

## **IREP**

Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance  
Laboratoire Associé au CREDA de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales

45, rue des Saints-Pères  
75270 PARIS CEDEX 06

Tél. : 33 (1) 46 07 10 29

Fax : 33 (1) 46 07 11 29

# **ACTION NATIONALE EAU DE JAVEL**

**Septembre 1994**

**Action financée par l'Agence Française de  
Lutte contre le Sida, Ministère des Affaires  
Sociales, de la Santé et de la Ville.**

Équipe de recherche

Rodolphe Ingold,  
Directeur scientifique (IREP)

Mohamed Toussirt,  
Sociologue (IREP)

Suzanne Cagliero,  
Sociologue (IREP)

Claude Jacob  
(Intersecteur des Pharmacodépendances de la Moselle)

Équipe de terrain

Marianne Goldfarb, enquêtrice (IREP)

Mohamed Rebihi, enquêteur (IREP)

Lounès Oumouchi (Espace Intégration Normandie)

Paul De Maximi, enquêteur stagiaire (IREP)

Équipe technique

Carole Gamin, secrétaire (IREP)

Luc Dewalke, agent de prévention (IREP)

Avec la contribution de :

Karim Abboub; Guy Bernard Aboulin; Soraya Ayouch; Delphine Barbotin; Michel Benezech; Evelyne Bensousson; Laurent Bizzarri; Dominique Bonnin; Michel Bouchet; Nathalie Canis; Philippe Chabot; Françoise Chatigny; Paola Cicagna; Joëlle Claret; François Claval; Didier Cottet; Yolande Council; Jean Dagon; Jean René Dard; Daniel De Bovadilla; Jean Jacques Deluchey; Daniel Djelidi; Patricia Echeverría; Sad Eddine; Alain Edwige; Xavier Espinasse; Pascale Faust; Armand Foschia; Manon Fournerie; Lisadie Fournier; Marlène Gagliardi; François Gandelot; Alain Gehant; Valérie Gilbert; Gisèle Gillet; Francis Grandjean; Patrick Grégoire; Guy Hengen; Véronique Henry; Catherine Hernandez; Isabelle Hild; Philippe Hivert; Hélène Humblot; Philippe Idaszekk; Christian Ilié; Sylvie Ingouf; Monique Isambart; Christophe Jean Elie; Matthieu Jeanneteau; Claude Jouven; Jean Pierre L'homme; Gilles Lacroix; Philippe Lagomanzini; Christine Landais; Danièle Ledit; Annick Lefebvre; Xavier Legal; Elisabeth Longueville; Areski Lounis; Franck Machy; Anne Marrec; Odile Maurin; Isabelle Mermier; Gilles Moncoudiole; Margarita Morales; Alain Oddou; Brigitte Parent; Elisabeth Penide; Jean Michel Perrin; Perlette Petit; Max Pichon; Luca Ramacciotti; Sylvie Ray; Kirsten Riberholdt; Suzy Ronel; Céline Rousseau; Lamine Saci; René Scichilone; Christophe Schmitt; Malika Tagounit; Valérie Tallon; Bruno Tanche; Michèle Thebault; Solange Touchon; Céline Trentarossi; Christian Trowant; Michel Vivet; Catherine Ziskind; Bernard Wojciechowski.

Nous remercions plus particulièrement : M. Wayne Wiebel, chercheur à l'University of Illinois à Chicago, et Mme Annie Roucolle, chargé de mission à l'Agence Française de Lutte contre le Sida.

## SOMMAIRE

	page
INTRODUCTION . . . . .	7
1. LA RÉDUCTION DES RISQUES . . . . .	8
1.1. Historique . . . . .	8
1.2. Rappel des hypothèses générales . . . . .	13
1.3. Évolution du message . . . . .	14
1.3.1. Modification de la notice d'utilisation . . . . .	15
1.3.2. Apport d'un groupe d'usagers . . . . .	16
1.4. Analyse des résistances . . . . .	17
1.5. L'efficacité de l'eau de Javel . . . . .	22
1.6. Les expériences étrangères . . . . .	25
2. L'ACTION DE TERRAIN A PARIS . . . . .	27
2.1. Description de l'action . . . . .	28
2.1.1. La distribution des fournitures . . . . .	30
2.2. L'action de terrain à la porte de la Chapelle . . . . .	31
2.3. L'action de terrain à Strasbourg-Saint-Denis . . . . .	33
3. RECHERCHE DE RELAIS POUR UNE DIFFUSION DU MESSAGE . . . . .	35
3.1. La recherche de relais dans Paris . . . . .	35
3.1.1. L'action de prévention à La Boutique . . . . .	36
3.1.2. L'action de La Terrasse . . . . .	37
3.1.3. L'action menée en collaboration avec le bus d'échange de seringues de Médecins du Monde . . . . .	39
3.2. La recherche de relais en Île de France . . . . .	40
3.2.1. Le projet de prévention du Réseau ville hôpital de Melun . . . . .	41
3.3. La recherche de relais en province . . . . .	43
3.3.1. La Moselle . . . . .	47

4.	ACTION DE COMMUNICATION . . . . .	51
4.1.	Participation aux colloques et séminaires . . . . .	51
4.2.	Formation d'éducateurs . . . . .	53
4.3.	Les médias . . . . .	54
5.	DISCUSSION . . . . .	55
5.1.	La diffusion du message . . . . .	55
5.2.	L'intégration du message dans les pratiques de prévention . . . . .	56
5.3.	L'utilisation de l'eau de Javel par les usagers . .	57
5.4.	L'hépatite C . . . . .	59
5.5.	La stratégie de communication . . . . .	60
	CONCLUSION . . . . .	62
	BIBLIOGRAPHIE . . . . .	64

Nous présentons ci-après le bilan de notre action de communication eau de Javel, laquelle a débuté au mois de janvier 1993 et s'est achevée à la fin de l'été 1994. Cette action de communication a eu trois composantes principales: ❶ une action de terrain à Paris, directement menée auprès des usagers, au niveau de la rue; ❷ une action de contact et de recherche de relais, de façon à ce que les équipes socio-sanitaires et de prévention, spécialisées ou non, puissent s'emparer de l'outil eau de Javel et l'intégrer dans l'ensemble de leurs actions préventives et/ou soignantes; ❸ une action de communication au sens propre du terme, consistant en une action de large diffusion des informations, réflexions et travaux de recherche relatifs à l'emploi de cet outil et, plus généralement, au thème de la réduction des risques.

## 1. La réduction des risques

La décision de libéraliser la vente de seringues dans les officines pharmaceutiques avait pour objectif de réduire le partage de la seringue chez les utilisateurs: elle partait de l'hypothèse selon laquelle les toxicomanes pourraient être sensibles à une campagne de prévention et qu'ils seraient capables de modifier leurs comportements dans le sens d'une réduction des pratiques à risque.

Cette décision du ministère de la Santé reste l'élément central de la prévention du sida en milieu toxicomane. Mais si nous misons sur l'intelligence des sujets concernés, nous ne pouvons pas leur épargner toute information sur la transmission du et des virus. L'utilisation de l'eau de Javel s'inscrit dans cette logique et notre action est basée sur une stratégie de communication qui vise à informer les sujets, en leur donnant les moyens concrets et immédiats de modifier leurs comportements, afin qu'ils puissent évaluer les risques qu'ils courent et adopter les pratiques qui tendent à les réduire dans toutes circonstances.

### 1.1. Historique

En 1988, l'IREP a mené une étude ethnographique afin d'évaluer la mesure de libéralisation de la vente des seringues, ceci à partir de cinq sites: Paris et la banlieue, Bordeaux, Marseille et Metz. Cette étude a montré que les toxicomanes avaient progressivement modifié leurs pratiques dans le sens d'une limitation du partage des seringues. Une petite majorité d'entre-eux (52%) avait abandonné tout partage du matériel d'injection. Par ailleurs nous avons également mis en évidence que les toxicomanes, dans leur ensemble, avaient été rapidement

informés de cette mesure.

Deux ans plus tard, nous avons mené une seconde étude afin de suivre les changements de comportement. Cette étude, comme la première, a été menée selon une méthode ethnographique et à partir de trois sites: Paris, Marseille et Metz. Nous avons utilisé la même méthode qu'en 1988, à la différence près que les questions relatives à la sexualité et à la prostitution ont été plus approfondies. Le travail ethnographique s'est principalement déroulé au niveau de sites de rue. De plus, trois centres de soins ont participé au recueil de données dans les trois sites: les intersecteurs spécialisés de Marseille et de Metz, l'association Charonne à Paris. Au total notre recueil de données a concerné 359 sujets: 156 à Paris, 110 à Marseille et 93 à Metz.

Ces deux études montrent que tous les sujets ou presque (98%), savent que les seringues sont en vente libre dans les pharmacies et que la plupart d'entre eux (84%) estiment être bien informés, d'une façon générale, sur les modes de transmission du virus. Mais ces déclarations doivent être nuancées: très souvent, les sujets disposent d'informations contradictoires ou confuses, tout spécialement pour ce qui concerne le nettoyage des seringues et leur désinfection.

La grande majorité des sujets (82%) a effectué un test de dépistage (78% en 1988) mais, pour certains d'entre-eux, le dernier test remonte à une année ou davantage. On peut donc estimer que le statut sérologique des sujets est incertain dans 36,5% des cas (17,5% ne l'ont jamais effectué et 19% testés il y a plus d'un an). En 1988, la proportion des sujets à statut sérologique incertain n'était que de 29%. Cependant des différences sont à noter entre chaque grande ville, la proportion de sujets contaminés et malades étant plus importante à Marseille (33%) ainsi qu'à Paris (29%) et moins importante à Metz (20%).

Parmi la nouvelle génération des toxicomanes, c'est-à-dire ceux

dont les pratiques d'injection sont postérieures à 1987, ces changements de pratiques se traduisent par un taux beaucoup plus faible de sujets contaminés: 2% au lieu de 28% pour l'ensemble.

Les sujets, dans leur très grande majorité (95%), achètent leurs seringues dans les officines pharmaceutiques (88% en 1988) et la tendance au non partage des seringues se confirme: 67% (52% en 1988) des sujets disent n'utiliser que des seringues personnelles, les acheter en pharmacie et ne jamais les partager. Ce changement de comportement s'est principalement produit après 1987. Ces deux études montrent, globalement, que les toxicomanes dans leur ensemble ont conscience des risques de transmission du HIV par la seringue et que le non partage de la seringue tend à devenir la norme.

Cependant, dans la plupart des cas, les sujets utilisent une seringue neuve deux à trois fois et même plus (77%), puis la jettent; cette même proportion était de 73% en 1988.

#### USAGE UNIQUE/MULTIPLE DES SERINGUES

Nb de fois	88	90-91
1	27%	23%
2	11%	24%
3	17%	23%
4 et +	45%	30%
TOTAL	100%	100%

N = 280

N = 321

Malgré l'évolution des comportements il s'avère que certaines pratiques sont restées inchangées: globalement les trois quarts de toxicomanes réutilisent leurs seringues en 88 comme en 91. Rares sont ceux pour qui une injection égale une seringue neuve. Pour nombre des toxicomanes une seringue reste neuve tant qu'elle n'est pas usée. Exemple: nous demandons à un toxicomane combien de fois il utilisait sa seringue, il nous répond: « pour moi la seringue est comme le rasoir jetable, je peux l'utiliser une fois, ou plusieurs fois si je ne dispose pas d'une neuve ».

Ainsi, nous constatons que les usagers continuent à avoir des pratiques à risque. Pour ces derniers, le partage de la seringue, la réutilisation de seringues usagées, l'emploi d'eau potentiellement souillée sont des pratiques qui subsistent, tout particulièrement lorsque les sujets consomment leurs drogues dans des conditions de grande précarité: la rue et les squats. Qui plus est, ceci se produit dans un contexte global où les sujets ne savent pas comment nettoyer une seringue, des pratiques le plus souvent inefficaces sont utilisées: rinçage à l'eau, au jus de citron, au parfum... Quant à l'emploi d'eau de Javel, il reste une pratique limitée et peu de sujets pensent à l'utiliser.

La réutilisation des seringues, la désinformation en ce qui concerne le nettoyage et la décontamination des seringues usagées, le maintien des pratiques à risque dans des circonstances particulières et des moments de haute vulnérabilité sont des constats qui ont démontré que la mise à disposition de seringues neuves ne pouvait pas être à soi toute seule une mesure de prévention suffisante. A partir de ces constats, nous avons eu l'idée de tester l'instrument eau de Javel dont nous pensions au départ qu'il n'était valable que pour les pays où les seringues n'étaient pas en vente libre. Nous avons ainsi proposé à l'Agence Française de Lutte contre le Sida de mener une opération de prévention qui viendrait compléter ce dispositif.

Cette recherche-action a commencé en janvier 1992 et s'est achevée en janvier 1993. La distribution du matériel de prévention (eau de Javel, préservatifs et eau) a d'abord été centrée sur Pigalle et Montmartre avant d'être étendue à plusieurs quartiers du dix-huitième arrondissement, notamment la Goutte d'Or. Nous avons ensuite procédé à un recueil de données et avons vérifié que l'utilisation de l'eau de Javel pour la décontamination du matériel d'injection correspondait à une nécessité préventive chez les toxicomanes. Les toxicomanes nous demandaient de l'eau de Javel.

Le succès que cette opération a rencontré auprès des usagers nous a convaincus de l'intérêt qu'il y avait à promouvoir cet instrument. L'Agence Française de Lutte contre le Sida nous a donc demandé d'élaborer, dès le mois de janvier 1993, un plan de travail pour une campagne nationale dans laquelle nous nous sommes immédiatement engagés.

