3 ans Subutex® injecté).

Les usagers fragilisés, sans ressources et isolés, deviennent une proie facile pour les vendeurs et sont instrumentalisés dans les rapports de force qui sont toujours exacerbés en prison.

⁶⁷ P. Bouhnik, S. Touzé, « Ville, toxicomanie et prison : les usagers de drogues dures en prison face à la gestion de leur santé ». Prévenir *Ville et santé*, n° 32, premier semestre 1997.

« La première fois que j'ai injecté, c'était en sortant de prison... On m'a mis en taule, après on m'a ressorti, et rien... débrouille-toi ! J'avais besoin d'héroïne, mais je voulais plus y retoucher, repartir en prison... Je me suis mis au Subutex® tout seul... J'ai fait croire au docteur que je consommais, que je continuais, alors que j'y touchais plus. Je me suis mis au subu, et puis je l'ai injecté. J'ai commencé à injecter à cause du Subutex®... J'ai jamais injecté l'héroïne... Je sais pas pourquoi j'ai injecté le Subu et pas l'héroïne... J'en sais rien... j'ai voulu essayer... Ça a été mon premier flash, et puis après... c'est tout. J'ai commencé le Subu comme l'héroïne, en sniff. Le docteur il le prescrit sous la langue bien sûr, mais on m'a dit direct que ça se sniffait et que ça s'injectait... On m'a dit que si tu l'écrases, ça fait comme l'héro... J'ai essayé et c'est vrai ! L'héro et tout ça, je voulais plus recommencer... » (Tonio, 23 ans, classe pop, 2/3 ans d'héroïne sniffée, puis Subutex® injecté depuis 3 ans).

La précarisation des situations de vie et l'appauvrissement général pour le public rencontré sur l'ensemble des sites s'accompagnent donc de poly-consommations de précarité croissantes. Celles-ci accentuent la dégradation de l'état de santé des usagers, et plus spécifiquement des consommateurs de crack et des injecteurs de Subutex® qui ne sont jamais des usagers exclusifs de ces seuls produits. Ces nouveaux produits marquent donc une nouvelle époque en matière de toxicomanie, avec de nouveaux processus pour le public rencontré qui, sur tous les secteurs, utilise les produits de substitution, associés à d'autres substances, à des fins toxicomaniaques, et cela aussi bien hors que dans la prison. De nouvelles pratiques apparaissent : de jeunes usagers dépendants à ces produits médicamenteux et/ou de substitution qui disent ne pas ou peu connaître les produits stupéfiants plus classiques comme l'héroïne.

Sur Paris et la région parisienne, les conjonctures de consommation sont extrêmement variées, tant sur le plan des produits que des modes et des territoires de consommation, mais pour les plus précarisés on rencontre de plus en plus souvent la consommation de crack⁶⁸ qui croise celles de cocaïne et d'héroïne, mais aussi les produits de substitution détournés (Skenan®, Subutex®...) les neuroleptiques et les anxiolytiques, l'alcool (les bières fortes) devenu un produit d'accompagnement et de liaison, sans oublier le cannabis. Si les usagers du crack ne sont pas les seuls consommateurs, ce sont les plus visibles sur l'espace public : le mode d'administration s'est diversifié avec le développement de l'injection pour les « accro de la seringue » qui effectuent ce déplacement faute d'accéder à une héroïne de bonne qualité ou par effet du dénuement. Si ce produit n'est pas encore repérable sur les autres régions, les conditions rencontrées par les usagers étant proches, il est possible qu'il y trouve progressivement sa place. La prostitution est souvent articulée avec l'économie locale du crack car la demande est forte du côté des prostituées⁶⁹. Le crack se vend sous la forme de « caillou » pour environ 50 F, et la « galette », à partir de laquelle il est possible de faire 4 à 6 cailloux. Ce produit a la réputation de ne pas être très onéreux, contrairement aux produits stupéfiants plus « classiques » comme l'héroïne ou la cocaïne. Pourtant, en raison du caractère particulièrement éphémère de ses effets psychoactifs, une consommation quotidienne de crack revient en réalité beaucoup plus cher que d'autres produits, conduisant ses usagers à multiplier leurs prises de risques. Sur les communes de banlieue, les choses n'en sont pas encore à ce stade, même si c'est de là qu'une partie des usagers vivant à la rue sur Paris est

⁶⁸ IREP, 1997, Hidalgo, Lefort, Ternus, *Étude sur le « crack » à la Goutte d'Or*, Association Espoir Goutte d'Or, DAS, 1998.

⁶⁹ F.-R. Ingold, (ed) *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*. IREP, AFLS, Paris, 1994.

issue⁷⁰ : la consommation d'héroïne, même de moins bonne qualité, demeure un produit de base, mais la cocaïne se trouve de plus en plus souvent.

La précarisation des usagers et des conditions d'approche du marché des drogues illicites a conduit progressivement à voir baisser la qualité des produits vendus (de plus en plus coupés), ce qui a participé en partie à faire basculer ceux qui « sniffaient » encore du côté des injecteurs (pour avoir plus d'effets avec un produit coupé, il est préférable de l'injecter) ; dans la période qui a suivi, la qualité des produits a continué à se dégrader, les prix de l'héroïne, même frelatée, restant élevés. L'arrivée des produits de substitution a alors été l'occasion de diversifier le marché à grande échelle avec la multiplication des possibilités d'injection abordables par les plus précaires. Les conditions qui président aux engagements de consommation se sont transformées en quelques années, sans pour autant changer la nature profonde des conduites à risques. Tous les témoignages convergent ainsi pour pointer, au travers de la diversification des produits accessibles dans les échanges de rue, une persistance et un développement des pratiques d'injection. Le second volet des bouleversements enregistrés renvoie à l'introduction massive des produits dits de substitution qui tendent à devenir des composantes à part entière des logiques addictives.

Le développement de la consommation de cocaïne renvoie aux changements introduits par les produits de substitution dans les systèmes de consommation⁷¹. Cette substance « s'associe » bien avec les autres produits accessibles sur le marché, en particulier avec le Subutex®, mais aussi avec la méthadone. L'injection de produits de substitution, presque généralisée au sein de la population que nous avons interrogée, ne concernait il y a encore quelques années qu'un nombre limité de personnes : celles qui connaissaient des médecins susceptibles de leur prescrire du Temgésic®, du Moscontin® ou du Skenan®. Le Subutex® va prendre une place centrale dans ce système, à défaut d'autres choix. Le Skenan® n'est plus accessible sur beaucoup de sites par le biais légal, même si on le trouve encore sur le marché parallèle. Même chose pour le Rohypnol®. Consommé pour atténuer les sensations liées à la « descente » de la cocaïne ou du crack injectés, le Subutex® est utilisé comme une « base » par les usagers en situation très précaire. Malgré l'inconfort de son injection et de ses effets secondaires (abcès), le Subutex® permet aujourd'hui à tous les « accros de la pompe » de poursuivre leurs injections malgré la difficulté à accéder aux produits. C'est une des raisons qui conduit beaucoup d'usagers à s'écarter de la méthadone (non-injectable). Ils shootent également les sulfates de morphine (aujourd'hui, le Skenan® principalement), comme ils ont shooté le Temgésic® et le Moscontin®.

On constate, dans ce contexte, une nette diminution de la consommation d'héroïne, dont le prix oscille entre 500 et 800 F le gramme suivant les villes et les périodes au profit de toute la gamme des produits de substitution en vente sur le marché de rue.

Les combinaisons se différencient suivant les régions et la variation d'accessibilité aux différentes générations de cachets qui fonctionnent en substitution ou comme succédanés de l'héroïne. Le Rohypnol®, le Temgésic®, le Moscontin® et le Tranxène® sont en bonne place

⁷⁰ 50 % selon le rapport d'activité d'« Espoir Goutte d'Or » (activité d'échange de seringues), 1998.

⁷¹ L'enquête de l'IREP soulignait la rareté de la cocaïne sur le marché de rue à Marseille. Même chose en banlieue parisienne. *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP, AFLS, Paris, 1994. La donne a manifestement changé depuis.

durant toute une première période du bricolage de consommation réalisé par les usagers les plus « introduits » (médecins prescripteurs, dealers qualifiés dans les médicaments). Le Rohypnol® est utilisé depuis plus de dix ans comme drogue de rue, mais les connaissances relatives à son mode d'utilisation par les usagers sont très récentes⁷². La panoplie des produits qui sont progressivement entrés dans ce style de consommation s'est diversifiée d'une manière spectaculaire : à côté de l'héroïne et du crack se croisent des antidépresseurs, des amphétamines, des benzodiazépines, des sulfates de morphine... susceptibles d'être obtenus par prescription mais aussi dans la rue. Le cycle de la revente des produits prescrits permet également d'accéder à toute une gamme de cachets : Skenan®, Artane® 15, Ortéнал®, Rohypnol® (plusieurs plaquettes par jour), Tranxène® 50, Imovane®, Lexomil®, Équanil® 400, Tercian®, Nosinan®, Dinintel®, Survector®... et le Subutex®⁷³. Il faut y ajouter la méthadone et le Théralène® pour les produits buvables.

Parmi les combinaisons les plus prisées : héroïne + « rup » (Rohypnol®) ; Subutex® + cocaïne ; Subutex® + « rup » (malgré les dangers connus de cette combinaison).

Suivant les usagers, les effets seront plus marqués avec l'un ou l'autre produit. Chacun expose à sa manière les combinaisons possibles, impossibles ou neutres. L'alcool (souvent la bière) joue un rôle de « liant » dans ces parcours de recherche des produits ; il procure aussi des effets supplémentaires. Beaucoup associent la méthadone ou le Subutex® avec des Rohypnol® et de la bière consommée en quantités importantes. Dans toutes les périodes d'attente de produits, l'alcool est là, et de plus en plus souvent il est consommé d'une manière conjointe avec les médicaments et les injections, quels que soient les produits. Une volonté de renforcer et de conforter les effets qui souvent s'avèrent catastrophiques.

À côté des multiples abcès et douleurs déjà signalés, l'injection de Subutex® fatigue énormément les usagers : ils se disent de plus en plus « speed », irascibles, nerveux. Ceux qui tentent d'arrêter cette consommation sont confrontés à une nouvelle difficulté : trouver une nouvelle substitution qui leur convienne. La méthadone est recherchée dans ce sens, mais les places restent chères. Cela débouche sur des situations très paradoxales, comme cette jeune femme qui, pour décrocher du Subutex®, et en attendant la possibilité d'accéder à la méthadone, va reprendre de l'héroïne (du brown), « parce qu'il y a moins de dépendance physique qu'avec le Subutex® ». Le discours des usagers est très sévère sur ce dernier produit. Même s'il ne s'agit ici que d'une fraction particulière de consommateurs (ceux en situation de grande précarité), ces positions sont significatives des difficultés rencontrées par les politiques de substitution.

La méthadone, à côté du créneau de la substitution au sens classique du terme (aide aux usagers qui veulent s'arrêter mais n'y arrivent pas, transition pour s'insérer et arrêter de galérer), concerne de plus en plus ceux qui ont du mal à trouver de l'héroïne. Malgré les problèmes pour entrer dans un programme méthadone, puis pour le suivre, ils font état des avantages que cela peut leur apporter, comparé au « système de rue » dans lequel se trouve aujourd'hui intégré le Subutex®. Leur souci est la recherche d'un produit qui les empêche de « galérer », de souffrir, et leur permet de sortir de l'extrême tension dans laquelle ils se

⁷² M. Jamouille, « Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante. Résultats d'une recherche en médecine de famille, *Psychotropes*, 1996.

⁷³ F. Lert, « Méthadone, Subutex® : substitution ou traitement de la dépendance ? Question en santé publique », in A. Ehrenberg (ed) : *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, éd. Esprit, Paris, 1998.

trouvent dans leur rapport aux produits. Tel était bien le programme de départ de la substitution : introduire un élément régulateur dans les consommations, réduire la criminalisation liée à la dépendance à l'égard des marchés parallèles, soulager les douleurs liées au manque pour les personnes dépendantes.

Mais les choses ne sont jamais complètement tranchées. Il est rare que les usagers, compte tenu de leurs conditions de vie, coupent complètement avec tous les produits illicites. La méthadone elle-même peut être utilisée comme produit d'appoint pour mieux gérer les problèmes liés à la « descente » de l'injection de crack ou de cocaïne.

Le problème, pour eux, c'est que la méthadone relève de protocoles beaucoup plus contraignants que les autres produits ; des analyses sont censées permettre de vérifier que les substitués sont bien « clean » (ne continuent pas leurs consommations de rue). Cela leur est souvent très difficile à tenir dans le temps, même s'ils perçoivent dans cette « rigueur » une condition à laquelle il faudrait souscrire pour réellement s'en sortir. Mais pourtant, beaucoup sont conduits à « ruser » avec les protocoles. Pour tout ce travail d'adaptation entre substitution et style de vie précaire, ils se sentent très seuls et, à la moindre difficulté morale ou matérielle, peuvent abandonner.

Une bonne partie des usagers accédant aux programmes d'échange de seringues s'injecterait aujourd'hui du Subutex® (90 % des usagers substitués au Subutex® à Nantes, une bonne partie sur Paris et Marseille également). Les professionnels du Bus de Médecins du Monde à Strasbourg⁷⁴ faisaient l'hypothèse qu'un nombre important de seringues distribuées serait utilisé pour l'injection d'autres produits que l'héroïne : cocaïne, Subutex®, benzodiazépines, etc. Ceci expliquerait que, malgré la raréfaction de l'héroïne sur le marché, il n'y a pas eu de diminution dans la prise de ce matériel⁷⁵. De même, l'évaluation des quatre programmes méthadone de Médecins du Monde rend compte de problèmes majeurs d'alcoolisation et/ou de consommation de benzodiazépines et des moments de consommation lourde de cocaïne⁷⁶.

Nous nous trouvons donc devant un nouveau système de consommation, marqué par la précarisation des usagers et des modes de consommation. Leur possibilité de participer aux petits trafics s'est considérablement amenuisée ; la plupart n'ont plus les moyens d'accéder aux drogues classiques (héroïne, cocaïne) qui représentent un luxe et leur consommation évolue dans le « monde des cachets », dont la plupart sont dilués pour être injectés. « Injection du pauvre » : avec les risques préservés mais moins de plaisir ; des modes de consommation qui s'inscrivent en continuité avec l'ancien système (l'injection) mais dans un contexte nouveau (extrême précarité, prises de risques plus aléatoires, combinaison infinie de produits associés).

⁷⁴ P. Bouhnik, S. Touzé, 1999, 2001, *op. cit.*

⁷⁵ Espace Indépendance, 1997.

⁷⁶ Médecins du Monde : *Évaluation des quatre programmes Méthadone de Médecins du Monde*. Paris - Bayonne - Strasbourg - Marseille, INSERM U 302, 1997.

E - Contexte de référence et contexte d'appartenance⁷⁷

Pour conclure cette première partie, nous voudrions insister sur le fait que les périodes identifiées comme significatives des contextes socioculturels dans lesquels les pratiques d'injection se sont inscrites n'ont pas cessé de se recouper. Nous n'assistons pas à une évolution linéaire qui aurait conduit à changer radicalement de cadre, mais à des croisements, inflexions et combinaisons de tendance qui exposent tour à tour tel ou tel milieu avec des conditions sociales qui se transforment.

Le tableau d'ensemble qui en ressort doit être compris comme étant très contrasté. Le monde de l'injection ne peut être réduit au « monde de la rue » de la dernière période. Par exemple, une personne née dans les années 1960/1970, et ayant commencé à consommer de l'héroïne dans les années 1980 (période de démocratisation de l'héroïne) pourra très bien être imprégnée des valeurs et des référents correspondant à un contexte socio-historique antérieur. Plusieurs exemples de ce type ont été évoqués dans ce chapitre. Cette imbrication des référents vient croiser les contextes sociaux et relationnels dans lesquels les usagers se trouvent engagés. Il peut être utile, dans ces conditions, de ne pas faire fonctionner le contexte d'une manière figée, pseudo-objective : les usagers se déclinent sur un double registre, celui des référents de leurs pratiques qui s'inscrivent dans une histoire (en lien avec leur trajectoire et le cadre socio-culturel dans lequel ils ont ancré leur rapport à l'injection) et celui des conditions sociales et écologiques dans lesquelles ils interagissent. Il faudra garder en tête cette distinction pour ne pas contribuer à alimenter les effets d'amalgame souvent pratiqués avec les usagers-injecteurs évoluant dans des milieux précarisés.

Ainsi, retrouve-t-on aujourd'hui dans la rue des injecteurs référencés à toutes les périodes étudiées : ils sont exposés aux mêmes conditions et aux mêmes risques tout en restant attachés à des logiques d'injection différentes. Tous vivent d'une manière assez douloureuse l'effet d'écrasement qu'aurait causé la substitution détournée ; comme si elle les renvoyait à un cadre commun, à une assignation. Ils ont le sentiment de ne pas avoir le choix, d'être "orientés", du fait de la dégradation de leur situation, vers ce type de consommation. Une consommation occasionnant à son tour d'autres dégradations, notamment sanitaires.

⁷⁷ On reprend ici la distinction entre groupe d'appartenance et groupe de référence. Cf. R.K. Merton, *Éléments de théorie et de méthode sociologique* (1949), Paris, Plon, 1965.

Deuxième partie - TEMPS FORTS DANS LES PARCOURS ET L'EXPÉRIENCE DE L'INJECTION

L'approche des déterminants de l'injection au travers des variations sociales et géographiques contribue à définir le contexte de l'injection ; nous l'avons abordé ici par le biais de l'analyse des histoires et des interactions vécues par les usagers, de façon à appréhender les bases et modes de variation des pratiques passées et actuelles. Accéder aux drogues, amorcer puis s'installer dans la pratique de l'injection supposent tout un ensemble de conditions de possibilité. Selon nos hypothèses, les contextes d'initiation et d'apprentissage (réseaux de sociabilités, disponibilité des produits, styles de vie...) joueraient un rôle majeur dans les opportunités de passage à la consommation de drogues par la voie injectable. Comme nous l'avons montré par ailleurs, l'accès à la seringue, la préparation, l'acte même de l'injection ne sont pas anodins : il faut qu'un certain nombre de conditions émotionnelles, relationnelles et pratiques soient réunies⁷⁸. Ainsi avons-nous reconstitué dans cette recherche des trajectoires plus diversifiées, en travaillant avec des personnes ayant évolué dans des milieux sociaux divers et rencontré les drogues à des époques différentes.

Cette partie se propose donc d'éclairer les conditions qui ont participé à engager puis à fixer cette pratique dans les trajectoires : événements ayant joué un rôle, préparé l'accès aux produits et aux prises de risques, réseaux relationnels, accès aux produits et à la seringue, vécu de l'expérience, rituels... Ils nous seront utiles pour appréhender la place de l'injection dans ces parcours, les modes d'accrochage, et, au-delà, les conditions de déplacement de cette pratique.

2-1- RENCONTRES ET CIRCONSTANCES DANS L'ENGAGEMENT DE LA PRATIQUE D'INJECTION

Il n'existe pas de trajectoires linéaires⁷⁹ pour les personnes que nous avons rencontrées, mais plutôt des périodes durant lesquelles elles vont avoir plus ou moins de possibilités, de capacité à gérer leur accès aux produits, leur consommation et les prises de risques... Dans ces trajectoires, on peut distinguer des étapes et des enchaînements qui contribuent à faire se différencier les biographies. Cela étant, nous retrouvons toujours un stade d'initiation. Ce moment de la rencontre avec les produits correspond pour tous à un temps fort, inaugural. Nous distinguerons pour la commodité de l'exposé plusieurs plans très imbriqués de cette phase d'initiation : les circonstances pratiques et les conjonctures (territoriales, sociales,

⁷⁸ P. Bouhnik, S. Touzé, *Héroïne, Sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés, Marseille, Seine-Saint-Denis*, RESSCOM, ANRS, 1996. Voir aussi : « Du plaisir à l'état d'urgence : santé et prise de risques chez les usagers de drogues dures concernés par le VIH », *Prévenir*, n° 28, 1^{er} semestre 1995, p. 117-128.

⁷⁹ P. Bouhnik, *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, Thèse de doctorat de sociologie, décembre 1994. R. Castel, A. Ogien, et al, *Les sorties de la toxicomanie...*, GRASS, 1992.

émotionnelles) particulières d'introduction de la drogue et de la seringue, puis les conditions de fixation dans les trajectoires.

A - Trajectoires et conditions d'approche particulières de l'injection

En terme de trajectoires, il ressort plusieurs grandes familles. Elles ne sont pas homogènes, mais constituent des repères pour comprendre les modalités d'engagement et de prise de risques.

1- Se « caler » sur une logique subculturelle

« J'étais avec ma meilleure amie. C'était assez fermé encore, il n'y avait pas beaucoup de jeunes qui s'intéressaient à ça, mais quand même, pour nous, c'était la musique, oublier un peu la grisaille autour de nous. À un moment, c'était très clair pour nous, on voulait goûter » (Francine, morphine, héroïne, 1973, première injection à 16 ans).

Les personnes qui ont initié leur consommation de drogues au cours des années 1960 ou au tout début des années 1970 réfèrent très clairement cet engagement à leur intérêt marqué pour l'idée de changement introduite par le contexte socio-historique décrit au chapitre précédent. Une période très marquante qui, dans leur expérience personnelle, a constitué une voie d'accès aux drogues dans une logique de distinction d'une fraction de la jeunesse. Les références culturelles viennent organiser la perception des opiacées (morphine et héroïne). Mais en même temps qu'elles supportent leur diffusion, elles organisent des liens très étroits entre cette forme de rapport au monde et la recherche de sensations partagées :

« On faisait ça pour planer, pour se sentir bien. C'est toute une génération qui a démarré en même temps, on trouvait ça bien, moi j'ai fait goûter ensuite à d'autres, parce qu'on ne voyait pas de mal à prendre ça, à faire découvrir, c'était du plaisir, c'est tout, on ne faisait pas de trafic, rien, et on ne connaissait pas du tout les conséquences » (Francine, morphine, héroïne, 1973, première injection à 16 ans).

Souvent très jeunes à ce moment-là (lycéens de 15-17 ans), ils ne se réfèrent que marginalement ou secondairement à la période de l'adolescence et à ses « traditionnelles » transgressions, pour renvoyer ces engagements à des tentatives de réinventer une manière de vivre ensemble. L'absence d'appréhension d'un aspect négatif des drogues s'inscrit aussi dans les références de cette époque et plus encore, elles associent très étroitement le produit avec le mode d'administration intraveineux :

« Mon premier contact avec le produit, c'était à l'époque où j'étais encore au lycée, j'avais quelque chose comme 16 ans. Mon premier contact avec les drogues, c'est avec l'héroïne, mais par injection, directement. On ne fumait pas le hasch à ce moment-là, pas encore, je n'avais jamais fumé, ça c'est venu plus tard. C'était l'héroïne, ou la morphine, et toujours en injection, on ne connaissait rien d'autre. En fait, on ne savait même pas que ça se sniffait, personne ne faisait ça autrement que en shoot. Donc mon premier contact à moi, c'était ça...Je lisais beaucoup de choses sur l'héroïne, le bien-être avec le produit, on écoutait beaucoup les paroles des chansons qui racontaient aussi, qui décrivait les effets. Et donc on savait aussi comment il fallait faire, on n'a pas eu besoin d'apprendre plus que ça. J'écoutais des chansons, et ça faisait rêver, et voilà » (Francine, morphine, héroïne, 1973, première injection à 16 ans).

Au-delà de la disponibilité objective et conjoncturelle des produits selon les lieux, les années et les territoires, il apparaît surtout que, dans cette conjoncture là, les produits et le mode d'administration fonctionnent conjointement au point qu'ils n'ont expérimenté au préalable aucun autre produit psychoactif (ni médicaments, ni cannabis...) et ignorent totalement l'existence d'autres voies d'administration (sniff, chasse au dragon). Même lorsqu'elles sont connues, elles ne sont pas valorisées ni parties prenantes de cette « culture ». Ces personnes ont donc très rapidement et directement engagé leur consommation par injection. Dans les années 1960, quelques-unes ont commencé avec la morphine provenant de laboratoires et de pharmacies. Un produit dilué, délivré en ampoules, qui ne permettait pas non plus d'utiliser d'autres modes d'administration.

Cette logique d'engagement apparaît plutôt réservée à un milieu relativement fermé et typique du monde étudiant des grandes villes : adhésion à l'image d'une jeunesse « dans le vent » porteuse de valeurs intellectuelles et « branchées »... Les multiples références aux intellectuels, architectes, étudiants des beaux-arts, etc. en attestent, comme l'a montré le chapitre précédent, mais elles viennent croiser la dimension territoriale qui va dessiner aussi des usages locaux qui vont ouvrir la voie de l'administration intraveineuse :

« C'était régional, voilà. Ça faisait : on est à Paris, on shoote, on va en Iran, on fume l'héro, tu vois... on passe en Afghanistan, on fume l'opium, on passe en Inde, on shoote la morphine, etc. Donc c'était en fonction du contexte, de ce qu'on trouvait, et aussi des mœurs locales... il y avait tout un truc ethnologique : on se coule dans les endroits où on est, et donc on essaye de suivre les mœurs, on est en Afghanistan, alors on vit avec les Afghans, etc. On suivait les gens locaux si tu veux » (Nathan, opium, héroïne, 1967, première injection à 17 ans).

Mais ce contexte historique de démarrage n'intégrait pas encore de politique ni même de problématique préventive sur des sujets encore inconnus : les contaminations au VIH et au VHC. La consommation de drogues n'était pas encore considérée comme un fléau social, et l'idéal attaché à la consommation a fait écran à une logique de protection et de préservation de soi. Comme l'indiquent aujourd'hui nos interlocuteurs, les drogues ne sont pas alors socialement réprimées, et ils n'ont pas perçu les « mauvais côtés des produits ». Ceux qui parvenaient à assurer un approvisionnement suffisant (relative disponibilité, coût abordable, bonne qualité) ont plus ou moins échappé à la spirale du manque et aux conséquences de la précarisation/marginalisation sociale et économique, au moins pendant les premières années :

« Dans ma mémoire, c'était une période où on n'avait pas de problème avec ça, pour moi je n'étais pas vraiment toxico, je ne prenais pas régulièrement, j'ai fait ça comme ça occasionnellement jusqu'au bac. Les seringues, c'était pas un problème non plus, au contraire, pour moi ça fait partie du plaisir, et les problèmes de seringue ça vient plus tard (dans son histoire), mais pas à ce moment là » (Pascal, morphine, héroïne, 1971, première injection à 15 ans).

Ces usagers indiquent n'avoir pas eu de questionnement particulier sur les risques inhérents à l'injection, aux produits ou aux contaminations. Ils se divisent en deux grandes tendances : ceux qui, dans le contexte de difficulté d'accès aux seringues, ont fréquemment partagé sans se poser aucune question sur les risques éventuels ; ceux qui, étant relativement intégrés socialement ont « limité la casse » sur le plan des risques sanitaires par l'intégration « socialisée » de règles d'hygiène corporelle et/ou la forte implication du matériel dans leur approche de la consommation :

« Quand il y avait les seringues en verre, on avait chacun la sienne, et on avait l'habitude de les nettoyer, de faire bouillir, c'était vraiment un objet personnel, donc on n'échangeait pas. On avait déjà l'idée qu'il fallait le faire, et on faisait bouillir l'eau aussi tout le temps, on n'avait pas de l'eau stérile comme maintenant, mais on avait l'idée de ne pas l'utiliser comme ça non plus. Ça nous semblait évident, on touchait la seringue, l'aiguille, alors on nettoyait tout » (Francine, morphine, héroïne, 1973, première injection à 16 ans).

Ce rapport à la seringue va ensuite participer de la force structurante du système d'accrochage dans lequel les usagers se trouveront engagés.

Les problèmes d'approvisionnement, comme les risques sanitaires sont également très relativisés : peu de trafics et de concurrence, des produits de « bonne » qualité, peu de pression sur l'achat/revente, des prix abordables, peu de délinquance induite ou préexistante :

« Des fois, on ne payait même pas, on nous donnait, des gens qui en avaient n'en faisaient pas le business. Ils ne savaient même pas la valeur que ça avait. C'était un cercle très petit, personne ne faisait de l'argent avec ça, il n'y avait pas de trafic » (Francine, morphine, héroïne, 1973, première injection à 16 ans).

Ces engagements dans la consommation d'opiacées ne sont pas inscrits dans une période de haute criminalisation des pratiques comme ils le seront plus tard. Du reste, pendant toutes les premières années, ils ne se sont pas sentis hors la loi : le fait de « piquer des ordonnances » au vieux médecin du lycée relevait du jeu et de la ruse rituels avec les autorités. La plupart ont pu maintenir un certain niveau d'intégration sociale et un travail régulier. Dans des milieux sociaux qui ne sont pas trop soumis aux contraintes économiques de l'accès aux stupéfiants, cette modalité de l'expérience, dans sa dimension « festive », contribuait plutôt à faire fonctionner les prises de risques comme des « stimulants » plutôt que des freins :

«... J'ai fréquenté ce milieu, on avait de l'argent et nous on était les rois du monde, on se défouait, on était... on n' a jamais pensé qu'un jour on se ferait rattraper par le produit » (François, héroïne, 1980, première injection à 18 ans).

Sans étendre cette situation à l'ensemble des consommateurs de ces années-là, ils n'ont pas subi de plein fouet les « réactions de société » comme les générations qui vont suivre⁸⁰. Échapper au marquage social semble avoir protégé un certain nombre d'entre eux d'une entrée préalable ou concomitante dans une spirale de marginalisation ou de désaffiliation. Dans la suite de leur parcours, même si au fil de leur histoire, les choses seront parfois moins idylliques, ils ont eu l'opportunité de construire des bases d'ancrage diversifiées à partir d'un certain nombre d'apprentissages sociaux classiques : maintien d'une scolarité secondaire ou supérieure, accès à un diplôme, accès au travail légal et régulier, etc. Ils ont pu constituer pendant tout ce temps un « outillage » préalable qui leur a permis de poursuivre leur consommation pendant des années tout en évitant la marginalisation. Aujourd'hui encore, ces supports sociaux leur permettent de maintenir une intégration ordinaire et de rester relativement dégagés des conséquences sociales et économiques de la criminalisation et de la stigmatisation. Un contexte d'engagement dans la pratique d'injection qui n'a pas été accompagné d'une confrontation à un ordre social encore mal organisé pour en faire un problème de société, et où ils n'ont donc pas été désignés précocement comme des délinquants ou des malades.

⁸⁰ Les choses changeront radicalement avec les réactions de société dont la traduction ultime est la loi de 1970.

Par rapport au découpage historique présenté dans le premier chapitre, nous avons remarqué que ces repères ont pu continuer à fonctionner, à se recouper ou à interférer avec des périodes ultérieures. Toutefois moins portée par un idéal contestataire, la fin des années 1970 reste encore marquée par un certain nombre de références, surtout sur le versant d'univers culturels « branchés » (musique, littérature), et toujours dans des milieux sociaux comparables (classe moyenne, étudiants). Mais on voit apparaître conjointement la dimension « déviance » dans ces engagements. Ceux qui ont commencé à s'injecter de l'héroïne à la fin des années 1970, au sein de groupe d'amis partageant le goût de la fête et une passion admirative pour les icônes rock se sont revendiqués d'une culture « *underground* » (terme utilisé pour désigner un élitisme de la déviance). L'injection n'avait toujours pas une image dégradée et négative, comme au début des années 1980, et cet « idéal » a pu fasciner des jeunes d'autres milieux, par le biais de l'entrecroisement de réseaux proches de milieux privilégiés et/ou de certaines sphères culturelles (enfants de notables, artistes, etc.) :

« ... Au lycée, je recherchais beaucoup toutes sortes de sensations fortes. J'ai pris du LSD, des amphétamines, surtout des Dynantel®. Je traînais beaucoup dans un milieu un peu artistique, vers Boulogne à l'époque jusqu'à 18 ans » (Christiane, héroïne 1983, première injection à 18 ans).

A cette époque les produits circulent aussi au sein des milieux populaires, et la gamme des substances disponibles s'étend considérablement (apparition, entre 1975 et 1980, des solvants et des médicaments détournés de leur usage). Outre une introduction précoce à l'usage de « stupéfiants », ces produits permettent une certaine diversification des modes de consommation. Certains commencent par inhaler ou sniffer, quand les plus « anciens » étaient allés directement vers l'injection.

Les rapports à la famille sont également marqués d'une volonté d'« émancipation » comparable hors des contextes de socialisation ordinaire. Ce n'est pas sur des bases de conflits ou d'un malaise ressenti que les usagers se positionnent, mais à partir d'un désir de marquer la distance avec le monde social considéré plus globalement. Les stratégies de dissimulation de la consommation renvoient davantage à une manière de protéger et de continuer à faire fonctionner les bonnes relations intrafamiliales. Comme ils ont pu, la plupart du temps, conserver un style de vie relativement « intégré » (maintien de la scolarité, d'un travail, d'un logement personnel), ils ont également continué ou construit une vie de famille, de même qu'une implication dans des réseaux sociaux multiformes, pas particulièrement centrés sur une logique de « milieu toxicomane »... Lorsque le rapport au produit, avec tout ce qu'il implique comme organisation de l'existence, va devenir une ligne biographique centrale dans leur parcours⁸¹ et infléchir les autres composantes des trajectoires, il ne va pas totalement les déstabiliser, même si parfois un dédoublement de leur position sociale était nécessaire (double vie, sociale et professionnelle visant à la dissimulation des pratiques). Cette intégration « officielle » ordinaire aurait permis que des implications parfois conséquentes dans des trafics restent suffisamment « souterraines » pour ne pas susciter l'intérêt des forces de l'ordre :

« ... On a eu de la chance certainement, mais aussi, comme socialement on ne se faisait pas remarquer, comme on vivait “normalement”, on n'éveillait pas le soupçon. On a du passer à côté... » (Pascal, morphine, héroïne, 1971, première injection à 15 ans).

⁸¹ R. Castel, A. Ogien, *et al.*, (1992).

2- Entrer dans des pratiques « ado » - Une logique générationnelle

Faut savoir quand même que quand tu te défonces quand t'es adolescent, ça a des répercussions, ça a des résonances, tout ça, qui peuvent être assez fortes, dans la mesure où tu te construis quand t'es adolescent... Et quand tu te construis avec de la came, c'est pas facile après de vivre sans came. (François, héroïne, 1980, première injection à 16 ans)

Une seconde figure rendant compte des conditions qui, au-delà de la conjoncture historique ouvrent la voie de l'injection, renvoie aux problématiques spécifiques de la période de l'adolescence. Goût de la découverte, mais aussi plaisir ou problématique partagée avec des proches. Les références à la fonction de transgression et la dimension « générationnelle » apparaissent ici plus marquées dans les rapports à l'acte d'injection :

« Moi c'était plus le plaisir uniquement. Mais aussi j'étais dans un contexte où j'étais avec des amis. Le contexte c'est aussi très important. Il y a eu aussi le goût de la découverte. Dans les milieux plus bourgeois, tu as beaucoup de coke qui circule aussi, c'est aussi un contexte particulier, mais ça n'a pas les mêmes incidences. Pour moi, c'était quelque chose de nouveau, avec des amis autour de moi. J'aime tout ce qui est à découvrir. La première fois tu ne sais pas ce que c'est, et en plus quand tu fréquentes un environnement où tu peux en prendre, tu le fais. Le fait aussi que ce soit interdit, ça conditionne en partie la façon dont tu vas en prendre la première fois » (Daniel, héroïne 1981, première injection à 17 ans).

Ce sont plutôt les réseaux sociaux proches et la position dans un univers particulier qui vont orienter les consommations successives. Le contexte lycéen intervient notamment. Les produits primaires peuvent, dans ce trajet, avoir préparé et constitué des bases d'expérimentation collective et d'expérimentation des sensations. Plus tard, l'injection représentera un cran supplémentaire dans cette recherche. Par le biais d'un groupe de pairs, les jeunes ont expérimenté les divers produits, au gré des disponibilités, pour « faire bien », pour faire comme les autres, à une période où « quand on est adolescent on cherche toujours un petit plus, soit qui nous diffère des autres, soit de la société » (Caty, héroïne, 1971, première injection à 16 ans).

Quelques-uns sont au croisement de divers milieux sociaux, de références multiples et naviguent selon des rencontres qui assurent la mise en contact avec des consommateurs d'héroïne :

« À l'époque je ne faisais parti d'aucun mouvement particulier. Un de mes copains est devenu punk, lui. Moi non, je faisais partie de plusieurs milieux. À la fois des classes moyennes, et j'avais des potes bourgeois, et des fois je les réunissais. On allait dans les bars à Paris, on faisait les tournées, on emmenait un poste de radio dans le métro. On mettait la musique de Bob Marley très fort, on était très provocant, on fumait des pétards. On délirait, on allait en boîte assez souvent. Moi j'écoutais de tout, chez moi, c'était surtout ce qui passait à la radio, mais aussi Piaf, Brassens, un peu Status Quo, les Rolling Stone, Pink Floyd. Mais je n'étais pas un fan de Marley, mais mes copains l'étaient. Des fois je me défonçais en écoutant de la musique, je trouvais ça beau » (Daniel, héroïne 1981, première injection à 17 ans).

L'histoire de l'une des jeunes femmes rencontrées permet de souligner l'interférence entre plusieurs facteurs d'introduction aux drogues et à l'injection, au croisement d'influences générationnelles, culturelles, sociales... Mais dans les histoires individuelles apparaissent aussi des conditions particulières (problématiques familiales, stigmatisation, criminalisation...) qui induisent des enchaînements aux incidences propres. Plusieurs plans se recourent pour impulser une dynamique de vie et ouvrir des occasions de passage à la shooteuse :

« Avant donc je traînais avec des petits rockers, qui avaient des petites motos débridées, dans une bande où on allait se taper sur la gueule avec des autres bandes, et après j'ai atterri dans un monde complètement différent, où pour moi on était presque tous frères... Ce que j'ai cru... C'était pas une grosse zone de toxicos, c'était plutôt des babas. Je venais d'arrêter l'école. J'avais 15 ans et 3 mois quand j'ai obtenu une dérogation pour me marier avec le chef de la bande avec qui j'étais. Après j'ai complètement changé de créneau, de style de personnes. Mais bon, je ne me suis pas mariée finalement, parce que je suis partie dans un autre délire, j'ai connu la came, la musique... J'arrivais d'une adolescence de petits loubards et je tombais dans un monde qui me paraissait cool, plus adulte... Personne ne bossait. Enfin moi je les voyais... Ce qu'ils faisaient en parallèle... si ils faisaient des casses... je ne le savais pas moi. C'était ponctuel, on passait des moments ensemble... je traînais dans des piaules avec des gens qui faisaient de la musique... » (Cathy, héroïne, 1971, première injection à 15 ans).

Dans ces mécanismes d'introduction à l'injection, les personnes sont amenées à effectuer des va-et-vient entre différents réseaux. Leurs engagements s'inscrivent dans l'évolution de la diffusion des produits vers les jeunes de milieux populaires, en particulier par le biais des réseaux de sociabilité qui s'entrecroisent dans les centres des grandes villes, au sein des établissements scolaires, par le biais de la fréquentation de milieux « baba » et « lycéen ».

Les produits commencent aussi à se diversifier davantage, ceux qui sont en vogue alors sont le cannabis, les amphétamines associées à l'alcool, les « coupe-faim », les acides, la cocaïne (sniffée). Apparaissent dans les expérimentations, les médicaments détournés de leurs usages : des formes accessibles à un plus grand nombre en tant que produits de consommation plus courante.

Le rôle de l'interdit supplante l'idéal de transformation de la société, et ces personnes s'inscrivent de manière plus systématique dans l'apprentissage d'une vie « hors la loi ». À partir de cette période, la loi de 1970 vient indiquer la manière dont la société réagit face à un phénomène qui commence à prendre une dimension sociale. La plupart des personnes vont connaître alors l'apprentissage de la rue et de la petite délinquance :

« J'avais une mobylette, on traînait dans les grands magasins, on taxait des outils, n'importe quoi. C'était juste par jeu. Lui était plus dans le besoin. Mais neuf fois sur dix, on piquait du chocolat, des conneries, et on narguait les vigiles. Après on a fait des p'tits coups plus importants. On volait des appareils photos, des trucs comme ça. Mais je ne faisais absolument plus rien à l'école. J'ai eu beaucoup de chance, j'ai quand même eu des résultats à peu près corrects et je suis passé en première C, on était seulement cinq sur l'ensemble de la classe » (Daniel, héroïne 1981, première injection à 17 ans).

Ces pratiques, dans les premiers temps, fonctionnent de la même manière que les consommations de drogues, comme une autre voie possible de la transgression envisagée sur le mode ludique. Mais cet « objectif » ne pourra être tenu que si un minimum de cohésion familiale et de réussite scolaire continuent à constituer des ancrages suffisamment forts :

« À partir de la seconde, je passais ma vie dans la rue, ma vie, c'était taxer des trucs dans les magasins, on les buvait, on s'éclatait, on se faisait plaisir, ça t'emmène à faire des petits coups un peu plus sérieux. On se défonceait la tête, on était bien, j'étais curieux de tout connaître, je me foutais des conséquences possibles, et de toutes sortes de conséquences. J'essayais tout ce qui se présentait, j'avais l'impression de vivre intensément » (Daniel, héroïne 1981, première injection à 17 ans).

Alors que les usagers des années 1960-1970 ont abordé la toxicomanie comme un style de vie (et non une déviance) qui pourrait être assumé sans les interdits et leurs conséquences, de profonds changements apparaissent ici dans la manière dont les usagers vont analyser leur engagement. La société a été amenée à agir et réagir de manière beaucoup plus tranchée et précise (au travers de la loi de 1970), ce qui contribue aussi à formater leurs propres représentations sociales. Quelques-uns, comme Nathan, considèrent en effet qu'ils ont franchi la ligne au moment du premier shoot, et vont dès lors se percevoir selon les représentations dominantes de l'époque :

« C'est vrai qu'on vivait quand même dans le début des années 1970 dans le truc du destin. Parce qu'on lisait les journaux ! C'est le problème de la réflexivité. Les toxicomanes, qui n'étaient peut-être pas forcément toxicomanes, moi je n'ai jamais été toxicomane en vérité... Mes copains le sont devenus parce qu'ils ont travaillé pour ça, moi j'ai jamais... je t'ai expliqué pourquoi, ça ne m'a jamais, jamais vraiment totalement intéressé. Mais on vivait quand même dans l'idée, qu'à partir du moment où on se shootait, on était définitivement pris dans un truc dont on ne pouvait pas se... Dans une prison, voilà » (Bernard, opium, héroïne, 1967, première injection à 17 ans).

La toxicomanie deviendrait un enchaînement inéluctable qui se met en place dès le début.

Outre les dimensions sociales et générationnelles, d'autres plans se croisent dans l'expérience des personnes pour assurer leur entrée dans ce système. Des problématiques familiales particulières interviennent par exemple. Qu'il s'agisse d'une fraction de la jeunesse « dorée » ou de la jeunesse « populaire », on remarque souvent des rapports affectifs bancals, des tensions, une absence de communication... qui rendent la référence familiale aléatoire en même temps qu'ils fournissent à quelques-uns des bases pour revendiquer et développer leur goût du risque et de la provocation :

« J'ai commencé comme ça, et tous mes potes, on était... Il y avait le contexte familial, on était en rupture avec notre famille, beaucoup d'immigrés, tu vois, dans des... euh... dans des cocons au niveau financier, mais au niveau affectif il y avait pas grand-chose. On était très, comment dire... Il n'y avait pas tellement de rapports entre les..., si tu veux, n'y avait pas de démonstrations affectives chez nous, quoi. Je dis chez nous parce que en fait avec mes potes, c'était la même chose, mais en fin de compte on était très soudé les uns aux autres. Et on se retrouvait, c'était la défonce, quoi, c'était l'ivresse... certainement l'oubli, mais il y avait une espèce de..., on se posait pas de questions, c'était pour le fun, quoi » (François, héroïne 1982, première injection à 18 ans).

Ce n'est pas la face «psycho-analytique» que l'on retient là, mais bien l'articulation de plusieurs plans d'«attraction» qui, combinés les uns aux autres, indiquent que lorsque le soutien familial néglige la dimension affective, la disparition de la dynamique relationnelle et émotionnelle peut, entre autres, fournir à ces personnes des occasions d'analyser leur histoire à partir de ce type d'événements :

« Des lacunes que tu as eues au niveau de tes parents, pas spécialement parce qu'ils ne te l'ont pas donné, mais parce que tu l'as ressenti comme ça, que tu aurais eu besoin de plus de tendresse, de plus d'attention et que tu la retrouves à travers ces autres personnes qui sont complètement disjonctées, donc tu as l'impression qu'il y a une harmonie, ou tu te l'as créée... » (Caty, héroïne, 1971, première injection à 15 ans).

Tout ce qui permet de reconstituer, en outre, un ancrage affectif et émotionnel avec des personnes qui partagent les mêmes conditions peut faire office de support. Cette « introduction » de la famille comme l'un des plans qui se croisent pour assurer l'entrée dans ce système renvoie aussi au mode d'interprétation des toxicomanies à cette époque : on commence en effet à poser la responsabilité des familles à cet égard. Une époque marquée par l'apparition (durant les années 1970) de « théories » qui présentent la consommation de drogues comme sous-tendue par des problématiques propres à l'adolescence, le mal-être de la jeunesse, les défaillances familiales...

Sur la base de la recherche de sensations et d'une levée des inhibitions et des peurs personnelles, Julien a expérimenté toutes sortes de produits psychoactifs entre 15 et 17 ans, jusqu'au moment où il sniffe de l'héroïne. Au sein d'un milieu lycéen et musicien, il explique qu'il a consommé tout ce qui pouvait lui faire oublier qu'il avait « la trouille de tout » et lui donner l'impression qu'il pouvait appartenir à un groupe, avoir des contacts plus faciles avec les autres. Il n'y a rien là selon lui de « social », mais plutôt un impératif de quitter son état normal, ressenti depuis qu'il est très jeune. S'étant aperçu que lorsqu'il commençait à boire (vers l'âge de 10 ans) il éprouvait beaucoup moins de mal à aller vers les autres, il a augmenté sa consommation, même chose avec le hachisch (vers l'âge de 15 ans) :

« Je me sentais plus à l'aise, j'avais moins peur. Moi c'est parce que ça m'a fait de l'effet que j'ai continué à en prendre. Je me sentais moins coincé, mieux dans ma peau... J'avais l'impression de me sentir plus fort, plus ceci, plus cela, et en plus les gens qui m'attiraient, vers qui j'avais envie d'aller, faisaient ça... les gens avec qui j'avais envie d'être, les groupes auxquels j'avais envie d'appartenir c'était des gens qui fumaient déjà ! » (Julien, morphine, héroïne, 1979, première injection à 18 ans).

La prise de produit est envisagée comme un moyen de conjurer ses peurs, constituer un réseau d'appartenance, lutter contre ses difficultés à construire des relations sociales, se « décoinçer ». Julien s'inscrira petit à petit dans un milieu susceptible de supporter et d'alimenter les pratiques et les relations propres au milieu toxicomane, mais sur des bases plutôt utilitaires, sans pour autant constituer de liens forts avec les consommateurs. Une histoire « hyper-complexe » reconnaît-il ! où aller vers les autres lui apparaissait tellement insurmontable. Le rôle désinhibiteur des produits psychoactifs fonctionne comme un levier puissant pour constituer une image de substitution à celle qui ne lui plaisait pas. Julien utilise ainsi les produits disponibles dans son environnement tels que l'alcool, les coupe-faim (amphétamines). En cohérence avec la manière dont, pour chaque personne, cette pratique vient se positionner dans leur trajectoire, il affiche encore aujourd'hui (contrairement à ceux qui ont commencé par les opiacés) une très faible détermination dans le produit d'élection :

« J'ai mis longtemps avant de tomber accro parce que je changeais toujours de produit, je ne prenais jamais deux fois la même chose. Un jour je picolais, le lendemain je fumais des pètes, le jour d'après je prenais des cachetons, après je prenais une ligne... Ma première ligne (d'héroïne), c'est vers les 16 ans... » (Julien, morphine, héroïne 1978, première injection à 17 ans).

Des capacités de maintien dans une intégration ordinaire ont perduré, parallèlement à cet engagement, grâce à la poursuite de la scolarité, l'absence de rejet de la famille (malgré des défaillances affectives et éducatives), le maintien d'une intégration sociale et économique suffisante qui permet d'éviter l'incarcération⁸² et ses conséquences...

Dans la constitution de ces parcours avec les drogues, la manière dont vont se décliner les différentes composantes de la trajectoire, les occasions d'implication et d'investissement dans des filières de socialisation ordinaire vont toutefois contribuer à la diversification des biographies. Quelques-uns ont maintenu des ancrages variés, en évitant le rejet familial, en traversant de manière aussi épisodique qu'atypique l'univers scolaire (absences répétées, absence de travail, consommations de produits psychoactifs pendant le temps scolaire...), mais pourtant sans trop de dommage et la plupart du temps en sortant avec un diplôme... Autant de ressources⁸³ qui les ont maintenus dans une zone d'équilibre permettant de gérer leur rapport aux produits, et qui leur ont permis de réaménager ultérieurement leur style de vie : des opportunités d'« embourgeoisement » comme disent aujourd'hui ces « ex-baba » !

Ceux qui ont survécu (physiquement) sont à ce jour plus fréquemment des « toxicomanes intégrés » socialement et économiquement avec une consommation occasionnelle ou régulière de produits licites et/ou illicites ; certains ont totalement abandonné l'injection, ou sont « substitués » avec une tenue à peu près « conventionnelle » des règles d'usage. D'autres ont cessé toute consommation. Quelques-uns néanmoins, à l'exemple de Caty, ont quitté très précocement l'école et leur famille. N'ayant jamais travaillé, ils ont connu une disqualification sociale et économique, se sont ancrés dans un rejet des institutions et ont eu tendance à rechercher d'autres terrains d'apprentissage et de reconnaissance.

3- Histoire de « déglingue » - Une logique de ruptures en chaînes

J'étais accroché dès le premier jour. J'étais complètement démoli psychologiquement, et dès qu'on rentre là-dedans comme ça, on est accroché, quand on rentre là-dedans pour combler des grosses crises d'angoisse, on accroche de suite ; j'étais une souffrance entière moi à l'époque. (Marc, héroïne 1978, première injection à 16 ans)

La troisième figure d'engagement renvoie à des processus de rupture sociale et/ou familiale. L'introduction de la drogue intervient de manière consécutive à une histoire personnelle très perturbée. La prise de produit est alors très fortement liée à une conjoncture où plusieurs plans de l'histoire sociale, familiale et économique se conjuguent pour assurer

⁸² Nous avons montré ailleurs que l'incarcération constitue dans la plupart des parcours d'usagers « au moins » une des composantes du système addictif et au pire une voie d'accélération de la dégradation.

⁸³ M. Titran, « La compétence contre l'exclusion : l'expérience du CAMPS de Roubaix », *Ville et Santé*, 1995, CFES.

l'engagement dans la consommation de produits psychoactifs. Marc a coupé les ponts avec sa famille à l'âge de 16 ans, il fugue brutalement et se retrouve en foyer. Il retrace son histoire d'engagement en se rappelant le contexte de son premier shoot :

« Je ne sais pas si il faut commencer quand j'ai commencé avec l'héroïne, parce que je pense qu'on est toxicomane avant de l'être. Moi, c'est un état de fuite par rapport à ma famille. C'est plutôt un état d'esprit au départ, la toxicomanie. C'est une fuite qui s'est construite avant 16 ans, même si j'ai commencé à 16 ans... Je suis parti d'un coup, les mains dans les poches, sans rien préméditer. C'était spontané, mais pourtant pour moi, c'était comme une renaissance en même temps. J'ai tout laissé derrière, l'ai laissé mon histoire en cours de route, et rien que de faire le premier pas, j'ai commencé à m'oxygéner. Je suis parti, je n'avais pas d'argent, rien, pas de valise, et pas de famille chez qui aller » (Marc, héroïne 1978, première injection à 16 ans).

Lorsque des tensions et des ruptures avec le cadre parental viennent à ce point déstabiliser et même briser les trajectoires, les personnes vont devoir mobiliser des forces importantes pour construire quelque chose d'autre, se recomposer autour d'une nouvelle orientation. Cette « quête personnelle » peut croiser la possibilité d'entrer dans un système de vie avec les drogues, sur fond de recherche de supports affectif et identitaire venant compenser ces défaillances familiales. Comme pour d'autres composantes des trajectoires, les familles peuvent se retrouver « impliquées » dans cette étape d'initiation. Elles constituent une zone particulièrement sensible, même si, bien sûr, dans notre approche biographique, il ne s'agit pas d'établir de corrélation simpliste entre des engagements déviants et les défaillances de la fonction parentale⁸⁴. Autrement dit, si cette zone de fracture participe du processus d'engagement dans la consommation d'héroïne, d'autres orientations que la toxicomanie sont possibles. Et si c'est l'héroïne qui intervient comme élément dans cette réorganisation, c'est parce que d'autres plans se croisent dans ces expériences : la présence des activités illicites et la disponibilité des drogues sur les territoires de circulation de ces personnes :

« Là, au foyer, je suis tombé directement dans une plaque tournante de drogues, toutes les drogues il y avait là ! C'est vrai. Autant j'aurais pu m'orienter autrement si j'étais tombé ailleurs, je ne sais pas, mais là c'était pas possible. C'est là que j'ai fumé mes premiers joints, avant je ne fumais même pas du tabac. Après, assez vite même, j'ai essayé la codéine, des cachets qui tournaient. Je n'avais pas encore pris de l'héroïne, ça c'est autre chose. La codéine, ça ne me convenait pas trop mal, mais c'était pas ça quand même, je sentais qu'il me manquait quelque chose... Je ne sais pas comment dire, je recherchais autre chose. Chaque produit, c'est différent, ça correspond à l'état de la demande de chacun. La cocaïne par exemple, ça ne me correspond pas, j'ai goûté mais j'ai compris très vite que ça ne me convient pas. Chaque produit apporte quelque chose à l'état d'esprit dans lequel on est » (Marc, héroïne, 1978, première injection à 16 ans).

Le foyer joue le rôle de milieu susceptible de porter et d'alimenter les activités propres aux pratiques de consommation. Dans ce type de parcours, les enchaînements sont particulièrement rapides, l'expérimentation d'autres produits psychoactifs est restée limitée, de courte durée et Marc a démarré l'injection d'héroïne dans les semaines qui ont suivi. Au travers du mouvement qui le conduit à se chercher, à observer et à expérimenter un certain nombre de drogues, il donne du sens à cet engagement autour d'un déterminisme familial

⁸⁴ Elle correspond dans cette analyse à l'un des éléments qui se conjuguent pour assurer les engagements dans des pratiques déviantes.

particulièrement fort. Si cela lui permet de réorganiser son mode de vie, cela constitue aussi une manière de se river à cette histoire. L'héroïne a constitué un support possible, identitaire, elle a même joué un rôle relativement équilibrant, l'aidant à surmonter cette crise familiale et affective extrêmement perturbante. Il va d'ailleurs par la suite vouer à ce produit une grande « fidélité », de même qu'au mode d'administration qu'il associe très fortement dans ce rôle de réorganisation de sa vie.

En l'absence de ressources relationnelles et/ou économiques pour s'assurer un accès facile à l'héroïne, ces personnes sont amenées conjointement à côtoyer les circuits de revente de drogues et d'autres consommateurs. Compte tenu des conditions financières attachées à la consommation du produit, elles doivent trouver des ressources nécessaires dans l'urgence, et les prises de risques associées à ces activités viennent compléter le tableau. La donnée économique est centrale dans cette organisation, elle induit des contraintes et il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités pour des personnes qui ont, de manière concomitante, quitté aussi les circuits d'insertion ordinaire. Elles s'engagent très vite dans les activités illicites et le système des échanges qui les portent : « C'est un métier aussi la toxicomanie, explique Marc, c'est comme un boulanger, il fait son apprentissage. » Lorsque le cadre familial et/ou social ne porte plus rien, certains jeunes peuvent être amenés à faire leur expérience en dehors des cadres de socialisation ordinaires, dans la rue ou dans d'autres endroits où ils retrouvent ceux qui vivent le même isolement, la même dégradation. Ils vont devoir maîtriser les activités inhérente à leur consommation et donc se qualifier pour cela. Les prises de risques sur le plan répressif font aussi rapidement leur entrée dans ce système :

« Il faut accepter de perdre, c'est comme un jeu, si tu réussis, tant mieux, et si on compte, c'est plus souvent gagné que perdu. On doit accepter ça, on ne peut pas faire autrement. Je n'ai fait que m'adapter à un système, celui de la toxicomanie » (Marc, héroïne, 1978, première injection à 16 ans).

On doit en apprendre les règles, et si on ne les accepte pas, dit-il encore, il vaut mieux quitter le système car il deviendrait impossible de s'y maintenir... D'autres zones d'interdépendance relationnelle, sociale et économique qui viennent automatiquement se surajouter.

Certains territoires fonctionnent comme supports d'engagement et de pratiques, sur fond de déglingue et de rejet familial, dans tous les milieux sociaux : le passage par les pensionnats, les placements ont pu jouer un rôle charnière. Pour certains enfants, ils ont constitué des hauts lieux de violences (châtiments corporels et violences sexuelles compris), et de trafics. Entrer dans la consommation de produits stupéfiants a pu s'opérer comme une « régulation naturelle », explique Nathan, un contrepoint à de trop multiples tensions, un enchaînement logique qui s'est quasiment imposé à lui. Issu d'un milieu social de classe moyenne, il est amené très jeune (milieu des années 1960) à s'« associer » à d'autres jeunes connaissant un parcours comparable :

« C'était la classe ouvrière. Moi je ne connaissais pas, je ne savais même pas ce que c'était ! Je n'avais pas la moindre idée. Le seul peuple que je connaissais c'était les bonnes qui travaillaient chez moi... Donc là a commencé ce qu'on a appelé "les trois mousquetaires". Alors c'est une histoire à la con, parce qu'en plus c'est une histoire en parallèle... mon frangin c'était aussi les trois mousquetaires, parce que lui aussi de son côté il avait deux copains à Sciences-Po. Un qui fait une très belle carrière, un autre qui est devenu complètement alcoolique. Enfin, c'est le parallélisme, mais on ne s'en rendait pas compte à l'époque. Et là, à ce moment-là, est arrivé le cannabis. Je devais être en seconde, un truc

comme ça, j'ai eu mon bac à 17 ans et demi, donc je devais avoir 15 ans un truc comme ça. Donc on partait dans le 13^e, on recommençait à fumer des joints, et à écouter de la musique anglo-saxonne. [Puis à 17 ans] On est passé des pétards à la shooteuse... par l'opium. C'est-à-dire qu'un soir, on était dans les pétards, et puis c'est A. quand même qui a... Parce que lui il était là-dedans. C'est lui qui a commencé je pense, et lui ça ne lui posait pas de problèmes de nous initier à autre chose... » (Nathan, opium, héroïne, 1967, première injection à 17 ans).

Ces petits pans d'histoires individuelles nous montrent que toutes sortes de liens entre les contextes sociaux et historiques d'introduction de l'injection existent, et que les points de communication et d'échange entre les réseaux contribuent à faciliter l'accès à divers produits et modes d'administration. Pour autant, bien sûr, tous, dans les mêmes circonstances, ne vont pas « injecter ». À conditions de vie comparables, toutes les personnes ne s'installeront pas non plus systématiquement de manière durable dans ce système. Pour certains, la consommation ne constituera qu'un passage, mais pour d'autres, ces mêmes endroits ont été des lieux d'initiation et d'enracinement dans les pratiques d'injection⁸⁵.

Les zones d'habitat social peuvent être aussi le théâtre de réorientations de trajectoires. Sur fond de fragilité familiale, d'enfance maltraitée, après des passages dans de multiples foyers d'accueil depuis l'âge de 7-8 ans jusqu'à sa majorité, Thomas se retrouve dans une cité où il n'avait jusqu'alors aucune relation ni attache particulière. Sans formation ni ressources, il côtoie les circuits de revente de drogues et les consommateurs et s'implique rapidement dans le deal local :

« Les foyers, ils m'ont lâché quand j'ai eu 18 ans, je suis venu direct, en 84, ma sœur elle était déjà là, je suis allé habiter chez elle. C'est là que j'ai commencé à me mettre dans des plans, à vendre de la came (héroïne et cocaïne)... Je ne connaissais pas, mais il y en avait plein qui faisaient, c'était facile de se mettre là-dedans, ça s'est fait tout seul » (Thomas, héroïne, 1985, première injection à 19 ans).

L'intéressement aux profits du deal de proximité se trouve à la base de cet engagement dans les activités liées aux drogues. Pour lui, la vente de drogues est une activité parmi d'autres ; elle lui permet de constituer des ressources économiques et relationnelles dont il est alors totalement dépourvu. Cet exemple est représentatif d'un modèle d'intégration à la vie des cités découvert à l'adolescence et qui participe à l'orientation de sa vie... Là encore, les choses auraient peut-être pu se jouer autrement, mais sur des communes ou des quartiers où ces produits circulent, un certain nombre de conditions sont réunies pour rendre l'engagement dans cette sphère d'activités possible. Le début des années 1980 marque, comme on l'a vu précédemment, une très nette progression de la diffusion de l'héroïne dans les milieux populaires et particulièrement celui des cités. Des jeunes vivant dans ce contexte peuvent, au croisement de leur trajectoire individuelle, s'inscrire dans ce mode de sociabilité, en adopter les codes et les pratiques.

Le passage à l'héroïne n'est pas lié à la fascination pour le produit, ni à sa seule disponibilité, mais plutôt à la possibilité de s'intégrer localement aux réseaux économiques et sociaux. Ces pratiques sont plus territorialisées que générationnelles. L'accrochage ne porte plus sur un produit d'élection mais va s'opérer sur des bases relationnelles. Cela va permettre

⁸⁵ P. Bouhnik, S. Touzé, *Héroïne, Sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. Marseille, Seine-Saint-Denis, RESSCOM, ANRS, 1996, p. 100.

à ces personnes de s'adapter plus facilement aux évolutions ultérieures des marchés de produits psychoactifs sur les territoires qu'ils fréquentent (passage au Subutex® notamment lorsqu'il sera plus disponible sur le marché de rue que l'héroïne).

D'une manière plus brutale encore, certains engagements procèdent de mécanismes de déstabilisation qui conduisent à la perte ou à l'usure de tous les ancrages. Malik, issu d'une famille immigrée algérienne (lui-même a toujours cette nationalité) a été rejeté par sa famille depuis qu'il s'est « mis en ménage » en 1992, à l'âge de 23 ans avec une française. Il est né et a grandi dans un quartier très « actif » en matière d'activités liées aux drogues, mais sans jamais être impliqué. Il connaît très bien ce quartier, c'est là qu'il a connu sa compagne dont la sœur dealait de l'héroïne... Il découvre avec elle le « sniff » d'héroïne et de cocaïne, occasionnellement, sans avoir besoin d'acheter :

« ... Là j'ai fait des fois avec eux, mais sans plus, j'ai sniffé, pas beaucoup, ça ne me faisait pas tellement envie, c'était juste comme ça, la sœur des fois me faisait tourner. Ça ne me faisait pas plus que ça, tu te sens bien, mais je ne sais pas, ça ne m'intéressait pas tellement, et ça descend dans la gorge, c'est amer, j'aimais pas trop. Je n'ai jamais acheté de la came, c'était juste quand on m'en donnait un peu. Elle, elle faisait en gros, elle avait toujours beaucoup. Je faisais encore coursier, je travaillais, je ne me mêlais pas de leurs affaires... Et c'est à cause de tout ça que je suis tombé en prison. Je suis tombé pour la gawe. À cause de sa sœur tout ça, ça se passait chez moi aussi... » (Malik, Subutex®, 1997, première injection à 29 ans).

Arrêté en 1996 et accusé d'être intermédiaire (pour le deal d'héroïne et de cocaïne) il fait un an de prison au cours duquel il « découvre » le Subutex® et commence à le sniffer. En sortant, la galère s'accroît : il est à la rue, sa copine l'a quitté, a eu un enfant de lui pendant son incarcération, qu'elle l'empêche de voir etc... Il continue alors le sniff de Subutex® et passe très vite au shoot. L'emprisonnement vient parachever la déstabilisation et fonctionne comme un espace-temps de mise en contact avec les logiques de prise de produits. Ce type de parcours se rapporte davantage à des ruptures brutales, les enchaînements sont rapides et produisent des effets qu'il ne parvient pas à maîtriser. L'entrée dans la consommation de drogues fonctionne comme un élément de désorganisation profonde. Il n'y a même plus de cadre de référence qui lui permette de positionner son engagement :

« J'ai essayé d'arrêter en sortant, je me disais que c'était pas bon, que je devais pas me mettre là-dedans. J'ai vu ça en prison, des mecs qui courraient partout pour trouver un cachet, tu les vois marcher, ils sont pliés en deux. Mais là le problème, quand je suis sorti, c'est que j'étais dehors, je me suis retrouvé à la rue. Ma femme m'avait lâché, je n'avais pas d'argent, pas d'appartement, rien. Là, j'ai pris pour avoir chaud. Je ne peux pas moi rester dans la rue comme ça, je n'ai jamais été dans la rue avant, et maintenant... Au début, je l'ai sniffé, comme dedans, et après, je l'ai piqué. C'était pas très longtemps après » (Malik, Subutex®, 1997, première injection à 29 ans).

