

Prévention du passage à l'injection : un tabou français ?

Dr Jean-Michel Delile
CEID (Bordeaux), ANITeA

« Injection :
Comment articuler prévention,
éducation et réduction des risques ? »

Une question fondamentale mais peu ou pas abordée

- Question cruciale : risques accrus de contamination infectieuse, de mortalité par overdose, par suicide, d'aggravation de l'addiction et des dommages psychosociaux associés...
- Et pourtant peu abordée en France malgré quelques initiatives récentes
- Pourquoi ?

Un traumatisme initial

- Lien entre l'épidémie de SIDA chez les UDIV et le décret du 13 mars 1972 restreignant de façon drastique l'accès aux seringues pour « prévenir » le passage à l'injection et à la toxicomanie
- Confusion : PPI = SIDA
- Rôle fondateur du décret du 13 mai 1987 pour la RDR en France

Des tabous dans la galaxie RDR

- Pour les plus radicaux les risques liés aux drogues sont plus liés à leur prohibition qu'aux produits eux-mêmes
- Objectif : légalisation
- La « prévention » de l'injection peut être lue comme une « stigmatisation » ou une « pathologisation » de ces conduites et donc être contre-productive

Des tabous symétriques chez les « anti-drogue »

- Prévenir le passage à l'injection n'est-ce pas laisser entendre qu'on pourrait accepter les autres formes de consommation ? Et donc les drogues ?
- Banalisation du danger des drogues
- Renonciation à l'objectif d'abstinence
- Porte ouverte aux SCMR, à la légalisation ?

Des professionnels perplexes...

- L'univers « addictologique » était à dominante psycho-sociale, plus investi dans la dimension symbolique de l'injection que dans son appréhension dans le réel.
- Reconnaître l'inefficacité relative de la RDR et des TSO / VHC risque de fragiliser cette politique de santé.

Partagés, embarrassés...

- Les positions précédemment évoquées (RDR radicale/abstinence) traversent aussi notre secteur.
- Difficultés à gérer la question du mentor (usager/initiateur), craintes de stigmatisation des usagers, difficultés à les « penser » autrement qu'en « victimes » (usager/revendeur).

Mais investis

- Culture RDR et mobilisation/VHC
- Présence croissante de professionnels s'intéressant au corps (MG, IDE...)
- Intérêt pour les études qualitatives (TREND...)
- Interrogations croissantes face aux « nouveaux » et jeunes injecteurs issus des milieux festifs, de la rue ou insérés

Projets/actions en France

- Étudier avec pragmatisme les expériences étrangères et notamment québécoise
- Études pour préciser le phénomène et adapter les réponses (ex. ci-après)
- Actions auprès des personnes à risques : milieux festifs, jeunes en errance, rue, squatts, polyconsommateurs, etc.
- Actions auprès des injecteurs/initiation


Conclusion

- Étudier le phénomène, les actions engagées et leur évaluation
- Expérimenter des actions de prévention du passage à l'injection adaptées à des publics divers (individuelles, groupales, environnementales)
- Inclure ces actions en complémentarité dans un dispositif global de RDR/soins



Étude « La première fois »

A. Creyemey, J.-H. Morales, J.-M. Delile,
CEID, 2009



Méthodes

- 100 UD rencontrés en « zones off » festivalières (Gironde)
- Durée : 6 mois (avril-septembre 2009)
- 100 questionnaires, 30 entretiens
- 2/3 d'hommes
- 25 ans en moyenne
- 53 injecteurs

La 1^{ère} injection

- 42 % des injecteurs avaient pratiqué leur 1^{ère} injection avant 18 ans
- Les garçons plus précocément
- Produit : ½ acheté (H), ½ offert (F)
- En squatt (45 %), en appart (38 %), en milieu festif (8 %)

Contexte

- 60 % en groupe (H), 23 % en couple (F)
- 2/3 initiés, 1/3 seuls
- Contexte : plutôt de façon « intime », dans un environnement clos, en groupe restreint, dans un espace privé.

Motivations: essayer

- Envie d'essayer : certains disent s'être renseignés préalablement (bouquins, internet, amis) et avoir observé des « collègues » pour pouvoir reproduire le geste sans trop de mal
- « J'étais tout seul mais j'avais vu faire. Y'a pas de soucis, j'avais des veines de fou... »

Motivations : rentabilité

- « Sniffer, c'est gâcher »
- « Mon premier shoot, c'est mon meilleur pote qui me l'a fait : rapport Qualité/Prix. Il m'a conseillé de le tanker pour pas le gâcher ».

Motivations : conformisme et désensibilisation

- « Tout le monde shootait au squatt, ils m'ont juste aidé à choper ma veine. Je l'ai fait tout seul même s'ils étaient pas loin ».
- « C'est un copain qui me l'a fait. A force de le voir, je lui ai demandé. Il me les a faits pendant un mois. »



- « Ils m'ont dit *sniffer*, c'est gâcher ; alors c'est un pote qui *dealait* qui m'a fait mon premier shoot, il est fou : il m'a mis $\frac{1}{4}$ d'héro pour mon 1^{er} shoot ! J'ai eu une putain de montée, ça m'a scotché deux jours.
- C'est dangereux, j'aurais pu faire une OD... »

Réticence à initier (trop tôt ?) les « nouveaux »

- « Ouais, tu parles d'un cadeau... »
- « Tu sais ce qu'elle m'a demandé ? De lui montrer comment faire. Je lui ai dit... ça va pas ? Je vais pas te montrer ça, moi.
- Elle est à la rue depuis 6 mois et ça y est elle veut faire la grande ! »

Mais fréquente insistance

- « J'ai menti, j'ai dit que je l'avais déjà fait, ça me trottait dans la tête. Alors il l'a fait. » (couple)
- « Il nous fallait un truc qui nous cale vite (après 5 jours sans dormir en festival), il voulait pas me le faire. Je lui ai dit que je le ferai toute seule, il me l'a fait. »

- 
- « J'ai bataillé un pote, il voulait pas me le faire. Je lui ai dit... Tant pis, je vais me charcuter mais je le ferai toute seule. Du coup, il me l'a fait.
 - Tu veux que je te dise, s'il me l'avait pas fait, je l'aurais pas fait toute seule. »
- 

Vulnérabilités

- Au-delà des approches spécifiques de prévention du passage à l'injection, la fréquence et l'intensité des vulnérabilités psycho-sociales chez les personnes en recherche/risque de passage à l'injection incite à renforcer le repérage et la prise en compte précoces de ces vulnérabilités.
- Articulation avec prévention globale