Malheureusement, les engagements de l'Agence Française de Lutte contre le Sida ont tardé à se concrétiser. Une longue période de marasme a caractérisé le premier semestre 1993 jusqu'au moment où l'Agence a décidé de soutenir notre action. Pendant cette période le travail de terrain que nous avons engagé a été maintenu, de même que la distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel. Par ailleurs nous avons répondu aux sollicitations de la presse écrite et audio-visuelle, ce qui a largement contribué à la diffusion du message eau de Javel et nous a permis de vérifier l'impact très important que pouvait avoir la presse sur le degré d'information des toxicomanes: bien des sujets que nous avons rencontrés à cette époque avaient eu connaissance de notre action en lisant les journaux, en regardant la télévision ou par la radio. Cependant cette période de six mois de promesses répétitives et d'incertitudes a opéré comme un handicap fondamental alors même que tout une dynamique avait été mise en place et rendait possible une action d'envergure nationale.

## 1. 2. Rappel des hypothèses générales

L'hypothèse principale est que les toxicomanes sont capables de modifier leurs comportements à risque. Ils sont demandeurs de prévention. Ils ne se situent pas de façon indifférente par rapport au sida. Le risque d'être contaminé par le HIV est perçu comme un risque bien plus redoutable que celui de l'hépatite ou celui de la surdose. Cette demande de prévention passe, pour eux, par l'exigence de connaître tous les moyens de prévention disponibles, de la même façon que la demande de soins passe par le degré le plus élevé possible de connaissance par rapport aux traitements actuels. Ils cherchent à savoir, par exemple, ce que signifie tel nombre de T4 ou tel protocole thérapeutique. Ils veulent être informés. Il faut donc qu'ils puissent avoir à leur disposition tous les outils de prévention.

Notre action de communication a privilégié trois dimensions principales: ❶ un message sans équivoque et neutre sur le plan moral; ❷ un moyen concret (la distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel) permettant aux usagers d'intégrer immédiatement une nouvelle pratique et ❸ un contact direct avec les usagers.

❶ Notre message est simple: voilà un produit que vous connaissez, utilisez le chaque fois qu'il y a réutilisation des seringues, il vous évitera de vous contaminer et de contaminer les autres. C'est une option de réduction des risques en l'absence de seringue neuve.

❷ Il s'articule autour d'un concept central: l'eau de Javel, un puissant désinfectant, économique et disponible partout. Nous avons choisi ce produit parce que son utilisation était déjà éprouvée aux États Unis et autres pays; parce que son image de marque était largement positive et associée à l'hygiène de base; et, finalement, parce nous pouvions maîtriser ce produit et formuler avec lui un message unique.

En outre, l'eau de Javel, même à faible concentration, se positionne comme le plus efficace et le plus rapide des

désinfectants. Elle a à la fois une activité bactéricide, virucide, fongicide et sporicide. C'est le désinfectant auquel aucun germe connu ne résiste.

③ Le contact direct avec les toxicomanes et les rencontres fréquentes avec les mêmes sujets nous ont permis d'adapter constamment notre message. La mise au point de la stratégie de communication se réalise alors surtout dans notre contact avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et les personnes qui gravitent autour d'eux. Dans ce dialogue nous cherchons à connaître la perception des risques de contamination du HIV chez les usagers de drogues eux-mêmes. Ceci a pour objectif de mettre au point un message susceptible de modifier cette perception en les rendant capables de devenir des acteurs de leur propre santé.

### 1.3. Évolution du message

Nos contacts avec les différents acteurs intervenant dans le champ de la toxicomanie étaient alors accessoires, subordonnés à l'objectif principal: celui de construire un message avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et directement destiné à ce groupe.

Actuellement, il s'agit toujours de faire connaître aux consommateurs de drogues le procédé de décontamination des seringues avec de l'eau de Javel. Mais, afin d'élargir le champ de communication, nous cherchons des relais pour diffuser le message parmi les professionnels de la santé et les intervenants en toxicomanie.

Notre message a été construit dans un dialogue avec un interlocuteur privilégié (les destinataires du message). Il doit maintenant être accepté et assimilé par un tiers pour être ensuite retransmis. Nous nous trouvons donc face à deux interlocuteurs: le destinataire du message et un possible relais. Dans le dialogue avec ce deuxième partenaire nous avons

été confrontés à des réactions dissemblables voire opposées: de la franche adhésion à la suspicion pointilleuse.

Au cours de ces échanges, le message évolue naturellement tout en conservant ce qui l'a rendu facilement assimilable dans les milieux des usagers de drogues par voie intraveineuse.

### 1.3.1. Modification de la notice d'utilisation

En 1992, lors de notre recherche-action, nous avons délibérément élargi le message préventif à l'ensemble des pathologies infectieuses, de la même façon que nous avons élargi la cible des usagers de drogues par voie intraveineuse à l'ensemble des usagers de drogues et de leurs partenaires.

Le bien-fondé de cette attitude s'est trouvé renforcé par les constatations de l'équipe de Metz: selon une étude menée de 1990 à 1992 sur des toxicomanes hospitalisés dans le Centre Hospitalier Spécialisé de Jury-lès-Metz (N = 184), la séroprévalence HIV a régulièrement baissé (15% en 1990, 8% en 1992), tandis que les séroprévalences VHB et VHC étaient nettement supérieures (respectivement 46% et 71% en 1991). Le nombre de toxicomanes contaminés par le virus de l'hépatite C augmentant, il convenait d'élargir le message de prévention du sida à toutes les maladies virales. Le chlore est un désinfectant puissant. Le procédé de décontamination avec de l'eau de Javel est donc valable aussi pour prévenir la transmission d'autres virus, tels ceux des hépatites B et C. Ce message de prévention plus large a été introduit dans la documentation.

Les questions posées par nos correspondants, ainsi qu'un certain nombre de débats parmi les spécialistes, nous ont également conduits à préciser encore notre message. Nous avons insisté sur une étape dans la description du procédé de décontamination: la seringue doit être nettoyée de la façon la plus soignée possible, avant même l'étape de la décontamination, ceci afin d'éliminer autant que faire se peut les résidus sanguins qui

pourraient se trouver dans le corps de la seringue, condition nécessaire à la bonne efficacité de l'eau de Javel. Enfin, pour ce qui concerne la durée de contact eau de Javel - seringue, nous avons préconisé un temps minimum d'une minute, soit le temps nécessaire à deux rinçages lents.

La procédure suivante est donc recommandée : ① un premier nettoyage soigneux à l'eau ou à l'eau savonneuse, en secouant la seringue si besoin, de façon à éliminer le plus possible les débris sanguins qui pourraient s'y trouver; ② deux rinçages successifs, lents, en remplissant totalement le corps de la seringue avec de l'eau de Javel à concentration ordinaire, celle-ci devant rester dans la seringue pendant une minute au moins pendant toute la durée de l'opération; ③ deux rinçages à l'eau afin d'éliminer l'eau de Javel résiduelle.

Nous avons modifié la notice d'utilisation à partir de ces idées et nous l'avons reproduit sur une affiche. Au départ, nous avons pris contact avec un groupe d'artistes et de spécialistes de la communication afin de réaliser cette affiche. Cependant, le projet n'a pas abouti. Toutes les maquettes qui nous ont été proposées avaient au moins un des défauts suivants: ① la moralisation ou la dramatisation du message, ② l'imprécision du message; ③ le renvoi au toxicomane d'une image très négative de lui même. C'est pourquoi nous avons opté pour la simple reproduction de la notice d'utilisation, choix qui avait l'avantage de situer l'eau de Javel dans un discours strictement technique. Cette affiche a été très largement distribuée dans les centres de soins et d'accueil, ainsi qu'à tous nos partenaires.

### 1.3.2. Apport d'un groupe d'usagers

Nous avons également rencontré un groupe d'usagers: Asud. Notre interaction avec eux a été initialement difficile, puis très constructive. Il a d'abord fallu convaincre nos partenaires toxicomanes de la pertinence du message lui-même. Ensuite il a

fallu discuter de la stratégie elle-même de la diffusion du message par Asud. Ce travail nous a permis de mieux comprendre, à notre tour, la position des « toxicomanes substitués » et Asud. Dans son journal, Asud s'est exprimé sur la question de la décontamination des seringues à la suite d'un long échange d'informations avec notre équipe. Il s'agit là d'un point très important, venant concrétiser cette idée selon laquelle notre intervention passe bien par une alliance avec les usagers.

Notre collaboration avec ce groupe d'usagers s'est renforcée et évoluée très favorablement: nous avons trouvé parmi ces derniers des interlocuteurs intéressés par le message eau de Javel et disposés à agir comme relais dans notre action, notamment en province.

#### 1.4. Analyse des résistances

L'opération eau de Javel se déroule dans un contexte où l'absence de données récentes relatives aux attitudes et comportements des toxicomanes face aux risques de contamination joue un rôle central. Le risque sida est vu comme un risque total dans le cadre d'une épidémie où l'on ne saurait rien de l'émergence nombreuse ou non de nouveaux cas ainsi que des réponses apportées par les principaux concernés. Cette absence de données récentes permet aux intervenants de mal se situer eux-mêmes devant le risque auquel est confronté l'utilisateur. Le risque en question, qu'il soit vu comme omniprésent, lié à la pratique elle-même de l'injection, ou, au contraire, qu'il soit plutôt nié, confondu avec la maladie elle-même, reste un risque mal mesurable, difficilement rattaché aux pratiques actuelles et réelles des usagers.

Ceci est à rapprocher du statut d'exclu social des usagers de drogues illicites: les risques de transmission du HIV apparaissent comme dominés par la précarité des conditions de vie et d'hygiène des usagers. Les états de détresse, la misère économique, la difficulté de l'accès aux soins, la discontinuité

des prises en charge sanitaires sont autant d'éléments qui fragilisent l'adoption des pratiques de réduction des risques. Ne rien savoir, ne rien connaître, subsistent comme des nécessités sociales impérieuses. Le toxicomane est perçu, non comme malade, mais comme malade potentiel. Concevoir que des actions de nature sociale, menées auprès de ces usagers, puissent avoir un certain intérêt collectif reste encore hors de portée pour nombre de décideurs et d'intervenants locaux.

Cette carence est à l'origine d'une difficulté pour les intervenants en général: celle d'une impossibilité à situer le risque de contamination dans sa juste mesure, du partage direct de la seringue entre usagers jusqu'aux utilisations dangereuses de l'eau, en passant par le risque de type accidentel.

Les risques de contamination, que ce soit par voie sexuelle ou sanguine, n'étant pas clairement identifiés, font l'objet de constructions fantasmatiques qui s'opposent directement à la philosophie de la réduction des risques. La notion de risque perd toute signification objective: le risque est vu comme susceptible d'être totalement supprimé et tous les moyens doivent être déployés à cette fin, à commencer par la distribution de méthadone et par celle de seringues neuves. Ou bien, au contraire, le risque est vu comme inhérent à la consommation de drogues et, partant, non négociable. Un profond malaise est la part commune des intervenants qui cernent mal la place possible de leurs interventions et ses limites. D'une certaine façon, nous retrouvons ici, avec le sida, un discours conflictuel, comparable à celui qui a pu exister pour l'hépatite il y a une quinzaine d'années: intervenir ou ne pas intervenir, comment, dans quelles limites et avec quels instruments?

Cette objectivation insuffisante des risques de contamination est à l'origine d'une compréhension limitée de ce que peut représenter une palette d'instruments de prévention et, surtout, d'une hiérarchie des risques entre-eux. La complémentarité naturelle des moyens et des actions de prévention reste mal perçue.

Un certain nombre des partenaires contactés -qu'ils soient travailleurs sociaux ou cliniciens- ont donc manifesté une certaine forme de résistance par rapport au message eau de Javel. Plusieurs sortes d'arguments nous ont été présentés.

❶ L'idée selon laquelle la stratégie eau de Javel peut se comprendre dans les pays où, précisément, les seringues ne sont pas en vente libre. Mais qu'en France, du fait de la libéralisation de cette vente, cette stratégie n'est pas indispensable.

❷ L'idée selon laquelle l'utilisation de l'eau de Javel est d'une efficacité incertaine dans le cas de la décontamination des seringues et que, par conséquent, elle ne doit pas être proposée aux toxicomanes comme alternative à l'emploi d'une seringue neuve ou « personnelle ».

❸ L'idée selon laquelle l'emploi de l'eau de Javel ne convient, en réalité, qu'aux « toxicomanes de rue » -ceux qui galèrent- et que, au contraire, les toxicomanes « en appartement » ont déjà bien saisi la nécessité de se protéger en utilisant des seringues neuves. Dans le sens inverse, l'idée selon laquelle l'eau de Javel ne convient qu'aux toxicomanes en appartement, dans la mesure où ils disposent du temps nécessaire pour bien décontaminer leurs seringues.

❹ D'autres idées ont pu être avancées afin de ne pas adhérer à ce message. La crainte, par exemple, que les toxicomanes puissent s'injecter accidentellement de l'eau de Javel ou bien qu'ils utilisent un produit périmé.