Dans un contexte de désaffiliation et d'errance, le produit et son mode d'administration fonctionnent comme une ressource pour supporter la vie à la rue, un moyen d'apaiser la souffrance, de soulager l'angoisse, de dissiper les sensations de mal-être. Nous retrouverons cela dans le quotidien de quelques autres personnes, mais souvent après plusieurs années et plusieurs étapes. Ce qui est à remarquer ici, c'est qu'il s'agit d'un engagement dans l'injection que l'on rencontre aujourd'hui chez des personnes très précarisées, et qui s'effectue avec les produits disponibles facilement dans la rue, dont le prix est abordable, comme le Subutex®.

Ces modes d'engagement sont récents (accentués par la mise sur le marché en médecine générale du Subutex®), et significatifs de cette modalité de trajectoire. Les personnes qui se retrouvent dans cette situation ne se perçoivent pas vraiment comme des usagers de drogues, mais comme des « obligés transitoires » de ce milieu de « racailles » dont ils espèrent sortir rapidement. L'intégration des réseaux d'injecteurs permet ici de lutter contre l'isolement social et détermine cette forme de cohabitation obligée, en particulier sur des territoires où ce mode de consommation domine depuis longtemps :

« Ici, dans la région, c'est toujours la seringue, c'est comme une habitude, les autres le calent, le Subutex® on le cale. Avant, c'était avec l'héroïne. Il y a toujours eu ça ici, les plus grands, je me souviens quand j'étais plus jeune, avant que je le fasse, j'en connaissais déjà beaucoup qui étaient dedans. Et moi, un moment, je suis parti là-dedans. C'est comme si ça faisait partie du décor, ceux avec qui tu tournes, ils font, ils te disent vas-y, c'est bien, et voilà. Et le Subutex®, c'est pareil, la cocaïne, c'est pareil, tu changes le produit, ça change rien à ça » (Malik, Subutex®, 1998, première injection, 29 ans).

Cette inscription de l'injection dans ces trajectoires est à l'origine de difficultés spécifiques quand ces personnes cherchent à sortir de cette sphère d'activités. La question de l'arrêt de la consommation dépend aussi du rapport aux autres. Elle peut être envisagée comme un risque, tant qu'il n'existe pas d'alternative en terme de « réaffiliation⁸⁶ » autour d'autres déterminants sociaux, relationnels et économiques. Actuellement, ces personnes peuvent plus ou moins assurer leur consommation journalière en faisant la manche, ou en s'inscrivant dans des réseaux de consommateurs au sein desquels on leur fait l'aumône de quelques cachets. Auparavant, les personnes qui basculaient dans ce type de parcours étaient très dépendantes des sources d'approvisionnement en produits, donc des dealers et de la délinquance. Cette forte dépendance matérielle venait accentuer ou accélérer la dégradation : course aux produits et à l'argent pouvant entraîner des actes à hauts risques.

Les produits de substitution, utilisés sur le même registre mais d'accès plus facile, permettent aux statistiques d'attester d'une diminution de la délinquance chez les usagers de drogues. Sans commettre d'actes remarquables sur ce plan, ces personnes restent toutefois les plus visibles sur l'espace public, les plus démunies, les plus vulnérables et les plus exposées au rejet social, à la répression et à la dégradation de leur état sanitaire. Ils restent extrêmement tributaires de ces liens. Partager des temps, des produits, et la pratique d'injection leur permet de se maintenir dans les réseaux sociaux de rue. Ils ne sont guère en situation de se protéger des risques de contamination : des risques subis au même titre que tous les autres et appréhendés comme inhérents à ce style de vie ; le risque majeur étant celui de la vie à la rue pris dans sa globalité et non celui de leur « sécurité sanitaire ». Ces territoires spécialisés constituent, pour les plus précarisés, des pôles d'attraction économique, relationnelle, spatiale où ces « nouveaux arrivants » font leur apprentissage de la vie à la rue de manière très brutale et accélérée. Et ce système de survie "aux interstices des rapports sociaux officiels⁸⁷ " se structure à la fois autour des produits psychoactifs disponibles et du mode d'administration intraveineux.

⁸⁶ Voir F. Fernandez, *Les modalités de la prise de risques sanitaires chez les primo-injecteurs*, Université Toulouse le Mirail, nov 2000, qui évoque l'adoption de l'injection chez les jeunes injecteurs comme un mode de réaffiliation appuyé sur cette pratique.

⁸⁷ C. Lanzarini, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, PUF, 2000.

Ces modes d'engagement peuvent traverser les milieux sociaux et familiaux. Dans notre précédente recherche, nous avons rencontré des personnes issues de milieux sociaux plus favorisés qui avaient maintenu, jusqu'à une période récente, un logement et des ressources régulières. Moins exposées au départ, elles avaient connu brutalement une rupture de leurs conditions de vie (rupture familiale, décès, maladies, séjour en hôpital psychiatrique...). Leur vulnérabilité les exposant à ce moment-là à vivre d'une manière plus tendue sur la scène publique et à se confronter aux conséquences de ce mode de vie à risques.

4- Continuité et sociabilité de quartier – Une logique collective et territoriale

... C'est du jour au lendemain que l'héroïne est arrivée dans les quartiers. On l'a même pas vu arriver... Je me suis pas posé plus de questions que ça. C'était de la folie déjà l'héroïne, tout le monde avait l'air bien, on ne voyait pas les problèmes. Chez moi, on commençait avec l'exemple des plus grands. (Kamel, héroïne, 1990, première injection, 18 ans)

Enfin, les conjonctures d'accès aux drogues peuvent se décliner autour d'une autre figure de trajectoires pour une dernière fraction de notre population, celle pour qui la consommation de drogues par voie injectable vient s'inscrire dans la continuité d'un mode de vie où les pratiques illicites ont déjà une place importante et sur des territoires où la circulation des produits est déjà très présente. C'est celle que nous connaissons le mieux jusqu'à présent, pour avoir travaillé depuis des années avec des usagers d'héroïne qui ont grandi dans les zones d'habitat populaire de banlieues. Sans refaire ici l'histoire de ces banlieues ni celle de nos travaux successifs⁸⁸, ces trajectoires s'inscrivent dans un contexte particulier. Dès la fin des années 1970 jusqu'au début des années 1980, la diffusion de l'héroïne permet l'approvisionnement d'un nombre bien plus conséquent de jeunes que ces « marginaux » des classes moyennes ou supérieures de la période précédente. Elle permet également le développement d'organisations sociales et économiques tournant autour de la consommation et du deal dans des périphéries urbaines déjà minées par la dégradation de l'environnement et les effets de crise. Là encore, ce seul plan ne suffit pas, plusieurs vont se croiser pour assurer l'engagement dans la consommation de drogues. Mais ce qui est particulier à cette figure, comparée aux précédentes, c'est l'introduction du territoire socialement et économiquement dégradé des grandes métropoles urbaines comme composante à part entière dans la construction d'un style de vie avec les drogues :

« C'est dans ce rapport à un milieu urbain et social structuré autour de toute une gamme de "risques sociaux" qu'il convient de rechercher les clés de l'évolution des parcours et trajectoires des usagers et les possibilités qui s'offrent à eux en termes d'inscription et d'engagement dans les réseaux, les marchés et les pratiques liées aux produits stupéfiants⁸⁹. » Dans le parcours et les trajectoires des personnes, il assure un support, un cadre-ressources qui a des fonctions de socialisation, mais produit également de nouvelles formes de contraintes liées au « partage d'une même condition marquée par la précarité économique et

⁸⁸ Travaux sur les trajectoires et styles de vie des jeunes en situation de précarité, menés dans une vingtaine de quartiers de Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine pendant une dizaine d'années. En particulier P. Bouhnik, *op. cit.*, 1994, et P. Bouhnik, S. Touzé, 1996.

⁸⁹ P. Bouhnik, 1994, *op. cit.*, p. 92.

sociale, la stigmatisation, etc.⁹⁰ ». Le changement d'échelle avec le passage à des marchés plus conséquents, conjugué à ces facilités d'accès, amène une transformation profonde des conjonctures d'engagement. La dimension collective et le sentiment de s'inscrire dans des pratiques partagées à l'échelle d'un quartier font leur apparition :

« Ça s'est passé qu'en fait avant, y'avais pas de came, y'avais que du shit, je connaissais que le shit, et quand j'ai su qu'il y avait de l'héroïne... parce qu'il y avait des copains à moi qu'en prenaient... C'est du jour au lendemain que l'héroïne est arrivée dans les quartiers. On l'a même pas vu arriver... Je me suis pas posé plus de questions que ça... C'est difficile de t'expliquer maintenant... Le produit était à disposition » (Zinedine, héroïne 1986, première injection à 17 ans).

« Quand t'as grandi avec des personnes qui sont devenues tes frères ou presque », explique aussi Joao, partager des temps, des loisirs, faire ensemble l'apprentissage de la débrouille, partager des conditions de vie ouvre des possibilités d'engagement.

« Ça me faisait envie d'essayer, j'avais déjà plein de copains qui faisaient, mes frères. C'était de la folie déjà l'héroïne, tout le monde avait l'air bien, on ne voyait pas les problèmes. Chez moi, on commençait avec l'exemple des plus grands » (Kamel, héroïne 1980, première injection à 18 ans).

Il a appris très jeune à faire son business tandis que beaucoup de ses copains injectaient déjà, jusqu'au jour où il est « initié » à l'injection d'héroïne, à 18 ans (1980), par des « junkies » qu'il fournissait et qui appartenait tout à fait à la génération des injecteurs des années « baba ». L'accès à des ressources économiques et le début d'implication coïncident avec cette progression des produits vers les jeunes des milieux populaires : dans cette période charnière du début des années 1980, ils commencent par approvisionner la « jeunesse dorée ». Il s'agit également d'une période de diversification importante où des produits deviennent accessibles au plus grand nombre et où ils peuvent expérimenter très tôt de tout ce qui passe dans leur environnement :

« À 13 ans, j'ai commencé à l'eau écarlate à l'école, et à l'éther. On faisait ça pour planer, avec des potes, on avait appris ça avec les grands. Après il y en a eu qui ne sont jamais redescendu de l'arbre ! Moi aussi je suis resté un peu dedans je crois. Après, quand on a arrêté ça, on a trouvé les pyramides violettes et on a déliré avec. C'était des acides qui s'appelaient comme ça. On en prenait quelques fois, pas tous les jours quand même, ça faisait bien délirer. À chaque fois, c'est quelqu'un qui ramenait ça, et on essayait. Après quand quelqu'un d'autre arrivait avec un nouveau truc, on essayait, on avait vraiment le goût d'essayer tout ce qui venait » (Kamel, héroïne 1980, première injection à 18 ans).

Apprendre à l'exemple des plus grands ne correspond pas seulement à l'émergence de pôles d'attraction tournant autour des drogues (plan socio-historique). Ces expériences se déroulent au travers d'interrelations et d'échanges, c'est-à-dire de manière concomitante à l'engagement dans de nouveaux types de rapports sociaux. Ces expérimentations et apprentissages participent donc à la production des conditions de possibilité pour une consommation suivie d'héroïne en milieu populaire. Au travers de ces apprentissages collectifs et de ces cercles de

⁹⁰ *Ibid.*, p. 41.

dépendance, on a du mal à envisager qu'il s'agisse de désocialisation, mais plutôt d'un processus de construction, même s'il est en décalage avec les normes de vie dominantes.

Chez les filles, les choses semblent s'organiser de manière différente. Nombre d'entre elles ne dispose pas de la même qualité et intensité de supports que les garçons et sont rarement intégrées préalablement à un milieu structurant. Les études de quartiers réalisées pendant plusieurs années montrent que les adolescents ne vivent pas les mêmes expériences que les adolescentes dans le même contexte et n'ont pas les mêmes pratiques tant pour ce qui est des toxicomanies que de la sexualité⁹¹. Sonia a quitté sa famille à 16 ans, sans métier et sans ressources, pour vivre dans un squat avec un garçon plus âgé qui dealait et consommait de l'héroïne. Auparavant, elle ne connaissait pas cet univers, et avait juste sniffé de temps en temps avec son frère :

« C'est par lui que j'ai connu ce mec, c'était une relation à lui. J'allais vendre la came pour mon frère des fois, c'est comme ça que je l'ai rencontré. C'est eux qui m'ont mise là-dedans » (Sonia, héroïne 1990, première injection à 16 ans).

L'engagement dans la revente l'a amenée rapidement dans le cercle des usagers. Au croisement de l'absence de ressources (tout autant économiques que relationnelles et affectives), de la violence des expériences vécues au sein de la famille, cette activité va la placer dans une situation de dépendance aux hommes qui vont assurer sa survie matérielle, affaiblir sa capacité d'autonomie et exercer sur elle un pouvoir de domination. Elle connaît, dans les mois qui suivent, l'engrenage typique des femmes qui vont associer les activités liées à l'injection d'héroïne à la prostitution :

« Avant, je ne faisais pas ça en injection. Il était violent, ça fait longtemps qu'il était toxico. Après, on avait besoin de tune, il m'a mise sur le trottoir, c'était ça ou il me battait. J'étais jeune... » (Sonia, héroïne 1990, première injection à 16 ans).

La prostitution de ces femmes usagers de drogues⁹² se trouve étroitement liée aux problèmes de précarisation. Moins de deux ans plus tard, elle est arrêtée pour deal. Elle est seule à ce moment-là et en l'absence d'arrestation de son compagnon, elle n'est pas jugée comme complice⁹³ et est condamnée à sept ans de prison. L'incarcération, pour les femmes comme pour les garçons⁹⁴ ne joue pas un rôle de « break » ni de transition. Au contraire, pour Sonia, elle dégrade les quelques ressources qui pouvaient encore subsister.

Ceci se passe, rappelons-le, dans une période où la pression répressive sur certains territoires urbains tend à s'accroître. La plupart des usagers vont alors connaître des

⁹¹ Cf. P. Bouhnik avec M. Joubert, E. Jacob, M. Weinberger, *Les toxicomanies sur cinq quartiers d'Aubervilliers. Données, interventions, pratiques et modes de vie*. RESSCOM-ALV, 1994 ; et P. Bouhnik avec A. Coppel et N. Boullenger, *Les réseaux d'échange sexuel et la circulation des informations en matière de sexualité chez les jeunes des quartiers à risques*, GRASS (CNRS) - ANRS, 1993.

⁹² S. Pryn, « Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmatisme pour la légitimation d'une pratique indigne », *Sociétés contemporaines*, 1998.

⁹³ Ce qui a généralement pour effet de réduire la condamnation.

⁹⁴ P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé, *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison, polyconsommation, substitution*, RESSCOM, DGS, DAP, 2000.

arrestations et des incarcérations répétées. La délinquance apparaît, dans tous ces récits de vie, de manière concomitante à l'engagement dans la consommation d'héroïne, indiquant une socialisation à la fois aux pratiques délinquantes et à la consommation de divers produits, en même temps que des décrochages des filières de socialisation ordinaire :

« Jeune j'ai travaillé, pas longtemps, à 14 ans je n'étais déjà plus à l'école, j'ai fait boulanger, pêcheur, aide-pêcheur. Mais j'étais trop jeune en fait pour travailler, et à l'école, on n'y allait que pour les bourses scolaires, les profs nous disaient même "reste chez toi, je te l'envoie le papier". On était intenable !... Quand j'étais jeune, ce n'était pas comme maintenant, c'était plus facile de voler. Je faisais des cambriolages de télé, vidéo, des voitures, sur commande, on braquait les dealers et tout. On se démerdait toujours, on faisait rabatteur, on arrivait toujours à faire quelque chose. On descendait en ville, on allait sur les quartiers, on voyait les dealers, on savait qui faisait, on repérait où ils avaient la marchandise... » (Kamel, héroïne 1980, première injection à 18 ans).

Ces apprentissages collectifs des pratiques délinquantes ont à voir avec la constitution de métiers⁹⁵ dans la sphère des pratiques illicites, permettent de se qualifier, d'acquérir des compétences sur divers plans : l'accès aux produits, à l'argent, la « maîtrise » des prises de risques... Autrement dit un certain nombre de compétences nécessaires à tenir la condition d'usager de drogues. Et cela va fonctionner de la même manière pour le mode d'administration : on injecte ou on sniff en fonction de la sphère de sollicitation et des réseaux dans lesquels on est impliqué. À ce titre, il n'y a pas de passage d'un produit à un autre ou d'un mode à un autre par l'escalade (effets) mais par le biais des réseaux de relation qui s'entrecroisent. Beaucoup apprennent à consommer ensemble, à se shooter ensemble : un exercice collectif qui s'inscrit dans le prolongement de ce qu'ils vivent en commun, entre ceux qui « ont grandi ensemble ».

Plus récemment, on retrouve cette figure d'engagement, non plus avec l'héroïne, dont les circuits d'accès se sont considérablement rétrécis pour ce public, mais avec le Subutex®. Tonio a dealé et sniffé l'héroïne dans les années 1990, mais ne l'a jamais injectée. Il est entré dans le business pour subvenir à ses besoins (décès du père, incapacité de la mère). Une entrée par nécessité, sur les traces d'un frère aîné déjà fortement engagé dans le trafic. Cette implication lui vaut rapidement de connaître la prison, une première fois à 19 ans, puis à 20 ans pour usage, revente, importation. En même temps qu'il cherche à couper avec son implication dans le petit trafic et le sniff d'héroïne (il se fait prescrire du Subutex®), il poursuit son implication dans le milieu des consommateurs, qui, entre-temps, s'est considérablement transformé : le Subutex®, sniffé ou injecté apparaît à ce moment-là répandu parmi les jeunes de classes populaires (inactivité, ennui et recherche de l'état de défonce). L'héroïne est devenue chère et mauvaise, le Subutex® s'y est « substitué »⁹⁶. La prison, dans son parcours, joue un rôle d'accélérateur :

« La première fois que j'ai injecté, c'était en sortant de prison... On m'a mis en taule, après on m'a ressorti, et rien... débrouille-toi ! J'avais besoin d'héroïne, mais je voulais plus y retoucher, repartir en prison... Je me suis mis au Subutex® tout seul... J'ai fait croire au docteur que je consommais, que je continuais, alors que j'y touchais plus. Je me suis mis au

⁹⁵ Des métiers éphémères, bien sûr, et aléatoires mais qui supposent le développement de savoir-faire spécifiques.

⁹⁶ P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé, *op.cit.*, p. 54-57.

subu, et puis je l'ai injecté. J'ai commencé à injecter à cause du Subutex®... J'ai jamais injecté l'héroïne... Je sais pas pourquoi j'ai injecté le Subu et pas l'héroïne. J'en sais rien... j'ai voulu essayer » (Tonio, Subutex® 1997, première injection à 20 ans).

Ainsi sont apparues, ces dernières années, des pratiques qui s'inscrivent en continuité avec l'ancien système (l'injection reste un mode privilégié d'administration très présent pour ce public), mais qui fonctionnent dans un contexte de précarisation accentuée, dans une période où les possibilités de consommation de psychoactifs se sont démultipliées, et avec toujours de nouveaux arrivants sur la scène de l'injection.

B - Circonstances et représentations du passage au shoot

Après avoir abordé la problématique de l'engagement dans les consommations par le contexte (milieu, époque...), nous examinerons la manière dont ce mode d'administration (l'injection) s'insère dans ces différentes catégories de trajectoires. Nous avons constaté que l'initiation proprement dite, le passage à l'acte de shooter, se présentait de manières très diverses tout en traversant les mondes sociaux dans lesquels évoluaient les personnes, avec des modes d'inscription diversifiés dans leur histoire.

1- Le passage à l'acte comme une étape dans un parcours personnel – L'association produit/seringue

Que cela se passe dans le cadre d'une époque avec ses idéaux, d'une recherche plus individuelle de transgression de l'ordre ou même de la recherche de ses propres limites, une certaine fascination pour l'acte d'injecter et ses effets attendus vient rompre les dernières barrières. Des usagers ou ex-usagers décrivent aujourd'hui très clairement cette attirance particulière pour la seringue elle-même associée à leur intérêt pour le produit proprement dit. La « romantisation » et « l'idéalisation du shoot » tout autant que de l'héroïne, indiquent des personnes qui vivent alors la toute première injection comme une étape, une entrée dans la « cour des grands » ou le moyen d'accéder à un plaisir envisagé de longue date. Une démarche essentiellement portée par l'idée d'une recherche de soi ou de plaisir où la familiarisation avec la technique proprement dite et le passage à l'acte peuvent être inspirés par la littérature, plutôt que par les proches :

« Et donc on savait aussi comment il fallait faire, on n'a pas eu besoin d'apprendre plus que ça. J'écoutais des chansons, et ça faisait rêver, et voilà. Un jour on a décidé, et avec ma copine, on a fait, on a trouvé du produit, on a acheté deux seringues, et on s'est fait à deux. En fait la première fois, on s'est fait l'une à l'autre, mais personne d'autre nous a montré, on s'est débrouillées comme ça, ça ne nous effrayait pas du tout, on avait vraiment envie depuis un moment, et un jour on l'a fait » (Francine, héroïne, 1973, 16 ans).

La seringue est considérée comme participant totalement au sens attribué à la consommation d'héroïne. Certaines personnes insistent sur cette dimension de leur expérience qui leur a permis de se « lancer » sans la présence ou l'aide d'injecteurs déjà expérimentés. Si quelques uns ont été initiés, la plupart ont pratiqué leur premier shoot seuls, comme Christiane. Ses copains avaient refusé, elle est partie de ses observations, sans réaliser complètement les risques qu'elle prenait :

« Ça a été bon tout de suite. J'ai vraiment aimé immédiatement. Avec le recul maintenant... j'ai fait une OD et deux amis sont morts... je me dis que j'ai eu de la chance, parce que j'ai pris un gros risque la première fois. J'avais observé déjà, mais je savais pas exactement en détail comment faire, et du coup j'en ai trop mis. J'avais fait un mélange avec l'équivalent de ce qu'on met dans un rail, et la came était bien meilleure à l'époque. C'était dangereux » (Christiane, héroïne 1983, première injection à 18 ans).

Ce manque d'appréhension de la piqûre est plus fréquent chez les amateurs de Flash, ou de Jimmy Hendrix qui renvoient leur première tentative à leur impatience et à leur assurance de maîtriser rapidement la situation :

« Quand j'ai commencé à piquer la morphine, la première fois, c'était avec deux copains. On avait vu d'autres seulement, et pour nous ça paraissait bien, on avait vraiment envie de le faire, mais il y en avait aucun de nous qui avait fait déjà. En fait apprendre c'est pas le problème, c'est empirique complètement, on n'a pas besoin d'apprendre vraiment, juste l'envie et avoir vu les autres. Chez les garçons souvent les veines apparaissent bien aux bras, et pour nous c'était quelque chose d'excitant, d'attirant. La première fois on s'est fait entre nous, après chacun se débrouillait » (Pascal, morphine, héroïne, 1971, première injection à 15 ans).

La recherche de sensations, animée par le désir de faire quelque chose d'excitant, de prendre des risques ou simplement par « provocation... contre la famille, la société en général », comme le soulignent François et Sébastien (première injection à 18 ans, 1980), est considérée comme suffisamment puissante pour lever les appréhensions et conduire aux premiers essais « sans filet ». La technique n'apparaît pas comme une barrière :

« Pour en revenir à mon premier shoot, je n'ai pas eu peur du tout. J'avais une totale confiance en mon copain. Et ça m'excitait plutôt. J'avais envie de tout connaître, pas plus que pour le pétard. Dans la logique des choses, j'essayais tout » (Daniel, héroïne 1981, première injection à 17 ans).

Bien que nous ne raisonnions pas ici sur des échantillons représentatifs, il ne nous est pas apparu dans cette figure de différences hommes/femmes. Pas plus que nous ne pourrions faire l'hypothèse d'une dimension subie sous l'angle de « faiblesses psychologiques ». Ils assument cet acte comme un choix personnel, et par conséquent n'incriminent pas les autres. À l'issue de la première injection, c'est la sensation éprouvée qui fait cadre (qu'elle soit immédiate où seulement atteinte au bout de plusieurs essais) et assure la répétition de l'acte, régulièrement ou occasionnellement dans les premiers mois⁹⁷.

Lorsque la seringue est perçue comme partie intégrante de la consommation de produits psychoactifs et de l'accès aux sensations, la plupart des usagers deviennent autonomes dès la première injection ou très rapidement par rapport à la manipulation technique. Mais il n'y a guère de prise en considération des risques inhérents au produit lui-même, hormis certaines précautions concernant les doses. Quant aux risques de contamination, les personnes se réfèrent plutôt, quelle que soit la période de démarrage, à des règles d'hygiène personnelle (Francine, 1973) qui leur auraient permis d'éviter le Sida. D'autres, par contre, ignorant les risques encourus, ont partagé sans réserve et évoquent leur « bonne étoile quand ils sont

⁹⁷ Ce plan, particulièrement important du rapport aux sensations dans la phase d'accrochage, bien entendu très articulé aux circonstances d'engagement et de poursuite de l'injection, est développé dans la partie III-1-A.

séronégatifs au VIH (Pascal, 1971, Julien, 1979, Daniel, 1981). Même chose en période de meilleure connaissance des risques (Christiane, 1983). Pour ce public « classe moyenne » qui a commencé l'injection dans les années 1970 jusqu'au milieu des années 1980, et qui est resté relativement intégré socialement, il n'y a pas de contamination au VIH parmi les personnes que nous avons rencontrées. Ces indications ne sont pas représentatives statistiquement, mais permettent de conforter l'hypothèse de bon sens qu'une meilleure intégration sociale et économique permet de bénéficier de conditions et de lieux d'injection moins sordides, de conditions de vie et d'hygiène moins précaires qui limitent les aléas et maintiennent des bases de sécurité sanitaire. En gardant aussi un pied dans la vie ordinaire (travail, logement, famille), en échappant à la stigmatisation du « camé », ils ont pu mieux gérer leur consommation dans un système où ces activités ne constituent pas le seul pôle de leur existence, et ont pu développer les compétences sociales susceptibles de mieux les protéger des risques en tout genre.

2- Partager des pratiques et des sentiments - Le passage à l'acte sous le signe de la familiarisation et des liens

L'injection se situe ici au croisement d'une détermination individuelle et d'un cadre de possibilité déterminé par les proches (aînés, pairs, conjoints). Ce sont les liens de proximité, la confiance et la familiarité qui favorisent la première injection.

La seringue dans la continuité des pratiques à risques

Pour ceux qui ont grandi ou se sont intégrés très jeunes dans un univers fortement orienté par des activités illicites, le passage à l'acte n'est pas vécu comme une rupture ni une extravagance mais comme une continuité : la vie au sein d'un milieu d'injecteurs, le fait de se percevoir comme un des derniers à être passé au shoot, avec la possibilité d'accéder sans encombre à l'héroïne, contribuent à une perception de l'injection comme « pratique ordinaire ». Elle représente plutôt un cran supplémentaire dans un processus de prises de risques qui était déjà bien entamé et faisait partie du cadre de vie :

« Le premier, quelqu'un me l'a fait. J'avais déjà essayé tout seul, je n'y étais pas parvenu... donc j'ai demandé à un copain de me le faire. La première fois, j'y avais été franco... J'avais pris du matériel chez moi... J'avais mon grand frère qui shootait déjà donc... par la force des choses... En plus, à l'époque, c'était des grosses seringues, genre des vaccins parce que les seringues étaient pas en vente libre. Donc, je n'y étais pas arrivé, j'étais maladroit, je ne savais pas comment faire et tout ça... Peut-être que j'avais peur aussi. Alors j'ai demandé à quelqu'un de me la faire... c'était plus simple... à un très bon copain, un type que je connais depuis longtemps, on se connaît depuis qu'on est gosses... Il me l'a fait et voilà quoi » (Zinedine, héroïne 1986, première injection à 17 ans).

Le fait que cela se passe comme il dit « par la force des choses » souligne ici la pression indirecte que peut constituer cette familiarisation par l'environnement et par les proches. Même quand ils ne voyaient pas d'intérêt ou étaient dégoûtés par le « shoot » avant de consommer, ils ont durablement côtoyé l'acte et ses rituels. Ils ont partagé des temps, des expériences pendant des années avec des copains qui se piquaient devant eux. Les pratiques des proches permettent cette « familiarisation » avec les produits comme avec les techniques et lèvent progressivement les réticences envers la piqure :

« J'étais un des derniers à le prendre en shoot. Par rapport à tous mes potes, mes copains d'enfance, etc. Parce qu'en fait, tout le monde est plus ou moins tombé dedans... Mais moi

injecter, ça ne me branchait pas... Et même en sniff, mais bon, je le faisais pour les soirées, à plusieurs, etc. Mais en fait j'étais malade, je gerbais... J'avais horreur de ça avant. Et puis après, au bout d'un moment, je m'y suis mis... » (Florian, héroïne 1997, première injection à 28 ans).

La proximité de relation permet de partager l'expérience avec quelqu'un qui est à la fois expérimenté, qui est une personne de confiance et qui va servir d'initiateur à ce double titre. Cet apprentissage mutuel s'effectue précocement avec les proches, en particulier avec les plus grands, et cela depuis les années 1980. Les modalités d'entrée dans ces sphères d'activités montre ici la nécessité de se former, d'acquérir des compétences. C'est encore sous cet angle qu'ils apprennent les conditions techniques de l'injection, la manipulation du matériel, les dosages et les associations de produits... L'idée de continuer à partager le même délire, la peur de n'être plus comme ceux qui shootent déjà constitue aussi un accélérateur du passage à la seringue, notamment chez des femmes qui ont quitté le milieu familial très jeunes et vivent avec un compagnon usager par voie intraveineuse :

« Je suis resté six ans avec lui, il était déjà toxico, c'est lui qui m'a fait connaître, il m'a mis ma première dose. Je lui avais fait croire que je faisais déjà, que je connaissais. Je lui prenais à lui après les doses. Dans le squat, je les voyais tous là, dormir, et ça m'a attirée. Tous étaient dedans, je les voyais, ça me faisait envie, ils avaient l'air bien. Au début j'ai sniffé, et moi j'étais la seule à avoir toujours les yeux ouverts, pas eux. Je me suis dit que j'allais faire comme eux, c'est comme ça que j'ai commencé la seringue » (Sonia, héroïne 1990, première injection à 16 ans).

Si le rôle des proches est essentiel, nous avons aussi remarqué des différenciations dans les temps d'installation et d'ancrage dans le shoot régulier, selon que les personnes disposent ou non d'un réseau de sociabilité diversifié et continuent à entretenir des liens avec des personnes qui n'injectent pas, ou selon que leurs relations vont au contraire se polariser sur des réseaux d'injecteurs. L'attachement et la rapidité d'installation dans le mode d'administration seringue sont liés à cette évolution des cercles de relations. Le lien aux produits et à la seringue participe ici à tout un ensemble d'autres relations : dans toutes ces trajectoires, on retrouve ce travail de construction de relations qui permet de s'intégrer dans des systèmes d'échanges susceptibles de supporter la pratique d'injection. Cette dimension, encore une fois, devra être envisagée ultérieurement dans ses articulations avec le rôle des sensations attendues, pour comprendre la constitution de l'ensemble des forces d'attachement à l'injection. Même lorsque le premier shoot n'a pas donné « satisfaction » et qu'il a plutôt rendu malade, les proches peuvent expliquer que tout cela est « normal » et courant, et qu'il faut recommencer l'opération.

Enfin, des circonstances « matérielles » de passage à la seringue se surajoutent dans ces parcours, sous l'angle de la réduction des coûts, par exemple, qui implique pour certains l'abandon du sniff. Lorsque, à un moment donné, le manque se fait sentir et que le produit est déjà dilué par l'un des consommateurs, le passage au shoot devient quasi incontournable :

« On était à deux ou trois... Le gars il fait une soupe... Et toi t'es pas bien... Soit tu prends en injection, soit tu prends rien... » (Joao, héroïne 1993, première injection à 19 ans).

L'attirance n'est pas centrée sur l'objet seringue et son rôle propre mais davantage sur les effets du produit :

« Moi aussi, avant, aller faire une piqûre, comme tout le monde, c'était jamais de gaieté de cœur, mais dans la mesure où je savais pourquoi je le faisais, ça ne me posait pas de problème » (Zinedine, héroïne 1986, première injection à 17 ans).

La seringue peut ici fonctionner comme support technique, un moyen de bien sentir le produit, mieux et plus vite que par d'autres modes d'administration. Elle joue le rôle d'accessoire permettant d'accéder aux effets que ne procurent pas d'autres modes d'administration et n'est pas forcément susceptible de générer des précautions particulières à l'égard des prises de risques sanitaires. Au contraire, le « faire ensemble » offre des occasions de partager la confiance de l'autre.

Ce mode d'introduction de la seringue peut, bien entendu, fonctionner avec tout autre produit que l'héroïne. L'exemple du Subutex® est typique ici, il est injecté par de nouveaux venus sur la scène de l'injection, des personnes qui ne l'ont jamais fait avec l'héroïne :

« J'ai commencé le Subu comme l'héroïne, en sniff. Le docteur il le prescrit sous la langue bien sûr, mais on m'a dit direct que ça se sniffait et que ça s'injectait... On m'a dit que si tu l'écrases, ça fait comme l'héro... J'ai essayé et c'est vrai... » (Tonio, Subutex® 1997, première injection à 20 ans).

L'injection comme support de liens

L'inscription de certains usagers précarisés au sein de l'espace public sur des lieux de deal et de consommation contribue à les mettre en contact avec les différents produits qui circulent ainsi qu'avec les usagers injecteurs. Le passage au shoot peut être lié à la nécessité de s'introduire ou de se maintenir dans un espace de sociabilité où l'injection fonctionne comme une pratique partagée. Dans ces conditions, l'acte renvoie plus à une interdépendance relationnelle sans qu'il y ait un véritable intérêt au départ pour la recherche de sensations propres à l'injection. Nathan explique par exemple n'avoir jamais été attiré par cet aspect de l'injection, ni franchement investi. La seringue devient acceptable dans son parcours comme « un pur truc de sociabilité », une manière d'être avec les autres, sans qu'il n'ait été attiré par la défonce, juste en suivant le chemin de ceux qui en ont fait l'expérience avant lui :

« Mais moi je pense que j'ai été le dernier initié. Qu'il a commencé à initier l'autre copain ; puis après moi. Et donc un soir il m'a emmené chez ce type, il a dit : "tiens est-ce que tu veux essayer de l'opium ?" Ben oui ! Et donc on a commencé à se shooter à l'opium... Direct... On ne savait pas comment faire... C'est X qui nous a shootés ; il savait. Alors je sais pas lui, où il avait appris mais il savait. J'ai trouvé ça merveilleux. C'était fantastique... Je n'ai pas eu de problème ; ça faisait partie des choses que l'on faisait, ça n'a pas fait du tout rupture, pas du tout. C'était dans la continuité de ce que l'on faisait. Moi je pense que la mobylette c'était aussi important que la shooteuse » (Nathan, opium, héroïne, 1967, première injection à 17 ans).

La force d'attraction qui lève les dernières barrières se trouve ici située du côté de l'adhésion à un groupe. Elle est vécue comme partie intégrante d'un mode de relations sociales. La seringue n'est pas tant contributive du sens de la pratique que constitutive de la relation, ce qui en fait un support de liens. Elle permet d'accéder ou de se maintenir dans un cercle relationnel, par le partage de pratiques qui sont déjà la « norme » au sein des réseaux de sociabilité, et sont perçues comme familières et ordinaires plutôt qu'incongrues :

« On faisait des fêtes, on faisait des trucs, il y avait des gens qui avaient plein d'activités diverses et variées, comme la musique des choses comme ça et on se retrouvait autour de ces choses-là, avec au milieu la défonce. Pour lier tout le monde quoi ! Le lien c'était quand même la défonce. Avec des gens de tous les milieux. Moi je suis arrivé dans un groupe déjà constitué... En dehors de ça, je n'avais rien pour structurer ma vie, je m'intéressais à rien... je ne crois pas avoir eu de modèle à me dire il faut que je fasse comme ça ; et je vais faire comme ça. C'est des choses auxquelles je n'avais jamais pensé. Et là je me suis retrouvé avec des modèles détournés, barjots » (Julien, morphine, héroïne, 1979, première injection à 18 ans).

Il ne s'agit pas du tout d'un « indispensable rapport d'apprentissage technique de maître à élève » qui peut être qualifié de passif⁹⁸. L'accrochage à la pratique d'injection ou au produit ne s'installe pas seulement par l'acquisition de compétences techniques (manipulation des objets, gestion des effets produits...). Pour Julien, c'est l'image de soi et celle renvoyée par les autres qui vont faire sens et permettre l'acte et son renouvellement :

« Passer du sniff au shoot, c'était franchir une étape dans l'interdit, franchir une étape dans le regard des autres. Les autres une fois que tu as commencé à shooter ils te considèrent plus comme un caïd qu'avant » (Julien, morphine, héroïne, 1979, première injection à 18 ans).

Le passage à l'acte et les premiers moments de la consommation viennent s'inscrire comme un point de rupture dans ces histoires, même s'il a été permis par un environnement facilitant. C'est la possibilité de constituer une image sociale qui va l'installer dans cette consommation par voie IV pendant plus de dix ans et le river à une représentation de lui-même comme toxicomane. C'est seulement dans un second temps que ces personnes vont devoir mettre en place des conditions de poursuite (approvisionnement, etc.) de l'injection.

Des usagers peuvent aussi « choisir » de ne jamais se qualifier pour ne jamais injecter seuls. Thomas l'a toujours fait faire par quelqu'un d'autre et cela a constitué dès le début sa base d'échanges relationnels. En tant que revendeur d'héroïne, c'est lui qui apportait le produit dans la transaction :

« À chaque fois, je me dis que je ne vais pas reprendre (la seringue), et ça repart presque aussitôt On ne peut pas tenir si on n'a rien, si on traîne toute la journée sans rien faire, moi je te dis, des fois je prends parce que la journée passe plus vite, parce que quand tu es avec les autres, tu fais avec eux, tu ne peux pas être seul avec les autres, moi j'ai toujours des gens avec moi, je n'aime pas rester seul, et pour pas décevoir aussi, si je suis avec d'autres qui font, je fais aussi. Je suis comme ça, je n'ai jamais marché tout seul... » (Thomas, héroïne 1985, 18 ans).

On voit bien cette dimension supplémentaire très forte apportée par la seringue en tant que vecteur de liens et non simple instrument visant à produire des sensations. Ultérieurement, ces personnes auront beaucoup de difficultés à changer de mode d'administration, et surtout à saisir le sens et l'intérêt pour eux, à conditions de vie égales, d'un tel changement. Il faudra que, au préalable, elles réussissent à se dégager des attaches relationnelles qui supportent en grande partie leur logique d'injection. Sinon, elles ne peuvent pas percevoir l'intérêt de faire

⁹⁸ F. Saint-Dizier, *Usages intraveineux. Anthropologie d'apprentissage à partir d'histoires individuelles*. Actes de la journée du 26 novembre 1998. « Les jeunes injecteurs et les modes d'apprentissage de l'intraveineuse. Quelle prévention ? », *Graphiti*, Toulouse.

seuls ni d'arrêter. En revanche, ces usagers-injecteurs vont pouvoir changer sans problème de produit d'élection, au gré de l'évolution des marchés (Subutex®, cocaïne... injectés) mais toujours avec cette dimension de lutte contre l'isolement social. «Galérer» seul est un risque plus important que de faire attention à sa santé. Et abandonner l'injection, c'est sortir du système, sortir des échanges dominants sur un territoire où ce mode d'administration est lui aussi dominant. De plus, lorsque la shooteuse occupe cette fonction, cela se traduit souvent par un déni des risques encourus. Le partage des seringues peut alors se faire en l'absence de considération pour les conséquences, avec un appui essentiel portant sur la confiance.

Cela nous indique que ce n'est pas dans le repli sur soi que peuvent se nouer des circonstances de passage à l'injection mais au contraire dans ces interactions :

« On a continué et puis les autres au fur et à mesure se sont mis à taper l'héro, mais en sniff. Moi ça me disait trop rien, mais je le faisais comme ça, à l'occasion en soirée quand ils me proposaient un truc... Et après, je préférais fumer mon teush, tranquille... Eux ils ne se défonçaient plus que comme ça. Et puis après, une bonne fois. Ils sont venus chez moi, ils étaient trois. Ils me disent ouais, on a un truc, alors je dis OK, et puis ils commencent à sortir le matériel... Ça m'a fait chier, j'avais les boules, parce qu'on avait toujours dit qu'on ferait jamais ça... comme tout le monde en fait. Et il y avait mon beauf, il le fait, puis l'autre, ça se passe bien... Puis ils me proposent. Je dis non... Et après ils commencent à partir dans un bon trip... Puis c'est le tour du troisième, il me repropose... Je voulais toujours pas. Et puis... bon, j'ai dit que s'il en restait après les trois, je voulais bien essayer. Je l'ai fait une fois ce jour là. Ensuite je suis resté longtemps sans le faire... » (Florian, héroïne 1997, première injection à 28 ans).

Même chose pour Caty qui estime avoir accepté la première injection sous le coup de sollicitations appuyées :

« Et j'ai tendu le bras, par faiblesse de caractère de l'adolescent à ce moment-là je pense. De pas dire non parce que ça n'avait pas de sens puisque j'étais sensée l'avoir déjà fait » (Caty, héroïne, 1971, première injection à 16 ans).

Cette voie de passage à la seringue apparemment « subie » reste toujours couplée aux forces d'interdépendance relationnelle préalablement constituées. L'hypothèse de l'entraînement passif comme celle qui consiste à isoler la seule dimension psychologique constitue une approche insuffisante allant dans le sens de la représentation classique de la « faiblesse mentale » des usagers. Elle revient à négliger cette part déterminante des ancrages relationnels. Se faire piquer par un autre, sans l'avoir expressément demandé, et sans avoir réagi ou s'y être opposé, nécessite en effet une bonne dose de confiance. Cette position va souvent se traduire par une difficulté à s'appropriier l'acte d'injection lui-même, avec le maintien d'une appréhension de l'acte et de la seringue. Ces personnes préfèrent continuer à « faire faire » par d'autres, ou bien mettent beaucoup plus de temps à apprendre. Cela les maintient dans une dépendance supplémentaire et les expose à une maîtrise très partielle des prises de risques :

« De toute façon, je me shootais que quand j'étais avec quelqu'un. Parce que je savais pas, et j'avais peur de me le faire tout seul. Je pouvais le faire aux autres, mais pas me le faire à moi. Et encore maintenant, il y a des moments où je n'arrive pas à me le faire... Le fait de me rentrer l'aiguille dans le bras, ça me fait chier. En fait, quand j'étais tout seul, je tapais en sniff, et s'il y avait un pote qui shootait, là je shootais avec. Parce que eux me le faisaient,

autrement je me le faisais pas. Ça a duré un moment comme ça. Et puis j'arrivais à m'en passer, je pouvais m'arrêter, c'était vraiment un plaisir. Jusqu'au moment où c'est devenu une obligation plus qu'un plaisir » (Florian, héroïne 1997, première injection à 28 ans).

Si le passage à la seringue s'effectue au sein des sphères d'influence relationnelles, il peut s'effectuer avec tout produit déjà injecté dans le milieu en question :

« Au début, la première fois, c'était il y a deux ans, c'était avec un copain il avait eu son traitement, on a voulu essayer, on a mis chacun son cachet dans la cuillère, on a fait la préparation, et on a essayé ! C'était pour voir l'effet que tout le monde recherchait... Tout le monde faisait ça : pourquoi ? quel effet ça fait ! Je savais que ça ferait rien de plus que l'héroïne ou la cocaïne, que c'était fait pour arrêter le manque... J'ai arrêté une drogue pour en prendre une autre, et en plus en injection... J'ai essayé je sais pas trop pourquoi » (Tonio, Subutex® 1997, première injection à 20 ans).

Que ces personnes aient grandi en territoire marqué ou qu'il y ait eu nécessité à un moment donné de leur histoire de s'inscrire dans ce mode de sociabilité et d'en adopter les codes et les pratiques, le passage à la seringue ne se joue guère ici sur la fascination pour ces produits (Subutex® ou héroïne de très mauvaise qualité) qui jouissent au contraire d'une piètre réputation. L'injection n'est pas fixée sur un produit d'élection comme dans les années 1960-1970, mais va ici s'adapter aux disponibilités locales. Des voies d'introduction qui font du Subutex® un possible produit d'initiation.

3- Le passage à l'acte sous le signe d'une profonde dégradation du rapport à soi et au monde

L'injection de drogues peut aussi faire irruption comme support dans la dégradation, lorsque la gestion d'un contexte de crise débouche sur la recherche de moyens pour ne plus souffrir. C'est en ce sens qu'elle peut être, à un moment donné, le pivot du mode de vie, et devenir partie prenante dans la restructuration d'une identité en soulageant des souffrances sociales ou psychologiques. Marc estime avoir cherché un moyen de faire face aux conséquences d'une histoire familiale dramatique. Étant en contact avec des usagers d'héroïne, il dit avoir rapidement trouvé ce qui lui était nécessaire pour combler le manque affectif :

« Je recherchais quelque chose, et il n'y a que avec l'héroïne que j'ai trouvé mon compte je pourrais dire, je m'y sentais comme dans un refuge. Chaque produit a une fonction, les autres produits n'ont pas les mêmes capacités que l'héroïne... Déjà si vous savez que l'injection vous correspond, c'est un point, après, c'était avec l'héroïne que ça allait le mieux, et après, je ne me suis pas arrêté pendant vingt ans » (Marc, héroïne 1978, première injection à 16 ans).

Après avoir observé les autres, et « choisi » l'injection d'héroïne parmi les produits et les techniques disponibles dans son environnement, il s'est adressé à une « connaissance » déjà expérimentée, pour faire les deux ou trois premières injections. Mais très vite, compte tenu de l'importance de l'acte de préparation et d'injection lui-même, il a poursuivi seul. Il ne fait aucune référence à l'apprentissage ou à la confiance dans l'autre. Ce n'est pas le milieu qui induit une consommation, mais la consommation qui va conduire ensuite à rechercher un milieu pour supporter les activités. Il n'entretiendra par la suite quasiment que des rapports de nécessité, que ce soit avec les usagers ou les dealers. Il investit de suite l'injection comme partie intégrante de la consommation, elle participe du sens même de sa démarche :

« C'est l'héroïne qui fait tout, c'est le bouclier, c'est le refuge. Je n'ai jamais eu un jour de bonheur avec ça, dès le départ, juste un équilibre, même au début. Il n'y a pas un jour de bonheur là-dedans, honnêtement, je ne crois pas que quelqu'un prenne de l'héroïne pour voir des éléphants roses, moi, je n'ai jamais vu des éléphants roses, c'est jamais ça. Ça comble un manque, vraiment, mais c'est tout. Les sensations, c'est secondaire pour moi. Soit on prend juste pour la défonce, mais je n'y crois pas trop, moi à la base c'est pas ça, inconsciemment je me sentais très attiré, c'était seulement ça pendant très longtemps. J'étais accroché dès le premier jour. J'étais complètement démoli psychologiquement, et dès qu'on rentre là-dedans comme ça, on est accroché, quand on rentre là-dedans pour combler des grosses crises d'angoisse, on accroche de suite ; j'étais une souffrance entière moi à l'époque. Il a fallu que je comprenne ça pour arrêter » (Marc, héroïne 1978, première injection à 16 ans).

Marc relie très fortement les deux composantes : produit et matériel. C'est dans cette association qu'il trouve ce semblant d'« équilibre ». On comprend ici encore que la seringue ayant partie liée avec le produit, l'abandon du mode de consommation ne peut s'envisager sans conditions, sous le seul angle de la sécurité sanitaire.

Le passage au shoot peut aussi intervenir dans une situation de désaffiliation et apparaître comme une manière de résister psychologiquement et physiquement à des contraintes sociales lourdes⁹⁹ :

« J'ai pris pour avoir chaud. Je ne peux pas moi rester dans la rue comme ça, je n'ai jamais été dans la rue avant, et maintenant... Au début, je l'ai sniffé, comme dedans, et après, je l'ai piqué. C'était pas très longtemps après (la sortie de prison). C'est arrivé que j'ai rencontré une femme, j'étais avec elle, on est resté un mois ensemble. Et elle, elle faisait. Un jour elle m'a dit : "Je te cale. À Marseille, tout le monde cale le Subutex®, j'en connais pas qui l'avalent." J'ai dit oui, je ne savais pas ce que ça faisait, elle m'a fait : elle a mis une miette comme ça, elle a mis de l'eau, elle a mélangé, et elle m'a envoyé ça » (Malik, Subutex®, 1997, première injection à 29 ans).

La première injection apparaît comme un acte programmé par les circonstances, d'autant plus qu'elle est pratiquée par quelqu'un d'autre. L'injection de Subutex® permet à Malik de lutter contre le froid, l'ennui, la solitude, de limiter la souffrance morale, et même la honte. Il n'a pas acquis préalablement de compétences à vivre à la rue, pas plus qu'il ne maîtrise les produits psychoactifs. Il n'a ni recherché ni éprouvé de plaisir, juste un peu de chaleur et plutôt même de la douleur :

« Moi, c'est rare quand je fais seul, je me fais mal quand je me pique. Je n'y connais rien moi à la came, ça ne fait pas longtemps que je fais. Je me fais plus mal quand c'est moi, c'est pour ça que je préfère trouver quelqu'un. Et je n'aime pas voir, je n'aime pas me faire moi-même, je me dégoûte un peu, j'ai honte un peu de faire ça... » (Malik, Subutex®, 1997, première injection à 29 ans).

⁹⁹ A. Ehrenberg, « Un monde de funambules » (sous la direction de) in *Individus sous influence, drogues, alcool, médicaments psychotropes*, p. 20.

Une façon de se faire mal physiquement pour penser à autre chose, limiter la douleur morale, oublier la détresse. Toujours en rapport avec son manque de compétences à s'orienter et à s'organiser dans la rue, il doit déléguer cet acte aux autres, ce qui lui procure en même temps des occasions de sortir de l'isolement. Des liens qui le rivent en retour à ce milieu de pratiques.

La place qu'occupe l'injection de produits psychoactifs dans les trajectoires apparaît comme une des zones actuelles d'engagement de personnes très déstructurées pour lesquelles le changement de mode de consommation ne fait pas sens, ni l'entrée dans un protocole de substitution, tant que la détresse sociale les arrime à cette pratique et au milieu des injecteurs.

2-2- LA GESTION DE L'INJECTION : RITUELS ET ALÉAS

Cette partie traitera de la manière dont, dans les différentes conjonctures qu'il nous a été donné d'explorer, les personnes « gèrent » l'injection au quotidien. Derrière ce mot, nous nous sommes intéressés, lors des entretiens, à détailler des manières de faire, de programmer leur quotidien, d'orienter leurs relations. Différentes drogues, venues s'installer au cœur de leur logique de vie, vont être à la base de multiples activités qui contribuent à la fois à orienter le quotidien et sont à la source de multiples prises de risques. Nous nous plaçons ici du point de vue d'usagers qui se sont inscrits dans une pratique de consommation régulière de produits psychoactifs. Cela ne correspond parfois, pour certains de nos interlocuteurs, qu'à une période de leur vie. Ce sont en tout cas des périodes pendant lesquelles des rituels sont possibles, nécessaires, ont du sens et permettent de lire ce qui fait cadre dans la pratique et devient constitutif de la logique d'injection. Les personnes qui intègrent l'injection de drogues dans leur mode de vie doivent organiser leur quotidien pour assurer la reproduction de cette pratique, c'est-à-dire : trouver l'argent pour se procurer les doses, accéder au matériel d'injection, acquérir des produits, faire face à la répression... Cette organisation du quotidien, même si elle ne peut être standardisée, nécessite la mise en place de rituels incluant les actes de consommation, mais concernant aussi tout un ensemble de pratiques associées¹⁰⁰. La ritualisation du quotidien est entendue ici comme nécessité de réunir des conditions de possibilité pour assurer l'organisation et la reproduction de la pratique. Il s'agit donc de repérer la manière dont chacun s'efforce de créer un certain nombre de régularités, de se constituer un minimum de repères, à différents niveaux : autour de la recherche de produits, de la localisation et du déroulement de l'acte, de la gestion des temps, etc. dans des contextes socio-économiques contrastés. Les différentes figures de cette organisation rendent compte de la manière dont l'accomplissement de tout le cycle des activités va, selon les trajectoires, servir de base pour les actes d'injection. Cette partie se joue donc sur la scène publique et semi-publique du développement de ces activités.

À partir du moment où la pratique du shoot entre dans leur mode de vie, les personnes vont vivre un certain nombre de tensions et de prises de risques qui vont néanmoins varier entre deux modalités extrêmes : la possibilité d'organiser la pratique dans une relative sérénité et la gestion de l'urgence au jour le jour traversée par une multiplicité de perturbations et davantage de prises de risques. Deux extrêmes qui vont combiner diversement les rituels

¹⁰⁰ Cf. les travaux ethnographiques depuis Agar, Harding et Zinberg (1977) ont montré l'importance de ces rituels pour l'héroïne.

d'approvisionnement, la recherche des lieux de l'injection, la préparation du produit ainsi que la gestion du rapport aux risques (sanitaires, sociaux, répressifs). Entre ces extrêmes se situe, bien sûr, toute une gamme de situations intermédiaires, selon l'univers social et matériel dans lequel se trouvent insérés les injecteurs.

A - La programmation du cycle de l'injection - sérénité et sécurité

1- Prendre son temps et soigner l'ambiance - Des rythmes et des lieux

L'approche de la gestion du produit ne peut être dissociée des conditions minimum de sécurité qui sont nécessaires à la pratique du shoot. Alors que pour sniffer les conditions matérielles sont moins contraignantes, l'injection nécessite un minimum d'espace protégé de façon à assurer le bon déroulement de toute une série d'opérations incontournables (dilution, chauffage, remplissage, injection). Disposer d'un logement évite d'être perturbé par des interférences extérieures (répression, passants, usagers...) et contribue à limiter les risques occasionnés par des conditions d'injection précaires. Cela assure aussi une meilleure programmation des temps correspondants aux diverses opérations menant au shoot, avec le maintien d'une maîtrise relative qui, du même coup, peut assurer une bonne gestion de la recherche du plaisir. Christiane évoque ainsi son tout dernier shoot :

« Je suis allée dans un endroit que je connais bien où je sais que je peux en trouver facilement, et même choisir la came. Et après, je prends mon temps, même si je dois attendre 9h du soir, et que j'ai la came dans ma poche depuis 15h... Si ma fille est là, je vais attendre qu'elle soit couchée... Je me ferais peut être un petit rail quand même parce que... Et puis, après c'est vraiment tranquille. J'ai pris le temps d'aller acheter le citron, le Stéribox, et puis je me fais ça vraiment tranquille... Je prends mon temps, je mets le répondeur, et je ne suis là pour personne. C'est vraiment un moment à moi quoi... Et puis c'est vrai qu'après, dans la préparation, y'a quelque chose qui... La cuillère, tout ça... » (Christiane, 34 ans, 8 ans d'injection héroïne).

Prendre son temps et s'installer dans un rapport au « plaisir programmé¹⁰¹ » permet de fixer un certain nombre de régularités et d'organiser le quotidien dans une approche globale qui permet d'intégrer tous les temps nécessaires à la pratique : depuis l'accès au produit jusqu'au shoot proprement dit, en passant par l'accès au matériel, le choix du moment et du lieu, la préparation. Tous ces moments forts de la temporalité de l'injection peuvent, lorsque ces conditions ne sont pas réunies, se transformer en une terrible galère.

Pour certaines personnes, la prise de produit est davantage ritualisée autour de la programmation du lendemain matin : garder une dose de produit, laisser la seringue et les accessoires à disposition sur la table de nuit permettront d'assurer le premier shoot sans trop de perturbations. Le souci de prévoir, d'anticiper pour réunir des conditions matérielles est essentiel pour fixer l'acte convenablement. Cela leur permet aussi de constituer des repères dans le temps, de préparer tranquillement les injections, dès le réveil, puis plus tard dans la journée, et d'assurer à chaque fois un bon niveau de sécurité.

¹⁰¹ La part sensible et émotionnelle de cette expérience sera développée dans le chapitre suivant.

S'ajoute souvent à ce rituel des articulations précises avec d'autres zones du quotidien, tels que le rythme alimentaire, ou encore le rythme du sommeil, chez ceux qui peuvent fractionner la consommation de produit entre le shoot du matin et le shoot du soir :

« Maintenant... le matin je me lève, je déjeune, mais alors sitôt déjeuné, je monte, je m'en fais un. Alors, si je déjeune avant, c'est parce que... c'est peut-être psychologique mais bon... j'ai l'impression que si je déjeune pas, je vais avoir des marques, ça va être galère pour me piquer... Donc je déjeune bien, et puis après je monte m'en faire... Je me fixe des heures à peu près. Alors si j'ai assez, je sais qu'à telle heure je le prends avant de partir parce que je sais que je vais rentrer vers 17h30... Donc, comme ça fait pas mal d'écart, donc je sais qu'à 17h30 y faut que je sois dans un endroit tranquille pour le faire. Bon... tu vois, il faut toujours que je prévois mes trucs comme ça » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Même si tout le monde n'a pas exactement le même rythme, on voit bien que tout ceci nécessite un minimum de maîtrise et d'organisation qui contribuent totalement à la pratique régulière de l'injection. Cette possibilité de maîtriser l'organisation de toutes ces phases détermine aussi la perception qu'ils ont du shoot. Il constitue un moment personnel et privilégié où ils peuvent définir, gérer ces différents temps de l'injection mais aussi les reproduire dans d'autres univers que l'appartement. Les temps de déplacements inhérents à une activité professionnelle par exemple vont constituer des occasions de produire des équivalents de la programmation à domicile et de tisser des correspondances :

« C'est différent de shooter à la maison où au travail, mais moi ça ne m'a jamais posé de problèmes. Au travail c'était pareil, toujours en petite dose, et souvent. À peu près toutes les deux ou trois heures. Des fois, si je ne pouvais pas préparer mon shoot, je pouvais me faire un petit rail, c'est plus discret que de préparer un shoot, il faut 5 secondes. Un shoot c'est plus long, mais je pouvais toujours trouver un endroit discret, ou les toilettes. Mais pour moi, ça met même un peu de piment. Si je suis dans un lieu où il y a un peu de danger, des fois le matin je suis même sur la route pour aller au travail, je m'arrête faire un petit truc, ou même des fois en roulant j'ai fait, ou dans des toilettes tu ne sais pas qui peut arriver, ça me met une petite excitation en plus, un petit piment, et ça j'aime bien en fait. C'est pas un problème, c'est plutôt le contraire même » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

L'exposition extérieure n'est pas forcément vécue comme une contrainte ou un handicap, mais un challenge de plus, une manière non pas de stresser l'acte mais de lui donner un peu d'excitation. Ils ont acquis un savoir-faire, des compétences dans la gestion des différentes étapes vers le shoot qui sont à la fois gage d'efficacité dans des contextes moins sereins, et assurent un meilleur contrôle des paramètres, en particulier des prises de risques. Cela ne veut pas dire qu'à un moment donné ils ne seront pas confrontés au manque et ne devront pas laisser tomber cet aspect des choses pour shooter dans des conditions de tension plus forte. François a connu ces moments où il y avait trop de distance entre son dealer et son appartement, où il devait trouver d'autres lieux, shooter ailleurs que chez lui, à la va-vite, mais toujours en maintenant un minimum de cadre pour procéder à l'injection :

« Alors je m'arrêtais dans un hôpital en fait. Je rentrais dans un hôpital, donc comme un client puis je voyais les chiottes... je rentrais dans les chiottes de l'hosto... Tranquille ! Jamais dérangé : je faisais mon shoot dans les chiottes. Nickel chrome. Je shootais partout. Des shoots dans les... dans les cafés, dans les chiottes des cafés Je shootais partout... shootait en plein air... shootait dans la voiture, partout » (François, 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne IV).

Le rythme de shoot s'intègre à la temporalité imprimée par un style de vie où se maintiennent des ancrages forts, professionnels et/ou familiaux, et où il est remarquable que les personnes puissent aussi maintenir un niveau relativement haut de protection par rapport aux risques de contamination et à l'hygiène :

« Ensuite il faut avoir un étui, pour la propreté, où tu laisses la seringue. Je la rince un coup, je la range, c'est important de bien préparer, de prendre des précautions pour l'hygiène. De moi-même j'ai toujours pris des précautions, et même si des fois c'est un peu difficile de s'y tenir, parce que avec le temps, on a tendance à baisser au niveau minimum de propreté parfois, on ne se lave pas les mains, on rince la seringue à peu près, avec de l'eau. Moi j'essaie de ne pas reprendre la même seringue, mais des fois ça arrive, je pars pas au boulot avec 5 dans la poche ! On baisse le niveau des fois aussi parce qu'on n'a pas de problème, on se relâche, mais quand même, moi pas trop, je n'ai jamais eu d'infection » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Des rituels de propreté qui s'élaborent en dehors de conditions contraintes par la précarité et vont eux aussi s'intégrer dans le quotidien.

L'invisibilité sociale et les capacités de protection des actes entourant l'injection constituent des atouts essentiels de cette pratique illicite pour tous les usagers. Pour des personnes intégrées socialement ou économiquement, ces conditions de développement de rituels sont plus facilement réunies, car ils peuvent s'effectuer hors de la répression et des regards, et intégrer notamment la recherche de seringue stérile. Autrement dit, les conditions de vie jouent un rôle dans la gestion des prises de risques. Pour les usagers qui vivent dans des conditions précaires, dans des logements de fortune, changeants, des hébergements d'urgence, l'approche de l'injection va donner lieu à un travail supplémentaire pour réunir les conditions d'organisation du rituel nécessaire à assurer cette pratique. Tonio dissimule systématiquement les termes de sa pratique à ses proches (parents, frères, compagne) et se débrouille pour trouver un endroit tranquille à la maison ; il est à peu près toujours parvenu à éviter de shooter dans la rue. Trouver un endroit tranquille, s'installer dans une chambre ou chez un copain reste un atout fondamental. Mais il doit en permanence intégrer cette obligation de protéger ses actes et développer tout un travail de dissimulation dans ce sens. Ces tâches supplémentaires doivent aussi s'intégrer dans le rythme journalier de ses activités.

En fait, ces activités structurent la journée et permettent de constituer des repères par rapport au temps, à soi-même, aux lieux et aux produits. Les rituels précèdent l'acte introduisent des éléments stabilisateurs et structurants qui participent de la logique d'injection : « Pour se planter une aiguille dans le bras, faut être un peu maso sur les bords et il y avait ça, il y avait tout ce rituel, cette préparation, je ne sais pas c'est un élément stabilisateur, c'était immuable. La préparation était toujours la même avec les petits gestes, les mêmes gestes, les mêmes... tout était calculé, millimétré... » (Julien, 39 ans, 11 ans héroïne IV, 7 ans alcool, arrêt).

Même exigence chez Christiane qui souligne la nécessité pour les usagers par voie intraveineuse de maintenir des repères, de maîtriser toute la chaîne temporelle des actes qui rendent l'injection possible. Ils permettent d'assurer aussi sa reproduction : « Je garde le même rituel, je prends pas d'acide citrique, je prends du citron. Sauf que je le fais hyper propre... utiliser le citron plutôt que l'acide pour dissoudre... J'ai essayé, j'aime pas le citrique... y'a l'odeur, y'a toute la préparation... Des fois je refais un shoot sur un coton, alors que normalement tu dois pas le faire. C'est pas souvent... mais ça m'est arrivé de me faire plusieurs shoots sur une soirée, de vraiment me la donner à fond. Et de reprendre le même

matos... Mais attention, que le mien, jamais celui d'un autre... » (Christiane, 34 ans, 8 ans d'injection héroïne).

Ces personnes ne sont pas dans déstructurées, le rituel a au contraire une fonction structurante. Elles ne vivent pas en dehors du « monde social ordinaire », mais y participent sous des formes diverses sans laisser transparaître cette dimension de leur vie aux yeux de leur environnement le plus proche (famille, amis, collègues de travail). Elles restent ainsi très peu visibles. Les variations de leur situation sociale et économique les prédisposent néanmoins à vivre l'alternance entre phase de stabilisation de leur pratique et perturbations, même si ces perturbations sont limitées par les possibilités de pratiquer à domicile. Garder du produit pour le lendemain, jusqu'à ce que les conditions d'injection soient réunies (lieu, seringue, tranquillité...), nécessite aussi un contrôle de soi qui ne sera pas possible pour tout le monde, ni tout le temps. Francine a connu plusieurs périodes entre des moments où elle pouvait réunir ces conditions sans difficulté, et des moments de désorganisation liés à la perte de ressources (accès au produit, à l'argent). Ces changements ont entraîné une tension qui l'a poussée à consommer dans des conditions beaucoup plus précaires :

« L'engrenage je m'en suis vraiment rendu compte quand il a fallu acheter, c'est là que la situation s'est retournée en fait. Là, ce qui préoccupe, ça devient de ne plus être en manque, alors que jusque-là, je n'avais pas eu peur du manque, je ne pensais pas à ça. Mais quand après, tu dois te battre pour chaque centime, que tu es prêt à faire des choses dont tu ne te croyais pas capable, par peur du manque, et même aller dans des endroits où tu ne serais jamais allée, pour courir après les dealers et trouver l'héroïne... Là bien sûr ça change tout, ça n'a plus rien à voir. Là l'argent entre en compte. Ça n'a plus rien à voir avec les années 1970 non plus ! ! Là le revendeur il a le pouvoir sur les gens, il avance ou il n'avance pas, et quand tu es demandeur, tu te rends compte que tu ferais tout pour une dose. À ce moment, on n'était plus dans le rêve » (Francine, 42 ans, 11 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Et dans l'autre sens, Sébastien souligne combien l'intégration ou la réintégration socio-économique a contribué à stabiliser sa consommation :

« Après j'ai été comptable, donc j'étais plutôt stable... J'avais toujours affaire au produit, mais différemment... Je tapais beaucoup moins... Quand t'as une vie régulière... Pendant une bonne période, j'ai toujours su prendre sans exagérer... » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Ceux qui ont connu ces à-coups insistent bien, en comparant d'ailleurs ces diverses périodes, sur la nécessité de maîtriser l'ensemble du processus qui va de l'approvisionnement au shoot, de maintenir un relatif contrôle, que ce soit sur les quantités de produits injectés journalièrement, sur la qualité, sur l'accès aux seringues.

Pascal situe la question davantage au niveau politique et insiste sur le rôle négatif de la criminalisation des pratiques :

« C'est à cause de ça l'exclusion, mais pas à cause de l'héroïne. Si pour pas trop cher je pouvais en avoir, je ne me poserais pas toutes ces questions franchement. Et si l'héroïne était accessible, ça n'exciterait pas tant de monde à la rechercher de cette façon. Le problème c'est que les toxicomanes dérangent, et on préfère ne pas s'en occuper. Il faudrait expliquer à un large public autre chose que ce qu'on vit maintenant : l'effet du mépris. Pour les toxicomanes qu'on voit dans la rue surtout, pour les autres, c'est moins compliqué, mais on est quand même obligé de cacher aux autres. Peut-être ils pourraient avoir une vie normale, parce que

cette vie, ce n'est pas l'effet de la toxicomanie qui les amène à la rue, c'est l'effet du mépris de la société pour eux » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

2- L'approvisionnement - Entre cercle intime et deal intégré

La question des approvisionnements est aussi, bien sûr, au cœur du problème. Sans entrer ici dans le détail sur la manière dont s'articulent les trafics, les achats de came et les actes de consommation, la vente de drogues a pour certains représenté pendant longtemps une activité à part entière. Quelques-uns ont pratiqué le deal à l'échelle nationale ou internationale, tandis que d'autres étaient essentiellement approvisionnés par des réseaux étroits d'usagers-revendeurs, toujours assez sélectifs et circonscrits, des réseaux d'interconnaissance qui, la plupart du temps, leur ont évité de recourir au deal de rue.

Ils ont pu alors, comme Daniel, prendre le parti de rester en dehors des contraintes du deal de rue tout en assurant leur approvisionnement régulier par le biais de copains proches engagés eux-mêmes dans ce type d'activité :

« Depuis 15 ans, je prends de la came quand j'en ai l'occasion. J'en prends quand il y en a. Avant, c'était tout le temps en bande, on allait en chercher en bande où tout le monde allait. On en avait aussi par des amis. Je ne savais jamais d'où venait la came. Je m'en foutais. Je ne me fixais jamais seul, je me foutais de la manière, il n'y avait que le résultat qui comptait. J'étais parfois avec des potes dealers qui coupaient, mais je ne rentrais pas dans les deals. Je n'avais pas envie de rentrer là-dedans. Si je n'avais pas eu de tunes, je l'aurais fait. Il ne m'arrivait de manquer d'argent que par à-coup. Maintenant, je ne dealerais pas, ne serait-ce que par rapport aux risques » (Daniel, 36 ans, 9 ans héroïne IV, arrêté).

Cette approche relativement réglée des conditions de la pratique d'injection conduit certains à évoquer un usage récréatif d'héroïne pour qualifier cette capacité de maîtrise des enchaînements et de régulation de leur consommation. Cela correspond plus nettement à la configuration socio-historique des années 1960-1970. Dans l'ensemble, les usagers qui se sont approvisionnés ou engagés dans des réseaux de deal suffisamment fermés ou structurés pour assurer une relative régularité à la consommation, ont eu tendance à éviter les lieux très exposés à la surveillance policière. Ayant rarement affaire au deal de rue, l'approvisionnement sur des échelons assez conséquents leur a permis aussi d'accéder à des produits de bien meilleure qualité, ce qui leur a évité en même temps de prendre les risques inhérents aux coupages ou aux arnaques :

« En général, je prends des képa de 100 balles. Comme c'est un bon pote, c'est bien servi. Par rapport à ce qu'il y a dans le coin... Et puis c'est une des meilleures sur la place en ce moment... Elle vient de Hollande, mais c'est pas lui qui va la chercher. En fait il veut rien dire... Il a été contacté comme il connaît pas mal de gens, lui il prend quasiment plus rien, mais c'est un moyen comme un autre de gagner de la tune » (Florian, 32 ans, 4 ans héroïne IV).

L'approvisionnement, quand il est entouré d'une relative sécurité, une protection quant à l'exposition à la répression (ces personnes ont exceptionnellement été inquiétées) renverrait, selon les usagers, à leur meilleure intégration sociale et économique. Mais cela implique en retour qu'ils ne présentent pas le "look du toxicomane", et qu'ils ne s'exposent pas sur l'espace public. Ceux que l'on ne voit pas, ce sont ceux qui peuvent disposer d'argent, de produits, avec éventuellement des livraisons à domicile ou par des réseaux suffisamment protégés. On l'a vu, cela ne constitue pas bien sûr un état stable dans le temps, et au cours de leur vie, les

occasions de bouleversement de ces équilibres précaires ne manquent pas : ruptures familiales, Sida, sensation de manque, déficit de ressources... Le passage d'un monde à l'autre peut être brutal, et les conduire à passer d'un état de « semi-confort » de consommation à un état de précarité, ou vice et versa quand cela va mieux. L'interdit d'usage et de commerce participe au renforcement du caractère fragile de ce système :

« Mais quand on a eu épuisé la réserve, là ça changeait beaucoup de choses, parce que on arrivait au même stade comme tout le monde, il fallait commencer à payer les doses, et avec deux salaires, ce n'est pas assez d'argent. Là ça a commencé une période où ça allait vraiment mal, parce qu'on avait de sérieux problèmes d'argent. Et jamais par contre on est tombé dans le vol ou la prostitution, on a réussi à éviter tout ça, mais parce qu'on ne voulait pas ça, on a réussi aussi à rester soudés, il y avait notre fille, tout ça, on a continué toujours à travailler, et ça c'était important de garder tout ça, on a toujours réussi à préserver. Mais aussi, on s'est dit qu'il fallait arrêter ça, diminuer en tout cas. Mais on s'est vite aperçu que freiner, on ne peut pas, et on a vraiment galéré pendant deux ou trois ans » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

La dégradation des contextes d'approvisionnement en produits peuvent très vite rendre l'injection plus aléatoire sans que cela n'induisse de changements dans les pratiques, en dehors d'une dégradation de la situation sociale et sanitaire :

« Y a eu 10 ans de came-plaisir où... vraiment le monde m'appartenait, quoi... Je gagnais de la tune, je travaillais... je shootais, j'achetais de la came, on dealait un peu, j'avais que de la bonne qualité, y avait pas de problèmes, tout était très bien, quoi. Et d'ailleurs, les gens me disent "mais putain, on voit pas sur ta tronche que tu te défonçais : t'as toutes tes dents, tout va bien, t'es pas marqué, comment ça se fait ?". Moi je disais : "mais je me shootais que de la bonne came", tu vois. Donc moi j'insiste sur la notion de plaisir, je shootais que de la très bonne came. C'est d'ailleurs quand j'ai commencé à shooter de la mauvaise came en revenant à Lille, de la came de merde qu'ils vendent actuellement, je te jure c'est de la saloperie, t'as plus de plaisir. Tu t'envoies un truc, t'as une petite montée, ben faut que tu te mettes un... un énorme tas dans la cuillère, déjà tu vois le tas, t'es impressionné, tu te dis "mais quelle quantité je me mets !", pour un effet mini. Mais tu t'accroches, parce qu'ils mettent tellement de coupe à l'intérieur que c'est plus la came qui t'accroche, c'est la coupe. Et en plus ça te détruit physiquement » (François, héroïne 1980, première injection à 18 ans).

Cette perte de maîtrise des approvisionnements est très clairement perçue comme la source de gros problèmes de santé :

« Avec l'héroïne je n'ai jamais eu de problème, je connais des gens qui s'injectent de l'héroïne depuis 20 ans et qui sont toujours en bonne santé, beaucoup de gens qui shootent depuis longtemps ont gardé une vie normale. Le côté négatif des drogues, ce sont les produits ajoutés par les dealers. Il y a 90 % de saloperies des fois, on trouve de tout mélangé à l'héroïne. Et aussi, de plus en plus de gens prennent autre chose avec les produits qui tournent aujourd'hui, le Subu surtout... Mais le problème, c'est que pour rester en bonne santé, il faut avoir les moyens. Je connais des gens de 60 ans qui shootent toujours l'héroïne, et qui n'ont aucun problème. C'est clair que si tu n'as pas de problème de galère et tout ça, tu peux vivre normalement, moi j'ai toujours vécu normalement » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Si l'héroïne a traversé toutes les époques, et aussi tous les milieux sociaux, sa « démocratisation » et sa diffusion dans les milieux populaires se sont accompagnées au fil du

temps de coupages de plus en plus nombreux et aléatoires qui aujourd'hui remettent en question cette place, alors qu'elle n'avait, jusqu'à ces cinq dernières années, cessé de dominer les systèmes de consommation par voie intraveineuse.

3- Prises de risques et recherche d'une ligne de contrôle

Hygiène de vie et précautions sanitaires

Lorsqu'un minimum de conditions est réuni pour assurer la sérénité du shoot, on peut prendre le temps d'aller chercher une seringue, intégrer cela comme l'une des activités de la phase de préparation. La protection de l'intimité de l'acte permet de construire et de maintenir le rituel de la préparation et de placer la manipulation des différents objets (et donc le matériel) dans une position centrale :

« J'ai toujours eu l'habitude de ma seringue en verre, on avait l'habitude de faire bouillir pour la nettoyer, et c'était un objet personnel. Ici en France je n'ai jamais partagé, sauf avec mon ami, là ce n'est pas pareil. Mais après qu'on ai repris, en 87, on a fait les tests pour le HIV et l'hépatite. Déjà à ce moment-là, on parlait du Sida, on avait conscience de ça. Avant on n'avait pas conscience de tout, mais on savait qu'il y avait des risques pour l'hépatite B par rapport aux seringues. Moi j'ai toujours fait propre, pour les seringues, pour l'eau et tout » (Francine, 42 ans, 11 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

La seringue est intégrée, comme l'acte, en tant qu'objet très personnel autour duquel vont se constituer des bases d'attention à soi et d'hygiène qui limitent le recours au partage. Dans ce cas de figure, les risques sanitaires sont amoindris ; ils pourront prendre la précaution de se procurer une seringue neuve, de respecter des conditions de préparation permettant de shooter propre. C'est cette organisation ritualisée des différentes étapes menant à l'injection qui oriente l'ensemble des gestes et permet de contrôler les prises de risques. Cette ritualisation des actes d'injection a protégé certains injecteurs des années 1960 à 1980 de la contamination au VIH, en dehors d'une quelconque information sur les risques sanitaires, bien avant qu'ils n'en prennent conscience. Pour les plus vieux en effet, les informations relatives aux risques infectieux n'ont été rendues publiques qu'au fil de leur parcours de consommation.

La réduction des risques liés à l'injection pourrait prendre appui sur ces éléments constitutifs et régulateurs de la logique d'injection, et tenir compte de l'importance et du sens de ces rituels pour proposer de les accompagner par la mise en place de mesures de protection adaptées.

L'injection de Subutex® - Une logique d'adaptation au contexte social et répressif

Les glissements d'un produit à un autre, notamment de l'héroïne vers le Subutex® - pour gérer les aléas de l'approvisionnement en héroïne avec le maintien de la pratique de l'injection - ont à voir directement avec cette dynamique-là. En outre, ce produit permettrait de limiter les risques et les tensions de l'approvisionnement tout en permettant, avec la diminution des qualités d'héroïne, de maintenir l'injection. Dans ce type de trajectoire, ce produit a pour fonction de réduire les risques répressifs et sociaux :

« C'est impeccable si j'ai 1-2 g par jour, mais ça fait 800 F, et 30 g par mois, si tu achètes en grosse quantité, tu descends les prix et tu peux l'avoir pour 9 000 F, ou 100 g pour 20 000. Avant ça ne me posait pas de problème de trouver ça, mais maintenant, il y a trop de tensions créées avec ça, et le risque est trop grand sur les achats. Il y a trop de moments où on peut se

faire chopper avec, et si on te trouve avec 100 g, personne ne croira que c'est ta consommation personnelle. Moi j'ai arrêté rien que pour ça, parce que maintenant, c'est trop chaud, et je me suis rendu compte que je ne voulais pas risquer ça » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Sur le plan social, il s'agissait de maintenir son activité salariée, ses liens familiaux. Comme d'autres, dans le même contexte, il considère le passage au Subutex® comme une adaptation conjoncturelle, mais reste convaincu de garder cet accrochage fort à l'injection ainsi qu'à la manipulation des objets. En proposant un modèle de substitution qui va fonctionner sous ce registre, les usagers peuvent maintenir les rituels d'usage et seulement changer le produit, mais avec des conséquences sanitaires très importantes : ils s'inscrivent toujours dans une logique d'injection, elle est à « moindre risque » sur le plan répressif et social mais à risques amplifiés sur le plan sanitaire ; un « succès » sur le plan de la réduction de la délinquance, comme se plaisent à le souligner certaines analyses statistiques, mais aux conséquences terribles pour ces personnes qui n'avaient jamais fait d'accident de shoot et qui se retrouvent avec un système veineux très endommagé par des années d'injection de Subutex®. Non seulement ce produit n'est pas « tout à fait » injectable, mais ces usagers, qui avaient pendant toutes ces années, du fait de leur position dans les circuits de revente, injecté une héroïne de relativement bonne qualité, n'ont pas intégré le filtrage dans le rituel du shoot. En l'absence d'information de réduction des risques sur ce plan (interdit de pratique oblige), ils ont pendant des mois ou des années dilué directement les cachets dans la seringue :

« On ne savait pas du tout ce que ça faisait sur les veines, on a appris petit à petit, et maintenant j'ai des grosses marques sur les veines, je n'avais pas ça avant avec l'héroïne, ça partait, ça cicatrisait, là maintenant avec le Subutex®, je suis beaucoup plus marqué, j'ai des traces qui ne partent pas. Je n'avais jamais eu de problèmes, même l'été des fois avec des manches courtes, parce que j'injecte dans les veines très hautes moi toujours, et ça ne se voyait pas. Avant, on prenait des seringues de deux cc, on mettait le cachet directement dedans, de l'eau distillée, on secouait bien pour diluer, et on envoyait comme ça, sans filtrer rien du tout. Mais en fait ça laissait beaucoup de particules dedans, et ça faisait des bouchages des veines. Après, tu avais des migraines terribles, des fois on chauffait ça sous le bras pour mieux dissoudre, quand j'étais dans la rue, ou au boulot, même dans la voiture en route, parce que là je ne pouvais pas faire autrement, sinon à la maison, je mettais ça un petit coup sur le radiateur pour dissoudre, mais ça laissait quand même aussi de la poussière » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Ayant pris conscience, même tardivement, de la dangerosité de ce produit, quelques-uns tentent aujourd'hui de passer à la méthadone, mais cette volonté de limiter les dégâts ne les rend pas pour autant accessibles durablement à une politique de substitution orale, malgré leurs tentatives répétées de se maintenir dans ces programmes. Ils poursuivent souvent l'injection en parallèle, abandonnent les protocoles ou s'en font exclure. Ils vivent la substitution orale seulement comme une adaptation au marché actuel et non une sortie de l'injection :

« Je crois que j'ai vraiment le goût de l'héroïne, il n'y a rien de comparable comme produit. Ici en rentrant, je voyais par rapport à ce qu'on a pris pendant des années, il n'y avait plus que des produits de très mauvaise qualité. À un moment, je me suis dit que ça ne valait pas la peine de dépenser tant d'argent pour ça, pour si peu d'effets. Mais je ne peux pas dire que j'ai fait le deuil vraiment, ce n'est pas ça, c'est plutôt qu'on s'adapte à la situation je crois » (Francine, 42 ans, 11 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

Ces personnes sont « tenues », au moins provisoirement, à ces protocoles par leur forte intégration sociale et un système d'accrochages variés (familial, professionnel...). C'est une forme d'autocontrôle qui n'entre pas forcément en phase avec la logique des protocoles. Elles utilisent ces ressources de l'environnement pour rationaliser et tenter d'infléchir leurs pratiques sans entrer pour autant dans la logique de substitution. Comme cela procède d'un renoncement imposé par les circonstances légales et économiques, cette adaptation, sans changement fondamental de la logique d'injection a, comme toutes les adaptations, ses contraintes propres et de fortes chances d'être provisoires :

« Moi j'ai envie là en ce moment de tout arrêter, même la métha, mais je risque de repartir dans la came... C'est même plus qu'un risque d'ailleurs, pour moi c'est une certitude ! C'est juste pour être à l'abri de la galère que je prends la substitution, parce que pour le moment, je ne vois pas comment faire autrement, et pour moi je pense que c'est plus raisonnable d'être à la méthadone » (Pascal, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Invisibilité sociale et distance des services de santé

Cette activité relative à la sécurisation des transactions, qui concerne plus souvent des personnes issues des classes moyennes, s'accompagne aussi d'un repli des relations sur un cercle étroit de personnes très intimes (conjoint, amis usagers par voie intraveineuse). Ce mode de gestion des relations sociales est sous-tendu par la nécessité de se protéger du rejet de l'entourage (famille, collègues, copains qui n'injectent pas) en n'affichant pas et en ne fréquentant pas ou peu les cercles d'usagers. Comme le rappelle Christiane, lorsqu'on est intégré socialement selon les normes en vigueur (un travail régulier, un logement, une famille...) « on ne devient toxicomane que quand ça se voit », et c'est à ce moment-là qu'on perd aussi sa crédibilité et ses protections. Serait-ce donc la stigmatisation qui crée la pathologie sociale pour ensuite fabriquer une pathologie individuelle, considérée dans notre société comme plus « présentable » ? Cette dernière viendrait finalement fonctionner dans les représentations comme un substitut à la première.

Lutter contre la stigmatisation impose effectivement une grande discrétion dans ces relations sociales, ce qui explique ce relatif isolement de la plupart de ces consommateurs : à la fois peu intégrés dans un milieu d'usagers dont ils préfèrent se démarquer, et dans lequel ils ne se reconnaissent pas. En même temps, ils ne dévoilent pas leur consommation à leurs proches, dans l'idée de maintenir les bonnes relations avec la famille, et pour éviter le rejet social.

S'ils parviennent à garder une relative maîtrise des risques répressifs et à se prémunir de la répression et des incarcérations, l'un des paradoxes de ces situations, et non des moindres, c'est qu'il existe des formes particulières de risques qui contribuent, du fait même de cette discrétion, à les fragiliser, notamment dans leurs relations au système de soins. Francine raconte comment, lorsqu'elle a connu une période de perte de maîtrise de sa consommation et a envisagé d'y mettre un frein, elle s'est heurtée d'abord à sa méconnaissance personnelle des effets de manque, mais aussi à l'incompréhension d'équipes soignantes auxquelles elle a tenté d'avoir recours :

« La deuxième fois que je suis rentrée à l'hôpital en manque, on m'a amenée, parce que j'allais vraiment très mal, je demandais à être hospitalisée, et même au niveau des infirmiers, ils ne voulaient pas me croire que j'étais en manque au départ, je n'avais pas le look, peut-être c'est par rapport à ça, on était décalés, je ne ressemblais pas à ce qu'ils imaginaient sans doute, et quand je leur disais que j'étais en manque, ils ne croyaient pas. Par contre, après, un

toxicomane dans une chambre d'hôpital, c'est quelque chose, cette étiquette, c'est terrible comme on est reçu » (Francine, 42 ans, 11 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV).

L'analyse des trajectoires des personnes qui ont pu maintenir un style de vie relativement intégré montre que certaines sont aujourd'hui des consommatrices d'héroïne occasionnelles (quelques injections par mois), d'autres ont entamé, malgré les limites signalées plus haut, des protocoles méthadone, tandis que d'autres encore ont pu abandonner totalement l'héroïne et la seringue.

B - Conditions de vie et rituels d'usage en milieu précaire - Entre recherche d'équilibres et perturbations

Le contexte de vie quotidienne, nous l'avons souligné, à fort à voir avec la manière dont les différentes personnes gèrent les problèmes qui entourent l'injection, que ce soit l'organisation de leur journée, les modalités d'accès aux seringues et les prises de risques. La possibilité de disposer d'un minimum d'espace protégé est inégalement répartie dans la population rencontrée, avec des situations ou des périodes où il est beaucoup plus compliqué et aléatoire de rassembler les conditions permettant d'engager les activités et d'en assurer le bon déroulement. Ici, plutôt que d'aborder la gestion de l'injection d'une manière sereine, les usagers vont consacrer une part de leur énergie et de leur temps à constituer de toute pièce et avec plus ou moins de réussite un cadre minimum de sécurité physique et mentale de leurs actes. Cette programmation va elle aussi prendre place dans leur trajectoire, délimiter le contexte d'injection et générer un autre régime de prises de risques.

1- De l'hébergement précaire à la cage d'escalier

« Assurer la chambre », nous l'avons vu, fait partie des obsessions de l'usager de drogues précarisé. Cela s'entend bien entendu sous l'angle de l'accès à des conditions de vie décentes, préoccupation commune aux populations précarisées, mais qui, pour le sujet qui nous occupe, constitue une base d'ancrage minimum dans l'espace et le temps. Ne pas passer la nuit dehors, prévoir où dormir dès le matin pour le soir, consacrer une partie de l'argent disponible pour passer la nuit dans un hôtel ou un hébergement d'urgence constitue aussi une manière d'assurer le premier shoot, dans des conditions d'existence où cette exigence est remise en question chaque jour. Disposer d'un lieu correspond ici à l'un des éléments du système qu'ils vont devoir renégocier à chaque fois et intégrer dans la programmation du shoot :

« Ma première démarche, c'était toujours de bloquer une chambre le matin pour le soir, parce que je savais que sinon je n'aurais pas les sous. Je m'assurais la nuit, seulement au jour le jour, mais ça me rassurait. Même une dose en moins, tant pis. J'ai connu aussi des moments où je mettais tout dans l'héroïne. Quand on vit dans l'urgence tout le temps, c'est dur de gérer d'autres besoins. Mais quand même, j'essayais, dès que j'avais des sous, de prendre une chambre, et après, le dealer » (Marc, 38 ans, 20 ans héroïne IV, 2 ans Subutex® IV).

Ces conditions sont toutefois rarement reproductibles, tant les aléas de cette vie au jour le jour impose des contraintes à la fois environnementales et des contraintes propres à la temporalité de l'usager dans son rapport au produit :

« La drogue, ça demande une organisation toute la journée. D'abord, on se lève en manque, tout le temps, et c'est rare qu'on garde une dose de la veille, même les sous moi je ne les

gardais pas. Si j'en avais, je les mettais dans la poudre le jour même et je la prenais. Si tu n'as rien, il faut aller voler, dès le matin en se levant, trouver les receleurs, après trouver le dealer et ainsi de suite toute la journée, il faut tout le temps se débrouiller » (Marc, 38 ans, 20 ans héroïne IV, 2 ans Subutex® IV).

Ces usagers, dans tous les cas, doivent intégrer cette recherche dans le rythme de la journée, consacrer une partie de leur temps et de leurs ressources à construire et reconstruire en permanence les bases minimum pour assurer la reproduction de leur pratique. Selon les personnes et les circonstances, le cycle de l'injection va commencer à différents endroits : chercher le lieu, l'argent, le dealer, le paquet (ou le cachet), le matériel... Lorsqu'ils parviennent à garder une dose pour le matin, le premier shoot du matin permet d'aborder une journée qui s'annonce toujours difficile :

« Moi, dès le réveil, je suis obligée de prendre quelque chose, direct, je me lève, je me fais un truc. J'ai toujours calé dès le matin, avant de sortir » (Sonia, 26 ans, 4 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, Rohypnol®, cocaïne IV occasionnelle).

C'est également un moment où ils parviennent à sentir un tant soit peu la drogue, surtout lorsqu'ils injectent du Subutex®, mais il est bien clair aussi qu'ils ne réussissent pas toujours à mettre du produit de côté. Lorsqu'ils n'y parviennent pas, certains retrouvent un semblant d'équilibre autour d'autres zones de leur quotidien qui leur permettent de stabiliser les temps d'attente. Marc associe deux dimensions, celle de l'hygiène corporelle et alimentaire, et celle de la programmation du shoot proprement dite :

« On a du mal à aller sous la douche le matin, quand on est en manque, on a ça dans la tête, on sait qu'il faut trouver les sous, la came, mais ça me faisait du bien, et je savais que j'avais besoin de ça pour commencer ma journée. Quand j'avais mes doses pour le matin, je prenais d'abord la came, après la douche, mais si j'avais pas, je prenais la douche avant de partir, je me projetais en me préparant. C'était mon seul réconfort de la journée : garder un petit peu de dignité vis-à-vis des autres. Après, on prend le rythme de vie, même dans la toxicomanie on a des petites manies, des petits caprices aussi, moi c'était la douche, et le café, je peux pas partir sans le café, avec une cigarette ! » (Marc, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté).

Cette organisation où les rituels de propreté viennent contribuer à supporter les temps d'attente joue plusieurs fonctions : celle de stabilisateur des tensions liées au manque, celle de structuration du temps dans l'approche du moment de l'injection proprement dit, celle d'un instrument propice à concentrer une énergie suffisante pour aller « faire sa journée », celui de la lutte contre la stigmatisation et le rejet social. Autant de rituels qui participent aussi à fixer l'injection dans le rythme de la journée. Et c'est tout cet ensemble, tout ce travail d'adaptation qui permet d'organiser la pratique d'injection au quotidien.

La rareté des lieux dans l'espace public assurant un minimum de discrétion et permettant de se soustraire à la pression des regards et de la répression est un second niveau de handicap qui demande des ajustements souvent périlleux, comme explique Sébastien qui a dû expérimenter toutes sortes d'endroits dans lesquels le degré de tensions et de perturbations varient considérablement :

« Une fois, j'avais pris... tu sais, mon subu, ma cuillère et tout le reste, et puis j'ai été aux chiottes. Mais il y avait trop de gens qui râlaient à la porte... Et puis alors, plus tu t'énerves, t'as des gouttes de sueur... Alors je me suis dit que le prochain coup, je le prépare d'avance !

Comme ça j'ai plus qu'à aller aux chiottes et voilà » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Les rapports entre le contexte du shoot et le rapport aux risques sont bien au cœur du problème, nous y reviendrons plus loin.

Se dissimuler plus ou moins « confortablement » dans différents lieux précaires comporte une autre fonction : permettre de se concentrer sur l'acte. Marc a besoin de se dégager des autres : « C'est dans ma nature, j'ai besoin de me concentrer sur mon projet. Je suis comme ça pour tout ce que je fais dans ma vie, j'ai besoin d'être seul, de faire le vide... »

En général, il recherche un immeuble et s'installe dans la cage d'escalier, mais tout en haut, là où il y a le moins de passage, pour être moins dérangé. Se soustraire à l'exposition sur l'espace public pour se livrer à des actes intimes mais en même temps interdits fait partie de l'expérience quotidienne des usagers de drogues qui vivent dans des conditions précaires et doivent sans cesse consacrer de l'énergie, ruser, fabriquer des protections. Ils doivent composer en permanence entre la nécessité de repli sur l'intimité pour protéger l'acte, et des conditions sociales qui ne le permettent pas, mais qui imposent au contraire d'avoir toujours un pied dans la rue. Dans cette activité, qui relève d'une zone intime de la personne (plaisir, rapport au corps, gestion de tensions intérieures), les perturbations de l'environnement viennent souvent bouleverser cette économie et risquent à tout moment de faire rater l'opération, cette périlleuse cuisine de la préparation du shoot qui peut tourner au cauchemar à chaque seconde.

« Alors là tu t'arraches les... tu deviens dingue, parce que t'en a plus, tu deviens fou. Donc tu fais attention. Donc là c'est la cuisine... c'est presque ta vie qui dépend de ça » (François, 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne IV).

Cette ritualisation du quotidien, même relativement aléatoire, partielle et peu reproductible a pour fonction de mettre en place un certain nombre de repères, de bases qui viendront soutenir la recherche des sensations. Faire un break, se poser pour consacrer un temps d'attention à soi et à l'acte proprement dit, permettent aussi d'imprimer un changement de rythme dans la course effrénée à l'argent et au produit, un temps de stabilité dans cette spirale sans fin. Ces usagers expliquent l'importance de la reproduction du rituel à chaque injection, avec le souci de répéter la même manipulation pour arriver à ce point d'équilibre éphémère entre la tension de la préparation et le moment où ils envoient le produit. Et c'est l'ensemble des étapes de ce « trajet » qui constitue la logique d'injection¹⁰².

Mais on voit bien que cette étape, cet arrêt dans la course infernale ne peut être que de courte durée. Ils ne sont pas en situation de rester dans le même lieu bien longtemps, et dès le shoot :

« Tu sais que t'es tranquille pour tant d'heures, et tu essayes de préparer un nouveau plan pour le prochain » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Le cycle de l'injection redémarre dès la fin du shoot. La fin de l'un enclenche immédiatement la remise en marche de l'organisation jusqu'au suivant. Le break est de courte

¹⁰² Voir les développements sur les liens entre rituels et sensations. Chapitre III-3-1-B.

durée en fait, et c'est bien autour de ce rythme, avec cette brutale accélération de fin de shoot qu'est structurée la journée de Marc. Pour décrire ce cycle en plusieurs actes, il parle de la valeur de ces différents temps :

« Après le shoot, ça n'a pas la même valeur. À la limite, ça n'a presque plus de valeur ce moment-là, en ce sens que tout de suite on plie le matos, et tout de suite on calcule le prochain shoot. Pas celui qui deale, parce qu'il n'a pas ça à penser, c'est différent je pense, il a moins de démarche. Mais juste après, on se ré-enclenche sur le prochain, on part sur un autre plan, on voit combien il reste de sous, toutes les préoccupations reviennent... » (Marc, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté).

Ces contraintes dans l'organisation des journées impriment une temporalité particulière à l'injection où l'on voit que la phase qui suit le shoot devient extrêmement brève lorsque les circonstances imposent aux usagers précarisés la reprise immédiate de cette course infernale. Cela signifie aussi que malgré les difficultés à réunir des conditions satisfaisantes, les usagers ne shootent pas n'importe où par insouciance. C'est tout le contexte de l'injection qui définit des modalités différenciées de gestion de l'acte.

2- Des rites d'approvisionnement plus complexes et précaires

Une autre zone d'activités du cycle de l'injection consiste évidemment à trouver l'argent et le produit, « ça demande de l'organisation tout le temps », disent-ils. Pour trouver l'argent, ils oscillent entre les vols à la tire, les cambriolages, les petits vols et le petit deal, juste pour accéder à un petit confort de consommation, en revendant des petites quantités de produit pour assurer leur propre consommation. Les ressources sont très peu stables et très faibles. Katy a connu plusieurs phases alternativement, celles où elle allait casser, ou voler, et celles où, ayant intégré d'autres réseaux, elle a commencé à vendre. En achetant cinq grammes à un intermédiaire, elle en gardait un à deux pour elle, et revendait à des consommateurs qui eux-mêmes allaient casser, voler dans les magasins. D'autres s'organisent à plusieurs, comme Kamel, pour partager à la fois l'argent et l'héroïne :

« On donnait les sous à quelqu'un qui partait tout seul et qui allait chercher pour les autres. Des fois on l'attendait pendant des heures. Un seul connaissait un plan, on lui donnait tout l'argent, et on ne savait jamais quand il allait arriver. Je faisais des cambriolages de télé, vidéo, des voitures, sur commande, on braquait les dealers et tout. On se démerdait toujours, on faisait rabatteur, on arrivait toujours à faire quelque chose. On descendait sur Marseille, on allait sur les quartiers, on voyait les dealers, on savait qui faisait, on repérait où ils avaient la marchandise » (Kamel, 38 ans, 15 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV).

Un cycle qu'ils doivent aussi reproduire plusieurs fois par jour. Cette organisation collective avec sa division du travail, ces allées et venues d'un quartier à l'autre, ou d'une commune à l'autre, la recherche des bons « plans », de même que l'échange d'informations font aussi partie des rituels d'approvisionnement qui rythment le quotidien. Ils permettent en outre aux usagers de ne pas rester isolés, de cumuler à la fois l'argent disponible, les dépannages éventuels et l'attente de solidarités pour, le cas échéant, ne pas rester en manque. Les interdépendances jouent ici une fonction de support des activités liées au shoot. Une manière de gérer quelques-uns des aléas du cycle « vol, revente, argent, came »... Toute cette organisation renvoie à un travail d'adaptation nécessaire pour intégrer tous les aspects qui accompagnent la consommation. Ce travail contribue également à fixer ces usagers dans leur conduite tout autant que les effets liés au produit.

Malgré cette construction de régularités dans l'organisation de la journée, la temporalité « idéale » est souvent perturbée, que ce soit par la mobilité du deal, les confrontations à la police, les mauvais coups (arnaques sur la qualité, coupages...) :

« Quand on est repéré, ils vous pistent, ils voient si on va s'approvisionner ou quoi. C'est un métier aussi la toxicomanie, c'est comme un boulanger, il fait son apprentissage. Le toxicomane, il sent quand c'est pesant derrière lui, c'est l'habitude, à force on sent ça, des jours on se sent surveillé, il faut toujours avoir un œil derrière le dos. Des jours même je sentais tellement ça que j'ai laissé tomber à 50 m du dealer. À force de pratique, on anticipe aussi, on sent le danger, et là on sait qu'il faut pas insister, il faut chercher d'autres plans, attendre qu'ils vous lâchent. J'ai vu passer deux heures dans un café pour qu'ils me lâchent, rester là juste à attendre. Ça c'est très dur, quand on a les sous dans la main, et qu'on ne peut rien faire, c'est le pire. Et tout ça, on apprend à faire tous les jours. Mais quand on se fait arrêter au dealer, avec les sous dans la main, là sur le moment, c'est la fin du monde » (Marc, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté).

Parmi ces usagers, certains peuvent avoir la possibilité d'accéder aux produits près de chez eux, tandis que d'autres connaissent des parcours longs et périlleux, avec le danger d'être arrêté en possession des doses. Il est nécessaire, là encore, de développer tout un travail et d'intégrer des stratégies qui vont permettre d'assurer les conditions de l'approvisionnement. Ceux qui, comme Florian, n'aiment pas « tourner » trop longtemps pour trouver leur dose parviennent, même s'ils sont rares parmi les personnes rencontrées, à s'accommoder des irrégularités d'approvisionnements. Il shoote une ou deux fois par jour, environ 1/2 gramme d'héroïne, mais s'il a l'occasion d'acheter plus, il prend plus. Par contre, à l'inverse, s'il ne trouve pas, il peut diminuer ou même ne pas shooter de la journée, et n'en fait pas un drame. Il a toutefois recours dans ce cas à la méthadone qui, pour les injecteurs d'héroïne, permet de mieux réguler les temps d'attente, plus efficacement que ne leur permettait le Néocodion® il y a quelques années. Ce produit de substitution est ici intégré à la régulation d'ensemble de la logique d'injection. Ses plans habituels se limitent à des « arrangements » entre copains, un moyen d'éviter les embrouilles, dit-il, un cercle étroit d'approvisionnement qui lui permettrait de mieux maîtriser les conditions de sécurité vis-à-vis de la qualité des produits.

Une fois le produit et le lieu trouvés, plusieurs éléments entrent encore en compte et sont très importants quant aux effets produits : la qualité, le type de coupe, etc. Tout cela demande une bonne évaluation. Des risques peuvent venir d'un changement de vendeur, de dosage, etc. Les usagers-injecteurs ont, pour la plupart, acquis des compétences en matière d'appréciation de la qualité des produits. Mais ces dernières années, la baisse de la qualité et la multiplication des produits de coupage brouillent totalement leurs repères en la matière (coupages multiples, multiplication des intermédiaires...), ce qui non seulement limite les possibilités d'atteindre l'état attendu, mais induit aussi des prises de risques supplémentaires :

« En fait, je ne sais même pas dire combien je prenais, c'est comme le café, selon ce qu'il y a dedans, la qualité, tu mets plus pour avoir un bon café, et des fois il est quand même dégueulasse. Et la mauvaise qualité, c'est aussi selon la quantité qu'on a touchée, mais c'est pas là-dessus qu'on sait combien on prend... Si ce qu'on touche ça ne correspond pas à votre demande, ça appelle un autre shoot plus vite, et quand la qualité est mauvaise, on shoote plus » (Marc, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté).

Il faut souligner ici des disparités régionales, avec quelques particularités au niveau des frontières où la fréquence des passages de part et d'autre organise le rythme des shoots. La

proximité des frontières et les politiques particulières de certains pays à l'égard des produits stupéfiants s'intègrent alors aux rituels d'approvisionnement :

« Belgique assez souvent, mais Hollande, non, on va dire à peu près une ou deux fois par mois... Mais du temps de 95, c'était deux fois par jour... Tu y allais, tu revenais, tu ramenaï la marchandise, et tu repartais aussi sec... Je te l'ai dit, à un moment, tous les alentours venaient se fournir sur le quartier... Mais bon, c'était la période... » (Joao , 27 ans, 4 ans Héroïne et Cocaïne IV, 3 ans Subutex IV et cocaïne IV)

La proximité de la frontière permet aux usagers de maintenir des rapports coût/qualités abordables, alors qu'ils vivent dans des conditions de précarité voisines de celles de leurs homologues du sud de la France ou de la région parisienne, ce qui leur permet de poursuivre l'injection d'héroïne encore actuellement :

« Les prix en plus, ça dépend de où tu l'achètes ici. Moi j'ai un petit arrangement avec un type, je le touche à 100 balles le gramme d'héro. C'est un mec que je connais depuis très longtemps, je sais qu'il monte pour lui, donc je lui demande de m'en rapporter pour moi, c'est pas plus compliqué que ça. C'est à Rotterdam, il n'y a que là que tu peux trouver des trucs à des prix corrects. Il y en a qui vont aussi en Belgique, mais bon... celle que j'achète elle vient de Rotter... Sinon, j'en achète aussi ici quand j'ai pas pu en acheter, si le type est parti, par exemple... Mais même, je n'en ai jamais assez avec ce que j'achète. Donc je me remets à acheter des doses... Bon quand je l'achète ici, je peux encore négocier, je l'ai pour 200 balles le ½, 400 le g... C'est à peu près ça la zone des prix. Mais bon, si j'avais pas cet arrangement, ça me reviendrait beaucoup plus cher... Et encore, ce serait même pas de la came » (Zinedine, 31 ans, 14 ans d'héroïne IV)

Des va-et-vient qui perdurent pour certains aujourd'hui, avec des fréquences variables. Ils permettent de pallier le déficit de qualité de ces produits (héroïne, cocaïne, produits de synthèse, cannabis¹⁰³) en France. Cela explique au moins en partie que les consommateurs d'héroïne se rencontrent aujourd'hui plus facilement dans le nord de la France.

3- Les risques intégrés au système de vie des usagers injecteurs précarisés

Protection sanitaire et circonstances d'exception

Pour trouver la « came », avec un suivi dans l'approvisionnement et la qualité et se l'injecter dans des conditions minimum de sécurité, il n'est pas rare que les usagers se retrouvent, sur l'un ou l'autre de ces plans, en mauvaise posture, ce qui peut évidemment contribuer à perturber les conditions d'injection. Mais à côté des à-coups propres à la temporalité de l'usager-injecteur, d'autres perturbations viennent contrecarrer les possibilités de se protéger convenablement des risques sanitaires. La distribution de seringues a fait beaucoup de progrès ces dernières années, et a permis à la plupart des usagers rencontrés d'accéder aux distributeurs ou aux programmes d'échange de seringues. Pourtant, la plupart continuent, pour éviter d'être arrêtés et inquiétés par la police, ou bien pour dissimuler leur

¹⁰³ Cf. D. Duprez, S. Kierzunska, « Enquête dans le quartier des Hauts-Champs à Hem, dans *L'économie souterraine de la drogue*, CNV/MSH, 1994 (commune de l'agglomération lilloise), ainsi que D. Duprez, M. Kokoreff, A. Verbeke, *Des produits aux carrières. Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants*, CNV, DGLDT, 1995.

pratique à leur famille, de cacher leurs seringues dans divers recoins de l'espace public, avec le risque de se les faire voler, détériorer ou même utiliser :

« Ça m'arrive de réutiliser la même pompe, quand je suis bloqué le soir, que je peux pas retourner chercher le matériel où je le cache... quand j'en ai plus de neuve dans le tube, je me ressers de la dernière. Le matériel, je dois le cacher à l'extérieur parce que je peux pas le laisser dans la maison... pour qu'un jour on le découvre... On est déjà tombé sur le tube... heureusement qu'on l'a pas ouvert... j'ai eu de la chance ce coup-là » (Tonio, 23 ans, 3 ans Subutex® IV).

Le partage des seringues est encore souvent présenté comme un acte de nécessité, non seulement parce qu'il existe des ruptures d'accès (le soir, le dimanche), mais aussi parce que les relations avec les pharmaciens ne sont pas spécialement bonnes :

« Le matériel, je le chope par le bus... Je les ai rencontrés, c'est arrivé par hasard... Et puis ensuite, j'allais en chercher toutes les semaines. C'était l'année dernière... Avant, j'allais en pharmacie. Mais le problème c'était justement ça... Que les pompes servaient à plusieurs personnes. Les pharmacies, c'est jamais évident. Il y en a où t'es correctement reçu, et puis d'autres où tu te fais jeter. Donc ça m'a toujours gêné d'aller chercher en pharmacie, alors quand j'avais une pompe, je la gardais longtemps... Jusqu'à ce qu'elle puisse plus servir. Au moins une bonne dizaine de fois » (Florian, 32 ans, 4 ans héroïne IV).

Cela faisait seulement un an au moment de nos rencontres que ce jeune homme ne partageait plus ni ne réutilisait ses seringues, soit depuis 1999. La honte et le rejet fonctionnent encore aujourd'hui comme une force dissuasive très conséquente sur la mise en œuvre de principes de protection. Et si les associations, avec le travail de rue développé ces dernières années, ont contribué à rendre l'atmosphère beaucoup plus sereine quant à l'accès au matériel injectable, cela n'a pas seulement trait à la gratuité. Pour beaucoup d'usagers vivant ou non dans des conditions de grande précarité, le passage à la pharmacie reste une épreuve.

Ce qui ressort sur le plan des prises de risques relatives à l'injection, c'est qu'en dehors de quelques personnes qui ont développé, comme le groupe précédent, une attention marquée pour ces questions, avec des habitudes d'hygiène étendues à la gestion du matériel d'injection, ils sont encore nombreux à fonctionner sur le mode de l'auto-évaluation des risques, en particulier en appréciant le degré de crédibilité de ceux auxquels ils accordent leur confiance :

« Je connais les risques depuis le début. Je savais qu'il y avait des risques Sida et tout... Mais comme à chaque fois, c'était des copains qui me disaient "non, j'ai rien, c'est bon..." Et puis une fois qu'il y a le truc, tu ne penses pas trop à ça. T'es inconscient en fait » (Florian, 32 ans, 4 ans héroïne IV).

Nous avons remarqué bien souvent dans l'emploi du temps des usagers cette dualité dans les activités. La logique d'injection intègre deux dimensions contradictoires qui font système dans l'expérience de ces usagers, avec d'un côté des rituels de régulation de la pratique du shoot, qui assurent un certain niveau de protection sur le plan de la santé, et de l'autre la persistance de multiples risques de renversement de ces équilibres. Cet ensemble reste très aléatoire et ne protège que très faiblement des risques de contamination. Les personnes dont il est question dans cette partie ont toutes contracté l'hépatite C, plus de la moitié le VIH. Elles ont intégré ces risques-là comme inhérents à leur condition, comme l'indique encore Florian :

« D'ailleurs il y en a qui ont chopé pas mal de saloperies à cause de ça. Par exemple l'hépatite, elle a fait le tour de tout le monde. Moi, je suis resté longtemps avant de l'avoir. Je me suis déjà shooté avec des gars qui avaient déjà hépatites et tout ça, en partageant la même seringue, et je ne l'avais pas. »

« Tant que ce n'est pas le Sida », ajoute Joao. Il a récemment contracté l'hépatite C en partageant plusieurs fois la seringue de personnes qu'il savait contaminées, par manque de choix, explique t-il, toujours dans des moments où l'urgence liée au manque a dominé ses préoccupations.

Cela étant, en situation de pénurie de seringues, d'autres scénarios sont possibles : alors que certains vont galérer et se résoudre, parfois, même en connaissance de cause, à partager, d'autres vont plutôt sniffer, au moins pour cette fois, si les conditions du shoot ne sont pas réunies. Mais ils restent rares, plus rares que ceux qui vont tout mettre en œuvre, quoi qu'il en coûte, pour ne pas renoncer au shoot. Marc, par exemple, explique qu'il parvient à organiser son propre « rationnement » le dimanche, parce qu'il y a moins d'argent qui circule et moins de dealers aussi. Il sait par expérience qu'il faut « faire tirer le shoot du matin » pour tenir le coup jusqu'au soir. Il a pourtant contracté le Sida dans ces circonstances difficiles :

« Le type, je l'ai su après qu'il était contaminé. Quand je l'ai su, j'ai eu une mauvaise réaction par rapport à lui. Je sais qu'il le savait à ce moment-là qu'il l'avait, et il n'a rien dit... Moi ce jour-là, j'étais vachement en manque, j'avais les sachets dans la main, et quand tu es des heures comme ça à tourner avec les doses dans la main, c'est insupportable. J'étais trop mal, et je crois que s'il ne me l'avait pas donnée sa pompe, je lui aurais arrachée, je crois qu'on se serait battu... Encore, si on n'a pas encore l'héroïne, ça va, mais les doses à la main, et pas le matos, c'est le plus dur » (Marc, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté).

Cela souligne aussi que les difficultés auxquelles ils se confrontent ne suffisent pas à changer les modes d'administration. Encore une fois, les conditions de possibilité de la pratique peuvent jouer dans le sens de l'amplification des prises de risques.

Substitution et recomposition de la logique d'injection

Les risques liés aux seringues et/ou aux produits apparaissent également ne pas fonctionner d'une manière isolée dans des contextes de vie précaire : ils participent souvent à un système de risques qui intègre d'autres dimensions. Nous avons montré ailleurs à quel point ces axes étaient liés et faisaient système dans l'expérience des personnes. Ils finissent par participer de fait à leur système de vie et à être intégrés comme parties prenantes de leur condition d'usagers injecteurs précarisés. De multiples facteurs entrent en compte dans la manière dont ils vont constituer leurs référents d'évaluation des risques et là encore, le contexte vient « travailler » la logique d'injection et par conséquent modifier les termes de sa gestion.

Pour faire face aux aléas de ce mode de vie, l'usage de produits de substitution a amené des effets ambivalents : certains les utilisent pour mieux maîtriser la question des approvisionnements, tant sur le plan de la qualité que sur celui des prix :

« J'ai pas envie de m'injecter l'héro surtout à cause des risques de dosage... J'ai pas envie de m'injecter une trop forte dose, et puis qu'après on me retrouve dans les toilettes avec une seringue dans le bras... Avec le Subutex®, je sais que je peux m'injecter 2, 8 ou 16 mg et il n'y aura pas de surdosage. Soit on va me couper le bras parce que ça a fait un bouchon, alors qu'avec l'héroïne, c'est pas le bras qu'on va te couper, c'est toi qui te mets la corde au cou.

C'est pour ça que je me suis jamais injecté l'héroïne. Maintenant je suis entre 6 et 8 mg de Subu par jour. Ça fait entre 2 et 5 shoots... » (Tonio, 23 ans, 3 ans Subutex® IV).

Le Subutex®, facile d'accès, est couramment utilisé comme un substitut économique, dans une recherche d'effets minimum au moindre coût :

« J'ai shooté le Subu pendant deux trois ans. J'ai connu ça avant d'entrer en prison. L'héroïne n'était plus bonne déjà, on ne trouvait que de la merde. Moi j'ai pris ça pour continuer à shooter mais sans payer. Je croyais que ça ferait les mêmes effets que l'héroïne, et en fait c'est vraiment pas ça... Encore que, vu l'héroïne qu'on s'envoyait à la fin... Le Subutex® se shootait, en fait c'est ce qui fait prendre » (Kamel, 38 ans, 15 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV).

Ce produit est devenu, ces dernières années, plus sûr que l'héroïne, parce que les usagers qui ne sont pas ou ne sont plus en position (économique et/ou relationnelle) de se maintenir sur des circuits de distribution d'héroïne ont par contre de bien meilleures capacités de maîtrise des circuits de distribution du Subutex® :

« Avant ici on ne connaissait pas ça, seulement le Temgésic®, mais moi je n'ai pas pris (de Temgésic®), directement le Subutex®, et l'héroïne avant. À cette époque (jusque vers 94-95) tout le monde courait pour l'héroïne. Moi j'ai ramené ça ici (le Subutex®), mais je n'ai pas dit aux mecs prenez ça, c'est d'autres aussi qui ont su tout de suite qu'il y avait ça. Mais personne ne nous a dit que ça n'était pas fait pour shooter, personne n'expliquait rien du tout, le généraliste il ne te demande même pas si t'as des problèmes quelque part. Moi je l'achetais, je me faisais faire des bons de toxique par trois docteurs différents, et je revendais. Pour moi quand je vends du Subu, c'est pas de la délinquance puisque c'est prescrit » (Kamel, 38 ans, 15 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV).

Cela signifie qu'il leur faut moins de temps et d'énergie pour trouver des produits. Les circuits de médecins qui ne sont pas trop regardants sur les ordonnances s'intègre désormais dans le cycle d'approvisionnement de certains usagers, tandis que d'autres iront se le procurer directement dans la rue auprès de ceux qui commercialisent les produits prescrits. Il en résulte un déplacement tant sur le plan de la consommation injectable que sur celui des marchés, qui contribue à faire de ce produit un instrument dans leur tentative de réguler les tensions liées à l'accès au shoot, sans pour autant limiter la pratique de l'injection. Cet usage tend à se généraliser au sein de cette population, autour d'une logique d'injection tout à fait comparable, où l'on retrouve la dimension de la ritualisation des approvisionnements, qui s'appuie cette fois sur le côté « légal » et ultralibéral de la distribution :

« Je lui mets 150 F sous le bureau, et comme ça, sans parler, il me marque des rup et du Subu, c'est tout. Il nous voit tous dans la salle d'attente, et allez, il nous fait les bons un par un. J'ai quatre médecins qui me marquent chacun 4 par jour à 8 mg, et 4 rup. Ils me donnent pour 28 jours chacun. Même ils peuvent me prescrire pour plusieurs personnes de ma famille. Des fois je fais faire pour ma sœur, pour mon frère... » (Kamel, 38 ans, 15 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV).

La visite chez le médecin rythme alors le cycle approvisionnement/injection :

« Le toubib me donne tous les 28 jours une ordonnance... et je passe prendre le Subu tous les 3 jours... Alors que pendant 2 ans, c'était tous les matins... Au bout de 2 ans, j'ai dit au médecin que merde... je ne suis plus un gosse, et le toubib m'a mis tous les 3 jours... J'étais

habitué à taper tous les matins vers 9h30... J'ai commencé je bossais de 6h à 13h... Alors, les cachets qui me donnaient la veille, je me faisais mon fix le matin, et je le rangeais pour me tirer une deuxième le lendemain... Mais bon, aller dans les toilettes et tout, c'est lourd tu vois, c'est pas... j'ai fait ça pendant 5 jours, après, j'attendais l'après-midi, après le boulot je bouffais, douche et puis j'allais à la pharmacie pour l'ouverture à 14/15h... » (Joao , 27 ans, 4 ans héroïne et cocaïne IV, 3 ans Subutex® IV et cocaïne IV).

Une consommation qui se structure ici autour du Subutex®. Ce produit permettant de maintenir ou de retrouver quelques régularités dans le cycle d'injection perturbé : il s'intègre, de fait, dans la logique d'injection en limitant quelques-uns des aléas extérieurs. Et ce, disent-ils, parce qu'ils n'ont pas d'autre choix dans le contexte actuel et se le représentent comme « de la came remboursée » que consomment aussi par voie IV des personnes qui n'ont jamais consommé d'héroïne :

« Ils sont là-dedans, parce c'est devenu une mode... C'est une drogue facile à trouver » (Joao , 27 ans, 4 ans héroïne et cocaïne IV, 3 ans Subutex® IV et cocaïne IV).

Les questions de disponibilité vont varier d'un territoire à l'autre bien sûr, et celle de l'héroïne apparaît, dans des conditions de prix et de qualité convenables, limiter le passage au Subutex® injecté. Ce qui tendrait à indiquer que chez des personnes qui n'ont pas fait le deuil de la consommation par la voie injectable, il vaudrait sans doute mieux une héroïne de bonne qualité ou une substitution injectable.

Des risques sanitaires accentués

En effet, ce produit représente une occasion d'ajouter des risques supplémentaires¹⁰⁴ : des problèmes veineux et cardio-vasculaires, des abcès graves et répétés, des traces et des marques d'injection plus importantes qu'avec l'héroïne, une visibilité de ces traces qui ne se soignent pas, et la nécessité de piquer plus souvent compte tenu de l'absence d'effets :

« J'ai encore de plus gros ennuis de santé qu'avant à force de shooter le Subutex®. En plus, comme une injection peut avoir des ratés, cela représente au moins huit piqûres par jour... Et en plus ça se voit beaucoup plus, ça pose plein de problèmes. Par exemple, si je veux chercher du travail, quand je suis en famille, je suis obligé de porter des manches longues pour cacher ça. J'essaye des fois de retenter de le prendre sous la langue...mais je finis toujours par craquer... Et du coup, je me pique dans la journée. Et ça fait qu'après, je manque de Subu. Le problème, c'est que je dois m'organiser avec ça. Il faut que je prévois toujours en Subu et en matériel pour pouvoir m'injecter toutes les 4 h » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Sans être pour autant un vecteur de changement dans les rapport à l'injection, ce produit fonctionne ici plutôt comme un accélérateur de la dégradation¹⁰⁵. Nous retrouverons ces personnes dans des situations de précarité accentuée au fil des mois, d'autant plus que les effets recherchés étant amoindris, elles tendent à amplifier leur consommation et à l'associer à l'usage de produits comme l'alcool et/ou la cocaïne.

¹⁰⁴ Voir aussi chapitre III-3-2-C à propos de la dimension « corporelle ».

¹⁰⁵ Cet aspect est développé dans le chapitre III.

La prison comme composante du système de vie

Parmi les risques liés au système de vie des usagers, les contextes de consommation et d'approvisionnement les exposent constamment à des interpellations et à des incarcérations. Les recherches que nous avons menées sur le rôle de la prison¹⁰⁶ ont montré comment les passages successifs qu'y faisaient certains usagers finissaient par devenir des composantes à part entière de leur système de vie, et à être perçus comme le retour logique d'une condition qui participe à leurs pratiques et à leur vie quotidienne. Thomas a amorcé un long parcours d'incarcération en 1985, alors qu'il avait 18 ans. Ainsi a-t-il passé son adolescence et plus de la moitié de sa vie d'adulte en détention. L'alternance régulière entre « dedans » et « dehors » est venue imprimer la sensation d'une routine, d'un retour immuable. Une forme de ritualisation du passage en prison, tant il sait que chaque année apportera son lot d'arrestations, de passages devant le juge, etc., et sans qu'il ait le sentiment que cela puisse modifier le cours de sa vie. À chaque sortie, il a repris immédiatement sa consommation et ses activités illicites. Même chose pour Marc qui analyse la prison comme un temps intégré au système de vie avec l'héroïne, un temps qui fonctionne comme un break provisoire mais qui ne peut en rien changer l'économie de sa pratique :

« L'héroïne moi je dis, tu la laisses au greffe en entrant, et tu la reprends au greffe en sortant. C'est symbolique, mais c'est ça. J'ai toujours repris le jour même de ma sortie... La prison, ça fait partie de la toxicomanie moi je dis. Quand on vit dans la rue, on n'échappe pas, c'est une question de logique. On a peur tout le temps, on est tout le temps à regarder derrière son dos. À part quelqu'un qui a des millions devant lui, que ses parents lui mettent l'argent sur la table, et encore, on ne peut pas échapper : chaque jour trouver l'argent, le matos, le produit, un endroit discret pour ne pas se faire voir. C'est pas possible de ne pas aller en prison, je pense que ça fait partie » (Marc, 38 ans, 8 incarcérations).

La prison comme partie intégrante de la condition de l'utilisateur fait donc partie du jeu : « Lorsqu'on vole tous les jours, on risque tous les jours, sans un instant de tranquillité. » Cela dit, cette approche permet de comprendre de quelle manière la prison, en s'intégrant dans leurs trajectoires, a permis à ces personnes de réussir, malgré bien sûr toutes les souffrances qu'ils ont dû y endurer, à supporter l'incarcération, au titre finalement d'une cohérence d'ensemble :

« J'arrivais en prison en accord avec moi-même, parce que c'est logique la prison quand tu prends de l'héroïne. Donc partant de là, quand je me faisais attraper, ça correspondait à être en accord avec le système. Dans un jeu, on gagne et parfois on perd... On doit accepter ça, on ne peut pas faire autrement. Je n'ai fait que m'adapter à un système, celui de la toxicomanie. Et celui-là, il t'amène un jour en prison, c'est obligé » (Marc, 38 ans, 8 incarcérations).

Cette part de maîtrise du jeu que les usagers cherchent et parviennent à conserver au travers de cette ritualisation du retour cyclique en prison contribue aussi à développer leurs compétences pour supporter l'incarcération. Mais en même temps, c'est aussi cela qui les empêche de mettre en place des repères pour évoluer et trouver des occasions de changement à la sortie. Les évolutions récentes en matière d'usage en milieu carcéral ne semblent pas aller dans le sens d'un changement dans ce domaine, avec une amplification de la circulation et de la consommation de produits psychoactifs (en particulier le Subutex®) qui permettent aussi

¹⁰⁶ Bouhnik, Touzé (1996).

de poursuivre la consommation à l'intérieur du milieu carcéral¹⁰⁷. La prison ne renforce ni ne limite les prises de risques, elle se contente de les transposer dans un autre cadre. La sortie est vécue comme un risque majeur. La plupart des personnes se retrouvent à la rue et ne voient rien d'autre à faire que de renouer immédiatement avec le même cycle de prise de risques :

« Tu sors le matin avec un petit pécule, tu n'as pas de famille, pas de nana, pas de travail, tu vas arriver directement au centre-ville, tu fais de mauvaises rencontres, et de suite, tu reprends la came. Quand on fait un arrêt brutal en rentrant en prison, le sevrage c'est rien en fait, ça seulement » (Marc, 38 ans, 8 incarcérations).

Même programme pour Thomas, quels que soient l'époque et le produit (début d'injection d'héroïne 1984, passage au Subutex® découvert en prison en 95, et poursuivi à la sortie en injection) :

« À chaque fois j'ai repris en sortant. Je sors, je reviens direct au quartier, je rencontre des connaissances, je n'ai même pas un sou en poche, on me donne, et voilà, c'est reparti. J'ai toujours recommencé, le jour même souvent. Dès que je sors. La dernière fois, j'ai pris de tout, il y avait de tout dans la rue à ce moment-là : héroïne, cocaïne, Subutex®, Rup. Pour me défoncer, pour passer la journée plus vite, des fois c'est juste pour ça que je prends, parce que quand tu n'as rien, que tu es dehors toute la journée, tu ne peux pas tenir autrement. À ce moment-là, je prenais ce qui me tombait, des mélanges aussi, des speed ball » (Thomas, 34 ans, 20 incarcérations).

C - État d'urgence et perte des régulations en tout genre - Le shoot au jour le jour

La précarisation et la vulnérabilité peuvent, au fil des trajectoires, être poussées à l'extrême et contraindre des usagers à circuler entre la rue, les hébergements d'urgence, les squats... Qu'ils soient issus de milieux populaires et aient perdu leurs ancrages (cité, famille, logement...), ou qu'ils soient issus de milieux sociaux plus favorisés et aient vécu des ruptures brutales (maladie, rejet familial, prison...) qui les ont précipités dans un cycle de précarisation comparables, ces personnes se retrouvent et se croisent dans des cadres urbains marqués socialement et souvent « spécialisés » dans des activités tournant autour des drogues (délinquance, deal, consommation). On y rencontre des usagers qui n'ont même pas ou même plus du tout de possibilité de pratiquer l'injection (achat, accès au matériel, lieux discrets...) dans des conditions de sérénité ou de sécurité, même partielles, décrites jusqu'ici.

1- L'exposition sur la scène publique - Shooter à même le trottoir

La situation sociale de ces personnes représente un domaine particulièrement sensible dans la gestion de l'injection. Quelques récits montrent combien les difficultés sociales ont de très fortes répercussions, en les poussant à consommer dans des conditions extrêmes. C'est d'abord la recherche d'un lieu de shoot qui devient encore plus périlleuse et jalonnée d'incertitudes. Pour Caty, qui a traversé des périodes d'errance, c'est l'improvisation à chaque shoot, parce que, explique-t-elle, après avoir galéré pour trouver l'argent et le produit, l'injection est l'aboutissement de cette phase difficile et doit intervenir rapidement :

¹⁰⁷ Bouhnik, Touzé, Maillard, Jacob (2000).

« Je ne peux pas dire c'est à tel moment, ou à telle période. Quand tu as le produit, il faut que tu trouves l'endroit. Des fois selon si c'est des plans appartements, tu t'arranges avec les gens à le faire chez eux, sinon, s'ils refusent catégoriquement parce qu'ils ne prennent pas, ils vendent, auquel cas tu le fais quasiment dans l'escalier ou dans la cave, si c'est dans la rue tu essayes de trouver des chiottes à 2 F, enfin c'est tout de suite quoi ! Il n'y a pas de lieu particulier. Le toxico a besoin de trouver un endroit pour » (Caty, 44 ans, 20 ans héroïne IV).

Les situations d'urgence, la pression du manque après une journée de galère conduisent à faire des injections au plus vite et n'importe où. Ceci accentue encore la dégradation des conditions de sécurité de l'injection qui s'effectue dans des lieux à la fois très exposés sur l'espace public, les endroits les plus sales et les moins confortables tels les caves, les parkings souterrains, les halls, les locaux à poubelles. Ces lieux vont s'inscrire, de fait, dans le parcours quotidien de ces personnes qui ne peuvent objectivement éviter de les squatter. Leurs conditions de vie contribuent à soumettre l'acte d'injection à une tension permanente. L'errance les place en situation de surexposition sur l'espace public et les contraint à se livrer à des actes intimes à même la rue. Une bonne part de leur énergie passe à essayer d'alléger cette pression, pour pouvoir se fabriquer des conditions limitant cette exposition. Mais moins ils peuvent stabiliser et sécuriser les actes entourant l'injection, moins ils privilégient l'hygiène et la santé. Joao explique qu'il shoote deux ou trois fois par jour du Subutex® dans un petit terrain vague où il y a un sous-bois jonché de capuchons et de cuillères usagées. Ils y cachent des sacs de seringues pour ne pas en manquer... Cet endroit est régulièrement mis à sac par malveillance, ce qui occasionne la destruction du matériel d'injection avec des pénuries aux risques imprévisibles.