Il a fallu alors expliquer les principes mêmes de cette action:

❶ qu'elle se fonde sur le constat d'une pratique à risque qui est celle de la réutilisation des seringues par environ 75% des toxicomanes;

② que nous nous situons sur le registre de la réduction des risques et non pas sur celui de leur éradication;

③ qu'il ne s'agit pas de « toxicomanes de rue » et de « toxicomanes d'appartement », mais qu'il s'agit de situations à risque. Ces situations étant associées à des circonstances particulières (prise de drogues dans la rue et dans des squats) ainsi qu'à des moments de haute vulnérabilité des sujets. Dès lors, ces situations peuvent être partagées par nombre de toxicomanes, indépendamment de leur style habituel de vie ou de leur milieu social d'origine;

④ enfin, que les meilleures chances de la prévention passent par une hypothèse générale consistant à miser sur l'intelligence et l'autonomie des sujets ainsi que sur leur capacité à se situer eux-mêmes devant un risque donné.

C'est bien là, en définitive, que les différentes positions de résistance s'articulent: « On s'étonne qu'une mesure de promotion de la désinfection des matériels simple, peu coûteuse, efficace rencontre aussi peu d'alliés. Cet étonnement est ici feint, car nous avons la réponse à cette question. Ces mesures feraient du toxicomane un acteur, le seul acteur de ses alliances. Régulant à son gré son désir d'alliance avec le virus, il serait le seul à utiliser la force que représente potentiellement la menace. Il n'aurait besoin de personne. Il ne pousserait les intérêts de personne. Il ne serait supplétif d'aucune guerre, Harki d'aucune colonisation. Même le recours à des programmes d'échange de seringues, contient un reste de maîtrise, il se maintient, alors, qu'une seringue initialement stérile peut parfaitement être contaminée après trois ou quatre utilisations, alors que 98% des approvisionnements se font en pharmacie, alors que ce modèle nécessiterait l'utilisation par un seul toxicomane de 1500 seringues par an. La désinfection auto-gérée, auto-organisée, ne porte en rien atteinte, dans sa mise en place, aux comportements des toxicomanes. C'est là, et là seul, qu'il faut trouver le peu d'empressement des autres acteurs pour cette mesure ». (Claude Jacob)

Parmi les cliniciens surtout, médecins et psychologues, les réticences peuvent être liées aux points suivants: ❶ une relative ignorance des modes de vie effectifs des usagers de drogues; ❷ une difficulté à situer l'intervention préventive dans le cadre d'une relation thérapeutique: où, quand, par qui?; ❸ une tendance, dans le cadre de la relation clinique, à ne pas vouloir intervenir dans la vie du sujet: de la même façon que le clinicien ne va pas au devant du toxicomane pour l'amener à se désintoxiquer, il peut -non sans raisons- ne pas vouloir se mêler du mode de consommation des drogues de son patient.

Pour les cliniciens, enfin, se pose le problème de l'intervention préventive elle-même et de sa place dans la relation thérapeutique. Pour certains, très peu nombreux, l'intervention préventive elle-même doit être déléguée à d'autres, mieux placés pour cela, les travailleurs sociaux, les éducateurs ou les spécialistes par exemple: il s'agit de ne pas parasiter la relation clinique par un discours sur le mode d'emploi des drogues. Pour d'autres, l'intervention préventive ne peut se situer n'importe quand dans la relation, elle a besoin d'un temps et d'une place particuliers -lors de la première rencontre par exemple-. Pour d'autres, au contraire, l'intervention préventive ne se conçoit pas comme un moment particulier, elle fait partie de la relation thérapeutique: c'est à l'occasion des échanges que le discours préventif se construira et trouvera sa place.

Quoi qu'il en soit de l'option des cliniciens, il s'est avéré qu'ils n'ont pu utiliser le message eau de Javel qu'après en avoir fait l'essai -de façon effective- au moins une fois. C'est alors qu'ils ont pu se rendre compte -notamment lors des premières rencontres- que ce message -ou cet échange- devenaient l'occasion, pour le toxicomane, de se présenter ou même d'annoncer telle ou telle caractéristique de sa vie ou de ses difficultés.

Ces réticences et ces résistances, le plus souvent, ont pu être

aménagées et négociées. C'est ainsi, par exemple, qu'une équipe soignante a pu s'engager de façon progressive dans l'action eau de Javel, en observant les étapes suivantes: ① reconnaissance du bien-fondé de l'outil eau de Javel à partir de cette notion selon laquelle le nettoyage des seringues et celui de la peau permet d'éviter le risque d'injections septiques; ② mise à disposition, dans la salle d'attente, de fioles vides et de la notice d'utilisation; ③ utilisation de fioles pleines; ④ constat que les fioles, depuis qu'elles étaient pleines, étaient d'avantage emportées par les clients.

### 1.5. L'efficacité de l'eau de Javel

Parmi les différents produits désinfectants (éthanol et propanol, polyvidone iodée, formaldéhyde, glutaraldéhyde et peroxyde d'hydrogène) les dérivés chlorés sont considérés comme les plus efficaces, les plus accessibles et les moins coûteux.

Les études que nous avons recensées sont unanimes pour souligner l'efficacité de l'eau de Javel sur tous les agents infectieux, sans exception, y compris bien entendu le HIV qui est un virus particulièrement fragile. Pour ce qui concerne ce dernier virus, rappelons qu'il est peu sensible à des procédés physiques comme les rayons UV ou gamma, mais qu'il est rapidement détruit par la chaleur (en 30 minutes à 56°C.). Dans le milieu extérieur, il survit longtemps en solution aqueuse (15 jours à 23-27°C.); son inactivation après dessiccation est complète en 3 à 7 jours à température ambiante.

Il a été établi, enfin, que le HIV était inactivé en 15 minutes par une solution à 0,1% d'hypochlorite de sodium et en 1 minute par une solution à 1%, c'est-à-dire pour des solutions largement inférieures à celles de l'eau de Javel standard vendue dans le commerce (3,65%). Mais ceci ne vaut que pour la désinfection des surfaces et il en va autrement pour ce qui est des instruments en général et des seringues en particulier.

Pour les instruments en général, une procédure de désinfection doit impérativement comporter deux phases: un nettoyage rigoureux avec une décontamination initiale puis, après un rinçage soigneux, une désinfection proprement dite. Gilles Brücker précise en effet: « ainsi, ce n'est pas tant le HIV qui pose problème vis-à-vis de la qualité de la désinfection -virus fragile, aisément et rapidement inactivé- que le VHB, les mycobactéries (tuberculose et atypiques) et particulièrement les cryptosporidies qui sont plus résistantes. La durée de la phase de désinfection ne doit pas être réduite, la concentration du produit doit être respectée, la date de péremption de la solution affichée; mais, avant toute chose, le nettoyage rigoureux du matériel est une nécessité absolue ». La circulaire du ministère de la Santé (DGS/DM n° 23 du 3 août 1989) va dans le même sens.

Ainsi, pour ce qui concerne les seringues utilisées et réutilisées par les toxicomanes, nous nous trouvons dans le cas général des instruments, c'est-à-dire que les procédures pour une décontamination efficace sont bien plus exigeantes que pour une surface ordinaire. Qui plus est, les seringues dites jetables n'ont jamais été conçues pour leur réutilisation et encore moins pour leur nettoyage. Il nous faut donc bien considérer l'ensemble des limites possibles de l'utilisation de l'eau de Javel. Dans le même sens, il convient de rappeler le mode d'emploi effectif des seringues par les toxicomanes: une fois qu'ils estiment « être dans la veine », ils aspirent un peu de sang dans le corps de la seringue pour vérifier le bon positionnement de l'aiguille. De plus, au cours de l'injection elle-même, ils pratiquent souvent une « tirette », c'est-à-dire qu'ils aspirent du sang dans la seringue et le réinjectent immédiatement. Ainsi, la plupart du temps, une seringue qui vient d'être utilisée est souillée de sang, visible dans le corps de la seringue. Cette procédure utilisée par les usagers indique clairement que la réutilisation d'une seringue, même rincée soigneusement à l'eau, est potentiellement contaminatrice.

Il en résulte que la désinfection d'une seringue, pour être efficace, exige certaines précautions : ❶ la seringue doit être nettoyée de façon très soigneuse; ❷ le temps de contact entre l'eau de Javel et la seringue, pour la désinfection elle-même, doit être égal ou supérieur à une minute, soit le temps nécessaire à deux rinçages lents.

Les autorités sanitaires américaines, dans deux circulaires officielles, ont attiré l'attention des acteurs de santé sur les risques liés à une mauvaise désinfection du matériel d'injection. Ils ont rappelé que l'abstinence était la meilleure procédure de réduction des risques et que l'emploi de l'eau de Javel, tout en réduisant les risques de contamination en cas de partage, ne pouvait garantir totalement l'inactivation du HIV. Dans le même document, la procédure suivante est recommandée: ❶ nettoyer la seringue avec de l'eau ou de l'eau savonneuse, en la secouant si besoin, de façon à éliminer le plus possible les débris sanguins qui pourraient s'y trouver; ❷ rincer la seringue en la remplissant totalement d'eau de Javel à concentration ordinaire, après avoir maintenu l'eau de Javel pendant au moins 30 secondes; ❸ rincer à l'eau.

Dans la pratique nous avons rencontré un problème: les producteurs d'eau de Javel ne sont pas obligés d'afficher la date de péremption sur les bidons d'eau de Javel standard. Ils considèrent que la durée des propriétés désinfectantes de l'eau de Javel standard vendue dans le commerce est suffisamment longue (6 mois) et que la circulation de stocks est très rapide. Les autorités sanitaires approuvent cet avis et nous disposons donc d'un produit dont nous ne connaissons pas la date de péremption. Nous écoulons très rapidement le produit que nous achetons, mais nous ne savons pas combien de temps il a été stocké par le fabricant, ni combien de temps il sera gardé par l'utilisateur. Nous conseillons donc de ne pas garder plus de trois mois les fioles que nous distribuons. Par ailleurs nous ne fournissons aux équipes et associations qui collaborent avec nous que des fioles vides. Elles gardent ainsi elles-mêmes la maîtrise du remplissage des fioles d'eau de Javel qui se fait au

fur et à mesure de leur action. Seulement quelques équipes parisiennes reçoivent les fioles d'eau et d'eau de Javel remplies. Finalement, pour éviter des malentendus, nous avons commencé à mettre à la disposition des équipes une étiquette supplémentaire permettant d'inscrire la date de conditionnement de la fiole d'eau de Javel.

## 1.6. Les expériences étrangères

La découverte de l'emploi de l'eau de Javel, dans le domaine de la prévention du sida chez les toxicomanes, revient à une équipe de chercheurs américains et principalement: John Newmeyer et John Watters en Californie, Wayne Wiebel à Chicago. Les évaluations qui ont été faites des programmes de rue montrent sans ambiguïté que ces programmes ont été efficaces à deux niveaux: ① la modification des comportements des usagers dans le sens de pratiques à moindre risque; ② la chute rapide de nouveaux cas de contamination: à Chicago, l'incidence de contamination est passée de 14% il y a quatre ans à moins de 1% actuellement.

L'efficacité de ces programmes, comme l'indique par ailleurs Claude Jacob, ne peut être comprise comme le seul résultat du pouvoir virucide élevé des dérivés chlorés et est loin d'être tributaire des outils techniques.

Une des dimensions du message eau de Javel passe volontiers inaperçue: celle du bon sens. Wayne Wiebel raconte la petite histoire suivante: un usager lui dit un jour qu'il a partagé une seringue avec un de ses compagnons et qu'il n'a pas utilisé d'eau de Javel car il n'en avait pas sur lui. Wiebel lui fit le commentaire suivant: « mais dans ce cas là, il faut nettoyer la seringue quand même! ne serait-ce que cinquante fois à l'eau, au vin, à la bière ou avec n'importe quoi d'autre, et réduire ainsi, malgré tout, le risque de contamination! ».

La seule présence des intervenants de terrain qui travaillent

dans ce domaine de la prévention est susceptible d'effets qui dépassent largement la seule question des changements des pratiques d'injection. C'est ainsi que les équipes de rue américaines se sont naturellement orientées dans un travail de contact avec les équipes hospitalières de façon à faciliter les relations entre les toxicomanes et ces équipes. Dans le même sens, en France, l'équipe de La Boutique a-t-elle rapidement compris que l'une de ses missions consistait à accompagner dans les hôpitaux les toxicomanes les plus malades, afin de rendre possible le soin.

L'existence d'un grand nombre de services très variés, médicaux et sociaux, pour les toxicomanes se révèle un facteur important dans la lutte contre le sida. Pour Richard Hartnoll, cela explique en bonne partie qu'à Londres, la séroprévalence HIV chez les toxicomanes soit basse, moins de 10%, comparée à celle d'autres villes. Il cite le cas de Barcelone, où le taux de prévalence parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse va de 40%, chez les toxicomanes en cours de traitement, à 80%, chez les toxicomanes incarcérés ou admis dans les salles d'urgence des hôpitaux, et où les services pour toxicomanes ont été mis en place après l'apparition du HIV. En fait, à Londres, toujours selon R. Hartnoll, existait un grand nombre de services très variés dès la première moitié des années 80. Ces services vont de la prospection sur le terrain à la distribution de méthadone, en passant par les programmes à seuil bas, la prescription de drogues injectables, des projets non médicaux qui tiennent compte des situations locales de logement, des possibilités d'emploi, etc.; sans parler d'une législation qui n'entrave pas l'accès aux seringues neuves.

## 2. L'action de terrain à Paris

Cette action a été menée directement par l'équipe de l'IREP auprès des usagers, au niveau de la rue, selon des modalités comparables à celles de la recherche-action menée en 1992. L'action de prévention a eu le même objectif: la modification des pratiques à risque.