Des personnes apparemment moins exposées au départ, socialement mieux intégrées, peuvent aussi connaître, au fil des dégradations de leurs conditions de vie, la disparition des fragiles équilibres qu'ils étaient parvenus à maintenir pour assurer des conditions de shoot convenables :

« En général, je fais ça tranquille au calme chez moi... Mais j'ai déjà dû le faire dans des parkings, les souterrains de Carrefour, entre deux voitures, etc. Mais bon, tout le monde passe devant... mais tu le fais, parce que tu ne tiens plus, et puis tu sais pas où aller, et puis tu te dis "merde, tant pis...". Tu prends des risques... mais t'en es conscient » (Sébastien, 38 ans, 10 ans d'héroïne IV, 2 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

La vulnérabilité de ces personnes les expose à vivre d'une manière plus tendue les conditions de gestion de leur consommation.

2- Tensions d'approvisionnement et dépendance au « milieu »

Tous les systèmes d'approvisionnement préalablement décrits tendent eux aussi vers la précarisation. Les usagers qui parvenaient à certains moments à revendre pour assurer leur propre consommation n'y parviennent plus et sont contraints de passer à une économie de survie centrée sur la revente de cachets à l'unité ou à la plaque :

« Quand j'étais dans l'héro (deal), avant de vendre même, je faisais les vols de voitures. Je connaissais bien ça... Avec l'argent, je m'achetais de la came pour en revendre et pour moi. Mais je ne fais plus ça maintenant, depuis que je prends le Subu, je revends des boîtes ou des cachets. La boîte de 7 (à 8 mg) ça vaut 180 F, je revends 50 le cachet, ça me fait un petit bénéfice. Avec ça j'arrive à me payer l'hôtel de temps en temps. En sortant de prison surtout, pour ne pas rester dehors » (Thomas, 34 ans, 11 ans héroïne IV, 5 ans Subutex® IV).

Pour diverses raisons Thomas n'a pu maintenir son implication dans le deal d'héroïne et de cocaïne comme dans les années 1980. Aujourd'hui il n'a plus accès à un niveau de trafic qui lui permette d'assurer même sa consommation personnelle. Il survit de la revente de Subutex® et de Roypnol® et erre entre la rue, la prison, les hébergements d'urgence...

Certains usagers très précarisés ne connaissent même pas les circuits d'accès aux traitements de substitution et, plus vulnérables, plus isolés, doivent faire la manche dans la rue pour manger et dormir de temps en temps à l'hôtel. Ils sont ainsi très dépendants des autres consommateurs et/ou des dealers spécialisés dans la revente de cachets. Ils représentent une clientèle encore moins solvable mais captive et très vulnérable. Ainsi Malik trouve très difficilement les ressources financières nécessaires à l'achat de ses quelques cachets de Subutex®, bien qu'il injecte tous les jours, et l'achète à l'unité :

« Moi je prends dans la rue à des gens qui ont 15 boîtes. Qui c'est qui leur donne ça ? Ceux qui le trafiquent ils gagnent 300 000 par jour. C'est 50 F le cachet de Subu, la boîte c'est 200. La boîte de rup, c'est 60 F pour 7 comprimés. Il y en a 14 par boîte, ils la font à 120 F » (Malik, 3 ans Subutex® IV).

Ce deal de précarité évolue alors dans le monde des cachets avec des personnes conduites à s'inscrire par défaut dans les circulations de rue qui leur permettent de consommer au gré des rencontres :

« Je ne suis pas en forme ce matin, un mec m'a fait toucher du Subu ce matin, à 9 h... Les Rup ça c'est toujours, je ne peux plus m'en passer de ça, au moins 1-2 plaques, avant je prenais même 4-5, j'ai réussi à diminuer. La coc, c'est seulement à l'occasion, un peu, seulement quand quelqu'un fait tourner, je n'achète pas, c'est trop cher. Par contre, c'est vrai que si j'ai des occasions, je prends. On est con moi je dis, on se laisse avoir quand on nous propose. Maintenant j'arrive des fois à dire à quelqu'un "laisse tomber, j'en veux pas". Mais des fois quand je suis comme ça, à traîner... Toute la journée dehors, j'ai les nerfs, je craque, et là je suis capable de faire n'importe quoi. Je prenais 5-6 plaques de rup il n'y a pas si longtemps, maintenant moins quand même, je tiens avec 1-2 plaques ; le Subu, ça dépend, un, deux » (Sonia, 26 ans, 4 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, Rohypnol®, cocaïne IV occasionnelle).

Des liens existent également, même s'ils ne sont ni les seuls ni systématiques, entre la prostitution chez les usagers de drogues¹⁰⁸ et la précarisation. La prostitution alimente le système et réciproquement. La vie à la rue contient des risques accentués en particulier pour les femmes qui doivent faire face en même temps à l'errance et à la dépendance :

« Moi je n'ai jamais fait la manche, et je ne ferai jamais ça. C'est pas parce que j'aime ça d'aller faire des fellations à des mecs, ça aussi je prends des cachets pour tenir le coup » (Sonia, 26 ans, 4 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV occasionnelle).

Dans cette spirale, la prostitution apparaît comme un dernier rempart face à une déchéance perçue comme plus totale encore : dépendre des autres consommateurs et des dealers. Un mode de vie et des échelles de « valeurs » dans ces logiques de survie qui ne permettent pas

¹⁰⁸ Pour la région lilloise : S. Pryn, « Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmaté pour la légitimation d'une pratique indigne », *Sociétés contemporaines*, 1998.

de fixer des repères, mais seulement de se donner quelques limites, quelques règles dans les derniers recoins de leur intimité.

3- L'amenuisement des rituels et des régulations autour de l'injection

Ces personnes ne sont pas ou plus en situation de maintenir l'équilibre nécessaire pour que le système puisse s'alimenter, se reproduire et limiter un tant soit peu les perturbations : avoir de l'argent, des relations, de la came, un minimum de protection des actes, un lieu... Les éléments qui constituent ici le contexte d'injection (shoot dans la rue, difficulté et discontinuité dans l'accès aux produits...) convergent pour soumettre l'acte à la stigmatisation et à des pressions intenses qui vont amenuiser considérablement les possibilités de mettre en place des rituels et des régulations, et ce à tous les niveaux du processus. L'urgence et la précarité jouent contre la production de repères. Sur le plan du déroulement du cycle décrit plus haut, on constate un emballement avec une limitation extrême des possibilités d'investir convenablement et sereinement aucune des phases, en particulier la préparation où le rituel joue pourtant un rôle important :

« En tout cas, quand je me piquais dans les toilettes, il n'y avait plus cette espèce de cérémonial, c'était déjà devenu une vieille habitude. C'était pas agréable, c'était devenu une nécessité, et puis une nécessité que j'avais hâte qui soit terminée parce que je commençais déjà à me charcuter » (Caty, 44 ans, 20 ans héroïne IV).

Dans le shoot au jour le jour, et même ici d'un shoot à l'autre, les conditions appropriées ne sont plus du tout réunies. C'est toute la temporalité de l'injection qui est perturbée : avant, pendant, après. Toutes ces perturbations peuvent conduire à un « état d'urgence » permanent ; elles orientent la logique d'injection dans le sens d'une dérégulation maximum. Les usagers n'ont plus la possibilité de planifier leurs diverses activités, ni de fixer des repères ou des régularités dans l'organisation du quotidien et sont totalement pris par l'urgence. Le rapport aux produits, quels qu'ils soient, va être bouleversé : ils n'ont plus le temps de se poser, de souffler. La consommation permet seulement de limiter les tensions de la vie à la rue, de supporter la souffrance sociale et la honte qui en résultent :

« Mais ça me fait mal, c'est de la merde qu'on s'envoie dans les veines. Je souffre, tous les jours je souffre... Mais mets-toi à ma place, le soir je suis fatigué, fatigué... Et des fois, il n'y a même plus de place pour dormir, je dors dehors. J'ai honte même de vivre comme ça. Mais si tu veux te payer l'hôtel, il faut que tu voles, et moi j'en ai marre aussi de ça, je ne veux plus rentrer en prison. J'ai honte de ça aussi, la prison... Je ne veux plus voler, alors, j'ai pas de fric » (Malik, ans, 3 ans Subutex® IV).

Une boucle implacable où les douleurs occasionnées par l'injection de Subutex® sont vécues comme plus supportables que celles qui résultent de la dégradation sociale ; elles servent de masque. Compte tenu de leur difficulté à accéder au produit (dépendance aux dealers et aux consommateurs malgré la forte disponibilité du Subutex®) ces personnes souffrent aussi beaucoup plus systématiquement du manque que celles qui peuvent anticiper, prévoir, acheter à temps ou trouver des combines pour obtenir des produits. Autrement dit, elles sont encore plus démunies que celles qui parviennent à se maintenir dans les systèmes d'échanges ou bien savent emprunter le chemin des cabinets médicaux.

Pour eux, le cycle d'injection ne présente aucune phase qui permettrait de stabiliser des repères ou de constituer des régularités. Cela contribue à limiter à l'extrême les possibilités d'accéder aux sensations ou même de les rechercher sous l'angle du bien-être ou du plaisir. Cette modalité d'injection attache en retour ces usagers à leur pratique et à leur mal-être. Elle vient sceller encore plus étroitement les rapports entre fatigue de la vie à la rue et poursuite de l'injection, entre toxicomanie et relégation sociale :

« Si je trouve un appartement, j'arrête tout ça, je suis sûr que j'arrête. Mais les assistantes sociales, elles ne me donnent rien. Moi je suis en galère, ça fait trois ans que ça dure, je vais là, mais ils ne font rien pour moi. S'ils me trouvent quelque chose, j'arrête le Subutex®. Ce qu'il me faut maintenant, c'est trouver quelque chose à faire, après, j'ai un peu d'argent, je prends un appartement, et j'arrête tout ça. Le travail ici je trouve si je veux, mais c'est si j'arrête cette merde d'abord, parce que ça me fatigue, je suis trop fatigué pour chercher. Le jour où j'arrête cette merde je trouve. Mais si je trouve quelque chose, je ne veux pas me manquer, je ne peux pas dire que je me shoote du Subutex®, j'ai honte de ça » (Malik, ans, 3 ans Subutex® IV).

Un cercle infernal qui contribue à les fixer dans la pratique de l'injection :

« Après c'est pareil, c'est la routine, tu vends tes cachets, tu t'envoies tes Subu, et voilà, tu passes la journée comme ça. Moi si je suis dans la rue tous les jours, c'est parce que je n'ai pas autre chose à faire non plus, mais j'en ai marre » (Kamel, 38 ans, 15 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, cocaïne IV).

Dans le processus de désaffiliation, lorsque l'injection permet de supporter la condition d'utilisateur (lutter contre le froid, l'ennui, la solitude...), la seringue a aussi une fonction de « véhicule ». C'est par son intermédiaire que l'on peut se transporter dans un état où l'on se sentira « normal », où l'on pourra supporter la galère. Elle finit alors par devenir le pivot d'un mode de vie très déstructuré. Encore une fois, les conditions de déplacement de cette logique d'injection seront à rechercher bien au delà de l'usage de seringue.

4- Désaffiliation contre protection - L'amplification des prises de risques

Pour ce public, la problématique de la prise de risques constitue un enjeu très fort en terme de santé publique. La perte des divers équilibres conduit très clairement à une accentuation des prises de risques qui vont participer à la production de cet « état d'urgence », tant cette temporalité particulière les contraint à vivre au plus près de leurs dépendances, avec de très faibles possibilités pour fixer un minimum de règles de préservation de leur santé.

La survie au jour le jour contre la sécurité sanitaire

Les tensions de la vie à la rue empêchent ces personnes de se protéger correctement. Elles vont toutefois assurer leur consommation :

« Des seringues dans la rue, tu en vois partout, des mecs qui piquent, des seringues par terre. Tous les gens ici connaissent ça. J'en vois aussi qui ramassent par terre des seringues, des cotons, tout. Je me dis que moi aussi un temps j'ai fait n'importe quoi, je gobais tout, je shootais toute la journée, tout ce que je trouvais, maintenant ça va mieux je trouve... » (Sonia, hépatite C).

Le manque est évidemment une condition très propice à l'absence de précautions. Joao explique sa contamination par le virus de l'hépatite C, entre 1997 et 1998, à cette date il était déjà informé de l'existence de ce risque. Un risque qu'il avait déjà pris auparavant, toujours quand il se trouvait en manque et n'avait pas prévu de matériel. Lorsqu'il a été contaminé, la personne qui lui a prêté sa seringue lui avait signalé son hépatite :

« Et puis moi, j'en voulais tellement quoi... j'étais vraiment pas bien. Je l'ai nettoyé mais bon... Javel et tout mais bon... Alors après j'ai été faire les tests, et bon ils m'ont dit... Je me suis dit "tant que c'est pas le Sida..." » (Joao, hépatite C).

L'accélération très importante du cycle de l'injection, tel que nous l'avons décrit ci-dessus, place la préservation de la santé de l'usager au second plan de ses préoccupations. Les rituels n'ont quasiment plus de place dans ce trajet dominé par l'urgence. Être repéré et traqué par l'environnement peut avoir des incidences sérieuses sur le plan sanitaire :

« Ça nous est arrivé d'attendre pendant tellement longtemps, que du coup, dès que tu peux, tu le fais le plus vite possible, n'importe où, avec n'importe quoi. Je te jure que j'ai fait des shoots dans des endroits, des conditions pas possibles » (Sébastien, hépatite C).

Les tentatives pour maintenir des bases de contrôle et éviter d'être soumis aux contraintes d'un quotidien très perturbé sont toujours extrêmement fragiles et peuvent échouer à tout instant.

Pour d'autres usagers, le partage du matériel reste encore plus systématique. Malik explique que, comme il n'a pas toujours les moyens financiers pour acheter le matériel et les cachets, il « partage » couramment. Mais, comme il connaît les risques, il prend la précaution de poser la question à ses partenaires quant à leur éventuelle contamination ; il partage ensuite « à la confiance ». Il n'en reste pas moins qu'il décrit des pratiques et des précautions qui présentent elles aussi très peu de régularités, dans une approche assez confuse où il semble qu'il ne soit pas toujours en situation de les prendre en compte. Malik se laisse plutôt porter par les circonstances, et ne peut maintenir une prévention systématique. Il est séronégatif au VIH et au VHC mais disposait seulement de tests datant de plusieurs mois :

« Quand je fais avec quelqu'un, je lui demande s'il a fait des tests, des fois même je demande de me montrer. Là il y a quelqu'un que je connais qui m'a montré qu'il était négatif. Mais j'ai quand même eu peur après. J'ai fait une prise de sang, j'ai rien. Mais je n'ai pas recommencé avec lui, j'ai pris ma seringue, je n'étais pas tranquille. J'étais content de n'avoir rien attrapé. Je n'ai pas refait de test après ça, mais je ne pense pas avoir attrapé quelque chose, je fais attention. Depuis que j'ai commencé, ça fait pas longtemps, on sait pour les seringues. J'achète sinon. Il y a des gens aussi qui en ont, qui en laissent aux autres des fois. Comme je suis souvent avec quelqu'un pour piquer, ceux qui font ils ont le matériel. Il y a des gens qui ne font pas gaffe, des gens qui disent qu'ils ne trouvent pas de seringues, que c'est en panne. » (Malik, 32 ans, 3 ans Subutex® IV)

Ces aléas du mode de vie pèsent aussi sur la manipulation des aiguilles, des cotons, des cuillères, etc., avec de nombreuses occasions de partage ou de non respect des conditions d'hygiène :

« Il y en a qui sont graves ! J'ai des copains, le coton tombe par terre, ils le reprennent avec leurs doigts tout sales dans la terre... Ils soufflent un coup dessus, et ils le remettent dans l'eau alors que c'est trop tard, le truc est tombé, il est souillé... C'est dégueulasse » (Tonio, hépatite C).

Tout cela, explique-t-il, non seulement par ignorance ou négligence des risques encourus, mais parfois aussi pour récupérer quelques gouttes de produit.

L'injection, dans des conditions d'extrême précarité qui impliquent de ruser et de dissimuler en permanence, suppose toujours des prises de risques supplémentaires, indépendamment des connaissances des usagers sur les contaminations ou les accidents liés à l'injection. Ceci est à mettre en lien avec les états d'extrême fatigue, la malnutrition, le sommeil très perturbé, les problèmes dentaires, les abcès liés à l'injection, les effets de manque, qui participent à placer les personnes dans des états de vulnérabilité extrême. Malgré la connaissance actuelle des consignes préventives, les plus vulnérables, ceux qui bricolent des ressources de survie au jour le jour, ne sont plus en état de maîtriser les risques de contamination et y sont automatiquement exposés.

Aux risques des liens de galère - Le partage des seringues comme base de « réaffiliation »

Il existe une dimension supplémentaire dans ces prises de risques avec les seringues. Les personnes en situation d'extrême vulnérabilité doivent non seulement composer avec leur environnement pour accéder à l'injection (argent, produit), mais aussi trouver des soutiens au sein des groupes d'usagers, et/ou auprès des dealers pour reconstituer un semblant de vie sociale. Cela va fixer très étroitement ces usagers dans les échanges¹⁰⁹, avec quelquefois une implication très particulière des revendeurs dans la pratique de l'injection :

« Ça existe, les dealers qui font des shoots eux-mêmes à leurs clients... Donc le mec est dépendant pour la came et pour... Il y a un mec, son dealer est allé en taule, c'est comme ça que j'ai été amené à lui faire, parce qu'il avait été habitué à ce qu'on lui fasse tout le temps. Et puis là le mec maintient sa clientèle comme ça. Nous on l'a su que quand il est allé en taule, on a vu que ses potes ne savaient pas shooter ». (Christiane, 34 ans, 8 ans d'injection héroïne).

Nous avons rencontré effectivement plusieurs personnes qui ne shootaient jamais seules, mais surtout qui ne s'injectaient jamais elles-mêmes, malgré parfois une très longue expérience de l'injection d'héroïne depuis les années 1980, puis de Subutex® depuis le milieu des années 1990. Lors de la phase d'initiation, la plus grande majorité des usagers va assez vite se qualifier, acquérir des compétences pour faire son shoot toute seule. Pourtant, quelques uns résistent à cette phase d'apprentissage et ne prennent jamais leur autonomie dans ce domaine :

¹⁰⁹ Cf. P. Bouhnik, M. Joubert, « Économie des pratiques toxicomaniaques et lien social », *Dépendances*, vol. 3, n° 4, décembre 1992.

« Je n'ai jamais fait tout seul, c'est toujours quelqu'un pour moi. Je ne sais pas pourquoi, mais moi ne n'ai jamais pu. De voir même je n'aime pas, souvent je tourne la tête. À chaque fois, il me faut trouver quelqu'un pour m'injecter, mais je suis quelqu'un qui ne marche pas souvent seul, j'ai tout le temps eu des gens avec moi, je n'aime pas être seul, et je me suis toujours débrouillé » (Thomas, 34 ans, 11 ans héroïne IV, 5 ans Subutex® IV, première injection 1985).

Thomas explique qu'il marche à la confiance et qu'il n'a jamais eu de problème pour trouver quelqu'un pour lui faire son shoot. Comme il n'est jamais seul, ou plutôt comme il s'organise pour ne jamais l'être, il trouve sans problème. Rechercher quelqu'un, c'est un élément essentiel et structurant de son rapport aux autres. De son côté, il fournit plus souvent le matériel, ou le produit, ou les deux. Ces bases lui servent à s'inscrire dans le système des échanges sur les quartiers où il circule :

« Parce que quand tu es avec les autres, tu fais avec eux, tu ne peux pas être seul avec les autres, moi j'ai toujours des gens avec moi, je n'aime pas rester seul, et pour pas décevoir aussi, si je suis avec d'autres qui font, je fais aussi. Je suis comme ça, je n'ai jamais marché tout seul, mais quand j'ai un ami, je suis capable de dormir avec lui dehors, même si j'ai une chambre, pour ne pas le laisser tout seul, je ne le laisse pas tomber. Quand j'ai des sous je donne aussi, je dépanne, je ne laisse pas les gens dans le besoin » (Thomas, injection depuis 1984).

Même chose pour Malik qui explique que se faire piquer participe d'un mode de résistance à l'isolement, permet de partager des moments avec d'autres, de lever quelque peu l'ennui occasionné par les journées entières passées dans la rue. L'isolement est le risque redouté par ces usagers, alors que déjà leur position au sein de ces échanges, plus encore pour ceux qui font la manche, les prédispose à vivre toutes sortes d'humiliations, à quémander, à dépendre du bon vouloir des autres pour obtenir quelque chose. Ces personnes finalement construisent un autre registre de programmation du quotidien. Programmation qui, on l'a vu plus haut, ne trouve guère d'occasion de constituer des repères. Ici, le fait de « se faire piquer » organise, dans une certaine mesure, le rythme de la journée : il faut trouver quelqu'un, entrer en confiance, trouver éventuellement le produit et la seringue à lui fournir, attendre qu'il soit disponible, etc. Ce mode de ritualisation du rapport aux autres engage des prises de risques spécifiques : vivre dans une sphère de sollicitation permanente, parce qu'il y a toujours quelqu'un pour proposer quelque chose ; n'avoir aucune raison ni occasion d'abandonner la seringue, parce que tout le monde le fait, pour ne pas décevoir ni surtout se démarquer et risquer de sortir du système ; partager éventuellement les seringues et les risques. Ne pas être seul pour consommer sert aussi à se protéger de la répression, du risque d'agression, du rejet de l'environnement, mais expose en même temps à de plus fréquentes opportunités de partager la seringue. Autrement dit, cette organisation peut paraître contradictoire avec la logique de réduction des risques sanitaires. Or, dans ce mode d'inscription sociale de substitution, les prises de risques sanitaires font partie intégrante du système et le partage des seringues n'est pas investi comme facteur aggravant mais comme une donnée inhérente au système. C'est la nécessité de fabriquer ou maintenir des supports sociaux qui contribue à orienter la logique d'injection :

« Ça m'est même arrivé de caler après X (séropositif depuis pas mal d'années), enfin que lui me cale, mais après lui des fois. Je l'ai fait même si je savais qu'il était séro, et il m'est rien arrivé. Si je ne connais pas la personne, je fais attention, je demande, ou je prends une seringue neuve, mais les gens le disent quand ils sont séro. Tu as toujours des gens qui s'en

foutent, mais c'est pas courant. Si je connais la personne, et même si je sais qu'il est séro, ça m'est arrivé de faire quand même, pourtant je le savais... Avec lui, c'était par estime en fait, c'est pas parce que je pensais que je ne risquais rien, je le savais... Mais ça c'est moins fort, je sais pas comment te dire... l'estime, je crois que c'est ça, c'était le plus important pour moi » (Thomas, injection depuis 1984).

La force du lien qui déplace la notion de risques nous indique encore, par rapport à nos hypothèses de départ, que la seringue ne fonctionne pas de manière isolée, pas plus que les effets des produits, elle est ici un support de lien plutôt qu'un support de sensations. D'une certaine manière, le partage des seringues fonctionne comme un élément de « réaffiliation ». C'est sous cet aspect-là que ces personnes seront peu susceptibles de changer leur pratique pour investir d'autres modes d'administration. Sortir du système est un risque, s'il n'est entrevu que sous l'angle du mode d'administration, bien plus angoissant que le Sida ou l'hépatite C. Éviter la mort pour ces usagers ne peut être envisagé que si cela passe conjointement par l'abandon du produit, de la seringue, mais aussi évidemment par la sortie du milieu et la possibilité de reconstituer des bases d'ancrage social, relationnel et émotionnel ailleurs. Ils sont donc aussi de mauvais « clients » pour la substitution orale.

La prison comme base d'accentuation de la dégradation

L'exposition des personnes les plus vulnérables sur l'espace public accentue notamment les risques de confrontation aux forces de l'ordre. Malgré ce que l'on prétend à l'heure actuelle sur la souplesse d'application de la loi en matière d'usage, on constate toujours cette ambivalence des forces de l'ordre sur les usages simples, ce qui laisse planer en permanence le risque de se faire interpellé :

« Mais les flics ça leur donne le droit de te fouiller quand même, s'ils te trouvent une seringue, surtout ça leur donne le droit de te rabaisser, de te parler mal. Ils se servaient de ça au début des distributeurs. Ça leur servait d'appât. Ils tournaient là autour tout le temps, ils te mettaient en garde à vue pour ça. Maintenant moins, mais avec les cachets c'est pareil, ils peuvent te descendre (au poste) pour deux cachets de Subu » (Thomas, 34 ans, 11 ans héroïne IV, 5 ans Subutex® IV).

Tout usager est potentiellement suspect. Les seringues, malgré la libéralisation de la vente et les mesures de réduction des risques, sont toujours, en l'an 2000 et sur certains territoires, un indice de présomption d'usage. Les fouilles en pleine rue sont courantes et touchent, (nous en avons été témoins sans toutefois subir le même traitement), des personnes repérables ou repérées. Toutes ces « menaces » peuvent accentuer encore leur précarité et leur exposition aux risques :

« Je suis dégoûtée moi, il y a beaucoup de contrôles, on est fouillé dans la rue. Ça arrive souvent en ce moment, ils viennent là et direct, ils demandent de vider les poches, le sac, tout. Ici surtout, ce sont des militaires et des gendarmes, les stupés aussi. Moi je les repère, ils te disent “sors ce que tu as”, ils te palpent même. Ils n'ont pas le droit, mais ils s'en foutent, moi je ne peux rien dire, je souffre, mais c'est tout, ils me fouillent quand même. Tu as intérêt à avoir tes papiers pour les cachets. Et même là, ils te les prennent quand même des fois. C'est selon l'humeur, s'ils sont bien lunés ils te les laissent. Le shit c'est pareil, c'est selon le quartier où tu te trouves, ici, tu n'as aucune chance. Avant de te fouiller, ils demandent pour les seringues, si on a. Si j'en ai, je les sors, il vaut mieux, sinon ils te les sortent et ils n'aiment pas ça. Ils les laissent, ils ont peur de ça, même de mettre la main dans le sac » (Nadia, 26 ans, 4 ans héroïne IV, 4 ans Subutex® IV, Rohypnol®, cocaïne IV occasionnelle)

La sécurité des actes d'injection dépend de tout un ensemble de facteurs qui permettent de stabiliser ou au contraire de déstabiliser les personnes.

Les séjours en prison sont très fréquents, et fonctionnent ici comme une base d'accentuation de la dégradation. Nous avons déjà analysé, dans la partie concernant les processus d'engagement dans l'injection, comment la prison pouvait aussi venir parachever la déstabilisation du mode de vie, casser un peu plus les dernières bases sociales et familiaux, et fonctionner comme espace – temps de mise en contact avec les logiques de prise de produits. La situation de Tonio, Malik, Kamel s'est profondément dégradée au fil de passages rapprochés en prison, des séjours qui ont joué un rôle dans leur rencontre avec le Subutex® qu'ils ont d'abord sniffé, puis injecté juste après leur sortie.

Kamel a fait huit ans de Centrale, alors qu'il était encore très jeune. Il explique très clairement la profonde déroute à la sortie des très longues peines, la reprise de sa consommation d'héroïne, et le tournant radical dans sa trajectoire :

« Je suis resté sur la porte pendant trois quarts d'heure au moins, à regarder passer les voitures. Ma sœur est venue me chercher, j'ai parlé, parlé, parlé, je ne me souviens même plus, d'un coup comme ça. Après je suis rentré chez moi et je suis resté enfermé trois mois, je n'ai rien fait, je suis resté chez moi, j'étais parano complet, je ne pouvais pas sortir. Et après, la prison, ça m'a fait aussi faire un grand saut dans ma consommation... c'était tellement pourri... J'en ai voulu à la terre entière à partir de ce moment-là. Et je me suis fait mal à moi, avec l'héroïne, pour ne pas faire mal aux autres. Ce n'était plus la came avec les copains, prendre son pied, tout ça. Pendant un moment, je me suis charcuté de partout, je me piquais n'importe comment, je me charcutais, c'est ça, je me faisais saigner volontairement, je cherchais à me faire mal. Ça m'a vraiment traumatisé huit ans de ma vie, en sortant je ne reconnaissais même plus mes frères et mes sœurs. Quand j'ai recommencé à sortir de chez moi, 48 h après j'avais deux grammes sur la table. J'étais content de sortir de prison, je croyais que j'étais sorti sans séquelles, mais j'en avais des séquelles... et à ce moment-là je me suis shooté comme un fou » (Kamel, 38 ans, 3 incarcérations, près de 20 ans de shoot).

Usure des modes de régulation et multiconsumation

L'amplification des prises de risques s'inscrit aussi dans une évolution sensible des conjonctures de consommation. Ces dernières années, l'arrivée d'autres produits dans la rue a multiplié les possibilités de consommer des substances psychoactives. La panoplie se diversifie. Dans la gestion des multiples associations que cette diversification permet, on s'aperçoit que les consommations finissent par être uniquement réglées par les circonstances d'accès, et non plus par une programmation minimum d'accès à l'état recherché. Ceci expliquerait le passage d'un produit à un autre et la multiplication d'associations aléatoires :

« J'associerais ça comme un tic je dirais, tu prends des cachets toute la journée. Et avec l'alcool tu es incontrôlable. Je me sens plus solide par rapport à ça, même le Subu j'ai diminué pas mal. Mais je bois 5-6 bières par jour, il me faut ça, je ne me vois pas arrêter ça, c'est comme si il te faut quand même quelque chose, quand tu diminues la came, pour te sentir bien, pour passer la journée plus vite... Et 2-3 joints, mais ça pour moi c'est pas une drogue. En prison tout ça ça rentre, ils savent mais c'est pour calmer les détenus, ils laissent faire pour avoir la paix. On ne décroche jamais vraiment en fait, il y a toujours quelque chose, à un moment donné, on se dit tu prends, des fois juste pour te niquer la tête » (Thomas, Subutex® injecté, alcool, Rohypnol®, cannabis).

Ces consommations et ces associations multiples semblent, elles aussi, se caler sur ces contextes de grande vulnérabilité. Des polyconsommations de précarité où les associations de produits sont effectuées sous le régime de la nécessité, et où il s'agit surtout de rechercher des effets à moindre prix. Cela concerne plus souvent les usagers les plus précarisés, ceux qui n'ont pas le choix, et qui composent avec le contexte et la disponibilité des produits :

« Mais, tu sais, t'arrêtes une drogue, l'héroïne ou la cocaïne, pour prendre du Subutex®, c'est une drogue pour une autre, je me fais pas d'illusion. Et y'a même pire, l'alcool c'est pareil... Avant, avec l'héroïne, jamais je touchais à l'alcool... jamais, jamais ! Tu m'aurais même pas fait boire une bière... Maintenant, avec le Subutex®, ben... je picole... Je sais pas pourquoi, parce qu'avant, jamais d'alcool... Mais je sais pas si c'est le Subu qui m'a fait boire ou si au contraire c'était l'héro qui m'empêchait... » (Tonio, Subutex®, alcool, cannabis, cocaïne occasionnelle).

Joao indique également qu'il va au plus simple pour commencer sa journée, et le produit le plus accessible étant le Subutex®, il peut commencer par une injection dès le matin, avec des copains. En revanche, au fil de sa journée, il ne laisse pas passer l'occasion de " taper la cocaïne", , bien que l'ordre de la succession des injections ne soit pas idéal et même périlleux :

« Par exemple, le matin, je prenais mon subu et puis bon, mettons 3 h après, on faisait une montée pour un plan coke... On allait, on revenait et on tapait de la coke... Mais bon, tu la sens pas aussi bien que tu devrais la sentir... parce que le Subutex® te coupe l'effet... Je ne vais pas dire que j'en prendrais tous les jours, mais presque... Mais si je pouvais... Mais bon, problème de transport, l'argent aussi... et les risques... Et ça ne dure qu'un temps, après tu te fais griller forcément... » (Joao, héroïne, Subutex®, cocaïne, cannabis, alcool).

Ils trouvent dans la rue, plus encore qu'aux périodes précédentes, tous les produits qui participent à faciliter et à alimenter ces multiconsommations : alcool, cannabis, Subutex®, cocaïne, Rohypnol® et autres neuroleptiques qui permettent diverses combinaisons dangereuses. Des usagers signalent aussi la circulation dans la rue des drogues dites « festives », telles que les ecstasy, amphétamines, LSD, etc. que certains ne manquent pas de consommer, là encore quand l'occasion se présente, parce qu'un copain leur propose. Les plus précarisés ne sont plus en état de « calculer » leur approche quotidienne des produits et sont contraints de surfer sur ces différents marchés, mais avec toujours des possibilités de maintenir l'injection :

« Quand tu as l'habitude de la seringue, c'est pas pareil, tu n'as pas de raison de ne pas le faire comme ça. Tous ceux qui shootaient déjà l'héroïne shootent le Subutex®, et shootent la cocaïne » (Kamel, Subutex®, cocaïne, Rohypnol®, occasionnellement acides, ecstasy).

Ce type de situations se trouve encore compliqué du fait de la baisse de la qualité de l'héroïne. Certains mélanges provoquent des catastrophes, certains produits injectés induisent le besoin de renouveler l'injection, de consommer d'autres produits, et donc de multiplier les prises de risques :

« Pour moi, la cocaïne, c'est, comment dire, comme un contre-effet du Subutex®. Avec ça (le Subutex®), comme tu ne sens pas grand-chose, il y en a plein qui cherchent autre chose : les cachets, la coco. Déjà tu prends pour ça (la cocaïne), et après, il t'en faut beaucoup. L'héroïne, c'est pareil, moi je ne l'ai jamais pris en shoot, mais les mecs qui prennent ça, avec le Subutex®, il paraît qu'ils ne sentent rien » (Malik, Subutex®, Rohypnol®, cannabis, alcool).

Les engagements directs de l'injection avec le Subutex® montrent qu'on ne se trouve plus dans le paradigme de la substitution mais bien dans une logique toxicomanie/précarité : injection de drogues de rue pour personnes à la rue, quand toutes les dimensions du quotidien sont aléatoires, et qui occasionne de très fortes dégradations de l'état de santé des usagers.

CONCLUSIONS

Les trajectoires que connaissent les différentes catégories d'usagers participent à marquer ce qui va devenir leur quotidien ; les conditions de la rencontre avec les produits, les facteurs d'engagement ainsi que les portes d'accès (aux produits, aux relations qui les accompagnent) sont des marqueurs que nous avons déjà évoqués. Ils contribuent à donner une tonalité particulière aux conditions d'usage qui, du même coup, ne permettent pas de parler des usagers-injecteurs comme d'une catégorie homogène. Si l'on s'intéresse à cette dimension organisationnelle et relationnelle qui entoure l'injection, les récits des personnes rencontrées font apparaître plusieurs configurations sur le plan de l'organisation du temps, et de l'agencement de leurs journées ainsi que de la gestion de l'injection. Nous avons très largement souligné dans cette partie l'importance des déplacements qui se sont opérés ces dernières années en France dans les logiques et les contextes de consommation de drogues. Les usagers de drogues injecteurs doivent s'efforcer de réunir les conditions de possibilité de leur pratique, aménager ou créer des régularités et produire un minimum de repères pour assurer les conditions *minima* de leur consommation et de gestion des risques. Cela nous a permis d'entrevoir diverses configurations de la logique d'injection dans lesquelles ces efforts réussissaient rarement à prendre forme. Dans cette exigence permanente de reproduire les conditions de sa pratique, il y a bien de l'expérience qui se sédimente, des modes de ritualisation du quotidien autour des approvisionnements, de la préparation, de la gestion du cycle de l'injection, mais cette organisation ne semble pas pouvoir constituer une base suffisante ou reproductible pour la plupart des personnes qui vivent dans un cadre social dégradé. En fait, les rituels qui se dégagent pour assurer les conditions de possibilité de la pratique de chaque usager s'élaborent dans la précarité : une précarité qui, alliée à l'urgence et à la contingence, ne permet pas souvent l'intégration de règles de protection.

Ces logiques d'injection nous indiquent cependant, pour tous et dans tous les cas de figure, que l'injection n'est pas seulement une affaire de produit, mais l'ensemble des actes qui contribuent à la rendre possible font système dans l'expérience des personnes, quels que soient les contextes socio-économiques... La plupart des usagers s'efforcent de créer des régularités en vue de faire face et de limiter les incertitudes qui accompagnent ce mode de vie avec les drogues, même si elles alternent en permanence avec des épisodes de régulation des consommations, et des périodes plus aléatoires et chaotiques. Ceux qui parviennent à réunir des conditions suffisamment convenables (avoir de l'argent pour la came, pour manger, se loger...) peuvent planifier leurs diverses activités, éviter les situations d'urgence et vivre relativement normalement. Tandis que d'autres doivent dépenser une énergie considérable pour réunir des conditions sans même, bien souvent, y parvenir. Les usagers les plus précarisés vivent les plus fortes perturbations de la régulation de la logique d'injection sur l'ensemble des paramètres constitutifs de celle-ci et sont ceux qui sont majoritairement projetés vers des polyconsommations aléatoires.

Nous pouvons ici souligner combien le lien entre le produit et la seringue, structurant du style de vie de la plupart des usagers-injecteurs, devrait inspirer les réflexions sur les conditions de déplacement de cette pratique. Pour examiner la transformation de son économie (éventuellement la « réversibilité » du mode d'administration) de manière moins « simpliste » que ne le propose aujourd'hui la seule substitution orale, il serait nécessaire de se donner les moyens d'entrevoir ce couple « produit/seringue » et au-delà même, l'ensemble des forces d'ancrage dans la logique d'injection (contextes individuels, sociaux, ritualisation du quotidien...). Lorsque l'injection fait partie intégrante d'un mode de vie avec les drogues, des forces d'accrochage au mode d'administration montrent que toute sortie nécessite une mise en cause beaucoup plus profonde. Cela ne signifie pas que toute tentative sera vaine, mais que c'est une épreuve d'une autre nature qui engage une transformation importante du rapport à soi, aux autres, à sa propre histoire. Pour réussir à faire la coupure, il faudra rompre avec toutes ces « attaches » qui soutiennent la relation au produit et à la seringue. Et les produits de substitution constituent rarement une alternative suffisante pour réagencer cette logique. L'abandon de la shooteuse peut être, dans certaines situations nettement plus perturbant que la poursuite. « Personne ne consomme pendant vingt ans pour voir des éléphants roses », explique Marc, mais pour organiser son mode de vie autour d'accrochages suffisamment forts qui régulent le rapport à soi, aux autres, au temps, au monde. Il exprime bien ce nécessaire travail de déplacement qui demande une énergie considérable, sous l'angle du couple construction/déconstruction du rythme, de l'emploi du temps, de l'identité individuelle et sociale :

« J'ai toujours repris par manque d'appuis. Si on n'a pas de marche pour grimper, on reste en bas, ça ne peut pas être autrement. Si on ne peut pas s'accrocher à quelque chose, on retombe aussi vite... Si on n'arrive pas à alimenter l'imagination pour se projeter, si personne ne vous aide à ça, l'héroïne vous attend à la sortie, elle. Partout (cure, prison, autosevrage...) c'est selon comme on sort : où elle nous accompagne, où elle a compris, et elle va chercher ailleurs... J'avais peur en même temps d'annuler une identité. En arrêtant, on se dissout, on fond, on n'est plus rien. Quand on décroche, on est quoi ? Il faut tout reconstruire, symboliquement. Quand tu ne sais plus qui tu es le matin en te levant, c'est dur ça aussi, tu n'as plus l'identité de toxicomane, tu n'as plus de repères, rien ». (Marc, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté).

Pour les personnes très fragilisées, l'injection est perçue comme étroitement dépendante des conditions de vie, ce qui rend également peu probable l'introduction d'une dynamique de changement tant que l'urgence de la survie quotidienne domine les préoccupations. Ces personnes attribuent un lien entre la vie à la rue et la logique d'injection qui l'accompagne au point qu'elles ne peuvent consentir la moindre énergie en dehors ce qui est déjà de l'ordre de la survie physique et mentale. L'absence, la perte ou l'usure de possibilité de régulation de leur pratique nécessite un développement rapide de politiques sociales et économiques à la hauteur (alors que les politiques actuelles privilégient la dimension sanitaire). Elles s'avèrent indispensables à assurer d'abord une reprise de maîtrise à partir de laquelle un travail de déplacement pourra éventuellement être imaginé.

Troisième partie : INJECTION ET LOGIQUE DES SENSATIONS

Nous avons ici cherché à appréhender le ressenti des usagers relativement à leurs pratiques d'injection. L'analyse de la manière dont les personnes considèrent leur expérience d'usager et expriment ce qu'ils ressentent nous est apparu constituer un travail incontournable dans la compréhension de ce que nous avons appelé la « logique de l'injection ». Un tel travail suppose de partir de leur subjectivité ; c'est-à-dire de ce qui – à un moment donné – fait « sens » pour eux, leur permet de qualifier des pratiques qui sont plus largement vécues comme problématiques, difficiles à comprendre. La manière dont ils expriment leurs sensations, leurs tensions ou leurs souffrances n'a pas toujours été aisée à décrypter : quand on vit dans des conditions très précaires, le sens est souvent comprimé dans le discours ; au contraire, dans d'autres contextes, le discours peut venir masquer les conditions de l'expérience.

Une approche relevant de l'ethnosociologie compréhensive¹¹⁰ permet de pénétrer leur manière de raisonner, de traduire, de donner à sentir. Il ne s'agit pas, dans cette orientation, de leur appliquer un cadre rationnel d'interprétation, mais de se laisser guider par leurs propres raisons. Ce parti pris d'écoute et de compréhension permet d'explorer cette zone obscure de l'expérience de l'injection. Même si les usagers ne sont pas toujours « maîtres » de leurs émotions, leur mouvement, la manière dont se dévoile leur approche des sensations liées à l'injection renvoie à des cadres subjectifs qu'ils se construisent pour rendre compte de leur pratique dans ce rapport particulier de soi à soi, mais aussi pour communiquer entre eux, dégager des supports de pratiques, de protection et de relations.

Il nous a semblé aussi qu'en restituant cette parole nous pouvions contribuer à sortir ces personnes de leur isolement « clinique » et social. Dans les contextes où ils évoluent, leur « démarche sensorielle » (logique des sensations) ajoute à l'expérience vécue une manière d'en rendre compte qui va aider certains à tenir leur condition, à supporter les tensions et les souffrances.

La manière dont le corps se trouve engagé avec l'injection suscite de nombreuses interrogations : faut-il avoir un rapport au corps particulier pour se résoudre à s'injecter volontairement des produits ? Comment peut-on gérer les liens entre intériorité et extériorité, identité et corporéité ? Qu'en est-il des sensations proprement dites : de la manière de les apprivoiser, puis de les gérer ; mais aussi des souffrances occasionnées par les aléas de la pratique qui conduisent beaucoup d'usagers à affronter conjointement et successivement des moments de plaisir, de tension et de souffrance.

Il est donc nécessaire de resituer ce mouvement des sensations dans la temporalité de la vie des usagers, avec des contextes et des interactions qui permettent de mieux comprendre certaines des dimensions paradoxales apparues dans les récits. Ces trois dimensions sont imbriquées et ne seront pas abordées dans cet ordre : nous avons cru distinguer, au fil des

¹¹⁰ Cf. P. Bouhnik, « Le système de vie des usagers de drogues dures », essai d'ethnosociologie compréhensive, *Revista Toxicodencias*, ano 4, n° 3, 1998, p. 49-56.

entretiens et des analyses, une véritable logique des sensations qui se trouvait attachée, d'une manière extrêmement spécifique, à l'expérience de l'injection : elle dépasse largement la logique du produit, elle l'intègre, avec une temporalité et un rapport au corps qui se distinguent des autres manières de fonctionner avec les produits psychoactifs. Ce n'est qu'après avoir reconstitué cette logique que nous avons pu comprendre ce que vivent les usagers-injecteurs et plus particulièrement leur difficulté à sortir de l'injection et à entrer dans des protocoles de substitution. Pour une partie d'entre eux, la double logique qu'ils finissent par intégrer (logique de l'injection et logique des sensations) est devenue, en effet, le socle de la construction ou de l'adaptation de leur système de vie.

3-1- DU DÉSIR AU PLAISIR RESSENTI : LA GAMME DES SENSATIONS

Plusieurs gammes de sensations peuvent coexister chez une même personne, en fonction du contexte dans lequel elle a découvert l'injection, des phases et des conditions dans lesquelles elle va réaliser son acte, et du moment où elle se trouve de son histoire personnelle au regard de l'injection. Des positionnements différenciés à l'égard de cette pratique se manifestent également d'un usager à l'autre. Malgré cela, les entretiens font apparaître quelques grandes tendances avec des variations significatives qui seront présentées et analysées ci-après.

A - Les sensations dans leur contexte

Il paraît impossible de sortir les « sensations » des conditions dans lesquelles elles émergent. Dans le récit des usagers, les premières expériences se distinguent de ce que seront plus tard les sensations quotidiennes qui vont marquer leur condition. Les sensations d'accrochage à l'ensemble produit/seringue participent souvent à la construction d'une sensation de référence ; lors de la stabilisation autour d'une routine de consommation, des interférences liées au contexte vont modifier chez certains cette première impression en introduisant des contraintes de gestion et de composition avec l'environnement d'approvisionnement ; chez d'autres, elle restera cantonnée à une place qui leur permettra de privilégier le plaisir et de limiter les contraintes. La manière dont les usagers rendent compte des déplacements qui s'opèrent quand ils vivent une perte de maîtrise dans leur pratique d'injecteur se révèle aussi très éclairante de la nature de la logique dans laquelle ils s'engagent avec l'injection.

1- Motivations dans la phase d'accrochage

La « découverte » des premières sensations constitue un moment particulier qui va influencer sur toute la suite de la trajectoire de sensations de la personne. En général, ce sont plutôt des moments agréables, tournant autour du couple plaisir/déplaisir : la démarche de consommation peut être attribuée à la volonté d'échapper à un mal-être, au besoin d'une détente ou à la recherche d'une sensation forte, d'une intensité susceptible de transcender les problèmes et le cadre du quotidien.

Les modèles de détente : bien-être, défonce et énergie

L'effet de détente se décline de diverses manières, en fonction de l'histoire et du milieu des personnes : pour certains il va s'inscrire dans une recherche de plénitude ou d'extase ; pour d'autres dans une logique anesthésiante, calmante ; d'autres enfin vont puiser des forces, de l'énergie dans les sensations éprouvées. Ces oppositions croisent des différences de contextes social et culturel sans que le lien soit mécanique.

Pour une partie des personnes, l'injection a représenté un moyen de recherche de plaisir, à l'exclusion de toute autre motivation sur le plan des effets voulus ; elle n'est alors pas séparée du besoin d'une vie relationnelle intense ; la détente recherchée entre donc ici au départ dans une démarche plus globale d'orientation de sa vie.

« J'ai tout de suite trouvé ça très, très beau (injection d'opium)... C'était physique, c'était une sensation de bien-être physique, de plénitude physique, de bien-être total. Un bien-être total, un bien-être physique. Le bien-être physique total entraîne forcément un bien-être psychique. C'est merveilleux, c'est le bonheur, c'est le bonheur » (Nathan, 50 ans, enseignant, injection de 19 à 22 ans, période « baba », voyage en Inde et groupe de copains, milieu aisé, VHC, consommation d'alcool).

« On se défonçait la tête, on était bien, j'étais curieux de tout connaître, je me foutais des conséquences possibles, et de toutes sortes de conséquences. J'essayais tout ce qui se présentait, j'avais l'impression de vivre intensément... (Le premier shoot) je m'en rappellerai toute ma vie. Ah ouais !!! j'avais un bien-être total. Vingt ans après, je peux dire que c'est un des moments de ma vie où j'étais le mieux. C'était un bien être intérieur, j'étais particulièrement détendu, c'était euphorisant. J'ai du mal à préciser, quand c'est intérieur, c'est plus qu'une sensation, c'était physique, j'étais particulièrement bien... C'était une vie de défonce, et donc superficielle. Je recherchais tout le temps le plaisir uniquement » (Daniel, 36 ans, enseignant, injection d'héroïne pendant 8 ans, puis abandon de l'injection pour des consommations occasionnelles diverses).

« Les gens ne se shootaient pas par désespoir, en fait, je te jure. Ils shootaient parce qu'ils aimaient ça, les gens étaient heureux de vivre. On shootait on était content, on rigolait, on sortait en boîte, on se posait pas de question...on se shootait pas parce que... on n'était pas là, "no future"... euh... on prenait pas, on prenait pas de médicaments, les benzos on connaissait pas, c'était pas notre truc. L'oubli, tout ça... c'était pas ça, on avait la pêche. Dix ans. Et, en gros, ça fait dix ans de came-plaisir » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelles depuis 4 ans).

Pour d'autres, cette même sensation de détente est recherchée dans un contexte social difficile, un environnement précaire, des problèmes qui se succèdent. La sensation de détente ne relève plus de la manière de vivre, mais d'une manière de supporter sa vie et d'apaiser les tensions. Elle s'inscrit donc dans une logique de substitution, de déplacement.

« Moi, on dirait que je me calme quand je prends ça, je ne pense plus à mes problèmes. C'est pas que c'est bon, c'est que ça calme... » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Marc fait le même constat :

« Les sensations, c'est secondaire pour moi... J'étais accroché dès le premier jour. J'étais complètement démoli psychologiquement, et dès qu'on rentre là-dedans comme ça, on est accroché, quand on rentre là-dedans pour combler des grosses crises d'angoisse, on accroche de suite ; j'étais une souffrance entière moi à l'époque » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

« Quand je me mets dans la dope, c'est parce que j'm'en sors plus... C'est-à-dire que c'est ça ou la dépression. Parce que j'ai des coups très durs... et quand je le supporte plus, que je supporte plus ma situation...le produit revient. Tu sais... Quand rien ne va, et que tu prends un truc et puis que t'es bien pendant toute la journée, que t'as l'impression que c'est super... L'héro c'est un effet antidépresseur en fait... quand t'as des problèmes, que tu as des envies de suicide à la con, qu'il y a des moments où t'es vraiment mal dans ta peau et tu n'as personne pour te... Tu sais très bien que quelque part, si tu continues à... c'est sûr que ça va mal finir. En plus à cette période je buvais beaucoup... Autant quand t'es bien, à jeun, même si tu penses à te suicider, tu passeras pas à l'acte, autant quand t'as bu, y'a rien de plus simple que de prendre ta voiture et de foncer dans n'importe quoi... Alors... euh... quelque part, je me suis remis dans la dope pour me sauver la vie... J'ai vu qu'avec ça j'arrivais à gérer, que j'arrivais à supporter ce qui m'arrivait, et... j'ai pris ça pour essayer de me sauver quoi... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Avec le produit, ils retrouvent des conditions qui leur permettent de se sentir bien, de ne plus sentir les contraintes, les tensions, la douleur : « délirer », c'est réussir à changer de terrain. La sensation apparaît proportionnée (ou sélectionnée) au regard du contexte : le chaud contre le froid, la défonce contre la douleur.

Kamel, à propos du « flash », évoque une sensation de bouffée de chaleur : il ressent une impossibilité de réagir quand il est envahi par la sensation de plénitude.

« Tu sens une grosse chaleur partout, tu es dans le coton, c'est dur à décrire, tu es complètement lucide et en même temps tu te laisses aller... avec l'héroïne, on a trouvé ce qui nous convenait bien, parce que l'hiver ça fait chaud, tu peux tenir une discussion pendant des heures, tu ne sens pas le froid. Nous on passait les soirées comme ça à délirer à trois quatre copains dehors » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Même sensation de chaleur chez cathy et Thomas :

« Ça m'a calmé mon mal de dents tout de suite. Je n'ai pas de souvenir sur cette première injection, simplement d'avoir senti une grosse bouffée de chaleur qui m'a fait un peu peur, mais tout de suite j'ai senti qu'il n'y avait plus de danger. Au début j'ai cru que cette grosse bouffée de chaleur c'était la mort, et puis tout de suite je me suis sentie apaisée. La morphine c'est un peu ça » (Cathy, F, 40 ans, héroïne, première injection à 15 ans, Paris, VHC, VIH, vit avec une grave maladie, prostitution).

« Ce n'est qu'au bout de deux ou trois shoots que j'ai senti la montée. Après le shoot, ça m'a fait, je ne sais pas comment dire, une sensation de bien-être, ça m'a plu. Tu sens comme de la chaleur partout dans le corps, ça vient de suite quand il m'a calé, quelques minutes, même pas » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

La recherche, la volonté de départ est de se « défoncer » au sens propre du terme, c'est-à-dire d'entrer dans une autre dimension où on ne sent plus le poids du monde environnant : les usagers concernés sont donc conduits très vite à « doser », à choisir la quantité de produit qui leur permettra d'atteindre cet état de « défoncé » décrit comme le fait de « piquer du nez ». C'est la modalité où les risques de surdose sont les plus forts.

« Moi j'ai toujours aimé prendre beaucoup, j'aime piquer du nez. Ça veut dire que tu pars vraiment loin, tu cherches ça. Les autres, des fois, ils te croient mort même, tu es presque inconscient, tu as l'air inconscient, mais pas vraiment, tu es dans le coton, tu ne bouges plus. Tu peux rester des heures comme ça » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

François, dans ses premières injections, est à la recherche de cette manière d'effacer, par la force des sensations nouvelles, la lourdeur du quotidien :

« Je crois que j'avais envie de retrouver des sensations fortes certainement, je voulais de l'ivresse, je voulais oublier certainement, tu vois, et puis bon je voulais bien m'anesthésier » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

En revanche, ce qui intéressait Christiane était de ressentir un effet de toute-puissance où toutes les contingences corporelles s'effaceraient au profit d'une sensation d'énergie débordante :

« Moi ce que j'aime bien aussi dans l'effet, après, qui dure toute la nuit, c'est aussi cette énergie que ça me donne... et aussi que je sens pas mon corps. Enfin, tu sais je suis détachée de tout... Et comme j'ai toujours eu un drôle de rapport au corps, j'étais anorexique... enfin une sorte de boulimique/anorexique... Plus je suis maigre et mieux je me sens dans ma peau... Et quand je suis sous came, ben... j'ai pas faim, j'ai pas besoin de manger, j'ai pas besoin de... » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, occasionnellement héroïne en injection ou en sniff).

François s'inscrit également dans cette sensation énergétique, après être passé par un accrochage « anesthésiant » : « moi je ne connais rien de meilleur que ça quoi... ça c'est clair... pour moi, c'est... le meilleur plaisir que... qu'il y ait au monde, quoi. C'est très clair, c'est un plaisir qui est... qu'on interdiera jamais, faut savoir. T'as presque une sensation de chaleur, une sensation de... c'est absolument tout, tout ! C'est... pffffiou ! Je sais pas, tu te sens bien, tu te sens... vraiment très bien quoi, tu... Bon, faut aussi relativiser quelque chose : bon tu te sens bien, t'es... t'es prêt, tu peux marcher pendant des kilomètres... euh... tu peux discuter, tu... t'es frais et dispos pour ce que tu dois faire : si tu bosses, t'es frais et dispos pour aller bosser par exemple. T'as de l'énergie à revendre, t'as pas froid, t'as pas faim : t'as besoin de rien en fait, voilà ! T'as besoin de personne, t'as besoin de rien pour assurer, tu vois, sauf ta came en fait, en fait... C'est ça qui est hallucinant, c'est que... tu te suffis à toi-même, tu vois : le shoot t'as donné une... euh... je sais pas, une dose de vitamine puissance 10, qui fait que... t'es performant intellectuellement... vraiment... Physiquement... tout quoi ! Bon... le temps que ça dure, parce qu'évidemment, après ça descend petit à petit... Mais l'effet sur le moment ! » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelles depuis 4 ans).

Thomas, dans le cadre d'une très brève activité salariée, évoque également les capacités stimulantes que peut avoir l'injection.

« Je consommait en même temps à cette époque, mais ça m'allait bien pour travailler, ça me donnait du cœur à l'ouvrage en fait, même plus que quand j'étais à jeun. Je calculais mieux, je faisais mieux mon travail » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Même approche chez Pascal :

« Quand j'ai travaillé dans des gravières, dans des endroits très bruyants et tout, c'était pour moi comme une purification par le travail, c'est-à-dire que la came m'aidait me donnait de l'énergie pour faire ça, et le travail, ça permet d'évacuer aussi, de rester bien physiquement, actif et tout. Et je suis resté des années comme ça, et encore, je rentrais à la maison, j'étais encore actif, je réparais des voitures, je faisais des tas de trucs » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Ces usagers-là ne cherchent pas à « piquer du nez » : ils tiennent à rester lucide, veulent maîtriser dès le départ les effets et ne pas perdre le contact avec les autres. Sébastien est prêt à aller assez loin dans la « défonce », mais il veut rester maître de ses sensations et surtout communiquer avec ou autour d'elles.

« Si tu veux, maintenant, même si j'achète un pacson, tant que je connais pas le produit, je mets une toute petite dose... Et après, je mettrai ce qui faut après, pour la sentir bien. Mais jamais je fais un truc énorme. Je tiens plus à tomber dans les pommes. Et en plus j'aime pas piquer du nez... donc j'aime pas en prendre trop. Autant, j'aime bien prendre de l'héro, il m'en faut p't'être beaucoup pour être cassé, mais tu me verras p't'être chaud, mais jamais en train de piquer du nez... Ça je supporte pas. Parce que... justement je prends de l'héro pour aller au devant des personnes, pour aller voir les gens, pour... euh. Pour être mieux en symbiose avec eux et tout ça. Et si c'est pour rester chez moi, m'enfermer tout seul, ça m'intéresse pas... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Ces modalités dans la recherche du bien-être indiquent que dès le départ, beaucoup d'usagers vont approcher le produit dans une démarche relativement pensée ; dès les premières prises, ils s'orientent vers une forme particulière de sensations où il s'agit d'atteindre un état de plénitude, souvent un peu mythique parce qu'ils ne l'ont jamais encore vraiment connu dans leur vie.

La recherche de sensations fortes, de confrontation à un risque majeur

La figure des sensations fortes est un peu différente. Il y a là comme une recherche où la personne passe d'un produit à l'autre jusqu'à ce qu'elle trouve l'intensité désirée. Cette recherche correspond souvent à un moment particulier de leur vie où les personnes font part de leur besoin d'amplifier leurs sensations, qu'il s'agisse de s'anesthésier ou de retrouver de l'énergie. Pour certaines, les consommations pratiquées antérieurement ne répondent plus à leurs attentes et elles veulent aller plus loin. Pour d'autres, il peut s'agir du moment initial, de la seule finalité recherchée : atteindre des sommets, prendre des risques, repousser les limites. Nous ne sommes plus dans une logique médicamenteuse (effets anesthésiants ou dynamisants), mais dans une dynamique de prise de risques où le produit devient porteur de la sensation et vecteur du voyage.

« J'ai démarré par sniffer de la colle et de l'éther vers 14 ans... Au lycée, je recherchais beaucoup toutes sortes de sensations fortes... j'ai rencontré le produit par le biais d'une relation avec un petit copain qui en prenait, mais ne se voyait pas comme un tox. Mon initiation s'est faite par le sniff, ça m'a beaucoup plu très vite. J'ai eu une lune de miel très forte avec le produit » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

« La seringue, ça m'attirait... et ça m'attire toujours. Et c'est pour ça qu'aujourd'hui je ne prends plus rien du tout quoi, parce que je sais que si je refume un pétard dans une semaine j'ai une pompe dans le bras... Un pétard ça va modifier mon comportement. Je vais me dire tiens oui tiens c'est pas mal je me sens bien, mais si je faisais ça je me sentirais encore mieux ! Donc ça va m'amener directement à ce que je préférais. Et ce que je préférais c'était ça. C'est... une question très personnelle. Moi je crois que c'est un rapport avec le risque, le danger, faire toujours plus, à tirer sur la corde. C'est vachement ça quoi. De plus, pour la sensation, ça va plus vite, ça c'est clair ! » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Il ne s'agit plus du tout de se « faire du bien », de se mettre dans un état agréable, mais de se bousculer, de se faire peur. Julien établit là, dans son histoire d'injection, un lien avec la mort : le risque est pris ouvertement, alors que dans la volonté de « piquer du nez » de se « casser », on cherchait à s'anéantir pour ne plus sentir certaines choses sans qu'il y ait un mouvement conscient et volontaire de prise de risque.

« C'est putain de malsain... C'est un rapport malsain que j'avais avec moi-même. C'est ça. Et j'avais autant envie de me faire du mal que de me faire du bien en faisant ça... L'injection, c'est quelque chose qui vient plus... Je ne sais pas moi, autant picoler sniffer, c'est un truc qui reste quand même assez extérieur, tandis que là c'est intérieur. Tu te fous une pompe dans le bras. Il y a une agression physique, un rapport qui est vachement plus tordu quoi !... je ne vais pas faire de la psychanalyse... mais ça peut aller très loin le rapport entre le plaisir et la douleur. C'est à peu près la même notion ! Il y a la notion de danger, on ne sait pas ce qu'on s'injecte. Tu as toujours l'arrière-pensée que tu as une saloperie et que tu peux crever sur le coup. C'est excitant quelque part. Ça fait peur, mais c'est une excitation. Mais tu sais que quand tu appuies, vingt secondes après tu as tout oublié... Je ne sais pas si c'est suicidaire mais c'est un rapport à la mort en tout cas ; ça a un rapport au sexe, ça a un rapport à tous les rituels qui peuvent être des rituels religieux, parce qu'on a une dominante d'éducation judéo-chrétienne derrière. Moi ça me faisait penser un peu à la messe quand le Mickey il est là avec son hostie, son truc... il y a le côté très ritualisé de ce truc-là, il y a un rapport à la mort, à plein de choses... » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

« À cette période pour moi c'était seulement occasionnel, toujours au niveau de fêtes. C'était aussi la sensation de faire quelque chose d'interdit, et pas seulement celles provoquées par les opiacées » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Cette manière de faire concerne plus directement des personnes de profil « classes moyennes » cherchant à introduire des sensations nouvelles dans leur vie et dont les conditions sociales et matérielles leur permettent de cadrer leurs prises de risques. Le danger recherché s'inscrit donc dans des contextes où le « risque social » ne fait pas partie de leurs conditions de vie. Ils vont introduire la sensation de prise de risques, avec l'injection, dans le cadre de la famille, des relations de sociabilité et même du travail.

« C'est différent de shooter à la maison où au travail, mais moi ça ne m'a jamais posé de problèmes. Au travail, c'était pareil, toujours en petite dose, et souvent. À peu près toutes les deux ou trois heures. Des fois, si je ne pouvais pas préparer mon shoot, je pouvais me faire un petit rail, c'est plus discret que de préparer un shoot, il faut cinq secondes. Un shoot c'est plus long, mais je pouvais toujours trouver un endroit discret ou les toilettes. Mais pour moi, ça met même un peu de piment. Si je suis dans un lieu où il y a un peu de danger, des fois le matin je suis même sur la route pour aller au travail, je m'arrête faire un petit truc, ou même des fois en roulant j'ai fait, ou dans des toilettes tu ne sais pas qui peut arriver, ça me met une petite excitation en plus, un petit piment, et ça j'aime bien en fait. C'est pas un problème, c'est plutôt le contraire même » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

C'est à peu près le même cas de figure pour Daniel, qui vit dans un environnement où il a eu l'occasion de donner toute la mesure de sa recherche de sensations :

« J'ai toujours été à la recherche du plaisir après (la première injection). Je ne me suis pas fixé régulièrement. Je pouvais le faire autant deux ou trois fois par semaine, qu'une fois tous les quinze jours, il n'y avait pas de règles. C'était toujours un copain qui me le faisait. La majorité des copains du groupe ne shootaient pas, ils sniffaient. Il y avait des périodes où on sniffait tous les jours. Mais eux hésitaient à se shooter, ils avaient une certaine appréhension... Je suis très content de m'être défoncé, j'étais libre, une impression de défonce, j'étais tout le temps dans le brouillard. Je n'avais pas de soucis de l'avenir, j'avais la sensation que les études je les aurais quand je voudrais. C'était le plaisir immédiat, j'avais besoin de ce plaisir immédiat pour être bien, ce que je vivais à côté me paraissait moins bien » (Daniel, 36 ans, injection d'héroïne 8 ans, puis abandon de l'injection pour des consommations occasionnelles diverses).

2- La déception et l'envie de repiquer

Paradoxalement, lors de la toute première injection, la plupart des récits se recourent autour d'un sentiment de déception. Alors qu'on attend une révélation, des sensations extraordinaires, les premières expériences débouchent parfois sur une nausée, des vomissements ou, plus prosaïquement, sur une absence d'effets. Mais cette impression, au lieu de dissuader va conduire ces mêmes personnes à insister pour ne pas en rester là ; comme si, il y avait là un challenge quant au fait de réussir à atteindre le plaisir sur ce mode-là.