Cette action ne s'est donc pas limitée à la distribution de matériel de prévention, elle se caractérisait par un vaste échange d'informations avec les sujets. Ces derniers nous mettaient alors au courant de leurs pratiques par rapport à l'achat, l'utilisation, la réutilisation, le partage et la désinfection des seringues. Cela nous a permis de suivre l'évolution des pratiques concernant l'utilisation des seringues tout au long de la campagne eau de Javel. En même temps, notre équipe leur offrait la possibilité concrète, la fiole d'eau de Javel, de modifier les pratiques à risque liées à la réutilisation des seringues.

L'instrument eau de Javel passe par un travail de communication avec les usagers. Ils doivent apprendre à se situer eux-mêmes devant le risque, créer de nouvelles normes de comportement. Il ne s'agit pas de dire: ne faites pas ceci ou pas cela. Comme dit Wayne Wiebel, « ce que je dis moi être un bon comportement pour des gens qui s'injectent des drogues n'est pas ce qui importe. Ce qui importe c'est ce qu'eux définissent comme un comportement approprié et l'action de communication tend à ce qu'ils soient eux-mêmes capables de changer leur définition ». Il faut élever leur degré de prise de conscience et leur permettre ainsi de devenir les acteurs réels, effectifs, des actions de prévention. Ceci suppose, non seulement de les informer, ce qui en soi est notoirement insuffisant, mais aussi de leur donner les moyens immédiats de modifier leurs comportements. De plus, il s'agit de

continuer à intervenir pour maintenir un haut degré de conscience par rapport au risque. L'intervention préventive n'a de sens que dans la répétition et dans la durée.

## 2.1. Description de l'action

La distribution du matériel de prévention réalisée à Pigalle et à la Goutte d'Or en 1992 s'est poursuivie après le mois de janvier 1993. Elle s'est étendue et intensifiée, à partir du deuxième semestre 1993, à l'ensemble du dix-huitième arrondissement de Paris, notamment à la porte de la Chapelle, et a débordé sur les dix-septième, dix-neuvième et vingtième arrondissements: place de Clichy, la Fourche, rue d'Aubervilliers, Stalingrad, Jaurès, bassin de la Villette, Belleville, place de la Nation.

Parallèlement, nous avons mené le même type d'action au niveau du carrefour Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle (deuxième et dixième arrondissements de Paris) et dans les environs proches. Elle s'est étendue également sur le quartier des Halles.

La population ciblée ne s'est bien entendu pas limitée aux seuls consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Notre équipe s'est adressée à l'ensemble de la population qui fréquentait les sites où elle a menée cette action: ainsi, nous nous sommes adressés à des personnes indirectement concernées, susceptibles de recourir à l'injection ou d'influer sur le comportement des utilisateurs des seringues.

Nous n'avons pas procédé à un recueil de données de type quantitatif auprès des usagers que nous avons rencontrés, mis à part les éléments permettant de décrire l'action elle-même. En revanche, le travail de terrain a donné lieu à un recueil de données qualitatives permettant de suivre et décrire l'évolution des pratiques des usagers de drogues.

Nous avons centré notre action sur le dix-neuvième

arrondissement, sur la porte de la Chapelle et sur le carrefour Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle.

Dans le dix-neuvième arrondissement l'activité de vente et de consommation de drogues se situe entre Stalingrad et Jaurès. Elle a lieu dans les couloirs de la station de métro Stalingrad, autour du bassin de la Villette et dans les rues avoisinantes. Les rues les plus animées sont: la rue d'Aubervilliers, la rue de Flandres, la rue du Département et la rotonde de la Villette. Cette activité commence dans l'après-midi et se prolonge la nuit. A partir de 23 heures elle devient très intense.

Nous avons multiplié les visites et les contacts avec les consommateurs de drogues dans ce quartier. Les produits les plus consommés sont le crack, l'héroïne et la cocaïne. Ces produits sont fumés, sniffés et injectés. Certains sujets utilisent un seul produit et ont recours à un seul mode d'administration. Ils fument le crack ou la cocaïne ou encore l'héroïne. D'autres consomment plusieurs produits et ont recours à un ou plusieurs modes d'administration. Ils fument le crack et l'héroïne de manière alternative. Ils peuvent aussi fumer le crack et injecter l'héroïne. De plus, la pratique de l'injection du « speed-ball » (cocaïne et héroïne) est également fréquente. Enfin, nous avons observé que certains sujets s'injectent le crack, pratique totalement inconnue par nous jusqu'ici. En effet, le crack est un produit à fumer, mais certains sujets l'écrasent et y ajoutent du citron pour le diluer et l'injecter. Certains sujets qui n'ont fait que fumer du crack dans un premier temps, ont eu recours à l'héroïne par la suite, à l'injection d'héroïne et finalement à l'injection de crack. Cela montre à quel point ces sujets ont besoin d'une information sur les risques de contamination, y compris lorsqu'ils ne sont pas usagers de seringues, et d'une action soutenue de prévention.

La grande majorité de cette population est en situation d'errance. Ils vivent directement dans la rue, dans les terrains vagues, dans les couloirs du métro et parfois dans des squats. Les conditions d'hygiène de base sont totalement absentes dans

la plupart de ces lieux. Au début de notre intervention, la plupart de ceux qui fréquentaient ce site ignoraient le procédé de décontamination des seringues par l'eau de Javel. Aujourd'hui, la très grande majorité de cette population connaît ce procédé. Ceci grâce à l'action conjointe du travail de rue de l'équipe de l'IREP et du travail de prévention fait à La Boutique.

A la porte de la Chapelle et à Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle, où notre présence sur le terrain a été très intense, journalière, une évaluation quantitative a été également faite. Cela a été possible grâce à notre présence régulière: notre équipe a procédé à une évaluation journalière tout au long du travail: description de l'action elle-même, nombre de personnes contactées, nombre de fioles d'eau de Javel et d'eau ainsi que de préservatifs distribués.

#### 2.1.1. La distribution des fournitures

Rappelons que la distribution des fournitures s'intègre dans une stratégie de communication et a un objectif précis: fournir les moyens, directement et immédiatement utilisables, d'une pratique nouvelle.

Le matériel de prévention est toujours composé de fioles d'eau de Javel et de fioles d'eau, accompagnées par une fiche d'information sur le mode d'emploi, et de préservatifs.

Des tampons alcoolisés, assez régulièrement fournis par l'équipe du bus de Médecins du Monde, ont été également distribués. Cela nous a permis aussi d'entretenir un dialogue sur le nettoyage de la peau, sur les abcès et de suggérer aux utilisateurs de seringues d'utiliser l'eau de Javel lorsqu'ils se trouvent dans une situation où il n'y a pas de tampons alcoolisés.

Notre équipe disposait également d'un document avec des adresses de centres de soins médicaux gratuits et anonymes pour les

personnes sans couverture sociale, des adresses de centres de dépistage anonymes et gratuits, des adresses de centres de soins pour toxicomanes et pour personnes en situation de clandestinité. Ce document était proposé aux sujets qui nous demandaient ce type d'information.

Cependant, nous avons également rencontré des sujets contaminés, des sujets malades ou des sujets en très mauvais état de santé, ne sachant pas où s'adresser. Ainsi, notre action tendait très facilement à déborder le cadre de la prévention. Ces sujets formulaient un autre type de demande. Dans ce genre de situation, notre équipe a compté avec la collaboration de l'équipe de La Boutique. L'équipe de La Boutique a accompagné certains sujets afin de leur permettre d'avoir accès aux soins médicaux et, souvent, les a accompagnés également dans leurs démarches pour obtenir une aide sociale.

A part cette action de communication dans la rue nous avons déposé régulièrement des petits stocks de fioles d'eau et d'eau de Javel dans certains squats et chez certains sujets entretenant des liens sur le site en question avec des consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

## 2.2. L'action de terrain à la porte de la Chapelle

Ce site s'étend de la porte de la Chapelle proprement dite, par le boulevard Ney, jusqu'à la porte de Clignancourt. Des femmes exerçant la prostitution de façon régulière ou occasionnelle se placent tout au long du boulevard, aussi bien la nuit que pendant la journée.

Nous avons rencontré au niveau de ce site 107 travailleurs sexuels réguliers et consommateurs de drogues: 105 femmes et 2 travestis. La plupart d'entre eux (83%) sont consommateurs réguliers de drogues illicites: héroïne et/ou crack, et consommateurs occasionnels de cocaïne. Une bonne majorité des sujets fréquentant le site (60%) consomme les drogues par voie

intraveineuse. Les autres (23%) n'utilisent pas la voie intraveineuse.

L'eau de Javel était très largement connue par ce groupe. Cela est à comprendre en lien avec le travail de prévention fait par La Boutique, dont l'influence s'étend dans les dix-huitième et dix-neuvième arrondissements de Paris: beaucoup de ces travailleurs sexuels fréquentaient La Boutique (30% environ) lorsque notre équipe est arrivée sur le site. Cette proportion a augmenté au fur et à mesure de notre intervention et les autres ont été instruits par leurs pairs. Certains sujets travaillant là avaient été rencontrés par notre équipe auparavant, soit à la Goutte d'Or, soit à Stalingrad. Seulement trois consommateurs de drogues par voie intraveineuse connaissaient mal le procédé de désinfection avec de l'eau de Javel; dont un qui, travaillant régulièrement à la porte de Saint Ouen, se trouvait occasionnellement à la porte de Clignancourt: « j'ai entendu parler mais ne sais pas comment m'en servir ».

Notre équipe a cependant remarqué que ces sujets utilisent l'eau de Javel pour désinfecter leurs seringues lorsqu'ils l'ont à portée de la main. Lorsqu'ils ne disposent pas de l'eau de Javel ils nettoient leurs seringues avec de l'eau ou ce qu'ils ont à leur portée. D'où l'importance de la mise à disposition du matériel de prévention et de la répétition.

Les préservatifs et les fioles d'eau et d'eau de Javel sont toujours très bien reçus. Certains sujets prennent les fioles très régulièrement. D'autres, très peu nombreux (3%), disent utiliser une seringue neuve à chaque fois qu'il se font une injection et prennent les fioles de temps en temps parce que ça leur arrive d'être « en panne ».

Ceux qui ne consomment pas de drogues par voie intraveineuse connaissent également ce procédé de décontamination des seringues et lorsque notre équipe leur proposait une fiole d'eau et une fiole d'eau de Javel ils n'hésitaient pas à répondre: « je n'ai pas besoin, je ne me shoote pas ». Ils prenaient

volontiers les préservatifs et nous demandaient assez souvent des renseignements divers. Ce type de comportement a été aussi assez fréquent chez les travailleurs sexuels non consommateurs de drogues illégales, très minoritaires dans ce site (17%).

### 2.3. L'action de terrain à Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle

Au carrefour Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle nous avons pris contact avec une population de consommateurs de drogues que nous n'avions abordés auparavant dans aucune de nos actions: il s'agit d'un site où se croisent, attendent, des consommateurs et des revendeurs. Cette population n'a jamais rencontré d'intervenant de rue sur ce lieu: personne, à part un bref passage du bus d'échange de seringues de Médecins du Monde, n'était intervenu sur le site avant l'arrivée de notre équipe.

Nous avons rencontré 378 consommateurs de drogues par voie intraveineuse: 286 hommes, soit 75,7%, et 92 femmes, soit 24,3%. Le produit le plus consommé (injecté) étant l'héroïne, suivie par la cocaïne et le crack. La consommation de médicaments est également assez visible dans ce site.

Une petite minorité (10,6% des sujets contactés) seulement dit utiliser une seringue neuve par injection. Les pratiques à risque subsistent donc dans la grande majorité de ce groupe: la réutilisation de sa propre seringue est une pratique considérée par beaucoup comme étant sans aucun danger. La plupart de ceux qui réutilisent leurs propres seringues la rincent au moins avec de l'eau. Mais certains consommateurs de drogues par voie intraveineuse croient encore que le citron ou le parfum sont des désinfectants efficaces. D'autres sujets utilisent des produits moins efficaces et plus chers que l'eau de Javel, tel que l'alcool (il s'évapore rapidement) ou le Mercryl (selon le Vidal le Mercryl est une solution antiseptique qui ne se prête pas à la désinfection des instruments). Certains sujets, enfin, faisant très attention à la seringue ne font pas attention du tout lorsqu'il s'agit de partager une cuillère.

Les sujets contactés achètent leurs seringues en pharmacie, recourent au programme d'échange de Médecins du Monde ou les achètent aux « revendeurs ».

Lorsque notre équipe est arrivée sur ce site, plus de deux tiers des consommateurs de drogues par voie intraveineuse rencontrés (77,8%) ont dit connaître le procédé de décontamination des seringues avec de l'eau de Javel, un peu moins de la moitié d'entre-eux (34% des consommateurs de drogues par voie intraveineuse) a dit s'en être servi à cet effet. Seulement 22,2% des sujets interrogés n'avaient jamais entendu parler de la décontamination des seringues avec l'eau de Javel. Ces chiffres montrent que le message eau de Javel a largement circulé dans le milieu des consommateurs de drogues et que les consommateurs de drogues eux-mêmes ont largement contribué à sa diffusion.

Une partie importante des sujets qui réutilisent plus qu'occasionnellement leurs seringues sont devenus demandeurs des fioles d'eau et d'eau de Javel. Notre présence régulière sur ce site nous a montré que cette population était très réceptive vis à vis de ce message neutre qui vise à la réduction des risques, surtout si la possibilité de le mettre immédiatement en pratique lui est offerte. Les sujets contactés ont répercuté le message sur d'autres usagers et notre équipe a été très souvent abordée par des nouveaux « clients » qui demandaient des fioles d'eau et d'eau de Javel, des préservatifs ou tout simplement des informations.