« La première fois par contre c'était pas bien, c'était pas ça que j'attendais... je n'ai rien senti, même j'ai eu envie de dégueuler. Mais il paraît que c'est normal, il faut recommencer. Dès le lendemain, j'étais chez eux ! Et là j'ai bien senti » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

On retrouve fréquemment cette situation, comme si cette manière d'éprouver les premières sensations faisait partie de la « culture commune » du milieu des injecteurs :

« Au début, ça s'est mal passé... c'est-à-dire que je n'ai pas trouvé ça agréable, je n'étais pas très bien, ça ne m'a pas rendu malade, mais c'était pas ça, je n'ai pas bien senti les effets. Et c'est lui qui m'a expliqué que la première fois c'est normal, que ce n'est jamais bien la première fois, qu'on ne ressent pas bien l'effet, et qu'il faut recommencer. Il m'a dit qu'il faut l'habitude, mais que après je sentirai. J'ai recommencé dès le lendemain, je voulais savoir ce que ça fait, le collègue il disait "tu verras, ça va te faire", c'est toujours lui qui me faisait la piqûre ». (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

« La première fois que j'ai injecté, j'ai dégueulé, mais j'ai appris que ça passait au bout de dix injections. Ceux qui connaissaient disaient que c'est normal la première fois, qu'il faut s'habituer. C'était pas totalement désagréable non plus au début, et surtout ça passait bien d'attendre comme ça quand même, parce qu'on avait déjà la sensation d'appartenir à une avant-garde. C'est au bout d'une dizaine de fois que là tu sens bien le produit, la pression qui monte dans les veines et dans tout le corps, une grosse poussée, comme une accélération très puissante. Mais à cette période pour moi c'était seulement occasionnel, toujours au niveau de fêtes » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

À une certaine époque, l'injecteur, nous l'avons vu, avait une position valorisée et les affres de l'apprentissage pouvaient passer pour un stade dans le processus d'initiation. La présence de quelqu'un – l'initiateur – assure la gestion de ces difficultés premières ; c'est lui qui va garantir la sécurité et expliquer les stades à suivre pour en arriver à des sensations maîtrisées.

« L'étape c'était de me faire mon premier shoot. Là j'étais vraiment dans la cour des grands... je me rappelle de ma première expérience. J'ai failli en crever ! C'était un mec qui avait ramené de la morphine d'Inde et il y a un mec qui avait l'habitude, je ne sais pas à l'époque il avait 30/35 ans, un vieux, et donc lui le truc qu'il a fait c'est qu'il a mis la même dose pour moi que pour lui quoi. Et j'ai failli passer l'arme à gauche. Et en fait le truc... j'aurais sûrement passé l'arme à gauche mais il avait de la coke et donc il me faisait des shoots de coke pour pas que je parte à dames quoi, après. Donc j'ai eu la totale du premier coup quoi. Je suis resté 48 h vautré sur un plumard. Et puis je me dis que c'était pas mauvais en fait. C'était même pas flippant quoi. J'étais anesthésié complètement. C'est lui qui a vu que je commençais à m'endormir, c'était limite. Moi je n'ai pas flippé je ne m'en suis même pas rendu compte. J'étais défoncé comme c'est pas permis puis voilà, basta. Je suis resté comme ça 24 h » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

La déception fonctionne un peu comme un moteur lors de cette phase. Ils pressentent la force des effets avec le sentiment que cela pourrait être mieux, que les conditions n'étaient peut-être pas réunies, qu'il va leur falloir apprendre à gérer seul, à maîtriser les conditions, en un mot qu'ils vont devoir se qualifier, qu'un certain nombre de shoots sera nécessaire pour savoir de quoi on parle et maîtriser la recherche de sensations.

« Ben pas terrible parce qu'en fait j'ai pas eu... après j'ai eu de meilleurs flashes, quoi. En fait, on avait tellement flippé sur la dose... premier shoot de ta vie, tu vois, tu faisais vraiment attention. Eux aussi faisaient gaffe, parce que, quand même, si y a un pépin, tu peux claquer, tu vois... donc on en avait fait un tout petit, j'ai senti la montée mais j'étais déçu, je voulais un truc plus fort... En fait après, j'ai continué à sniffer un peu parce que y avait toujours ce problème de... de... de trouver du matos, et puis bon, à l'époque j'étais un peu déçu, tu vois... et puis... et puis y fallait se faire un trou dans la peau, tu vois... Il fallait le faire tout seul, bon y avait personne pour te le faire et tout... mais très vite, je crois que six mois après, un truc comme ça, avec un autre pote à Bruxelles, toujours... là, là ça a été... on a trouvé des seringues, on s'est shooté tout seuls... et puis là ça a commencé » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

« La première fois, ça s'est mal passé... c'est un autre qui m'a fait, le gars qui était déjà dedans. C'est obligé la première fois de "faire faire". J'avais une ou deux relations avec des gars qui faisaient. J'ai fait faire une, deux fois, pas plus, après j'ai toujours fait seul. Parce que j'aime mieux être seul aussi, il y en a beaucoup qui n'aiment pas prendre seuls, mais moi au contraire, ça me perturbe de ne pas être seul, ça me gâche le shoot même. C'est perturbant

d'être accompagné, si j'étais pas tout seul, j'étais pas en capacité d'avoir ce que je recherchais, je ne sais pas comment dire, le cérémonial pour moi, être seul c'était important, ça fait partie du shoot » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

L'accompagnement (être aidé par quelqu'un qui vous « shoote ») est vécu d'une manière différente selon l'importance attribuée à l'injection. Pour ceux qui, comme Marc, vont investir le cérémonial, ritualiser l'acte, cela n'est plus possible : il s'agit de maîtriser chaque moment, de ne pas dépendre de quelqu'un d'autre. Pour Malik, au contraire, il n'est pas question de « faire seul » : il ne veut pas se qualifier, apprendre, parce que ce qu'il se fait le « dégoûte » ; il n'aime pas voir les veines et quand il n'a pas le choix, il se fait mal. Il ajoute donc à son parcours de l'injecteur le besoin de trouver quelqu'un qui va lui faire l'injection :

« Des fois, je galère même. Je connais du monde, mais c'est pas toujours que le mec est prêt » (classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Les autres se placent dans une position d'apprentissage : ils sont aidés au début, mais après ils veulent maîtriser l'ensemble.

« La première fois, je n'ai pas senti vraiment, je n'étais pas mal, mais pas comme j'attendais, j'avais toujours les yeux ouverts ! Lui m'avait dit qu'en shoot ça me ferait plus qu'en sniff. J'ai repris de suite le lendemain, là ça m'a fait de l'effet, de suite j'ai senti. Dans la minute je me suis sentie le corps tout chaud. Je ne sais pas comment dire, tu es bien. Mais c'est un piège aussi, après, on ne peut plus s'en défaire, sauf au début. Mais très vite, moi j'ai pris tous les jours. Il m'a fait les premières fois, mais on apprend vite, moi j'ai toujours préféré faire seule » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

La recherche du flash (voir plus loin la manière dont cette sensation est traduite par les usagers) alimente cette envie de « repiquer » malgré les premiers désagréments ou l'impression que cela ne marche pas.

« Ben ça m'a... j'ai senti une chaleur, mais bon... Je m'attendais à mieux quoi, en fait... quand t'entends parler "tu vas avoir un flash, ci, ça, etc.". Et là je me suis dit qu'ça servait à rien quoi... Mais bon, une fois que t'essayes, tu te dis que tu vas le faire une deuxième fois, pour voir si ça va monter plus ou quoi... Tu cherches le flash quoi » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

3- Les sensations dans la phase de gestion

À partir du moment où les personnes ont dépassé les premières épreuves et déceptions, qu'elles ont le sentiment d'avoir acquis une bonne expérience de l'injection, il va se passer autre chose ; c'est là que leur histoire avec l'injection et les produits commence véritablement. Il y a un moment de transition (le déplacement) où elles sentent qu'elles vont entrer dans une autre logique, une autre histoire avec cette pratique. Puis vient la maîtrise, avant d'en arriver à une ritualisation qui fera entrer la pratique et la production des sensations dans leur style de vie.

Déplacement des sensations

Zinedine raconte le glissement insensible qui l'a fait passer du sentiment d'une « toute-puissance » occasionné par l'injection (avec l'expérience des sensations nouvelles) à la découverte d'une contrepartie : le besoin de reproduire cette consommation, son caractère incontournable, central qui va entraîner des bouleversements importants dans son mode de vie. Son monde social bascule, il ne l'appréhende plus de la même manière :

« Je suis bien... je fais les choses avec plus d'entrain... c'est peut-être pour ça que je fais plus grand-chose, c'est que ça se suffit à soi-même... t'es en autosuffisance... les trucs que tu avais besoin de faire pour t'occuper l'esprit, pour pas te faire chier... ben, t'as plus besoin de les faire. Donc t'as pas besoin de faire grand-chose, tu peux rester là à végéter. Alors je squatte ma chambre, ou je squatte en bas, je regarde la télé... L'héroïne, elle t'apporte le tout... d'un seul coup, sans te casser les couilles... donc c'est plus facile de faire comme ça, et donc quand t'as pris l'habitude de faire comme ça, c'est difficile de faire autrement... mais ça, je l'ai pas vu arriver par contre... au début, je me défonçais, mais je continuais à faire ce que je faisais normalement, j'avais une vie "normale" entre guillemets, c'est-à-dire que j'allais à l'école, je m'intéressais à des trucs, je pensais à ce que j'allais faire comme métier, il fallait que je travaille... c'était un truc qui coulait de source à l'époque, mais maintenant... je me dis en plus que maintenant, je vais travailler 8 h par jour pour un salaire de rien... avec un bac... Et c'est pas vraiment motivant... » (Zinedine, 31 ans, classe pop, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Ce qui fait basculer de la curiosité et de la découverte vers l'envie a directement à voir avec ce que la sensation elle-même a laissé comme traces. Sébastien rend bien compte du caractère double de cette envie : le produit et le mode injectable sont inséparables, ce que l'on a découvert par l'injection sera recherché par l'injection.

« Tu sais... c'est comme... c'est dur de décrire, de te faire comprendre l'envie de ce truc... C'est surtout l'envie de cette montée, tu sais, de ce truc qui vient, qui te tape au cerveau... C'est vraiment une pression qui monte, jusqu'au moment où tu vas le faire, et où tu vas pppffff. Alors là... le monde il est tellement beau ! T'es... un bien-être incroyable... C'est cette envie de cette sensation-là, que tu veux avoir, qui fait que tu... Moi tu vois, je pense pas tous les jours à la coke... Mais s'il y en a un qui m'en présente, ça y est, je cours dans tous les sens, il faut que je trouve une seringue... Par contre, si j'ai pas de seringue, je serais capable de faire 5 km à pied pour en avoir une. Autant si j'en ai une vieille, je vais la prendre et la réutiliser, autant si j'en ai pas, je peux marcher pendant une heure, tout pour le faire en shoot plutôt qu'en sniff... Quand tu shootes, t'as vraiment envie de te le faire en shoot, t'as pas envie de le faire en sniff. Mais j'ai eu acheté un pacson, et il m'est arrivé de me rendre mal pendant une heure pour trouver une pompe, faire n'importe quoi pour en trouver une... C'est pas facile à décrire... C'est pas évident... En plus, moi je vais peut-être pas ressentir la même chose qu'un autre... Tout ce que je peux te dire, c'est que... Enfin, pour moi, c'est hyper agréable, c'est très fort, c'est aussi donc une envie très forte, c'est un... Autant, si j'en vois pas, j'y pense pas, autant si c'est devant moi... Par contre, le jour où c'est dans ma tête... je vais chercher partout ! Si je me lève le matin avec une envie... tant que j'aurai pas trouvé, je serai pas rassasié... Ça m'est arrivé plusieurs fois au début... Quand ton argent arrive sur ton compte, tu sais que tu peux en avoir, tu sais qu'y a untel qui peut avoir des plans, tu vas courir comme un... tant que tu vas pas trouver le mec... Même si y faut passer 5 h pour le trouver, tu vas le faire... Tu sais que tu peux, parce que tu as l'argent pour l'acheter... Alors tout ce

que tu espères, c'est qu'y en a un qui est monté, et qui peut t'en vendre » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

On l'entend bien : l'envie entraîne dans son sillage toute une partie du monde social : les proches, ceux qui peuvent approvisionner, l'organisation du temps quotidien... À partir du moment où il existe dans l'environnement des sollicitations, où les produits circulent, il devient à ce stade très difficile de résister. Ne plus pouvoir résister, c'est être « accroché » ; sans encore parler de « dépendance », les usagers sentent qu'il s'est passé quelque chose, qu'ils doivent, à partir de ce moment, construire les conditions qui permettront d'assurer l'accès aux produits et à la seringue.

« Je passais beaucoup de temps à courir derrière tout ça, je ne pouvais jamais partir de la ville plus de 5-6 jours, etc. Et je ne savais pas que cette héroïne accrochait beaucoup plus que celle qu'on trouvait ici, peut-être à cause de tous les alcaloïdes qu'il y a dedans. J'en prenais très régulièrement » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Maîtrise des sensations

La découverte qu'il est possible de « gérer » sa consommation est le fruit de l'expérience : l'impossibilité de satisfaire le désir d'une manière permanente conduit chacun à découvrir qu'il peut s'en passer et espacer les temps où il injecte. Certains le découvrent à l'occasion de la première incarcération, d'autres du fait des aléas d'accès aux produits liés à la précarité :

« Je suis restée quelques années sans rien prendre, mais c'était très dur au début, je pensais beaucoup à ça, mais en même temps, je ne connaissais personne, et comme je n'ai pas cherché non plus de moyens de me procurer de l'héroïne, je pensais que je pouvais couper avec ça. Petit à petit, j'étais un peu mieux, mais c'est seulement après plusieurs mois. À chaque vacances par contre, j'en profitais pour retrouver des gens qui étaient dedans, et à chaque fois je reprenais l'héroïne pendant toutes les vacances. J'ai fait ça pendant plusieurs années. À chaque fois, je cherchais des occasions pour en prendre, je reprenais les injections, et je retrouvais les mêmes plaisirs d'en reprendre. À chaque fois, le plaisir je le retrouvais, pareil quand je recommençais. Je retrouvais les sensations. Par contre, ça restait occasionnel, je ne prenais pas tous les jours, peut-être une fois par semaine à peu près, peut-être un peu plus, mais pas tous les jours. Et quand je rentrais, j'arrêtais, et j'étais mal quelques mois, puis ça allait mieux, et j'attendais les vacances avec impatience ! » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

L'autre voie de la maîtrise relève de l'expérimentation des liens quantités/effets. Tout dépend ici de l'orientation de l'utilisateur ; s'il cherche à se « casser », à « piquer du nez » son savoir-faire va se développer du côté des quantités qui peuvent le mettre dans cet état sans se faire une overdose. S'il désire, au contraire, être stimulé, il devra apprendre à mesurer les doses en conséquence. C'est le cas de ceux qui travaillent et utilisent l'héroïne pour mieux supporter les contraintes et améliorer leur tonus.

« Ce que je préfère, c'est prendre des petites quantités, et souvent, parce que si on augmente trop les quantités dans le shoot, si on dépasse un certain niveau de consommation, on pique du nez, c'est-à-dire qu'on dort presque, on ne fait plus rien d'autre que de rester comme ça, et moi je n'ai jamais aimé ce stade, je trouve que c'est désagréable même comme sensation. Quand je coupais l'héroïne moi-même, je faisais moitié moitié avec du manicol pour mieux

doser et pour pas piquer du nez. Mes plus belles années de toxicomanie, c'est quand j'avais beaucoup d'héroïne, que je travaillais, et que je pouvais faire tout ça à la fois, sans problème. La drogue ça me donne envie de faire des choses. Quand j'ai travaillé dans des carrières, sur des machines, dans la poussière et tout, je ne sentais pas ça difficile, au contraire. C'est des périodes où je suis très actif, je dors peu, je fais des tas de choses » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

L'injection entre alors dans la vie des personnes et devient le moyen par lequel les sensations recherchées arrivent à des moments précis.

« Quand t'arrives à faire une fois tous les 15 jours, que c'est récréatif, tu le sens bien... Et puis tu prends beaucoup moins. Ton corps est moins habitué. Et puis... quand tu le fais, tu le sens bien... Mettons, je devais sortir en boîte, je prenais ça, j'en avais pour la soirée à être tout speed... avec pas grand-chose quoi en fait... je savais que j'allais durer jusqu'à 3 h du matin... Y'a eu un moment, je le prenais que quand je sortais. Le pacson pouvait être dans la cuisine, je n'y touchais pas pendant 15 jours... Mais le jour où il y avait une sortie en boîte, hop, je le prenais ce jour-là. Ça m'allait, parce que comme ça, je l'avais pas cher, et puis ça me servait bien... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

La sensation est décrite comme d'autant plus forte que l'usager a l'impression de ne pas être dépendant du produit, qu'il ne se sent pas conduit à consommer à tout prix n'importe quoi dans n'importe quelles conditions.

« C'est une sensation très puissante, très agréable aussi. Et ça continue toujours, elle est toujours là, même si bien sûr, c'est plus fort quand t'es pas dépendant, que tu shootes pas tous les jours » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

C'est ce qui s'appelle « maîtriser » ; le sentiment de ne pas avoir de « problèmes avec la came ». Pour une partie des usagers interrogés, cette « lune de miel » ou cet « usage récréatif » maîtrisé n'a duré qu'un temps. D'autres y arrivent après des années de galère et de difficultés avec les produits, c'est alors comme l'aboutissement d'un long apprentissage.

Christiane explique qu'elle est passée à un stade « festif », c'est-à-dire qu'elle a retrouvé une capacité à gérer, qu'elle ne se sent plus dans un rapport compulsif avec l'ensemble que constitue le produit et le matériel, à l'image de ce qu'elle entrevoit comme étant le profil de la personne « dépendante » :

« Après, je jette tout. Autant avant, dans le rituel, tu gardes tout, la cuillère,... Maintenant, je jette tout, la came j'en prévois pas pour le lendemain. Quand t'es dépendant, tu gardes le coton, la cuillère... tu gardes tout le matériel en fait. Tu prévois, alors même tes seringues tu les gardes. Mais moi maintenant, c'est juste pour la soirée, c'est juste sur le moment, donc après je balance tout » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Les sensations sont différentes ; elle inscrit sa pratique dans une gestion plus individuelle de sa vie où elle a replacé sa consommation à un endroit qui lui permet de ne pas reproduire les galères qu'elle a connues :

« On n'est pas sur la même longueur d'onde après. J'ai une autre histoire derrière tout ça. Et puis, c'est vrai que je suis seule dans ma tête après... je le fais tranquille chez moi. C'est ce côté-là que je recherche maintenant... Il y a des fois où c'est pas calculé, je vais chez une copine, et ça tourne, je prends un rail... quand je prévois des trucs comme ça, ça a vraiment un côté festif pour moi. J'ai prévu ma soirée, c'est pour une occasion particulière. Comme la dernière fois pour l'anniversaire... j'en avais besoin quoi, ça faisait partie du truc. C'était programmé, pour éviter la galère de chercher de la came... je l'ai gardé 5 h dans ma poche avant de la consommer... » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

4- La dégradation des sensations

Certains vont ensuite découvrir, à un moment donné de leur vie où ils souhaitent arrêter qu'en fait, ils ne peuvent pas. C'est là qu'ils ont la sensation d'être devenus « dépendants ».

« Là où ça a commencé à changer, c'est au moment où j'ai cherché à me désintoxiquer, là ça a changé beaucoup, ça m'a diminué physiquement, mais quand je prenais de la dope du matin au soir, j'étais physiquement beaucoup plus fort » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Beaucoup de facteurs contribuent à faire perdre le sentiment de maîtrise, avec le développement d'une sensation désagréable où ce qui faisait sens et sensation à d'autres périodes de l'injection tend à disparaître. L'habitude, la précarité, la dégradation physique, l'apparition d'effets indésirables viennent effacer les sensations de départ et leur substituer le règne de la nécessité.

« En tout cas, quand je me piquais dans les toilettes, il n'y avait plus cette espèce de cérémonial, c'était déjà devenu une vieille habitude. C'était pas agréable, c'était devenu une nécessité, et puis une nécessité que j'avais hâte qui soit terminée parce que je commençais déjà à me charcuter. C'est-à-dire, tu fais dans une veine, tes veines durcissent, tu fais un garrot, tes veines explosent, tu as du sang partout... ça j'ai... Il y en a pour qui c'est agréable, moi ça me renvoyait une image de déchéance, tout ce sang, tous ces hématomes... des heures et des heures des fois à trouver une veine... Mais à ce moment-là on ne réfléchit pas » (Cathy, F, 40 ans, héroïne, première injection à 15 ans, Paris, VHC, VIH, vit avec une grave maladie, prostitution).

Ceux qui sont passés du « sniff » à l'injection dans la perspective de restaurer des sensations qui s'érodaient semblent avoir très vite rencontré des difficultés de ce type. La « graduation » (consommer plus et autrement pour avoir plus d'effets) remet les compteurs à zéro : les capacités de gestion et d'adaptation diminuent, les effets produits sont moins maîtrisés, les risques augmentent.

« Si tu sniffes pendant une longue période, tu vas en prendre de plus en plus, et à un moment, tu vas plus la sentir, donc il faudra que tu passes une gamme au dessus. Et là si tu passes au-dessus, c'est radical... Tu vas avoir une grosse montée, tu vas piquer du nez, tu vas être super bien, mais ça dure pas longtemps, peut être 2 ou 3 semaines à l'héro... Et bon, en plus à l'héro, plus tu en prends et plus tu t'habitues... et c'est là qu'il y a un risque d'OD » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

La précarisation contribue largement à ce type de changement : le manque de moyens pour consommer en « sniff » (nécessité de quantités plus importantes de produit), l'impossibilité d'acheter des produits de bonne qualité, les séjours en prison, les sorties de prison vers la rue sans perspective ni aide, tous ces facteurs conduisent une partie des injecteurs à entrer dans des difficultés majeures où les substances injectées ne procurent guère de plaisir. François a ainsi arrêté de shooter quand le marché sur sa ville a vu le « brown » supplanter l'héroïne de qualité :

« C'était se faire des trous pour rien, je sentais plus la came, c'était pas aussi bon, tu vois... j'avais plus de plaisir » (classe sup. 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Nous retrouvons ici l'impact du style de vie qui contribue à limiter les alternatives et à placer, chez certains usagers, la consommation dans une fonction à visée anesthésiante :

« Des fois, j'ai repris quand je suis tombé en prison, dedans ça tourne, et tu prends pour faire passer la journée, pour oublier tes problèmes. Des fois dehors j'ai arrêté, même que le manque je ne le sentais plus du tout. Mais si quelqu'un s'est fixé un but, et qu'il galère et n'arrive pas à s'en sortir, il rechute. Tu vois, c'est vite fait, j'ai pas un sou, je me dis je vais me niquer la tête pour oublier tout ça, et c'est reparti... J'essaye de tenir, de pas prendre trop, mais on me propose tous les jours, je suis là, je traîne dehors toute la journée, je trouve quand je veux » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Les produits sont là et le mode injectable reste le plus efficace pour avoir des effets au moindre coût, mais ils n'ont plus rien à voir avec la quête de sensations fortes ou agréables. Ils ne constituent plus que le signe de la souffrance et de la fatigue à être socialement dans un contexte où tout renvoie à la « déchéance », à la « disqualification ». Malik, s'il n'a jamais été impliqué dans une « logique des sensations », éprouve la même impasse avec le Subutex® :

« Ça me fait mal, c'est de la merde qu'on s'envoie dans les veines. Je souffre, tous les jours je souffre... Mais mets-toi à ma place, le soir je suis fatigué, fatigué... J'ai honte même de vivre comme ça. Mais si tu veux te payer l'hôtel, il faut que tu voles, et moi j'en ai marre aussi de ça, je ne veux plus rentrer en prison. J'ai honte de ça aussi, la prison... Je ne veux plus voler, alors, j'ai pas de fric » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Cercle vicieux, absence d'alternative sociale : seul reste le corps souffrant et la solitude.

Il n'y a pas d'enchaînement inéluctable d'un état à l'autre des sensations, cependant, les plus précaires socialement ont tendance à connaître ce type d'évolution parce qu'ils n'ont pas de ressources économiques, familiales et sociales. Toute la différence sociale se joue à cette phase : pour sortir du système des sensations propres à l'injection, il faut pouvoir « accrocher » à un autre régime de sensations qui ne vous renvoie pas constamment à votre honte ou à votre statut de relégué. Il faut pouvoir accéder à un autre support social.

B - L'expérience de l'injection

Pour comprendre la force de l'emprise du mode injectable, et cela quelles que soient les trajectoires des personnes, il faut se concentrer sur l'expérience de l'injection, en reconstituer

les composantes. Les usagers décrivent d'une manière assez convergente – à l'exception de ceux qui se sont le moins « accrochés » – les stades, les objets et les rites qui permettent d'atteindre les effets optimum avec l'injection intraveineuse. Nous verrons ainsi que les différentes activités qui président à l'acte d'injection font manifestement partie des sensations ressenties.

1- Le « matos », la préparation, le geste et le cérémonial : la logique de l'injection

L'anticipation, qui consiste à réunir les « ingrédients » de l'injection, commence à produire des effets chez la plupart des injecteurs réguliers :

« Des fois, quand je n'avais pas de pompe, je pouvais garder mon paquet jusqu'au lendemain sans le prendre, je ne l'aurais pas sniffé. Aujourd'hui, tu peux faire tout de suite (la préparation). Avant, tu prenais ton temps, tu ne précipitais pas les choses, tu appréciais de faire ton mélange, tranquillement. C'est déjà ça le plaisir, ça fait partie : trouver un coin tranquille, dans la chambre, chez un copain... C'est quand tu as le paquet que ça commence, et la seringue, là tu sais que tu vas l'envoyer, et déjà tu sens que ça monte le plaisir. Même, il faut savoir que tu vas être bien après pour faire ça, sinon on ne s'enverrait pas cette merde ! » (Kamel, classe pop, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Cet effet d'anticipation apparaît d'autant plus fort que l'injecteur est expérimenté et que le moment d'injection proprement dit ne produit plus les mêmes sensations. « Faire durer le plaisir », c'est étendre la plage des sensations avec le « cérémonial de la shooteuse » (François) : c'est en faire un espace plus large :

« Ce qui m'intéressait dans la came ces derniers temps, c'est même pas de la prendre, c'est d'aller la chercher. Encore une chose, tu vois. J'ai bien aimé me défoncer, mais la défonce en elle-même ne me procurait plus de plaisir » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

« Juste le fait d'avoir le produit, ça calme je trouve. C'est le manque qui te fait galérer, moi dès le réveil je suis obligée de prendre quelque chose, direct, je me lève, je me fais un truc » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Cet effet « système » peut commencer très tôt : dès le moment où l'utilisateur a trouvé l'argent qui va lui permettre d'acheter sa dose. Pour d'autres, cela débute avec l'accès au « paquet ». D'autres encore ne se sentent bien que lorsqu'ils ont en main tout le « matos ». Dans tous les cas, la sensation s'ancre à chaque phase de l'avancée vers le moment où il sera possible d'accéder au plaisir.

Ensuite vient la préparation. Toutes les phases sont importantes et portent des niveaux d'intensité spécifiques. Mais ici, il y a une dimension stratégique. Tout le parcours du combattant qui a permis de réunir les conditions qui rendent possible l'injection peut être réduit à néant si le manque de rigueur ou la distraction conduisent à « manquer » la préparation. C'est là aussi que se posent les problèmes de sécurité. La somme des enjeux concentrée dans cette phase conduit à charger l'acte d'une force émotionnelle très importante :

« T'as la came, tu prépares ton shoot, déjà tu le prépares bien, pour en sortir le plus... le mieux possible. Tu vois ton truc, c'est de bien le préparer, pour qu'elle soit... euh... pour que l'effet, forcément, soit le mieux possible, donc tu vois, la brûler comme il faut, pas la faire trop bouillir, tu vois, faire tout ce qui faut pour que quand... euh... éliminer les traces, mais garder l'héro. Bien la... bien la tirer sur le coton pour... pour pas avoir de poussières. Tu vois donc... faut y aller avec minutie, pas trop se presser parce que si tu te presses trop, tu vas faire le mauvais geste et tout faire tomber et là : c'est la catastrophe ! Alors là tu t'arraches les... tu deviens dingue, parce que t'en as plus, tu deviens fou. Donc tu fais attention. Donc là c'est la cuisine, là tu vois... c'est... c'est presque ta vie dépend de ça, tu vois c'est... c'est fou quoi, je veux dire, c'est... T'as galéré, t'as dépensé de la thune... T'as plus ou moins galéré pour la chercher, mais en tout cas t'as quand même... t'y es allé, t'as quand même attendu toujours un petit peu... Et tu sais que c'est vital... que si t'as pas ton shoot, tu vas être en manque et ça c'est... tu veux pas être en manque, donc tu la prépares avec minutie et là forcément, la... la tension monte, quoi je veux dire... » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

L'analogie peut fonctionner avec tous les accessoires contribuant à l'injection. Pour Francine, l'eau qui bout à elle toute seule lui évoque l'injection et lui provoque des sensations proches de cette phase de préparation.

« On avait des aiguilles et des seringues en verre dans une belle boîte argentée. C'était un très bel objet, j'aimais cette seringue, la boîte aussi, je suis venue en France avec cette boîte. La seringue, c'était un objet important parce que ça correspond au plaisir aussi. Je me suis rendu compte que quand on commençait à préparer, à nettoyer la seringue, à diluer le produit, c'est une partie du plaisir, déjà avant d'injecter. Pour moi, c'était un moment intense. Longtemps après, à des moments où j'avais arrêté d'injecter, quand je faisais bouillir de l'eau pour n'importe quoi, où quand j'étais dans un endroit où on faisait bouillir de l'eau, ça me ramenait à ces moments, dans ma tête ça faisait revenir et je pensais à ça. Rien que l'eau qui boue ça me faisait vraiment quelque chose... Comme quand je faisais bouillir de l'eau pour préparer ma seringue. Ça fait partie du plaisir, la préparation, ça compte aussi beaucoup je trouve » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Pour Sonia, c'est la cuillère :

« J'aime faire, mettre dans la cuillère et tout, ça fait partie, déjà quand tu l'as dans la cuillère, quand tu commences à mélanger, tu commences à aller mieux, tu sais que tu vas te faire ton shoot » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Pour Marc, c'est l'ensemble du « matos » qui joue cette fonction :

« C'est très important pour moi le matos, c'est essentiel même je peux dire. C'est un transfert qu'on fait en fait, pour moi, c'est pas seulement un outil, ça fait partie du cérémonial, pour moi, il n'y a pas de drogue sans matos. C'est ça que j'ai trouvé avec l'héroïne, c'est pour ça que je ne prends pas des produits sans matos. »

Marc donne une explication psychologique de ce rôle symbolique du matériel : le lien produit-matériel viendrait – dans son analyse – répondre à une interrogation personnelle forte.

« Dans la cuillère et dans la seringue, j'ai retrouvé mes parents, ma mère et mon père. C'est ça que j'ai compris un jour, j'ai travaillé là-dessus, et c'est comme ça que j'ai rejeté tout au bout de vingt ans. Inconsciemment j'ai retrouvé ça. C'est seulement maintenant que je peux le dire, avant je n'avais pas compris ça, c'est tout un travail sur moi-même, mais en fait j'avais retrouvé mon équilibre grâce à ça, l'héroïne et le matos. Déjà si vous savez que l'injection vous correspond, c'est un point, après, c'était avec l'héroïne que ça allait le mieux, et après, je ne me suis pas arrêté pendant vingt ans » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héro, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

C'est comme si la sensation de plaisir spécifique à l'injection « déteignait » sur l'environnement pour finir par englober tous les objets et les accessoires participant à l'acte :

« Ça reste toujours un moment important la préparation je trouve, ça fait partie du plaisir, en fait, il commence à ce moment-là, quand on prépare, quand on fait avec la cuillère, tout ça, ça fait partie du plaisir, et même chauffer le produit, filtrer, tout, ça va ensemble pour moi dans la toxicomanie » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Julien insiste sur le caractère rituel, immuable du cérémonial auquel il se livre quand il injecte.

« Je dis religieux mais c'est pas religieux, c'est un rituel en général : il y a la seringue, il y a la cuillère, il y a le citron, le coton, faut préparer, il y a toute une espèce de décorum autour de ce truc là qui pour moi était très kiffant. »

La force du rituel est de créer une empreinte qui intègre la sensation de l'injection. L'imprégnation ainsi réalisée permet de produire des effets par le biais de chacun des éléments du rituel. Quand il était en manque et n'avait plus rien à injecter, Julien indique qu'il lui est arrivé de s'injecter de l'eau « rien que pour avoir la sensation de l'aiguille dans le bras ». Pour arriver à faire « comme si », il récupérait des « vieux cotons pourris » et procédait à l'injection tout en sachant qu'il n'y avait rien à la clé ; mais le cérémonial constituait pour lui un « point de repère ». Quand il allait acheter la dope et qu'il était en manque, le seul fait de rentrer chez lui et d'amorcer la préparation suffisait à lui « calmer le manque ».

Julien établit un lien entre la souffrance et le plaisir ressenti. « C'est comme le fait de me faire des brûlures de cigarettes sur les bras ou de me foutre des coups de cutter. » Il identifie une fonction masochiste dans l'acte d'injecter qui participerait à la logique d'ensemble : « Il faut être maso quoi pour se planter une aiguille dans le bras. » Le rituel permet d'introduire une dose de raison et de structuration dans un mouvement destructeur : c'est le lien entre les deux éléments, la tension entre eux qui assure l'assise de l'injection, qui permet de se stabiliser :

« C'était immuable ; la préparation était toujours la même avec les petits gestes, les mêmes gestes... tout était calculé, millimétré, et ça participait au plaisir de... Plus on se met une pompe dans le bras et plus notre vie se barre en couilles et moins on est structuré, et donc les structures qu'on n'a plus autour de soi, parce qu'on fout tout en l'air, on les retrouve dans des petits trucs de rien du tout. Et cette préparation fait partie de ces petits trucs qui ne bougent pas qui ne changent jamais... c'est une espèce d'exaltation... » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Il n'est pas le seul à évoquer la part de « masochisme » incorporée dans l'acte. Pour Christiane, dans le geste de l'injection (« se planter une aiguille dans le bras ou ailleurs ») :

« il y a une dimension masochiste très forte dedans. On est tous un peu maso, à des degrés plus ou moins importants. Moi j'ai des tendances assez fortes... Je crois que c'est peut-être ça aussi qui me plaît dans l'injection. Par exemple un jour, je devais passer la frontière, et j'avais plein de traces sur le bras. Je devais passer des trucs, donc il fallait que je les fasse disparaître. Alors j'ai pris un fer à repasser et je me suis brûlé tout le bras par dessus les traces, pour les recouvrir... j'aimais bien le geste aussi... J'aimais bien me percer... Par exemple, j'aimais bien le faire dans les jambes, parce que j'avais l'impression de sentir la came monter tout le long du corps. Maintenant, c'est par plaisir, c'est pour cette montée que j'aime bien. Je le fais de temps en temps » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Pour François aussi, il y a « un côté un peu maso, tu vois, des trucs, avec ton corps... euh... qui te blessent. Bon, tu vois, c'est... tu joues avec ta vie, tu joues avec ta santé, tu peux être au milieu de la merde, tu peux être malade, tout ça quoi. Y a une espèce de... je sais pas, de masochisme, enfin en tout cas je suis descendu bas, très bas » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Nous avons ici versions du masochisme : la première structurante, via le rituel ; la deuxième vécue comme déstructurante.

Le cérémonial contribue à resserrer l'espace intime au plus près de soi, de ses sensations, de son corps ; il apparaît de ce point de vue difficilement compatible pour certains avec le groupe. Marc ne peut développer toute sa chaîne de sensations autour de la préparation que s'il est seul :

« Le cérémonial, c'est mon refuge aussi, je n'aime pas partager ça, c'est perturbant... Je prenais du plaisir à mettre le produit dans la cuillère, rien que ça déjà ça fait partie du plaisir... prendre le coton, préparer le matos, tout ce qui va avec le shoot... Je pouvais faire ça n'importe où, pourvu que je sois seul, dans un coin tranquille où on ne me dérange pas. C'est pour ça que vous pouvez prendre n'importe quel produit, s'il n'y a pas le cérémonial, (c'est-à-dire) l'injection, ça ne va pas. L'héroïne il y a une femme là-dedans aussi, c'est pour ça aussi peut-être qu'on n'a pas envie de partager. Ça me gênait toujours quand j'étais sur des plans ou on est obligé de s'associer. C'est obligé ça des fois, quand on n'a pas la came, ou quand c'est un autre qui va acheter le matos, des fois on ne peut pas marcher seul. Le shoot était presque gâché dans ce cas-là. J'ai besoin de me dégager des autres. C'est dans ma nature, j'ai besoin de me concentrer sur mon projet. Je suis comme ça pour tout ce que je fais dans ma vie, j'ai besoin d'être seul, de faire le vide, pour le shoot c'est pareil, j'ai du mal à partager. Ce n'est pas par égoïsme, c'est le lien que je fais au produit aussi, je ne sais pas comment expliquer ça, c'est que c'est significatif aussi de ce que j'ai besoin... Le cérémonial pour moi ça fait partie, et ça ne se partage pas » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Pour ceux qui se trouvent dans les situations les plus précaires ou loin de chez eux et pressés par le manque, les conditions permettant de démultiplier le plaisir dans la préparation sont réduites au minimum ; l'injection elle-même peut être menacée par les interférences avec l'extérieur.

« En général, j'essaie de prévoir pour la journée explique Sébastien. Je me fixe des heures à peu près. Alors si j'ai assez, je sais qu'à telle heure je le prends avant de partir parce que je sais que je vais rentrer vers 17h30... Donc, comme ça fait pas mal d'écart, donc je sais qu'à 17h30 y faut que je sois dans un endroit tranquille pour le faire. Bon... tu vois, il faut toujours que je prévois mes trucs comme ça. Quand une fois je suis monté à Lille pour des colloques, ben... je le préparais, et puis à telle heure j'allais dans les chiottes ou... Mais là, j'ai le temps, je suis pas à ½ h près. Une fois, j'avais pris... tu sais, mon subu, ma cuillère et tout le reste, et puis j'ai été aux chiottes. Mais il y avait trop de gens qui râlaient à la porte... Et puis alors, plus tu t'énerves, t'as des gouttes de sueur... Alors je me suis dit que le prochain coup, je le prépare d'avance ! Comme ça j'ai plus qu'à aller aux chiottes et voilà. L'inconvénient, c'est pour se trimbaler avec parce que ta seringue... elle est remplie du produit quoi. Donc la tirette est relevée, alors il faut pas que ça s'appuie... Alors je la mets dans ma veste avec un truc à cigare tu vois, pour la protéger. Comme ça, ça prend que quelques secondes, comme si j'allais aux toilettes » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Ce récit, corroboré par beaucoup d'autres, vient contredire l'image classique des « toxicos qui sont prêts à shooter n'importe où » parce que seul la sensation liée au produit compterait. Ceux qui se résignent à injecter dans des conditions précaires sont très vulnérables et souffrent énormément des agressions dont ils peuvent être l'objet à cette occasion. Ils vivent dans ces cas-là des souffrances et des prises de risques accentuées.

Enfin, le geste lui-même participe du rituel : il vient parachever le cérémonial. Deux dimensions contribuent à donner au geste un rôle central : sa dimension symbolique (annonciatrice du moment de satisfaction) d'abord :

« Et puis il y a le geste aussi. Souvent, il y en a beaucoup, c'est le fait de le faire. Je sais qu'y a des moments où j'ai plus grand-chose, ou j'ai un coton, un reste, c'est pas énorme, mais rien que de le faire, c'est bon. J'ai fait mon truc, je me sens mieux. C'est dans la tête que ça se passe, mais le geste y fait beaucoup. Je me sens mieux, bien, c'est reparti en fait » (Florian, 32 ans, classe populaire, 7 ans d'héroïne sniffée puis injectée, consommation « d'appoint » de méthadone, en complémentarité avec l'héroïne).

Elle est directement associée à une dimension pratique : l'injection suppose un savoir-faire particulier, une compétence. Il faut savoir trouver la veine, et effectuer l'injection dans les meilleures conditions. Les techniques varient selon les usagers ; il y a des « modes », certains pratiquent la « tirette », d'autres pas.

« Une fois que tu l'as dans la pompe, après il y a un deuxième souci, c'est trouver la veine du premier coup, pour te faire qu'un trou, et te l'envoyer comme il faut... si c'est dans des chiottes de café, t'as toujours peur de te faire surprendre, donc t'as tendance à aller vite : il faut souffler, il faut... se concentrer et essayer de l'avoir du premier coup et à partir de là, t'as, t'as... et après, qu'est-ce que tu fais, tu te fais un garrot et boum, tu te l'envoies. Et c'est vrai que... si tu l'as du premier coup, t'as une satisfaction immédiate, t'es dedans tu vois. Tu te fais une tirette, et tu vois que t'es dedans, et là t'injecte, quoi. Et ça dépend de la came, mais ça peut venir au bout de 3 secondes, 5 secondes ou 20 secondes, ça dépend. Tu fais une ou deux tirettes, alors après faut savoir que c'est délirant, moi je... à une époque je traînais avec la seringue dans le bras pendant... Quand j'étais chez moi, pendant 5 mn, je me baladais avec la seringue dans le bras, je me faisais des tirettes. Et avec les potes aussi, pareil, ils gardaient la seringue dans le bras comme ça pendant 3 mn, 4 mn quoi, faire des tirettes, regarder le sang, tu sais, qui remonte parce qu'on le voyait. Tu vois une espèce de... mais le flash était déjà

passé, mais... pour continuer quoi. Ou bien... moi, à la fin, je le faisais plus ça : c'est-à-dire que je faisais une tirette, pour voir le sang passer, pour être sûr que... il est bien dedans. Même pendant que je me l'injectais, je vérifiais encore une fois que j'étais pas à côté, je refaisais une tirette et puis je me la renvoyais tu vois, pour voir que j'étais bien dedans, pour être certain, certain de pas... autant ça a pu bouger, tu vois ! Si t'es dans le muscle, t'es pas dans la veine, quoi... et là ça veut dire que t'es en train de tout mettre à côté : alors là : oh la, la, galère !... l'effet sera moins fort » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Le « mélange » peut aussi être nécessaire quand la qualité du produit nécessite une dilution avec injection rapide. Kamel a dû procéder de cette façon avec de « l'iranienne ».

« Elle était vraiment dure à injecter. Il fallait la mettre dans la cuillère, avec une petite goutte de citron. Après il fallait être rapide comme avec un pistolet. Il fallait envoyer de suite, très vite, sinon ça coagulait, ça faisait une pâte épaisse et c'était foutu. Alors ce que je faisais, c'est que je piquais quand j'avais fait le mélange, et je commençais à m'envoyer, mais quand tu piques, ça fait toujours une petite goutte de sang rouge. Et si ça coagulait, je tirais un peu, j'aspirais un peu de sang, après je ressortais de la veine ; tout ça je mélangeais, toujours dans la seringue. Avec la goutte de sang, c'est toujours un peu chaud, donc j'enlève et je secoue, je secoue. Mais ça ne suffit pas toujours, et avec mes copains, on faisait bouillir nos seringues dans une casserole avec tout ça dedans, pour ré dissoudre. Après j'envoyais de nouveau. Ça brûlait, ça brûlait. Il fallait vraiment qu'on sache qu'après on allait être bien et qu'on allait piquer du nez pour avoir le courage de s'envoyer ça. Pour l'héroïne, quand elle prend comme ça, il faut faire très vite. Après je mettais le garrot avant de préparer, je mettais dans la cuillère, et vite l'aiguille sur le coton, là tu attrapes juste ce qui peut passer dans l'aiguille, après c'est trop tard, ça bouche, et tu l'envoies vite vite » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

À côté de la « technique » d'injection, la « tirette » relève déjà du jeu avec la montée des sensations en même temps qu'elle est une manière de poursuivre la gestuelle, de la faire durer.

« T'es dans la veine. Avant de pousser, d'injecter la drogue, tu fais d'abord une tirette pour vérifier que t'es dans la veine... Moi le manque s'arrête direct à ce moment-là. Et après j'injecte vraiment tout doucement, en faisant plein de tirettes... En faisant les tirettes... comme je le fais très lentement mon shoot, par plaisir, pour faire durer... Le fait d'avoir l'aiguille dans le bras... jouer avec ça... Moi j'ai la montée au moment où je shoote... enfin, tout le monde quoi. Au moment où j'injecte le produit... » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Zinedine est un peu sceptique sur cette pratique : il considère que certains « se la jouent » en faisant ça, sans que l'effet soit vraiment derrière. Il faut dire qu'il ne se considère pas « obsédé par la seringue » et s'il peut être conduit à faire ce genre de manipulation, c'est dans le but de maximiser le plaisir ou de déclencher le « flash ».

« Juste avant d'injecter, le problème, c'est trouver la veine, et après c'est... on verra bien quoi... juste après, j'ai la montée, et après, je fais quelques tirettes, à faire venir du sang et le renvoyer pour « réaccélérer »... Ça fait peut être partie du « rituel », sans plus, ça doit rien faire de spécial... C'est surtout la montée qui est intéressante. Piquer seul, ça me donne rien, si y'a pas de montée... je suis pas « obsédé par la seringue » en fait... je sais qu'il y a des gens qui s'amuse à le faire à vide, uniquement pour le plaisir de la seringue, par vice, mais moi ça va

de ce côté-là, c'est pas mon truc. Même quand ils ont rien, ils s'amuse avec le piston, avec leur sang. Mais moi non... » (Zinedine, 31 ans, classe pop, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Autre version de la tirette : Christiane est tellement « fixée » sur la gestuelle qu'elle subdivise l'acte de shoot en deux ; c'est-à-dire qu'elle s'arrange « pour le faire en deux fois, parce que... comme ça je peux me shooter deux fois, mais c'est plus le geste... c'est pour refaire le geste une deuxième fois dans la soirée. Mais c'est très difficile d'expliquer l'effet que ça produit. Parce que moi, ça me fait pas mal... Je m'enfonce l'aiguille, ça me fait pas mal. Mais c'est jouer avec le sang, c'est jouer avec la pompe. J'ai pas de comparaisons qui me viennent. Y'a rien d'équivalent en fait... c'est peut-être pour ça que je continue à me shooter... de temps en temps. Parce que c'est un plaisir vraiment particulier, que j'ai pas retrouvé ailleurs... » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Le fait de pratiquer « soi-même » semble participer au plaisir ressenti.

« J'ai toujours fait moi-même, même au début, dit Sonia. C'est pas vraiment pour le danger en fait moi, c'est que j'aime moi préparer tout ça, j'aime faire moi-même, depuis le début où je pique, j'ai du plaisir aussi à me faire mon petit truc, tu prends ton matos, tu dilues, tu mets dans la pompe ; ça j'aime faire ça moi. Je n'aime pas qu'on me le fasse à ma place, je n'ai jamais aimé ça, même si c'était mon mec, je ne voulais pas. Même quand je suis complètement fracassé, si quelqu'un me dit... C'est non, je veux toujours faire moi-même » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Ceux qui sont les plus mal à l'aise ou maladroits font appel à des tiers pour effectuer l'acte, ce qui contribue à changer les conditions sociales et relationnelles de l'acte d'injection. Ils n'ont pas la même relation au cérémonial et sont moins attachés à la logique de l'injection. Daniel n'a pas vraiment investi la seringue en tant que telle, il ne vit pas dans un milieu centré sur l'injection : il préférera toujours se faire « shooter » par les autres, des personnes en qui il a confiance.

L'incompréhension de cette logique de l'injection a conduit à mettre sur le marché des conditionnements qui sont venus atténuer ces composantes des sensations recherchées par les usagers.

« Je n'aime pas leur truc là, les gamates qu'ils distribuent, les filtres... dit Kamel. Tu n'as plus rien à faire pour préparer, ça va trop vite, t'as tout d'un coup, t'as plus qu'à mettre la poudre. Moi j'ai toujours aimé tout ça, la seringue, la préparation... Maintenant c'est pas pareil avec leur matériel. Même le coton, il est tellement petit que tu prends de la poussière. Quand on rentre l'aiguille, on ne voit même pas si on est dans le coton, c'est pas bon. Ils devraient mettre un truc plus gros, une boulette, ils ne se rendent pas compte. Après tu as un choc, tu as froid, soif, chaud, tu trembles, tu peux en crever. Mais moi, c'est surtout pour la préparation que je vois ça » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

« Au sleep'in et en pharmacie, ils donnent des stériboxes, ils mettent des gamates dedans, ça remplace la cuillère, il y a des filtres, il y a tout dedans. Moi j'aimais bien la cuillère, c'est pas pareil avec les kits, tu n'as presque plus rien à faire. J'aime bien me préparer mon petit truc, c'est important pour moi. J'ai connu ça au bus, les kits. Le Subutex®, j'ai toujours filtré,

il faut secouer pour mélanger, filtrer après » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Dans cette même logique, Pascal analyse très clairement l'ambiguïté de la diffusion du Subutex® qui, dans une telle problématique relativement méconnue ou volontairement ignorée des spécialistes, ne pouvait conduire qu'à son injection (cf. plus loin) :

« Reprendre la seringue ça me faisait beaucoup plaisir. C'est la manipulation des objets, de la seringue, du produit, c'est la préparation, c'est très important, ça commence là aussi le plaisir. C'est comme tu dirais une célébration. La préparation c'est très important, c'est pour ça aussi que je voulais que on me prescrive quelque chose qui s'injecte. Et puis quand j'ai cherché le Subutex®, je voulais être sûr que c'est ça qui m'attirait, la manipulation, la seringue, je voulais voir que c'était capable de me donner quelques frissons aussi, et pas seulement le produit, que ça excite un peu même sans opium, pour voir si j'avais la fascination de ça. Et j'ai injecté le Subutex® pendant quatre ans ! Il y a des gens qui ont travaillé sur la fascination, le fétichisme de l'injection, un mec qui s'appelle quelque chose comme Morgenstein. Au début avec le Subutex®, on sent un petit quelque chose, une petite chaleur au bras au moment où on envoie, mais ça ne dure pas, les effets disparaissent très vite. Et encore, c'est au début, mais quand tu as injecté ça 50 fois, ça ne fait plus rien. Ça représente 1 % du plaisir de l'héroïne, pas plus. Alors c'est pas pour rien que les gens injectent ça quand même, c'est pas pour les effets du Subutex® ; moi j'estime qu'il y a 98 % des gens qui prennent du Subutex® qui l'injectent » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

L'injection n'est pas seulement une affaire de produit, dans la majorité des cas, toute la chaîne temporelle des actes qui contribuent à la rendre possible font système et participent à assurer le plaisir et surtout à le reproduire. En effet, les sensations liées à l'injection allant généralement en décroissant (plus la variabilité de la qualité des produits), l'usager va trouver les effets les plus significatifs sur l'ensemble du processus d'injection, depuis la démarche consistant à aller chercher l'argent, en passant par les divers stades de préparation, jusqu'à l'injection elle-même. Il n'est donc pas pertinent d'avoir une approche strictement technique de la procédure ou du matériel d'injection ; il y a là un ensemble indissociable qui quand il est perturbé déstabilise et vulnérabilise considérablement l'usager.

2- La montée

Les sensations liées à la « montée », puis au « flash » sont plus classiques, mais restent au centre de l'expérience car c'est là où les différences avec d'autres rituels d'administration sont les plus forts. C'est le moment d'action du produit qui se caractérise par un effet rapide et puissant, du moins pendant toute une période. La comparaison est souvent faite avec le sniff du point de vue de la qualité et la durée des sensations qui ne seraient pas comparables.

« Le shoot, quand tu as repris, c'est là que tu t'aperçois qu'il n'y a rien de pareil. Le sniff à côté, c'est... En shoot, tu as une montée immédiate, et qui arrive de suite à la fin de l'injection. La montée, c'est que ça fait comme si ça te brûle partout, tu as la pression de la veine qui monte très fort, très vite, et là tu as une sensation de bien-être. C'est difficile à décrire. Le sniff c'est plus lent, c'est moins agréable aussi parce que c'est beaucoup moins fort, et ça pique dans les narines. Le shoot, c'est très puissant, c'est agréable, je ne sais plus dans quel film on voit des mecs, où chaque toxico on le voit en gros plan sur le shoot, on le voit qui tire, qui renvoie, rien que ça moi ça me fait de l'effet, rien que de le voir » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

« Il y a une grosse différence, c'est que ça agit plus lentement en sniff. En plus, le goût descend dans la gorge, ce n'est pas très agréable ; et pour les sensations, il y a un délai, ça ne vient pas tout de suite. C'est le début surtout qui n'est pas le même, mais après le sniff, ça va, mais ce n'est pas aussi fort bien sûr comme effet que quand on injecte. Ça c'est au début quand j'ai pris au sniff, mais au bout d'un moment, il faut augmenter les quantités pour retrouver les effets, on le sent beaucoup moins, alors on reprend plus, et plus vite parce que au bout de deux heures, on commence à se sentir mal. Quand j'ai repris l'injection, c'était vers 87 à peu près, j'ai retrouvé les sensations de l'injection aussi, de suite. C'est un effet, je ne sais pas comment décrire, c'est beaucoup plus fort, plus vite, tu sens autrement quand tu injectes, et j'ai continué de suite après, tous les jours, deux, trois à peu près, des fois plus » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

« Avec les copains, quand on n'avait pas de problèmes de poudre, on l'avait par mon frère, je prenais directement dans le sachet avec la cuillère, et je préparais une dose. Les mecs avec moi ils croyaient que je faisais le mélange pour tout le monde, ils ne croyaient pas que j'allais envoyer tout ça, et je le faisais. Ils faisaient moins eux, mais moi je préparais le truc, le prenais une pompe, je mettais le coton et je tirais tout... Des jours je prenais 3-4 g, je piquais 5-6 fois dans la journée. Mais je n'ai jamais fait d'OD. Avec la coke, c'est pareil, j'ai toujours pris beaucoup, c'est pour ça que maintenant je veux arrêter, parce que c'est plus possible... c'est trop bon, je ne peux même pas décrire, tellement c'est puissant, ça monte de suite, dès que tu l'as dans la veine. C'est pour ça que je n'ai jamais aimé sniffer, ça ne vient pas de suite les effets, et la puissance, c'est pas pareil non plus. Quand tu l'as envoyée dans les veines, tu continues » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Francine a cessé sa consommation par voie intraveineuse quelques années, puis a repris en sniff ; elle explique sa perception de ces deux voies d'administration :

« C'est décalé dans les effets avec le sniff. Mais surtout, moi j'ai découvert... C'est comme si j'avais découvert une autre toxicomanie. Quand on revendait de la poudre, et qu'on en avait, qu'on sniffait, je me sentais un peu à côté de ça, pour moi je n'étais pas une vraie usagère. C'est plus lent comme effet aussi. Tant que je faisais au sniff, je ne me voyais pas toxico. Et même après, on a toujours l'impression qu'on va pouvoir gérer. Même un jour, quelqu'un m'a dit que j'étais vraiment toxico, ça m'a choquée de m'entendre dire ça, je prenais au sniff. Même maintenant, par rapport à des jeunes qui sniffent pour s'amuser, je ne les considère pas comme toxicomanes » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Selon les personnes ayant pratiqué dans les années 1980, le « vrai toxico » correspondrait à une manière d'être et de faire avec les produits qui , valorisent la logique d'injection.

L'accrochage avec la seringue se noue autour de la rencontre avec cette sensation incomparable :

« J'ai eu une super montée... et voilà. C'était un bon gros flash... parce que le premier shoot, tu l'apprécies vraiment... Je sais pas, c'est un peu comme si... tu vois, l'effet quand t'es dans une fusée, et que tu décolles. Ben ça te fait ça, quand le produit tu le mets dans tes veines... euh... comme si t'étais en train de décoller » (Zinedine, 31 ans, classe populaire, 14 ans héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

3- Le « flash » et le « tonnerre »

Enfin, des usagers font référence à ce qui serait un moment culminant, l'acmé de l'injection : le « flash ». Les usagers ne parlent pas tous de la même chose. En effet, certains disent que ce n'est qu'un mythe et que, finalement, ils n'ont jamais rien ressenti de pareil. Pour d'autres, c'est une manière de parler du plaisir ressenti. Pour d'autres encore, le flash constitue un sommet incomparable, la raison d'être de l'acte d'injection.

Chez certains, la montée et le « flash » se confondent. « Dans les autres façons, t'as pas de flash, t'as pas cette montée quoi... Donc, c'est pour ça que c'est très compliqué pour moi de ne faire que fumer » (Zinedine, homme, 31 ans, classe pop, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

La sensation semble ensuite s'estomper, s'effacer dans le temps, un peu comme un mirage, quelque chose qu'ils tentent toujours de retrouver mais qui se déroberait de plus en plus. Zinedine reconnaît ainsi que « maintenant, le flash c'est plus ça... C'est plus qu'un tout petit peu, et puis voilà ». L'amoindrissement des effets est attribué à plusieurs facteurs : l'usure de l'organisme, la baisse de qualité des produits et la nécessité d'en injecter d'autres :

« Moi, je le fais uniquement (la tirette) pour avoir un flash... mais maintenant je ne l'ai plus... enfin un petit peu. Et maintenant que j'arrive plus du tout à shooter, je l'ai plus du tout, normal. Mais c'est plus comme avant, l'effet est beaucoup moindre... ça fait que pour être vraiment stone, faut que j'ai pas mal d'héroïne, pas mal de cocaïne, que j'ai des cachets derrière, et que j'ai un petit peu de sub aussi pour le soir, alors j'arrive à piquer du nez, sinon, j'y arrive plus... ça dure pas longtemps, quelques secondes maximum... Et après, c'est terminé... c'est tout... je regarde si je peux pas en faire un deuxième... mais sinon, t'as quand même un effet à part la montée... T'es un petit peu stone. C'est-à-dire, t'as une sensation de bien être...c'est...je sais pas le décrire... » (Zinedine, 31 ans, classe populaire, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Mais, quel que soit l'effet réellement ressenti, la sensation d'injecter est considérée par les injecteurs comme étant sans commune mesure avec celles qu'offrent les autres modes d'administration, ils peuvent parfois en parler comme d'un « vice », d'une habitude qu'ils ont contractée à partir du moment où ils ont pu faire l'expérience du caractère inégalable (en temporalité et en intensité) de l'acte.

La qualité des produits est venue bouleverser cette hiérarchie, mais l'acte reste porteur de la sensation, il continue à en donner le goût.

« Avec la marron, tu as un petit flash, avec la blanche, tu as un flash beaucoup plus fort. Le flash c'est le cœur qui reçoit une secousse incroyable, t'as jamais vu ça ! c'est tellement rare que on ne connaît pas toujours ça, ça dépend beaucoup de la poudre que tu envoies. Même un petit shoot de pure tu as l'impression d'avoir envoyé une quantité énorme parce que tu as une grosse bouffée de chaleur et le cœur qui va exploser. Mais après, quand tu es comme ça, tu te fais dépouiller, tu n'es plus capable de rien ! Sinon la marron elle n'est pas bonne. Dans les années 1980 on avait de la bonne came, mais maintenant ici tu ne trouves plus d'héroïne... La seringue c'est meilleur que le sniff, parce que le sniff ça monte progressivement, ce n'est pas le même plaisir, tandis que d'envoyer, c'est de suite le flash. C'est comme le tonnerre, on ne cherche que ça en fait, parce qu'après ça diminue très vite, avec la coke, en un quart d'heure tu n'as plus rien. Mais c'est un peu comme ça pour tous les produits, pour l'héroïne aussi, tu

sens beaucoup plus dans la veine, tandis que sinon tu dois attendre. La seringue pour moi c'est un vice... C'est-à-dire que j'aime ça, je le sais, ça fait partie pour moi, c'est comme une habitude, ça m'apporte plus de plaisir. Je n'aime pas sniffer en fait » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Certains, par contre, critiquent ce qu'ils considèrent comme un mythe. Non qu'ils n'aient pas eux-mêmes ressenti des sensations d'une intensité particulière, mais ils remettent en cause le discours et le folklore qui tournent autour.

« Le flash, c'est un gros pipeau. Je ne sais pas moi je n'ai jamais vu des petites étoiles et tout. Ok, c'est une montée très rapide et puis d'un seul coup tu passes d'un état A à un état B très rapidement, mais ce qu'ils écrivent dans les livres c'est de la flûte ! Pour moi, c'est purement physique, j'analysais que dalle ; moi ce qui m'amusait, c'était de passer de l'état A à l'état B le plus rapidement possible. C'est-à-dire, avant de me mettre une pompe dans le bras j'étais dans un tel état, et 20 secondes après j'étais dans un état différent. Et moi c'était ça qui m'amusait, cette transition hyper rapide. C'est pour ça que je mélangeais beaucoup de produits pour avoir des transitions dans tous les sens. C'est pas traduisible. Tu ne vas pas traduire un orgasme ! C'est pas un orgasme, c'est différent. C'est comme si on me demande décris-moi un orgasme... C'est vachement difficile à décrire ! Ok, il y a telles sensations physiques, mais il y a tout ce qu'il y a autour » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Ce qui peut fonctionner ici comme une ligne de partage, c'est l'intégration des signes distinctifs de l'injection dans une logique subculturelle. Soit on se reconnaît comme un « toxico » avec des attributs que l'on va faire valoir (une manière d'être, de parler, de se distinguer), même si on le dissimule socialement, soit on se situe dans une logique individuelle dans laquelle les sensations ne sont rapportées qu'à une problématique personnelle. Deux logiques qui ne renvoient pas à des différences de milieu social : Zinedine et Julien remettent en cause le « style toxico » et sont pragmatiques à l'égard de la pratique d'injection, alors que Francine et Kamel s'inscrivent dans le culte de la seringue et sont très attachés au cérémonial en tant que tel.

4- L'effet et la qualité

La gestion des sensations se trouve très directement liée à la qualité des produits et au moyen de les doser, en connaissance de cause, pour atteindre les effets recherchés. Dans tous les récits, il y a de ce point de vue un moment enchanté, celui où on a découvert des sensations intenses avec des produits de bonne qualité. C'est là que semble s'ancrer ce que l'on pourrait appeler une « sensation référente », à laquelle on rapportera les expériences qui suivront. Mais la période où ils connaissent ces sensations « pures », renvoyées à des produits « propres », non altérés par les manipulations marchandes, est très rapidement suivie par un désenchantement progressif lié à la baisse de qualité des produits, au coupage, à la difficulté d'accéder à la qualité.

« J'avais un dealer après, il avait de la came... pffiouh... De la came, de la thaïlandaise, alors c'était re-belote là, 800 F le gramme, 400 F le demi pesé... C'était un vieux de la vieille, il avait 50 ans tu vois, un type qu'avait de la came... de la bombe ! Et là... se shooter, c'était un plaisir ! Parce que t'avais un effet... SPLENDIDE !... En plus, c'était de la blanche... et la blanche c'est propre : quand tu shootes la blanche, tu chauffes pas. La blanche, tu la mets dans la cuillère, tu vois. Dans la cuillère tu mets de l'eau, tu remues, ça se dissout... tout de

suite. T'as pas le citron, tu sais... t'as pas le briquet, tu vois, ça ne bout pas... Tu vois, c'est pas crade, t'as pas de noir sur les doigts, etc. tu sais. C'est propre. Tu mets ta cuillère, tu mets ta came dedans, tu mets de l'eau, tu remues, tu mets un coton, tu tires, c'est transparent hein dans ta pompe. Et l'effet, il est... Et là, à l'époque, j'étais en plein dedans, j'avais... je me shootais à fond, mais je disais : "un jour faudrait que t'arrêtes de shooter", mais c'était trop bon... » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans, héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Plusieurs récits font état de ce mode de gestion maîtrisé du produit qui se déroulerait dans des conditions de bonne sécurité avec une très grande qualité de sensation. François précise qu'à cette époque, il n'y avait rien qui pouvait laisser soupçonner qu'il était « toxico ». La préparation de l'injection et la gestion des effets étaient facilitées par la qualité du produit. Avec la dégradation de la qualité la situation change : on continue à injecter parce qu'on est « accro » à la seringue ; puis on continue à injecter des produits frelatés parce qu'on s'accroche à ces produits même si les sensations ne sont plus aussi intenses. C'est le mouvement que nous retrouverons plus loin avec le Subutex® : la disposition à injecter est portée par la seringue et l'injecteur cherche à adapter la quantité et la nature des produits pour approcher la « sensation référente ».

« Les gens, poursuit François, me disent : "mais putain, on voit pas sur ta tronche que tu te défonçais : t'as toutes tes dents, tout va bien, t'es pas marqué, comment ça se fait ?". Moi je disais : "mais je me shootais que de la bonne came", tu vois. Donc moi j'insiste sur la notion de plaisir, je shootais que de la très bonne came. C'est d'ailleurs quand j'ai commencé à shooter de la mauvaise came en revenant à Lille, de la came de merde qu'ils vendent actuellement, je te jure c'est de la saloperie, t'as plus de plaisir. Tu t'envoies un truc, t'as une petite montée, ben faut que tu te mettes un... un énorme tas dans la cuillère, déjà tu vois le tas, t'es impressionné, tu te dis "mais quelle quantité je me mets !", pour un effet mini. Mais tu t'accroches, parce qu'ils mettent tellement de coupe à l'intérieur que c'est plus la came qui t'accroche, c'est la coupe. Et en plus ça te détruit physiquement ».

La déclinaison de la palette des effets rapportée à celle des produits présents sur le marché, témoigne de la compétence que les usagers acquièrent dans la confrontation à la nécessité.

« Quand t'as de la super bonne came, ça peut durer 12 h, se rappelle encore François, j'étais raide pendant un moment ! Mais vraiment hein ! À piquer du nez avec rien du tout... Et c'est clair que c'est ce qu'il y a de mieux... Même, le mieux en fait c'est... le speedball. C'est 1/3 coke, 2/3 héro... Alors là !... c'est le cocktail par excellence. C'est succulent !... Mais maintenant, avec la mauvaise qualité, ça dure 4 h... etc. C'est la qualité de la came qui fait que ça dure. La chinoise, par exemple la rose... t'avais un flash puissant, mais elle durait que 2/3 h... La thaï, t'as un flash qui est plus progressif, ça monte pas tout de suite. Elle monte progressivement, mais alors elle te tient pendant longtemps ! Le brown, c'est un flash plus violent que la thaï, moins violent que la chinoise, mais l'effet est... Le brown en fait, la came est pas aussi raffinée que les deux autres. Y'a beaucoup plus de merde... forcément. Ce qui fait que... le corps, tu sais, il assimile ce qui est bon, et il rejette ce qui est pas bon... Donc il assimile plus la thaï, forcément plus pure, mais l'héro brown il la rejette plus vite... Et tu commences à être en manque au moment où ton organisme rejette tout ça, après l'avoir assimilé... tu vois... avec le sang, c'est purifié et tout ça. »

Le « pur », le « vrai » et le « propre » renvoient à la possibilité d'accéder à un produit de qualité qui permet à l'utilisateur de graduer sa consommation, de se limiter à l'obtention d'un effet central correspondant à la sensation de référence.

« Avec la pure, il n'y a pas besoin de beaucoup, avec juste un peu, ça peut faire ce que moi je dirais un shoot hard, un shoot vrai, propre. C'est-à-dire que tu sens le produit dans les veines, et que ça peut te durer plusieurs heures, sans ressentir le manque. Je faisais deux trois shoots par jour, des fois plus si j'avais plus, mais avec la blanche, on n'a pas besoin de plus, elle dure plus longtemps. Avec toutes les autres, c'est n'importe quoi, il en faut 3 kg, en fait je ne sais même pas dire combien je prenais, c'est comme le café, selon ce qu'il y a dedans, la qualité, tu mets plus pour avoir un bon café, et des fois il est quand même dégueulasse. Et la mauvaise qualité, c'est aussi selon la quantité qu'on a touchée, mais c'est pas là-dessus qu'on sait combien on prend... Si ce qu'on touche (acheter) ça ne correspond pas à votre demande, ça appelle un autre shoot plus vite, et quand la qualité est mauvaise, on shoote plus. La synthétique par exemple, les effets, au bout d'une demi-heure, il n'y a plus rien. Juste un petit flash, et ça redescend de suite. Deux heures après on a l'impression de manque et il faut recommencer. La synthétique, elle se vend en cailloux, et toute la journée tu shootes avec ça. Ça fait un peu comme la cocaïne, ça monte très vite, et ça redescend très vite aussi. Et encore, deux heures je compte large, je me fixais toute la journée à cette époque-là » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Pour les injecteurs rencontrés, le manque est avant tout le produit de l'altération de la qualité de l'héroïne, un effet de l'interdit et de la loi du marché illicite.

« Parce que l'héroïne qui est vendue par ici, c'est comme si je prenais rien ! Je sens rien... bonne, moyenne, pas bonne, je peux rien dire tellement... rien quoi ! Tout ce que j'arrive à faire, c'est me retrouver en manque après... À force de prendre de la merde, y'a quand même quelque chose qui te rend en manque, mais c'est tout. Sinon, t'as aucun effet... t'as aucun effet de plaisir dans ça en fait » (Zinedine, 31 ans, classe populaire, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Après avoir été accroché par la « bonne », l'usager-injecteur se trouverait donc, dans cette logique de consommation propre aux contextes illicites, très vite entraîné dans une course en avant visant à retrouver cette sensation qui le conduirait à entrer, malgré lui, dans des cercles de dépendance à des produits frelatés. Des produits qui ne seraient plus à même de procurer le plaisir recherché. Il ne s'agit pas pour nous de juger de la validité intrinsèque à cette vision du processus d'entrée en dépendance, mais de montrer que c'est de cette manière que les usagers vivent le processus les conduisant à devenir dépendants de produits qui ne leur apportent plus de plaisir.

C - Efficience de l'injection

Outre les conditions pratiques, les rituels, la description des sensations et des conditions d'entrée dans la consommation de produits sur le mode intraveineux, d'autres facteurs contribuent à expliquer ce choix, de ceux plus marqués par les différences de position sociale et les contextes historiques dans lesquels les expériences se sont développées. Ces facteurs renvoient à la volonté de donner du sens, une utilité, à l'acte d'injecter, au-delà de la sensation elle-même. Sans revenir sur l'histoire de l'injection, nous verrons ici qu'elle reste associée chez certains à une expérience stimulante sur le plan de la créativité ; d'autres – et les deux choses ne semblent pas aller de pair – se sont attachés à la seringue, comme s'il s'agissait

d'un objet transitionnel (Winnicott¹¹¹) : elle deviendrait, en tant qu'objet, une des conditions qui leur permettrait de se retrouver, le support incontournable pour qu'ils puissent se laisser aller au mouvement des sensations nécessaires à l'atteinte de cet état ; enfin le parallèle avec la sexualité (comme sensation et comme expérience) est également récurrent et contribue aussi à attribuer à l'injection une place particulière dans le champ d'expérience intime des usagers.

1- Injection, loisirs et créativité

Christiane explique comment l'héroïne injectée (elle pratique alternativement sniff et injection) lui permet d'être plus productive. Elle dessine « sous l'effet du produit » et ne manque pas de se mettre en condition quand elle s'engage dans une activité de création. Son profil (consommation devenue occasionnelle et maîtrisée, classe moyenne) lui permet de développer un usage de ce type. En même temps, elle reconnaît que les effets ne sont pas toujours ceux qu'elle attend :

« Des fois je pique du nez, des fois je me rends compte que ça fait un quart d'heure que je dessine et que je suis bloquée sur un trait... euh... c'est le cas de le dire » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Plus largement, elle a intégré le produit dans des activités de détente (soirées vidéo avec son copain, écoute de CD...).

« Je peux aussi me mater une bonne cassette vidéo... ce qui me fait envie sur le moment. Les musiques qui me détendent le plus d'habitude... je regarde particulièrement cette scène (scène du shoot, *Pulp Fiction*) dans le film, mais je me le mettrais pas juste parce que je suis défoncée... Je vais plutôt faire du dessin ou des collages... ou écrire. »

Nathan, à son époque de référence tournée vers le « voyage initiatique » et l'« aventure intérieure », a également fait un usage instrumental de l'héroïne injectée sur le plan de l'écriture :

« La créativité que j'avais à l'époque trouvait à travers ça le moyen de s'exprimer. Exemple (il lit un texte écrit à l'époque) : Note sur la cicatrice intérieure. Film poème. Je ne sais pas ce que c'est, je lis au hasard : “La progression dans l'ordre des éléments, inversement proportionnel à la répression de l'homme, l'homme habillé dans le désert, pitoyable, nu dans la luxuriante végétation, dans la mer prêt à affronter le volcan (Minotaure) en devenant Dieu, en éprouvant enfin la jouissance sexuelle (entrée de la caverne pubis)”. Ça te fait rire... mais peu importe c'est des délires de jeunesse. Mais tu vois bien que la créativité qui est... a eu lieu à cette époque elle trouvait quand même à s'exprimer à travers ce truc-là comme elle aurait trouvé à s'exprimer à travers n'importe quoi d'autre... N'empêche que tu te dis : le mec il est complètement défoncé, mais il a quand même envie d'écrire quelque chose ! » (Nathan, 50 ans, injection de 19 à 22 ans).

¹¹¹ D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, 1971.

On le comprend, cette orientation n'a concerné que la minorité aisée, autant touchée par les références créatives du rapport au produit (Burroughs¹¹²) que par l'acte d'injecter lui-même.

2- La seringue aussi « forte » que le produit

En ce qui concerne l'approche de l'objet « seringue », les points de vue diffèrent sensiblement d'une personne à l'autre, nous en avons déjà vu plusieurs exemples. Il semble, outre les facteurs de ritualisation de la pratique d'injection déjà présentés, qu'il peut y avoir des composantes psychologiques non négligeables sur lesquelles les personnes s'expriment, mais que nous n'aborderons que du point de vue des logiques d'interaction, limites de compétences obligent. Leurs grandes lignes ont trait au « rapport au corps » (image, intégrité) et au « rapport à la souffrance » (certains parlent de masochisme). Dans cette zone de l'intimité qui se tisse au plus près du corps (manipulations destinées à produire plaisir ou douleur) les positions semblent assez tranchées : d'un côté, nous avons ceux pour qui la seringue n'est qu'un véhicule efficace pour atteindre les sensations attendues du produit ; de l'autre, ceux qui considèrent la seringue et le fait de se « piquer » (de se faire un trou dans le corps) comme une part essentielle dans les sensations produites.

La première position n'a été rencontrée que chez Nathan et Daniel, objectivement et subjectivement les plus éloignées du « milieu des usagers » : Nathan s'engage dans l'injection dans la « logique culturelle » des années 1960-1970 ; contrairement à d'autres, pour la même époque, il n'a jamais été complètement « accro » au produit :

« Je n'ai jamais trouvé aucun plaisir à me faire un trou dans la peau ! Alors ça, je peux te dire, je n'ai jamais trouvé cela agréable ! Pour moi ça a toujours été un moyen... À aucun moment je n'ai trouvé ça agréable. J'ai toujours trouvé cela comme un truc sadique... mais j'ai jamais trouvé ça agréable. Jamais, jamais ! À aucun moment ! Ça fait toujours mal une piqûre ! Quand je me fais faire une prise de sang, je ne trouve pas du tout ça... Une prise de sang et un shoot... c'est exactement la même chose ! Ça a toujours été un moyen... Quoi. Bon ben on s'injecte parce qu'on s'injecte, parce que c'est le moyen d'éprouver une sensation » (Nathan, 50 ans, enseignant, injection de 19 à 22 ans, période « baba », voyage en Inde et groupe de copains, milieu aisé, VHC, consommation intégrée d'alcool).

Daniel est centré sur la seule recherche de plaisir sans investir l'injection en tant que telle :

« Quand j'étais petit j'avais peur des piqûres, mais ça n'avait rien à voir. Là je ne me posais aucune question, c'était pour mon plaisir. Par contre je n'ai jamais ressenti comme certains le plaisir de la seringue en elle-même » (Daniel, 36 ans, injection d'héroïne pendant 8 ans, puis abandon de l'injection pour des consommations occasionnelles diverses).

La seconde position concerne la plupart des usagers ayant connu une longue histoire d'injection. Pour eux, il existe un lien fort et structurant entre le produit et la seringue, de la même manière qu'il y a un lien entre la sensation d'injecter et tous les rituels préparatoires.

« Si je ne peux pas décrocher de la seringue, je ne peux pas décrocher du produit, parce que ça marche ensemble. Je ne pourrais pas faire en sniff, ça ne me va pas ; si je décroche, j'arrête tout, mais je ne me sens pas de juste arrêter la seringue. Pour moi, c'est de décrocher du produit qui me paraît le plus dur, c'est plus difficile d'arrêter le produit, mais je n'ai pas

¹¹² W. Burroughs, *Le festin nu*, Gallimard, 1984

l'impression que la seringue me manquerait si je décroche du produit, ça va ensemble pour moi » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Pour lui, la logique d'injection se distinguerait dans le style même des effets produits de ce que le sniff peut produire :

« L'héroïne en shoot pour moi, par rapport au sniff, les effets, c'est pas du tout pareil. Avec le shoot, tu es zen, tranquille, relax, bien quoi. Comme je dis, c'est difficile à expliquer la défonce, c'est chacun qui la ressent différente. Je me sentais bien, heureux quoi, alors qu'au sniff tu speedes, ce n'est pas tranquille je trouve comme défonce. Comme je t'ai dit, tu prends comme ça si tu as quelque chose à faire, ça te fait speeder, tu fais plus de choses, tu as plus l'énergie de le faire. »

On voit ici que la sensation varie d'une personne à l'autre : ceux qui pratiquent l'injection « énergisante » n'ont pas le même point de vue, mais considèrent aussi que le mode injectable est plus approprié, plus efficace au regard de leur recherche.

Cependant, le lien entre les deux composantes de l'injection est si fort qu'il est possible de le prendre par un bout (le produit) ou par l'autre (la seringue) sans que sa nature soit changée : les deux ne peuvent être séparés ; ils vont ensemble.

« J'ai l'impression que je suis plus accoutumé à la seringue qu'au produit. J'ai un accrochage fort à la seringue, ça j'en suis sûr, ce n'est pas seulement le produit. Alors c'est peut-être dans la tête, mais c'est sûr que pour moi c'est important de sentir quelque chose partir dans la veine. La première fois que j'ai essayé de décrocher, j'ai tenu quelques jours seulement et j'injectais de l'eau des fois. C'est pas... Mais ça calmait quand même un peu, ça soulageait, pas longtemps mais quand même c'était mieux que rien. Je sentais bien à ce moment-là que ça n'était pas seulement le produit qui me manquait » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Cette référence à l'importance de retrouver la sensation d'injecter, même sans le produit qui a été au départ de l'engagement dans cette pratique, se retrouve sous diverses formes. Le principal argument renvoie à la « logique de la sensation » : dans l'injection d'héroïne, les usagers sont toujours à la recherche d'une sensation unique qu'ils l'aient ressentie ou non, et qui fait « référence » au lien très étroit avec l'administration intraveineuse. Cette tension vers la sensation intègre donc la seringue et l'acte d'injecter, ces deux éléments étant devenus des composantes à part entière de la sensation globale. Les usagers l'expriment chacun différemment :

« Moi j'ai toujours été attachée à la seringue et quand on est attaché à ça, c'est difficile de prendre autrement. L'injection pour quelqu'un qui a toujours fait comme ça, ça représente quelque chose, ça ne peut pas être la même chose que pour quelqu'un qui ne fait pas. On mange par la bouche ou par les veines ! J'ai toujours préféré comme ça, parce que c'est le souvenir du plaisir, et j'ai beaucoup plus de plaisir en injectant... La seringue elle est attachée au rituel, au plaisir, aux sensations, elles sont plus rapides, plus fortes » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Même vécu chez Sonia : « J'ai plus de mal à lâcher la seringue ici.. c'est quelque chose que j'aime bien faire moi, préparer mon truc, tirer, m'envoyer. En prison tu n'as pas le choix, c'est dur au début, après, tu fais avec, mais tu sais que tu vas recommencer en sortant » (classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

À côté du « souvenir du plaisir », il y a l'efficacité propre du passage par les veines : la rapidité de la sensation, sa plus grande force à quantité de produit égale par rapport aux autres modes d'administration et plus particulièrement le sniff, le plus souvent évoqué dans les comparaisons.

« L'héroïne... en sniff ça ne monte pas pareil on n'a pas l'effet de suite comme en shoot, c'est pour ça que moi ça ne me va pas le sniff. Quand on envoie, ça monte de suite, moi... Quand je ne trouvais plus mes veines. Ça vient une minute après, tu injectes et c'est de suite. Je n'aime pas attendre. Avec l'héroïne, c'était la même chose, quand tu as le produit, et que tu as envie de l'avoir, tu le cales et deux minutes après tu le sens. En sniff, il faut attendre plus longtemps. L'héroïne, ça n'a rien à voir avec la coke, l'héroïne, c'est intérieur, c'est relax. Tu te laisses aller, tu es bien... Tu sens la chaleur dans tout le corps. Il ne faut pas me chercher moi à ce moment-là, j'aime bien être seule, tranquille. Mais ça c'est au début, un an, pas deux. Après tu le prends pour ne plus être... » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Dans les récits sur les moments forts en sensations, les témoignages se recourent sur ce double effet héroïne/injection, comme la meilleure combinaison pour atteindre l'état souhaité.

Kamel dit qu'il n'aime pas le sniff : « Quand tu as l'habitude de la seringue, c'est pas pareil, t'as pas de raison de ne pas le faire comme ça » (Classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Même chose pour Sonia : « L'habitude de prendre un truc avec la seringue » conduit à choisir de poursuivre sur la même voie. Les avantages en termes d'efficacité sont également recherchés avec les autres produits (cf. substitution). Sonia fait aussi la comparaison sur ce plan avec l'injection de cocaïne et explique que tous ceux qui, comme elle, shootaient l'héroïne « prennent la coke comme ça ». L'effet serait plus fort, le « flash bien meilleur qu'en sniff ». L'inhalation suppose d'attendre un peu avant d'enregistrer les effets. L'utilisateur qui a pris l'habitude du temps de réponse obtenu par la voie intraveineuse cherchera avec les autres produits à poursuivre sur ce mode.

Entre les deux positions, il y a aussi tous ceux qui ne réussissent pas à expliquer, mais qui constatent, les faits sont là : ils sont attachés à la seringue, cela fait partie de leur « condition ». Les usagers en situation précaire sont très fréquemment dans cet entre-deux ; ils n'ont souvent plus les moyens de développer une stratégie autonome en matière de recherche de la sensation : seringue et produits injectables forment un tout avec la vie à la rue et tous les autres expédients qui permettent de la supporter.

« La seringue, moi je vois ça comme un vice en fait, si tu vois ça, si tu vois les autres, tu le fais, et quand tu as commencé à le faire, après tu continues pareil. Tu te tues avec ça, et tu le sais... Je vais te dire, c'est pour oublier que je fais ça, c'est pas pour le plaisir. Des fois, c'est pour être avec d'autres, pour pas rester tout seul comme ça. C'est pas une vie d'être dehors toute la journée. Qu'est-ce que je fais, là ? Il y a toujours quelqu'un pour te proposer quelque chose aussi. Des fois je fais juste pour ça, juste pour être avec d'autres. Je passe le temps. Je connais beaucoup de monde ici, j'en connaissais même avant de prendre le Subutex®. Quand tu as commencé à te le caler, tu ne t'arrêtes pas, tout le monde le cale ici, c'est comme ça. Je ne sais pas expliquer, je ne sais même pas pourquoi je fais ça... » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Nous verrons que la compréhension de cette interaction vécue par l'utilisateur entre seringue, produit et acte d'injecter a des incidences directes sur la relation établie avec la substitution.

3- Injection et sexualité

La dernière plage de l'efficacité de l'expérience d'injection est la comparaison avec la sexualité. Soit les usagers comparent pour expliquer qu'avec l'injection le plaisir ressenti est plus fort ; soit ils considèrent que cela n'a rien à voir, parce que l'effet produit par l'injection est « incomparable ». Mais dans tous les cas, le bilan est clair. Les hommes et les femmes n'ont, sur ce point, pas le même argumentaire.

Pour Christiane : « L'orgasme, c'est vraiment dans le corps, enfin, c'est avec ton corps que tu... Tandis que là, c'est avec une aiguille ! Moi je le dissocie vraiment, je sais pas, peut-être qu'y'a des gens qui font la comparaison parce qu'ils sentent la même chose, mais moi non. Pour moi, c'est pas le même plaisir du tout » (34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

L'intensité et l'incommensurabilité du plaisir sont aussi attestées par Francine pour qui le plaisir sexuel n'est qu'une forme mineure :

« C'est un plaisir tellement intense que c'est difficile à décrire... Je ne sais pas comment dire ça. Je pourrais le mettre en parallèle avec le plaisir sexuel, mais c'est même plus que ça. De suite je l'ai ressenti, dès la première fois, et c'est pour ça que des années après, je me suis dit qu'il vaut mieux ne jamais avoir goûté, parce que c'est un plaisir tellement intense qu'on a envie d'y revenir, et on y revient de suite, alors il vaut mieux ne pas essayer. Moi j'ai continué dès le lendemain quand j'ai commencé. Avec mon expérience, si je donne un conseil, c'est de ne surtout pas essayer, même une fois, parce que c'est trop bon. Surtout l'héroïne, je ne vois pas ça pareil avec d'autres produits » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Les garçons font plus volontiers la comparaison, bien qu'il s'agisse toujours d'une métaphore. François vit, à une époque de sa vie d'usager, un parallèle entre « le shoot et le sexe, l'acte sexuel » : il assimile la seringue à un symbole phallique, en même temps qu'à la femme. Le mouvement est inversé et réversible :

« J'avais l'impression que la pompe c'était pire ou mieux qu'une femme, pire qu'une femme, tu vois, c'était ma concubine, tu vois, et que j'avais un rapport très, très charnel quoi pour... Et je me rappelle m'être shooté de l'eau, tellement j'avais envie d'un truc. C'est des trucs bizarres quoi, tu vois. Et ma pompe elle était toujours sur moi, c'est quelque chose que j'oubliais jamais... J'avais toujours une pompe sur moi, même si elle était vieille, elle était sur moi, tu vois je l'oubliais jamais. Le shoot... ouais... c'est très spécial, tu fais ta cuisine tu vois, la cuillère que tu chauffes, tu vois... Et y'a des choses avec ta cuillère, tu vois, tu commences à t'attacher à ta cuillère, quoi tu vois » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

C'est tout le matériel qui devient la femme, qui incarne la symbolique du plaisir : c'est lui qu'il « fétichise ».

De fait, ce qui trouble certains injecteurs, c'est la difficulté d'entretenir conjointement une relation sérieuse avec une femme. Question de compatibilité ou de concurrence qui ne peut être dépassée qu'avec des filles qui seraient elles-mêmes « tox », ce qui rend le lien très aléatoire.

« Le seul lien qui nous réunissait, c'était la dope ! J'étais là-dedans, j'étais avec une nana parce que c'était normal d'être avec une nana, mais ça ne me faisait pas kiffer plus que ça quoi ! Il y avait des coups de délire, des grandes envolées des machins, mais c'était pas des bases solides quoi, c'était bizarre. On était bien ensemble quand on était défoncé, quand on était en manque on se tapait sur la gueule... Même si après avec une nana qui ne se défonçait pas, j'ai été gentil quand j'étais défoncé, et j'étais intenable quand j'étais en manque. Les rapports sexuels ça ne me faisait pas kiffer du tout... En général quelqu'un qui ne se shootait pas ne pouvait plus me supporter au bout de 15 jours ! Ça réduisait les choses ! » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Nous verrons que ce phénomène se trouve amplifié avec l'injection de Subutex®.

4- Injection et substitution

Avant d'aborder la manière dont la substitution peut, dans certains cas, casser la force d'emprise à l'œuvre dans la logique d'injection, il faut rendre compte des témoignages convergents des usagers-injecteurs aujourd'hui en activité sur l'injection des produits de substitution (le Temgésic® et, essentiellement aujourd'hui, le Subutex®).

La pratique qui consiste à détourner le produit – qui doit, en principe, être pris sous la langue – est en apparence très conforme à ce que les injecteurs pratiquent avec les autres produits :

« En fait, ça se passe comme ça : le Subu, tu le mets dans la cuillère, tu mets de l'eau dedans, et tu le casses, t'en fait un truc blanc liquide... tu mets ton coton, tu tires bien tu vois, et puis tu te le fais... Alors... bon, après, tout le monde dit “non, non, ça suffit il faut pas...” mais tous ceux que je connais, ils remettent de l'eau dedans, ils retirent dessus pour avoir le restant... Mais en fait, l'impression, d'après ce que disent les autres, c'est... tu mets le coton, tu tires, ça suffit, parce que ce qui reste c'est de l'amidon. Mais bon, tu y crois pas, et tu retires, et tu remets une dose, et tu retires, jusqu'à ce qu'il reste plus rien dans le coton... Pour dire qu'au moins, t'as pris tout le produit... voilà, ça se passe comme ça » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

L'injection de Subutex® : un détournement systématique

Notre analyse se concentrera sur plusieurs constats relatifs à l'intégration de la substitution dans leurs pratiques :

1) Une pratique en continuité avec la logique de l'injection

Le détournement pour gérer les aléas de l'approvisionnement en héroïne et les injections de substitution faisaient déjà partie du quotidien des usagers. Étant donné la faiblesse des effets de la consommation orale, ils vont donc très vite passer à l'expérience de l'injection.

« La première fois j'en ai pris un sous la langue, mais c'est dégueulasse, c'est amer, on dirait que tu te mets une cuillère d'héroïne dans la bouche ! En plus j'ai vu que ça ne me faisait rien, j'ai repris un deuxième cachet, toujours dans la bouche, et là j'ai senti au bout d'un moment une bouffée de chaleur. Mais c'est sans plus quoi, ça n'a rien à voir avec l'héro. Après j'ai shooté » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Il se « fait un demi », l'écrase, le met dans la cuillère, le dissout dans de l'eau, tourne, mets le coton, tire dans la seringue et l'envoie.

Francine raconte qu'à l'arrivée du Subutex®, des usagers d'héroïne, injectaient déjà du Temgésic®, du Moscontin®, du Skenan®.

« Comme tous les gens préparaient tout le reste pour injecter, ça allait de soi qu'avec le Subutex® aussi. C'est vrai qu'en plus, on n'était pas du tout informé au début, on ne filtrait même pas, on mettait directement le cachet dans la seringue avec de l'eau, on secouait pour dissoudre, on chauffait un peu dans les mains, et on injectait comme ça » (classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Cette continuité est compréhensible au regard de ce que nous avons déjà dit de la ritualisation et de la globalité de la logique d'injection. Avec le Subutex® et une seringue, il est possible formellement de reconstituer un bon substitut de la pratique originelle, sauf qu'il s'agit toujours d'injection. C'est ce que certains disaient à propos du lien seringue-produit ou de la « dialectique du matos ». Le discours est très paradoxal : les deux éléments sont liés, on quitte l'héroïne, mais on reste accroché au « matos ». Marc, tout en reconnaissant que seule l'héroïne lui convient, est entraîné par le « matos » et l'accessibilité d'un produit injectable (Subutex®) à poursuivre sa pratique d'injecteur.

« Pour moi il n'y a pas d'héroïne sans matos, je préfère rester 72 h en manque si je n'ai pas de seringue, mais par contre, si j'arrive à arrêter l'héroïne, j'arrive à arrêter le matos, je ne vais pas prendre un autre produit, parce que c'est seulement l'héroïne qui me convient bien. Avec la substitution j'ai changé de produit (Subutex®), et j'ai gardé le matos. Mais je pense que ça m'a aidé à faire le deuil de l'héroïne, c'est à ça que ça a aidé d'abord. Parce que faire une coupure brutale, ce n'est pas une bonne chose. Et le fait que là j'avais quand même le matos, ça m'a permis de prendre plus de temps, parce que au début à cette époque, je n'avais pas d'appui, et mon seul repère, c'était la substitution et le matos ». (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Sur le terrain du rituel et de l'acte d'injecter, ce produit vient bien remplir un vide : c'est le produit en prescription libre qui permet à un injecteur de maintenir une partie de ses sensations de base, en l'absence d'héroïne.

« L'injection de Subutex®, c'est pour le geste surtout, parce que ça ne donne pas d'effet, mais pas d'effet du tout ! Ça n'a rien à voir, ce n'est pas comparable à l'héroïne... Mais quelqu'un qui fait tous les jours, il ne sent vraiment rien, c'est pour garder l'injection seulement, la sensation de l'injection, moi j'ai toujours aimé ça, ça fait partie pour moi. C'est pour ça que je pense qu'on ne peut pas passer comme ça à autre chose, injecter du Subutex® et prendre après sous la langue, parce que quand on est dans l'injection, en même temps, c'est difficile de mélanger avec autre chose (un autre mode de consommation), de se dire maintenant, je vais avaler. Même au risque et péril on garde l'injection. L'injection, ça n'a tellement rien à voir. C'est comme la cigarette et le patch, même si c'est la même dose, on ne

remplace pas la cigarette avec le patch, sauf si on se conditionne psychologiquement. La seringue elle est attachée au rituel, au plaisir, aux sensations, elles sont plus rapides, plus fortes, c'est ça qu'on recherche aussi avec le Subutex®, la sensation de l'injection, le contact avec la seringue, la préparation » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Ce qui vaut au niveau individuel fonctionne aussi au niveau collectif. Dans les zones urbaines marquées par l'injection, il est normal que ce soit la tendance commune qui absorbe les changements dans sa logique. Malik évoque cette dimension écologique des habitudes de consommation :

« Ici, dans la région, c'est toujours la seringue, c'est comme une habitude, les autres le calent, le Subutex® on le cale. Avant, c'était avec l'héroïne. (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnelle, 3 ans Subutex® injecté).

Sonia exprime le même point de vue : « Je cale toujours, et pour la cocaïne c'est pareil que le reste, j'ai toujours fait comme ça avec l'héroïne, et pour le Subutex® quand j'ai commencé. C'est que dans les centres qu'ils te disent de prendre sous la langue, mais dans la rue, je n'en connais pas un qui ne l'envoie pas. Quand tu as l'habitude de caler, tu le fais pareil, c'est comme ça... » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Pour ceux qui ont tenté de respecter la prescription en prenant les comprimés sous la langue, l'expérience n'a jamais duré très longtemps. Dans l'ensemble, en quelques jours ils sont passés à son injection, sans que cela ait été leur intention de départ.

2) *L'incidence de la précarité*

La dimension économique intervient fortement. Les usagers vivant d'une manière précaire ont du mal à s'approvisionner journalièrement en héroïne de bonne qualité. Ils sont donc contraints de s'injecter des produits de remplacement. Le Subutex® prescrit légalement va permettre à la plupart des usagers d'accéder à un produit facile à se procurer.

« La seringue, ça aussi c'est un vrai problème de couper, poursuit Francine... maintenant le produit qu'on trouve ne vaut rien. Après, j'ai découvert le Subutex®, il y avait ça en 95. Je suis rentrée dans un programme, mais c'était pour avoir un produit seulement, parce que j'achetais dans la rue au début, donc le programme, c'était plus l'idée d'avoir le produit plus facilement. »

Cette dimension économique aurait conduit certains à commencer à injecter du Subutex® sans jamais avoir été auparavant des injecteurs d'héroïne. L'arrivée du Subutex® correspond aussi à une période où l'héroïne est de très mauvaise qualité et produit de moins en moins d'effets :

« Les derniers temps, avant la substitution, depuis un an à peu près, on ne trouvait plus que de la synthétique ici, et elle n'est pas bonne, ce n'est pas de la poudre. Honnêtement, je pense que pour moi ça a favorisé aussi que je passe à autre chose » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Mêmes raisons pour Pascal : « Je ne me suis jamais vu prendre du Subutex® sous la langue. C'était directement pour injecter. J'ai acheté dans la rue, je me suis fait prescrire parce

que c'était plus simple, mais je n'ai jamais pensé ça comme la substitution, seulement parce que l'héroïne on ne pouvait plus la trouver, et pour les problèmes d'argent aussi » (classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Quand Sonia est sortie de prison, il n'y avait plus d'héroïne :

« Nous les toxicos on a continué avec autre chose, tout le monde était au Subu, et même ceux qui te disent qu'ils ne le shootent pas, tiens mon œil, je n'en connais pas un qui ne le fait pas. En sortant, c'était pareil que la première fois, pire encore, la rue direct, c'est là que j'ai connu. Rien d'autre... Le Subu je me suis mise aussi en sortant, très vite. Les plans héro, terminés, tu ne trouvais plus rien, que du Subu, tout le monde était au Subu ! Ça fait drôle ça » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

L'expérience de ce mode d'injection apparaît pour certains plus facile à gérer que celui de la cocaïne (cf. plus loin), parce que les produits très accessibles et que le nombre d'injection dans une journée peut être limité.

« Le Subutex®, tu n'en fais pas des masses dans une journée, 2-3 par jour, ça suffit » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

3) Spirale du manque et substitution en abîme

La substitution injectable viendrait comme sceller la logique de l'injection et du manque. Il est troublant dans cette recherche de voir que la plupart des injecteurs rencontrés (en dehors de ceux qui ont arrêté l'injection avant 1995 et de quelques personnes circulant près des frontières nord) injectent le Subutex®. Avec ce produit, c'est l'expansion de ce que l'on pourrait qualifier de « substitution en abîme » : un deuxième produit, le Subutex®, permet de se passer du premier, l'héroïne, mais ensuite, certains usagers ressentent la nécessité de quitter ce produit mais vont aller vers un troisième, etc. Kamel évoque ce mouvement qui renvoie très directement au besoin de trouver une parade à la montée du manque :

« Tous ceux qui shootaient déjà l'héroïne shootent le Subutex®, et shootent la cocaïne. J'ai laissé l'héroïne parce qu'il y avait le Subutex®, et j'ai laissé le Subutex® grâce à la cocaïne ! Et la cocaïne, ça enlève le manque de tous les autres produits, le Subu, la métha, l'héroïne, tout. Et il n'y a rien d'autre qui te l'enlève le manque. Mais par contre, après, quand tu en prends beaucoup, et que tu n'as pas de sous... Avec mon copain, quand on n'avait plus de coke, on se refaisait un Subu, entier même chacun, parce que ça nous aidait, ça calmait pour un moment » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héro, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Pour Sébastien, le choix de se mettre « sous substitution », n'aurait pas de rapport avec une quelconque envie de s'arrêter de consommer, mais serait centré sur le besoin de « ne plus tomber en manque » :

« À la base, t'es pas là pour... tu ne vas pas voir le médecin forcément pour te faire sevrer... Il y en a qui viennent pour ça, mais la plupart viennent pour avoir le produit, et puis taper de temps en temps, de manière plus récréative... Ils vont prendre le Subu toute la semaine, et puis le week-end ils vont arrêter, rien que pour prendre de l'héro ».

Alors qu'il se débrouillait avec le Néocodion® il a « goûté un Subutex® » juste pour le « dépanner » parce qu'il était en manque :

« J'ai dû le prendre une fois sous la langue à l'époque, et puis dès que je me suis aperçu que c'était shootable... quand tu vois que tu peux le faire en shoot... la deuxième fois, j'étais moins malade, c'était moins nerveux... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Même expérience pour Kamel : « Ça fait un peu d'effets seulement pendant les 15-20 premiers jours, comme j'en prenais tous les jours, après par contre, tu fais la différence, ça ne fait plus rien du tout, c'est juste pour ne pas être en manque » (classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone depuis 3 semaines).

Malik connaît cette même expérience de la montée en fréquence de l'injection de Subutex® qui permet de supporter un manque que l'on reproduit dans le même temps.

« C'est pour ça que je dis que je veux arrêter tout complètement, je ne me vois pas prendre ça sous la langue, c'est une merde ce produit de toute manière, c'est ça qui a fait des nouveaux drogués comme moi. Même en prison, tu as des gars qui sont complètement emboucannés toute la journée. Après, tu sors, tu te retrouves en manque, à la rue, tu prends la seringue. Tous ceux qui sont dans la rue, j'ai jamais vu qu'ils allaient au docteur pour se faire soigner ! Ceux qui vont, c'est juste pour avoir des boîtes... Des fois je fais un Subutex®, c'est seulement pour avoir moins mal, pour ne pas souffrir. Le manque c'est terrible, personne ne peut supporter ça. Au début, je mettais seulement une miette, après, j'ai mis un demi, après j'ai fait plusieurs fois par jour. Je prends plutôt le matin, parce que c'est avant de partir dans la rue, je me débrouille pour faire au sleep'in. Je fais un demi, des fois je tiens la journée, je refais le soir en rentrant, des fois je prends plus, deux dans la journée, ça dépend comment je trouve. Des fois, si j'ai personne pour me faire, j'attends. Même ça m'arrive de ne pas prendre beaucoup, juste un demi, mais j'ai les nerfs, ça me fait le manque quand même. Je n'avais jamais pris d'héroïne en shoot avant, et au début, j'ai trouvé ça fort le Subutex®. Maintenant ça a un peu changé, parce que à force, tu ne sens plus trop, ça fait juste une petite chaleur dans le corps. Sinon, c'est dans la tête. C'est parce que je suis tombé dans cette merde. Après, de plus en plus, tu montes à plusieurs par jour. Au début, je faisais un Subu par jour, en trois fois, et ça m'allait. Maintenant, une piqûre avec un demi, ça ne me dure que 3-4 h. Je prends trois quatre fois par jour, sinon je sens le manque » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

4) Souffrances, rage et manque

Dans ces conditions, la substitution injectée se révèle être une source de souffrance, de rage et de frustration. Rien ne change véritablement, le produit est intégré dans la même logique que les substances qu'il est censé remplacer. Mais les effets n'étant pas de même nature, ils sont conduits à augmenter les doses et les injections pour approcher, en vain, le souvenir des injections de référence.

« En ce moment je fais 20 mg, tu vois, le dernier je le sens même plus du tout. Je suis même déçu, après je dis j'arrête parce que... Ah si, à part hier j'ai pris encore plus, hier j'ai pris 24 mg. Parce que je voulais vraiment le sentir, mais... y'a rien à faire. Donc tu vois, c'est quand même pas adapté parce que au lieu de diminuer, en principe, j'ai l'impression que... Tu vois, j'ai commencé par 8, et me voilà à 16 depuis un bout de temps, et puis après je vais partir sur 20, 24 mg... Moins je le sens plus j'ai l'impression que je vais en refaire un pour le

sentir... Alors ça me pose un problème, c'est de savoir s'il faut pas que je trouve autre chose... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Même escalade dans les quantités chez Marc : « Très vite, j'étais rentré dans le tourbillon, je faisais 7-8 shoots par jour, toutes les deux, trois heures à peu près. J'étais tellement rentré là-dedans que je voulais arrêter ça aussi. Mais je n'ai jamais essayé sous la langue, pour moi ça ne peut pas, je n'imagine pas prendre sans matos. »

Les sensations ressortant de cette injection se révèlent – d'une manière unanime – extrêmement décevantes. Rien à voir avec l'héroïne :

« C'est mieux quand même que le Temgésic® le Subutex® au niveau des effets je trouve, poursuit Marc. Mais par rapport à l'héroïne, ça n'a rien à voir. La seule chose, c'est que dans la substitution injectable, on garde le cérémonial, il n'y a pas de rupture par rapport à ça, et moi il me fallait garder le cérémonial. Mais par rapport aux effets, l'héroïne c'est cent fois mieux que le Subutex®. Tu ne sens rien pratiquement, un peu de chaleur juste quand tu envoies, mais encore, les premiers temps, et ça ne dure pas du tout, deux heures après, même pas, tu ne sens plus rien. Et moi je n'ai jamais pris de cachets, je ne prenais que ça, j'ai jamais rien pris d'autre en même temps » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Kamel dit avoir connu des « crises d'hallucinations », sans rien prendre d'autre que le Subutex®... « Des jours tu disjonctes complètement avec ça, ça dure des heures, et de temps en temps, tu retrouves 2-3 mn de lucidité, et tu replonges. Je ne prenais rien d'autre, je ne prenais pas de rup à ce moment-là. Au tout début, on sent la montée, ça fait comme une grosse chaleur partout... Je ne sais pas comment dire ça, c'est qu'on le sent bien partir dans la veine, et très vite tu sens la chaleur dans tout le corps, partout... Et après ça reste comme ça un moment, et puis ça redescend petit à petit. Le Subutex®, c'est un peu comme avec l'héroïne, mais beaucoup moins, peut-être c'est pareil pour ceux qui n'ont pas connu l'héroïne. »

Nous reviendrons sur les douleurs physiques occasionnées par la nécessité de répéter l'injection d'un produit qui n'a pas été conçu pour être injecter (mais qui est tout de même injectable) ; il est clair que l'apport de ce produit est ambivalent : s'il vient combler un vide (arrêt de prescription du Temgésic® et du Moscontin® aux usagers), il comporte des désagréments importants, en particulier la sensation d'être passé d'une dépendance à l'autre, en ayant perdu au passage une grande partie du plaisir que procurait l'héroïne.

« Je suis passé au Subu depuis genre 97 par là... je me disais "je vais prendre ça, mais ça va pas durer quoi", mais malheureusement, la buprémorphine... quand t'en as pas, je vais te dire, t'es malade comme un chien... Pour moi, c'est de la came...C'est de la came remboursée » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Même point de vue chez Francine : elle n'a pas connu le manque avec le Subutex®, parce qu'elle a toujours pu en trouver, mais les choses changent à partir du moment où on veut s'arrêter :

« J'ai vu des gens, c'est très dur ; ça m'est arrivé des fois d'arrêter 24 h, ou un peu plus, et déjà là, tu sens le manque. Mais ça a un effet retard, donc au bout de 24 h, tu ne le sens pas

beaucoup, et petit à petit tu le sens arriver, tu as mal aux muscles, tu n'es pas bien, et ça empire pendant plusieurs jours. Mais je n'ai jamais été vraiment en manque. Il faut vraiment être accompagné pour sortir de ça. En fait, tout le monde se demande comment sortir du Subutex®, c'est comme pour la méthadone je pense, ça se vaut sûrement, mais au Subutex®, ça dure très longtemps, et c'est très dur. L'idée de ça (la souffrance à endurer), ça freine l'idée de le faire (arrêter). Il faut trouver du soutien, des calmants, je ne sais pas, mais tout seul je pense qu'on ne peut pas. Une rupture brutale, ce n'est pas bon, tu vas péter les plombs » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Si le manque est moins pressant à cause de la disponibilité du produit, il est omniprésent dans l'expérience des usagers :

« Avec le Subu, tu as le manque des fois que quatre ou cinq jours plus tard, là tu hallucines, tu trembles, tu as mal partout, mais ça te laisse du temps pour te retourner... ça peut durer des semaines il paraît, et c'est de plus en plus fort. Mais comme on en trouve (du Subutex®), on peut se dépanner, chez le docteur, dans la rue, il y a toujours une solution, on ne reste pas en manque comme avec la coke » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

5) Les effets de substitution : un déplacement des conditions de la pratique d'injection

Il faut enfin rendre compte de ce que seraient les véritables effets de substitution vécus avec ce produit. Pas de substitution au sens initialement prévu (prendre sous la langue et arrêter d'injecter), mais un glissement vers un autre mode d'injection où, progressivement, on sort du monde de l'héroïne, pour entrer dans un espace d'injection où un produit légal peut être consommé. Sébastien explique clairement comment le Subutex® introduit un autre rapport à l'héroïne ; il faut gérer et programmer les prises si on veut réellement retrouver ses sensations avec l'héroïne. Ainsi, pour les usagers, l'injection du Subutex® a pour effet d'atténuer ceux de l'héroïne.

« Alors c'est vrai qu'à force d'en prendre, tu prends moins d'héro parce que tu sens plus, donc quelque part ça agit quand même... Moi, au début, je prenais le subu... et de l'héro... mais comme j'ai augmenté le Subu jusqu'à des doses incroyables, ce qui fait que si je veux sentir l'héro, faut que j'arrête au moins deux jours... Alors soit je prévois... mais déjà le premier jour t'es pas bien, le deuxième jour encore pire, c'est trop long... Alors soit tu te fais un Subu entre deux, et là c'est foutu, tu sentiras pas l'héro, soit t'attends deux jours durs... Mais en plus si t'as de l'héro sur toi, que tu dois attendre deux jours ! Ça devient trop compliqué, alors t'y penses plus, tu laisses tomber... Maintenant, j'irais pas courir pour un pacson d'héro » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Marc reconnaît que ce changement dans la nature du produit injecté a modifié ce qu'il escomptait effectivement en passant à ce produit : son rapport à la galère.

« J'avais ras-le-bol de tout, du deal, de la galère de tous les jours, de tout, même de l'héroïne. Depuis que j'avais travaillé avec une psychologue sur mon rapport au produit déjà un peu je sentais ça, ça faisait 19 ans que je prenais, et j'ai eu ras-le-bol du milieu, du produit, de la prison, des dealers. C'était arrêter, faire quelque chose, où je me suicidais, j'étais arrivé à ce point là. Et la substitution est arrivée au même moment. J'ai démarré la substitution au Temgésic®. Le Subutex® n'était pas encore sorti. Mais en fait ça me prenait la tête. Je l'ai toujours injecté (le Temgésic®) et pour ça il fallait faire des grosses soupes, mettre des

cachets là-dedans, de l'eau, chauffer, et encore ça bouchait les pompes. Honnêtement, c'était une grosse galère. Le médecin essayait de me calmer pour attendre le Subutex®, parce qu'il savait que le Subutex® allait sortir. Il savait que je le calais. Aussi, le Temgésic®, c'est un autre circuit, ce n'est pas le milieu toxicomane qui prend ça. Ça m'a apporté beaucoup aussi parce que ça m'a plus isolé du milieu. En 96, j'étais au bord du suicide, psychologiquement, je n'en pouvais plus, vraiment. J'étais en conflit avec ma mère, etc. Symboliquement, avec la substitution, j'étais encore bien, j'avais la cuillère, le produit, la seringue. Avec le Temgésic®, je me faisais un shoot le matin, un l'après-midi, et un le soir. »

Marc injecte le Temgésic® pendant un an puis passe au Subutex®. « Pour moi, dit-il, la différence, il n'y en a aucune, il y a toujours le matos. Moi je n'ai jamais pris des cachets, j'ai toujours injecté. Par contre, le Subutex®, c'est plus concentré, tandis que le Temgésic®, faut faire une grosse soupe, c'est vraiment pas facile à préparer, c'est long, c'est pas pratique, faut mettre plein de comprimés dans de l'eau, faut faire fondre. » On lui prescrit du 8 milligrammes et il va consommer plus d'une boîte par jour, une partie étant achetée dans la rue. C'est là que les choses changent : le petit commerce des cachets est moins tumultueux que celui de l'héroïne. « Pour trouver, ce n'est pas du tout pareil que l'héroïne, c'est complètement à un autre niveau : il faut moins de sous, tu galères moins déjà, c'est plus facile à trouver ».

Même chose pour Sonia : « Avec le Subutex®, tu galères moins, je n'ai jamais eu de problème pour trouver. Mais là tu ne sens rien, juste une petite chaleur au début, rien à voir avec l'héroïne » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Thomas, après avoir injecté plusieurs années, tente depuis quelques jours de passer à une formule mixte dans l'idée d'arrêter l'injection :

« Je n'ai jamais pris sous la langue. Là j'essaye un peu en ce moment, j'en prends une partie sur la langue, le reste j'injecte, c'est pour essayer d'arrêter, j'en ai marre maintenant, mais ce n'est pas pareil, ça évite de sentir le manque. Le matin de bonne heure quand je me lève, je prends comme ça, je suis mieux après, ça me lève le manque du matin, mais c'est tout » (classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Mais il avait fini par vivre l'injection de Subutex® comme son nouveau « mode d'être » en tant qu'usager :

« Le Subutex®, moi ça m'allait bien aussi, et de toute façon, à un moment il n'y avait plus que ça qui tournait ici... Par rapport à l'héroïne, ça me va pas mal le Subu, je ne regrette pas trop l'héro... Enfin, comme il n'y en a plus beaucoup, ça devient rare, en ce moment il en tourne de la bonne, mais c'est trop cher, je n'ai pas de fric maintenant. Je ne cherche pas trop ça, je prends mes cachets et ça va, j'ai oublié l'héroïne même, je n'y pense plus, je ne veux plus y penser parce que ça ne sert à rien de penser à ça... L'héroïne, je l'ai oubliée depuis 95 : disons que c'est trop galère pour trouver. Et moi, ça me fait de l'effet le Subutex®, je ne peux pas dire, pour moi ça remplace bien je trouve. Sur les brochures ils disent que ça ne fait pas d'effets si tu le cales, moi je trouve que c'est faux, moi ça me fait bien. C'est vrai que à la fin, c'était de l'héroïne dégueulasse qu'on trouvait, maintenant il en tourne de la bonne, mais il y a quelques années, on la prenait juste pour être moins mal. Le produit, c'est comme je trouve je prends, si j'ai le choix, je prendrais de l'héro, mais comme il n'y en a pas, je préfère ne pas penser à ça. »

Ces personnes, pour toutes les raisons précédemment décrites (accrochage à la seringue, temporalité des effets...), continuent l'injection, malgré les conditions posées par la substitution. Elles rencontrent alors l'incompréhension du corps médical et des institutions, malgré la politique de réduction des risques. C'est pourtant tout naturellement que le Subutex® a pris cette place : il venait implicitement remplir le vide existant pour une partie des usagers.

« Avant de prendre la méthadone, raconte Pascal, j'ai essayé de négocier avec mon médecin. Je voulais qu'il me donne autre chose que la méthadone... Quand on arrête l'injection avec les produits de substitution, on injecte autre chose, on cherche à injecter quelque chose quand même. Là j'ai essayé, ça fait depuis deux mois que je prends la métha. Je voulais qu'il me donne quelque chose d'injectable, je lui ai expliqué qu'il me fallait juste quelque chose qui me donne l'impression d'une petite chaleur en l'envoyant, même pas des opiacées, autre chose, je ne sais pas quoi, mais juste pour la sensation au moment où tu envoies quelque chose, même si ça ne te fait rien... C'est pour ça que je me suis injecté du Subutex® pendant trois ans, parce que ça ne fait aucun effet le Subutex®, mais rien du tout, mais je me l'injectais 4 fois par jour, pour l'injection seulement... » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Le caractère implicite du glissement qui s'effectue dans la logique de substitution ne facilite pas la mise en place d'un véritable processus d'aide aux usagers concernés. Ils sont à nouveau obligés de mentir ; ceux qui sont suivis par un médecin se piquent à des endroits que le praticien ne verra pas :

« Quand il prend ma tension, je m'arrange pour qu'il me prenne le même bras... Automatiquement, ce bras que je pique pas, les traces elles s'en vont au bout d'un moment. Tu vois des traces, mais tu vois que c'est des vieilles traces. Donc pour lui, ça le rassure... » (Sébastien).

Approche synthétique : un problème de crédibilité

La synthèse de tous ces axes d'analyse, c'est que les usagers ne peuvent pas passer de l'injection à une forme orale tant qu'ils n'ont pas décidé d'en finir avec leur consommation ; cela ne correspond en rien à ce qu'ils sont et à ce qu'ils recherchent. Le Subutex® leur permet de conserver le « cérémonial » et le rapport au « matos », mais l'injection entraîne toute une série de problèmes physiques et des effets très décevants qui les conduisent à rechercher des compléments avec de nouveaux risques. Sur le plan de la « scène de consommation », le Subutex® est devenu le produit pivot pour les injecteurs. Et si cela est plus marqué chez ceux qui sont précarisés, ces logiques d'injection traversent tous les milieux. En tant que « produit de base », il devient aussi celui que vont injecter ceux qui s'engagent dans cette « expérience ». Francine constate que seuls « les gens qui commencent avec ça (Subutex®) le "sentent", ils ont un peu les effets de l'héroïne, quelqu'un qui ne connaît pas autre chose, ou qui n'a rien pris depuis longtemps... ». Elle a rencontré beaucoup de gens qui commencent avec le Subutex®. Malik est dans ce cas, il sniffait l'héroïne et est passé à l'injection de Subutex® :

« J'ai bien senti, dès la première fois, ça part direct dans le sang, c'est un peu comme le sniff, mais en un peu plus fort, et ça vient tout de suite. Et depuis, j'ai continué comme ça... on me le donne le Subutex® dans la rue. Tout le monde en a maintenant. Ça ne fait pas beaucoup d'effet, mais je me sens mieux quand même, quand je ne prends rien, j'ai mal, j'ai

froid, c'est pas pareil... » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Ce constat, partagé par les usagers, conduit quelques-uns à s'interroger sur le sens de cette mise sur le marché.

« Le Subu en huit, si tu le prends sous la langue, ça te dure 24 h, mais c'est vraiment dégueulasse sous la langue, on dirait que c'est pas fait pour ça, si tu le cales, ça dépend des moments, soit ça fait effet dès que tu l'envoies, des fois un peu après. Mais c'est une connerie je trouve d'avoir sorti le Subutex® comme substitution, tous les gens le calent, c'est la même chose que l'héroïne, mais en moins bon, et en plus ça peut te niquer les veines. Et si tu le sniffes, ça donne des migraines, tu as mal aux narines, c'est pas mieux. Si on le prend normalement encore ça va, mais il n'y a personne qui le prend normalement. Injecter comme je t'ai dit, c'est comme un tic, une habitude, et pour avoir un peu plus d'effets quand même » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Joao considère que, dans ces conditions, « ils pourraient améliorer aussi le médicament... ils mettent de l'amidon alors qu'ils savent que les trois quarts des personnes se l'injectent... Autant qu'ils fassent un produit injectable... Au moins, il y aurait moins de catastrophe niveau abcès, vaisseaux sanguins, embolie pulmonaire... Il y en a beaucoup qui ont eu des problèmes et qui risquent de mourir, tout ça parce qu'ils veulent pas faire de substitution injectable... » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Même avis chez Francine : « C'est dégueulasse sous la langue, ça anesthésie, c'est très désagréable, on dirait que ça n'est pas fait pour ça » (classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Malik va jusqu'à traiter les médecins de « trafiquants » : « Le Subutex®, ça rend fou en vérité, ça te met les nerfs, c'est pas un plaisir, faut pas croire. Ça coupe l'appétit même, moi je préfère encore me faire un joint. C'est de la merde le Subutex®, la loi a fait ça pour tuer les gens, pas pour les aider. Les gens ont les bras coupés avec ça, il faut arrêter. Les médecins, c'est des trafiquants. Moi je prends dans la rue a des gens qui ont 15 boîtes. Qui c'est qui leur donne ça ? Ceux qui le trafiquent (les usagers), ils gagnent trois cent milles (3000 francs) par jour... C'est 50 F le cachet de Subu, la boîte c'est 200. La boîte de rup, c'est 60 F pour 7 comprimés. Il y en a 14 par boîte, ils la font à 120 F » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

La relative facilité pour se faire prescrire plusieurs boîtes à l'avance alimente le marché de rue : la régulation du « milieu des injecteurs » qui s'effectue par ce biais ressemble étrangement à une mise en dépendance contrôlée qui table sur des mécanismes internes pouvant faire l'économie des interventions spécialisées.

« Si on avait voulu se débarrasser de nous, on aurait pas fait mieux. Je n'ai jamais connu moi des gens qui font sous la langue ! C'est pas ça s'occuper des gens. En prison, qu'est-ce que tu crois, tout le monde prend quelque chose, tu n'as pas une fille qui ne prend rien, pour tenir. Alors qu'on prenne comme ci ou comme ça qu'est-ce que ça change ? J'ai vu des filles s'envoyer des tonnes de cachets, elles ne tiennent même plus debout, et même qu'on leur donnait ça, elles faisaient la distribution aux autres des fois ! En prison tu es défoncé aux cachets, tu sors, tu continues. Et en plus tu reprends la pompe, en prison tu rentres, tu sais déjà

comment tu vas ressortir » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Il y a là un problème de crédibilité de la politique menée dans leur direction : que cherche-t-on exactement avec la diffusion de cette substance ? Il répond à un besoin de produit à injecter sans avoir été, en principe, conçu dans cette perspective. De plus, pour ceux qui intègrent cette pratique, les voies de sortie apparaissent au moins autant (sinon plus) problématiques qu'avec l'héroïne. Par contre, la part d'activités déviantes liée à l'acquisition des produits est manifestement diminuée. Même lorsque les usagers achètent les cachets dans la rue, la mise de fond est réduite et possible dans les conditions ordinaires de la vie précaire.

Mais, les tendances qui pointent dans cette recherche comme dans la précédente tournent toujours autour d'une polyconsommation où le Subutex® ne suffisant pas à produire les effets (hormis l'effet seringue), d'autres produits continuent à être recherchés pour leurs effets complémentaires : particulièrement la cocaïne, les amphétamines et l'alcool au moment du travail de terrain.

« À la méthadone et même avec le Subutex®, ça coupe les sensations si tu envoies des opiacées. Encore une fois quand on le fait c'est plutôt pour retrouver le contact avec la seringue, la préparation tout ça. Mais avec le Subu c'est encore pire parce que ça te donne un manque terrible si tu prends de l'héroïne ; ça a des effets pervers ça aussi, parce que les gens cherchent à prendre autre chose en même temps. Avec le Subutex®, moi j'ai pris beaucoup plus d'amphétamines alors qu'avant je faisais vraiment très rarement. Je me suis mis à ça, ce sont des produits importés clandestinement. Les amphétamines pour moi c'est chercher un petit extra, une fois de temps en temps, quand on a un peu de temps devant nous, une journée tranquille, parce que il faut faire ça tranquillement à la maison, on se dit tient on va se faire un petit truc. En shoot, ça provoque une accélération cardiaque terrible, et en plus c'est super aphrodisiaque. Je prends plutôt les amphétamines que la coke, parce que c'est injectable aussi (les amphé s'achètent en ampoule), et c'est beaucoup moins cher, et ce n'est pas coupé. Sinon c'est un peu pareil dans les effets, c'est très excitant aussi, mais à condition de trouver de la bonne cocaïne alors que maintenant elle est très coupée. Celle de la rue, elle fait peut-être 15 % pas plus » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Les stratégies deviennent alors de plus en plus périlleuses : gérer le manque, les montées, les descentes avec une économie de moyens précaires. Le Subutex® injecté, dominant ici, ne peut suffire ; ses effets vont en diminuant dans le temps et ne font pas sortir l'utilisateur de la spirale du manque ; il va donc devoir utiliser alternativement les autres produits accessibles. Sébastien consomme du Subutex® depuis deux ans (16 mg) ; pour retrouver ses sensations il a construit sa stratégie de consommation autour de la cocaïne, et même avec de l'héroïne quand il y en a (malgré les effets négatifs ressentis avec le Subutex®). L'arrivée du Subutex®, dans un contexte d'héroïne devenant rare, a bien constitué un formidable tremplin pour le marché de la cocaïne dans les milieux populaires où elle n'était jusqu'alors que faiblement utilisée. Sonia s'inscrit dans la même logique :

« Le Subutex®, c'est juste que ça m'enlève le manque maintenant, dit-elle ; ça ne fait pas d'effet. Tout le monde cherche autre chose pour avoir un peu d'effet. Moi quand je prenais de la cocaïne, c'est pour ça, mais la descente, c'est à se tordre. Pour calmer la douleur, il faut prendre de l'héroïne ou du Subutex®, c'est obligé. On prend d'abord la coke, et après un demi Subu pour calmer. Encore, si la personne ne prend pas trop de subu, on peut remplacer par des rup, ça y fait aussi, mais moi je prenais plutôt le Subu pour ça. J'ai pris des fois un paquet à

200 (francs, de coke) en un coup, mais même, ça dure une demi-heure ? pas plus. C'est selon les corps, ça fait effet en fonction de la qualité, mais ça ne dure pas de toute façon, après, il faut envoyer autre chose » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

L'ambiguïté de la doctrine en matière d'usage du produit conduit les usagers à demeurer dans une situation de « double jeu » qui ne contribue pas à les faire sortir de leurs tensions avec les professionnels et les institutions. Ils doivent continuer à mentir pour obtenir les prescriptions ou aller, dans la rue, vers ceux qui le font pour survivre ; dans tous les cas le progrès occasionné par le retour de certains usagers vers le système de santé se trouve en grande partie annulé.

« On dit que les toxicomanes c'est des menteurs, mais dans ces cas-là, t'es obligé de mentir. Mon toubib, je lui ai dit que je piquais quand j'étais encore à 8, pour lui montrer que ça suffisait pas. Maintenant il m'a mis à 16, mais dans sa tête, je ne pique plus maintenant. Alors... Mais s'il savait ce qu'il y a à l'autre bras... Il voudrait sûrement arrêter le traitement... donc on est pratiquement toujours obligé de mentir. C'est chiant, on est obligé de cacher le fait qu'on se pique... Moi, franchement, s'il n'y avait pas les relations avec la famille, avec le monde extérieur, là je ne serais peut être encore que à l'héro, tu vois, je serais pas au Subutex®. Mais bon, vu qu'avec tous les problèmes, niveau argent, familial, etc. Bon, maintenant... le fait de piquer le subu, ça me gêne aussi pour tout... Parce que comme c'est mal vu, c'est toujours par rapport aux autres. Moi, par rapport à moi... euh... j'accepte ma situation. J'arrive pas à faire autrement et je l'accepte » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

La place de la cocaïne dans la logique et les contextes d'injection

Nous avons entrevu que la substitution avait en partie contribué à assurer un développement de la cocaïne injectée dans le monde des usagers d'héroïne à la recherche de produits de remplacement.

« Je suis passé à la coke à cause du Subutex®... Parce que c'est vrai que toute cette période-là, la coke, je la côtoyais, jusqu'à dernièrement, mais sans apprécier... enfin, c'est pas que j'appréciais pas, mais peut-être que je l'ai pris qu'en sniff et que ça m'a pas marqué plus que ça... En fait, la coke, je l'ai shooté... En fait, au début de mon traitement Subutex®... Quand je rachetais de l'héro et que je la sentais plus... C'était moins bien qu'avant, j'avais plus les mêmes effets. Alors je me suis mis à shooter la coke, et alors là... j'aurais peut-être pas dû [sourire]... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Ce recours à la cocaïne ne correspond à aucune désaffection à l'égard de l'acte d'injecter, mais à la recherche « tout azimut » de produits qui permettent de gérer l'injection et l'accès aux effets recherchés.

Le mode injectable ne semble pas poser de problèmes particuliers :

« C'est mon cousin qui m'a expliqué comment ça se pique, c'est lui qui m'a initiée. C'est comme l'héroïne, ça se pique, mais il ne faut pas chauffer. Les doses, on connaît juste à vue d'œil, c'est comme un rail, tu prends à peu près pareil, plus de l'eau, et tu envoies. Ça devient jaune clair quand elle est bonne. En ce moment, elle est bonne quand même celle qui tourne »

(Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Mais là, à nouveau, il n'existe pas de profil homogène ; les situations se différencient en lien avec les conditions socio-économiques, les contextes d'injection et les logiques d'injection.

Un recours calculé pour les plus précaires

Via le développement du Subutex®, la cocaïne se diffuse parmi les injecteurs. Pourtant, elle reste chère et n'est pas à la portée de tous. D'autant plus qu'il est nécessaire, pour assurer un trip suffisamment long, de réinjecter à plusieurs reprises. De plus, comme l'explique Zinedine, l'effet speedant de la cocaïne conduit les « routiers » de l'injection à assurer une régulation... avec de l'héroïne. On retrouve donc cette même logique-système déjà entrevue avec le Subutex®.

« Je prends de l'héroïne, presque exclusivement... de la cocaïne des fois. Mais dans la mesure où l'effet de la cocaïne dure pas très longtemps, que t'as juste une montée, donc t'es obligé de taper, de taper... En plus comme t'es super speed, il te faut de l'héroïne en plus, donc ça revient tout de suite très cher. Donc la cocaïne c'est vraiment exceptionnel... c'est beaucoup trop cher ! » (Zinedine, 31 ans, classe populaire, 14 ans d'héroïne injectée + phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Kamel connaît bien les effets de la cocaïne injectée, et les met au-dessus de tout ce qu'il a pu expérimenter. Il reconnaît toutefois que cela reste, pour son quotidien, trop cher pour lui.