### 3. Recherche de relais pour une diffusion du message

#### 3.1. La recherche de relais dans Paris

Afin d'élargir le champ de diffusion du message dans Paris, nous avons établi des contacts avec les partenaires institutionnels et associatifs des toxicomanes. A la suite de ces contacts, plusieurs centres d'accueil et de prévention se sont mis à distribuer les fioles d'eau et d'eau de Javel: l'Association Charonne et La Boutique (dans le treizième et dix-huitième arrondissements respectivement), La Terrasse (dans le dix-huitième arrondissement), l'équipe de prévention La Clairière-Forum (dans le premier arrondissement), le centre d'accueil Siloé (dans le neuvième arrondissement). Nous nous sommes mis également en contact avec l'équipe du bus d'échange de seringues de Médecins du Monde et notre équipe travaille actuellement, sur certains sites, en collaboration avec elle sur le terrain.

Nous sommes aussi en contact avec le centre médical Marmottan, la fondation Léo Lagrange, Aides-groupe toxicomanie, Le kiosque.

Nous nous sommes mis également en contact avec la Préfecture de Paris et avec la brigade des stupéfiants. Nous avons assisté à une réunion à la Préfecture de Paris. A cette réunion étaient présents le Préfet, un commissaire représentant le Ministère de l'Intérieur, un représentant de l'Assistance Publique et des structures parisiennes engagées dans des nouveaux programmes d'échange de seringues. A cette occasion nous avons proposé que la distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel s'intègre dans ces nouveaux programmes.

La BRTIST ou brigade des stupéfiants possède une unité de prévention et d'information, sous la responsabilité du

commissaire Espinasse. Plusieurs rencontres avec le commissaire Bouchet, depuis 1992, nous ont amenés: ❶ à informer tous les inspecteurs de police au sujet de l'eau de Javel (50 inspecteurs); ❷ à mettre à disposition de la BRTIST des documents, des affiches et des fioles d'eau de Javel et d'eau. Actuellement, et à titre expérimental, les interpellés qui utilisent la seringue reçoivent une fiole d'eau de Javel et une fiole d'eau, accompagnées de la notice d'utilisation.

Nous sommes également en contact avec l'antenne toxicomanie du centre pénitencier de Fresnes, où les détenus consommateurs de drogues par voie intraveineuse sont informés sur le procédé de décontamination des seringues avec de l'eau de Javel.

### 3.1.1. L'action de prévention à La Boutique

La Boutique est une structure d'accueil à seuil bas, c'est-à-dire ouverte sur la rue, pour des consommateurs de drogues. Elle offre à cette population un certain nombre de prestations et s'est donnée pour mission de faire un travail d'information, d'orientation et d'accompagnement en même temps qu'un travail de prévention.

L'équipe de La Boutique réalise un travail personnalisé d'information et oriente si besoin les usagers vers les institutions spécialisées et/ou les structures sanitaires et sociales. Elle agit comme intermédiaire, entre ces institutions et les consommateurs de drogues.

Elle met des préservatifs et des fioles d'eau et d'eau de Javel -fournies par l'IREP- à disposition des usagers. Récemment, a été mis en place un programme d'échange de seringues. Les membres de l'équipe formulent un message de prévention personnalisé, lié à la santé et à l'hygiène et demandent à certains usagers de répercuter le message de prévention sur d'autres.

Depuis l'ouverture de La Boutique, en juillet 1993, son équipe a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de l'IREP dans le but d'améliorer les conditions de vie des consommateurs de drogues les plus marginalisés. Cette collaboration s'est révélée très constructive: l'équipe de La Boutique participe à la diffusion du message eau de Javel et l'équipe de l'IREP, dans son travail de rue, fait connaître aux usagers de drogues l'existence de cette structure d'accueil de proximité. En établissant ce lien entre la rue et La Boutique, nous remplissons une fonction que l'équipe de La Boutique n'est pas en mesure de remplir. En fait, l'équipe de La Boutique ne compte pas encore de structure mobile capable d'atteindre, sur les lieux de vente, de consommation ou de prostitution, les sujets qui nécessitent le plus d'aide, en raison surtout de leur mauvais état de santé et de leur total isolement social et familial.

### 3.1.2. L'action de La Terrasse

Nous nous sommes mis en contact avec l'équipe de CASAT La Terrasse au tout début de notre action. Cette équipe, tout en comprenant l'utilité d'une telle action de prévention, s'est posée tout d'abord la question de savoir si la distribution de fioles d'eau de Javel et d'eau était compatible avec le rôle d'une institution spécialisée en toxicomanie: offrir du matériel pour désinfecter les seringues aux toxicomanes venant demander une cure de désintoxication paraissait à première vue paradoxal. Cependant l'équipe, très pragmatique, a bien vu qu'en pratique il n'y a rien de paradoxal: une demande de cure de sevrage n'aboutit pas forcément à une désintoxication et, en attendant, les sujets continuent à avoir des pratiques à risque. Ainsi le principe de mettre à disposition des clients, à l'accueil, des fioles d'eau et d'eau de Javel, accompagnées de la notice d'utilisation, a été rapidement mis en pratique.

Plus tard, au cours du premier semestre 1994, l'équipe de La Terrasse a mis en place un projet d'Action Locale de Prévention

Santé (ALPS). Ce projet a été élaboré en janvier 1993 avec ESPAS, une institution récente travaillant à la constitution de réseaux socio-sanitaires en matière de sida.

L'objectif de ce projet est de concourir à la prévention des problèmes de santé rencontrés par les usagers de drogues, particulièrement les utilisateurs de seringues. La principale préoccupation est la prévention de l'infection HIV, sans négliger les autres problèmes de santé. Pour ce faire, leur action s'adresse aussi bien à la population des usagers de drogues qu'à leur environnement social. Afin de toucher cet environnement et la population de consommateurs de drogues qui ne consultent pas les institutions, ils ont engagé une action d'intervention en milieu naturel: la rue, le quartier, la cité, le café, etc. L'ouverture d'un centre d'accueil-santé est envisagée dans ce projet. Le local qui servira à cet effet se situe rue de Meaux, dans le dix-neuvième arrondissement de Paris, et ouvrira à la fin de l'année en cours.

L'action de terrain a été mise en place. Elle devait se réaliser dans un triangle situé entre la gare Saint-Lazare, la porte de Clignancourt et la porte d'Asnières (dix-huitième et dix-septième arrondissements de Paris). Cependant les instances politiques du dix-septième arrondissement se sont opposées à ce type d'action. L'action de terrain se réalise actuellement dans plusieurs sites dont certains ont été prospectés par l'IREP. Elle a lieu à la fois au niveau de la rue et dans les squats. L'équipe de terrain embauchée pour le projet ALPS distribue des seringues, des fioles d'eau et d'eau de Javel accompagnées par la notice d'utilisation -fournies par l'IREP-, des préservatifs et une brochure informative mise au point par l'équipe de La Terrasse contenant des conseils et des adresses utiles.

Le message de prévention sida de La Terrasse conseille l'« utilisation d'une seringue, neuve et stérile, à chaque injection » et « la désinfection à l'eau de Javel faute d'une seringue neuve et stérile ».

L'échange de seringues a commencé quelques mois plus tard après le début du travail de rue, La Terrasse ayant obtenu l'autorisation préfectorale de procéder à l'échange de seringues dans les squats en juin 1994. Ceci a attiré encore plus les usagers de drogues vers les intervenants de rue et a permis de multiplier les contacts avec les usagers de drogues les plus marginalisés. L'augmentation du nombre de contacts a, bien entendu, permis d'accroître la diffusion des différents outils de prévention et, en particulier, des fioles d'eau et d'eau de Javel. Le nombre de fioles distribuées a doublé depuis qu'elles sont associées à l'échange de seringues. En fait, si la demande première des usagers de drogues par voie intraveineuse porte sur les seringues, et sur le matériel d'injection dans son ensemble, l'équipe de La Terrasse a pu constater que les fioles d'eau et d'eau de Javel sont très demandées « au cas où ».

### 3.1.3. L'action menée en collaboration avec l'équipe du bus de Médecins du Monde

L'équipe de l'IREP a cherché, dès le début de cette action, à établir des relations avec les équipes de distribution de seringues. Nous leurs avons proposé systématiquement de mettre à leur disposition des fioles d'eau et d'eau de Javel. Ainsi, les relations avec le bus d'échange de seringues de Médecins du Monde se sont renforcées.

Les membres de cette équipe ont bien accueilli notre initiative et notre équipe est en contact régulier avec eux. Cette action en collaboration s'est développée sur le terrain, place de la Nation, à Stalingrad et parfois à Château Rouge. Près du camion notre équipe a eu l'occasion de faire connaissance avec des sujets qui se rendent régulièrement au camion de Médecins du Monde pour échanger leurs seringues usagées. Ces sujets, en nous voyant souvent avec l'équipe du camion, nous ont demandé ce que nous faisons. Une fois renseignés sur nos activités ils ont commencé à prendre des fioles d'eau et d'eau de Javel.

Nous avons rencontré, également près du bus, certains consommateurs de drogues déjà connus: ils viennent chercher des seringues ou passent et, en nous voyant, s'arrêtent pour nous demander des fioles d'eau et d'eau de Javel ou tout simplement pour nous parler. S'ils ne s'étaient pas adressés auparavant au bus de Médecins du Monde, ils en profitent pour monter, se procurer des seringues, demander des préservatifs, voir le médecin s'ils ont un problème de santé ou se renseigner sur les autres activités de Médecins du Monde.

Par la suite, nous avons accompagné l'équipe du bus d'échange de seringues dans leurs tournées autour de la place de la Nation et quelques membres de l'équipe du bus nous ont accompagné quand nous allions déposer des fioles d'eau et d'eau de Javel dans des squats situés près de l'emplacement du camion. Ils ont apporté des seringues et informé ces groupes de consommateurs -qui consomment des drogues par voie intraveineuse dans de très mauvaises conditions d'hygiène- sur la présence du camion près du lieu de consommation.

Cette action se réalise dans un bon climat de coopération: l'équipe de Médecins du Monde nous fournit des tampons alcoolisés et nous leurs laissons un petit stock de fioles d'eau et d'eau de Javel. L'échange d'information sur le mode de vie des consommateurs de drogues par voie intraveineuse est très fructueux et nos actions se révèlent, dans la pratique, complémentaires.

Le message est clair et les utilisateurs de seringues s'adressent à notre équipe parce qu'il leur arrive d'être contraints à réutiliser une ou deux fois les seringues que l'équipe du bus leur fournit: tout ces gestes contribuent à réduire les risques de contamination ou « surcontamination ».

### 3.2. La recherche de relais en Île de France

Nous avons pris contact avec des associations travaillant sur

différents départements dans la banlieue parisienne: dans le département des Yvelines nous sommes en contact avec l'équipe du CEDAT, à Versailles, Saint Germain en Laye et Mantes la Jolie; dans l'Essonne avec les équipes d'Essonne accueil, à Evry et Massy, du CPS91, à Evry, et du centre de santé de Corbeil; dans le Val de Marne, nous sommes en contact avec l'association Drogues et Société, à Créteil; dans la Seine et Marne, avec l'équipe d'APS Contact, à Provins, et avec le Réseau ville hôpital, à Melun, qui est en train de mettre en place, avec des associations locales, un projet de prévention de la contamination HIV chez les toxicomanes.

Au cours de notre recherche-action de 1992, des contacts avaient été pris avec l'équipe du CCFEL. En 1993, cette équipe s'est proposée de diffuser le message eau de Javel dans le sud du département de la Seine-Saint Denis. Un début d'action a eu lieu, qui s'est heurté à de nombreuses difficultés locales. Par la suite, l'instrument eau de Javel a été utilisé de façon régulière par cette équipe.

### 3.2.1. Le projet de prévention de la contamination HIV chez les toxicomanes du Réseau ville hôpital de Melun

Dans le département de Seine et Marne se met actuellement en place le projet de prévention de la contamination HIV chez les toxicomanes du Réseau ville hôpital. Ce projet est issu de la réflexion commune de trois équipes d'intervenants en toxicomanie -Permanence Accueil Toxicomanie, APS Contact et SAJED 77-, du Réseau et de plusieurs travailleurs sociaux. Les équipes de lutte contre la toxicomanie ne pouvant en être le moteur, le Réseau est apparu comme la structure qui pouvait servir de cadre provisoire à cette action. Ce projet inclut une action d'information et de prévention. Cette action est centrée sur un message qui encourage l'utilisation de seringues neuves et de préservatifs d'une part, et le respect de règles d'hygiène personnelle et publique, d'autre part. Ce message est accompagné d'un support matériel consistant en un programme d'échange de

seringues, de distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel et de distribution de préservatifs.

Ce projet de prévention du sida a été élaboré en concertation avec l'IREP. Outre la provision des fioles d'eau et d'eau de Javel nous sommes chargés de superviser le travail de terrain, de former les intervenants de rue et de fournir un outil d'évaluation.

Sa mise en place s'est faite en coordination avec tous les acteurs de santé, les équipes spécialisées (toxicomanie, prévention spécialisée) afin d'obtenir, au plan local, un consensus sur le projet lui-même. De la même façon, des réunions ont été organisées avec les autorités locales (Préfecture, DDASS).

Au cours des mois de juin et juillet, le coordinateur de projet a été sélectionné et embauché. Une première exploration de terrain a été engagée afin: ❶ de sensibiliser les pharmaciens et l'ensemble des acteurs de santé; ❷ d'identifier les sites de l'action de prévention à Melun et dans les environs; ❸ de prendre les premiers contacts avec les usagers.