« La cocaïne, ça fait trois ans que j'en prends. J'avais déjà essayé avant parce que mon frère en vendait, mais pas plus que ça, j'étais à l'héroïne. Avec la cocaïne, on a le sentiment d'être tous frères, tous égaux, on a l'impression qu'on se soutient tous, tout le monde il est gentil, tout le monde il est beau, on voit tout comme ça ! Mais c'est seulement pendant quelques minutes, pendant le flash, et très vite tout revient comme avant, tu reviens toi. Mais juste avant, c'est la bouffée de chaleur qui te rend tellement bien... Moi j'aime vraiment la cocaïne, je crois même que c'est ce que je préfère. Je me suis toujours dit que même si j'avais des millions, jamais je ne pourrais me payer quelque chose qui fait l'effet de la cocaïne, il n'y a rien de pareil. Mais ce n'est pas pour nous, c'est trop cher » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Avec un quart de gramme, il se fait trois shoots alors qu'en sniff il devrait prendre tout d'un coup. À nouveau, l'injection entre dans une logique coût/efficacité : l'utilisateur est soucieux de ce qu'il peut se produire comme effets avec des ressources données :

« Dans les sinus, tu en perds. Quand j'ai vraiment commencé, il y a trois ans à peu près, je prenais un quart et j'étais super bien, je me faisais même des fois 5-6 shoots avec un demi gramme. On n'a pas besoin de beaucoup à la fois, mais on shoote souvent, parce que ça ne dure pas du tout les effets. Je faisais ça une, deux fois par semaine parce qu'après tu n'as plus un sou pour continuer, et si tu fais trop souvent, tous les jours tu restes calé là-dessus, tu cours après et tu ne fais que ça. Mais je sais que si j'en avais tout le temps, j'en prendrais tout le temps ! » » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Très vite, les moyens ne permettent plus d'assurer ; entre le besoin de prises rapprochées et la difficulté de se procurer les moyens appropriés, il s'avère que seuls ceux qui « trafiquent » vont pouvoir s'entretenir avec l'injection de cocaïne : « c'est un produit... bon t'es pas accro comme avec l'héro, t'as pas les mêmes douleurs mais... si je commence le matin, toute la journée ça va me poursuivre. Si j'ai 1 000 balles, 2 000 balles sur mon compte, ils vont y passer. Faut que j'en sois rassasié quoi... Il y a un moment où bon... ça va, ça te suffit, mais ça dépend des personnes... Mais pour moi, ça me revient trop cher... C'est trop. Même s'il me faut un gramme et demi, deux grammes, c'est déjà beaucoup... Financièrement, ça fait chérot ! » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Joao préfère injecter la cocaïne plutôt que l'héroïne ou le Subutex® à cause de cette instantanéité de l'effet de « chaleur », avec en ligne de mire le « flash » :

« Le top c'est le flash il paraît... C'est des personnes qui me l'ont expliqué, moi je l'ai jamais eu... Tout au début, en prenant de la coke, tu peux avoir le flash... Bourdonnement, tu vois... pas noir mais... tu vois rien, en fait... T'es dans le brouillard... Mais bon, avec la coke, t'as une bonne montée... surtout quand elle est bonne » (classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Un autre style de consommation et de relation

Comme pour le marché de l'héroïne, celui de la cocaïne a connu une détérioration rapide, avec une dégradation de la qualité qui semble, selon Kamel, avoir des conséquences dramatiques sur l'ambiance et les relations entre usagers :

« C'est coupé trois fois maintenant ce qu'on trouve ici, on le fait une fois, et après un quart d'heure, on n'a plus rien, et on devient agressif, violent même, il y a des mecs qui deviennent des crapules avec ça » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

D'autres usagers estiment au contraire qu'il « faut que ce soit de la bonne qualité, ils sont obligés les trafiquants de mettre en vente de la bonne, parce que sinon les mecs avec le Subutex® ou la méthadone, ils ne sentent rien » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

Comme pour le crack (effets sur un temps court nécessitant d'en reprendre à de nombreuses reprises dans la journée), le besoin de « repiquer » successivement pour prolonger les effets modifie le système de vie de l'injecteur. Plus qu'avec l'héroïne il va devoir, s'il ne dispose pas de moyens importants, être en quête permanente des moyens et du produit ; une manière d'être qui se trouve encore accentuée par le caractère speedant des effets produits.

Kamel commente avec humour ce changement radical pour les consommateurs d'héroïne :

« Ça fait de l'effet 10 mn seulement. Avec 1 g, tu fais plusieurs injections, et à un moment, tu n'as plus de veines, parce que avec la coke tu piques tout le temps. Avec l'héroïne, des fois je pouvais faire qu'un shoot par jour. Avec l'héroïne on peut faire tirer un moment, tandis que la coke, tu cours toute la journée, et tu cherches tes veines ! L'héroïne ça donne que tu es détendu, tu regardes les autres, mais comme ça, de loin, tu es bien, tu as l'impression de te laisser aller. Des fois, tu es un peu speed, mais pas trop, c'est plutôt cool l'héro. Tu as la voix qui change un peu aussi, quand tu parles aux autres, tu flattes aussi des fois, t'es cool avec les

autres, c'est du genre "bouge pas, je reviens". Avec la coke, c'est autre chose, c'est plus délirant, mais en même temps, tu dis "ah, elle est bonne", et le temps de le dire, t'as plus rien, c'est déjà fini ! Ce n'est vraiment pas le même délire, le shoot de coke, c'est délirant, c'est un effet incroyable » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Même point de vue chez Joao : « C'est pas le même délire, t'es bien, t'as la sensation d'être bien, comme si t'étais dans les nuages... C'est différent de l'héro où t'es à moitié endormi... » (classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Les injecteurs, à nouveau, opposent deux modalités dans l'expérience des produits : une logique énergétique, tournée vers le monde et le relationnel (ici la « coke » relève plutôt de ce régime) et une modalité plus intérieure, plus individuelle, tournée vers l'accès à un état de bien-être (ici l'héroïne par opposition à la cocaïne).

« Pour la cocaïne c'est pareil, sauf que c'est pas les mêmes effets, tu es plus speed, si tu as quelque chose à faire tu le fais, même si tu passes le balai, tu te sens bien ! Tu restes toi-même, mais tu fais tes plans, tu branches tout le monde, tu sors, t'es pas tout seul. Avec l'héroïne par contre, tu restes plutôt au calme, t'as pas envie de te bousculer, ni te faire brancher, t'es plus cool, tu vis ton truc de l'intérieur, ça dure plus longtemps aussi, plusieurs heures. Des fois même si elle est bonne tu peux faire un shoot par jour, avec la coke, tu te cherches les veines tous les quarts d'heure » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

L'expérience n'est pas toujours bien vécue par les usagers qui avaient bien intégré les effets de l'héroïne :

« Une période, ça m'allait bien, ça fait l'effet du speed, même moi je partais en courant ! Des fois je voulais me jeter par la fenêtre, on ne se rend plus compte de rien. Mon cousin m'a appris à m'envoyer ça, à ne pas mettre de trop. Mais même, maintenant, je ne fais plus, je me retiens, même si on me propose » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Francine explique très bien cette dualité dans la problématique des injecteurs qui se joue en grande partie sur le terrain des sensations :

« Je me suis toujours dit que je n'échangerai jamais l'héroïne pour la cocaïne. C'est une question de sensations si je peux dire, il y a une très grande différence, il y a un produit qui est fait... je dirais pour vivre intensément, mais à l'extérieur de soi-même, à l'extérieur par rapport aux autres, c'est la cocaïne. L'héroïne, je trouve que c'est fait plutôt pour se vivre intensément, mais à l'intérieur de soi. C'est au niveau des sensations de bien-être que ça n'est pas du tout comparable » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

La difficulté, c'est que les usagers n'ont pas toujours l'embarras du choix et que les contextes conduisent à composer avec les produits accessibles, facteurs qui leur échappent en grande partie.

La cocaïne injectée semble donc introduire les mêmes effets-problèmes que le crack, à savoir des effets rapides et éphémères poussant l'utilisateur à réitérer ses prises dans la même journée :

« Il t'en faut un autre, et après un autre, et un quatrième, un cinquième, et vas-y, en une soirée, tu as claqué 5 000 F... Et le lendemain, en te réveillant, tu n'as même pas un paquet pour le matin, rien, tu as tout pris, et tu n'as plus de sous non plus. Tant que tu en as, tu en prends. Ça ne me fait plus envie maintenant, après tu cours derrière, je suis fatigué de ça aussi » (Kamel).

« C'est une drogue de bourgeois, il t'en faut sans cesse. Tu t'envoies, ça monte bien, de suite, mais ça dure un quart d'heure l'effet, après, il en faut encore. Et puis c'est pas pareil, l'héro ça te ramollit un peu plutôt, tandis que la coke, ça te speede aussi, tu parles tout le temps, tu branches les autres et tout ! Même en shoot, et moi ça ne me va pas pour ça, je préfère être bien, tranquille... tu l'as pour 400 F, et ça te dure un quart d'heure » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

« La cocaïne, en injection donne un flash très, très intense, une sensation hyper intense qui apporte du plaisir, mais ça redescend très vite » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Chez les injecteurs, la coke a la réputation de produire des effets de manque qui rendent « parano » : « Tu deviens fou pour trouver ça, tu cours toute la journée après ton shoot » (Thomas). « Avec la coke encore, c'est pas le même manque... T'as pas le même manque que l'héro, c'est plutôt psychique » (Joao). Cette tension psychique est décrite par d'autres comme sans rapport avec les sensations de manque, mais comme relevant bien d'une suggestion psychologique :

« La coco, c'est pas pareil. Tu es bien, c'est plus speed que l'héroïne ; tu n'es pas accroc, il n'y a pas de manque. Mais en fait, c'est dans la tête : tu entends ce mot « cocaïne », tu es comme ça... Mais quand tu en prends, elle monte, elle descend. La montée, tu te sens bien, bien, bien, bien mieux que l'héroïne. Mais la descente, tu te sens vraiment mal... la coco, en une soirée, il te faut quatre jours pour t'en remettre, et tu as l'impression que tu es toujours dedans. Moi j'avais du mal à récupérer, je ne me sentais pas bien après, je préfère pas faire » (Malik, classe populaire, 32 ans, Marseille, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

À côté des adeptes de la cocaïne, l'expérience renforce certains usagers dans le caractère incomparable de l'héroïne et de la nécessité d'y revenir.

« La coke... j'en ai pris beaucoup, maintenant ça me fait peur en fait. Donc j'ose plus. Je prends que de l'héro... J'en achète pas des masses non plus... ça coûte cher » (Florian, 32 ans, classe populaire, 7 ans d'héroïne sniffée puis injectée, consommation « d'appoint » de méthadone, en complémentarité avec l'héroïne).

Un tremplin pour la polytoxicomanie de rue à base d'injection

La situation créée nous renvoie à un problème proche de celui des consommateurs intensifs de produits en milieu festif : nous ne sommes plus dans une « subculture » du produit comme avec les « injecteurs d'héroïne » ou les « fumeurs de cannabis », mais dans des dispositions expérimentales renouvelées en permanence, où l'utilisateur va devoir composer avec le contexte,

les produits à disposition et la pression des effets (montée, temps de réponse, descente, besoin de reprendre et manque). La « descente de coke » est décrite comme une expérience violente qui conduit à ressentir tout de suite le manque et à rechercher immédiatement le produit ; d'où – pour éviter la spirale – le besoin de substances pour assurer la « descente ». Dans ce système, certains évoquent l'usage du Rohypnol® ou du Subutex® « pour freiner » ou amortir la descente.

« La coco, dès que tu en as, tu le fais toute la journée, tu prends tout, même si tu as 10 g, tu les fais jusqu'au bout. C'est juste sur le moment que c'est bon, et après, tu as la descente, et tu dois en trouver d'autre. Ça ne te dure même pas dix minutes, et tu en veux, tu en veux. La descente, c'est vraiment pas bon, ça fait... C'est pas qu'on a mal, mais c'est juste l'envie de sentir encore quelque chose. Il y en a qui font du Subutex® derrière pour calmer, d'autres prennent des rup, ça dépend des gens » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne occasionnel, 3 ans Subutex® injecté).

D'autres vont revenir au « speed ball¹¹³ » (Thomas), car « la descente est plus calme, tu encaisses mieux la descente de coke ». C'est aussi le cas de Zinedine qui nous donne sa recette :

« Je mélange... plus d'héroïne que de cocaïne, parce que la cocaïne, dans la mesure où j'en prends pas des masses, il m'en faut pas des masses pour vraiment être stone... L'héroïne, quand j'en ai beaucoup... En fait de la cocaïne, j'en achète uniquement quand je peux acheter beaucoup d'héroïne, donc j'achète un peu de cocaïne avec, 2, 3 ou 4 g, ça dépend si j'ai acheté 10 ou 15 g d'héroïne, je peux acheter 4 g de coke... Si je mets un demi d'héroïne, je dois mettre... euh... très peu, 1/10^e, 1/5^e de g de coke à peu près... » (Zinedine, 31 ans, classe populaire, 14 ans d'héroïne injectée, phases de consommation cocaïne + cachets, à présent héroïne en injection ou en fumette).

Mais la majorité des usagers en situation précaire consomme la cocaïne en alternance avec la substitution :

« Il y a beaucoup de consommation de cocaïne par les gens qui sont sous substitution, qui recherchent un brin de plaisir qu'ils n'ont pas avec les produits de substitution, même si c'est très différent ; ça n'agit pas du tout pareil » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

« Alors que je sentais plus beaucoup l'héro avec le Subu, et là... avec la coke j'ai senti quelque chose... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Qu'il s'agisse de Subutex®, de cocaïne ou d'autres substances, les injecteurs recherchent toujours des effets spécifiques à l'injection. Ils s'inscrivent plus dans la « logique d'injection » que dans la « logique de produit », même si – comme nous l'avons vu – les usagers vont se subdiviser selon leurs préférences dans les effets recherchés.

¹¹³ Mélange héroïne + cocaïne

Tous le disent d'une manière extrêmement claire. Francine, par exemple :

« En sniff ça n'est pas pareil, c'est beaucoup plus lent. Mais c'est toujours pareil, ceux qui injectent l'héroïne injectent la cocaïne, ils ne sniffent pas. Il y a ceux qui sniffent, moi pour moi ils ne sont pas dans la toxicomanie, et ceux qui sont habitués à shooter, qui sont habitués à autre chose, et même avec d'autres produits, ils recherchent des sensations plus fortes, plus intenses, plus rapides. Par contre, avec la cocaïne, pour retrouver les effets, il faut répéter tout le temps, injecter très souvent, beaucoup plus souvent qu'avec l'héroïne » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Après l'articulation Subutex®-cocaïne, les usagers connaissent d'autres enchaînements quand ils tentent de sortir de l'emprise du Subutex® injecté ; c'est là que nous retrouvons le Rohypnol® pour Sonia (cf. infra, sur le manque au Subutex®) :

« Je ne vois pas comment on peut arrêter avec le Subutex®. Du coup, quand j'essaye, je prends des rup à la place. Il m'en faut beaucoup, plusieurs plaques. D'entrée j'ai pris plusieurs plaques, je suis montée jusqu'à quatre par jour. Des fois, une plaque me fait l'effet, c'est selon mon état. Le rup ça calme en fait, si tu en prends beaucoup. On ne sent pas la même chose que si on prend un Subu, le manque est encore là, mais le rup ça ramollit les nerfs, je ne sais pas comment dire. Avec le Subu j'ai remarqué ça aussi que ça ramollit, mais avec le rup, quand je prends, il ne faut pas que quelqu'un vienne me chercher à ce moment-là, je ne supporte personne » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Comme nous l'avons décrit dans notre dernière recherche¹¹⁴, l'injecteur sorti du « rail de l'héroïne » se trouve exposé à une multitude de produits qu'il doit associer et substituer en permanence pour assurer la base minimum de sensations requises par la logique de l'injection.

3-2- LE « CORPS INJECTÉ »

Ainsi que nous l'avons montré dans les chapitres précédents, les contextes de vie, les manières d'appréhender le rapport aux autres et la manière dont chacun analyse son rapport à sa propre trajectoire tendent à influencer sur les pratiques d'injection. Le rapport particulier que les usagers ont établi sur le plan du corps joue également un rôle déterminant qui rétroagit sur les facteurs de contexte et de trajectoire. Le « corps injecté » renvoie à toute une gamme de facteurs relevant à la fois des représentations, des sensations, des relations et des pratiques qui sont vécues par les usagers comme composant un tout.

Le contexte dans lequel on engage le corps (seul ou dans un jeu relationnel), la manière dont on aborde les limites et les souffrances physiques induites par l'injection ainsi que les effets de manque ne sont pas séparables de l'expérience analysée sur le terrain des sensations.

¹¹⁴ P. Bouhnik, S. Touzé, « L'amplification des risques à l'ère de la substitution », in M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa, *Précarisation, risque et santé*, éd. INSERM, 2001.

A - Corps à soi et corps de relation

Il y a tout d'abord ce que l'on pourrait appeler le « **corps à soi** » : au niveau de chaque personne, il renvoie à un espace intime où le corps se trouve engagé au travers des émotions, des peurs, des désirs et des souffrances qui sont vécus comme autant de facettes de la manière de se considérer et de se sentir « soi ». Or, nous savons que pour certains des usagers-injecteurs, cette « manière d'être à soi » se trouvait très fortement perturbée, traversée par des interrogations qui renvoyaient à la place qu'ils occupaient « dans le corps social ». Les interrelations entre « corps à soi » et « corps médiateur de relation » peuvent donc à certains moments brouiller l'identification de ce qui fait « référence » quand la personne évoque ce qu'elle vit physiquement autour de l'injection.

On pourrait dire, à titre d'hypothèse de lecture, que le « corps à soi », celui qui reste le plus chargé de l'histoire intime, sensible de la personne, se trouve d'autant plus soumis à rude épreuve au travers de l'injection qu'il est nié comme attribut personnel : c'est alors quelque chose de l'ordre de la dévalorisation qui se déroule.

L'expérience de Christiane est très forte à cet égard : elle résiste au fait d'être interrogée ou de parler de son rapport au corps et des liens qu'il entretient avec la pratique d'injection... Elle justifie sa position en évoquant qu'elle vient de démarrer un travail psychothérapeutique qui aborde cette question et qu'elle cherche précisément à « régler ces problèmes en ce moment ». La fragilisation ressentie lui fait appréhender de parler de ce sujet.

Les questions de libido et de sexualité ne sont pas, dans l'ensemble, facilement abordables pour des personnes qui ont le sentiment d'avoir « gelé » cette partie-là de leur personne, avec la came et la prostitution (c'est le cas de plusieurs femmes rencontrées). Il faut du temps et du recul pour revenir sur ces sujets. Christiane a connu des expériences corporelles difficiles, depuis l'adolescence avec des troubles corporalisés (problèmes d'alimentation, de perception de soi) et des pulsions autodestructrices (scarifications, brûlures...). Elle inscrit son corps dans un triptyque corps/pompe-came/souffrance avec une approche masochiste qui conditionne pour elle le fait d'éprouver du plaisir.

Le traitement du corps et les sensations de plaisir vont donc se confronter en permanence avec un contexte plus large où les modalités de déroulement de la pratique interfèrent sur les sensations. C'est la raison pour laquelle ses sensations peuvent varier, se traduire différemment dans le temps. Pourtant, malgré ces différences, il y a des traits communs dans la manière d'intégrer cette dimension de la pratique d'injection, quelle soit passée ou présente.

Il est évident que plus le contexte social est difficile, plus le corps se trouve pris dans les affres de la survie, plus les sensations vont prendre une dimension particulière. À défaut d'accéder à une sensation de plénitude, il y a recherche d'un espace d'intimité, de sensations « à soi ». Dans des contextes moins exposés, où les formes de régulations sociales permettent une plus grande marge de manœuvre, la différence est grande. Mais dans tous les cas, les sensations agissent fortement, elles sont là présentes, intenses, ou réduites parfois, violentes ou amoindries, mais le désir demeure et prend des formes particulières pour chacun. C'est avec tous ces paramètres que nous avons tenté de saisir le sens particulier que les personnes donnaient à leur acte, la manière dont elles investissaient leurs pratiques dans des contextes différents.

Le corps de relation prend le dessus pour une catégorie d'usagers qui recherchent moins la sensation en elle-même, que l'opportunité de lien avec les autres. C'est le cas de Thomas, de Daniel et de Nathan. Pour eux, le plaisir est fortement lié au contexte, aux relations, à l'ambiance, au « trip ».

Dans les deux cas, les péripéties de leur consommation (arrêts, reprises, changements dans les modalités) ne semblent pas leur poser de problèmes majeurs. La poursuite, l'arrêt ou la reprise obéissent à d'autres impératifs que ceux qui tiendraient à la dépendance ; ils font directement écho à l'implication dans un milieu, qui les conduit à consommer de cette façon. Ce ne sont pas des consommateurs solitaires et l'injection se pratique sur le mode de l'entraide :

« Je suis quelqu'un qui ne marche pas souvent seul, j'ai tout le temps eu des gens avec moi, je n'aime pas être seul, et je me suis toujours débrouillé... La seringue pour moi, je ne sais pas, je n'arrive pas à faire moi, j'ai jamais voulu même essayer, j'ai toujours eu peur des instruments de chirurgie et tout ça, et même quand on me cale, souvent je préfère ne pas regarder. Je marche à la confiance, je n'ai jamais eu de problème pour trouver quelqu'un » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

B – Temporalités

L'organisation et la gestion du temps semblent être d'une grande importance. Elles s'inscrivent dans l'échelle temporelle de la journée, puis tendent à se reproduire. L'importance est proportionnelle à la précarité des conditions dans lesquelles l'injecteur doit procéder. La structuration de la journée permet alors de se redonner des repères, d'assurer une base pour être en mesure de se mobiliser afin d'assurer les actions nécessaires à l'injection.

1- Ponctuation des journées

L'organisation des stades, de l'avant (surtout), du rituel présidant à l'injection, puis de la période qui suit jusqu'à la « redescende », est extrêmement importante dans l'expérience de l'usager. Nous avons vu la logique de l'empreinte qui marque ces stades de préparation ainsi que le matériel : c'est elle qui permet aux usagers de se sentir bien lorsque le produit est en leur possession :

« Rien que le fait d'avoir quelque chose sur toi, tu sais que tu vas faire un shoot, et ben tu te sens déjà mieux » (Florian, 27 ans, classe populaire, 7 ans d'héroïne sniffée puis injectée, consommation « d'appoint » de méthadone, en complémentarité avec l'héroïne).

Quelques-uns se réveillent le matin en pensant à l'injection qu'ils pourraient se faire ; à partir de là, tant que le produit n'est pas dans leur poche la tension ne fait que monter. Commence alors une quête des produits attisée par la souffrance ressentie. Sonia dit qu'elle est obligée, dès le matin, de prendre quelque chose :

« Je me lève, je me fais un truc. J'ai toujours calé dès le matin, même au sleep'in, avant de sortir... » (classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Joao met plus de temps à accéder aux substances et doit donc composer avec des produits de substitution, consommés dès le réveil, qui lui permettent de trouver la force d'aller chercher l'héroïne ou la cocaïne.

« Le matin, je prenais mon Subu et puis bon, mettons 3 h après, on faisait une montée en Belgique pour un plan coke... On allait, on revenait et on tapait de la coke... Mais bon, tu la sens pas aussi bien que tu devrais la sentir... parce que le Subutex® te coupe l'effet... » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Même urgence matinale chez Sébastien. Il se lève vers 8 h, déjeune (il considère que cela est nécessaire pour que le shoot se passe bien) ; puis il se fait son premier shoot de Subutex® (un 4 mg) vers 9 h, cela en deux fois : « Alors ça fait souvent deux piqûres... Puis j'attends un peu, et si c'est pas assez, ben j'en reprends un quatre... deux autres piqûres, ça fait quatre en tout. »

Avec ça, il tient quatre à cinq heures, temps au bout duquel il « commence à être lourd » et doit à tout prix se refaire un « shoot de Subu ». Il a alors « l'impression de... repartir pour un tour ». Mais la pression revient quatre à cinq heures après, etc. En une journée, en général, il en prend 4, soit 16 mg, mais au moment de l'entretien il en est à 20 mg. Il prend son dernier shoot entre 9 h et 11 h du soir. Il raconte qu'il peut même, quand il n'arrive pas à dormir, se relever pour s'en refaire un :

« Avant de dormir, dans le lit ça me turbine et tout... il faut que j'en reprenne un. Et même si je vais pas trop le sentir, mais c'est plus fort que moi. Alors si ça se trouve je vais me retrouver en galère d'ici deux semaines. Donc tu vois, même quand tu sens pas grand-chose, tu craques » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Sonia se fait deux shoots de Subutex® par jour (elle a été jusqu'à quatre), soit deux fois deux injections (un comprimé suppose deux injections) : le matin au réveil, dès qu'elle se lève, elle a « ça dans la tête », jusqu'à ce qu'elle se « cale », « sinon je suis incapable de rien faire ». Les deux temps incontournables d'injection pour elle, ce sont les moments où elle sent le plus fortement le manque : le matin et le soir. Quand elle manque le soir, elle ne dort pas de la nuit et le besoin de prendre le matin devient alors irrésistible.

Marc réussit de son côté à intégrer l'injection dans le quotidien grâce à des petits à-côtés qui lui donnent de la force et qui le « tiennent ». Ce sont la douche et le café sans lesquels il a du mal à « attaquer » sa journée. Qu'il ait ou non sa première dose du matin, il prend toujours sa douche... Il attache de l'importance à garder ce rapport d'entretien avec son corps pour ne pas être totalement absorbé par la logique de l'injection :

« C'était mon seul réconfort de la journée : garder un petit peu de dignité vis-à-vis des autres » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Le fait d'être « accro » produit des effets d'accélération et de pression sur la temporalité journalière. Christiane raconte l'état de manque dans lequel elle se trouve le matin, la souffrance qui va la « tenir » toute la journée, jusqu'à ce qu'elle ait trouvé un plan. Nous retrouvons alors la « séquence temporelle type » de l'acte d'injection :

« Tu retrouves la pêche dès que tu as un plan, une heure avant tu te sens déjà mieux » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

2- Temps forts et urgence de l'acte d'injection

La temporalité de l'injection proprement dite est réglée par le rituel déjà analysé. Le temps le plus important se joue dans la préparation avec des variations d'un usager à l'autre sur les phases les plus « jouissives ».

Marc distingue ainsi trois séquences : une séquence de galère qui n'a de sens que parce que l'on sait qu'à un moment cela va déboucher sur du plaisir et sur un apaisement ; ensuite un temps court, mais intense, où tout se résume et où il peut commencer à se laisser aller en sachant qu'à présent il n'y aura plus rien qui pourra empêcher la « montée » vers le plaisir. Ce temps est comme ralenti par la force du bien-être ressenti ; un arrêt sur sensation :

« Le meilleur moment de la journée en fait, c'est quand on met le produit dans la cuillère, et qu'on a déjà fait tout le reste avant. Et ça ne dure que quelques secondes, et c'est un tout petit instant que j'essayais de privilégier. Le meilleur moment du shoot, c'est juste avant, c'est ça l'oxygène de la journée. Je veux dire que c'est le moment, la barrière entre le bien-être et le mal-être, cette poignée de secondes avant le shoot. Là où on est encore en manque, même si on est devant le produit pourtant. Moi j'essayais de privilégier ce moment de bonheur, parce que c'est très, très court en fait. Après le shoot, ce n'est pas là la vraie valeur, c'est plutôt juste un peu avant, entre les deux, quand on est devant le shoot mais qu'on ne l'a pas encore envoyé, qu'il reste juste un petit pas à faire. C'est juste avant le shoot en fait le bien-être ». Il ajoute : « Alors, quand tu es devant le shoot, c'est le Jour de l'An. »

Le plaisir est instantané et le temps qui suit ne présente plus d'intérêt :

« Après le shoot, on est comblé, on a ça, c'est sûr, mais tout de suite on plie le matos, et tout de suite on calcule le prochain shoot... on se ré-enclenche sur le prochain, on part sur un autre plan, on voit combien il reste de sous, toutes les préoccupations reviennent. Le plaisir, c'est quelques secondes seulement, avant, et après, c'est tout, on repart directement vers le prochain shoot » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

À partir du moment où le produit est injecté, l'effet est immédiat ; mais – les paradoxes ne manquent pas – si le temps qui précède est important, le fait de l'inscrire dans la possibilité d'une satisfaction instantanée est essentiel au choix de l'injection :

« C'est direct tu vois... t'injectes tel quel et pfffiou ! » (Joao). Cet « effet direct » est recherché comme tel : le rythme à deux temps entre une préparation, précédée d'une galère, et une injection qui va produire des effets instantanés. Ceux qui sont passés du « sniff » au « shoot », comme on l'a déjà évoqué plus haut, ont fait ce choix : entre devoir attendre vingt minutes et passer à une sensation presque instantanée. Un choix qui n'est pas sans rapport avec la logique du manque : c'est parce que la pression se fait plus forte que certains, comme Joao, passent au shoot. Il y aurait alors passage d'un état de souffrance (manque) à un état de bien-être, cela concentré sur un temps très court. Il y a quelque chose de tellement spécifique sur le plan de la force de sensation inscrite dans cette courte séquence temporelle que ceux qui l'ont découverte et appréciée ont du mal à s'en passer.

« Tu t'injectes et hop, tout de suite ton manque il est enlevé... Sous la langue, c'est pas pareil, tu dois attendre une demie heure, trois quarts d'heure... Tandis qu'en injection, j'te dis, c'est hop direct... C'est comme si... t'avais jamais été mal ! » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement.).

La substitution « semi-injectable » achoppe sur cette dynamique émotionnelle : le soulagement du manque se trouve décuplé par l'injection du Subutex® ; il ne s'agit plus alors simplement d'une régulation, d'un temps de pause, mais d'une amplification.

La substitution ordinaire (sublinguale pour le Subutex®), comme le sniff, supposent que la personne accepte d'intégrer un temps d'attente, c'est-à-dire qu'elle cale sa logique des sensations sur cette temporalité-là. Certains vont y parvenir, et même y trouver certains avantages. D'autres vont jouer sur toutes les temporalités, au gré de leur état. Sonia incarne une position typique rencontrée chez beaucoup d'injecteurs : la possibilité d'alterner, de mixer en fonction de ce qu'elle ressent de sa « capacité d'attendre ».

« Sous la langue, les effets c'est trois quarts d'heure après, c'est long, souvent je ne me sens pas d'attendre tout ça. Des fois, déjà d'avoir mis dans la bouche, dans la tête ça va mieux, je sais que ça va venir, ça me tient, j'arrive à attendre. Comme je le sais que ça va se déclencher les effets, des fois je le mets sous la langue, des fois non. Tandis que quand j'injecte je le sens de suite. En ce moment, c'est selon comme je me sens d'attendre » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Pour Francine, cette attente n'est pas compatible avec sa conception du plaisir. Elle injecte des drogues pour accéder au plaisir instantané ; le plaisir différé sort pour elle de son domaine. Elle ne réussit pas à concevoir l'efficacité en dehors de ces modalités, qu'il s'agisse de drogues illicites ou de médicaments :

« Je ne me vois pas consommer sans injecter. Pour moi, ça fait partie intégrante du plaisir, et la préparation de la seringue aussi. Même pour les médicaments, si j'ai besoin, je préfère injecter que prendre un produit par la bouche. Quand c'est possible, je choisis d'injecter. C'est comme ça, si on me donne un produit à prendre, je crains plus de ne pas shooter. C'est comme si ça n'avait pas d'effet autrement, je n'ai pas confiance. C'est l'effet immédiat qui est important pour moi, si tu prends autrement, tu dois attendre, et j'appréhende cette attente, attendre que ça fasse effet. J'ai toujours dans l'idée que c'est plus efficace si ça passe directement dans le sang... Je ne sais pas, je ne sais pas ce que je dois attendre... Par exemple, à un moment, j'ai goûté des amphétamines, des produits pour maigrir qu'on prenait comme drogue, mais vraiment ça ne me convient pas, j'ai peur de ça, parce que d'ici un quart d'heure, ou plus, je dois sentir quelque chose, mais comme ce n'est pas immédiat, je n'aime pas ça : je dois sentir dans un quart d'heure, mais quoi ? Je ne sais pas, et ça me met mal à l'aise cette attente. Je suis plus sécurisée avec quelque chose qui vient de suite » (Francine, classe moyenne, 42 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

Cette temporalité ne facilite pas la réduction des risques. Autant la galère peut durer pendant des heures pour trouver l'argent puis le produit, autant à partir du moment où on est en possession du produit les choses s'accélèrent, le temps se rétrécit et il faut injecter au plus vite ; même si la personne cherche à profiter au maximum des secondes qui vont précéder l'injection. Dans ces conditions, si des seringues stériles ne sont pas disponibles dans l'environnement proche ou si les personnes n'ont pas anticipé, les risques augmentent. Le récit de Sébastien est très clair à cet égard :

« Je suis capable d'en faire un n'importe où... Quitte si j'ai pas de seringue, je me demande même si je prendrais pas la seringue de l'autre. La dernière fois, ça m'est arrivé, bon... j'ai rincé la seringue à la Javel et tout, mais bon je veux dire, s'il n'y avait pas eu de Javel je sais pas si je l'aurais pas fait... Des fois on peut risquer de se faire infecter, mais malgré tout, des fois c'est tellement puissant que je pourrais le faire. C'est pour te dire que c'est vraiment puissant. La dernière fois, j'étais chez quelqu'un, il fallait faire 200 m pour avoir des pompes neuves, il y avait un distributeur pas loin... La coke allait arriver, donc on avait le temps d'aller chercher nos seringues et revenir tranquillement, et ben on a retrouvé deux vieilles seringues à lui, qui traînait depuis 15 jours... Ce qui est bien, c'est qu'en 15 jours les microbes avaient dû mourir, on les a quand même rincées et tout ça quoi... mais on a quand même utilisé des vieilles seringues. Pour te dire qu'on est même pas allé jusqu'à l'appareil. En fait, c'est pour ça qu'il vaut mieux les avoir avant. C'est pour ça que j'ai toujours des seringues à tire-larigot ! C'est tellement... une envie terrible... C'est un plaisir... tellement fort... Peut être qu'il y en a qui arrive à résister, mais moi, je sais c'est trop puissant (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

C - La dialectique de la souffrance

Le processus d'analyse oblige à découper les différentes facettes de l'expérience de l'injection, mais celles-ci s'entremêlent en permanence. C'est le cas de la souffrance et du manque qui font partie intégrante, à tous les niveaux, de ce qui constitue la base de l'ancrage dans cette pratique. Dialectique de la douleur et dialectique de la souffrance¹¹⁵ alternent en permanence et tissent avec les moments de plaisir une trame forte et résistante qui se trouve à la base de la condition de l'injecteur. L'implication majeure du corps, l'irruption de la seringue, le bouleversement émotionnel ne sont pas sans conséquences sur la manière dont les usagers vont penser la gestion de leur plaisir. Même quand ils vont très loin, ils ont toujours des limites : ils ne cherchent pas, la plupart du temps, à se tuer ou à se détruire et essaient de canaliser leurs pratiques de manière à limiter les dommages physiques et mentaux. Mais les conditions dans lesquelles ils pratiquent, ainsi que les produits qui leur sont accessibles ne leur permettent pas toujours d'assurer cette régulation. De plus, quand ils sont confrontés au manque, ce sont des difficultés supplémentaires dans cette gestion qu'ils doivent affronter.

1- Limites de l'injection : au risque du corps

Nous ne multiplierons pas les témoignages : la condition physique de l'injecteur est assez proche d'un usager à l'autre ; les différences se jouent dans la capacité à gérer les effets de l'injection et à conserver une apparence correcte.

Rester nickel ou sombrer : la gestion des traces

Les trous opérés dans divers endroits du corps, et plus particulièrement les bras (partie visible), contribuent à détériorer l'image du corps et les sensations corporelles dans le cadre de la vie courante. Après plusieurs années passées à se « trouser la peau », les usagers sont soucieux de ne pas trop se dégrader. D'abord en passant des crèmes pour éviter les traces et

¹¹⁵ P. Ricœur distingue bien les deux registres : « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement*, série Mutations, n° 142, février 1994, « Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées », p. 58-70.

les abcès, ensuite en s'entretenant *a minima* sur le plan physique : prendre des douches, faire du sport... François a fait attention et peut dire :

« Je suis nickel, hein ! J'ai même pas de traces, faut le faire, parce que j'ai toujours mis de la crème... moi j'ai toujours fait attention à mon corps... j'ai toujours été sportif, donc il faut savoir que, malgré le fait que, dans mes périodes d'abstinence, j'ai toujours fait du sport et même quand je me shootais, parfois j'allais à la muscu, tu vois. Et je mettais toujours de la crème... Tu vois, j'avais de l'Homéoplasmine, c'est un truc cicatrisant... donc, après un shoot, je me badigeonnais de crème, donc j'ai toujours fait attention à moi. Enfin, j'ai pas de traces, sauf un tout petit peu, ici sur le biceps, on la voit à peine quoi, et pourtant... tous les shoots que j'ai faits ! » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Sonia a toujours de la pommade cicatrisante dans son sac (Madécassol®). Elle l'utilise pour atténuer les traces de piqûres, surtout celles du cou, même si elle « pique » rarement à cet endroit. Elle injecte maintenant aux chevilles, aux poignets, aux cuisses, parce que le Subutex® depuis 4 ans a anéanti son capital veineux au niveau des bras.

Zones d'injection, abcès et douleurs veineuses

Les lieux du corps concernés par l'injection varient d'un usager à l'autre ; le fait de se cantonner à certaines zones est considéré comme un gage de contrôle sur sa pratique. À l'intérieur du milieu, certaines pratiques peuvent être très mal vécues :

« Les shoots je fais seulement avec des gens que je connais bien, avec qui j'ai très confiance. Mais si je tombe sur quelqu'un qui pique au cou, je lui dis casse-toi, ça je ne veux pas. Déjà que ça fait mal, moi je fais qu'aux bras. J'en connais qui n'arrivent même pas à te trouver des veines, qui te charcutent. Mais j'en connais d'autres, c'est comme des vrais docteurs, même quand on ne te voit pas les veines, ils te les trouvent du premier coup. Je connais rien à ça, la piqûre, je n'aime pas me faire, ça me fait mal » (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne, 3 ans Subutex® injecté).

Il est des témoignages qui évoquent le cou et le sexe (François), avec ce même effet de répulsion, ce qui laisse entendre que les usagers considèrent des zones comme « acceptables » tandis que d'autres y verraient un cran supplémentaire dans la déchéance.

« Après, ça devient sordide quoi... surtout pour quelqu'un qui voit ça de l'extérieur... » (classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Ceux (ou plutôt celles) qui ne souhaitent pas que les marques apparaissent (sur les bras) ou qui ne peuvent plus trouver leurs veines aux endroits les plus classiques injectent au niveau des genoux, des chevilles, des poignets, des pieds (Sonia). François a également été conduit à « shooter dans les pieds », mais « ça fait très mal... quand y'a trop de souffrance, et j'ai plus de plaisir, et c'est là où j'ai arrêté le shoot... ».

Sébastien connaît également des abcès graves et répétés ; il est parcouru de traces et de marques d'injection plus importantes depuis qu'il injecte le Subutex® (besoin de huit piqûres par jour). Les marques visibles sur ses bras lui posent beaucoup de problèmes : « Quand je veux chercher du travail, quand je suis en famille, je suis obligé de porter des manches longues pour cacher ça. » Il a bien essayé de le prendre sous la langue, mais il finit toujours par céder à la tentation de repiquer au niveau du bras. Une semaine avant un rendez-vous avec

un médecin, il explique qu'il va « taper dans les pieds ». Francine, qui travaillait, ne devait pas laisser apparaître les traces : « Je ne mettais jamais de manches courtes, toujours pour couvrir les bras, j'ai toujours caché les marques. À un moment, je piquais aussi quand même dans les mains, mais ça fait gonfler. »

Le corps fonctionne ici comme une véritable carte : avec ses itinéraires, ses zones fréquentées, interdites ou encore les « niches » qui permettent de cacher les marques. Il porte l'histoire de l'injection en même temps que la fiche d'identité de l'injecteur. Il ne s'agit pas à proprement parler de stigmates (apposés de l'extérieur ou vécus contre le gré des individus), mais la dégradation qui résulte des actes d'injection réitérés finit par échapper à l'acteur pour devenir une marque infamante, le signe visible de sa déchéance.

Quelle que soit la zone d'injection les usagers connaissent en effet très vite des douleurs et des difficultés pour trouver la veine. Malik a les veines qui lui font mal (Subutex®) ; elles sont devenues « dures » et il éprouve des difficultés pour se piquer. Comme d'autres avec le Subutex®, il a eu de nombreux abcès : « Ça fait des boules noires, c'est très difficile à faire partir. » Les veines de Kamel sont également devenues « dures », ce qui contribue à altérer les effets recherchés : « Je n'arrivais plus à tirer, même si j'étais dedans. Je tire toujours une ou deux gouttes de sang, comme avec l'héroïne, et après seulement j'envoie dans la veine, mais on dirait qu'on a un troisième muscle. C'est parce que tu as comme une boule sur le bras, ça te fait même des fourmis après, tellement c'est abîmé. » Cathy va également connaître une période où elle aura de grandes difficultés à injecter : « J'avais les veines qui se sclérosaient, c'était douloureux, contraignant... j'ai dû des fois mettre plus de 4 h pour me faire un shoot, j'étais en manque, je vomissais une espèce de mousse blanche qui m'étouffait. »

Sonia a régulièrement des abcès et aurait même connu un début de gangrène au pied qui a mis des mois à guérir. Elle n'arrive plus à se piquer dans des conditions acceptables :

« Je galère maintenant pour les vaisseaux. Je m'aperçois quand je suis déshabillée, ça me fait peur ça... J'ai beaucoup de marques sur les jambes, sur les cuisses, partout... Les bras je n'ai plus de vaisseaux, il y a des endroits où ça me fait peur maintenant, les poignets, j'ai eu souvent des abcès » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Le Subutex® semble avoir aggravé les problèmes que les usagers connaissaient déjà avec l'héroïne. En premier lieu à cause de la répétition des injections :

« Avec l'héro, même si je me piquais à 4 g par jour, je faisais pas autant de piqûres... Une bonne journée, j'en faisais 6, plutôt 4 piqûres, mais bon là ça me fait des 8, 10, ou 12 piqûres par jour. Donc ce qui fait que les veines elles marquent plus, sur certains endroits ça fait des traces, ça fait mal... etc. » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

En deuxième lieu, à cause de la dégradation du système veineux mis à l'épreuve par ces injections répétées avec un produit laissant un dépôt.

« Je ne trouve plus mes veines maintenant, j'ai de plus en plus mal. C'est pire avec le Subutex®, avant je n'avais jamais eu de problème, ça sclérose les veines. J'ai eu beaucoup d'abcès avec ça, je crois que j'ai battu les records ! Je me fais soigner, mais quand il y a du pus seulement, sinon je prends des tampons alcoolisés. C'est très dur à cicatriser. J'en ai partout des cicatrices : aux cuisses, aux poignets, aux pieds... à l'hôpital... ils m'ont fait une

anesthésie générale. Trois jours je suis restée, je ne voulais pas qu'ils me fassent une anesthésie, eux ne voulaient que comme ça. J'avais un abcès énorme, tout noir, horrible... » (Sonia, classe populaire, 26 ans, 4 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, Rohypnol®, cocaïne occasionnelle).

Pascal confirme le processus qui participe à cette dégradation :

« Mais on ne savait pas du tout ce que ça faisait sur les veines, on a appris petit à petit, et maintenant j'ai des grosses marques sur les veines, je n'avais pas ça avant avec l'héroïne, ça partait, ça cicatrisait, là maintenant avec le Subutex®, je suis beaucoup plus marqué, j'ai des traces qui ne partent pas. Je n'avais jamais eu de problèmes, même l'été des fois avec des manches courtes, parce que j'injecte dans les veines très hautes moi toujours, et ça ne se voyait pas. Avant, on prenait des seringues de deux cc, on mettait le cachet directement dedans, de l'eau distillée, on secouait bien pour diluer, et on envoyait comme ça, sans filtrer rien du tout. Mais en fait ça laissait beaucoup de particules dedans, et ça faisait des bouchages des veines. Après, tu avais des migraines terribles, des fois on chauffait ça sous le bras pour mieux dissoudre, quand j'étais dans la rue, ou au boulot, même dans la voiture en route, parce que là je ne pouvais pas faire autrement, sinon à la maison, je mettais ça un petit coup sur le radiateur pour dissoudre, mais ça laissait quand même aussi de la poussière » (Pascal, classe moyenne, 44 ans, 14 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, méthadone).

François rencontre de plus en plus de difficultés pour se trouver les veines jusqu'à se « faire dix trous » avant de se trouver la veine, un véritable « charcutage ». L'avant-bras de Joao est dévasté par la cicatrice d'un abcès mal traité. « Au début, ça a gonflé, je croyais que j'en avais mis un peu à côté... Mais bon, quand j'ai vu que ça partait pas... après, je pouvais presque plus bouger le bras, j'ai pris une grosse seringue, et j'ai pompé le pus... Le lendemain, j'ai été voir mon médecin... Il m'a dit que j'ai un ange gardien, parce que j'aurais pu me faire amputer... T'aurais senti l'odeur... Ça puait la mort. » (Joao, classe pop, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Zinedine connaît les mêmes tensions au moment d'injecter : « Est-ce que je vais trouver une veine ? » Il raconte comment, très souvent, on peut faire un « shoot dans le vide ». Pour ne pas rater la veine, il prend des aiguilles plus grandes et pique dans le cou. Mais il a la sensation d'avoir été trop loin :

« C'est devenu un peu dur, donc j'ai arrêté là aussi... Sinon... je crois que je vais être condamné à plus pouvoir me shooter autrement je vais vraiment faire des dégâts graves sur mon corps... Quand j'ai qu'un seul shoot, je l'envoie même si je suis à côté, mais ça fait une boule... au moins je suis pas en manque, mais après, le truc qui est rentré dans ton corps, ça doit sortir... heureusement que dans le cou ça sort pas, sinon j'aurais des trous, mais au niveau des bras, j'ai déjà eu des trous... avec du pus qui sortait... des abcès... donc je vais devoir arrêter de me shooter. »

Quand ils en arrivent à de telles « dérives » (beaucoup d'usagers à la rue vivent au quotidien ce type de situation), ils ont l'impression de ne plus avoir de corps, de ne plus le sentir : comme s'il s'était dédoublé avec une enveloppe trouée et dégradée qui n'a plus rien à voir avec le corps de sensation. Zinedine va jusqu'à dire qu'il voudrait parfois ne « plus avoir de corps »... quand il se voit abîmé par les abcès, les cicatrices et les trous. Il ajoute « mon corps, il faudrait que j'en prenne soin », mais a du mal à s'imaginer cantonné au sniff ou à la prise du Subutex® en sublingual.

Effets secondaires des pratiques d'injection

Par ailleurs, plusieurs problèmes sur le plan physique sont rencontrés par les usagers : leur situation dentaire se dégrade. Quand Sonia arrête quelques jours l'injection de Subutex®, il lui « pousse des abcès, des boutons, au visage surtout. Dès que j'arrête deux, trois jours, j'en ai partout » et la cocaïne lui déclenche de l'asthme. Mais surtout ils sont nombreux à se sentir fatigués, avec des douleurs qui leur viennent de partout.

Malik est au bout du rouleau : il a mal aux jambes, avec des problèmes de circulation ; il a mal au dos. Il ne se repose jamais dans de bonnes conditions : les hôtels de seconde zone, les hébergements d'urgence, la mauvaise alimentation... S'il pouvait se reposer, il dit qu'il aurait tous les moyens pour « arrêter la came » et « trouver du travail ». Le problème, c'est que ceux qui sont en situation très précaire, qui vivent dans la rue, semblent « fixés » là, comme si l'aiguille les avait plantés sur ce territoire-là, avec peu de marge de manœuvre. En effet, « rester là », cela signifie poursuivre l'injection et continuer à galérer dans la rue à la recherche des produits. Sonia explique que le Subutex® « ça fatigue »... Mais que cela fatiguerait « encore plus de ne pas en prendre ».

Sur le plan alimentaire les choses sont encore plus catastrophiques : Sonia reconnaît n'avoir « jamais fait un bon repas depuis deux ans et demi ». En fait, elle ne mange pas mais « grignote » ; elle n'a plus le « goût de manger ». Cette dimension ne semble pas avoir été investie par les structures d'hébergement : « Ça me reste sur l'estomac, rien que l'odeur quand je rentre... Depuis que j'y suis jamais ils ne font autre chose, toujours le même repas depuis trois ans ». Ils sont plusieurs à signaler que la sexualité souffre de l'injection régulière de Subutex® : « Ça te bloque tout... quand tu prends du Subutex® depuis un moment, après tu n'es plus pareil, tu n'arrives à rien, le Subu ça ne te donne plus envie, et même si tu as envie, tu restes bloqué, tu ne fais rien, tu restes comme ça trois, quatre heures à essayer, et au bout du compte, tu n'arrives à rien. Moi je ne drague pas maintenant, ça me fait honte aussi » (Malik).

Les personnes rencontrées parlent assez peu de surdoses, comme si les conditions précaires et l'évolution vers l'injection du Subutex® avaient écarté ce risque majeur.

2- Manque et « dépendance »

L'essentiel des problèmes ressentis, en dehors des veines, reste centré sur le manque et la « dépendance » qui se trouvent au cœur de la logique d'injection, comme nous l'avons vu à propos de la temporalité et des sensations. Ce que l'on recherche se situe entre la montée de la sensation de manque et la « délivrance » apportée par l'injection.

Christiane explique bien que la « dépendance » peut constituer un objectif, une sensation recherchée pour elle-même et que, ensuite, on peut revenir à de l'entretien, de la maintenance. L'effet s'inscrit pour elle au cœur de la sensation de dépendance :

« Au tout début... c'était ce que je voulais. J'avais besoin de franchir un pas de plus, d'aller plus loin encore dans la dépendance. De toute façon, je crois que t'arrêtes la dépendance quand t'as fais le tour dans ta tête. Après, c'était... euh... de la maintenance, obligé parce que j'étais trop accro. J'étais à un shoot toutes les deux heures, et la nuit pour dormir toutes les quatre heures. Donc après, c'était vraiment de l'entretien »

Elle raconte également comment elle provoquait le manque, pour mieux ressentir la montée. Elle tente d'analyser ce qu'elle ressent en évoquant le « jeu de va-et-vient entre la douleur et le plaisir ». Le côté « un peu maso » de toute cette affaire :

« Moi, je suis un peu maso, même dans mes rapports intimes, donc... je crois que c'est lié. J'ai pas peur de me faire mal... une fois, je me suis brûlée tout le bras pour cacher mes traces. Ça me fait pas peur. Maintenant, en le faisant de façon festive, je retrouve les sensations que j'avais au tout début » (Christiane, 34 ans, classe moyenne, 8 ans d'injection héroïne ou cocaïne, consomme occasionnellement de l'héroïne en injection ou en sniff).

Julien abonde dans ce sens en expliquant comment, quand la douleur intérieure devenait trop forte, il avait besoin de se faire mal physiquement « pour ne plus penser à la douleur morale ». Il pouvait alors se couper ou se brûler avec une cigarette : « La détresse morale était telle qu'il fallait que je me fasse mal pour penser à autre chose quoi » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Il faut cependant préciser que dans les années 1970, la « dépendance », pour les usagers, n'avait pas la connotation dévalorisante que l'on connaît aujourd'hui. À cette époque, il fait bon même de « faire dépendance » :

« Voilà comment on s'accroche. Parce que c'est pas difficile. C'est quand même présent peut-être, ça c'est un truc qu'on doit avoir oublié. C'est que c'est vrai que quand on se shootait dans les années 1970, l'idée de "on s'accroche", on veut faire dépendant, etc. » (Nathan).

Cependant, à un moment donné, c'est l'expérience du manque et des douleurs qui l'accompagnent qui l'emporte, dans des contextes où il n'y a pas de soulagement au bout, où cette douleur devient un élément plus permanent du quotidien.

La découverte du manque

Dans tous les récits, il y a un moment de l'histoire de l'injecteur où il ressent le « manque », cela n'arrive pas forcément dès le début. Florian a été un consommateur « intégré » pendant des années : il sniffe d'abord, puis injecte. Les sensations de manque vont apparaître progressivement sans qu'il en comprenne très bien la raison.

« Je connaissais pas le manque avant, c'est en fait parce que j'y pensais pas. À l'époque, je me levais, j'allais bosser, et je faisais tout comme avant ; ça n'a jamais vraiment été une obsession... Tandis que quand je me lève direct dans le canapé, à végéter, c'est sûr que ça passe mal. » (Florian, homme, 32 ans, classe pop, 7 ans d'héroïne sniffée puis injectée, consommation « d'appoint » de méthadone, en complémentarité avec l'héroïne).

Il attribue le changement à la vacuité consécutive à la détérioration de son quotidien, à la précarisation liée à la situation de non travail.

Joao raconte comment, de son côté, ses sensations ont changé : il a commencé à s'énerver pour un rien, à maigrir :

« Et puis le matin, t'as pas ta substance... euh... Même avant... T'ouvres à peine les yeux, tu sais que t'as rien, tu te dis "Bon... Comment je vais faire aujourd'hui...". J'commençais à être dépendant... Ben ça va vite... Tu sais, l'héroïne... Comme on dit, c'est la came des

pauvres, c'est la femme de ceux qui n'en n'ont pas. C'est dans une chanson¹¹⁶... quand je vendais pas... c'était... un shoot par jour... C'était pas grand-chose...enfin "pas grand-chose"... Et puis par la suite... ben... Plus t'en as dans les poches, après tu te dis "j'en retape un deuxième, c'est rien, je vais rattraper sur un client..." Et puis en vérité... tu t'enfonces tout seul » (Joao, classe populaire, 27 ans, 3/4 ans héroïne + cocaïne injectées, depuis 3 ans Subutex® injecté + cocaïne occasionnellement).

Les exemples se répètent d'une histoire à l'autre : la qualité du produit (une « héroïne qui accroche beaucoup »), l'occasion de consommer d'une manière plus régulière vont conduire certains usagers à découvrir qu'ils passent « leur temps à courir pour ne plus être en manque », car ils n'ont plus les moyens de programmer leur consommation. Le lien avec le plaisir commence alors à se distendre : on ne cherche plus le produit que « pour éviter d'être en manque ».

Francine n'avait pas (re)connu le manque pendant des années, jusqu'à ce qu'elle se sente « dépassée par le produit », sans bien comprendre ce qui lui arrivait. Elle réalise alors qu'elle vivait déjà avec le manque, sans l'identifier véritablement, parce qu'elle réussissait à le gérer, à le surmonter. Elle ne faisait pas de lien entre le « mal » ressenti et le produit et le mettait sur le compte de ses problèmes. C'est quand elle a voulu arrêter qu'elle s'est rendue compte de la force qui l'arrimait au produit.

« Je me suis retrouvée malade, et j'étais étonnée. Un jour, on s'est dit, ce n'est pas sérieux, il faut arrêter ça, on avait moins de poudre, et on commençait à avoir des problèmes aussi pour l'argent. Et là, j'ai été malade, et je me suis retrouvée à l'hôpital. En quelques jours, je m'étais vidée, je ne tenais plus debout, je n'avais pas de solution que d'aller à l'hôpital. »

Impossible d'arrêter alors qu'elle était à 3-4 shoots par jour : elle avait l'impression d'être enfermée dans un cercle vicieux qui la rattrapait à chacune de ses tentatives pour arrêter.

« À chaque fois j'ai replongé à cause du manque. Il vaut voir que c'est très compliqué d'imaginer quelque chose ; quand on est sous produit, on se dit qu'on a fermement l'intention de faire quelque chose, d'arrêter, et quand on est en manque, l'objectif c'est de trouver le produit, et c'est ça en permanence. »

Pendant cette période, pour supporter la douleur, Francine prend du Néocodion® et de l'alcool « mais ça ne peut pas tenir de cette manière là non plus, et à chaque fois qu'on a essayé, on n'a pas tenu ». Elle prenait jusqu'à deux grammes par jour. C'est incidemment, suite à une hospitalisation et à la décision de marquer une pause dans sa consommation, qu'elle découvre que ce n'est pas possible. Julien raconte que lorsqu'il a eu conscience d'être entré sur ce territoire du manque, son équilibre a commencé à se rompre : « Il y avait 10 % de plaisir et 90 % de souffrance. » Il n'a plus alors qu'une obsession dans la vie :

« Avoir de quoi me défoncer. N'importe quel produit ; ça me calmait, c'est tout, il n'y avait plus de plaisir, j'étais bien défoncé, je ne pensais plus à rien et ça calmait la souffrance : la souffrance physique comme la psychologique, les deux. La transformation du plaisir en souffrance a dû arriver très rapidement, je ne m'en suis pas aperçu dès le départ. Je pense que la souffrance elle est arrivée le premier matin où je me suis réveillé en manque... Physiquement, c'était les trucs classiques, les douleurs, la transpiration, les mains qui

¹¹⁶ Mano Solo, *Au creux de mon bras*.

tremblent, les machins, et l'obsession d'aller en chercher. La souffrance elle était plus dans ma tronche que physique d'ailleurs. J'étais toujours à penser : "je veux en avoir, il m'en faut". Mais c'est pas définissable. Parce que le jour où on pourra mettre une définition sur le plaisir qu'on ressent, ils trouveront une pilule pour faire la même chose » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

En fait, la plupart ont été conduits à gérer des périodes où ils ne pouvaient accéder à aucun produit (avant l'arrivée du Subutex®) : dans ce cas-là, ils pratiquaient le sevrage forcé (en prison ou dans la rue) et utilisaient, comme Julien, Francine et Zinedine, le Néocodion®. « Quand on en avait plus, on avait plus de came, on prenait du Néocodion, 4-5 jours, mais c'est très dur, ça calme un peu seulement, mais ça fait des lourdeurs d'estomac » (Julien).

« Et en attendant ben t'es en manque... et bon, le manque, la belle affaire quoi... t'es en manque, c'est tout ! t'es bien obligé de le vivre voilà. Je prenais des Néocodion®, parce que ça existe et que c'est pas compliqué à avoir » (Zinedine). Mais cela n'empêchait pas le manque et, dès que l'occasion se représentait (sorties de prison, rentrées d'argent, opportunité), ils recommençaient. La différence avec la période actuelle est que, pendant les intervalles, ils pouvaient ne pas injecter. Cela est devenu plus rare depuis la mise sur le marché du Subutex®.

Manque et substitution

Avec l'injection de Subutex®, le manque est, nous l'avons vu, décrit à la fois comme plus facile à gérer, mais plus difficile à supporter. Plus facile à gérer parce qu'il y a toujours la possibilité d'en trouver ; moins facile lorsqu'on a décidé d'arrêter ce produit, parce que les souffrances occasionnées sont beaucoup plus fortes sans que rien ne semble pouvoir les enlever.

« Avec l'héroïne, je n'avais pas trop de problème. Quand je n'en avais pas, je faisais tenir avec du Néocodion®. En trois jours, ça va mieux. Mais le Subu, tu n'as rien qui enlève le manque, tu restes un mois à souffrir, et rien ne te l'enlève, tu restes couché toute la journée sans rien pouvoir faire. Les médecins ne peuvent rien pour toi, ils ne te donnent rien » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

Quand Malik tente d'en prendre moins, il ne tient pas très longtemps ; il perd l'appétit, ne mange plus, ne dort plus. Même chose pour Sonia : « Quand j'arrête, c'est quelques jours seulement, après je ne tiens pas. Quand la douleur devient trop forte... le manque est terrible avec le Subutex®, ça n'a rien à voir avec l'héroïne... plus les jours passent, plus tu as mal... » Pour supporter elle a recours au Rohypnol. « J'ai toujours repris, ajoute-t-elle. C'est toujours la souffrance qui fait reprendre. J'ai essayé de prendre du Spasfon®, mais ça ne fait rien, pendant 15 jours, je suis restée au lit. Là je n'ai rien pris aujourd'hui, j'ai froid, je tremble... Je ne veux pas partir en cure. » Aujourd'hui, des personnes comme Marc, sont envoyées en cures de sevrage de Subutex®, comme on envoyait il y a quelques années ces mêmes personnes en cure de sevrage d'héroïne, et c'est la même chose pour le Rohypnol®...

La gestion du manque

Nous avons vu que les contextes et les agencements d'injection étaient très variés ; il y a du bricolage et une manière de saisir les opportunités qui participent en grande partie à assurer une gestion *minima* des sensations de manque. Aux différents moments de leur histoire, les

conditions changent de ce point de vue ; la précarisation de la logique d'injection contribue souvent à en modifier radicalement les termes. Plusieurs figures de gestion se présentent :

- le manque ressenti autour de la séquence d'injection : il peut contribuer à déstabiliser les phases de préparation et les conditions d'injection ; il faut donc souvent, en urgence, faire quelque chose si on ne veut pas « shooter » dans de mauvaises conditions. Par exemple, Christiane se fait un « sniff » pour se calmer ;

- le manque ressenti à défaut de pouvoir injecter : nous avons vu que le recours le plus courant était le Rohypnol®, avec des effets désastreux sur les personnes qui, alors, ne se contrôlent plus ; avec l'héroïne, le Néocodion® était le plus souvent utilisé ; l'alcool apparaît de plus en plus comme une référence (méthode de Julien dans les années 1990) ;

- le manque substitué par le Subutex® injecté ; la gestion est souvent toute relative ; nous retrouvons cette logique de substitution en abîme (un manque contre un autre, etc.).

3-3 SORTIR DE L'INJECTION – CHANGER DE LOGIQUE DES SENSATIONS

Comprendre les conditions dans lesquelles les injecteurs envisagent ou ont envisagé la manière de sortir de la logique de l'injection, c'est ajouter des éléments de compréhension à cette dernière. Il ne s'agit plus de « gérer le manque », mais de changer de logique. Or, pour cela, il faut encore avoir trouvé les conditions appropriées qui assureront ce changement.

Les usagers-injecteurs, quelle qu'ait été leur trajectoire d'entrée dans cette logique, et après des années d'expérience durant lesquelles ils ont connu l'accrochage, envisagent les choses de la même manière :

- soit ils cherchent à sortir de la logique d'injection, et alors il leur faut autre chose que de la substitution « semi-injectable »,
- soit ils cherchent à sortir d'abord de l'accrochage à un produit et maintiennent l'injection avec un autre produit.

Nous ne traiterons ici que des données « sensibles », celles qui traitent des blocages et des inflexions dans la logique des sensations.

A – Instaurer une autre logique : un autre rapport au corps et à soi

Nous avons souligné comment la logique de l'injection croisait celle des sensations, comment elles s'imbriquaient à un tel point qu'il était difficile de sortir de ce mode d'administration tant que l'on cherchait par ailleurs à se maintenir dans le même régime d'expérience.

L'histoire de la substitution prescrite en ville s'est révélée de ce point de vue extrêmement intéressante : elle constitue une « expérimentation grandeur nature » (coûteuse pour les usagers) de la manière dont la logique d'injection va être conduite à réagir face à une logique de substitution. Nous avons vu que, pour une grande partie des personnes rencontrées, le processus était un processus d'intégration, d'absorption, avec des modifications dans la

régulation d'ensemble de la logique d'injection qui allaient, pour maintenir un même type de régime de sensations, vers des formes de polytoxicomanie.

Ceux qui continuent, malgré les difficultés, à vouloir arrêter semblent assez clairs sur ce point :

« À chaque fois que je me dis que je vais arrêter, je me suis dit que je ne prendrai pas de produit, je ne veux pas de la substitution, c'est pareil, comment tu sors de ça ? Je me suis toujours dit que je voulais arrêter tous les produits que j'ai pris, reprendre le sport et tout, mais arrêter en cure ou en prison, ça ce n'est pas possible, c'est vraiment pas ça » (Thomas, classe populaire, 34 ans, 11 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté).

Certains usagers ont intégré le Subutex® sur le mode injectable et ne considèrent pas qu'il s'agit d'une véritable substitution, c'est-à-dire d'une aide pour passer à une autre logique, pour sortir de la dépendance aux produits injectés. Évidemment, cela ne signifie pas que d'autres personnes, dans des contextes différents, ne peuvent utiliser la Buprénorphine d'une manière appropriée (sublinguale) dans une dynamique de régulation et de sortie du mode de vie particulier de l'usager de produits illicites¹¹⁷.

Pour les personnes qui ne sont jamais entrées dans la « logique de l'injection », tout en ayant pratiqué l'injection pendant une partie de leur vie, comme Nathan, le problème est totalement différent ; il a pu « sortir » sans trop de problèmes de ces pratiques dès que le contexte s'y est prêté et considère qu'il a les moyens de sniffer, si l'occasion se présente, une « ligne de coke » mais n'a plus envie de se « faire un trou dans la peau ».

Il n'est pas question ici de sortir des limites affectées à cette recherche, centrée sur la compréhension des logiques présidant au choix du mode injectable ; nous ne ferons donc que des annotations à propos de ce que les personnes rencontrées nous ont donné à comprendre des conditions de sortie, relativement au « transfert » qu'elles ont dû ou devraient opérer pour arrêter d'injecter. Nous retrouverons la substitution, à partir du moment où elle fonctionne effectivement comme une aide à cet égard, en nous interrogeant sur ce qui peut faire la différence quand il y a abandon de la voie injectable.

1- Compréhension et rupture dans la logique d'injection

La première formule de déplacement est assez classique. Elle renvoie au sentiment que le produit injecté est venu s'inscrire comme une mauvaise réponse à de vraies questions relatives à la construction de soi. Classique dans le sens où, avant le développement de la réduction des risques et de la politique de substitution, c'était le cadre dans lequel le système de soins spécialisés s'était inscrit. Le travail thérapeutique étant censé créer un espace pour éclairer les conditions de ce choix, ainsi que la possibilité d'y opposer des alternatives.

La réponse chimique, centrée sur la recherche de sensations nouvelles a pu, dans l'expérience de certains usagers, bouleverser à un moment donné l'impression de blocage, d'étouffement ou de dévalorisation ; mais elle connaît très vite ses limites. Après de longues

¹¹⁷ Les évaluations effectuées montrent au moins une chose (pour certains usagers et moyennant des conditions qui restent à spécifier puisque seulement une partie d'entre eux les réunit) : la substitution en ville peut constituer une aide sérieuse qui permet de sortir de la pression des produits illicites. Pour les autres, éloignés des PES comme de tout soutien, ces produits sont équivalents aux autres, juste un peu plus accessibles. Il resterait également à évaluer les conditions de sortie de la substitution.

histoires d'injection, ils en prennent généralement conscience, mais ne savent pas toujours comment en sortir. La proposition de produits de substitution – quels qu'ils soient – ne fait qu'agir à la marge de leurs préoccupations et ne répond pas aux questions essentielles qu'ils se posent et qui font qu'ils sont arrimés là, autour d'une seringue et d'une logique des sensations qui tend à s'épuiser. Marc dit les choses clairement sur ce point :

« Le Subutex® ou la méthadone, c'est pareil... Si les gens bloquent pour faire un travail sur soi, ou si on ne te propose pas ça, qu'on te donne le produit, ça ne sert à rien. C'est facile de donner un produit, mais si personne n'encourage à se construire, ça ne vaut rien. Ce qu'il faut, c'est une aide à se reconstruire. Moi quand j'ai compris ça, j'ai réussi à faire un pas vers les psychologues. »

Les sensations et le cycle présidant à l'injection n'apparaissent – à partir du moment où il se donne les moyens de comprendre ce qui s'est passé – plus que comme des pansements, des anesthésiants posés sur son angoisse. Dernière compréhension pour parachever les conditions du décrochage : réaliser l'importance du « matos ». Le travail effectué avec une psychologue va, selon Marc, l'aider à mettre à distance ce rapport au matériel.

« J'ai lâché le matos d'un coup je peux dire, en plein sevrage. J'ai fait un sevrage du Subutex®, parce que je n'en pouvais plus non plus de ça, et ce n'est pas possible de décrocher seul, c'est encore pire que l'héroïne... j'ai décroché à l'eau... Je suis resté 11 jours sans dormir ni parler, je n'ai fait que écrire quand j'avais besoin de quelque chose, un café, la douche... Je faisais des grosses crises d'angoisse, je pleurais toutes les nuits... En pleine nuit, le jour, tout le temps, j'avais les veines qui me serraient, qui me démangeaient, mais j'ai senti que j'avais vraiment besoin de faire la séparation du matos. »

Si Marc a pu réussir ce passage, c'est en partie grâce à son travail avec la psychologue :

« Je faisais un transfert, par rapport à mes parents, et le fait de savoir, ça a eu un effet brutal sur moi, un effet de rejet... ma mère, mon père, la cuillère, la seringue... J'en ai fait un rejet total. J'ai vu que c'était eux que je tenais dans ma main... Je n'ai plus jamais injecté rien du tout. Je pense que rien qu'avec la volonté, on n'y arrive pas, ça n'y fait rien, ça ne tient pas, après, il faut trouver des réponses » (Marc, classe populaire, 38 ans, 20 ans héroïne, 2 ans Subutex® injecté, puis arrêt).

Cette reconstruction de la sortie de l'injection est intéressante. En dehors des effets supposés du travail effectué avec la psychologue, elle témoigne de l'espace symbolique particulier auquel les usagers par voie intraveineuse se trouvent confrontés. Au plus près du corps, de leur intimité, ils sont conduits à effectuer des manipulations de survie en tant qu'« être ». Ils ne peuvent que s'interroger sur eux-mêmes, sur les poids qu'ils ont eu à porter. La psychologisation va être, pour ceux qui sont en état d'opérer ce type de traduction, un moyen de retrouver une distance à l'égard de la force d'emprise de leur pratique. Cela ne signifie pas que d'autres voies ne soient pas possibles ou explorées.

Sébastien a connu une substitution inversée : il a pris de l'héroïne pour sortir de l'alcool, mais n'a rien changé à ses conditions de vie qui, au départ, l'affectaient moralement et physiquement :

« C'est sûr que derrière un comptoir pendant un bon moment, tu y passes toute ta vie quoi... Et puis je m'étais mis à picoler, donc avec 30, 40 bières par jour, c'était plus possible... J'arrivais plus à gérer, ni physiquement, ni mentalement... Et je me suis mis à

l'héro volontairement pour ne plus picoler et essayer de sauver ce qui pouvait l'être...» (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

Julien, de son côté, ne croit pas à la possibilité de « gérer la toxicomanie » ; son expérience de la « dépendance » l'a conduit à penser que seule une rupture radicale (abstinence) pouvait permettre de sortir de la logique implacable qui gouverne la logique d'injection :

« Cela passe forcément par l'abstinence, pas par une régulation des pratiques. Sinon, ça se saurait ! Si on pouvait réguler les pratiques, ça se saurait ! Comment veux-tu que quelqu'un qui a passé dix ans, vingt ans là-dedans et qui n'a pas su réguler quoi que ce soit pendant dix ans ou vingt ans, sache du jour au lendemain apprendre à le réguler ? C'est utopique ! C'est utopique et ça rentre dans la mentalité du dépendant. Un dépendant c'est tout ou rien. C'est vachement exacerbé ! C'est obsession, compulsion. Et la dépendance c'est ça. L'obsession ; j'obsède sur quelque chose donc il faut que j'y aille donc j'y vais » (Julien, classe moyenne, 39 ans, 11 ans héroïne, puis 7 ans alcool, puis arrêt).

Face à cette force des produits (l'héroïne, puis l'alcool), Julien appréhende le sevrage vécu comme le passage au « grand vide », la « grosse angoisse ». Il ne va arriver à la surmonter que grâce à un groupe : « Je me suis retrouvé avec d'autres gens qui avaient le même problème que moi, et qui voulaient essayer d'arrêter aussi... un groupe de tox qui étaient abstinentes. »

Sur ce terrain-là, un environnement soutenant le travail de rupture et de reconstruction est nécessaire. Comme dit Kamel : « Il faut de la compagnie pour tenir sans prendre de drogues. »

2- Rechercher d'autres sources d'intensité

Pour la deuxième forme d'intégration de la logique d'injection, plus tournée vers la recherche de plaisir, la volonté de déplacement renvoie à une saturation et au désir de se reconstruire sur d'autres bases.

Cela ne semble pas plus facile, compte tenu de toute l'intégration, de l'incorporation de la logique d'injection et de sensations qui se sont mises en place au fil des années : pour « vivre sans came », il faut redonner du sens à ce que cela suppose, dépasser la « peur du vide » :

« T'arrêtes pas dix ans de came-plaisir du jour au lendemain, comme ça,. Faut savoir quand même que quand tu te défonces quand t'es adolescent, ça a des répercussions, ça a des résonances, tout ça, qui sont... qui peuvent être assez fortes, dans la mesure où tu te construis quand t'es adolescent... Et quand tu te construis avec de la came, c'est pas facile après de vivre sans came. Et à l'époque y avait pas les médocs, y avait pas le Subutex®, y avait rien... Quand t'arrêtais de te défoncer, y avait le vide derrière, et tu devais assumer. Fallait vivre sans et... vivre sans came quand t'es habitué à vivre avec de la came, c'est difficile » (François, classe sup., 36 ans, 14 ans héroïne + cocaïne injectées, occasionnelle depuis 4 ans).

Pour sortir de la peur du vide, il faudrait soit une volonté farouche, soit la possibilité d'accrocher sur d'autres « intensités ». C'est l'analyse que fait Nathan :

« c'est pas une décision évidemment, en vérité la transition elle se fait toute seule du fait qu'il y a des intensités qui sont aussi fortes... J'appelle des intensités, je veux dire par-là, c'est-à-dire ce qui peut se traduire par des émotions, tout simplement une intensité de la vie vécue, qui non pas remplace, mais qui fait que la question de la came se trouve pratiquement

du jour au lendemain privé d'intérêt au regard des intensités nouvelles... il faut imaginer une intensité qui soit aussi forte que l'intensité de la came et donc le seul moyen c'est d'envoyer les gens dans l'espace, de les mettre sur Ariane... moi... j'ai eu cette chance de rentrer dans un réseau, un système de relations où c'était la vie même qui était l'objet d'une intensité aussi forte. Beaucoup plus forte, plus intéressante. La came apportait une grande jouissance ! Le changement, je l'ai vécu sur un mode moral. Parce que je me racontais quand même une histoire de la sortie de la toxicomanie... Je me racontais une histoire que c'était bien de ne plus me défoncer, etc., c'est... la structure religieuse de mon éducation, donc il y avait quand même une dimension morale dans le fait de... je ne culpabilisais pas, mais je savais que je commettais un péché et ça participait de la jouissance bien sûr ! » (Nathan, 50 ans, injection de 19 à 22 ans).

Daniel ne rencontre pas non plus de difficultés à sortir de la logique d'injection car il ne l'a pas vraiment intégrée : il fait partie de ceux qui ont « instrumentalisé » l'injection dans leur mouvement de recherche de plaisir, plutôt que de ceux qui ont fini par être instrumentalisés par la logique de leur pratique. Il a réussi à se maintenir dans une zone de relative maîtrise. Du jour au lendemain, après un arrêt de consommation, à l'occasion de vacances, il décide d'arrêter et ne rencontre pas de difficultés pour cela.

« J'ai pris de bonnes résolutions pendant deux mois, je n'ai touché à rien, c'était comme si j'avais pris de la coke sans en prendre. C'était vital pour moi, l'impression d'une clarté totale, c'était très enrichissant. Peut-être c'était lié à une petite lassitude d'être tout le temps défoncé... Et puis j'ai vu pas mal de pote mal, en manque à Paris, ça me restait quand même dans la tête. Moi je n'avais jamais été mal, mais certains shootaient tout le temps. Moi je sniffais aussi, je ne faisais pas que shooter tout le temps. Je n'ai jamais ressenti le manque d'être mal physiquement, mais j'étais dans le désir » (Daniel, 36 ans, injection d'héroïne pendant 8 ans, puis abandon de l'injection pour des consommations occasionnelles diverses).

Le rôle de son père, de son milieu social et culturel jouent bien évidemment un rôle central. Il peut sans problèmes opérer une conversion en décidant d'investir son avenir professionnel et sa sexualité.

On voit bien ici l'importance du « *background* » social et culturel qui offre, quand les liens ne sont pas rompus, plus d'opportunités d'alternatives. Pour des milieux moins aisés que celui duquel est issu Nathan, la rupture suppose une relation forte, quelqu'un qui apporte cette possibilité d'accrocher ses émotions. Pour Sébastien, et beaucoup d'autres, ce ne peut être qu'une relation amoureuse :

« Il va falloir que je m'enferme, et ça va se passer plus ou moins à la dure, même si au début... donc il faut vraiment quelque chose derrière... En fait, il faut le faire pour quelqu'un, parce que si tu le fais pour toi, quand t'as mal et tout, et que tu sais qu'il suffit d'un coup de téléphone... pour ne plus avoir de douleurs... C'est atroce ! Donc il faut vraiment que tu sois motivé... le peu de truc que tu peux avoir, c'est trouver une bonne relation avec une nana. Ton bonheur peut se jouer que sur des trucs pareils... » (Sébastien, classe populaire, 38 ans, 10 ans d'héroïne injectée, 2 ans Subutex® injecté + cocaïne injectée occasionnellement).

B – Déplacer l'un des termes de la consommation

Outre le sevrage, toujours difficile – plus facile pour certains ou supposant un parcours long et compliqué – les usagers par voie intraveineuse ont été conduits à expérimenter d'autres changements dans la logique d'injection, dans la perspective d'arrêter avec ce mode d'administration. Ils doivent agir sur l'un des termes qui participent à la consommation : soit ils gardent le produit, mais tentent de passer à l'inhalation ; soit ils changent de produit ; soit ils réussissent à pratiquer la substitution dans les conditions requises par les protocoles.

À nouveau, nous aborderons ces passages sur le strict point de vue de ce qu'ils supposent et entraînent comme changements dans la logique des sensations.

1- Changer le mode d'administration : du shoot au sniff et réciproquement

Il nous est impossible de ne pas mentionner cette modalité de changement ; mais c'est surtout pour dire à quel point elle fonctionne difficilement. Autant beaucoup sont passés du sniff au shoot, autant l'inverse n'est pas si évident compte tenu du lien déjà analysé entre logique d'injection et logique des sensations.

Pour Zinedine, « un type qui shoote, se mettre à fumer... c'est quand même quelque chose... Parce que ça n'a rien à voir... Se mettre à fumer, c'est pas évident du tout, parce que c'est pas le même effet du tout... C'est beaucoup moins fort... euh... sur une échelle, si tu mettais le shoot à 10, fumer est à 2... » Christiane exprime la même idée : « En sniff, je sens rien... enfin... j'ai pas cette montée que j'aime bien. Et puis c'est vrai qu'y a tout le geste aussi... » De même que Thomas : « Avec le sniff, ce n'est pas très bien, et tu ne ressens pas de suite. Quand tu cales, ça vient plus vite, tu n'as pas à attendre les effets... le Subutex®... c'est plus vite qu'en sniff quand même. »

D'autres pratiquent le « sniff », comme une des possibilités de la palette du polyconsommateur qui, au gré des contraintes et des sensations, va choisir telle ou telle combinaison. C'est ce qu'a fait Zinedine – malgré son discours sur la « différence irréductible ». Il « chasse le dragon » :

« Je me shoote quand je peux me shooter, quand je trouve une veine, et quand je peux pas, je me la fume. Je la pose sur un aluminium, tu la chauffes avec un briquet en dessous, en faisant gaffe de pas la brûler, et puis elle se liquéfie, tu la fais couler, d'un côté à l'autre, et quand y'a de la fumée qui se dégage, tu la fumes, avec une paille. Mais je préfère la shooter, c'est clair... C'est pas la même chose... quand t'as eu l'habitude de tout le temps shooter, c'est pas évident de te mettre à fumer comme ça, du jour au lendemain. C'est un effet direct, quand tu fumes, ça prend plus de temps. Donc pour que ça aille dans ton corps, tu dois fumer, fumer, fumer... quinze minutes pour pas fumer grand-chose en fin de compte. Pour fumer une dose à 100 F., tu mets un quart d'heure, vingt minutes... Tandis que quand tu te shootes, ben... tout est dans ta seringue, donc ça va directement dans ton sang, donc l'effet est direct. » Zinedine effectue une préparation du même type avec la cocaïne : « Tu mets un petit peu de coke dans une cuillère, tu mets quelques gouttes d'ammoniaque, quelques gouttes d'eau, tu fais chauffer un petit peu, et après, avec une tête d'épingle ou une allumette, tu t'amuses à tourner, et autour, t'as une petite pâte qui commence à se former. C'est la cocaïne qui se durcit, et après tu l'enlèves, tu le mets sur un alu et tu le fumes. Là aussi t'as une belle montée ! Même en fumant... Faut savoir bien le préparer. Alors que si tu la fumes comme ça, normal, c'est pas intéressant, t'as pas cet effet-là, cet effet de montée. »

Quelques expériences font enfin apparaître le « sniff » comme la possibilité de gérer une transition pour ceux qui ne l'avaient encore jamais expérimenté et vont trouver là une manière de conserver des sensations sans avoir l'impression de régresser ; la détermination à arrêter est déjà présente, le sniff permet de réduire le manque :

« J'ai commencé par me faire un shoot, pas par faire un sniff. Je suis venu au sniff cinq ans après et de temps en temps avant que j'arrête définitivement la came. Parce qu'en désespoir de cause, je ne pouvais plus » (Cathy, F, 40 ans, héroïne, première injection à 15 ans, Paris, VHC, VIH, vit avec une grave maladie, prostitution)

Par ailleurs, la prison fait partie de ces expériences de transition où, l'injection étant devenue problématique¹¹⁸, l'inhalation se systématise. Malik, de son côté, quand il est incarcéré n'a encore jamais rien pris. Il évoque son initiation au sniff de Subutex® en prison qui va être à l'origine de son passage – au moment de la sortie – à l'injection de ce même produit. Il ne passe donc pas du shoot au sniff, mais amorce avec le sniff une initiation qui le conduira au shoot :

« Le Subutex®, j'ai connu ça en prison, c'était en 1996. C'est quelqu'un qui m'a montré, un gars que je connaissais de dehors... Il me dit écrase le comprimé sur un papier, il me montre comment sniffer, on fait un sniff. Je l'ai pris entier. Après, je ne savais pas ce qui m'arrivait, pendant trois jours, je n'ai pas dormi, je n'ai pas mangé, j'ai vomi, j'ai cru que ça allait me faire crever. J'ai cru que c'était comme des rup moi, je ne savais pas ce que c'était que ce produit, j'ai pris ça sans réfléchir. Moi je prenais juste la cigarette, le café, j'avais jamais essayé ça dehors. Ça m'a fait chaud, je sentais dans tout mon corps, une chaleur, j'avais très mal à la tête aussi. Le mec il me l'avait donné au début, après, je voulais recommencer... Je ne sais même pas pourquoi... Quand tu es en prison, tu fais des trucs... Je ne sais pas... pour te niquer la tête quoi. C'est même pas bon comme produit, ça pique les narines, ça descend dans la gorge et tout... après j'ai continué ». (Malik, classe populaire, 32 ans, 3 ans sniff héroïne, 3 ans Subutex® injecté).

Sonia, elle, au moment de l'enquête expérimente le « sniff de Subu » :

« Ça m'a fait un effet d'enfer, si j'avais su ça, même pas en prenant sous la langue, juste en sniff, juste un demi à 8 mg, je n'aurais jamais calé cette merde. » Elle ne l'avait qu'injecté jusqu'alors. À nouveau les usagers considèrent qu'on ne les prend pas au sérieux, qu'on leur laisse prendre des risques sans se préoccuper de les informer sur ce qu'ils peuvent faire, en sachant que, de toute façon ils vont tout expérimenter.

2- Passer à un produit non injectable

Deuxième cas de figure : celui qui consiste à « lâcher le matos » pour passer à une consommation de produits non injectable ; c'est-à-dire ni la cocaïne, ni l'héroïne, ni le Subutex®, ni le Skenan® ou autres produits injectables. La motivation première, c'est la douleur lors de l'injection, les problèmes veineux, la difficulté à réussir son shoot.

¹¹⁸ Pas impossible, mais nécessitant un investissement important devant lequel beaucoup d'injecteurs reculent, préférant « faire une pause » ou consommer d'une manière différente. Cf. nos précédentes recherches.

Ensuite, la pression du manque et le prix des produits. Ce qui suit est un inventaire destiné à donner une idée de la panoplie des produits consommés qui entrent dans une logique de semi-substitution, ou, selon les cas, dans ces nouvelles polytoxicomanies fondées pour les usagers sur une approche pragmatique des alternatives à l'injection.

ÉTHER

Elle est évoquée par Cathy, comme l'une des alternatives à l'héroïne. Cela remonte au début des années 1980 :

« On s'est mis à l'éther et au trichloréthylène... ça, c'est particulier. Tu prends ta bouteille d'éther, et puis à un moment tu entends un bruit d'avion. Ça veut dire que tu vas sur un espèce de truc comateux. Le fait de passer de l'héro à l'éther... c'est-à-dire que j'étais avec ce mec-là qui était musicien et pas franchement dans la came non plus... il était plus éther ou alcool. Alors on était tous plus ou moins dans ce genre de truc. C'est vraiment selon le cercle de relations que tu rencontres. Je changeais de truc quoi, j'arrêtais de me trifouiller les veines, je changeais de truc, c'est tout. J'y réfléchissais pas. » (Cathy, F, 40 ans, héroïne, première injection à 15 ans, Paris, VHC, VIH, vit avec une grave maladie, prostitution).

ACIDES, ECSTA

L'extension du champ de consommation des drogues de synthèse « mord » aussi sur celui de l'héroïne et de la substitution. Le marché a intégré cette évolution des pratiques vers une polytoxicomanie de situation : « Maintenant tu trouves de tout ici, des ecsta, des acides aussi... »

La découverte par Kamel des effets du LSD est symptomatique de cette ouverture des pratiques et des contextes de consommation :

« Là, j'ai eu envie d'essayer. Le mec en premier me dit, j'ai un truc bien, vas-y, tu vas avoir des hallus. Je lui dis OK, je lui file 100 balles. Je lui prends son truc, je prends, et rien. Un moment après, je me dis que le mec m'a enflé, je le cherche pour récupérer mon argent, je le choppe et je lui dit "allez déconne pas, donne les 100 F, ton truc ça m'a rien fait, tu m'as pris pour un con". Le mec il ne me donne pas mon argent, il me donne un autre truc, avec un autre dessin, un tout petit bout comme ça, même pas grand comme l'ongle. Je prends ça à 11 h du matin, et je pars à la gare pour aller chez mes parents. Et dans le train, ça a commencé. En fait avec ça, tu vois la réalité comme si tout était la réalité. Dans le train, je ne savais même pas que j'étais dans train, mais je sentais seulement la vitesse, un truc de fou. C'était comme si moi je bougeais à 100 à l'heure et que le train ne bougeait pas. Quand je suis descendu, je ne comprenais plus rien, j'avais les mâchoires serrées, j'avais l'impression que je ne tenais pas debout, je suis allé me mettre la tête dans la fontaine, et même là, les gouttes d'eau qui me coulaient sur le visage, je les voyais de toutes les couleurs, des fois roses, des fois vertes, j'avais des hallu, et ça me plaisait en plus !! Je suis resté scotché à la fontaine au moins une heure. Je suis allé chez moi, et ça m'a duré comme ça toute la journée, jusqu'au soir. Même mes parents ont failli appeler les condés, ils ne comprenaient pas ce qui m'arrivait. Après j'ai pris mes 10 mg de métha et deux plaques de Rivotryl® pour essayer d'atténuer » (Kamel, classe populaire, 38 ans, 15 ans héroïne, 4 ans Subutex® injecté, cocaïne injectée, méthadone).

ROHYPNOL®, CACHETS...

Nous avons déjà croisé le Rohypnol® sur le terrain de la gestion du manque et des ruptures de consommation. Les usagers y font référence avec une certaine défiance ; leur expérience est variable à cet égard. Thomas, qui en a pris beaucoup dans les années 1997-1998 s'est senti devenir « très agressif ».

« À une époque, tu me donnais des rup, je devenais Rambo avec ça, j'aurais passé toute une ligne de CRS sans même m'en apercevoir ! Il n'y a rien qui t'arrête avec ça. Ce n'est pas bon à prendre pendant trop longtemps, on peut faire des crises d'épilepsie. »

Il évoque des périodes de consommation intensive (7 et plus par jour) qui étaient suivies d'une grande difficulté à diminuer ou à arrêter d'en prendre : « Tu l'arrêtes, deux jours après tu fais une crise, et sans te souvenir de rien. » Il ne l'utilise plus aujourd'hui de manière régulière : « Juste pour délirer une fois, pas plus. » Malik le vit mieux, mais a compris qu'il ne fallait pas en prendre l'habitude : « Quand on me donne, ça fait bien j'ai remarqué : je dors bien, je me sens bien. Mais je n'en prends pas beaucoup, deux ou trois de temps en temps, pas tous les jours. »

Par contre, pour les polyconsommateurs ayant maintenu leurs pratiques d'injection grâce au Subutex®, les prises sont importantes et régulières. Sonia en prend aujourd'hui une à deux « plaques » par jour ; mais elle a été jusqu'à 4-5 par jour.

« Des fois quand je suis comme ça, à traîner... Tu te rends compte, toute la journée dehors, j'ai les nerfs, je craque, et là je suis capable de faire n'importe quoi : je prenais 5-6 plaques de rup. » Elle a commencé à en prendre en prison : « Je n'ai jamais shooté aux Baumettes, mais les rup, ça, c'était tous les jours, à gogo même des jours, il y en a tout le temps, je ne vois pas une fille qui ne prend rien aux Baumettes. Il y en a qui ont une pleine boîte, de temps en temps, c'est la distribution générale !! Même quand ils donnent qu'un peu, on ne prend pas tout d'un coup, et après on en a plus, on se fait un petit délire. Moi, je ne peux plus me passer de ça, je ne sais pas si c'est à cause de la prison, parce que avant, je ne prenais que de l'héroïne, mais sûr, ça il m'en faut. Avant, quand j'étais à l'héroïne, je ne prenais pas de cachets, maintenant je connais tout ! »

Nous retrouvons là le syndrome des « années cachets¹¹⁹ » : la précarisation et la difficulté d'accéder à une héroïne de qualité a été l'occasion d'une rencontre forte entre les usagers désemparés et l'industrie pharmaceutique. Les récits se répètent de manière inexorable : « Avant je prenais que de l'héroïne, mais... maintenant, je prends des Néocodion®, les Tranxène®, j'aime pas, ça me fait trop rien... je prends des Rohypnol® » (Zinedine).

Zinedine a commencé à en prendre « pour décrocher... Tu vois la blague ! J'ai été voir un médecin, il m'a donné un traitement ». Très vite, il découvre que ça « casse bien » et apprend à « shooter derrière » : « T'avais un flash multiplié par dix ! C'était encore des cachets à 2 mg, c'était des boîtes de dix, parfois j'en prenais deux boîtes. » Au moment de l'entretien, il reconnaît que les effets sont devenus moins forts et qu'il devrait arrêter ce produit : « Ça te marque trop ! Quand t'en prends, t'as l'air vraiment dans le cirage ! Le visage, la parole, même si j'en prends, je fais attention à pas trop en prendre... Le premier jour je fais attention, deuxième jour OK, mais le troisième jour, je déconne, j'en prends trop, et directement les

¹¹⁹ P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé, *op cit*

gens ils le remarquent sur mon visage... Et c'est pas comme l'héroïne... L'héro, tu peux la gérer, mais les cachets non, c'est l'horreur... »

ALCOOL, ETC.

Dans cette expérimentation tous azimut de ce qui pourrait bien « casser », à défaut d'avoir de quoi injecter, les usagers redécouvrent les « bienfaits » de l'alcool. Malik préfère ça à la cocaïne. Julien fait sa substitution à l'égard de l'héroïne en entrant dans une consommation très intensive d'alcool. « Là-bas (en Thaïlande) c'était alcool de riz. Je picolais ». Il passe au sniff et boit de plus en plus. « J'étais plus amorti par la dope mais j'étais amorti par l'alcool. Je crois que c'est le truc... à un moment je me suis anesthésié avec l'alcool. J'étais arrivé à une période où il me fallait ma dose quoi ! C'était genre une bouteille et demi, deux bouteilles d'alcool de riz par jour. » L'expérience est douloureuse et le conduit très vite à la déchéance physique : « Quand j'arrêtais de picoler j'avais environ 6 h d'autonomie avant de me mettre à trembler. »

La première année où Marc arrête d'injecter, quand il ressent le manque psychologique, il compense avec de l'alcool. « Moi, je ne prends pas de tranquillisants, je n'ai jamais pris, jamais de somnifères non plus. Pour moi l'alcool, en fait, c'était prendre une cuite plutôt que d'aller faire un shoot. Parce que il ne faut pas rêver, on n'arrête pas comme ça, ce n'est pas vrai. Après, c'est selon ce qui convient le mieux, moi c'est l'alcool. » Thomas essaie de diminuer la « came », mais a besoin de ses 5-6 bières par jour : « Il me faut ça, je ne me vois pas arrêter ça, c'est comme s'il te faut quand même quelque chose, quand tu diminues la came, pour te sentir bien, pour passer la journée plus vite. » Le problème, c'est que « avec l'alcool tu es incontrôlable ».

Francine connaît également une augmentation de sa consommation d'alcool : « La grande majorité des gens prennent de l'alcool, moi aussi je me suis rendue compte que j'avais augmenté ma consommation. Ce n'est pas excessif parce que je ne suis pas quelqu'un qui boit, mais quand même, j'ai bien vu que j'augmentais, et qu'il faut que je fasse attention à ça. Mais il y a beaucoup de gens qui prennent de l'alcool et des cachetons pour combler, pour essayer de trouver quelque chose, un peu de sensations quand même. »

Curieusement, nous n'avons pratiquement aucune référence au cannabis ; pour la majorité d'entre eux « ce n'est pas une drogue ». Il participe au quotidien sans jamais entrer dans l'économie générale de la gestion des produits psychoactifs ; pour eux, ce n'est pas du même ordre.

3- Réussir la substitution normalisée

Enfin, ce que nous appellerons la « substitution normalisée » (non détournée, considérée et prise comme telle) joue tout de même un rôle important dans l'expérience des injecteurs confrontés à un changement de régime. La méthadone tout d'abord, mais aussi à nouveau le Subutex® qui, dans certaines conditions, peut parfaitement bien jouer ce rôle. Mais nous verrons à nouveau que ces conditions, pour certains restent fragiles et que l'équilibre que la substitution peut procurer un moment peut aussi bien basculer dans des pratiques à risques à la moindre occasion. En fait, le discours commun qu'on leur tient à propos d'une politique « miraculeuse » est loin d'avoir fait ses preuves.

La méthadone

Kamel décrit un rétablissement de situation depuis qu'il a arrêté le Subutex® et engagé un programme méthadone : « Je me prends plus en charge avec la métha je m'occupe plus, j'ai des rendez-vous, je m'occupe plus de moi... Je me sens mieux physiquement, j'ai repris cinq kilos, je mange mieux. J'aimais lire, j'avais envie de reprendre (la lecture), j'ai repris... Je communique vachement mieux, je cherche plus à comprendre, j'aime ça aussi. Ils m'ont commencé à 120 la métha, mais je ne prends que 80, ça me suffit. Je prends 70 le matin, je reste comme ça toute la journée, et dès que je rentre le soir, je prends 10 si je sens que j'ai besoin, des fois je ne les prends même pas. »

Mais cela fait seulement trois semaines qu'il a commencé, avec déjà quelques accrochages dans le service avec les médecins par rapport aux exigences, aux horaires, aux doses, etc. Et sans que, dans le même temps, sa condition sociale n'ait changé : il n'a pas de logement personnel (chambre au mois), passe d'une association à l'autre pour s'y maintenir, et une grande partie de son temps à errer dans la rue. Comment, dans ces conditions, « profiter » du répit occasionné par la substitution ? Il n'a « rien à faire », pas d'intérêt, de possibilité de développer des activités, il est comme « vidé ». Du coup, la méthadone lui produit des sensations troubles, comme s'il était amorti, annihilé :

« Avec la métha, je crois que c'est à cause de ça, je me sens triste, je ne sais pas, je me trouve triste, je me sens ramolli. » Le besoin de ressentir quelque chose de plus fort revient alors inexorablement. Des jours je sens bien que j'ai besoin de prendre quelque chose. Un moment j'avais besoin de prendre un whisky le matin, et un le soir, juste ça, pas plus. L'alcool, ça ne me va pas trop, je n'abuse pas, mais je sentais que j'avais besoin de ça, je n'arrivais plus à me passer de mes deux verres, même deux c'était devenu important ».

La transition a été dure : pour aller à la consultation, il a dû tout arrêter (Subutex® et Rohypnol®) pendant deux jours : « J'avais tellement mal partout que je ne pouvais pas dormir, je me suis retrouvé je ne sais même pas comment en pleine nuit dans la rue. J'avais des souffrances atroces, je ne tenais plus sur mes jambes, j'ai marché, marché, fumé des pétards, rien n'y faisait. C'est dur d'arrêter deux jours, j'avais mal partout, mal aux jambes, la goutte au nez. » Quand il l'a pris, ça lui a fait une « petite bouffée de chaleur », puis la sensation de manque s'est estompée. Si le Subutex® a eu ici un intérêt, c'est de dégoûter sérieusement certains d'entre eux de l'injection : « On n'arrive plus à se caler, tout le monde en a marre, en plus pour un produit qui ne donne pas d'effet. Tout le monde veut passer à la métha, tout le monde en a marre du Subu. » Mais tout le monde n'en n'est pas arrivé là (cf. supra).

François a obtenu sa prescription de méthadone en Belgique et a pu arrêter six mois : « C'est une bonne béquille mais c'est un cataplasme sur une jambe de bois si tu soignes pas le mal, si t'arrives pas à le comprendre. Donc, tu vois c'est pas la panacée, c'est pas le truc qui va te faire arrêter du jour au lendemain... La substitution... c'est très bien parce que ça te stabilise, ça te sort de la galère, ça te permet de te re-socialiser. » Nous retrouvons sa vocation initiale. Elle va lui permettre de retrouver du travail, mais il poursuit tout de même sa consommation d'héroïne, la méthadone intervenant ici seulement en cas de rupture d'approvisionnement.

Thomas, en revanche, a fait le choix du Subutex® injecté, et considère qu'il n'y a pas de suivi particulier avec la méthadone : « Je fais des démarches et tout, je fais mes papiers, je m'investis à fond. La réinsertion, tu dois te la faire tout seul, sans compter sur personne, c'est une question de volonté. » À ce compte-là, il préfère le Subutex® qui lui donne l'impression d'être autonome : « Tu n'as pas, tu veux plus, tu trouves, et le reste je me débrouille tout seul, j'ai besoin de personne. »

Francine a eu également du mal à entrer dans le protocole et elle a continué – quand elle en a eu l'occasion – à s'injecter l'héroïne : « C'était super bien au début, on n'est plus malade, en fait, on donne ça pour éviter le manque, et ça fait effet tout de suite pour ça.. Mais par contre, c'étaient des règles terribles, il fallait venir tous les jours, sur rendez-vous, et si on avait cinq minutes de retard, c'était foutu. Ils prenaient les urines chaque semaine, et s'ils trouvaient des traces de quelque chose deux fois de suite, on était éjecté. J'ai fait trois essais de rentrer dans un programme, à chaque fois ça s'est interrompu, la première fois, on est parti en voyage au bout de deux mois, les autres fois, j'étais positive avec l'héroïne. La substitution c'est bien, mais si par exemple il y a aussi un soutien psychologique.. un projet d'insertion professionnel, ou d'avoir déjà un boulot, parce que si on ne fait rien, ça c'est un problème. » Après un voyage, elle ne reprend pas le programme méthadone, à cause du temps d'attente pour obtenir une place, et retourne à l'héroïne. L'achat de « méthadone au noir » dans l'espoir de se substituer par elle-même échoue : « la méthadone, ce n'est pas suffisant pour décrocher » dit-elle.

Francine développe une analyse critique de ces programmes en considérant qu'ils ne devraient pas être appliqués indifféremment à tous les injecteurs. Pour elle, il y a bien une logique et une histoire particulière avec l'injection qui ne peuvent être « substituées » du jour au lendemain :

« Moi, ça dépend où on en est dans son histoire, il ne faut pas aller trop vite non plus à mettre les gens à la substitution, il faut laisser le choix, le temps, expliquer les risques, etc. Personne n'aime souffrir. Quand je vois des jeunes de 21 ans qu'on met à la méthadone, j'ai des interrogations. Je crois que ces gens n'ont pas encore vécu leur histoire avec l'héroïne, et qu'il faut du temps dans l'usage pour que ça marche la substitution, sinon ces gens là ne font que métha-produit-métha-produit. Comme on n'a pas de satisfaction avec la métha, on prend autre chose. C'est pour ça que je pense que ça dépend où on en est. Si quelqu'un prend de l'héroïne depuis quelques mois, et qu'il est en manque, je ne vois pas pourquoi on le met à la méthadone. En plus, il y en a beaucoup qui surévaluent leur consommation pour obtenir des doses plus fortes, et je trouve qu'ils se font du tort en fait. Moi ça fait longtemps que j'ai commencé en fait avec la métha, et il n'y a que maintenant que je ne prends que ça. »

Elle préfère se faire suivre par un médecin généraliste. Pour éviter les effets secondaires (digestion, constipation, métabolisme) elle diminue les doses : elle est passée de 60 à 50 mg.

Pascal, qui a connu les premiers programmes, ne se résout ni à changer son style de vie (voyager) ni son rapport au plaisir :

« Je suis rentré trois fois dans un programme méthadone, mais c'est tellement rigide que ça exclut toute possibilité de voyager, il faut aller tous les jours, c'est beaucoup trop contraignant. En plus ils te prennent régulièrement les urines, une fois par semaine, et si tu as des traces d'héroïne, une fois tu as un avertissement, et la deuxième fois, ils t'arrêtent net. Moi ils m'ont toujours viré. Je ne prenais pas beaucoup d'héroïne, parce que avec la méthadone, c'est pas pareil, ça diminue beaucoup les effets, ça coupe les sensations beaucoup,

mais on essaye quand même, on est toujours attiré par ça, je faisais des extra de temps en temps, pour le plaisir, parce que avec la méthadone, tu ne ressens aucun plaisir. »

Au moment de l'enquête, il a tout de même décidé de s'y engager.

Florian prend aussi de la méthadone, mais elle constitue clairement pour lui un appoint de sa consommation d'héroïne ; il n'y a donc pas véritablement substitution, mais intégration d'un produit régulateur dans sa logique d'injection. « Je la prends en Belgique... pas systématiquement... seulement quand je sens que j'en ai besoin... Quand je commence à me sentir mal. »

Sonia, elle, considère que la « métha », ce n'est pas pour quelqu'un comme elle : « Je ne me vois pas aller tous les matins dans leur truc (le centre), me faire prendre la tête avec un éducateur. Je les connais moi ces gens-là, on va faire ci, vous devriez faire ça. Après ils te font des contrôles. Je ne me vois pas arrêter les cachets non plus, même la seringue, ça ne se shoote pas la métha, tu peux rien prendre avec ça. Moi si j'arrête, j'arrête tout, c'est pas pour prendre une autre merde. »

C'est la position des usagers en situation les plus précaires pour qui on voudrait mettre la charrue avant les bœufs : les conditions d'adhésion au programme supposent un minimum de stabilité, de motivation, de structuration sur le plan du temps (rendez-vous) ; conditions qu'ils ont le plus grand mal à remplir : Sonia a essayé, en 1997 :

« Ça m'emmerdait... Il fallait y aller tous les jours, je n'avais pas droit au taxi. C'était trop loin pour moi de partir le matin, faire attention à ne pas être en retard, ça me prenait la tête déjà au bout d'une semaine... je ne peux pas aller tous les jours, revenir, je n'arrive pas, ça ne me va pas. Le produit me faisait du bien, au début, ils m'avaient donné 35 mg. Il fallait attendre quelques jours quand même que le Subu ça passe, les deux ensemble, c'est pas bon. Moi j'ai eu du mal, je ne me voyais pas rester sans rien trois jours pour rentrer à la métha... je me disais que si j'arrêtais le Subutex® pour me mettre à la méthadone, pour moi c'est pareil, tu es toujours accro à quelque chose, et ça, ça ne me plaisait pas trop. »

Les plus désocialisés comme Malik n'admettent même pas qu'on leur propose un produit à la place d'un autre, ni un mode de consommation à la place d'un autre tant qu'ils ne sont pas dégagés des pesanteurs de la vie à la rue.

Le Subutex® normalisé et une base de relation

Dans la somme de récits, de périodes, d'histoires nous avons tout de même quelques références positives pour le Subutex® : Kamel, pendant trois ans, l'a pris selon le mode « normalisé », c'est-à-dire sous la langue ; en dehors de quelques injections de cocaïne, il s'est attaché à ne pas faire d'écarts. Pour tenir, il a tenté de sortir du cercle de ses relations de rue : « Mais quand même il me fallait quelque chose, je ne pouvais pas rester sans rien du tout, et le Subu ça m'aidait. L'alcool je n'aime pas, et fumer des joints ça ne remplace pas. »

La difficulté, cependant, était de reconstruire une vie qui se tienne durant cette période. Il découvre alors qu'il ne sait pas « ce que c'est que de vivre normalement, je ne sais pas ce que c'est que d'avoir un appartement, de se faire la cuisine ». Sa liaison avec une amie vivant en dehors de tout ça va l'aider largement à « tenir » et à réduire cette difficulté.

Malheureusement, il découvre aussi qu'il est devenu dépendant du Subutex® et décrit des effets secondaires peu compatibles avec sa tentative de reconstruction : « Ce n'est pas possible pour le sexe, c'est-à-dire que tu ne peux rien faire... En fait, ça peut durer 3-4 h sans prendre ton pied, tu n'y arrives pas quoi : ça coupe le désir... ça donne vraiment le sentiment d'impuissance. Et il y a pire encore... il m'est arrivé de m'éjaculer dessus, ça m'est arrivé 5-6 fois dans le mois, j'avais honte de moi, je me suis dit c'est plus possible ce truc-là, j'avais vraiment envie d'arrêter aussi à cause de ça, et pour le foie. » Il s'arrêtera donc pour tenter l'aventure de la méthadone... (cf. supra).

François, qui alterne depuis des années entre diverses formules de consommation et de substitution, conjugue au moment de l'entretien les effets positifs d'une psychothérapie l'ayant persuadé qu'il devait sortir de la dépendance à ce système, avec les effets négatifs d'une rechute (il a repris l'injection de cocaïne). Mais il est déterminé à en sortir ; il s'est mis sous Subutex® pour accompagner ce mouvement.

CONCLUSIONS

Le Subutex®, comme la méthadone, se révèlent – pour cet échantillon particulier de personnes – ne pouvoir constituer une alternative durable à leurs pratiques d'injection que si, autour d'eux, suffisamment de déplacements se sont opérés en parallèle. Or, comme Francine le signalait, tous n'en sont pas de ce point de vue au même point. Pour reprendre notre problématique, on pourrait dire que quelque chose doit se passer dans la « logique des sensations » pour qu'elle se décolle de la logique de l'injection.

L'injecteur aguerri s'est structuré autour de ce couplage « logique des sensations »/« logique de l'injection » qui fait « bloc » et l'empêche de se dégager. Tant que ce bloc reste intact, il a beau faire : les changements dans le mode d'administration (sniff, substitution) ne lui apportent plus les mêmes sensations. Si rien ne vient agir sur la logique des sensations, seul le retour à l'injection permet d'apaiser la tension qui est alors ressentie. Il aura du mal à résister aux sollicitations et fera tout pour retrouver les conditions et les sensations initiales.

Nous avons vu pourtant apparaître des fissures dans ce bloc : pour certains, ce sera l'usure : quelque chose qui se joue dans la durée, l'épuisement d'une manière d'être et de sentir¹²⁰ ; pour d'autres, cela supposera des événements qui recadrent leur système de vie – et de sensations – comme la rencontre amoureuse ou une passion forte d'intensité suffisante ; pour d'autres enfin il faudra un « travail sur soi », pour remettre les sensations à leur place et reconstruire un équilibre.

¹²⁰ Cf. R. Castel (ed), M. Benard-Pellen, C. Bonnemain, N. Boullenger, A. Coppel, G. Leclerc, A. Ogien, M. Weinberger, *Les sorties de la toxicomanie*, Éditions Universitaires Fribourg, Suisse, 1999.

CONCLUSION : INJECTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Pour conclure ce travail, il est nécessaire de reprendre l'ensemble des déterminants contribuant au développement de cette pratique, tels qu'ils sont apparus au cours de la recherche, de manière à nous interroger sur le sens des politiques conduites en direction de ce type d'usagers. Nous savons que depuis longtemps une véritable politique de santé publique serait nécessaire pour aider ces personnes à réduire les risques attendant à leur condition. La politique dite de « réduction des risques » a abordé un volet de cette politique (accessibilité du matériel stérile) ; celle centrée sur la substitution (méthadone, Subutex®) a abordé un autre des facteurs en permettant à des usagers de limiter l'emprise des produits illicites (déplacement vers un produit licite). Or, une politique de santé publique, pour être efficace, est censée appréhender l'ensemble des déterminants d'un risque ou d'une pratique, qu'ils soient sociaux ou sanitaires, individuels ou collectifs. En esquissant le tableau des déterminants, nous pourrions voir se dessiner les enjeux et la difficulté d'une politique à destination des usagers-injecteurs.

Les déterminants de l'injection

Deux grands types de déterminants de la condition d'injecteur ont pu être mis à jour dans ce travail :

1. Les premiers relèvent de la logique même de l'injection : l'injection se nourrit à la fois de conditions individuelles (expérience et trajectoire) et sociales (système de vie et de relations). Un déplacement tend à s'opérer pour une grande partie de ces usagers depuis les cadres traditionnels d'insertion sociale (identité, reconnaissance, valorisation) vers une logique centrée sur la recherche de sensations. Ce que nous avons appelé la logique de l'injection structure (et lie très étroitement) l'organisation de l'espace et du temps (ritualisation), la gestion du corps (gestuelle, recherche d'effets immédiats) et la recherche de sensations intenses (flash) ; le système reliant tous ces éléments étant incarné par le « matos » (seringue, produits et tous supports rendant l'injection possible). Nous avons montré le déplacement vers l'intime de cette logique sociale
2. Les seconds rendent compte de la double stigmatisation sociale dont les personnes utilisant la voie intraveineuse sont victimes dans notre système sanitaire et social (déviance sociale, stigmate corporel). Elles sont confrontées dans ce contexte à des injonctions paradoxales qui les conduisent à se maintenir dans la logique de l'injection. Les usagers-injecteurs vivent d'un côté le stigmate du « toxico » engagé dans des activités illicites à « hauts risques » qui participent à leur rejet comme des fauteurs de trouble. D'un autre côté, le stigmate de l'« injecteur », c'est aussi le fait de se livrer à une pratique problématique sur le plan du schéma corporel dominant : le fait de se « charcuter » et d'introduire des produits par la voie intraveineuse viendrait enfreindre un tabou. Ils vivent tous les jours ce double rejet qui fait partie de leur expérience et contribue à resserrer la logique de l'injection, à en faire un carcan toujours plus contraignant. « Tout ce qui est héro, ça fait peur, dit Sébastien, la piqûre tout ça... T'imagines ? les gens *normaux*, déjà

qu'ils ont peur quand l'infirmière leur fait une piqûre, ils s'évanouissent... Alors un mec qui se charcute le bras, ça fait peur.» Le rapport au corps et le danger potentiel des maladies supposées (VIH) conduisent le « corps social » à tenir les « corps injectés » à distance, comme s'ils pouvaient menacer son intégrité. C'est une expérience quotidienne : « Quand l'infirmière elle vient vers moi, poursuit Sébastien, et d'un coup elle bloque, et puis elle ose plus te toucher, ou bien elle va chercher des gants tout de suite. Bon, qu'elle se protège, c'est normal, mais c'est dans la manière dont elle te regarde... dégoûtée... Tu sens bien qu'elle a peur que tu la contamines, sans même savoir si t'es malade ou pas... Mais pour elle t'es forcément malade, puisque t'es toxico.» Le passage à l'hôpital est toujours douloureux : on les assomme de tranquillisants et on les surveille plus particulièrement comme s'ils étaient des mutants ou des enfants : « Une fois qu'ils ont su que je me piquais, ils avaient vraiment le comportement avec moi qui change, comme si j'étais un enfant. Ils font l'amalgame, comme pour tout d'ailleurs, un Arabe c'est un méchant, un toxicomane c'est un voleur, c'est comme ça. »

L'approche individualisée de leur position renvoie les injecteurs à eux-mêmes (à leur petit cercle), contribue à « psychologiser » leur situation (culpabilité, honte) et à enraciner leur exclusion des circuits de droit commun. Autant d'éléments qui les exposent à l'accentuation de la dégradation et de la précarisation de leur situation, ce qui entraîne presque automatiquement une augmentation de l'exposition aux risques.

Les conditions d'une politique

À partir du moment où on a bien compris la manière dont fonctionnent la plupart des usagers de drogues utilisant l'injection, il faut être clair sur les enjeux d'une politique menée dans leur direction :

- Souhaite-t-on les aider à réduire les risques liés à leur pratique, à les rétablir dans la situation de personnes pouvant être « prises en compte », des personnes dignes d'intérêt, tant pour leur santé que pour leur réhabilitation sociale (citoyenneté) ?
- Souhaite-t-on, au contraire, « neutraliser » ces personnes, les cantonner dans un cercle dont elles ne débordent plus, en un mot les contrôler médicalement et socialement ?

L'alternative, malgré ce que l'on a pu croire avec la mise en place des politiques de réduction des risques et de substitution, est loin d'avoir été réduite ou dépassée, y compris par les programmes dits « à bas seuil » qui permettent certes de contacter des usagers très éloignés des structures d'accueil classiques et de leurs contraintes, mais qui ne peuvent pas travailler davantage les conditions sociales de la logique d'injection ou celle des sensations.

Malgré le caractère « non représentatif » de l'échantillon de personnes que nous avons rencontrées (surreprésentation des personnes en situation précaire), nous pensons qu'elles expriment des tendances structurantes de l'expérience des usagers de drogues par voie intraveineuse, d'autant plus que le maintien dans la sphère de l'injection traverse les univers sociaux.

Le constat reste problématique : il n'existe toujours pas de politique de santé publique dans leur direction, dans le sens où leur situation réelle comme population n'est pas prise en compte. La mise du Subutex® sur le marché, si elle a certainement contribué à réduire

l'incidence des pratiques illicites¹²¹, contribue aussi à la dégradation de l'équilibre, de l'état de santé et du rapport aux risques de la population des injecteurs en situation sociale fragile. Non pas qu'un tel produit ne soit pas nécessaire, mais à cause du caractère ambigu de la manière dont il a été conçu (en principe non-injectable, mais injectable tout de même, avec des effets nocifs sur la santé des usagers) et intégré dans une politique ultra-libérale de prescription ou de diffusion (faiblesse de l'accompagnement et de la politique sociale à destination des usagers).

Il est clair que les personnes qui se sont « ancrées » dans la logique de l'injection feront tout pour continuer à injecter, tant que quelque chose d'autre ne se sera pas passé dans leur vie, qui leur donne la force de s'arracher à cette attraction¹²². La substitution n'a pas d'autre effet que d'introduire de nouveaux produits à injecter ou des produits de régulation de l'injection, ce qui n'est pas rien pour les usagers fortement marginalisés n'ayant plus les moyens d'accéder aux « produits nobles ». Mais en élargissant la gamme des produits accessibles dans la rue, sans contrepartie quant aux moyens consacrés à l'insertion et au soutien social, on élargit aussi du même coup la gamme des risques (associations de produits, ouvertures nouvelles pour les pratiques d'injection avec des conditions toujours plus précaires...).

Est-ce à dire qu'une substitution à l'injection n'est pas possible en dehors de son épuisement ? Nous ne pouvons pas vraiment nous prononcer, sauf à construire des hypothèses sur la base de l'histoire de ceux qui en sont sortis, ce qui est toujours délicat.

Voici quelques pistes, néanmoins, pour terminer¹²³ :

- la première politique à l'égard de l'injection de produits psychoactifs (aujourd'hui il faut dire licites et illicites), c'est d'assurer d'une manière plus claire à cette pratique des conditions qui assurent aux personnes le minimum de dommages pour leur santé : l'accès aux seringues

¹²¹ J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano, *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, INSERM, IVS, 1999, ainsi que J. Emmanuelli, *Programmes d'échanges de seringues et réduction des risques chez les usagers de drogues dans le monde développé : état des lieux et mise en perspective*, Documents du Cesames, n° 8, janvier-avril 2001.

¹²² Cf. A. Lalande, S. Grelet, *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Approche qualitative*, OFDT, 2001. Les problématiques de substitution et de « sortie » des usagers suivis en médecine générale ne peuvent être exactement de la même nature que celles des usagers de rue ; les produits de substitution ne jouent donc pas le même rôle de « coupe-circuit » dans un cas et dans l'autre. Quand les seconds s'adressent au médecin, ils sont toujours soupçonnés de détournement : ils ne sont pas suivis médicalement et ne bénéficient pas de dispositifs de soutien et d'aide sociale. Les premiers conservent un cadre social qui leur permet d'aborder la demande de produits de substitution avec une temporalité conforme à la prescription.

¹²³ Nous ne reprenons pas ici les éléments de politique générale qui vont de soi, sur le plan des mesures destinées à assurer à un plus grand nombre de personnes des conditions décentes et valorisantes de développement, de valorisation et d'insertion sociale. Cf. à ce propos la conclusion de l'ouvrage de P. Bourgois, *En quête de respect. Le crack à New York*, Seuil, 2001 : « La toxicomanie autodestructrice est (...) le seul moyen dont disposent des gens désespérés pour intérioriser frustration, résistance et absence totale de pouvoir (...) la société dominante tirerait bénéfice à faire cesser la déperdition des compétences et la destruction du potentiel humain qui, dans les cités, affectent des contingents entiers de jeunes entrepreneurs pleins d'énergie ayant tablé sur la drogue plutôt que sur le salaire minimum. » Seule une politique de « respect mutuel » fondée sur la prise en compte des identités culturelles et le développement des ressources de base accessibles aux populations aujourd'hui défavorisées, peut – dans cette perspective – modifier l'économie générale qui constitue le terreau de l'économie parallèle et des conduites de consommation à hauts risques des produits psychoactifs.

stériles a été un premier pas ; l'accès à des produits de qualité réellement adaptés à l'injection en constituerait un second,

- le second levier pour une politique qui viserait à limiter les « conditions de passage » à l'injection qui reste, malgré tout, un des modes le plus porteur de risques, est plus complexe à penser. En effet, les processus qui participent à ce passage sont multiples ; aujourd'hui, ils se subdivisent en deux grandes catégories : la logique économique et sociale (ne pas avoir les moyens d'utiliser un autre mode pour « accéder aux sensations » que celui-là), la logique d'entraînement (fréquenter un cercle de personnes engagées dans ce rituel de consommation). On imagine bien que seule une politique globale en direction des « milieux » où se développent ces pratiques pourrait permettre d'introduire des régulations acceptables par des personnes qui, dans tous les cas, sont prises dans un mouvement de recherche de sensation. Une politique de santé publique a du mal à aborder de front ces facteurs « modérateurs » (dans l'état de notre législation) et ne peut avancer que si des « agents » insérés, dans ces milieux, assurent la promotion de pratiques de consommations où la nocivité et les risques d'abus seraient limités.

En même temps, il ne faut pas occulter que les usagers-injecteurs restés actifs, qui ont vécu une dégradation considérable de leur situation et de leurs sensations au fil de leurs années de « galère », ressentent pour la plupart le besoin d'alléger la pression, de retrouver une plus grande liberté et de réduire la pression de la logique d'injection (comme de la substitution). Mais les facteurs, les conditions qui les ont conduits à consommer (isolement, rejet, ennui, précarisation, contextes de passage du plaisir à la souffrance) ne changeant pas, comment pourraient-ils trouver les forces pour s'arracher aux déterminants de leur pratique ?

Enfin, tout au long de ce travail, il a été question de citoyenneté : comment réintroduire du droit et du respect au cœur de la prise en compte de ce public aujourd'hui largement stigmatisé. La réflexion à l'échelle européenne¹²⁴ pointe depuis près de dix ans, l'impératif de redonner une place à ces publics, et pas seulement de leur adresser des politiques spécifiques médicales ou répressives. Tant qu'ils seront indésirables dans les hôpitaux généraux, dans l'action sociale ou dans les circuits d'insertion, tant qu'ils subiront les effets du processus conjoint de précarisation et de criminalisation, en oscillant entre la rue et la prison, l'effet des actions dans leur direction restera éphémère. La prise en considération des styles de vie des personnes actuellement engagées dans ces pratiques change à elle seule déjà beaucoup de choses sur le plan des relations sociales, de la considération de soi et du rapport aux risques : c'est la principale leçon des actions de proximité (*outreach work*) engagées dans leur direction¹²⁵.

¹²⁴ R. Maier, W. de Graaf pour Utrecht (Pays-Bas) (1994), E. Nalet (dir) (1993) pour une réflexion plus globale à l'échelle européenne dans la conjoncture des années 1990.

¹²⁵ Cf. D Korf, R. Bless, E. Jacob, C. Mouglin, R. Lewis, *Outreach Work Among Drug Users in Europe*, EMCDDA, Insights, 2, 1999.

BIBLIOGRAPHIE

- BACHMANN (C.), COPPEL (A.), *Le dragon domestique*, Albin Michel, 1989.
- BECKER (H.), *Outsiders*, (A.-M.) Metailié, Paris, 1985, première édition *The free press of Glencoe*, 1963.
- BOUHNİK (P.) *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris VIII, décembre 1994.
- BOUHNİK (P.), « Le système de vie des usagers de drogues dures. Essai d'ethnosociologie compréhensive », *Revista Toxicodependencias*, ano 4, n° 3, 1998, 49-56.
- BOUHNİK (P.), COPPEL (A.) et BOULLENGER (N.), *Les réseaux d'échange sexuel et la circulation des informations en matière de sexualité chez les jeunes des quartiers à risques*, GRASS (CNRS) - ANRS, 1993.
- BOUHNİK (P.), JACOB (E.), MAILLARD (I.), TOUZE (S.), *Les années cachets. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison, polyconsommation, substitution*, RESSCOM, DGS, DAP. 2000.
- BOUHNİK (P.), JOUBERT (M.), JACOB (E.), WEINBERGER (M.), *Les toxicomanies sur cinq quartiers d'Aubervilliers. Données, interventions, pratiques et modes de vie.*, RESSCOM-ALV, 1994.
- BOUHNİK (P.), JOUBERT (M.), « Économie des pratiques toxicomaniaques et lien social », *Dépendances*, vol. 3, n° 4, décembre 1992.
- BOUHNİK (P.), TOUZE (S.), *Héroïne, Sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille, Seine-Saint-Denis*, RESSCOM, ANRS, 1996.
- BOUHNİK (P.), TOUZE (S.), « Ville, toxicomanie et prison : les usagers de drogues dures en prison face à la gestion de leur santé », *Prévenir*, Ville et santé, n° 32, premier semestre 1997.
- BOUHNİK (P.), TOUZE (S.), « Du plaisir à l'état d'urgence : santé et prise de risques chez les usagers de drogues dures concernés par le VIH », *Prévenir*, n° 28, 1^{er} semestre 1995, p. 117-128.
- BOUHNİK (P.), TOUZE (S.), « L'amplification des risques à l'ère de la substitution », dans JOUBERT (M), CHAUVIN (P), FACY (F.), RINGA (V.), Paris, Ed. INSERM, 2001.
- BOULLENGER (N.), WEINBERGER (M.), *Évaluation de la vente libre des seringues aux toxicomanes dans les officines de Seine-Saint-Denis. Approche qualitative*, ANRS-GRASS-ARCADES, octobre 1992.
- BOURDIEU (P.), *La Distinction, critique sociale du jugement*, Minuit, Paris, 1979.

- BOURGOIS (P.), *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris, le Seuil, 2001.
- BURROUGHS (W.), *Le festin nu*, Gallimard, 1984
- CASTEL (R.) (ed), BENARD-PELLEN (M.), BONNEMAIN (C.), BOULLENGER (A.), COPPEL (A.), LECLERC (G.), OGIEN (A.), WEINBERGER (M.), *Les sorties de la toxicomanie*, Éditions Universitaires, Fribourg, Suisse, 1999.
- CASTANEDA (C.), *L'herbe du diable et la petite fumée*, éditions du Soleil Noir, Paris, 1972.
- DUPREZ (D.), KIERZUNSKA (S.), « Enquête dans le quartier des Hauts-Champs à Hem », dans *L'économie souterraine de la drogue*, CNV/MSH, 1994.
- DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), *Les mondes de la drogue*, éditions Odile Jacob, 2000.
- DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), VERBEKE (A.), *Des produits aux carrières. Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants*, CNV, DGLDT, 1995.
- EHRENBERG (A.) « Un monde de funambules » (sous la direction de) in *Individus sous influence, drogues, alcool, médicaments psychotropes*, Esprit, 1998.
- EMMANUELLI (J.), *Programmes d'échanges de seringues et réduction des risques chez les usagers de drogues dans le monde développé : état des lieux et mise en perspective*, Documents du Cesames, n° 8, janvier-avril 2001.
- EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, INSERM, IVS, 1999.
- FACY (F.), *Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec échange de seringues*, DGS, 1992.
- FERNANDEZ (F.), *Les modalités de la prise de risques sanitaires chez les primo-injecteurs*, Université Toulouse le Mirail, novembre 2000.
- FRIEDMAN (S.R.), CURTIS (R.), NEAIGUS (A.), JOSE (B.), DON (C.) DES JARLAIS, *Social Networks ; Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS*, Kluwer Academic, Plenum Publishers, 1999.
- Groupe de travail sur le VIH, le Sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le Sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997.
- HUXLEY (A.), *The doors to perceptions*, Harper, New York, 1954.
- INGOLD (F.-R.), (ed), *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, IREP, AFLS, Paris, 1994.
- INGOLD (F.-R.), *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, IREP, 1996.

- INGOLD (F.-R.) et (S.), « Les effets de la libéralisation de la vente des seringues, données ethnographiques », *Rétrovirus*, T.II, n° 3, mars 1989.
- IREP, *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*. IREP, AFLS, Paris, 1994.
- JAMOULLE (M.), « Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante. Résultats d'une recherche en médecine de famille », *Psychotropes*, 1996.
- JOUBERT (M.), CHAUVIN (P.), FACY (F.), RINGA (V.), *Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001.
- KORF (D.), BLESS (R.), JACOB (E.), MOUGIN (C.), LEWIS (R.), *Outreach Work Among Drug Users in Europe*, EMCDDA, Insights, 2, 1999.
- LAPASSADE (G.), *Les États modifiés de la conscience*, Paris, PUF, 1987.
- LAPORTE (A.), PILLONEL (J.) BRUNET (J.-B.), « Les tendances de l'épidémie en France », *Revue française des Affaires sociales*, hors série, octobre 1990.
- LEARY TIMOTHY, *La politique de l'extase*, Paris, Fayard, 1979).
- LEFORT, TERNUS, *Étude sur le « crack » à la Goutte d'Or*, Association Espoir Goutte d'Or, DAS, 1998.
- LALANDE (A.), GRELET (S.), *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Approche qualitative*, OFDT, 2001.
- LERT (F.), « Épidémiologie de l'infection VIH parmi les toxicomanes », in *Transcriptase*, numéro spécial Toxicomanie et Sida, novembre 1993.
- LERT (F.), « Méthadone, Subutex® : substitution ou traitement de la dépendance ? Question en santé publique » in EHRENBURG (A.) (ed) : *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Esprit, 1998.
- LANZARINI (C.), *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, PUF, 2000.
- MAIER (R.), DE GRAAF (W.), *Gestion des risques et citoyenneté. Le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-bas*, Presses Universitaires de Nancy, 1994.
- MALET (E.) (dir), *Citoyenneté et toxicomanies. Vivre avec les toxicomanies en Europe*, Passages, 1993.
- MCAMMOND (D.), *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, mars 1997.
- MEDECINS DU MONDE : *Évaluation des quatre programmes méthadone de Médecins du Monde*, Paris - Bayonne, - Strasbourg - Marseille, INSERM U 302, 1997.
- MERTON (R.-K.), *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon, 1965.

- NEAGUS (A.) *et al.*, « Trends in the Non-Injected Use of Heroin and Factors Associated with the Transition to Injecting », in INCIARDI (J.), HARRISON (L.D.) (dir), *Heroin in the age of Crack Cocaine*, Thousand Oaks, Sage, p. 131-159, cité par ROY (E.) *et al.*
- OFDT, *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, 1999.
- OFDT, *Tendances récentes. Rapport TREND*, mars 2000.
- PRYEN (S.), « Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmatisme pour la légitimation d'une pratique indigne », *Sociétés contemporaines*, 1998.
- QUEDRUS (S.), *Un Maquis Techno*, Coll. Musique et Société, IRMA éd., Paris, 2000.
- Réseau juridique canadien VIH/Sida, *L'injection de drogue et le VIH/Sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999.
- RICOEUR (P.), « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement*, série Mutations, n° 142, février 1994, « Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées ».
- ROY (E.), NONN (E.), HALEY (N.), « L'injection de drogues chez les jeunes de la rue », in BRISSON (P.) (dir), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III, Gaëtan Morin éditeur, 2000.
- SAINT-DIZIER (F.), *Usages intraveineux. Anthropologie d'apprentissage à partir d'histoires individuelles*. Actes de la journée du 26 novembre 1998, « Les jeunes injecteurs et les modes d'apprentissage de l'intraveineuse. Quelle prévention ? » *Graphiti*, Toulouse.
- SAUNDERS (N.), *E comme Ecstasy*, Paris, Les éditions. du Léopard, 1996.
- SETBON (M.), *Pouvoirs contre le Sida*, Seuil, 1993.
- STIMSON (G.), DON (C.) DES JARLAIS, BALL (A.) (eds), *Drug Injecting and HIV Infection*, World Health Organization, UCL Press, 1998.
- TITRAN (M.), La compétence contre l'exclusion : l'expérience du CAMPS de Roubaix, *Ville et Santé*, CFES, 1995.
- TOUZEAU(D.), JACQUOT (C.), *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Paris, Anette, 1997.
- WEBER (M.), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964 ; – *Économie et Société*, Paris, Plon, 1971.
- WINNICOTT (D.W.), *Jeu et réalité*, Gallimard, 1971.
- XIBERRAS (M.), *La société intoxiquée*, Méridien Klincksieck, 1987.
- ZINBERG NORMAN (E.), *Drug, Set and Setting. The basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, 1984.
- ZULE (W.A.), VOGTSBERGER (K.N.), DESMOND (D.P.), « The Intravenous Injection of Illicit Drugs and Needle Sharing : an Historical Perspective », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 29, 1997, n° 2, p. 199-204.

OFDT**Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

105 rue La Fayette

75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : ofdt@ofdt.fr

Site web : www.drogues.gouv.fr

RESSCOM**Recherches et évaluations
sociologiques sur le social,
la santé et les actions
communautaires**

40, rue de Malte, 75 011 Paris

Tél. : 01.43.55.79.48

Fax : 01.43.55.79.73

e-mail : resscom@wanadoo.fr

<http://www.resscom.org>

ISBN : 2-11-092878-6