A cette occasion, une première distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel a été faite directement auprès des usagers, à Melun et dans la région. Les toutes premières observations sont dominées par les constats suivants: ❶ un accueil favorable des usagers à l'action de prévention en général, y compris l'eau de Javel; ❷ un manque quantitatif au niveau des possibilités d'accueil et de soins (une seule structure à Melun, qui n'a pas de permanence). De la sorte, les toxicomanes demandeurs de soins s'adressent soit aux médecins généralistes, soit à des structures spécialisées parisiennes.

Cette exploration du terrain devrait permettre l'identification rapide, par l'équipe (un coordinateur et deux enquêteurs), des modalités de travail, ceci en lien avec l'équipe de l'IREP. Actuellement, il est envisagé de choisir un ou plusieurs sites

(probablement deux ou trois) et d'y mener une action régulière avec des enquêteurs à pieds munis de sac à dos pour le transport des préservatifs, seringues, fioles d'eau de Javel et d'eau. Mais les modalités précises de l'action sont encore en discussion avec la DDASS, les partenaires locaux et la Préfecture.

### 3.3. La recherche de relais en province

De nombreuses visites et rencontres ont eu lieu à partir du mois de juin 1993. Nous avons rencontré des équipes dont les activités vont de la prévention de la délinquance, à l'accueil et aux soins des toxicomanes.

Nous avons notamment rencontré les représentants des institutions de la ville de Troyes (Pourquoi moi?), de Val de Reuil (Espace Intégration Normandie), d'Amiens (CCPD), d'Evreux (Point Jeunes, Sida 27, Centre Regain), de Rouen (CRITS, ARIPT, AREJ, IMA), du Havre (AHAT), d'Elbeuf (APRE), de Bordeaux (le bus HECTOR), de Marseille (AMPT Transit), de Lyon (Association d'Aide aux Adolescents), d'Angers (Association angevine d'aide aux toxicomanes) et de Metz (Intersecteur de pharmacodépendance de la Moselle). A Montpellier nous sommes en contact avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Nous sommes également en contact avec des équipes d'Aides, notamment avec Aides Toulouse Midi Pyrénées à Toulouse, Aides Languedoc Nord à Nîmes, Aides Grenoble, Aides Rouen, Aides Orléans Région Centre à Orléans, Aides Lorraine Sud à Nancy et Aides Nord Pas de Calais à Lille; avec les membres ou correspondants d'Asud à Annecy, à Lyon, à Tours et à Avignon; avec les équipes d'échange de seringues de Médecins du Monde de Marseille, de Strasbourg, de Rouen.

La journée nationale de lutte contre le sida a été l'occasion pour lancer dans certaines villes la campagne nationale eau de Javel.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Montpellier a installé

quatre distributeurs de « kits prévention sida ». Le premier a été installé le 1er décembre au 29 cours Gambetta à Montpellier. Les trois autres sont installés au 421 rue de l'Agathois, à la Paillade, à Montpellier; face au 24 rue Boudin, à Sète et au 8 rue Henri Reynaud, à Lunel. Le dernier distributeur a été installé le 31 juillet 1994. Le kit est composé d'une fiole d'eau, une fiole d'eau de Javel, un préservatif, un feuillet mode d'emploi et un feuillet d'information sur la transmission du HIV et sur les adresses utiles. Le message diffusé est essentiellement le même: « offrir un palliatif valable à l'absence de seringue neuve 24h sur 24h , 7 jours sur 7 ».

Les fioles d'eau et d'eau de Javel ont été fournies jusqu'à présent par nos soins. La notice d'utilisation a été adaptée à la nouvelle modalité de distribution.

L'absence de contact direct, dans cette forme impersonnelle de transmission du message, est compensée par l'action des associations qui fournissent les jetons à ceux qui veulent se procurer le kit. Leur réseau de partenaires est actuellement constitué de: Aides comité Languedoc-Méditerranée; Asud Montpellier; Dispensaire de l'Espoir, Montpellier; Point Santé Jeunes à la Paillade, Montpellier; CHRS Regain à la Paillade, Montpellier; Planning familial de Montpellier et de l'hôpital de Sète; Unité de Prévention Sociale et de Sûreté Urbaine de Montpellier; Groupe d'intervention médico-légal de l'hôpital de Montpellier; Service de médecine de l'hôpital de Sète; Association Solidarité Urgence Sétoise; Foyer de Jeunes Travailleurs de Sète; Association d'Idées de Sète, Association Trajets de Lunel; Association Objectif Jeunes de Frontignan et Médecins du Monde (bus prostitution-toxico aux Arceaux) à Montpellier. Les médias ont été informés de l'installation des distributeurs de « kits prévention sida » et on répercuté l'information au niveau local et national.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Montpellier prévoit d'installer un cinquième distributeur à Frontignan début 1995 et de développer la distribution des kits de la main à la main par

l'intermédiaire du bus de Médecins du Monde

Actuellement, elle effectue une évaluation auprès des organismes partenaires et prépare une évaluation auprès des utilisateurs en fin 1994.

Dans le département de l'Aube, trois associations sont tombées d'accord pour la mise en place d'un projet eau de Javel: Pourquoi moi? (information prévention, aide psychologique auprès de toute personne concernée par le sida), ALT (centre de soins spécialisés pour toxicomanes) et Clin d'oeil jeunes (centre d'accueil pour les jeunes en difficulté). L'objectif de ce programme concerne les personnes susceptibles d'être en contact avec des toxicomanes. Il consiste à les informer et les sensibiliser sur la décontamination des seringues avec de l'eau de Javel. La distribution des fioles d'eau et d'eau de Javel est considérée comme le moyen privilégié pour véhiculer le message. Dans ce cadre, nous fournissons les fioles ainsi que le mode d'emploi.

Nous nous sommes rendus à Troyes le 7 décembre 1993, afin de rencontrer les responsables et les équipes des trois associations citées plus haut. Au cours de ces réunions nous avons abordé les problèmes liés à la mise en place du projet eau de Javel à Troyes: ① notre participation; ② l'intégration du projet dans le cadre de la campagne nationale eau de Javel; ③ les problèmes posés par la formation d'une nouvelle équipe.

La mise à disposition des fioles d'eau et d'eau de Javel dans l'accueil des associations a commencé en décembre 1993 mais le programme de sensibilisation proprement dit doit se mettre en place dans peu de temps.

Au Havre, l'Association Havraise d'Aide aux Toxicomanes met actuellement en place un programme d'échange de seringues à partir d'une antenne mobile. Elle intègre dans son projet la distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel, qui sont fournies par l'IREP. Elle avait testé l'eau de Javel en tant

qu'instrument de prévention dans les milieux des consommateurs de drogues par voie intraveineuse lors de la journée mondiale du sida.

A Rouen, l'ARIRT s'est engagée à distribuer des fioles d'eau et d'eau de Javel, avec les affiches sur la décontamination de seringues, dans les pharmacies et dans les locaux de ses partenaires. L'équipe de l'ARIRT travaille en collaboration avec celle du CRITS. L'IMA, équipe médicalisée, est très active dans la diffusion du message eau de Javel.

A Evreux, Point Jeunes, l'équipe socio-éducative qui intervient dans un quartier défavorisé a été formée et soutenue par l'IREP pour l'élaboration de son projet de prévention. Le projet intègre l'eau de Javel comme outil de prévention.

A Elbeuf, l'association APRE met à disposition des toxicomanes des fioles d'eau et d'eau de Javel.

A Lyon, l'association d'Aide aux Adolescents met dans l'accueil, à disposition des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, des fioles d'eau et d'eau de Javel accompagnées de la notice d'utilisation.

Les équipes d'Aides de Grenoble, de Nîmes, d'Orléans et de Lille ont mis en place des projets de réduction des risques auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse: il s'agit des programmes mobiles (bus ou minibus) d'échange de seringues accompagnés par une action de prévention plus personnalisée. Certains de ces projets se font en collaboration avec d'autres associations locales: l'Association pour l'accueil et l'écoute des toxicomanes (APLEAT) participe dans le projet mis en place à Orléans et l'association Cèdre Bleu dans celui de Lille. Certains de ces projets ont été récemment mis en place, comme ces deux derniers. Les projets de Nîmes et Toulouse (BEST) sont moins récents. L'objectif est, dans l'ensemble, d'informer les usagers sur l'usage unique des seringues et sur l'hygiène de base. Ces projets d'échange de seringues ont introduit l'eau de

Javel comme outil de prévention. BEST (Bus d'Échange de Seringues de Toulouse) a formulé son message en incluant explicitement l'eau de Javel: « ❶ pas de partage de seringues; ❷ pas de réutilisation; ❸ nettoyer la peau avant l'injection; ❹ pas de rapports sexuels non protégés; ❺ en cas de réutilisation de la seringue, désinfecter à l'eau de Javel; ❻ traiter précocement les infections permet de mieux maintenir l'état de santé, testez-vous régulièrement. Prenez vous en charge, soyez responsable de votre santé - et de celle des autres ». L'équipe d'Aides, à Rouen, a intégré l'instrument eau de Javel dans leur action « campagne pour l'été ».

Les équipes d'Asud à Avignon, à Annecy et à Tours distribuent les fioles de la main à la main parmi les consommateurs connus. Asud Tours a un projet de prévention qui inclut un programme mobile (minibus) d'échange de seringues où Asud compte inclure l'eau de Javel en tant qu'outil de prévention.

Nous avons distribué environ vingt-cinq mille fioles d'eau de Javel et la même quantité de fioles d'eau.

### 3.3.1. La Moselle

Dans notre projet initial, nous avons prévu deux sites pilotes où nous pensions mener une action plus approfondie. En fait, les choses ne se sont pas passées comme nous l'escomptions et cette idée de site pilote a été peu à peu abandonnée pour le deuxième site, dans le même temps que nous avons révisé cette notion d'une campagne nationale.

En Moselle, nous avons proposé à Claude Jacob d'organiser cette campagne eau de Javel dans le département. Plusieurs réunions ont été organisées par le centre d'accueil pour toxicomanes de Jury-les-Metz et tous les partenaires de Moselle ont été sollicités. Certains d'entre-eux souhaitaient déjà, avant cette proposition, utiliser cet instrument de prévention. De plus, tous les partenaires officiels concernés ont été contactés par

écrit et aussi de façon informelle, en vue de leur information et afin de solliciter leur participation: ordre des pharmaciens et ordre des médecins, médecins généralistes impliqués dans l'accueil des toxicomanes et ayant au préalable bénéficié d'une formation spécifique organisée par FETE, association qui fédère tous les intervenants spécialisés de l'est, personnels des hôpitaux et, enfin, les principaux responsables locaux. Tout se présentait donc sous les meilleurs auspices.

Le 1er décembre, cette équipe a lancé le programme eau de Javel. Pour mettre en place cette stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, cette équipe a distribué des fioles d'eau et des fioles d'eau de Javel fournies par nos soins. Le message a été le même que celui que nous diffusons. Notre première notice d'utilisation a été modifiée pour insister sur le fait qu'il s'agit d'un moyen de prévention du sida mais aussi de toutes les maladies virales. En effet, selon une étude menée par les docteurs Bertel, Jacob et Schmitt dans une population de toxicomanes hospitalisés de 1990 à 1992, la séroprévalence VHB et VHC se révèle en forte progression tandis que la séroprévalence HIV diminue régulièrement depuis quatre années.

Cependant, notre action en Moselle n'a pas totalement atteint les objectifs que nous nous étions fixés au départ et pour cette toute première implantation hors de Paris. Un nombre relativement important de fioles a été distribué et beaucoup d'usagers ont été informés de cette possibilité de décontamination des seringues par l'eau de Javel, ceci grâce en particulier à l'engagement du centre Baudelaire où une distribution active a été organisée. Quasiment tous les intervenants spécialisés ont été sensibilisés et ont effectivement contribué à la diffusion du message. Certaines anecdotes ont témoigné aussi de la diffusion effective du message, telle celle de ce toxicomane suivi puis interpellé par des gendarmes qui, l'ayant surpris dans un bois en train de se piquer, ont tenu à faire analyser le contenu d'une fiole -dans l'hypothèse où cette dernière eût pu dissimuler un produit

stupéfiant ou même une drogue d'un genre nouveau. Le message, en définitive, a donc été véhiculé assez largement. Mais, malgré tout, l'ampleur de cette action a été limitée. Certains intervenants, intéressés au départ, ne se sont pas mobilisés. Il nous reste donc à mener l'analyse des résistances qui se sont manifestées.

Le premier élément d'analyse concerne cependant l'action de l'IREP telle qu'elle a été pensée au départ: nous nous étions imaginés qu'une idée aussi excellente que celle de la décontamination efficace des seringues par l'eau de Javel ne pouvait qu'être d'emblée plébiscitée par les différents intervenants qui opéraient dans un contexte aussi favorable. Nous nous sommes trompés. Une présence limitée de notre équipe au niveau de ce site important ne pouvait suffire, en elle-même, pour emporter l'adhésion de tous les participants de presque deux départements. Il s'avère que les moyens que nous avons mis en œuvre dans ce département ont été insuffisants au regard de nos ambitions.

Il faut bien comprendre que le message eau de Javel ne va pas de soi. Il présuppose toute une démarche que nous n'avons pas -et nous ne le comprenons que de façon rétrospective- explicitée de façon suffisamment insistante et opérante. Tandis que certaines prestations de service peuvent apparaître auréolées de l'éclat d'une certaine noblesse -la consultation thérapeutique ou, à un moindre degré, l'échange de seringues- l'utilisation de l'eau de Javel, produit essentiellement ménager, a quelque chose d'une trivialité terrible. Nous en sommes donc là!

Ce malaise est loin d'être particulier au département de la Moselle et à celui de la Meurthe et Moselle. Il nous permet de comprendre mieux l'état d'esprit des intervenants en général qui se trouvent confrontés à la nouveauté d'une situation dont ils mesurent mal encore l'ampleur: le soin donné au toxicomane ne se limite plus, comme l'indique Claude Jacob, à un soin transitoire, à une plus ou moins brève rencontre, à un passage, mais plutôt, aujourd'hui, à la perspective d'un accompagnement

sans limites temporelles bien fixées, hors celles de la maladie et de la mort.

Ceci est la raison pour laquelle, finalement, l'intervention de l'IREP s'est heurtée, non pas tant à une résistance active de la part des intervenants eux-mêmes, qu'à une analyse insuffisante de notre part de la situation effective de nos partenaires. Plusieurs éléments essentiels interviennent à ce niveau: ❶ l'adhésion à un message préventif nouveau ne peut être le fait des structures en tant que telles mais celui des personnes: ne peut s'engager dans cette voie que celui qui s'est concrètement mis en contact direct avec des toxicomanes et qui, au moins une fois, a délivré une fiole d'eau de Javel; ❷ le message préventif eau de Javel est un message nouveau, inhabituel, il nécessite un certain rodage: sans un effort initial important, il ne peut s'intégrer comme une routine. La pression des toxicomanes eux-mêmes est d'ailleurs un des éléments essentiels de ce rodage; ❸ la distribution d'eau de Javel, comme nous le disions plus haut, est d'ailleurs une tâche à priori non valorisante: beaucoup d'intervenants n'imaginent pas qu'à cette occasion des échanges très riches peuvent avoir lieu, ayant souvent un impact bien plus considérable que celui qui accompagne le don d'une seringue neuve; ❹ le fait, enfin, que le champ de la toxicomanie apparaît comme miné sur le plan idéologique: une action nouvelle, de quelque type qu'elle puisse être, exige un consensus quasi absolu parmi les professionnels. Ce consensus est difficile à atteindre, il suppose une intense négociation menée avec chaque intervenant et il n'est jamais acquis de façon définitive.

L'enseignement à tirer de cette action menée en Moselle est bien à situer au niveau de l'analyse des résistances opposées à la diffusion de ce message préventif. L'erreur de base a été de penser la diffusion d'une pratique comme acquise d'avance, non seulement au niveau d'une équipe, mais à celui de tout un département. En fait, il eût été plus adroit de procéder de façon plus modeste et d'implanter cet instrument de façon progressive, au fur et à mesure du succès rencontré auprès des usagers eux-mêmes.

## 4. Action de communication

### 4.1. Participation aux colloques et séminaires

Nous avons communiqué ce message lors de nos interventions aux nombreuses rencontres auxquelles nous avons assisté et notamment :

Mars 1993: La conférence internationale sur la réduction des risques. De nombreux intervenants et chercheurs français ont assisté à cette rencontre.

Les 3 et 4 mai 1993 nous avons organisé notre IIIème séminaire international, à Paris: « Toxicomanie, sida et villes: nouveaux protocoles de la prévention ». Nombreux chercheurs, intervenants et décideurs (français, européens et américains) ont été présents.

Juin 1993: Le colloque de l'ANIT à Strasbourg, auquel de nombreux intervenants et chercheurs français ont assisté.

Juin 1993: La réunion annuel du Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe -Strasbourg-: rencontre de chercheurs et de décideurs européens.

Octobre 1993: Le colloque sur la prévention dans les Universités, qui s'est tenu dans l'Université de Paris VIII, à Saint Denis, et auquel ont assisté les professionnels de la santé (médecins et infirmiers) responsables des services de prévention dans les Universités, mais aussi des enseignants et des étudiants.

Octobre 1993: Rencontre à Evreux, avec la présence des autorités

locales et des intervenants locaux.

Nous avons participé le 26 novembre 1993 au Colloque organisé par le CRITS Haute Normandie, à Rouen: « La prévention du sida: 10 ans après... ». Notre intervention portait sur les stratégies de communication en direction des usagers de drogues.

A Val de Reuil, le 30 novembre ont débuté les manifestations concernant la journée mondiale du sida organisées par l'association Espace Intégration Normandie. Au cour de cette journée nous avons animé une conférence-débat sur la réduction des risques. Un public très large a assisté à cette rencontre (élus, professionnels de la santé, enseignants, lycéens et autres habitants de la commune de Val de Reuil).

Le 7 décembre 1993, à Troyes, nous avons animé une conférence-débat à laquelle a assisté un public également très large: « Sida - toxicomanie. L'eau de Javel: un vieux produit contre un mal nouveau? ».

Les 16, 17 et 18 décembre 1993 nous avons participé, à Marseille, au Séminaire organisé par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine: « Politique de prévention, réduction des risques et accès aux soins des toxicomanes ». A l'occasion nous avons fait connaître le message eau de Javel à un large public d'élus et de praticiens.

Le 7 janvier 1994 nous avons participé a la « Ière rencontre des programmes d'échange de seringues », organisée par la Direction Générale de la Santé à Paris.

Les 8, 9 et 10 février 1994 nous avons participé, à Paris, à la « Rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues ». De nouveaux contacts ont été établis. Enfin nous nous sommes rendus compte que le message eau de Javel était de mieux en mieux accepté et compris dans les milieux professionnels.

Le 22 février 1994 nous avons donné une communication sur la prévention du sida à l'Académie nationale de médecine. Cette communication a été ensuite publiée dans les Annales.

Du 17 au 20 mars, nous avons participé au « XXIVème séminaire de perfectionnement en sexologie », organisé par AIHUS à Bordeaux.

Les 5 et 6 mai nous avons participé au « IIIème colloque international sur les drogues illicites », organisé par les autorités de la ville de Paris.

Le 24 mai nous avons participé aux « IIIèmes journées départementales de lutte contre la toxicomanie » à Emerainville, organisées par SAJED 77.

Le 31 mai 1994 nous avons participé à la rencontre « Toxicomanie intraveineuse et sida », organisée par les autorités de la ville de Paris.

Les 4 et 5 juin 1994 nous avons été présents aux « États généraux drogues et sida », organisés par Limiter La Casse. Nous avons tenu un stand où de nouveaux contacts ont été établis, notamment avec des représentants et correspondants d'Aides et d'Asud en province.

D'une façon générale, nous avons utilisé tous les moyens à notre disposition -rencontres formelles et informelles, séminaires, colloques et voyages- pour informer nos correspondants sur ce moyen de prévention. Ce travail continu et persévérant a certainement, lui aussi, contribué à une bonne diffusion du message.

#### 4.2. Formation d'éducateurs

Les éducateurs appartenant aux clubs de prévention de Valence et de Grenoble ont suivi une formation qui s'est déroulée à Valence. Cette formation a été assurée par notre équipe. Ils ont

été informés sur l'action eau de Javel, menée dans le dix-huitième arrondissement de Paris et sur la préparation de la campagne nationale. Ils ont été sensibilisés et ils ont largement répercuté ce message au niveau local. Le même travail a été fait à Lyon.

Nous avons participé, dans le courant de l'année 1994, au projet d'Action Prioritaire Régionale à l'Espace Ressources d'Éducation Spécialisée et d'Accompagnement Social de Buc. Les éducateurs spécialisés qui ont bénéficié de cette formation ont été informés sur notre action dans le dix-huitième arrondissement et la campagne nationale et sensibilisés au message eau de Javel.

#### 4.3. Les médias

Le message a également été adressé aux médias (presse écrite, télévision, radio) et un important travail de communication a été réalisé à ce niveau. De la même façon nos interventions en province ont eu des répercussions dans la presse locale.

## 5. Discussion

### 5.1. La diffusion du message

La diffusion du message, outre les relais de terrain précédemment décrits, a été renforcée par les médias et notamment la télévision (TF1, France 2 et France 3), la radio (France Culture, France Info et radios locales), la grande presse écrite (Le Monde, Le Figaro et bon nombre d'hebdomadaires ainsi que de multiples journaux régionaux et diverses publications), les revues spécialisées et les journaux scientifiques. A cela, il faut aussi ajouter tout un travail quasi permanent de redistribution, à partir de l'IREP et de nos relais de terrain, de nos différents rapports et articles. La mise au point d'une affiche et d'affichettes (3 000 et 10 000 exemplaires respectivement) a aussi contribué à la diffusion du message. Enfin, le bouche à oreilles, à partir des usagers eux-mêmes, a été particulièrement efficace.

Il résulte de ces différents éléments que l'information relative à la décontamination des seringues par l'eau de Javel a très bien circulé. En outre, quelques controverses sur l'efficacité de cette décontamination ont également contribué à la diffusion de l'information, au prix parfois de quelques distorsions du message lui-même. Les quelques sondages rapides que nous avons opérés auprès des usagers, soit dans la rue, soit dans les centres de soins, indiquent très clairement que la grande majorité des usagers a reçu cette information. Dans le centre d'accueil de l'Association d'Aide aux Adolescents de Lyon, par exemple, il s'est avéré que la plupart des usagers étaient informés sur l'eau de Javel au début de l'année 94, alors même qu'aucune intervention spécifique n'avait encore été menée au niveau de cette ville, à cette époque. A Paris, au printemps

1994, plus de 75% des usagers rencontrés sur le site Strasbourg-Saint-Denis-Bonne Nouvelle, disaient connaître ce procédé de décontamination alors même qu'aucune action de rue significative n'avait été menée dans cet endroit auparavant.

Il faut immédiatement préciser qu'il existe un *distingo* fondamental entre l'information elle-même et l'utilisation de cette information. Mais, quoi qu'il en soit, plusieurs enseignements peuvent être dégagés de cette expérience: ❶ l'intérêt, pour un message préventif, d'une double diffusion: à partir du terrain et à partir des médias; ❷ l'efficacité du bouche à oreilles en milieu toxicomane: un message clair, non moralisateur, adapté, ne peut que rencontrer la demande d'information et de prévention des usagers.

Au niveau international, nous avons profité de nos contacts pour diffuser l'information relative à l'emploi de l'eau de Javel. Cette diffusion de l'information s'est notamment faite grâce au Groupe Pompidou et plus spécialement en direction des pays de l'Europe centrale. Certains pays envisagent d'intégrer l'eau de Javel dans les programmes de prévention (Slovénie et Pologne). En outre, le Liban et le Maroc envisagent l'adoption de cet outil de prévention.

## 5.2. L'intégration du message dans les pratiques de prévention

Nous sommes encore loin, à ce niveau, d'une réussite totale. Bien des intervenants, comme nous l'avons déjà dit, ont opposé une certaine résistance à la diffusion du message eau de Javel. Sans revenir sur l'interprétation de telles résistances -c'est-à-dire sur l'illusion d'un contrôle possible des usagers par les professionnels- un argument mérite toute notre attention: le seul message valable serait celui de l'encouragement à l'utilisation des seringues neuves; en conséquence, le discours sur la décontamination, serait susceptible de parasiter ce premier message bien plus essentiel. En réalité, c'est méconnaître que le message de prévention, dans ce domaine

précis, n'est nullement divisible: il s'agit bien d'un seul et unique message, celui de la réduction des risques. Ce point fait encore l'objet de controverses dans quelques équipes de prévention. Dans d'autres équipes, cependant, l'adhésion au message eau de Javel est totale du fait, en particulier, que ces équipes ont constaté la demande croissante d'eau de Javel de la part des usagers. Les usagers, très clairement, sont les premiers à avoir saisi le message.

Cependant, au delà des quelques résistances évoquées ici et plus haut, l'intégration du message eau de Javel se réalise de façon rapidement progressive dans la plupart des lieux de prévention et de soins, soit sous la forme d'une distribution active, soit sous celle d'une distribution passive. Cette dernière forme de distribution, notamment dans les structures de soins, nous apprend au moins deux choses: ❶ le fait que les usagers sont capables de se servir en fonction de leur curiosité et de leurs besoins; ❷ le fait que les usagers préfèrent nettement les fioles pleines aux fioles vides. Il se trouve en effet que, dans quelques structures, le choix a été fait -initialement tout du moins- d'une distribution « informative » de fioles vides. Ces dernières n'ont pas eu beaucoup de succès. Mais, une fois remplies, elles ont été prises par les usagers.

Tout un travail reste à faire à ce niveau, dans le sens d'une intégration maximum de tous les outils de prévention et dans celui d'une généralisation de la mise à disposition d'eau de Javel pour les usagers.

### 5.3. L'utilisation de l'eau de Javel par les usagers

Tout d'abord, il convient de signaler que l'utilisation de l'eau de Javel ne va pas sans celle de l'eau. Il s'agit bien entendu de l'eau qui est destinée au rinçage de la seringue à la suite de la décontamination.

Mais l'eau, pour les usagers, n'est pas seulement un produit

destiné au rinçage de leurs seringues. Elle est aussi un instrument indispensable à la consommation de la plupart des drogues injectables, au même titre que les allumettes, la cuiller ou le coton. C'est la raison pour laquelle le message eau de Javel s'articule autant autour de l'eau elle-même -elle ne se partage pas- qu'à celui de l'eau de Javel.

Logiquement, nous avons pu nous rendre compte que certains usagers accordent davantage d'importance à l'eau qu'au produit désinfectant. Inversement, certains usagers ne prennent que l'eau de Javel et comptent sur eux-mêmes pour l'eau. Il n'y a rien de surprenant à cela. Certains usagers, parmi les plus démunis, ont beaucoup de mal à se procurer de l'eau « propre » pour préparer leurs mélanges. La fiole arrive à point nommé, leur évitant le recours à l'eau du caniveau ou des toilettes.

Cet état de fait nous a été signalé aussi bien à Paris qu'en province, bien que, globalement et au niveau de l'IREP, les fioles d'eau de Javel et d'eau aient été consommées en quantité équivalente.

Néanmoins, ce constat, aussi marginal puisse-t-il être, ne saurait être négligé. Il vient rappeler: ① que la distribution d'eau doit aller dans le sens de la réduction des risques: elle ne se partage pas et elle est néanmoins préférable à une eau potentiellement souillée même si, en fait, elle n'est pas donnée pour être injectée; ② elle est un support du message eau de Javel et ne saurait être distribuée de façon isolée.

Nous ne disposons pas de données quantitatives au sujet de l'utilisation effective de l'eau de Javel par les toxicomanes. Rappelons que notre dernière étude (IREP, 1991) avait souligné la rareté de cette utilisation et, surtout, la fréquence relativement élevée des pratiques certainement inefficaces: emploi de jus de citron, de parfum et de produits divers. Le point important actuellement est que de telles pratiques sont en cours de disparition. La meilleure disponibilité des seringues neuves, ainsi que les programmes de prévention dans leur

ensemble, y compris l'action eau de Javel, ont indiscutablement contribué à la diminution progressive de telles pratiques.

Cependant, ceci ne signifie pas non plus que les pratiques à risques aient totalement disparu. Celles-ci sont liées soit au mode de vie des usagers (dans la rue et les squats), au moment des consommations (la nuit) ou, enfin, aux modes de consommation eux-mêmes (consommation en commun, préparations communes).

Une seule conclusion peut être tirée de cette constatation: le caractère totalement irréaliste de l'actuelle campagne américaine (Centre for Disease Control) pour « *one syringe, one shoot* ». Si les toxicomanes ne sont pas toujours en mesure de disposer d'une seringue neuve pour chacune de leurs injections, une alternative reste clairement indispensable: les procédés efficaces de décontamination en l'absence de matériel stérile.

#### 5.4. L'hépatite C

Nous ignorons les raisons pour lesquelles nous assistons actuellement à une progression importante de la contamination par ce virus de l'hépatite C chez les toxicomanes. Ceci semble d'autant plus paradoxal dans un contexte où les pratiques des usagers se sont modifiées dans le sens d'une réduction des risques, amenant ainsi une diminution certaine, quoique non chiffrable, du nombre des nouveaux contaminés par le virus du sida.

Plusieurs hypothèses peuvent être discutées: ❶ le virus de l'hépatite C pourrait-il passer par d'autres voies que la sexualité et le sang? ❷ à un moment donné où les pratiques de décontamination étaient soit inexistantes, soit inefficaces, le virus de l'hépatite c a-t-il mieux résisté que celui du sida? ❸ d'autres facteurs, notamment l'utilisation d'eau souillée (toilettes), interviennent-ils? Quoiqu'il en soit des causes exactes de la progression très rapide du taux de contamination par le VHC chez les toxicomanes, il est raisonnable de les

situer dans un contexte où, entre 1988 et 1992, très rares ont été les usagers utilisant effectivement un moyen efficace de décontamination du matériel d'injection.

Le pouvoir virucide des désinfectants les plus courants est connu pour l'ensemble des germes, mais nous ne disposons d'aucune étude spécifique pour ce qui est du virus de l'hépatite C et, plus précisément, de l'efficacité de l'eau de Javel sur ce virus. Nous sommes donc dans l'ignorance des éventuelles exigences particulières de ce virus pour être inactivé: le temps de contact doit-il être augmenté?; la concentration en chlore de l'eau de Javel doit-elle être modifiée?; des précautions supplémentaires doivent-elles être prises?

Nous en revenons donc, en attendant des réponses à ces questions, à notre message fondamental: la réduction des risques passe par l'utilisation de seringues neuves et, sinon, par la décontamination du matériel d'injection (seringue, cuiller ou casserole). Ceci peut se faire au moyen de l'eau de Javel, selon un protocole que nous pouvons considérer comme raisonnable: un premier nettoyage minutieux de la seringue; au moins deux rinçages lents à l'eau de Javel ordinaire; un temps de contact eau de Javel-seringue d'au moins une minute. Tous ces gestes étant susceptibles d'être accentués par l'utilisateur lui-même.

### 5.5. La stratégie de communication

La stratégie de communication, en direction des usagers et des professionnels concernés, a évolué tout au long de notre action. Cependant, un certain nombre de points peuvent maintenant être considérés comme acquis.

Pour ce qui concerne les usagers, les points suivants doivent être soulignés: ❶ les destinataires du message ne sont pas les seuls utilisateurs de seringues: il s'agit au contraire de viser un public élargi aux consommateurs de drogues en général; ❷ le message lui-même ne se limite pas non plus au sida: ce sont les

maladies infectieuses en général, transmissibles par le sang, qui sont visées; ③ ce même message passe par la promotion de l'utilisation de seringues neuves. Mais cette promotion n'intervient ici que comme un rappel. La promotion de la décontamination des seringues est au service d'une seule et même idée: réduire les risques de contamination par la seringue; ④ le véhicule de ce message est la fiole. Parfaitement étanche, opaque (pour l'eau de Javel), pourvue d'un orifice suffisamment large pour laisser passer le corps d'une seringue, tenant facilement dans une poche, elle est conçue pour être utilisée. C'est bien dire qu'il ne s'agit nullement d'un gadget et que les deux fioles -eau, eau de Javel- constituent un tout non divisible.

Un des moyens les plus sûrs pour véhiculer ce message reste encore l'action de rue, sous la forme d'une distribution active. A ce niveau, deux mots clés: la répétition et la durée de l'action. Cependant la distribution passive, à partir de centres d'accueil, de prévention et de soins, reste précieuse et indispensable. Elle témoigne, au minimum, du fait que les équipes sont concernées par le sida et les hépatites. Ce simple rappel peut être à l'origine d'un dialogue nouveau, parfois inattendu, entre thérapeutes et usagers.

Le ton du message est une des caractéristiques de ce dernier. Non dramatique et non moral, il se situe comme un message de raison et de bon sens. Il se trouve condensé, en images et en mots, dans l'affiche que nous avons mise au point.

Enfin, qu'il s'agisse des usagers ou des professionnels concernés, un dernier point mérite d'être précisé. La notion d'une décontamination par l'eau de Javel, pour être comprise véritablement, nécessite une étape préalable: pour l'utilisateur, il s'agit de vérifier que la procédure est facilement applicable; pour les professionnels, il s'agit de vérifier que les toxicomanes ont les moyens de bien comprendre le sens du message et d'en tirer profit.

## CONCLUSION

Cette action s'est déroulée dans un contexte qui peut se caractériser de la façon suivante: ❶ l'absence, dans les milieux spécialisés, et non spécialisés, d'une tradition capable d'imposer d'emblée la problématique de la réduction des risques comme un thème naturel ou allant de soi, ❷ l'existence d'obstacles sociaux à la mise en œuvre des pratiques de réduction des risques, l'obstacle majeur restant celui du statut social du toxicomane et des pratiques répressives qui en découlent; ❸ l'absence de données épidémiologiques récentes, tant au niveau des attitudes et des pratiques des toxicomanes face au risque de transmission par le HIV, qu'à celui de l'incidence actuelle des contaminations par le HIV et les virus de l'hépatite. Ce contexte, nous le savons, doit être vu comme un contexte défavorable, s'opposant de fait au déploiement et à l'efficacité des actions préventives dans leur ensemble, ceci malgré le regain d'intérêt pour ce thème de la réduction des risques.

Notre objectif initial -celui d'une campagne nationale eau de Javel- a dû être redéfini. Plusieurs raisons à cela: ❶ nous n'avons pas disposé des moyens financiers indispensables à une telle campagne, tout du moins telle que nous l'avions conçue au départ; ❷ la notion de campagne nationale s'accordait a priori mal avec une stratégie de santé publique privilégiant la dimension locale et loco-régional des politiques, des initiatives et des actions: trouver et développer un langage commun au sujet de la prévention des contaminations était en fait le premier objectif d'une action de communication. Pourtant, notre intervention a bien eu un effet national en ce

sens que cet instrument eau de Javel est maintenant largement connu et de plus en plus utilisé.

Cette action eau de Javel a eu le mérite de poser les termes d'une problématique précise: celle de la réduction des risques. Elle permet aussi de mettre en lumière quelques principes de communication en direction des usagers de drogues. Enfin, elle met en évidence l'ensemble des manques qui correspondent aux demandes et aux besoins de prévention du côté des usagers.

## BIBLIOGRAPHIE

BRÜCKER G., « Règles générales de désinfection, prévention des risques dans les professions de santé », in GIRARD, P.M., KATLAMA, C., PIALOUX, G., SAIMOT, A.G., *Sida*, Doin Éditeurs, Paris, 1991, pp. 423-438.

*Bulletin HIV/AIDS prevention*, « Letter of CDC, CSAT and NIDA », U.S. Department of Health and Human Services, CDC, Atlanta, April 19, 1993.

CHAISSON R.E., OSMOND D., MOSS A.R., FELDMAN H.W., BERNACKI P., « HIV, bleach and needle sharing », in *Lancet*, n°2, 1430, 1987.

FRIEDMAN S.R., STERK C., SUFIAN M., DES JARLAIS D.C., « Will bleach decontaminate needles during cocaine binges in shooting galleries? », in *JAMA*, vol 262, n° 11, September 15, 1989. p. 1467.

GARZA B.W., DROTMAN D.P., MARTIN L.S., MCDUGAL J.S. BOND W.W. JONES T.S., « HIV-1 and bleach », in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol 7, n° 1, Raven Press, New York, 1994, pp. 169-170.

HARTNOLL R., « Analyse comparée des situations à Londres et Barcelone », in *Agora. Drogues: mutations dans la cité*. Actes du IIIe séminaire international de l'IREP. n° 31, Agora CREMS, Paris, été 1994, pp. 125-130

INGOLD F.R., « An ethnographic study of human immunodeficiency virus transmission among addicts in Paris, Marseille and Metz »,

in *Epidemiologic trends in drug abuse. Proceedings Community Epidemiology Work Group*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, June 1992, pp. 469-470.

INGOLD F.R., JACOB C., PRAT M., TOUSSIRT M., PETIT P., « La transmission du HIV chez les toxicomanes: états de lieux des pratiques à risques », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47, Paris, le 23 Novembre 1992.

INGOLD F.R., TOUSSIRT M., JACOB C., « Les modes de prévention du sida: intérêt et limites de l'utilisation de l'eau de Javel », in *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, vol 178, n° 2, Paris, 1994, pp. 279-291.

IREP, « Les effets de la libéralisation de la vente de seringues: rapport d'évaluation », étude financée par la Direction Générale de la Santé, Paris, Juillet 1988.

IREP, « La transmission du HIV chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations: situation et tendances », étude financée par l'ANRS, Paris, Mars 1992.

IREP, « A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse », rapport à l'Agence Française de Lutte contre le Sida, Paris, Janvier 1993.

JONES, T.S., HAVERKOS, M.D., PRIM, B. (coordinateurs), « NIDA/CSAT/CDC Workshop on the use of bleach for the decontamination of drug injection equipment », The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland, February 9-10, 1994, in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol 7, n° 7, Raven Press, New York, 1994, pp. 741-776.

NEWMeyer J.A., « Why bleach? Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users », in *NIDA Research monograph*, n° 80, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, 1988, pp. 151-159.

NIDA, « National Institute on Drug Abuse proposed recommendation to prevent HIV transmission by sharing drug injection equipment », in *Community alert Bulletin*, Rockville, March 25, 1993.

MICOUD M. (coordinateur), *Rapport sur l'état de l'hépatite C en France*, Direction Générale de la Santé, Paris, le 23 Décembre 1992.

Organisation Mondiale de la Santé, « Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection poussée efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine », in *Série OMS sida*, n° 2, Genève, 1988, pp 1-11.

SCHMITT C., BERTEL C., JACOB, C., « Fréquence des marqueurs sérologiques des virus des hépatites B et C, et du HIV dans une population de toxicomanes hospitalisés de 1990 à 1992 », à paraître in *Anales de médecine interne*.

WATTERS J., URBAN D., « Le partage de la seringue, du rituel à la prévention », in *Rétrovirus. Sida et toxicomanie*. Actes du Ier séminaire international IREP, n° 3, T. II, Bougival, Mars 1989, pp. 65-67.

WIEBEL W., « La rue, terrain de recherche et terrain de prévention », in *Rétrovirus. Sida et toxicomanie*. Actes du Ier séminaire international IREP, n° 3, T. II, Bougival, Mars 1989, pp. 69-73.

WIEBEL W., « Le modèle de Chicago: situations et perspectives », in *Agora. Drogues: mutations dans la cité*. Actes du IIIe séminaire international de l'IREP. n° 31, Agora CREMS, Paris, été 1994, pp 41-46.

WIEBEL W., FRITZ R., CHENE D., « Description of intervention procedures utilize by the AIDS Outreach Intervention Projects », in *Epidemiologic trends in drug abuse. Proceedings Community*

*Epidemiology Work Group*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, June 1989, pp. 68-79.

WIEBEL W., SENAY E., « Changer les comportements à haut risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les rues de Chicago », in *Rétrovirus. Sida et toxicomanie*. Actes du II<sup>e</sup> séminaire international de l'IREP, n° 9, t. IV, Bougival, Mars 1991, pp. 69-73.